تحديثات الإيدز في العالم **2022**

في خطر

في خطر

في خطر

في خطر

في خطر

© برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز (UNAIDS) ، 2022

بعض الحقوق محفوظة. هذا العمل متاح بموجب رخصة المشاع الإبداعي بنسبة المصنف-غير تجاري-الترخيص بالمثل3.0 IGO
(CC BY-NC-SA 3.0 IGO؛ https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

بموجب شروط هذه الرخصة، يمكن نسخ العمل وإعادة توزيعه وتعديله لأغراض غير تجارية، شريطة الاستشهاد بالعمل بشكل مناسب، كما هو موضح أدناه. وفي أي استخدام لهذا العمل، لا ينبغي أن يكون هناك ما يشير إلى أن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز يؤيد أي منظمة أو منتجات أو خدمات معينة. ولا يسمح باستخدام شعار برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. وإذا تم تعديل العمل، فيجب ترخيصه بموجب نفس رخصة المشاع الإبداعي أو ما يعادل ذلك. وعند القيام بترجمة هذا العمل، يجب إضافة التنويه التالي مع الاقتباس المقترح: «لم يتم عمل هذه الترجمة بواسطة برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. إن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز غير مسؤول عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. فالنسخة الإنجليزية الأصلية هي النسخة الملزمة والأصلية».

أية وساطة تتعلق بالنزاعات الناشئة بموجب الرخصة يجب إجراؤها وفقا لقواعد الوساطة الخاصة بالمنظمة العالمية للملكية الفكرية
(http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules).

الاقتباس المقترح. [عنوان]. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز؛ [سنة].
الرخصة: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

مواد الطرف الثالث. إذا رغبت في إعادة استخدام مادة من هذا العمل منسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور، فإنك تتحمل مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام والحصول على إذن من صاحب حقوق التأليف والنشر. وتقع مخاطر المطالبات الناتجة عن التعدي على أي مكون مملوك لطرف ثالث في هذا العمل على عاتق المستخدم وحده.

التسميات المستخدمة وطريقة عرض المواد في هذا المنشور لا تعني التعبير عن أي رأي مهما كان من جانب برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو لسلطاتها، أو فيما يتعلق بتعيين قيودها الجغرافية أو حدودها. وتمثل الخطوط المنقطة على الخرائط خطوطا حدودية تقريبية قد لا يكون هناك اتفاق كامل بشأنها حتى الآن.

ولا يعني ذكر شركات معينة أو منتجات جهات صانعة معينة أنها معتمدة أو موصى بها من قبل برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز تفضيلا لها على منتجات مماثلة لم يتم ذكرها. وفيما عدا الخطأ والسهو، يتم تمييز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بأحرف بارزة.

ولقد قام برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز باتخاذ جميع الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المنشور. ومع ذلك، يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع، سواء أكان صريحا أم ضمنيا. والقارئ هو المسؤول عن تفسير المواد واستخدامها. ولن يكون برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز مسؤولا عن أضرار ناشئة عن استخدامه بأي حال من الأحوال.

JC3051A/UNAIDS

تحديثات الإيدز في العالم **2022**

في خطر

في خطر

في خطر

في خطر

في خطر

المحتويات

تمهيد 4

مقدمة 6

الاستجابة للأزمات: المجتمعات في صميم الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في أوكرانيا وما بعدها 22

I — التقدم نحو أهداف 2025 25

II — دفعة جديدة من أجل الوقاية 88

التوسع التدريجي في كمبوديا للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى 102

محاربة الوصم ضد مغايري الهوية الجنسانية في البرازيل 106

تسريع برامج تناول الميثادون في المنزل في فيتنام 118

بوتسوانا تقود الطريق للحصول على شهادة البلد ذات العبء العالي لفيروس نقص المناعة البشري على الطريق للقضاء على الانتقال الرأسي للفيروس 132

III — تحقيق الحقوق 147

التقدم في إلغاء تجريم العمل بالجنس في بلجيكا وولاية فكتوريا في أستراليا 153

تقدم في تمرير التشريع الجديد لمكافحة التمييز في لبنان 163

جامايكا تتخذ إجراءات لمعالجة حقوق الإنسان والحواجز التي تحول دون مكافحة فيروس نقص المناعة البشري 165

تأثير كوفيد19- على الفتيات والنساء في نيجيريا وجنوب إفريقيا 175

EDUCATION PLUS: بناء الزخم 182

كسر الحواجز أمام خدمات فيروس نقص المناعة البشري والصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة في كينيا 185

في خطر 3

IV — استجابات يقودها المجتمع 196

الشباب يقفون على أهبة الاستعداد للقضاء على فيروس نقص المناعة البشري بشكل نهائي 204

الصوت القوي للرصد الذي يقوده المجتمع في أوغندا 214

V — التمويل المستدام والمنصف للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري 226

إلغاء رسوم المستخدم في الكاميرون 230

كوفيد19- وتدابير التقشف تهدد استجابة زامبيا للإيدز 246

VI — البروفيلات الإقليمية 252

شرق وجنوب أفريقيا 254

غرب ووسط أفريقيا 266

آسيا ومنطقة المحيط الهادئ 278

أمريكا اللاتينية 292

منطقة الكاريبي 304

منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا 316

أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى 328

أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية 338

ملحق عن المناهج 345

تمهيد

على مدى العامين الماضيين، كان للأزمات المتعددة والمتداخلة التي هزت العالم تأثير كبير على المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمتأثرين به، الأمر الذي أعاق الاستجابة العالمية لجائحة الإيدز. والبيانات الجديدة التي تم الكشف عنها في هذا التقرير مخيفة: فقد تعثر التقدم، وتقلصت الموارد، واتسعت اللامساواة. إن عدم كفاية الاستثمار والعمل يعرضنا جميعا للخطر: فنحن نواجه ملايين الوفيات المرتبطة بالإيدز وملايين الإصابات الجديدة بالفيروس إذا واصلنا مسارنا الحالي.

ويمكن لقادة العالم معا إنهاء الإيدز بحلول عام 2030، لكنا بحاجة إلى أن نكون صريحين: هذا الوعد والاستجابة للإيدز في خطر. ويعني تعثر التقدم أن ما يقرب من 1.5 مليون إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشري قد حدثت العام الماضي، وهو رقم أعلى من الأهداف العالمية بأكثر من مليون إصابة. ففي العديد من البلدان، وفي الكثير من المجتمعات، نشهد الآن ارتفاعا في الإصابات الجديدة بالفيروس في الوقت الذي نحتاج فيه إلى رؤية انخفاضات سريعة. إن هذا الوضع يمكن تغييره، ولكن في حالة الطوارئ هذه، فإن الاستجابة الآمنة الوحيدة هي التحلي بالجرأة. إذ لا يمكننا الانتصار إلا معا في كافة أرجاء العالم.

إن اللامساواة الملحوظة، داخل البلدان وفيما بينها، تؤدي إلى إعاقة التقدم في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري، كما أن الفيروس يزيد من اتساع هذه اللامساواة.

ففي عام 2021 كل دقيقتين هناك فتاة مراهقة أو امرأة شابة تصاب بفيروس نقص المناعة البشري. وأدت جائحة كوفيد19- إلى اضطرابات في خدمات العلاج والوقاية الرئيسية من الفيروس، وملايين الفتيات خارج المدرسة، وزيادة حالات حمل المراهقات، والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

لقد كانت جائحة الإيدز تسلب حياة شخص واحد كل دقيقة في عام 2021، مما أدي إلى 650.000 حالة وفاة مرتبطة بالإيدز على الرغم من العلاج الفعال لفيروس نقص المناعة البشري ووجود الأدوات اللازمة للوقاية من العدوى الانتهازية، وكشفها، وعلاجها. كما ازداد عدد الأشخاص الذين يتلقون علاج الفيروس في عام 2021 بشكل أبطأ مما كان عليه خلال أكثر من عقد: في حين أن ثلاثة أرباع المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، فإن ما يقرب من 10 ملايين شخص لا يحصلون عليه. ولا يصل سوى نصف الأطفال (52%) المتعايشين مع الفيروس إلى الأدوية المنقذة للحياة، كما أن اللامساواة في تغطية علاج الفيروس بين الأطفال والبالغين يتزايد بدلا من أن يتقلص.

ومع ذلك، ففي ظل هذه الأزمة فإننا نرى أيضا مرونة قوية في مجموعة متنوعة من البلدان – وفي جيوب داخل العديد من البلدان الأخرى. وهذا صحيح بشكل خاص عندما يكون مستوى التمويل المطلوب من الحكومات الوطنية، أو من خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز، أو من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز، والسل، والملاريا (الصندوق العالمي) جنبا إلى جنب مع استجابات قوية يقودها المجتمع وأحدث العلوم. وقد حققت هذه النماذج للاستجابة الفعالة للجائحة تقدما ملحوظا في الحد من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري وزيادة فرص الحصول على العلاج. لقد أثبتت أنه يمكننا القيام بذلك وتوجهنا إلى ما نحتاج إلى توسيع نطاقه في جميع أنحاء العالم.

ولكن هذا التقرير يُظهر أيضا العديد من الحالات التي لا نتحرك فيها بالسرعة الكافية لإنهاء اللامساواة التي تؤدي إلى انتشار الجوائح – أو حيث نتحرك في الاتجاه الخاطئ: احتكار التكنولوجيا بدلا من مشاركتها، والتقشف بدلا من الاستثمار، وتضييق الخناق على المهمشين بدلا من إلغاء القوانين التي عفا عليها الزمن، وتثبيت السيطرة بدلا من تعزيز وتمكين الشمول الذي يركز عليه المجتمع.

وعندما كانت هناك حاجة ماسة للدعم الدولي، توقف التضامن العالمي. وانخفضت المساعدة الإنمائية الخارجية لفيروس نقص المناعة البشري من المانحين الثنائيين بخلاف الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة 57% خلال العقد الماضي. يجب ألا يخطئ القادة في اعتبار ضوء التحذير الأحمر الضخم بمثابة علامة توقف.

إن البيانات التي تم الكشف عنها في هذا التقرير ستثير القلق والصدمة – لكن التقرير لا يعني اليأس. إنه دعوة للعمل. فالفشل سيكون قاتلا، لكنه ليس حتميا. والقضاء على الإيدز سيكلف أموالا أقل بكثير من عدم القضاء عليه. والأهم من ذلك، أن الإجراءات اللازمة للقضاء على الإيدز سيهيئ العالم بشكل أفضل لحماية نفسه من تهديدات الجوائح في المستقبل.

إن ما يتعين علينا القيام به ليس لغزا. نحن نعلم ذلك من خلال ما رأيناه، مرارا وكرارا، ينجح عبر سياقات مختلفة: العلوم المشتركة، والخدمات القوية، والتضامن الاجتماعي. هذا هو الوعد الذي تم التعهد به في الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز في شهر يونيو من العام الماضي: القضاء على جائحة الإيدز من خلال القضاء على اللامساواة التي تجعلها مستديمة.

إن القضاء على الإيدز ممكن بحلول عام 2030. إن اتجاه المنحنى لن يتغير من تلقاء نفسه. علينا أن نغيره.



ويني بيانيما
المديرة التنفيذية لبرنامج الأمم المتحدة
المشترك المعني بالإيدز

مقدمة

الاستجابة العالمية للإيدز مهددة.

على مدى العامين والنصف الماضيين، أدى تصادم جائحة الإيدز وجائحة كوفيد19- -إلى جانب الأزمات الاقتصادية والإنسانية - إلى وضع الاستجابة العالمية لفيروس نقص المناعة البشري تحت تهديد متزايد. فقد أدى كوفيد19- وغيره من حالات عدم الاستقرار الأخرى إلى تعطيل الخدمات الصحية في معظم أنحاء العالم، وكان ملايين الطلاب خارج المدرسة، مما زاد من تعرضهم لخطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري (1). وواجهت البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل تحدي الاستجابة لأن 60 % من أفقر بلدان العالم تعاني من ضائقة مالية أو في خطر التعرض لها، وقد دُفع ما يقدر بنحو 75 - 95 مليون شخص إلى براثن الفقر، مما يعتبر زيادة لم يسبق لها مثيل (2، 3). ونتيجة لذلك، واجهت الاستجابة للإيدز ضغوطا خطيرة بينما المجتمعات التي سبق أن تعرضت لخطورة الإصابة بالفيروس أصبحت الآن أكثر عرضة للإصابة به.

وفي بعض أجزاء العالم وبالنسبة لبعض المجتمعات، أظهرت الاستجابة لجائحة الإيدز مرونة ملحوظة في الأوقات المعاكسة، مما ساعد على تجنب أسوأ النتائج. ومع ذلك، فإن التقدم العالمي ضد فيروس نقص المناعة البشري في حالة تباطؤ بدلا من التسارع: تظهر أحدث البيانات التي جمعها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أنه بينما انخفضت الإصابات الجديدة بالفيروس على مستوى العالم في العام الماضي، كانت نسبة الانخفاض 3.6% فقط مقارنة بعام 2020 -وهي أقل نسبة انخفاض سنوي منذ عام 2016. ونتيجة لذلك، على العديد من المناطق والبلدان والمجتمعات معالجة ارتفاع الإصابات بالفيروس إلى جانب مواجهتها للأزمات المستمرة الأخرى.

شهدت أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى والشرق الأوسط وشمال إفريقيا وأمريكا اللاتينية زيادات في العدد السنوي للإصابات بفيروس نقص المناعة البشري على مدى العقود الماضية.

وقد شهدت أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى والشرق الأوسط وشمال إفريقيا وأمريكا اللاتينية زيادات في العدد السنوي للإصابات بفيروس نقص المناعة البشري على مدى العقود الماضية (شكل 0.1). ففي آسيا والمحيط الهادئ - المنطقة الأكثر اكتظاظا بالسكان في العالم - تُظهر بيانات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز الآن أن الإصابات الجديدة بالفيروس تتزايد في حين أنها كانت تتراجع على مدى السنوات العشرة الماضية. وتعد الفلبين وماليزيا من البلدان التي تتزايد فيها الأوبئة بين الفئات السكانية الرئيسية، لا سيما في المواقع الرئيسية.[1] وتُعتبر زيادة الإصابات في هذه المناطق مقلقة.

1 يعتبر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملين بالجنس، ومغايري الهوية الجنسانية، ومتعاطي المخدرات عن طريق الحقن، والسجناء، الفئات السكانية الرئيسية الخمس المعرضة بشكل خاص للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والتي تفتقر في كثير من الأحيان إلى الوصول الكافي إلى الخدمات.

وقد فقدت أمريكا اللاتينية، وهي قصة نجاح مبكرة في بدء العلاج، زخمها، مما سمح بانتعاش الأوبئة بين المثليين الشباب وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال وغير ذلك من الفئات السكانية الرئيسية. كما أن أجزاء كبيرة من شرق أوروبا وآسيا الوسطى لا تملك خدمات الحد من الضرر اللازمة لتغيير مسار الأوبئة التي تسود في الغالب بين متعاطي المخدرات عن طريق الحقن وشركائهم الجنسيين. وفي شرق وجنوب إفريقيا، وهي المنطقة ذات المعدل الأعلى لانتشار فيروس نقص المناعة البشري، أظهرت الاستجابة للإيدز مرونة ملحوظة في مواجهة المحن، حيث تكيفت برامج علاج الفيروس والوقاية منه مع جهود التخفيف من كوفيد19-. ولكن حتى هناك، تباطأ التقدم في الحد من الإصابات الجديدة بشكل كبير بدلا من التسارع كما هو مطلوب لوقف الجائحة. وفي الوقت نفسه، تُظهر بيانات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أن برامج الفيروس في هذه المنطقة تواجه رياحا معاكسة متزايدة حيث يتعرض التمويل المحلي والدولي الذي مكن من التقدم حتى الآن للتهديد.

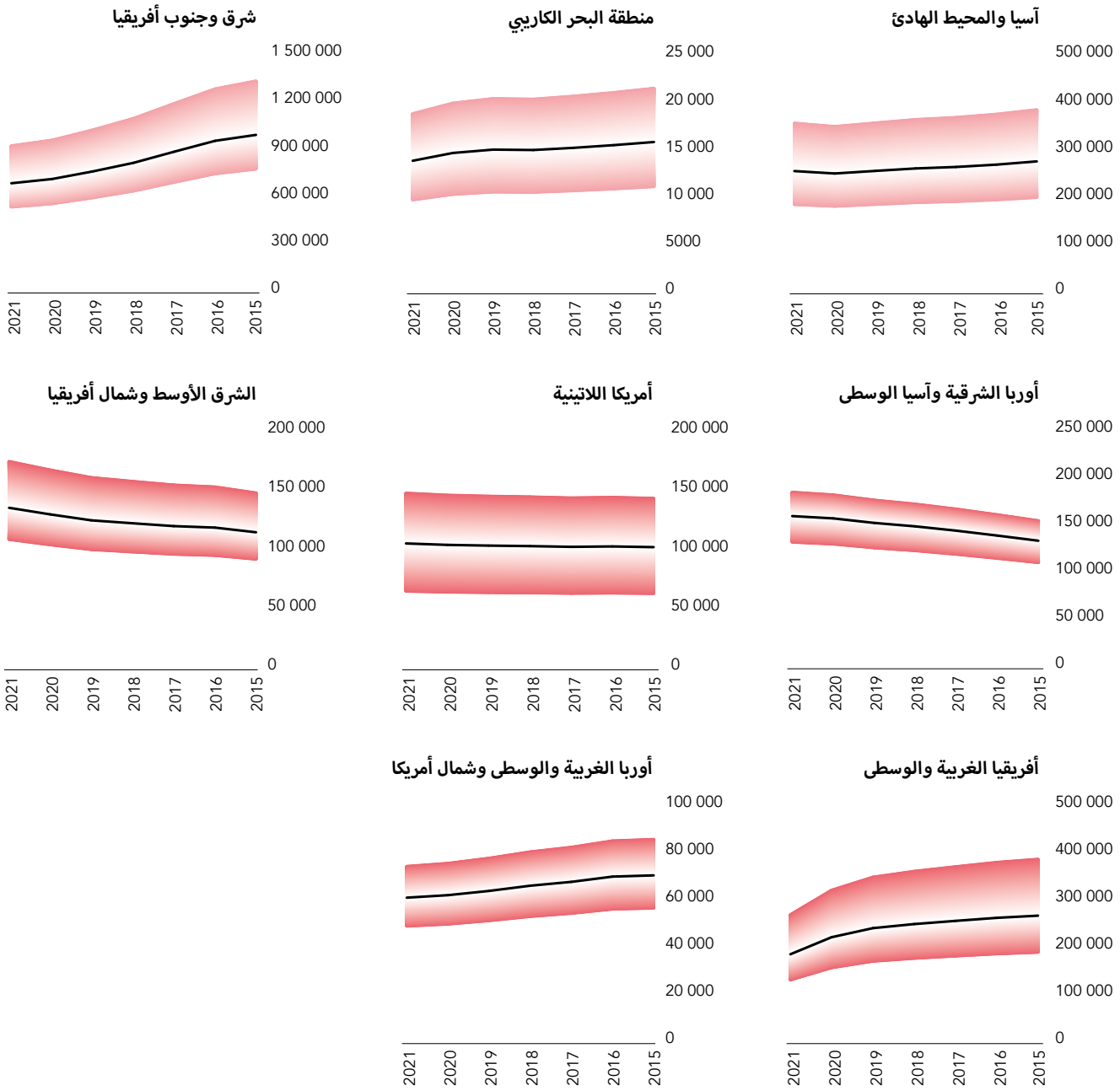
ولكن هناك نقاط مضيئة، بما في ذلك الانخفاض القوي في العدد السنوي للإصابات بفيروس نقص المناعة البشري في منطقة البحر الكاريبي وغرب ووسط أفريقيا -وهذا الأخير بسبب، إلى حد كبير، التحسينات في نيجيريا. ويمثل هذا الانخفاض في الإصابات تقدما متسارعا. ولكن في الأرقام العالمية، يتلاشى هذا التقدم بسبب عدم إحراز تقدم في مناطق أخرى: فقد تزايدت الإصابات بالفيروس منذ عام 2015 إلى الآن في 38 دولة على مستوى العالم.[2]



UNAIDS ©

2 البلدان ذات التقديرات القوية لزيادة الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري منذ عام 2015 هي: أفغانستان، والجزائر، وبليز، والبرازيل، وجمهورية الرأس الأخضر، وتشيلي، والكونغو، وكوستاريكا، وكوبا، وجمهورية الدومينيكان، وغينيا الاستوائية، وفيجي، جورجيا، واليونان، وغواتيمالا، وغيانا، وهندوراس، وأيرلندا، وجامايكا، وكازاخستان، ومدغشقر، وماليزيا، وموريتانيا، وعمان، وبابوا غينيا الجديدة، وباراجواي، وبيرو، والفلبين، والسنغال، وصربيا، وجنوب السودان، والسودان، وسورينام، طاجيكستان، وتيمور الشرقية، وتونس، وأوروغواي، واليمن.

شكل 0.1 الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري، حسب المنطقة، 2015-2021



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

4000

شخص عدد الإصابات اليومية بفيروس نقص المناعة البشري

هناك 4000 شخص يصابون كل يوم -بما في ذلك 1100 شاب (بين 15 و24 عاما) - بفيروس نقص المناعة البشري. وإذا استمرت الاتجاهات الحالية، فسوف يصاب 1.2 مليون شخص بالفيروس في عام 2025 -مما يعتبر أكثر بثلاث مرات من هدف عام 2025 المتمثل في 370000 إصابة جديدة.

إن الأثر البشري للتقدم المتعثر على فيروس نقص المناعة البشري أمر مخيف. ففي عام 2021، توفي 650000 [500000-860000] شخص لأسباب مرتبطة بالإيدز – بما يعادل شخصا واحدا كل دقيقة. وبتوافر أحدث الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والأدوات الفعالة للوقاية من العدوى الانتهازية وكشفها وعلاجها بشكل صحيح مثل التهاب السحايا بالمستخفيات والسل، فإن هذه الوفيات يمكن الوقاية منها. وبدون اتخاذ إجراءات متسارعة لمنع الأشخاص من الوصول إلى مرحلة متقدمة من المرض بفيروس نقص المناعة البشري، ستظل الوفيات المرتبطة بالإيدز السبب الرئيسي للوفاة في العديد من البلدان. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يؤدي استمرار ارتفاع معدلات الإصابة بالفيروس في بعض المناطق إلى وقف أو حتى عكس مسار التقدم المحرز في مكافحة الوفيات المرتبطة بالإيدز.

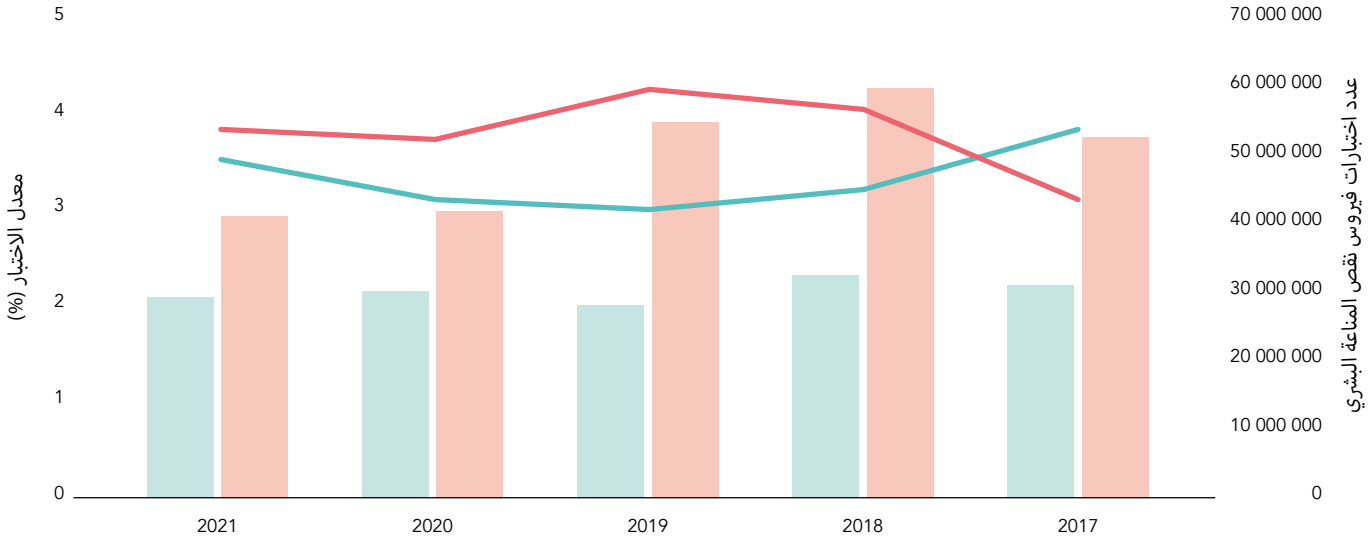
650 000

عدد الوفيات لأسباب مرتبطة بالإيدز في 2021

إن اتجاهات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز يقف وراءها توافر خدمات الفيروس. وهنا أيضا، تبعث العلامات على القلق حيث توقف التوسع في خدمات اختبار الفيروس وخدمات العلاج. فقد زاد عدد الأشخاص الذين يتلقون علاج الفيروس بمقدار 1.47 مليون شخص فقط في عام 2021 مقارنة بالزيادات الصافية لأكثر من مليوني شخص في السنوات السابقة.

إن اختبارات فيروس نقص المناعة البشري التي أُجريت في شرق وغرب أفريقيا عامي 2020 و2021 أقل من تلك التي أُجريت عام 2019 (شكل 0.2). كما أن عدد الرجال الذين خضعوا لختان الذكور الطبي الطوعي في عامي 2020 و2021 -وهو أداة رئيسية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري في 15 دولة ذات انتشار مرتفع للفيروس والتي تضم 43% من الإصابات.[3]

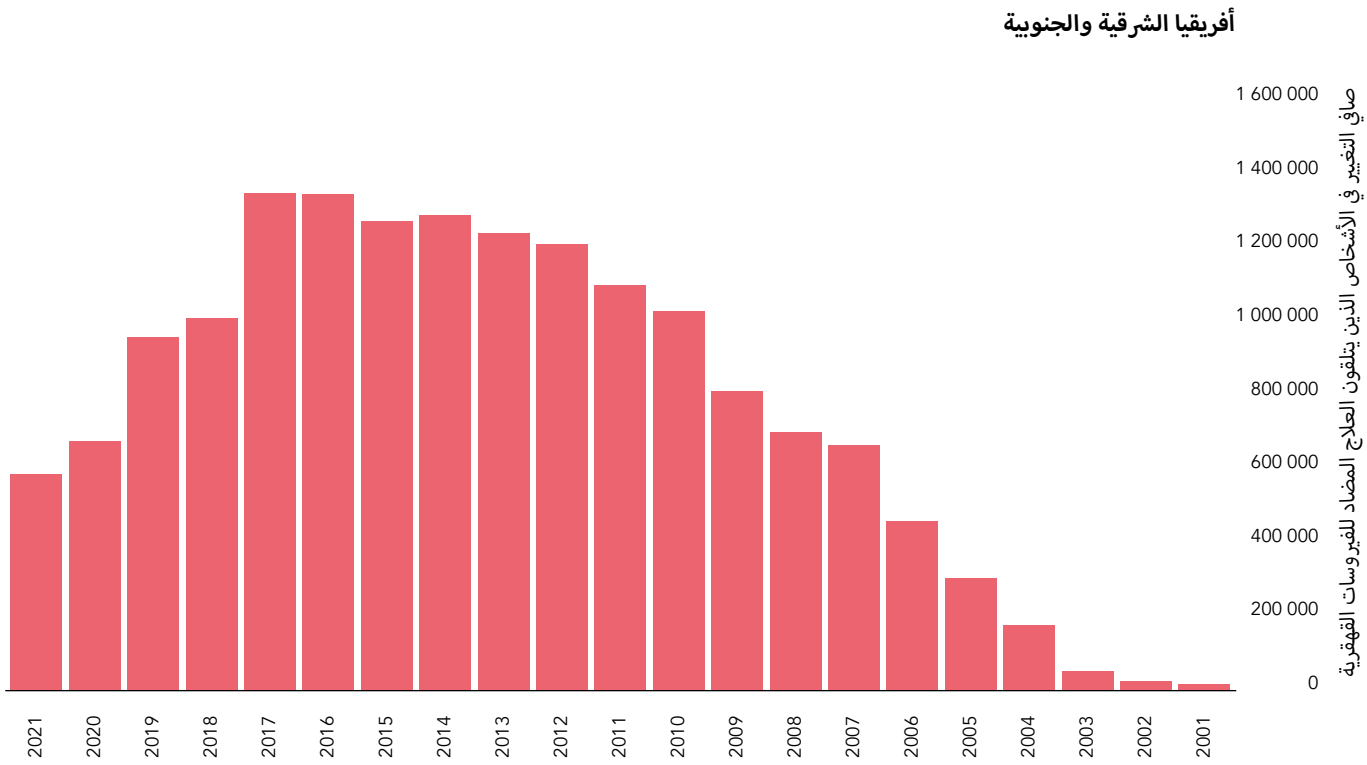
شكل 0.2 عدد اختبارات فيروس نقص المناعة البشري ومعدل النتائج الإيجابية للاختبار حسب المنطقة، أفريقيا جنوب الصحراء، 2017-2021

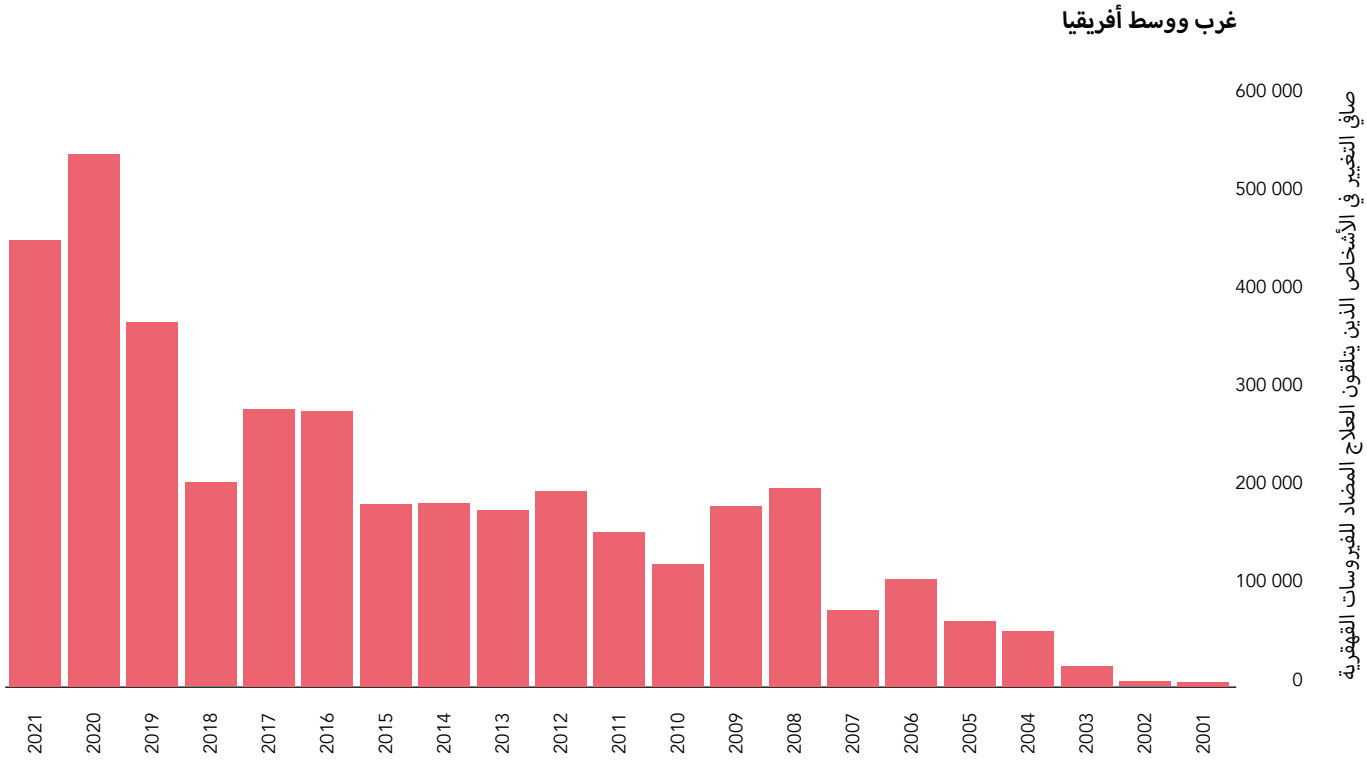


المصدر: بيانات البرامج الوطنية الروتينية المستخدمة في التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

3 البلدان الخمسة عشرة ذات الأولوية لختان الذكور الطبي الطوعي هي: بوتسوانا، وإسواتيني، وإثيوبيا (ولاية غامبيلا فقط)، وكينيا، وليسوتو، وملاوي، وموزمبيق، وناميبيا، ورواندا، وجنوب أفريقيا، وجنوب السودان، وأوغندا، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وزامبيا و، زيمبابوي.

شكل 0.3 صافي التغيير في عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية حسب المنطقة ، أفريقيا جنوب الصحراء ، 2001-2021





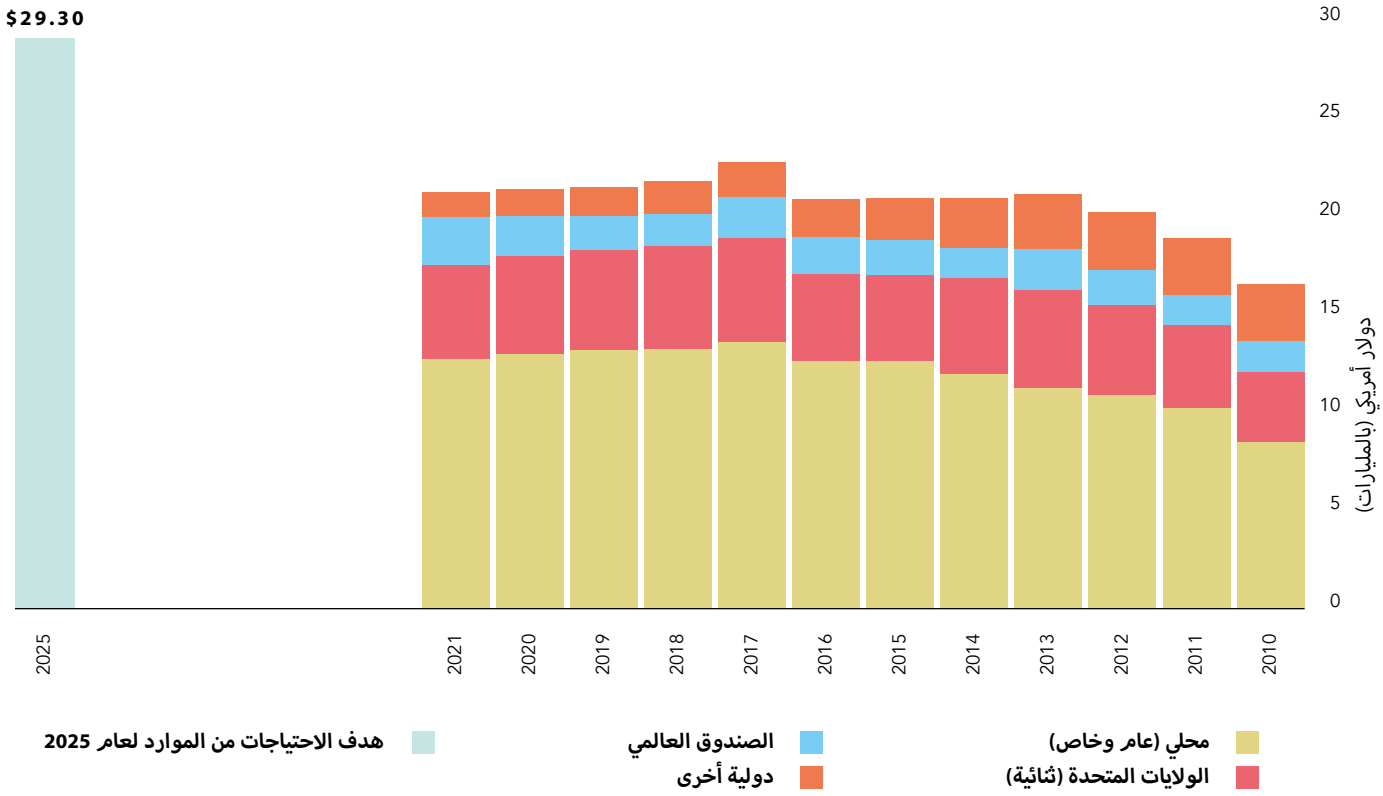
المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/)

تهديدات التمويل قد تؤدي إلى زيادة تقويض الاستجابة في سياق اقتصادي متوتر بشكل متزايد

في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، يتباطأ التقدم مع انخفاض الموارد المتاحة لفيروس نقص المناعة البشري (شكل 0.4)، مما يجعل استجاباتها للفيروس أقل من المبلغ المطلوب بحلول عام 2025 بمقدار 8 مليارات دولار. ويقوم العديد من المانحين الثنائيين الرئيسيين بتخفيض المساعدة الدولية لمكافحة الإيدز؛ وفي غضون ذلك، تكافح البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل تحت الأعباء المالية الأكبر الناجمة عن جائحة كوفيد 19-. وتسبب جائحة كوفيد 19-، والحرب في أوكرانيا، الآن، رياحا معاكسة غير عادية.

يقوم العديد من المانحين الثنائيين الرئيسيين بتخفيض المساعدة الدولية لمكافحة الإيدز.

شكل 0.4 توافر الموارد لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، أهداف 2010-2021 و2025



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html)؛ Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

ملاحظة: تقديرات الموارد معروضة بالدولار الأمريكي الثابت لعام 2019. البلدان المشمولة هي تلك التي صنفها البنك الدولي في عام 2020 على أنها منخفضة ومتوسطة الدخل.

لقد انخفضت المساعدة الإنمائية الرسمية لفيروس نقص المناعة البشري من المانحين الثنائيين بخلاف الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة 57% خلال العقد الماضي، مما يجعل تجديد موارد الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي) في عام 2022 أكثر أهمية من أي وقت مضى. ففي عام 2021، كانت الموارد الدولية المتاحة للفيروس أقل بنسبة 6% مما كانت عليه في عام 2010.

52

من المتوقع أن تشهد البلدان انخفاضا كبيرا في قدرتها على الإنفاق حتى عام 2026

ولكن على عكس السنوات السابقة، فإن الاستثمارات المحلية في مجال مكافحة فيروس نقص المناعة البشري لا تحل محل التمويل الدولي المفقود. وبدلا من ذلك، انخفض التمويل المحلي في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل لمدة عامين متتاليين، بما في ذلك بنسبة 2% في عام 2021. إن الظروف الاقتصادية العالمية وأوجه الضعف في البلدان النامية -والتي تفاقمت بسبب تزايد عدم المساواة في الحصول على اللقاحات والتمويل الصحي- تهدد كلا من المرونة المستمرة للاستجابات للفيروس وقدرتها على سد التفاوتات المرتبطة به. ويتوقع البنك الدولي أن تشهد 52 دولة، موطن 43% من المتعايشين مع الفيروس، انخفاضا كبيرا في قدرتها على الإنفاق العام حتى عام 2026 (4).

وتزيد مستويات المديونية المرتفعة من تقويض قدرة الحكومات على زيادة استثمارات فيروس نقص المناعة البشري. وقد بلغت خدمة الديون لأفقر دول العالم 171% من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية والتعليم والحماية الاجتماعية مجتمعة (5). وبشكل متزايد، يؤدي سداد الديون الوطنية إلى مزاحمة استثمارات الصحة ورأس المال البشري الضرورية لإنهاء الإيدز (see Zambia feature story). وتتعرض البلدان ذات الدخل المتوسط -موطن 71% من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري و71% من المصابين حديثا بالفيروس- لخطر الإعلان عن عدم أهليتها للحصول على منح الصحة وفيروس نقص المناعة البشري حيث تعيد الدول المانحة توجيه مواردها إلى اللاجئين الأوكرانيين وإعادة البناء بدلا من التوسع في المساعدة الدولية.

هناك حاجة إلى استثمارات جديدة الآن للقضاء على الإيدز بحلول عام 2030.

ويحدث كل هذا في وقت يعاني فيه الأفراد من صدمات اقتصادية شخصية. فقد تسببت الزيادات الحادة في أسعار الوقود والغذاء في إصابة 180 مليون شخص في جميع أنحاء العالم بانعدام الأمن الغذائي (6). وتؤدي هذه التفاوتات وغيرها إلى زيادة التعرض لفيروس نقص المناعة البشري وتقليل الوصول إلى الخدمات. ومع تزايد انعدام الأمن الغذائي في جمهورية أفريقيا الوسطى، على سبيل المثال، تُظهر البيانات الجديدة أن المتعايشين مع الفيروس الذين يعانون من سوء التغذية هم أكثر عرضة للانقطاع عن علاج الفيروس (7).

هناك حاجة إلى استثمارات جديدة الآن للقضاء على الإيدز بحلول عام 2030. وسيكون الوفاء بالوعود التي تم التعهد بها في الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2021 أقل تكلفة بشكل ملحوظ من الاستثمار الناقص الآن والمخاطرة بالمزيد من التراجع. وخلال العام الماضي، انزلقت اللامبالاة نحو الإهمال، ويعد هذا الافتقار إلى التضامن خطأ أخلاقيا وضارا لجميع البلدان. فإذا كان هناك درس واحد علمتنا إياه جائحة كوفيد19-، فهو أنه لا يمكن إنهاء الجوائح في أي مكان حتى تنتهي في كل مكان.

أوجه عدم المساواة هي نتيجة وسبب تباطؤ التقدم في الاستجابة للإيدز

الأشخاص الأكثر ضعفا وتهميشا هم الأكثر تضررا. وعلى حد تعبير الأمين العام للأمم المتحدة أنطونيو غوتيريش، فإن «عاصفة كاملة» من الأزمات تعمل على توسيع أوجه عدم المساواة العالمية (8).

وفي ما يقرب من نصف البلدان ذات البيانات المتاحة، فإن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في أفقر شريحة خمسية لديهم أدنى مستويات من كبت الحمل الفيروسي (شكل 0.5). ففي بعض البلدان -مثل الكاميرون وإثيوبيا وجمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا- تعتبر فجوة كبت الحمل الفيروسي بين أغنى وأفقر شرائح خمسية كبيرة. ولكن هذا ليس حتميا: في البلدان التي لديها برامج علاجية جيدة التمويل تركز على الفئات الأكثر عرضة لخطورة الإصابة بالفيروس -مثل إسواتيني وليسوتو وناميبيا وزيمبابوي- فإن أفقر شريحة خمسية من المتعايشين مع الفيروس لديهم مستويات أعلى من كبت الحمل الفيروسي.

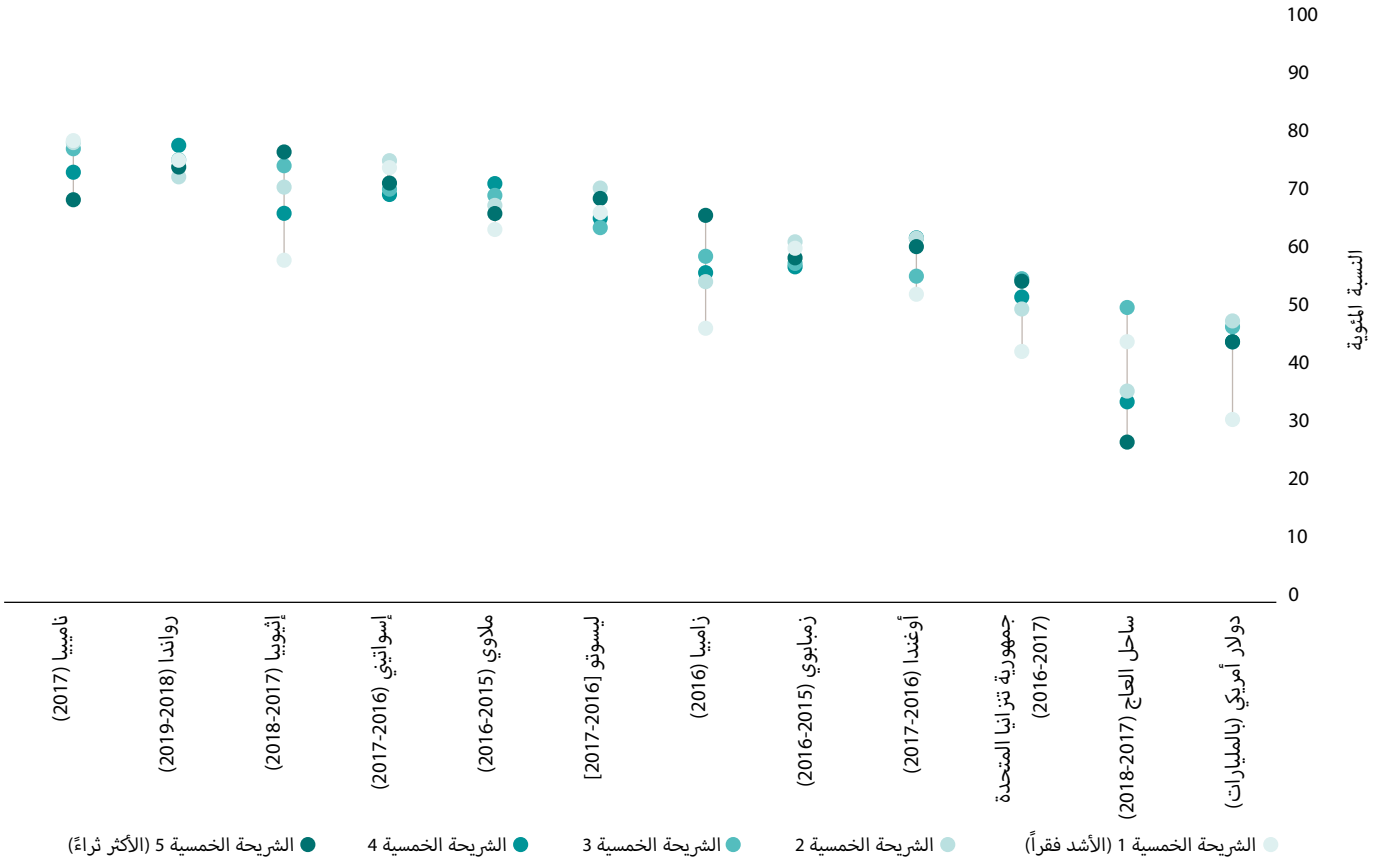
سيكون الوفاء بالوعود التي تم التعهد بها في الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2021 أقل تكلفة بشكل ملحوظ من الاستثمار الناقص الآن والمخاطرة بالمزيد من التراجع.

وتقوض أوجه عدم المساواة الاستجابة للإيدز للجميع. فقد حققت البلدان التي لديها أصغر فجوات كبت الحمل الفيروسي بين الأسر الغنية والفقيرة بعضا من أكبر الانخفاضات في العالم في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري.



UNAIDS ©

شكل 0.5 كبت الحمل الفيروسي بين جميع المصابين بفيروس نقص المناعة البشري، حسب الشريحة الخمسية للثروة، بلدان مختارة، 2015-2019



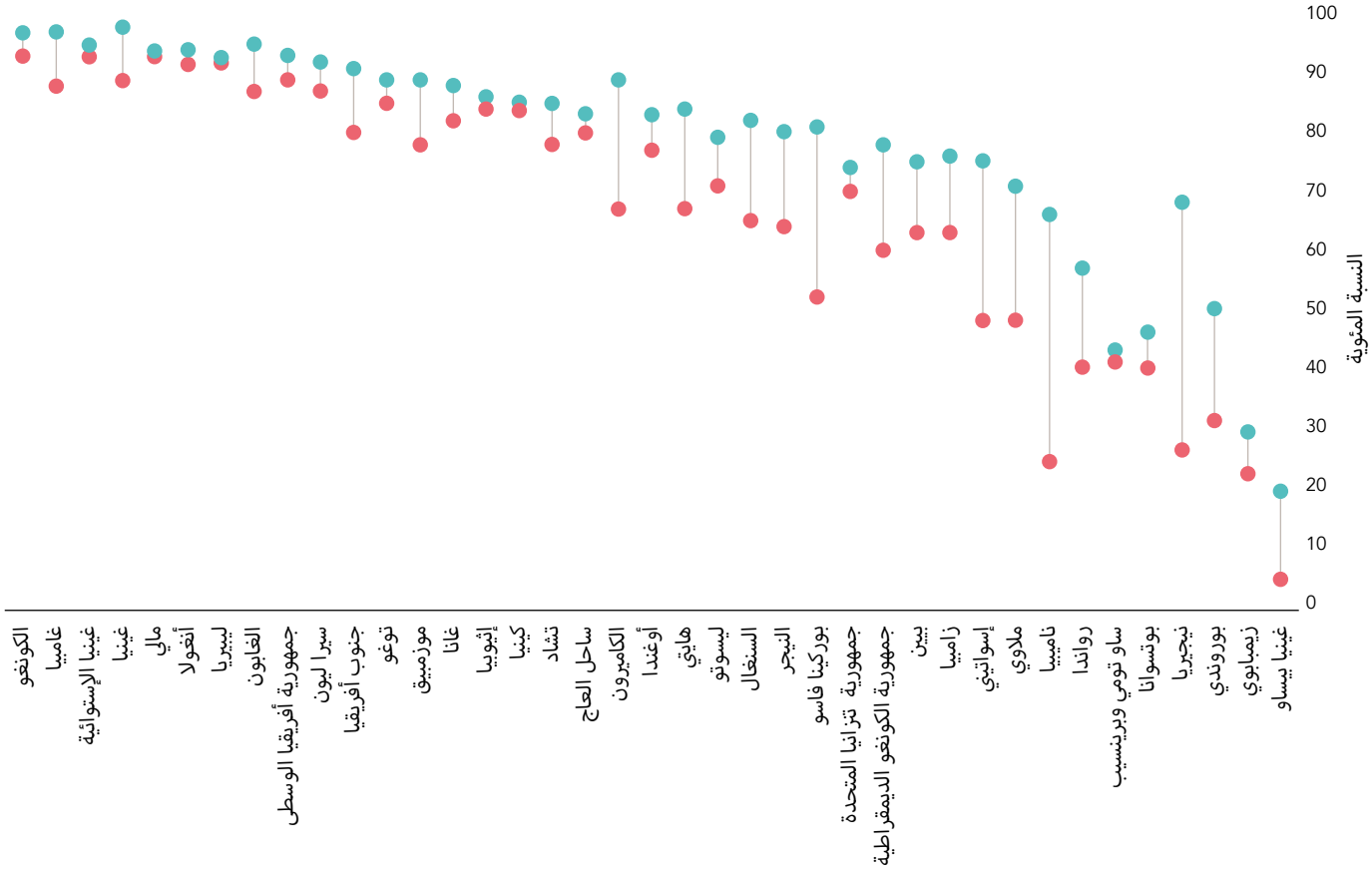
المصدر: مسوح تقييم أثر فيروس نقص المناعة البشري المستندة إلى عينات سكانية (2019 ،2015-PHIA) مشروع PHIA [قاعدة بيانات]. نيويورك (نيويورك): معهد المحاسبين القانونيين المعتمدين؛ حقوق النشر 2022 (https://phia-data.icap.columbia.edu/).

ملاحظة: تستند بيانات الشريحة الخمسية 5 لساحل العاج إلى 32 فردًا.

وبالمثل، غالبا ما توجد اختلافات جوهرية في الوصول إلى علاج فيروس نقص المناعة البشري بين المناطق في نفس البلد، مما يشير إلى أن الأشخاص الذين يعيشون في بعض أجزاء البلاد لا يستفيدون بشكل متساو. وتتضمن أسباب هذه الاختلافات التقسيم الحضري-الريفي بالإضافة إلى التقسيمات السياسية أو الاقتصادية أو الثقافية أو غيرها (شكل 0.6). وبينما تظهر مثل هذه التفاوتات بوضوح في بلدان مثل جمهورية أفريقيا الوسطى الجابون وغينيا وأثيوبيا وهايتي ونيجيريا وسيراليون، فإن بعض البلدان التي قللت فجوات التغطية بين المقاطعات - مثل ليسوتو وملاوي ورواندا - حققت أيضا بعضا من أكبر الانخفاضات في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز.

غالبا ما توجد اختلافات جوهرية في الوصول إلى علاج فيروس نقص المناعة البشري بين المناطق في نفس البلد، مما يشير إلى أن الأشخاص الذين يعيشون في بعض أجزاء البلاد لا يستفيدون بشكل متساو.

شكل 0.6 أوجه عدم المساواة في تغطية العلاج بالمواد المضادة للفيروسات القهقرية على المستوى دون الوطني، بلدان مختارة عالية الانتشار لفيروس نقص المناعة البشري، 2021



● **الشريحة المئوية الخامسة والسبعون (25% من المناطق دون الوطنية لديها تغطية العلاج بالمواد المضادة للفيروسات القهقرية أعلى من هذه القيمة)**

● **الشريحة المئوية الخامسة والعشرون (25% من المناطق دون الوطنية لديها تغطية العلاج بالمواد المضادة للفيروسات القهقرية أقل من هذه القيمة)**

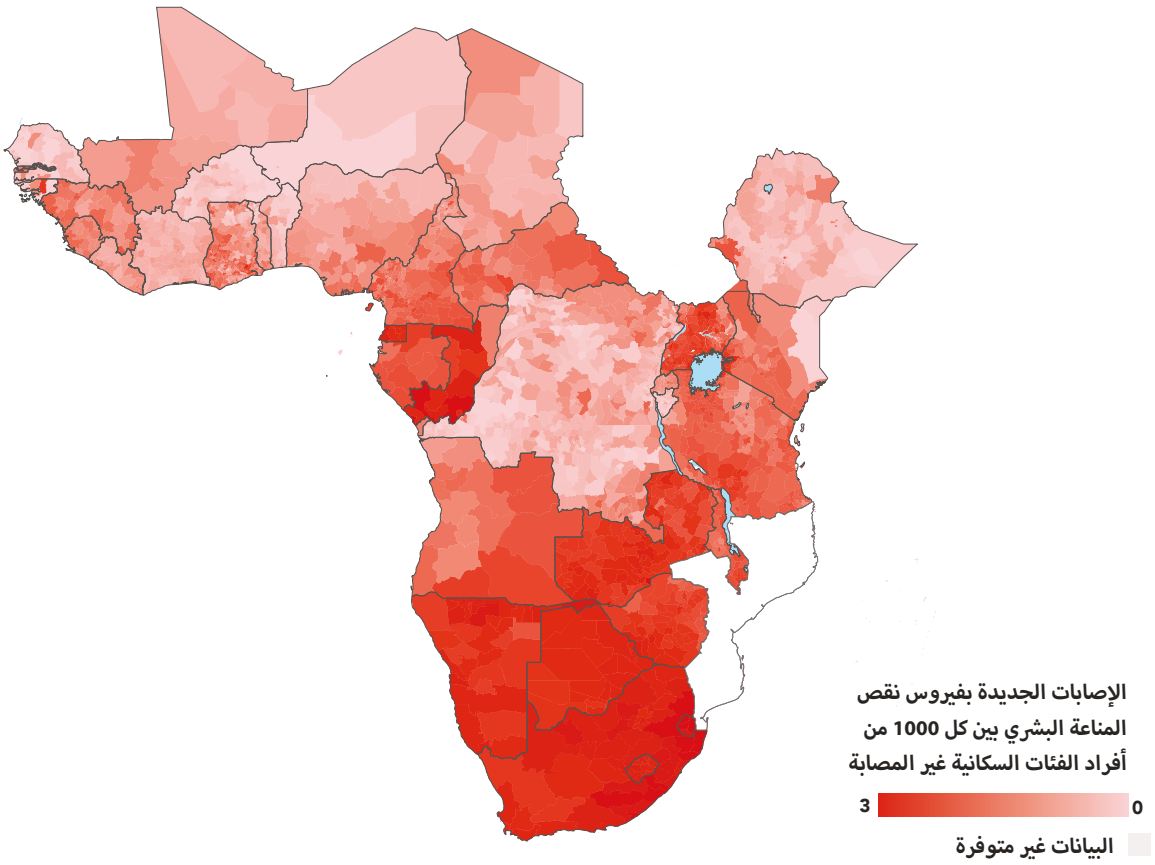
المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. https://aidsinfo.unaids.org.

وبينما يتم التوسع في برامج اختبار ومعالجة فيروس نقص المناعة البشري، غالبا ما يتم إهمال الأطفال المصابون بالفيروس. وفي عام 2021، لا يزال ما يقدر بنحو 000 800 [000 640-000 990] من الأطفال المتعايشين مع الفيروس لا يتلقون علاج الفيروس. وقد شكل الأطفال 4% من المتعايشين مع الفيروس في عام 2021 ولكن 15% من الوفيات المرتبطة بالإيدز، والفجوة في تغطية علاج الفيروس بين الأطفال والبالغين تتزايد بدلا من أن تضيق (راجعوا فصل الأهداف).

النساء، والبنات، والفئات السكانية الرئيسية العرضة لخطورة متزايدة

غالبا ما يكون الأشخاص الذين يتمتعون بسلطة اجتماعية أقل وتدابير حماية أقل بموجب القانون أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري. وتعتبر المراهقات والشابات (من سن 15 إلى 24 عاما) -واللاتي تصاب واحدة منهن بفيروس نقص المناعة البشري كل ثلاث دقائق- أكثر عرضة للإصابة بالفيروس بمقدار ثلاثة أضعاف أكثر من الفتيان المراهقين والشبان من نفس الفئة العمرية في أفريقيا جنوب الصحراء (شكل 0.7). وتشير التقديرات العالمية المستندة إلى البيانات من 2000 إلى 2018 أيضا إلى أن أكثر من واحدة من كل 10 نساء متزوجات أو مرتبطات تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاما قد تعرضن للعنف الجسدي و/أو الجنسي من قبل الشريك الحميم خلال الاثني عشر شهرا الماضية. وبالإضافة إلى ذلك، اشتد وباء العنف المنزلي ضد المرأة في جميع أنحاء العالم بشكل كبير خلال جائحة كوفيد19- (9).

شكل 0.7 معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين المراهقات والشابات (15-24 سنة)، المستويات دون الوطنية، شرق وجنوب أفريقيا، 2021



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022

ملاحظة: التحليل متاح لـ 37 دولة في أفريقيا جنوب الصحراء بالبيانات المطلوبة على المستوى دون الوطني. البلدان الواقعة في إفريقيا جنوب الصحراء التي لم يتم إدراجها هي: جزر القمر، وجيبوتي، وإريتريا، ومدغشقر، وموريتانيا، وموريشيوس، وموزمبيق، وسيشيل، والصومال، وجنوب السودان، والسودان.

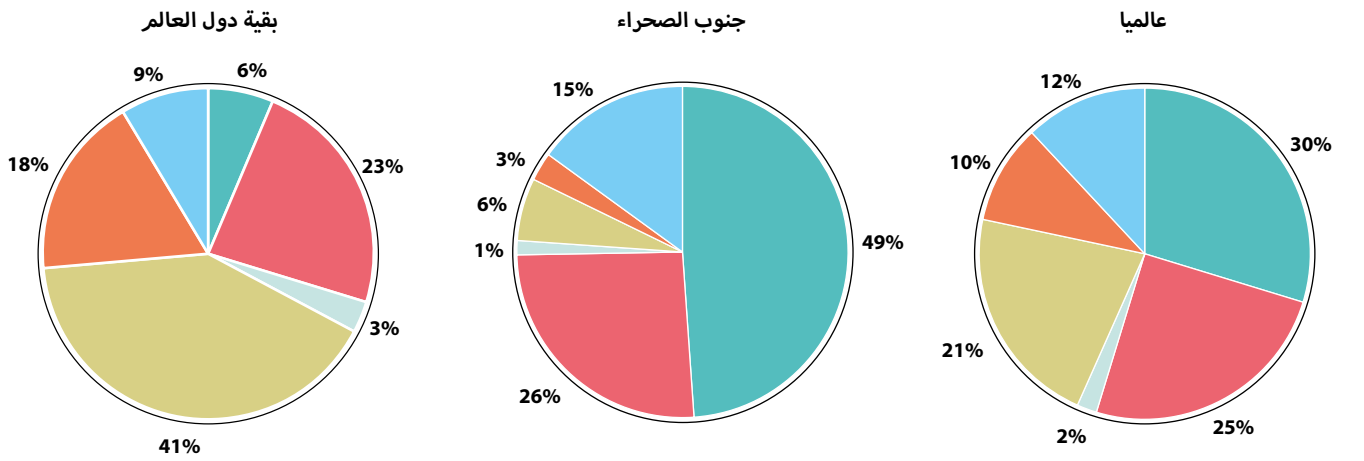
%70

من الفئات السكانية الرئيسية يمثلون أقل من 5 ٪ من سكان العالم، لكنهم وشركاؤهم الجنسيين يمثلون 70 ٪ من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في عام 2021

تمثل الفئات السكانية الرئيسية أقل من 5% من سكان العالم، ولكنهم هم وشركاؤهم الجنسيين يمثلون 70% من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في 2021 (شكل 0.8). وفي كل مناطق العالم، هناك فئات سكانية رئيسية معرضة بشكل خاص للإصابة بالفيروس (شكل 0.9).

وغالبا ما تعاني الأقليات العرقية والإثنية من تفاوتات كبيرة تتعلق بفيروس نقص المناعة البشري، كما هو الحال في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والولايات المتحدة، حيث كان الانخفاض في التشخيصات الجديدة بالفيروس أقل بين السكان السود مما هو عليه بين السكان البيض (10، 11). وفي أستراليا وكندا والولايات المتحدة، تعد معدلات الإصابة بالفيروس أعلى في مجتمعات السكان الأصليين مما هو الحال في المجتمعات غير الأصلية (12، 13).

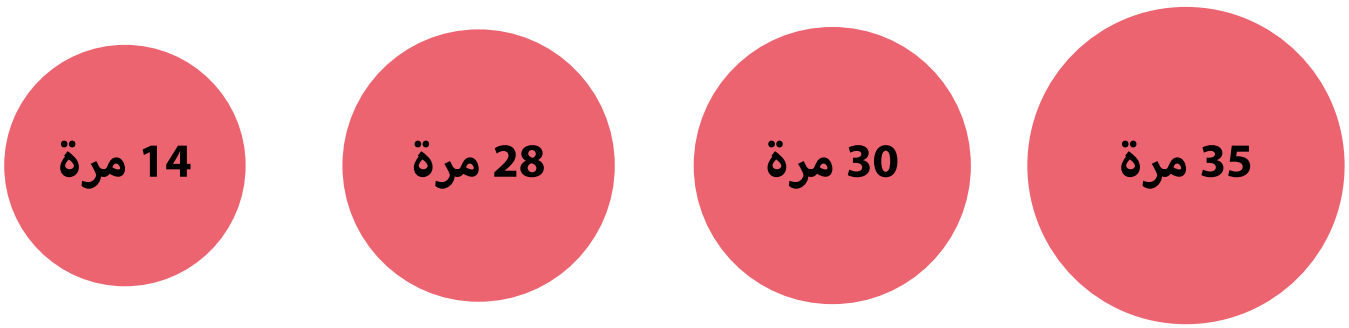
شكل 0.8 توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب الفئة السكانية، على مستوى العالم، وأفريقيا جنوب الصحراء وبقية العالم 2021



المصدر: التحليل الخاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2022 (انظر ملحق الأساليب).

ملاحظة: نظرا للاختلافات في توافر البيانات من عام إلى آخر، فإننا لا نقدم اتجاهات في هذا التوزيع. انظر ملحق الأساليب للحصول على وصف للحساب.

شكل 0.9 الخطر النسبي للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، على مستوى العالم، 2021



ويتعرض متعاطو المخدرات عن طريق الحقن لخطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 35 مرة أكثر من البالغين الذين لا يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن

تتعرض العاملات بالجنس لخطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 30 مرة أكثر من البالغين في عموم السكان

ويتعرض المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال لخطورة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 28 مرة أكثر البالغين في عموم السكان

وتتعرض مغايرات الهوية الجنسانية لخطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 14 مرة أكثر من البالغين في عموم السكان

المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (انظر ملحق الأساليب)

لدينا الوسائل لمعالجة التفاوتات المستمرة ووضع الاستجابة للإيدز على المسار الصحيح

من بين الاتجاهات الأوسع نطاقا والمقلقة للغاية في الاستجابة العالمية للإيدز، هناك بعض الأخبار الجيدة التي يمكن الإبلاغ عنها. وقد أظهرت الاستجابات الوطنية التي تم تقديم الموارد الكافية لها، واعتمدت سياسات سليمة، وجعلت تقنيات الوقاية والعلاج متاحة على نطاق واسع، مرونة وتأثيرا ملحوظين. واستطاعت بلدان متنوعة مثل إيطاليا وليسوتو وفيتنام وزيمبابوي خفض الإصابات الجديدة بالفيروس بأكثر من 45% بين عامي 2015 و2021.

استطاعت بلدان متنوعة مثل إيطاليا وليسوتو وفيتنام وزيمبابوي خفض الإصابات الجديدة بالفيروس بأكثر من 45% بين عامي 2015 و2021.

وفي غمرة جائحة كوفيد19-، تم تحقيق زيادات مطردة في توسيع نطاق العلاج الوقائي قبل التعرض عن طريق الفم، لا سيما في بلدان مثل كينيا وجنوب إفريقيا. ونظرا لأن قرار استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض يقع على عاتق الفرد ولا يلزم التفاوض مع شريك، فإن لديه إمكانات هائلة للمساعدة في تقليل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية في كل مكان والفتيات والنساء في أفريقيا جنوب الصحراء. ومع ذلك، لا يزال الوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرض عن طريق الفم مركزا في العديد من البلدان ذات الدخل المرتفع وخمسة بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء ـــــــ كينيا، ونيجيريا، وجنوب أفريقيا، وأوغندا، وزيمبابوي. ومع توسع العلاج الوقائي قبل التعرض عن طريق الفم، أصبح المزيد من الخيارات للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري متاحة، مثل العلاج الوقائي قبل التعرض طويل المفعول الذي يمكن إعطاؤه عن طريق الحقن أو الحلقات المهبلية. ولكن التكلفة والتوافر حاليا يبعدان هذه الوسائل عن متناول الغالبية التي تحتاج إلى هذه الأدوات الجديدة.

وتقدم الاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز 2021-2026 مخططا واضحا ومدعما بالدلائل والأدلة لوضع الاستجابة للإيدز على المسار الصحيح. وقد تعهدت حكومات العالم باتخاذ خطوات ملموسة لترجمة هذه الخطة إلى أفعال. وليست هناك حاجة إلى «رصاصة فضية» خارقة: باستخدام الأدوات المتواجدة بالفعل، يجب على المجتمع العالمي ببساطة ترجمة التزاماته إلى نتائج ملموسة للناس.

وتعتبر جائحة كوفيد19- وحرب أوكرانيا تحديين للأجيال، وآثارهما السلبية بعيدة المدى. ولكن إلى جانب السيئ يأتي بعض الخير: فقد أظهرت هذه الأزمات أيضا قدرة العالم على تعبئة الموارد الهائلة وتحويل السياسات بسرعة في مواجهة المحن غير العادية. ويؤكد الابتكار والقيادة اللذين حفزتهما تجربة كوفيد19- أيضا على الدور المحوري الذي يمكن أن تلعبه المجتمعات في الحفاظ على الوصول إلى الخدمات والوصول إلى الأشخاص الأكثر ضعفا وتهميشا.

سد الفجوات في الاستجابة: الإجراءات الرئيسية لوضع الاستجابة على المسار الصحيح للقضاء على الإيدز بحلول عام 2030

- **القيام بدفعة جديدة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري.** تحتاج البلدان بشكل عاجل إلى رفع الأولوية السياسية والمالية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري والتحول من المشاريع المجزأة إلى التنفيذ على نطاق واسع (راجعوا قصة كولومبيا). وهناك حاجة إلى مضاعفة الجهود لمعالجة أوجه عدم المساواة في الوصول إلى الوقاية من الفيروس وسد الفجوات في سلسلة الخدمات من أجل منع انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل. ومع توفر أدوات وقائية جديدة، مثل العلاج الوقائي طويل المفعول قبل التعرض للعدوى عن طريق الحقن، ستكون هناك حاجة إلى جهود مركزة لتوزيعها بأقصى سرعة وفعالية ممكنة.

- **إعمال حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين.** تعمل القوانين والسياسات العقابية والتمييزية على تقويض الاستجابة للإيدز من خلال إبعاد الأشخاص عن الخدمات وتقويض جهود الصحة العامة للوصول إلى الأشخاص الأكثر عرضة لخطورة الإصابة الجديدة أو الوفاة (راجعوا قصة بلجيكا). وستساعد إزالة هذه القوانين في إعادة الاستجابة للإيدز إلى مسارها الصحيح. وتعتبر حقوق الإنسان للنساء والفتيات - بما في ذلك حقوقهن المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية- أساسية للاستجابة الفعالة. إن وضعها في قلب الاستجابة للإيدز، جنبا إلى جنب مع الجهود المدعومة بموارد جيدة للقضاء على العنف القائم على النوع الاجتماعي، أمر بالغ الأهمية.

- **دعم الاستجابات التي يقودها المجتمع المحلي وتقديم الموارد لها بشكل فعال.** تثبت الاستجابات التي يقودها المجتمع أنها تغير قواعد اللعبة في الحد من أوجه عدم المساواة ودعم الاستجابات الفعالة والمرنة لفيروس نقص المناعة البشري (راجعوا قصة أوغندا). إنها تصل إلى أولئك الذين لا يحصلون على خدمة جيدة من خلال الخدمات الرئيسية وتراقب جودة الخدمة لجعل مقدمي الخدمات مسؤولين عن النجاح. وسيكون تقديم الموارد لهذه الجهود وإزالة السياسات التي تعيق قدرة المنظمات التي يقودها المجتمع المحلي على تقديم مجموعة كاملة من الخدمات عاملا أساسيا لتسريع التقدم.

- **ضمان التمويل الكافي والمستدام.** تعتبر الاستثمارات الرئيسية الجديدة في مجال فيروس نقص المناعة البشري من قبل كلا من المانحين الدوليين وحكومات البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل أمرا ضروريا. وهناك حاجة إلى اتخاذ إجراءات دولية للتخفيف من أزمة الديون التي تواجه العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ولتجنب سياسات التقشف التي تؤدي إلى نتائج عكسية. وهناك حاجة أيضا إلى اتخاذ خطوات لزيادة العائد على استثمارات الفيروس، بما في ذلك من خلال خفض الأسعار وفعالية التكلفة، وزيادة الاستثمارات في الوقاية من الفيروس. كما يجب إزالة العوائق المالية من أمام استعمال الخدمة (راجعوا قصة الكاميرون).

- **معالجة أوجه عدم المساواة في الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، والوصول إلى الاختبار والعلاج والنتائج الخاصة بهما، وسد الفجوات الموجودة في مناطق محددة ولمجموعات معينة.** في بيئات متنوعة تتخذ البلدان والمجتمعات إجراءات للقضاء على أوجه عدم المساواة وسد الفجوات (راجعوا قصة كينيا) . وبناء على هذا الزخم، يحتاج أصحاب المصلحة إلى الاستفادة من بيانات أفضل وأكثر دقة للتركيز على أوجه عدم المساواة التي تبطئ التقدم.

القضاء على الإيدز يتطلب الشجاعة السياسية

هناك حاجة إلى المزيد من الشجاعة السياسية للقضاء على أوجه عدم المساواة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري وإحياء التضامن العالمي وزيادة تعزيزه فيما يتعلق بهذا الهدف. وهناك زخم يمكن البناء عليه. فمجتمعات المتعايشين مع الفيروس والفئات السكانية الرئيسية تنشئ السياق الذي يجبر القادة السياسيين على اتخاذ إجراءات جريئة وشجاعة. وقد يكون للأدوات الجديدة، مثل الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية طويلة المفعول والتي يمكن تناولها عن طريق الحقن، آثار تحويلية محتملة -إذا تم تقاسمها على نطاق واسع وتوزيعها بشكل منصف. وقد زادت أساليب البيانات المبتكرة من قدرة البلدان والمجتمعات على التركيز على أوجه عدم المساواة التي تبطئ التقدم في سد الفجوات.

مجتمعات المتعايشين مع الفيروس والفئات السكانية الرئيسية تنشئ السياق الذي يجبر القادة السياسيين على اتخاذ إجراءات جريئة وشجاعة.

نحن نعلم ما يجب القيام به للقضاء على الإيدز، ولدينا الأدوات التي نحتاجها. والآن، فالتحدي الذي نواجهه هو استجماع الشجاعة المطلوبة لسد الفجوات في الاستجابة والقضاء على أوجه عدم المساواة المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشري.



UNAIDS ©

الاستجابة للأزمات: المجتمعات في صميم الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في أوكرانيا وما بعدها

الأزمات المستمرة في العالم

أوكرانيا ليست وحدها في هذا المجال. فقد أدت حالات الطوارئ في جمهورية فنزويلا البوليفارية، وإثيوبيا، وليبيا، وموزامبيق، وميانمار، والجمهورية العربية السورية، ومنطقة الساحل في أفريقيا، والعديد من أجزاء العالم الأخرى، إلى تعطيل حياة الملايين من البشر مما أدى إلى آثار مدمرة. وتواجه بلدان عدة حالات طوارئ متكررة تتراوح بين الصراع الأهلي، والجفاف، ونقص الغذاء إلى الفيضانات والنزوح الجماعي. ويتطلب التقدم في الاستجابة العالمية لفيروس نقص المناعة البشري أن تظل خدمات الفيروس عاملة في كل الظروف. وتتمثل إحدى التوصيات الرئيسية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في إشراك المجتمعات في إعداد ونشر الردود. كما يجب تكييف الاستجابات مع الاحتياجات المحلية وهيكلتها لتمكين الجميع في المجتمع من المشاركة: أي أن تكون شاملة، وقائمة على الحقوق، ومستنيرة جندريا، وقائمة على التشارك والتعاون.

أدت الحرب في أوكرانيا إلى نزوح أكثر من 12 مليون شخص، كما سعى ملايين الأوكرانيين إلى طلب اللجوء في البلدان المجاورة، بما في ذلك جمهورية التشيك، والمجر، وبولندا، وجمهورية مولدوفا، ورومانيا، وسلوفاكيا. وقد أدى القصف، والصواريخ، والضربات الجوية إلى تدمير ما يصل إلى 5000 مبنى سكني وأكثر من 250 مؤسسة رعاية صحية. وفي الوقت الحالي، هناك 52 موقعا لا يعمل من أصل 403 مواقع توزع عادة الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية المنقذة للحياة من فيروس نقص المناعة البشري، ولا يزال البعض الآخر متضررا. وجلبت المساعدة والتمويل الدوليين إغاثة مهمة، مع تدخل الجهات المانحة الرئيسية – خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي – لتوفير الأدوية. وقد قام صندوق الطوارئ التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بصرف 25.000 دولارا أمريكيا للحفاظ على خدمات الفيروس في أربع مدن تضررت بشدة في البلاد. كما أعاد برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز تخصيص الأموال لمساعدة بعض الأشخاص الأكثر عرضة لخطورة الإصابة على الخروج أو العثور على مأوى. ومع ذلك، لاتزال هناك حاجة ملحة لتمويل مجموعات المجتمع المدني المنهكة في أوكرانيا والبلدان المجاورة التي تساعد النازحين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية. ولم تكن الاستجابة الطارئة للفيروس ممكنة بدون مقدمي الخدمات على المستوى الشعبي. يقول رامان هايلفيتش، المدير القطري لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في أوكرانيا «لطالما كان المجتمع المدني والمنظمات الاجتماعية في صميم الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في أوكرانيا، وأكثر من ذلك منذ بدء الحرب». ويشرح ذلك قائلا «لم يكونوا فقط في الخطوط الأمامية لتقديم خدمات فيروس نقص المناعة البشري، بل ساعدوا أيضا في الدعم الإنساني». «فقد تحولت المكاتب إلى محاور إنسانية تعمل على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع». وقبل الحرب، كان لأوكرانيا أحد أبرز الاستجابات الوطنية للإيدز في المنطقة، مع انخفاض الإصابات الجديدة بالفيروس بنسبة 47% بين عامي 2010 و2021، وبرامج فعالة للحد من الضرر موزعة في جميع أنحاء البلاد وبرامج ناشئة تلبي احتياجات المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. وبالنسبة للكثيرين، أثبتت شراكة الحكومة، التي استمرت عقدا، مع الخدمات التي يقودها المجتمع أنها الفرق بين الحياة والموت. إن الشبكات، والشراكات، والخبرة التي تم بناؤها تعني أنه حتى في هذه الأزمة، فإن الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري لم تنهر، وبدلا من ذلك ظلت مرنة. لكن الحرب تسببت في خسائر فادحة.



مشروع متنقل لاكتشاف حالات فيروس نقص المناعة البشري في أوكرانيا، مايو 2022.

"يقول ديمترو شيريمي، رئيس المجلس التنسيقي لمنظمة 100% حياة «إن العمل خطير، والمتطوعون يعرضون حياتهم للخطر». فبعد أربعة شهور من الصراع، من الطبيعي أنه يشعر بالارتباك. ويضيف قائلا «إذا لم نحصل على المزيد من المساعدة، فإنني لست متأكدا من المدة التي يمكننا الاستمرار خلالها، وخاصة الوصول إلى الأشخاص في مناطق الخطوط الأمامية». بالطبع، هناك حاجة ماسة إلى زيادة الدعم الدولي للاستجابات الإنسانية التي يقودها المجتمع المدني.

قائمة المراجع

1. *COVID-19 Scale of education loss 'nearly insurmountable', warns UNICEF*. *In*: *UNICEF.org* [*Internet*]. 23 *January* 2022. *New York*: *UNICEF; c*2022 (*https://www.unicef.org/press-releases/covid19-scale-education-loss-nearly-insurmountable-warns-unicef*).
2. *World economic outlook*: *war sets back the global recovery*. *April* 2022. *Washington* (*DC*): *International Monetary Fund;* 2022 (*https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2022/04/19/world-economic-outlook-april-2022*).
3. *Mahler DG, Yonzan N, Hill R, Lakner C, Wu H, Yoshida N*. *Pandemic, prices, and poverty*. *In*: *World Bank Blogs* [*Internet*]. 13 *April* 2022. *Washington* (*DC*): *World Bank; c*2022 (*https://blogs.worldbank.org/opendata/pandemic-prices-and-poverty*).
4. *Global economic prospects*. *June* 2022. *Washington* (*DC*): *World Bank;* 2022 (*https://reliefweb.int/report/world/global-economic-prospects-june-2022*).
5. *World investment report* 2022. *Geneva*: *UNCTAD;* 2022 (*https://unctad.org/webflyer/world-investment-report-2022*).
6. *United Nations Global Crisis Response Group*. *Global impact of the war in Ukraine on food, energy and finance systems*: *the world is facing a global cost of living crisis*. *World Business Council for Sustainable Development; June* 2022 (*https://www.wbcsd.org/download/file/14437*).
7. *Inkoutiyo J, Yonli C, Tekpa G, Vallès X*. *Problématique des perdus de vue durant la prise en charge du VIH/Sida*: *étude sur les cas de perdus de vue dans les sites PEC* (*adulte et enfant*) *et PTPE dans la République Centrafricaine; Phase II*: *étude quantitatif*. *Croix Rouge Française, Ministère de la Santé et la Population de la Republique Centreafricaine et le Fonds Mondial;* 2022.
8. *McVeigh K*. '*Perfect storm*' *of crises is widening global inequality, says UN chief*. *In*: *The Guardian*. 2 *July* 2022. *Guardian News & Media Limited; c*2022.
9. *The shadow epidemic*: *violence against women during COVID-19*. *In*: *UN Women.org* [*Internet*]. *UN Women; c*2022 (*https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19*).
10. *Martin V, Shah A, Mackay N, Lester J, Newbigging-Lister A, Connor N et al*. *HIV testing, new HIV diagnoses, outcomes and quality of care for people accessing HIV services*: 2021 *report*. *London*: *UK Health Security Agency;* 2021.
11. *HIV in the United States and dependent areas*. *In*: *CDC.gov* [*Internet*]. *Atlanta* (*GA*): *Centers for Disease Control and Prevention;* [*updated* 9 *August* 2021] (*https://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/ataglance.html*).
12. *Ward J, Gilles M, Russel D*. *HIV infection in Aboriginal and Torres Strait Islander people*. *In*: *HIV Management in Australasia* [*Internet*]. *Last reviewed* 9 *June* 2021. *ASHM; c*2019 (*https://hivmanagement.ashm.org.au/hiv-infection-in-aboriginal-and-torres-strait-islander-people/*).
13. *The epidemiology of HIV in Canada*. *Toronto*: *Canadian AIDS Treatment Information Exchange* (*CATIE*); 2021 (*https://www.catie.ca/sites/default/files/2021-07/epi-hiv-02242021-en.pdf*).

التقدم نحو أهداف 2025

إن الإعلان السياسي الجديد بشأن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز: إنهاء اللامساواة والسير في طريق القضاء على الإيدز بحلول عام 2030، والذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة في 9 يونيو 2021، يُلزم رؤساء الدول والحكومات بمجموعة جديدة من الطموحات والأهداف القابلة للتحقق عام 2025. وتعزز هذه الأهداف من الأهداف المدعمة بالدلائل في الاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز 2021 – 2026: القضاء على اللامساواة، القضاء على الإيدز والتي اعتمدها مجلس تنسيق برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في مارس 2021.

وتتطلب الأهداف الجديدة أكثر من التقدم الشامل: فهي تتطلب أن يستخدم 95% من الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري برامج الجمع بين وسائل الوقاية، وأن تتحقق أهداف الاختبار والعلاج الجديدة 95–95-95 ضمن جميع الفئات السكانية الفرعية، والفئات العمرية، والأماكن الجغرافية بما في ذلك الأطفال المتعايشين مع الفيروس (شكل 1.1). وسيؤدي تحقيق هذه الأهداف بحلول عام 2025 إلى الحد من اللامساواة المتعلقة بالفيروس، والحد بشكل كبير من الإصابات الجديدة بالفيروس والوفيات المرتبطة بالإيدز، ووضع الاستجابة العالمية للفيروس على المسار الصحيح للقضاء على الإيدز باعتباره تهديدا للصحة العامة بحلول عام 2030.

وتشير أحدث البيانات من البلدان إلى تحقيق مكاسب مهمة في الحد من الوفيات المرتبطة بالإيدز، وأن بعض البلدان قد قطعت أشواطا في إزالة القوانين والسياسات العقابية التي تمنع الاستجابات الفعالة للفيروس. ومع ذلك، فإن التقدم نحو القضاء على جائحة الإيدز يتباطأ ولا يتسارع.

إن التقدم نحو القضاء على جائحة الإيدز يتباطأ ولا يتسارع.

إن العالم ليس على المسار الصحيح للوصول إلى غالبية أهداف عام 2025. فالجهود المبذولة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري خرجت عن المسار الصحيح، بشكل خاص، في غالبية المقاطعات خارج أفريقيا جنوب الصحراء، حيث لم تصل تدخلات الجمع بين وسائل الوقاية إلى النطاق أو الشدة الكافية. ولا تزال الاستجابة للفيروس تخذل الفئات السكانية الرئيسية والفئات الأكثر عرضة لخطورة الإصابة. ولايزال التقدم في العوامل التمكينية المجتمعية غير كافٍ. وتحتاج الاستجابة للفيروس، بشكل عاجل، إلى مضاعفة الجهود لمعالجة اللامساواة والثغرات المستمرة في جميع البيئات.

شكل 1.1 الالتزامات الرئيسية وأهداف عام 2025 ضمن الإعلان السياسي بشأن الإيدز

التعهدات والأهداف الشاملة في إطار الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

إنهاء جميع أشكال اللامساواة التي يواجهها المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والمعرضون لخطر الإصابة والمتأثرين به، والمجتمعات المحلية، وأوجه اللامساواة داخل البلدان وفيما بينها، التي تشكل حواجز أمام إنهاء الإيدز.

إدراك أن الفئات السكانية الرئيسية هي مجموعات من الأشخاص الذين هم أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري أو المتعايشين مع الفيروس. وتشمل الفئات السكانية الرئيسية المعرضة بشكل أكبر لخطر الإصابة بالفيروس المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومغايري الهوية الجنسانية، ومتعاطي المخدرات بالحقن، والعاملين بالجنس وزبائنهم، والأشخاص في السجون وغيرها من الأماكن المغلقة.

الإعراب عن القلق من أن المراهقات والشابات في أفريقيا جنوب الصحراء يتعرضن لخطر مرتفع للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، وأن الأسباب المرتبطة بالإيدز هي سبب رئيسي للوفاة بين المراهقات والنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاما.

الأولويات الاستراتيجية للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز، 2021-2026

تعظيم الوصول العادل والمتساوي إلى خدمات وحلول فيروس نقص المناعة البشري

تحطيم الحواجز التي تحول دون تحقيق نتائج فيروس نقص المناعة البشري

الموارد الكاملة والحفاظ على استجابات فعالة ومتكاملة لفيروس نقص المناعة البشري

مجال التركيز على الالتزامات والأهداف الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

- الجمع بين وسائل الوقاية للجميع
- 95-95-95 لاختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري
- إنهاء الإيدز لدى الأطفال والقضاء على الانتقال الرأسي
- المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات
- قيادة المجتمع
- تحقيق حقوق الإنسان والقضاء على الوصم والتمييز
- التغطية الصحية الشاملة والتكامل
- الاستثمارات والموارد

المصدر: إنهاء عدم المساواة والسير على المسار الصحيح لإنهاء الإيدز بحلول عام 2030: ملخص للالتزامات والأهداف الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز؛ 2022.

الجمع بين وسائل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري للجميع

شكل 1.2 وصف أهداف الجمع بين وسائل الوقاية

95-95-95 أهداف الاختبار، والعلاج، وكبت الحمل الفيروسي في جميع التركيبات السكانية والمجموعات والأماكن الجغرافية

جميع الحوامل والمرضعات المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري يتلقين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية مدى الحياة، مع تحقيق 95% منهن كبت الحمل الفيروس واستدامته قبل الولادة وأثناء الرضاعة

95٪ من النساء والفتيات في سن الإنجاب قد تمت تلبية احتياجاتهن من فيروس نقص المناعة البشري وخدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك الرعاية السابقة للولادة والأمومة والمعلومات والمشورة

جميع الحوامل والمرضعات السلبيات لفيروس نقص المناعة البشري واللاتي يعشن في أماكن ذات عبء مرتفع للفيروس أو اللواتي لديهن شركاء ذكور عرضة لخطورة الإصابة بالفيروس بشكل كبيرفي جميع البيئات لديهن إمكانية الوصول إلى الجمع بين وسائل الوقاية، بما في ذلك العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، ويتلقى 90٪ من شركائهن الذكور المتعايشين مع الفيروس بشكل مستمر العلاج المضاد للفيروسات القهقرية

10-10-10 أهداف التمكين المجتمعية

الأهداف المتعلقة بالوقاية في الأقسام الأخرى من الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

الجمع بين وسائل الوقاية هي برامج قائمة على الحقوق ومدعومة بالأدلة ومملوكة للمجتمع تستخدم مزيجا من التدخلات الطبية الحيوية والسلوكية والهيكلية ذات الأولوية لتلبية احتياجات الوقاية الحالية من فيروس نقص المناعة البشري لأفراد ومجتمعات معينة بحيث يكون لها أكبر تأثير مستدام على تقليل الإصابات الجديدة.

خفض الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري إلى أقل من 370.000 بحلول عام 2025

بما في ذلك الإصابات الجديدة بالفيروس بين المراهقات والشابات إلى أقل من 50.000

95٪ من الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، ضمن جميع المجموعات الوبائية ذات الصلة، والفئات العمرية، والأماكن الجغرافية لديهم إمكانية الوصول إلى خيارات الوقاية المركبة المناسبة، وذات الأولوية، والتي تركز على الأشخاص، والفعالة ويستخدمونها. بما في ذلك 95٪ من الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالفيروس في البيئات الإنسانية

توافر العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى لـ(10 مليون) شخص عرضة لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بشكل كبير

إتاحة العلاج الوقائي بعض التعرض للعدوى لجميع الأشخاص الذين تعرضوا مؤخرا لفيروس نقص المناعة البشري

90٪ من المراهقين والمراهقين في 15 دولة ذات أولوية خضعوا لختان الذكور الطبي الطوعي

الاستخدام المتسق للواقي الذكري/ المزلقات في آخر ممارسة للجنس من قبل الأشخاص الذين لا يتناولون العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى والذين لديهم شريك غير منتظم غير معروف أن حالة الحمل الفيروسي الخاصة به غير قابلة للكشف (بما في ذلك الأشخاص المعروفين بأنهم (سلبيون لفيروس نقص المناعة البشري).

- > 95٪ للرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومتعاطي المخدرات بالحقن، ومغايري الهوية الجنسانية، والأشخاص الذين في شراكات متباينة مصليا.
- > 95٪ لاستخدام الواقي الذكري/المزلقات بين العاملين بالجنس والسجناء وغيرهم في أماكن مغلقة (مع عميل أو شريك غير منتظم).
- > 95٪ بين أولئك الذين يُعتبرون عرضة لخطورة الإصابة بالعدوى بشكل كبير (السلوك المبلّغ عنه عالي الخطورة و/ أو الذين يعيشون في منطقة بها نسبة عالية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري).
- > 70٪ بين أولئك الذين يعتبرون معرضين لخطورة الإصابة بالعدوى بشكل معتدل (سلوك منخفض الخطورة أو يعيشون في منطقة بها معدل مرتفع بشكل معتدل من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري).
- > 50٪ بين أولئك الذين يُعتبرون معرضين لخطورة الإصابة بالعدوى بشكل منخفض (السلوك المبلغ عنه منخفض الخطورة أو الذين يعيشون في منطقة بها معدل منخفض للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري).

90٪ من المراهقين والشباب يتلقون تثقيفا جنسيا شاملا في المدارس، بما يتماشى مع الإرشادات الفنية الدولية للأمم المتحدة

80 ٪ من المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملين بالجنس، ومغايري الهوية الجنسانية يمكنهم الوصول إلى فحص وعلاج الأمراض المنقولة جنسيا

الوصول المنتظم إلى النظام الصحي المناسب أو الخدمات التي يقودها المجتمع

- > 100٪ للسجناء وغيرهم في الأماكن المغلقة.
- > 90٪ للرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملين بالجنس، ومتعاطي المخدرات بالحقن ومغايري الهوية الجنسانية.

90٪ استخدام للإبرة المعقمة أثناء الحقن الأخير بين متعاطي المخدرات بالحقن والسجناء وغيرهم في الأماكن المغلقة

50% تغطية العلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون لمدمني المواد الأفيونية

أهداف الوقاية الأولية في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز والاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز

الأهداف الواردة في الإعلان السياسي

الأهداف ضمن إستراتيجية الإيدز العالمية

المصدر: الاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز 2021-2026 ؛ الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز.

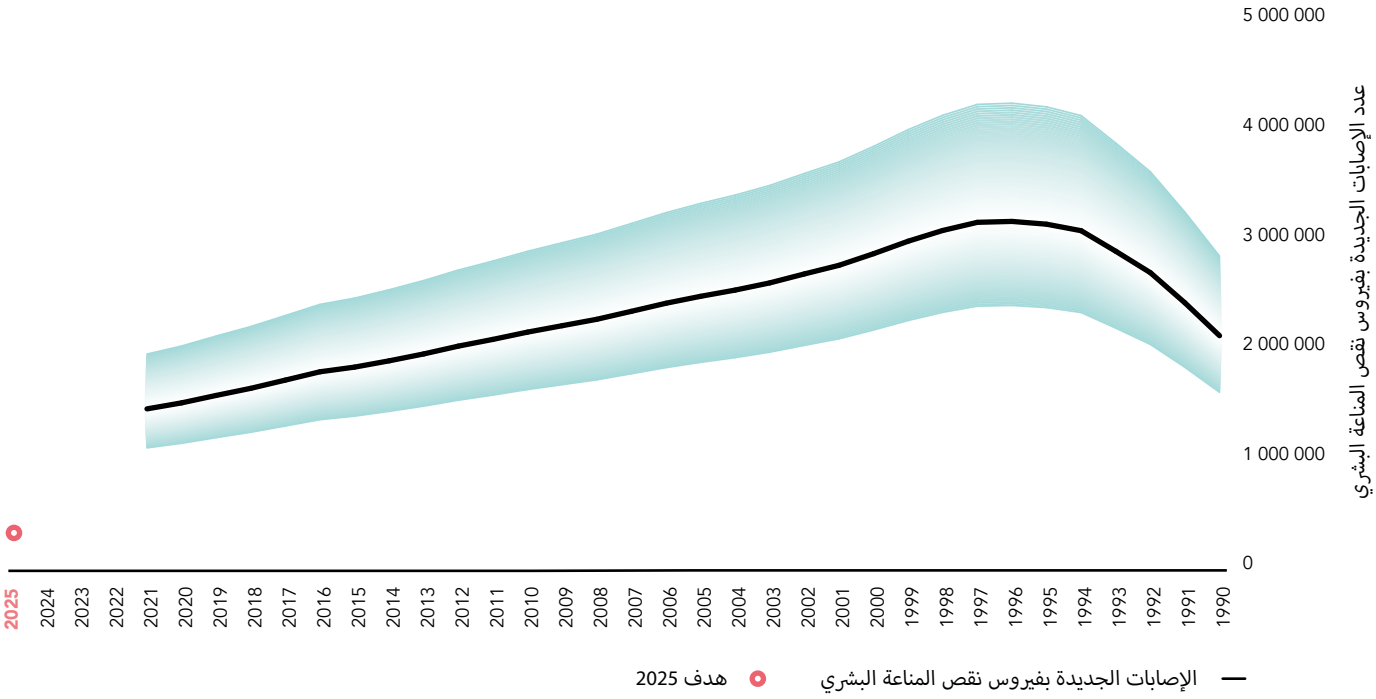
هدف 2025:

خفض عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري إلى أقل من.

اعتبار من ديسمبر 2021، لم يكن المجتمع الدولي على المسار الصحيح للوصول إلى أي من أهداف 2025 للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، حيث أصيب 1.5 مليون [1.1 مليون – 2.0] بالفيروس عام 2021 (شكل 1.3). ففي كل يوم، يصاب 4000 شخص بالفيروس؛ وفي كل أسبوع، يصاب 7.800 شاب (تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عاما) بالفيروس.

وقد انخفض العدد السنوي للإصابات الجديدة، على مستوى العالم، بنسبة 32% منذ عام 2010 – أقل بكثير من الانخفاض البالغ 83% اللازم لتحقيق هدف 2025 المتمثل في 370.000 إصابة جديدة. وعلى الرغم من أن الإصابات الجديدة استمرت في الانخفاض على مستوى العالم خلال جائحة كوفيد19-، فإن الانخفاض في الإصابات الجديدة في عام 2021 كان اقل انخفاض سنوي منذ عام 2017. وبناءً على الاتجاهات الحالية، سوف يُصاب 1.2 مليون شخص بالفيروس في عام 2025 – أعلى من هدف 2025 بحوالي ثلاثة أضعاف.

شكل 1.3 شكل 2.3 عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري، عالميا، 1990-2021، وهدف 2025



المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز , 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

وعلى الرغم من مسؤولية أفريقيا جنوب الصحراء عن 59% من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في عام 2021، إلا أن الانخفاض في الإصابات الجديدة بالفيروس قد تباطأت عالميا في السنوات الأخيرة. وهذا يعني أن نسبة الإصابات الجديدة في المناطق غير الأفريقية قد زادت عالميا. وقد شكلت الفئات السكانية الرئيسية وشركاؤها الجنسيين 94% من الإصابات الجديدة في مناطق خارج أفريقيا جنوب الصحراء في عام 2021 (انظر شكل 0.04 في المقدمة).

إن النجاحات التي تحققت في الوقاية من الفيروس ماتزال مبعثرة. إذ يجب تعلم الدروس من الأماكن التي تصل فيها مجموعات قوية من خدمات الجمع بين وسائل الوقاية الخاصة بالفيروس إلى الفئات المعرضة لخطر أكبر وتحقق مكاسب أوسع، وأكثر إنصافا؛ وسيساعد هذا على إحداث تقدم أسرع في خفض الإصابات بالفيروس عبر جميع السكان والأماكن الجغرافية.

هدف 2025:

خفض عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين المراهقات والشابات إلى أقل من 50.000.

في عام 2021، أصيب ما يقدر بنحو 25.000 [15.000 – 36.000] مراهقة وشابة (تتراوح أعمارهن بين 15 و24 عاما) بفيروس نقص المناعة البشري – ما يمثل خمسة أضعاف هدف 2025.ويُترجم هذا إلى 4.900 إصابة جديدة بالفيروس بين المراهقات والشابات كل أسبوع. ويعيش 82% من المراهقات والشابات المصابات بالفيروس في عام 2021 في أفريقيا جنوب الصحراء، بما في ذلك ثلثي هذا العدد اللاتي يعشن في شرق وجنوب أفريقيا. إن نقاط الضعف المتعددة – بما في ذلك الأعراف والممارسات الاجتماعية الضارة، واللامساواة الاجتماعية، والاقتصادية، والجنسانية (انظر فصل الحقوق) – تعوق التقدم بالنسبة للمراهقات والشابات وتتطلب جهودا مركزة لتوسيع نطاق برامج الوقاية.



وانساما جونسون، شابة متعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري، تعمل على توعية أحد العملاء في عيادة للرعاية والعلاج، كيغامبوني، دار السلام، جمهورية تنزانيا المتحدة، 1 أكتوبر 2019.

UNAIDS/D.Msirikale ©

هدف 2025:

ضمان أن 95% من الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، ضمن جميع المجموعات الوبائية ذات الصلة والفئات العمرية والأماكن الجغرافية، يتمتعون بالوصول إلى اختيارات للجمع بين وسائل الوقاية، واستخدامها بشكل مناسب، وقائم على الأولوية والأشخاص، وفعال.

كانت تغطية واستخدام برامج الجمع بين وسائل الوقاية بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (كما تم قياسها باستخدام خدمتين وقائيتين على الأقل في الأشهر الثلاثة الماضية) المبلغ عنها في السنوات الأخيرة منخفضا في كل منطقة، حيث تراوحت بين 27% في آسيا والمحيط الهادي و53% في غرب ووسط أفريقيا (شكل 1.4) كما كانت تغطية الوقاية من الفيروس بين مغايري الهوية الجنسانية أقل، أيضا، من أهداف عام 2025 في جميع المناطق، حيث تشير التقارير القطرية الأخيرة إلى أن نسبة مغايري الهوية الجنسانية الذين استخدموا خدمتين وقائيتين على الأقل خلال الأشهر الثلاثة الماضية تراوحت بين 28% (في شرق وجنوب أفريقيا) و77% (في أوربا الشرقية وآسيا الوسطى).

وتقدم تغطية خدمات الوقاية الخاصة بالفيروس بعض النقاط المضيئة. ففي عام 2021، وصلت 24 دولة من أصل 83 دولة أبلغت عن بياناتها إلى الهدف المتمثل في تغطية 90% من استخدام الواقي الذكري في آخر ممارسة للجنس بين العاملين بالجنس. وفي 8 بلدان، تجاوزت التغطية نسبة 95%.[1] كما أبلغت 18 بلدا عن تحقيق هدف 90% لاستخدام الإبر والمحاقن المعقمة في آخر حقنة، مع وجود 6 بلدان تجاوزت التغطية فيها نسبة 95%.[2] ومع ذلك، لاتزال هناك فجوات كبيرة، ويتطلب الوصول الكامل لأهداف عام 2025 مجموعة كاملة من خيارات الوقاية.



استشاري المخدرات يتشاور مع متعاطٍ للمخدرات في مركو ميث ساملانة، بنوم بنه، كمبوديا، في 5 ديسمبر 2019.

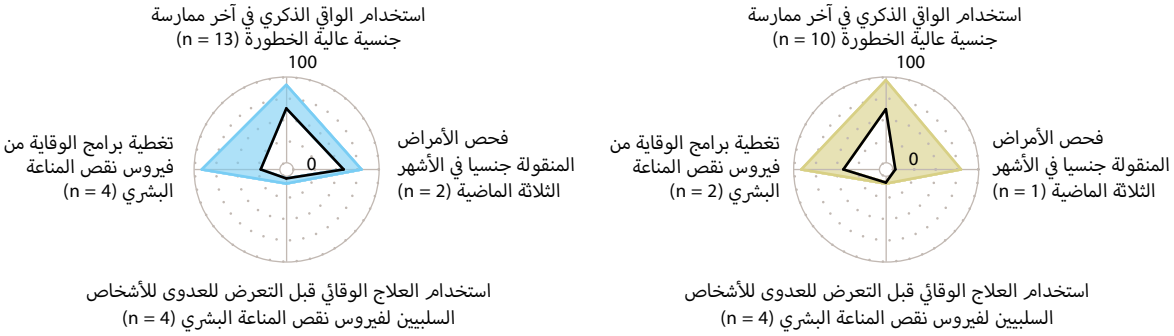
UNAIDS/Todd Brown ©

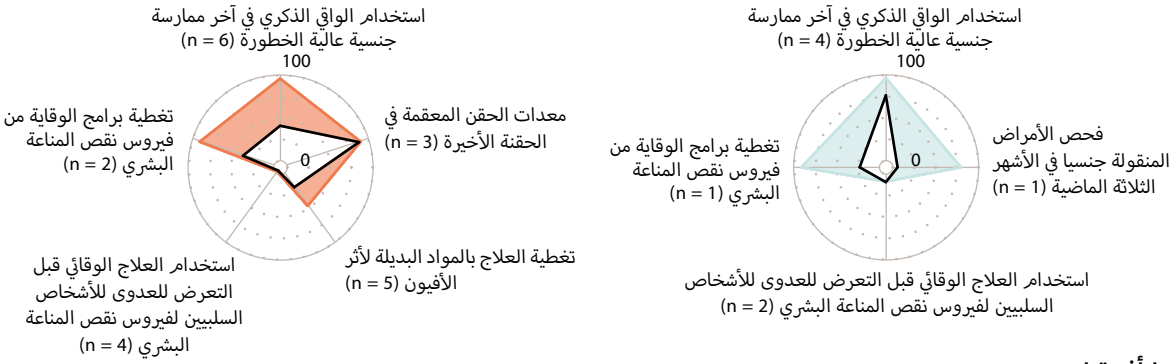
1 هذه البلدان هي جمهورية فنزويلا البوليفارية، وإريتريا، وكازاخستان، ومالي، وباراجواي، وجمهورية مولدوفا، وصربيا، وسنغافورة.

2 هذه البلدان هي أرمينيا، وبنجلاديش، وإستونيا، والهند، ونيبال، وأوكرانيا.

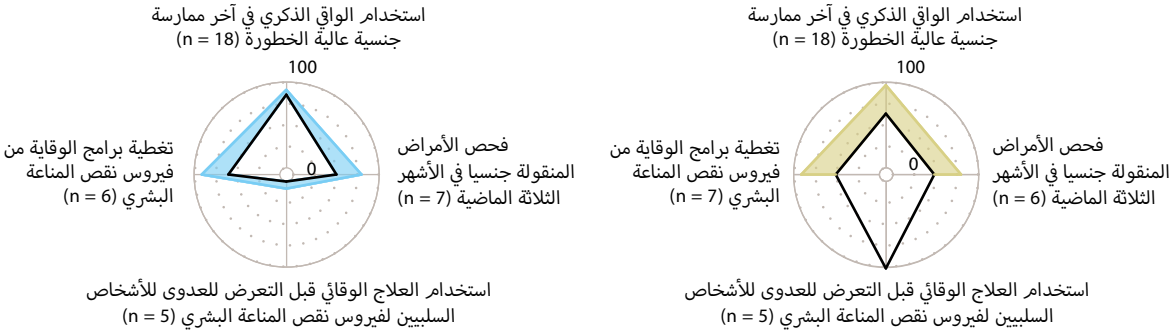
شكل 1.04 فجوة تحقيق أهداف الجمع بين وسائل الوقاية بين الفئات السكانية الرئيسية، حسب التدخل والمنطقة، 2017-2021

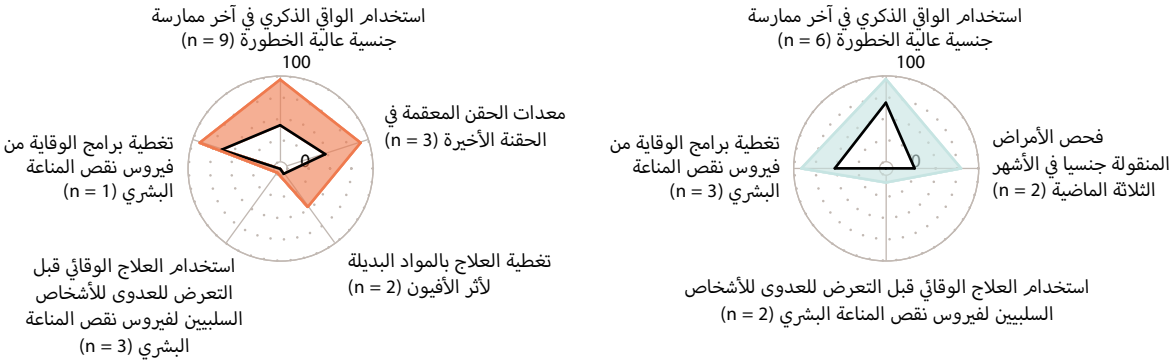
شرق وجنوب أفريقيا



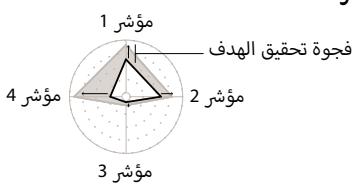


غرب ووسط أفريقيا





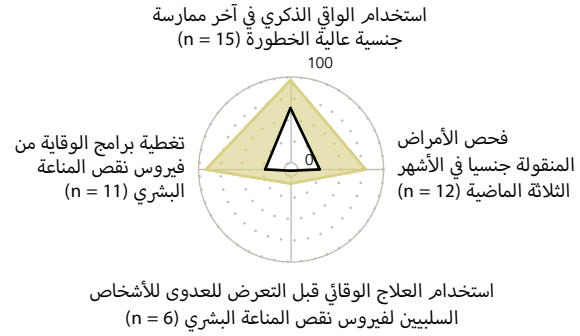
كيف تقرأ

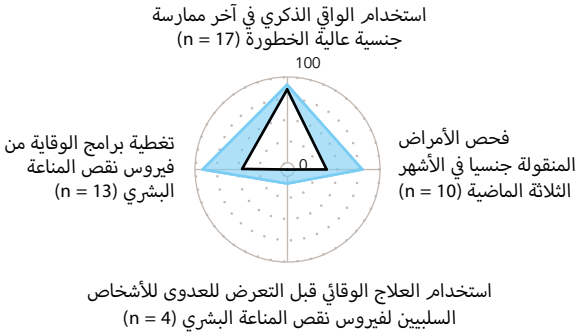


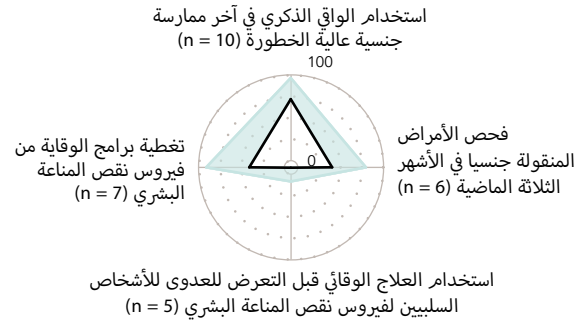
هدف 2025
هدف 2025
هدف 2025
هدف 2025

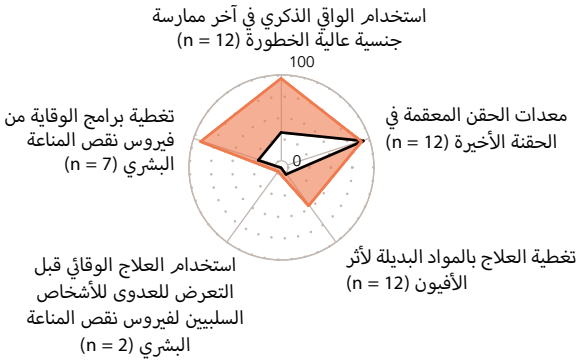
وضع 2017-2021
العاملون بالجنس
المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال
متعاطو المخدرات بالحقن
مغايرو الهوية الجنسانية

آسيا والمحيط الهادئ

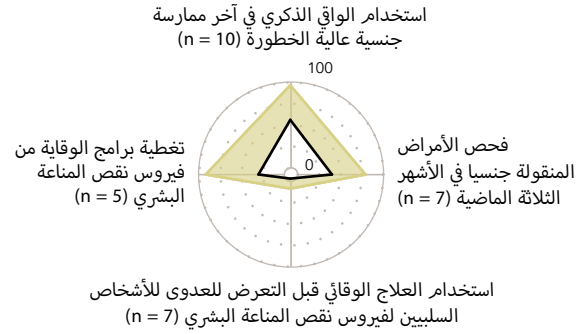


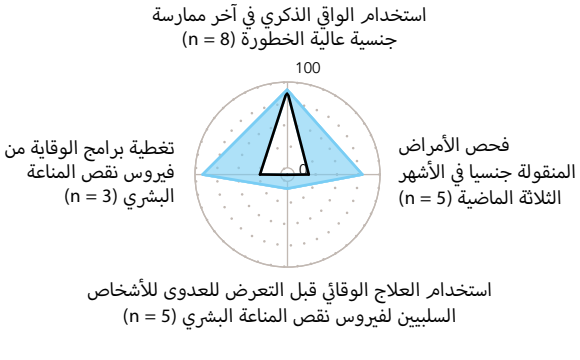


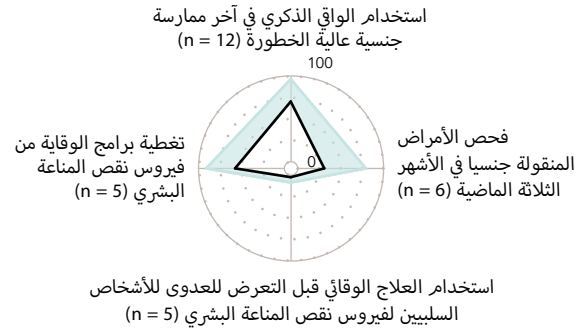


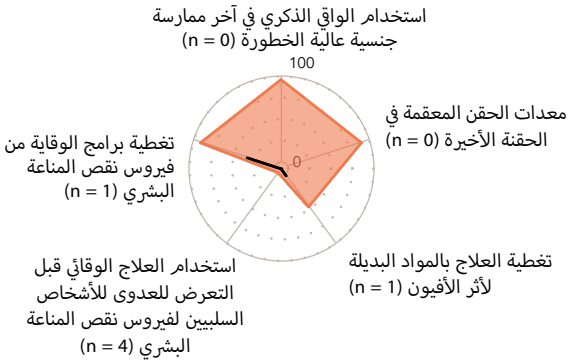


أمريكا اللاتينية

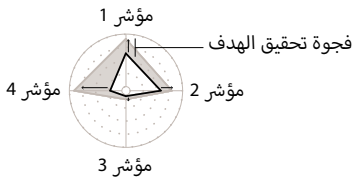








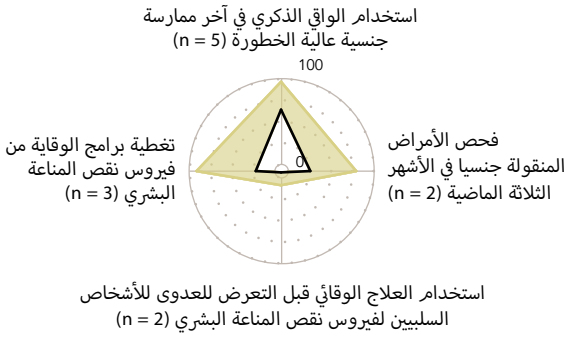
كيف تقرأ

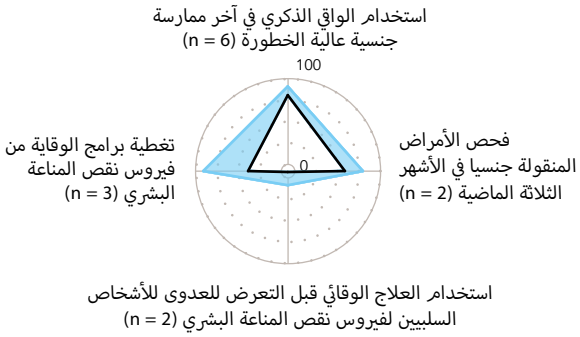


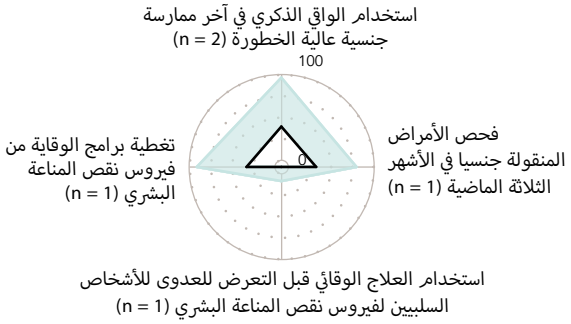
هدف 2025
هدف 2025
هدف 2025
هدف 2025

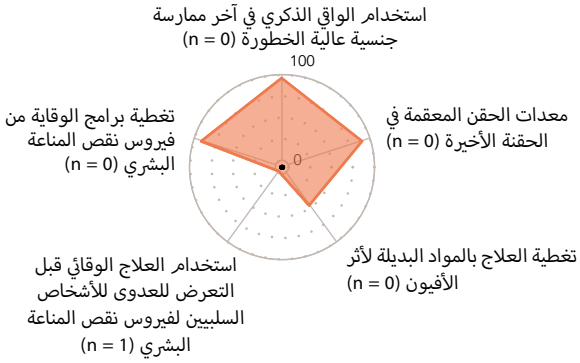
وضع 2017-2021
العاملون بالجنس
المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال
متعاطو المخدرات بالحقن
مغايرو الهوية الجنسانية

منطقة البحر الكاريبي

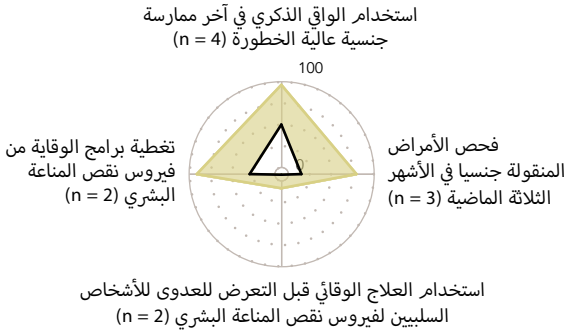


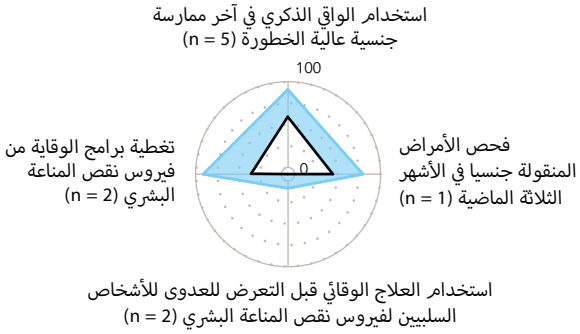


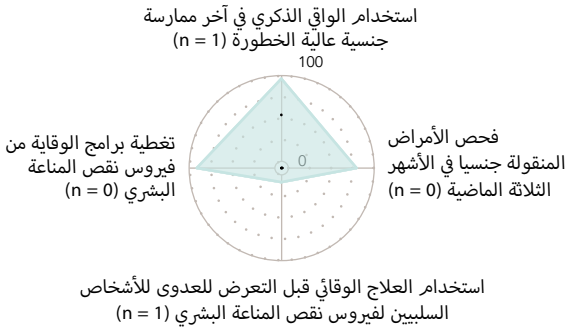


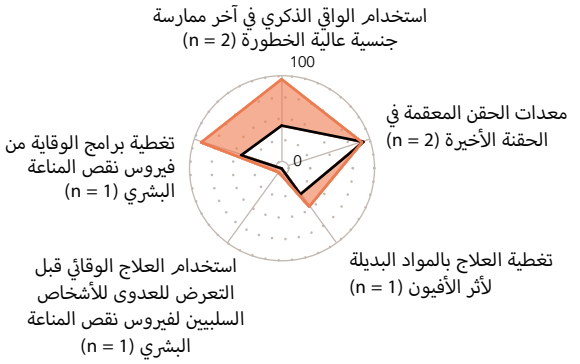


الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

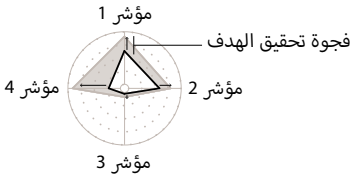


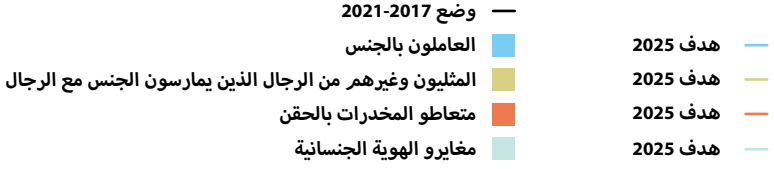






كيف تقرأ



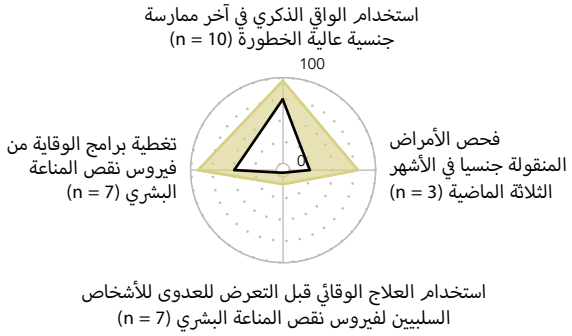


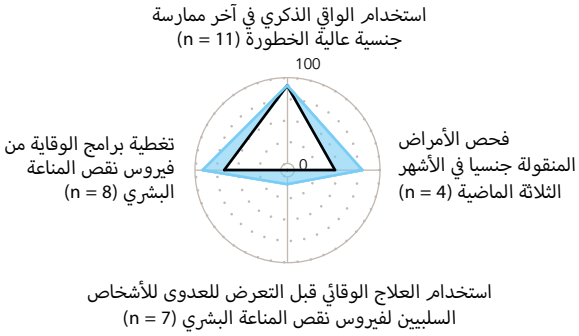
المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

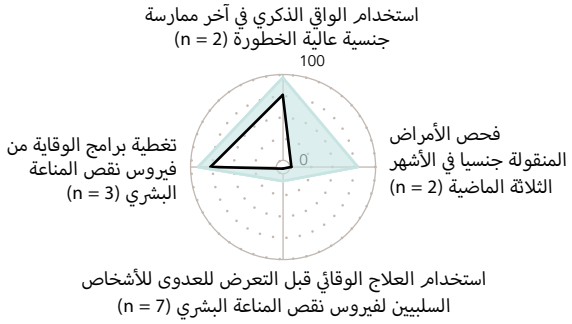
ملاحظة: تشير «تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري» إلى الفئات السكانية الرئيسية التي أفادت بتلقي خدمتين وقائيتين على الأقل في الأشهر الثلاثة الماضية. وتضمنت خدمات الوقاية الممكنة التي تم تلقيها ما يلي: الواقي الذكري والمزلقات وتقديم المشورة بشأن استخدام الواقي الذكري وممارسة الجنس الآمن (جميع الفئات السكانية الرئيسية)؛ واختبار الأمراض المنقولة جنسيا (العاملون بالجنس ومغايرو الهوية الجنسانية والرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال؛ ومعدات الحقن المعقمة (متعاطو المخدرات بالحقن).

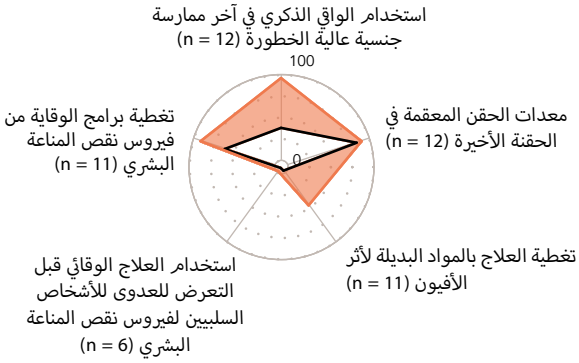
ملحوظة: استخدام الواقي الذكري في آخر ممارسة جنسية عالية الخطورة بين العاملين بالجنس، والمثليين الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومتعاطي المخدرات، ومغايري الهوية الجنسانية لا يأخذ في الاعتبار أولئك الذين يتناولون العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى وبالتالي يمكن التقليل من شأنها.

أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى

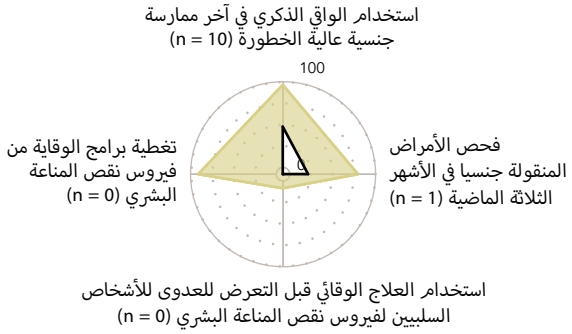


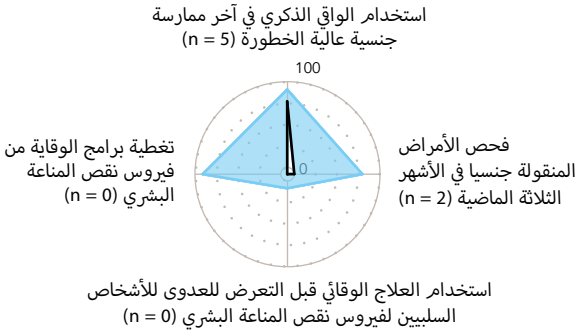


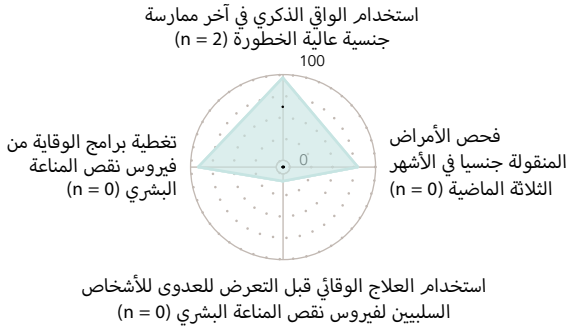


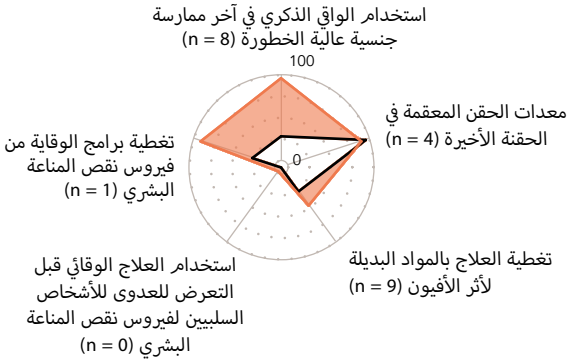


أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية

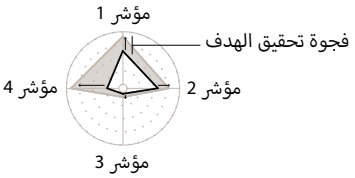








كيف تقرأ



- **وضع 2017-2021**
- **العاملون بالجنس** — **هدف 2025**
- **المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال** — **هدف 2025**
- **متعاطو المخدرات بالحقن** — **هدف 2025**
- **مغايرو الهوية الجنسانية** — **هدف 2025**

ويميل استخدام الإبرة المعقمة في المرة الأخيرة التي يحقن فيها الشخص إلى أن يأتي من المسوح، التي يتم إجراؤها عادة في المناطق التي تتوفر فيها الخدمات وبالتالي قد لا تكون ممثلة على المستوى الوطني.

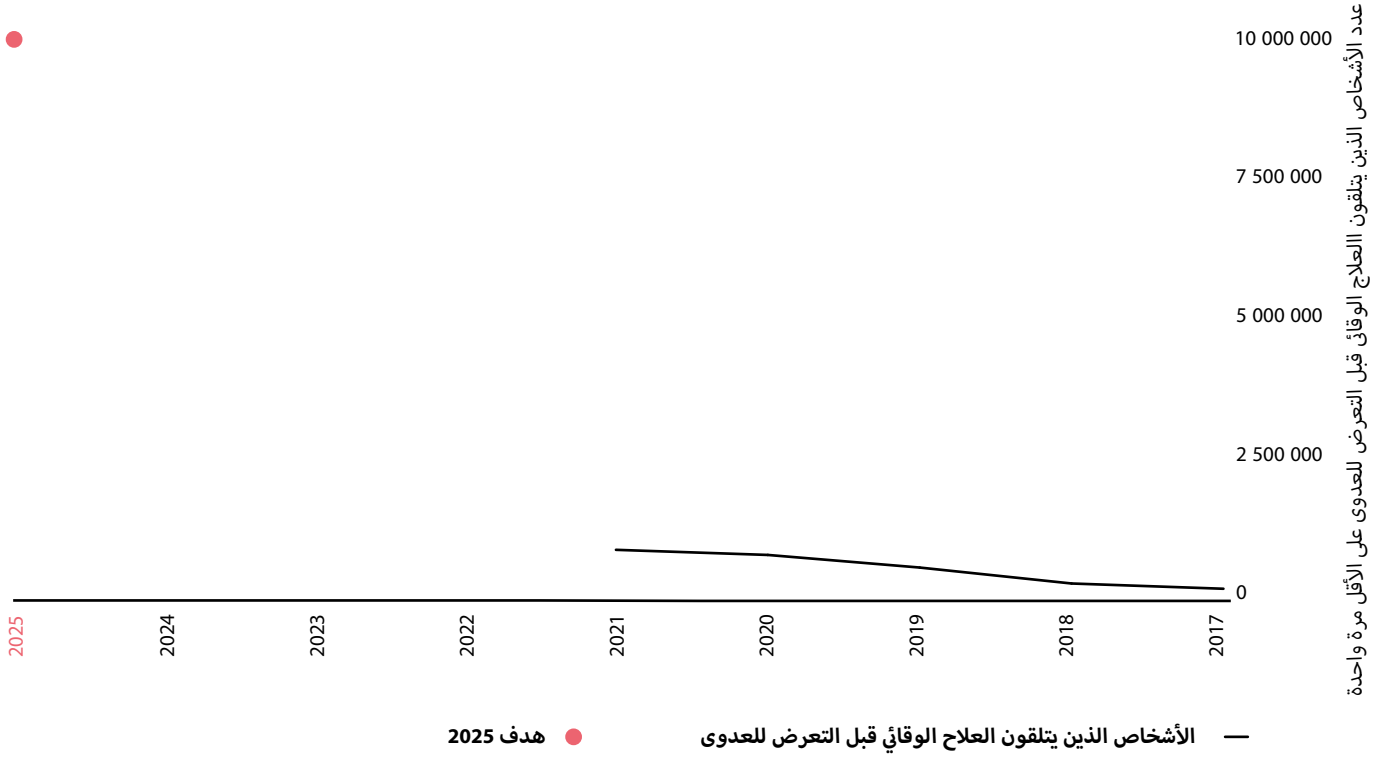
تم حساب أهداف العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى على أساس عدد الأشخاص الذين سيستفيدون أكثر من استخدامه؛ أولئك الأكثر عرضة لخطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري داخل كل فئة سكانية رئيسية. وتشمل الأرقام المبلغ عنها لمستخدمي العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى جميع المستخدمين، بغض النظر عن الضعف.

هدف 2025:

ضمان توافر العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى لـ10 ملايين شخص معرضين لخطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بشكل كبير والعلاج الوقائي بعد التعرض للعدوى للأشخاص الذين تعرضوا مؤخرا للفيروس.

في عام 2021، كان هناك أكثر من 1.6 مليون شخص، في جميع أنحاء العالم، يتلقون العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم. وخلال هذه السنة، زاد عدد الأشخاص الذين استخدموا هذا العلاج إلى الضعف تقريبا، من 820.000 في عام 2020 إلى 1.6 مليون في عام 2021. وقد حدث هذا الاستخدام المتزايد للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى على الرغم من جائحة كوفيد19-، وهو يمثل استمرارا للاستخدام المتزايد لهذا العلاج منذ عام 2016، على الرغم من أنه لايزال أقل بكثير من هدف 2025 البالغ 10 ملايين شخص (شكل 1.5).

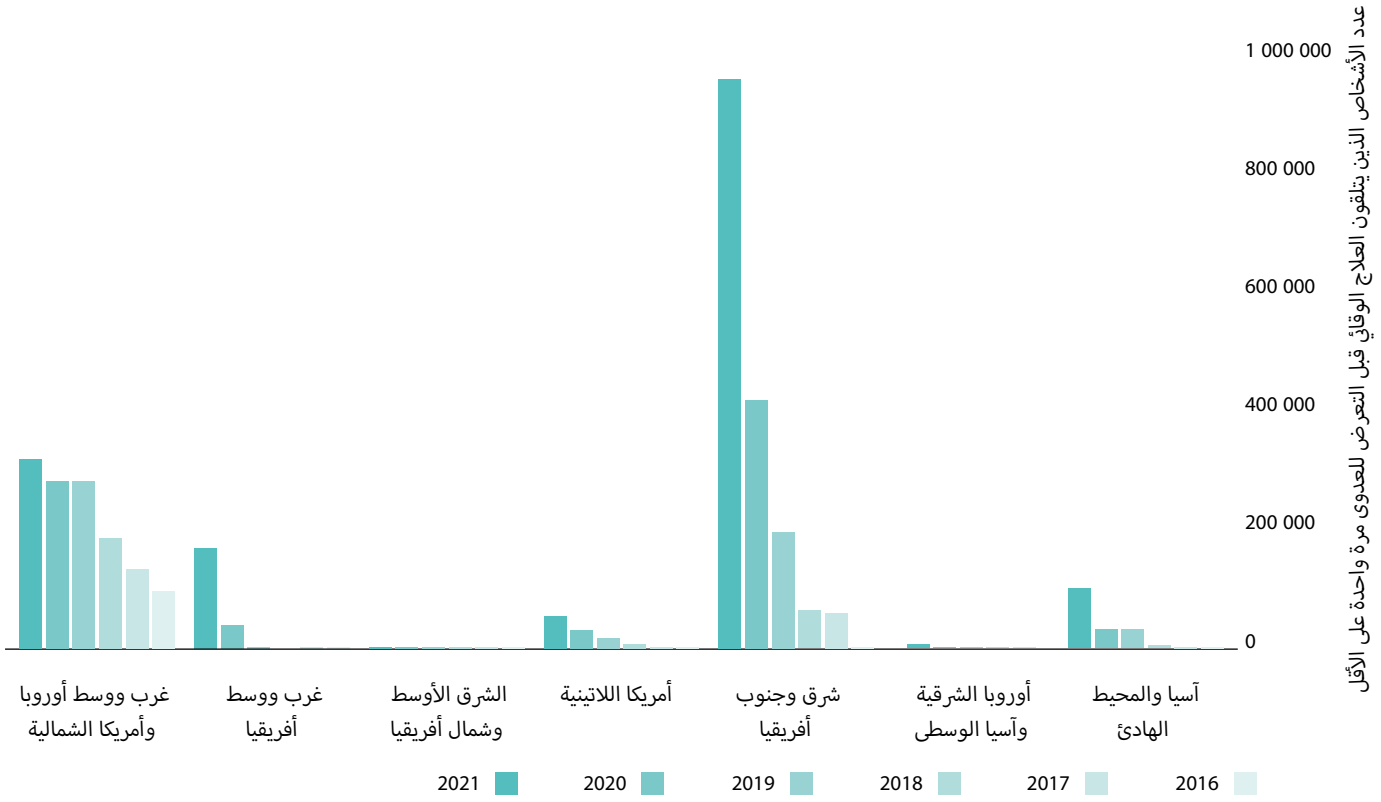
شكل 1.5 عدد الأشخاص الذين تلقوا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى مرة واحدة على الأقل خلال الفترة المشمولة بالتقرير، عالميا، هدف 2017-2021 و 2025



المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

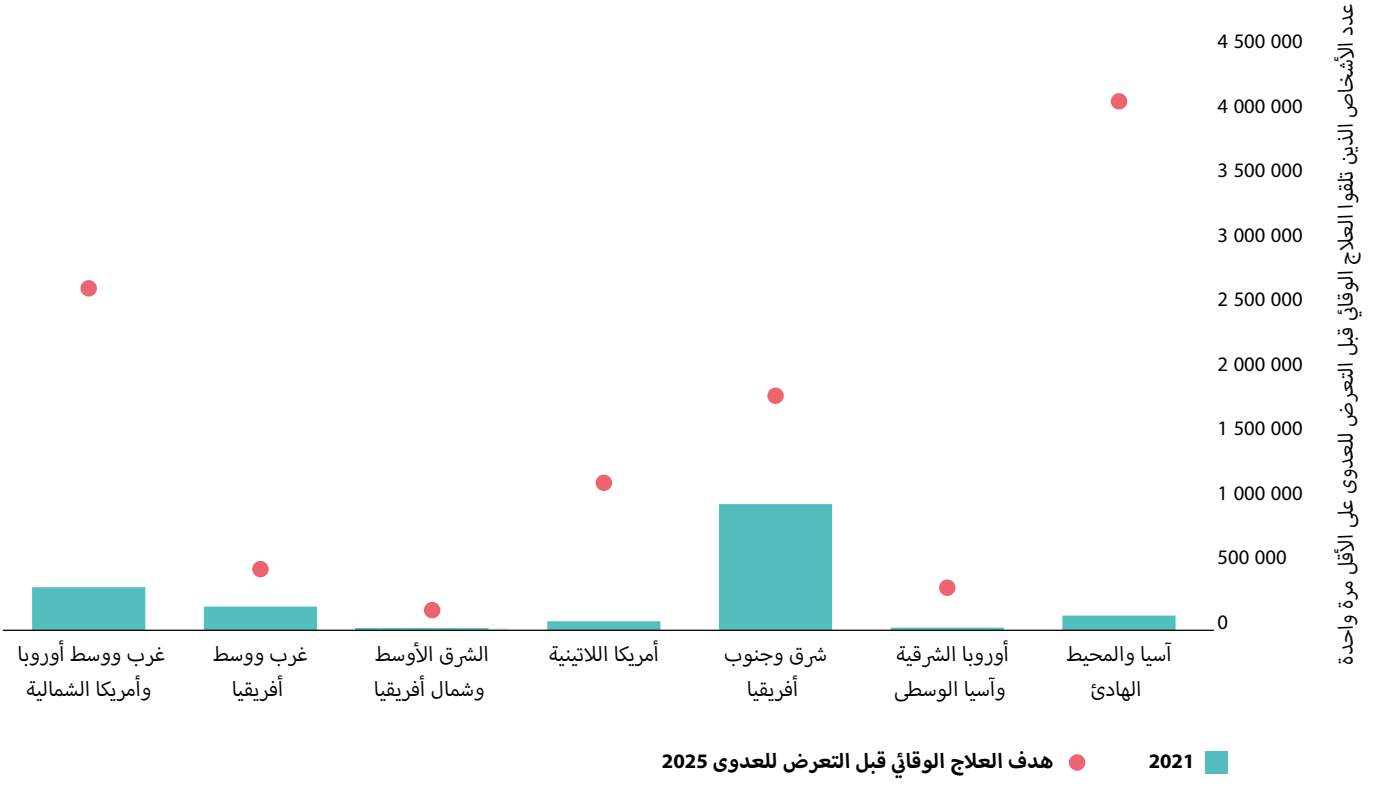
وحتى وقت قريب، كان استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى يتركز في البلدان ذات الدخل المرتفع. ومع ذلك، فقد شهد العامان الماضيان استيعابا واضحا لهذا العلاج في شرق وجنوب أفريقيا (شكل 1.6). ففي عام 2021، قادت كينيا، وجنوب أفريقيا، وزامبيا الاستيعاب السريع للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في شرق وجنوب أفريقيا، مع إحراز تقدم متواضع في بلدان أخرى في المنطقة. وعلى النقيض من ذلك، شهدت مناطق أخرى من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل تقدما ضئيلا في توسيع نطاق الوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى واستخدامه (شكل 1.7).

شكل 1.6 عدد الأشخاص الذين تلقوا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى مرة واحدة على الأقل خلال الفترة المشمولة بالتقرير، حسب المنطقة، 2017-2021



المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

شكل 1.7 عدد الأشخاص الذين تلقوا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى مرة واحدة على الأقل خلال الفترة المشمولة بالتقرير، حسب المنطقة، والأهداف الإقليمية 2021 و 2025



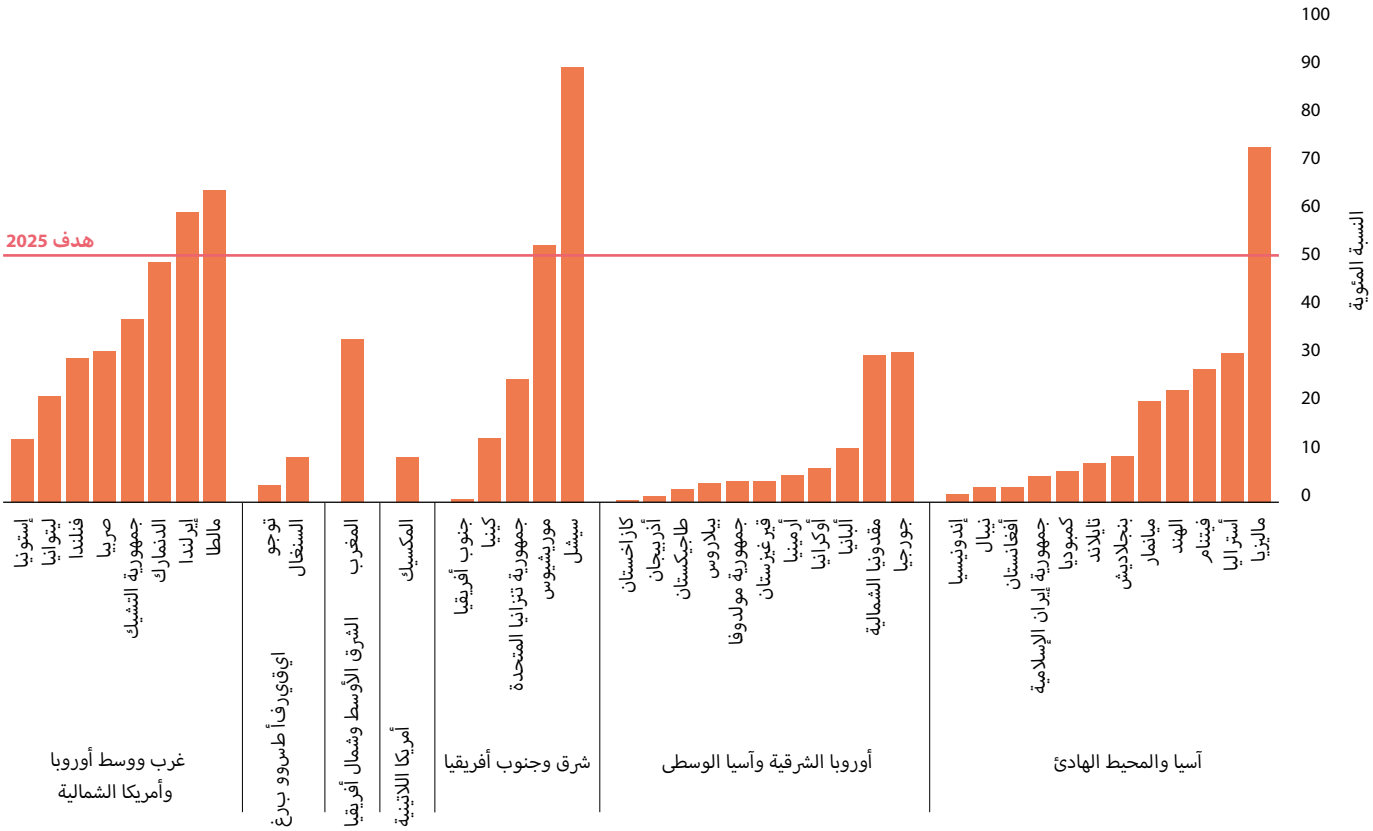
المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

هدف 2025:

تغطية علاجية بالمواد البديلة لأثر الأفيون بنسبة 50% لمدمني المواد الأفيونية.

لا يصل استخدام العلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون بين متعاطي المخدرات عن طريق الحقن إلى هدف 50% في أية منطقة، وفي المتوسط بين البلدان التي أبلغت عن بياناتها، كان الاستخدام أقل بكثير من الهدف في آسيا والمحيط الهادي (9%)، وغرب ووسط أفريقيا (7%)، وأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى (4%). ومن بين 40 دولة أبلغت عن هذا المؤشر في 2017–2021، قدمت 6 بلدان فقط (الدنمارك، وأيرلندا، وماليزيا، ومالطا، وموريشيوس، وسيشيل) العلاج بمواد بديلة لأثر الأفيون لما لا يقل عن 50% لمدمني المواد الأفيونية (شكل 1.8).

شكل 1.8 تغطية العلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون بين متعاطي المخدرات بالحقن، والبلدان التي تتوفر بها البيانات، 2017-2021



المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

هدف 2025:

استخدام معدات الحقن المعقمة بنسبة 90% أثناء آخر حقنة بين متعاطي المخدرات بالحقن، والسجناء وغيرهم الموجودين في أماكن مغلقة.

منذ عام 2017، ومن بين 54 دولة أبلغت عن عدد الإبر والمحاقن الموزعة على كل متعاطٍ للمخدرات بالحقن سنويا عن طريق برامج الإبر والمحاقن، استطاعت 6 دول فقط تحقيق الهدف المتمثل في توزيع 200 إبرة وحقنة لكل متعاطٍ للمخدرات عن طريق الحقن. وفي نفس الفترة، حققت 18 دولة فقط من أصل 40 دولة أبلغت عن بياناتها الهدف المتمثل في الوصول إلى نسبة 90% من ممارسات الحقن الآمنة.

وتظهر الحاجة إلى وجود إرادة سياسية أقوى ومعالجة فجوات التمويل لإدخال وتوسيع نطاق العلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون وبرامج الإبر والمحاقن للوصول إلى أهداف عام 2025، لا سيما في المناطق التي تنتشر فيها الأوبئة، في الغالب، بين متعاطي المخدرات بالحقن وشركائهم الجنسيين.



عزيزي لاي، سائق دراجة نارية متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري، مقاطعة تيميكي، دار السلام، جمهورية تنزانيا المتحدة، 13 نوفمبر 2020.

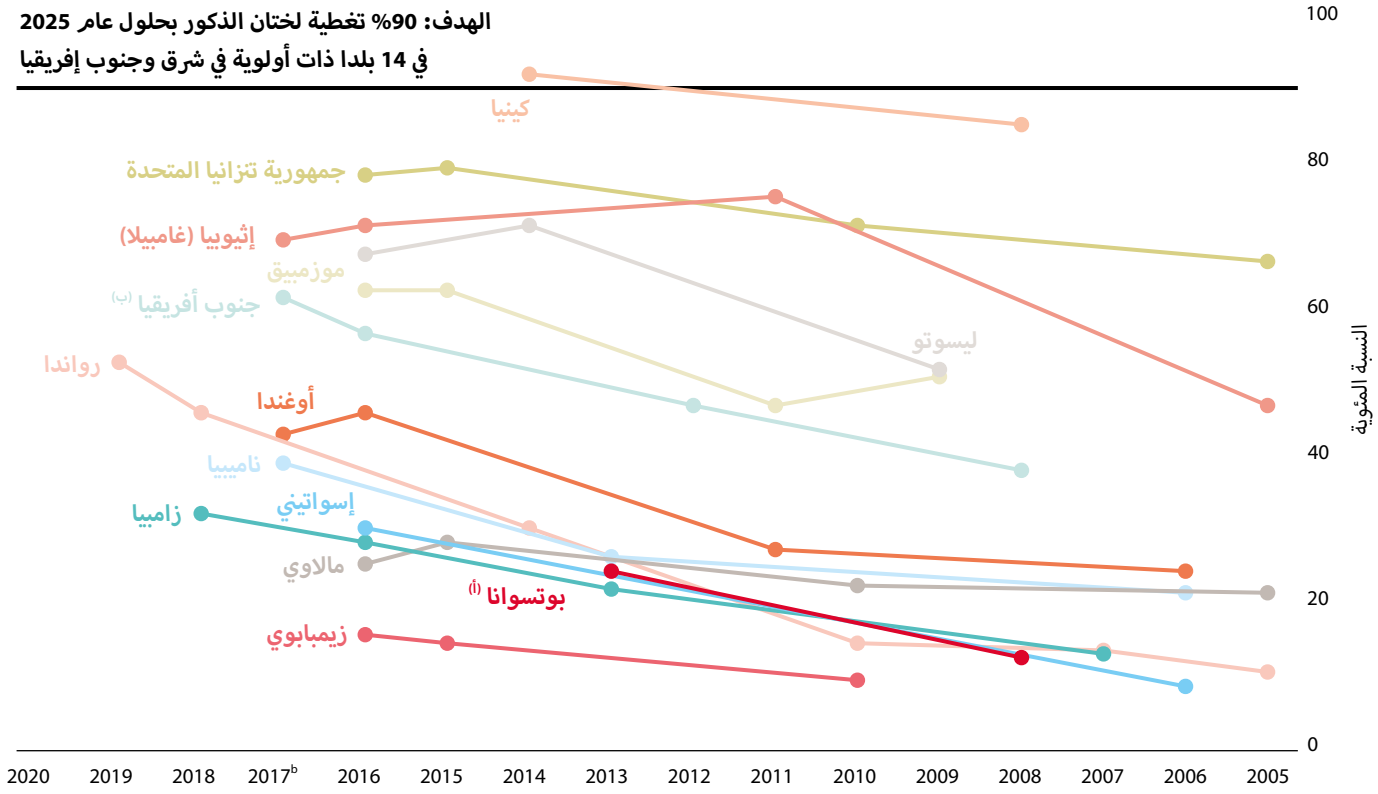
UNAIDS ©

هدف 2025:

90% من المراهقين والرجال في 15 دولة ذات أولوية لديهم وصول إلى ختان الذكور الطبي الطوعي المدمج مع الحد الأدنى من حزمة الخدمات.

تدعو الاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز إلى حصول 90% من الرجال والفتيان في 12 دولة ذات أولوية في شرق وجنوب أفريقيا على ختان الذكور الطبي الطوعي لتقليل مخاطر إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشري. ويختلف التقدم نحو هدف 90% (الذي يشمل كل من ختان الذكور الطبي الطوعي وختان الذكور التقليدي) بين الدول ذات الأولوية (شكل 1.9). وبناءً على الأدلة المتاحة، يبدو أن كينيا ذات الأولوية التي وصلت إلى عتبة 90%، رغم أن بلدانا أخرى (لا سيما إثيوبيا وجمهورية تنزانيا المتحدة على مقربة من الهدف. وفي حين أن استيعاب ختان الذكور الطبي الطوعي في ليسوتو وجنوب أفريقيا يتجه صعودا بسرعة، إلا ان التقدم بطيء في البلدان الأخرى ذات الأولوية (إيسواتيني، وأوغندا، وزامبيا، وزيمبابوي)، والتي تتمتع بمستويات تغطية أقل بكثير.

شكل 1.9 انتشار ختان الذكور، 14 بلدا ذات أولوية، 2005-2020 و هدف 2025



[أ] استقصاءات تأثير الإيدز في بوتسوانا ، على الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و 64 سنة.
[ب] مسح مجلس الأبحاث للعلوم الإنسانية لعام 2017.

المصدر: أحدث مسح ديموغرافي للصحة وتقييمات الأثر الصحي للسكان.

ملاحظة: البيانات الخاصة بجنوب السودان غير مشمولة

بين عام 2008 ونهاية عام 2021، خضع 32 مليون رجل وفتى، في 15 دولة ذات أولوية، لختان الذكور الطبي الطوعي. وفي عامي 2020 و2021، تم ختان ما بين 2.5 إلى 3 ملايين رجل وفتى طواعية، لكن الوصول لهدف 2025 الخاص بختان الذكور الطبي الطوعي إجراء إضافي بشكل عام بين عامي 2022 – 2025. إن فشل برامج ختان الذكور الطبي الطوعي في التعافي بقوة أكبر في عام 2021 بعد الانكماش الحاد خلال عمليات الإغلاق التي صاحبت كوفيد19- هو أمر مثير للقلق. وبما أن استيعاب هذا الهدف قد وصل بشكل غير متناسب إلى المراهقين، فإن تحقيقه سيتطلب نجاحا أكبر في الوصول إلى الرجال الأكبر سنا.

95 – 95 – 95 لاختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري

هدف 2025:

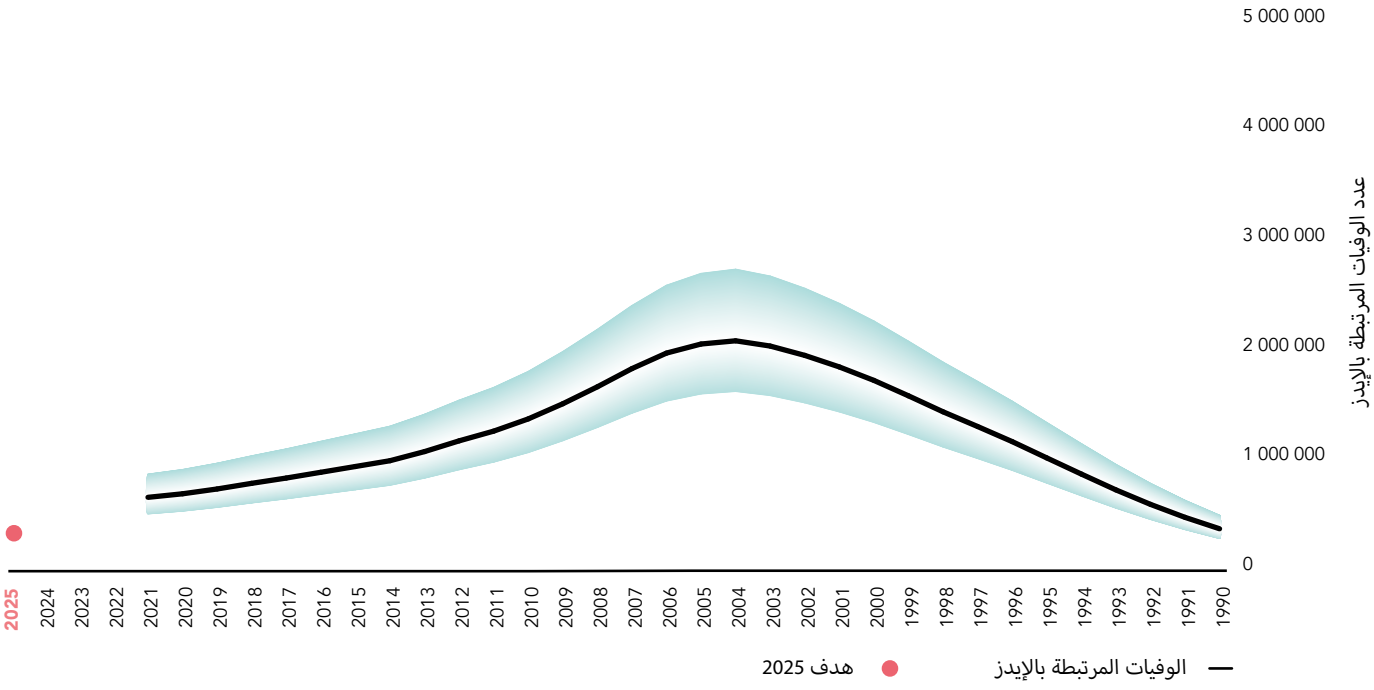
الحد من الوفيات السنوية المرتبطة بالإيدز إلى أقل من 250.000.

كان الحد من الوفيات المرتبطة بالإيدز من خلال التوسع الهائل في اختبار فيروس نقص المناعة البشري والعلاج المضاد للفيروسات القهقرية أحد أكبر النجاحات في حقبة المسار السريع للاستجابة العالمية للفيروس. ولكن في عام 2021، توفي650.000 [510.000 – 860.000] شخص لأسباب مرتبطة بالإيدز, ولايزال الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و14 عاما) يعانون أيضا من نسبة غير متكافئة من الوفيات المرتبطة بالإيدز: في عام 2021، كان الأطفال يمثلون نسبة 4% من المتعايشين مع الفيروس ولكنهم يمثلون 15% من الوفيات المرتبطة بالإيدز.

وإذا استمرت الاتجاهات الحالية، فمن المتوقع أن يتوفى 460.000 لأسباب مرتبطة بالإيدز في عام 2025. وهذا يزيد عن هدف عام 2025 وهو أقل من 250.000 حالة وفاة (شكل 1.10). وإذا كان المجتمع الدولي سيصل إلى هدف عام 2025، فيجب زيادة وتيرة اختبار فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه، والوصول الفعال إلى الذين تم إهمالهم من خلال توسيع نطاق الوصول إلى العلاج، مما يضمن ربط كل من ثبتت إيجابيته للفيروس، بشكل سريع، بالرعاية، وزيادة معدلات الاحتفاظ بالرعاية، وكبت الحمل الفيروسي.

ويُعد السل والتهاب السحايا بالمستخفيات من الأسباب الرئيسية لاعتلال الصحة والوفيات في حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري المتقدم: تسبب التهاب السحايا بالمستخفيات في وفاة 15% من جميع الأشخاص المتوفين لأسباب مرتبطة بالإيدز على مستوى العالم في عام 2014 (1). ولايزال من الضروري التأكد من أن الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالفيروس مرتبطون بالخدمات المتكاملة المركزة على الناس والمحددة السياق، بما في ذلك التشخيص، والعلاج، وتنفيذ الفحص الوقائي. وكما تؤكد الإرشادات الجديدة لمنظمة الصحة العالمية، فإن التشخيص المبكر وتحسين العلاج لمرض المستخفيات ومضاعفاته أمر بالغ الأهمية لتقليل معدل الإصابة بالتهاب السحايا بالمستخفيات وما يرتبط به من ارتفاع معدل الوفيات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (2).

شكل 1.10 عدد الوفيات المرتبطة بالإيدز، على الصعيد العالمي، 1990-2021، وهدف 2025



المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

هدف 2025:

ضمان أن يتلقى 34 مليون شخص علاج فيروس نقص المناعة البشري بحلول عام 2025.

في عام 2021، تلقى 28.7 مليون متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري – 75% [66-85%] من الإجمالي العالمي – العلاج المضاد للفيروسات القهقرية. وهذه زيادة قدرها 1.5 مليون شخص فقط مقارنة بعام 2020، وهي أقل زيادة في عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج منذ عام 2009. وللوصول إلى الهدف العالمي المتمثل في تلقي 34 مليون شخص العلاج بحلول عام 2025، يجب زيادة عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بما لا يقل عن 1.3 مليون كل عام.

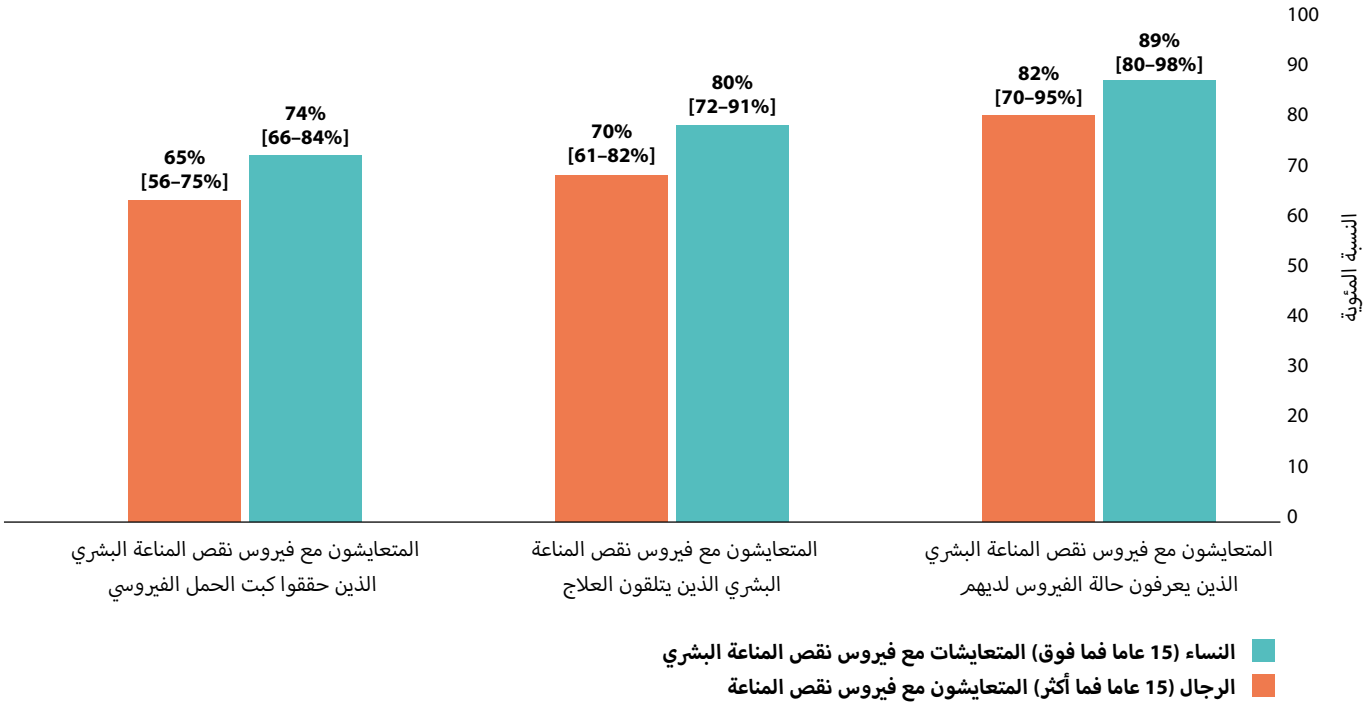
هدف 2025:

تحقيق أهداف 95 – 95 – 95 الخاصة بالاختبار، والعلاج، وكبت الحمل الفيروسي بين جميع المجموعات الديموغرافية والأماكن الجغرافية، بما في ذلك الأطفال والمراهقون المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري.

لقد تم تحقيق مكاسب مستمرة في عام 2021 عبر أهداف 95-95-95. ففي هذا العام، كان 85% من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري على مستوى العالم يعرفون حالة الفيروس لديهم، كما تلقى 75% من المتعايشين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية (ويمثل ذلك 88% ممن يعرفون حالتهم الإيجابية للفيروس)، وحقق 68% من المتعايشين كبت الحمل الفيروسي (وهم يمثلون 92% من الأشخاص الذين يتلقون العلاج).

إن التقدم نحو أهداف 95-95-95 واضح في جميع الأقاليم، مع مكاسب ملحوظة بشكل خاص في توسيع نطاق علاج فيروس نقص المناعة البشري في غرب ووسط أفريقيا (البروفيلات الإقليمية). وفي معظم الأقاليم، توجد أكبر فجوات في سلسلة الخدمات في أول اثنين من الـ95 الثلاثة: معرفة حالة الإصابة بالفيروس، وتلقي العلاج.

شكل 1.11 تسلسل مراحل اختبارات وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، للنساء (من 15 عاما فأكثر) مقارنة بالرجال (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، عالميا، 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

%80

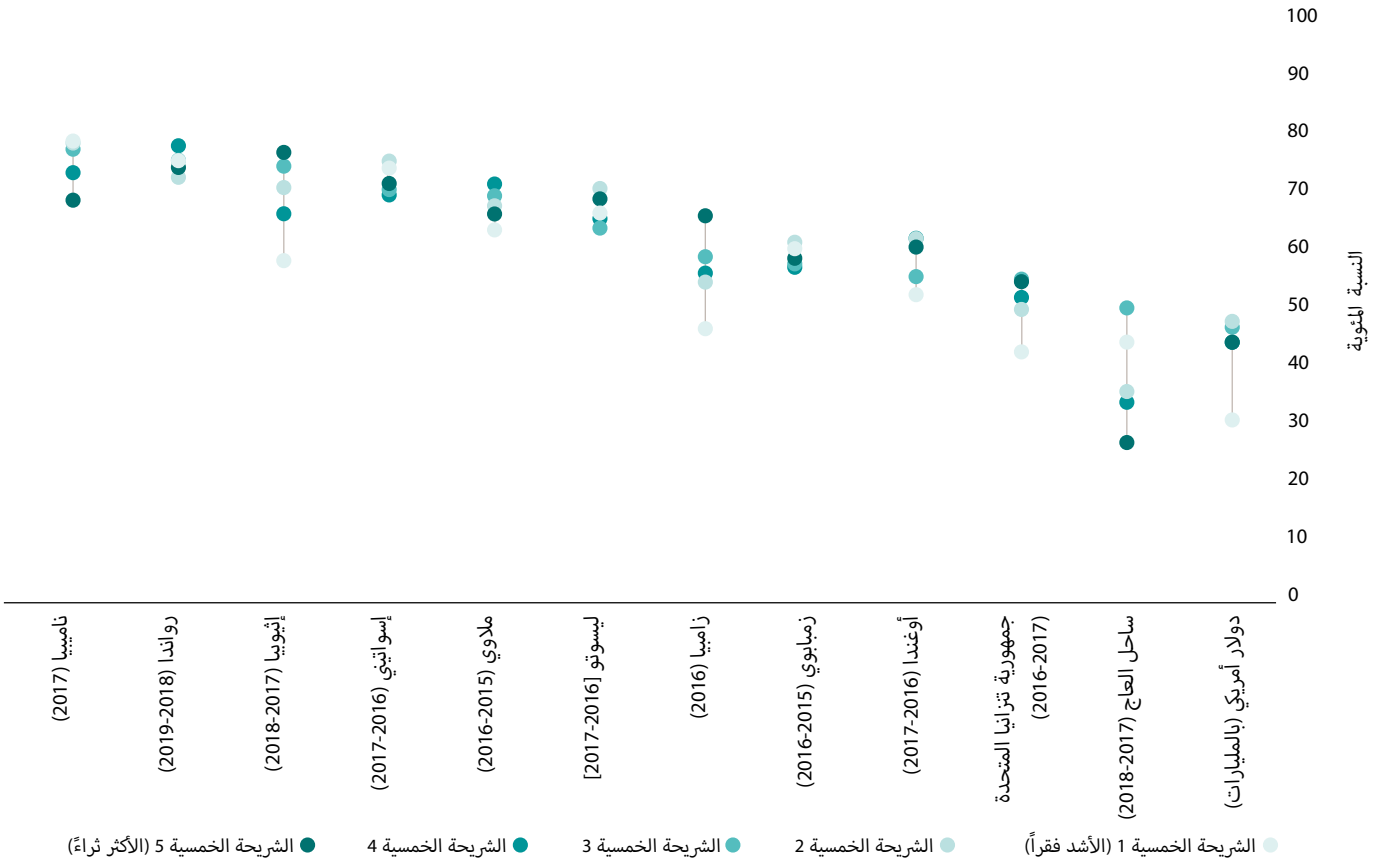
من المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري يتلقين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في عام 2021.

بينما تم إحراز تقدم نحو أهداف 95-95-95 في جميع الأقاليم، فإن التقدم أبطأ في المناطق التي تتزايد فيها الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري. ففي أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، إحدى المناطق التي تزداد فيها الإصابات الجديدة بالفيروس، كان 51 ٪ فقط من المتعايشين مع الفيروس يتلقون العلاج في عام 2021 و48٪ (94٪ من أولئك الذين يتلقون العلاج) حققوا كبت الحمل الفيروسي. وعلى الرغم من أن المعرفة بحالة الإصابة بالفيروس بين المتعايشين قد زادت بشكل ملحوظ في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، إلا أن المنطقة متأخرة في علاج الفيروس، حيث تلقى 50% من المتعايشين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في عام 2021 و44% (89 من الذين يتلقون العلاج) حققوا كبت الحمل الفيروسي. وتعتبر أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي أقل من المتوسط العالمي لتغطية علاج الفيروس وكبت الحمل الفيروسي.

ولاتزال هناك تفاوتات كبيرة في الوصول إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية. فالمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، على الصعيد العالمي، أقل عرضة لتلقي العلاج المضاد للفيروسات القهقرية مقارنة بالمتعايشات مع الفيروس: تلقت 80% من المتعايشات مع الفيروس العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في عام 2021، بينما تلقى 70% فقط من المتعايشين مع الفيروس العلاج (شكل 1.11). وبالمثل، فإن معدلات كبت الحمل الفيروسي أعلى بشكل ملحوظ بين المتعايشات على مستوى العالم (74%) منها بين المتعايشين (65%).

وتظهر التفاوتات أيضا عند تحليل كبت الحمل الفيروسي بين الفئات السكانية حسب خمس الثروة (شكل 1.12). وتتجلى التفاوتات المتعلقة بالثروة بشكل خاص في الكاميرون، وكوت ديفوار، إثيوبيا، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وزامبيا. وتشير البيانات إلى أن أوجه اللامساواة تعكس المحددات الاجتماعية والاقتصادية الأساسية للصحة التي تؤثر على الاختبار، والربط بالرعاية، والالتزام بالعلاج لدي المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري.

شكل 1.12 كبت الحمل الفيروسي بين جميع المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، حسب الشريحة الخمسية للثروة، بلدان مختارة، 2015-2019



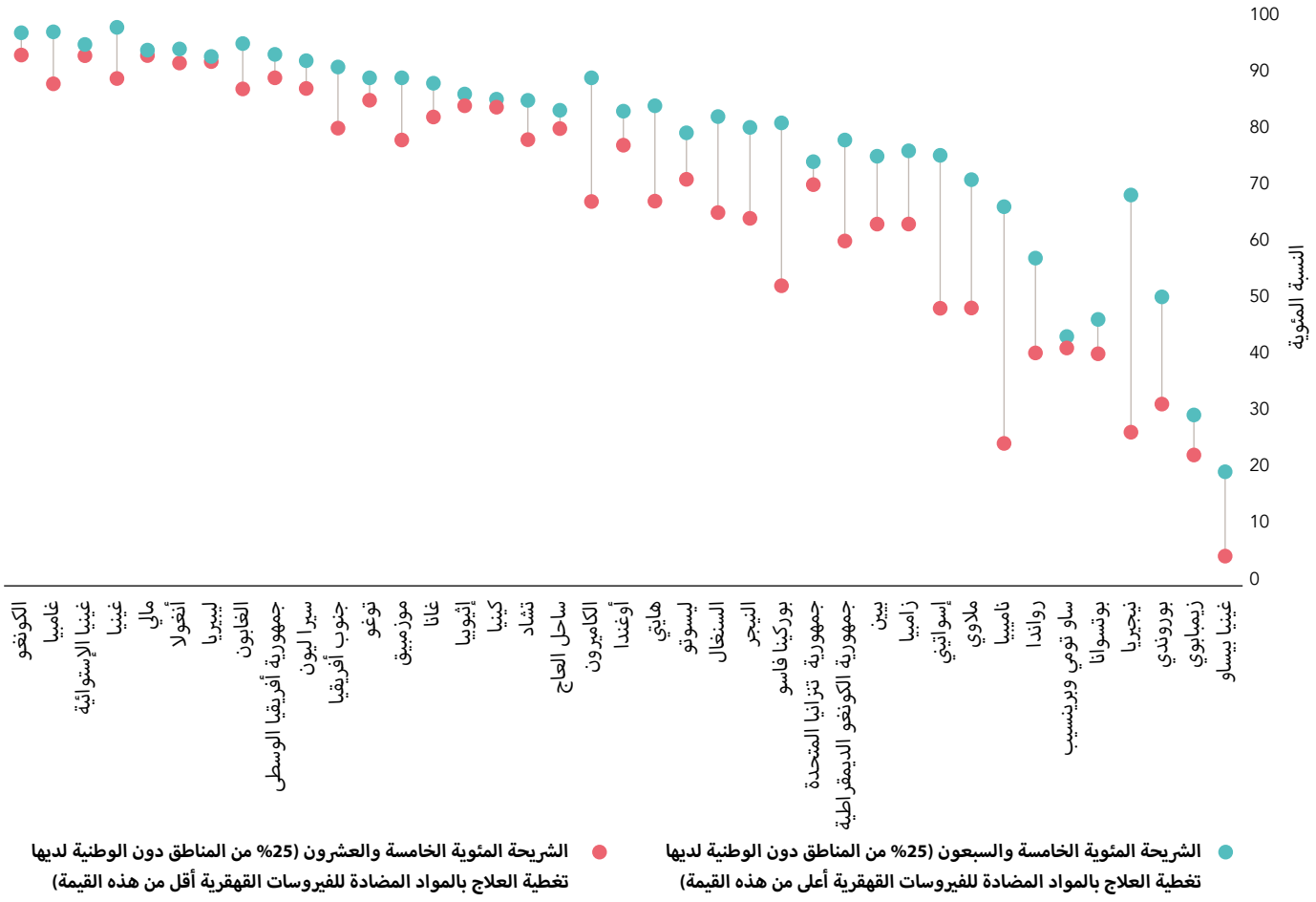
المصدر: Population-Based HIV Impact Assessment (PHIA) surveys, 2015–2019; PHIA Project [database]. New York (NY): ICAP; c2022 (https://phia-data.icap.columbia.edu/)

ملاحظة: تقوم البيانات الخاصة بالشريحة الخمسية 5 للساحل العاج على 32 فردا.

وغالبا ما تكون هناك فجوات كبيرة في الوصول إلى علاج فيروس نقص المناعة البشري بين المناطق داخل البلدان، ويتضح هذا في شكل 1.13، الذي يوضح الفوارق في تغطية علاج فيروس نقص المناعة البشري بين المناطق ذات التغطية العلاجية الأعلى وتلك ذات التغطية الأقل. وتظهر الفوارق الكبيرة في تغطية العلاج بين المناطق (فرق> = 15%) بشكل خاص في العديد من البلدان، بما في ذلك: الكاميرون، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وتشاد، والكونغو، وغينيا الاستوائية، وإثيوبيا، والجابون، وغينيا، وهايتي، وكينيا، وليبريا، وسيراليون. وتؤكد الفوارق الملحوظة في تغطية العلاج بين المناطق على أهمية التخطيط المركّز المدعم بالبيانات على المستوى دون الوطني لمعالجة الحواجز المحلية وتسريع توسيع نطاق الخدمة، لا سيما في الأماكن التي تم إهمالها.

غالبا ما تكون هناك فجوات كبيرة في الوصول إلى علاج فيروس نقص المناعة البشري بين المناطق داخل البلدان.

شكل 1.13 أوجه عدم المساواة في التغطية دون الوطنية بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية، بلدان مختارة ذات معدل انتشار مرتفع لفيروس نقص المناعة البشري

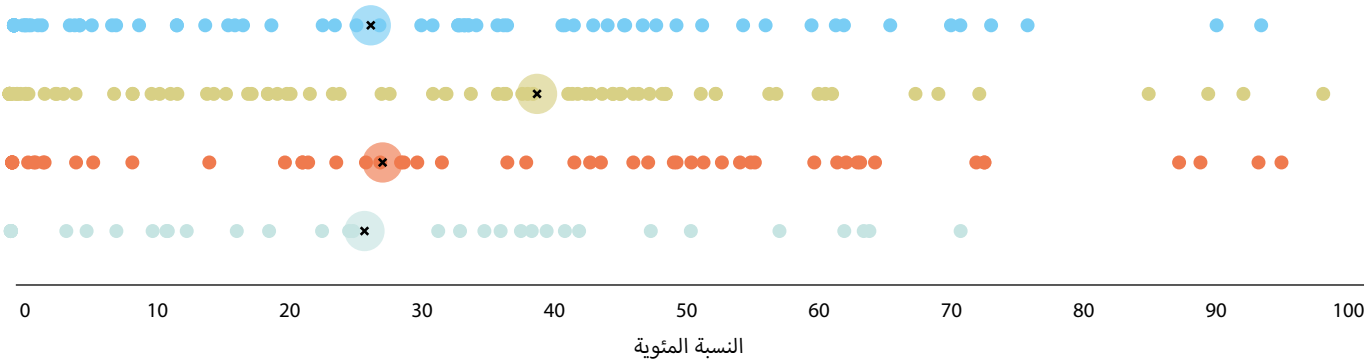


المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2022.

ولاتزال النسبة المئوية للفئات السكانية الرئيسية التي تم اختبارها مؤخرا لفيروس نقص المناعة البشري وإعلامهم بحالتهم بالنسبة للفيروس منخفضة. وتشير البيانات التي تم الإبلاغ عنها مؤخرا، في المتوسط، إلى أن حوالي ثلاثة من كل أربعة من العاملين بالجنس، والمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومغايري الهوية الجنسانية على مستوى العالم إما قد خضعوا لاختبار الفيروس وحصلوا على النتائج في الأشهر الـ12 الماضية أو ثبتت إيجابيتهم للفيروس سابقا (شكل 1.14). وهذا يعني أن واحدا من كل أربعة أفراد من الفئات السكانية الرئيسية ليس على علم بحالة الفيروس لديه.

لاتزال النسبة المئوية للفئات السكانية الرئيسية التي تم اختبارها مؤخرا لفيروس نقص المناعة البشري وإعلامهم بحالتهم بالنسبة للفيروس منخفضة.

شكل 1.14 اختبار فيروس نقص المناعة البشري والوعي بالحالة بين الفئات السكانية الرئيسية، على الصعيد العالمي، 2017-2021



المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

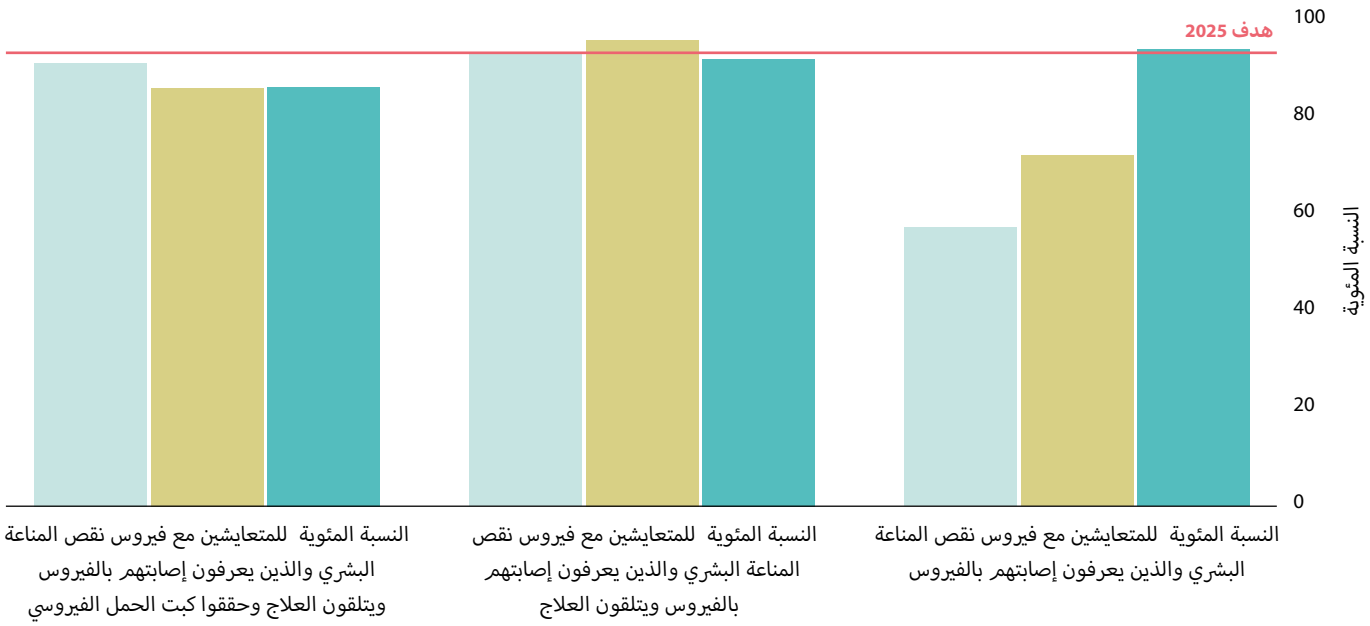
ملحوظة: تشمل البيانات أفرادا من الفئات السكانية الرئيسية الذين تم اختبارهم خلال الـ12 شهرا الماضية ويعرفون أن نتائجهم سلبية، وأفراد تم اختبارهم دائما من الفئات السكانية الرئيسية الذين يعرفون أنهم متعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري.

هذه الثغرات في الاختبار ذات تأثير سلبي متتالٍ، مما يقلل من عدد أفراد الفئات السكانية الرئيسية الذين يبدأون علاج فيروس نقص المناعة البشري وتحقيق كبت الحمل الفيروسي. وتؤكد البيانات من زيمبابوي هذا التحدي، رغم أنها تسلط الضوء أيضا على إمكانية وجود مبادرات اختبار مكثفة تركز على المجتمع لسد هذه الفوارق في المراحل النهائية (شكل 1.15). وفي حين أن المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومغايرات الهوية الجنسانية، وكويري الجندر المتعايشين مع الفيروس في زيمبابوي كانوا أقل احتمالية في عام 2019 لمعرفة حالة إصابتهم بالفيروس مقارنة بالمتعايشين مع الفيروس بشكل عام، فإن أفراد الفئات السكانية الرئيسية المتعايشين مع الفيروس الذين يعرفون حالة إصابتهم وصلوا إلى نفس مستويات كبت الحمل الفيروسي عندما تم ربطهم بالعلاج ودعمهم للبقاء في الرعاية.

إن الفجوات في تغطية العلاج ملحوظة أيضا للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في السجون. ومن بين 41 دولة أبلغت عن تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بين السجناء في السنوات الأخيرة، أبلغت 14 دولة فقط عن مستويات تغطية تجاوزت 95%، بينما أبلغت 7 دول عن مستويات تغطية أقل من 35%.

لقد كان المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومغايرات الهوية الجنسانية، وكويرو الجندر المتعايشين مع الفيروس في زيمبابوي أقل احتمالية في عام 2019 لمعرفة حالة إصابتهم بالفيروس مقارنة بالمتعايشين مع الفيروس بشكل عام.

شكل 1.15 اللامساواة في التقدم نحو أهداف 95-95-95، حسب الفئات السكانية، زمبابوي، 2019



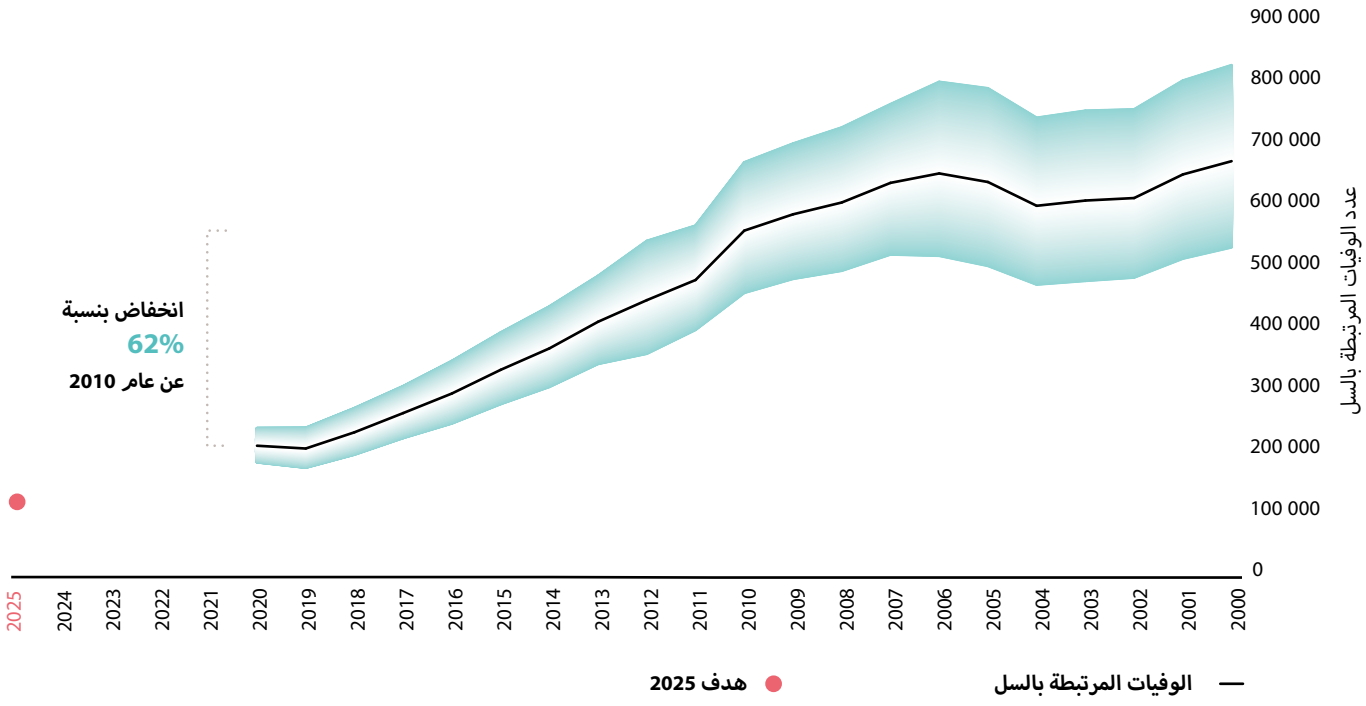
المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/) ؛ Harris TG و Wu Y و Parmley LE و Musuka G و Mapingure MP و Chingombe I et al. تسلسل مراحل رعاية فيروس نقص المناعة البشري والعوامل المرتبطة بها بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال ومغايرات الهوية الجنسانية والأفراد الكويريين في زيمبابوي: نتائج مسح السلوك الحيوي باستخدام عينات يحركها المستجيبون. لانسيت فيروس نقص المناعة البشري. نُشر على الإنترنت: 9 فبراير 2022، 3018-2352s.

في عام 2020، وقع ما يقدر بـ214.000 [242.000-187.000] حالة وفاة مرتبطة بالسل بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري. ويعكس هذا انخفاضا بنسبة 62% مقارنة بعام 2010 – أقل من الانخفاض المستهدف لعام 2025 بنسبة 80%، ولكن تحقيق هذا الهدف في متناول اليد (شكل 1.16).

ومن بين 30 دولة ذات عبء ثقيل للسل وفيروس نقص المناعة البشري، وقعت أكبر انخفاضات في الوفيات المرتبطة بالسل بين المتعايشين مع الفيروس في إثيوبيا (انخفاض بنسبة 84%)، والهند (انخفاض بنسبة 81%)، وملاوي (انخفاض بنسبة 77%)، وجنوب أفريقيا (انخفاض بنسبة 77%)، وجمهورية تنزانيا المتحدة (انخفاض بنسبة 75%)، وتايلاند (انخفاض بنسبة 74%)، وإيسواتيني (انخفاض بنسبة 72%)، وكينيا (انخفاض بنسبة 72%).

في عام 2020، وقع ما يقدر بـ 214.000 [242.000-187.000] حالة وفاة مرتبطة بالسل بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري.

شكل 1.16 عدد الوفيات المرتبطة بالسل بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، على الصعيد العالمي، 2004-2020 وهدف 2025



المصدر: تقرير السل العالمي. جنيف: منظمة الصحة العالمية ؛ 2021.

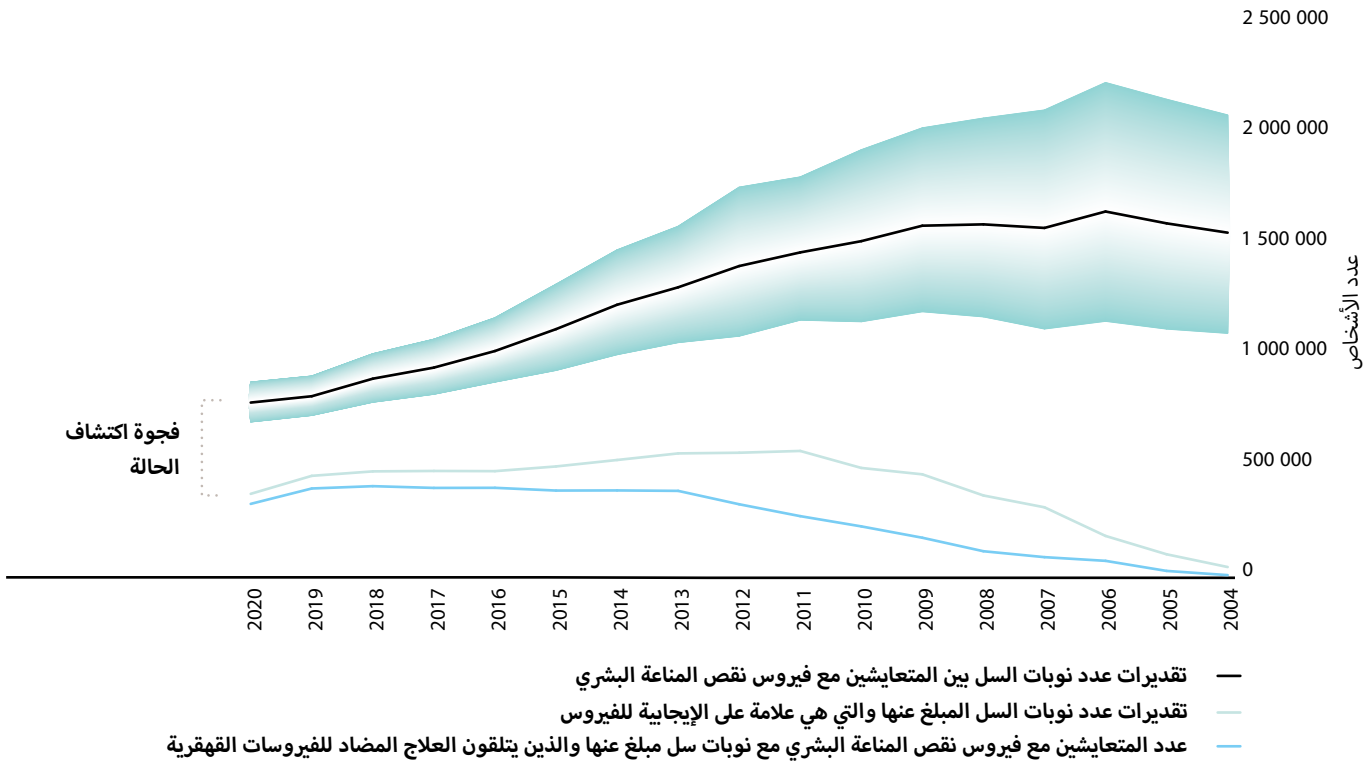
هدف 2025:

خفض الوفيات المرتبطة بالسل بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري بنسبة 80% بحلول عام 2025 (مقارنة بخط الأساس لعام 2010).

إن أكثر من عقد من التقدم المطرد ضد مرض السل بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري تحت التهديد. فقد كانت هناك زيادة طفيفة في الوفيات المرتبطة بالسل بين عامي 2019 و2020، وهي أول زيادة من نوعها منذ عام 2006، على الأرجح نتيجة لانقطاع الخدمة المرتبط بوباء COVID-19. وفي عام 2020، انخفضت النسبة المئوية لحالات السل المقدرة بين المتعايشين مع الفيروس الذين تم الإبلاغ عنهم عن العام السابق (من ٪56 إلى ٪48) لأول مرة منذ عام 2004. وفي عام 2020، تلقى ٪42 من العدد التقديري للمتعايشين مع الفيروس والمصابون بالسل العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، مقارنة بـ ٪49 في عام 2019، وهو أول انخفاض من نوعه منذ عام 2004. وفي عام 2020، تلقى ٪88 من المتعايشين مع الفيروس مع نوبات السل المُبلغ عنها العلاج المضاد للفيروسات القهقرية (شكل 1.17).

كانت هناك زيادة طفيفة في الوفيات المرتبطة بالسل بين عامي 2019 و2020، وهي أول زيادة من نوعها منذ عام 2006.

شكل 1.17 العدد التقديري لنوبات السل بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، ونوبات السل المبلغ عنها معروف أنها علامة على الإيجابية للفيروس وعدد الأشخاص المتعايشين مع الفيروس مع نوبات السل المبلغ عنها والذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، 2004-2020



المصدر: 2021 رصد الإيدز العالمي؛ تقرير مرض السل العالمي. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021.

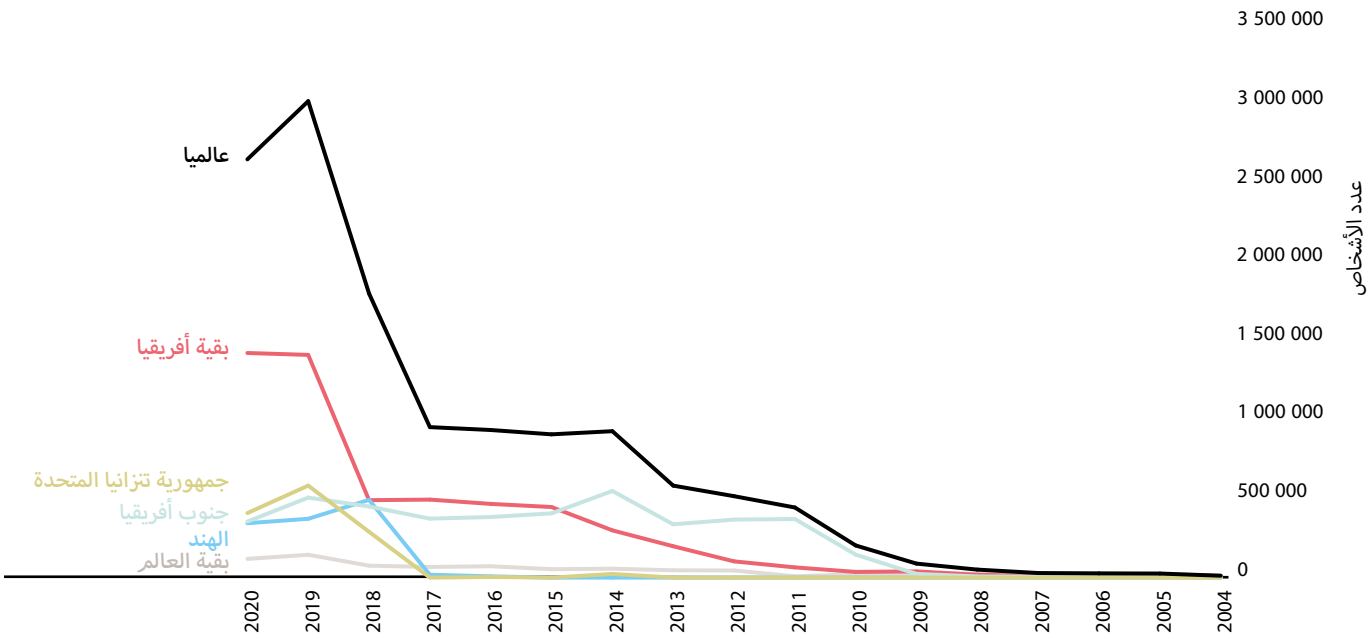
هدف 2025:

ضمان أن يتلقى 90% من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري العلاج الوقائي من مرض السل بحلول عام 2025.

في الفترة من 2018 إلى 2020، تلقى 7.5 مليون متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري العلاج الوقائي من السل، وهو رقم يتجاوز الهدف البالغ 6 ملايين شخص الذي أقره الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة لعام 2018 بشأن القضاء على مرض السل. وفي عام 2020، تلقى 2.7 مليون شخص متعايش مع الفيروس علاجا وقائيا من السل، بزيادة ملحوظة عن الـ4386 شخصا الذين تلقوا العلاج في عام 2002، ولكن لا يزال هناك انخفاض بنسبة 12٪ عن عدد عام 2019 (3 ملايين). وبين عام 2005 ونهاية عام 2020، بدأ 13 متعايش مع الفيروس في العلاج الوقائي من السل. وبالمقارنة مع 38 مليون متعايش، من الواضح أن هدف 90٪ ليس في متناول اليد بعد.

في عام 2020، كان هناك 7 دول بها 80٪ من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تلقوا العلاج الوقائي من السل.[3] وبين عامي 2019 و2020، انخفض عدد المتعايشين مع الفيروس الذين تلقوا العلاج الوقائي من السل بنسبة 30٪ في جنوب إفريقيا وجمهورية تنزانيا المتحدة وبنسبة 8٪ في الهند (شكل 1.18).

شكل 1.18 المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تلقوا علاجا وقائيا لمرض السل، 2004-2020



المصدر: 2021 رصد الإيدز العالمي؛ برنامج السل العالمي [قاعدة بيانات]. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ c2022؛ (https://www.who.int/teams/global-tuberculosis program/data).

ملاحظة: حتى عام 2016، أبلغت البلدان عن عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري المسجلين حديثا في رعاية الفيروس والذين تلقوا علاجا وقائيًا لمرض السل. واعتبارا من عام 2017، يمكن للبلدان الإبلاغ عن عدد الأشخاص المتعايشين المسجلين حديثا و/أو حاليا في رعاية الفيروس والذين تلقوا علاجا وقائيا لمرض السل. عدد المتعايشين الذين تلقوا العلاج الوقائي من السل في عام 2019 أقل مما تم نشره في تحديث الإيدز العالمي 2021 وتقرير السل العالمي لعام 2020. ويرجع ذلك إلى تحديث البيانات التي أبلغت عنها الهند.

3 هذه البلدان هي: الهند، وموزمبيق، ونيجيريا، وجنوب أفريقيا، وأوغندا، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وزامبيا.

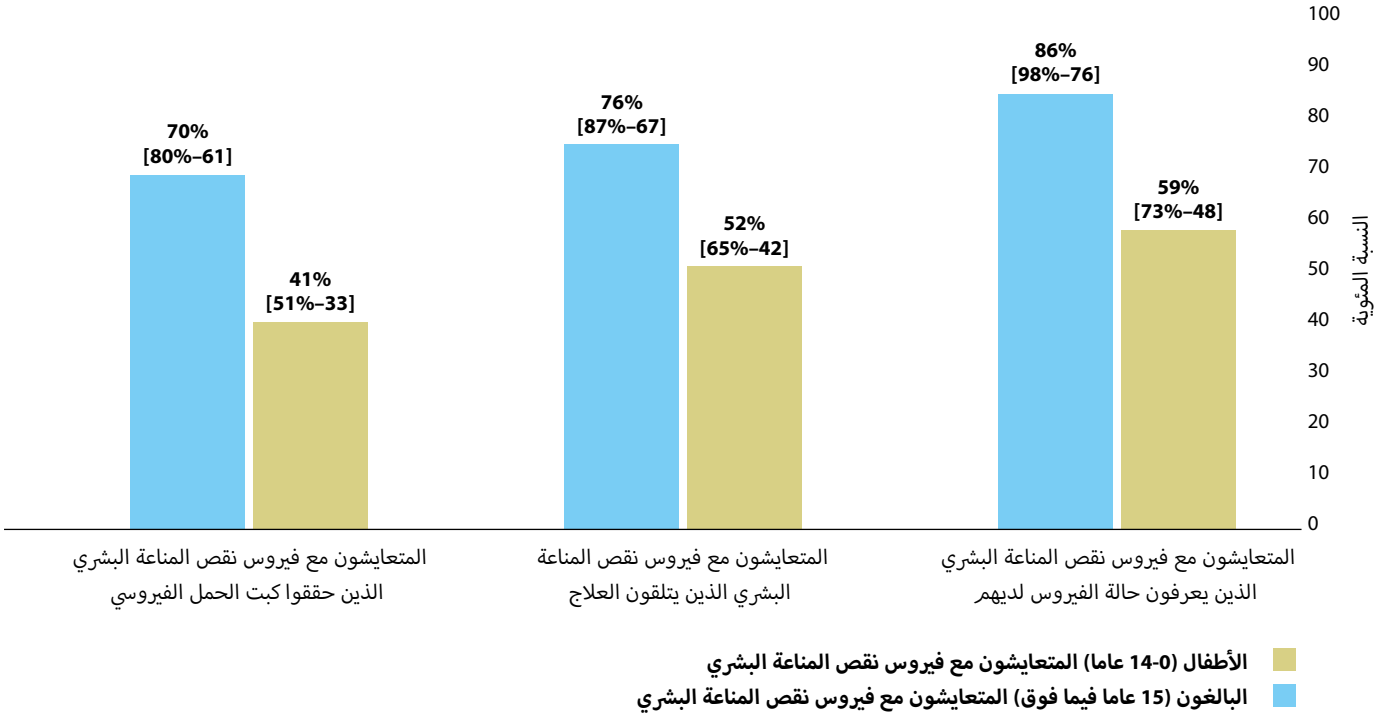
إنهاء إيدز الأطفال والقضاء على الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشري

هدف 2025:

التأكد من أن 75% من الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري قد حققوا كبت الحمل الفيروسي بحلول عام 2023 وأن 86% منهم قد حققوا ذلك بحلول عام 2025، تماشيا مع أهداف 95-95-95 الخاصة بالعلاج.

إن الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري تفشل في تلبية احتياجات الأطفال. ففي عام 2021، تلقى 52٪ [42-65٪] من المتعايشين مع الفيروس على مستوى العالم العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، مقارنة بـ 76٪ [67-87٪] من البالغين المتعايشين مع الفيروس وأقل بكثير من الهدف العالمي المتمثل في تغطية بنسبة 95٪ من العلاج (شكل 1.19).

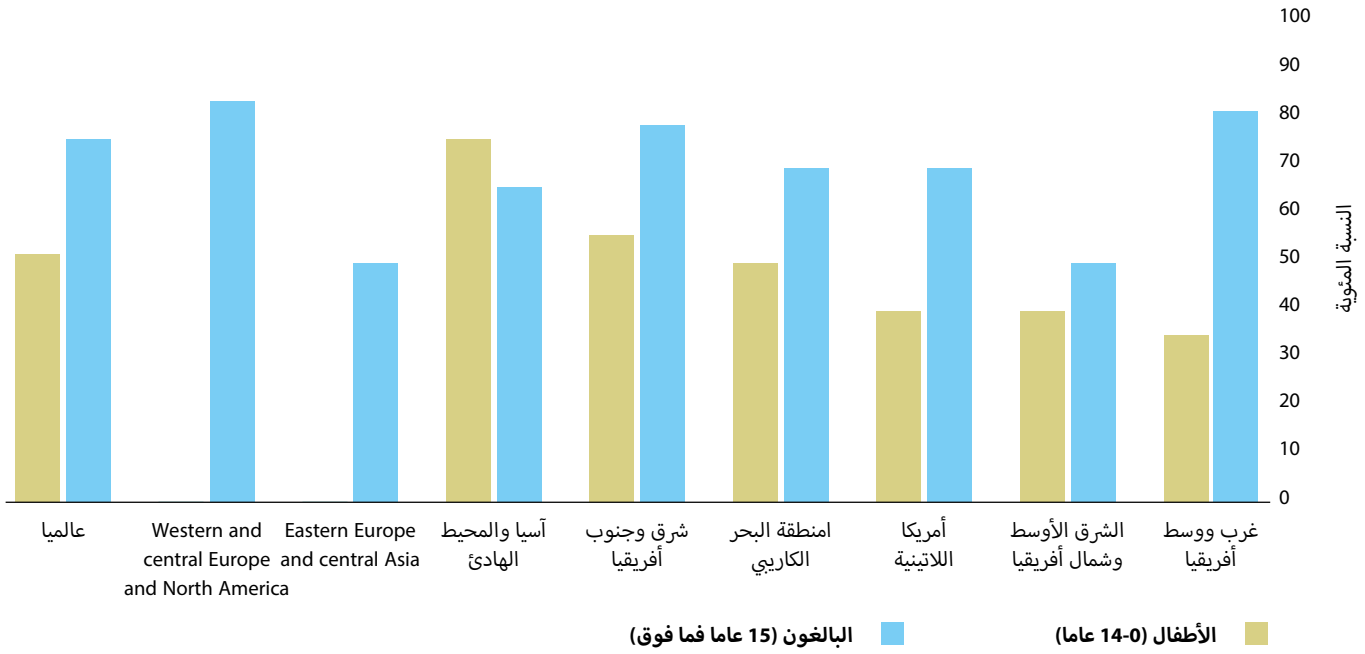
شكل 1.19 تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (0 - 14 عاما) مقارنة بالبالغين (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، عالميا، 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

إن بطء وتيرة التقدم في سد هذه الفجوة في العديد من المناطق أمر مثير للقلق. ففي شرق وجنوب أفريقيا، وأمريكا اللاتينية، ومنطقة البحر الكاريبي، والشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يبدو أن نقص التغطية العلاجية للأطفال قد زاد في السنوات الأخيرة (شكل 1.20). ونظرا للفجوات العميقة في الاختبار والعلاج للأطفال، فإن الهدف المتمثل في كبت الحمل الفيروسي بنسبة 75٪ بين الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في عام 2023 وبنسبة 86٪ في عام 2025 ليس في متناول العالم حاليا: في عام 2021، حقق 41٪ فقط من الأطفال المتعايشين مع الفيروس كبت الحمل الفيروسي.

شكل 1.20 تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، الأطفال (0 - 14 عاما) مقارنة بالبالغين (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، حسب المنطقة، 2021

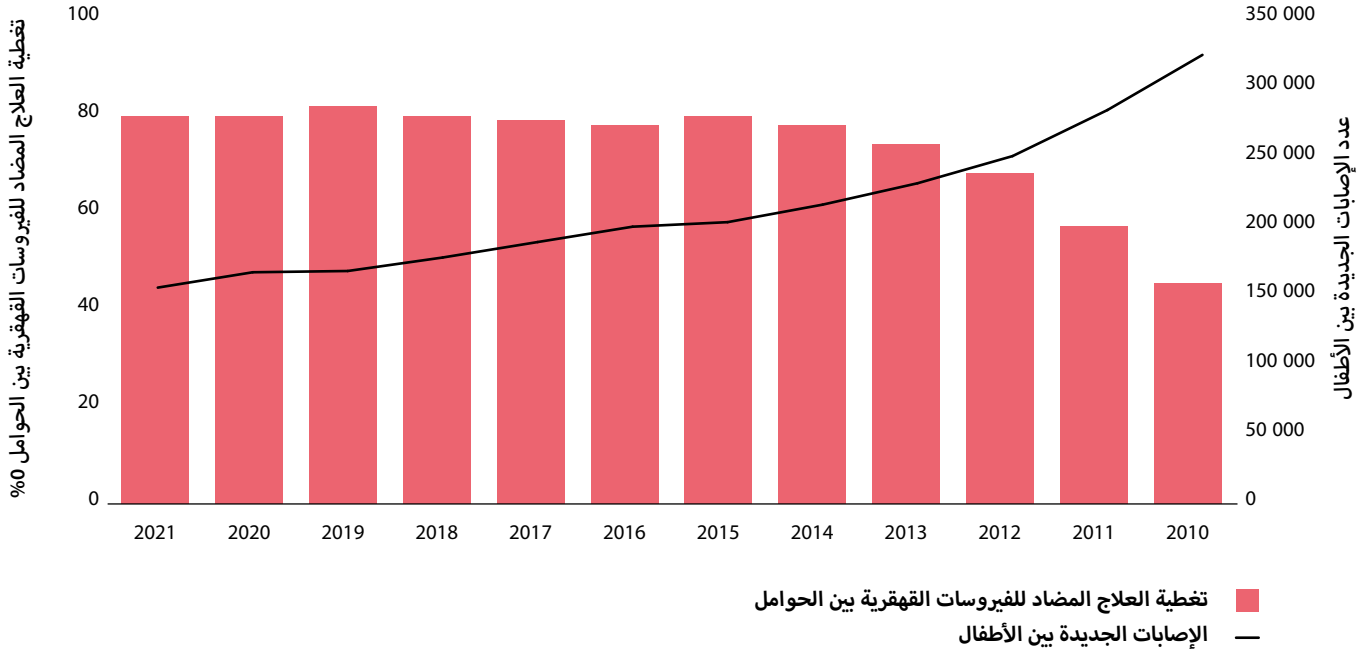


المصدر: تقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

لقد انخفض عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الأطفال بنسبة 52٪ منذ عام 2010. ومع ذلك، وعلى الرغم من سنوات من التعهدات رفيعة المستوى باتخاذ إجراءات عاجلة للقضاء على الانتقال الرأسي للفيروس وسد فجوات اختبار الفيروس ومعالجته، لا يزال الأطفال يعانون من بعض أخطر حالات اللامساواة المتعلقة بالفيروس. ففي عام 2021، كان عدد الإصابات الجديدة بالفيروس بين الأطفال 160.000 [230.000-110.000].

وما يقرب من 85 ٪ من الإصابات الرأسية الجديدة حدثت في أفريقيا جنوب الصحراء. وعلى الرغم من أن عشرات البلدان من جميع مستويات الدخل قد أثبتت جدوى القضاء على الإصابات الجديدة بالفيروس بين الأطفال، فقد تباطأ التقدم في منع الانتقال الرأسي، مع انخفاض بنسبة 22 ٪ فقط في الإصابات الجديدة من عام 2016 إلى عام 2021 (اشكل 1.21).

شكل 1.21 الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الأطفال (0-14 عاما) وتغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بين الحوامل، عالميا، 2010-2021



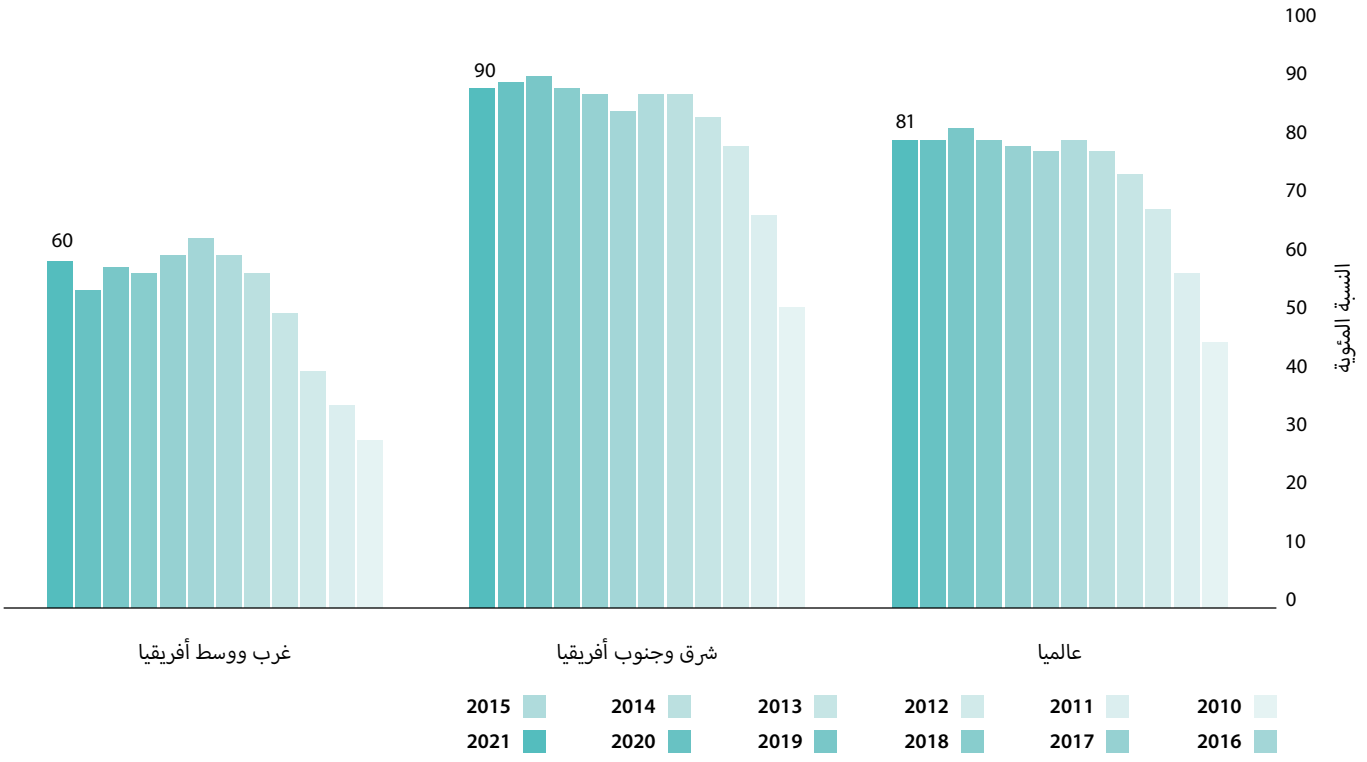
المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

هدف 2025:

التأكد من أن جميع النساء الحوامل والمرضعات المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري يتلقين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية مدى الحياة، مع تحقيق 95% منهن كبت الحمل الفيروسي واستدامته قبل الولادة وأثناء الرضاعة.

في عام 2021، تلقت 82٪ من النساء الحوامل المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري العلاج المضاد للفيروسات القهقرية (شكل 1.22). ومع ذلك، لم تزد تغطية هذا العلاج بين النساء الحوامل والمرضعات بشكل ملموس منذ عام 2014. إن التغطية الراكدة تثير القلق بشكل خاص في غرب ووسط أفريقيا، حيث أن مستويات التغطية الحالية (60٪ في عام 2021) أقل بشكل ملحوظ من هدف عام 2025. لقد كانت نسبة 43% من جميع النساء الحوامل المتعايشات مع اللاتي لا يتلقين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في عام 2021 يعشن في غرب ووسط أفريقيا.

شكل 1.22 النسبة المئوية للنساء الحوامل اللاتي يتلقين علاجا لمنع الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشري، حسب المنطقة، 2010-2021



المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والفتيات

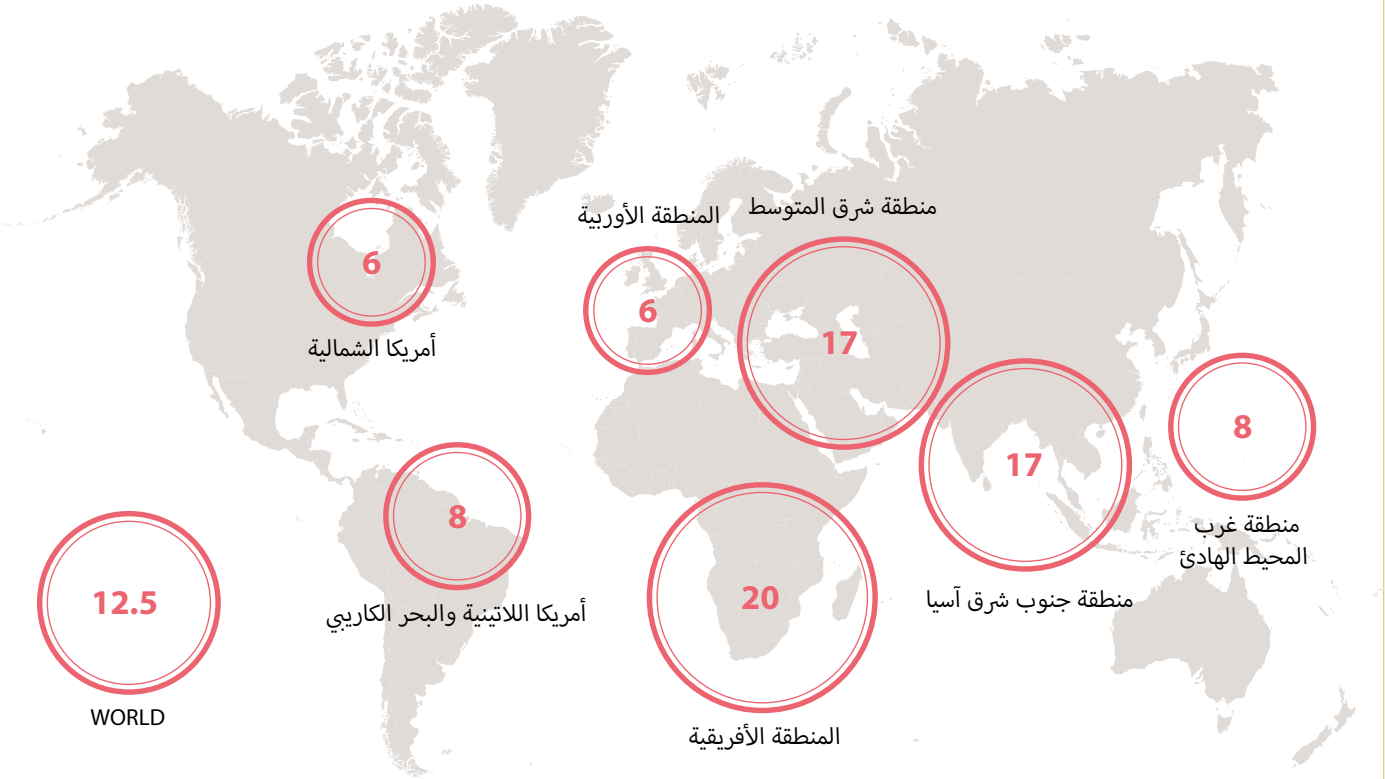
هدف 2025:

خفض عدد النساء، والفتيات، والمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، والمعرضين لخطر الإصابة بالفيروس، والمتأثرين به، والذين يعانون من اللامساواة على أساس النوع الاجتماعي، والذين يعانون من العنف القائم على الجنس والنوع الاجتماعي إلى ما لا يزيد عن 10%.

الهدف الفرعي للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز: خفض عدد النساء والفتيات اللاتي تعرضن للعنف الجسدي و/أو الجنسي من قبل شريك حميم من الذكور إلى ما لا يزيد عن 10٪ بحلول عام 2025.

إن العالم بعيد تمامًا عن الهدف المتمثل في خفض العنف الجسدي أو الجنسي من قبل الشريك الحميم إلى أقل من 10٪ بحلول عام 2025. وتشير البيانات من 156 دولة إلى أن ما يقدر بنحو 245 مليون امرأة تتراوح أعمارهن بين 15 عاما وما فوق ممن سبق لهن الزواج أو كان لديهن شريك قد تعرضن لعنف الشريك الحميم الجسدي أو الجنسي على مدار الـ12 شهرا الماضية. إن انتشار العنف الجسدي والجنسي مرتفع بشكل خاص في مناطق شرق البحر الأبيض المتوسط، وجنوب شرق آسيا وأفريقيا، على النحو المحدد من قبل منظمة الصحة العالمية (شكل 1.23).

شكل 1.23 معدل الانتشار المقدر لعنف الشريك الحميم في الـ12 شهرا الماضية بين النساء المتزوجات أو الشريكات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاما، حسب منطقة منظمة الصحة العالمية، 2018



معدل انتشار عنف الشريك الحميم خلال الـ12 شهرا الماضية (٪)

المصدر: تقديرات انتشار العنف ضد المرأة، 2018: تقديرات الانتشار العالمية والإقليمية والوطنية لعنف الشريك الحميم ضد المرأة وتقديرات الانتشار العالمية والإقليمية للعنف الجنسي من غير الشريك ضد المرأة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021.

وعبر 26 دولة ذات بيانات متاحة من 2017 إلى 2021، تراوحت نسبة النساء المتزوجات أو اللاتي لديهن شريك واللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا اللائي تعرضن للعنف الجنسي أو الجسدي من قبل الشريك الحميم في العام الماضي بين 5.5٪ في الفلبين إلى 47.6٪ في بابوا غينيا الجديدة (شكل 1.24). وفي 20 من 26 دولة لديها بيانات، تعرضت أكثر من 10٪ من النساء المتزوجات أو اللاتي لديهن شريك لعنف الشريك الحميم في الأشهر الـ12 الماضية.

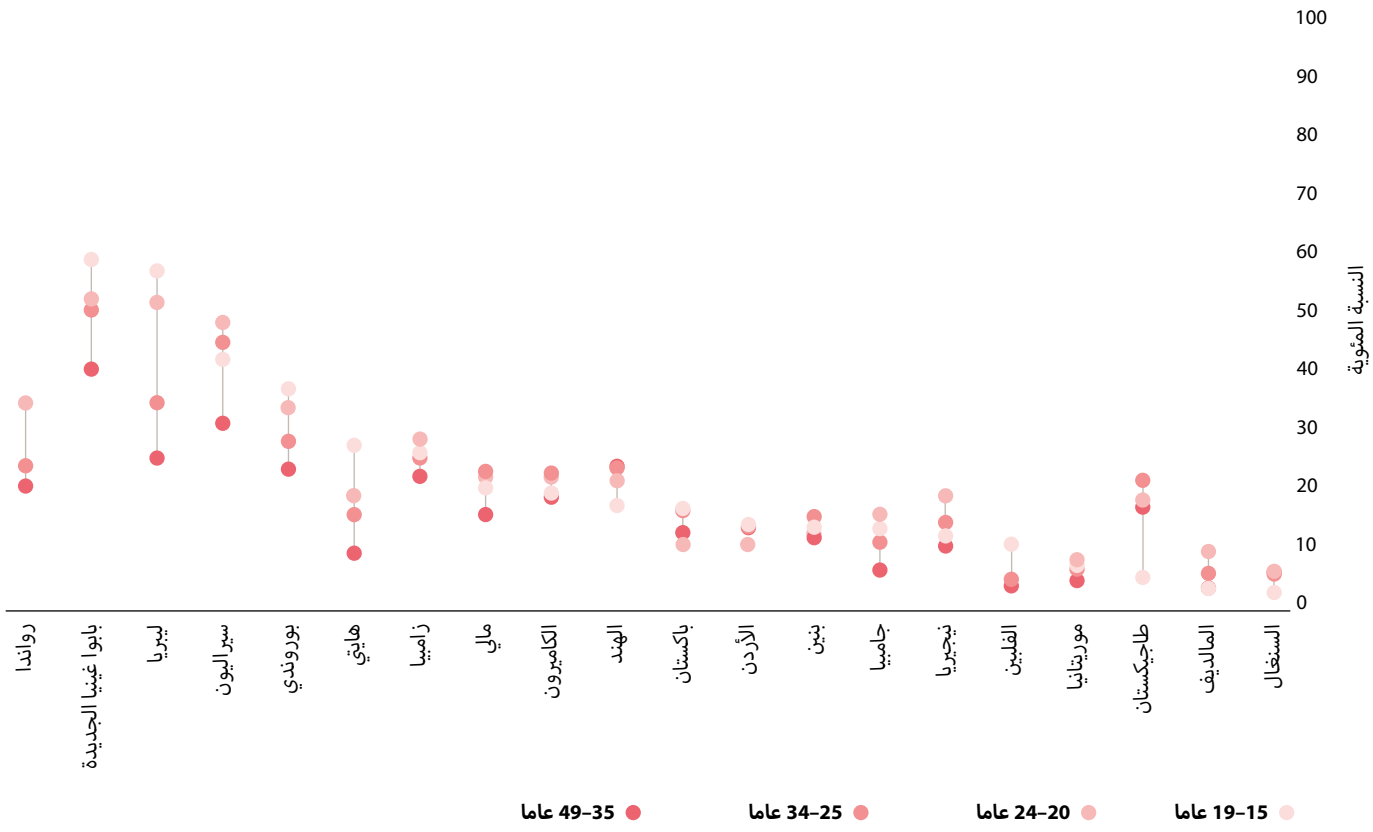
شكل 1.24 النسبة المئوية للنساء المتزوجات من قبل أو مع شركاء وتتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاما اللاتي تعرضن للعنف الجسدي و/أو الجنسي من قبل شريك حميم خلال الـ12 شهرا الماضية، البلدان التي لديها بيانات متاحة، 2017-2021



المصدر: المسوح السكانية ، 2017-2021.

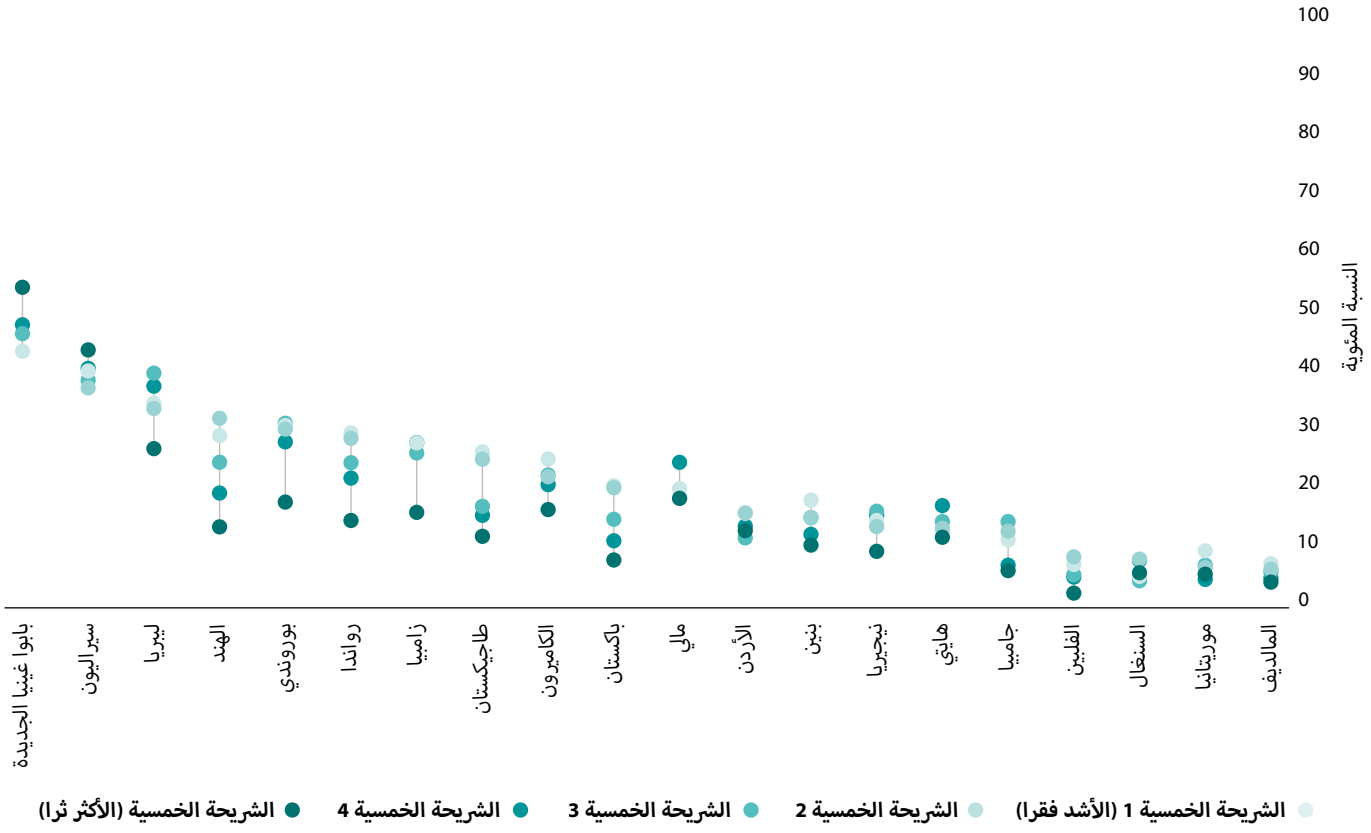
وتشير البيانات المأخوذة من 20 دولة إلى أن الاختلافات حسب الخصائص - مثل مستوى التعليم وخُمس الثروة، ومحل الإقامة - بالنسبة للنساء اللاتي تعرضن للعنف من قبل الشريك الحميم خلال الاثني عشر شهرا الماضية تختلف اختلافا كبيرا بين البلدان (شكل 1.25، و1.26، و1.27).

شكل 1.25 شكل 1.25 النسبة المئوية للنساء المتزوجات أو لديهن شريك اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاما واللاتي تعرضن للعنف الجسدي و/أو الجنسي من قبل شريك حميم خلال الاثني عشر شهرا الماضية، حسب الفئة العمرية، البلدان التي تتوفر بها البيانات، 2017-2021



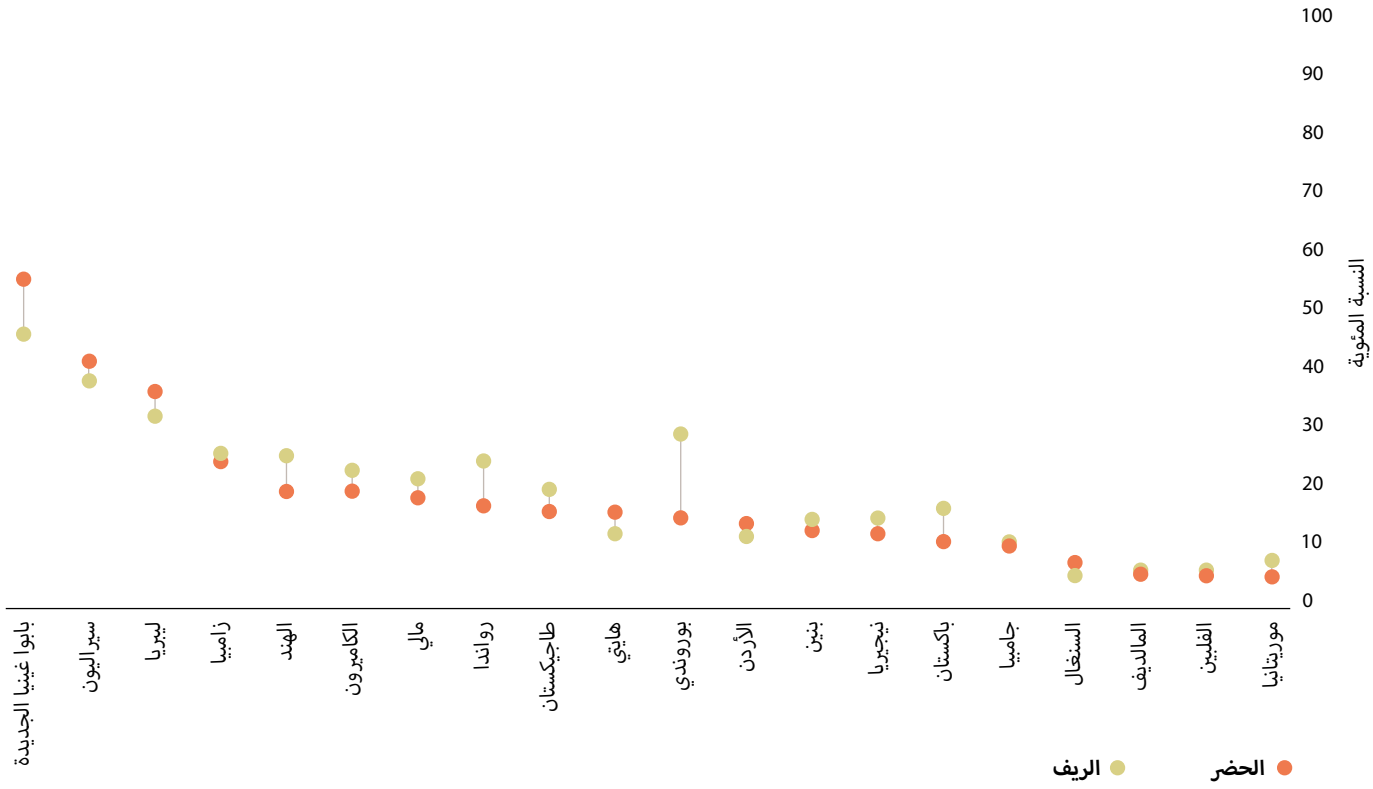
المصدر: المسوح السكانية ، 2017-2021.

شكل 1.26 شكل 1.26 النسبة المئوية للنساء المتزوجات أو لديهن شريك اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاما اللاتي تعرضن للعنف الجسدي و/أو الجنسي من قبل شريك حميم خلال الـ12شهرا الماضية، حسب الشريحة الخمسية للثروة، والبلدان التي تتوفر بها البيانات، 2017-2021



المصدر: المسوح السكانية ، 2017-2021.

شكل 1.27 شكل 1.27 النسبة المئوية للنساء المتزوجات أو لديهن شريك اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاما اللاتي تعرضن للعنف الجسدي و/أو الجنسي من قبل شريك حميم خلال الـ12شهرا الماضية، حسب مكان الإقامة، والبلدان التي تتوفر بها البيانات، 2017-2021



المصدر: المسوح السكانية ، 2017-2021.

الهدف الفرعي للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز: خفض عدد الفئات السكانية الرئيسية التي تعرضت للعنف الجسدي و/أو الجنسي في الـ 12 شهرا الماضية إلى ما لا يزيد عن 10% بحلول عام 2025.

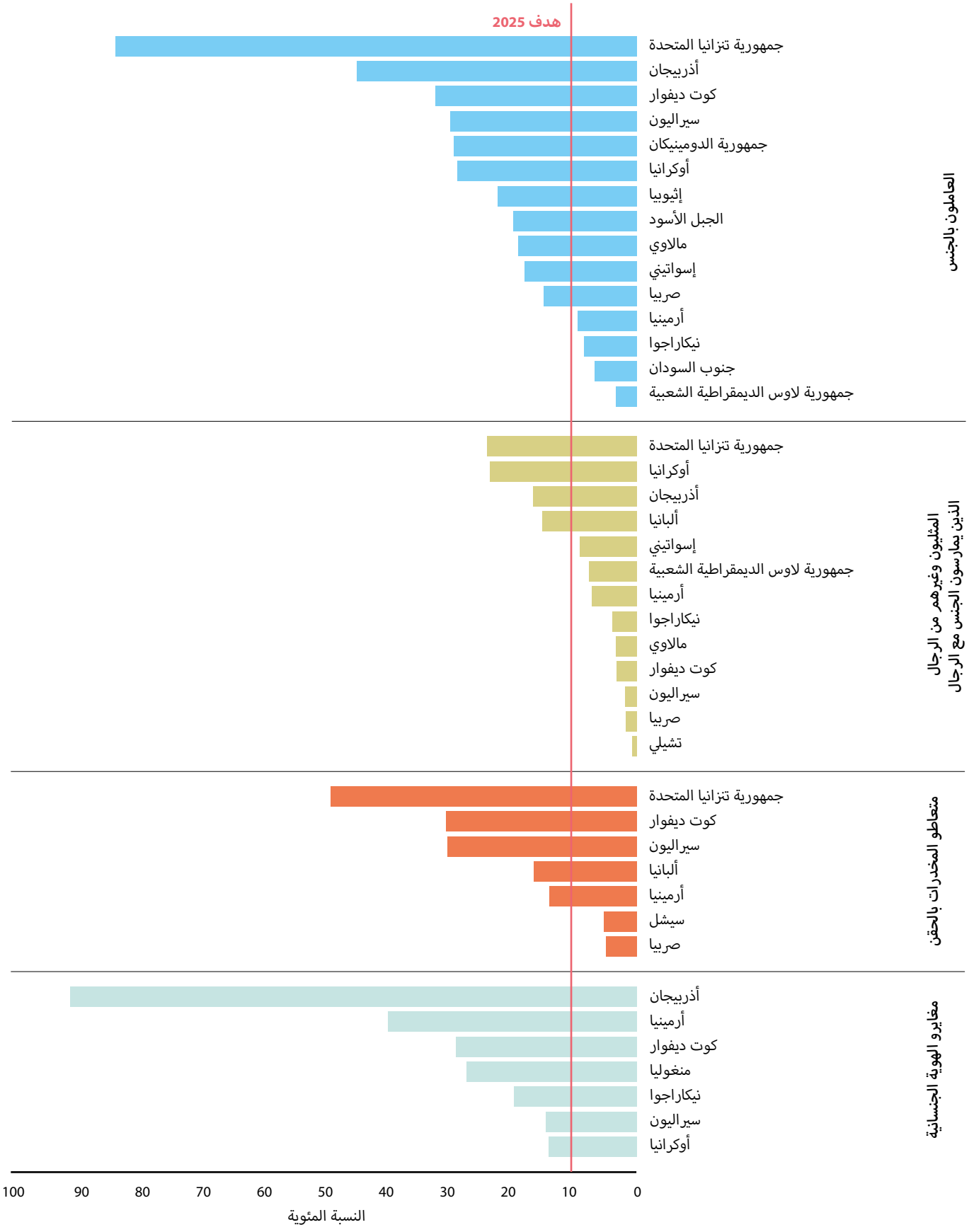
تظهر البيانات الحديثة اختلافات كبيرة في تجارب العنف بين الفئات السكانية الرئيسية (شكل 1.28). وفي المتوسط، تعرض أكثر من واحد من كل أربعة من مغايري الهوية الجنسانية للعنف في الأشهر الـ12 الماضية (7 بلدان أبلغت عن ذلك). وينطبق الشيء نفسه على واحد من كل خمسة عاملات بالجنس (15 دولة أبلغت عن ذلك)، وواحد من كل ستة أشخاص يتعاطون المخدرات بالحقن (7 بلدان أبلغت عن ذلك) وواحد من كل 14 من المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (13 دولة أبلغت عن ذلك). وبالإضافة إلى ذلك، تعاني نسبة عالية من النساء اللاتي يتعاطين المخدرات من العنف النفسي أو الجسدي من قبل الشركاء، مما يدل على الضعف القائم على النوع الاجتماعي والحاجة إلى نهج قائمة على النوع الاجتماعي لتدخلات الحد من الضرر (3).



آنا، امرأة مغايرة للهوية الجنسانية من أوغندا. كيجالي، رواندا، ديسمبر 2019.

UNAIDS @

شكل 1.28 الفئات السكانية الرئيسية التي أبلغت عن تعرضها للعنف الجسدي و/أو الجنسي في الأشهر الـ12 الماضية، البلدان التي لديها بيانات متاحة، 2017-2021

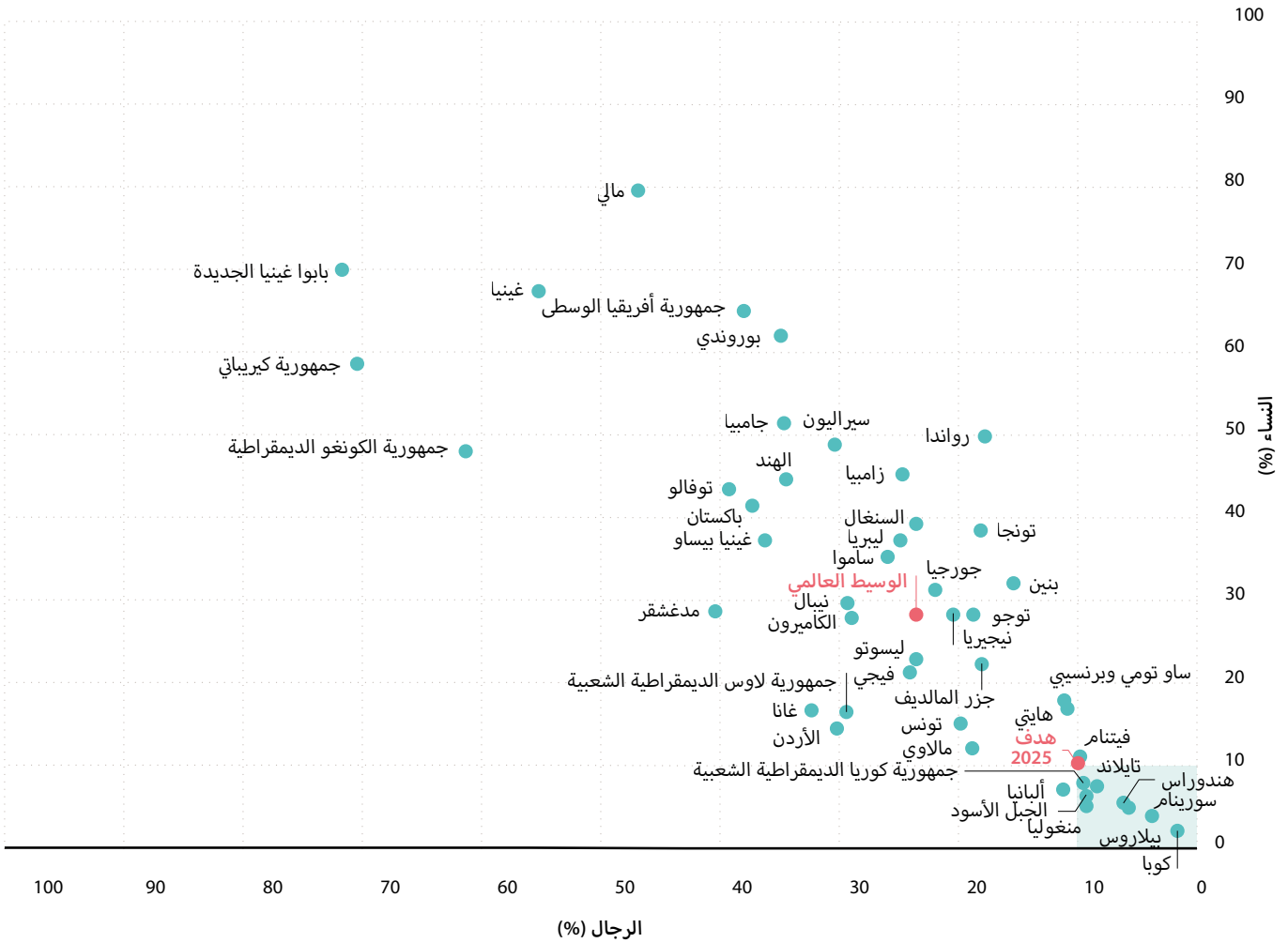


المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

الهدف الفرعي للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز: خفض عدد الأشخاص الذين يدعمون القواعد الجنسانية غير المتكافئة إلى ما لا يقل عن 10% بحلول عام 2025.

وفقا لبيانات المسح في 46 دولة بين النساء والرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا، قال متوسط 28.3٪ من النساء و23.9% من الرجال أن الزوج له ما يبرره في ضرب زوجته أو ضربها لسبب معين (شكل 1.29).[4] إن انتشار مثل هذه المواقف أعلى بكثير من هدف عام 2025 لضمان معايير جنسانية غير عادلة بين ما لا يزيد عن 10٪ من الناس.

شكل 1.29 النسبة المئوية للرجال والنساء (15 - 49 عاما) الذين يوافقون على أن الزوج له ما يبرره في ضرب زوجته أو ضربها لسبب معين، البلدان التي تتوفر بها البيانات، 2017-2021



(1) من الأسباب المحددة: إذا خرجت دون إخباره، أو أهملت الأطفال، أو تشاجرت معه، أو رفضت ممارسة الجنس معه، أو إذا أحرقت الطعام

المصدر: المسوح السكانية، 2017-2021 ، البلدان التي لديها بيانات متاحة.

4 تشمل الأسباب خروج الزوجة من المنزل دون إخبار الزوج، أو إذا أهملت الأطفال، أو جادلته، أو إذا رفضت ممارسة الجنس معه، أو إذا أحرقت الطعام.

لقد وصلت 8 بلدان (بيلاروسيا، وكوبا، وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، وهندوراس، ومنغوليا، والجبل الأسود، وسورينام، وتايلاند) إلى هدف عام 2025 وهو ٪10. ومن بين 46 دولة لديها بيانات متاحة عن مواقف الرجال، تراوحت نسبة الرجال الذين يوافقون على أن الزوج له ما يبرره في ضرب زوجته لأسباب محددة من ٪1.7 في كوبا إلى ٪71.9 في بابوا غينيا الجديدة. ومن بين 61 دولة لديها بيانات متاحة عن مواقف النساء، تراوحت نسبة النساء اللاتي قلن أن الزوج له ما يبرره في ضرب زوجته أو ضربها لأسباب محددة من ٪1.6 في صربيا إلى ٪79.4 في مالي.

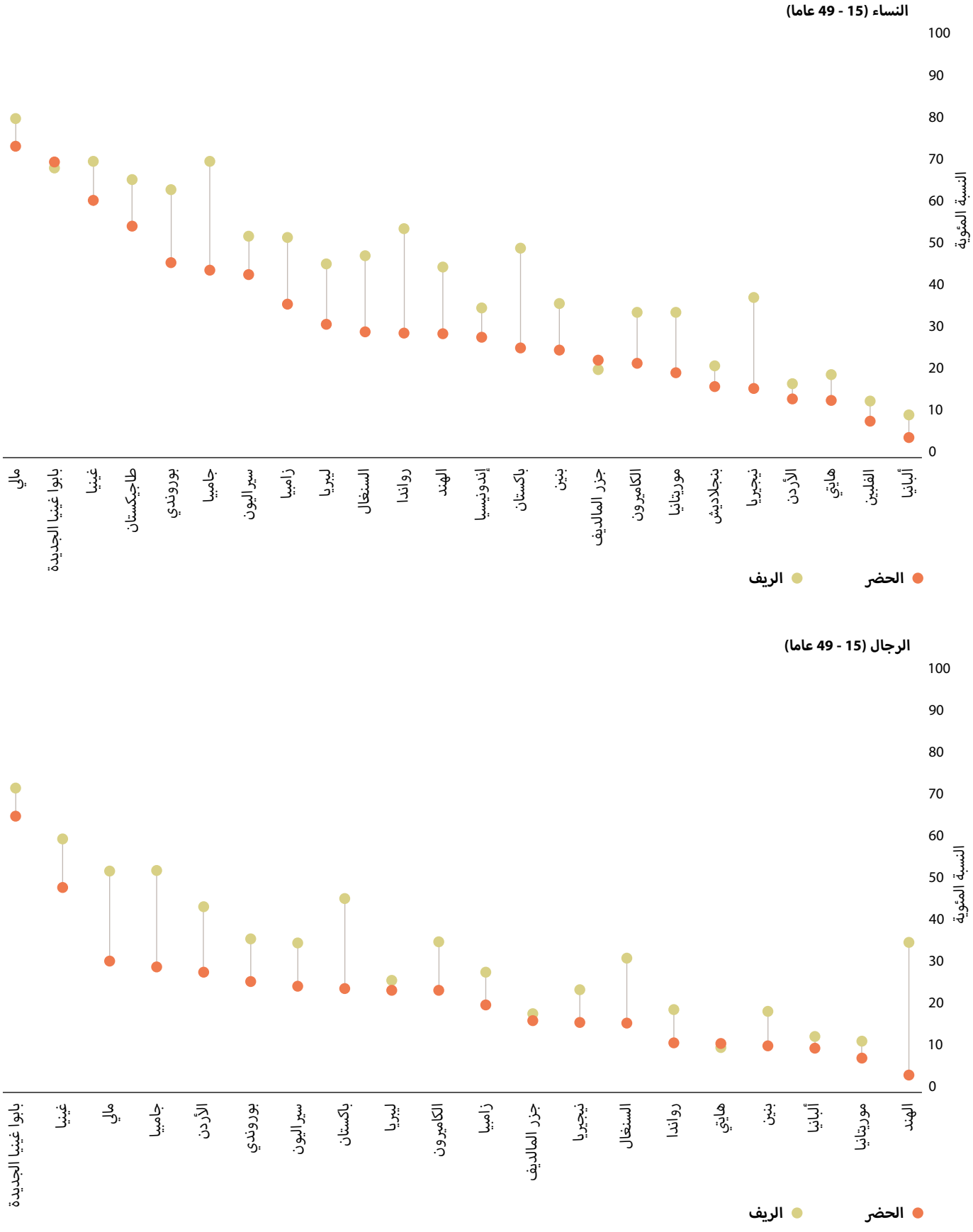
ومن بين الرجال في 15 دولة من بين 20 دولة لديها بيانات متاحة، كان الرجال والفتيان الأصغر سنا (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 عامًا) أكثر اعتقادا بأن الزوج له ما يبرره لضرب زوجته أو ضربها لأسباب محددة مقارنة بالرجال الأكبر سنا (الذين تتراوح أعمارهم بين 35 و49 عامًا). ومن المرجح أن يجيب الأشخاص في الخمس الأدنى من حيث الثروة وأولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية بالإيجاب أكثر من أولئك الذين ينتمون إلى الخمس الأعلى من حيث الثروة وأولئك الذين يعيشون في المناطق الحضرية، على التوالي (شكل 1.30).



لينو تيكوان، محامية وداعية للمساواة بين الجنسين. نوفمبر 2019، ليسوتو.

N. Ridgard @

شكل 1.30 النسبة المئوية للأشخاص (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما) الذين يوافقون على أن الزوج له ما يبرره في ضرب زوجته*، حسب الجنس ومكان الإقامة، البلدان التي تتوفر بها البيانات، 2017-2021



المصدر: المسوح السكانية، 2017-2021.

(أ) لسبب محدد واحد على الأقل. تشمل الأسباب المحددة: إذا خرجت دون إخباره، أو أهملت الأطفال، أو تشاجرت معه، أو رفضت ممارسة الجنس معه، أو إذا حرقت الطعام.

هدف 2025:

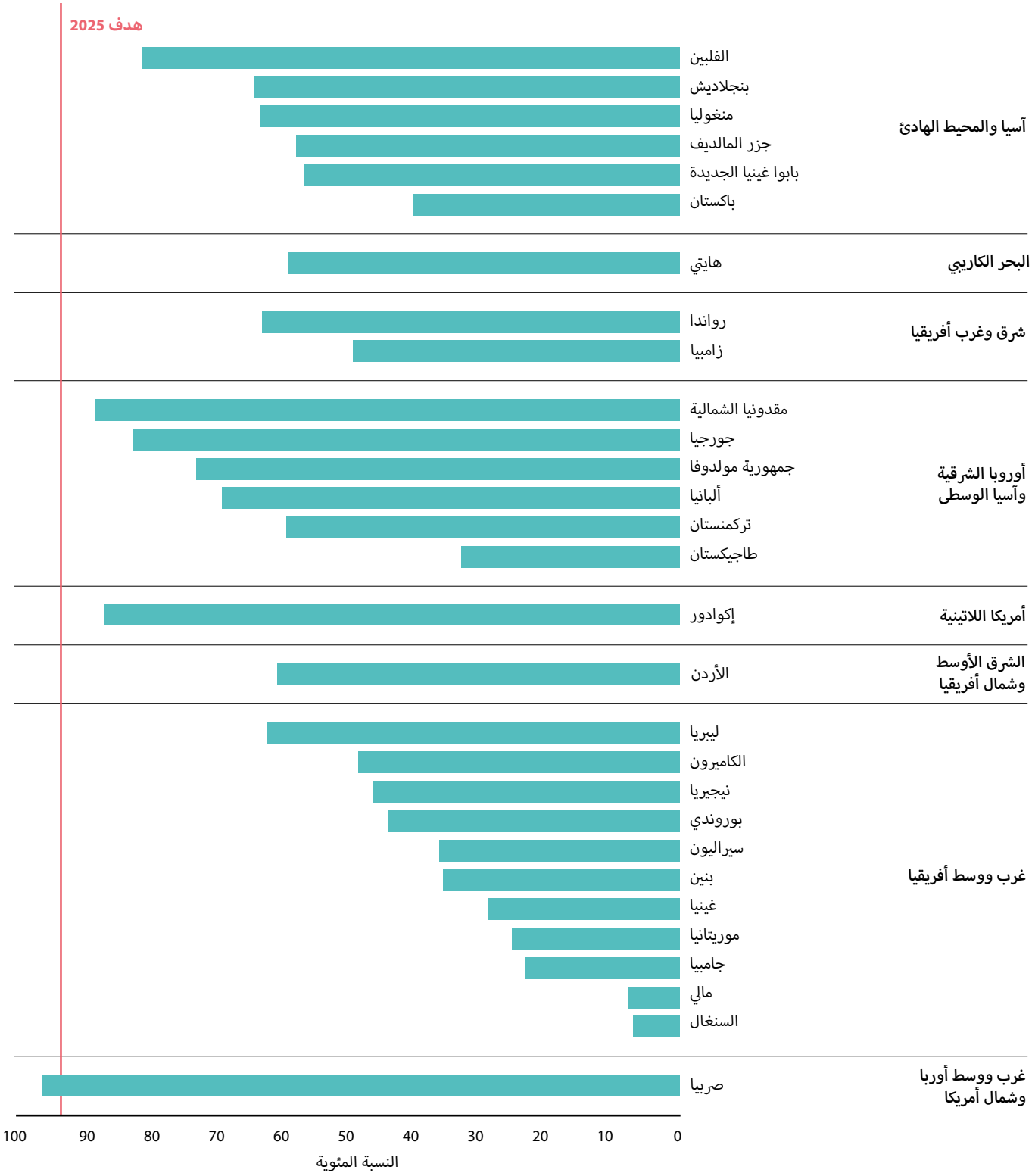
التأكد من تلبية الاحتياجات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية لـ 95% من النساء والفتيات في سن الإنجاب، بما في ذلك رعاية ما قبل الولادة ورعاية الأم، والمعلومات، والاستشارات.

عبر المسوح السكانية التي أُجريت في 29 دولة في الفترة من 2017 إلى 2021، بالمتوسط، أفادت 58٪ فقط من النساء اللاتي في علاقة وتتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاما ويستخدمن وسائل منع الحمل أنهن يتخذن قرارات مستنيرة خاصة بهن فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية واستخدام وسائل منع الحمل في الرعاية الصحية الخاصة بهن (شكل 1.31). وفي أفريقيا جنوب الصحراء، التي تضم 74٪ من النساء المصابات حديثا بفيروس نقص المناعة البشري في عام 2021، تكافح النساء من أجل احترام حقوقهن في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. وعلى سبيل المثال، في 10 من أصل 11 دولة في غرب ووسط أفريقيا، أفاد أقل من نصف النساء اللاتي شملهن الاستطلاع أنهن قادرات على اتخاذ قراراتهن بأنفسهن فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية، واستخدام وسائل منع الحمل، والرعاية الصحية الخاصة بهن.



UNAIDS @

شكل 1.31 النسبة المئوية للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاما المتزوجات أو المرتبطات حاليا ويستخدمن وسائل منع الحمل واللاتي يتخذن قراراتهن المستنيرة بشأن العلاقات الجنسية واستخدام وسائل منع الحمل والرعاية الصحية الخاصة بهن، البلدان التي تتوفر بها البيانات، 2017-2021



المصدر: المسوح السكانية، 2017-2021؛ قاعدة البيانات العالمية لصندوق الأمم المتحدة للسكان [قاعدة بيانات]. صندوق الأمم المتحدة للسكان c2022؛(https://www.unfpa.org/data).

المنظمات التي يقودها المجتمع

تضع الاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز المجتمعات في قلب الاستجابة للإيدز، وتحدد أهدافًا ملموسة للنسبة التي يقودها المجتمع من خدمات وبرامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، والاختبار والعلاج لدعم تحقيق عوامل التمكين المجتمعية. ونظرا لأن أنظمة المراقبة الحالية لا تتبع عموما نسبة الخدمات والبرامج التي تقدمها المنظمات التي يقودها المجتمع المحلي، يقوم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز حاليًا بدراسة الخيارات والتشاور مع أصحاب المصلحة بشأن تطوير مقاييس لتتبع التقدم نحو تحقيق أهداف 30-80-60.

ويقوم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بتعديل نظمه لتتبع موارد فيروس نقص المناعة البشري لتحديد تدفقات التمويل والنفقات من قبل المنظمات التي يقودها المجتمع المحلي بشكل واضح. ويمكن الحصول على هذه المعلومات كجزء من التقييمات الوطنية للإنفاق على الإيدز أو كتمارين قائمة بذاتها تقوم بها المنظمات التي يقودها المجتمع المحلي أو الخبراء الخارجيون. وتهدف هذه التمارين المستقلة إلى الحصول على العمل غير مدفوع الأجر والتبرعات العينية ونفقات البرنامج القياسية (مثل الرواتب والسلع). ولا تزال النماذج التجريبية للتدريبات المستقلة في مراحلها الأولية، مع توقع أنها ستوفر دليلا على المفهوم وتوجيهات معيارية بشأن التنفيذ، والتي ستوجه بعد ذلك دورة إعداد التقارير العالمية لعام 2023. وستساعد البيانات الواضحة حول الموارد للخدمات والبرامج التي يقودها المجتمع المحلي في التخطيط وتعبئة الموارد من قبل الجهات المانحة، والحكومات الوطنية ودون الوطنية، والمنظمات التي يقودها المجتمع المحلي نفسها.

وتشير المعلومات المحدودة المتوافرة حاليا إلى الحاجة لعمل كبير لتحقيق هدف 80٪ لتقديم الخدمات بقيادة المجتمع الخاصة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشري للفئات السكانية الرئيسية.[5] وعبر البلدان التي تتوفر بها بيانات عن الفترة من 2019 إلى 2021، وصلت المنظمات التي تقودها الفئات السكانية الرئيسية إلى 40٪ من العاملين بالجنس (35 دولة)، و31٪ من المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (35 دولة)، و26% من الذين يتعاطون المخدرات بالحقن (26 دولة)، و37% من مغايري الهوية الجنسانية (17 دولة) مع تدخلات وقائية مصممة لهم.

كما قدمت المنظمات الرئيسية التي تقودها الفئات السكانية الرئيسية 19٪ من جميع الإبر والمحاقن التي تم توزيعها في الـ12 شهرا الماضية عبر 35 دولة ذات بيانات متاحة بين عامي 2019، و2021. وعبر 18 دولة أبلغت عن عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن والذين تلقوا العلاج بمواد بديلة لأثر الأفيون، لم يتم الإبلاغ عن توفيرها من قبل المنظمات التي تقودها الفئات السكانية الرئيسية.

وهناك ما يبرر بعض الحذر عند تفسير البيانات الخاصة بخدمات الوقاية التي يقودها المجتمع المحلي للفئات السكانية الرئيسية: قد تقلل القيم المبلغ عنها حتى الآن بشأن هذه المؤشرات من تدخلات الوقاية، اعتمادا على آليات جمع البيانات والمقارنة المتاحة في كل بلد على حدة.

هدف 2025:

التأكد من أن المنظمات التي يقودها المجتمع توفر 30% من خدمات الاختبار والعلاج، مع التركيز على اختبارات فيروس نقص المناعة البشري، والارتباط بالعلاج، والالتزام ودعم الاحتفاظ بالعلاج، وحرفية العلاج بحلول عام 2025.

هدف 2025:

التأكد من أن المنظمات التي يقودها المجتمع توفر 80% من خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري للفئات السكانية المعرضة لمخاطر عالية للإصابة بالفيروس، بما في ذلك النساء ضمن هذه الفئات السكانية، بحلول عام 2025.

هدف 2025:

التأكد من أن المنظمات التي يقودها المجتمع توفر 60% من البرامج لدعم تحقيق عوامل التمكين المجتمعية بحلول عام 2025.

5 لقد تم وصف الآليات الحالية في إطار النظام العالمي لرصد الإيدز لمراقبة نسبة خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري التي تقدمها المنظمات التي تقودها الفئات السكانية الرئيسية في فصل 5 (ص 33-35) من الإطار العالمي لرصد الإيدز، 2022-2026: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_GAM_Framework_2022_EN.pdf.

هدف 2025:

التأكد من أن أقل من 10% من البلدان لديها أطر قانونية وسياسية تستهدف بشكل غير عادل المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، والمعرضين لخطورة الإصابة بالفيروس، والمتأثرين به، مثل قوانين الموافقة الخاصة بالعمر، والقوانين الخاصة بالإفصاح عن الفيروس، والتعرض له، ونقله إلى الآخرين. هذه القوانين التي تفرض قيودا على السفر تتعلق بالفيروس.

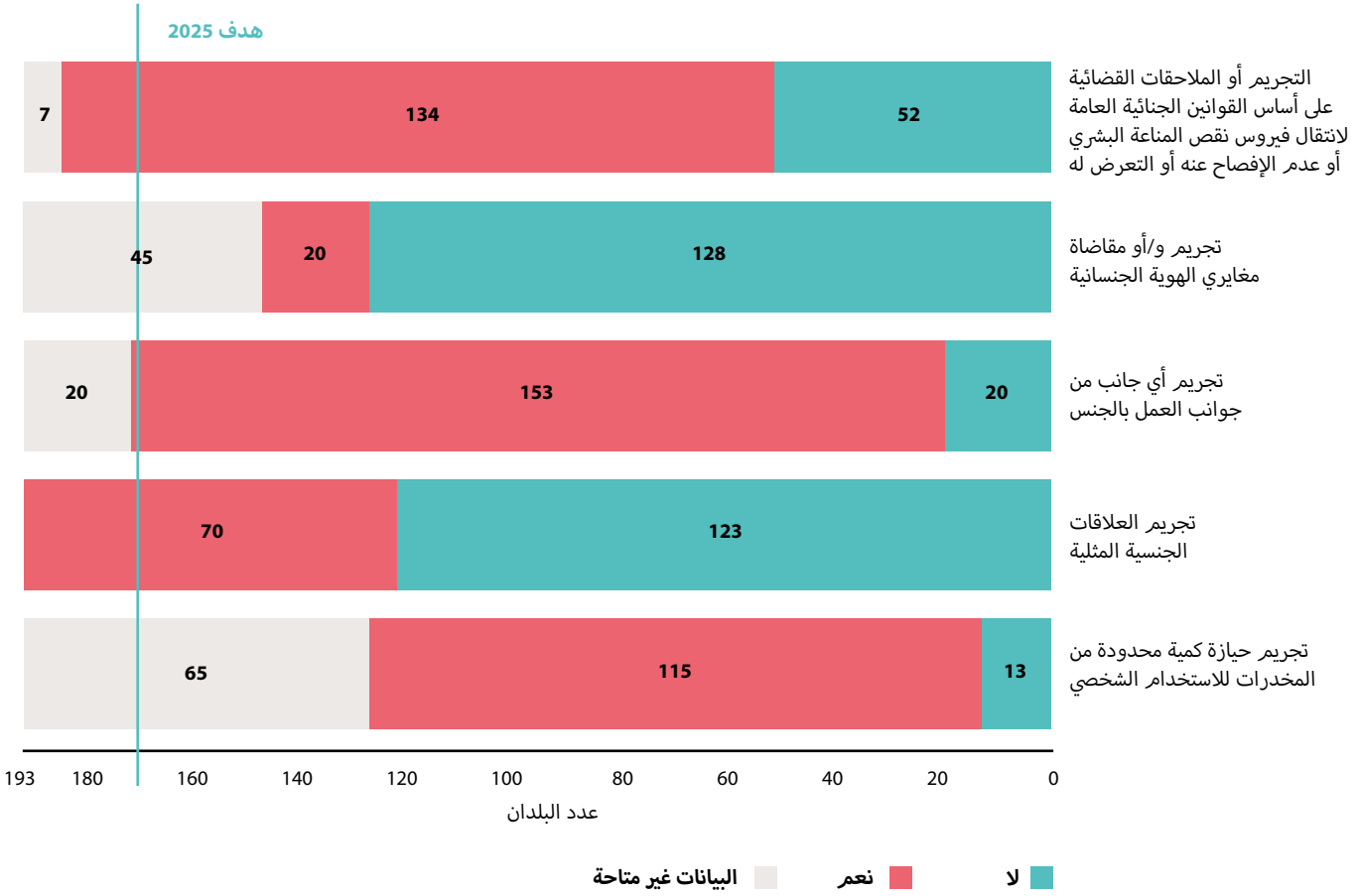
تحقيق حقوق الإنسان والقضاء على الوصم والتمييز

الهدف الفرعي للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز: أقل من 10% من البلدان تجرم العمل بالجنس، وحيازة كميات صغيرة من المخدرات، والسلوك الجنسي المثلي، ونقل فيروس نقص المناعة البشري، أو التعرض له، أو عدم الإفصاح عنه بحلول عام 2025.

إن العالم ليس على المسار الصحيح لضمان أن يكون لدى أقل من 10% من البلدان بيئات قانونية وسياسية عقابية (شكل 1.32). وفقط فيما يتعلق بتجريم الأشخاص مغايري الهوية الجنسانية أو العلاقات الجنسية المثلية، تفتقر غالبية البلدان إلى قوانين عقابية: لا تزال معظم البلدان تجرم جانبا واحدا على الأقل من العمل بالجنس، وحيازة كمية صغيرة من المخدرات للاستخدام الشخصي، ونقل فيروس نقص المناعة البشري، أو التعرض له، أو عدم الإفصاح عنه.

ومع ذلك، فقد تم إحراز بعض التقدم في السنوات الأخيرة. إذ انخفضت النسبة المئوية لسكان العالم الذين يعيشون تحت ولاية قضائية تجرم العلاقات الجنسية المثلية بشكل ملحوظ، وألغت دولة واحدة ومقاطعة واحدة في عام 2022 تجريم العمل بالجنس (انظر قصة بلجيكا وأستراليا في الفصل 3)، واتخذ عدد من البلدان خطوات لإلغاء القوانين التي تجرم نقل فيروس نقص المناعة البشري، أو التعرض له، أو عدم الإفصاح عنه. كما بدأت دولتان جديدتان، موزمبيق وأوغندا، في تنفيذ برامج العلاج بمواد بديلة لأثر الأفيون في عام 2020 (٩).

شكل 1.32 البلدان التي لديها قوانين تمييزية وعقابية، عالميا، 2022

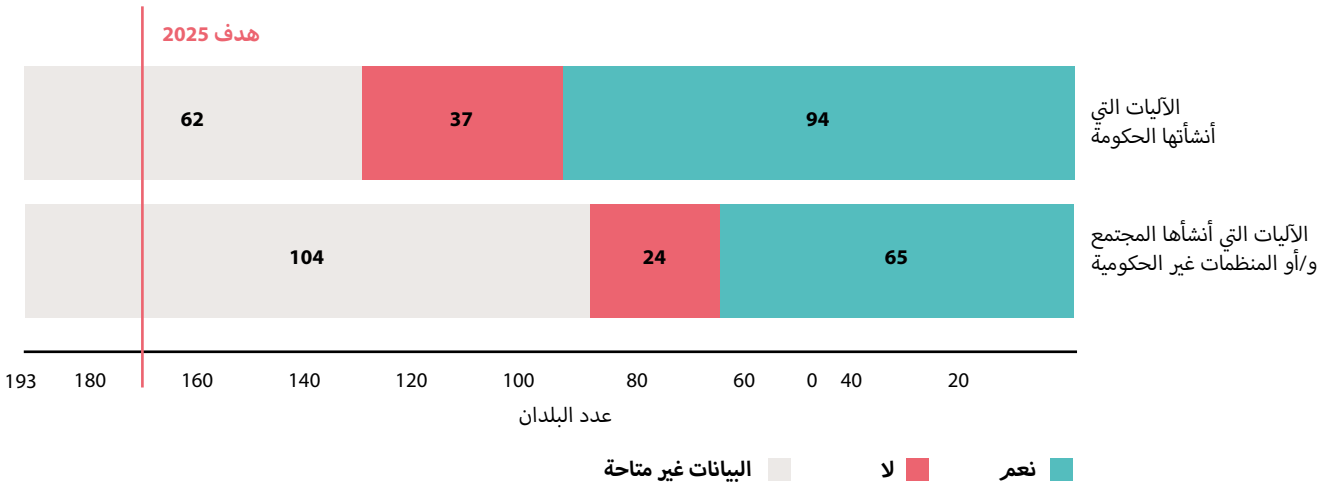


المصادر: الالتزامات الوطنية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وأداة السياسات 2017-2022 (انظر http://lawsandpolicies.unaids.org/)، مدعومة بمصادر إضافية (انظر المراجع في «بطاقات قياس أداء القوانين والسياسات» الأشكال في البرفيلات الإقليمية

الهدف الفرعي للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز: أقل من 10٪ من البلدان تفتقر إلى آليات يمكن من خلالها للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية الإبلاغ عن سوء المعاملة والتمييز والتماس الإنصاف بحلول عام 2025.

هناك حاجة إلى تغييرات ملحوظة في النهج القانونية والسياسية الوطنية لتمكين جميع المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية الذين يعانون من سوء المعاملة والتمييز من التماس الإنصاف (شكل 1.33). وفي عام 2021، كان هناك 107 دول (أو 61٪ من البلدان) لديها آليات أنشأتها إما الحكومة أو المنظمات المجتمعية أو غير الحكومية لمساعدة الناس على تقديم شكوى والتماس الإنصاف بسبب التمييز على أساس حالة فيروس نقص المناعة البشري المتصورة أو الانتماء إلى أي فئة سكانية رئيسية. وهناك 94 دولة (54٪ من البلدان) لديها آليات حكومية و65 دولة (37٪ من البلدان) لديها آليات أنشأتها المنظمات المجتمعية أو غير الحكومية للإبلاغ عن حالات التمييز والتماس الإنصاف.

شكل 1.33 البلدان التي لديها آليات قائمة لتسجيل ومعالجة حالات التمييز المرتبط بفيروس نقص المناعة البشري، 2017-2022



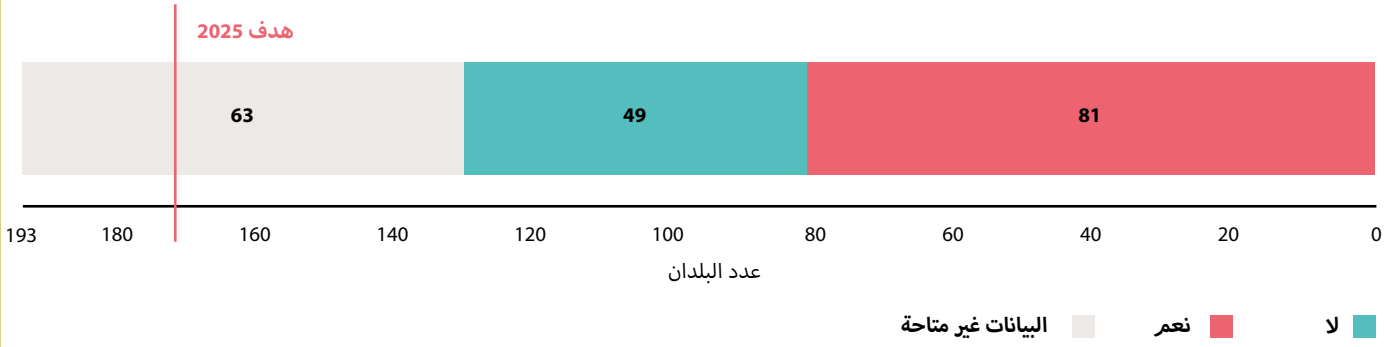
المصدر: الالتزامات الوطنية وسياسات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2017-2022.

الهدف الفرعي للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز: أقل من 10٪ من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية يفتقرون إلى الوصول إلى الخدمات القانونية بحلول عام 2025.

لا تزال هناك نسبة كبيرة من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية تفتقر إلى الدعم القانوني الذي تحتاج إليه لحماية حقوقها. في الفترة من 2017 إلى 2022، أفادت 41٪ من البلدان - التي تضم ما يقرب من 78٪ من جميع المتعايشين مع الفيروس في عام 2021 - بوجود آليات للمتعايشين مع الفيروس أو الفئات السكانية الرئيسية للوصول إلى الخدمات القانونية (شكل 1.34). ووفقا لتقارير المجتمع المدني والمجتمع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، تشمل العوائق الرئيسية التي تحول دون الوصول إلى الخدمات القانونية عدم وجود آلية تشغيلية (15 دولة)، وفشل الآليات القائمة في أن تكون حساسة لفيروس نقص المناعة البشري (21 دولة)، وقيود خاصة بالقدرة على تحمل التكاليف التي يعاني منها الأشخاص المهمشون الفئات المتأثرة (35 دولة)، ونقص الوعي أو المعرفة حول كيفية استخدام مثل هذه الآليات (47 دولة).

41٪ فقط من البلدان أفادت أن لديها آليات متاحة للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري أو الفئات السكانية الرئيسية للوصول إلى الخدمات القانونية.

شكل 1.34 البلدان التي لديها آليات للوصول إلى خدمات قانونية ميسورة التكلفة، 2017-2022



المصدر: أداة الالتزامات والسياسات الوطنية، 2017-2022.

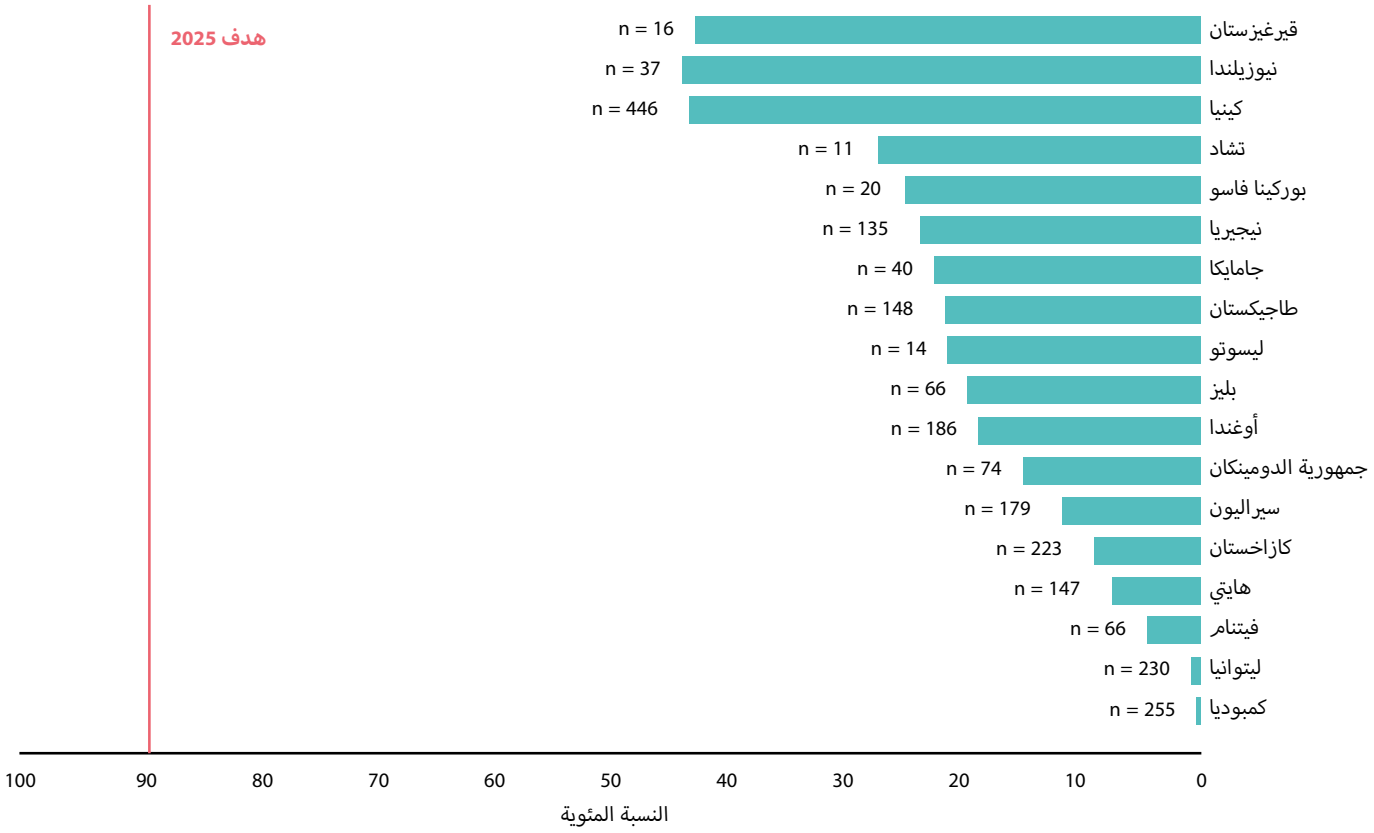
ملحوظة: تعتبر البلدان لديها آليات مطبقة للوصول إلى الخدمات القانونية إذا أبلغت عن وجود أنظمة مساعدة قانونية تنطبق على قضايا فيروس نقص المناعة البشري وواحد على الأقل مما يلي: الخدمات القانونية المجانية التي تقدمها شركات المحاماة الخاصة، والخدمات القانونية التي تقدمها العيادات القانونية، مجتمع المساعدين القانونيين أو غيرهم.

الهدف الفرعي للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز: أكثر من 90٪ من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والذين تعرضوا لإساءة استخدام حقوقهم قد طالبوا بإنصافهم بحلول عام 2025.

تُترجم البيئات القانونية العدائية وعدم كفاية توافر الخدمات القانونية إلى استخدام منخفض للنظام القانوني لطلب الإنصاف. ووفقا لاستطلاعات مؤشر الوصم للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري التي أجريت في 18 دولة في 2018-2021، سعى أقل من 50٪ من المتعايشين مع الفيروس الذين تعرضوا لانتهاكات حقوقية في الأشهر الـ 12 الماضية إلى الحصول على إنصاف قانوني (شكل 1.35). وفي تسعة بلدان، سعى أقل من واحد من كل خمسة أشخاص إلى الإنصاف القانوني.

في 18 دولة لديها بيانات متاحة بين عامي 2018 و2021، سعى أقل من 50٪ من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تعرضوا لانتهاكات حقوقية في الأشهر الـ 12 الماضية إلى الإنصاف القانوني.

شكل 1.35 النسبة المئوية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تعرضوا لانتهاكات حقوقية في الأشهر الـ 12 الماضية والذين سعوا إلى الإنصاف، البلدان التي تتوفر بها بيانات، 2018-2021



المصدر: استطلاعات مؤشر الوصم للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، 2018-2021.

ملاحظة: السعي للحصول على تعويض رسمي أو غير رسمي يشمل اتخاذ واحد على الأقل من الإجراءات التالية: تقديم شكوى، الاتصال بمحام، الاتصال بمسؤول حكومي أو سياسي، التحدث علنا، الاتصال بمنظمة مجتمعية/شبكة من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري من أجل الدعم، أو اتخاذ إجراء آخر. استراتيجية أخذ العينات الموصى بها لتنفيذ مؤشر الوصم للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري هي مزيج من أخذ العينات على أساس المكان وأخذ عينات إحالة سلسلة محدودة. تم تطبيق استراتيجيات أخذ العينات الأخرى في بليز وجمهورية الدومينيكان وهايتي وجامايكا ونيوزيلندا.

هدف 2025:

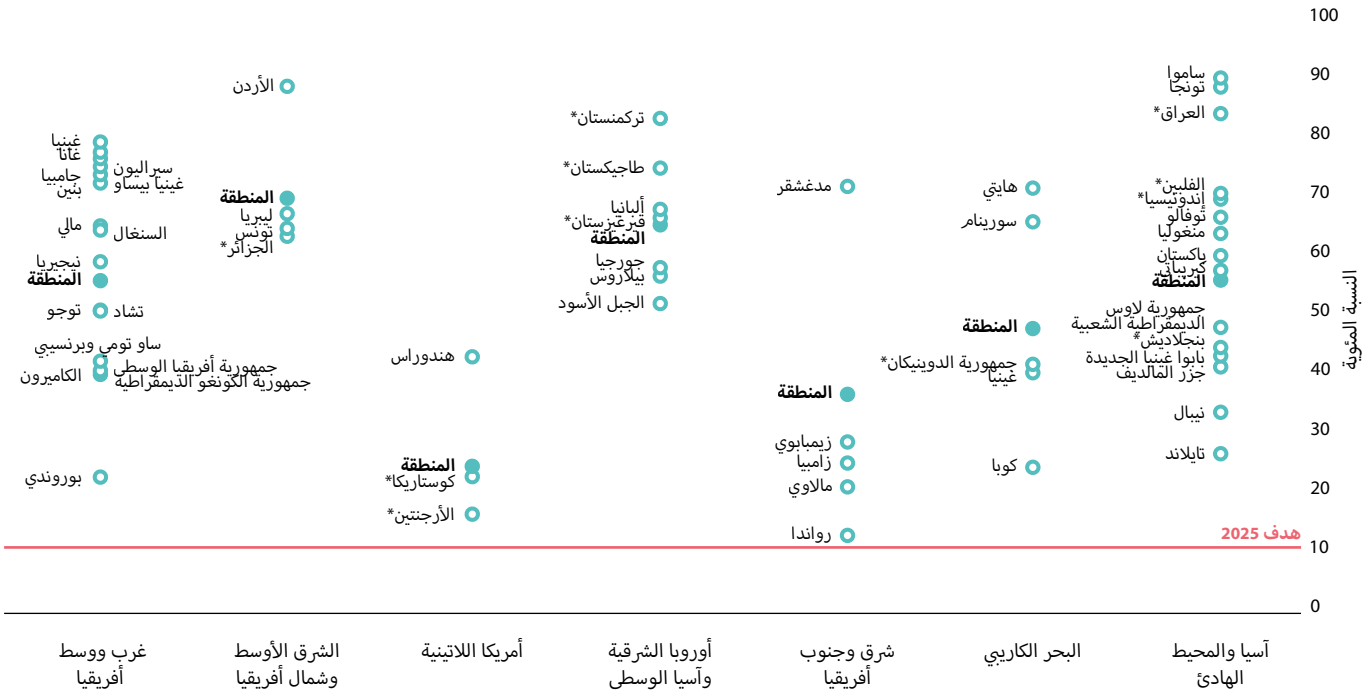
التأكد من أن أقل من 10٪ من المتعايشين مع، والأشخاص العرضة لخطورة الإصابة، والمتأثرين بفيروس نقص المناعة البشري يعانون من الوصم والتمييز، بما في ذلك عن طريق الاستفادة من إمكانات غير قابل للكشف = غير قابل للانتقال.

الهدف الفرعي للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز: أقل من 10٪ من عامة السكان يُظهرون مواقف تمييزية تجاه المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري بحلول عام 2025.

لا تزال المواقف التمييزية تجاه المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري شائعة بشكل مقلق في جميع المناطق، على الرغم من عقود من الدعوة والتعليم. وعبر 55 دولة لديها بيانات مسح حديثة، أظهر 59.1٪ من الأشخاص مواقف تمييزية - وهو مستوى أعلى بنحو ستة أضعاف من الهدف العالمي لعام 2025. وفي 34 دولة من بين 55 دولة لديها بيانات مسح سكاني عام في 2017-2021، أبان أكثر من 50٪ من الأشخاص الذين شملهم الاستطلاع عن مواقف تمييزية تجاه المتعايشين مع الفيروس (شكل 1.36). وفي 11 دولة، أظهر أكثر من 75٪ ممن شملهم الاستطلاع مشاعر تمييزية.

ويتضح انتشار المواقف التمييزية بشكل مقلق بين عامة الناس في جميع المناطق، على الرغم من أن النسب الإقليمية الأدنى لوحظت في أمريكا اللاتينية وفي شرق وجنوب أفريقيا. وقد أظهرت المسوح التي أجرتها منظمة العمل الدولية، أن ما يقرب من أربعة من كل 10 أشخاص شملهم الاستطلاع في 50 دولة في عام 2021 ، إلى حد ما، ضد السماح للمتعايشين مع الفيروس بالعمل مباشرة مع آخرين ليسوا إيجابيين للفيروس (5).

شكل 1.36 النسبة المئوية للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما والذين يبلغون عن مواقف تمييزية تجاه المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، البلدان التي تتوفر بها بيانات، 2016-2021



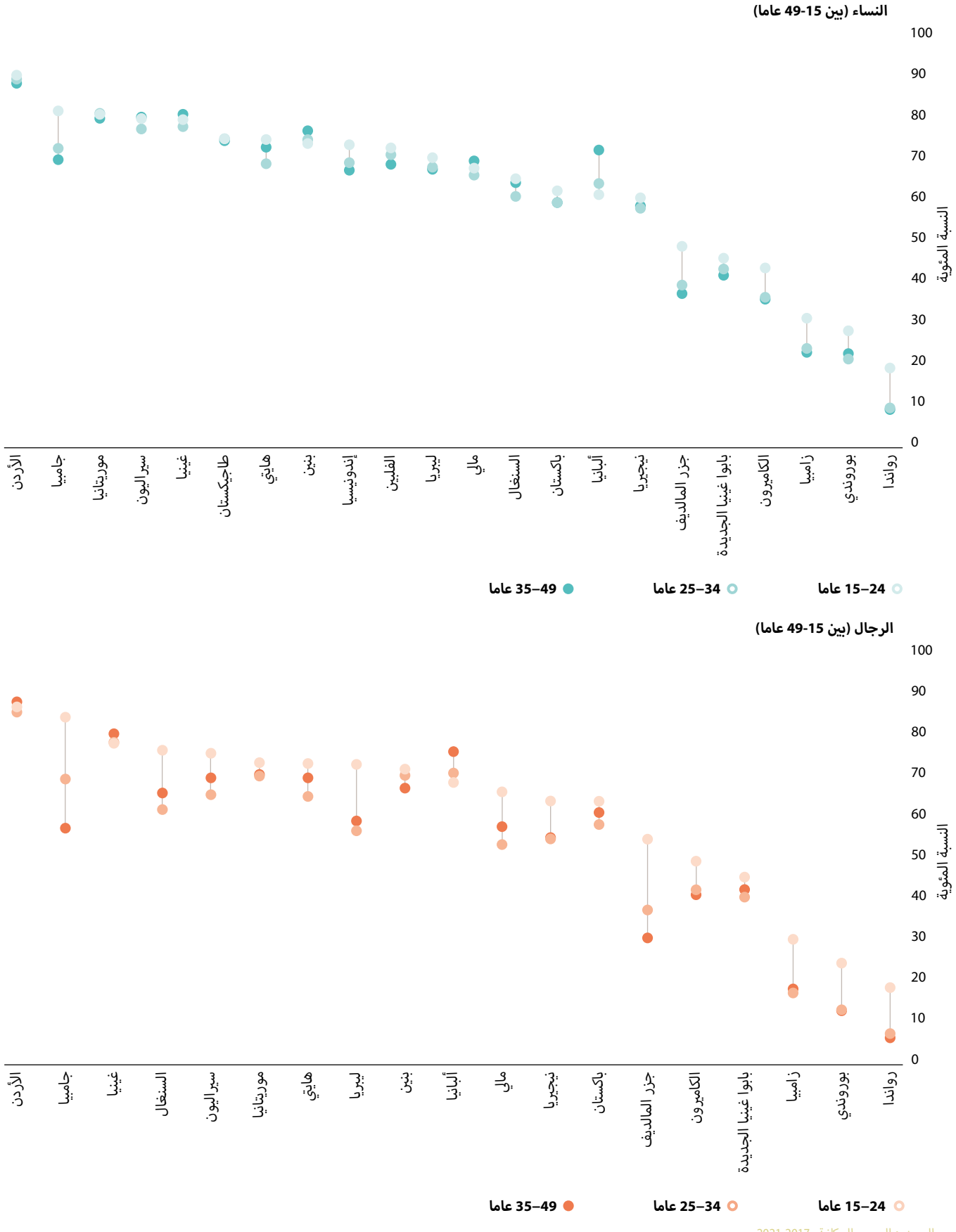
*البيانات خاصة بالنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا فقط

المصدر: المسوح السكانية، 2017-2021.

ملاحظة: يتم قياس المواقف التمييزية من خلال الردود بـ«لا» على أي من السؤالين: (1) هل ستشتري خضروات طازجة من صاحب متجر أو بائع إذا كنت تعلم أن هذا الشخص مصاب بفيروس نقص المناعة البشري؟؛ و (2) هل تعتقد أن الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري يجب أن يكونوا قادرين على الذهاب إلى المدرسة مع أطفال غير مصابين بالفيروس؟ القيم الإقليمية هي مجاميع مرجحة للبيانات المتاحة من بلدان المنطقة.

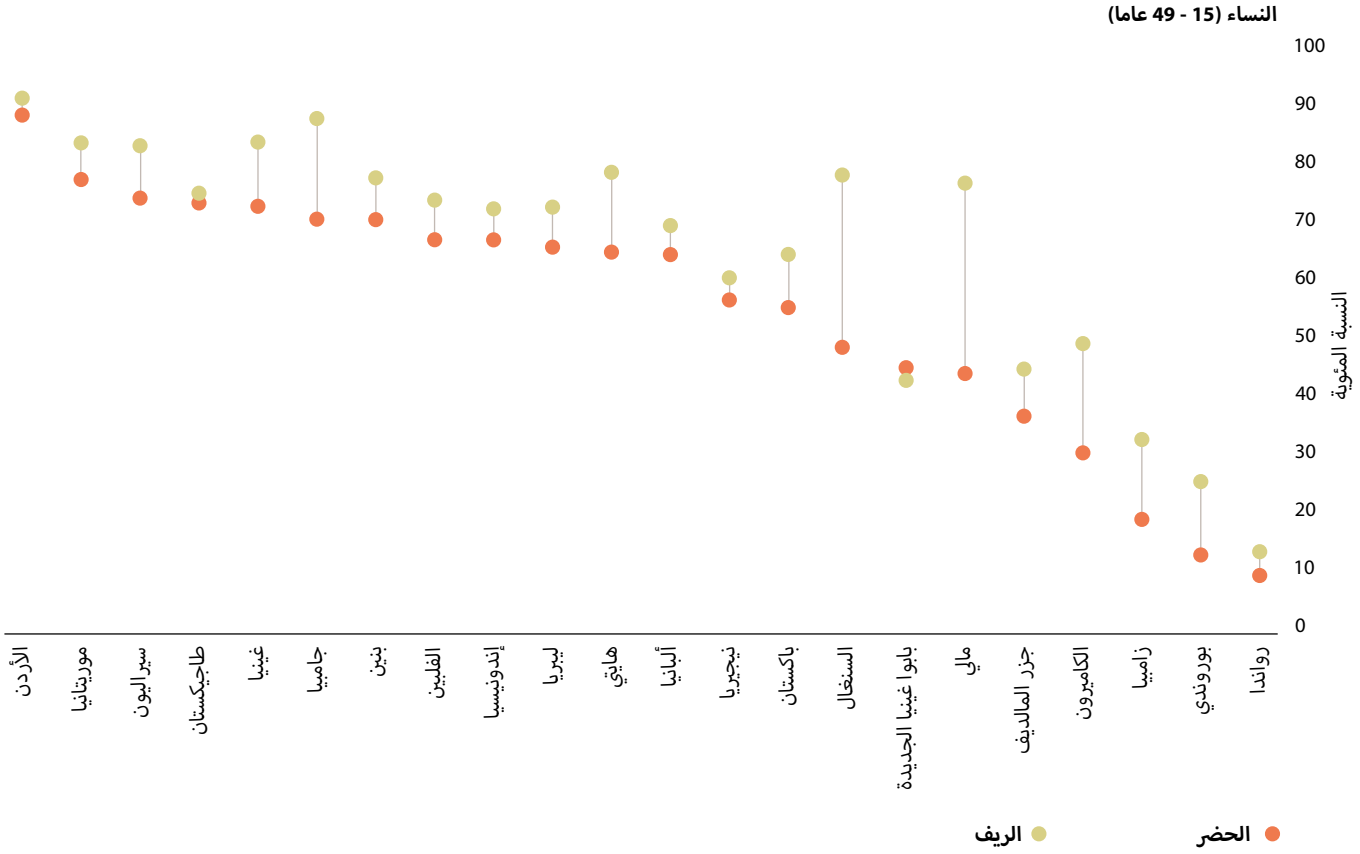
تعتبر المواقف التمييزية تجاه المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري أكثر شيوعًا بين ذوي الدخل المنخفض وسكان المناطق الريفية، مقارنة بالأشخاص في الخمس الأعلى ثراءً وسكان المناطق الحضرية (شكل 1.37، 1.38، 1.39).

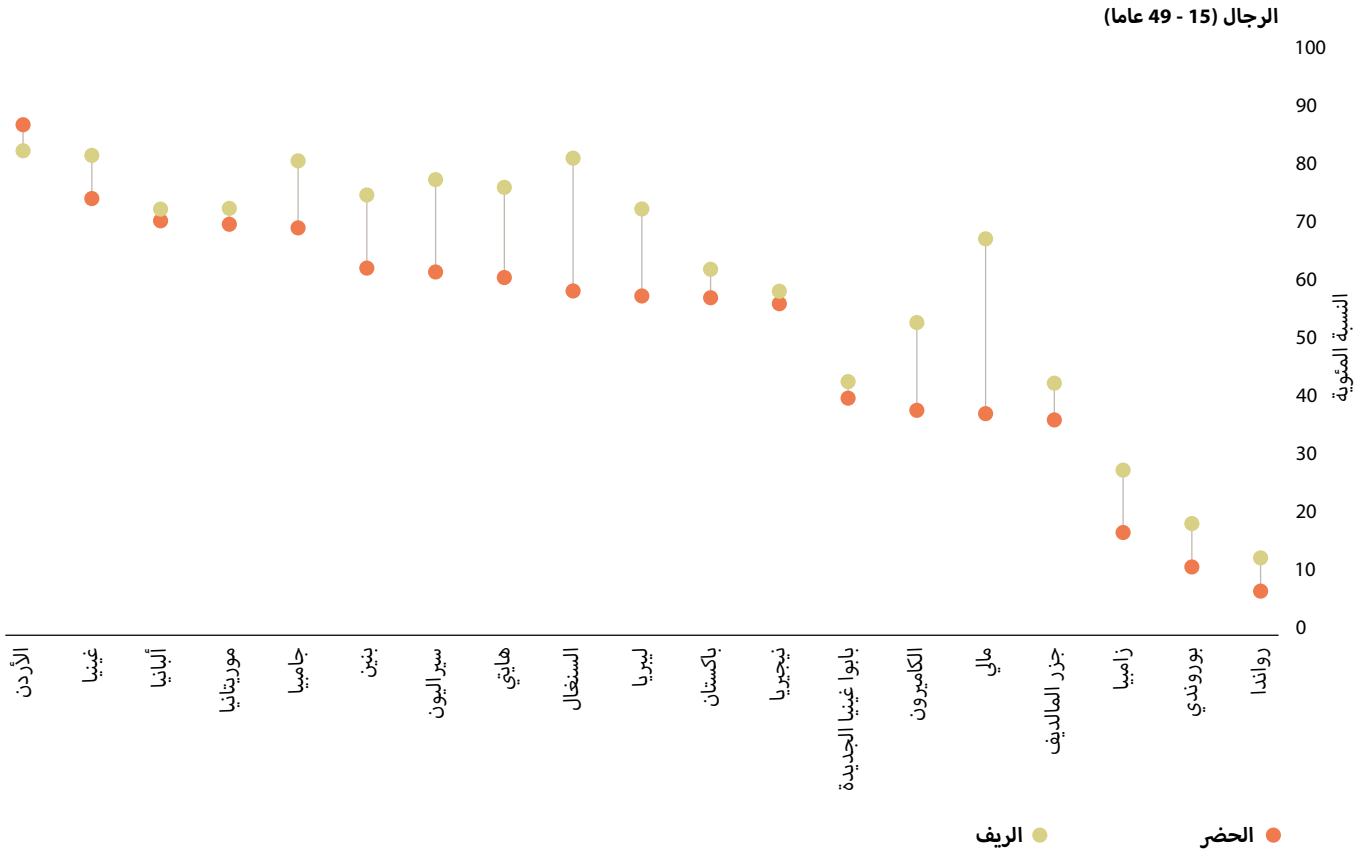
شكل 1.37 النسبة المئوية للأشخاص (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما) الذين يبلغون عن مواقف تمييزية تجاه المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، حسب الجنس والفئات العمرية، والبلدان التي تتوفر بها البيانات، 2017-2021



المصدر: المسوح السكانية، 2017-2021.

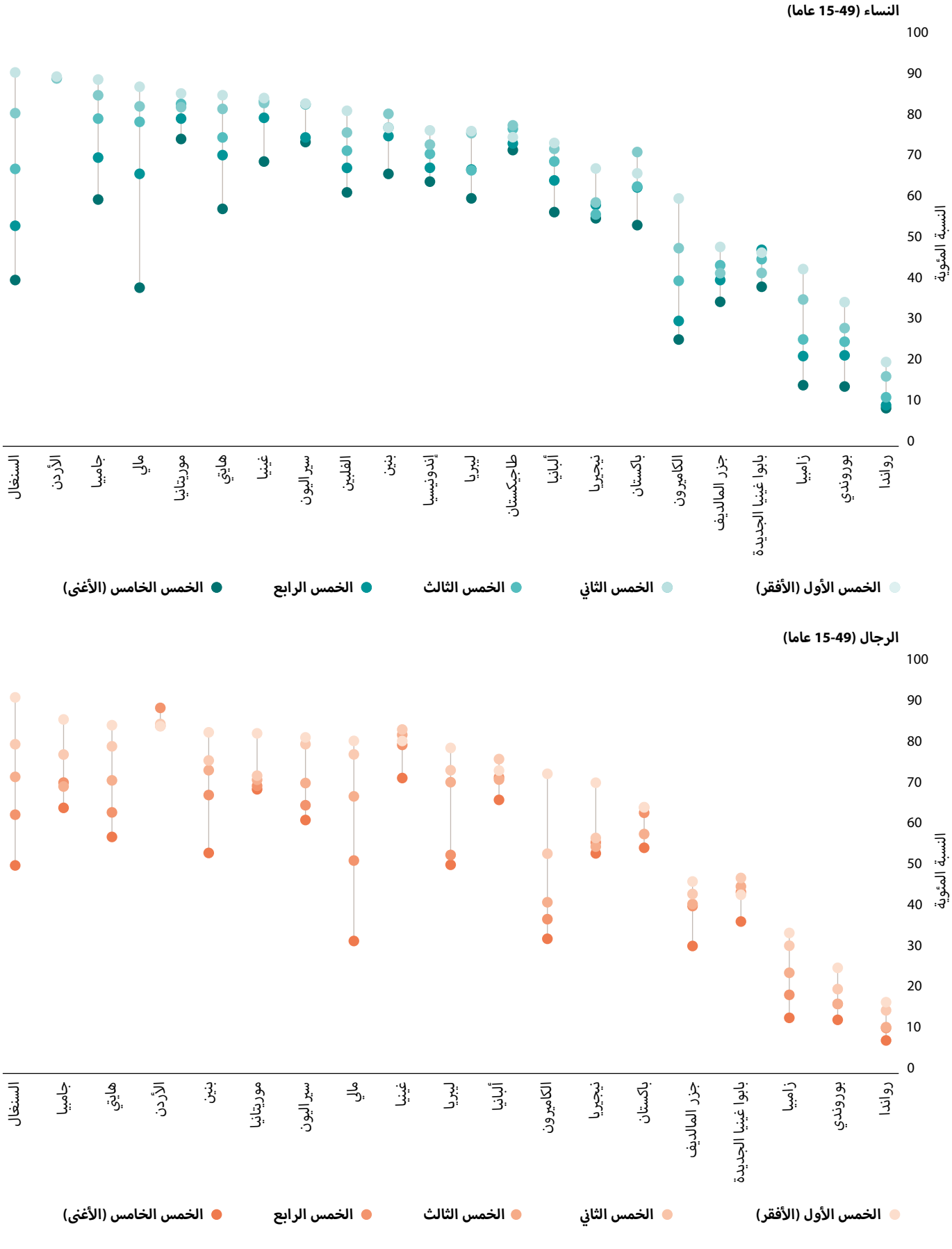
شكل 1.38 النسبة المئوية للأشخاص (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما) الذين يبلغون عن مواقف تمييزية تجاه المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، حسب الجنس ومكان الإقامة، البلدان التي تتوفر بها البيانات، 2017-2021





المصدر: المسوح السكانية، 2017-2021.

شكل 1.39 النسبة المئوية للأشخاص (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما) الذين يبلغون عن مواقف تمييزية تجاه المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، حسب الجنس والثروة، البلدان التي تتوفر بها البيانات، 2017-2021

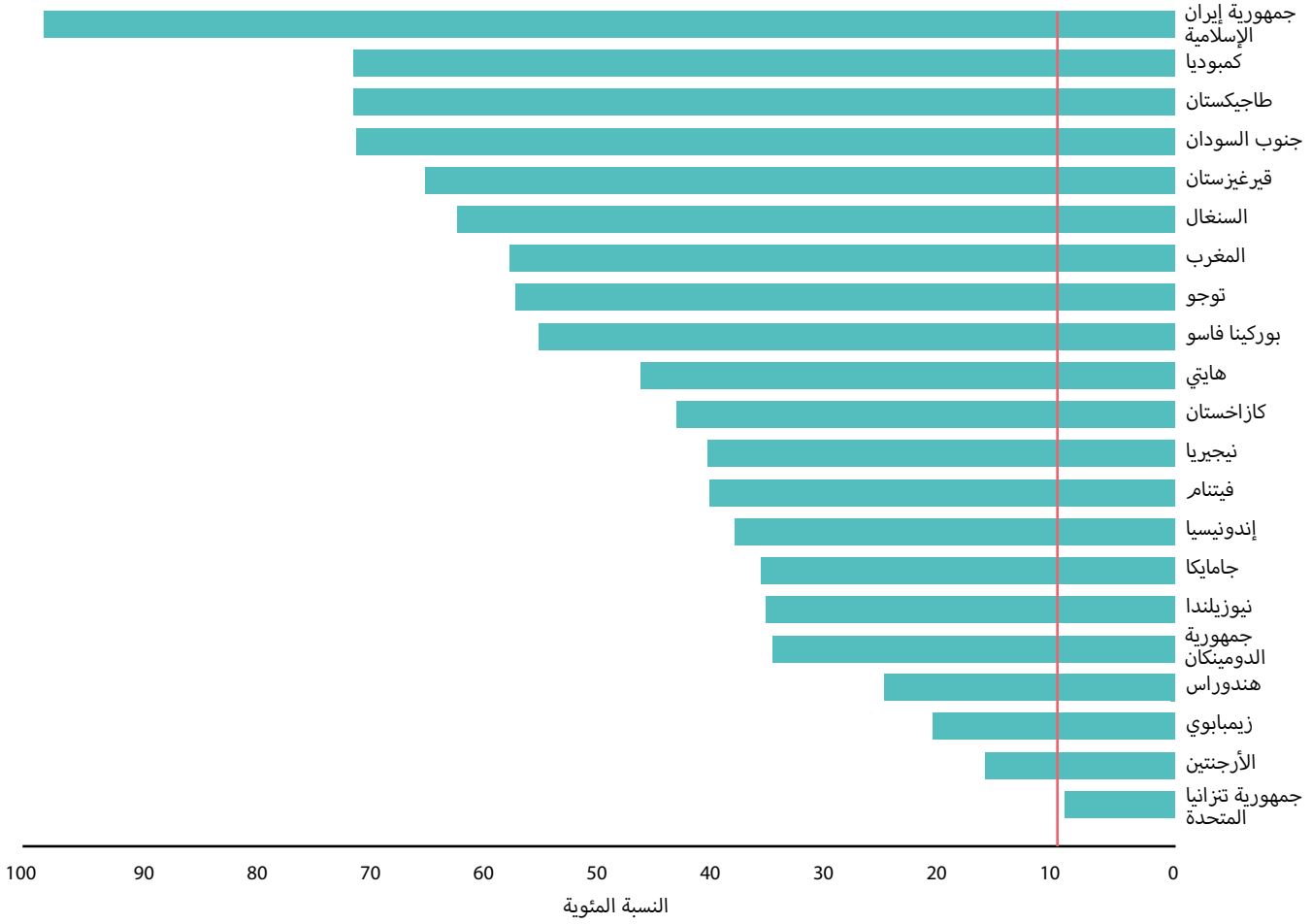


المصدر: المسوح السكانية، 2017-2021.

الهدف الفرعي للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز: أقل من 10٪ من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري يبلغون عن الوصم الذاتي بحلول عام 2025.

لا يزال انتشار الوصم الذاتي بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري (أي الإبلاغ عن شعور المرء بالخجل من كونه مصابا بالفيروس) مرتفعا في العديد من البلدان. ففي 20 من 21 دولة لديها معلومات ذات صلة من مسوح مؤشر الوصم للمتعايشين مع الفيروس في 2018-2021، تجاوزت النسبة المئوية للمتعايشين مع الفيروس الذين أبلغوا عن الوصم الذاتي هدف 10٪ لعام 2025 (شكل 1.40). وفي تسعة من 21 دولة، أفاد أكثر من نصف المتعايشين مع الفيروس الذين شملهم الاستطلاع بأنهم يشعرون بالخجل من كونهم متعايشين مع الفيروس.

شكل 1.40 النسبة المئوية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يبلغون عن وصم داخلي، البلدان التي تتوفر بها بيانات، 2017-2021



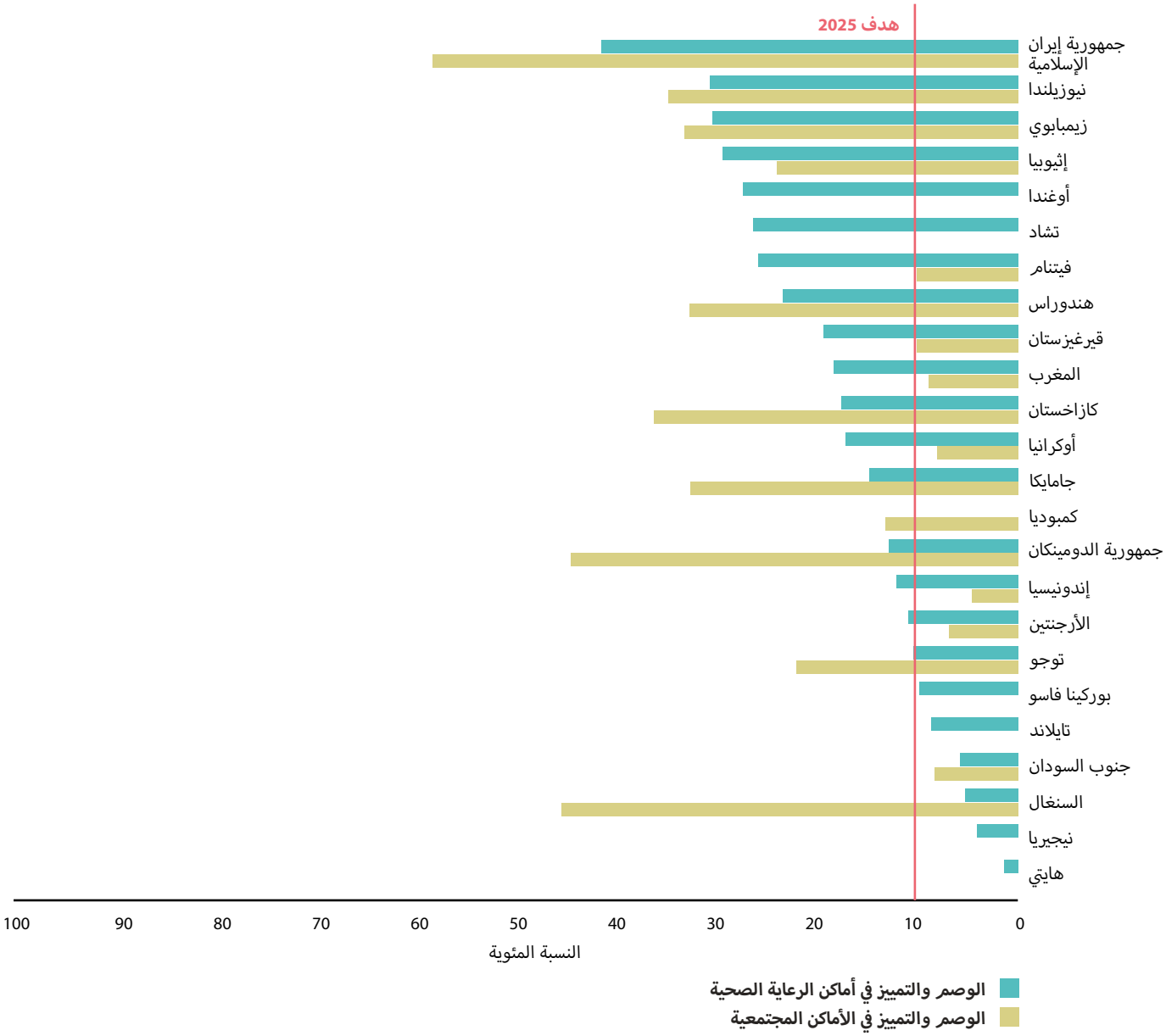
المصدر: استطلاعات مؤشر وصم للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية، 2018-2021.

ملاحظة: يتم قياس الوصم الداخلي على أنه عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يبلغون عن شعورهم بالخجل من أنهم إيجابيون للفيروس.

الهدف الفرعي للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز: أقل من 10٪ من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري يعانون من الوصم والتمييز في الرعاية الصحية والأماكن المجتمعية بحلول عام 2025.

إن الرعاية الصحية والأماكن المجتمعية هي من بين أهم الأماكن لخلق أجواء خالية من الوصم حيث يجب على المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذهاب للحصول على الخدمات المنقذة للحياة والدعم. ووفقا للمسوح التي أجريت في الفترة 2017-2021، يعاني أكثر من 10٪ من المتعايشين مع الفيروس من الوصم والتمييز في الأماكن المجتمعية في 13 من 18 دولة وفي أماكن الرعاية الصحية في 17 من 23 دولة (شكل 1.41).

شكل 1.41 النسبة المئوية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين عانوا من الوصم والتمييز في الرعاية الصحية والأوساط المجتمعية، البلدان التي لديها بيانات متاحة، 2018-2021



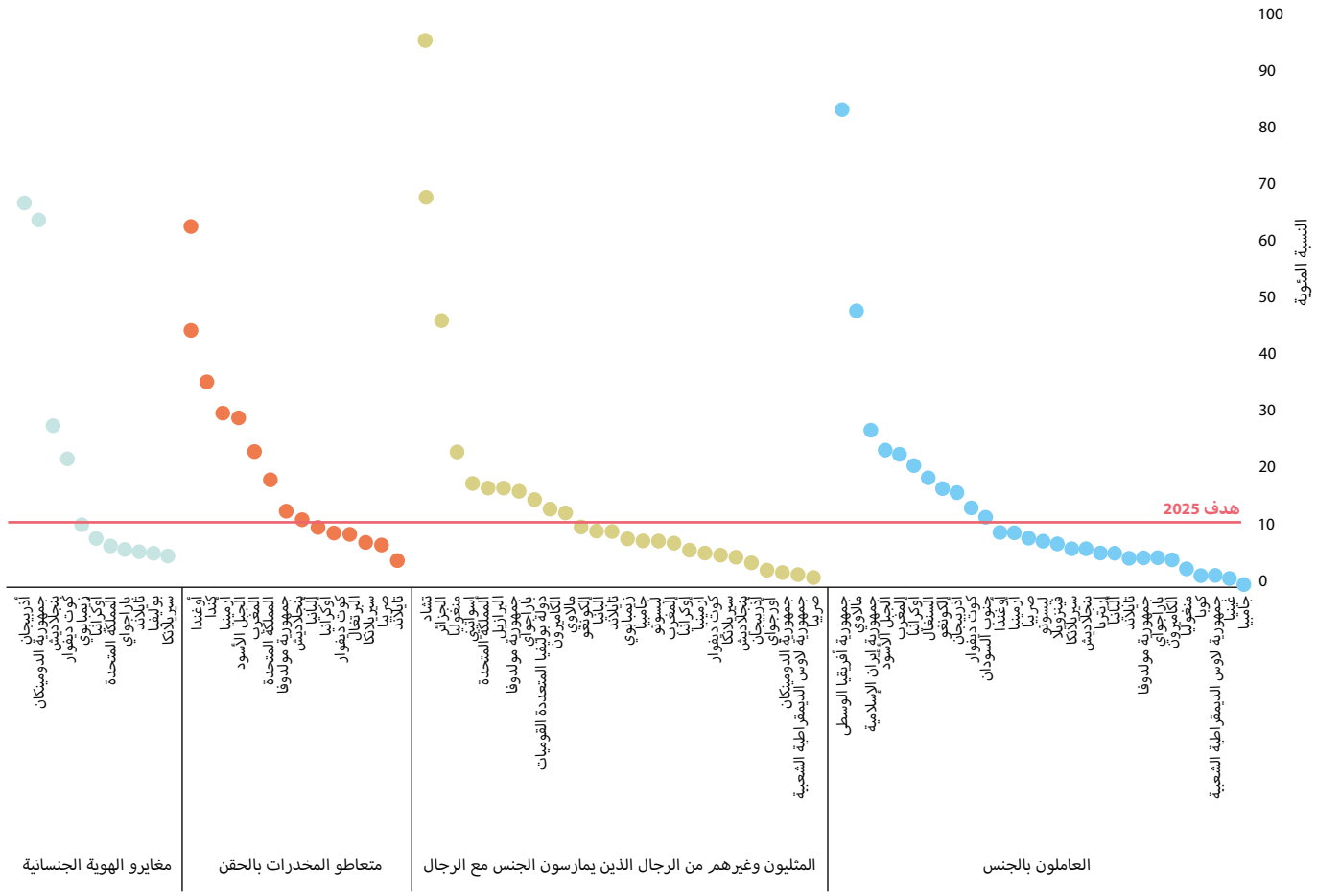
المصدر: استطلاعات مؤشر الوصم للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، 2018-2021.

ملحوظة: الوصم والتمييز في أماكن الرعاية الصحية تشمل التعرض لأي مما يلي بسبب حالة فيروس نقص المناعة البشري في الأشهر الـ 12 الماضية: الحرمان من الرعاية بسبب حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، أو النصح بعدم ممارسة الجنس، أو أن تكون موضوعا للنميمة أو الحديث السلبي، التعرض للإيذاء اللفظي، والتعرض للإيذاء الجسدي، وتجنب الاتصال الجسدي، ومشاركة حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري دون موافقة. ويشمل الوصم والتمييز في الأوساط المجتمعية تجربة أي مما يلي بسبب حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري في الأشهر الـ12 الماضية: الشعور بالاستبعاد من التجمعات أو الأنشطة الاجتماعية، والشعور بالاستبعاد من الأنشطة الدينية أو أماكن العبادة، والشعور بالاستبعاد من الأنشطة العائلية، ورفض التوظيف أو فرصة عمل أو فقدان مصدر دخل أو وظيفة.

ملحوظة: البيانات المتعلقة بالوصم والتمييز اللذين يتم التعرض لهما في أماكن الرعاية الصحية خاصة بخدمات فيروس نقص المناعة البشري فقط في جمهورية الدومينيكان ونيجيريا والسنغال وجنوب السودان وتوغو وأوغندا وزمبابوي.

يعتبر الوصم والتمييز من بين العوائق الرئيسية التي يتعين على الفئات السكانية الرئيسية التغلب عليها للوصول إلى خدمات رعاية صحية جيدة. وعبر الفئات السكانية الرئيسية، أفاد ما لا يقل عن 38٪ من البلدان التي لديها بيانات مسح حديثة أن أكثر من 10٪ من المستجيبين يتجنبون الرعاية الصحية بسبب الوصم والتمييز (شكل 1.42). وهذا مقلق بشكل خاص بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن، حيث ذكر 67٪ من البلدان المبلغة أن هذا هو الحال.

شكل 1.42 الفئات السكانية الرئيسية التي أبلغت عن تجنب الرعاية الصحية في الأشهر الـ12 الماضية، البلدان التي لديها بيانات متاحة، 2017-2021



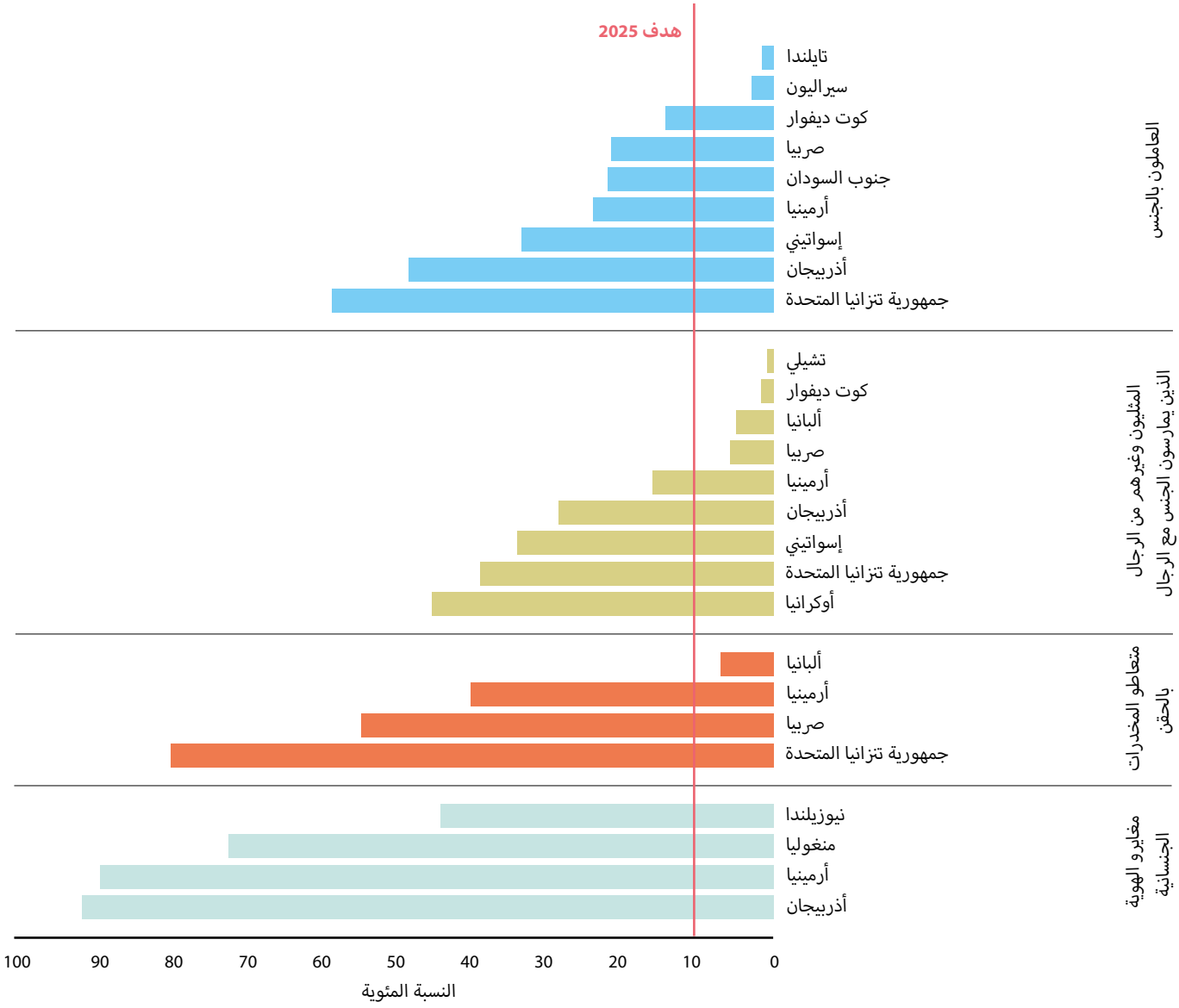
المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

ملحوظة: تأتي غالبية البيانات المعروضة من المسوح، والتي يتم إجراؤها عادة في المناطق التي تتوفر فيها خدمات وبالتالي قد لا تكون ممثلة بشكل كامل على المستوى الوطني.

الهدف الفرعي للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز: أقل من 10٪ من الفئات السكانية الرئيسية تعاني من الوصم والتمييز بحلول عام 2025.

تُظهر البيانات اختلافات في مستويات الوصم والتمييز التي تواجهها فئات سكانية رئيسية مختلفة، مما يعكس نطاق البيئات المجتمعية والقانونية عبر المناطق والبلدان (شكل 1.43). وفي حين أن متوسط 16٪ من المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (تسعة بلدان مبلغة) و22٪ من العاملين بالجنس (تسعة بلدان مبلغة) يقولون إنهم تعرضوا للوصم والتمييز في الأشهر الستة الماضية، أفاد 47٪ من الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن (أربعة بلدان مبلغة) و81٪ من مغايري الهوية الجنسانية (أربعة بلدان مبلغة) عن تجارب مماثلة. وحتى في البلدان والمناطق التي أظهرت تقدما قويا نحو إنهاء أوبئة الإيدز، ما زال الوصم والتمييز يعرقلان إحراز تقدم أسرع وأكثر إنصافا. وعلاوة على ذلك، فإن الافتقار إلى البيانات المتاحة عن الفئات السكانية الرئيسية في العديد من الأماكن يقوض الجهود المبذولة من أجل الدعوة القائمة على الأدلة والعمل البرنامجي.

شكل 1.43 النسبة المئوية للفئات السكانية الرئيسية التي أبلغت عن تعرضها للوصم والتمييز في الأشهر الستة الماضية، البلدان التي لديها بيانات متاحة، 2017-2021



المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

التغطية الصحية الشاملة والتكامل

هدف 2025:

الاستثمار في أنظمة قوية، وقادرة على الصمود، ومنصفة وممولة من المجتمع للصحة والحماية الاجتماعية التي تزود 90٪ من المتعايشين مع، والمعرضين لخطورة الإصابة، والمتأثرين بفيروس نقص المناعة البشري بخدمات متكاملة تركز على الأشخاص ووذات سياق محدد.

من الأهمية بمكان أن يتم تلبية احتياجات المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به طوال حياتهم من خلال توفير رعاية صحية تركز على الأشخاص، ومقبولة، ويسهل الوصول إليها، ومنصفة، وميسورة التكلفة، وذات جودة عالية. ويشمل هذا جميع الخدمات ذات الصلة لضمان أعلى مستويات يمكن بلوغها من الصحة البدنية والعقلية والرفاهية، بما في ذلك الوقاية والعلاج من الأمراض المشتركة والالتهابات المصاحبة.

ويؤثر العبء المتزايد للأمراض غير السارية بشكل غير متناسب على المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، حيث تنتشر أمراض القلب والأوعية الدموية، والاكتئاب، والسكري، والسرطان بشكل خاص بين المتعايشين مع الفيروس في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل: في بعض البلدان، يتعايش ما يصل إلى نصف الأشخاص الذين يحصلون على علاج الفيروس مع أمراض غير معدية أيضا (6). وقد أدى ذلك إلى بذل جهود لربط ودمج خدمات الأمراض غير السارية مع تلك الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري وإدارة الأمراض المصاحبة (7، و8).

ويُعد سرطان عنق الرحم رابع أكثر أنواع السرطانات شيوعا بين النساء على مستوى العالم، مع أكثر من 600.000 حالة تقديرية وأكثر من 341.000 حالة وفاة في عام 2020 (9). إنه السرطان الأكثر شيوعًا بين المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري على مستوى العالم والسبب الرئيسي لوفاة النساء بالسرطان في أفريقيا جنوب الصحراء: من بين ما يقرب من 110.000 امرأة يتم تشخيصهن سنويًا بهذا السرطان، يموت ما يقرب من 66٪ بسبب هذا المرض (9-11).

إن المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري أكثر عرضة للإصابة بسرطان عنق الرحم بست مرات، غالبا بأشكال أكثر عدوانية ومعدل وفيات أعلى (12). سرطان عنق الرحم مرض يمكن الوقاية منه والشفاء منه، ويمكن القضاء عليه كمشكلة صحية عامة ، لكن الخدمات الضرورية تنتشر وتتكامل بشكل غير متساو وغير عادل عبر البلدان وداخلها (10).

إن المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري أكثر عرضة للإصابة بسرطان عنق الرحم بست مرات، غالبا بأشكال أكثر عدوانية ومعدل وفيات أعلى.

لقد تم إحراز بعض التقدم في تسريع التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) (الذي يسبب 70٪ من حالات سرطان عنق الرحم) على مستوى العالم، لكن البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل لا تزال متخلفة عن الركب، حيث تم تطعيم ثلاث فقط من كل 10 فتيات ضد فيروس الورم الحليمي البشري (مقارنةً بـ تسعة من كل 10 فتيات في البلدان المرتفعة الدخل) (13). وقد قدمت مبادرة Go Further «واصل» - وهي شراكة بين خطة الرئيس الأمريكي للطوارئ للإغاثة من الإيدز، ومعهد جورج دبليو بوش، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، وميرك، وروش - 3.4 مليون فحص لسرطان عنق الرحم للمتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري، والتي تم دمجها في أماكن الرعاية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري في 12 دولة أفريقية جنوب الصحراء منذ عام 2018، بمعدل علاج إجمالي قدره 71٪ (14).

من بين 80 دولة منخفضة ومتوسطة الدخل قدمت بيانات، أوصت 66 دولة بالفعل بإجراء فحص متكامل لسرطان عنق الرحم ومعالجته للمتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري في استراتيجية أو سياسة وطنية. وقامت 52 دولة من أصل 78 دولة مبلغة بدمج فحص سرطان عنق الرحم وعلاجه للمتعايشات مع الفيروس في خططها الوطنية لمكافحة الإيدز (15).

إن سرطان الشرج - سرطان آخر يسببه فيروس الورم الحليمي البشري - يحدث بشكل متكرر بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري عنه بين عامة السكان، وهو رابع أكثر أنواع السرطانات شيوعًا بين المتعايشين مع الفيروس. وقد وجدت تجربة سريرية كبيرة أجريت مؤخرا في الولايات المتحدة الأمريكية أن علاج الآفات السابقة للتسرطن في الشرج يقلل من فرصة الإصابة بسرطان الشرج بأكثر من النصف (16). وهذا يؤكد كذلك على الحاجة إلى رعاية متكاملة لفيروس نقص المناعة البشري وخدمات سرطان الشرج للمتعايشين مع الفيروس.

وبالمثل ، يجب دمج خدمات الصحة النفسية بشكل أكثر منهجية مع خدمات فيروس نقص المناعة البشري. إن واحدا من كل ثمانية أشخاص في العالم يعاني من حالة صحية عقلية. إنه السبب الرئيسي لسنوات العيش مع الإعاقة على مستوى العالم. وتعتبر ظروف الصحة العقلية أكثر انتشارا بين المتعايشين مع الفيروس مقارنة بعامة السكان، حيث تتعرض المتعايشات مع الفيروس لمعدلات عالية من الاكتئاب والقلق بشكل خاص (17). وقد أظهرت مراجعة منهجية حديثة أن خطر الموت عن طريق الانتحار أعلى 100 مرة بين المتعايشين مع الفيروس عنه بين عامة السكان (18).

ويمكن أن يؤدي منع الاكتئاب وعلاجه وحالات واضطرابات الصحة العقلية الأخرى أيضا إلى تحسين الاحتفاظ بالرعاية والنتائج السريرية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري (19، و20). وقد أدى الارتباط بين الفيروس والصحة العقلية - وعوامل الخطر المتداخلة - إلى تسريع الدعوات إلى خدمات الصحة العقلية المتكاملة التي تركز على الإنسان وخدمات فيروس نقص المناعة البشري (7، و20، و21). ومع ذلك، لا يزال علاج ورعاية الحالات النفسية، والعصبية وتعاطي المخدرات نادراً ما يتم دمجهما في الخدمات والرعاية الأساسية الأخرى، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشري (22).

وغالبًا ما لا يسمح الافتقار إلى البيانات المتاحة بإجراء تقييم محدث للوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري المتكاملة بين الناس في أماكن الإغاثة الإنسانية. ومع ذلك، فإن النمو السريع في حالات الطوارئ الإنسانية الطبيعية والناجمة عن المناخ و/أو النزاع يثير قلقا شديدا: في عام 2022، تجاوز عدد الأشخاص النازحين بسبب الحرب، أو العنف، أو الاضطهاد، أو انتهاكات حقوق الإنسان 100 مليون لأول مرة (23).

إن ما يقدر بـ1.8 مليار شخص في جميع أنحاء العالم - ما يقرب من ربع سكان العالم - يعيشون في مناطق متأثرة بالنزاعات (24). وللنزاع آثار عميقة على صحة الإنسان والقدرة على الاستجابة للأخطار التي تهدد الصحة والرفاه، مثل زيادة التعرض لفيروس نقص المناعة البشري. ويؤدي النزاع في كثير من الأحيان إلى تدمير جزئي أو كامل للبنية التحتية للرعاية الصحية، بما في ذلك فقدان العاملين في مجال الرعاية الصحية وتراجع الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية (25، و26). على سبيل المثال، وثق برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وشركاء البحث كيف أن الهجرة القسرية نتيجة للنزاع، أو الاضطهاد، أو انتهاكات حقوق الإنسان تعمل على زيادة الضعف الشخصي وإعاقة الوصول إلى الخدمات الأساسية (27). ففي حالات عدم اليقين التي تصاحب انهيار النظام الاجتماعي، قد يكون هناك ارتفاع في العنف الجنسي المرتبط بالنزاع وانتقال فيروس نقص المناعة البشري، لا سيما بين المراهقات والشابات. كما أن الصراع المدني يقطع أو يعطل سلاسل التوريد الحرجة للأدوية، والتشخيصات، والسلع الصحية الأخرى (24).

هدف 2025:

التأكد من وصول 90٪ من الأشخاص في أماكن الإغاثة إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري المتكاملة.

هدف 2025:

التأكد من أنه بحلول عام 2025، سيكون لدى 45٪ من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والإيدز والمعرضين لخطورة الإصابة والمتأثرين به وصول إلى مزايا الحماية الاجتماعية.

يمكن أن تكون تأثيرات الحماية الاجتماعية قوية، لا سيما في الأماكن التي يواجه فيها الأشخاص تهديدات متعددة لصحتهم ورفاههم. وتتناول المحددات الهيكلية للصحة بما في ذلك الفقر ونقص التعليم، والبطالة، وعدم التمكين (28، و29). كما أنها تمكّن الناس من تحمل صدمات الحياة وتحسن الرفاه النفسي وتزيد من كمية ونوعية الغذاء المتاح للمستفيدين (30-34).

إن هدف التغطية البالغ 45٪ سيجعل الوصول بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين، لخطورة الإصابة، والمتأثرين به يتماشى مع التغطية العالمية للحماية الاجتماعية، وفقًا لتقديرات منظمة العمل الدولية (35). تغطية الحماية الاجتماعية أعلى بعدة مرات في البلدان المرتفعة الدخل منها في أفريقيا جنوب الصحراء (36).

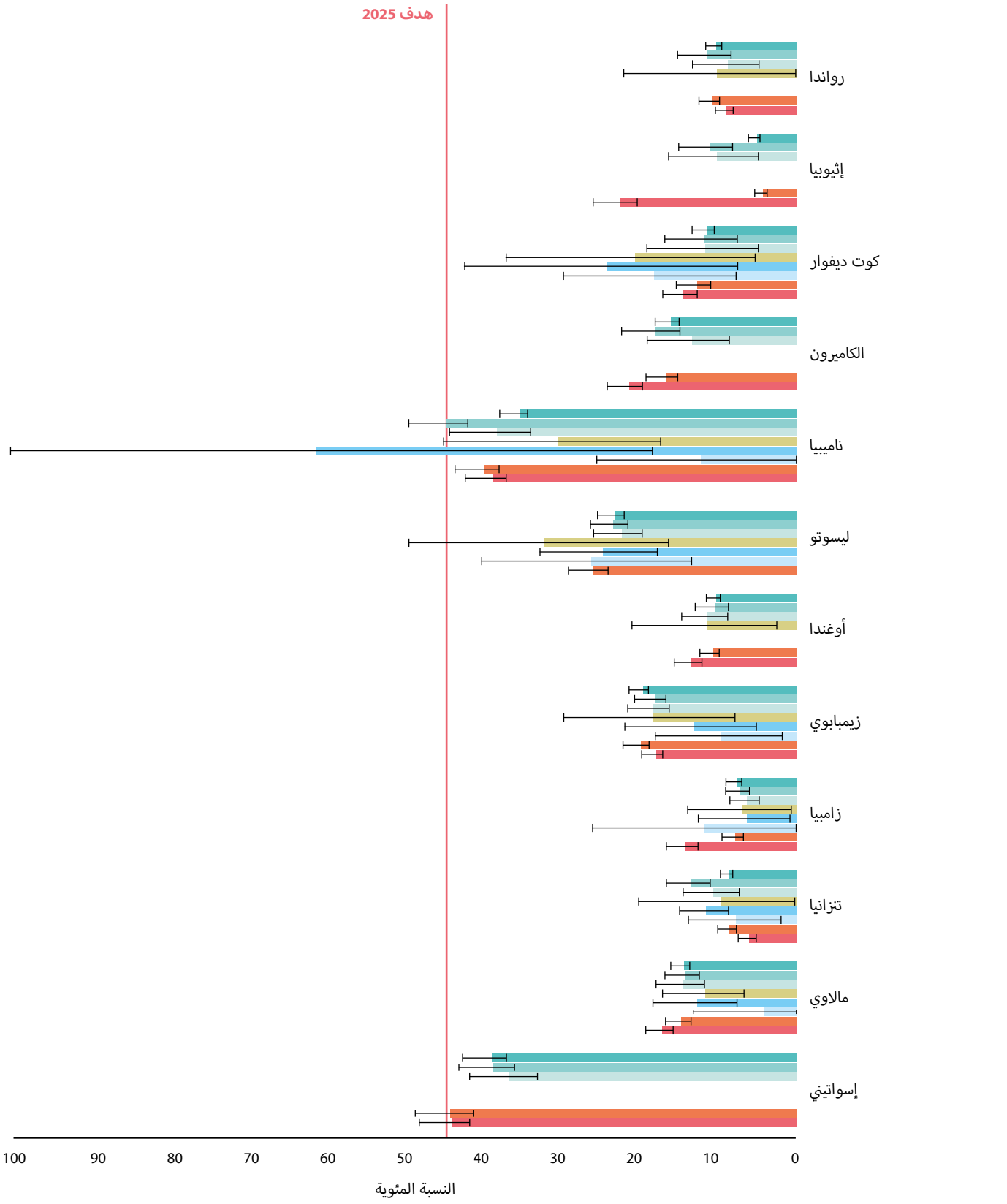
وتوفر دراسات تقييم أثر فيروس نقص المناعة البشري المستندة إلى السكان (PHIA)، التي أجريت في عدد محدود من البلدان، الدليل الأكثر شمولاً على هذا المؤشر. فوفقًا لمسوح PHIA في 12 دولة ذات عبء مرتفع لفيروس نقص المناعة البشري في 2015-2018، فإن فئتين سكانيتين فقط في إيسواتيني (الفتيات المراهقات والشابات والأيتام والأطفال المعرضين للخطر) وفئتين سكانيتين في ناميبيا (العاملات بالجنس والمتعايشات مع الفيروس) لديهما على الأقل تغطية 45٪ من الدعم الاقتصادي الخارجي (شكل 1.44). وفي ملاوي وجمهورية تنزانيا المتحدة، وزامبيا، كان الوصول إلى الدعم الاقتصادي الخارجي أقل بكثير، مع تغطية أقل من ثلث هدف عام 2025. وهناك حاجة إلى البيانات المتعلقة بالوصول إلى مزايا الحماية الاجتماعية بين المتعايشين مع الفيروس، أو المعرضين لخطورة الإصابة، أو المتأثرين به من أجل تقدير تغطية الحماية الاجتماعية الخاصة بهم بشكل أفضل (37).



يوليو 2020، الكاميرون.

R. Mbock @

شكل 1.44 معدل انتشار الأسر المقدر لأي دعم اقتصادي خارجي خلال [أ]12 شهرا الماضية، حسب البلد والمجموعة السكانية، 2015-2017



[أ] يشمل الدعم الاقتصادي الخارجي المشترك للأسرة في الاثني عشر شهرا الماضية ما يلي: المعاش الاجتماعي؛ الدعم المادي أو المالي للمأوى؛ والمساعدة الغذائية المقدمة في المنزل أو المؤسسة الخارجية؛ ودعم إدرار الدخل نقدا أو عينيا (على سبيل المثال، المدخلات الزراعية)؛ والدعم المادي للتعليم (على سبيل المثال، الزي المدرسي، والكتب المدرسية، والتعليم ودعم التعليم والمنح)؛ والمساعدة في الرسوم المدرسية؛ والتحويل النقدي (على سبيل المثال، المعاش التقاعدي، ومنح الإعاقة، ومنحة الطفل)؛ وأنواع أخرى من الدعم. ملحوظة: بيانات إيسواتيني وناميبيا ورواندا تشير إلى الأشهر الثلاثة الماضية؛ لم يتم تضمين متغير 12 شهرا في مجموعات البيانات. القاسم: جميع البالغين الذين تمت مقابلتهم أكبر من 15 عاما مدرجين في تعريفات المجموعات السكانية الرئيسية. البسط: أولئك الذين أشاروا إلى تغطية الحماية الاجتماعية.

[ب] الجمع بين الدعم المدرسي والاجتماعي والمادي والعاطفي والطبي. القاسم:الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 18 عاما، بشرط أن يكون الطفل أو الأم الطبيعية و/أو الأب الطبيعي مريضا جدا لمدة 3 أشهر على الأقل خلال الـ12 شهرا الماضية (مريض جدا لدرجة تمنعه من العمل أو القيام بالأنشطة العادية). البسط: أولئك الذين أشاروا إلى تلقيهم إعالة الطفل في آخر 12 شهرا.

المصدر: مسوح تقييم تأثير فيروس نقص المناعة البشري القائمة على السكان 2015-2017 ، (PHIA).

ملاحظة: إن تقديرات العاملين بالجنس من الذكور في ملاوي وزامبيا تستند إلى 25-49 شخصا-مراقبة، وينبغي تفسيرها بحذر. وقد تم قمع نتائج الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والعاملين بالجنس (من الذكور والإناث) لإيسواتيني لأنه تم تحديد أقل من 25 بالغا في كل مجموعة في المسح. تم حساب اختبارات راو سكوت تشي سكوير للارتباط التي تمثل تصميم العينة المعقدة للإشارة إلى ما إذا كانت الاختلافات في الوصول إلى الحماية الاجتماعية تختلف بين المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري وغير المتعايشات مع الفيروس والمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وغير المتعايشين والعاملات بالجنس وغير العاملات بالجنس، والعاملون بالجنس وغير العاملين بالجنس، والرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والرجال غير المثليين والذين ليسوا من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والمراهقات والشابات والنساء 25 عاما أو ما فوق. وقد كانت اختبارات راو سكوت تشي سكوير للارتباط مهمةعند $\alpha = 0.10$ للمراهقات والشابات مقارنة بالنساء اللاتي يبلغن من العمر 25 عاما فما فوق في إيسواتيني وللعاملات بالجنس مقارنة بالأشخاص غير العاملين بالجنس (ذكورا وإناثا) في جمهورية تنزانيا المتحدة.



الحاج ديالو، مريض ويعمل بستانيا في CEPIAD، مركز متكامل لإدارة إدمان المخدرات في داكار، السنغال، 2021.

UNAIDS @

الاستثمارات والموارد

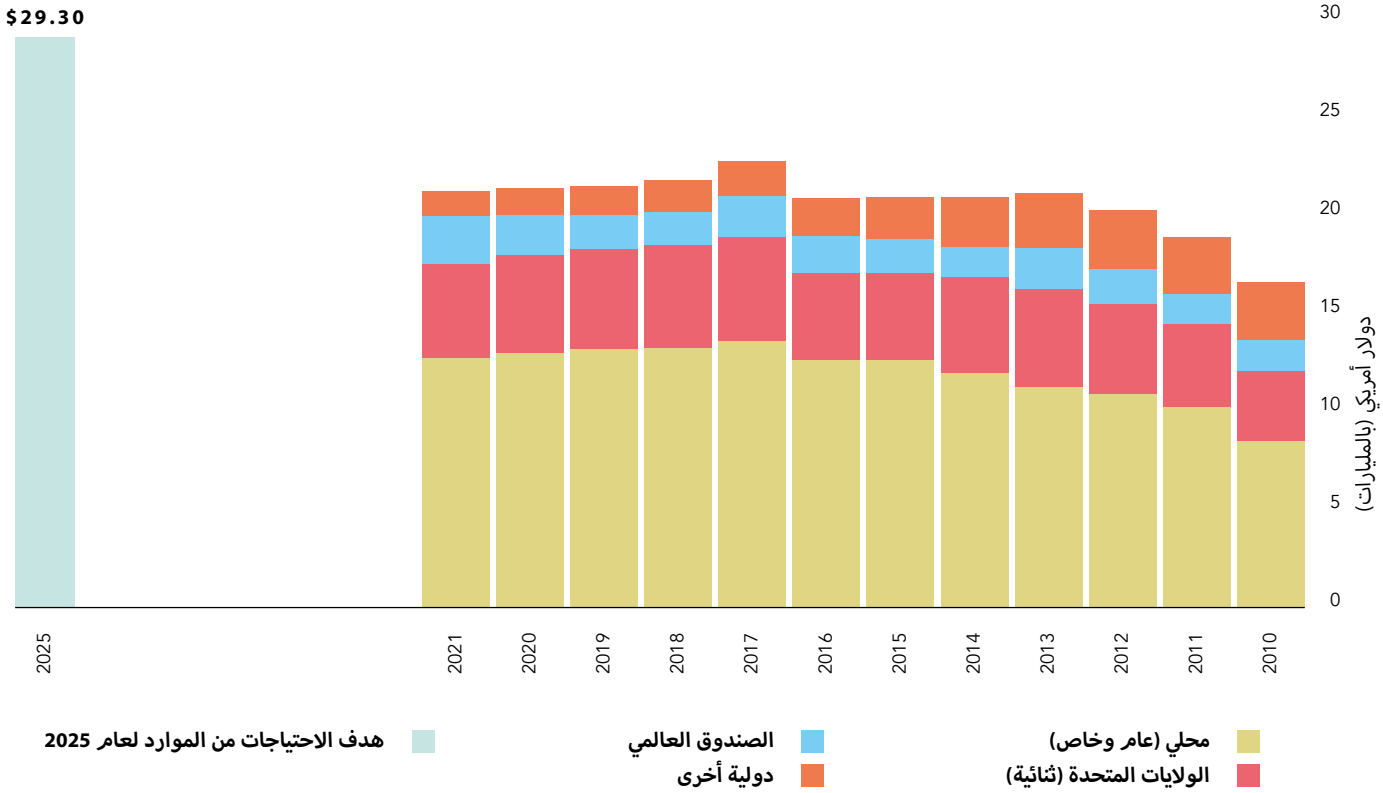
هدف 2025:

تمويل الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري بالكامل عن طريق زيادة الاستثمارات السنوية في مجال الفيروس في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل إلى 29 مليار دولار أمريكي بحلول عام 2025.

لقد استمر التمويل المتاح للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في الانخفاض ببطء على الرغم من الالتزامات المتجددة التي تعهدت بها الدول الأعضاء في الأمم المتحدة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن إنهاء الإيدز. ففي عام 2021، كان هناك 21.4 مليار دولار أمريكي متاحا من جميع المصادر (شكل 1.45) - وهو رقم يقل بنسبة 27٪ عن هدف تعبئة الموارد البالغ 29.3 مليار دولار أمريكي لعام 2025. وكانت المبالغ المتاحة للفيروس في عام 2021 أقل بنسبة 1٪ من المبالغ المتاحة في عام 2020، استمرارا لهذا الاتجاه منذ عام 2017.

وفي عام 2021، شكلت المصادر المحلية 60٪ من الموارد المتاحة للاستجابة للفيروس في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وظل التمويل الثنائي من الولايات المتحدة، أكبر مساهم منفرد في الاستجابة العالمية للإيدز، مستقرا بينما انخفضت المساعدة من المانحين الثنائيين الآخرين بنسبة 81٪ منذ أزمة ديون اليورو في 2012-2013. ومع ذلك، فقد زادت الموارد المحلية بنسبة 25٪ خلال العقد الماضي. وقد ساهمت المخصصات الإضافية من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي) للبلدان للحفاظ على خدمات الفيروس خلال كوفيد19- في زيادة متواضعة في الإنفاق المتعلق بالفيروس المتاح من الصندوق العالمي في عام 2021.

شكل 1.45 توافر الموارد لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، 2010-2021، وهدف 2025



المصدر: التقديرات والإسقاطات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز نمذجة التأثير الوبائي لأهداف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لعام 2025 لإنهاء الإيدز كتهديد للصحة العامة بحلول عام 2030.

ملاحظة: ترد تقديرات الموارد بالقيمة الثابتة للدولار الأمريكي لعام 2019. البلدان المدرجة هي تلك التي صنفها البنك الدولي في عام 2020 على أنها منخفضة ومتوسطة الدخل.

المراجع

1. *Tenforde MW, Shapiro AE, Rouse B, Jarvis JN, Li T, Eshun-Wilson I et al. Treatment for HIV-associated cryptococcal meningitis. Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(7):*CD*00564.
2. *Guidelines for diagnosing, preventing and managing cryptococcal disease among adults, adolescents and children living with HIV. Geneva: WHO;* 2022 (*https://www.who.int/publications/i/item/*9789240052178).
3. *Valencia J, Alvaro-Meca A, Troya J, Gutiérrez J, Ramón C, Rodríguez A et al. Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting. PLoS ONE.* 2020;15(3):*e*0230886.
4. *Global State of Harm Reduction - 2021 Update. In: Harm Reduction International* *Internet**. Harm Reduction International; c*2022 (*https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-*2021).
5. *The ILO global HIV discrimination in the world of work survey,* 2021*. Geneva: ILO;* 2021.
6. *Improving quality of life for communities living with HIV/AIDS, TB and Malaria. Briefing note. NCD Alliance;* 2020 (*https://ncdalliance.org/resources/improving-quality-of-lifefor-communities-living-with-hivaids-tb-and-malaria*).
7. *The Global AIDS Strategy* 2021–2026*: end inequalities, end AIDS. Geneva: UNAIDS;* 2021.
8. *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO;* 2021.
9. *Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics* 2020*: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for* 36 *cancers in* 185 *countries. CA Cancer J Clin.* 2021*;*71*:*209–49*. doi:*10.3322*/caac.*21660.
10. *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO;* 2020.
11. *Jedy-Agba E, Joko WY, Liu B, Buziba NG, Borok M, Korir A et al. Trends in cervical cancer incidence in sub-Saharan Africa. Br J Cancer.* 2020;123(1):148-54.
12. *Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Ibrahim Khalil A, Baussano I, Shah ASV et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. Lancet Glob Health.* 2021;9(2):*e*161-*e*169.
13. *WHO/IVB Database* *database**. June* 2022*. Geneva: WHO; c*2022 (*https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDIxZTFkZGUtMDQ1Ny*00*MDZkLThiZDktYWFlYTdkOGU2NDcwIiwidCI*6*ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS*04*MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIsImMiOjh*9).
14. *GoFurther: program-wide highlights. Go Further; May* 2022 (*https://gwbcenter.imgix.net/Publications/Resources/Go_Further_Highlights/*2022*_May/GoFurther_GlobalHighlights_v*2*_*16*_MAY_*2022*.pdf*).
15. *NCPI data,* 2022.
16. *Palefsky JM, Lee JY, Jay N, Goldstone SE, Darragh TM, Dunlevy HA et al. Treatment of anal high-grade squamous intraepithelial lesions to prevent anal cancer. N Engl J Med.* 2022;386(24):2273-82.
17. *Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. Am J Psychy.* 2001;158(5):725-30.
18. *Pelton M, Ciarletta M, Wisnousky H, Lazzara N, Manglani M, Ba DM et al. Rates and risk factors for suicidal ideation, suicide attempts and suicide deaths in persons with HIV: a systematic review and meta-analysis. Gen Psychiatry.* 2021;34:*e*100247.
19. *World Mental Health Report: transforming mental health for all. In: WHO.int* *Internet**. Geneva: WHO;* 2022 (*https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report*).

20. *Integration of mental health and HIV interventions: key considerations*. *Geneva: UNAIDS;* 2022 (*https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/integration-mental-health-hiv-interventions_en.pdf*).

21. 2022–2030 *WHO global health sectors strategies for HIV, hepatitis and STIs*. *Geneva: WHO;* 2022.

22. *Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Smith CM, Von Isenburg M, Akimana B, Shakarishvili A et al*. *Mental health interventions for persons living with HIV in low- and middle-income countries: a systematic review*. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(*S2*):*e*25722.

23. *UNHCR: Global displacement hits another record, capping decade-long rising trend*. *In: UNHCR.org* [*Internet*]. 16 *June* 2022. *UNHCR; c*2022 (*https://www.unhcr.org/en-us/news/press/*2022/6/62*a9d2b*04*/unhcr-global-displacement-hits-record-capping-decade-long-rising-trend.html*).

24. *Building peace in fragile and conflict settings through health*. *Geneva; WHO;* 2022 (*https://www.who.int/activities/building-peace-in-fragile-and-conflict-settings-through-health*).

25. *A Decade of Destruction: Attacks on health care in Syria*. *In: International Rescue Committee* [*Internet*]. 2 *March* 2021. *International Rescue Committee; c*2022 (*https://www.rescue.org/report/decade-destruction-attacks-health-care-syria-*0).

26. *WHO records* 100*th attack on health care in Ukraine*. *In: WHO.int* [*Internet*]. 7 *April* 2022. *Geneva: WHO; c*2022 (*https://www.who.int/news/item/*07-04-2022-*who-records-*100*th-attack-on-health-care-in-ukraine*).

27. *Nöstlinger C, Cosaert T, Van Lendeghem E, Vanhamel J, Jones G, Zenner D et al*. *HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and the European Economic Area*. *Lancet HIV* 2022;9:*e*428-*e*437.

28. *Munodawafa D, Sookram C, Nganda B*. *A strategy for addressing the key determinants of health in the African region*. *Brazzaville: WHO, Regional Office for Africa;* 2010.

29. *Owusu-Addo E, Renzaho AMN, Smith BJ*. *The impact of cash transfers on social determinants of health and health inequalities in sub-Saharan Africa: a systematic review*. *Health Policy Plan*. 2018;33(5):675-96.

30. *Handa S, Halpern CT, Pettifor A, Thirumurthy H*. *The Government of Kenya's cash transfer program reduces the risk of sexual debut among young people age* 15–25. *PLoS ONE*. 2014;9(1):*e*85473.

31. *Pettifor A, Wamoyi J, Balvanz P, Gichane MW, Maman S*. *Cash plus: exploring the mechanisms through which a cash transfer plus financial education programme in Tanzania reduced HIV risk for adolescent girls and young women*. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(*S4*):*e*25316.

32. *Schaefer R, Thomas R, Robertson L, Eaton JW, Mushati P, Nyamukapa C et al*. *Spillover HIV prevention effects of a cash transfer trial in East Zimbabwe: evidence from a cluster-randomised trial and general-population survey*. *BMC Public Health*. 2020;20:1599.

33. *Haushofer J, Shapiro J*. *The short-term impact of unconditional cash transfers to the poor: experimental evidence from Kenya*. *Q J Econ*. 2016;131(4):973-2042.

34. *Hidrobo M, Hoddinott J, Kumar N, Olivier M*. *Social protection, food security and asset formation*. *World Dev*. 2018;101:88-103.

35. *World social protection report*. *Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals,* 2017–2019. *Geneva: ILO;* 2017

36. *SDG Indicator* 1.3 [*database*]. *United Nations Department of Economic and Social Affairs; c*2022 (*https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database*).

37. *Chipanta D, Pettifor A, Edwards J, Giovenco D, Topazian HM, Bray RM*. *Access to social protection by people living with, at risk of, or affected by HIV in Eswatini, Malawi, Tanzania, and Zambia: results from population-based HIV impact assessments*. *AIDS Behav*. 2022 *Mar*:1-11.

دفعة جديدة من أجل الوقاية

لقد استمر انخفاض عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري على مستوى العالم، ولكن عام 2021 شهد أقل انخفاض في السنوات الخمسة الماضية. وفي بعض المناطق -لا سيما أوربا الشرقية وآسيا الوسطى، وأمريكا اللاتينية، والشرق الأوسط وشمال أفريقيا-، تسير الاتجاهات في الإصابات الجديدة بالفيروس من 2010 إلى 2021 في الاتجاه الخاطئ. وبالإضافة إلى ذلك، فإن برامج الوقاية في جميع المناطق غير مكتملة، أو تفتقد إلى الفئات السكانية ذات الأولوية، أو أنها صغيرة جدا بحيث لا يكون لها تأثير حاسم. إن القيادة السياسية المتذبذبة، ونقص التمويل وسوء التخصيص، والبيئات القانونية والسياسية المعيقة تعتبر عقبات شائعة.

الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري التي تعمل في أماكن متنوعة

لقد حققت البلدان ذات الأوبئة والموارد المتنوعة نجاحا ملحوظا في الحد من إصابات البالغين بفيروس نقص المناعة البشري من خلال برامج الجمع بين وسائل الوقاية. فعلى سبيل المثال، في حين أن زمبابوي حققت انخفاضا قويا في الإصابات الجديدة بين البالغين في التسعينيات بسبب الترويج للواقي الذكري بشكل جزئي، فقد استمرت في الحد من الإصابات الجديدة بالفيروس بأكثر من 70% بين عامي 2010 و2021، بينما ساهم التوسع المبكر لساحل العاج في البرامج الخاصة بالفئات السكانية الرئيسية وزيادة التغطية للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في انخفاض بنسبة 75% في الإصابات الجديدة بالفيروس لدى البالغين في الفترة 2010-2021. وفي ملاوي، انخفض عدد الإصابات الجديدة بالفيروس بنسبة 61% خلال نفس الفترة حيث قامت البلاد بتوسيع علاج الفيروس بالتركيز على الوصول إلى كل من النساء وشركائهن من خلال رعاية ما قبل الولادة، بينما استخدمت كينيا نفس النهج، إلى جانب تغطية عالية لخدمات الوقاية بين الفئات السكانية الرئيسية لتقليل الإصابات الجديدة بين البالغين بنسبة 48%.

وفي مناطق أخرى، حقق العديد من البلدان انخفاضا حادا في الإصابات الجديدة بالفيروس من خلال التركيز على احتياجات الفئات السكانية الرئيسية. وانخفضت الإصابات الجديدة بالفيروس بأكثر من 60% بين عامي 2010-2021 في إيطاليا وفيتنام، وبحوالي النصف في سري لانكا. وفي أستونيا، شهد الوصول الموسع إلى خدمات الحد من الضرر انخفاضا بنسبة 97% في التشخيصات الجديدة بين متعاطي المخدرات عن طريق الحقن بين عامي 2007 و2016.

وهناك حاجة إلى برامج وقائية أكثر شمولا وإنصافا بكثير للفئات السكانية الرئيسية وشركائهم الجنسيين، الذين يمثلون الآن أكثر من ثلثي الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري على مستوى العالم وأكثر من 90% من الإصابات الجديدة خارج أفريقيا جنوب الصحراء. ويجب أن يكون أداء البرامج أفضل بكثير في دعم خدمات الفيروس المراعية للمنظور الجنساني، بما في ذلك تلك الخاصة بالفئات السكانية الرئيسية. وتتمتع التدخلات المجتمعية وتلك التي تقودها المجتمعات بإمكانات هائلة لسد هذه الفجوة، لكنها لا تُستخدم على أكمل وجه.

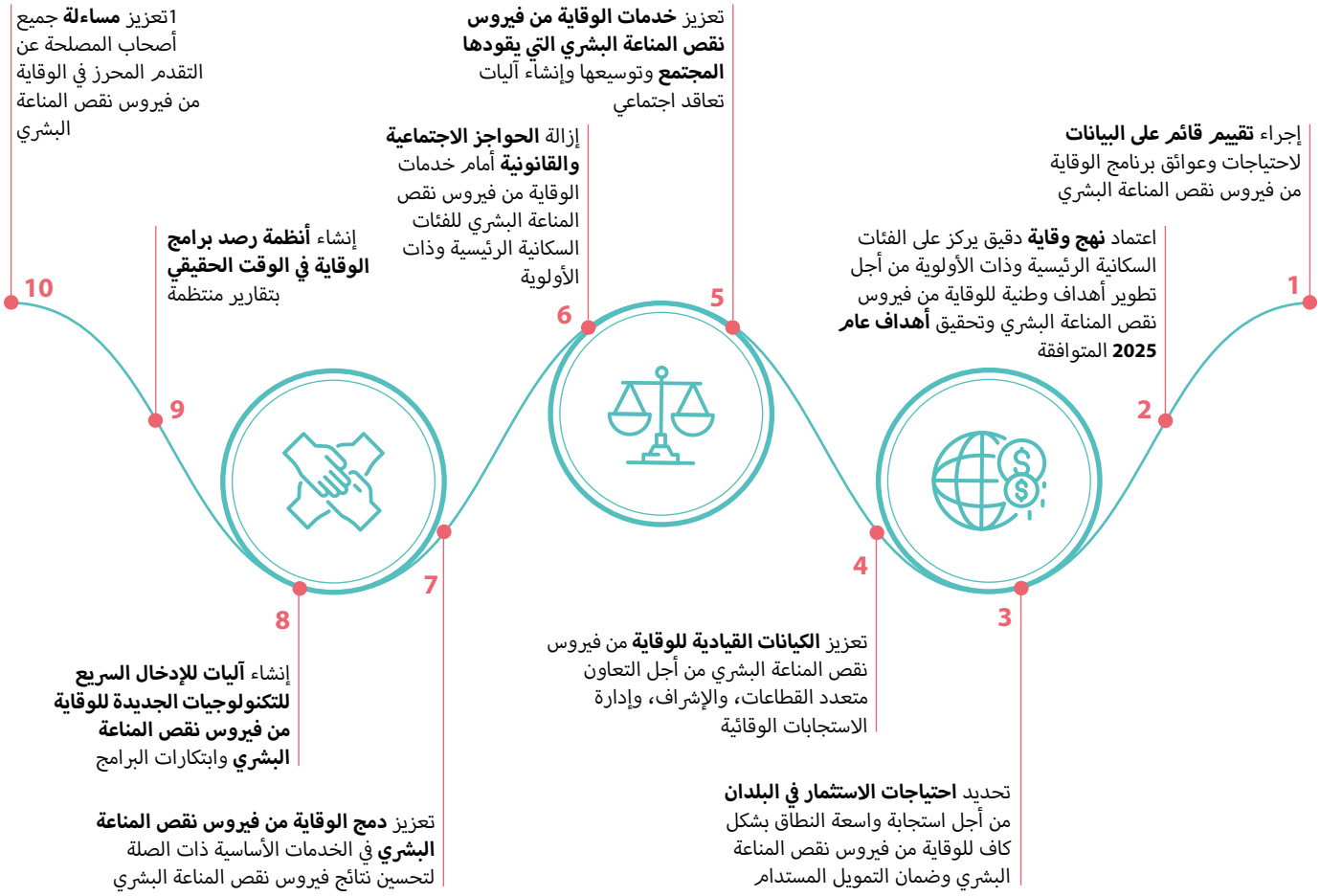
وقد أظهرت أربعون عامًا من الخبرة أن فيروس نقص المناعة البشري يتحدى الاختصارات والاستجابات من أعلى إلى أسفل. ويجب أن تكون المجموعات الصحيحة من الخدمات متاحة في الأماكن المناسبة ويمكن الوصول إليها للأشخاص الذين هم في أمس الحاجة إليها (انظر المربع). ويعني هذا إعطاء الأولوية للتدخلات المدعمة بالدلائل والقائمة على الحقوق للأشخاص الأكثر عرضة لخطورة الإصابة، واحترام العدالة والكفاءة، وإعادة تخصيص الاستثمارات بعيدا عن التدخلات غير الفعالة وذات الأثر المنخفض. ويعني هذا أيضا توسيع الوصول العالمي إلى تقنيات الفيروس الجديدة، مثل الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية عن طريق الحقن طويلة المفعول، من خلال إتاحتها بأسعار معقولة للأشخاص الذين هم في أمس الحاجة إليها. ولا يمكن القيام بذلك إلا بضمان قيادة أكثر حزما وتمويلا كافيا، وإزالة الحواجز القانونية والسياسية، وتخليص الخدمات من الوصم والتمييز.

كما أنه من الواضح، أكثر من أي وقت مضى، أن الاستراتيجيات يجب أن تتجنب تأليب الوقاية ضد الاختبار والعلاج، أو التدخلات الطبية الحيوية ضد التدخلات السلوكية والهيكلية. فعند استخدامها معا، يكون لهذه الأساليب التأثير الأكبر. ولذلك فإن التعزيز المستمر للوقاية الأولية من الفيروس وتقويتها أمر بالغ الأهمية (1). ويتطلب ذلك إعادة تشغيل برامج الواقي الذكري، وتحقيق أقصى استفادة من التدخلات القائمة على الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، بما في ذلك توسيع نطاق العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، وزيادة تغطية برامج ختان الذكور الطبي الطوعي في البلدان ذات الأولوية.

عشر إجراءات قد تغير وباء فيروس نقص المناعة البشري: خارطة الطريق لعام 2025 التي وضعها التحالف العالمي للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري

تحدد خارطة الطريق الجديدة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري لعام 2025 الإجراءات التي ستقرب البلدان من تحقيق أهداف الوقاية من الفيروس بحلول عام 2025 (2). إنها توضح كيف يمكن للبلدان إصلاح استجاباتها الوطنية للوقاية، وإعطاء الأولوية للمجموعات الصحيحة من التدخلات لسياقاتها، وبرامج التركيز حيث تشتد الحاجة إليها. ومن الأمور المركزية لخارطة الطريق لعام 2025. 10 إجراءات ذات أولوية (شكل 2.1) تصف الخطوات الأساسية للبلدان لتحقيق أهداف الوقاية لعام 2025.

شكل 2.1 خطة خارطة طريق للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري لعام 2025 المكونة من 10 نقاط



المصدر: صقنسويرفنمةياقوللي ملعلا فللحتلا :فينج .2030 مراعلولحبةملعلا ةحصللديدهتكزديلإا علهنلإحيحصلا قيرطلا لىعيرسلا :2025 يشربلا ةعلنملا صقنسويرفنمةياقولا قيرطةطراخ يشربلا ةعلنملا

وتصف خارطة الطريق لعام 2025 نهجا دقيقا للوقاية باستخدام المعلومات الدقيقة حول معدل حدوث فيروس نقص المناعة البشري، والمخاطر ونقاط الضعف الخاصة بالفيروس للتركيز على برامج الوقاية لتحقيق أقصى قدر من النتائج. وتماشيا مع هذا النهج، تؤكد خارطة الطريق لعام 2025 على برامج الوقاية عالية التأثير للفئات السكانية الرئيسية ذات الأولوية، واستخدام منصات الخدمات الموثوقة والإجراءات التي تحد من أوجه عدم المساواة في الوصول إلى الوقاية من الفيروس. ويتطلب ذلك إتاحة أوسع واستخداما لأدوات الوقاية من الفيروس التي أثبتت جدواها إلى جانب أدوات جديدة (مثل العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق المهبل وطويل المفعول عن طريق الحقن) والنهج المحدثة (مثل التوعية من خلال المنصات عبر الإنترنت والخدمات الافتراضية الأخرى). وبشكل حاسم، فإنها تؤكد أيضا على أهمية القيادة السياسية والإدارة السليمة، وتجديد الاهتمام بالمساءلة المتبادلة بين الحكومات، والمجتمعات، والمنفذين.



ليليان ناميرو، عاملة بالجنس من أوغندا، ناشطة وداعية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري. حظيت الوقاية من الفيروس للفئات السكانية الرئيسية وذات الأولوية بإلحاح وتركيز لا مثيل لهما في الاستراتيجية العالمية الجديدة لمكافحة الإيدز، 2021-2026.

UNAIDS/E.Echwalu ©

الحصول على الفوائد الكاملة لاستخدام الواقي الذكري والمزلقات

لا يزال الواقي الذكري الوسيلة الأكثر استخداما على نطاق واسع للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري وغيره من العداوى المنقولة جنسيا، ولمنع الحمل غير المقصود (3). إنها طريقة غير مكلفة وفعالة من حيث التكلفة: وفقا لصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)، فإن تكلفة السلع للواقي الذكري الواحد أقل من 0.03 دولار أمريكي، بينما بالنسبة للواقي الأنثوي الواحد، تبلغ حوالي 0.30 دولار أمريكي (4). والواقي الذكري هو أيضا وسيلة وقائية مألوفة لدى معظم الناس. وتشير التقديرات إلى أن زيادة استخدام الواقي الذكري منذ عام 1990 قد أدى إلى تجنب 117 مليون إصابة جديدة بالفيروس على مستوى العالم (5).

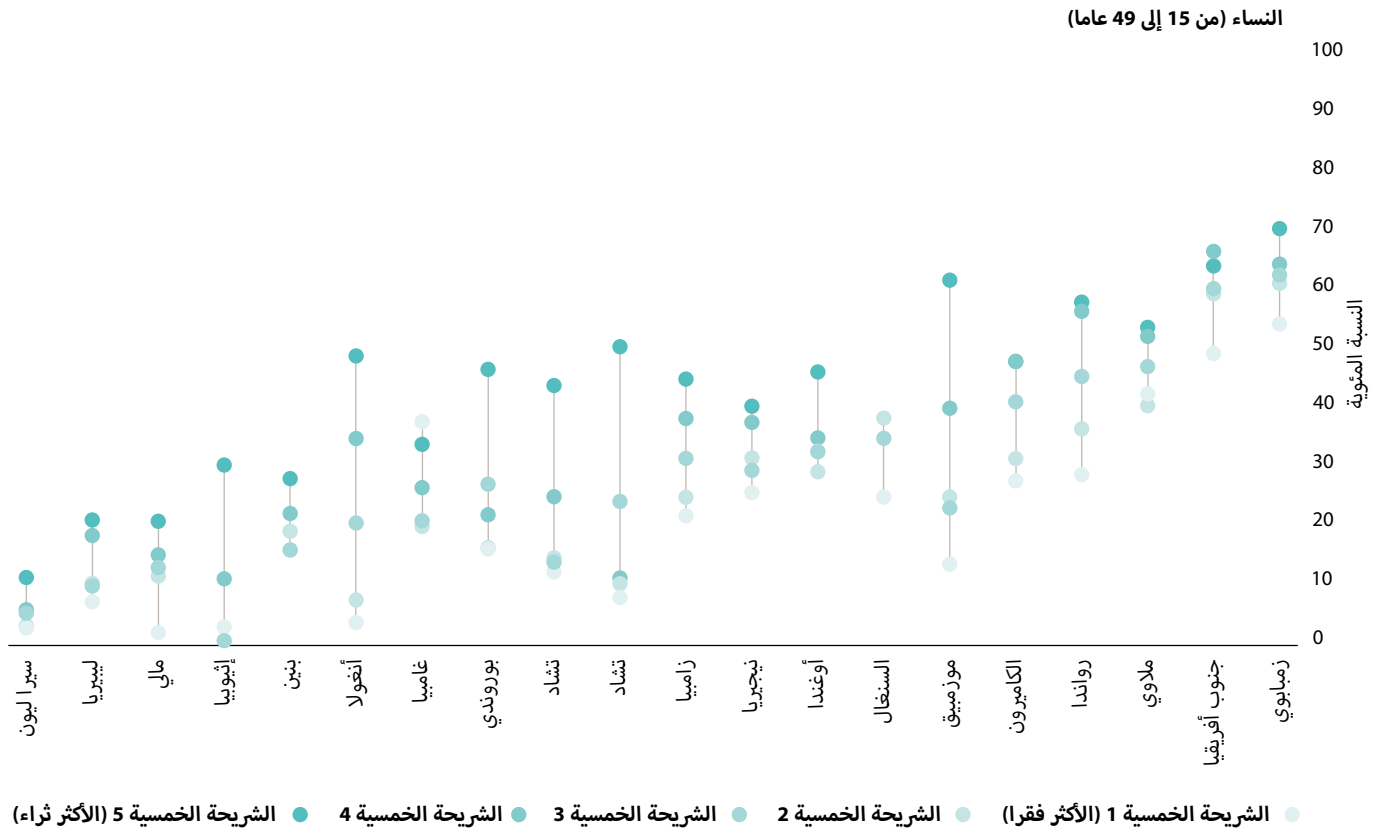
وبعد عقود من انتشار وباء فيروس نقص المناعة البشري، لا يزال العالم لا يدرك بشكل كامل الفوائد العديدة لطريقة الوقاية هذه. وتستمر الفجوات والتفاوتات في الحصول على الواقي الذكري واستخدامه، وهي آخذة في الاتساع في العديد من البلدان في سياق انخفاض الاستثمارات في برامج الواقي الذكري. ويجري إلغاء تمويل برامج التسويق الاجتماعي للواقي الذكري في أفريقيا جنوب الصحراء؛ ولذلك فإن عدم كفاية توافر الواقي الذكري والترويج له يظل عائقا رئيسيا (6).[1]

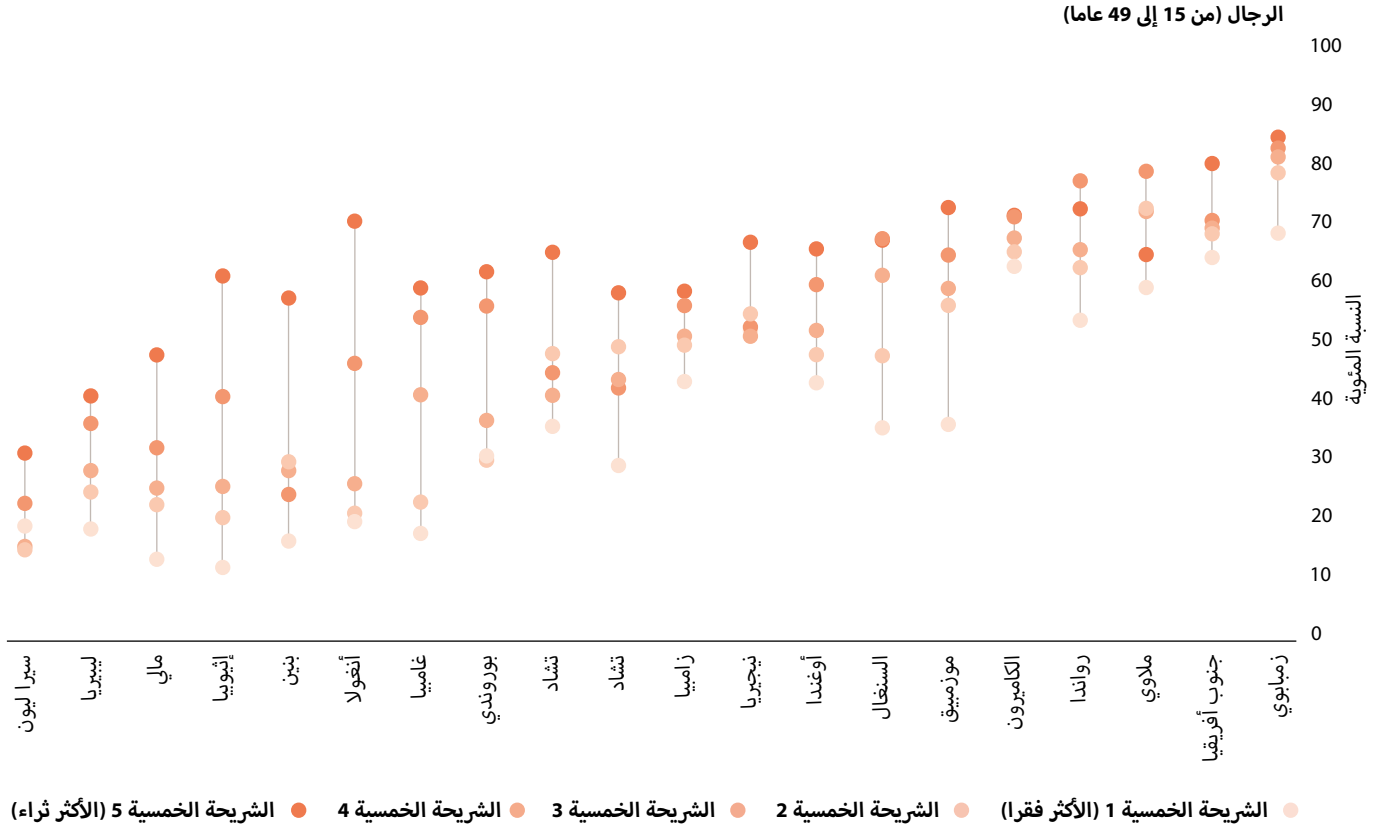
وفي معظم البلدان ذات البيانات المتاحة، يميل استخدام الواقي الذكري إلى أن يكون أكثر شيوعا بين الأشخاص ذوي مستويات التعليم الأعلى (أشكال 2.03 أ). ومع ذلك، تُظهر دول مثل ملاوي، وجنوب أفريقيا، وزيمبابوي أن عدم المساواة في الثروة والتعليم لا تجب أن تقيد برامج الواقي الذكري. ففي زيمبابوي، على سبيل المثال، يعد استخدام الواقي الذكري بين أفقر الرجال أعلى مما هو عليه بين أغنى الرجال في العديد من البلدان الأخرى في إفريقيا جنوب الصحراء. وقد تلقى برنامج الواقي الذكري في زمبابوي تمويلا ثابتا وهو لامركزي للغاية، حيث يستخدم نهج «إجمالي السوق» الذي يعتمد على نقاط القوة الخاصة بقطاعات التسويق العامة والاجتماعية للوصول إلى الأشخاص في أماكن اجتماعية واقتصادية مختلفة (7).

يجري إلغاء تمويل برامج التسويق الاجتماعي للواقي الذكري في أفريقيا جنوب الصحراء.

1 لقد كان لجائحة كوفيد19- تأثير أيضا: فقد انخفض الطلب على الواقي الذكري عالميا بنسبة تصل إلى 40% في السنة الأولى للجائحة، عندما قامت العديد من الحكومات بتعليق برامج توزيع الواقي الذكري أو تقليصها. وبدأ الطلب في الارتفاع مرة أخرى خلال عام 2021. انظر: See: Kumar PP. Malaysia's Karex: COVID lockdowns dented condom demand. In: Financial Times [Internet]. 10 January 2022. The Financial Times; c2022 (https://www.ft.com/content/7cd804e0-62d9-4eee-9cfe-be8af763b114).

شكل 2.2 استخدام الواقي الذكري في آخر اتصال جنسي مع شريك غير منتظم، حسب النوع الاجتماعي وشريحة خمسية للثروة، في بلدان مختارة، 2015-2020





لمصدر: المسوح الديموغرافية والصحية، 2015-2020.

استخدام الواقي الذكري بين الفئات السكانية الرئيسية

إن التمييز، والتحرش، والقوانين العقابية تجعل من الصعب بشكل خاص على أفراد الفئات السكانية الرئيسية الوصول إلى الواقي الذكري واستخدامه، على الرغم من ارتفاع مخاطر إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشري. فالقوانين العقابية تحد من قدرة العاملين بالجنس على التفاوض بشأن استخدام الواقي الذكري مع العملاء: ليس من غير المألوف أن تعتبر الشرطة حيازة الواقي الذكري والمزلقات بمثابة «دليل» على العمل بالجنس وأساس للتحرش، أو الرشوة، أو الاعتقال، أو العنف (8، 9).

وبين الفئات السكانية الرئيسية، عادة ما يكون استخدام الواقي الذكري عند آخر ممارسة للجنس أكثر شيوعا بين العاملين بالجنس (>90% في 24 من 83 بلدا أبلغت عن بيانات حديثة)، على الرغم من أنه لا يزال نادر الحدوث في بعض الأماكن (70% في 25 من 82 بلدا أبلغت عن بيانات مقابل 70% بين متعاطي المخدرات عن طريق الحقن، في حين أن استخدام الواقي الذكري بين مغايري الهوية الجنسانية يتراوح من >70% في 19 من 39 بلدا أبلغت عن هذه البيانات إلى <50% في تسعة بلدان).

وهناك حاجة واضحة إلى إحياء التوزيع الواسع النطاق للواقي الذكري والمزلقات المجانية للفئات السكانية ذات الأولوية الأكثر احتياجا، بما في ذلك في المناطق الريفية (12). وستؤتي هذه الجهود ثمارها القصوى إذا كانت مصحوبة بتغييرات في القوانين والممارسات الشرطية التي تسهل على الأشخاص الحصول على الواقي الذكري، وحيازته، واستخدامه عندما يحتاجون إليه.

11

من بين 83 بلدا تبلغ عن <50% استخدام الواقي الذكري عند آخر ممارسة للجنس بين العاملين بالجنس



سفير الشباب سيهلي مكهيزي يتحدث مع بنات (عمرهن من 12-17 عاما) يحضرن ورشة عمل حول منع الحمل والوقاية من فيروس نقص المناعة البشري في عيادة إنانذا الإكليريكية في بلدة شمال ديربان، جنوب أفريقيا، 20 ديسمبر 2021.

UNAIDS/Rogan Ward ©

تعظيم الأثر الوقائي للعلاج

بصرف النظر عن إنقاذ الأرواح، يعد العلاج المضاد للفيروسات القهقرية أداة قوية للوقاية من عدوى فيروس نقص المناعة البشري -على الرغم من أن إمكاناته الكاملة لم تتحقق بعد. ولا تصل خدمات الاختبار إلى أعداد كبيرة من المتعايشين مع الفيروس أو لا تلائمهم -لا سيما الأشخاص الذين ينتمون إلى الفئات السكانية المهمشة والرجال، الذين لا يزالون أقل عرضة لمعرفة حالة إصابتهم من النساء المتعايشات مع الفيروس (انظر فصل 1). وبالإضافة إلى ذلك، أصبح انقطاع العلاج بين الأشخاص الذين تمكنوا من بدء العلاج المضاد للفيروسات القهقرية فجوة متزايدة الأهمية في سلسلة خدمات الوقاية، والاختبار، والعلاج.

وتتعافى برامج الاختبار والعلاج من الاضطرابات التي حدثت في وقت مبكر من جائحة كوفيد19- (13). ولكنها تواجه أيضا صعوبات أخرى أكثر ديمومة. فالبيئات القانونية والاجتماعية العدائية تدفع الاختبار والعلاج بعيدا عن متناول العديد من الأشخاص في الفئات السكانية الرئيسية: قد يكون استخدام الخدمات تجربة مخيفة ومحبطة لهؤلاء الأشخاص، وكذلك للعديد من الشباب والرجال بشكل عام. وتعتبر التغطية العلاجية أقل بكثير للأطفال مقارنة بالبالغين، كما أنها أقل للرجال البالغين مقارنة بالنساء البالغات (انظر فصل 1). إن التغلب على هذه الفجوة أمر حيوي لتحقيق العدالة وكسر حلقة انتقال فيروس نقص المناعة البشري (14).

التغطية العلاجية أقل بكثير للأطفال مقارنة بالبالغين، كما أنها أقل للرجال البالغين مقارنة بالنساء البالغات.

لا يزال لدى كل بلد تقريبا فرص غير مستغلة للاستفادة من استخدام اختبار فيروس نقص المناعة البشري كنقطة دخول للوقاية، واستخدام الوقاية من الفيروس كنقطة دخول للاختبار والعلاج. وتعد الخدمات المتنوعة المصممة خصيصا للأوبئة المحلية واحتياجات الفئات السكانية المتضررة جزءا مهما من الحل. وهي تشمل الاختبارات التي يقودها المجتمع، والاختبار الذاتي، وتحويل المهام، واللامركزية، والأنشطة القائمة على الأقران. وتضع هذه الأساليب الأشخاص في المركز، وتسهل التخصيص الفعال للموارد، وقد تحسن جودة ونتائج علاج الفيروس والرعاية الخاصة به. وعلى وجه الخصوص، تعتبر التدخلات التي يقودها المجتمع المحلي ضرورية لضمان وصول الفئات السكانية الرئيسية إلى علاج الفيروس والاستفادة منه بشكل كامل. وقد تستفيد برامج الفيروس (وغيرها من البرامج الصحية) أيضا بشكل روتيني من الابتكارات التي ساعدت في الحفاظ على خدمات العلاج خلال جائحة كوفيد19-، بما في ذلك الاستخدام الأوسع للاختبار الذاتي للفيروس، وصرف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعدة أشهر، واستخدام المنصات الرقمية ومساحات اجتماعات افتراضية لتقديم المشورة والدعم.

الإمكانات غير المستغلة للوقاية القائمة على الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية

تعد الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية مكونا أساسيا وعالي الفعالية للجمع بين وسائل لوقاية عند استخدامها للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية، أو العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى أو بعد التعرض لها. وسيؤدي الوصول الكامل المنصف إلى هذه الأدوات القوية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري إلى دفع العالم أقرب بكثير إلى هدف القضاء على الإيدز باعتباره تهديدا للصحة العامة بحلول عام 2030.

وقد أنقذ التوسع الهائل في اختبار فيروس نقص المناعة البشري والوصول إلى الأدوية المحسنة المضادة للفيروسات القهقرية منذ أوائل العقد الأول من القرن الحالي ملايين الأرواح ويساعد في منع عدد لا يحصى من الإصابات الجديدة بالفيروس، بما في ذلك انخفاضات حادة في الانتقال العمودي للفيروس. إن الاستخدام المستدام لأنظمة علاج الفيروس الفعالة يمكّن الأشخاص من تقليل حمولاتهم الفيروسية إلى مستويات لا يمكن اكتشافها، وبالتالي وقف استمرار انتقال العدوى عن طريق الاتصال الجنسي (15). وتشمل خيارات الوقاية الإضافية للنساء المعرضات لخطورة الإصابة بالفيروس بشكل كبير الحلقة المهبلية دابيريفين. ومنذ أن أوصت منظمة الصحة العالمية بشروط بتقديمها في يناير 2021، وافقت كل من هيئة مراقبة الأدوية في زيمبابوي وهيئة تنظيم المنتجات الصحية في جنوب إفريقيا على الحلقة المهبلية لاستخدامها في البلدين (16، 17). وتظهر المراقبة طويلة المدى للمتعايشين مع الفيروس الذين لديهم حمل فيروسي غير قابل للكشف أن كبت الفيروس نادرًا ما يتم فقده، مما يبرز صحة الرسالة «غير قابل للكشف = غير قابل للنقل»، والتوسع في استخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية حيث يؤدي العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى إلى انخفاض حاد في حدوث فيروس نقص المناعة البشري في بعض الأماكن (18).

لكن التقدم على تلك الجبهات متفاوت للغاية، ولا تزال هناك فجوات كثيرة. واعتبارا من عام 2021، كان هناك 9.7 مليون [5.2 مليون - 15.1 مليون] متعايش مع الفيروس لا يتلقون بعد العلاج الذي يمكن أن يحمي صحتهم، وإذا تم الالتزام به بنجاح، فإنه يمنع انتقاله لاحقا.

9.7

مليون [5.2 مليون-15.1] مليون متعايش مع الفيروس لا يتلقون بعد العلاج في 2021



تعمل مؤسسة SWING (مقدمو الخدمة في مجموعة) مع العاملين بالجنس من كل الهويات الجنسانية، والثقافات، والجنسيات في ثلاث مراكز للزيارات الطارئة يقودها الأقران وهي أيضا «نقاط سياحية ساخنة» في تايلاند.

© SWING

أوجه اللامساواة تؤدي إلى انحراف الوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم

لقد مر عقد من الزمن منذ أن أوصت منظمة الصحة العالمية لأول مرة باستخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم كخيار وقائي للأشخاص الأكثر عرضة لخطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري. وعلى الرغم من بعض الاضطرابات الناجمة عن كوفيد19-، استمر استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم في الازدياد (شكل 2.3)، حيث تلقاه ما يقرب من 1.6 مليون شخص في 86 بلدا على الأقل مرة واحدة، على الأقل، في عام 2021. وقد تزامنت عمليات التكيف مثل صرف الأدوية لعدة أشهر، وأنشطة إنشاء الطلب الافتراضي وتقديم الخدمات اللامركزية، والمجتمعية، والافتراضية، مع زيادة 157% في عدد الأشخاص الذين بدؤوا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في 21 بلدا بين أبريل 2020 ومارس 2021 (مقارنة بالفترة نفسها في العام السابق).[3,2]

وفي تلك البلدان الـ21، التي يقع معظمها في أفريقيا جنوب الصحراء، ارتفع إجمالي عدد الأشخاص الذين يستخدمون العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى من أكثر بقليل من 233.000 في العام السابق لجائحة كوفيد19- إلى ما يقرب من 600.000 في السنة الأولى من جائحة (19).[4]



© UNAIDS/C. Matonhodze.

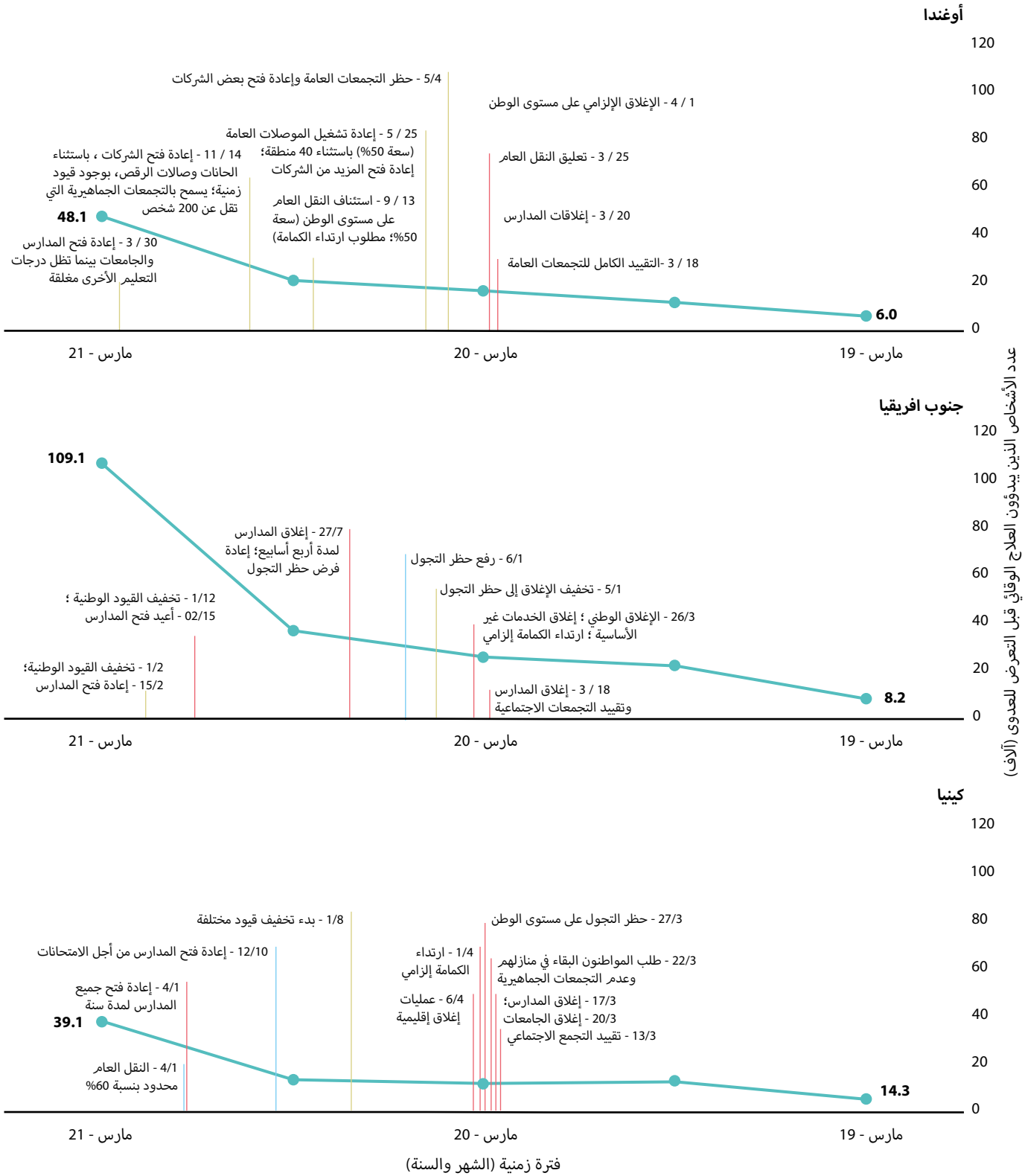
مركز أبحاث الصحة الجنسية وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، عيادة زمبابوي (CeSHHAR Zimbabwe)، موتاري، زمبابوي، 6 نوفمبر 2019.

2 استطاع المستخدمون بدء العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى من خلال البرامج التي تدعمها خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز.

3 البلدان الـ 21 التي تمولها خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز هي: بوتسوانا، والكاميرون وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وجمهورية الدومينيكان، وإيسواتيني، وإثيوبيا، وكينيا، وليسوتو، وملاوي، وموزمبيق، وناميبيا، ونيجيريا، ورواندا، وجنوب إفريقيا، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وتايلند، وأوغندا، وأوكرانيا، وفيتنام ، وزامبيا، وزمبابوي.

4 كانت الاستثناءات هي جمهورية الدومينيكان، وتايلاند، وأوكرانيا، وفيتنام.

شكل 2.3 قبول الخضوع للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، حسب البلد وفترة التقرير، باستراتيجيات مختارة للتخفيف من آثار كوفيد19-



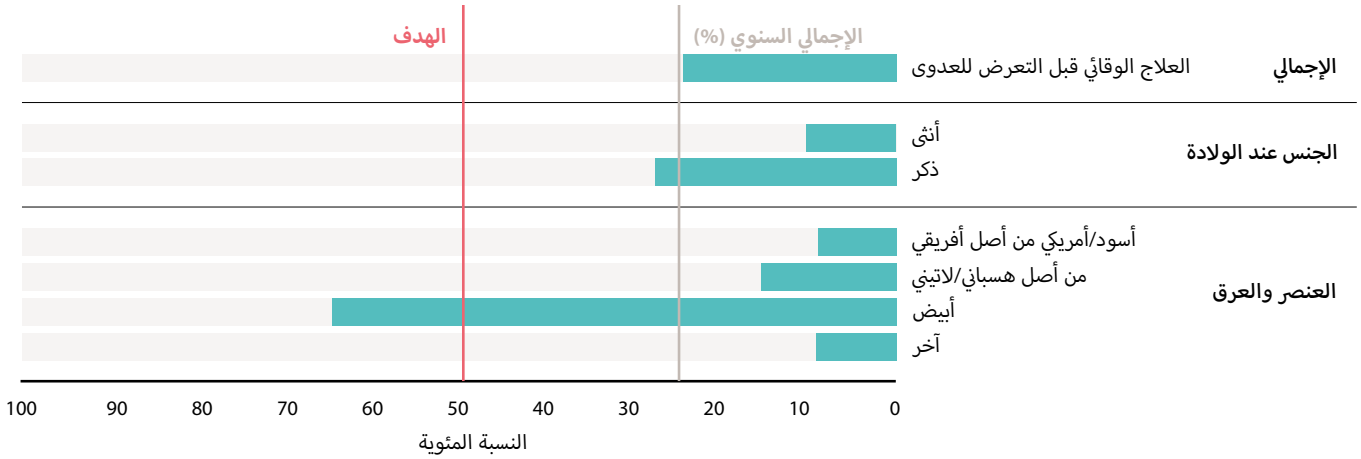
عدد الأشخاص الذين يبدؤون العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى (المؤشر الجديد للرصد، والتقييم، والتقرير الخاص بالعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى)
إجراءات التخفيف المشددة
إجراءات التخفيف المخففة
إجراءات التخفيف التي تم إلغاؤها

المصدر: Kerzner M, De AK, Yee R, Keating R, Djomand G, Stash S et al. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake and service delivery adaptations during the first wave of the COVID-19 pandemic in 21 PEPFAR-funded countries. PLoS One. 2022;17(4):e0266280.

ونظرا لأن قرار استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى يقع على عاتق الفرد (ولا يجب التفاوض مع شريك)، فإن لديه إمكانات هائلة للمساعدة في تقليل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية في كل مكان وبين الفتيات والنساء في أفريقيا جنوب الصحراء. وقد أدت التغطية العالية للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم واستخدامه من خلال التوزيع الواسع النطاق إلى انخفاض ملحوظ في الإصابات الجديدة بالفيروس في بعض الأماكن ذات الدخل المرتفع -لا سيما أستراليا، وإنجلترا، واسكتلندا، وفي مدن في الولايات المتحدة الأمريكية- بالإضافة إلى مساهمات علاج الفيروس، خاصة بين الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (17-23).

ولكن، لا يزال الوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم منخفضا جدا بحيث لا يؤثر على مسار الوباء العالمي. وعلى الرغم من الزيادات الأخيرة، يتركز استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم في العديد من البلدان ذات الدخل المرتفع وخمسة بلدان في إفريقيا جنوب الصحراء -كينيا، ونيجيريا، وجنوب إفريقيا، وأوغندا، وزامبيا. وفي البلدان ذات الدخل المرتفع، تؤدي الفوارق العرقية والاجتماعية الاقتصادية إلى انحراف الوعي بالعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى واستخدامه (24-26).

شكل 2.4 تغطية العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى خلال عام 2020 (جائحة كوفيد19-) بين الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 16 عاما فما فوق ، وفقًا لخصائص مختارة ، الولايات المتحدة وبورتوريكو



المصدر: HIV Surveillance Report, 2020. Vol. 33. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (United States); 2022 (https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance/vol-33-no-3/content/national-profile.html).

جعل العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى يعمل لجميع من يحتاج إليه

قد يمثل تحقيق الاستخدام الواسع والفعال لـلعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى تحديا. ويعد تعزيز الوعي والمعرفة بين المستخدمين المحتملين، بما في ذلك من خلال وسائل التواصل الاجتماعي، أمرا أساسيا لأن العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى يحتاج إلى التطبيع كخيار فعال للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري. ويتضمن ذلك تعزيز الفهم والقبول بين المجتمعات المختلفة من أجل تقليل الوصم المرتبط باستخدامه (27). والأهم من ذلك كله، أنه يتطلب تمويلا واسع النطاق يمكن التنبؤ به بحيث يمكن جعل العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى خيارا واقعيا ويمكن الوصول إليه لعدد أكبر من الأشخاص الذين يحتاجون إليه. ويشكل هذا تحديا بشكل خاص في البلدان المتوسطة الدخل التي تضم أعدادا كبيرة من الفئات السكانية الرئيسية، ولكن حيث يتم تقنين تمويل المانحين بدرجة عالية.

%60–22

ساعدت مجموعات الدعم الخاصة بالعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى الموجودة في مراكز الزيارات الطارئة في نيروبي، كينيا، في تعزيز الالتزام والاستبقاء بالعلاج بين العاملات بالجنس من 22% إلى 60% بعد 12 شهرا

وعندما يكون العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى متاحا، سيساعد الاستخدام المناسب لطرق تقديم الخدمة المتباينة (مثل الأقران، أو الممرضات، أو الصيادلة) الأشخاص على تحقيق أقصى استفادة من خيار الوقاية هذا (28). وسيكون الوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى أسهل إذا تم تصميم الخدمات وتقديمها بطرق مرنة تناسب احتياجات وحياة المستخدمين المحتملين (على سبيل المثال، باستخدام أماكن وساعات تشغيل مناسبة). ويمكن أيضا جعل خدمات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى لامركزية وربطها بخدمات وشبكات دعم مجتمعية أخرى تتمتع بالبراعة في تقديم أنواع الخدمات المتمايزة التي يحتاجها الأشخاص ويستخدمونها. فعلى سبيل المثال، ساعدت مجموعات دعم العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى الموجودة في مراكز الزيارات الطارئة في نيروبي، كينيا، في تحسين الالتزام بـالعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى والاستبقاء له بين العاملات بالجنس من 22% إلى 60% بعد 12 شهرا (29). وقد أدخلت جنوب إفريقيا وفيتنام عيادات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى المتنقلة؛ في بلدان أخرى، كانت المراكز للزيارات الطارئة التي يقودها المجتمع المحلي نقاط خدمة مهمة. وقد كانت عمليات التكيف مثل التوزيع لعدة أشهر واستخدام تكنولوجيا المعلومات والأدوار الأكبر للمنظمات التي يقودها المجتمع أمرا حيويا لزيادة تغطية العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، وسيصل تضمين هذه التكيفات في تقديم الخدمات الروتينية إلى المزيد من الأشخاص (19). ومهما كانت الاستراتيجية، من المهم أن ندرك أن العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى ليس تدخلا منعزلا: من الأفضل تقديمه كجزء من حزمة خدمات فيروس نقص المناعة البشري والصحة الجنسية.

كما يجب أيضا التخلص من المصاريف النثرية أو تقليلها إلى الحد الأدنى، ويجب توعية طاقم الرعاية الصحية حول فوائد طريقة الوقاية هذه (30). ويجب تغيير قوانين سن الموافقة (أو يجب استكشاف الحلول البديلة)، إذا كانت تمنع الفئات السكانية الرئيسية الشباب من تلقي واستخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى (31، 32). فالأبحاث تُظهر أن الفئات السكانية الرئيسية وذات الأولوية، وخاصة الشباب من بين تلك المجموعات، يكافحون أحيانا لاستخدام نظام يومي للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى باستمرار، أو أنهم يتوقفون عن استخدامه واستبداله بطريقة وقائية أخرى. ويعتبر الخوف من الوصم، والمعرفة غير الكاملة حول فيروس نقص المناعة البشري والعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، والمخاوف بشأن الآثار الجانبية أو الخبرات معها هي من بين الأسباب المذكورة لمقاطعة استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى أو وقفه (28، 33، 34).

إن الاستراتيجيات التي تركز على تمكين الأفراد من مواءمة استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى مع التعرض المحتمل لفيروس نقص المناعة البشري (أي استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى «عند الطلب») قد تساعد الأشخاص على التحكم في خيارات الوقاية الخاصة بهم (35). ويجب ألا تحكم الخدمة على الأشخاص، بتأطير العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى كخيار تمكين، وليس بشكل صارم كوسيلة لتجنب الإصابة بالفيروس. وهذا مهم بشكل خاص للشباب ذوي الأولوية من الفئات السكانية الرئيسية، الذين يحتاجون إلى الوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى بطرق غنية بالمعلومات وخالية من الوصم، وتحترم السرية (27).

التوسع التدريجي في كمبوديا للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى

حققت كمبوديا تقدما ملحوظا في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري. وبحلول عام 2017، وصلت البلاد إلى أهداف المسار السريع 90-90-90 لاختبار فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه. ومنذ عام 2010، انخفض عدد الإصابات الجديدة بالفيروس بنسبة 50٪.

وتهدف كمبوديا الآن إلى قطع الميل الأخير لإنهاء الإيدز باعتباره تهديدا للصحة العامة بحلول عام 2025، أي قبل خمسة أعوام من الهدف العالمي. إن توسيع نطاق العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى هو حجر الزاوية في جهود كمبوديا للوصول إلى هذا الإنجاز.

تهدف كمبوديا الآن إلى قطع الميل الأخير لإنهاء الإيدز باعتباره تهديدا للصحة العامة بحلول عام 2025، أي قبل خمسة أعوام من الهدف العالمي.

ونتيجة لاقتناع كمبوديا بمجموعة كبيرة من الأدلة على فعالية العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، اختارت عدم تنفيذ مشروع تجريبي أصغر لهذا العلاج، ولكن بدلاً من ذلك تم التركيز على توسيع النطاق الواسع من البداية. ولذا اتخذ المركز الوطني لفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، والأمراض الجلدية، والأمراض المنقولة جنسيا (NCHADS) نهجا تعاونيا وشراكيا للتخطيط والتوسيع، والعمل جنبا إلى جنب مع برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ومنظمة الصحة العالمية، و FHI360-EpiC والمجتمعات لبناء الزخم لتوسيع نطاق العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى و ضمان جودة الخدمة (شكل 2.5).

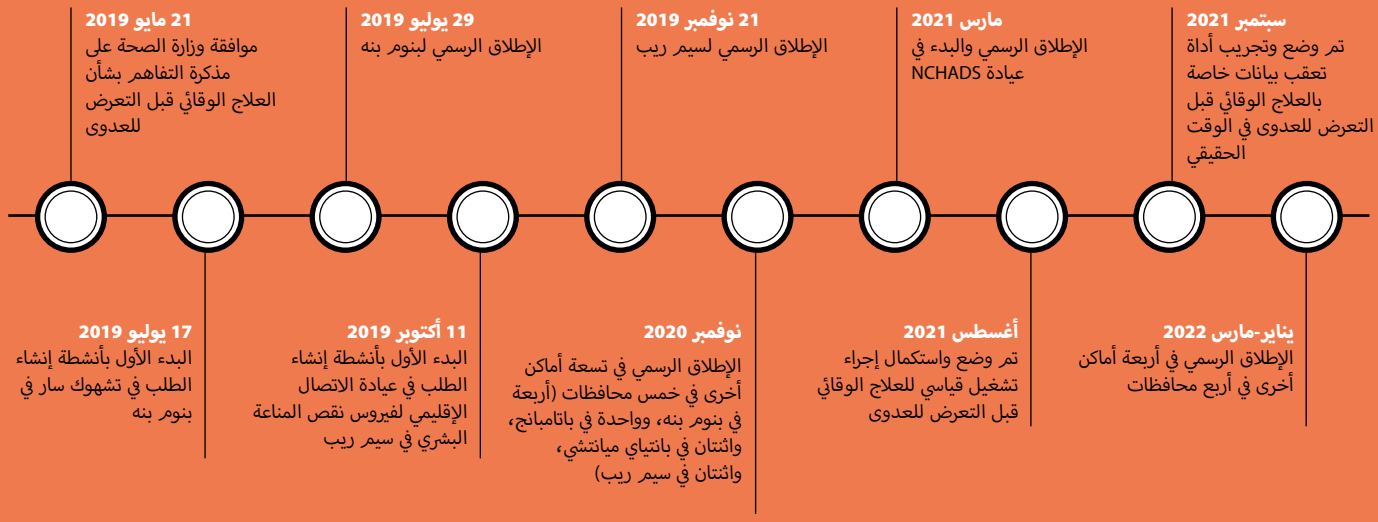
وقامت كمبوديا بقيادة NCHADS وبدعم من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، بتقييم نماذج مختلفة لتقديم خدمات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى وخلق الطلب لتحديد النهج المثالى. وأنتج هذا التمرين سلسلة من التوصيات لتوجيه التوسع، بما في ذلك استخدام تقديم خدمة العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى بقيادة المجتمع. وتبنت الدولة إجراءات تشغيل معيارية للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في يناير 2022، بما في ذلك من خلال تقديمه في نفس اليوم من قبل المنظمات المجتمعية.

الصفحة التالية
عميل جديد للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في عيادة NCHADS الصحية في بنوم بنه، كمبوديا في 17 يونيو 2022.



UNAIDS Cambodia/2022/Todd Brown ©

شكل 2.5 التنفيذ المرحلي للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في كمبوديا، 2019-2022



المصدر: National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS) presentation, May 2022. Cambodia.

في ضوء خطتها الاستراتيجية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري والأمراض المنقولة جنسيا والرعاية الخاصة بها في قطاع الصحة لعام 2021 وحتى عام 2025 (HSSP 2021-2025)، وضعت كمبوديا هدفا وطنيا لتسجيل 10.000 عميل بشكل تراكمي في 15 مقاطعة ذات أولوية بحلول عام 2023. ولا يزال يتعين تعبئة تمويل إضافي لتغطية تكلفة العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى للعملاء الباقين.

وقد استخدمت كمبوديا الأدلة لتوجيه تنفيذ العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى الخاص بها. وتم إعطاء الأولوية للفئات السكانية الرئيسية الأكثر عرضة لخطورة العدوى من أجل التسريع، تم اختيار المقاطعات ذات الأولوية لنشر العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى على أساس تقديرات حجم السكان للفئات السكانية الرئيسية، بالتركيز الخاص على المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال ومغايرات الهوية الجنسانية. وقام برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بتدعيم البرنامج الوطني الخاص بفيروس نقص المناعة البشري في تقييم المرافق الصحية في المقاطعات ذات الأولوية لكفالة ما يكفي من الهياكل الأساسية، والموظفين، والمعدات، والموارد من أجل بدء التشغيل والتنفيذ بسلاسة.

قدم الفريق الفني الوطني التدريب والدعم الفني في الموقع لمقدمي الخدمات في مواقع العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى لدعم التنفيذ ومعالجة الاختناقات عند ظهورها.

قدم الفريق الفني الوطني التدريب والدعم الفني في الموقع لمقدمي الخدمات في مواقع العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى لدعم التنفيذ ومعالجة الاختناقات عند ظهورها. وركز التدريب بشكل خاص على الجوانب الفنية لخدمات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، وعلى جمع واستخدام البيانات في الوقت الفعلي لمراقبة البرنامج.

عملت المنظمات والشبكات المجتمعية على زيادة الوعي داخل المجتمعات وبناء الطلب على خدمات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى. فتم إنشاء مجموعات من مقدمي الخدمات والعاملين في مجال التوعية المجتمعية في كل موقع خدمة باستخدام تطبيق تيليجرام، الذي يسمح بالتواصل في الوقت المناسب ومشاركة المعلومات حول العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن للعاملين في مجال التوعية استخدام مجموعات تليجرام هذه لحجز المواعيد لخدمة العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى لعملائهم. وتضمنت أنشطة إنشاء الطلب المرتكزة على المجتمع التوعية المادية، والمناسبات الخاصة، واستخدام الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي (من خلال المؤثرين وقادة المجتمع). وقد تم استكمال ذلك من خلال حملة NCHADS الاجتماعية وتغيير السلوك التي تم تشغيلها من خلال وسائل التواصل الاجتماعي. وتقوم المنظمات المجتمعية أيضا بإحالة أعضاء المجتمع إلى خدمات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، وقد تدخلوا أيضا لتخفيف العبء الاقتصادي (مثل تكاليف النقل) التي يمكن أن ترتبط بالوصول إلى العلاج.

3023

فردا بدؤوا في تناول العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى خلال مارس 2022

وحتى مارس 2022، بدأ 3023 فردا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى ويستخدم 1944 شخصا العلاج حاليا. ومن بين مستخدمي العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، هناك 69 ٪ من المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، و17 ٪ من مغايري الهوية الجنسانية، و12 ٪ من النساء العاملات في الترفيه.[1] ويشكل الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عاما) 30٪ من مستخدمي العلاج. وتمثل العاصمة بنوم بنه 78٪ من مستخدمي العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، وهناك نسبة احتفاظ عالية جدًا: 70٪ بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والنساء العاملات في مجال الترفيه، و 80٪ بين مغايرات الهوية الجنسانية وشركاء المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري.

ويثبت العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى أنه إضافة قوية ومرحب بها لجهود الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري التي تركز على الفئات السكانية المعرضة لخطورة أكبر. تقول بين، وهي امرأة مغايرة للهوية الجنسانية تبلغ من العمر 34 عاما وتعيش في بنوم بنه: «أتناول العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى لأنني أبيع الجنس ولدي العديد من الشركاء، ولا يستخدم شركائي الواقي الذكري دائما». وتضيف «إن العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى يساعد في حمايتي من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري.»

%30

من مستخدمي العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى من الشباب (بين 15، و24 عاما)

تعتبر الراحة التي يشعر بها من يتناول العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى نقطة بيع مهمة للفئات السكانية الرئيسية في كمبوديا. يقول هاي، وهو رجل يبلغ من العمر 24 عاما وشريكه الذكر إيجابي لفيروس نقص المناعة البشري: «لا أواجه الكثير من التحديات في أخذ العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى نظرا لأن الخدمة متاحة خلال عطلة نهاية الأسبوع، لذلك لا يتعين علي طلب إجازة من مكان عملي». ويضيف «بالنسبة لي، من السهل تناول العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، بدون آثار جانبية على الإطلاق. يمكنني القيام بعملي اليومي كالمعتاد».

وتستخدم كمبوديا الآن بيانات البرنامج لتحديد ومعالجة التحديات المستمرة، حيث يتم اتخاذ خطوات لتعزيز أنشطة خلق الطلب، وجعل العيادات سهلة الاستخدام قدر الإمكان، وزيادة بناء قدرات مقدمي الخدمات، وتوليد بيانات أفضل لفهم سبب توقف الناس عن استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، وتقوية أنظمة إدارة سلسلة التوريد لتجنب نفاد مخزون الأدوية. وتعمل الدولة أيضا على ضمان الاستدامة طويلة المدى للعلاج من خلال دمجها كخدمة مستمرة في العيادات التي تديرها الحكومة.

1 يتم تعريف العاملات في مجال الترفيه على أنهن نساء أو فتيات يتبادلن الخدمات الجنسية مقابل المال أو السلع، إما بشكل منتظم أو بين الحين والآخر

محاربة الوصم ضد مغايري الهوية الجنسانية في البرازيل

مع خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري الذي يزيد 14 مرة عن النساء بين السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما)، فإن النساء مغايرات الهوية الجنسانية لديهن حاجة ملحة للوصول إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية ومكونات أخرى للجمع بين وسائل الوقاية. ومع ذلك، فإن الاستبعاد الاجتماعي - إلى جانب الوصم والتمييز وخطر العنف - يجعل من الصعب على العديد من مغايري الهوية الجنسانية الحصول على المعلومات والخدمات التي يحتاجون إليها.

وفي عام 2021، أطلق برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز مشروع FRESH بالشراكة مع Casa Florescer، وهو مركز استقبال رائد لمغايري الهوية الجنسانية في ساو باولو، البرازيل. ويستخدم المشروع إدارة الطوارئ، وهي عملية تعزيز إيجابي لتشجيع السلوكيات الصحية. ويعتمد تصميم المشروع على أدلة تشير إلى أن أنواعا مختلفة من الحوافز يمكن أن تحسن النتائج الصحية، بما في ذلك كبت الحمل الفيروسي لفيروس نقص المناعة البشري (36).

وبدأ مشروع FRESH بورشة عمل لمغايرات الهوية الجنسية ركزت على إدارة الطوارئ، والرعاية الذاتية، والجمع بين وسائل الوقاية. وتم تحديد السفراء والمؤثرين من بين سكان Casa Florescer للمساعدة في تعزيز أهداف المشروع.

وفي الأيام العشرة التي أعقبت ورشة العمل، قام المصور شون بلاك - المتخصص في تصوير المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وثنائي الجنس (LGBTI)، وخاصة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري - بتعليم المشاركات تقنيات التصوير التي استخدمنها بعد ذلك لتوثيق تجاربهن اليومية. وقد تم تكريم 24 امرأة مغايرة للهوية الجنسانية أكملن البرنامج لمدة 10 أيام لصورهن من خلال دعوتهن للمشاركة في يوم الجمال، والذي تضمن خدمات مصفف شعر محترف وجلسة تصوير بواسطة شون بلاك.

«كان من المذهل أن ندرك، على مدار الأيام، كم من النساء كان لديهن رأي سلبي للغاية عن أنفسهن، مما يعكس الوصم الذي يعانين منه من المجتمع».

– المصور شون بلاك



«كان من المذهل أن ندرك، على مدار الأيام، كم من النساء كان لديهن رأي سلبي للغاية عن أنفسهن، مما يعكس الوصم الذي يعانين منه من المجتمع»، هكذا صرح بلاك. وأضاف «لقد اكتشفن أنفسهن كشخصيات جميلة وفريدة وفهمن مدى أهمية الاعتناء بأنفسهن.»

وعُرضت صور من جلسة التصوير في حدث أقيم في ساو باولو للاحتفال باليوم الدولي لمناهضة رهاب المثلية، ورهاب مغايري الهوية الجنسانية، ورهاب مزدوجي الميل الجنسي. وخلال الحدث، تبادلت المشاركات في مشروع FRESH أفكارهن ومشاعرهن حول المشاركة في المبادرة والدروس التي تعلمنها.

وقد صرحت واحدة، على الأقل، من المشاركات في المشروع بأنها بدأت في تناول العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى. قالت أماندا فيليكس، Casa Florescer: «إن المناقشة حول الجمع بين وسائل الوقاية والعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى وثيقة الصلة ومؤثرة للغاية». وأضافت «أنا أعتني بنفسي [و] زوجي أيضا. نحن معا لمدة خمس سنوات. يجب أن تحدث مثل هذه المبادرات أكثر وفي أماكن أكثر».

كجزء من مشروع FRESH في ساو باولو، البرازيل، تم تدريب النساء مغايرات الهوية الجنسانية المقيمات في Casa Florescer على التصوير الفوتوغرافي من قبل المصور الأمريكي، شون بلاك، 2021.

هل يمكن للأدوية طويلة المفعول التي تؤخذ عن طريق الحقن أن تأخذ الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري إلى المستوى التالي؟

يمكن أن تضيف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية طويلة المفعول الخاصة بالعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى دفعة كبيرة للوقاية من الفيروس - إذا تم التغلب على التسعير والعوائق الأخرى التي تحد من استخدامها.

يعتبر كل من العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم والحقن طويل المفعول آمنا، وجيد التحمل، وفعال للغاية للوقاية من عدوى فيروس نقص المناعة البشري (37). وفي حين يتم تناول العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم يوميا أو تحسبا لممارسة الجنس، فإن الكابوتيغرافير التي تؤخذ عن طريق الحقن (وهو دواء جديد مضاد للفيروسات القهقرية يُستخدم أيضا لعلاج المصابين بالفيروس) يقدم ثمانية أسابيع من الحماية المستمرة ضد الإصابة بالفيروس من خلال حقنة عضلية واحدة. ويمكن أن يتجنب هذا بعض التحديات المرتبطة بالعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم، مثل الصعوبات في تناول الحبوب التي تؤخذ عن طريق الفم باستمرار وخوف الأشخاص من الوصم المرتبط بتناول الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية.

وقد وجدت تجربتان عشوائيتان منضبطتان قارنتا كابوتغرافير طويل المفعول الذي يؤخذ عن طريق الحقن مع العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم، انخفاضا بنسبة 79% في خطر اكتساب فيروس نقص المناعة البشري بين المشاركين في الدراستين الذين تلقوا كابوتغرافير طويل المفعول عن طريق الحقن (CAB-LA) مقارنة بالمشاركين الذين تلقوا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم. ويجدر التأكيد على أن كلا من العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم وCAB-LA فعالان للغاية في الحد من اكتساب الفيروس: في التجربتين، كان الالتزام الأقل بشكل ملحوظ بالعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم مسؤولا إلى حد كبير عن التقليل الأعلى للمخاطر الملاحظ لدى الأشخاص الذين يتناولون CAB-LA (38-40).[5,6]

وجدت تجربتان عشوائيتان منضبطتان قارنتا كابوتغرافير طويل المفعول الذي يؤخذ عن طريق الحقن مع العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم، انخفاضا بنسبة 79% في خطر اكتساب فيروس نقص المناعة البشري بين المشاركين في الدراستين الذين تلقوا كابوتغرافير طويل المفعول عن طريق الحقن (CAB-LA) مقارنة بالمشاركين الذين تلقوا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم.

5 سجلت دراسة HPTN 084 أكثر من 3200 امرأة في بوتسوانا، وإسواتيني، وكينيا، وملاوي، وجنوب إفريقيا، وأوغندا، وزيمبابوي.

6 يشير تحليل بيانات الدراسة إلى أن هناك ثلث عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الأشخاص الذين يتناولون حقن CAB-LA كما هو الحال بين أولئك الذين يتناولون العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم (باستخدام تينوفوفير ديسوبروكسيل فومارات إمتريسيتابين، أو TDF/FTC). وكان العدد الإجمالي للعدوى بين الأشخاص الذين تناولوا أيا من النوعين من العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى منخفضا للغاية.

%79

نسبة الحد من مخاطر اكتساب فيروس نقص المناعة البشري بين المشاركين في الدراسة الذين تلقوا كابوتغرافير طويل المفعول الذي يؤخذ عن طريق الحقن

وبدلا من استبدال العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم، تقدم الحقن طويلة المفعول خيارا إضافيا قد يزيد عدد الأشخاص الذين يستخدمون طرقا فعالة للوقاية من عدوى فيروس نقص المناعة البشري. وقد منحت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية الموافقة التنظيمية لاستخدام CAB-LA للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في الولايات المتحدة في ديسمبر 2021، ومن المتوقع الحصول على موافقة الجهات التنظيمية في العديد من البلدان الأخرى (37). وستصدر منظمة الصحة العالمية إرشادات حول CAB-LA للوقاية في يوليو 2022.

ومع ذلك، فإن استخدام الأدوية طويلة المفعول التي تؤخذ عن طريق الحقن له تحدياته الخاصة. فعلى سبيل المثال، يتطلب دعما سريريا للتزويد بالحقن وتتبعها (41). وسيكون التطور السريع لعلوم التنفيذ لتوجيه التبني الواسع النطاق للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى طويل المفعول الذي يؤخذ عن طريق الحقن مهما للغاية لفهم القضايا المعلقة ونهج التنفيذ للفئات السكانية التي تحتاج إلى خيارات وقائية فعالة بشكل عاجل.

وتعتبر القدرة على تحمل التكاليف هي أيضا مصدر قلق كبير: تم تسعير إمداد عام من CAB-LA بحوالي 22200 دولار أمريكي (1850 دولارا أمريكيا شهريا) في الولايات المتحدة في أوائل عام 2022، وتظهر دراسات النمذجة من جنوب إفريقيا والولايات المتحدة أن التسعير الحالي يحد بشكل كبير من التأثير المحتمل لخيار الوقاية هذا على الصحة العامة (42-45).

تظهر الدول أن التسعير الحالي يحد بشكل كبير من التأثير المحتمل لخيار الوقاية هذا على الصحة العامة.

ولا يعني هذا أن CAB-LA لا يمكن بيعه بسعر معقول: يشير التحليل الذي أجرته مبادرة كلينتون لإتاحة الخدمات الصحية إلى أنه يمكن تحقيق تخفيضات كبيرة في تكلفة الأدوية من خلال الجهد الجماعي ومشاركة الشركة المصنعة للأدوية غير المسجلة على المدى الطويل. ويحث برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، والشبكات المجتمعية، والمنظمات غير الحكومية الشركة المصنعة للدواء على منح ترخيص عام لإنتاجه، إلى جانب عمليات نقل التكنولوجيا الداعمة (46). وقد أشارت الشركة المصنعة إلى استعدادها لاستكشاف ترتيبات الترخيص الطوعي المحتملة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (47، 48).

في إفريقيا جنوب الصحراء تواجه الفتيات المراهقات والشابات مخاطر عالية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري

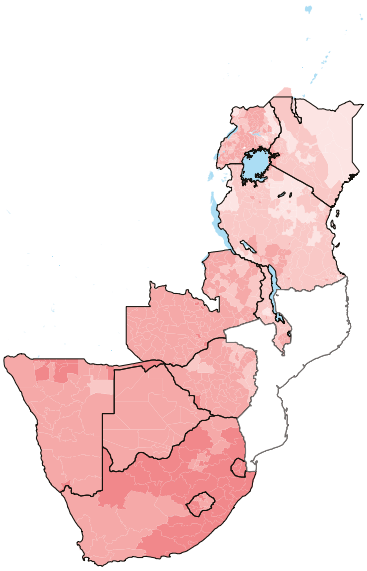
على الصعيد العالمي، كان ما يقرب من ثلاثة من كل خمسة - أو 250.000 [360.000-150.000] من بين 400.000 [570.000-250.000] - من الشباب الذين أصيبوا بفيروس نقص المناعة البشري في عام 2021 من المراهقات والشابات. وفي أفريقيا جنوب الصحراء، مثلت ما يقرب من أربع من كل خمس إصابات جديدة بين الشباب. وضمن هذه المجموعة، هناك فئات سكانية فرعية من المراهقات والشابات المعرضات لخطورة الإصابة بالفيروس أكثر من غيرهن (شكل 2.6).

من كل خمسة شباب أصيبوا بفيروس نقص المناعة البشري عام 2021 هناك ما يقرب من ثلاث فتيات مراهقات وشابات.

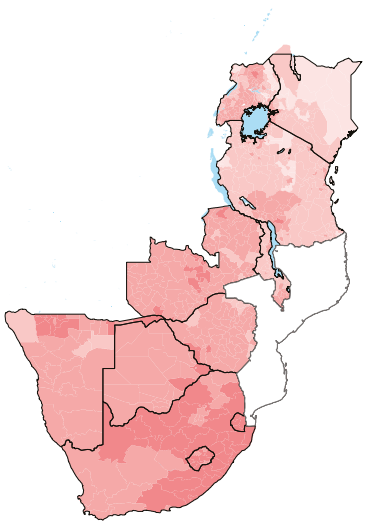
وفي المناطق التي يتجاوز فيها معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري 1%، هناك حاجة إلى الجمع بين وسائل الوقاية بطريقة مكثفة، بما في ذلك الواقي الذكري، واختبار فيروس نقص المناعة البشري، والوصول إلى الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية (غير قابل للكشف = غير قابل للانتقال)، والتوعية المجتمعية، وتوافر العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى للأفراد الذين يواجهون أعلى مخاطر الإصابة. وتشير الإرشادات العالمية إلى أنه في الحالات التي يتجاوز فيها معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري 3%، يجب أن يكون هناك أيضا تعزيز واسع النطاق وتغطية عالية لـلعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، علاوة على دعم التمكين الإضافي للفئات الأكثر عرضة لخطورة الإصابة.

شكل 2.6 معدل حدوث فيروس نقص المناعة البشري على مستوى المنطقة بين المراهقات والشابات (15-24 سنة) حسب السلوك المحفوف بالمخاطر الجنسية

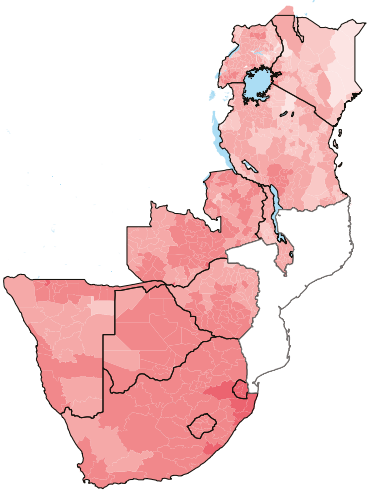
جميع المراهقات والشابات (15-24 عاما)



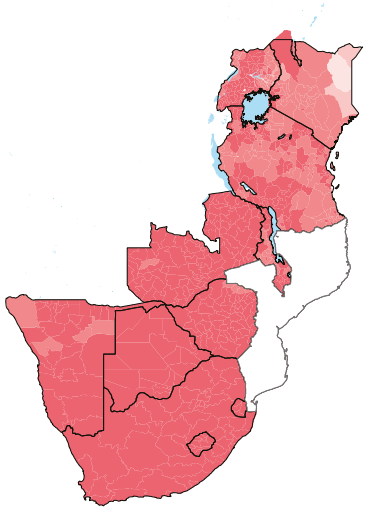
المراهقات والشابات (15 - 24 عاما)
الناشطات جنسيا مع شريك معاشر واحد



المراهقات والشابات (15-24 عاما)
الناشطات جنسيا مع شركاء جنسيين غير منتظمين



المراهقات والشابات (15 إلى 24 عاما)
من الفئات السكانية الرئيسية الناشطات جنسيا



1> (منخفض جدا) **1-3 (منخفض)** **3-10 (مرتفع)** **10-30 > (مرتفع جدا)** **30 > (مرتفع للغاية)**

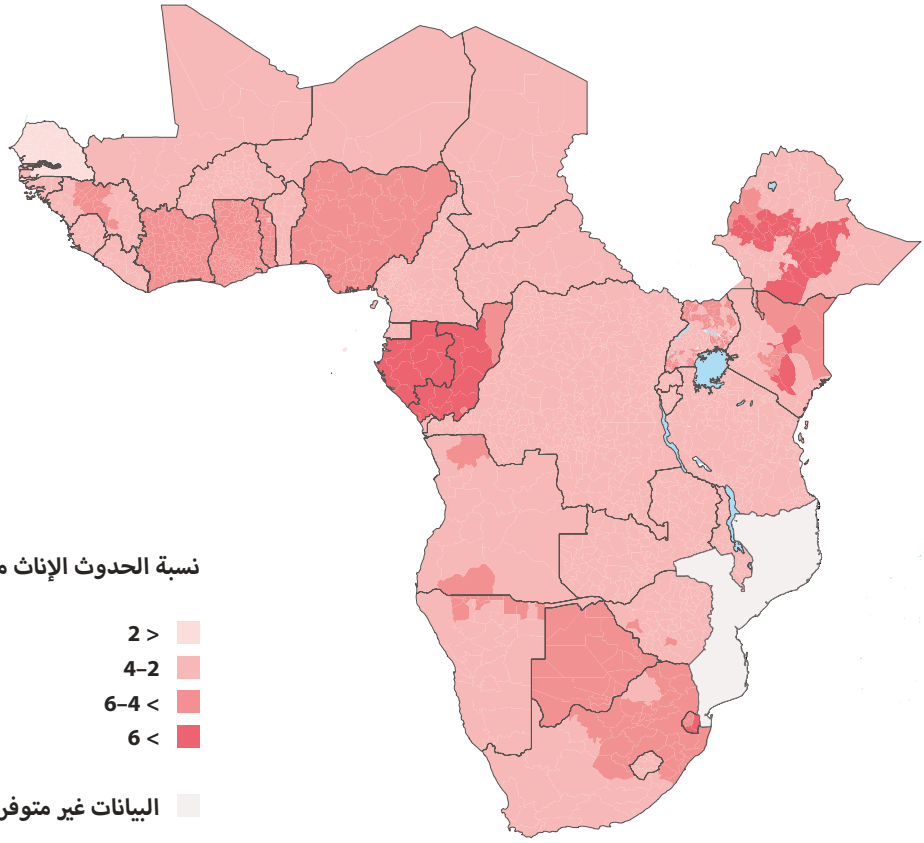
المصدر: Howes A, Risher KA, Kính Nguyen V, Stevens O, Jia KM, Wolock TM, et al. Spatio-temporal estimates of HIV risk group proportions for adolescent girls and young women across 13 priority countries in sub-Saharan Africa. medRxiv. 2022:2022.2007.2012.22277551.

ملاحظة: الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري لكل 1000 من السكان غير المصابين.

ملاحظة: تم تضمين اثني عشر بلدا في الخريطة.

وتحدد التباينات الصارخة المتعلقة بالنوع الاجتماعي وباء فيروس نقص المناعة البشري في أفريقيا جنوب الصحراء. ففي المتوسط، يعد معدل الإصابات الجديدة في جميع أنحاء المنطقة أعلى بثلاث مرات بين الفتيات المراهقات والشابات مما هو عليه بين أقرانهن من الذكور، وهي نسبة اتسعت منذ عام 2000. وعلى المستوى دون الوطني، يعتبر معدل الإصابة بالفيروس بين المراهقات والشابات في بعض البلدان أعلى بست مرات مما هو عليه بين الرجال والفتيان (شكل 2.7).

شكل 2.7 نسبة حدوث فيروس نقص المناعة البشري للإناث مقابل الذكور بين المراهقين (15-24 عاما)، المستويات دون الوطنية، أفريقيا جنوب الصحراء، 2021



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022

ملاحظة: التحليل متاح لـ 37 بلدا في أفريقيا جنوب الصحراء وذلك بالبيانات المطلوبة على المستوى دون الوطني. وتتضمن البيانات المطلوبة مسحا سكانيا يقدم بيانات فيما يخص اختبار فيروس نقص المناعة البشري، والعلاج المضاد للفيروسات القهقرية، وبرامج رعاية ما قبل الولادة. البلدان الواقعة في إفريقيا جنوب الصحراء غير المدرجة هي جزر القمر، وجيبوتي، وإريتريا، ومدغشقر، وموريتانيا، وموريشيوس، وموزمبيق، وسيشيل، والصومال، وجنوب السودان، والسودان.

إن برامج الوقاية التي تركز على الفتيات المراهقات والشابات لها تأثير: في جميع أنحاء العالم بين عامي 2000 و2021، انخفضت الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بينهن بنسبة 55%، وتسارع معدل هذا الانخفاض في العقد الماضي. وتعمل البرامج التي تجمع بين وسائل الوقاية المخصصة للمراهقات والشابات في أكثر من 40% من الأماكن التي ترتفع فيها نسبة الحدوث في 19 بلدا في أفريقيا جنوب الصحراء، ولكنها يجب أن تصبح أكثر وفرة لضمان الوصول إلى 95% من الأماكن التي ينتشر فيها الفيروس. (49).

اللامساواة بين الجنسين والتمييز يحافظان على استمرار وباء فيروس نقص المناعة البشري

تؤدي أوجه اللامساواة بين الجنسين إلى إبطاء التقدم في الحد من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين المراهقات والشابات (50، 51). إنها تسلب من النساء والفتيات حقوقهن الأساسية في التعليم، والصحة، والاستقلال الاقتصادي، وتحرمهن من السيطرة على حياتهن الجنسية – حيث يشكل العنف القائم على النوع الاجتماعي تهديدا دائما. وبالإضافة إلى ذلك، غالبا ما تبدو القوانين والسياسات في حالة إنكار أنه، في جميع أنحاء العالم، تبدأ نسب كبيرة من المراهقات في ممارسة الجنس في سن مبكر (52، 53). ونتيجة لذلك، لا تستطيع الفتيات المراهقات في العديد من البلدان الوصول إلى معلومات فيروس نقص المناعة البشري والواقي الذكري ووسائل منع الحمل الأخرى أو خدمات الصحة الجنسية والإنجابية دون موافقة أحد الوالدين أو الوصي (انظر فصل 3).

وتكون الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري أكثر فاعلية عندما تتحكم النساء والفتيات في أجسادهن وحياتهن الجنسية، وتكون حياتهن خالية من العنف، ويقدرن على الاستفادة من الخدمات والحصول على الدعم الذي يحتجنه. وهذا يؤكد قيمة الجمع بين الأدوات الطبية الحيوية والتدخلات السلوكية والهيكلية، وتركيزها على الأماكن التي تكون فيها نسبة حدوث الفيروس أعلى (46، 49). وهذه التدخلات مجتمعة ذات أهمية مضاعفة للنساء اللواتي ينتمين إلى فئات سكانية رئيسية، لأنهن عادة ما يتعرضن لأشكال متعددة من التمييز والعنف والظلم على أساس النوع الاجتماعي، كما أنهن معرضات بشدة لخطورة الإصابة بالفيروس (47، 50). وبالإضافة إلى ذلك، تحقق البرامج التي تجمع بين وسائل الوقاية أفضل النتائج عندما تشارك الشابات بفاعلية في تشكيلها وتنفيذها، مما يجعل زيادة الاستثمار في المنظمات التي تقودها النساء والمنظمات المجتمعية أمرا أساسيا.

البرامج التي تجمع بين وسائل الوقاية تحقق أفضل النتائج عندما تشارك الشابات بفاعلية في تشكيلها وتنفيذها.

ويمثل النطاق مشكلة: يجب أن تتحول الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري من المشاريع المجزأة إلى البرامج واسعة النطاق التي تجمع بين وسائل الوقاية من الفيروس، والوقاية من العنف القائم على النوع الاجتماعي، والوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة مع المكونات التي تدعم الفتيات للبقاء في المدرسة، وتمكين المرأة والفتيات، وبناء العلاقات المنصفة بين الجنسين. ويركز مشروع HERStory في جنوب إفريقيا، على سبيل المثال، على إكمال المدرسة الثانوية، وأدوات الوقاية مثل الواقي الذكري والعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والتدخلات التي تعالج العنف القائم على النوع الاجتماعي (48).

ولا تزال الأدوات الطبية الحيوية حاسمة أيضا. وتبشر تقنيات مثل العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى (بما في ذلك الإصدارات طويلة المفعول التي تؤخذ عن طريق الحقن والحلقات المهبلية) بخير عميم ولايزال يتعين توسيع نطاقها وإتاحتها لمعظم النساء والفتيات المراهقات المعرضات لخطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري (47).

التربية الجنسية الشاملة

يمكن التثقيف الجنسي الشامل والجيد الشباب من اكتساب المعرفة، والمواقف، والمهارات التي يحتاجونها لاتخاذ قرارات معقولة بشأن حياتهم الجنسية والإنجابية – والبقاء خاليين من فيروس نقص المناعة البشري (51). وقد ثبت أنه يؤخر بدء النشاط الجنسي، ويزيد من استخدام الواقي الذكري وموانع الحمل، ويقلل من حمل المراهقات، ويدعم الوقاية من الفيروس والعداوى المنقولة جنسيا الأخرى (52-55). وعندما يعالج التثقيف الجنسي اللامساواة بين الجنسين وديناميكيات القوة في العلاقات، يمكن أن يكون أكثر فاعلية بخمسة أضعاف في منع العداوى المنقولة جنسيا والحمل غير المخطط له من المناهج التي تتجاهل هذه القضايا (61).

%85

من 155 بلدا مبلغة لديها سياسات أو قوانين تعمل على تقديم التربية الجنسية في المدارس الآن، وفقا لأحداث تحليل تقوده اليونسكو حول التربية الجنسية الشاملة في جميع أنحاء العالم

وعلى الرغم من ذلك، فإن التثقيف الجنسي الشامل غير مدعوم عالميا، حيث يزعم البالغون في بعض المجتمعات أنه يشجع على الاختلاط والمخاطرة. ولا تدعم الأدلة هذه المعتقدات، و85% على الأقل من 155 بلدا مبلغة لديها سياسات أو قوانين تعمل على تقديم التربية الجنسية في المدارس الآن، وفقا لأحدث تحليل تقوده اليونسكو حول التربية الجنسية الشاملة في جميع أنحاء العالم (56). ويفوض ما مجموعه 78 بلدا المهارات الحياتية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري والتثقيف الجنسي لكل من المدارس الابتدائية والثانوية (56).

ولكن، لا تضمن الأطر السياسية والقانونية التنفيذ المنسق أو الجيد؛ في الواقع، وجد تحليل اليونسكو أن المناهج تم تدريسها بشكل سيئ في العديد من البلدان (56). ونتيجة لذلك، غالبا ما تكون المعلومات التي يتلقاها الشباب غير كاملة وغامضة. فعلى سبيل المثال، تُظهر بيانات مسح من أفريقيا جنوب الصحراء (2015-2020) أن 37.6% فقط من الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عاما) لديهم معرفة شاملة بفيروس نقص المناعة البشري (62، 63). وتمتد هذه الفجوات المعرفية إلى جوانب أخرى من الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك العداوى المنقولة جنسيا ومنع الحمل.

78

بلدا تفوض المهارات الحياتية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري والتثقيف الجنسي لكل من المدارس الابتدائية والثانوية

ويجب أن يكون التثقيف الجنسي الشامل والجيد متاحا لجميع المراهقين والشباب، داخل المدرسة وخارجها، ويجب أن يشمل قضايا النوع الاجتماعي والحقوق والهوية الجنسية. وبصورة مثالية، ستعكس المناهج حقيقة أن الجنس مرتبط بالسعي وراء المتعة والفضول والتعبير عن الذات، كما تفعل بعض البرامج في غانا وكينيا، على سبيل المثال (64، 65). ويمكن استخدام الأساليب الاستشارية – التي تشمل المعلمين، والمتعلمين، وأولياء الأمور، والمجتمع المدني - لتحديث المناهج، مثلما قامت به بلدان متنوعة مثل جامايكا، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، والسويد. وتعتبر الروابط الموثوقة بخدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الصديقة للشباب –وفي الأماكن التي يمثل فيها فيروس نقص المناعة البشري تهديدا رئيسيا، للوقاية من الفيروس والاختبار والعلاج والرعاية الخاصة به– جزءا أساسيا من التربية الجنسية الشاملة عالية الجودة (56).

تغطية غير متكافئة للوقاية بين الفئات السكانية الرئيسية

لا يزال الوصول إلى خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية محدودا في معظم أنحاء العالم (انظر شكل 1.4 في فصل 1). وفي بعض الأماكن، تعتبر خدمات الوقاية لبعض الفئات السكانية الرئيسية غائبة تماما، على الرغم من أنها معرضة بشكل ملحوظ لخطورة أكبر للإصابة بالفيروس من السكان ككل (شكل 0.9 في المقدمة). وقد شكلت الفئات السكانية الرئيسية وشركاؤها الجنسيون 70% من الإصابات بالفيروس في جميع أنحاء العالم في عام 2021 و94% من الإصابات خارج أفريقيا جنوب الصحراء (انظر شكل 0.8 في المقدمة). وتتداخل نقاط ضعف هذه الفئات أيضا في بعض الأحيان: وجدت مراجعة للمسوح الأخيرة أن متوسط 3.6% من العاملات بالجنس و1.8% من الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال قد تعاطوا المخدرات بالحقن، مقارنة بـ 0.2% في سكان العالم البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاما) (شكل 2.8).

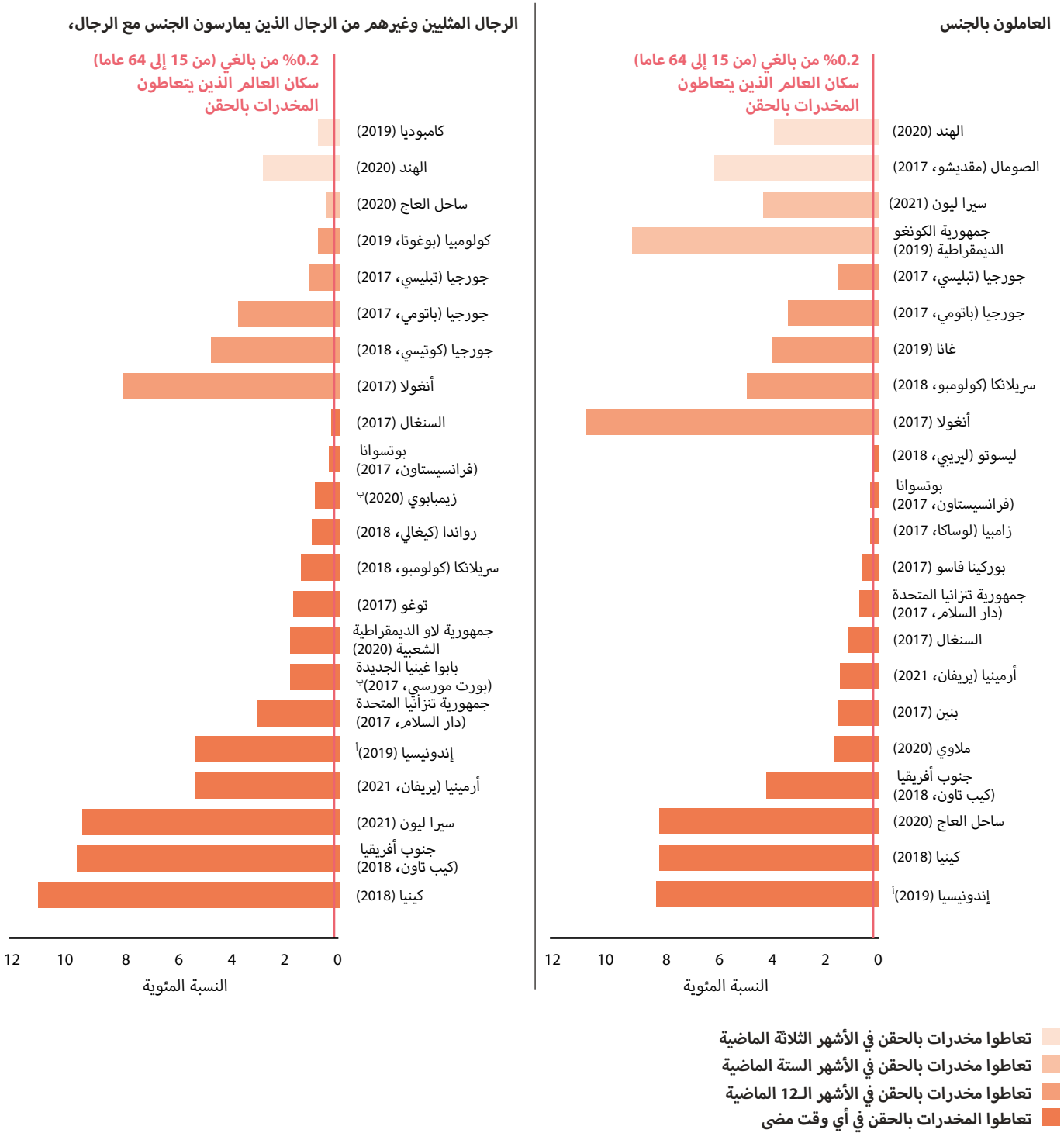
تعزيز برامج الحد من الضرر

نادرا ما يتم تقديم خدمات الحد من الضرر لمتعاطي المخدرات بالحقن على نطاق ذي مغزى. وفي عام 2021، كانت خدمات الحد من الضرر متاحة في 87 بلدا، معظمها على نطاق صغير وبشكل رئيسي في المناطق الحضرية. وفي آسيا والمحيط الهادئ وأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، حيث يعتبر تعاطي المخدرات بالحقن محركا مهما للعديد من الأوبئة الوطنية، وصل العلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون إلى 9% و4% على التوالي من متعاطي المخدرات بالحقن. وفي المقابل، شكل متعاطو المخدرات بالحقن 10% من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري لدى البالغين في جميع أنحاء العالم في عام 2021، بارتفاع النسبة إلى ما يقرب من 20% خارج إفريقيا جنوب الصحراء. وفي معظم المناطق التي قدمت البيانات، أفادت نسب عالية نسبيا (> 70%) من متعاطي المخدرات بالحقن باستخدام إبرة وحقنة معقمة في آخر حقنة، ولكن تم الوصول إلى حوالي 42% فقط من خلال مجموعة كاملة من خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري ذات الصلة.

وفي جميع أنحاء العالم، هناك 64 بلدا لديها لغة واضحة لدعم الحد من الضرر في استراتيجياتها الوطنية، وبينما كان استيعاب استراتيجيات الحد من الضرر داخل البلدان بطيئا، هناك أمثلة مشجعة على التغيير. فعلى سبيل المثال، قدمت أوغندا خدمات العلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون على الصعيد الوطني في عام 2021 (66). وقد وافقت الجزائر ومصر وباكستان أيضا على العلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون في 2021-2022، ووافقت فيتنام على توسيع نطاق برنامج أخذ الميثادون في المنزل (انظر قصة فيتنام المميزة في فصل 2) (67، 68).

وبالنسبة لجميع الفئات السكانية الرئيسية، يسبب الوصم والتمييز والقوانين والسياسات العقابية قابلية الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والحد من الوصول إلى خدمات الوقاية. وفي حالة متعاطي المخدرات بالحقن، يلزم اتخاذ إجراءات فورية لاستبدال جميع أشكال الاختبار الإجباري للمخدرات وفيروس نقص المناعة البشري والعلاج الإجباري من تعاطي المخدرات بنُهج طوعية غير قسرية.

شكل 2.8 الطبقات المتداخلة من التعرض بين العاملين بالجنس والرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، 2017-2021



[أ] المراهقون والشباب فقط

[ب] بما في ذلك مغايرات الهوية الجنسانية

المصدر: Integrated biological and behavioral surveys (see references at the end of the chapter); World drug report 2021. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2021 (https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html).



ورشة عمل حول الحد من الضرر في مركز استقبال شبكة أوغندا للحد من الضرر في موكونو، أوغندا، 24 أكتوبر 2019.

© UNAIDS/E. Echwalu

تسريع برامج تناول الميثادون في المنزل في فيتنام

عندما هدد إغلاق كوفيد19- قدرة الناس على الوصول إلى الميثادون، نفذت وزارة الصحة الفيتنامية، بدعم نشط من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ووكالات الأمم المتحدة الأخرى، سياسة جديدة لأخذ الميثادون في المنزل. وقد أظهر مشروع تجريبي وطني في ثلاث مقاطعات، بالإضافة إلى برنامج منفصل في مدينة هوشي منه، فعالية تناول الميثادون المنزلي كاستراتيجية لضمان الوصول المستمر إلى الخدمة وتحسين النتائج الصحية بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن.

وبعد الإجراءات الوطنية المبكرة التي حالت دون تفشي عدوى كوفيد19- خلال الموجات المبكرة للوباء، شهدت فيتنام ارتفاعا في حالات كوفيد19- في أغسطس وسبتمبر 2021 (69). وقد أدى ارتفاع 2021 هذا إلى زيادة العبء على النظم الصحية، بينما أدت عمليات الإغلاق الصارمة إلى تعطيل الخدمات وجعل الناس يترددون في الذهاب إلى العيادات الصحية يوميا.

وجعلت هذه الانقطاعات من الصعب على الناس الوصول إلى الميثادون. وتقدم فيتنام العلاج المداوم بالميثادون منذ عام 2008؛ واعتبارا من مارس 2021، كان أكثر من 51.000 شخص يتلقون العلاج المداوم بالميثادون في 341 عيادة و232 نقطة توزيع أدوية في 63 مقاطعة أو مدينة.

حققت هذه البرامج مستويات قوية من الاحتفاظ، حيث ظل 88٪ من الأشخاص المسجلين في البرنامج التجريبي المتعدد الجهات يتلقون الميثادون في المنزل بعد ستة أشهر.

وخلال الدراسة التجريبية الوطنية، تم تقديم الميثادون في المنزل إلى 232 شخصا في سبعة مراكز في مقاطعة لاي تشاو، وإلى 355 شخصًا في تسعة مراكز في ديان بيان، وإلى 361 شخصًا في خمسة مراكز في هاي فونج. وفي برنامج منفصل في مدينة هوشي منه، وصل تناول الميثادون في المنزل إلى 4415 شخصًا في 23 عيادة. وبين متلقي الميثادون متعدد الأيام، في المنزل، كان انتشار فيروس نقص المناعة البشري مرتفعا - 18.1٪ في التجربة متعددة المقاطعات، و30.1٪ في مدينة هوشي منه - وكان انتشار التهاب الكبد C أعلى (70، 71).

الصفحة التالية
التحقت السيدة أوناه، البالغة من العمر 56 عاما والمتعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري، بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية والعلاج المداوم بالميثادون منذ عام 2017. ديان بيان، فيتنام، مايو 2022.



UNAIDS ©

لقد حققت هذه البرامج مستويات قوية من الاحتفاظ، حيث ظل ٪88 من الأشخاص المسجلين في البرنامج التجريبي متعدد المقاطعات يتلقون الميثادون في المنزل بعد ستة أشهر. ومع زيادة عدد الجرعات المنزلية بمرور الوقت، انخفضت معدلات التوقف، المنخفضة، بشكل أكبر. كما تم الإبلاغ أيضا عن معدلات منخفضة من الأحداث الضارة، مع عدم وجود أعراض جرعة زائدة بالنسبة للأفراد المسجلين في برنامج مدينة هوشي منه، و 3.2 ٪ فقط من المشاركين قاموا بتخفيض أو تخطي الجرعة عن قصد.

يقول الدكتور فان ثي ثو هوونغ، المدير العام للسلطة الفيتنامية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز: «أظهر استعراض منتصف المدة المستقل أن هذه المبادرة تلبي طلب عملاء [العلاج المداوم بالميثادون].» ويضيف «أظهر البرنامج التجريبي أيضا أنه مع المراقبة المناسبة فإنه من الآمن للعملاء أخذ جرعات الميثادون في المنزل.» لقد كانت المبادرة مفيدة بشكل خاص وحظيت بتقدير كبير من قبل العملاء في سياق تفشي كوفيد19- الذي جعل الذهاب إلى عيادات الميثادون يوميا أمرا صعبا للغاية.

«لقد ضاعفنا النطاق الجغرافي للمشروع التجريبي في عام 2022 ونخطط لدمج إرشادات للجرعات المنزلية في التوجيهات الوطنية المحدثة للعلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون في عام 2023.»

أعرب تسعة وتسعون في المائة من الأشخاص المسجلين في كل من المشاريع متعددة المقاطعات ومدينة هوشي منه عن رضاهم عن البرنامج.

وأعرب تسعة وتسعون في المئة من الأشخاص المسجلين في كل من المشاريع متعددة المقاطعات ومدينة هوشي منه عن رضاهم عن البرنامج. إذ ساعد تناول الميثادون في المنزل في التغلب على بعض العوائق الرئيسية لاستخدام الخدمة والتي ذكرها العملاء، بما في ذلك النفقات، والنقل، والوقت اللازم لحضور العيادة. ووفقا للمقابلات النوعية مع المشاركين والأطباء، حسّن تناول الميثادون في المنزل أيضا من الالتزام بالعلاج وعزز إمكانات الكسب من خلال تقليل حاجة العمال للذهاب إلى العيادة كل يوم.

كانت هذه الفوائد واضحة للسيدة أوناه، البالغة من العمر 56 عاما والمتعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري في مدينة دين بيان والتي كانت مسجلة في كل من العلاج المضاد للفيروسات القهقرية وبالعلاج المداوم الميثادون منذ عام 2017. قبل جائحة كوفيد19-، كانت السيدة أوناه تقطع مسافة أربعة كيلومترات بالدراجة يوميا إلى عيادة الميثادون، سواء كان الجو ممطرا أو مشمسا. لقد مكنها العلاج المداوم بالميثادون من تجنب استخدام الهيروين وحسن صحتها العامة ورفاهيتها. وبعد أن أصبحت مؤهلة للحصول على ست جرعات كحد أقصى في المنزل خلال المشروع التجريبي، تعين على السيدة أوناه القدوم إلى العيادة مرة واحدة فقط في الأسبوع، مما ترك لها المزيد من الوقت لنفسها وتمكينها من البقاء في المنزل عندما يكون الطقس سيئًا. إنها تأمل في أن يستمر تناول الميثادون في المنزل ويتم توسيع نطاقه، وهي تحث على أن يظل هذا النهج متاحا وبدون تكلفة إضافية للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن والذين، مثلها، لديهم دخل محدود.

هذا الإصلاح المهم هو خطوة رئيسية نحو نهج لتعاطي المخدرات يرتكز على الصحة وحقوق الإنسان المتكاملة للحد من الضرر والحد من وصم التدخلات. وهناك حاجة إلى مزيد من الجهود للحفاظ على هذه المبادرة المبتكرة وتوسيع نطاقها بشأن العلاج المداوم بالميثادون في المنزل متعدد الأيام من أجل تحسين نوعية حياة الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات في فيتنام.

الصفحة التالية
جرعة الميثادون التي يتم صرفها في مركز المنطقة الصحية في جنوب تو ليم، هانوي، فيتنام.



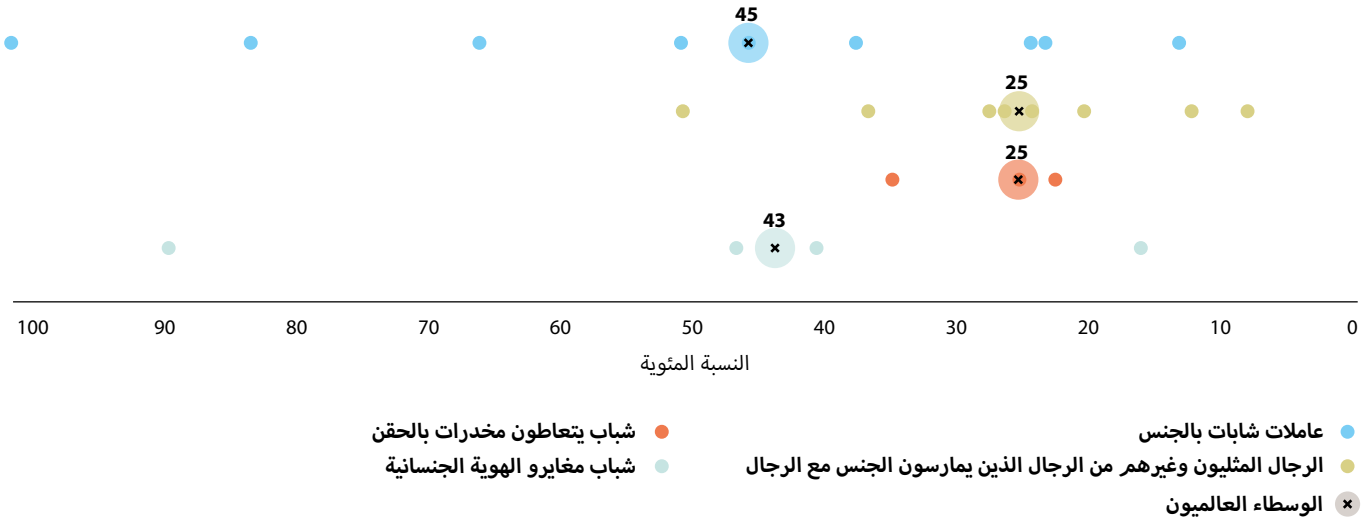
UNAIDS ©

الفئات السكانية الرئيسية الشابة يتم تركها في الظل

يتم إهمال الاحتياجات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري للفئات السكانية الرئيسية الشابة بشكل خاص. فتفتقر العديد من الأماكن إلى البيانات المتعلقة باتجاهات الإصابة بالفيروس وتغطية الخدمات بين الفئات السكانية الرئيسية الشابة، ولكن عندما تقوم البلدان بجمع هذه البيانات ودراستها، فإنها تكتشف أن الفئات السكانية الرئيسية الشابة – ما عدا في أفريقيا جنوب الصحراء– تمثل معظم الإصابات الجديدة بين الشباب. وفي آسيا والمحيط الهادئ، على سبيل المثال، تعتبر جميع الإصابات الجديدة بالفيروس، تقريبا، بين الشباب من الفئات السكانية الرئيسية وشركائهم الجنسيين (72).

وتشير الأدلة المتاحة إلى أن الفئات السكانية الرئيسية الشابة تواجه على الأقل العديد من الحواجز التي تحول دون خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، بما في ذلك الوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى واستخدامه، مثل نظرائهم الأكبر سنا. وفي آسيا والمحيط الهادئ، كان أقل من نصف الفئات السكانية الرئيسية الشابة تحصل في المتوسط على خدمات شاملة للوقاية من الفيروس بين عامي 2017 و2021 (وذلك بتباين كبير بين البلدان ومختلف الفئات السكانية الرئيسية) (شكل 2.9) (72). ويدفع كل من تجريم سلوكهم، والمضايقات والعنف على أيدي الموظفين المكلفين بإنفاذ القانون، والوصم والتمييز اليومي هؤلاء الشباب بعيدا عن الخدمات والدعم الذي يحتاجون إليه. وتعتبر متطلبات سن الموافقة والمواقف القائمة على أحكام مسبقة للعاملين في مجال الرعاية الصحية، إلى جانب المخاوف المتعلقة بالخصوصية والسرية، عقبات إضافية (73).

شكل 2.9 التغطية الشاملة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري بين شباب الفئات السكانية الرئيسية (15 - 24 عاما)، بلدان مختارة، آسيا والمحيط الهادئ، 2017-2021



المصدر: UNAIDS Global AIDS Monitoring, 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

ملحوظة: تم قياس تغطية الوقاية على أنها النسبة المئوية للأشخاص في فئة سكانية رئيسية الذين أفادوا بتلقي مجموعة مركبة من تدخلات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري في الأشهر الثلاثة الماضية (على الأقل اثنين من كل ثلاث خدمات): (1) تلقي الواقي الذكري والمزلقات؛ (2) تلقي المشورة بشأن استخدام الواقي الذكري والجنس الآمن؛ (3) الخضوع لاختبار الأمراض المنقولة جنسيا (لمغايري الهوية الجنسانية، والعاملين بالجنس، والمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال) أو تلقي إبرا أو محاقن معقمة (لمتعاطي المخدرات بالحقن).

ملاحظة: تم حساب متوسط تغطية الوقاية لشباب الفئات السكانية الرئيسية بناء على تسعة بلدان مبلغة عن بيانات خاصة بالعاملات بالجنس، وثمانية بلدان مبلغة عن بيانات خاصة بالرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال، وأربعة بلدان مبلغة عن بيانات خاصة بمغايري الهوية الجنسانية، وثلاثة بلدان مبلغة عن بيانات خاصة بمتعاطي المخدرات بالحقن.

ويمكن التغلب على كل هذه الحواجز. من المرجح أن تؤدي تدخلات فيروس نقص المناعة البشري للفئات السكانية الرئيسية الشابة أداء أفضل إذا اشتملت على دعم الأقران وقامت بتصميمها وإدارتها المنظمات التي يقودها المجتمع والتي تشمل المراهقين والشباب (74). وقد تلتف للإصلاحات القانونية أو الحلول البديلة على القوانين والممارسات المعيقة، بينما يمكن للتدريب والرصد الوثيق تقليل الوصم والتمييز في المرافق الصحية. ويمكن أيضا تكييف ساعات عمل وخدمات العيادة لتلائم الحقائق المعيشية للفئات السكانية الرئيسية الشابة.

وتعد خدمات الصحة الإلكترونية ابتكارا واعدا وملائما ومناسبا للفئات السكانية الرئيسية الشابة. ويمكن لبرامج فيروس نقص المناعة البشري القيام بعمل أفضل باستخدام الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي ومنصات المواعدة لمشاركة المعلومات وربط الفئات السكانية الرئيسية الشابة بالخدمات ذات الصلة (73). فعلى سبيل المثال، يدير مشروع LoveYourSelf في الفلبين خدمة توزيع الواقي الذكري القائمة على تطبيق عبر الإنترنت تسمى SafeSpacesPH، والتي تتيح للشباب الوصول إلى الواقي الذكري دون إحراج أو وصم. وفي تايلاند، يسمح نظام TestMeNow للشباب بالحجز بسهولة لاختبار فيروس نقص المناعة البشري عبر الإنترنت ثم إجراء هذا الاختبار في عيادة مجتمعية أو تابعة للقطاع الخاص (75).



The Lighthouse Social Enterprise (مؤسسة المنارة الاجتماعية) هي منظمة خاصة بمجتمع الميم يقودها الشباب وتقدم خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعةالبشري للأشخاص من الفئات السكانية الرئيسية، بما في ذلك الشباب، فيتنام، 2021.

Lighthouse Social Enterprise ©

المسجونون: بعيدون عن العين، بعيدون عن القلب

يعتبر فيروس نقص المناعة البشري، والسل، والتهاب الكبد الفيروسي (خاصة التهاب الكبد سي)، والآن كوفيد19- تهديدات رئيسية لما يقرب من 12 مليون شخص على مستوى العالم محتجزين في السجون ومراكز الاحتجاز في أي يوم (76). ويعد الأشخاص المسجونون أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بخمس مرات من البالغين في عموم السكان؛ تُظهر البيانات التي تم إبلاغها إلى برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في السنوات الأخيرة أن أكثر من 3% من نزلاء السجون في العالم متعايشون مع الفيروس في المتوسط. كما أن الاكتظاظ وسوء التهوية وسوء التغذية تعرض كلا من المساجين والعاملين في السجون وغيرها من الأماكن المغلقة لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، والسل، كما أنها تعرضهم أيضا لخطر الإصابة بفيروس سارس-كوف2- وللتعرض لعواقب صحية خطيرة عند الإصابة بهذا الفيروس (77، 78).

5 مرات

الأشخاص المسجونون أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بخمس مرات من البالغين في عموم السكان

وعلى الرغم من أن النساء يمثلن أقلية (7%) من نزلاء السجون في العالم، إلا أن بعض الدراسات تشير إلى أن السجينات قد يكنّ أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري من الرجال في السجن أو النساء في المجتمع الأوسع (79-81). وغالبا ما تكون الفئات الأكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري هي أيضا الأكثر تعرضا لخطر السجن، مثل متعاطيات المخدرات عن طريق الحقن والعاملات بالجنس، لأن العديد من البلدان تجرم سلوكهن. وقد كان متوسط انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين النساء المسجونات حوالي 4% (العدد = 25 بلدا) حتى عام 2021، مقارنة بنحو 3% (العدد = 50 بلدا) بين الرجال.

ويقدم عدد صغير – لكن متزايد ببطء– من البلدان على الأقل بعض الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري في أماكن الاحتجاز والسجون: بين عامي 2017 و2022، أفادت 52 بلدا بتقديم الواقيات الذكرية والمزلقات، وسبعة لديها برامج إبر ومحاقن، و27 تقدم العلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون للسجناء والأشخاص المحجوزين الآخرين. ويعتمد العديد من هذه الخدمات بشكل كبير على تمويل المانحين ودعمهم. كما أنها موزعة بشكل غير متساو في السجون وتميل إلى أن تكون مرتبطة بشكل ضعيف بالبرامج الوطنية لفيروس نقص المناعة البشري أو الصحة العامة أو الصحة والسلامة المهنية. ويعتبر الافتقار إلى الإرادة السياسية أكبر عائق أساسي (82-84).

ومع ذلك، هناك أمثلة مشجعة على التغيير. ففي عام 2020، نفذت كينيا أول مكان للعلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون في السجون للنساء والرجال والموظفين والمجتمعات المحيطة. وفي عام 2021، كانت برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، بما في ذلك توزيع الواقي الذكري، تعمل في السجون في جميع أنحاء كازاخستان. وقد أطلقت أوكرانيا برنامج صغير للعلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون في السجن في عام 2021 وكانت تعالج 72 شخصا في ست مؤسسات اعتبارا من سبتمبر 2021، وهناك خطط جارية لتوسيع البرنامج. ونفذت كندا برامج تبادل الإبر في 11 مؤسسة إصلاحية اتحادية. وفي جمهورية مولدوفا، قدمت إدارة السجون الوطنية 142.000 إبرة ومحقنا في السجون في عام 2021، وتعاونت خمس منظمات من المجتمع المدني لتقديم اختبار فيروس نقص المناعة البشري في السجون. وقد تم الآن اعتماد خمسة عشر سجنا من أصل 17 على أنها تقدم نفس المستوى من خدمات الرعاية الصحية مثل المجتمع الأوسع. وفي ملاوي، وبدعم من مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC)، تقدم العيادات الصحية للسجون الرعاية الصحية لحوالي 1200 سجينا وعاملا في أربعة سجون.

برامج الجمع بين وسائل الوقاية للأولاد والرجال

على الصعيد العالمي، انخفض عدد الرجال والفتيان (بين 15 و49 عاما) المصابين بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 27% منذ عام 2010، مقارنة بنسبة 32% بين النساء والفتيات. ومع ذلك، تحدث غالبية الإصابات الجديدة بالفيروس خارج أفريقيا جنوب الصحراء بين الرجال والفتيان، ولا سيما أثناء ممارسة الجنس غير الآمن مع رجال آخرين أو أثناء تعاطي المخدرات بالحقن بشكل غير آمن. وفي أفريقيا جنوب الصحراء، تحدث معظم الإصابات بالفيروس بين الرجال أثناء ممارسة الجنس بين الغيري دون وقاية.

ولا تزال المعرفة بفيروس نقص المناعة البشري بين الرجال والفتيان منخفضة: في جميع أنحاء آسيا والمحيط الهادئ وأفريقيا جنوب الصحراء، أقل من نصفهم لديهم معرفة أساسية بالفيروس. وفي معظم المناطق، تقل احتمالية معرفة الرجال البالغين بحالة إصابتهم بالفيروس عن معرفة النساء البالغات بذلك، مثلما هو الحال بالنسبة لبدئهم العلاج المضاد للفيروسات القهقرية والالتزام به في حالة إصابتهم بالفيروس (85). وتتشكل هذه الاتجاهات جزئيا من خلال رموز الذكورة السائدة التي تؤكد على الرزانة، والاستقلالية والقوة – الصور النمطية التي تضلل الرجال ومقدمي الرعاية الصحية على حد سواء. وقد أظهرت الأساليب المستخدمة في مشروع One Man Can (في جنوب إفريقيا)، وMAISHA (في جمهورية تنزانيا المتحدة) ومشاريع أخرى إمكانية تحسين المعايير الجنسانية وتغيير رموز الذكورة الضارة ودعم مشاركة الفتيان والرجال في خدمات الفيروس وغير ذلك من الخدمات الصحية (86-90). وهناك عوامل أخرى تلعب دورها أيضا. فالعديد من نماذج الخدمات الصحية – والرجال أنفسهم – تقدم الرعاية الصحية على أنها مصدر قلق نسائي بشكل رئيسي، وغالبا ما يكون العاملون في مجال الرعاية الصحية مجهزين تجهيزا غير كاف لمعالجة قضايا صحة الرجال (91). وفي بعض المناطق، غالبا ما يتم تنظيم خدمات الفيروس المرتكزة على المرافق حول خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل (14، 92-94). ويواجه الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال ومغايرو الهوية الجنسانية عقبات إضافية بسبب الوصم والتمييز أو رهاب المثلية الجنسية الصريح ورهاب مغايري الهوية الجنسانية.

%82

من الرجال في ملاوي زاروا المرافق الصحية في الاثني عشر شهرا الماضية

ولا يتم أيضا دمج خدمات فيروس نقص المناعة البشري بشكل كاف في الخدمات الصحية التي يحضرها الرجال، سواء كانوا يذهبون نيابة عن أنفسهم أو كمقدمي رعاية لآخرين. وتُظهر الدراسات من ملاوي أن 82% من الرجال قد زاروا المرافق الصحية في الاثني عشر شهرا الماضية، غالبا أثناء مرافقة الأطفال أو الأزواج، لكن معظم تلك الزيارات كانت إلى أقسام المرضى الخارجيين، حيث نادرا ما يتم تقديم خدمات الفيروس (95، 96). وفي البرازيل، تشير التقديرات إلى أن تسعة من كل 10 آباء متوقعين يرافقون شريكاتهم في زيارة رعاية ما قبل الولادة مرة واحدة على الأقل (97). وهذه فرص مثالية لتزويد الرجال بخدمات الفيروس والخدمات الصحية الأخرى والمعلومات عنها. ويمكن أيضا تحسين الوصول إلى الخدمات من خلال تمديد ساعات العمل بالعيادة عدة مرات في الأسبوع، وتقليل أوقات الانتظار، ووجود مساحات استشارية تقدم بعض الخصوصية وتدريب العاملين الصحيين لجعل زيارات الرعاية الصحية أقل ترهيبا للرجال (94). كما ينبغي تكثيف استراتيجيات التوعية للوصول إلى الرجال والمراهقين في الأماكن التي يتجمعون فيها (98، 99).

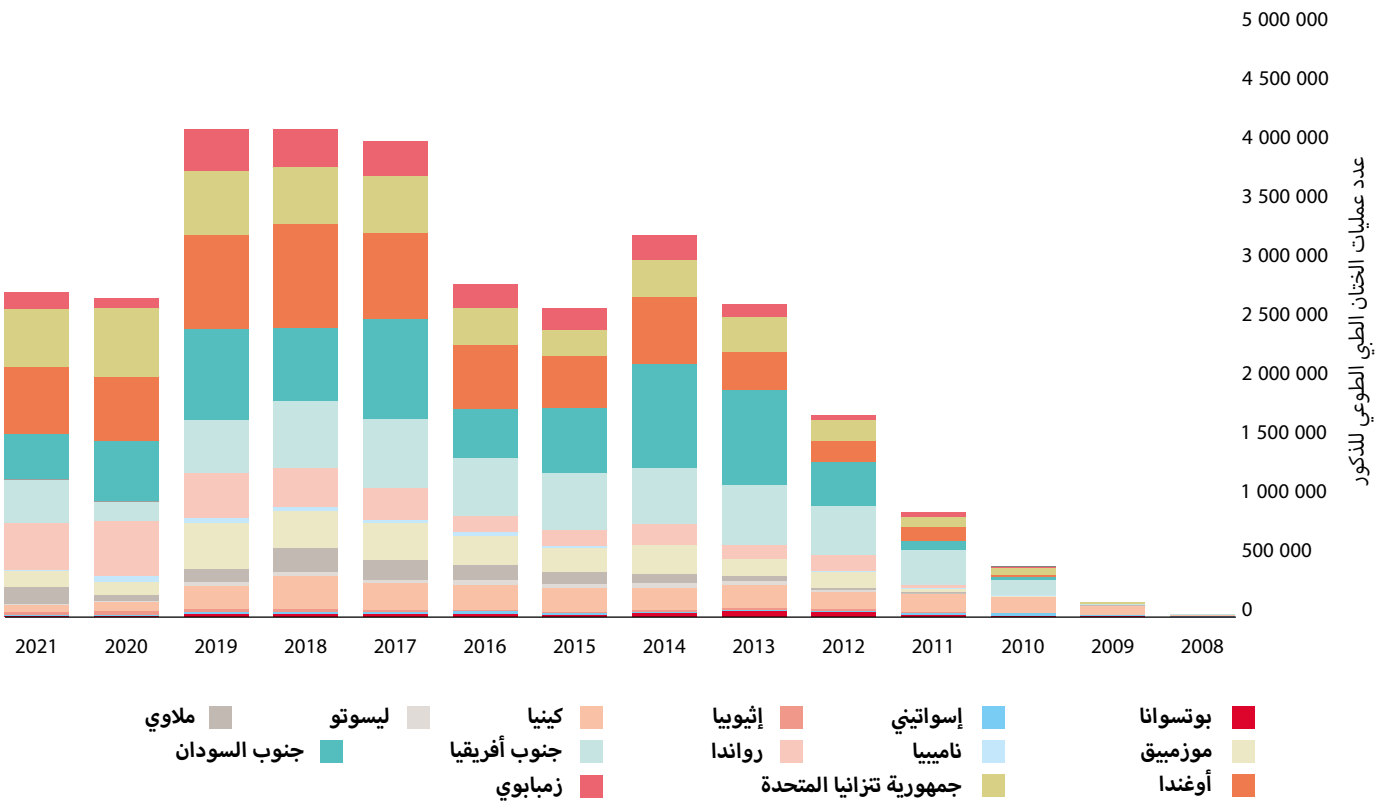
ولتحقيق تأثير أكبر، يجب أن تتجنب البرامج معاملة الرجال كمجموعة غير متمايزة. فهم متنوعون، وتختلف أسباب عدم استخدامهم للخدمات باختلاف الطبقات الاجتماعية والتجمعات والسياقات (14). وستكون الاستراتيجيات التي تستخدم نهجا يركز على الأشخاص وتقدم خدمات فيروس نقص المناعة البشري بطرق ملائمة ومحترمة ستكون أكثر فعالية في الوقاية من الفيروس بين الرجال والفتيان، وتحسين النتائج للجميع (100).

الختان الطبي الطوعي للذكور: تدخل لمرة واحدة فعال وبأسعار معقولة

يمكن أن تساعد التغطية العالية للختان الطبي الطوعي للذكور في تحقيق انخفاض كبير في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في شرق وجنوب إفريقيا (حيث توجد جميع البلدان الخمسة عشر ذات الأولوية لبرامج الختان الطبي الطوعي للذكور)، خاصة إذا تم دمجها مع مستويات عالية من العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لدى النساء والفتيات (101). وكتدخل لمرة واحدة، يعد الختان الطبي الطوعي للذكور أكثر فعالية من حيث التكلفة من التدخلات الوقائية التي تتطلب التقديم المتكرر (1).

ويعمل أكثر من اثني عشر بلدا أفريقيا على تشغيل برامج الختان الطبي الطوعي للذكور منذ عام 2007، لكن هذه البرامج تعطلت بشدة خلال السنة الأولى من جائحة كوفيد19- (شكل 2.10). ووفقا لأحد التقديرات، كان هناك انخفاض بنسبة 34% في عدد عمليات الختان الطبي الطوعي للذكور التي تم إجراؤها في عام 2020 في 15 بلدا ذات أولوية مقارنة بعام 2019 (102). وقد استأنفت البلدان منذ ذلك الحين برامجها، لكن قبول الخضوع للعلاج لم يعد عموما إلى مستويات ما قبل كوفيد19-، ويرجع ذلك جزئيا إلى انخفاض التمويل.

شكل 2.10 العدد السنوي لعمليات الختان الطبي الطوعي للذكور، 15 بلدا ذات أولوية، شرق وجنوب أفريقيا، 2008-2021



المصدر: UNAIDS Global AIDS Monitoring, 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

حتى الآن، وصلت برامج الختان الطبي الطوعي للذكور إلى الفئات العمرية الأصغر، مما يؤدي إلى تأخير تأثيرها على انتقال فيروس نقص المناعة البشري (103). وقد تحول التركيز الآن نحو زيادة التغطية بين الرجال البالغين الأكثر عرضة لخطورة الإصابة بالفيروس، الأمر الذي قد يكون أكثر صعوبة. وهو يتطلب الاستثمار في التكيفات التي تعالج الحواجز التي تحول دون الوصول وتعزز الطلب، خاصة للرجال ذوي الدخل المنخفض وأولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية. وتشمل العوائق مخاوف الرجال بشأن الألم المحتمل والآثار المعاكسة، وقلة التبصر في خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، والمخاوف من أن الختان قد يُنظر إليه على أنه أمر غير طبيعي في مجتمعاتهم (104-107). كما يبدو أن المخاوف بشأن فقدان الدخل أثناء الخضوع للإجراء والتعافي منه، بالإضافة إلى نفقات النقل، تمنع قبول الخضوع للإجراء (108). وقد تفتقد خدمات الختان الطبي الطوعي للذكور التي يتم تقديمها بشكل أساسي في المناطق الحضرية وأماكن العمل والمدارس العديد من الرجال ذوي الدخل المنخفض، وخاصة أولئك الذين يقيمون في المناطق الريفية.

وقد ثبت أن التوعية المتنقلة تصل إلى المزيد من الرجال والفتيان في المناطق التي تعاني من ضعف الخدمات. فعلى سبيل المثال، شهدت خدمات التوعية المبنية حول الشراكات مع المنظمات المجتمعية في زامبيا زيادة قدرها عشرة أضعاف في قبول الخضوع للختان الطبي الطوعي للذكور بين الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 19 و34 عاما (109). وهناك أيضا مؤشرات على أن التعويض المالي يمكن أن يزيد من قبول الخضوع للختان الطبي الطوعي للذكور: عندما تم تقديم ما يعادل الحد الأدنى للأجور ليومين (حوالي 6 دولارات أمريكية) لتغطية الأجور المفقودة في ملاوي، كان الرجال الذين يبلغون من العمر 20 عاما وما فوق أكثر عرضة لقبول الخضوع للختان الطبي الطوعي للذكور (110، 111). وبالمثل، تزامن تقديم الحوافز المالية في دراسة من زامبيا مع زيادة في قبول الخضوع للختان الطبي الطوعي للذكور من 3% إلى 37% (108).

شهدت خدمات التوعية المبنية حول الشراكات مع المنظمات المجتمعية في زامبيا زيادة قدرها عشرة أضعاف في قبول الخضوع للختان الطبي الطوعي للذكور بين الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 19 و34 عاما.

وقد أظهر ربط الختان الطبي الطوعي للذكور بالخدمات المقدمة للشريكات أيضا نتائج واعدة (111). ففي رواندا، يركز برنامج الختان الطبي الطوعي للذكور على شركاء الفتيات المراهقات والشابات المشاركات في مبادرة DREAMS لخطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز، بينما يركز مشروع في بوتسوانا على الشركاء الذكور للنساء اللواتي خضعن لفحص سرطان عنق الرحم (111). وستتطلب برامج الختان الطبي الطوعي للذكور المستدامة تطورا تدريجيا نحو دمج الخدمة في الأنظمة الصحية الوطنية.

يمكننا أن نعمل بشكل أفضل على الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري ومعالجته بين الأطفال

لقد انخفض عدد الأطفال الذين يصابون بفيروس نقص المناعة البشري عما كان عليه قبل عقد من الزمان، ولكن لا يزال هناك 160.000 [230.000-110.000] إصابة جديدة بين الأطفال (بين 0 و14 عاما) في عام 2021. ويوضح تحليل البيانات لماذا وأين لا تزال تحدث هذه العدوى. أما البلدان التي قللت بشكل كبير من الانتقال العمودي للفيروس فقد فعلت ذلك بتغطية عالية جدا لاختبار الفيروس وعلاجه بين المتعايشات مع الفيروس الحوامل، الأمر الذي تم تحقيقه جزئيا من خلال تحول شامل لعلاج جميع السياسات (انظر قصة بوتسوانا في هذا الفصل). ويسمح هذا النهج للمتعايشات مع الفيروس ببدء العلاج المضاد للفيروسات القهقرية قبل الحمل بفترة طويلة وتحقيق الحمل الفيروسي المنخفض أثناء الحمل وما بعده.

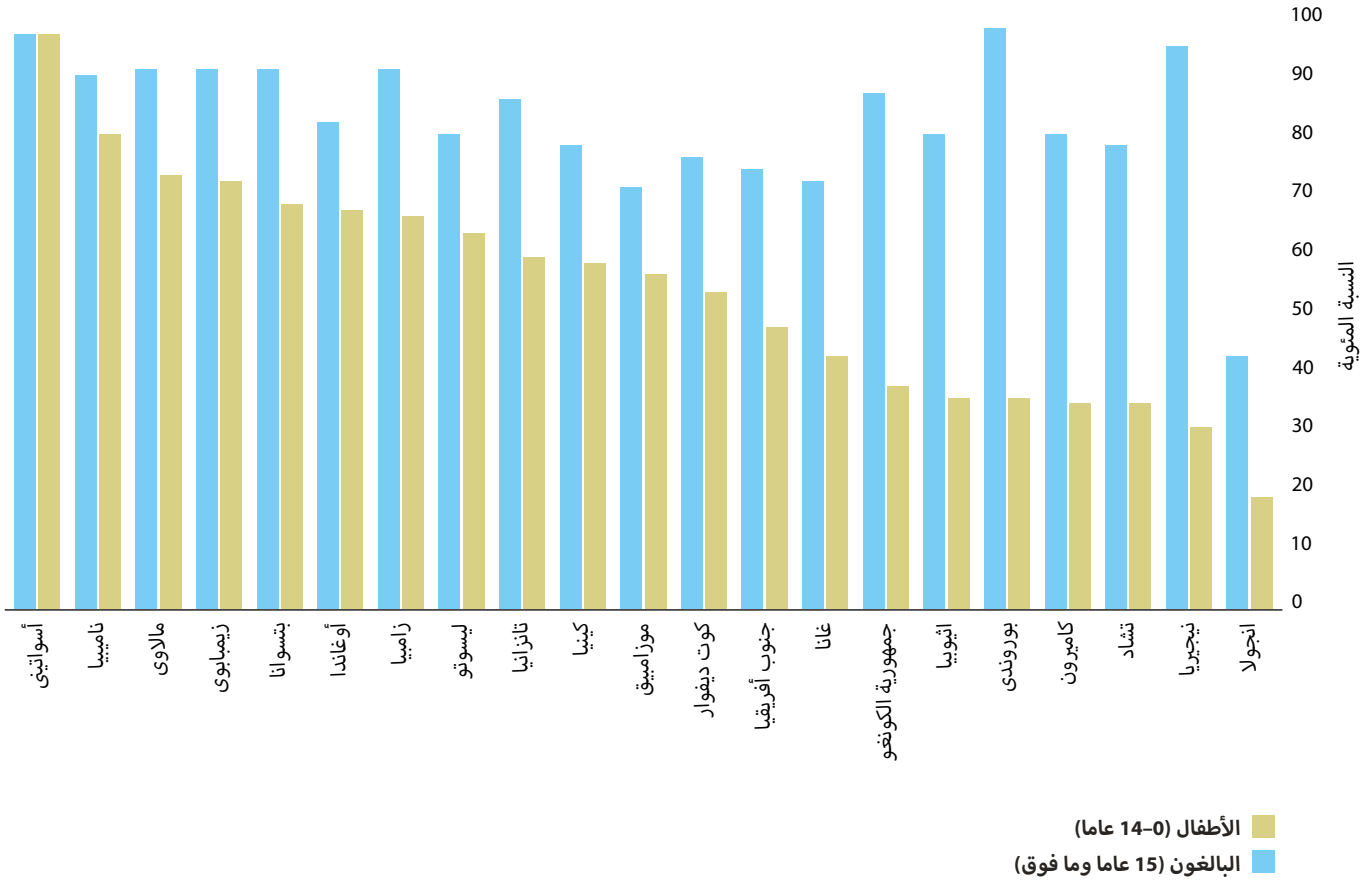
160.000

إصابة جديدة بين الأطفال بين 0 و14 عاما في عام 2021

ويجب أن تتمكن الأمهات والحوامل من الوصول إلى الخدمات الصحية بشكل آمن ومريح. لذلك يجب أن تكون حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين والمشاركة المجتمعية في صميم استراتيجيات البلد للقضاء على الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشري. وقد تم التأكيد على ذلك من خلال التقارير التي تفيد بأن المتعايشات مع الفيروس في بعض البلدان (بما في ذلك بوتسوانا، وكينيا، وملاوي، وأوغندا، والولايات المتحدة، وزامبيا، وزيمبابوي) قد تمت ملاحقتهن بسبب الرضاعة الطبيعية وزعم تعريض الأطفال حديثي الولادة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري (112، 113).

وبالإضافة إلى ذلك، لا يزال ما يقدر بـ 800.000 [990.000-640.000] من الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري لا يتلقون العلاج، حيث تعد تغطية علاج الأطفال بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية منخفضة بشكل خاص في غرب ووسط أفريقيا (35% [28%-41%]) وشرق وجنوب أفريقيا (56% [45%-71%]) (انظر شكل 2.11). ويعود ذلك أساسا إلى الفشل في اختبار جميع الأطفال الذين تعرضوا للفيروس وربط أولئك الذين اكتسبوا الفيروس بالعلاج والرعاية. وتُظهر البيانات التمثيلية من سبعة بلدان في شرق وجنوب إفريقيا من 2015-2017 أن 10% من الأطفال الذين تم تشخيصهم بالإصابة بالفيروس لم يتلقوا العلاج، وأن 48% لم يتم لديهم كبت الحمل الفيروسي (114). ويمكن أن يؤدي ضمان إجراء اختبار عند نقطة الرعاية، وخفض تكلفة أطقم الاختبار وتبسيط إجراءات الفحص إلى تحسين فرص تحديد الأطفال المتعايشين مع الفيروس الذين لم يتم تشخيصهم وضمان تلقيهم العلاج المنقذ للحياة.

شكل 2.11 تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بين الأطفال (0 - 14 عاما) والبالغين (15 عاما وما فوق) المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، بلدان مختارة، 2021



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

ما هو سبب استمرار إصابة الكثير من الأطفال بفيروس نقص المناعة البشري

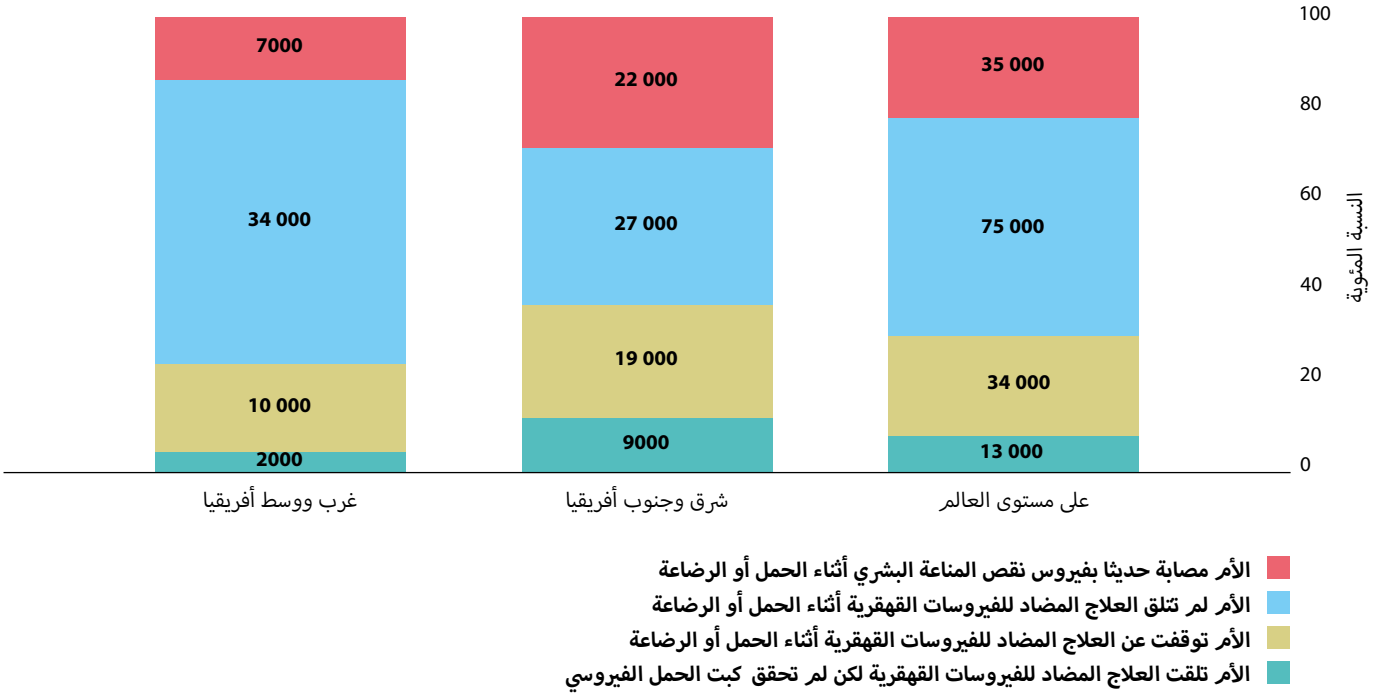
هناك صورة أوضح تظهر حول سبب استمرار إصابة العديد من الأطفال بفيروس نقص المناعة البشري. فتحليل البيانات المأخوذة من برامج فيروس نقص المناعة البشري والنمذجة (شكل 2.12) يبين أن ما يقرب من نصف حالات العدوى الجديدة بالفيروس لدى الأطفال (75.000 من حوالي 160.000 عدوى) ترجع إلى أن النساء المصابات بالفيروس لا يتلقين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية. فخدمات الفيروس لا تصل إلى هؤلاء النساء، وكثير منهن يتجنبن هذه الخدمات خوفا من الوصم والتمييز. كما أن الحواجز القانونية (مثل لوائح سن الرشد والقوانين التي تجرم الفئات السكانية الرئيسية) تجعل من الصعب عليهم اختبار الفيروس والبدء في العلاج المضاد للفيروسات القهقرية قبل الحمل. وهذا يؤدي إلى المزيد من الحالات غير المشخصة ومواصلة الانتقال. يجب إزالة تلك العوائق القانونية.

ما يقرب من نصف حالات العدوى الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري لدى الأطفال ترجع إلى أن النساء المصابات بالفيروس لا يتلقين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية.

وبالإضافة إلى ذلك، تحدث أكثر من 34.000 إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشري عند الأطفال عندما تكون الأمهات غير قادرات على الاستمرار في العلاج أثناء الحمل أو الإرضاع من الثدي. فالوصول المحدود إلى المرافق، والتكاليف غير المتوقعة (بما في ذلك رسوم المستخدم)، والوصم والتمييز المرتبطين بفيروس نقص المناعة البشري، والآثار الجانبية للأدوية، وصعوبات الالتزام بالعلاج، كلها عوامل تساهم في ضعف الاستبقاء. ويمكن أن تساعد إزالة رسوم المستخدم (انظر قصة الكاميرون في فصل 5) وتحسين جودة العلاج والرعاية (بما في ذلك استخدام نظم العلاج الأمثل والدعم الموثوق به من الأمهات المرشدات والأقران الآخرين) في إزالة هذه العوائق (115).

وتحدث 35.000 إصابة جديدة أخرى عندما لا تصل البرامج للنساء والفتيات اللاتي يصبن بفيروس نقص المناعة البشري حديثا خلال فترات الحمل أو الرضاعة الطبيعية. وهذا هو المحرك الرئيسي لانتقال الفيروس الرأسي في شرق وجنوب أفريقيا، حيث يحدث ما يقرب من نصف الإصابات الجديدة للأطفال. ويجب تعزيز خيارات الوقاية من الفيروس المثبتة، بما في ذلك العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، للنساء الحوامل والمرضعات وشركائهن في المناطق التي يرتفع فيها معدل حدوث الفيروس. ويجب تشجيع النساء الحوامل والمرضعات اللاتي لا يعرفن حالة إصابتهم بالفيروس ودعمهن للوصول إلى الاختبار، وإذا لزم الأمر وبدء العلاج بسرعة. وأخيرا، حدثت الإصابات الرأسية المتبقية البالغ عددها 13.000 لأن الأم كانت تتلقى العلاج، ولكن لم يتم كبت الحمل الفيروسي لديها.

شكل 2.12 النسبة المئوية للإصابات الرأسية الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب سبب الانتقال، في مناطق عالمية ومختارة، 2021



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/)

ويعتبر عنف الشريك الحميم تهديدا دائما. فبالإضافة إلى الضرر الذي يلحق بالناجيات، يمكن للعنف أيضا أن يجعل من الصعب على النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري البقاء في العلاج أو الرعاية، مما يعرضهن لأمراض متصلة بالفيروس ويعرض وأطفالهن للإصابة بالفيروس. وفي مراجعة منهجية حديثة لـ 14 دراسة من أفريقيا جنوب الصحراء، تراوح انتشار العنف بين النساء الحوامل المصابات بالفيروس من 18 % إلى 63 % (116، 117). يجب حماية جميع النساء، بما في ذلك النساء الحوامل والمرضعات، من عنف الشريك الحميم والحصول على دعم وتعويض أقوى إذا تعرضن لمثل هذا العنف (118).

بوتسوانا تقود الطريق للحصول على شهادة البلد ذات العبء العالي لفيروس نقص المناعة البشري على الطريق للقضاء على الانتقال الرأسي للفيروس

في ديسمبر 2021، أصبحت بوتسوانا أول دولة ذات عبء مرتفع لفيروس نقص المناعة البشري يتم اعتمادها من قبل اللجنة الاستشارية العالمية للتحقق من الصحة (GVAC) التابعة لمنظمة الصحة العالمية على أنها حققت إنجازا مهما على طريق القضاء على الانتقال الرأسي للفيروس. ولكن، ما يعادل هذا الإنجاز الذي حققته بوتسوانا هو كيفية توثيق هذا الإنجاز - باستخدام عملية إصدار الشهادات كوسيلة لتمكين المتعايشات مع الفيروس وتعزيز حقوقهن الأساسية.[1]

إن بوتسوانا هي أول دولة ذات عبء مرتفع لفيروس نقص المناعة البشري يتم اعتمادها لتحقيق المؤشرات المطلوبة للمستوى الفضي لمعايير «الطريق إلى القضاء على فيروس نقص المناعة البشري» التي تم تقديمها في عام 2017 (شكل 2.13) (119). وتتطلب الفئة الفضية معدل إصابة بالفيروس يقل عن 500 حالة لكل 100.000 ولادة حية، ومعدل انتقال رأسي للفيروس أقل من 5٪، وتوفير الرعاية السابقة للولادة والعلاج المضاد للفيروسات القهقرية لأكثر من 90٪ من النساء الحوامل.

1 اعتبارا من ديسمبر 2021، هناك 15 دولة وإقليما – أنغيلا، وأنتيجوا، وبربرودا، وأرمينيا (فيروس نقص المناعة البشري فقط)، وبيلاروسيا، وبرمودا، وجزر كايمان، وكوبا، ودومينيكا، وماليزيا، وجزر المالديف، وجمهورية مولدوفا (مرض الزهري فقط)، ومونتيسرات، وسريلانكا، وسانت كيتس، ونيفيس، وتايلاند تم اعتمادها للقضاء على الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشري والزهري. تطبق البلدان باستخدام معايير موحدة لتقييم أداء البرامج والبيانات وأنظمة المختبرات، وتضمن تكامل حقوق الإنسان، والمساواة بين الجنسين، والمشاركة المجتمعية في إطار عملية تشرف عليها منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز.

Next page
مساعد الرعاية الصحية، ثابيلو ماكجوكجوي يزور أم وطفلها في عيادة في جابورون، بوتسوانا، مايو 2022.



UNAIDS ©

شكل 2.13 الطريق إلى القضاء على انتقال فيروس نقص المناعة البشري من الأم إلى الطفل



المصدر: Adapted from: Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Geneva: WHO; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360).

[a] MTCT = mother-to-child transmission of HIV.

%95

من النساء الحوامل في بوتسوانا تلقين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في عام 2021

تُظهر بيانات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أن أكثر من 95٪ من النساء الحوامل في بوتسوانا تلقين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في عام 2021، مما يمثل ارتفاعا من 77٪ في عام 2010. وكانت معدلات الانتقال الرأسي 2.2٪ فقط، بانخفاض عن 9.0٪ قبل عقد من الزمن. ووفقا لامرأة متعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري في كغالاجادي الجنوبية، "لدي ثلاثة أطفال. . . لقد أرضعتهم كلهم رضاعة طبيعية، وتم إعطاؤهم جميعا أدوية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري».

ووضعت بوتسوانا المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري في قلب عملية توثيق نجاح البلاد في مجال الوقاية. وبدعم من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، يقوم المجتمع الدولي للنساء المتعايشات مع الفيروس بتوجيه شبكات المتعايشات مع الفيروس لإدارة أداة تقييم حقوق الإنسان لشبكاتهن في 10 مقاطعات في بوتسوانا.[2] وقادت هذه الشبكات العملية، وقدمت حكومة بوتسوانا الدعم اللوجستي لضمان مشاركة المتعايشات مع الفيروس في مكان آمن. كما قامت المتعايشات، وهن الممثلات في لجنة المصادقة الوطنية، بمراجعة مسودة تقرير المصادقة الوطني.

وأقرت اللجنة الاستشارية العالمية للمصادقة GVAC بأن برامج وخدمات بوتسوانا للقضاء على الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشري تتماشى مع المعايير الدولية والإقليمية والوطنية بشأن حقوق الإنسان، والمساواة بين الجنسين، والمشاركة المجتمعية. وكما لاحظت إحدى المتعايشات مع الفيروس في كوينينج ويست، «يمنح الممرضون وموظفو الرعاية الصحية الخيار للجميع للاختبار والعلاج. إنه دائما خيار واضح، وليس خيارا قسريا».

وعقدت وزارة الصحة في بوتسوانا، بمشاركة المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري وبدعم من البرنامج المشترك، ورشة عمل في مايو 2022 لتعزيز مشاركة الشركاء وأصحاب المصلحة لضمان استخدام النهج القائمة على الحقوق للحفاظ على شهادة المستوى الفضي للبلاد - واحتمال التقدم إلى المستوى الذهبي.

الصفحة التالية

"«لست متأكدة مما إذا كان قد مر 13 أو 14 عاما منذ تعايشي مع فيروس نقص المناعة البشري. لدي هذا الصبي الرائع، الذي ولد بدون الفيروس. اسمه لوس. زوجي أيضا متعايش مع الفيروس. كلانا يعلم أنه في يوم من الأيام ستكون هناك طريقة لتربية أطفال غير متعايشين مع الفيروس». كيسيجو باشا موبيلي، بوتسوانا، ديسمبر 2014.

2 ويشمل ذلك شبكة بوتسوانا للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري (BONEPWA +)، وBomme Isago (شريك محلي للمجتمع الدولي للمتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري)، وشبكة بوتسوانا للأخلاقيات، والقانون، وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز (BONELA).



UNAIDS ©

المراجع

1. *Kripke K, Eakle R, Cheng A, Rana S, Torjesen K, Stover J et al. The case for prevention–primary HIV prevention in the era of universal test and treat: a mathematical modeling study. EClinicalMedicine.* 2022;46:101347.
2. *HIV Prevention 2025 Road Map: getting on track to end AIDS as a public health threat by 2030. Geneva: Global HIV Prevention Coalition;* 2022 (*forthcoming*).
3. *Stover J, Rosen JE, Carvalho MN, Korenromp EL, Friedman HS, Cogan M et al. The case for investing in the male condom. PLoS One.* 2017;12(5):e0177108.
4. *UNFPA Product Catalogue* [*database*]. *New York* (*NY*): *UNFPA; c*2021 (*https://www.unfpaprocurement.org/products*).
5. *Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic* [*version 1*]. *Gates Open Res.* 2022;5:91.
6. *Developing effective condom programmes. Geneva: UNAIDS;* 2020 (*https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_UNAIDS_TechBrief.pdf*).
7. *Zimbabwe condom case study. Mann Global Health;* 2017 (*https://mannglobalhealth.com/wp-content/uploads/2017/11/MGH_Condom-Case-Study_Zimbabwe_Final_091117.pdf*).
8. *Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza J. National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries. Lancet HIV.* 2017;4(3):E134-E140.
9. *Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. PLoS Med.* 2018;15(12):e1002680.
10. *Tan SY, Melendez-Torres GJ. A systematic review and metasynthesis of barriers and facilitators to negotiating consistent condom use among sex workers in Asia. Cult Health Sex.* 2016;18(3):249-64.
11. *AIDSinfo* [*database*]. *Geneva: UNAIDS; c*2022 (*AIDSinfo.unaids.org*).
12. *Developing effective condom programmes. Geneva: UNAIDS;* 2020 (*https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_UNAIDS_TechBrief.pdf*).
13. *Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report, November–December 2021. Geneva: WHO;* 2022 (*https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1*).
14. *Cornell M, Majola M, Johnson L, Dubula-Majola V. HIV services in sub-Saharan Africa: the greatest gap is men. Lancet.* 2021;397(10290):2130-2.
15. *Havlir D, Lockman S, Ayles H, Larmarange J, Chamie G, Gaolathe T et al. What do the Universal Test and Treat trials tell us about the path to HIV epidemic control? J Int AIDS Soc.* 2020;23(2):e25455.
16. *Gwarisa M. #BREAKING: Dapivirine, Vaginal Ring Approved For Use in Zimbabwe. In: HealthTimes* [*Internet*]. 14 *July* 2021. *HealthTimes; c*2021 (*https://healthtimes.co.zw/2021/07/14/breaking-dapivirine-vaginal-ring-approved-for-use-in-zimbabwe/*).
17. *Fokazi S. More HIV prevention options for SA women as vaginal ring is approved. In: Sunday Times Live* [*Internet*]. 16 *March* 2022. *Arena Holdings* (*Pty*) *Ltd; c*2022 (*https://www.timeslive.co.za/news/south-africa/2022-03-16-more-hiv-prevention-options-for-sa-women-as-vaginal-ring-approved/*).

18. *Madeddu G, De Vito A, Cozzi-Lepri A, Cingolani A, Maggiolo F, Perno CF et al. Time spent with HIV-RNA ≤ 200 copies/ml in a cohort of people with HIV during the U=U era. AIDS.* 2021;35(7):1103-12.

19. *Kerzner M, De AK, Yee R, Keating R, Djomand G, Stash S et al. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake and service delivery adaptations during the first wave of the COVID-19 pandemic in 21 PEPFAR-funded countries. PLoS One.* 2022;17(4):e0266280.

20. *Holt M, Broady T, Mao L, Chan C, Rule J, Ellard J. Increasing pre-exposure prophylaxis use and "net prevention coverage" in behavioural surveillance of Australian gay and bisexual men,* 2014–19. *AIDS.* 2021;35(5):835-40.

21. *Estcourt C, Yeung A, Nandwani R, Goldberg D, Cullen B, Steedman N et al. Population-level effectiveness of a national HIV preexposure prophylaxis programme in MSM. AIDS.* 2021;35(4):665-73.

22. *Smith DK, Sullivan PS, Cadwell B, Waller LA, Siddiqi A, Mera-Giler R et al. Evidence of an association of increases in pre-exposure prophylaxis coverage with decreases in human immunodeficiency virus diagnosis rates in the United States,* 2012–2016. *Clin Infect Dis.* 2020;71(12):3144-51.

23. *Celum C, Baeten JM. Lesson on PrEP from the SEARCH study in east Africa. Lancet HIV.* 2020;7:e219-e220.

24. *Hanum N, Cambiano V, Sewell J, Phillips A, Rodger A, Speakman A et al. Use of HIV pre-exposure prophylaxis among gay, bisexual and other men who have sex with men in England. 23rd International AIDS Conference,* 6–10 *July* 2020. *Poster PEC*0367.

25. *Hojilla JC, Hurley LB, Marcus JL, Silverberg MJ, Skarbinski J, Satre DD et al. Characterization of HIV preexposure prophylaxis use behaviors and HIV incidence among US adults in an integrated health care system. JAMA Netw Open.* 2021;4(8):e2122692.

26. *Kifetew CA, Mukiwa T, Sparrowhawk A. HIV pre-exposure prophylaxis and Black people in England: addressing heath information inequities through a national campaign. Fifth Joint Conference of the British HIV Association and the British Association for Sexual Health and HIV,* 19–21 *April* 2021. *Abstract O*015.

27. *Hillis A, Germain J, Hope V, McVeigh J, Van Hout MC. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention among men who have sex with men (MSM): a scoping review on PrEP service delivery and programming. AIDS Behav.* 2020;24(11):3056-70.

28. *Celum CL, Delany-Moretlwe S, Baeten JM, van der Straten A, Hosek S, Bukusi EA et al. HIV pre-exposure prophylaxis for adolescent girls and young women in Africa: from efficacy trials to delivery. J Int AIDS Soc.* 2019;22(*Suppl* 4):e25298.

29. *Mwangi S, Miloyo C, Gacheru J, Kwala D, Oiyo L, Mwangi P. Structured support groups improves PrEP uptake among female sex workers in Nairobi: a case study of BHESP. International AIDS Conference,* 18–21 *July* 2021. *Abstract OAD*0504.

30. *Lau JY, Hung CT, Lee SS. A review of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) programmes by delivery models in the Asia–Pacific through the healthcare accessibility framework. J Int AIDS Soc.* 2020;23(7):e25531.

31. *Chinbunchorn T, Nampaisarn O, Ramautarsing R, Sanyam S, Sangpasert T, Chanlearn P et al. Factors associated with accessing free PrEP services in Thailand. 23rd International AIDS Conference,* 6–10 *July* 2020. *Abstract PED*1282.

32. *PrEP innovation and implementation in Asia and the Pacific: virtual regional discussion,* 15–16 *December* 2020. *Meeting report. Geneva;* 2021 (*https://unitaid.org/assets/PrEP-innovation-and-implementation-in-Asia-and-the-Pacific-Meeting-Report-2020.pdf*).

33. *Velloza J, Khoza N, Scorgie F, Chitukuta M, Mutero P, Mutiti K et al*. *The influence of HIV-related stigma on PrEP disclosure and adherence among adolescent girls and young women in HPTN* 082: *a qualitative study*. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(3):*e*25463.

34. *Atukunda EC, Owembabazi M, Pratt MC, Psaros C, Muyindike W, Chitneni P et al*. *A qualitative exploration to understand barriers and facilitators to daily oral PrEP uptake and sustained adherence among HIV-negative women planning for or with pregnancy in rural southwestern Uganda*. *J Int AIDS Soc*. 2022;25(3):*e*25894.

35. *Reed JB, Shrestha P, Were D, Chakare T, Mutegi J, Wakhutu B et al*. *HIV PrEP is more than ART-lite*: *longitudinal study of real-world PrEP services data identifies missing measures meaningful to HIV prevention programming*. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(10):*e*25827.

36. *Pollock S, Toegel F, Holtyn AF, Rodewald AM, Leoutsakos J, Fingerhood M et al*. *Effects of incentives on viral suppression in people living with HIV who use cocaine or opiates*. *Drug and Alcohol Dependence*. 2020;212:108000.

37. *Delany-Moretlwe S, Hughes JP, Bock P, Ouma SM, Hunidzarira P, Kalonji D et al*. *Cabotegravir for the prevention of HIV-*1 *in women*: *results from HPTN* 084, *a phase* 3, *randomised clinical trial*. *Lancet*. 2022;399(10337):1779-89.

38. *Eshleman SH, Fogel JM, Piwowar-Manning E, Chau G, Cummings V, Agyei Y et al*. *Characterization of human immunodeficiency virus* (*HIV*) *infections in women who received injectable cabotegravir or tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine for HIV prevention*: *HPTN* 084. *J Infect Dis*. 2022;225(10):1741-9.

39. *Landovitz RJ, Donnell D, Clement ME, Hanscom B, Cottle L, Coelho L et al*. *Cabotegravir for HIV prevention in cisgender men and transgender women*. *N Engl J Med*. 2021;385(7):595-608.

40. *Landovitz RL, Donnell D, Tran H, Kallas EG, Magnus M, Marzinke M et al*. *Updated efficacy, safety and case studies in HPTN* 083: *CAB-LA vs TDF/FTC for PrEP*. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 12–16 February* 2022. *Abstract* 96.

41. *Scott H*. *Preparing for the plate of prevention options*: *how can we deliver*. *Conference on Retroviral and Opportunistic Infections, 12–16 February* 2022. *Abstract* 57.

42. *MSF response*: *ViiV will not license new game-changing long-acting HIV prevention drug to generic manufacturers*. *In*: *Médicines Sans Frontières* (*Internet*). 4 *March* 2022. *Geneva*: *Médicines Sans Frontières; c*2022 (*https://msf-access-campaign.prezly.com/msf-response-viiv-will-not-license-new-game-changing-long-acting-hiv-prevention-drug-to-generic-manufacturers#*).

43. *Pillay Y, Venter F, Hassan F*. *What is the use of anti-HIV injections when those who need it most can't use it? In*: *Bhekisisa.org* (*Internet*). 30 *March* 2022. *Johannesburg*: *Bhekisisa; c*2022 (*https://bhekisisa.org/article/*2022-03-30-*what-is-the-use-of-anti-hiv-injections-when-those-who-need-it-most-cant-use-it/*).

44. *Neilan AM, Landovitz RJ, Le MH, Grinsztejn B, Freedberg KA, McCauley M et al*. *Cost-effectiveness of long-acting injectable HIV preexposure prophylaxis in the United States*: *a cost-effectiveness analysis*. *Ann Intern Med*. 2022;175(4):479-89.

45. *Jamieson L*. *The relative cost-effectiveness of long-acting injectable cabotegravir versus oral pre-exposure prophylaxis*: *a modelled economic evaluation and threshold analysis in South Africa based on the HPTN* 083 *and* 084 *trials*. *The Lancet*. 2022;1 *March*. *Preprint*.

46. *Community position statement*: *CAB-LA must be immediately licensed to generic suppliers to enable affordable, widespread access for all people at risk of HIV*. *Afrocab;* 2022 (*http://www.afrocab.info/wp-content/uploads/*2022/03/*CAB-LA-Community-Statement-Final.pdf*).

47. *CADO 4/PADO 5: approach to delivery of LA ARVs for HIV treatment and prevention in LMICs: cabotegravir as a precedent-setting case study. Video presentation by Clinton Health Access Initiative* (https://www.longactinghiv.org/files/inline-files/DavidRipin-LEAP2022.mp4).

48. *ViiV Healthcare open to voluntary licensing as part of approach to enable greater access to Cabotegravir LA for PrEP in low- and middle-income countries. Media release. In: ViiV Healthcare* [*Internet*]. *4 April 2022. Brentford* (*UK*): *ViiV Healthcare; c2021* (https://viivhealthcare.com/hiv-news-and-media/news/company-statements/viiv-healthcare-and-medicines-patent-pool/).

49. *Key findings from the 2021 scorecards of the Global HIV Prevention Coalition. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*

50. *Mabaso M, Makola L, Naidoo I, Mlangeni LL, Jooste S, Simbayi L. HIV prevalence in South Africa through gender and racial lenses: results from the 2012 population-based national household survey. Int J Equity Health. 2019;18(1):167.*

51. *McKinnon LR, Karim QA. Factors driving the HIV epidemic in southern Africa. Curr HIV/AIDS Rep. 2016;13(3):158-69.*

52. *We've got the power: women, adolescent girls and the HIV response. Geneva: UNAIDS;* 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_women-adolescent-girls-and-hiv_en.pdf).

53. *HERStory2: process evaluation of the combination HIV prevention intervention for adolescent girls and young women* [*AGYW*], *Global Fund grant period 2019 to 2022. Pretoria: South African Medical Research Council; 2021* (https://www.samrc.ac.za/sites/default/files/attachments/2021-07-27/HERStory2%20Process%20Evaluation%20Report%20Overview.pdf).

54. *Muthoni CN, Kneipp SM, Gichane MW, Caiola CE, Pettifor AE, Williams JR. A systematic review of HIV interventions for young women in sub-Saharan Africa. AIDS Behav. 2020;24(12):3395-413.*

55. *Lacombe-Duncan A, Kia H, Logie CH, Todd KP, Persad Y, Leblanc G et al. A qualitative exploration of barriers to HIV prevention, treatment and support: perspectives of transgender women and service providers. Health Soc Care Community. 2021;29(5):e33-e46.*

56. *The journey towards comprehensive sexuality education. Paris: UNESCO; 2021* (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/The%20journey%20towards%20comprehensive%20sexuality%20education%2C%20Global%20status%20report.pdf).

57. *Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School-based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014;9(3):e89692.*

58. *Goldfarb ES, Lieberman LD. Three decades of research: the case for comprehensive sex education. J Adolesc Health. 2021;68(1):13-27.*

59. *Mark NDE, Wu LL. More comprehensive sex education reduced teen births: quasi-experimental evidence. Proc Natl Acad Sci USA. 2022;119(8):e2113144119.*

60. *Facing the facts: the case for comprehensive sexuality education. Policy paper 39. Paris: UNESCO; 2019* (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368231).

61. *Haberland N. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. Int Perspect Sex Reprod Health. 2015;41(1):31-42.*

62. *The DHS Program STATcompiler* [*database*]. *The DHS Program; c2022* (http://www.statcompiler.com).

63. *Population-based surveys,* 2015–2020.

64. *Logie CH, Perez-Brumer A, Parker R. The contested global politics of pleasure and danger: sexuality, gender, health and human rights. Glob Public Health.* 2021;16(5):651-63.

65. *Singh A, Both R, Philpott A. "I tell them that sex is sweet at the right time" – a qualitative review of "pleasure gaps and opportunities" in sexuality education programmes in Ghana and Kenya. Glob Public Health.* 2021;16(5):713-88.

66. *Global state of harm reduction: 2021 update* [Internet]. *Harm Reduction International;* 2021 (https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-2021).

67. *Algeria: Addressing the Needs of People who Inject Drugs. In: UNODC.org* [Internet]. 7 *June* 2022. *Vienna: UNODC; c*2022 (https://www.unodc.org/romena/en/Stories/2022/June/algeria_-addressing-the-needs-of-people-who-inject-drugs.html).

68. *UNODC. Unified budget results and accountability framework* (*UBRAF*), 2016–2021. *Geneva: UNAIDS;* 2020 (https://open.unaids.org/sites/default/files/documents/UNODC_Organizational%20report_2020.pdf).

69. *Pollack T, Thwaites G, Rabaa M, Choisy M, van Doorn R, Van Tan L et al. Emerging COVID-19 success story: Vietnam's commitment to containment. In: Our World in Data* [Internet]. 5 *March* 2021. *Global Change Data Lab; c*2022 (https://ourworldindata.org/covid-exemplar-vietnam).

70. *Assessment of the emergency multiday take-home dose methadone distribution in Ho Chi Minh City in the context of COVID-19. Ho Chi Minh City: UNAIDS, HCDC, UMP Vietnam;* 2021.

71. *Results after 6 months of the pilot implementation of the methadone take-home program on patients undergoing opioid—type drug addiction treatment in three provinces of Vietnam in* 2021. *Hanoi: Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Center for Training and Research on Substance Abuse—HIV* (*Hanoi Medical University*); 2021.

72. *Putting young key populations first: HIV and young key populations in Asia and the Pacific,* 2022. *Bangkok: UNAIDS Regional Support Team;* 2022 [*forthcoming*].

73. *Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. J Int AIDS Soc.* 2015;18(2 *Suppl* 1):19833.

74. *Confronting inequalities: lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS—Global AIDS Update* 2021. *Geneva: UNAIDS;* 2021.

75. *Doing it from a distance: how telehealth is preserving HIV service delivery during COVID-19. In: EpiC Blog* [Internet]. 21 *October* 2020. *EpiC Blog; c*2021 (https://epicproject.blog/2020/10/21/doing-it-from-a-distance-how-telehealth-is-preserving-hiv-service-delivery-during-covid-19/).

76. *Walmsley R. World prison population list. 12th ed. London: Institute for Crime and Justice Policy Research;* 2018.

77. *Kim H, Hughes E, Cavanagh A, Norris E, Gao A, Bondy SJ et al. The health impacts of the COVID-19 pandemic on adults who experience imprisonment globally: a mixed methods systematic review. PLoS One.* 2022;17(5):e0268866.

78. *Mitigating the disruptive impact of infection prevention and control measures in prisons: core principles and recommendations. COVID-19 guidance note. Vienna: UNODC; July* 2021.

79. *Data matters. Vienna: UNODC;* 2021 (https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/DataMatters1_prison.pdf).

80. *Pillay N, Chimbga D, Van Hout MC. Gender inequality, health rights and HIV/AIDS among women prisoners in Zimbabwe. Health Hum Rights.* 2021;23(1):225-36.

81. *Women in prison, HIV and hepatitis C. Ottawa (ON): Canadian HIV/AIDS Legal Network;* 2020 (*https://whai.ca/wp-content/uploads/2020/01/Women-in-Prison-HIV-and-Hepatitis-C.pdf*).

82. *Van Hout MC, Stöver H, Benamara K, Bauer P, Salah E.* 90–90–90: *catalysing the response to HIV by enhancing prison visibility in the Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) strategy beyond* 2021. *Public Health.* 2021;190:e5-e6

83. *World drug report* 2019. *Booklet* 2. *Vienna: UNODC;* 2019.

84. *The Joint WHO–ILO–UNAIDS policy guidelines on improving health workers' access to HIV and TB prevention, treatment, care and support services: a guidance note. Geneva: WHO, ILO, UNAIDS;* 2011 (*https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_149714.pdf*).

85. *Kusemererwa S, Akena D, Nakanjako D, Kigozi J, Nanyunja R, Nanfuka M et al. Strategies for retention of heterosexual men in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. PLoS One.* 2021;16(2):e0246471.

86. *Gottert A, Pulerwitz J, Haberland N, Mathebula R, Rebombo D, Spielman K et al. Gaining traction: promising shifts in gender norms and intimate partner violence in the context of a community-based HIV prevention trial in South Africa. PLoS One.* 2020;15(8):e0237084.

87. *Leddy AM, Gottert A, Haberland N, Hove J, West RL, Pettifor A et al. Shifting gender norms to improve HIV service uptake: qualitative findings from a large-scale community mobilization intervention in rural South Africa. PLoS One.* 2021;16(12):e0260425.

88. *Lees S, Marchant M, Selestine V, Mshana G, Kapiga S, Harvey S. The transformative effects of a participatory social empowerment intervention in the MAISHA intimate partner violence trial in Tanzania. Cult Health Sex.* 2021;23(10):1313-28.

89. *Park E, Wolfe SJ, Nalugoda F, Stark L, Nakyanjo N, Ddaaki W et al. Examining masculinities to inform gender-transformative violence prevention programs: qualitative findings from Rakai, Uganda. Glob Health Sci Pract.* 2022;10(1):e2100137.

90. *Global sexual and reproductive health package for men and adolescent boys. New York (NY): UNFPA;* 2017 (*https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/IPPF_UNFPA_GlobalSRHPackageMenAndBoys_Nov2017.pdf*).

91. *Sileo KM, Fielding-Miller R, Dworkin SL, Fleming PJ. A scoping review on the role of masculine norms in men's engagement in the HIV care continuum in sub-Saharan Africa. AIDS Care.* 2019;31(11):1435-46.

92. *Chikovore J, Gillespie N, McGrath N, Orne-Gliemann J, Zuma T. Men, masculinity and engagement with treatment as prevention in KwaZulu-Natal, South Africa. AIDS Care.* 2016;28 *Suppl* 3:74-82.

93. *Dovel K, Yeatman S, Watkins S, Poulin M. Men's heightened risk of AIDS-related death: the legacy of gendered HIV testing and treatment strategies. AIDS.* 2015;29(10):1123-5.

94. *Beia T, Kielmann K, Diaconu K. Changing men or changing health systems? A scoping review of interventions, services and programmes targeting men's health in sub-Saharan Africa. Int J Equity Health.* 2021;20(1):87.

95. *Dovel K, Balakasi K, Gupta S, Mphande M, Robson I, Khan S et al. Frequency of visits to health facilities and HIV services offered to men, Malawi. Bull World Health Organ.* 2021;99(9):618-26.

96. *Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. J Int AIDS Soc.* 2020;23 (*Suppl* 2):*e*25517.

97. *Barker G, Contreras M, Heilman B, Singh A, Verma R, Nascimento M. Evolving men: initial results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES). Washington (DC): International Center for Research on Women;* 2011 (*http://www.icrw.org/sites/default/files/publications/Evolving-Men-Initial-Results-from-the-International-Men-and-Gender-Equality-Survey-IMAGES-1.pdf*).

98. *Sharma M, Barnabas RV, Celum C. Community-based strategies to strengthen men's engagement in the HIV care cascade in sub-Saharan Africa. PLoS Med.* 2017;14(4):*e*1002262.

99. *Atkins K, Yeh PT, Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD, O'Reilly KR et al. Service delivery interventions to increase uptake of voluntary medical male circumcision for HIV prevention: a systematic review. PLoS One.* 2020;15(1):e0227755.

100. *Makusha T, van Rooyen H, Cornell M. Reframing the approach to heterosexual men in the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. J Int AIDS Soc.* 2020;23(*Suppl* 2):70-71.

101. *Vandormael A, Akullian A, Siedner M, de Oliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. Nat Commun.* 2019;10(1):5482.

102. *Peck M, Ong K, Lucas T, Kiggundu V, Thomas A, Chandler S et al. Characterizing the effect of the COVID-19 pandemic on PEPFAR-supported voluntary medical male circumcision services,* 2020. *International AIDS Conference,* 18–21 *July* 2021. *Abstract PEC*281.

103. *Davis SM, Hines JZ, Habel M, Grund JM, Ridzon R, Baack B et al. Progress in voluntary medical male circumcision for HIV prevention supported by the US President's Emergency Plan for AIDS Relief through* 2017: *longitudinal and recent cross-sectional programme data. BMJ Open.* 2018;8:e021835.

104. *Palmer E. The factors that affect the low uptake of voluntary medical male circumcision among adult males* (20–39 *years of age*) *in Gauteng Province, South Africa.* 22*nd International AIDS Conference,* 23–27 *July* 2018. *Poster THPED*419.

105. *Mejia C, Swai M, Zimmerman E, McElwee E, Mphuru L, Lweno Z. Behavior design methodology for uptake of voluntary medical male circumcision among fisherfolks in the lake zone of Tanzania.* 22*nd International AIDS Conference,* 23–27 *July* 2018. *Poster PDD*0504.

106. *Odero K, Otenyo J, Odima S, Akolong G, Ophwette A, Pulkol S. Barriers to uptake of voluntary medical male circumcision* (*VMMC*) *among men aged above* 24 *years in Turkana West Subcounty, Kenya. ICASA* 20*th Conference,* 2–7 *December* 2019. *Poster FRPEC*217.

107. *Sangweni PN, Mavundla TR, Moab PS. Factors hindering effective uptake of medical male circumcision at Untunjambili area in KwaZulu-Natal, South Africa. Health SA.* 2019;24:*a*1305.

108. *Carrasco MA, Wilkinson J, Kasdan B, Fleming P. Systematic review of barriers and facilitators to voluntary medical male circumcision in priority countries and programmatic implications for service uptake. Glob Public Health.* 2019;14(1):91-111.

109. *Durrell M, Aladesanmi L, Laube C, Mohan D, Kaira F, Chituwo O et al. Financial compensation increases voluntary medical male circumcision uptake among high-risk men in Zambia. ICASA* 20*th Conference,* 2–7 *December* 2019. *Abstract FRPEC*209.

110. *Kennedy CE, Yeh PT, Atkins K, Fonner VA, Sweat MD, O'Reilly KR et al. Economic compensation interventions to increase uptake of voluntary medical male circumcision for HIV prevention: a systematic review and meta-analysis. PLoS One.* 2020;15(1):e0227623.

111. *Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: enhancing uptake of VMMC among adolescent boys and men at higher risk for HIV—evidence and case studies. Technical brief. Geneva: WHO;* 2021.

112. *Cameron S. It takes more than a village to end HIV criminalisation. In: HIV Justice Network* *Internet*\. 23 *September* 2021. *HIV Justice Network; c*2022 (*https://www.hivjustice.net/news/feature-it-takes-more-than-a-village/*).

113. *HIV Justice Network. Beyond blame. Challenging criminalization for HIV Justice Worldwide* *webinar*\. *In: You Tube* *Internet*\. 9 *December* 2021 (*https://www.youtube.com/watch?v=NztI96PlNCk&ab_channel=HIVJusticeNetwork*).

114. *Teasdale CA, Zimba R, Abrams EJ, Sachathep K, Ndagije F, Nuwagaba-Biribonwoha H et al. Estimates of the prevalence of undiagnosed HIV among children living with HIV in Eswatini, Lesotho, Malawi, Namibia, Tanzania, Zambia, and Zimbabwe from* 2015 *to* 2017: *an analysis of data from the cross-sectional Population-based HIV Impact Assessment surveys. Lancet HIV.* 2022;9(2):*e*91-*e*101.

115. *One hundred and fifty thousand preventable new HIV infections among children in* 2020. *In: UNAIDS.org* *Internet*\. 31 *January* 2022. *Geneva: UNAIDS; c*2022 (*https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022/january/20220131_preventable-new-HIV-infections-among-children*).

116. *Omonaiye O, Kusljic S, Nicholson P, Manias E. Medication adherence in pregnant women with human immunodeficiency virus receiving antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review. BMC Public Health.* 2018;18(1):805.

117. *Yonga AM, Kiss L, Onarheim KH. A systematic review of the effects of intimate partner violence on HIV-positive pregnant women in sub-Saharan Africa. BMC Public Health.* 2022;22(1):220.

118. *No responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines; Geneva: WHO;* 2013 (*https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_e*).

119. *Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Geneva: WHO;* 2021 (*https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360*).

المصادر الإضافية لشكل 2.8

المصادر الخاصة بالعاملين بالجنس

Biological and behavioural surveillance survey of HIV/STIs among select key populations, Botswana. 2017.

Cartographie programmatique, estimation de la taille et enquete biocomprortementale parmi les populations cles (PS, HSH, UD) au Burkina Faso.

Enquête bio-comportementale et cartographique en direction des travailleuses de sexe dans cinq localités de la Côte d'Ivoire. 2020.

Enquete de Surveillance de Deuxieme Generation Relative aux IST, VIH et SIDA au Benin (ESDG-2017). Travailleuses de sexe, serveuses de bar et testaurants et clients PS. 2017.

Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les professionnelles du sexe et leurs clients au Togo. 2017.

Integrated bio-behavioral surveillance and population size estimation survey among female sex workers in Tbilisi and Batumi, Georgia. 2017.

HIV Prevention 2.0 (HP2). Achieving an AIDS-free generation in Senegal. 2017.

Integrated bio-behavioral surveillance survey among female sex workers in Dar es Salaam, United Republic of Tanzania. 2017

Integrated bio-behavioural surveillance survey (IBBSS2) report for key populations in Lesotho. 2019.

Integrated bio-behavioral surveillance surveys and key population size estimations among people who inject drugs, female sex workers, men who have sex with men and transgender persons, Armenia. 2021.

Integrated bio-behavioural survey and key population size estimation among female sexual workers (FSW), men who have sex with men (MSM), persons who inject drugs (PWID), transgender (TG) and people in closed settings (PCS) in Sierra Leone. 2021.

Integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) survey among key populations at higher risk of HIV in Sri Lanka. 2018.

Integrated biological and behavioural survey among female sex workers in Zambia. 2016–2017.

Integrated biological-behavioural surveillance survey among adolescent and young people who inject drugs, female sex workers, males who have sex with males and male to female transgender persons in Indonesia. 2018–2019.

Integrated HIV and sexually transmitted infections (STIs) bio-behavioural survey (IBBS) amongst key populations in Somalia.

Malawi biological and behavioural surveillance survey. 2019–2020.

National AIDS Control Support project. India; 2020.

Population size estimates and integrated biological and behavioural survey among female sex workers and their intimate partners in Ghana. 2019.

Rapport de l'enquete sur la cartographie programmatique et estimation de taille des populations cles exposees aux risques du VIH/SIDA et des IST dans 12 provinces de la RDC.

Relatório final: mapeamento programático e prevalência de VIH e outras ITS entre Populações Chave de Angola: Estudo PLACE 2017. Chapel Hill, NC: UNC, INLS, FHI360; 2018.

South African Health Monitoring Survey: a biological and behavioural survey among female sex workers in South Africa. 2018.

Third National Behavioural Assessment of Key Populations in Kenya. Polling booth survey report. 2018.

المصادر الخاصة بالمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال

Behavioral and biological assessment and population size estimation for men who have sex with men (MSM) in Kigali, Rwanda. 2018.

Biological and behavioural surveillance survey of HIV/STIs among select key populations, Botswana. 2017.

Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia. 2019.

Enquête bio comportementale chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) dans les villes de Divo, Daloa, Abengourou, Bouaflé et Korhogo, Côte d'Ivoire. 2020.

Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Togo. 2017.

HIV and STI biobehavioural survey among men who have sex with men, trangender women and genderqueer individuals in Zimbabwe. 2020.

HIV Prevention 2.0 (HP2). Achieving an AIDS-free generation in Senegal. 2017.

HIV risk and prevention behaviors among men who have dex with men in Tbilisi, Batumi and Kutaisi, Georgia. 2018.

Integrated bio-behavioral surveillance survey among men who have sex with men in Dar es Salaam, United Republic of Tanzania. 2017.

Integrated bio-behavioral surveillance surveys and key population size estimations among people who inject drugs, female sex workers, men who have sex with men and transgender persons, Armenia. 2021.

Integrated bio-behavioural survey and key population size estimation among female sexual workers (FSW), men who have sex with men (MSM), persons who inject drugs (PWID), transgender (TG) and people in closed settings (PCS) in Sierra Leone. 2021.

Integrated biological and behavioural survey among men who have sex with men and transgender women in Cambodia. 2019.

Integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) survey among key populations at higher risk of HIV in Sri Lanka. 2018.

Integrated biological-behavioural surveillance survey among adolescent and young people who inject drugs, female sex workers, males who have sex with males and male to female transgender persons in Indonesia. 2018–2019.

Integrated biological-behavioral surveillance survey among female sex workers and men who have sex with men in Lao People's Democratic Republic. 2020.

Key findings from the Key Population Integrated Bio-Behavioural Survey, Port Moresby, Papua New Guinea. 2017.

National AIDS Control Support project. India; 2020.

Relatório final: mapeamento programático e prevalência de VIH e outras ITS entre Populações Chave de Angola: Estudo PLACE 2017. Chapel Hill, NC: UNC, INLS, FHI360; 2018.

South African Men's Health Monitoring Survey: a biological and behavioural survey among men who have sex with men in South Africa. 2019.

Third National Behavioural Assessment of Key Populations in Kenya. Polling booth survey report. 2018.

تحقيق الحقوق

يؤدي تفشي التمييز واللامساواة الهيكلية إلى إجبار الفئات السكانية المنبوذة على المزيد من التراجع وتقويض الجهود المبذولة للقضاء على وباء الإيدز. وهذه المظالم، المتضمنة في العلاقات الاجتماعية والمدونة في القوانين والسياسات، تحرم الملايين من احتمالية أن يعيشوا حياة صحية ومُرضية - وتغذي وباء فيروس نقص المناعة البشري العالمي الذي دخل الآن عقده الخامس. لقد زادت جائحة كوفيد19- من حالات اللامساواة والتمييز المنهجي هذه وعززتها، لا سيما من خلال عمليات الإغلاق، التي أضرت بشكل خاص بالنساء والفئات السكانية المهمشة (1، 2).

إلى جانب تسريع إتاحة الأدوات الطبية الحيوية للحد من جائحة فيروس نقص المناعة البشري، يجب على البلدان اتخاذ إجراءات للوفاء بالتزاماتها الأوسع في مجال حقوق الإنسان والحد من أوجه اللامساواة الأساسية وأشكال التمييز المتداخلة التي تعيق التقدم ضد وباء فيروس نقص المناعة البشري العالمي. ويتطلب القيام بذلك إصلاحات في المجال القانوني، وتغيير الأعراف المجتمعية الضارة، وتوسيع توزيع الموارد والفرص عبر المجتمعات، وزيادة مشاركة المنظمات التي يقودها المجتمع في تخطيط الخدمات وتقديمها ومراقبتها (3). هذه الإصلاحات هي أساس أهداف 10-10-10 لعام 2025، والتي تشمل التغييرات الرئيسية اللازمة لإزالة العوائق المجتمعية والقانونية لبيئة مواتية لخدمات الفيروس.

«إن الإعمال الكامل لجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية للجميع عنصر أساسي في الاستجابة العالمية لوباء فيروس نقص المناعة البشري، بما في ذلك في مجالات الوقاية، والاختبار، والتشخيص، والعلاج، والرعاية، والدعم، وأن مثل هذه الاستجابة تقلل من تعرض الشخص للإصابة بالفيروس».

- قرار مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة رقم 47/14، حقوق الإنسان في سياق فيروس نقص المناعة البشري والإيدز، 27 يوليو 2021

عدم التجريم

Criminaliيؤدي تجريم بعض الأنشطة أو السلوكيات إلى تعريض الفئات السكانية الرئيسية والمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري للأذى من خلال إبعادهم عن الدعم والخدمات التي يمكن أن تساعدهم في حماية صحتهم (4، 5). ويشمل هذا تجريم العمل بالجنس، والعلاقات الجنسية المثلية، والتنوع والتعبير بين الجنسين، والتعرض لفيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عنه، واستخدام العقاقير المخدرة أو حيازتها للاستخدام الشخصي.

وعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أجريت في 10 دول أفريقية جنوب الصحراء أن العقوبات الجنائية القاسية على العلاقات الجنسية المثلية كانت مرتبطة بثمانية أضعاف خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال مقارنة بالأماكن التي لا توجد بها هذه القوانين (6). وبالمثل، وجد التحليل التلوي للدراسات أن خطر العنف الجنسي أو الجسدي أكبر بثلاثة أضعاف تقريبا في الأماكن التي يتم فيها مراقبة العمل بالجنس من قبل الشرطة بشكل مكثف (7). ووجدت دراسة أخرى في أفريقيا جنوب الصحراء أن انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين العاملين بالجنس كان أقل سبع مرات في البلدان التي ألغت تجريم العمل بالجنس جزئيا، مقارنة بالدول التي حافظت على نهج تجريم العمل بالجنس (4). كما توجد أدلة تربط تجريم تعاطي المخدرات بزيادة الوصم والعنف الداخليين، وضعف الوصول إلى الخدمات، والتأثير السلبي على الوقاية من الفيروس وعلاج متعاطي المخدرات (8، 9).

وتوصي اللجنة العالمية المعنية بفيروس نقص المناعة البشري والقانون بأن تطبق الدول حقوق الإنسان ومبادئ الصحة العامة لإزالة أو إصلاح القوانين والسياسات التي تمنع الناس من الوصول إلى خدمات الفيروس والخدمات الصحية الأخرى التي يحتاجون إليها (10). وهذا هو السبب الذي يجعل البلدان بحاجة إلى اتخاذ خطوات فورية نحو إلغاء التجريم الكامل واعتماد ممارسات إنفاذ القانون التي تدعم الاستجابات للفيروس ولا تعرقلها. وعلاوة على ذلك، يجب أيضا إنهاء استخدام قوانين أكثر عمومية لاستهداف الأشخاص المصابين بالفيروس والفئات السكانية الرئيسية - مثل تلك المتعلقة بالتشرد أو الجرائم الصغيرة.

وقد تحركت عشرات البلدان نحو بيئة قانونية أكثر تمكينا (انظر فصل 1)، عادة كاستجابة لمناصرة ونشاط الفئات السكانية المهمشة ومنظماتها. وتعد بلجيكا هي أحدث دولة ألغت تجريم العمل بالجنس (انظر قصة بلجيكا في هذا الفصل)، بينما تم إدخال إصلاحات مماثلة في أجزاء من أستراليا (نيو ساوث ويلز، والإقليم الشمالي، وفيكتوريا) (11).[1] وفي نيوزيلندا، التي أصبحت في عام 2003 أول دولة تبطل تجريم العمل بالجنس، يتمتع العاملون بالجنس بنفس الحقوق التي يتمتع بها غيرهم من العاملين، بما في ذلك الصحة المهنية والسلامة وحماية حقوق الإنسان (12). كما أكدت المحكمة العليا في الهند مؤخرا أن العاملين بالجنس يحق لهم التمتع بالحماية المتساوية بموجب القانون، وأصدرت توجيهات لحماية العاملين بالجنس من عنف الشرطة ومضايقاتهم، وضمان وصولهم إلى الخدمات الاجتماعية (13).

ومنذ عام 2016، ألغت ستة بلدان على الأقل القوانين التي تجرم العلاقات الجنسية المثلية،[2] وأدخلت تسع دول على الأقل طرقا قانونية لتغيير العلامات والأسماء الجندرية دون الحاجة إلى الخضوع لعملية جراحية لتغيير الجنس (14).[3]

خبراء حقوق الإنسان يطالبون بإنهاء الحرب على المخدرات

في يونيو 2022، أصدر 25 خبيراً مستقلا من خبراء حقوق الإنسان التابعين للأمم المتحدة بيانا يدعو إلى إنهاء ما يسمى بالحرب على المخدرات ويدعو الحكومات إلى تعزيز السياسات التي تستجيب للاعتبارات الجنسانية والمتجذرة في حقوق الإنسان (21). وأشار الخبراء إلى أن السياسات في ظل الحرب على المخدرات لها «آثار سلبية بعيدة المدى على أوسع نطاق من حقوق الإنسان»، بما في ذلك الحق في الصحة. وشددوا على أنه لا ينبغي التعامل مع تعاطي المخدرات وإدمانها كمسألة جنائية، ودعوا إلى إغلاق مراكز العلاج الإجباري من المخدرات.

1 تشمل البلدان الأخرى التي يكون العمل بالجنس فيها قانونيا أو غير مجرم: النمسا، والإكوادور، وألمانيا، واليونان، وهولندا، نيوزيلندا، ودولة بوليفيا متعددة القوميات، وأوروجواي.

2 البلدان هي: أنجولا، وبوتان، وبوتسوانا، والجابون، وسيشل.

3 البلدان هي: بلجيكا، وتشيلي، وفرنسا، واليونان، وإيسلندا، ولوكسمبورج، وباكستان، والبرتغال، وأوروجواي.

وقد قامت دول أخرى، وآخرها زيمبابوي، بإصلاح قوانينها التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عنه (15). ولسوء الحظ، قامت دول أخرى أيضا بتغيير قوانينها خلال تلك الفترة للسماح بفرض عقوبات أشد في حالات التعرض لفيروس نقص المناعة البشري (16).[4]

ويتجذر عدم المساواة بعمق في سياسات المخدرات العالمية، التي تؤثر بشكل غير متناسب على الأشخاص المهمشين على أساس النوع الاجتماعي، والعرق، والميل الجنسي، والوضع الاجتماعي والاقتصادي. ويكشف مؤشر سياسة الأدوية العالمية - الذي يوثق، ويقيس، ويقارن سياسات الأدوية على المستوى الوطني - عن فجوة عميقة في مناهج الدول تجاه الأدوية، حيث كانت درجات البلدان الخمسة في أعلى الترتيب أعلى بثلاث مرات من أدنى خمس دول في الترتيب. (17).[5]

وقامت بعض الولايات القضائية بالفعل بإجراء هذا التغيير التمكيني. ففي نوفمبر 2020، أصبحت ولاية أوريغون أول ولاية في الولايات المتحدة الأمريكية تلغي تجريم حيازة جميع أنواع المخدرات وزيادة الوصول إلى الخدمات الصحية الداعمة (18). وفي الآونة الأخيرة، حصلت مقاطعة كولومبيا البريطانية الكندية بنجاح على إعفاء من قوانين المخدرات الفيدرالية، مما سمح لها بإلغاء تجريم حيازة كميات صغيرة من المخدرات القوية، في حين أن تايلاند هي أول دولة في آسيا والمحيط الهادئ خارج أستراليا تبطل تجريم حيازة الماريجوانا للاستخدام الشخصي (19، 20).

«المجتمع ككل سعيد بهذا الحكم [الصادر عن المحكمة العليا في الهند] ونأمل أن يتبع الجميع جميع التوصيات، خاصة الشرطة والصحافة، الذين تم ذكرهم على وجه التحديد. ونأمل أن تقدم الحكومة الدعم، على المستوى المركزي ومستوى الولاية، لجميع العاملين بالجنس بكل الطرق الممكنة. كما نأمل أن التوصيات سوف. . . تقلل الوصم والتمييز، الذي غالبا ما يواجهه أفراد هذا المجتمع».

- السيدة بهاراتي داي والسيدة بيشكها لاسكر، من لجنة Durbar Mahila Samanwaya، وهي مجموعة تضم حوالي 65.000 عاملة بالجنس في غرب البنغال، الهند، معلقةً على الحكم الذي أصدرته المحكمة العليا في الهند بأن العاملين بالجنس يتمتعون بحماية متساوية بموجب القانون

4 البلدات التي اعتمدت عقوبات أشد في حالة التعرض لفيروس نقص المناعة البشري تشمل كولومبيا، والمكسيك، وموزمبيق، والفلبين.

5 البلدان التي حصلت على أعلى الدرجات هي تلك التي لديها سياسات دوائية وتنفذها بما يتماشى مع مبادئ الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، والصحة، والتنمية.



في مارس 2022، أطلق برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز برنامج Unbox Me للدفاع عن حقوق الأطفال مغايري الهوية الجنسانية في الفترة التي سبقت اليوم العالمي لمغايري الهوية الجنسانية ضد الوصم والتمييز. ففي الهند، يغادر أكثر من 90٪ من مغايري الهوية الجنسانية منازلهم أو يُطردون منها في سن 15 عاما. وحتما، يعيش الكثيرون في الشارع بلا مال أو تعليم، ويعتمدون غالبا على العمل بالجنس. ويميل الوصم والتمييز والتجريم إلى جعل مغايري الهوية الجنسانية والمتنوعين جنسيا غير مرئيين، مع وجود أشكال متطرفة من التمييز تؤدي حتى إلى إنكار وجود أشخاص متنوعين جنسيا.

UNAIDS ©

التقدم في إلغاء تجريم العمل بالجنس في بلجيكا وولاية فكتوريا في أستراليا

شهدت الأشهر الأخيرة تقدما مهما في الجهود المبذولة لإلغاء تجريم العمل بالجنس، حيث حقق العاملون بالجنس انتصارات تشريعية في بلجيكا وولاية فيكتوريا الأسترالية. ومن المفارقات أن جائحة كوفيد19-، التي تسبب في مثل هذا الدمار للعاملات بالجنس في جميع أنحاء العالم هي التي دفعت، في الواقع، إلى اتخاذ إجراءات لحماية صحتهن، وحقوقهن، ورفاههن.

30 مرة

العاملات بالجنس تزيد احتمالية إصابتهن بفيروس نقص المناعة البشري 30 مرة عن النساء في عموم السكان

وتتطلب الاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز تحقيق أهداف طموحة ولكن قابلة للتحقيق بين الفئات السكانية الرئيسية. ومن بين الفئات الأكثر تضررا من فيروس نقص المناعة البشري العاملات بالجنس، اللاتي تزيد احتمالية إصابتهن بالفيروس 30 مرة عن النساء في عموم السكان. وتظهر الدراسات أن إلغاء تجريم العمل بالجنس من شأنه أن يمنع 33-46٪ من الإصابات الجديدة بالفيروس بين العاملات بالجنس وعملائهن في خلال 10 سنوات (21).

وفي آذار (مارس) 2022، أصبحت بلجيكا أول دولة في أوروبا تلغي تجريم العمل بالجنس (انظر المربع)، والبلد الآخر الوحيد في العالم الذي يفعل ذلك بعد نيوزيلندا. وقد تلقى الدفع لإلغاء تجريم العمل بالجنس دعما قويا ومؤثرا من الخبراء الأكاديميين وفنسنت فان كويكنبورن، وزير العدل البلجيكي. وبموجب القانون الجديد، يتمتع العاملون بالجنس العاملون لحسابهم الخاص بنفس الحقوق التي يتمتع بها غيرهم من العاملين لحسابهم الخاص، بما في ذلك الوصول إلى نفس تدابير الحماية الاجتماعية الممنوحة لقطاعات العمل الأخرى. كما يلغي القانون الجديد تجريم الأطراف الثالثة، الذين لن يُعاقبوا بعد الآن على فتح حساب مصرفي أو تأجير مكان للعاملات الجنس، ويسمح للعاملات بالجنس بالإعلان عن خدماتهن.

وكان التصويت القوي لصالح إلغاء التجريم (71 مقابل 4، وامتناع 40 عضوا عن التصويت) نتيجة مباشرة للدعوة من قبل العاملين بالجنس لتعزيز الحماية الاجتماعية خلال كوفيد19-، مما أدى إلى زيادة وعي الحكومة والجمهور. يقول دان باوينز، مدير منظمة Utsopi، وهي منظمة للعاملين بالجنس «تتمتع بلجيكا بمستوى معيشي مرتفع بسبب شبكة أمان ضخمة يمكننا أن نفخر بها حقا.» ويضيف «لذلك صُدم الناس حقا [عندما علموا] أن العاملين بالجنس لم يتلقوا دعما حكوميا [خلال جائحة كوفيد19-] في حين أن كل قطاع آخر حصل عليه . . . كان بإمكان الناس رؤية طوابير من العاملين بالجنس في الشوارع يصطفون في طوابير لتوزيع الطعام».

وقال السيد فان كويكنبورن إنه شعر بالارتياح والرضا بعد التصويت. «إن وجود العمل بالجنس حقيقة لا يمكن إنكارها في كل مجتمع. ولا ينبغي أن يكون الأمر من المحرمات عندما يختار العاملون بالجنس القيام بذلك بحرية. إن توفير إطار تشريعي لا يقر ويحترم العاملين بالجنس فحسب؛ بل يحسن حياتهم بشكل كبير أيضا». وأضاف الوزير «نحن الدولة الثانية في العالم التي تمنح مثل هذا الاعتراف والحقوق واسعة النطاق للعاملين بالجنس. آمل أن تحذو العديد من البلدان الأخرى حذونا قريبا».

الصفحة التالية

«Appéro Pute»، هو اجتماع شهري تعقده Utsopi لإشراك مجتمع العاملين بالجنس في مساحة آمنة حيث يمكنهم التحدث عن عملهم مع أقرانهم، ولمشاركة مخاوفهم، ولتقديم أفكار حول ما يجب القيام به بشكل جماعي في المنظمة. بروكسل، بلجيكا، يوليو 2022.



UNAIDS/Miguel Soll ©

إلغاء التجريم مقابل تقنين العمل بالجنس

التقنين مصطلح غالبا ما يتم الخلط بينه وبين عدم التجريم. ووفقا للشبكة العالمية لمشاريع العمل بالجنس، يشير إلغاء التجريم إلى إزالة أو عدم وجود قوانين جنائية أو غيرها من القوانين التي تضطهد العاملين بالجنس، في حين أن التقنين هو إدخال قوانين تهدف إلى فرض تنظيم الدولة والتحكم في العمل بالجنس (2). وتتضمن أمثلة التقنين قوانين التخطيط المحلية التي تقيد العدد والموقع وقواعد العمل لشركات العمل بالجنس، أو قوانين الصحة العامة التي تتطلب التسجيل الإلزامي و/أو الاختبار الإجباري للعداوى المنقولة جنسيا أو فيروس نقص المناعة البشري للعاملين بالجنس. ويؤدي هذا إلى نظام من مستويين للعاملين بالجنس الشرعيين وغير الشرعيين، مما قد يؤدي إلى ظروف عمل استغلالية وانتهاكات لحقوق الإنسان لمن هم غير شرعيين. كما يجوز تطبيق عقوبات جنائية في حالة عدم الامتثال لشروط التقنين (22).

ولا يعني عدم التجريم بالضرورة عدم وجود شكل من أشكال التنظيم الذي يهدف إلى احترام وحماية حقوق الإنسان والعمل للعاملين بالجنس، مثل معايير الصحة والسلامة المهنية. ويختلف هذا عن التقنين، حيث يتم تصميم تنظيم الدولة للتحكم في العمل بالجنس والحد منه وغالبا ما يتم تطبيقه من قبل الشرطة.

يأتي قرار المشرعين في بلجيكا في أعقاب قرار صدر في وقت سابق في عام 2022 من قبل برلمان ولاية فيكتوريا الأسترالية بإلغاء تجريم العمل بالجنس وإدخال تدابير حماية قانونية للعاملين بالجنس. ويزيل قانون فيكتوريا الجرائم والعقوبات الجنائية المرتبطة بالعمل بالجنس، ويلغي نظام التسجيل والترخيص الذي كان موجودا، ويلغي تجريم نقل فيروس نقص المناعة البشري، وينهي الاختبار الإلزامي وأحكام استخدام الواقي الذكري. لقد كان تشريع فيكتوريا نتيجة للتشاور المفتوح والشفاف والشامل والتعاون بين المناصرين الحكوميين ومنظمات العاملين بالجنس.

يقول جول كيم، الرئيس التنفيذي لـ Scarlet Alliance، وهي رابطة العاملين بالجنس الأسترالية: «إن إلغاء هذه القوانين سيكون له تأثير إيجابي على العاملين بالجنس من خلال الحد من التمييز وتحسين الوصول إلى تثقيف الأقران، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، [و] خدمات الاختبار والعلاج، مما سيؤدي إلى تحسين نتائج الصحة العامة للمجتمع بأسره.» وبينما يمثل مشروع القانون تقدما مهما للعاملين بالجنس، يتعهد ديلان أوهارا، القائم بأعمال مدير منظمة Vixen، وهي منظمة تعمل في مجال جنس الأقران في فيكتوريا، بأن المشتغلين بالجنس «سيواصلون الدعوة للإصلاحات الحيوية الأخرى اللازمة لضمان عدم إهمال إلغاء تجريم العمل بالجنس لأي من العاملين بالجنس».

ويعد إلغاء هذه القوانين خطوة مهمة نحو حماية وتعزيز صحة ورفاه العاملين بالجنس. وحتى عندما يكون توقيفهم بموجب القوانين الجنائية نادر الحدوث، فإن حالات عدم اليقين التي تنشأ عن وجود عقوبات جنائية في القانون يمكن أن تسبب القلق بين العاملين بالجنس. يتذكر دان باوينز من أوتسوبي قائلا: «كان التنفيذ تعسفيا للغاية [قبل إلغاء التجريم]». ويضيف «في بعض الأحيان كان يتم استهداف العاملين بالجنس ومحاكمتهم عشوائيا لإعلانهم عن أنفسهم. [لم يكن] وضعا جيدا لحقوقهم أو سلامتهم النفسية».

إن إلغاء التجريم لا يزيل هذه المخاوف فحسب، بل يعترف أيضا بالعاملين بالجنس كأعضاء أساسيين في المجتمع. يقول لايس، عضو مجلس الإدارة والرئيس المشارك لـ Utsopi»يمكننا القول إن بلجيكا تعترف بك كعامل، شخص له نفس الحقوق مثل أي شخص آخر!.» ويضيف "هذا ضخم! حتى أكثر من العملي بالنسبة لي هو ما يعنيه لنا على المستوى الشخصي. لم نعد غير مرئيين بعد الآن».



العاملون في مجال الجنس والسياسيون يقفون أمام مبنى البرلمان في ملبورن، أستراليا، مع إقرار قانون إلغاء تجريم العمل بالجنس لعام 2022 برلمان. مجلس شيوخ ولاية فيكتوريا في 10 فبراير 2022.

الصفحة التالية
دان باوينس، مديرUtsopi ، وهي منظمة تعمل في مجال العمل بالجنس، يصفف شعر روث المستعار قبل مقابلتها مع التلفزيون الفرنسي. بروكسل، بلجيكا، يونيو 2022.

Vixen ©



Miguel Soll/UNAIDS ©

الوصم والتمييز لا يزالان يعيقان التقدم إلى الأمام

بعد مرور أكثر من 40 عاما على انتشار وباء فيروس نقص المناعة البشري، لا يزال الوصم والتمييز يدمران الأرواح ويقوضان الجهود المبذولة للقضاء على الإيدز. إن أشكال التمييز المتداخلة تذل الناس، وتردعهم عن استخدام الخدمات الصحية وغيرها من الخدمات الأساسية، وتضر بصحتهم. فالأشخاص المهمشون بالفعل، بما في ذلك أولئك الذين ينتمون إلى الفئات السكانية الرئيسية، معرضون للخطر بشكل خاص ويتعرضون بشكل روتيني للتمييز وسوء المعاملة، حتى عند طلب الرعاية الصحية (24-27).

وتعد دراسات مؤشر الوصم للأشخاص للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري مصدرا إعلاميا للبيانات حول تجارب الوصم والتمييز بين المتعايشين مع الفيروس.[6] لقد أكمل أكثر من 100 دولة استطلاعات الرأي منذ إدخال المؤشر في عام 2008، وشارك في هذه العملية أكثر من 100.000 متعايش مع الفيروس.[7] وتدعم نتائج هذه الدراسات أدلة أخرى حول الطبيعة المتفشية والخبيثة للوصم والتمييز وتأثيرها على المتعايشين مع الفيروس والسكان الرئيسيين في كل مكان (انظر فصل 1). كما لعبت مسوح المراقبة البيولوجية والسلوكية المتكاملة دورا أساسيا في توفير الأدلة الوبائية على الوصم والتمييز لمساعدة صانعي السياسات، ومخططي البرامج، والمنفذين على توجيه الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري.

100

دولة أكملت استطلاعات الرأي منذ إدخال مؤشر الوصم لفيروس نقص المناعة البشري في عام 2008

تعد دراسات مؤشر الوصم للأشخاص للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري مصدرا إعلاميا للبيانات حول تجارب الوصم والتمييز بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري.

6 مؤشر الوصم للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري عبارة عن مبادرة بحثية يقودها المجتمع وتجمع بيانات عن الأشكال المختلفة للوصم والتمييز التي يعاني منها المتعايشون مع الفيروس. ويدار المؤشر من قبل الشراكة الدولية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري (وهو تحالف تقوده الشبكة العالمية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري)، والمجتمع الدولي للمتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري، وبرنامج الأمم المتحدة المعني بالإيدز، بدعم من جامعة جونز هوبكنز.

7 تجري الآن نسخة أخرى للدراسة، هي مؤشر الوصم 2.0. وقد نفذته 8 بلدان (بنين، وبوركينا فاسو، وكوت ديفوار، وكينيا، وليسوتو، ونيجيريا، وتوجو، وأوكرانيا)، وهناك 40 دولة بصدد القيام بذلك.

إنشاء مساحات وخدمات رعاية صحية خالية من الوصم

يستمر الإبلاغ عن المواقف الحكمية والعدائية للعاملين الصحيين، وانتهاكات السرية، وسوء الرعاية والمشورة، وحتى الحرمان التام من العلاج من قبل المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به عند الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية (28-29). وتقوض هذه التجارب ثقة الناس في المشورة الطبية وتثنيهم عن طلب الرعاية أو البقاء فيها عندما يحتاجون إليها - مما يضر بصحتهم ويقوض الجهود المبذولة للقضاء على وباء الإيدز (30).

ويجب تقديم الخدمات الصحية بطرق محترمة ومتفهمة، وودية للجميع - بما في ذلك الفئات السكانية الرئيسية والمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري - ويجب أن تكون خالية من الوصم والتمييز. ويتطلب ذلك وجود سياسات تُلزم مقدمي الرعاية الصحية بتقديم رعاية صحية جيدة في الوقت المناسب للجميع، دون تمييز، وتدريب الموظفين على فهم واقع الناس واحتياجاتهم والاستجابة لها بشكل مناسب، لا سيما الشباب (31، 32). وتعد أنشطة المراقبة التي يقودها المجتمع، مثل مشروع Ritshidze ريتشدزة في جنوب إفريقيا، حيوية لمحاسبة مقدمي الرعاية الصحية (33).

«بالنسبة لي، هم لا يعرفون أنني عاملة بالجنس. لا أريدهم أن يعرفوا، لأن العلاج سيكون سيئًا بالنسبة لي. إنهم لا يعاملون العاملين بالجنس بشكل جيد».

– عاملة بالجنس تستخدم عيادة بلومسبرويت في مقاطعة فري ستيت بجنوب إفريقيا خلال مقابلة أجريت في مارس 2021 مع مشروع ريتشيدزه

بناء الزخم للقضاء على الوصم والتمييز المرتبطين بفيروس نقص المناعة البشري

تكثف البلدان جهودها للقضاء على الوصم والتمييز. وعبر 131 دولة قدمت تقاريرها بين عامي 2017 و2022، ذكرت 94 دولة أن الآليات الرسمية التي أنشأتها الحكومة كان معمولا بها للفئات السكانية الرئيسية والمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري للإبلاغ عن سوء المعاملة والتمييز وطلب الإنصاف. وفي عام 2022، أبلغ ممثلو المجتمع والشركاء غير الحكوميين في 84 دولة عن عوائق أمام الوصول إلى العدالة من خلال الآليات الرسمية وغير الرسمية: تشمل هذه الحواجز قيود القدرة على تحمل التكاليف (35 دولة) ومحدودية الوعي أو المعرفة بكيفية استخدام هذه الآليات (47 دولة). وقد وضعت المنظمات غير الحكومية التي يقودها المجتمع المحلي وغيرها من المنظمات غير الحكومية إجراءات في 53 دولة لتسجيل الشكاوى الفردية والتعامل معها، في حين أن 81 دولة لديها آليات للوصول إلى الخدمات القانونية بأسعار معقولة.

81

بلدا تمتلك آليات للوصول إلى الخدمات القانونية بأسعار معقولة

إن العديد من هذه الجهود جارية في 30 دولة انضمت إلى الشراكة العالمية للعمل من أجل القضاء على الوصم والتمييز المرتبطين بفيروس نقص المناعة البشري منذ إطلاقها في عام 2018.[8] وتجمع الشراكة العالمية جهود الحكومات، والمجتمع المدني، والجهات المانحة، والأوساط الأكاديمية، والأمم المتحدة لإنهاء الوصم والتمييز المرتبطين بالفيروس من خلال الالتزامات السياسية بالتدخلات القائمة على الأدلة. ولتحقيق ذلك، تقوم الشراكة العالمية بتسهيل المساعدة التقنية ودعم الجهود المبذولة لإزالة الوصم والتمييز من الرعاية الصحية، والعدالة، والتعليم، ومكان العمل، والأماكن الإنسانية والمجتمعية.

وقد أدت جهود الشراكة إلى قيام 19 دولة بتسريع الحد من الوصم والتمييز في الأماكن ذات الأولوية.[9]

8 البلدان الـ30 التي انضمت إلى الشراكة هي: أنغولا، والأرجنتين، وبوتسوانا، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وكوستاريكا، وكوت ديفوار، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وإكوادور، وغامبيا، وغواتيمالا، وغينيا، وغيانا، وجمهورية إيران الإسلامية، وجامايكا، وكازاخستان، وقيرغيزستان، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، وليسوتو، وليبيريا، وموزامبيق، ونيبال، وبابوا غينيا الجديدة، والفلبين، وجمهورية مولدوفا، والسنغال، وجنوب أفريقيا، وطاجيكستان، وتايلاند، وأوغندا، وأوكرانيا.

9 البلدان هي: جمهورية أفريقيا الوسطى، وكوت ديفوار، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وغامبيا، وغينيا، وجمهورية إيران الإسلامية، وجامايكا، وكازاخستان، وقيرغيزستان، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، وليبيريا، ونيبال، وبابوا غينيا الجديدة، وجمهورية مولدوفا، والسنغال، وجنوب أفريقيا، وتايلاند، وأوغندا، وأوكرانيا.



Ritshidze/Rian Horn ©

«إن الموقف تجاه معظم الناس سيء. وبسبب الموقف السيئ، سأخفي دائما حقيقة أنني عاملة بالجنس. لقد رأيت أشخاصا [العاملات بالجنس] يتعرضن للصراخ، لذلك لا أريد أن يصرخ أحد في وجهي. وتشتكي العاملات بالجنس دائما من الأطباء الذين يرونهن في النهاية ويتم إخبارهن بأن وظيفتهن في الليل، لذلك لا داعي للاستعجال. . . قررت معظم العاملات بالجنس عدم الذهاب إلى العيادة بعد الآن. . . كما يتم معاملة المثليين معاملة سيئة. دائما ما يتم الصراخ في وجوههم».

- عاملة في الجنس تستخدم عيادة Phuthaditjhaba في جنوب إفريقيا خلال مقابلة في أغسطس 2021 مع مشروع Ritshidze

كما أدخلت 18 دولة إصلاحات قانونية و/أو زادت من وصول الفئات السكانية الرئيسية إلى العدالة.[10] على سبيل المثال، في جمهورية أفريقيا الوسطى، تعمل وزارتا الصحة والعدل مع البرلمانيين لإلغاء تجريم انتقال فيروس نقص المناعة البشري، وحماية حقوق الإنسان بشكل أفضل للمتعايشين مع الفيروس والفئات السكانية الرئيسية، وخفض سن الموافقة على اختبار الفيروس. وبالمثل، أصدرت جمهورية إيران الإسلامية أول لائحة مناهضة للتمييز على الإطلاق في أماكن الرعاية الصحية في نهاية عام 2020، والتي تتطلب أن تحمي مرافق الرعاية الصحية العامة والخاصة للمتعايشين مع الفيروس والفئات السكانية الرئيسية من الوصم والتمييز. ويتلقى مقدمو الخدمات تدريبا حول هذا الموضوع، كما تم تحديث إجراءات التشغيل الموحدة لدعم تنفيذ هذه السياسات.

وتُعتبر جامايكا، ونيبال، وبابوا غينيا الجديدة، وجنوب أفريقيا، وتايلاند من بين البلدان الأخرى التي توجه الآن المزيد من الجهود المتضافرة للحد من الوصم والتمييز المرتبطين بفيروس نقص المناعة البشري، وكوت ديفوار، وملاوي، وأوغندا لديها الآن سياسات مكان عمل حساسة لفيروس نقص المناعة البشري. كما أن خطة العمل النموذجية لغرب ووسط أفريقيا قد يسرت صياغة وتكاليف خطط العمل للحد من الوصم في ستة بلدان في تلك المنطقة.[11]

الصفحة التالية
في الصفحة التالية: نشأت سوزانا دارتي في جيمستاون، واحدة من أقدم مناطق أكرا، غانا، حيث شاهدت الإيذاء والاستغلال اليومي الذي تواجهه العاملات بالجنس، مما ألهمها لإنشاء تحالف نساء الكرامة (WODA) لتمكين العاملات بالجنس ومحاربة اللامساواة التي يواجهنها. أكرا، غانا، فبراير 2022.

10 البلدان هي: أنغولا، وألارجنتني، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وغامبيا، وغينيا، وجامايكا، وكازاخستان، وقيرغيزستان، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، وليبيريا، ونيبال، وجمهورية مولدوفا، والسنغال، وجنوب إفريقيا، وتايلاند، وأوكرانيا، وأوغندا.

11 وتلك البلدان هي: كوت ديفوار، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وغامبيا، وغينيا، وليبيريا، والسنغال.



UNAIDS ©

تقدم في تمرير التشريع الجديد لمكافحة التمييز في لبنان

%12

عبء فيروس نقص المناعة البشري بين الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال في لبنان

في حين أن إلغاء تجريم فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية هو الهدف النهائي لدعاة المجتمع المدني، فإن المنظمات في جميع أنحاء الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تستخدم الإصلاح القانوني لمعالجة الوصم والتمييز وتغيير القلوب والعقول في جميع أنحاء المنطقة.

وفي لبنان، عملت SIDC (Soins Infirmiers et Développement Communautaire)، وهي منظمة غير حكومية مكرسة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري والرعاية، لمدة 10 سنوات على توثيق انتهاكات حقوق الإنسان ضد المتعايشين مع الفيروس والفئات السكانية الرئيسية من أجل الاستجابة بشكل أفضل لفهم اللامساواة التي تقود وباء فيروس نقص المناعة البشري. وكجزء من عملها، تعمل SIDC الآن على تعزيز قانون شامل لمكافحة التمييز لتمكين استجابة وطنية أكثر شمولا وفعالية لفيروس نقص المناعة البشري في لبنان.

وتأتي جهود SIDC في وقت مهم. ففي حين أن معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري الإجمالي في لبنان منخفض، فإن عبء الفيروس مرتفع (12٪) بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. وتأتي الاستجابة الوطنية للفيروس في البلاد بعد عقود من عدم الاستقرار السياسي، والاحتجاجات الشعبية الأخيرة، وانهيار العملة الوطنية. كما تضاعف معدل الفقر منذ عام 2019، مما ترك أكثر من 80٪ من السكان يعيشون في فقر في عام 2021، كما أدى تدفق ملايين اللاجئين من العراق، وفلسطين، والجمهورية العربية السورية إلى مزيد من الضغوط على الخدمات الصحية والاجتماعية في البلاد.

وعلاوة على ذلك، فإن الوصم والتمييز ضد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية متأصلان في القوانين والسياسات الوطنية في لبنان. فالعلاقات الجنسية المثلية مُجرَّمة، وكذلك العمل بالجنس، وتعاطي المخدرات وحيازتها. وهذه القوانين، بالإضافة إلى الوصم الاجتماعي الأوسع الذي يعكسها ويعززها، تقلل من وصول الخدمات للفئات السكانية الرئيسية.

وبينما قام المجتمع المدني اللبناني بالتعبئة والابتكار لتوفير خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري والاختبار للفئات السكانية الرئيسية، فإن SIDC تدعو أيضا إلى تغيير السياسات والإصلاح القانوني. ففي عام 2020، جمعت فريقا من المحامين لرسم خريطة لمواد وقوانين في الدستور اللبناني تحتوي أو تشير إلى التمييز على أساس النوع الاجتماعي، والعمر، والعرق، والدين والميل الجنسي، والهوية الجنسانية، والسجن، ووضع اللاجئ. ولصياغة قانون لمكافحة التمييز وبناء الدعم لسنِّه، عقدت SIDC بعد ذلك سلسلة من الاجتماعات والموائد المستديرة مع مجموعات مختلفة، بما في ذلك منظمات المجتمع المدني والوزارات، والهيئات الوطنية، والمحامين، والقضاة، والناشطين.



© SIDC

ويهدف مشروع القانون الناتج عن هذه الاجتماعات إلى القضاء على جميع أشكال التمييز. وقد وافق أحد البرلمانيين على دعم مبادرة الإصلاح القانوني وتحويل مشروع قانون مناهضة التمييز إلى تشريع لعرضه على مجلس الوزراء. وسيتم تقديم التشريع المقترح في البرلمان المنتخب حديثا في وقت يتزايد فيه الدعم للإصلاح القانوني التقدمي في البلاد، مما يوفر فرصة محتملة لمواءمة الإطار القانوني والسياسي للبلد المتعلق بفيروس نقص المناعة البشري مع مبادئ حقوق الإنسان.

ويؤكد التقدم الذي أحرزته SIDC حتى الآن على أهمية ربط التمييز ضد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية بأوجه اللامساواة الأخرى التي يعمل مناصرو المجتمع أيضا على معالجتها. تقول نادية بدران، المديرة التنفيذية لـ SIDC: «من أجل مكافحة التمييز، لا يمكننا التحدث عن تمييز واحد وترك الباقي خارجا - يجب أن يكون شاملا». وتوفر التحالفات واسعة النطاق عبر المجتمع والحكومة والتي تمتد إلى ما وراء قطاع الصحة لتشمل قطاعات مثل العدالة والتعليم أفضل أمل لتحقيق تغيير ذي مغزى.

تدريب معلمي الأقران على الوصول إلى الفئات السكانية الرئيسية بشأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، تنظمه جمعية الإدماج والتنمية في المجتمعات والرعاية للجميع (SIDC). بيروت، لبنان، 17 مارس 2022.

جامايكا تتخذ إجراءات لمعالجة حقوق الإنسان والحواجز التي تحول دون مكافحة فيروس نقص المناعة البشري

يتزايد الزخم لاتخاذ إجراءات ملموسة بشأن عوامل التمكين المجتمعية في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري. وفي عام 2020، أصبحت جامايكا واحدة من أوائل الدول التي انضمت إلى الشراكة العالمية للعمل من أجل القضاء على جميع أشكال الوصم والتمييز المرتبط بفيروس نقص المناعة البشري. ومنذ ذلك الحين، عملت شراكة رائدة بين المجتمع المدني، ووزير الدولة للصحة والرفاه، والقادة البرلمانيين على المستوى القطري لترجمة هذا الالتزام إلى عمل ملموس.

إن الحاجة إلى اتخاذ إجراءات مدعومة بالأدلة لمعالجة حقوق الإنسان والحواجز التي تحول دون مكافحة فيروس نقص المناعة البشري والخدمات الصحية والاجتماعية الأخرى في جامايكا واضحة: على الرغم من أن معدل انتشار الفيروس بين البالغين في جامايكا يبلغ 1.3٪، فإن أكثر من نصف (51٪) مغايرات الهوية الجنسانية و 30٪ من المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال متعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري.

%65

من المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال في جامايكا تعرضوا للإساءة اللفظية في الأشهر الـ 12 السابقة

كما أن الوصم والتمييز ما زالا يمثلان عقبة كأداء أمام التقدم نحو إنهاء الإيدز في جامايكا. وقد أفاد ما يقرب من نصف (48٪) المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري أنهم يعانون من الوصم والتمييز بسبب إصابتهم بالفيروس؛ 38٪ أشاروا إلى أنهم قد تأخروا في الاختبار و30٪ لديهم تأخر في بدء العلاج بسبب الخوف من الوصم والتمييز (34). ووفقا لاستطلاعات الرأي، فإن 83٪ من مغايرات الهوية الجنسانية و 65٪ من المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال تعرضوا للإساءة اللفظية في الأشهر الـ 12 السابقة، مع ما يقرب من نصف مغايرات الهوية الجنسانية يتعرضن للعنف الجسدي (34). وقالت جولييت كوثبرت فلين، وزيرة الدولة في وزارة الصحة والرفاه: «إن الخوف من الوصم يدفع بعض الأشخاص إلى العمل تحت الأرض وبعيدا عن الخدمات الصحية التي تشتد الحاجة إليها».

وتعمل شراكة جامايكا على تحسين التنسيق، والاتساق، والمساءلة بين الجهات الحكومية وغير الحكومية وشركاء التنمية الدوليين. وتهدف هذه الشراكة إلى إزالة الحواجز الاجتماعية والسياسية والثقافية وغيرها من العوائق التي تحول دون استجابة فعالة. ولتحقيق ذلك، وضعت الشراكة خطة تشغيلية، وبطاقات أداء حقوق الإنسان لجميع أصحاب المصلحة في الاستجابة الوطنية، والتقارير السنوية، وتقارير منتصف المدة ونهاية العام حول نتائج بطاقة الأداء، ولوحة تحكم للإبلاغ عبر الإنترنت لمساءلة النتائج.

ولترجمة رؤيتها إلى إجراءات ملموسة للقضاء على الوصم والتمييز، تركز الشراكة على بناء الدعم السياسي للإصلاحات الضرورية. وقد تم تدريب أكثر من 140 شخصا على كيفية إشراك الفاعلين السياسيين وبناء تحالفات أصحاب المصلحة المتعددين. كما عقدت الشراكة 11 اجتماعا مع الفاعلين السياسيين وأصحاب النفوذ على المستويين الوطني والمحلي بهدف تشجيع دعاة إنهاء الإيدز ومكافحة الوصم والتمييز.



UNAIDS ©

وقد أسفر اجتماع برلماني رفيع المستوى، بتيسير من وزير الدولة في وزارة الصحة والرفاه والمتحدث باسم المعارضة عن الصحة، عن اتفاق لإنشاء تجمع برلماني من الحزبين للتصدي للوصم والتمييز المتصلين بفيروس نقص المناعة البشري. وبعد أن التزم فريق العمل البرلماني بمراجعة البيانات المتعلقة بالوصم والتمييز بشكل دوري، وافق على تطوير ودعم تشريعات وقائية بشأن العلاقات الجنسية المثلية والعمل بالجنس. كما وافقت مجموعة العمل على تحدي القوانين الضارة واستضافة الحوارات مع المتعايشين مع الفيروس والمجتمعات المتضررة.

يقول موراييس جاي، المتحدث باسم المعارضة في الصحة: «إن تعزيز حقوق الناس والجهود الجماعية لضمان أن يعيش كل جامايكي حياة خالية من الوصم والتمييز والعنف ليست قضية تخص شخصا واحدا أو كيانا واحدا أو حزبا سياسيا واحدا». ويضيف «من واجبنا جميعا العمل في شراكة من أجل كرامة جميع الجامايكيين.»

فريق دعم الإيدز من أجل الحياة في جامايكا. منذ عام 2020، يقدم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي الدعم التقني والمالي لفريق دعم الإيدز من أجل الحياة في جامايكا لدعم نشر دراسة استقصائية وطنية حول وجهات نظر الجمهور وتجاربهم مع الوصم والتمييز في جامايكا. كينغستون، جامايكا، يناير 2022.

البرامج التي «لا تميز ولا تفرق بين الهويات الجنسانية المختلفة» لا تعمل

على الرغم من التقدم نحو المساواة بين الجنسين في معظم المناطق، لا يزال التمييز ضد النساء والفتيات بكل تنوعهن موجودا في كل مكان، مما يضر بصحتهن ورفاههن ويعرضهن لخطر متزايد للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري. وفي العديد من المجتمعات، تؤدي المعايير الجنسانية الضارة السائدة أيضا إلى تشويه سمعة الأقليات الجنسية وتغذي الوصم والتمييز والعنف الموجه ضد مجتمعات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وثنائيي الجنس (مجتمع الميم).

وتقلل القوانين والممارسات التمييزية، والأعراف الجنسانية الضارة، واللامساواة بين الجنسين المنتشرة من استقلالية النساء وأفراد مجتمع الميم، وتعرضهم للعنف، وتحرمهم من السيطرة على حياتهم الجنسية والإنجابية وتقيد وصولهم إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري والخدمات الأخرى التي يمكن أن تحمي صحتهم. وتساعد هذه العوامل على زيادة مخاطر الإصابة بالفيروس على النساء والمراهقات، كما هو واضح في أفريقيا جنوب الصحراء، وللشباب من مجتمع الميم في جميع أنحاء العالم.

يجب دعم حقوق الإنسان، بما في ذلك الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

يجب احترام حقوق الإنسان، بما في ذلك الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. كما يجب استبدال القوانين والسياسات التي تقوض الصحة العامة وتميز على أساس الجنسانية بقوانين تعزز المساواة. ويتضمن ذلك القوانين التي تتطلب موافقة الوالدين أو الأوصياء القانونيين للنساء والمراهقات من أجل الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري، وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأخرى. ويجب أن ترافق زيادة الوعي، وتعبئة المجتمع، ومحو الأمية القانونية، والوصول إلى العدالة هذه التغييرات التشريعية - وتحتاج هذه الإجراءات أيضا إلى الوصول إلى النساء اللاتي ينتمين إلى الفئات السكانية الرئيسية وإفادتهن.

ولم يتم إصلاح الأعراف الاجتماعية التي تديم اللامساواة بين الجنسين: يمكن تحديها وتغييرها، ويجب تنفيذ برامج تحويل النوع الاجتماعي التي أثبتت نجاحها في القيام بذلك على نطاق يمكن أن يكون له تأثير مجتمعي. وحتى على نطاق محدود، أثبتت بعض هذه التدخلات فعاليتها في الحد من العنف القائم على النوع الاجتماعي، وتعزيز الحوار وصنع القرار المشترك حول الممارسات الجنسية الأكثر أمانا، وزيادة الإقبال على خدمات فيروس نقص المناعة البشري لكل من النساء والرجال (35-40). ومع ذلك، ففي نهاية المطاف، تظل برامج وخدمات الفيروس في كثير من الأحيان لا تميز ولا تفرق بين الهويات الجنسية المختلفة: يمكن بل يجب القيام بالكثير لوضع عدم المساواة بين الجنسين والعدالة بين الجنسين في صدارة الاستجابات للفيروس، وإشراك الرجال والفتيان في تلك الجهود. ويتطلب ذلك تعزيز المنظمات التي تقودها النساء والاستثمار فيها والتأكد من مشاركتها بشكل هادف في تشكيل برامج الفيروس وتنفيذها ورصدها.

الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية ليست امتيازا

تعد القدرة على اتخاذ القرارات بحرية بشأن الصحة الجنسية والإنجابية للفرد في صميم تمكين النساء، وهي أمر أساسي لاحتمالات عيشهن حياة صحية وتجنب فيروس نقص المناعة البشري. وعلى الرغم من ذلك، فإن ملايين النساء والمراهقات يفقدن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.[12] ونتيجة لذلك، فإن ما يقدر بنحو 257 مليون امرأة وفتاة مراهقة (تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا) على مستوى العالم ممن يرغبن في تجنب الحمل لا يستخدمن وسائل منع الحمل الحديثة (40). وقد وجدت دراسة أجريت عام 2019 لبيانات من 47 دولة أن حوالي 40٪ من النساء الناشطات جنسيا الراغبات في تجنب الحمل لا يستخدمن أي من وسائل منع الحمل، ويقدر صندوق الأمم المتحدة للسكان أن ما يقرب من 121 مليون حالة حمل غير مقصود تحدث على مستوى العالم كل عام (40، 41).

%40

من النساء الناشطات جنسيًا في 47 دولة الراغبات في تجنب الحمل لم يستخدمن أي وسيلة لمنع الحمل

هذه ليست مجرد مسألة غياب أو عدم كفاية الخدمات: فغالبا ما تُمنع النساء والفتيات من اتخاذ قراراتهن الخاصة بشأن العلاقات الجنسية واستخدام وسائل منع الحمل واحتياجات الرعاية الصحية. وتتأثر النساء من الفئات السكانية الرئيسية بشكل خاص، بما في ذلك عندما يسعين للحصول على الرعاية الصحية. وتُظهر البيانات من 57 دولة (غالبيتها في أفريقيا جنوب الصحراء) أن أكثر من نصف (55٪) النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاما متزوجات أو مع شريك يتخذن قراراتهن الخاصة بشأن صحتهن الجنسية والإنجابية (42). ولا تزال بعض البلدان تقنن مثل هذه القيود: سبعة منها تتطلب موافقة الزوج للمرأة المتزوجة للحصول على أي من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وخمسة تتطلب موافقة الزوج للمرأة المتزوجة لإجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري.[13]

إن أوجه اللامساواة الأخرى تزيد من حدة هذه القيود: تشير بيانات المسح الديموغرافي والصحي للفترة 2017-2021 من 22 دولة عبر خمس مناطق إلى أن سلطة اتخاذ القرار بشأن الرعاية الصحية في هذه الدول تميل إلى أن تكون أضعف بين النساء والفتيات الأقل تعليماً وفي الخمس الأدنى من حيث الثروة (43). وتميل الفتيات المراهقات والشابات إلى امتلاك أقل قدر من السيطرة: فهن يواجهن حواجز تشمل القوانين التي تتطلب موافقة الوالدين أو الوصي للوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري أو خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، ومواقف الوصم تجاه المراهقين النشطين جنسيا والخدمات المصممة لاحتياجات النساء المتزوجات (44-46).

وفي تقريرها لعام 2021، أعربت اللجنة المستقلة رفيعة المستوى المعنية بقمة نيروبي بشأن متابعة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 25 عن أسفها «للفشل الأخلاقي والسياسي ... [الذي كان] ماثلا للعيان على تآكل الخدمات، وفقدان التمويل، وتضاؤل المساءلة السياسية عن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية (47).[14]

12 تشمل خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التثقيف الجنسي الشامل، ومنع الحمل، وتنظيم الأسرة، والرعاية قبل الولادة، والرعاية بعد الولادة، وخدمات الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشري)، والخدمات التي تهدف إلى الفحص الوقائي، والتشخيص، والعلاج لأمراض الصحة الإنجابية، بما في ذلك سرطان الثدي وعنق الرحم.

13 البلدان التي تتطلب موافقة الزوج للنساء المتزوجات من أجل الوصول إلى أي من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية هي أفغانستان، وبوتسوانا والصين، وكوبا، وإسواتيني، والكويت، وليتوانيا. أما البلدان التي تطلب موافقة الزوج للنساء المتزوجات من أجل إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية هي أفغانستان وبوتسوانا وكوبا وهندوراس وبولندا.

14 تعد الالتزامات التي تم التعهد بها في قمة نيروبي لعام 2019 بشأن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 25 جزءا من جهد دولي لضمان تحقيق برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وخطة عام 2030، وتمتع النساء بالاستقلالية في أجسادهن وحياتهن. انظر: التعجيل بالوعد: تقرير قمة نيروبي حول المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 25. نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان؛ 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Corrected_Final_copy_2nd_June_2020_UNFPA-NairobiSummitReport.pdf).

كما يجب وضع حد للمعاملة السيئة وانتهاكات الحقوق التي تتعرض لها المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري في أماكن الرعاية الصحية - بما في ذلك التعقيم القسري وممارسات منع الحمل القسرية. وقد شكل اعتراف تشيلي العلني في مايو 2022 بالمسؤولية الدولية عن تعقيم المتعايشات مع الفيروس دون موافقتهن سابقة مهمة (48).

وتظهر الأدلة من أفريقيا جنوب الصحراء أن إزالة أو تخفيف القوانين التي تتطلب موافقة الوالدين قبل اختبار فيروس نقص المناعة البشري يحسن سلوكيات البحث عن الصحة للمراهقين والشباب (49). والبلدان التي قامت مؤخرا بمراجعة قوانينها أو سياساتها لتسهيل حصول المراهقين على اختبار وخدمات الفيروس الأخرى تشمل جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، وميانمار ونيبال، ونيوزيلندا، وبابوا غينيا الجديدة، والفلبين، وسري لانكا، وتايلاند، وفيتنام. (50، 51).

57

بلدا (غالبيتها في إفريقيا جنوب الصحراء) تُظهر أن أكثر من نصف (55٪) من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاما واللاتي تزوجن أو مع أحد شركائهن قد اتخذن قراراتهن الخاصة بشأن علاقتهن الجنسية

ويمكن للبرامج وينبغي أن تلبي الاحتياجات المتنوعة للمراهقات والشابات، بما في ذلك المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري و/أو ينتمون إلى الفئات السكانية الرئيسية (47). ويمكن أن يكون للتدخلات التي يقودها المجتمع تأثير كبير، كما رأينا عندما أدار Ashodaya Samithi خدمات متكاملة لفيروس نقص المناعة البشري والصحة الجنسية والإنجابية للعاملين بالجنس في ميسور، جنوب الهند (52).[15] كما يمكن للرصد الذي يحركه المجتمع والمرتبط بآليات الشكوى والتعويض أن يمكّن النساء والفتيات من مساءلة مقدمي الرعاية الصحية عن الخدمات التي يقدمونها أو يحجبونها.

ويمكن تحسين الوصول بشكل أكبر من خلال دمج خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وفيروس نقص المناعة البشري والعنف القائم على النوع الاجتماعي وربطها، وتقديمها في مراكز الاستقبال، واستخدام التوعية المجتمعية ودعم الأقران، والاستفادة من تقنيات الهاتف المحمول ومنصات التواصل الاجتماعي (53). إن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأكثر استجابة للمراهقين والصديقة للشباب، والتي تتبنى نهجا غير سلبية للجنس (أو إيجابية للجنس)، ويتم تقديمها بطرق داعمة وغير حكمية، من المرجح أن يتم الوصول إليها واستخدامها. كما أنها أكثر فاعلية: وجد تحليل تلوي حديث للدراسات أن المقاربات التي تركز على المتعة والتأكيد على الجنس في برامج الواقي الذكري ساهمت في تقليل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري وغيره من الأمراض المنقولة جنسيا (54-56).

ويؤدي عدم المساواة إلى إعاقة وصول المرأة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وتميل النساء الأكثر فقرا والنساء في المناطق الريفية إلى الحصول على أقل إمكانية للوصول إلى معلومات وخدمات وسائل منع الحمل (شكلا 3.1 و3.2) (57). وتظهر مراجعات الأبحاث أن الاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة، وصحة الأم، وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأخرى مرتفعة بشكل خاص بين الفئات الرئيسية من الإناث، بما في ذلك العاملات بالجنس والنساء اللاتي يحقن المخدرات (58). إن تجريم القوانين، والوصم والتمييز في أماكن الرعاية الصحية، والصعوبات الاقتصادية، يحد من وصولهن إلى الخدمات ويقوض قدرتهن على متابعة نواياهن الإنجابية بأمان (53).

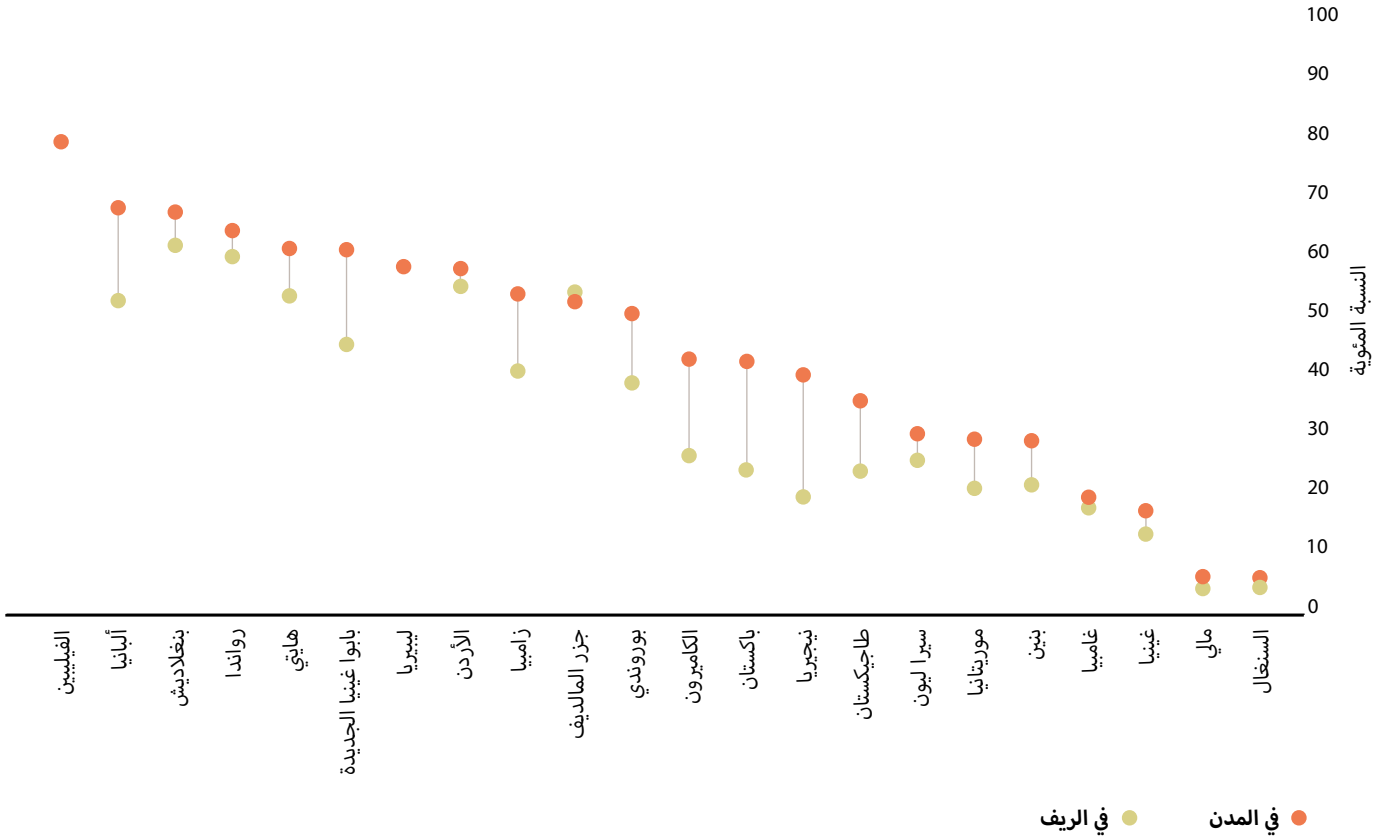
15 تضاعفت نسبة العاملات بالجنس اللاتي يستخدمن أي من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في العام السابق إلى ٪51، وزاد معدل الإقبال على فحص سرطان عنق الرحم وعلاجه بشكل ملحوظ من ٪12 إلى ٪56، وارتفع اختبار فيروس نقص المناعة البشري في الأشهر الثلاثة السابقة من ٪26 إلى ٪73.

شكل 3.1 شكل 3.1: النسبة المئوية للنساء المتزوجات حاليا بين 15 و49 عاما اللائي يستخدمن وسيلة منع الحمل واللائي يتخذن قراراتهن بأنفسهن فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية، واستخدام وسائل منع الحمل، والرعاية الصحية، حسب الشريحة الخمسية للثروة، والبلدان التي لديها بيانات متاحة، 2017-2021



المصدر: مسوح سكانية، 2017-2022.

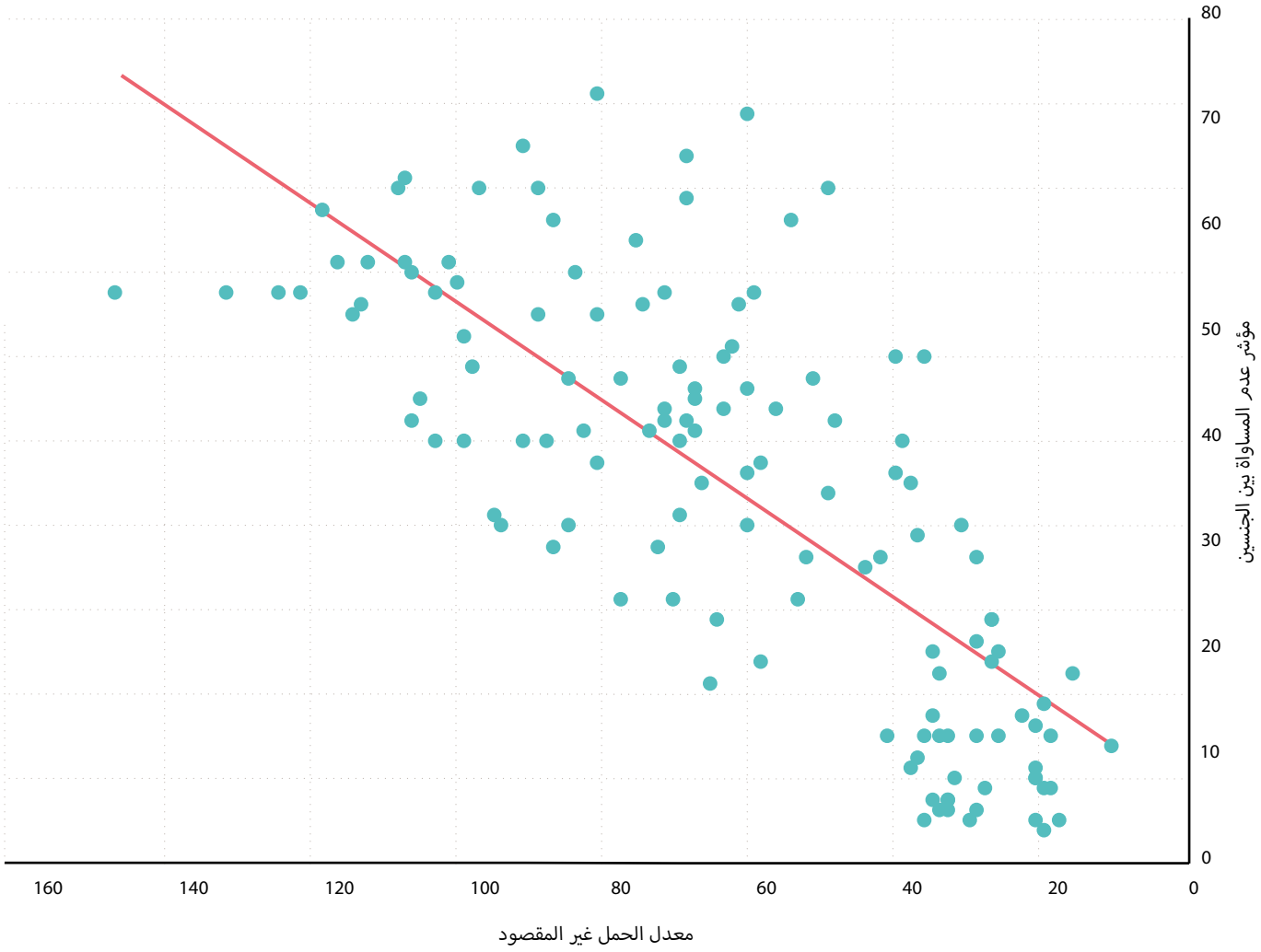
شكل 3.2 النسبة المئوية للنساء المتزوجات حاليا بين 15 و 49 عاما اللائي يستخدمن وسيلة منع الحمل واللائي يتخذن قراراتهن بأنفسهن فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية، واستخدام وسائل منع الحمل، والرعاية الصحية، حسب مكان الإقامة، والبلدان التي لديها بيانات متاحة، 2017-2021



المصدر: مسوح سكانية، 2017-2022.

ويُظهر التحليل الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان أن البلدان والأقاليم ذات المستويات الأعلى من اللامساواة بين الجنسين، وفقا لقياس مؤشر عدم المساواة بين الجنسين التابع لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، كان لديها معدلات أعلى من الحمل غير المرغوب فيه في 2015-2019 (شكل 3.3). وبغض النظر عن فئة دخل البلد، برز عدم المساواة بين الجنسين كأقوى مؤشر على الحمل غير المرغوب فيه. ويجب على البرامج التي تسعى إلى توسيع وتعزيز وصول المرأة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية أن تواجه وتغير أوجه عدم المساواة الأساسية هذه.

شكل 3.3 العلاقة بين معدل الحمل غير المقصود، 2015-2019، ومؤشر عدم المساواة بين الجنسين، 2019



المصدر: State of world population 2022: S\seeing the unseen--the case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy. New York: UNFPA; 2022 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf); Bearak JM, Popinchalk A, Beavin C, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö et al. Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015–2019. BMJ Global Health. 2022. In press. معلومات منهجية متاحة على: https://data.guttmacher.org/countries.

أزمة لا تخلو من العنف القائم على النوع الاجتماعي

لا يزال العنف القائم على النوع الاجتماعي يمثل أزمة عالمية. ويُظهر التحليل الذي أجرته منظمة الصحة لايزال العالمية أن ما يقدر بـ 736 مليون امرأة وفتاة مراهقة تتراوح أعمارهن بين 15 عاما وما فوق في عام 2018 قد تعرضن للعنف الجسدي أو الجنسي من الشريك الحميم و/أو الشريك غير الحميم مرة واحدة على الأقل في حياتهن. (59).

وتواجه المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري وأولئك اللاتي ينتمين إلى فئات سكانية رئيسية ومجتمعات متنوعة جنسانيا مخاطر أعلى من العنف. ووفقا لأحد التقديرات، فإن 45-75٪ من العاملات بالجنس البالغات قد تعرضن للعنف الجسدي و/أو الجنسي في مكان العمل (59). وتشير التقديرات إلى أن ممارسات الشرطة القمعية تزيد من مخاطر تعرض العاملات بالجنس للعنف الجسدي أو الجنسي بمقدار ثلاثة أضعاف وتزيد من خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري أو غيره من الأمراض المنقولة جنسيا (7). وقد أبلغت مغايرات الهوية الجنسانية والنساء اللاتي يتعاطين المخدرات بالحقن أيضا عن ارتفاع معدلات العنف الجسدي، خاصة من الشركاء، ولكن أيضا على أيدي المسؤولين عن إنفاذ القانون (61-63). وفي دراسات من أفريقيا جنوب الصحراء، وُجد أن المتعايشات مع الفيروس معرضات بشكل كبير لخطر العنف من شركائهن الذكور بعد الكشف عن حالة الفيروس لديهن (61). ووجدت مراجعة أخرى لـ 14 دراسة من أفريقيا جنوب الصحراء أن ما بين 18٪ و63٪ من المتعايشات مع الفيروس قد تعرضن لعنف الشريك الحميم أثناء الحمل (65). ولا يزال العنف الجسدي والجنسي وأشكال أخرى من العنف ضد مجتمع الميم، بما في ذلك العنف الجنسي المرتبط بالنزاع، مرتفعا بشكل ثابت في أجزاء كثيرة من العالم، على الرغم من عدم الإبلاغ عنه غالبا (66-70).

736 مليون

امرأة (15 عامًا فأكثر) تعرضت في عام 2018 للعنف الجسدي أو الجنسي على الأقل مرة واحدة في حياتها

ويؤجج العنف والخوف من العنف انتشار فيروس نقص المناعة البشري والمخاطر الصحية الأخرى التي يعاني منها العديد من النساء والفتيات، لا سيما من المجتمعات المهمشة (71). ويمكن أن يمنع محاولاتهن للتفاوض بشأن استخدام الواقي الذكري وإعاقة قدرتهن على الوصول إلى خدمات الفيروس والخدمات الصحية الأخرى، بما في ذلك أخذ العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، واختبار فيروس نقص المناعة البشري، والارتباط برعاية الفيروس، والبدء بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية والالتزام به، وتحقيق كبت الحمل الفيروسي (72-77). وتتجنب العديد من النساء أيضا الكشف عن حالة إصابتهن بالفيروس لشركائهن أو أفراد أسرهن خوفا من التعرض للعنف المحتمل (71، 75، 78). ويقلل سوء المعاملة أثناء الحمل من احتمال أن تسعى النساء إلى اختبار الفيروس أو الحصول على خدمات لمنع الانتقال الرأسي إلى مواليدهن (65، 79). ويميل الرجال الذين يرتكبون أعمال عنف ضد المرأة أيضا إلى أن يكونوا أكثر عرضة لخطر نقل الفيروس أو الإصابة به، كما يتضح في دراسات من الكاميرون ونيبال (80، 81).

هناك حاجة ماسة لاتخاذ إجراءات أقوى والمساءلة لإنهاء العنف القائم على النوع الاجتماعي

يجب إعطاء الأولوية للتدخلات للحد من العنف القائم على النوع الاجتماعي ومعالجة ارتباطاته بفيروس نقص المناعة البشري وإدماجها في الاستجابات الوطنية للفيروس، مع مخصصات الميزانية المصاحبة (3). وأمام البلدان طريق طويل لتقطعه؛ تقوم الدول بتوجيه موارد وجهود غير كافية لحل المشكلة. وقد وجدت دراسة لمنظمة الصحة العالمية نُشرت في عام 2021 أن أقل من نصف (42٪) من 153 دولة خصصت تمويلا للسياسات التي تعالج العنف ضد المرأة (82).[16] وتشير التقديرات إلى أن أقل من 1٪ من إجمالي المساعدات الإنمائية العالمية تذهب لبرامج مكافحة العنف ضد المرأة (83).

%40

من الشباب والشابات (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عاما) في 11 دولة قالوا إن الزوج له ما يبرره في الاعتداء الجسدي على زوجته في ظروف معينة

وعلى الرغم من ذلك، هناك إجراءات كثيرة ومقاربات متعددة القطاعات يمكن أن تغير علاقات القوة غير المتكافئة التي تدعم العنف، وتحمي الأشخاص المعرضين لخطر العنف، وتدعم الناجين. ويجب أن تكون، هذه التدخلات، جزءا لا يتجزأ من الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري (84-86). ويشتمل أحد المكونات المهمة لمثل هذا النهج على الاستثمار في منع العنف ضد وبين الأطفال والمراهقين بنينا وبنات، بما في ذلك من خلال التعليم (87). وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن تبدأ الجهود المبذولة لتغيير المواقف حول العنف القائم على النوع الاجتماعي في وقت مبكر: في العديد من البلدان، من المرجح أن تقوم الأجيال الشابة بتبرير العنف ضد المرأة (88-89) مثل جيل آبائهم. وتُظهر بيانات المسح الديموغرافي والصحي من 24 دولة للفترة 2017-2021 أن ما لا يقل عن 40٪ من الشباب والشابات (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عامًا) في 11 دولة من تلك البلدان قالوا إن الزوج كان له ما يبرره في الاعتداء الجسدي على زوجته في ظروف معينة (43).

ويتعين على المدارس وأماكن التعلم الأخرى أن تضمن ظروفا آمنة وتوفر التعليم الذي يعزز عدم التسامح مطلقا مع العنف القائم على النوع الاجتماعي ويعزز معايير المساواة بين الجنسين.

إن الممارسات الجيدة للتدخلات التحويلية والتمكينية موجودة ويجب تنفيذها على نطاق أوسع بكثير - وبزيادة الاستثمار - من أجل الحد من فيروس نقص المناعة البشري والعنف ضد المرأة (39، 90-92). إن التدخلات المصممة لاحتياجات المراهقين - وتلك التي تهدف إلى التمكين الاجتماعي والاقتصادي للمرأة - تحتاج إلى مزيد من الاهتمام والدعم، وكذلك التعليم الجماعي وتعبئة المجتمع التي تهدف إلى تحويل الأعراف والممارسات الجنسانية الضارة (93). وتميل المقاربات التي يقودها المجتمع والتي تجمع تدخلات مختلفة معا إلى أن تكون أكثر نجاحا في مكافحة العنف القائم على النوع الاجتماعي (94، 95). إن الدعم الاجتماعي المنظم والإحالات من أجل السلامة والاستشارة وطلب التعويض القانوني - بالإضافة إلى الحماية الاجتماعية الأوسع - كلها عناصر حيوية للاستجابة الهادفة. ويحتاج مقدمو الرعاية الصحية إلى التدريب والموارد للاستجابة بشكل مناسب، كما يفعل المسؤولون عن إنفاذ القانون (94 ، 96 ، 97).

في نهاية المطاف، هناك حاجة إلى قدر أكبر من المساءلة. إذ يؤدي الفشل في محاسبة الجناة، وضعف آليات الإبلاغ، وعدم الرغبة في إعطاء الأولوية للعنف القائم على النوع الاجتماعي كقضية من قضايا حقوق الإنسان، وعدم كفاية الجهود لمعالجة المشكلة بطريقة منهجية، إلى خلق ثقافة الإفلات من العقاب التي تسمح باستمرار العنف (98).

16 بالنسبة للبلدان خارج الأمريكتين، كانت البيانات للفترة 2018-2019؛ وبالنسبة للبلدان داخل الأمريكتين، كانت البيانات لعام 2020.

تأثير كوفيد19- على الفتيات والنساء في نيجيريا وجنوب إفريقيا

حذرت التقارير التي تتحدث عن تصاعد العنف القائم على النوع الاجتماعي خلال جائحة كوفيد19- بسبب العزلة المتزايدة عن شبكات الحماية الاجتماعية والاقتصادية وزيادة الضغط الاجتماعي والاقتصادي من الخطر الذي يمثله لعقود من المكاسب التي تحققت بشق الأنفس من أجل حقوق المرأة ورفاهيتها.

وفي عام 2021، انضم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إلى المنظمات المجتمعية وشركاء البحث لإجراء مسوح مقطعية للفتيات والنساء المتعايشات مع أو المعرضات لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري في نيجيريا وجنوب إفريقيا لقياس تأثير جائحة كوفيد19- على حياتهن. وقد تم تجنيد المشاركات من يونيو إلى ديسمبر 2021 باستخدام مزيج من أساليب أخذ العينات القائمة على المكان وكرة الثلج.[1] ففي نيجيريا، أجرى الباحثون مسحا على 4541 امرأة وفتاة فوق سن 15 عاما في 10 ولايات تعاني من عبء عالٍ من فيروس نقص المناعة البشري. 62٪ كن تحت سن 30، و47٪ كن متعايشات مع الفيروس. وفي جنوب إفريقيا، شاركت 2812 امرأة وفتاة فوق سن 15 عاما من أربع مقاطعات تعاني من عبء عالٍ للفيروس، بما في ذلك 61 ٪ دون سن 30 و 45 ٪ متعايشات مع الفيروس.

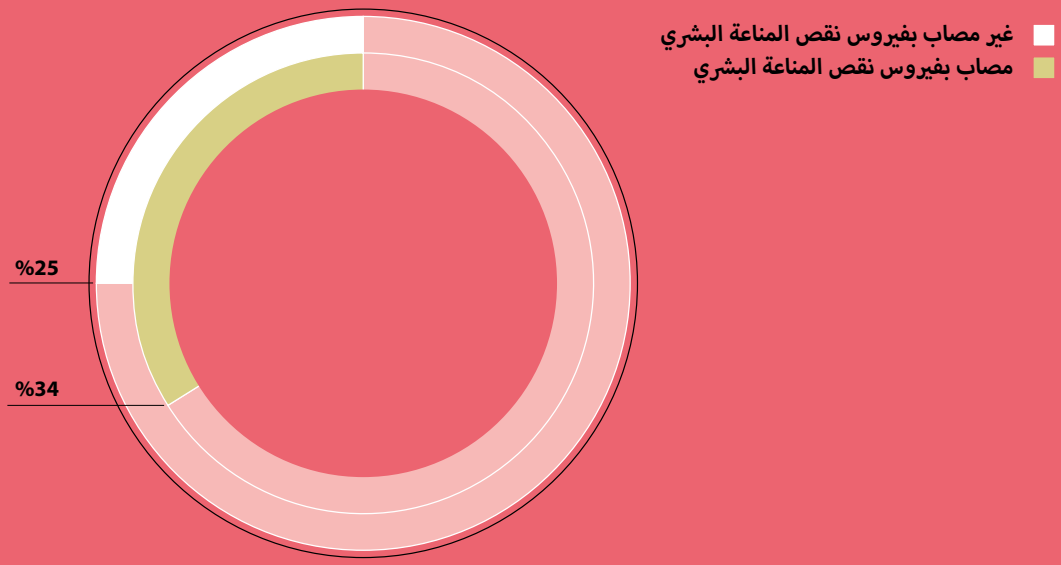
وقد أبلغ ثلث (30٪) من 6689 امرأة وفتاة عن تعرضهن للعنف الجنساني منذ بداية جائحة كوفيد19-، مع تعرض المراهقات والنساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري للعنف (شكل 3.4). وأفاد 13٪ من 6689 مستجيبة أنهن واجهن عنفا أكثر مما قبل جائحة كوفيد19-. ومقارنة بالنساء الأكبر سنا، كانت المراهقات والشابات (من سن 15 إلى 24 عاما) أكثر عرضة باستمرار لتجربة كل شكل من أشكال العنف أو الإساءة المدروسة: العنف الجسدي والجنسي أو الانتهاك العاطفي والاقتصادي من الشركاء الحميمين أو عنف جنسي من الشريك غير الحميم.

1 تضمنت مجموعة الدراسة النساء المتراضيات من سن 15 عاما وما فوق اللاتي أبلغن بأنفسهن عن التعايش مع فيروس نقص المناعة البشري أو المعرضات لخطورة عالية للإصابة بالفيروس ومن الفئات السكانية الرئيسية والضعيفة. وشمل ذلك المراهقات والشابات (واللاتي تم تعريفهن على أن أعمارهن تتراوح بين 15 و 24 عاما)، والعاملات بالجنس (واللاتي تم تعريفهن على أنهن نساء عاملات في العمل التجاري بالجنس)، ونساء مجتمع الميم (النساء اللاتي يعرفن أنفسهن على أنهن يمارسن الجنس مع النساء حصريا، أو مع النساء والرجال، أو على أنه لديهن ميول جنسية غير مغايرة الجنس أو كونهن مغايرات الهوية الجنسانية)، والنساء المتنقلات (واللاتي تم تعريفهن على أنهن مهاجرات، ولاجئات، وطالبات لجوء، ومهاجرات عائدات ونازحات)، والنساء ذوات الإعاقة (واللاتي تم تعريفهن على أنه لديهن إعاقات جسدية أو حسية طويلة الأجل) ومتعاطيات المخدرات (واللاتي تم تعريفهن في هذه الدراسة على أنهن نساء يتعاطين المخدرات عن طريق الحقن أو يتعاطين عقاقير غير مشروعة).



UNAIDS ©

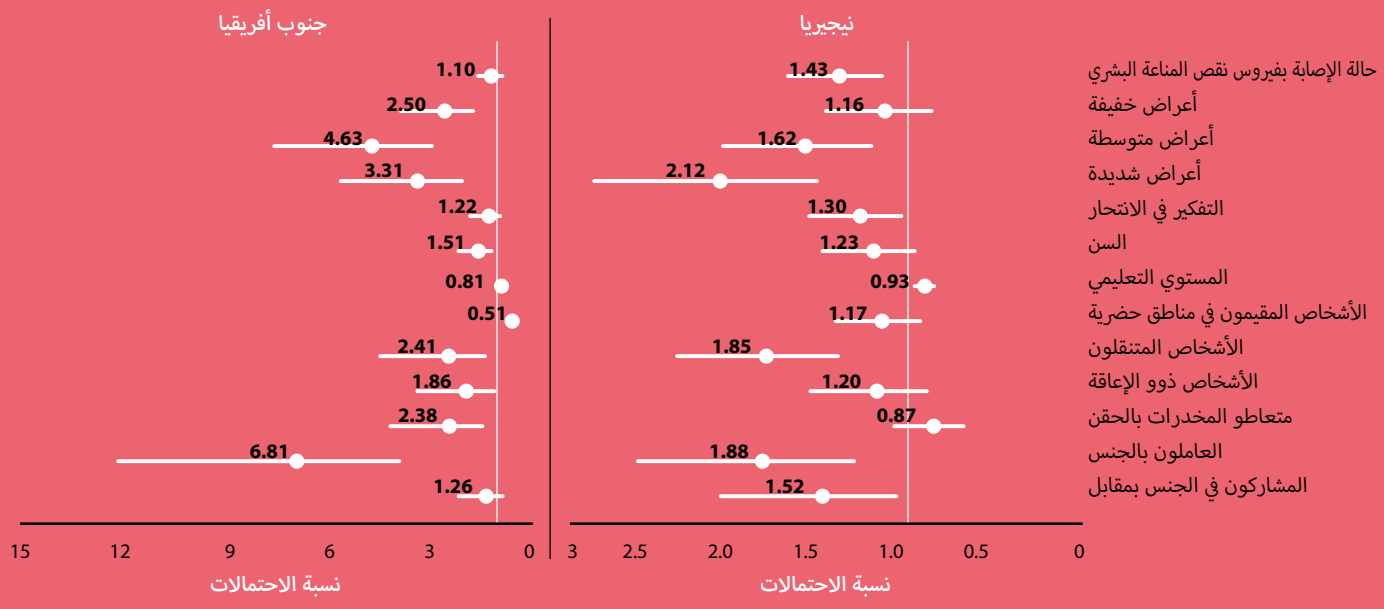
شكل 3.4 النسبة المئوية لأفراد مجتمع الدراسة الذين أبلغوا عن تعرضهم للعنف القائم على النوع الاجتماعي منذ بداية جائحة كوفيد19-، حسب حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري



المصدر: Lamontagne E, Yakusik A, Humphries H, Lewis L, Choonara S, Arjie O et al. Sexual, physical, economic and emotional violence faced by women and adolescent girls living with HIV and at high risk of HIV in South Africa and Nigeria in time of COVID-19. 24th International AIDS Conference, 29 July–2 August.

ملحوظة: المستجيبون (n = 5922)؛ الناقصون (n = 452). تم جمع البيانات بين يونيو وديسمبر 2021 في نيجيريا وجنوب إفريقيا.

شكل 3.5 ارتباط العنف القائم على النوع الاجتماعي بخصائص أخرى في الفئة السكانية الخاصة بالدراسة، حسب البلد، 2021



المصدر: Lamontagne E, Yakusik A, Humphries H, Lewis L, Choonara S, Arjie O et al. Sexual, physical, economic and emotional violence faced by women and adolescent girls living with HIV and at high risk of HIV in South Africa and Nigeria in time of COVID-19. 24th International AIDS Conference, 29 July–2 August.

ملحوظة المشاركون النيجيريون = 2413. البيانات التي تم جمعها بين يونيو وأكتوبر 2021 في 10 ولايات في نيجيريا. المشاركون من جنوب إفريقيا = 1290. البيانات التي تم جمعها بين سبتمبر وديسمبر 2021 في كيب الشرقية، وجاوتينج، وكوازولو ناتال، وكيب الغربية.

وقد وجدت الدراسة أن الفتيات والنساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري كن أكثر عرضة من الفتيات والنساء غير المتعايشات مع الفيروس لتجربة العنف القائم على النوع الاجتماعي. وعلاوة على ذلك، فإن ضحايا العنف القائم على النوع الاجتماعي في كل من نيجيريا وجنوب إفريقيا هم على التوالي أكثر من اثنين(aOR 2.12; 95% CI: 1.56–2.88) وثلاث (aOR 3.31; 95% CI: 1.97–5.58) مرات أكثر احتمالية للإبلاغ عن أعراض الاكتئاب والقلق الشديدة من أولئك اللاتي لسن ضحايا للعنف. وأولئك اللاتي ينتقلن واللاتي يعملن بالجنس لديهن أعلى احتمالات التعرض للعنف القائم على النوع الاجتماعي (شكل 3.5).

ومنذ بداية جائحة كوفيد19-، أبلغ عدد أكبر من النساء (10٪ في نيجيريا و15٪ في جنوب إفريقيا) عن استخدامهن للعمل بالجنس أو ممارسة الجنس للحفاظ على سبل عيشهن، و9٪ من العاملات بالجنس في نيجيريا و5٪ في جنوب إفريقيا بدأن في ممارسة الجنس بدون واقي ذكري بشكل أكثر تواترا. و أفادت النساء اللواتي يبعن الجنس أو يتاجرن به أنهن عانين من انخفاض كبير في الدخل (53٪ في نيجيريا و38٪ في جنوب إفريقيا) منذ بداية الجائحة.

وأخيرا، أظهرت المسوح أنه، مقارنة بالمراهقات والشابات غير المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري، كانت الفتيات المراهقات والشابات المتعايشات مع الفيروس أكثر عرضة لتناول وجبات أقل أو تخطي وجبات الطعام منذ بداية جائحة كوفيد19- بسبب عدم وجود أموال كافية للطعام. كما كان من المرجح أيضا أن يكن قد تلقين منحة إغاثة خاصة من كوفيد19- أو تدابير دعم أخرى. ومع ذلك، وصلت تدابير الدعم الخاصة لكوفيد19- هذه إلى 4٪ و10٪ فقط من المراهقات والشابات المتعايشات مع الفيروس اللاتي اضطررن لتناول وجبات أقل أو تخطي وجبات في نيجيريا وجنوب إفريقيا، على التوالي.

كانت المراهقات والشابات المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري أكثر عرضة لتناول وجبات أقل أو تخطى الوجبات منذ بداية جائحة كوفيد19-.

إن الآثار الاجتماعية والاقتصادية السلبية لجائحة كوفيد19- - بما في ذلك تفاقم العنف القائم على النوع الاجتماعي - محسوسة بشكل خاص بين أكثر أفراد المجتمع تهميشا. لذلك، يجب تصميم وتنفيذ المزيد من التدخلات النسوية لمعالجة هذه الأضرار بالتعاون مع المجموعات التي تقودها العاملات بالجنس والمنظمات النسائية وتلك الخاصة بالمتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري.

وتوفر النتائج المستخلصة من هذا المسح المقطعي بعض الأفكار الأولية حول كيف أن جائحة كوفيد19- قد أدت إلى تفاقم الضعف الموجود مسبقا بين النساء المعرضات لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والمتعايشات مع الفيروس في الفئات السكانية المعرضة للخطر. وأبرز النهج البيئي أنه ليس بالضرورة عوامل فردية، بل كيفية تقاطع العوامل المتعددة، التي أدت إلى تفاقم القابلية للتأثر. إن عوامل الخطر التقليدية مثل العمر، وتجربة العنف القائم على النوع الاجتماعي، والوضع الاجتماعي، والفقر، ومرونة الأسرة عملت جنبا إلى جنب مع القيود المفروضة على الحركة، وعمليات الإغلاق، والصدمة الاقتصادية الناتجة لتعزيز مخاطر النساء المعرضات بالفعل للخطر في الفئات السكانية الرئيسية والضعيفة. يجب فهم هذه التقاطعات للمخاطر ودراستها بشكل أفضل لتصميم تدخلات صحية عامة أكثر مرونة واستجابة للجوائح في المستقبل.

تعليم الفتيات يصنع عالما من الاختلاف

لكل طفل الحق في إكمال دراسته والحصول على تعليم جيد. وعندما يتم التمسك بهذا الحق، فإنه يقلل من الفقر، ويحسن النتائج الصحية، ويحفز التنمية الاجتماعية والاقتصادية. وتكون الآثار قوية بشكل خاص بالنسبة للفتيات: حيث يرتفع دخلهن طوال حياتهن، وتقل التفاوتات، ويتعزز الاندماج الاجتماعي (99-101). كما يتم تقليل خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري وغيره من الأمراض المنقولة جنسيا، كما تُظهر الدراسات من الهند وجنوب إفريقيا (102-110). وعندما وسعت بوتسوانا التعليم الثانوي الإلزامي، على سبيل المثال، وجدت أن كل سنة دراسية إضافية بعد السنة 9 كانت مرتبطة بانخفاض بنسبة 12٪ في مخاطر إصابة الفتيات بفيروس نقص المناعة البشري (108).

وعلى الرغم من ذلك، فإن واحدة من كل ثلاث مراهقات (تتراوح أعمارهن بين 10 و19 عاما) من أفقر الأسر في جميع أنحاء العالم لم تذهب إلى المدرسة مطلقا (109). ويعتبر الفقر والتمييز بين الجنسين، والصراع السياسي، والأزمات الإنسانية من العوامل الرئيسية التي تجعل الأطفال خارج المدرسة (110).

تحث مبادرة تمكين المراهقات والشابات جنوب الصحراء (Education Plus) الحكومات على توفير حزمة مجانية للتعليم الثانوي الشامل للفتيات والفتيان لتمكين المراهقات والشابات.

12

دولة انضمت إلى مبادرة EDUCATION PLUS

يجب إزالة العوائق التي تحول دون تعليم الفتيات. وقد انطلقت مبادرة Education Plus - التي دعت إلى عقدها منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة)، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (اليونسكو)، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز - في عام 2021 لضمان حصول جميع المراهقات والشابات في أفريقيا جنوب الصحراء على تعليم ثانوي جيد إلى جانب التعليم الحيوي، والفرص الاجتماعية والاقتصادية، والخدمات الصحية. وتستخدم المبادرة الدعوة السياسية رفيعة المستوى لتمكين المراهقات والشابات وتعزيز المساواة بين الجنسين في أفريقيا جنوب الصحراء - مع التعليم الثانوي كنقطة انطلاق استراتيجية. كما أنها تساعد على حشد التحالفات والشبكات على نطاق واسع، بما في ذلك على مستوى المجتمع المحلي، لإشراك النساء والشباب ومنظمات المجتمع المدني، وشبكات النساء والفتيات المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري، وجمعيات المعلمين والآباء، والزعماء الثقافيين والدينيين، وجمعهم حول هدف مشترك.

الصفحة التالية
الصفحة التالية تم إطلاق مبادرة Education Plus من قبل السيدة الأولى في غامبيا، سعادة فاتوماتا باه بارو، في مركز السير داودا كيرابا جاوارا الدولي للمؤتمرات في 7 يوليو 2022.

المكاسب السابقة معرضة للتهديد مرة أخرى

قبل كوفيد19-، شهدت السنوات العشرين الماضية انخفاضا في عدد الفتيات غير الملتحقات بالمدارس بمقدار 79 مليونا على مستوى العالم. وكان هذا نتيجة عقود من الجهود لإدخال المزيد من الفتيات إلى الفصول الدراسية وتضييق الفجوة بين الجنسين في الوصول إلى التعليم (111).

وعلى الرغم من هذا التقدم، لا يزال عدد الفتيات يفوق عدد الأولاد بين الأطفال في سن المدرسة الذين لم يلتحقوا بالمدرسة الابتدائية (32.3 مليون مقابل 26.8 مليون على مستوى العالم)، وكانت معدلات إتمامهن للدراسة الابتدائية أقل وكان احتمال استبعادهن من التعليم أكثر من الفتيان (111). وفي أفريقيا جنوب الصحراء، كان حوالي 38٪ من الفتيات و35٪ من الأولاد في سن المدرسة الثانوية خارج المدرسة في عام 2018، وفي معظم غرب ووسط أفريقيا، كانت الفتيات في المرحلة الابتدائية أو الثانوية أكثر احتمالا من الفتيان أن يكن خارج المدرسة (112، 113). وبالإضافة إلى ذلك، لا تزال جودة تعليم الفتيات في العديد من البلدان تعاني بسبب التمييز الذي يتعرضن له في مدارسهن ومجتمعاتهن (111).

وتزيد جائحة كوفيد19- من صعوبة التحاق الفتيات بالمدرسة والبقاء فيها. وبحلول أواخر عام 2021، أثر إغلاق المدارس المرتبط بـكوفيد19- على أكثر من 1.6 مليار متعلم في جميع أنحاء العالم، وفقا لتقديرات اليونيسف. وتشير التقييمات على المستوى القطري (من إيطاليا، والمكسيك، وباكستان، وجنوب إفريقيا، على سبيل المثال) إلى أن خسائر التعلم كانت أثقل بالنسبة للفتيات مقارنة بالفتيان (114). وتهدد الجائحة بعكس المكاسب التي تحققت في العقدين الماضيين، مما يترك ما يقدر بنحو 20 مليون فتاة في سن الدراسة الثانوية خارج المدرسة في البلدان النامية (معظمهن في إفريقيا) بعد انتهاء أزمة كوفيد19- (115).

تحث مؤسسة Education Plus الحكومات على توفير حزمة مجانية للتعليم الثانوي الشامل للفتيات والفتيان لتمكين المراهقات والشابات. وتؤكد المبادرة على الوصول الشامل إلى التربية الجنسية الشاملة، وتحقيق الصحة الجنسية والإنجابية، والتحرر من العنف القائم على النوع الاجتماعي والعنف الجنسي والانتقال من المدرسة إلى العمل، والأمن الاقتصادي، وتمكين المرأة. وقد التزم 12 بلدا على أعلى المستويات السياسية بتنفيذ المبادرة: بنين، والكاميرون، والغابون، وغامبيا، وليسوتو، وملاوي، والسنغال وسيراليون، وجنوب أفريقيا، وأوغندا، وزامبيا. واتخذ البعض بالفعل إجراءات ملموسة (انظر قصة Education Plus في هذا الفصل)، ويجري إعداد حالات الاستثمار في بنين، والكاميرون، وليسوتو، وسيراليون. كما يجري تطوير أطر السياسات في جنوب أفريقيا (بشأن منع حالات الحمل بين المتعلمات ودعم سياسات وترتيبات البقاء بالمدارس للفتيات الحوامل)، وفي ليسوتو (بشأن استبقاء المتعلمين في المدرسة)، وفي ملاوي وسيراليون (استراتيجيات على مستوى القطاع).



Education Plus Initiative ©

وقد أطلقت جنوب إفريقيا سياسة لمنع الحمل بين الفتيات الصغيرات والإبقاء على المتعلمات الحوامل ودعمهن، مع ربطهن أيضا بالحماية الاجتماعية والدعم النفسي والاجتماعي الضروريين كجزء من الجهود المبذولة للحد من الفوارق بين الجنسين في التعليم.

”تقول كيتشا بيرتولا إزيغا، مؤسسة Leap Girl Africa: «من الضروري أن تتعلم الفتيات كيفية الاعتناء بأنفسهن، ولكن أيضًا أن يتم إعطاؤهن جميع الوسائل اللازمة للقيام بذلك». وتضيف «إن المعرفة والتمكين أمران حاسمان لحماية الفتيات والمراهقات من التسرب من المدرسة، ومن سوء المعاملة والأمراض المعدية مثل فيروس نقص المناعة البشري.»



حملة Education Plus لتشجيع الفتيات على الالتحاق بالمدرسة الثانوية، الكاميرون، 2022.

UNESCO/Emily Pinna ©

EDUCATION PLUS:
بناء الزخم

تساعد منظمة Education Plus في إحداث تغييرات مهمة في إفريقيا. وتقدم سيراليون، وهي من أوائل الدول التي انضمت إلى هذه المبادرة، التعليم المجاني في المدارس الابتدائية والثانوية للمساعدة في تحقيق التكافؤ بين الجنسين. وتضمن سياسة الدمج الراديكالية أن تستمر المتعلمات الحوامل في الوصول إلى تعليمهن مع توفير خدمات الدعم الاجتماعي الإضافية. وقد تم تطوير منهج شامل للتربية الجنسية للمدارس الإعدادية، كما تم تسهيل الوصول إلى المدارس، مثل تركيب المنحدرات وتوفير وسائل مساعدة أخرى للمتعلمين ذوي الإعاقة. كما تم إدخال مخطط للمنح الدراسية في مجالات العلوم، والتكنولوجيا، والهندسة والرياضيات، لتعزيز مشاركة الفتيات في العلوم والصناعة.

وعلاوة على ذلك، وضعت وزارتا التعليم والصحة استراتيجية جديدة للصحة المدرسية وخطة تشغيلية لتوجيه تقديم خدمات الصحة المدرسية، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وتعمل الوزارتان مع وزارة الشباب لضمان إتاحة الخدمات الصديقة للشباب بسهولة في مراكز الشباب. وبالإضافة إلى ذلك، تم دمج أهداف Education Plus في خطة قطاع التعليم في سيراليون.

وفي الكاميرون، كانت 49٪ فقط من الفتيات في سن الدراسة يذهبن إلى المدرسة الثانوية في عام 2019، وكانت معدلات التسرب من المدرسة مرتفعة، ويرجع ذلك جزئيا إلى الفقر، وارتفاع عدد حالات الحمل المبكر وغير المخطط له، والزواج المبكر. وتقوم حكومة الكاميرون الآن بتنسيق الأنشطة التي تركز على التعليم عبر 10 وزارات، وهي تعمل مع أكثر من 70 منظمة من منظمات المجتمع المدني لتحديد التغييرات ذات الأولوية والتخطيط لها. لقد تم للتو وضع سياسة جديدة للتعامل مع المتعلمات الحوامل لضمان وصول الفتيات الحوامل إلى المدرسة ودعم متعدد القطاعات.

وفي بنين، تقوم لجنة من 8 وزارات بتوجيه حملة Education Plus، ووافقت الحكومة على مجموعة من الأنشطة التي تعالج الأولويات الرئيسية للمبادرة. إن التعليم الثانوي المجاني هو هدف رئيسي.[1] وتقوم الحكومة بفحص الإصلاحات القانونية والسياسية الضرورية، بينما تساعد وكالات الأمم المتحدة في تأمين دعم المانحين لجعل ذلك حقيقة واقعة.

وتقوم ليسوتو بإعداد سياسة للبقاء بالمدرسة لإبقاء المتعلمين فيها، وقد بدأت عملية لمساعدة الفتيات على العودة إلى المدرسة بعد الإغلاق المتعلق بـكوفيد19- في 2020-2021. كما تم إطلاق حملة لحشد الدعم للتعليم الثانوي المجاني، مدعوما بقضية استثمارية.

1 إن مجالات التركيز الأساسية لبرنامج Education Plus هي: إكمال التعليم الثانوي الجيد؛ والوصول الشامل إلى التربية الجنسية الشاملة ؛ وتحقيق الصحة الجنسية والإنجابية؛ والتحرر من العنف الجنساني والجنسي؛ والتحولات الناجحة من المدرسة إلى العمل؛ والأمن الاقتصادي والتمكين للشابات.

الصفحة التالية
القادة الأفارقة يطلقون مبادرة Education Plus في لوساكا، زامبيا، يونيو 2022.



Education Plus Initiative ©

التحول إلى الأساليب التي تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة

على الرغم من أن ما يقدر بمليار شخص (15 ٪ من سكان العالم) يعانون من إعاقة، فقد تم تجاهل الأشخاص ذوي الإعاقة في العديد من الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشري (116).[17] وتشير البيانات من أفريقيا جنوب الصحراء إلى أن خطر الإصابة بالفيروس قد يكون أكبر بنسبة 1.5 مرة لدى الرجال و2.2 مرة لدى النساء ذوات الإعاقة مقارنة بالأشخاص غير المعوقين (117).

ويرتبط هذا الخطر المرتفع بعدة عوامل، كما هو موضح في دراسات من بوروندي، وإثيوبيا، وجنوب إفريقيا (118-120). إن التمييز والإهمال العام لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة يمكن أن يضر بمعرفتهم بالفيروس، ويحد من وصولهم إلى خدمات الفيروس وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، ويؤثر على جودة الرعاية التي يتلقونها (121، 122). وهناك عوامل أخرى تؤثر على وصولهم إلى الخدمات، بما في ذلك عدم إمكانية الوصول المادي للخدمات والافتراضات الخاطئة بأن الأشخاص ذوي الإعاقة ليسوا نشطين جنسيا، ونقص المهارات بين مقدمي الرعاية الصحية لخدمة الأشخاص ذوي الإعاقة والتواصل معهم. وتؤدي ندرة البيانات المصنفة، وسوء الإدارة، ونقص التمويل إلى إطالة أمد هذا الوضع (116, 122–125).

وبالتالي، تشير الدراسات إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة هم أقل عرضة بنسبة 10٪ لمعرفة حالة فيروس نقص المناعة البشري لديهم وتلقي العلاج المضاد للفيروسات القهقرية مقارنة بالأشخاص غير المعاقين (116 ، 126). ويميل الالتزام بالعلاج أيضا إلى الانخفاض بين المتعايشين مع الفيروس والإعاقات، وقد وجدت دراسات من الولايات المتحدة ارتفاعا في معدلات الوفيات المرتبطة بالإيدز بين هذه الفئة السكانية (116 ، 127-129). وسيكون من الصعب تحقيق أهداف اختبار الفيروس والعلاج دون الإدماج الكامل للأشخاص ذوي الإعاقة (116).

وعلى الرغم من أن الوقت قد تأخر، إلا أن هناك اعترافا متزايدا بأهمية تضمين الإعاقة في استجابة شاملة لفيروس نقص المناعة البشري. وهناك 14 من أصل 18 خطة استراتيجية وطنية لفيروس نقص المناعة البشري في شرق وجنوب إفريقيا، على سبيل المثال، تحدد حاليا الأشخاص ذوي الإعاقة على أنهم فئة سكانية مهمشة تواجه مخاطر عالية للإصابة بالفيروس، وبدأت الدراسات الاستقصائية الوطنية ودراسات المراقبة في جمع البيانات المصنفة حسب الإعاقة. وتعد الخطة الاستراتيجية الوطنية لجنوب إفريقيا، على وجه الخصوص، شاملة للغاية للإعاقة ويمكن أن تكون بمثابة نموذج للدول الأخرى (130، 131). ويمكن لمنظمات المجتمع المدني أيضا تعزيز الإدماج من خلال ضمان تمثيل الأشخاص ذوي الإعاقة في تطوير الخطط الاستراتيجية الوطنية وآليات التنسيق القطرية للصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي). كما يمكن أن يساعد تقديم التثقيف الجنسي الشامل (كما هو الحال في نهج كسر الصمت في جنوب إفريقيا) والتدريب على الإعاقات للعاملين في مجال الرعاية الصحية في الحد من الضعف والمخاطر (132، 133). وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن تعزز برامج الفيروس الروابط مع خدمات إعادة التأهيل حتى يتمكن المتعايشون مع الفيروس والإعاقة من الازدهار (116).

17 تتطلب اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة من الدول حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في المشاركة والاندماج في جميع مجالات الحياة. وهذا يشمل الحق في الوصول إلى الخدمات الصحية.

كسر الحواجز أمام خدمات فيروس نقص المناعة البشري والصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة في كينيا

يعاني مليار شخص، أو 15٪ من سكان العالم، من إعاقة واحدة أو أكثر (117). وفي أجزاء كثيرة من العالم، غالبا ما لا تؤخذ احتياجاتهم في الاعتبار بشكل كامل في إطار فيروس نقص المناعة البشري وتقديم الخدمات الصحية، مما يؤدي إلى عوائق أمام الوصول إلى الخدمات التي تشمل المرافق التي يتعذر الوصول إليها، ونقص الخدمات المصممة وفقا لاحتياجاتهم، ومواقف الوصم بين العاملين في مجال الرعاية الصحية (118)).

وتمثل تلبية احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للنساء ذوات الإعاقة عجزا خطيرا بشكل خاص. وهذا هو السبب في أن This Ability Trust، وهي منظمة غير ربحية تقودها النساء في كينيا ومكرسة للنهوض بحقوق وإدماج النساء والفتيات ذوات الإعاقة، تعمل على ضمان عدم إهمال هذه المجموعات عندما يتعلق الأمر بفيروس نقص المناعة البشري والحقوق الجنسية والإنجابية.

وقد وجدت دراسة استقصائية حديثة أجرتها This Ability أن 53٪ من العاملين في مجال الرعاية الصحية لا يعطون الأولوية لاحتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للنساء ذوات الإعاقة. تقول آن وانجيرو، ناشطة الإعاقة من مدينة مومباسا الساحلية: «يعتقد المجتمع أن النساء ذوات الإعاقة لسن ناشطات جنسيا، ويتركهن خارج نطاق المعلومات والرعاية الصحية». وتضيف «الفقر يفاقم المشكلة. والنتيجة هي أن العديد من النساء يتخذن قرارات خاطئة فيما يتعلق بصحتهن الجنسية والإنجابية - أو بالأحرى ، يتم اتخاذ القرارات بشأن حياتهن الجنسية دون موافقتهن «.

ووجدت دراسة This Ability هذه أن معظم المرافق الصحية لديها بنية تحتية لا يمكن للنساء ذوات الإعاقة الوصول إليها، وقال 20٪ فقط من مقدمي الخدمة الذين شملتهم الدراسة أن الجلسات المتعلقة بالإعاقة قد تم دمجها في تدريب ما قبل الخدمة للموظفين الطبيين وغير الطبيين.

ومع ذلك، فإن This Ability، فعلت أكثر من توثيق المشكلة. وبدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، تعمل على سد الثغرات الحرجة في الخدمات للنساء ذوات الإعاقة.

Hesabika ، وهي منصة متنقلة طورتها This Ability، ترسل معلومات عن الصحة الجنسية، وفيروس نقص المناعة البشري، والعنف القائم على النوع الاجتماعي، وكوفيد19- مرتين في الأسبوع باللغة السواحيلية والإنجليزية إلى أكثر من 17.000 شخص. وفي عام 2021، خلال 16 يوما من النشاط على العنف ضد المرأة، نسقت This Ability أيضا مهرجانا فنيا لمدة خمسة أيام يركز على الإعاقة، والجنس، والاستقلالية الجسدية. وأخيرا، استخدمت This Ability مهارات، وهي منصة للتعلم الإلكتروني، لتدريب 90 عاملا في مجال الرعاية الصحية من تسع مقاطعات على الصحة الجنسية والإنجابية للنساء ذوات الإعاقة.



This Ability Trust ©

وإلى جانب هذه الأنشطة، تعمل This Ability على تشغيل خط اتصال مجاني في ثماني مقاطعات من أصل 47 مقاطعة في كينيا. ومن خلال خطوط الاتصال هذه، قدمت ثماني نساء ذوات إعاقة، يُعرفن باسم "Mama Siris" (مأخوذة من كلمة «Siri» باللغة السواحيلية، والتي تعني «سر»)، معلومات ونصائح حول الصحة الجنسية، وفيروس نقص المناعة البشري، والعنف القائم على النوع الاجتماعي لأكثر من 8000 متصلة منذ إطلاق البرنامج في عام 2020.

ولا يعمل برنامج الاتصال كمصدر أساسي للمعلومات والدعم للنساء ذوات الإعاقة فحسب، بل إنه قد مكّن أيضا "Mama Siris" أنفسهن. تقول ليزي كياما، المؤسس والوصي الإداري لـ This Ability Trust «إن التغيير في Mama Siris مذهل». وتضيف «لقد نمت مهاراتهن وثقتهن، واكتسبن الشرعية في مجتمعاتهن ونمت مهاراتهن القيادية - لدرجة أن العديد منهن يفكرن في الترشح لمنصب محلي في الانتخابات المقبلة.»

هذه المبادرات التي تركز على المجتمع تحتاج الآن إلى استكمالها بإصلاحات أوسع. وهناك حاجة إلى تحسينات ملموسة في البنية التحتية الصحية، ونوع المعلومات الصحية المتاحة للنساء ذوات الإعاقة، ومواقف العاملين في مجال الرعاية الصحية حول فيروس نقص المناعة البشري والحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة.

تقود آن وانجيرو برنامجا عن النشاط الجنسي للأشخاص ذوي الإعاقة، والذي يتضمن إدارة النظافة أثناء الدورة الشهرية، في كينيا في عام 2021.

المراجع

1. *Amnesty International report,* 2020/21. *London*: *Amnesty International;* 2021.
2. *Flor LS, Friedman J, Spencer CN, Cagney J, Arrieta A, Herbert ME et al*. *Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social and economic indicators*: *a comprehensive review of data from March,* 2020, *to September,* 2021. *Lancet*. 2022;399(10344):*P*2381-*P*2397.
3. *We've got the power—women, adolescent girls and the HIV response*. *Geneva*: *UNAIDS;* 2020 (*https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/2020_women-adolescent-girls-and-hiv*).
4. *Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al*. *The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers*. *Nat Commun*. 2020;11(1):773.
5. *Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza JC*. *National sex work policy and HIV prevalence among sex workers*: *an ecological regression analysis of* 27 *European countries*. *Lancet HIV*. 2017;4(3):*e*134-*e*140.
6. *Lyons C*. *Utilizing individual level data to assess the relationship between prevalent HIV infection and punitive same sex policies and legal barriers across* 10 *countries in sub-Saharan Africa*. 23*rd International AIDS Conference,* 6–10 *July* 2020. *Abstract OAF*0403.
7. *Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T et al*. *Associations between sex work laws and sex workers' health*: *a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies*. *PLoS Med*. 2018;15:*e*1002680.
8. *DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al*. *HIV and criminalization of drug use among people who inject drugs*: *a systematic review*. *Lancet HIV*. 2017;4(8):*e*357-*e*374.
9. *Batchelder AW, Foley JD, Wirtz MR, Mayer K, O'Cleirigh C*. *Substance use stigma, avoidance coping, and missed HIV appointments among MSM who use substances*. *AIDS Behav*. 2021;25(5):1454-63.
10. *Global Commission on HIV and the Law*. *Risks, rights and health*: *supplement*. *New York* (*NY*): *UNDP;* 2018 (*https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf*).
11. *Global mapping of sex worker laws* (*Internet*). *Edinburgh*: *Global Network of Sex Work Projects; c*2021 (*https://www.nswp.org/sex-work-laws-map*).
12. *How sex work laws are implemented on the ground and their impact on sex workers*. *Briefing paper*. *Edinburgh*: *Global Network of Sex Work Projects;* 2019 (*https://www.nswp.org/sites/default/files/how_sw_laws_are_implemented_their_impact_-_nswp_2019_0.pdf*).
13. *Order dated* 19 *May* 2022 *in the case of Budhadev Karmaskar v The State of West Bengal*. *No* 135 *of* 2010. *Supreme Court of India;* 2022 (*https://main.sci.gov.in/supremecourt/2007/37388/37388_2007_5_20_35996_Order_19-May-2022.pdf*).
14. *Legal and policy trends*: *impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific,* 2014–2019. *Geneva*: *UNAIDS;* 2021 (*https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf*).
15. *UNAIDS welcomes parliament's decision to repeal the law that criminalizes HIV transmission in Zimbabwe*. *In*: *UNAIDS.org* (*Internet*). 18 *March* 2022. *Geneva*: *UNAIDS; c*2022 (*https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/march/20220318_law-hiv-transmission-zimbabwe*).

16. *Report on progress on actions to reduce stigma and discrimination in all its forms. Report submitted to the 49th meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, 7–10 December 2021, Geneva.*

17. *The global drug policy index,* 2021. *Harm Reduction Consortium;* 2021 (https://globaldrugpolicyindex.net/wp-content/themes/gdpi/uploads/GDPI%202021%20Report%20EN.pdf).

18. *Drug Decriminalization in Oregon, One Year Later: Thousands of Lives Not Ruined by Possession Arrests,* 300 *Million+ in Funding for Services. In: Drugpolicy.org \Internet\.* 3 *November* 2021. *Drug Policy Alliance; c*2022 (*https://drugpolicy.org/press-release/2021/11/drug-decriminalization-oregon-one-year-later-thousands-lives-not-ruined*).

19. *Ghoussoub M. B.C. will decriminalize up to* 2.5 *grams of hard drugs. Drug users say that threshold won't decriminalize them. In: CBC News \Internet\.* 3 *June* 2022. *Toronto (ON): CBC; c*2022 (*https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/drug-decrim-threshold-1.6477327*).

20. *Vejpongsa T, Peck G. Thailand makes marijuana legal, but smoking discouraged. In: IDPC. net \Internet\.* 9 *June* 2022. *International Drug Policy Consortium; c*2022 (*https://idpc.net/alerts/2022/06/thailand-makes-marijuana-legal-but-smoking-discouraged*).

21. *Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: Influence of structural determinants. Lancet.* 2015;385:55-71.

22. *Sex work and the law: understanding legal frameworks and the struggle for sex work law reforms. Edinburgh: NSWP;* 2014. (*https://www.nswp.org/resource/nswp-publications/sex-work-and-the-law-understanding-legal-frameworks-and-the-struggle-sex*).

23. *End 'war on drugs' and promote policies rooted in human rights: UN experts. In: OHCHR.org \Internet\.* 24 *June* 2022. *Media statement. Geneva: OHCHR; c*2022 (*https://www.ohchr.org/en/statements/2022/06/end-war-drugs-and-promote-policies-rooted-human-rights-un-experts#:~:text=GENEVA%20%2824%20June%202022%29%20–%20UN%20human%20rights,June%202022%2C%20the%20experts%20issued%20the%20following%20statement%3A*).

24. *Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination. Geneva: UNAIDS;* 2020 (*https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf*).

25. *Hargreaves JR, Pliakas T, Hoddinott G, Mainga T, Mubekapi-Musadaidzwa C, Donnell D et al. HIV stigma and viral suppression among people living with HIV in the context of universal test and treat: analysis of data from the HPTN* 071 (*PopART*) *trial in Zambia and South Africa. J Acquir Immune Defic Syndr.* 2020;85(5):561-70.

26. *Yuvaraj A, Mahendra VS, Chakrapani V, Yunihastuti E, Santella AJ, Ranauta A et al. HIV and stigma in the healthcare setting. Oral Dis.* 2020;26 *Suppl* 1:103-11.

27. *Putting young key populations first: HIV and young key populations in Asia and the Pacific,* 2022. *Bangkok: UNAIDS Regional Support Team; \forthcoming\.*

28. *Galal YS, Khairy WA, Mohamed R, Esmat G, Negm M, Alaty WHA et al. HIV-related stigma and discrimination by healthcare workers in Egypt. Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2022;116(7):636-44.

29. *Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P et al. Stigma and judgment toward people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN* 071 (*PopART*) *trial. AIDS Patient Care STDS.* 2020;34(1):38-50.

30. *Pantelic M, Casale M, Cluver L, Toska E, Moshabela M. Multiple forms of discrimination and internalized stigma compromise retention in HIV care among adolescents: findings from a South African cohort. J Int AIDS Soc.* 2020;23(5):e25488.

31. *Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. J Int AIDS Soc.* 2015;18(2 Suppl 1):19833.

32. *Looking out for adolescents and youth from key populations: formative assessment on the needs of adolescents and youth at risk of HIV—case studies from Indonesia, the Philippines, Thailand and Viet Nam. Bangkok: UNICEF East Asia and Pacific Regional Office;* 2019.

33. *Free state of health. Johannesburg: Ritshidze;* 2021 (https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2021/09/Ritshidze-State-of-Health-Free-State-2021.pdf).

34. *Jamaica Network of Seropositives, Health Policy Plus. The People Living with HIV Stigma Index: Jamaica. Washington (DC): Palladium, Health Policy Plus;* 2020 (https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2020/06/Jamaica-SI-Report-2020.pdf).

35. *Public Health Foundation of India, Health Policy Project, MEASURE Evaluation and International Center for Research on Women. Evidence-based strategies to engage men and boys in gender-integrated health interventions. Washington (DC): Futures Group, Health Policy Project;* 2014 (http://www.healthpolicyproject.com/pubs/382_MenandBoysBrief.pdf).

36. *Pettifor A, Lippman SA, Gottert A, Suchindran CM, Selin A, Peacock D et al. Community mobilization to modify harmful gender norms and reduce HIV risk: results from a community cluster randomized trial in South Africa. J Int AIDS Soc.* 2018;21:e25134.

37. *Increasing male engagement in the HIV response: promising practices in eastern and southern Africa. Cape Town: Sonke Gender Justice;* 2017.

38. *Stewart R, Wright B, Smith L, Roberts S, Russell N. Gendered stereotypes and norms: a systematic review of interventions designed to shift attitudes and behaviour. Heliyon.* 2021;7(4):e06660.

39. *Leddy AM, Gottert A, Haberland N, Hove J, West RL, Pettifor A et al. Shifting gender norms to improve HIV service uptake: qualitative findings from a large-scale community mobilization intervention in rural South Africa. PLoS One.* 2021;16(12):e0260425.

40. *Seeing the unseen: the case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy. State of world population* 2022. *New York (NY): UNFPA;* 2022 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf).

41. *Moreira LR, Ewerling F, Barros AJD, Silveira MF. Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. Reprod Health.* 2019;16(1):148.

42. *United Nations Population Fund global databases,* 2020. *Based on the Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and other national surveys conducted in the* 2007–2018 *period. For more information, see: Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights: measuring SDG Target* 5.6. *New York (NY): UNPFA;* 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-SDG561562Combined-v4.15.pdf).

43. *Demographic and Health Surveys,* 2017–2021.

44. *Ninsiima LR, Chiumia IK, Ndejjo R. Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. Reprod Health.* 2021;18(1):135.

45. *Robert K, Maryline M, Jordan K, Lina D, Helgar M, Annrita I et al. Factors influencing access of HIV and sexual and reproductive health services among adolescent key populations in Kenya. Int J Public Health.* 2020;65(4):425-32.

46. *Newton-Levinson A, Leichliter JS, Chandra-Mouli V. Sexually transmitted infection services for adolescents and youth in low- and middle-income countries: perceived and experienced barriers to accessing care. J Adolesc Health.* 2016;59(1):7-16.

47. *No exceptions, no exclusions: realizing sexual and reproductive health, rights and justice for all. 2021 report of the High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. High-Level Commission on the Nairobi Summit;* 2021 (*https://www.nairobisummiticpd.org/sites/default/files/NairobiHLC-ENGLISH_0.pdf*).

48. *UNAIDS welcomes Chile's public apology in landmark case of involuntary sterilization of women living with HIV. Press statement. In: UNAIDS.org [Internet]. 27 May 2022. Geneva: UNAIDS; c2022* (*https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220527_chile-involuntary-sterilization-women-living-with-HIV#:~:text=Government's%20public%20acknowledgem-,GENEVA%2C%2027%20May%202022%E2%80%94UNAIDS%20welcomes%20the%20Chilean%20Government's%20public,were%20sterilized%20without%20their%20consent*).

49. *McKinnon B, Vandermorris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study. Bull World Health Organ.* 2019;97(1):42-50.

50. *Young people and the law: laws and policies impacting young people's sexual and reproductive health and rights in the Asia-Pacific region. 2020 update. Bangkok: UNFPA;* 2020 (*https://asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/young_people_and_the_law_-_laws_and_policies_impacting_young_peoples_sexual_and_reproductive_health_and_rights_in_the_asia-pacific_region_2020_update_2.pdf*).

51. *Legal and policy trends impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific,* 2014–2019. *Geneva: UNAIDS;* 2021 (*https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf*).

52. *Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, Venukumar KT, Lakshmi B, Roy A et al. Delivering community-led integrated HIV and sexual and reproductive health services for sex workers: a mixed methods evaluation of the DIFFER study in Mysore, South India. PLoS One.* 2019;14(6):e0218654.

53. *Ippoliti NB, Nanda G, Wilcher R. Meeting the reproductive health needs of female key populations affected by HIV in low- and middle-income countries: a review of the evidence. Stud Fam Plann.* 2017;48(2):121-51.

54. *Zaneva M, Philpott A, Singh A, Larsson G, Gonsalves L. What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE.* 2022;17(2):e0261034.

55. *Sladden T, Philpott A, Braeken D, Castellanos-Usigli A, Yadav V, Christie C et al. Sexual health and wellbeing through the life course: ensuring sexual health, rights and pleasure for all. Inter J Sex Health.* 2021;33(4):565-71.

56. *Ford JV, Corona Vargas E, Finotelli I Jr, Fortenberry JD, Kismödi E, Philpott A et al. Why pleasure matters: its global relevance for sexual health, sexual rights and wellbeing. Inter J Sex Health.* 2019;31(3):217-30.

57. *Family planning fact sheet. In: UNFPA.org [Internet]. Updated 16 August 2021. New York (NY): UNFPA; c2022* (*https://www.unfpa.org/family-planning#readmore-expand*).

58. *Twizelimana D, Muula AS. Unmet contraceptive needs among female sex workers (FSWs) in semi urban Blantyre, Malawi. Reprod Health.* 2021 Jan 19;18(1):11.

59. *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women, and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. *Geneva: WHO;* 2021.

60. *Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P et al*. *A systematic review of the correlates of violence against sex workers*. *Am J Public Health*. 2014;104:e42-e54.

61. *Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, Marrow E, Stephenson R, Agénor M et al*. *Intimate partner violence in transgender populations: systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates*. *Am J Public Health*. 2020;110(9):e1-e14.

62. *Poteat T, Ackerman B, Diouf D, Ceesay N, Mothopeng T, Odette KZ et al*. *HIV prevalence and behavioral and psychosocial factors among transgender women and cisgender men who have sex with men in 8 African countries: a cross-sectional analysis*. *PLoS Med*. 2017;14(11):e1002422.

63. *Folch C, Casabona J, Majó X, Meroño M, González V, Colom J et al*. *Women who inject drugs and violence: need for an integrated response*. *Adicciones*. 2021;33(4):299-306.

64. *Meskele M, Khuzwayo N, Taylor M*. *Mapping the evidence of intimate partner violence among women living with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: a scoping review*. *BMJ Open*. 2021;11(5):e041326.

65. *Yonga AM, Kiss L, Onarheim KH*. *A systematic review of the effects of intimate partner violence on HIV-positive pregnant women in sub-Saharan Africa*. *BMC Public Health*. 2022;22(1):220.

66. *Kiss L, Quinlan-Davidson M, Pasquero L, Tejero PO, Hogg C, Theis J et al*. *Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle-income countries*. *Confl Health*. 2020;14:11.

67. *Flores AR, Langton L, Meyer IH, Romero AP*. *Victimization rates and traits of sexual and gender minorities in the United States: results from the National Crime Victimization Survey, 2017*. *Sci Adv*. 2020;6(40):*eaba*6910.

68. *Schwab-Reese LM, Currie D, Mishra AA, Peek-Asa C*. *A comparison of violence victimization and polyvictimization experiences among sexual minority and heterosexual adolescents and young adults*. *J Interpers Violence*. 2021;36(11-12):*NP*5874-*NP*5891.

69. *Hate crimes against LGBTQ on the rise in Switzerland*. *In: swissinfo.ch [Internet]*. 17 *May* 2022. *SWI swissinfo.ch; c*2022 [*https://www.swissinfo.ch/eng/hate-crimes-against-lgbtq-on-the-rise-in-switzerland/47599858*].

70. *UNITY Platform publishes annual report on violence against sexual and gender minorities in Cameroon*. *In: UNAIDS.org [Internet]*. 5 *May* 2021. *Geneva: UNAIDS; c*2022 [*https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210505_cameroon*].

71. *Leddy AM, Weiss E, Yam E, Pulerwitz J*. *Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: a scoping review*. *BMC Public Health*. 2019;19(1):897.

72. *Leis M, McDermott M, Koziarz A, Szadkowski L, Kariri A, Beattie TS et al*. *Intimate partner and client-perpetrated violence are associated with reduced HIV pre-exposure prophylaxis [PrEP] uptake, depression and generalized anxiety in a cross-sectional study of female sex workers from Nairobi, Kenya*. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(*Suppl* 2):e25711.

73. *Mendoza C, Barrington C, Donastorg Y, Perez M, Fleming PJ, Decker MR et al*. *Violence from a sexual partner is significantly associated with poor HIV care and treatment outcomes among female sex workers in the Dominican Republic*. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;74(3):273-8.

74. *Ogbonnaya IN, Reed E, Wanyenze RK, Wagman JA, Silverman JG, Kiene SM. Perceived barriers to HIV care and viral suppression comparing newly diagnosed women living with HIV in rural Uganda with and without a history of intimate partner violence. J Interpers Violence.* 2021 *Jun* 26:8862605211028284.

75. *Hatcher AM, Brittain K, Phillips TK, Zerbe A, Abrams EJ, Myer L. Longitudinal association between intimate partner violence and viral suppression during pregnancy and postpartum in South African women. AIDS.* 2021;35(5):791-9.

76. *Hampanda KM. Intimate partner violence and HIV-positive women's non-adherence to antiretroviral medication for the purpose of prevention of mother-to-child transmission in Lusaka, Zambia. Social Sci Med.* 2016;153:123-30.

77. *Kidman R, Violari A. Dating violence against HIV-infected youth in South Africa: associations with sexual risk behavior, medication adherence, and mental health. J Acquir Immune Defic Syndr.* 2018;77(1):64-71.

78. *Orza LB, Bell E, Crone ET, Damji N, Dilmitis S, Tremlett L et al. In women's eyes: key barriers to women's access to HIV treatment and a rights-based approach to their sustained well-being. Health Hum Rights.* 2017;19(2):155-68.

79. *Wetzel EC, Tembo T, Abrams EJ, Mazenga A, Chitani MJ, Ahmed S et al. The relationship between intimate partner violence and HIV outcomes among pregnant women living with HIV in Malawi. Malawi Med J.* 2021;33(4):242-52.

80. *Fiorentino M, Sow A, Sagaon-Teyssier L, Mora M, Mengue MT, Vidal L et al. Intimate partner violence by men living with HIV in Cameroon: prevalence, associated factors and implications for HIV transmission risk (ANRS-12288 EVOLCAM). PLoS One.* 2021;16(2):e0246192.

81. *Shrestha R, Copenhaver MM. Association between intimate partner violence against women and HIV-risk behaviors: findings from the Nepal Demographic Health Survey. Violence Against Women.* 2016;22(13):1621-41.

82. *Addressing violence against women in health and multisectoral policies: a global status report. Geneva: WHO;* 2021.

83. *Mago A, Dartnall E. Funding ethically: better funding for violence against women and violence against children—research in lower- and middle-income countries. Pretoria: Sexual Violence Research Initiative;* 2022 (https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2022-01-20/FullReport_Ethical_Funding.pdf).

84. *Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Are interventions focused on gender-norms effective in preventing domestic violence against women in low and lower-middle income countries? A systematic review and meta-analysis. Reprod Health.* 2019;16(1):93.

85. *John N, Casey SE, Carino G, McGovern T. Lessons never learned: crisis and gender-based violence. Dev World Bioeth.* 2020;20(2):65-8.

86. *Dworkin SL, Treves-Kagan S, Lippman SA. Gender-transformative interventions to reduce HIV risks and violence with heterosexually-active men: a review of the global evidence. AIDS Behav.* 2013 *Nov;*17(9):2845-63.

87. *Annual report to the Human Rights Council: investing in child protection and violence prevention should be seen as a vaccine to end the pandemic of violence against children. New York (NY): Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence Against Children;* 2022 (https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/hrc_report_2022.pdf).

88. *Sánchez-Prada A, Delgado-Alvarez C, Bosch-Fiol E, Ferreiro-Basurto V, Ferrer-Perez VA. Psychosocial implications of supportive attitudes towards intimate partner violence against women throughout the lifecycle. Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(17):6055.

89. *Anaba EA, Manu A, Ogum-Alangea D, Modey EJ, Addo-Lartey A, Torpey K. Young people's attitudes towards wife-beating: analysis of the Ghana Demographic and Health Survey* 2014. *PLoS One*. 2021;16(2):e0245881.

90. *Gottert A, Pulerwitz J, Haberland N, Mathebula R, Rebombo D, Spielman K et al. Gaining traction: promising shifts in gender norms and intimate partner violence in the context of a community-based HIV prevention trial in South Africa. PLoS One*. 2020;15(8):e0237084.

91. *Lees S, Marchant M, Selestine V, Mshana G, Kapiga S, Harvey S. The transformative effects of a participatory social empowerment intervention in the MAISHA intimate partner violence trial in Tanzania. Cult Health Sex*. 2021;23(10):1313-28.

92. *Park E, Wolfe SJ, Nalugoda F, Stark L, Nakyanjo N, Ddaaki W et al. Examining masculinities to inform gender-transformative violence prevention programs: qualitative findings from Rakai, Uganda. Glob Health Sci Pract*. 2022;10(1):e2100137.

93. *Jones N, Pincock K, Baird S, Yadete W, Hamory Hicks J. Intersecting inequalities, gender and adolescent health in Ethiopia. Int J Equity Health*. 2020;19(1):97.

94. *Yount KM, Krause KH, Miedema SS. Preventing gender-based violence victimization in adolescent girls in lower-income countries: systematic review of reviews. Soc Sci Med*. 2017;192:1-13.

95. *Ferrari G, Torres-Rueda S, Chirwa E, Gibbs A, Orangi S, Barasa E et al. Prevention of violence against women and girls: a cost-effectiveness study across 6 low- and middle-income countries. PLoS Med*. 2022;19(3):e1003827.

96. *Gibbs A, Reddy T, Closson K, Cawood C, Khanyile D, Hatcher A. Intimate partner violence and the HIV care and treatment cascade among adolescent girls and young women in DREAMS, South Africa. J Acquir Immune Defic Syndr*. 2022;89(2):136-42.

97. *Meinck F, Pantelic M, Spreckelsen TF, Orza L, Little MT, Nittas V et al. Interventions to reduce gender-based violence among young people living with or affected by HIV/AIDS in low-income and middle-income countries. AIDS*. 2019;33(14):2219-36.

98. *Manjoo R. Accountability and impunity: developments and challenges in realizing justice for women victims of violence. International Review of Contemporary Law; March* 2020.

99. *The International Commission on Financing Global Education Opportunity. The learning generation: investing in education for a changing world. New York (NY): The Education Commission;* 2016 (*http://report.educationcommission.org/wp-content/uploads/2016/08/Learning_Generation_Exec_Summary.pdf*).

100. *UNESCO strategy on education for health and well-being: contributing to the Sustainable Development Goals. Paris: UNESCO;* 2016 (*https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246453*).

101. *Wodon Q, Montenegro C, Nguyen J, Onagoruwa A. Missed opportunities: the high cost of not educating girls. Washington (DC): World Bank;* 2018 (*https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29956/HighCostOfNotEducatingGirls.pdf?sequence=6&isAllowed=y*).

102. *Population-based surveys,* 2012–2018.

103. *David JK, Pant R, Allam RR, Priya VM. The relationship between educational attainment and HIV prevalence among pregnant women attending antenatal clinics in sex states of India: sentinel surveillance from* 2010 *to* 2017. *Indian J Pub Health*. 2020;64(*Suppl*):S15-S21.

104. *Mensch BS, Grant MJ, Soler-Hampejsek E, Kelly CA, Chalasani S, Hewett PC. Does schooling protect sexual health? The association between three measures of education and STIs among adolescents in Malawi. Popul Stud (Camb)*. 2020;74(2):241-61.

105. Lindskog A, Durevall D. To educate a woman and to educate a man: gender-specific sexual behavior and human immunodeficiency virus responses to an education reform in Botswana. Health Econ. 2021;30(3):642-58.

106. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. Int J Epidemiol. 2008;37:1266-73.

107. Pettifor A, MacPhail C, Selin A, Gómez-Olivé FX, Rosenberg M, Wagner RG et al. HPTN 068: a randomized control trial of a conditional cash transfer to reduce HIV infection in young women in South Africa—study design and baseline results. AIDS Behav. 2016;20:1863-82.

108. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. Lancet Glob Health. 2015;3(8):e470-e477.

109. Addressing the learning crisis: an urgent need to better finance education for the poorest children. New York (NY): UNICEF; 2020 (https://www.unicef.org/media/63896/file/Addressing-the-learning-crisis-advocacy-brief-2020.pdf).

110. A future stolen: young and out of school. New York (NY): UNICEF; September 2018 (https://data.unicef.org/resources/a-future-stolen/).

111. United Nations Children's Fund, UN Women and Plan International. A new era for girls: taking stock of 25 years of progress. New York (NY): UNICEF; 2019 (https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2020/03/A-New-era-for-girls-progress-report-English_2020.pdf).

112. New methodology shows that 258 million children, adolescents and youth are out of school. Montreal (QC): UNESCO Institute for Statistics; September 2019 (http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/new-methodology-shows-258-million-children-adolescents-and-youth-are-out-school.pdf).

113. UNESCO Institute for Statistics, most recent values from 2010 to 2018. Cited in: Adolescent girls in West and central Africa: data brief. New York (NY): UNICEF; 2019 (https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2019/10/Adolescent-girls-WCAR-brochure-English-2019.pdf).

114. The state of the global education crisis: a path to recovery. Washington (DC), Paris, New York (NY): The World Bank, UNESCO and UNICEF; 2021 https://www.unicef.org/media/111621/file/%20The%20State%20of%20the%20Global%20Education%20Crisis.pdf%20.pdf).

115. Girls' education and COVID-19: what past shocks can teach us about mitigating the impacts of pandemics. Washington (DC): Malala Fund; 2020 (https://malala.org/newsroom/archive/malala-fund-releases-report-girls-education-covid-19).

116. Kuper H, Heydt P, Davey C. A focus on disability is necessary to achieve HIV epidemic control. Lancet HIV. 2022;9(4):e293-e298.

117. De Beaudrap P, Pasquier E, Tchoumkeu A, Touko A, Essomba F, Brus A et al. HandiVIH: a population-based survey to understand the vulnerability of people with disabilities to HIV and other sexual and reproductive health problems in Cameroon—protocol and methodological considerations. BMJ Open. 2016;6:e008934.

118. Pengpid S Peltzer K. HIV status, knowledge, attitudes and behaviour of persons with and without disability in South Africa: evidence from a national population-based survey. Pan Afr Med J. 2019;33:302.

119. Mekonnen AG, Bayleyegn AD, Aynalem YA, Adane TD, Muluneh MA, Zeru AB. Determinants of knowledge, attitudes and practices in relation to HIV/AIDS and other STIs among people with disabilities in North-Shewa zone, Ethiopia. PLoS One. 2020;15(10):e0241312.

120. DeBeaudrap P, Beninguisse G, Mouté C, Temgoua CD. The multidimensional vulnerability of people with disability to HIV infection: results from the handiSSR study in Bujumbura, Burundi. EClinicalMedicine. 2020;25:100477.

121. Disability and HIV. Geneva: UNAIDS; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2905_disability-and-HIV_en.pdf).

122. Myezwa H, Hanass-Hancock J, Ajidahun AT, Carpenter B. Disability and health outcomes—from a cohort of people on long-term anti-retroviral therapy. SAHARA J. 2018;15:50-9.

123. Bright T, Kuper H. A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low- and middle-income countries. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(9):1879.

124. Ganle JK, Baatiema L, Quansah R, Danso-Appiah A. Barriers facing persons with disability in accessing sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. PLoS One. 2020;15(10):e0238585.

125. Tun W, Okal J, Schenk K, Esantsi S, Mutale F, Kyeremaa RK et al. Limited accessibility to HIV services for persons with disabilities living with HIV in Ghana, Uganda and Zambia. J Int AIDS Soc. 2016;19(5 Suppl 4):20829.

126. Olakunde BO, Pharr JR. HIV-related risk behaviors and HIV testing among people with sensory disabilities in the United States. Int J STD AIDS. 2020;31:1398-406.

127. Hanass-Hancock J, Myezwa H, Carpenter B. Disability and living with HIV: baseline from a cohort of people on long-term ART in South Africa. PLoS One. 2015;10(12):e0143936.

128. Carpenter BS, Hanass-Hancock J, Myezwa H. Looking at antiretroviral adherence through a disability lens: a cross-sectional analysis of the intersection of disability, adherence, and health status. Disabil Rehabil. 2020;42:806-13.

129. Turrini G, Chan SS, Klein PW, Cohen SM, Dempsey A, Hauck H et al. Assessing the health status and mortality of older people over 65 with HIV. PLoS One. 2020;15(11):e0241833.

130. Ward E, Hanass-Hancock J, Amon JJ. Left behind: persons with disabilities in HIV prevalence research and national strategic plans in east and Southern Africa. Disabil Rehabil. 2020;44:1-10.

131. Let our actions count: South Africa's national strategic plan for HIV, TB, and STIs 2017–2022. Pretoria: South African National AIDS Council (SANAC); 2017 (https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201705/nsp-hiv-tb-stia.pdf).

132. Hanass Hancock J, Chappel P, Johns R, Nene S. Breaking the silence through delivering comprehensive sexuality education to learners with disabilities in South Africa: educators experiences. Sex Disabil. 2018;36:105-21.

133. Hanass-Hancock J, Alli F. Closing the gap: training for healthcare workers and people with disabilities on the interrelationship of HIV and disability. Disabil Rehabil. 2015;37:2012-21.

134. Factsheet on Persons with Disabilities. In: United Nations Department of Economic and Social Affairs [Internet]. United Nations; c2022 (https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/factsheet-on-persons-with-disabilities.html).

135. Common barriers to participation experienced by people with disabilities. Atlanta (GA): United States Centers for Disease Control and Prevention; 2020 (https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability-barriers.html).

استجابات يقودها المجتمع

IV

لقد حدد النشاط، والتعبئة، والعمل الميداني للمنظمات التي يقودها المجتمع الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري وأنقذ أرواحا لا تعد ولا تحصى.

وتدفع المنظمات التي يقودها المجتمع الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري بعدة طرق. إنها تطالب بأن تدعم برامج الفيروس حقوق الأشخاص وكرامتهم، وتدعو للتغييرات القانونية والسياسية، كما تطالب بالحصول على الأدوية والخدمات بأسعار معقولة. وفي العديد من الأماكن، تقدم مجموعة متنوعة من خدمات الفيروس مباشرة لأفراد المجتمع، وتعزز البرامج التي تركز على المرافق من خلال تسهيل الوصول إلى الخدمات، وتقديم رؤى المجتمع للتخطيط والتنفيذ، واستخدام الرصد الشعبي لتعزيز المراقبة والمساءلة (1).

وتعمل المنظمات المجتمعية والمنظمات التي تقودها الفئات السكانية الرئيسية على المستويات العالمية، والإقليمية، والوطنية، والمحلية، وتعمل الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشري على النحو الأمثل عندما يكون الجميع قادرا على المطالبة بالمساءلة من هيئات صنع القرار على تلك المستويات المختلفة.

أثبتت قدرة الخدمات التي يقودها المجتمع على التكيف أهمية خاصة خلال السنة الأولى من جائحة كوفيد19-

وتُظهر الدراسات أن التدخلات التي يقودها المجتمع قادرة على تحسين المعرفة والمواقف المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري، وزيادة الوصول إلى الخدمات، وتعزيز نتائج الوقاية والعلاج والرعاية. وتقوم بذلك من خلال تقديم خدمات أكثر ملاءمة ومناسبة، وبناء الثقة والاحترام بين مقدمي الخدمة والمرضى، والحد من الممارسات التمييزية (1، 2). ويمكن أن تكون هذه الخدمات أكثر فعالية من المنصات القياسية المرتكزة على المرافق الصحية للوصول إلى الفئات السكانية المهمشة والمحرومة، لا سيما عندما تكون مدعومة بتنمية القدرات (1، 3). وقد ساعدت التدخلات التي يقودها المجتمع في الحد من الإصابة بالفيروس والعداوى المنقولة جنسيا بين العاملات بالجنس (كما ظهر في الهند وجمهورية تنزانيا المتحدة)، وتمكين العاملات بالجنس (كثير منهن من السكان الأصليين أو النساء ذوي البشرة الملونة) في فانكوفر، كندا، للاستفادة من الخدمات الصحية، وتمكين المراهقين من الاستمرار في العلاج من الفيروس في زيمبابوي من خلال تلبية احتياجاتهم النفسية والاجتماعية (4–7).

وقد أثبتت قدرة الخدمات التي يقودها المجتمع على التكيف أهمية خاصة خلال السنة الأولى من جائحة كوفيد19-، عندما أقامت المنظمات التي يقودها المجتمع خططا ومواقع للأدوية والتقاط الطعام، ورتبت التوصيلات المنزلية، وتحولت أعمال التوعية إلى منصات افتراضية (8-10).

وقد التزمت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة بزيادة نسبة خدمات فيروس نقص المناعة البشري التي تقدمها المنظمات التي يقودها المجتمع إلى 30% من خدمات اختبار وعلاج الفيروس، و80% من خدمات الوقاية من الفيروس للفئات السكانية الأكثر عرضة لخطورة الإصابة به، و60% من البرامج لتحقيق البيئات التمكينية مجتمعيا، وكل ذلك بحلول عام 2025 (11). وللوصول إلى تلك الأهداف وتحقيق الإمكانات الكاملة لتدخلات فيروس نقص المناعة البشري التي يقودها المجتمع المحلي، يجب على الحكومات وأصحاب المصلحة الآخرين التمسك بمبدأ GIPA (زيادة مشاركة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز) وبذل جهود متضافرة لضمان المشاركة الكاملة للمتعايشين مع الفيروس والفئات السكانية الرئيسية – بما في ذلك النساء والمراهقات والشباب - في وقت مبكر وفي جميع مراحل الاستجابة للفيروس. وهناك الكثير الذي يجب القيام به لفهم المجتمع باعتباره مفهوما تنظيميا لضمان الصوت الكامل ومشاركة أولئك الذين يتم إهمالهم تقليديا - بما في ذلك جميع الفئات السكانية الرئيسية والمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وكذلك المراهقين والمراهقات والنساء، والأشخاص ذوي الإعاقة، والمهاجرين واللاجئين المتأثرين بالفيروس (12، 13).

ويجب على أصحاب المصلحة تحويل الالتزام السياسي إلى عمل وإدماج التدخلات التي يقودها المجتمع في استجابات قطاع الصحة الحالية للتخطيط والتنفيذ والرصد على جميع المستويات. ويجب تغيير القوانين والسياسات المعيقة كما يجب تقديم المزيد من الدعم للمجتمعات. وهناك حاجة إلى سياسات، وإرشادات، ونماذج جديدة لتوسيع نطاق الاستجابات التي يقودها المجتمع، وينبغي تقديم التمويل ودعم بناء القدرات بشكل أكثر اتساقا ويمكن الوصول إليها بسهولة لتمكين الفئات السكانية الرئيسية والنساء والشباب من تولي أدوار قيادية في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري.

خدمات فيروس نقص المناعة البشري التي تصل إلى الأشخاص وتعمل من أجلهم

غالبا ما يتردد المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية في البحث عن الخدمات التي يحتاجونها بسبب المواقف التمييزية التي يواجهونها في المرافق الصحية. ونظرا لأن العمليات الصحية كثيرا ما تفشل في أخذ الضعف والتهميش في الحسبان، لذلك يتم استبعاد العديد من المجتمعات الأكثر تأثرا بالفيروس من تصميم خدمات الفيروس والتخطيط لها ورصدها، الأمر الذي يؤثر بشكل مباشر على قدرتها على الوصول الفعال إلى هذه الخدمات أو استخدامها. وعلى وجه الخصوص، يؤدي الافتقار إلى الخبرة في مجالي الهوية الجنسانية والفئات السكانية الرئيسية إلى استبعاد منهجي من التدخلات، ولا سيما للمتعايشات مع الفيروس ونساء الفئات السكانية الرئيسية والمراهقات.

وبالمقارنة مع خدمات فيروس نقص المناعة البشري التي يتم تقديمها من القمة إلى القاعدة، ثبت أن الخدمات التي تنطوي على مشاركة مجتمعية قوية تقدم فهما واحتراما أكبر لأفراد المجتمع المهمشين دون المساس بالجودة. ففي نيجيريا، على سبيل المثال، قال العاملون بالجنس، ومتعاطو المخدرات عن طريق الحقن، والمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والذين تلقوا خدمة في مرافق يقودها الأقران في أربع ولايات، إن الخدمات كانت ميسورة التكلفة أكثر في هذه المرافق، وأن مخاوفهم تم أخذها على محمل الجد، وأنه تم التعامل مع خصوصيتهم وسريتهم باحترام (14).

وتشير الدراسات إلى أن جودة الخدمات التي يقودها المجتمع للفئات السكانية المهمشة، ولا سيما الفئات السكانية الرئيسية والشباب، قد تتجاوز ما يتم تقديمه في العيادات والمستشفيات. فقد وجدت مراجعة حديثة لـ48 دراسة حول التدخلات المجتمعية لفيروس نقص المناعة البشري، ومعظمها في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل والعديد منها يشمل الشباب، نتائج إيجابية في تحسين المعرفة المتعلقة بالفيروس، والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر، والتثقيف الصحي، والوقاية من الفيروس والالتزام بالعلاج، وكبت الحمل الفيروسي (1).[1]

تشير الدراسات إلى أن جودة الخدمات التي يقودها المجتمع للفئات السكانية المهمشة قد تتجاوز ما يتم تقديمه في العيادات والمستشفيات.

ومع تزايد الأدلة على تأثيرها، يتم بشكل متكرر دمج الخدمات التي يقودها المجتمع في برامج فيروس نقص المناعة البشري الوطنية. ففي فيتنام، حولت مجموعات المساعدة الذاتية للفئات السكانية الرئيسية أنفسها إلى منظمات يقودها المجتمع ومؤسسات اجتماعية تقدم اختبار الفيروس (بما في ذلك الاختبار الذاتي)، والوقاية قبل التعرض للعدوى، والخدمات الصحية الأخرى. وقد كان أداؤها جيدا بما يكفي لحث وزارة الصحة على اتخاذ قرار في عام 2020 لطرح خدمات الاختبار المجتمعي وخدمات الوقاية قبل التعرض للعدوى فيما يقرب من نصف مقاطعات البلاد البالغ عددها 63 مقاطعة. وتم الآن دمج الخدمات الرئيسية التي تقودها الفئات السكانية الرئيسية في خطة الاستجابة الوطنية لفيروس نقص المناعة البشري في البلاد (15).[2] ومع ذلك، لا تزال الخدمات التي يقودها المجتمع نادرة نسبيا في جميع أنحاء العالم بسبب السياقات القانونية والسياسية التقييدية والقيود التمويلية التي يمكن أن تحد من تنمية قدراتها التقنية.

1 أبلغت أكثر من نصفها عن تحسن سلوكيات الوقاية (بما في ذلك استخدام الواقي الذكري)، وأفادت ثمانية عن تحسن الالتزام بالعلاج وكبت الحمل الفيروسي، وأفادت 10 عن تحسن في الوصول إلى الخدمات واستخدامها وجودتها. كما تم الإبلاغ عن زيادة مشاركة المجتمع والتماسك الاجتماعي. وذكرت تسع من الدراسات وجود اختلافات مختلطة أو عدم وجود اختلافات في النتائج بين ذراعي التدخلات والمقارنات للدراسات.

2 للمزيد من التفاصيل، انظر: Unequal, unprepared, under threat: why bold action against inequalities is needed to end AIDS, stop COVID-19 and prepare for future pandemics. World AIDS Day report. Geneva: UNAIDS; 2020.

ويعد التعاقد الاجتماعي إحدى طرق الدعم المالي لتوسيع التغطية وتحسين جودة الخدمات وأهميتها. وتحتاج البرامج الوطنية والشركاء الآخرون أيضا إلى تعزيز القدرات التقنية والتشغيلية للمنظمات التي يقودها المجتمع وتخصيص التمويل لأنشطتها كجزء لا يتجزأ من تنفيذ الخطط الوطنية. وعند الاستفادة من إمكانات الخدمات التي يقودها المجتمع، سيكون من المهم فهم جيد للظروف التي تعمل فيها هذه الأساليب بشكل أفضل وكيف يمكن ربطها بشكل أكثر إنتاجية بالنظم والاستجابات الصحية الأوسع.

ويعني الوصول العادل إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري والتهاب الكبد سي لمتعاطي المخدرات أن مجتمعاتنا قادرة على دخول البرامج، ومواصلتها، والخروج منها بنفس الطرق التي يتبعها عامة السكان: باختيارنا، وبوكالتنا، وبإرادتنا. نحن قادرون على الوصول إلى خدمات وعلاجات ميسورة التكلفة وعالية الجودة، بصرف النظر عن حالة تعاطينا المخدرات. لا يجب أن نتجنب البحث عن الخدمات الصحية بسبب التجريم، والخوف من الوصم والحكم، ويجب تزويدنا [نحن] بالتثقيف والمعلومات الصحية الدقيقة. نحن مخولون لاتخاذ قرارات مستنيرة بشأن أجسامنا، والتي يأخذها مقدمو الخدمات الصحية على محمل الجد.»

– جودي تشانغ، الشبكة الدولية لمتعاطي المخدرات، عرض في مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، المؤتمر التمهيدي للجنة المعنية بالمخدرات، مارس 2022.

جلب طاقة جديدة للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري

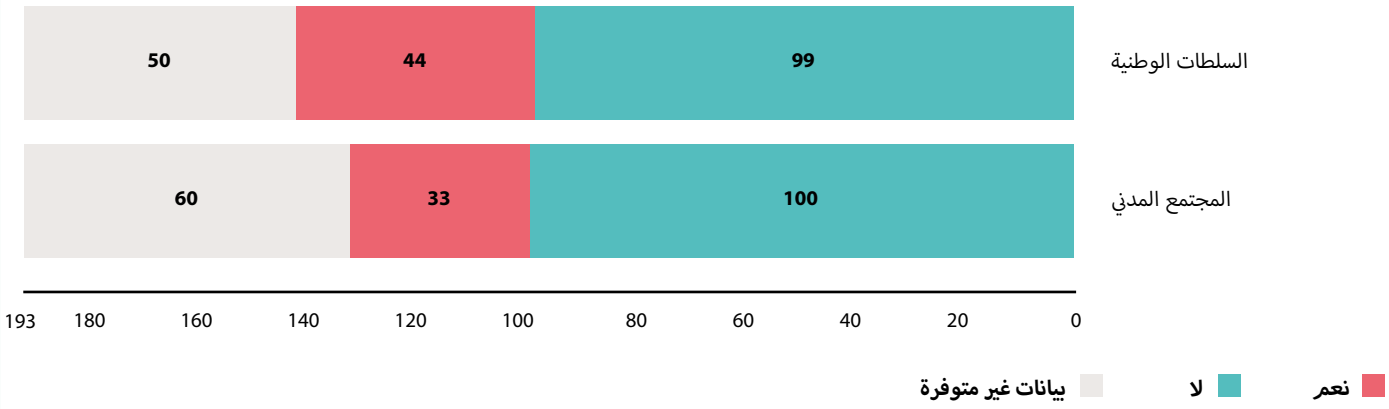
لقد مثل الشباب (بين 15 و24 عاما من العمر) ما يزيد عن ربع (27%) من الإصابات الجديدة على مستوى العالم في 2021 وما يزيد عن 3 من كل 10 (31%) إصابة جديدة في أفريقيا جنوب الصحراء. وبالرغم من ذلك، لا تزال خدمات فيروس نقص المناعة البشري الصديقة للشباب، والصحة الجنسية والإنجابية، وتقليل الأضرار التي تعكس تنوع الشباب وتستجيب للاحتياجات المحددة لشباب الفئات السكانية الرئيسية، ليست هي القاعدة. وفي كثير من الأحيان، يتم الحكم على الشباب أو وصمهم أو التمييز ضدهم بسبب هويتهم الجنسية أو بسبب نشاطهم الجنسي أو التعايش مع فيروس نقص المناعة البشري.

ويفهم الشباب التحديات والاحتياجات الخاصة بهم، ويلعبون أدوارا أساسية في التعبئة حول المطالب القائمة على الحقوق وجعل الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري ذات صلة ويمكن الوصول إليها. وهناك العديد من الأمثلة على الأفكار والتأثيرات التي يجلبها الشباب إلى برامج الفيروس. وهي تتراوح من مشروع Teenergizer في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى والعمل المكثف لمؤسسة YouthLEAD مع شباب الفئات السكانية الرئيسية في آسيا والمحيط الهادئ، إلى عمل YouthRise مع الشباب الذين يتلقون علاج الحد من الضرر وإصلاح سياسة المخدرات والدعم الذي تقدمه مؤسسة Ground Up! للشباب المتعايشين مع الفيروس في شرق وجنوب أفريقيا (16-19). وتحظى خدمات اختبار الفيروس التي يقودها الأقران بقبول كبير من قبل الشباب - كما هو واضح، على سبيل المثال، بين طلاب الجامعات في جمهورية الكونغو الديمقراطية وجنوب إفريقيا وزيمبابوي، في مشروع «ياثو، ياثو» في لوساكا، زامبيا، وفي نيجيريا (20-24). ولكن هذه الأنواع من الخدمات لا تزال غير شائعة، وعادة ما تكون صغيرة الحجم وقليلة التمويل. ولا تزال #UPROOT Scorecard، وهي أداة رصد يقودها الشباب، على سبيل المثال، تُظهر مشاركة وشراكة وقيادة غير متكافئة للشباب في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري (25).

لا تزال #UPROOT Scorecard، وهي أداة رصد يقودها الشباب، تُظهر مشاركة وشراكة وقيادة غير متكافئة للشباب في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري.

ولا يزال عدد كبير من البلدان لا يقدم فرصا للشباب للمساعدة في تطوير السياسات الصحية الوطنية (شكل 4.1).

شكل 4.1 نسبة البلدان التي أبلغت عن مشاركة الشباب 15 - 24 عاما في وضع السياسات والمبادئ التوجيهية والاستراتيجيات الوطنية المتعلقة بصحتهم، على الصعيد العالمي، 2017-2022



المصدر: National Commitments and Policy Instrument, 2017–2022 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).

يجب أن تستفيد الحكومات والجهات المانحة من المعرفة والابتكار اللذين يجلبهما الشباب للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري، ويجب أن تفي بالالتزامات التي قطعتها على أنفسها في الاستراتيجية العالمية للإيدز والإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز. وتستطيع القيام بذلك من خلال إشراك الشباب بشكل هادف في القرارات وتحديد الأولويات التي تشكل برامج فيروس نقص المناعة البشري، والصحة الجنسية والإنجابية، والحد من الضرر، ومن خلال دعم المنظمات التي يقودها الشباب عن طريق التمويل المستمر والتنمية المستمرة للقدرات. وسيضمن ذلك قدرة الشباب على المساهمة بشكل كامل في جعل برامج فيروس نقص المناعة البشري تعمل لصالح أنفسهم وأقرانهم.

الصفحة التالية

إشراك الشباب في إيناندا، ديربان، جنوب أفريقيا، فبراير 2022. تم التعاقد مع الرابطة الوطنية للعاملين في رعاية الأطفال كجزء من مشروع مجتمعي لدعم الأطفال والشباب في إيناندا، أكبر بلدة في إيثيكويني (ديربان). وكان الهدف الرئيسي هو الوصول إلى الأطفال والشباب المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري بخدمات الفيروس، وضمان بقاء المتعايشين مع الفيروس في الرعاية، ومعالجة الوصم في المجتمع.



UNAIDS ©

الشباب يقفون على أهبة الاستعداد للقضاء على فيروس نقص المناعة البشري بشكل نهائي

إذا كنا نأمل في القضاء على الإيدز بحلول عام 2030، فسوف يجب على الشباب قيادة الطريق. لقد لعب برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز دورا رئيسيا في تنسيق #GenEndIt، وهو تحالف من المنظمات التي تخدم الشباب تم تمويله في عام 2016 لدعم قيادة الشباب من جميع أنحاء العالم في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري.[1]

وتعطي الاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز الأولوية للشراكات باعتبارها استراتيجية مركزية لوضع الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري على المسار الصحيح لإنهاء الإيدز باعتباره تهديدا للصحة العامة، وتوضح مبادرة #GenEndIt الأهمية الحاسمة للشراكة للوفاء بوعود الاستراتيجية للشباب.

وتعتبر #GenEndIt مثالا قويا بشكل خاص على آلية ضمان الاستثمارات المستدامة في البرامج لتلبية احتياجات الشباب. وقد قامت #GenEndIt، بدعم من مؤسسة Oak and Restless Development، بتجنيد وتدريب 15 من القادة الشباب، المعروفين باسم «السفراء»، من جميع أنحاء العالم ليصبحوا مدافعين وناشطين للاستجابات لفيروس نقص المناعة البشري التي تعتمد على مشاركة الشباب وقيادتهم وتضامنهم. كما أنها يستخدم الاتصالات التي تركز على الشباب وتعبئة المجتمع لزيادة معرفة الشباب بفيروس نقص المناعة البشري وتوعيتهم به. ويدعو التحالف إلى تغييرات في الممارسات الثقافية والدينية التي تحد من وصول الشباب إلى الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية والتعليم الجنسي الشامل. ويعمل التحالف أيضا على مكافحة الوصم والتمييز، لا سيما ضد الشباب المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وشباب الفئات السكانية الرئيسية.

وقد تم تصميم حملات #GenEndIt للدعوة وتنفيذها من قبل الشباب ومن أجلهم. وقد وصل التحالف بالفعل إلى 4457 شابا في فيجي من خلال برامج إذاعية تركز على الشباب، وأنتج أكثر من 15.000 مشاركة على وسائل التواصل الاجتماعي ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشري في نيجيريا، ووصل إلى 118 شابا من خلال الحوارات المجتمعية في الكاميرون.

ومن خلال وضع الشباب في المركز كصانعي القرار والقادة وبناء قدرتهم على قيادة الجهود للقضاء على الإيدز، يقدم #GenEndIt مسارا لاستجابة مستدامة لفيروس نقص المناعة البشري. ومن خلال الاستثمار المركز، وسع #GenEndIt من قدرة الوصول إلى الشباب، ولا سيما شباب الفئات السكانية الرئيسية، من خلال الجمع بين التوعية التي يقودها الأقران مع وسائل التواصل الاجتماعي ومنصات الاتصال الأخرى.

1 #GenEndIt هي مبادرة تعاونية متكونة من Grassroot Soccer، ومؤسسة إليزابيث تايلور لمكافحة الإيدز، ومؤسسة إليزابيث جلاسر لمكافحة الإيدز بين الأطفال، ومؤسسة ألتون جون لمكافحة الإيدز، شراكة PACT، ومشروع تشارليز ثيرون للتوعية في أفريقيا، وSentebale، وAvert، ومؤسسة MTV Staying Alive، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز.

الصفحة التالية
ملصق #GenEndIt.



GenEndit ©

ويجمع السفراء المختارون الناشطين الشباب من حركات فيروس نقص المناعة البشري، والحقوق الجنسية والإنجابية، وتغير المناخ، والحركات النسوية. وهذه بعض قصصهم. وتأتي بيبانا داكال إلى #GenEndIt بخمس سنوات من العمل على مبادرات التنمية، والعمل الاجتماعي، وتنمية المهارات القيادية. وهي مؤسسة The Learning Fortress، وهي مبادرة تهدف إلى تكوين بيئة تعليم وتعلم غير رسمية في المجتمعات الريفية في نيبال. وبالإضافة إلى عملها كسفيرة #GenEndIt للشباب، فهي نجمة صاعدة في WEDU لعام 2021 وسفيرة YouthxPolicyMakers لعام.



«إن إدراج سلطة الشباب في المشاركة الفعالة والقيادة في العمليات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري واتخاذ القرار الخاص به قد تعرض للإعاقة لأسباب رمزية. ويجب إنشاء المزيد من المساحات المحلية والعالمية للتعاون والمشاركة للشباب لإنشاء المزيد من الفرص والمنصات لدعم دعوتهم ومبادراتهم.»

تانيارادزوا ماكوتور، هي امرأة تبلغ من العمر 22 عاما في زيمبابوي تستخدم وسائل التواصل الاجتماعي كأداة لإنهاء الإيدز بحلول عام 2030. وفي عام 2020، أطلقت «أريد فقط أن أكون مسموعا»، والتي تروج للمراهقات والشابات لاستخدام أصواتهن من أجل إنهاء المظالم الاجتماعية التي يواجهنها. تانيارادزوا هي أيضا سفيرة لمبادرة DREAMS (أحلام)، التي تقودها خطة رئيس الولايات المتحدة للطوارئ للإغاثة من الإيدز، وتم اختيارها في عام 2021 لتكون واحدة من 20 ناشطا عالميا لحضور الاجتماع رفيع المستوى حول الإيدز للدعوة إلى التعليم الشامل لجميع الفئات السكانية المتأثرة بفيروس نقص المناعة البشري. وقد عينتها منظمة SRHR Africa Trust ناشطة وطنية رائدة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية في عام 2021.



«لقد قلت هذا كثيرا للشباب: «الجهل هو أكبر مانع لأي تقدم قد نرغب في تحقيقه، وبالتالي، دعنا لا نفتخر بعدم معرفة ما يحدث من حولنا!» لا تزال هناك فجوة كبيرة في المعرفة، ومن الضروري استخدام نهج النظير لتدريب الشباب على فيروس نقص المناعة البشري. وأعتقد أننا بحاجة إلى نهج من القاعدة إلى القمة، حيث يوجد تثقيف جنسي شامل للشباب في المراحل المبكرة من حياتهم. وبهذه الطريقة، يمكنهم الخروج بأفكار ومساهمات فعالة في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري.»

تطوعت فيث أونو لأول مرة وهي في الرابعة عشرة من عمرها، عندما بدأت العمل كاستشارية في نيجيريا مع شبكة الشباب بشأن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز. وقد بدأت العمل التطوعي في سن 16 مع معهد علم الفيروسات البشرية لدعم وتوجيه المراهقين والشباب المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وفيث معروفة في نيجيريا كمدافعة فعالة عن الشباب. فقد أسست شبكة الشباب لأسلوب الحياة المستدام والصحة (YOUPEN4SLAH)، التي تدعو إلى الاهتمام بصحة الشباب بكل تنوعهم. وهدف فيث هو التأكد من أن كل شاب يتمتع بصحة جيدة وتمكينه اقتصاديا في كل مجتمع.



«لقد مثل الوصم والتمييز أحد أكبر العوائق التي تحول دون معالجة فيروس نقص المناعة البشري، وهناك طريقة يمكننا من خلالها التغلب على هذا ألا وهي الضغط من أجل قانون مكافحة الوصم الذي يحمي حقوق الشباب، ولا سيما المتعايشين مع الفيروس في جميع البلدان. وهناك حاجة لقدرة من يتمتعون بالسلطة على التخلي عنها للشباب. وهناك حاجة إلى أن يثق الشركاء بالشباب في كل ما يفعلونه إذا أردنا القضاء على الإيدز. ويجب على من هم في مناصب السلطة أو القيادة التوقف عن التركيز على الذات وإبقاء أنفسهم مسؤولين عن دفع غيرهم من الشباب في الفضاء العالمي، وليس فقط على المستوى الوطني. وسيقطع هذا طريقا طويلا لسد الفجوة.»

إيمانويل أونوي عالم طب حيوي نيجيري وأخصائي مدرب في الصحة الجنسية والإنجابية. وبصفته مؤمنا راسخا بالتنوع، والمساواة والشمول، يكرس إيمانويل جهوده للنهوض بحقوق الإنسان وكرامة النيجيريين المثليين، والمثليات، ومزدوجي الميل الجنسي، ومغايري الهوية الجنسانية، وثنائي الجنس (مجتمع الميم) من خلال الدعوة الاستراتيجية والضغط والمشاركة النشطة لصانعي السياسات. وفي عملهم كسفير للشباب في #GenEndIt، يقوم إيمانويل بما يلي: (أ) قيادة الدعوة لإلغاء تجريم فيروس نقص المناعة البشري والمتعايشين مع الفيروس؛ (ب) معالجة قضايا الوصم والتمييز والدعم القانوني؛ و(ج) مناصرة الدعوة فيما يتعلق بعلاج فيروس نقص المناعة البشري كوسيلة للوقاية، والاختبار ثم العلاج، والعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، والحصول على علاج فيروس نقص المناعة البشري بشكل متساو.



«في نيجيريا وبلدان أفريقية أخرى، تظل القوانين العقابية واحدة من القيود الرئيسية التي تمنع المشاركة الفعالة للشباب في العملية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري. ويجب على صانعي السياسات التأكد من أن قوانين بلدانهم تحترم مبادئ التنوع، والمساواة، والشمول. ويجب أن يعترف قانون كل بلد بالمساواة بين جميع الأشخاص؛ يجب حماية حقوق إنسان كل شخص وكرامتهم بصرف النظر عن ميلهم الجنسي وهويتهم الجنسانية/ تعبيرهم الجنساني وخصائصهم الجنسية.»

جلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري لمن يحتاج إليه

يعتبر التشخيص المتأخر لعدوى فيروس نقص المناعة البشري عقبة كؤود رئيسية في الاستجابة العالمية للفيروس. فمعدلات الإصابة غير المشخصة بالفيروس مرتفعة بشكل خاص بين الفئات السكانية الرئيسية، والمراهقين، والرجال. ويؤدي التشخيص المتأخر للعدوى إلى الإضرار بصحة الأشخاص الذين يسعون للحصول على العلاج فقط بعد إصابتهم بمرض خطير - وأحيانا يكلفهم أرواحهم. كما أنه يمنح الفيروس متسعا من الوقت للانتشار إلى الآخرين.

هناك أسباب عدة للقبول غير المتكافئ للخضوع لاختبار فيروس نقص المناعة البشري.

هناك أسباب عدة للقبول غير المتكافئ للخضوع لاختبار فيروس نقص المناعة البشري. فوجود القوانين العقابية، والخوف من الوصم، والمخاوف بشأن الخصوصية والسرية لا تشجع الأشخاص، وخاصة أفراد الفئات السكانية الرئيسية، على الاختبار. وفي الغالب يتم أيضا تقديم اختبار الفيروس في مرافق الرعاية الصحية، الأمر الذي قد يكون مكلفا، وغير ملائم، ومخيفا (25-29). وتُظهر أفضل الممارسات أن مناهج اختبار الفيروس التي تشرك المنظمات المجتمعية إلى حد كبير، خاصة إذا كان المجتمع يقودها أيضا، يمكن أن تتجنب العديد من تلك العوائق.

- لقد وجد تحليل تلوي لسبع تجارب منضبطة لخدمات الاختبار التي يقودها الأقران بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال أن معدلات الاختبار كانت أعلى بشكل ملحوظ في مجموعات التدخل حيث كان المشاركون يتمتعون بإمكانية الوصول إلى الخدمات التي يقودها الأقران (30).

- الخدمات التي يقودها الأقران التي تم اختبارها كجزء من تجربة في زيمبابوي أجرت أكثر من ضعف اختبارات فيروس نقص المناعة البشري (2606 مقابل 1151) بين العاملات بالجنس وضاعفت تقريبا عدد تشخيصات الفيروس (1052 مقابل 546) (31).

- في ريف ملاوي، أظهرت حملات الاختبار الذاتي التي دامت سبعة أيام بين المراهقين والرجال والتي قامت بوضعها وتنفيذها مجموعات صحة مجتمعية زيادة ملحوظة في قبول الخضوع لاختبار فيروس نقص المناعة البشري. وكانت النسبة المئوية للأشخاص الذين تم تشخيصهم والذين بدؤوا العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في غضون ثلاثة أشهر من التشخيص أعلى بضعفين في الذراع المجتمعية لهذه التجربة العشوائية (32).

- نجح اختبار التوعية والأنشطة الأخرى التي تديرها العيادة التكنولوجية، وهي مرفق لخدمة فيروس نقص المناعة البشري يقودها المجتمع في بانكوك، في تشخيص مغايرات الهوية الجنسانية والمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والذين لا يعلمون أنهم متعايشون مع الفيروس. وقد كانت الراحة وساعات الخدمة المرنة ودعم متابعة الأقران وثقة الموظفين هي العوامل الرئيسية (33).

- في ثلاث ولايات نيجيرية (أكوا إيبوم، وكروس ريفر، ولاغوس)، كان اختبار الشريك الذي يشارك فيه المجتمع فعالا للغاية في تشخيص الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين الشركاء الجنسيين لمتعاطي المخدرات عن طريق الحقن وبين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (34).

ولكن هذه الأمثلة ليست هي القاعدة بعد: تواجه المنظمات التي يقودها المجتمع عقبات هائلة، بما في ذلك الظروف القانونية والتشغيلية العدائية. وتتطلب المزايا الإضافية التي يمكن أن تجلبها لاختبار فيروس نقص المناعة البشري إزالة تلك الحواجز وإقامة شراكات تكتيكية مع مقدمي الرعاية الصحية العامة ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين، ليس لمجرد ضمان ربط الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشري بالعلاج والرعاية. ويعتبر التمثيل المناسب والمتنوع من داخل المجتمع – بالإضافة إلى الحوكمة الصحية الشاملة والتنسيق - أمرا أساسيا لإنجاح هذا العمل، وكذلك بناء المهارات الفنية والإدارية لمقدمي الخدمات التي يقودها المجتمع.



عاملة رعاية صحية مجتمعية في عيادة جي. سي. مينار في بورت أو برينس يوم 30 نوفمبر 2021. وتعد مؤسسة SEROvie منظمة مجتمعية هايتية تقدم الخدمات الصحية للهايتيين لمدة تزيد عن 20 عاما من خلال تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المتخصصة مجانا، وخدمات الدعم النفسي والاجتماعي ودعم الأسر.

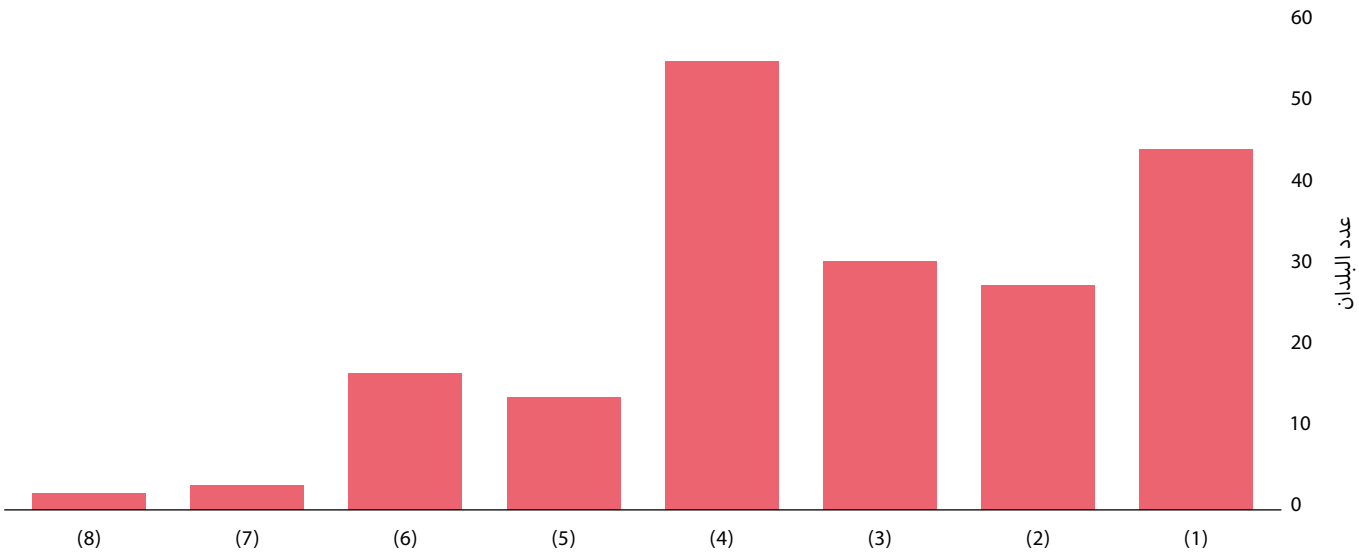
UNAIDS ©

وضع العقود الاجتماعية موضع التنفيذ

يمثل التمويل الموثوق به تحديا كبيرا للمنظمات التي يقودها المجتمع، وخاصة تلك التي تخدم الفئات السكانية الرئيسية: الالتزام والنية الحسنة لا يدفعان فواتيرهم. ويعد التعاقد الاجتماعي إحدى طرق تمويل هذه المنظمات وتمكينها من الاستفادة من مزاياها الفريدة للعمل مع الفئات السكانية التي لا تتلقى خدمات كافية أو لا تتلقى خدمات إطلاقا من قِبَل خدمات فيروس نقص المناعة البشري القياسية. وينطوي التعاقد الاجتماعي على قيام الحكومات بالتعاقد مع المنظمات غير الحكومية ودفعها لأداء أدوار معينة، مثل تقديم الخدمات، والبحث، والرصد.

إن الفوائد المحتملة وفيرة. ويمكن للتعاقد الاجتماعي أن يوسع نطاق البرامج وأهميتها، ويعزز الشراكات البراغماتية بين المنظمات التي يقودها المجتمع وأنظمة الصحة العامة، ويقدم للمنظمات التمويل الذي تشتد الحاجة إليه، وبالتالي، للأشخاص الذين يقدمون الخدمات لمن في أمس الحاجة إليها. وتعمل الحكومات بشكل متزايد على إنشاء آليات لتسهيل بعض أشكال التعاقد الاجتماعي، مثلها مثل الجهات المانحة الدولية (الشكل 4.2). ومن بين 80 بلدا أبلغت عن هذه البيانات في عام 2022، سمحت 45 بلدا بالتمويل المحلي لتقديم الخدمات من قبل المنظمات التي يقودها المجتمع، و28 فعلت ذلك للرصد والبحث، و31 فعلت ذلك للدعوة التي تقودها المجتمعات.

شكل 4.2 البلدان التي أبلغت عن وجود قوانين أو سياسات أو لوائح تمكّن من الوصول إلى التمويل للمنظمات التي يقودها المجتمع، على الصعيد العالمي، 2022



(1) التعاقد الاجتماعي أو آليات أخرى تسمح بتمويل تقديم الخدمات من قبل المجتمعات من التمويل المحلي
(2) التعاقد الاجتماعي أو غيره من الآليات التي تسمح بتمويل الرصد والبحث الذي تقوده المجتمعات من التمويل المحلي
(3) التعاقد الاجتماعي أو آليات أخرى تسمح بتمويل الدعوة التي تقودها المجتمعات من التمويل المحلي
(4) من قبل المانحين الدوليين
(5) تتطلب نسبة معينة من التمويل الحكومي للمنظمات التي يقودها المجتمع
(6) عدم وجود قوانين تتيح الوصول إلى التمويل، لكن المنظمات التي يقودها المجتمع قادرة على الوصول إلى التمويل بموجب القوانين أو السياسات أو (7) اللوائح العامة
(7) لا توجد قوانين أو سياسات أو لوائح تتيح الوصول إلى التمويل للمنظمات التي يقودها المجتمع
(8) أخرى

المصدر: UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017–2021 (http://lawsandpolicies.unaids.org/).

ملاحظة: البيانات الواردة في هذا الشكل مأخوذة من 68 بلدا. البيانات غير متوفرة لـ 125 بلدا.

ويمكن أن يكون التعاقد الاجتماعي فعالا للغاية. فقد وجد تقييم في فيتنام أن خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري التي قامت بتقديمها منظمات مجتمعية متعاقد معها عبر أربع مقاطعات كان لها تأثير أكبر بكثير من الخدمات القائمة على المرافق، بينما كانت تكلفتها أيضا أقل (35). وتشير التقديرات إلى أنها منعت ما يقرب من ضعف عدد الإصابات بالفيروس (238 مقابل 124) وتجنب ما يقرب من ضعف سنوات الحياة الصحية المفقودة (1088 مقابل 577). وبالمثل، تعاقد برنامج مكافحة الإيدز الوطني في غيانا مع المنظمات التي تقودها العاملات بالجنس لتقديم خدمات الوقاية من الفيروس واختبار الفيروس للأقران. وفي أحد المشاريع التجريبية، تم تزويد أكثر من 1000 عاملة بالجنس في منطقة ديميرارا-ماهايكا بالواقي الذكري والمزلقات، ومعلومات عن فيروس نقص المناعة البشري، وفحص الصحة العقلية والعنف على مدار ستة أشهر، وكان معدل قبول الخضوع لاختبار فيروس نقص المناعة البشري قريبا من 100% (36).

ولكن هناك حاجة إلى العمل لإنجاح هذه الترتيبات. وكما هو الحال مع أي مقدم لخدمات فيروس نقص المناعة البشري، يجب أن يكون تمويل التعاقد الاجتماعي موثوقا به، ويجب أن تكون هناك آليات مساءلة قوية، كما أوضحت الأبحاث من أوروبا الشرقية وتايلاند (37، 38). وتعد الأطر التنظيمية المناسبة وإجراءات التعاقد الشفافة ضرورية، وكذلك الآليات والإجراءات الواضحة حتى يصل التمويل العام إلى المنظمات التي يقودها المجتمع والتي تقدم الخدمات وتجري الرصد والقيام بالدعوة. ويعمل التعاقد الاجتماعي بشكل أفضل عندما يعمل الممول بالشراكة مع أفراد المجتمع الأكثر تأثرا بالتدخلات، مما يضمن أن المجتمع المتأثر يقود عملية تحديد الأهداف والغايات وأن لديه دعما كافيا للقدرة على تقديمها. ومن خلال آلية الدعم الفني التابعة له، يقوم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بمساعدة البلدان على الدخول في ترتيبات تعاقد اجتماعي، وتقييم التكاليف المرتبطة بها وحل المشكلات القانونية (مثل التسجيل والامتثال التنظيمي). وهذا العمل مستمر في 85 بلدا، مثل حساب تكلفة التوصيل الذي يقوده المجتمع ودمجه في حزمة التغطية الصحية الشاملة في تايلاند.

يجب أن يكون تمويل التعاقد الاجتماعي موثوقا به ويجب أن يكون هناك آليات مساءلة قوية.

مراقبة أصحاب المسؤولية ومحاسبتهم

من المهم تحديد العوائق التي تحول دون خدمات فيروس نقص المناعة البشري وخدمات الدعم والرعاية الصحية الأخرى وإصلاحها بسرعة، غير أن القنوات الموثوقة للإبلاغ عن المشاكل، والتعبير عن المظالم، وتوثيق انتهاكات حقوق الإنسان ومعالجتها، ووضع الحلول، غالبا ما تكون غائبة. وقد يملأ هذه الفجوة ويحاسب أصحاب المسؤولية الرصد الذي تقوم به أو تقوده منظمات المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، أو شبكات الفئات السكانية الرئيسية، أو المجموعات المتضررة الأخرى (39).

ويستلزم الرصد الذي يقودها المجتمع عدة مراحل من العمل، بدءا من جمع المعلومات في المرافق أو في المجتمعات، وتحليل البيانات، والدعوة إلى تغييرات عملية أو سياسية، ثم مراقبة تنفيذ التغييرات. وتعتبر أكثر النماذج نجاحا هي النماذج التعاونية، والتي تشارك بشكل وثيق مع مقدمي الخدمات وصناع القرار لتقديم المشورة بشأن التحسينات ورصد النتائج (40). وعند تكاملها بأنشطة الدعوة الفعالة، ثبت أن هذه المشاريع تزيد من الوصول إلى الخدمات واستخدامها، وتقليل أوقات الانتظار، والحث على ترقية المرافق الفورية، وتحسين العلاقات بين المجتمعات ومقدمي الرعاية الصحية (41). وهذا بدوره يضع الأساس لخدمات أكثر فعالية للاحتياجات في مجال الرعاية بفيروس نقص المناعة البشري والرعاية الصحية الأخرى.

وقد يقدم الرصد الناجح الذي يقوده المجتمع مساهمات قيمة في تحقيق الوصول العادل إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري والخدمات الصحية. وفي غرب ووسط أفريقيا، على سبيل المثال، ساعدت مراصد العلاج التي يقودها المجتمع على زيادة معدلات اختبار الفيروس بين الفئات السكانية الرئيسية، وتقليل نفاد مخزون الأدوية، وتحسين الاستبقاء في الرعاية، وتوسيع قدرة اختبار الحمل الفيروسي (42-45). وفي غانا، ومالي، وسيراليون، دعوا بنجاح لتحويل السياسات نحو التركيز على الخدمات المتمايزة للفئات السكانية الرئيسية، واستخدموا بيانات الرصد لضمان تنفيذ هذه السياسات. كما كان لهم دور فعال في التخلي عن رسوم المستخدم لخدمات الفيروس والرعاية الخاصة به في مرافق الصحة العامة في الكاميرون (انظر قصة الكاميرون في الفصل الخامس). وبالمثل، يستخدم مشروع ريتشيدزي للرصد في جنوب إفريقيا نتائجه للدعوة بنجاح للتغييرات في العديد من العيادات ذات الأداء الضعيف (43 ، 46).[3]

وعندما تم استخدام بطاقات الأداء المجتمعية في ملاوي، زادت مشاركة الرجال والشباب في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وتحسنت جودة الخدمات المقدمة للنساء الحوامل والأمهات حديثا (47).[4] وفي كينيا، وبيرو، وزيمبابوي، أدى إدخال لجان المرافق الصحية في العيادات إلى زيادة بنسبة 20% في استخدام خدمات الرعاية السابقة للولادة، حيث استفاد السكان ذوي الدخل المنخفض أكثر من غيرهم بعد تخفيض رسوم الاستخدام (48).[5]

20%

زيادة بنسبة 20% في استخدام خدمات الرعاية السابقة للولادة في كينيا، وبيرو، وزيمبابوي نتيجة إدخال لجان المرافق الصحية في العيادات

3 للمزيد، انظر: Unequal, unprepared, under threat: why bold action against inequalities is needed to end AIDS, stop COVID-19 and prepare for future pandemics. Geneva: UNAIDS; 2021.

4 تُستخدم بطاقات النتائج المجتمعية لتتبع أداء الأنظمة الصحية باستخدام المؤشرات التي تم وضعها بشكل مشترك وبالاتفاق عليها من قبل أعضاء المجتمع ومقدمي الرعاية الصحية. ويمكن بعد ذلك استخدام النتائج كأساس لخطط العمل.

5 تقوم لجان المرافق الصحية بتوثيق شكاوى المرضى ثم العمل مع مقدمي الرعاية الصحية لحلها.



أناستاسيا بيفا دوماني هي مديرة Cohort، وهي خبيرة في مجموعة عمل مغايري الهوية الجنسانية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري والصحة في أوربا الشرقية وآسيا الوسطى وممثلة لمجتمع مغايري الهوية الجنسانية في المجلس الوطني الأوكراني المعني بمكافحة فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز والسل. كييف، أوكرانيا، 30 مارس 2022.

UNAIDS ©

الصوت القوي للرصد الذي يقوده المجتمع في أوغندا

تؤكد التجربة الأخيرة في أوغندا التأثير القوي للرصد الذي يقوده المجتمع. فأثناء العامين الماضيين، قام تحالف تعزيز الصحة والتنمية الاجتماعية (HEPS-Uganda)، والمجتمع الدولي للنساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري في شرق أفريقيا (ICWEA)، ورابطة الأقليات الجنسية في أوغندا (SMUG) بإجراء أنشطة رصد بقيادة المجتمع لتحقيق منظور مجتمعي مستقل، بالدعم الفني من مؤسسة أمفار لأبحاث الإيدز ومؤسسة الوصول العالمي(Health GAP) لتعزيز جمع البيانات وتحسين الإدارة، والتحليل، والقدرة على الدعوة.

ويشهد أصحاب المصلحة في الاستجابة الوطنية على الأثر الملموس للرصد الذي يقوده المجتمع. فقد قال أحد الراصدين الذين شاركوا في تقييم جامعة جورجتاون لبرنامج الرصد «[التعاون بين المنظمات] مذهل حقا؛ إنه أمر رائع للغاية عندما يتعلق الأمر بالدعوة» و«عندما يتحدثون، يتحدثون بالفعل، ويتم تقديرهم حقا».

يقوم الرصد الذي يقوده المجتمع للمنظمات، والذي يهدف إلى ضمان مساءلة خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز ووزارة الصحة، برصد الخدمات في أكثر من 300 مرفق صحي في جميع أنحاء البلاد، مما ينتج بيانات ربع سنوية حول نقاط الضعف والقوة في البرامج. ثم يتم تجميع نتائج الرصد المجتمعي في تقرير سنوي، صوت الشعب أوغندا، والذي يتم نشره على نطاق واسع ومشاركته مع خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز (49).

وقد قام الرصد الذي يقوده المجتمع بتوثيق عدد من أوجه القصور في برامج الاستجابة الوطنية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري في أوغندا والوقاية منه. فعلى سبيل المثال، وجد أن عدم نجاح البلد في الوصول إلى الهدف الوطني لتوسيع نطاق العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى يرجع إلى حد كبير إلى الفشل في الاستفادة من قدرة المجتمع على تعزيز هذا العلاج. كما أدى استخدام العبوات غير الملائمة للفئات السكانية الرئيسية والمراهقات والشابات إلى إبطاء القبول للخضوع للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى. وبالمثل، اكتشف الرصد أنه على الرغم من إحراز تقدم في توسيع نطاق برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري للفئات السكانية الرئيسية، فقد أدى الدعم غير الكافي لتقديم الخدمات التي تقودها الفئات السكانية الرئيسية إلى فجوات مستمرة في الخدمة. كما وجد التحالف المجتمعي أن العديد من عيادات الرعاية الصحية لا تزال مكتظة، حتى بعد بدء صرف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعدة أشهر.

الصفحة التالية

مناقشة جماعية مركزة بقيادة المجتمع مع الأمهات في كينجوجو ، أوغندا ، 2021.



ICWEA ©

ومن الفجوات الأخرى التي تم تحديدها من خلال الرصد الذي يقوده المجتمع، المستويات المنخفضة من المعرفة العلاجية، والتي تسلط الضوء على الحاجة إلى برامج محو الأمية العلاجية التي قام بتصميمها المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري. ولا تزال إدارة العدوى المصاحبة لفيروس نقص المناعة البشري والسل غير كافية: فقد أفاد 61% فقط من المتعايشين مع الفيروس بأنهم خضعوا لفحص الكشف عن أعراض السل، وتفتقر معظم العيادات التي تخدم المتعايشين مع الفيروس إلى المواد الإعلامية المتعلقة بالوقاية من السل. ويتقاضى العاملون الصحيون المجتمعيون أجورا زهيدة ويتعرضون في كثير من الأحيان لانقطاع في الأجور يستمر لعدة أشهر، بينما يعد نفاد مخزون الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية أمرا شائعا: افتقرت إحدى العيادات إلى علاجات الأمراض المنقولة جنسيا لمدة ستة أشهر على الأقل. وأخيرا، لا يدرك العديد من الأشخاص في أوغندا الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشري حديثا أن مشاركتهم في اختبار الشريك الحميم طوعي تماما.

وقد تم استخدام هذه النتائج وغيرها لتطوير سلسلة من التوصيات لخطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز لتحسين وصول البرنامج ونتائجها. فقد وسعت خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز بشكل كبير وصولها إلى المجتمع المدني - بما في ذلك تحالف الرصد الذي يقوده المجتمع والمجتمع المدني بشكل عام - أثناء تطوير الخطة التشغيلية القطرية السنوية لخطة الطوارئ وعمليات أخرى للخطة. ويشمل ذلك اجتماعات التحديث كل أسبوعين وقمة علمية سنوية.

إن نتائج الرصد الذي يقوده المجتمع وتوصياته لها تأثير واضح على الاستجابة الوطنية لفيروس نقص المناعة البشري. فمثلما لاحظ أحد أصحاب المصلحة، «كانت هناك تغييرات جذرية في سياساتنا واعتماد الممارسات الجيدة بعد تقييماتهم». ووفقا لشخص آخر شارك في تقييم المشروع، فقد غيرت العملية «كيف يُنظر إلى الرصد الذي يقوده المجتمع كأداة ... أو نموذج لزيادة الحوار بين خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز والمجتمعات حول تقديم الخدمات.»



ICWEA ©

جئاتنلا عمجي يونس ريرقتو هو ،«لدنغوأ سلنلا توص» قلاطإ
.2021 ،لدنغوأ في عمتجملا هدوقي يذلا دصرلا نم ةصلختسملا
ةعانملا صقن سويرف عم تاشيلعتملا ليودلا عمتجملا :ريوصت
.(ICWEA) ليقيرفأ قشر في يشربلا



مناقشة مجموعة تركيز يقودها المجتمع مع أمهات في كيينجوجو، أوغندا، 2021. تصوير: المجتمع الدولي للمتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري في شرق أفريقيا (ICWEA).

© ICWEA

مشاركة المجتمع في أبحاث فيروس نقص المناعة البشري

يمكن للمنظمات التي يقودها المجتمع أن تلعب أدوارا أساسية في الأبحاث المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري التي تركز على الفرد. ففي كوينزلاند، أستراليا، يتم استخدام الأبحاث حول الوصم التي تقودها منظمات العاملين بالجنس في حملة من أجل إزالة قوانين العمل الجنسي الضارة والتمييزية وتحقيق إلغاء تجريم العمل بالجنس (50). وقد ساعد البحث الذي يقوده متعاطو المخدرات والذي يوثق الأدوار والآليات والتأثيرات ونتائج مشاركة الأقران في خدمات الحد من الضرر في دفع الدعوة إلى قيمة إشراك متعاطي المخدرات بشكل هادف في الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري واستجابات العلاج الخاص بالفيروس (51). ويعد مؤشر وصم المتعايشين مع الفيروس مبادرة طويلة الأمد يقودها المجتمع والتي تجمع وتحلل البيانات المتعلقة بالوصم والتمييز اللذين يعاني منهما المتعايشون مع الفيروس في مجتمعاتهم، وأماكن عملهم، وعند الوصول إلى الخدمات الصحية وغيرها من الخدمات العامة. ثم تُستخدم النتائج للدعوة لإنهاء الوصم والتمييز المرتبطين بالفيروس (انظر فصل الحقوق).

وبشكل عام، لا تملك المنظمات التي يقودها المجتمع الموارد اللازمة لإجراء الأبحاث على نطاق واسع (52). فقد وجدت مراجعة حديثة للدراسات المنشورة أيضا معدلات متفرقة ومنخفضة جدا للإبلاغ عن مشاركة المجتمع في دراسات تدخّل فيروس نقص المناعة البشري عالية التأثير، ولم تذكر أي من الدراسات التي تمت مراجعتها مشاركة المجتمع خلال جميع مراحل عملية البحث. وهناك حاجة إلى تحول في كيفية تصميم المشاريع البحثية وتنفيذها والإبلاغ عنها. وتتمثل إحدى التوصيات في تقديم متطلبات إعداد التقارير الموحدة وآليات المساءلة في قطاع البحث للحصول على مشاركة المجتمع بشكل أكثر دقة (53).

هناك حاجة إلى تحول في كيفية تصميم المشاريع البحثية وتنفيذها والإبلاغ عنها.

الدفع من أجل الإنصاف والمساواة

لقد شكلت الدعوة والنشاط الذي يقوده المجتمع الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري منذ الأيام الأولى للجائحة. وقد تحدت المجتمعات المنظمة، وغالبا ما تغلبت على، الوصم العميق واللامبالاة السياسية والجمود المؤسسي. فقد قامت بحشد دعم مالي غير مسبوق لبرامج الفيروس، وتخفيض أسعار الأدوية وغيرها من المنتجات، ووضع حقوق الإنسان في مركز الاستجابة العالمية للفيروس ومساءلة صانعي القرار (54-58).

ولا تقل أهمية الدعوة التي يقودها المجتمع عن أي وقت مضى لدفع التغييرات التدريجية في السياسات والقوانين على المستوى القطري، ودعم حقوق الإنسان للمجتمعات التي تم نبذها وإهمالها، وتحسين توافر الخدمات وإمكانية الوصول إليها، والقدرة على تحمل تكاليفها، وجودتها، والتخلص من الوصم والتمييز. وهذا مهم بشكل خاص للفئات السكانية المجرمة للغاية، مثل متعاطي المخدرات والعاملين بالجنس. وتساعد المجتمعات التي تم تمكينها أيضا في جعل الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري أكثر إنصافا من خلال محاسبة مقدمي الرعاية الصحية والبيروقراطيين على أفعالهم وإهمالهم.

ويمكن أن تكون الدعوة المجتمعية فعالة بشكل خاص في توسيع سلطة المسؤولية المجتمعية ودعم الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتم استبعادهم بشكل منهجي من خدمات فيروس نقص المناعة البشري. ويمكن أن يشمل ذلك الاعتراف بالوصم المعقد، ومعالجة الحواجز في المواقف، وتعزيز الاستجابات التشاركية، وبناء الإرادة السياسية، وتوليد أدلة عالية الجودة لدفع الاستجابة المستمرة. وعلى سبيل المثال، أعرب الأشخاص ذوو الإعاقة في دراسة بحثية نوعية متعددة البلدان عبر كينيا، وأوغندا، وجمهورية تنزانيا المتحدة عن رغبتهم في زيادة أنشطة التوعية في المجتمع لمعالجة القضايا المتعلقة بكل من فيروس نقص المناعة البشري والإعاقة. وقد استخدمت هذه الأنشطة رسائل ذات صلة بالأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعوقين، بما في ذلك أهمية تقاسم المسؤولية، وتعزيز قيادة الأقران، وزيادة المشاركة النشطة والمرئية للأشخاص ذوي الإعاقة في أنشطة التدخل (59).

في ساحل العاج، تم إلغاء رسوم المستخدمين للخدمات الصحية بعد الدعوة المدعمة بالدلائل التي قام بوضعها مرصد الرصد المجتمعي نتيجة الرصد الذي يقوده المجتمع.

ويمكن أن تتخذ الدعوة التي يقودها المجتمع أشكالا عديدة، من تعبئة المجتمع والحملات العامة إلى تحليل السياسات الوطنية، وإجراءات التقاضي والمساءلة. وقد حشدت الدعوة التي تقودها العاملات بالجنس في فيكتوريا، أستراليا، دعم السياسيين لعملية الإصلاح القانوني التي أدت إلى إلغاء تجريم العاملات بالجنس. وفي كولومبيا البريطانية، كندا، كانت مجتمعات متعاطي المخدرات في الخطوط الأمامية للدعوة إلى الإعفاء من قوانين تجريم المخدرات الفيدرالية على مستوى المقاطعة، وكذلك للوصول إلى إمدادات آمنة من الأدوية للحد من أضرار أزمة الجرعة الزائدة. (60). ومؤخرا أدت جهود مماثلة إلى النجاح في إلغاء تجريم العمل بالجنس في بلجيكا (انظر قصة بلجيكا في الفصل الثالث). وفي ساحل العاج، تم إلغاء رسوم المستخدمين للخدمات الصحية بعد الدعوة المدعمة بالدلائل التي قام بوضعها مرصد الرصد المجتمعي نتيجة الرصد الذي يقوده المجتمع (61).

وعلى مستوى القواعد الشعبية، يقوم دعاة الصحة من المنظمات التي يقودها المجتمع بتثقيف المجتمعات حول حقوقهم، وتوثيق المظالم، والعمل مع السلطات الصحية لإحداث تحسينات (62). وفي موزمبيق، حرض هؤلاء الدعاة المحليون على تقديم خدمة أسرع لمرضى فيروس نقص المناعة البشري والسل، وتحسين المرافق، وزيادة استخدام العيادات المتنقلة وغير ذلك (63). وفي كينيا، قامت منظمة تديرها عاملات بالجنس بتوعية ضباط الشرطة في محاولة للحد من المضايقات والتمييز (64).

وعلى الرغم من كل هذه النجاحات، لا تحظى قيمة الدعوة التي يقودها المجتمع بالتقدير الكافي بين العديد من صانعي السياسات والمخططين. وينعكس هذا في نقص الدعم المالي والسياسي من الحكومات في العديد من البلدان (شكل 4.2). ولأداء أدوارها على أكمل وجه، تحتاج المنظمات والشبكات التي يقودها المجتمع إلى موارد، بما في ذلك التمويل، والتدريب، وبناء القدرات. وفي غرب ووسط إفريقيا، يعد معهد المجتمع المدني لفيروس نقص المناعة البشري والصحة نموذجا واعدا يعزز صوت منظمات المجتمع المدني وظهورها ويزودها بالمساعدة، بما في ذلك دعم تنمية القدرات وتعبئة الموارد. ويضع المعهد الأساس لزيادة التنسيق بين المجتمع المحلي والمجتمع المدني في جميع أنحاء المنطقة.

المراجع

1. *Ayala G, Sprague L, van der Merwe LL, Thomas RM, Chang J, Arreola S et al. Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review. PLoS One.* 2021;16(12):e0260555.

2. *Ibiloye O, Masquillier C, Jwanle P, Van Belle S, van Olmen J, Lynen L et al. Community-based ART service delivery for key populations in sub-Saharan Africa: scoping review of outcomes along the continuum of HIV care. AIDS Behav.* 2022.26(7):2314-37.

3. *Kiragu M, Fonner VA, Munyuwiny S, Izulla P, Pantelic M, Restoy E et al. Does capacity development increase demand for health services and rights among key populations affected by HIV? A systematic review of evidence from low- and middle-income countries. AIDS Behav.* 2020;24(8):2268-81.

4. *Kerrigan D, Mbwambo J, Likindikoki S, Davis W, Mantsios A, Beckham SW et al. Project Shikamana: community empowerment-based combination HIV prevention significantly impacts HIV incidence and care continuum outcomes among female sex workers in Iringa, Tanzania. J Acquir Immune Defic Syndr.* 2019;82(2):141-8.

5. *Beattie T, Mohan HL, Bhattacharjee P, Chandrashekar S, Isac S, Wheeler T et al. Community mobilization and empowerment of female sex workers in Karnataka State, South India: associations with HIV and sexually transmitted infection risk. Am J Public Health.* 2014;104(8):1516-25.

6. *Pearson J, Shannon K, McBride B, Krüsi A, Machat S, Braschel M et al. Sex work community participation in criminalized environments: a community-based cohort study of occupational health impacts in Vancouver, Canada: 2010–2019. Int J Equity Health.* 2021;21(1):18.

7. *Mavhu W, Willis N, Mufuka J, Bernays S, Tshuma M, Mangenah C et al. Effect of a differentiated service delivery model on virological failure in adolescents with HIV in Zimbabwe (Zvandiri): a cluster-randomised controlled trial. Lancet Glob Health.* 2020;8(2):e264-e275.

8. *Community-led package services in response to COVID-19 in high-density settlements: resource needs. Geneva: UNAIDS;* 2021.

9. *Consultation calls for the global AIDS response to build on emergency adaptations to COVID-19, tackle structural barriers and ensure that country programmes fully recover from COVID-19 disruptions and end AIDS. In: UNAIDS.org [Internet]. 3 February 2022. Geneva: UNAIDS; c*2022 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022/february/20220203_HIV-services-during-COVID19-pandemic).

10. *Living with HIV in the time of COVID-19: report from a survey of networks of people living with HIV. GNP+, ICW, Y+ Global;* 2020 (https://gnpplus.net/wp-content/uploads/2020/07/BeyondLIVING_COVID-19_English.pdf).

11. *Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by* 2030. *New York: United Nations;* 2021.

12. *Breaking the glass ceiling: increasing the meaningful involvement of women living with HIV/AIDS (MIWA) in the design and delivery of HIV/AIDS services. Heath Care for Women Internation.* 2015; 36(8):936-64.

13. *Makofane K, Lusimbo R, Macharia P, Makanjuola O, Malone S, Mokabedi A et al. Understanding community as a basis for targeting and shaping service delivery. J Int AIDS Soc.* 2021;24(*Suppl* 3):e25712.

14. *Ochonye B, Folayan MO, Fatusi AO, Emmanuel G, Adepoju O, Ajidagba B et al. Satisfaction with use of public health and peer-led facilities for HIV prevention services by key populations in Nigeria. BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):856.

15. *Vu B, Le S, Nguyen P, Vu H, Nguyen D, Green K et al. Leading from the community: how key population organizations in Vietnam transformed from peer support groups to clinical service providers. International AIDS Conference,* 6–10 *July* 2020. *Abstract OAE*802.

16. *"HIV mobilizes people in a great way": We created the youth organization Teenergizer. In: Teenergizer\ \Internet\.* 19 *June* 2020. *Kyiv: Teenergizer; c*2022 (*https://teenergizer.org/en/life-with-hiv/*).

17. *YouthLead: what we do. In: Youth Lead \Internet\. Bangkok: Youth Lead; c*2022 (*https://www.youthleadap.org/what-we-do*).

18. *Mission Statement. In: Youth RISE \Internet\. Youth RISE: Promoting Harm Reduction & Drug Policy Reform; c*2022 (*https://youthrise.org/*).

19. *Y+, UNICEF Eastern and Southern Africa Office. Youth-led networks at the frontline of the HIV and SRH response. In: UNICEF.org \Internet\.* 23 *February* 2022. *UNICEF; c*2022 (*https://www.unicef.org/esa/stories/youth-led-networks-frontline-hiv-and-srh-response*).

20. *Tonen-Wolyec S, Mbopi-Kéou F-X, Batina-Agasa S, Kalla GCM, Noubom M, Mboumba Bouassa R-S et al. Acceptability of HIV self-testing in African students: a cross-sectional survey in the Democratic Republic of the Congo. Pan Afr Med J.* 2019;33:83.

21. *Mokgatle MM, Madiba S. High acceptability of HIV self-testing among technical vocational education and training college students in Gauteng and North West provinces: what are the implications for the scale-up in South Africa? PLoS ONE.* 2017;12:e0169765.

22. *Koris AL, Stewart KA, Ritchwood TD, Mususa D, Ncube G, Ferrand RA et al. Youth-friendly HIV self-testing: acceptability of campus-based oral HIV self-testing among young adult students in Zimbabwe. PLoS One.* 2021;16(6):e0253745.

23. *Hensen B, Phiri M, Schaap A, Sigande L, Simwinga M, Floyd S et al. Uptake of HIV testing services through novel community-based sexual and reproductive health services: an analysis of the pilot implementation phase of the Yathu Yathu intervention for adolescents and young people aged* 15–24 *in Lusaka, Zambia. AIDS Behav.* 2022;26(1):172-82.

24. *Iwelunmor J, Ezechi O, Obiezu-Umeh C, Gbaja-Biamila T, Musa AZ, Nwaozuru U et al. Enhancing HIV self-testing among Nigerian youth: feasibility and preliminary efficacy of the* 4 *Youth by Youth study using crowdsourced youth-led strategies. AIDS Patient Care STDS.* 2022;36(2):64-72.

25. *#UPROOT Scorecards. In: The Pact \Internet\ (https://theyouthpact.org/uproot-2/).*

26. *Hlongwa M, Mashamba-Thompson T, Makhunga S, Hlongwana K. Barriers to HIV testing uptake among men in sub-Saharan Africa: a scoping review. Afr J AIDS Res.* 2020;19(1):13-23.

27. *Hamilton A, Shin S, Taggart T, Whembolua GL, Martin I, Budhwani H et al. HIV testing barriers and intervention strategies among men, transgender women, female sex workers and incarcerated persons in the Caribbean: a systematic review. Sex Transm Infect.* 2020;96(3):189-96.

28. *Nnko S, Kuringe E, Nyato D, Drake M, Casalini C, Shao A et al. Determinants of access to HIV testing and counselling services among female sex workers in sub-Saharan Africa: a systematic review. BMC Public Health.* 2019;19(1):15.

29. *Campbell CK, Lippman SA, Moss N, Lightfoot M. Strategies to increase HIV testing among MSM: a synthesis of the literature. AIDS Behav.* 2018;22(8):2387-412.

30. *Shangani S, Escudero D, Kirwa K, Harrison A, Marshall B, Operario D. Effectiveness of peer-led interventions to increase HIV testing among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. AIDS Care.* 2017;29(8):1003-13.

31. *Busza J, Chiyaka T, Musemburi S, Fearon E, Davey C, Chabata S et al. Enhancing national prevention and treatment services for sex workers in Zimbabwe: a process evaluation of the SAPPH-IRe trial. Health Policy Plan.* 2019;34(5):337-45.

32. *Indravudh PP, Fielding K, Sande LA, Maheswaran H, Mphande S, Kumwenda MK et al. Pragmatic economic evaluation of community-led delivery of HIV self-testing in Malawi. BMJ Glob Health.* 2021;6(*Suppl* 4):e004593.

33. *Jommaroeng R, Chankang W. Community-led comprehensive HIV facility for men who have sex with men and transgender women: a case study of Rainbow Sky Association of Thailand. Thai J Public Health.* 2021;51(2):159-69.

34. *Onovo A, Kalaiwo A, Agweye A, Emmanuel G, Keiser O. Diagnosis and case finding according to key partner risk populations of people living with HIV in Nigeria: a retrospective analysis of community-led index partner testing services. EClinicalMedicine.* 2022;43:101265.

35. *Nguyen Thi Mai H, Hoang Van M, Nguyen Thuy D, Pham Thai H, Nguyen Mai T. Social contracting with civil society organizations: an effective approach for sustainable HIV/AIDS response. International AIDS Conference,* 6–10 *July* 2020. *Abstract PEE*1370.

36. *Shipley S, Tamayo-Jimenez N, Moore R, Gordon-Boyle K. Social contracting: a way forward in HIV prevention among female sex workers in Guyana. International AIDS Conference,* 6–10 *July* 2020. *Abstract PED*0906.

37. *Domnenko I. Piloting social contracting mechanisms for government procurement of HIV services in the EECA region. International AIDS Conference,* 18–21 *July* 2021. *Abstract PED*497.

38. *Pudpong N, Viriyathorn S, Wanwong Y, Witthayapipopsakul W, Wangbanjongkun W, Patcharanbarunpol W et al. Public contracting with civil society organizations for HIV/AIDS service provisions: a key strategy to ending AIDS in Thailand. J HIV/AIDS & Soc Services.* 2021;20(4):285-301.

39. *Health Gap, O'Neill Institute for National and Global Health Law, Treatment Action Campaign, International Treatment Preparedness Coalition, International Community of Women Living with HIV Eastern Africa. Community-led monitoring of health services: building accountability for HIV service quality. White paper. Health Gap;* 2020 (*https://healthgap.org/wp-content/uploads/*2020/02/*Community-Led-Monitoring-of_Health-Services.pdf*).

40. *Establishing community-led monitoring of HIV services. Geneva: UNAIDS;* 2021 (*https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf*).

41. *Baptiste S, Manouan A, Garcia P, Etya'ale H, Swan T, Jallow W. Community-led monitoring: when community data drives implementation strategies. Curr HIV/AIDS Rep.* 2020;17(5):415-21.

42. *Oberth G, Baptiste S, Jallow W, Manouan A, Garcia P, Traore A et al. Understanding gaps in the HIV treatment cascade in eleven West African countries: findings from a regional community treatment observatory. Working paper* 441. *Cape Town: Centre for Social Science Research;* 2019 (*http://www.cssr.uct.ac.za/cssr/pub/wp/*441).

43. *Free state of health. Johannesburg: Ritshidze;* 2021 (*https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/*2021/09/*Ritshidze-State-of-Health-Free-State-*2021*.pdf*).

44. "*They keep us on our toes*": *how the Regional Community Treatment Observatory in West Africa improved HIV service delivery, strengthened systems for health, and institutionalized community-led monitoring. Johannesburg: International Treatment Preparedness Coalition; September* 2020 (*https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/*2020/10/*ITPC-2020-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf*).

45. *Ellie M, Kibe P, Flomo B, Ngwatu B. Breaking barriers: using evidence from a Community Treatment Observatory (CTO) to enhance uptake of HIV services in Sierra Leone. J Health Design.* 2019;4(1):163-7.

46. *Yawa A, Rambau N, Rutter L, Honermann B, Norato L, Kavanagh M. Using community-led monitoring to hold national governments' and PEPFAR HIV programmes accountable to the needs of people living with HIV for quality, accessible health services. International AIDS Conference,* 18–21 *July* 2021. *Abstract PED*453.

47. *Gullo S, Galavotti C, Kuhlmann AS, Msiska T, Hastings P, Marti CN. Effects of a social accountability approach, CARE's Community Score Card, on reproductive health-related outcomes in Malawi: a cluster-randomized controlled evaluation. Plos One.* 2017;12(2):e0171316.

48. *McCoy D, Hall J, Ridge M. A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. Health Policy Plan.* 2011;27(6):449-66.

49. *The people's voice Uganda: community priority recommendations for PEPFAR.* 2022 (*http://pepfarwatch.org/wp-content/uploads/2022/03/Peoples-Voice-Uganda-COP22.pdf*).

50. *Respect Inc, DecrimQLD. Respect Inc and DecrimQLD submission on Queensland Anti-Discrimination Act Review. Victoria: Respect Inc, DecrimQLD;* 2022.

51. *Chang J, Shelly S, Busz M, Stoicescu C, Iryawan AR, Madybaeva D et al. Peer driven or driven peers? A rapid review of peer involvement of people who use drugs in HIV and harm reduction services in low- and middle-income countries. Harm Reduct J.* 2021;18:15.

52. *Pantelic M, Stegling C, Shackleton S, Restoy E. Power to participants: a call for person-centred HIV prevention services and research. J Int AIDS Soc.* 2018;21 *Suppl* 7(*Suppl Suppl* 7):e25167.

53. *Pantelic M, Steinert JI, Ayala G, Sprague L, Chang J, Thomas RM et al. Addressing epistemic injustice in HIV research: a call for reporting guidelines on meaningful community engagement. J Int AIDS Soc.* 2022;25(1):e25880.

54. *Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. Am J Public Health.* 2005;95(7):1162-72.

55. *Lawson L. Side effects: the story of AIDS in South Africa. Cape Town: Double Storey Publishers;* 2008.

56. *A nongovernmental organization's national response to HIV: the work of the All-Ukrainian Network of People Living with HIV. Geneva: UNAIDS;* 2007.

57. *GNP+. Our health, our right: securing access to generic ARV medicines in Asia. Amsterdam: GNP+;* 2008.

58. *Specter, M. How ACT UP changed America. The New Yorker.* 14 *June* 2021. *New Yorker Magazine;* 2021 (*https://www.newyorker.com/magazine/2021/06/14/how-act-up-changed-america*).

59. *Schenk KD, Tun W, Sheehy M, Okal J, Kuffour E, Moono G et al. "Even the fowl has feelings": access to HIV information and services among persons with disabilities in Ghana, Uganda and Zambia. Disabil Rehabil.* 2020;2(3):335-48.

60. *B.C. applies for decriminalization in next step to reduce toxic drug deaths. In: BC Gov News* [*Internet*]. 1 *November* 2021. *Victoria* (*BC*): *Government of British Columbia* (*Canada*); *c*2022 (*https://news.gov.bc.ca/releases/2021MMHA0059-002084*).

61. *Peerun N, Perez S. Endline assessment of the regional community treatment observatory in West Africa. Johannesburg: International Treatment Preparedness Coalition; May* 2020.

62. *Baptiste S, Manouan A, Garcia P, Etya'ale H, Swan T, Jallow W. Community-led monitoring: when community data drives implementation strategies. Curr HIV/AIDS Rep.* 2020;17(5):415-21.

63. *Feinglass E, Gomes N, Maru V. Transforming policy into justice: the role of health advocates in Mozambique. Health Hum Rights.* 2016;18(2):233-46.

64. *Woensdregt L, Nencel L. Taking small steps: sensitising the police through male sex workers' community-led advocacy in Nairobi, Kenya. Glob Public Health.* 2021;18:1-13.

التمويل المستدام والمنصف للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري

٧

تواجه البلدان في كل أنحاء العالم مطالب بالإنفاق الصحي والاجتماعي الأعلى، غالبا في سياق انخفاض الإيرادات والتمويل العام غير المستقر. وحتى قبل تفشي جائحة كوفيد19- والاضطرابات الاقتصادية المرتبطة بها، كانت الموارد المتاحة لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل تستقر: على الرغم من ارتفاعها في العقد الماضي، بدأت الموارد المحلية للفيروس في الانخفاض قبل عام 2020، وكان الاستثمار المحدود في الفئات السكانية الرئيسية يعيق الاستجابة العادلة للفيروس. ونتيجة لذلك، كان مبلغ 21.4 مليار دولار أمريكي (بالدولار الأمريكي الثابت لعام 2019) المتاح لمكافحة الفيروس في عام 2021 أقل بكثير من الـ29.3 مليار دولار أمريكي المطلوبة في عام 2025 لإنهاء وباء الإيدز بحلول عام 2030.

والآن، تمثل الآثار المتتالية لأزمة كوفيد19- - ومؤخرا الحرب في أوكرانيا - تحديات إضافية. وهذه الأزمات تعيد تشكيل قرارات تمويل التنمية وتهدد الاستثمارات العامة في الصحة، بما في ذلك برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشري.

%57

انخفاض المساعدة الإنمائية لفيروس نقص المناعة البشرية من الجهات المانحة الثنائية، إلى جانب الولايات المتحدة

وقد ساعدت الاستثمارات المحلية في تشغيل الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري، لكن أقلية فقط من البلدان التي تعاني من عبء عال للفيروس قادرة على تمويل برامج مكافحة الفيروس الكاملة من الخزائن المحلية: بين البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، تمول 26% فقط حاليا ما لا يقل عن 70% أو أكثر من إنفاقها على مكافحة الفيروس من المصادر المحلية. وقد كانت حالات التعافي الاقتصادي بعد كوفيد19- في العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل متفاوتة ومن المتوقع أن يتباطأ النمو الاقتصادي في عامي 2022 و2023، وفقا لتوقعات صندوق النقد الدولي.[1] وتتزايد التفاوتات بين البلدان نتيجة ضعفها غير المتكافئ أمام هذه الصدمات الاقتصادية، وتتعرض المالية العامة للبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل لضغوط هائلة (1، 2).

ويعتبر تعميق مأزق التمويل للعديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل هو الانخفاض الكبير في الموارد الدولية المتاحة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري. وبصرف النظر عن حكومة الولايات المتحدة الأمريكية، انخفضت المساعدة الإنمائية لمكافحة الفيروس من المانحين الثنائيين بنسبة 57% في العقد الماضي. ومع ذلك، فإن المدفوعات الكبيرة والمستقرة نسبيا من الولايات المتحدة قد حجبت تلك الاتجاهات.

وفي الوقت نفسه، يظل الإنفاق من الأموال الخاصة مصدرا رئيسيا لتمويل الرعاية الصحية، على الرغم من تأثيره المفقر على الأسر ذات الدخل المنخفض والعقبة التي يمثلها أمام استخدام خدمات فيروس نقص المناعة البشري والرعاية الصحية الأخرى. وقد ارتفعت نسبة سكان العالم الذين ينفقون ما لا يقل عن 10% من نفقات أسرهم على الرعاية الصحية بنسبة 40% منذ عام 2000 (3).[2] وتتوفر بدائل قابلة للتطبيق وأكثر إنصافا (انظر قصة الكاميرون في هذا الفصل).

يواصل كوفيد19- تسليط الضوء على الأهمية الحاسمة لأنظمة الصحة العامة المنصفة والفعالة.

يواصل كوفيد19- تسليط الضوء على الأهمية الحاسمة لأنظمة الصحة العامة المنصفة والفعالة، والقوى العاملة الكافية والمحمية جيدا في الرعاية الصحية، والخدمات والمنتجات الصحية بأسعار معقولة في كل مكان. ونادرا ما يعد الترابط بين المجتمعات في جميع أنحاء العالم أوضح. فهناك حاجة ماسة لإحياء التضامن العالمي.

الصفحة التالية
تغيرت حياة إليزابيث إميتيني منذ ما يقرب من عام. في الماضي، كان عليها أن تدفع للفحوصات، والاختبارات المعملية وكل شيء متعلق بحالتها الطبية. وقالت «إلغاء رسوم المستخدمين في الكاميرون لخدمات فيروس نقص المناعة البشري كان له تأثير إيجابي حقيقي علي». فهو لا يمثل ضغطا أقل على جيبها فقط، بل يرفع أيضا ثقلا عن كتفيها. وقد قالت المقيمة في ياوندي: «الآن لدي دافع أكبر لأخذ دوائي الخاص بفيروس نقص المناعة البشري لأنه ليس من المتعب الحصول على وصفة طبية وقد خضعت أيضا لاختبار الحمل الفيروسي الخاص بي مجانا بالإضافة إلى اختبار السل». الكاميرون ، يوليو 2022.

1 أشارت إسقاطات أبريل 2022 لصندوق النقد الدولي إلى تباطؤ النمو الاقتصادي في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من 6.8% في 2021 إلى 3.8% في 2022 و4.4% في 2023. انظر: World economic outlook, April 2022. Washington (DC): International Monetary Fund; (2022) (https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/WEO/2022/April/English/text.ashx).

2 ارتفعت من 9.4% عام 2000 إلى 13.2% عام 2017، وفقا لأحدث تقديرات منظمة الصحة العالمية (https://data.worldbank.org/indicator/SH.UHC.OOPC.10.ZS?view=chart).



UNAIDS/Rodrig Mbock ©

إلغاء رسوم المستخدم في الكاميرون

فرض رسوم على المستخدمين في مرافق الصحة العامة يقيد وصول الناس إلى الخدمات ويدفع بالأسر الفقيرة أصلاً نحو الفقر (4). وتعتبر رسوم المستخدم والنفقات الأخرى من الأموال الخاصة هي الأسباب الرئيسية للإنفاق الصحي الكارثي، الذي يؤثر على ما يقرب من مليار شخص سنويا (5).[1] وعلى النقيض من ذلك، فإن الوصول المجاني إلى خدمات الرعاية الصحية في مرافق الصحة العامة يزيد الاستخدام ويعزز الوصول العادل، وقد يحسن النتائج الصحية ويعزز التقدم نحو تحقيق الأهداف العالمية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري والصحة (6-9). وعلى الرغم من ذلك، لا تزال رسوم المستخدم تُفرض في العيادات والمستشفيات في العديد من البلدان، مما دفع إلى إجراء دعوات وحملات لإلغاء رسوم المستخدم المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري والسل والخدمات ذات الصلة في مرافق الصحة العامة، بما في ذلك عيادات رعاية الأمومة.

وقد أتى هذا العمل ثماره في الكاميرون، حيث قررت الحكومة إلغاء رسوم المستخدمين للخدمات والرعاية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري في مرافق الصحة العامة في جميع أنحاء البلاد. وسبق أن أصبحت الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية مجانية اسميا في الكاميرون منذ عام 2007، لكن النفقات ذات الصلة – للاستشارات الطبية، والفحوصات المخبرية، وأدوية العدوى الانتهازية والاستشفاء - لم يتم تقديمها مجانا (10). وبالإضافة إلى ذلك، طالب العديد من مقدمي الرعاية الصحية بدفع رسوم غير رسمية.[2]

وقد قامت منظمة أطباء بلا حدود، والمنظمات المجتمعية، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، وخطة الرئيس الأمريكي للطوارئ للإغاثة من الإيدز بإجراء بحث لتوثيق آثار رسوم المستخدم على الاستخدام الصحي والنتائج، واستكشاف مسارات إزالتها وتحديد المخاطر التي يجب تجنبها خلال هذه الفترة. وقد شجعت الدعوة والاستشارات المكثفة على اتخاذ قرار حكومي بإلغاء رسوم المستخدمين للخدمات والرعاية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري في مرافق الصحة العامة والمنظمات المجتمعية التابعة لها على الصعيد الوطني، بدءا من يناير 2020. وبعد قرار الحكومة بإلغاء رسوم المستخدم للخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري ورعاية الأمومة، تم ترتيب المساعدة الفنية لتقدير متطلبات الميزانية لتعويض الإيرادات المفقودة وتحديد آليات الإدارة المالية لمعالجة أية نواقص.

وقد كان لابد من التخطيط لإلغاء رسوم المستخدم وتنفيذها بعناية لتجنب الانقطاعات بسبب فقدان الإيرادات على مستوى المرافق (11).

وكان هذا يمثل تحديا للكاميرون، حيث شكل الإنفاق من الأموال الخاصة على الصحة حوالي 70% من إجمالي الإنفاق الصحي بسبب انخفاض الإنفاق الحكومي المحلي على الصحة (متوسط أفريقيا جنوب الصحراء هو 39 %) (12).

الصفحة التالية

تغيرت حياة بوديلير إيتوج أيضا منذ إلغاء رسوم المستخدم . فيمكنه استخدام المال لدفع تكاليف النقل والضروريات الأخرى. وبالإضافة إلى ذلك، حصل على علاج طبي إضافي. وقد قال: «بسبب حالة إصابتي بفيروس نقص المناعة البشري، لم يُسمح لي بالحصول على الأشعة السينية أو زيارة طبيب الأمراض الجلدية، ولم يعد هذا هو الحال.» الكاميرون، يوليو 2022.

1 الإنفاق الصحي الكارثي هو إنفاق الأسرة على الصحة من الأموال الخاصة الذي يتجاوز 10% من إنفاق الأسرة أو دخلها. انظر: Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz MF, Chepynoga K, Buisman LR et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. Lancet Glob Health. 2018;6(2):e169-e179.

2 في دراسة أجريت على 76 مرفقا صحيا عاما في عام 2016، وجدت منظمة مراقبة الإجراءات العلاجية في الكاميرون أن أكثر من نصفها تطلب من المرضى دفع أكثر من الأسعار الرسمية للخدمات. انظر: Treatment Action Watch; 2016. État de l'accès aux soins des PvVIH au Cameroun. Yaoundé:



UNAIDS/Rodrig Mbock ©

%70

من إجمالي الإنفاق الصحي في الكاميرون يأتي من الإنفاق من أموال خاصة

كما كان من المهم ضمان وصول الأموال البديلة إلى المرافق الصحية في الوقت المحدد، لا سيما تلك الموجودة في المناطق النائية، والحفاظ على جودة الخدمة أو تحسينها.

وقد كان الدعم القوي من أعلى مستويات الحكومة هو الدافع وراء قرار الكاميرون، كما مكّن من إنشاء فريق عمل لإدارة العملية وإدخال إصلاحات أساسية لتعويض الإيرادات المفقودة. فتم تطوير مسار واضح للتغيير، وذلك بوضع معالم تتماشى مع نظام الميزانية في البلد ومع المساعدة التقنية الداعمة طويلة الأجل. ومن الأمور المحورية في العملية أيضا الإصلاحات التي خصصت زيادة الإنفاق المحلي على الصحة العامة لتحل محل الإيرادات المفقودة القائمة على الرسوم. كما ساهمت المساعدة الفنية التي تمكّن من الصرف والاستفادة في الوقت المناسب في تعزيز إدارة المالية العامة.

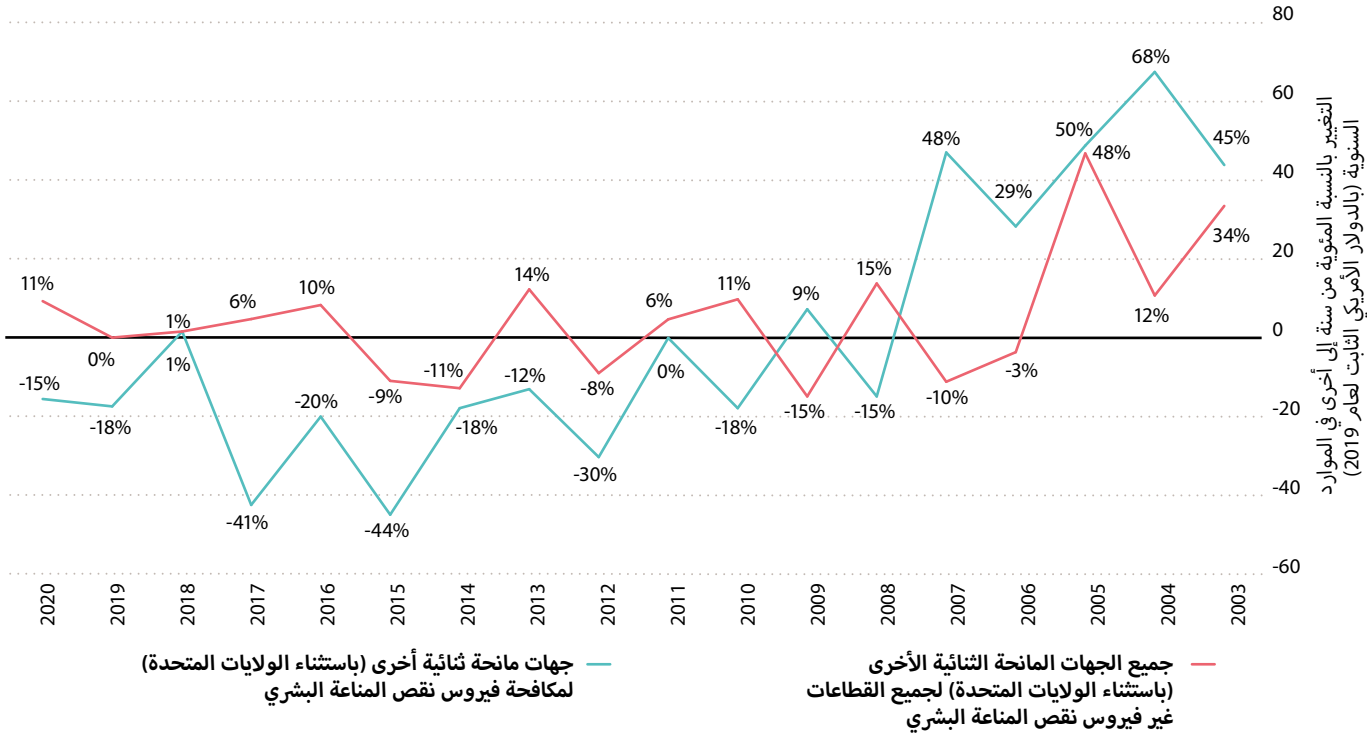
وعلى الرغم من انخفاض الإيرادات العامة والتحديات الأخرى المتعلقة بكوفيد19-، ظلت حكومة الكاميرون ملتزمة بقرارها، الذي أعقب التخفيضات السابقة لرسوم المستخدم لبعض الخدمات الصحية الأخرى (مثل التحصين، والوقاية، والعلاج من الملاريا للحوامل والأطفال، والعلاج الكيميائي لمرضى السرطان). وقد جعلت الاضطرابات الناجمة عن كوفيد19- من الصعب تقييم تأثير تغيير السياسة حتى الآن، ولكن الأدلة المبكرة تشير إلى زيادة قبول الخضوع للعلاج في خدمات فيروس نقص المناعة البشري والاستمرار في تنفيذ قرار ضمان الوصول المجاني إلى مرافق الصحة العامة.

الاستثمارات الدولية في مكافحة فيروس نقص المناعة البشري في طريقها إلى الاستقرار

في عام 2021، كان هناك 21.4 مليار دولار فقط (بالقيمة الثابتة للدولار الأمريكي لعام 2019) متاحا لبرامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشري في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (انظر شكل 0.4 في فصل 1). وعلاوة على ذلك، تُظهر بيانات توافر الموارد التي جمعها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أن التمويل المحلي والدولي لمكافحة الفيروس في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل كان يستقر قبل جائحة كوفيد19-.

وقد كانت الموارد الدولية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري أقل بنحو 6% في عام 2021 مما كانت عليه في عام 2010، وانخفضت بشكل مطرد منذ عامي 2012-2013. وكان من الممكن أن تكون التخفيضات الإجمالية أكثر حدة لولا المستويات المستمرة والعالية للتمويل من حكومة الولايات المتحدة والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، والتي زادت بنحو 36% و56%، على التوالي، منذ عام 2010.[3] وتمثل المساهمات الثنائية من حكومة الولايات المتحدة حاليا ما يقرب من ربع (23%) من إجمالي الموارد السنوية المتاحة لمكافحة الفيروس في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، بينما يمثل الصندوق العالمي ما يزيد قليلا عن عُشر (12%). وقد انخفض التمويل الدولي الآخر لمكافحة الفيروس في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وخاصة من الجهات المانحة الثنائية، بشكل حاد - بنسبة 82% - منذ عام 2008، على الرغم من أن الاتجاه يختلف بالنسبة للمانحين الأفراد. ومع ذلك، من الملاحظ أن الاتجاه في المساعدة الإنمائية الخارجية التي يقدمها المانحون الثنائيون لقطاعات أخرى غير فيروس نقص المناعة البشري لا يظهر مثل هذا الانخفاض (شكل 5.1).[4]

شكل 5.1 التغيير من سنة إلى أخرى في المساعدة الإنمائية الرسمية لفيروس نقص المناعة البشري وجميع قطاعات التنمية الأخرى من الحكومات المانحة (الثنائية باستثناء الولايات المتحدة)، 2003-2020



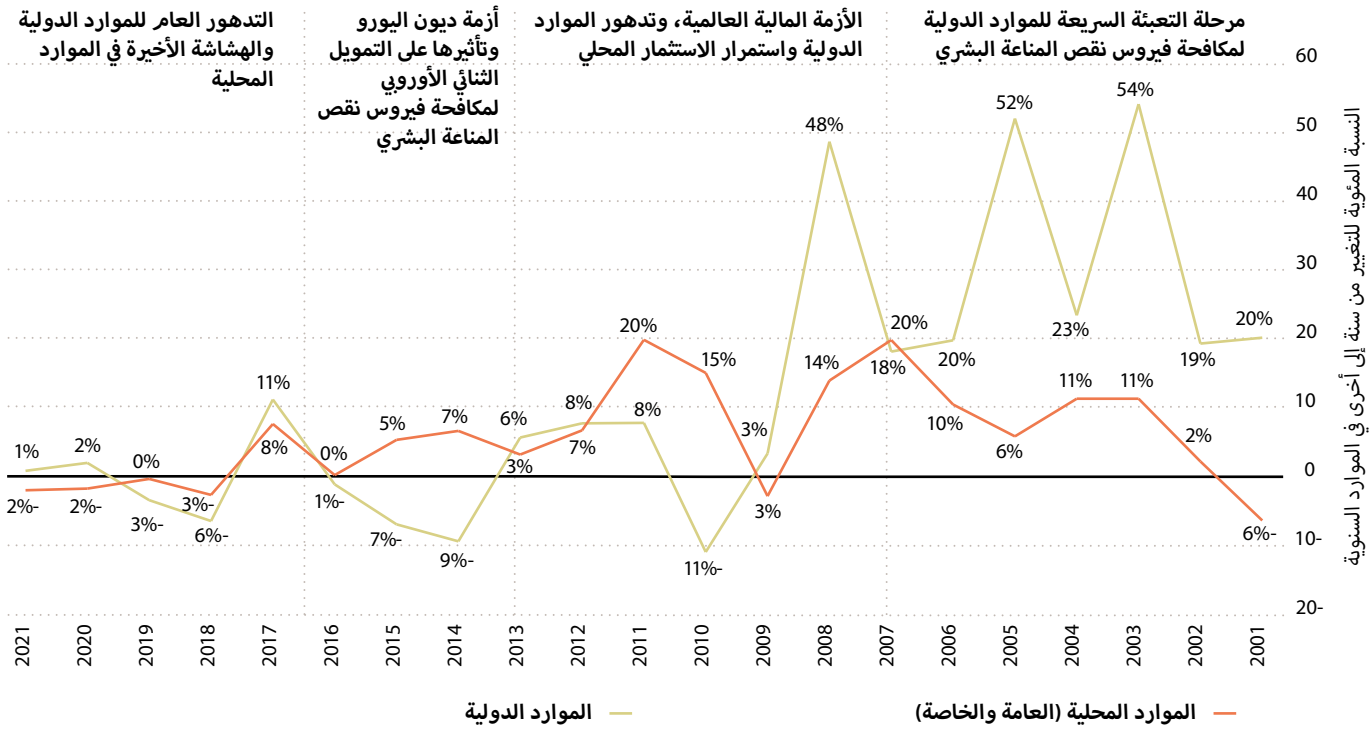
التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022؛ بيانات من نظام الإبلاغ عن الدائنين التابع لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

3 لقد حركت زيادة مدفوعات الصندوق العالمي في عام 2021 في الغالب الموارد الإضافية المخصصة للتخفيف من تأثير كوفيد19- على خدمات فيروس نقص المناعة البشري. وليس من المتوقع أن تستمر هذه المدفوعات الإضافية بعد عام 2021.

4 يتم قياسه كنسبة من الدخل القومي الإجمالي (GNI).

وتُظهر الاتجاهات السابقة أن الصدمات الاقتصادية كان لها تأثير سلبي غير متناسب على المساعدة الإنمائية الخارجية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري (شكل 5.2). وقد ارتبط الانخفاض السنوي في إجمالي الموارد الدولية المتاحة لمكافحة الفيروس ارتباطا وثيقا بالأزمة المالية العالمية لعام 2008 وأزمة الديون الأوروبية لعام 2014، على سبيل المثال. وبالتالي، فإن التغييرات في أولويات الإنفاق المرتبطة بجائحة كوفيد19- – والحرب في أوكرانيا - قد تزيد من تراجع دعم المساعدة الإنمائية الخارجية لبرامج الفيروس وتقييد الجهود المبذولة لسد فجوة التمويل.

شكل 5.2 التغيير من سنة إلى أخرى في توافر الموارد لفيروس نقص المناعة البشري من المصادر المحلية والدولية، بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، 2001-2021



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html).

ملحوظة: تشمل الموارد الدولية كل التمويل متعدد الأطراف (على سبيل المثال، الصندوق العالمي ومختلف وكالات وبرامج الأمم المتحدة)، وجميع التمويل الثنائي (بما في ذلك من حكومة الولايات المتحدة) والتمويل من مصادر خيرية.

الاستثمار المحلي في مكافحة فيروس نقص المناعة البشري تحت التهديد

انخفضت الموارد المحلية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري بنسبة 2% في عام 2021 مقارنة بعام 2020، بعد انخفاض مماثل في العام السابق. وقد كان مصدر التمويل هذا هو المحرك الرئيسي للنمو في الموارد المتاحة لمكافحة الفيروس في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل على مدى العقد الماضي: كان التمويل المحلي يتزايد منذ أوائل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين واستمر في ذلك حتى بعد الأزمة المالية العالمية لعام 2008. والأهم من ذلك، أن هذا التمويل عوض الانخفاض الحاد في تمويل مكافحة الفيروس من المصادر الدولية بعد تلك الأزمة ومرة أخرى في 2013-2014 (شكل 5.2). ومع ذلك، أصبحت الزيادات أصغر حجما من منتصف عام 2010 فصاعدا ثم توقفت عام 2018. وهذه تطورات مشؤومة، لأن الاستثمارات المحلية في مجال الفيروس تمثل حوالي 60% من إجمالي الموارد المتاحة لجائحة فيروس نقص المناعة البشري.

وقد تؤدي الصدمات الاقتصادية التي تعرضت لها البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل خلال أزمة كوفيد19- – والآثار المتتالية للحرب في أوكرانيا - إلى زيادة انخفاض الموارد المحلية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري. فقد وجد تحليل حديث لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أن المؤشرات الرئيسية للإنفاق الحكومي المحلي على مكافحة الفيروس هي الناتج الاقتصادي الوطني للبلدان (يتم قياسه على أنه الناتج المحلي الإجمالي)، وأداء مؤشر التنمية البشرية، ومعدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري، وحصة الإنفاق الحكومي العام على الصحة (13). ويتعرض العديد من هذه المؤشرات للتهديد. فقد حذر البنك الدولي من أنه من المتوقع أن ينخفض نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي وأن يظل دون مستويات ما قبل كوفيد19- حتى عام 2026 على الأقل في 52 بلدا ذات دخل متوسط ومنخفض في الغالب، والعديد منها بها أوبئة كبيرة لفيروس نقص المناعة البشري. وما لم يتم إعطاء أولوية أقوى للصحة، يتوقع البنك الدولي أيضا أن يظل نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي أقل من مستويات عام 2019 – وربما ينخفض - في العديد من تلك البلدان (1). ومن المرجح أن يؤثر انخفاض الناتج الاقتصادي (والإيرادات المالية) وقلة التركيز على الصحة في الميزانيات الحكومية على الإنفاق المحلي لمكافحة الفيروس.

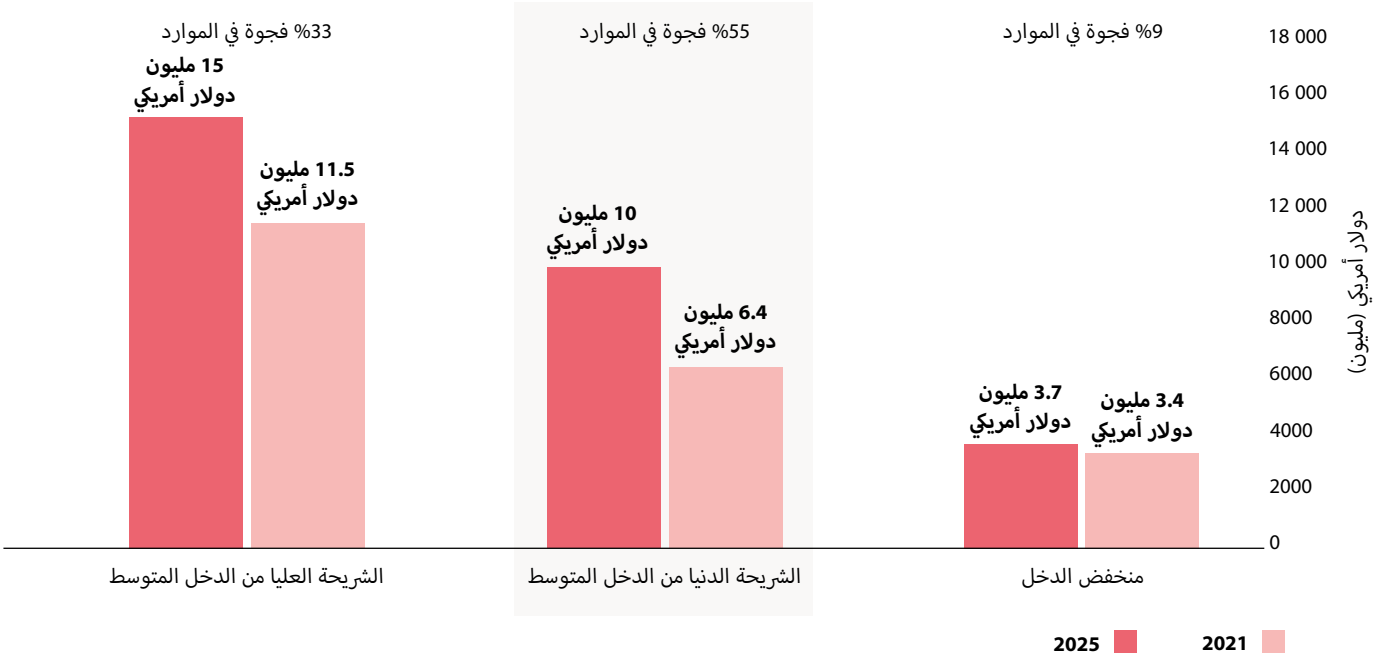
قد تؤثر الحرب في أوكرانيا أيضا على الوضع بطريقة أكثر مباشرة في جميع أنحاء أوروبا الشرقية ووسط آسيا، وهي منطقة زاد فيها معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري في العقد الماضي.

وقد تؤثر الحرب في أوكرانيا أيضا على الوضع بطريقة أكثر مباشرة في جميع أنحاء أوروبا الشرقية ووسط آسيا، وهي منطقة زاد فيها معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري في العقد الماضي (انظر فصل 1) وحيث تعتمد برامج كثيرة للفيروس اعتمادا كبيرا على التمويل المحلي. وهناك خطر من أن تؤدي أزمة أوكرانيا، بما في ذلك متطلبات الإنفاق المتعلقة باستضافة أعداد كبيرة من اللاجئين من النزاع، إلى انخفاض الإنفاق على فيروس نقص المناعة البشري في بعض البلدان المجاورة. وفي حين أنه من المتوقع أن يأتي الجزء الأكبر من التمويل اللازم لتحقيق أهداف فيروس نقص المناعة البشري لعام 2025 من الموارد المحلية، يتعين على الجهات المانحة وشركاء التنمية الآخرين إعادة الالتزام بالتمويل المستدام للاحتياجات المتبقية من الموارد.

أين أكبر الفجوات في التمويل؟

تختلف تخصيصات الموارد لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري حسب المنطقة، بوجود فجوات تمويل كبيرة بشكل خاص في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، والشرق الأوسط وشمال إفريقيا، وآسيا والمحيط الهادئ. وبشكل عام، توجد أكبر فجوة في تمويل مكافحة الفيروس (حوالي 3.5 مليار دولار أمريكي) في البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى: انخفضت الموارد المتاحة في تلك البلدان لعام 2021 بنسبة 55% عن الاحتياجات المتوقعة لعام 2025 (شكل 5.3). ومن المحتمل أيضا أن يكون التأثير الاقتصادي لجائحة كوفيد19- شديدا في بعض تلك البلدان، مما يزيد من صعوبة سد فجوات التمويل لديها بالموارد المحلية وحدها.

شكل 5.3 موارد فيروس نقص المناعة البشري، 2021، والاحتياجات المقدرة من الموارد، 2025، حسب تصنيف دخل البلد



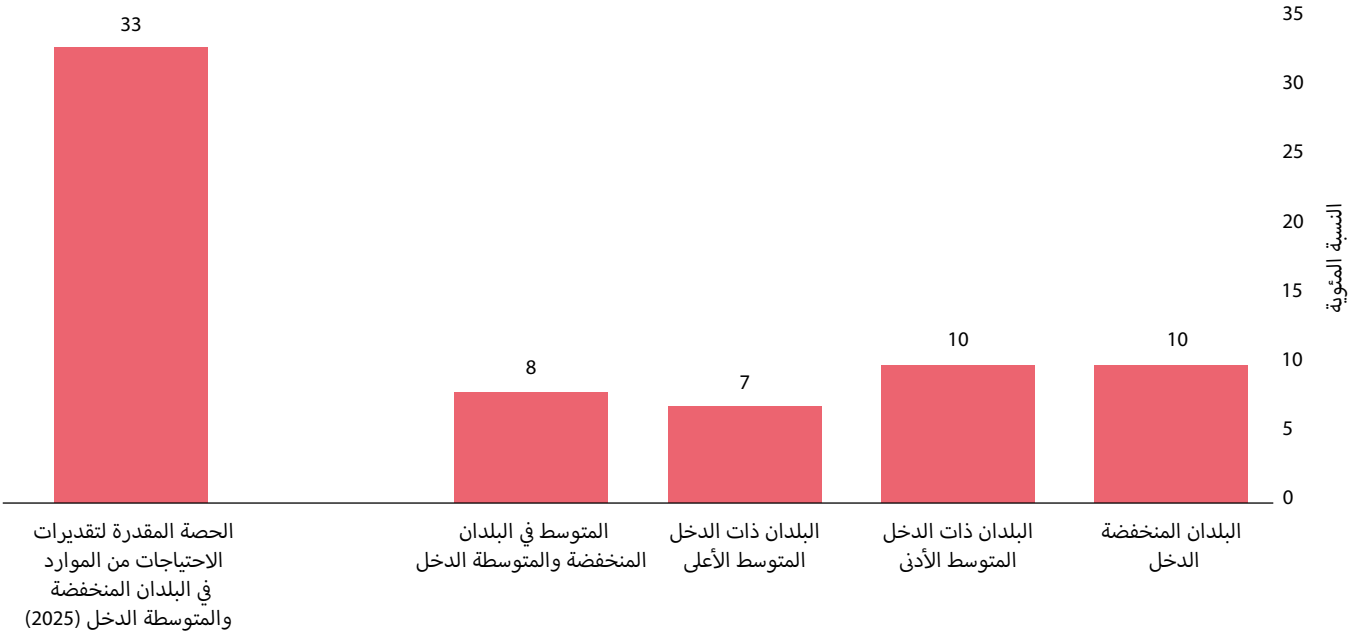
المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ، 2022 (http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html)؛
Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

ملحوظة: تقديرات الموارد معروضة بالدولار الأمريكي الثابت لعام 2019. البلدان المشمولة هي تلك التي صنفها البنك الدولي في عام 2020 على أنها منخفضة ومتوسطة الدخل.

وقد تحسنت التزامات الجهات المانحة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشري في السنوات الأخيرة، ولكن لا تزال هناك فجوات كبيرة في تمويل برامج الوقاية من الفيروس عبر مجموعات الدخل في البلدان (شكل 5.4). وهناك حاجة إلى موارد إضافية للوصول إلى 9.5 مليار دولار أمريكي والتي ستكون مطلوبة للوقاية من الفيروس في عام 2025 من أجل وضع البلدان على المسار الصحيح للقضاء على وباء الإيدز بحلول نهاية العقد. وتُظهر البيانات التي أبلغت عنها 86 بلدا منخفضة ومتوسطة الدخل أنه تم تخصيص 8% في المتوسط من إجمالي الإنفاق على الفيروس لبرامج الوقاية في عام 2021. وستحتاج هذه الحصة من الإنفاق على مكافحة الفيروس إلى الارتفاع إلى 33% بحلول عام 2025.

هناك حاجة إلى موارد إضافية للوصول إلى 9.5 مليار دولار أمريكي والتي ستكون مطلوبة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري في عام 2025.

شكل 5.4 النسبة المئوية للحصة من إجمالي الإنفاق على الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، 2021، والحصة التقديرية اللازمة للوقاية في عام 2025، البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل



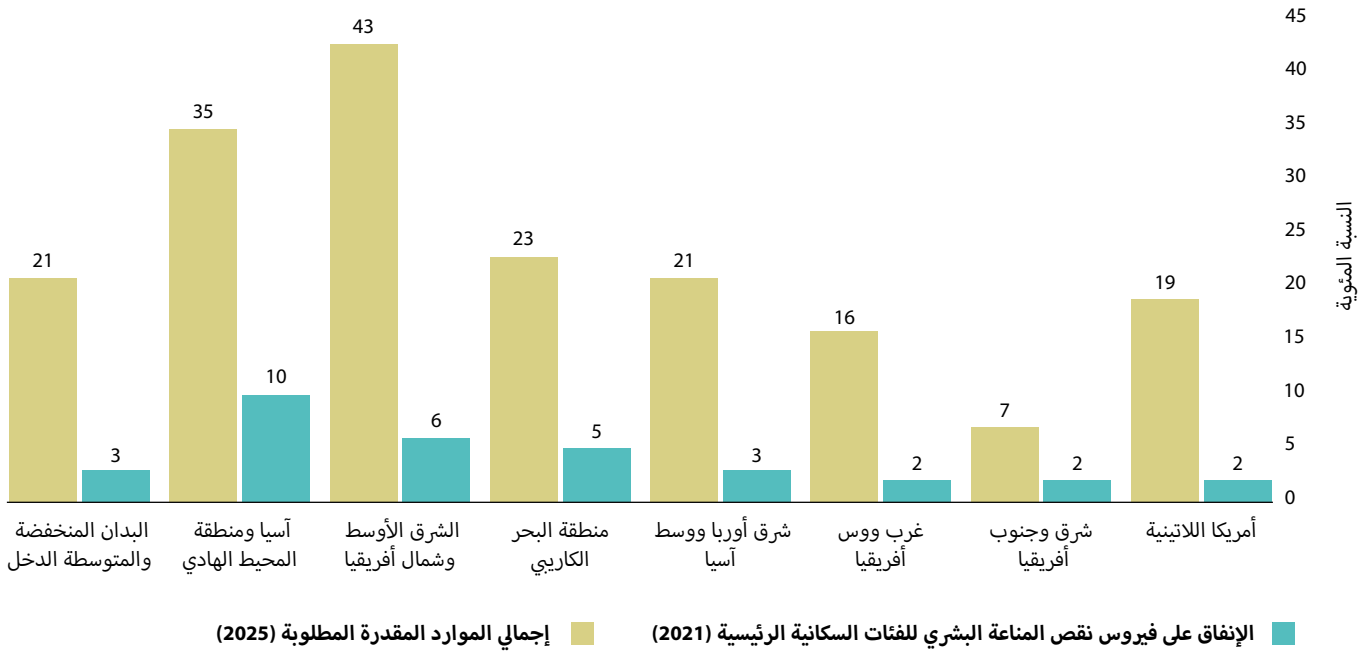
در: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022؛ الرصد العالمي للإيدز، 2022؛ Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

ملاحظة: يحتوي الشكل على بيانات من 86 بلدا أبلغت عن أحدث إنفاقها على التدخلات الوقائية.

وبشكل عام، تمول البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حوالي 72% من برامج العلاج والرعاية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري لديها من الموارد المحلية، ولكن فقط 42% من برامج الوقاية الخاصة بها (14). وتستمر بعض البلدان منخفضة الدخل في الاعتماد بشكل شبه حصري على التمويل الخارجي لبرامج الوقاية من الفيروس. ولا يزال تمويل الوقاية من الفيروس بين الفئات السكانية الرئيسية يشتمل على نسب صغيرة جدا من إجمالي الإنفاق على مكافحة الفيروس في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، حتى في المناطق التي تحدث فيها الغالبية العظمى من الإصابات الجديدة بين تلك الفئات السكانية (شكل 5.5). ويأتي الجزء الأكبر من هذا التمويل – ثلثا هذا التمويل على الأقل - من مصادر دولية، والاستثناء الوحيد هو التدخلات الخاصة بالسجناء والمعتقلين. ويعرض هذا الاعتماد برامج الوقاية للفئات السكانية الرئيسية للمزيد من التخفيضات المحتملة في التمويل الدولي.

وبشكل عام، تمول البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حوالي 72% من برامج العلاج والرعاية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري لديها من الموارد المحلية، ولكن فقط 42% من برامج الوقاية الخاصة بها.

شكل 5.5 النسبة المئوية لإجمالي الإنفاق على فيروس نقص المناعة البشري للوقاية وبرامج التمكين المجتمعي للفئات السكانية الرئيسية، 2021، والحصة الإجمالية المقدرة المطلوبة، 2025، في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل وحسب المنطقة



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022؛ الرصد العالمي للإيدز، 2022؛ Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

ملحوظة: البيانات مأخوذة من 61 بلدا أفادت بأحدث إنفاقها على الوقاية وتدخلات وسطاء المجتمع. لا يتم تضمين خدمات الاختبار والعلاج.

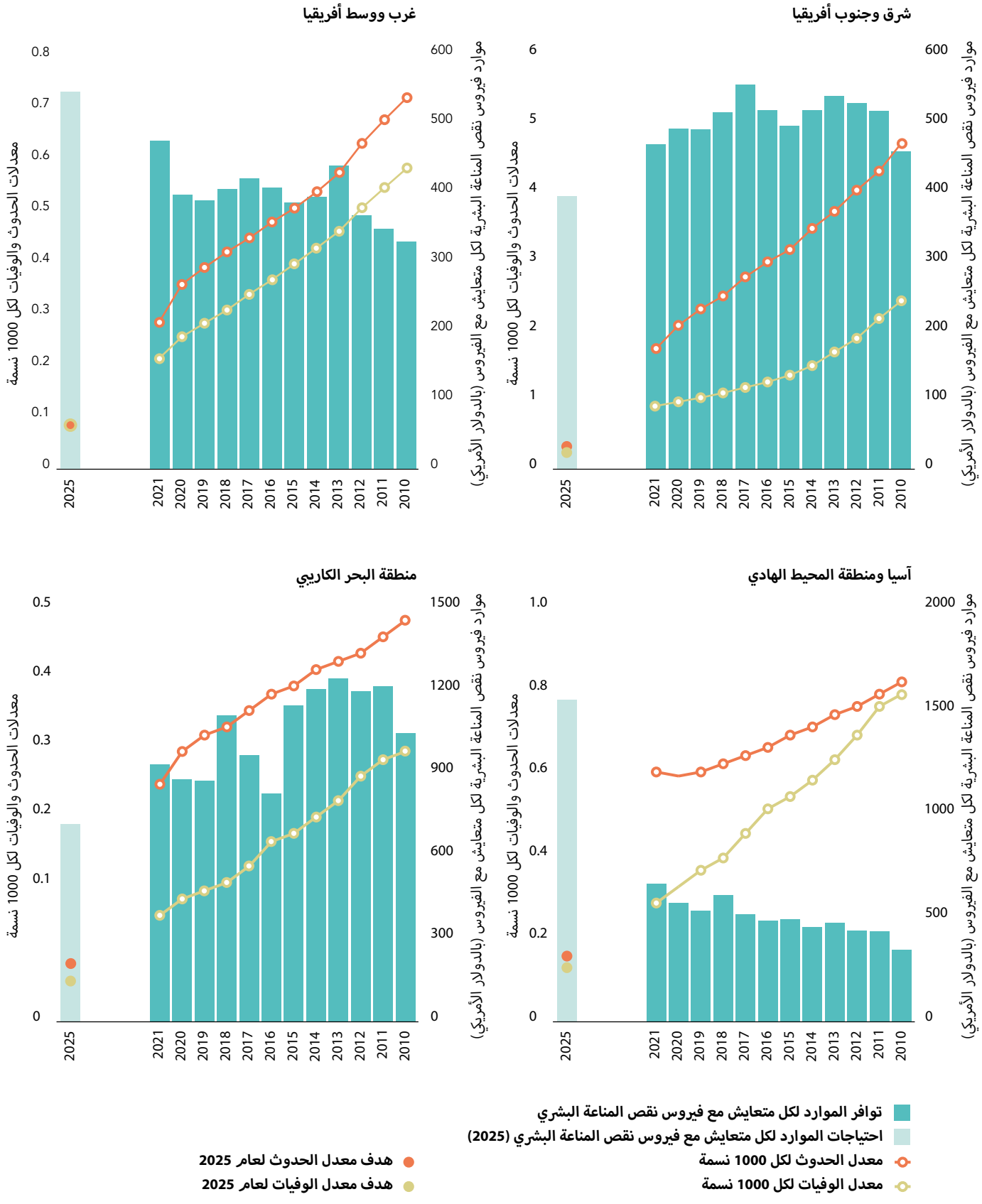
تقدم مختلط وسط استثمارات متفاوتة في مجال فيروس نقص المناعة البشري

تختلف مستويات الاستثمار لكل متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري بشكل كبير عبر البلدان والمناطق. ونظرا لارتفاع أسعار المنتجات مثل الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وتكاليف تقديم الخدمات وتدخلات وقائية معينة، قد تصل الاستثمارات المطلوبة بحلول عام 2025 إلى 4750 دولارا أمريكيا للفرد سنويا (بالدولار الأمريكي الثابت لعام 2019) في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، و2034 دولارا أمريكيا في شرق أوروبا وآسيا الوسطى، و1741 دولارا أمريكيا في أمريكا اللاتينية، و1574 دولارا أمريكيا في آسيا والمحيط الهادئ. والمبالغ المقابلة هي 725 دولارا أمريكيا للفرد سنويا في منطقة البحر الكاريبي، و400 دولار أمريكي في شرق وجنوب أفريقيا، و 539 دولارا أمريكيا في غرب ووسط أفريقيا.[5] وإذا قارنا الموارد المتاحة لفيروس نقص المناعة البشري في عام 2021 بالموارد المطلوبة لتحقيق أهداف عام 2025، فإن فجوات التمويل تختلف أيضا على نطاق واسع. ففي بعض المناطق، تكون موارد 2021 قريبة من إجمالي المبالغ المطلوبة في عام 2025، ولكن في مناطق أخرى، تكون الفجوات كبيرة جدا: فهي تتراوح بين فجوة 21% في غرب ووسط إفريقيا وفجوة 57% في آسيا والمحيط الهادئ وأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، إلى 82% في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (شكل 5.6). والأهم من ذلك أنه على جميع المناطق استخدام هذه الموارد بكفاءة أكبر.

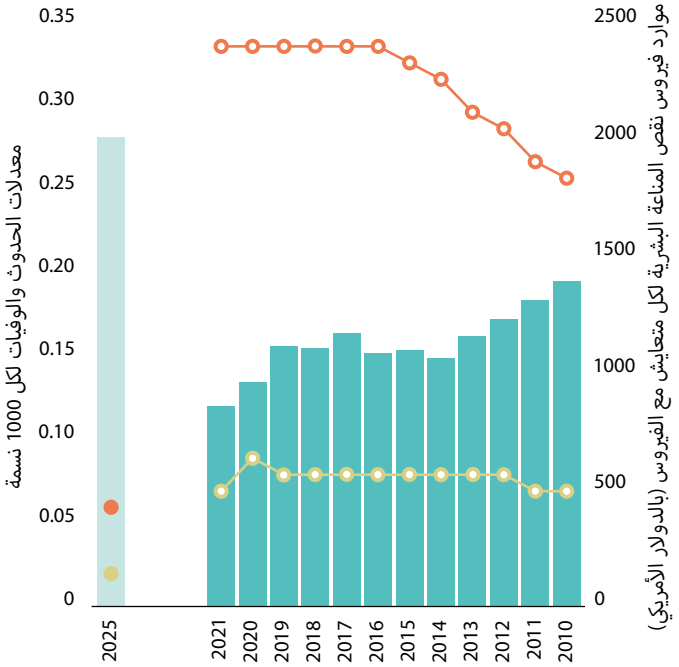
وإذا قارنا الموارد المتاحة لفيروس نقص المناعة البشري في عام 2021 بالموارد المطلوبة لتحقيق أهداف عام 2025، فإن فجوات التمويل تختلف أيضا على نطاق واسع.

5 لجعل المبالغ قابلة للمقارنة، تم تحويل الاستثمارات إلى الدولار الأمريكي الثابت لعام 2019 وتعديلها للتضخم. كما تم تعديل المبالغ الإجمالية حسب حجم السكان وانتشار فيروس نقص المناعة البشري. ويعد المقياس الناتج هو إجمالي الإنفاق لكل متعايش مع الفيروس، ويشمل الاختبار والعلاج، والوقاية والاستثمارات لتحسين عوامل التمكين المجتمعية. كما هو مبين في شكل 5.6، يمكن ربط مستوى الاستثمارات المعدلة بقياسات التأثير مثل حدوث الفيروس ومعدلات الوفيات المرتبطة بالإيدز لكل 1000 من السكان من أجل تقييم مدى كفاية الموارد وكفاءتها

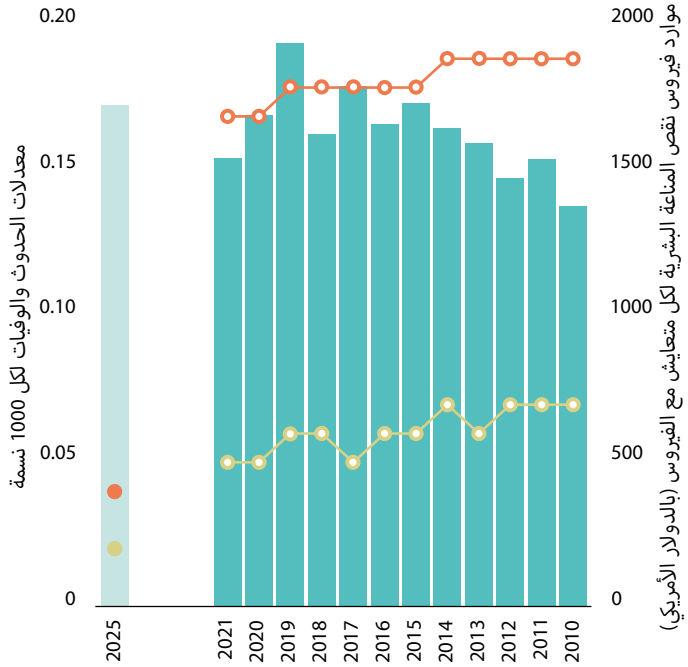
شكل 5.6 إجمالي توافر موارد فيروس نقص المناعة البشري لكل متعايش مع الفيروس، ومعدلات الحدوث، ومعدلات الوفيات المرتبطة بالإيدز في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، حسب المنطقة، 2010-2021، وأهداف 2025



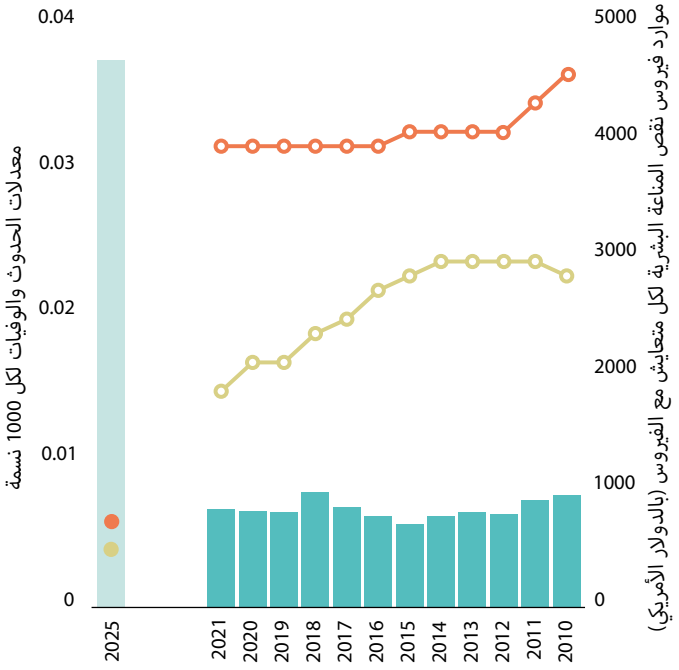
شرق أوربا ووسط آسيا

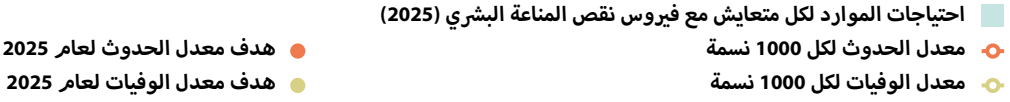


أمريكا اللاتينية



الشرق الأوسط وشمال أفريقيا





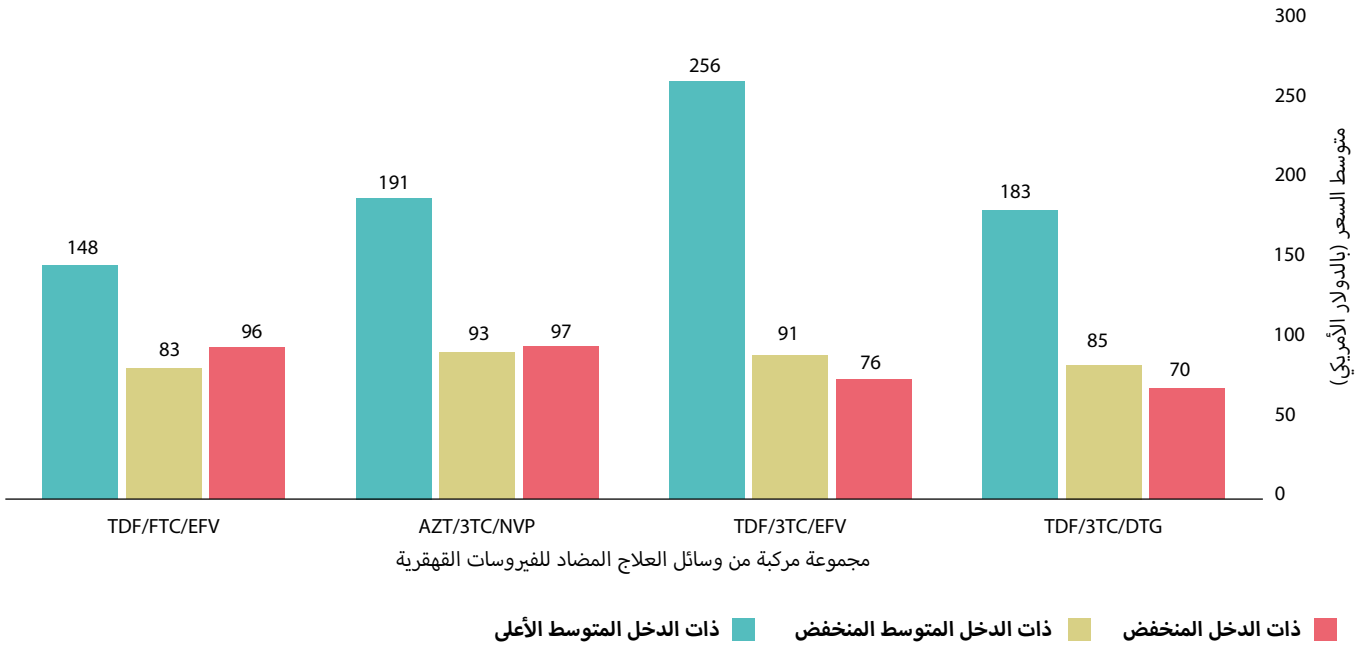
المصدر: تحليل قائم على التقديرات والتوقعات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

زيادة الأموال

عند تقييم إنجازات الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشري، يتم في بعض الأحيان التغاضي عن دور خفض الأسعار ومكاسب الكفاءة من حيث التكلفة. فقد أدى النشاط والدعوة إلى خفض تكاليف وحدات الأدوية، لا سيما الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، كما أدت الابتكارات في تقديم الخدمات إلى صرف أكثر اقتصادا لتمويل مكافحة الفيروس. كما أدت تخفيضات أسعار منتجات الفيروس إلى تحرير الأموال لزيادة توسيع البرامج وتحسين التدخلات عالية التأثير (مثل التركيبات الجديدة للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والوقاية قبل التعرض للعدوى). وقد أدى انخفاض تكاليف العلاج للفرد إلى تمكين العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط من توسيع برامج علاج الفيروس.

ومع ذلك، كانت التخفيضات في الأسعار غير متساوية. وتختلف أسعار سلع فيروس نقص المناعة البشري والقضايا الصحية الأخرى اختلافا كبيرا بين المناطق وفئات دخل البلدان. فتدفع البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى أسعارا مرتفعة للغاية للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية (شكل 5.7)، خاصة أنظمة الخط الثاني والثالث من أنظمة الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. وفي جميع المناطق، لا يزال العلاج المضاد للفيروسات القهقرية من الخط الثاني أغلى بكثير من أنظمة الخط الأول (شكل 5.8).

شكل 5.7 متوسط السعر (بالدولار الأمريكي) حسب الشخص - السنة لأنظمة مختلفة من العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، حسب فئة دخل البلدان، 2021

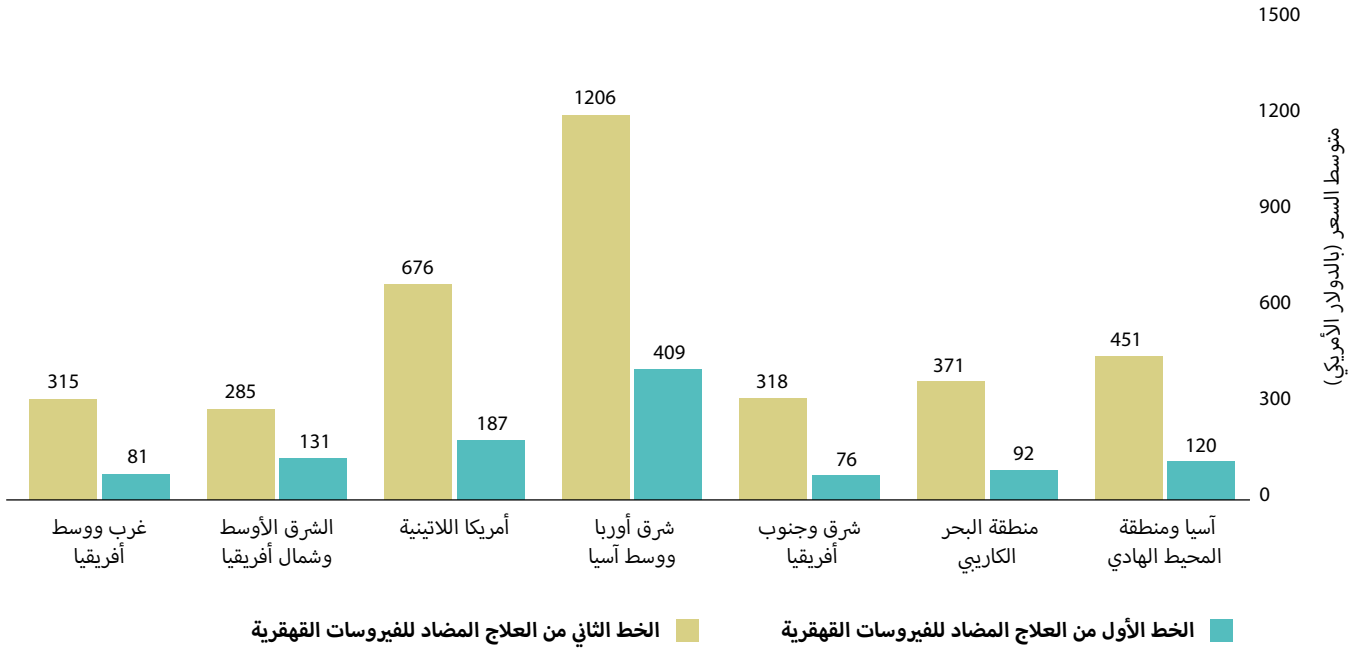


المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ديسمبر 2021 (http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html)؛ الرصد العالمي للإيدز، 2022، (https://aidsinfo.unaids.org/).

ملاحظة: البيانات تخص 89 بلدا قدمت تقارير إلى الرصد العالمي للإيدز التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2022.

ملاحظة: TDF= تينوفوفير ديسوبروكسيل فيومبرات؛ 3TC= لاميفودين؛ DTG= دولوتغرافير؛ EFV= إيفافيرينز؛ AZT= أزيدوتيميدين؛ NVP= نيفيرابين؛ وFTC= إمتريسيتابين.

شكل 5.8 متوسط السعر (بالدولار الأمريكي) حسب شخص-سنة للخط الأول والثاني من العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، حسب المنطقة، 2021



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022

ملحوظة: البيانات تخص 89 بلدا قدمت تقارير للرصد العالمي للإيدز التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعامي 2021 و2022.

كما تحسنت الكفاءة الفنية للاستثمارات في مجال مكافحة فيروس نقص المناعة البشري بمرور الوقت، مما مكّن المزيد من الأشخاص من الاستفادة من برامج مكافحة الفيروس. فقد وجدت دراسة جديدة تغطي 78 بلدا في الغالب من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل أن نفس القدر من الإنفاق على مكافحة الفيروس تم استخدامه بكفاءة مضاعفة تقريبا في عام 2018 (15).[6]

ويجب الحفاظ على هذه التخفيضات في الأسعار وكفاءة التكلفة، ويمكن توسيعها على نطاق أوسع عبر المنتجات والبلدان. ويعد العلاج المضاد للفيروسات القهقرية – خاصة الإصدارات الجديدة طويلة المفعول القابلة للحقن - مرشحا مهما لتخفيضات الأسعار الحادة (انظر فصل 2). ويحتمل أن يؤدي كل دولار يتم توفيره إلى زيادة الوصول إلى الخدمات والمنتجات المنقذة للحياة، ولكن في حين أن المدخرات ومكاسب الكفاءة قد تساعد في توسيع حيز الميزانية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري، إلا أنها ليست كافية لسد فجوات التمويل التي تعيق الاستجابة للفيروس. وهناك حاجة إلى تدخلات جديدة على المستوى الدولي.

يجب الحفاظ على هذه التخفيضات في الأسعار وكفاءة التكلفة، ويمكن توسيعها على نطاق أوسع عبر المنتجات والبلدان.

6 اعتبرت الدراسة الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشري من الأم إلى الطفل وبرامج العلاج المضاد للفيروسات القهقرية المخرجات الرئيسية. ويجب الحفاظ على هذه التخفيضات في الأسعار وكفاءة التكلفة، ويمكن توسيعها على نطاق أوسع عبر المنتجات والبلدان.

الحفاظ على الإنفاق في مجال فيروس نقص المناعة البشري والصحة

في حين أن جائحة كوفيد19- قد قيدت النمو الاقتصادي وفرضت تكاليف إضافية ضخمة في جميع أنحاء العالم، فإنها تعزز أيضا الحاجة إلى إصلاح التمويل الصحي وتحرير البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من دورات لا نهاية لها من الديون المعوقة.

وقد أدى كوفيد19- إلى تحول السياسة المالية في العديد من البلدان المرتفعة الدخل وبعض البلدان ذات الدخل المتوسط. وتمكنت البلدان ذات العملات السيادية القوية من تمويل دعم إضافي جزئيا للشركات والأسر من خلال مستويات قياسية من الاقتراض وإصدارات السندات. ومع ذلك، تفتقر معظم البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل إلى هذه الخيارات وتشهد تدهورا كبيرا في التمويل العام. وقد لجأ الكثيرون إلى اقتراض ديون إضافية وإعادة تخصيص الأموال من قطاعات أخرى، بما في ذلك التعليم والبنية التحتية (16، 17).

وفي المتوسط، ارتفع الدين الحكومي في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من 58% إلى 65% من الناتج المحلي الإجمالي بين عامي 2019 و2021، أي ما يعادل 2.3 تريليون دولار أمريكي (18). وقد قدرت إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة أن البلدان ذات الدخل المنخفض في المتوسط كانت تدفع حوالي 14% من الإيرادات الوطنية في فوائد الديون وحدها في عام 2021، أي ما يقرب من أربعة أضعاف البلدان ذات الدخل المتوسط والمرتفع (19). وتميل أعباء الديون المرتفعة إلى التأثير المباشر على ميزانيات الصحة وفيروس نقص المناعة البشري.

هناك خطر من إمكانية تعميم التقشف المالي في العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل في الفترة المقبلة وذلك بتوقع قيام 140 بلدا بخفض الإنفاق العام.

وهناك خطر من إمكانية تعميم التقشف المالي في العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل في الفترة المقبلة وذلك بتوقع قيام 140 بلدا بخفض الإنفاق العام (انظر قصة زامبيا في فصل 3) (20، 21). ومن الضروري تجنب مثل هذه الاستجابات، التي عادة ما تضر بالفئات الأكثر عرضة للخطر في المجتمع. ويجب تفعيل الخيارات الحالية ووضعها على المسار السريع: يلزم إلغاء الديون وتخفيفها، إلى جانب تمويل إضافي بشروط ميسرة للغاية وإعادة تخصيص هادفة لحقوق السحب الخاصة غير المستخدمة الصادرة في عام 2021. وأهلية البلد للتمويل بشروط ميسرة (أي انخفاض تكاليف الاقتراض) ينبغي تخفيفها مقابل معايير واضحة تخدم المصلحة العامة (22). ونتيجة للتأثيرات المشتركة لكوفيد19- والحرب في أوكرانيا، يجب إعادة النظر في خطط الانتقال من التمويل الميسر، بما في ذلك دعم المنح لفيروس نقص المناعة البشري.

وبدلا من مطالبة البلدان ذات الدخل المنخفض بتخفيض ميزانيات الخدمة العامة والقوى العاملة، يجب أن تمكّنها آليات الإقراض من تعزيز أنظمتها الصحية وغيرها من ركائز التنمية الاجتماعية والاقتصادية (19، 20، 23). ومن المطلوب التضامن العالمي الأكبر: فيجب على البلدان ذات الدخل المرتفع أن تفي بالتزاماتها فيما يتعلق بالمساعدة الإنمائية الخارجية. وتحتاج البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل على حد سواء إلى تمويل من المانحين لتضييق فجوات التمويل لبرامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، لا سيما بالنسبة للفئات السكانية الرئيسية. وسيكون خفض أسعار المنتجات الخاصة بالفيروس، خاصة في أمريكا اللاتينية وأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، أيضا أمرا بالغ الأهمية.

وعلى الرغم من ذلك، فإن التمويل الإضافي الميسر والتنمية الخارجية ليسا كافيين بمفردهما: هناك حاجة إلى تدخلات لضمان استخدام الموارد المضافة لدعم الخدمات العامة أو إعادة بنائها بدلا من سداد الدائنين في أوقات الضغط المالي الشديد. وقد كان قطاع الصحة ضعيفا بشكل خاص أمام التزامات سداد الديون المتزايدة في الفترة التي سبقت أزمة كوفيد19-. وفي عام 2019، على سبيل المثال، كانت 64 بلدا تنفق على خدمة ديونها الخارجية أكثر مما تنفق على أنظمة الصحة العامة لديها (تم قياسها كحصة من الإيرادات الحكومية). ويضعف انخفاض الإنفاق على الرعاية الصحية القدرة على الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري والجوائح الأخرى (20). وهناك حاجة إلى إجراءات طموحة لتحقيق تخفيف أعباء الديون، بما في ذلك الإلغاء التام (19، 23).

وبدلا من مطالبة البلدان ذات الدخل المنخفض بتخفيض ميزانيات الخدمة العامة والقوى العاملة، يجب أن تمكّنها آليات الإقراض من تعزيز أنظمتها الصحية وغيرها من ركائز التنمية الاجتماعية والاقتصادية.



UNAIDS/Rodrig Mbock ©

كوفيد19- وتدابير التقشف تهدد استجابة زامبيا للإيدز

تواجه استجابة زامبيا لفيروس نقص المناعة البشري لحظة من الحقيقة. وفي حين شهدت زامبيا انخفاضا في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 47% منذ عام 2010، وهو ما يتساوى مع شرق وجنوب إفريقيا ككل (وذلك بانخفاض بنسبة 44%)، فقد انخفضت الوفيات المرتبطة بالإيدز بنسبة 40% فقط (مقارنة بـ58% في المنطقة بشكل عام)، ويستمر عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى علاج مدى الحياة في الازدياد. ولا تزال الاستجابة الوطنية للفيروس تعتمد بشكل كبير على المصادر الخارجية، حيث يغطي المانحون الدوليون أكثر من 95% من إنفاق البلاد المرتبط بالفيروس. ومع ذلك، منذ انتقال زامبيا إلى فئة الدخل المتوسط، أصبحت الآفاق المستقبلية للبلاد لحشد المساعدة الدولية لوضع الاستجابة الوطنية للإيدز على المسار الصحيح غير مؤكدة.

%47

انخفاض في الإصابات الجديدة في زامبيا منذ 2010

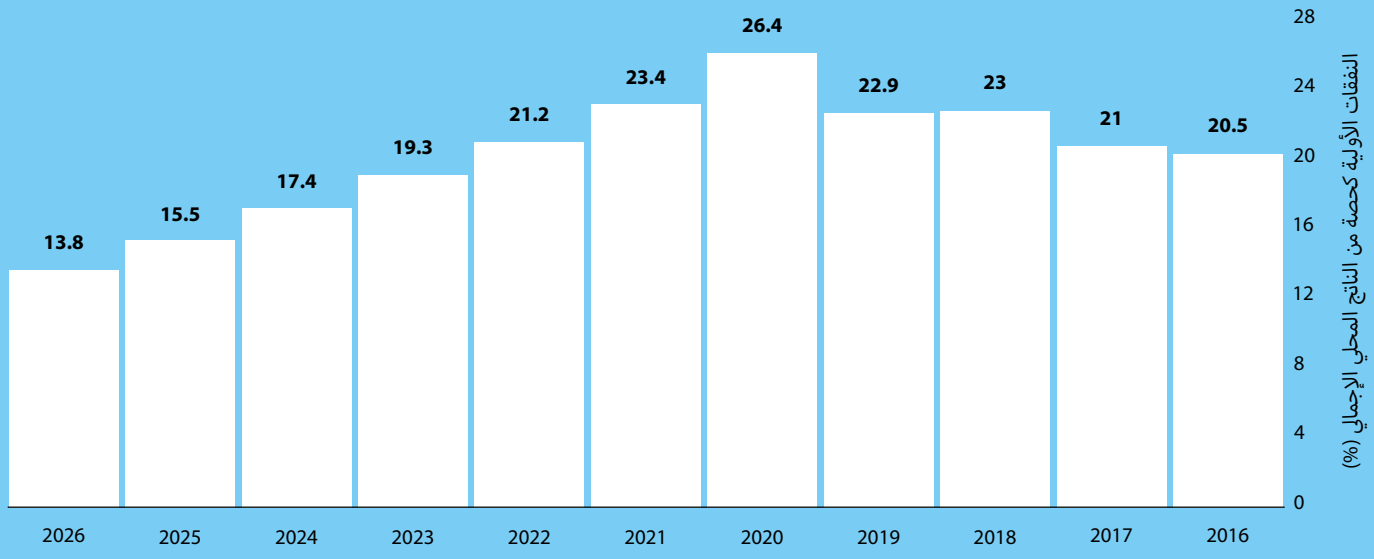
وتعتبر زيادة الإنفاق المحلي على الإيدز، والصحة، والتعليم، وغيرها من الركائز الأساسية للاستجابة القوية لفيروس نقص المناعة البشري أولوية وطنية ملحة. ومع ذلك، فإن الآمال في تحقيق هذه الزيادات المطلوبة في الإنفاق المحلي تتعرض للخطر بسبب حالة الاقتصاد الكلي في البلاد وأزمة الديون. فبعد النمو الاقتصادي القوي قبل جائحة كوفيد19-، انكمش الاقتصاد بنسبة 2.8% في عام 2020 نتيجة الإغلاق والتأثيرات الأخرى لكوفيد19- (24). وفي مسح قائم على السكان عام 2021، أفادت ثمانية من كل 10 أسر في زامبيا أن أعمالها أو وظائفها قد تأثرت بكوفيد19-، حيث أبلغت واحدة من كل ثلاث أسر عن انخفاض الدخل أو فقدان الوظائف أثناء الجائحة (25).

وعلى الرغم من أن الاقتصاد الزامبي قد تعافى جزئيًا منذ ذلك الحين، إلا أن قدرته على الاستفادة من الانتعاش لتمويل الخدمات الصحية والبشرية قد تقوضت بسبب وضع الديون في البلاد: بعد استخدام الديون لتمويل الاستثمارات العامة الموسعة، تجاوز الدين العام لزامبيا الآن 100% من إجمالي الناتج المحلي وقد أصبح غير مستدام (26). وفي عام 2020، أصبحت زامبيا أول دولة ذات سيادة منذ ظهور كوفيد19- تتخلف عن سداد ديونها الوطنية (27). وما يقرب من نصف (46%) ديون زامبيا مستحقة لمقرضين من القطاع الخاص: 22% للصين و8% لحكومات أخرى و18% لمؤسسات متعددة الأطراف. إن أولوية المقرضين من القطاع الخاص تجعل من الصعب إعادة هيكلة ديون زامبيا، لأن المقرضين من القطاع الخاص عادة ما يكونون أقل استعدادا من المقرضين الحكوميين أو متعددي الأطراف للتنازل عن المبالغ المستحقة أو خصمها.

UNAIDS/J.Mulikita ©

ولمعالجة أزمة الديون، توصلت الحكومة إلى اتفاق مع صندوق النقد الدولي. وفي مقابل الدعم الاقتصادي، تعهدت البلاد بإجراء تخفيضات كبيرة في الإنفاق الحكومي. وبموجب هذه الاتفاقية، سيكون الإنفاق الحكومي في عام 2026 (كحصة من الناتج المحلي الإجمالي) ما يقرب من نصف الإنفاق في عام 2020 (شكل 5.9).

شكل 5.9 الإنفاق الأولي الحكومي (كحصة من الناتج المحلي الإجمالي)، زامبيا، 2016-2026



المصدر: تحليل: آفاق الاقتصاد العالمي: التعافي أثناء الجوائح: الشواغل الصحية، وانقطاعات الإمداد، وضغوط الأسعار . واشنطن (العاصمة). صندوق النقد الدولي؛ 2021.

ويعد التقشف المالي رد فعل شائعا، وغالبا ما يكون مدمرا، لأزمات الديون. أما التقشف المالي المطلوب ضمنيا بموجب هذه الاتفاقية فهو يعرض للخطر قدرة زامبيا على القيام باستثمارات عامة محلية أساسية في مجال فيروس نقص المناعة البشري والصحة، أو الاستثمار في القطاعات الأخرى التي تؤثر على خطورة التعرض للفيروس والاستفادة من الخدمات، مثل التعليم والحماية الاجتماعية.

وهناك حاجة لاتخاذ إجراءات عاجلة لمنع التخفيضات الشديدة المحتملة في الإنفاق الحكومي على الصحة والحماية الاجتماعية ولتمكين أنواع الاستثمارات التي تركز على الأشخاص والتي تعتبر ضرورية للقضاء على وباء الإيدز باعتباره تهديدا للصحة العامة. وهناك حاجة لاتخاذ إجراءات دولية للتخفيف من عبء ديون البلاد، وذلك بإيلاء اهتمام خاص لإقناع المقرضين من القطاع الخاص بالمشاركة في تخفيف عبء الديون. ويجب إعادة تخصيص حقوق السحب الخاصة لصندوق النقد الدولي، وهي أصول احتياطية تحمل فوائد ومخصصة بين الدول الأعضاء في صندوق النقد الدولي، لتمكين زيادة السيولة في زامبيا. ومحليا، يجب أن تتحرك البلد نحو نظام ضريبي تصاعدي، مقرونا بإصلاحات مؤسسية لضمان قدرة البلد على تحصيل الضرائب المستحقة.

الصفحة التالية
مديرو مركز الشباب في مركز تنمية المجتمع التابع لمجلس مدينة لوكاسا في ماندفو، لوساكا، زامبيا، يونيو 2022.



UNAIDS ©

المراجع

1. *Kurowski C, Evans DB, Tandon A, Eozenou PH-V, Schmidt M, Irwin A et al. From double shock to double recovery—implications and options for health financing in the time of COVID-19. Technical update: widening rifts. Washington (DC): World Bank; September 2021.*
2. *Global economic prospects, June 2022. Washington (DC): World Bank; 2022 (https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/37224/9781464818431.pdf).*
3. *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO; 2022.*
4. *Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz MF, Chepynoga K, Buisman LR et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. Lancet Glob Health. 2018;6(2):e169-e179.*
5. *Global monitoring report on financial protection in health 2021. Geneva: WHO; 2021.*
6. *Qin VM, Hone T, Millett C, Moreno-Serra R, McPake B, Atun R et al. The impact of user charges on health outcomes in low-income and middle-income countries: a systematic review. BMJ Glob Health. 2019;3(Suppl 3):e001087.*
7. *Steele SJ, Sugianto H, Baglione Q, Sedlimaier S, Niyibizi AA, Duncan K et al. Removal of user fees and system strengthening improves access to maternity care, reducing neonatal mortality in a district hospital in Lesotho. Trop Med Int Health. 2019;24(1):2-10.*
8. *Ridde V. From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies. BMC Health Serv Res. 2015;15(Suppl 3):S6.*
9. *Zombré D, De Allegri M, Ridde V. Immediate and sustained effects of user fees exemption on health care utilization among children under five in Burkina-Faso; a controlled interrupted time-series analysis. Soc. Sci Med. 2017;179:27-35.*
10. *Case study of the elimination of HIV user fees: what can we learn from Cameroon. Geneva: UNAIDS; (forthcoming in 2022).*
11. *Atchessi N, Ridde V, Zunzunegui M-V. User fees exemption alone are not enough to increase indigent use of health services. Health Policy Plan. 2016;31:674-81.*
12. *Ministry of Public Health (Cameroon). Health sector strategy, 2016–2027. Yaoundé: Government of Cameroon; 2016.*
13. *UNAIDS internal analysis, 2022.*
14. *UNAIDS financial estimates, July 2022, and Global AIDS Monitoring reporting, using data from 96 countries that reported their latest expenditures on prevention and treatment interventions.*
15. *Allel K, Abou Jaoude GJ, Birungi C, Palmer T, Skordis J, Haghparasat-Bidgoli H. Technical efficiency of national HIV/AIDS spending in 78 countries between 2010 and 2018: a data envelopment analysis. PLOS Global Public Health. Forthcoming.*
16. *The monetary policy response to COVID-19: the role of asset purchase programmes. DESA policy brief no. 129. New York (NY): UN Department of Economic and Social Affairs; February 2022 (https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-desa-policy-brief-no-129-the-monetary-policy-response-to-covid-19-the-role-of-asset-purchase-programmes/).*
17. *The monetary–fiscal policy nexus in the wake of the pandemic. BIS papers no. 122. Basel: Bank for International Settlements (Monetary and Economic Department); March 2022 (https://www.bis.org/publ/bppdf/bispap122.pdf).*

18. *World economic outlook: recovery during a pandemic. Health concerns, supply disruptions and price pressures. Washington (DC): International Monetary Fund;* 2021.

19. *Financing for sustainable development report* 2022: *bridging the finance divide. New York (NY): UN Department of Economic and Social Affairs;* 2022 (*https://developmentfinance.un.org/fsdr*2022).

20. *A pandemic triad: HIV, COVID-*19 *and debt in developing countries. Geneva: UNAIDS;* 2022.

21. *Ortiz I, Cummins M. Global austerity alert: looming budget cuts in* 2021–25 *and alternative pathways. New York (NY): Initiative for Policy Dialogue, Columbia University;* 2021 (*https://policydialogue.org/files/publications/papers/Global-Austerity-Alert-Ortiz-Cummins-*2021*-final.pdf*).

22. *Fund concessional financial support for low-income countries—responding to the pandemic. Washington (DC): International Monetary Fund;* 2021 (*https://www.imf.org/en/Publications/Policy-Papers/Issues/*2021*/*07*/*22*/Fund-Concessional-Financial-Support-For-Low-Income-Countries-Responding-To-The-Pandemic-*462520).

23. *Developing countries must be provided with debt relief to prevent financial brink, preserve progress, Deputy Secretary-General tells Development Finance Dialogue. In: United Nations Meetings Coverage and Press Releases [Internet]. 20 April* 2022*; DG/SM/*1718. *New York (NY): United Nations; c*2022 (*https://www.un.org/press/en/*2022*/dsgsm*1718*.doc.htm*).

24. *The World Bank in Zambia. In: The World Bank [Internet]. Updated* 17 *April* 2022. *Washington (DC): The World Bank; c*2022 (*https://www.worldbank.org/en/country/zambia/overview#*1).

25. *Socio-economic impact assessment of COVID-*19 *on households in Zambia. Lusaka: Zambia Statistics Agency;* 2021 (*https://www.zamstats.gov.zm/backup/phocadownload/Socio%*20*Economic/Socio-economic%*20*Impact%*20*Assessment%*20*of%*20*COVID-*19%20*on%*20*Households%*20*in%*20*Zambia.pdf*).

26. *Zambia Economic Outlook. In: African Development Bank Group [Internet]. African Development Bank; c*2022 (*https://www.afdb.org/en/countries-southern-africa-zambia/zambia-economic-outlook*).

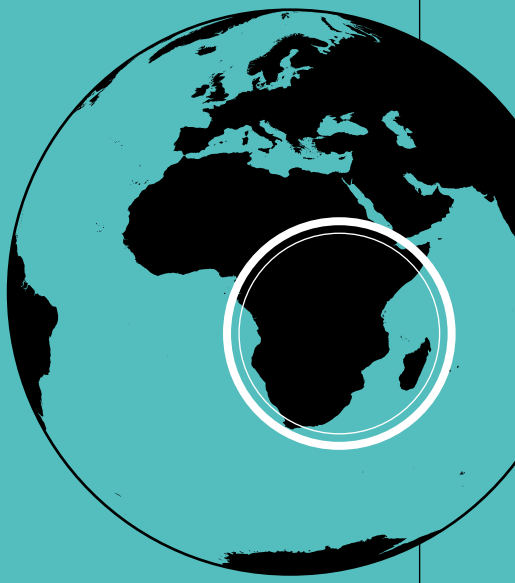
27. *Smith E. Zambia becomes Africa's first coronavirus-era default: what happens now? In: CNBC [Internet].* 23 *November* 2020. *CNBC LLC; c*2022 (*https://www.cnbc.com/*2020*/*11*/*23*/zambia-becomes-africas-first-coronavirus-era-default-what-happens-now.html*).

البروفيلات الإقليمية

VI

البروفيلات الإقليمية

شرق وجنوب آفريقيا



تظل منطقة شرق وجنوب إفريقيا المنطقة الأكثر تضررا من فيروس نقص المناعة البشري، حيث يوجد 2006 مليون شخص [18.9 مليون - 23.0 مليون] - 54 ٪ من جميع المتعايشين مع الفيروس في العالم. وقد تم إحراز تقدم إقليمي كبير - أكثر من أي منطقة أخرى - مع ذلك: انخفض عدد الإصابات الجديدة بالفيروس بين جميع الأعمار بنسبة ٪44 من 2010 إلى 2021 (٪38 بين النساء مقابل ٪52 بين الرجال).

وحققت المنطقة أيضا تقدما ملحوظا في الحد من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الأطفال: انخفاض بنسبة ٪61 منذ عام 2010. ومع ذلك، لا يزال معدل الانتقال الرأسي للفيروس بعد الرضاعة الطبيعية يقدر بـ ٪8.6. وهناك دولة واحدة في المنطقة، بوتسوانا، هي أول دولة ذات عبء كبير من الفيروس تحقق المركز الفضي على طريق القضاء على الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشرية (انظر قصة بوتسوانا في فصل 2).

وعلى الرغم من هذا التقدم، يجب تسريع الانخفاض في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة لإنهاء الإيدز باعتباره تهديدا للصحة العامة بحلول عام 2030. كما تحجب المكاسب الإقليمية التقدم البطيء في بلدان مثل مدغشقر وجنوب السودان، حيث زادت الإصابات الجديدة بالفيروس منذ عام 2010 .

ولا تزال النساء والفتيات يتأثرن بشكل غير متناسب بفيروس نقص المناعة البشري، حيث يمثلن ٪63 من الإصابات الجديدة بالفيروس في المنطقة في عام 2021. وتعد الإصابات الجديدة أعلى بثلاث مرات بين المراهقات والشابات (من سن 15 إلى 24 عامًا) منها بين الذكور من نفس الفئة. ومنذ عام 2010، كان الانخفاض في الإصابات الجديدة أكثر حدة بين المراهقين والشبان (٪56) منه بين المراهقات والشابات (٪42) أو النساء الأكبر سنا (من 25 إلى 49 عاما) (٪29). كما تعرقل قوانين سن الموافقة الجهود المبذولة لضمان حصول المراهقات والشابات على خدمات اختبار الفيروس وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

وتُعتبر منطقة شرق وجنوب أفريقيا هي المنطقة الوحيدة التي تشكل فيها الفئات السكانية الرئيسية وشركاؤها الجنسيون أقل من نصف الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية (46٪ في عام 2021). ومع ذلك، فالفئات السكانية الرئيسية في جميع أنحاء المنطقة لديها مخاطر نسبية أعلى للإصابة بالفيروس من عامة السكان، مع تعرض العاملين بالجنس لمخاطر عالية بشكل خاص. وتقوض القوانين التي تجرم الفئات السكانية الرئيسية في العديد من البلدان الجهود المبذولة للوصول إليهم وإشراكهم في الاستجابات الوطنية للفيروس.

وقد حققت 6 بلدان على الأقل في شرق وجنوب إفريقيا أهداف 90-90-90 لاختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري بحلول عام 2020 (بوتسوانا، وإسواتيني، وملاوي، ورواندا، وزامبيا، وزيمبابوي). كما حققت أربعة بلدان أخرى كبت الحمل الفيروسي لـ73٪ من المتعايشين مع الفيروس بحلول نهاية عام 2020 (كينيا، وناميبيا، وجنوب إفريقيا، وأوغندا). في حين أن العديد من البلدان حققت الهدفين الثاني والثالث من أهداف 95-95-95 لعام 2025 (أكثر من 95٪ من الأشخاص الذين يعرفون حالتهم الإيجابية لفيروس نقص المناعة البشري يحصلون على العلاج وأكثر من 95٪ من الأشخاص الذين يتلقون العلاج قد حققوا كبت الحمل الفيروسي)، أما الهدف الأول المتمثل في أكثر من 95٪ من المتعايشين مع الفيروس يعلمون بإصابتهم بالفيروس فلم يتم تحقيقه من قبل أي بلد في المنطقة. والرجال أقل احتمالا من النساء للوصول إلى خدمات الفيروس الأساسية، مما يؤكد الحاجة إلى نهج مبتكرة من أجل: (أ) ضمان استخدام الخدمة بين الرجال المتعايشين مع الفيروس أو المعرضين لخطر الإصابة به؛ (ب) تحسين نتائجهم الصحية؛ (ج) منع انتقال الفيروس إلى شركائهم الجنسيين.

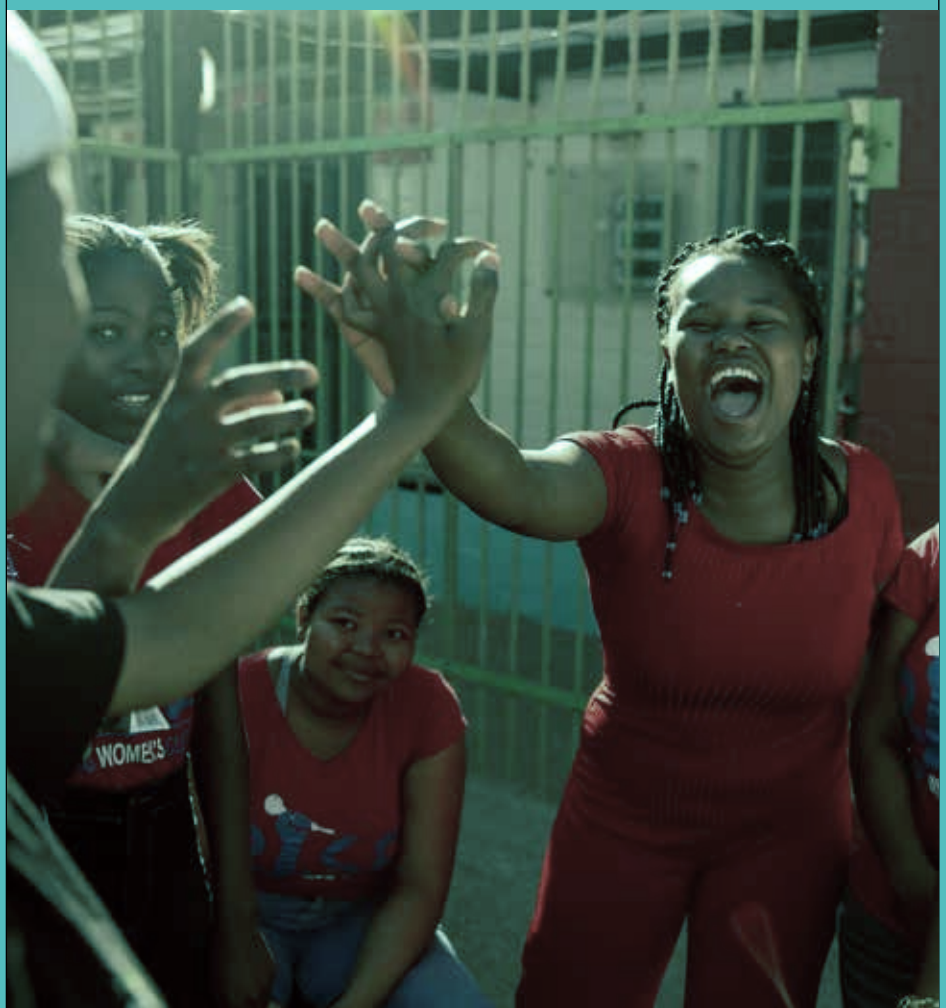
وتواجه الاستجابة الإقليمية لفيروس نقص المناعة البشري تحديات مهمة، بما في ذلك الآثار المستمرة لجائحة كوفيد19-، التي عطلت الخدمات ودفعت بعض البلدان إلى إعادة تخصيص مواردها الصحية المحدودة بعيدا عن الاستجابة للفيروس. كما تعيق الاضطرابات المدنية والجفاف والفيضانات تقديم خدمات الفيروس وتؤثر على التزام البلدان بمواصلة إعطاء الأولوية للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري.

2006 مليون

عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة

%63

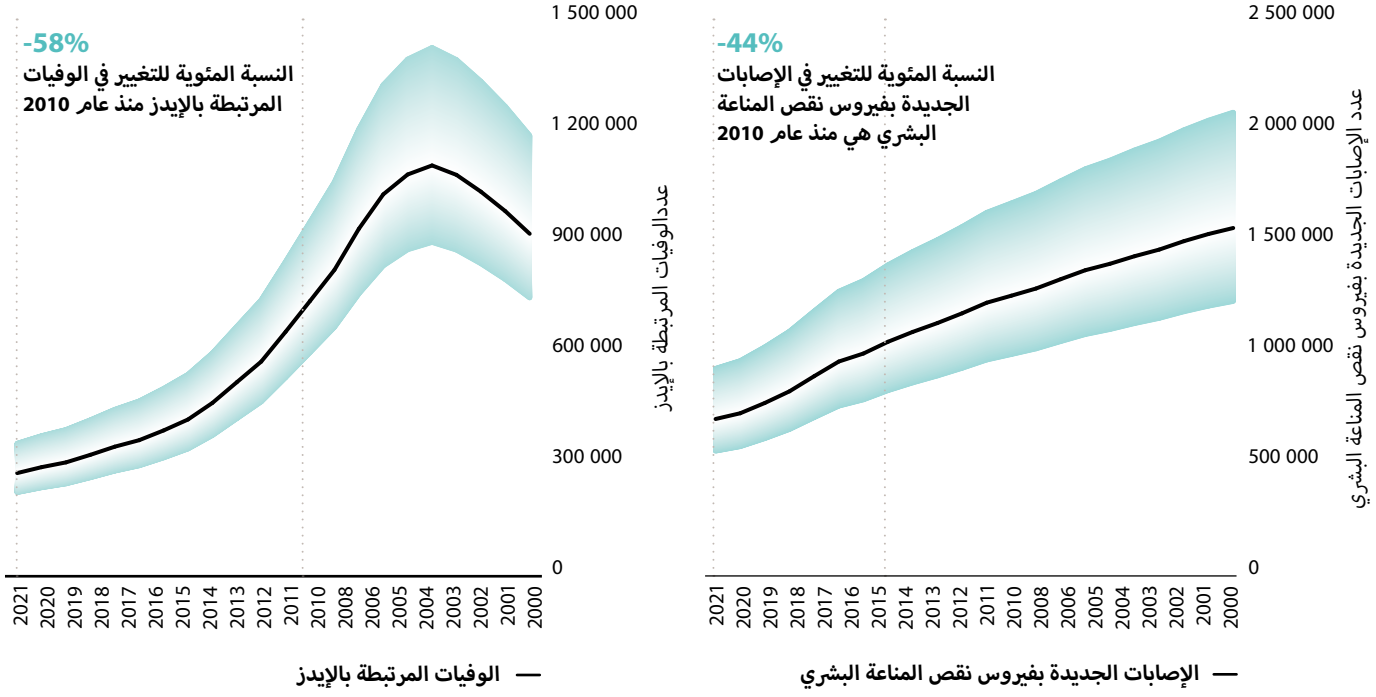
كانت الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في عام 2021 بين النساء والفتيات في المنطقة



UNAIDS/Dwayne Senior ©

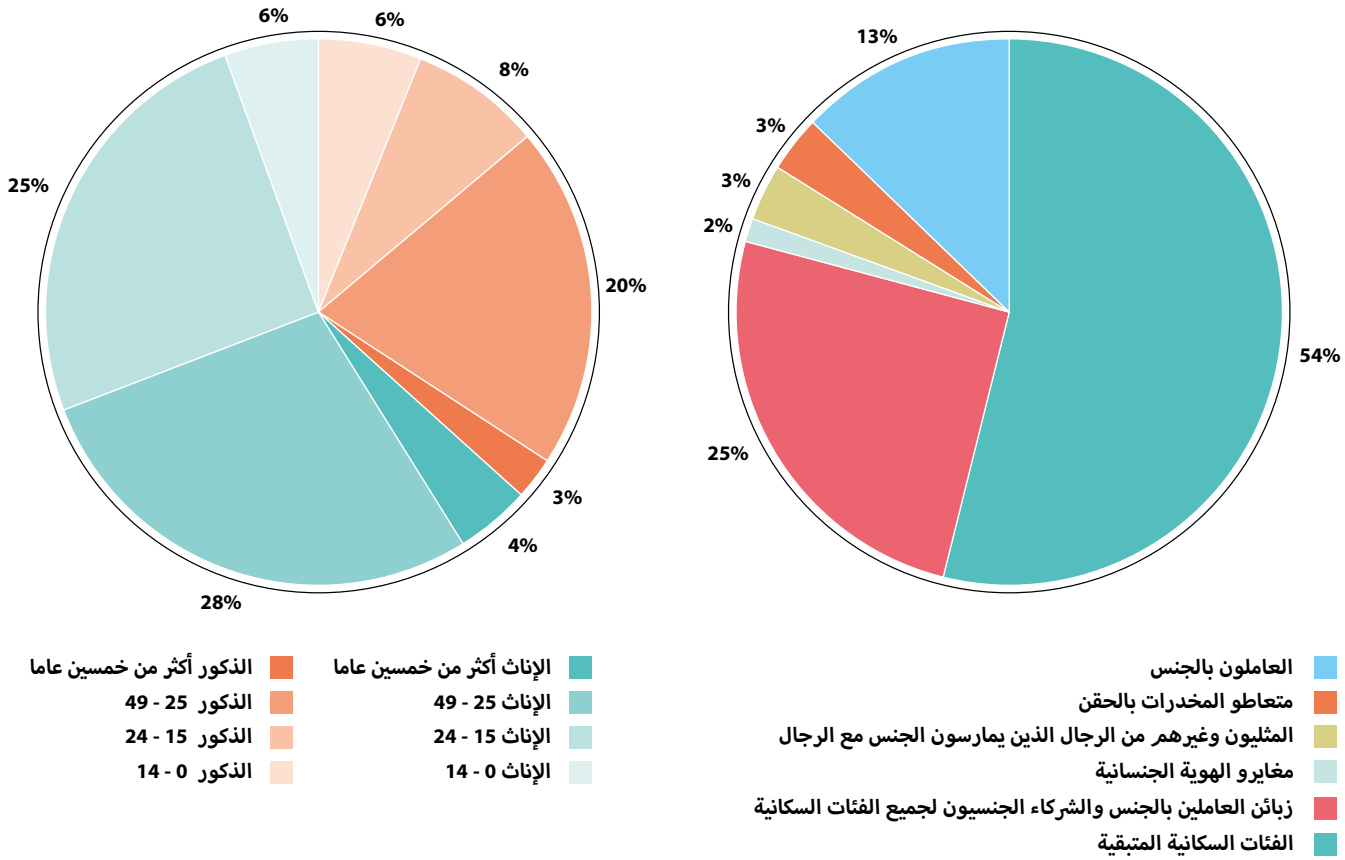
حالة الجائحة

شكل 6.1 عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، شرق وجنوب أفريقيا، 2000-2021



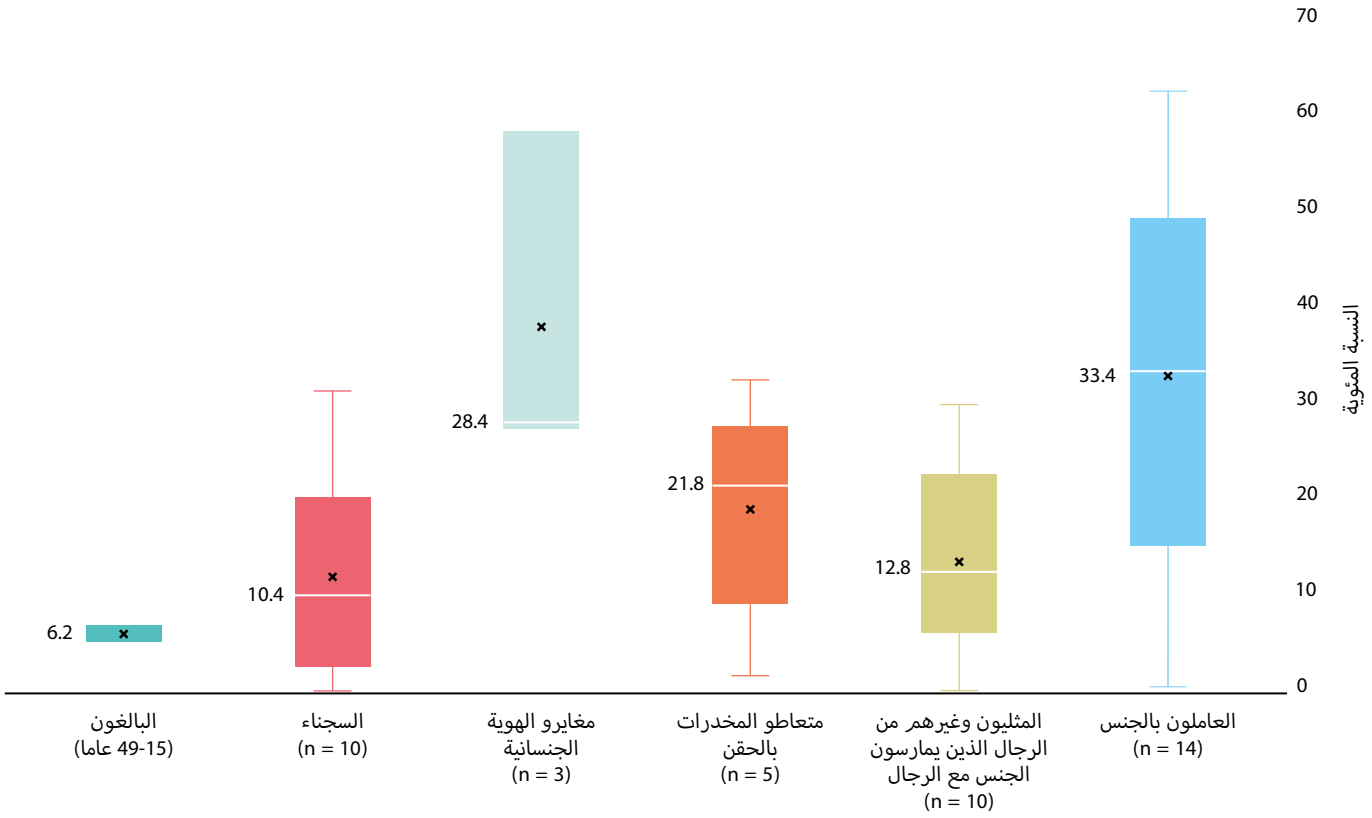
المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

شكل 6.2 انتشار الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب الفئة السكانية والجنس (بين 15 و49 عاما) شرق وجنوب أفريقيا، 2021

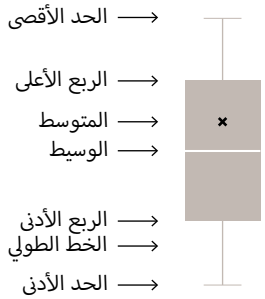


(Source: UNAIDS special analysis, 2022 (see Annex on Methods).

شكل 6.3 انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية مقارنة بالبالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما)، والبلدان المبلغة في شرق وجنوب إفريقيا، 2017-2021



كيفية القراءة



كان متوسط انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين البلدان التي أبلغت عن هذه البيانات في شرق وجنوب أفريقيا:

33.4% بين العاملين بالجنس.
12.8% بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.
21.8% بين متعاطي المخدرات بالحقن.
28.4% بين مغايري الهوية الجنسانية.
10.4% بين السجناء.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري المقدر بين البالغين (15 -49 عاما) هو **6.2% [6.9–5.5%]**.

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022؛ التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

Notes: إن n = عدد البلدان. العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 21.

تحدد حدود عدم التيقن من انتشار البالغين النطاق الذي تكمن فيه القيمة الحقيقية (إذا كان من الممكن قياسها). تشير الحدود الضيقة إلى أن التقدير دقيق، بينما تشير الحدود الواسعة إلى قدر أكبر من عدم اليقين فيما يتعلق بالتقدير.

جدول 6.1 الحجم التقديري المبلغ عنه للفئات السكانية الرئيسية، شرق وجنوب أفريقيا، 2018-2021

	السكان الوطنيون البالغون (15 - 49 عامًا) لعام 2021 أو السنة ذات الصلة	العاملون بالجنس	العاملون بالجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	متعاطو المخدرات بالحقن	متعاطو المخدرات بالحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	مغايرو الهوية الجنسانية	مغايرو الهوية الجنسانية كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)	السجناء	السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)
جزر القمر	450 000										
إسواتيني	600 000	7100		4000	0.68%					46 800	7.94%
كينيا	25 700 000	197 000	0.79%					4400			
ليسوتو	1 000 000	7500		6100							
مدغشقر	14 000 000										
مالاوي	9 200 000	36 100	0.41%					1000		14 200	
ناميبيا	1 300 000	3900		2200							
رواندا	6 600 000	13 700	0.23%	5900							
سيشيل	99 000									280	0.29%
جنوب أفريقيا	32 000 000	146 000	0.46%	310 000	0.98%			179 000	0.56%	166 000	0.53%
جنوب السودان	6 500 000	8400									
أوغندا	20 700 000										
جمهورية تنزانيا المتحدة	28 200 000										
زامبيا	10 500 000									22 400	0.21%
زيمبابوي	8 200 000			23 300						20 100	0.25%
متوسط النسبة الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)[a]:			**0.55%**		**0.73%**		**-**		**-**		**-**

تقديرات حجم السكان الوطنيين | **تقديرات حجم السكان المحليين**

بيانات غير كافية | **لا توجد بيانات**

[a] دليل البدء السريع للطيف الترددي، 2020. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز؛ 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_ Spectrum_en.pdf).

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/)؛ وحدة الطيف الترددي 2022، Demproj؛ التوقعات السكانية في العالم 2019. إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة، شعبة السكان؛ 2019 (تم الحصول على البيانات المخصصة عبر الموقع الإلكتروني).

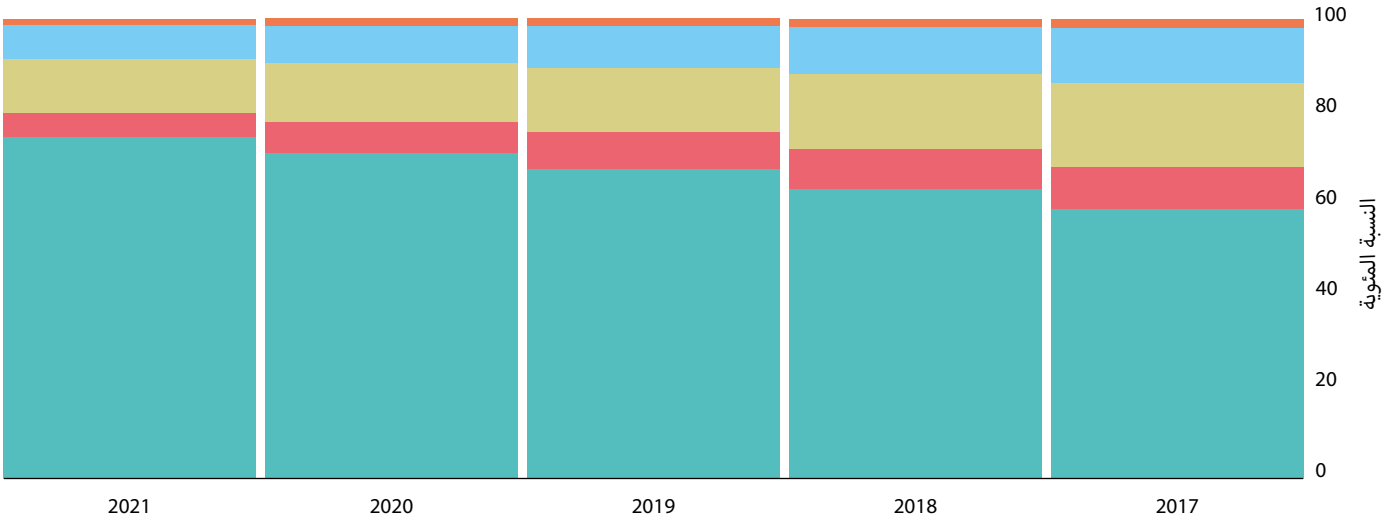
ملحوظة: التقديرات المعروضة هي تقديرات قدمتها الحكومة وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2021. قد تتوفر تقديرات إضافية وبديلة من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس الفئات السكانية الرئيسية (https://kpatlas.unaids.org/) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.

ملحوظة: المناطق التي يغطيها تقدير حجم السكان المحليين هي كما يلي:

- ناميبيا: ويندهوك.
- ليسوتو: بوثا بوثي وليرايب ومافيتنج وماسيرو.
- ملاوي (مغايرو الهوية الجنسية): بلانتير وليلونغوي ومزوزو وتشيكواوا ونخوتاكوتا ؛ بلانتير ، وتشيكواوا ، وتشيتيبا ، وديدزا ، وكارونجا ، وكاسونغو ، وليلونغوي ، ومانجوتشي ، ومولانجي ، ومزمبا ، ومزوزو ، ونكاتا باي ، ونخوتاكوتا ، ونتشو ، ونتشيسي ، ونسانجي ، ورومفي ، وثيولو ، وزومبا (سجناء).
- رواندا: كيغالي.
- جنوب السودان: واو ويامبيو.
- زمبابوي: بولاوايو وهراري.

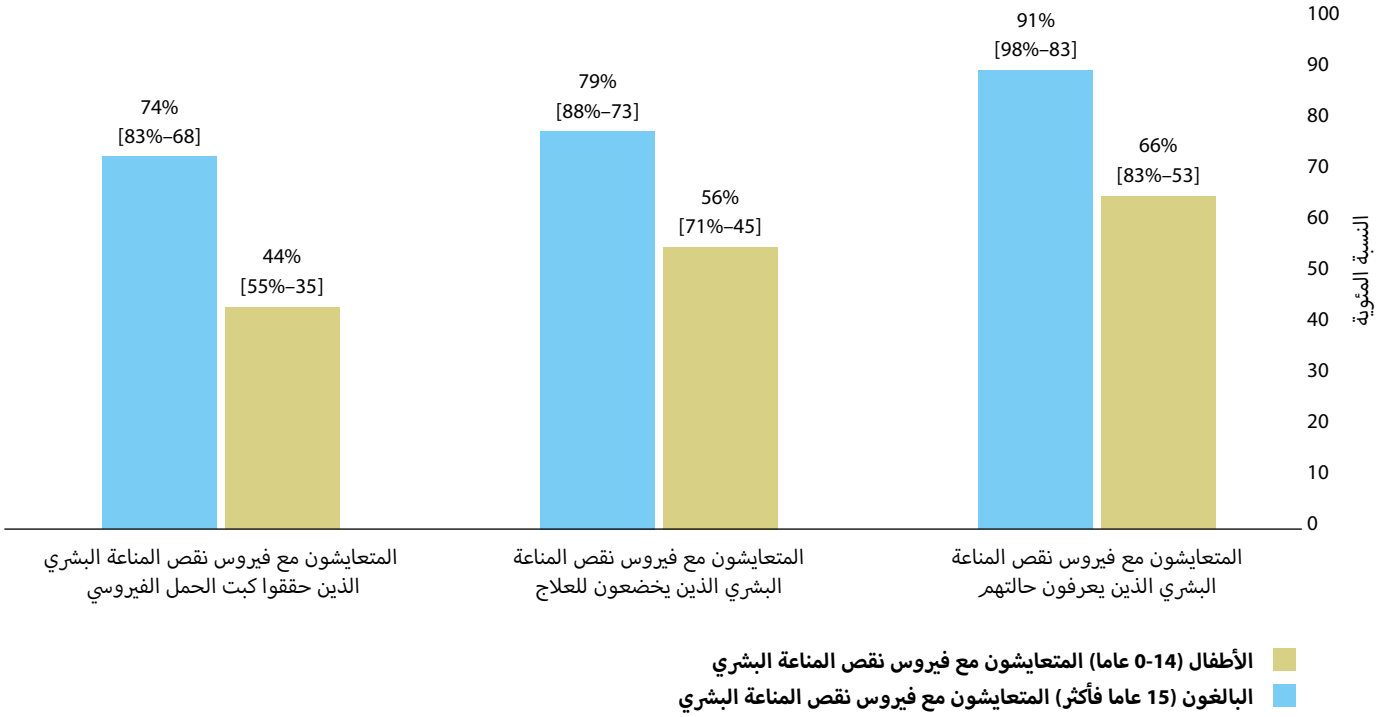
خدمات فيروس نقص المناعة البشري

شكل 6.4 المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والأشخاص المصابون حديثا في الأشهر الستة الماضية، وتسلسل مراحل اختبار وعلاج الفيروس، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، شرق وجنوب إفريقيا، 2017-2021



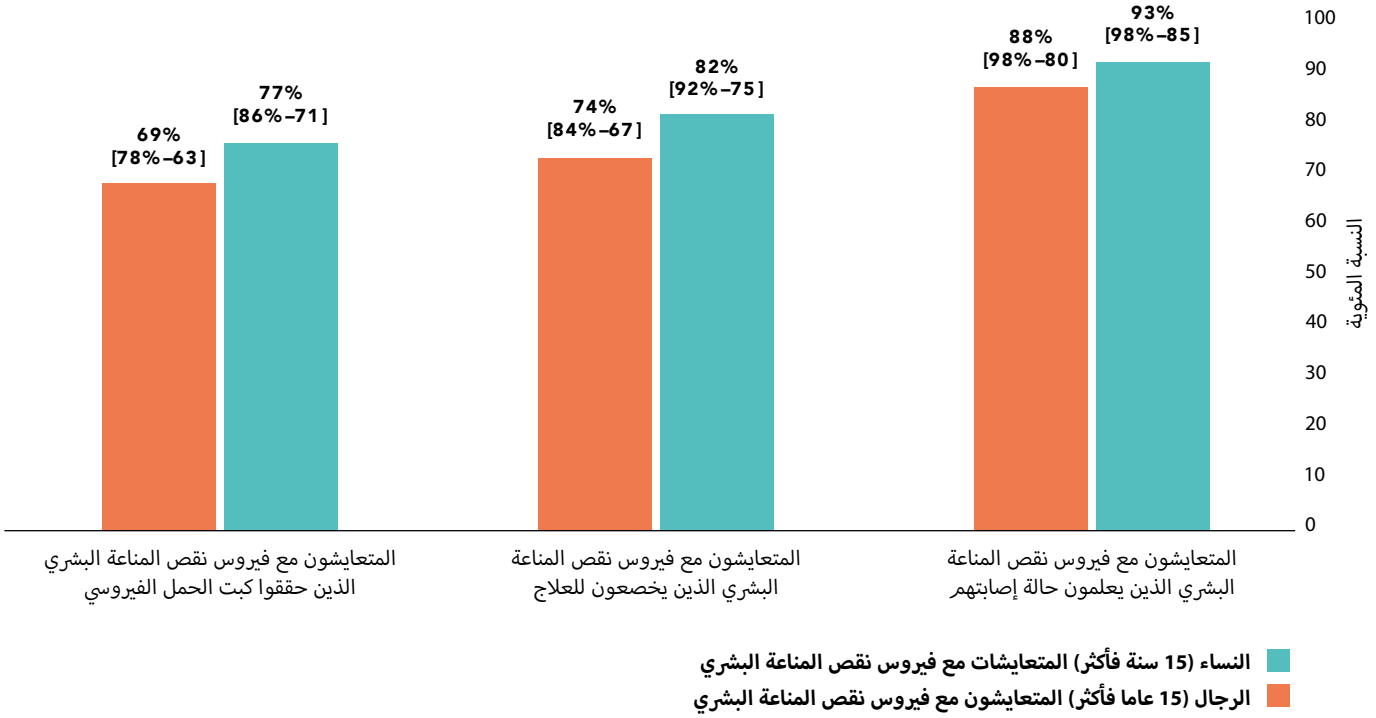
تحليل خاص ببرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

شكل 6.5 تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (من 0 إلى 14 عاما) مقارنة بالبالغين (15 عاما فأكثر)، شرق وجنوب إفريقيا، 2021



المصدر: تحليل خاص ببرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022. النسبة المئوية.

شكل 6.6 تسلسل مراحل اختبارات وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، للنساء (15 سنة فأكثر) مقارنة بالرجال (15 سنة فأكثر)، شرق وجنوب إفريقيا، 2021



المصدر: تحليل خاص ببرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022. النسبة المئوية.

القوانين والسياسات

جدول 6.2 بطاقة قياس أداء القوانين والسياسات، شرق وجنوب أفريقيا، 2022

	القوانين العقابية							
	تجريم مغايري الهوية الجنسانية	تجريم العمل بالجنس	تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة	تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم 21	إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة
أنغولا	5	6	13	17	1		22	3
بوتسوانا	2	2	2	2	1		2	3
جزر القمر	1	1	2	2	1		2	1
إريتريا		1	2	18	1			1
إسواتيني	2	7	2	1	1		1	1
إثيوبيا	4	3	1	2	2		23	2
كينيا	1	1	14	1	2		1	1
ليسوتو	3	8	1	19	3		24	3
مدغشقر	2	9	2	2	2		2	2
ملاوي	1	1	1	1	1		1	1
موريشيوس	3	3	13	3	1		2	3
موزمبيق	3	3	1	3	3		25	3
ناميبيا	3	10	15	20	1		26	2
رواندا	1	11	1	1	1		27	1
سيشيل	1	1	1	1	1		1	1
جنوب أفريقيا	1	1	1	1	1		1	1
جنوب السودان	3	1	16	1	1		3	1
أوغندا	1	1	1	1	1		1	1
جمهورية تنزانيا المتحدة	1	1	1	1	1		28	1
زامبيا	1	12	1	2	1		1	1
زيمبابوي	1	1	1	1	29		1	1

تجريم مغايري الهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

تجريم العمل بالجنس

- أي تجريم أو تنظيم عقابي للعمل بالجنس
- العمل بالجنس غير خاضع للوائح عقابية أو غير مجرم
- البيانات غير متوفرة

تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة

- عقوبة الإعدام
- السجن (من الحكم بـ14 سنة حتى مؤبد، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد عقوبة
- تم إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم تكن موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد
- البيانات غير متوفرة

تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له

- نعم
- لا، لكن توجد الملاحقات القضائية القائمة على قوانين جنائية عامة
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم

- تقوم بالترحيل، وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- لا قيود

إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

	قوانين الحماية				
	القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن
أنغولا					3
بوتسوانا	2	2	2	2	2
جزر القمر		2	2		2
إريتريا					
إسواتيني	1	1		1	1
إثيوبيا	2				4
كينيا	1	1	2	1	1
ليسوتو					3
مدغشقر	1	2	2	2	1
ملاوي	1	2	2	1	1
موريشيوس	3				3
موزمبيق	3				3
ناميبيا	2				3
رواندا	1	1	1	1	1
سيشيل	1	1	1	1	1
جنوب أفريقيا	1	1	1	1	1
جنوب السودان	1			1	3
أوغندا	1	1	1	1	1
جمهورية تنزانيا المتحدة	1	1	1	1	1
زامبيا	1	1	1	1	1
زيمبابوي	1	1	1	1	1

القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

ملاحظات: تشير الأحكام الدستورية أو الأحكام الأخرى المتعلقة بعدم التمييز إلى ما إذا كان قد تم تفسير الحظر الدستوري للتمييز ليشمل العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية، أو متعاطي المخدرات من قبل المحاكم/سياسة الحكومة و/أو ما إذا كانت هناك أحكام تشريعية أخرى غير تمييزية تحدد العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية أو متعاطي المخدرات.

1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2022 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
3. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
4. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
5. Angola. Codigo Penal. Article 189 (https://governo.gov.ao/fotos/frontend_1/gov_documentos/novo_codigo_penal_905151145fad02b10cd11.pdf).
6. Angola. Codigo Penal. I Série, Number 179. 11 Nov 2020 (https://gazettes.africa/archive/ao/2020/ao-government-gazette-dated-2020-11-11-no-179.pdf).
7. Eswatini. Sexual offences and domestic violence Act. 2018. Articles 13–18; Eswatini. Crimes Act 61 of 1889. Article 49 (http://www.osall.org.za/docs/2011/03/Swaziland-Crimes-Act-61-of-1889.pdf); National Commitments and Policy Instrument, 2022.
8. Lesotho. Penal Code Act (No. 6 of 2012), 2010. Article 55 (http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ls/ls022en.pdf).
9. Madagascar. Penal Code Article 334bis sub-section 9 (http://www.justice.mg/wp-content/uploads/textes/1TEXTES%20NATIONAUX/DROIT%20PRIVE/les%20codes/CODE%20PENAL.pdf).
10. Namibia. Articles 2 and 5 of the Combating of Immoral Practices Act 1980 (https://commons.laws.africa/akn/na/act/1980/21/eng@2019-01-30.pdf).
11. Rwanda. Organic Law Instituting the Penal Code. Section 4 (https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/rwa/1999/penal-code-of-rwanda_html/Penal_Code_of_Rwanda.pdf).
12. Zambia. Penal Code Article 178a (http://www.parliament.gov.zm/sites/default/files/documents/acts/Penal%20Code%20Act.pdf); National Commitments and Policy Instrument, 2022.
13. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Geneva: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
14. Kenya. Penal Code section 163–165 (http://kenyalaw.org:8181/exist/kenyalex/actview.xql?actid=CAP.%2063).
15. Namibia. Article 299 of the Criminal Procedures Act 2004 (https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/implementingLaws.xsp?documentId=270C1710ED0A0ECCC12576CE004F3845&action=openDocument&xp_countrySelected=NA&xp_topicSelected=GVAL-992BU6&from=state&SessionID=DYHWPVAPG4#:~:text=Act%20No.,related%20matters%20in%20criminal%20proceedings.&text=The%20Criminal%20Procedure%20Act%20(Act,Gazette%20on%2024%20December%202004).
16. South Sudan. Article 248 of the Penal Code (https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ss/ss014en.pdf).
17. Angola. Artigo 23 lei sobre o tráfico e consumo de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores 1999 (https://gazettes.africa/archive/ao/1999/ao-government-gazette-dated-1999-08-06-no-32.pdf).
18. Eritrea. Penal Code of the State of Eritrea, 2015. Article 395 (http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/101051/121587/F567697075/ERI101051%20Eng.pdf).
19. Lesotho. Drugs of Abuse Act 2008 (https://www.lesothotradeportal.org.ls/kcfinder/upload/files/DRUGS%20OF%20ABUSE%20ACT%202008.pdf).
20. Abuse and Dependence Producing Substance and Rehabilitation Centre 41 of 1991.
21. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/ media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
22. Angola. Protocolo Servicos de Testagem para o VIH, 2017 (https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MV73.pdf).
23. Ethiopia. HIV testing guidelines, 2007 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_125384.pdf).
24. Lesotho. Children's Protection and Welfare Act, 2011. Section 233.
25. Mozambique. Law 19/2014 Lei de Proteccao da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato a Emprego vivendo con HIV e SIDA. Article 26 (http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_361981/lang--en/index.htm).
26. Namibia. National guidelines for antiretroviral therapy, 2016.
27. National guidelines for prevention and management of HIV and STIs. Edition 2016. Rwanda Biomedical Centre, Republic of Rwanda Ministry of Health; 2016 (https://rbc.gov.rw/fileadmin/user_upload/guide/SIGNED%20ENGLISH%20%202016%20VERSION.pdf).
28. United Republic of Tanzania. National guidelines for the management of HIV and AIDS. National AIDS Control Programme; 2022 (https://nacp.go.tz/download/national-guidelines-for-the-management-of-hiv-and-aids-april-2019/).
29. Zimbabwe. Marriages Act 2022 (https://www.veritaszim.net/sites/veritas_d/files/MARRIAGES%20ACT%20%20No.%201%20of%202022.pdf); Criminal Code, Section 79 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/72803/74195/F858899812/ZWE72803.pdf).

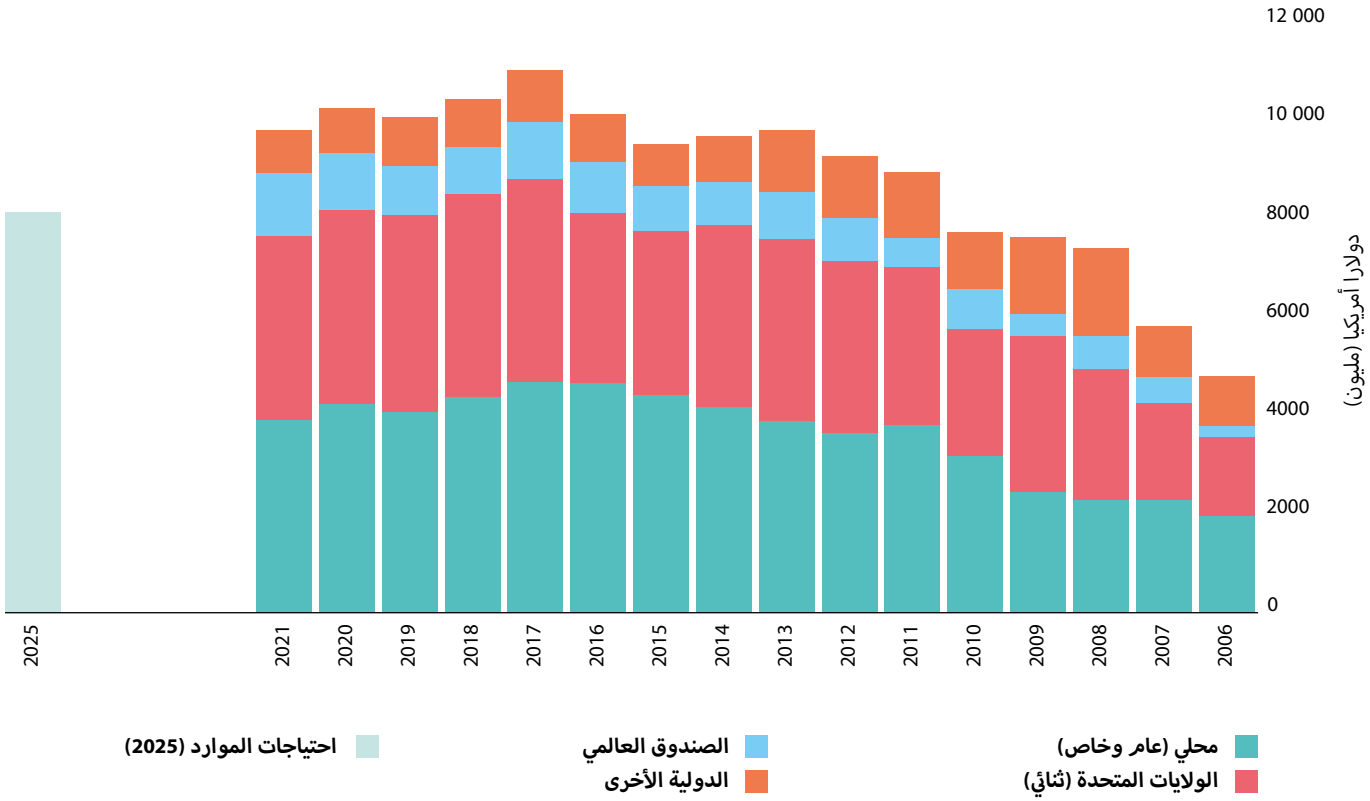
الاستثمار في القضاء على الإيدز

لقد نجحت أفريقيا الشرقية والجنوبية في حشد الموارد وخفض الإصابات الجديدة والوفيات المرتبطة بالإيدز. وعلى الرغم من الزيادات الأخيرة في الموارد السنوية، إلا أنه كان هناك انخفاض بنسبة 5٪ في الموارد السنوية لفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة في عام 2021 (شكل 6.7). وقد ساهمت خطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي) بنسبة 38٪ و13٪ من الموارد الإقليمية على التوالي؛ و40٪ من الموارد تم حشدها من مصادر محلية.

وعلى الرغم من النجاح في تعبئة الموارد ، بلغت حصة الموارد المحلية 22٪ من الإجمالي. وبناء على أحدث بيانات الإنفاق المحلي، قامت 5 بلدان بزيادة الموارد العامة المحلية لفيروس نقص المناعة البشري خلال السنوات الخمس الماضية، بينما خفضت 9 بلدان الإنفاق الحكومي. وقد تم تخصيص 10 في المائة من إجمالي موارد الفيروس لتدخلات الوقاية في المنطقة. وكانت حصة الإنفاق على الفيروس المخصصة للفئات السكانية الرئيسية منخفضة للغاية (2٪)، ولا تزال تعتمد على الموارد الدولية.

ومقارنة بالاحتياجات السنوية من الموارد في عام 2025، توفرت موارد كافية في عام 2021. وسيتعين على المنطقة التأكيد على كفاءة التخصيص لأكثر التدخلات كفاءة، وزيادة الموارد من المصادر المحلية والدولية للفئات السكانية الرئيسية والفئات الضعيفة، وتعزيز عمليات الكفاءة التقنية لاستخدام الموارد المتاحة بكفاءة.

شكل 6.7 توافر الموارد لفيروس نقص المناعة البشري، شرق وجنوب أفريقيا، 2006-2021، والاحتياجات المقدرة من الموارد الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري بحلول عام 2025 المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ، 2022 (http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html) ؛ Stover J ، Glaubius R ، Teng Y ، Kelly S ، Brown T ، Hallett TB et al. نمذجة الأثر الوبائي لأهداف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2025 لإنهاء الإيدز باعتباره تهديدًا للصحة العامة بحلول عام 2030. PLoS Med. 2021 ؛ 18 (10): e1003831.

ملاحظة: تقديرات الموارد معروضة بالدولار الأمريكي الثابت لعام 2019. (مليون دولار).



شارك ما يقدر بنحو 80.000 شخص في Kabaka Birthday Run سنة 2022، وهو حدث سنوي بعنوان «رجال من أجل صحة جيدة وإنهاء الإيدز بحلول عام 2030». بوغندا، أوغندا، يوليو 2022

UNAIDS ©

البروفيلات الإقليمية

غرب ووسط آفريقيا



لا يزال فيروس نقص المناعة البشري يؤثر بشكل كبير على الصحة والرفاهية في غرب ووسط أفريقيا، حيث يعيش 5 ملايين [4.5 مليون - 5.6 مليون] متعايش مع الفيروس في نهاية عام 2021. وتتحمل المنطقة ثالث أكبر عبء للمتعايشين مع الفيروس، حيث تمثل 5 بلدان حوالي ثلثي جميع المتعايشين في المنطقة.[1]

وقد تم إحراز تقدم إقليمي كبير نحو هدف إنهاء الإيدز: انخفض عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين جميع الأعمار بنسبة 43٪ من عام 2010 إلى عام 2021، مع انخفاض أسرع بين الذكور (انخفاض بنسبة 49٪) مقارنة بالإناث (انخفاض بنسبة 38٪). فمعدل الإصابة أعلى بثلاث مرات بين المراهقات والشابات (من 15 إلى 24 سنة) منه بين الذكور في نفس العمر. ومنذ عام 2010، كان الانخفاض في الإصابات الجديدة بالفيروس أسرع بكثير بين المراهقين والشبان (56٪) منه بين المراهقات والشابات (39٪). وشكلت الفئات السكانية الرئيسية وشركاؤها الجنسيون 74٪ من الإصابات الجديدة في عام 2021.

وتؤدي الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشري في بعض البلدان إلى نتائج أفضل، لكن التقدم نحو إنهاء الإيدز لا يزال غير كاف بسبب مجموعة من العوامل، بما في ذلك الإرادة السياسية غير الكافية، والأنظمة الصحية الضعيفة، وضعف الدعم للمنظمات المجتمعية، والقوانين العقابية، والاعتماد المستمر على رسوم المستخدم مقابل خدمات الصحة. كما أن العديد من البلدان والمجتمعات في جميع أنحاء المنطقة هشة، وتتأثر بالنزاع وانعدام الأمن والأزمات الإنسانية. وتمثل الآثار الاقتصادية والاجتماعية لجائحة كوفيد19- أعباء إضافية لم تتعافى منها الاستجابة الإقليمية لفيروس نقص المناعة البشري بالكامل بعد.

ولم يكن التقدم البرامجي كافيا لتلبية الاحتياجات الإقليمية لخدمات فيروس نقص المناعة البشري التي تركز على الناس. وبسبب الأطر القانونية العقابية والبيئات الاجتماعية العدائية، فإن العديد من الفئات السكانية الرئيسية لا تثق في خدمات الاختبار والعلاج القياسية. ويساهم النقص في خدمات الفيروس التي تراعي الفوارق بين الجنسين وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية - والفشل المرتبط بذلك في الدمج الكامل للخدمات الموجودة - في العبء غير المتناسب للوباء على النساء والفتيات.

1 الدول الخمس هي: الكاميرون، وكوت ديفوار، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وغانا، ونيجيريا.

وتواصل المنطقة إحراز تقدم نحو أهداف 95-95-95. وبداية من عام 2021، كان ٪80 من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري يعرفون حالة الفيروس لديهم، و ٪98 من الأشخاص الذين يعرفون حالتهم الإيجابية للفيروس يصلون إلى العلاج (٪78 من جميع المتعايشين مع الفيروس) و ٪88 من الأشخاص الذين يتلقون العلاج قد حققوا كبت الحمل الفيروسي (٪69 من جميع المتعايشين مع الفيروس). وينعكس التقدم الأخير في التوسع في نماذج تقديم الخدمات المتمايزة التي ساعدت في التخفيف من تأثير جائحة كوفيد19- على الوصول إلى الخدمات، لكن تم إهمال الأطفال المتعايشين مع الفيروس: ٪35 فقط حصلوا على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في عام 2021.

وهناك حاجة إلى مزيد من الجهود لتحويل هذه التطورات إلى استجابات هيكلية وجعل غرب ووسط أفريقيا منطقة تحول حقيقية. ويمكن القيام بذلك عن طريق معالجة أوجه اللامساواة التي تزيد من الضعف، وتحد من الوصول إلى الخدمات، وتزيد من التفاوتات المتعلقة بالفيروس. وتحت قيادة حكومة السنغال، دعت قمة داكار رفيعة المستوى التي عقدت في نوفمبر 2021 إلى «إعادة اختراع الاستجابة لجائحة فيروس نقص المناعة البشري» وإظهار التزام سياسي متجدد بالاستجابة للفيروس (١).

٪74

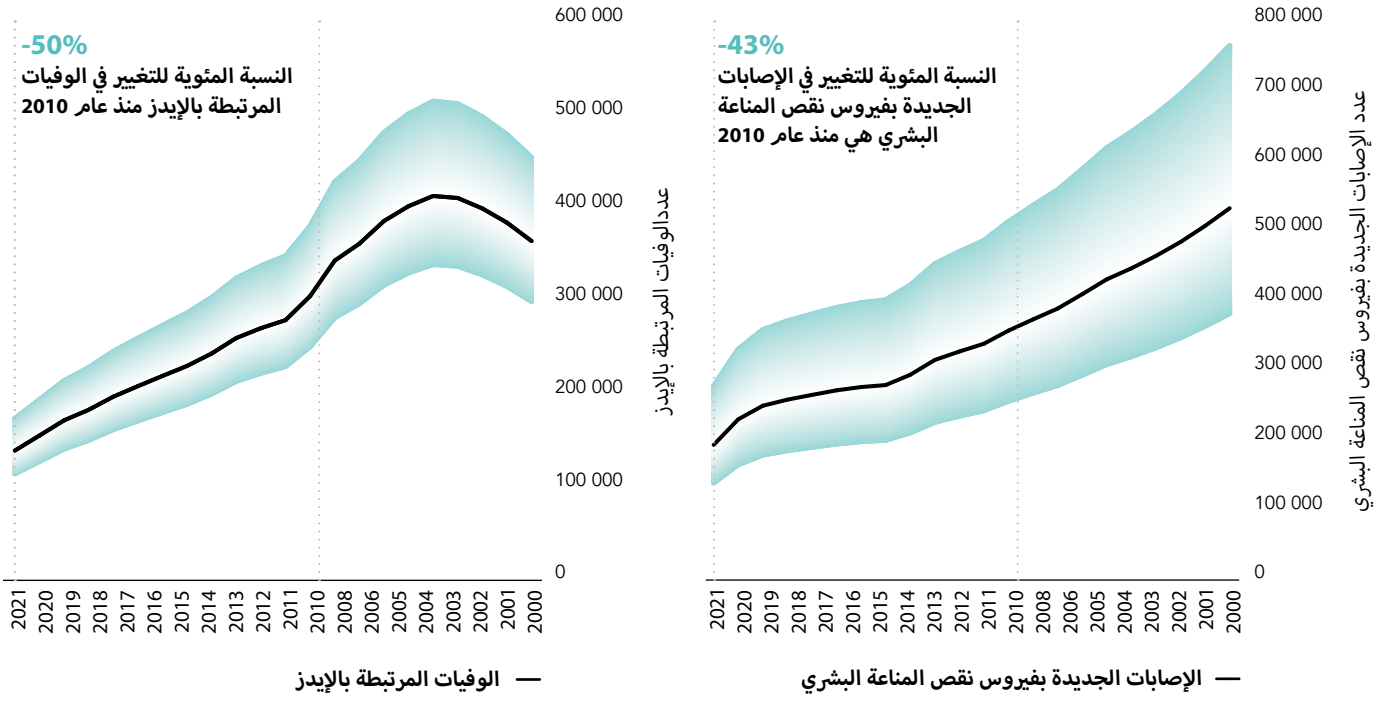
من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في عام 2021 كانت بين الفئات السكانية الرئيسية وشركائها الجنسيين



UNAIDS ©

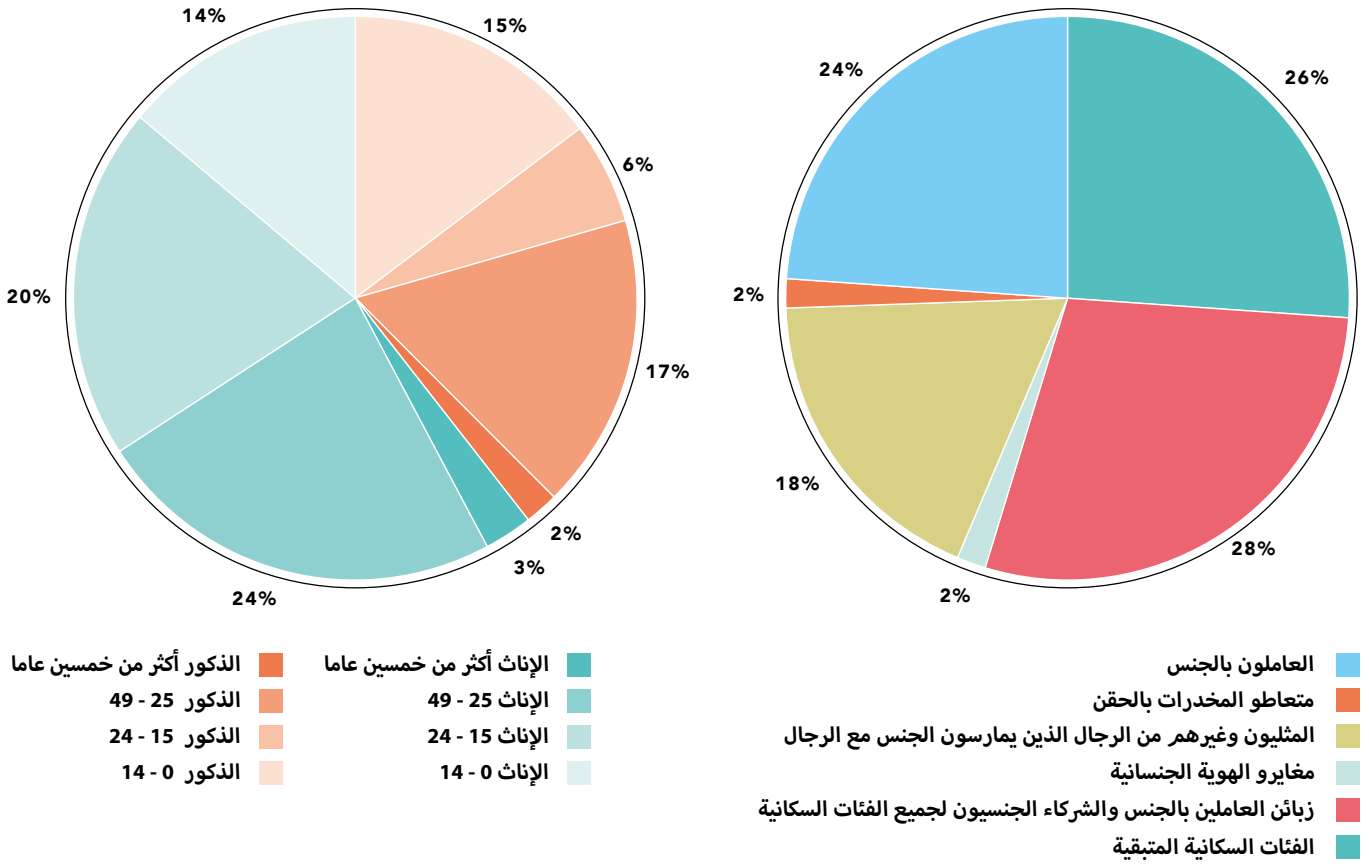
حالة الجائحة

شكل 7.1 عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، غرب ووسط أفريقيا، 2000-2021



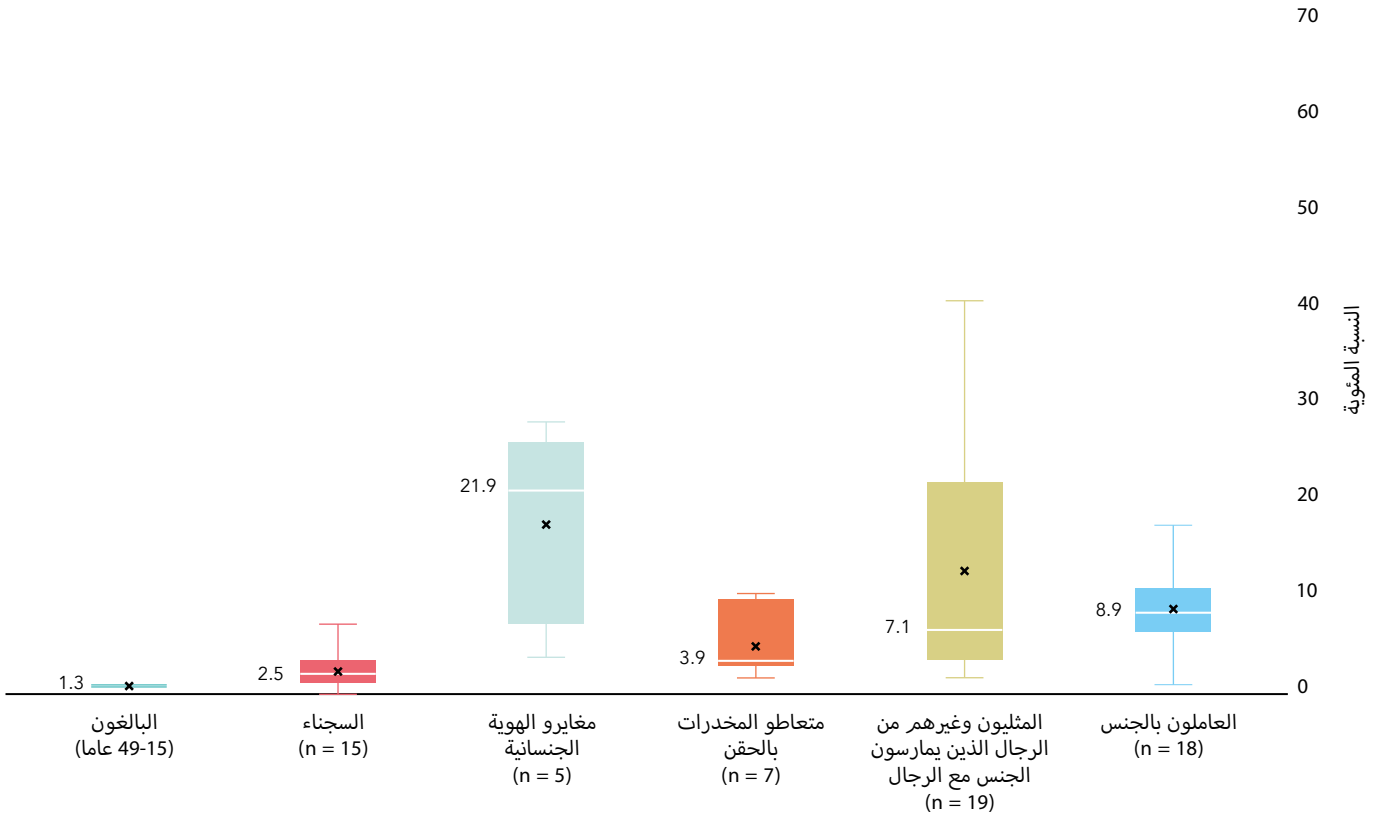
المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

شكل 7.2 شكل 7.2 انتشار الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب الفئة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما)، غرب ووسط إفريقيا، 2021

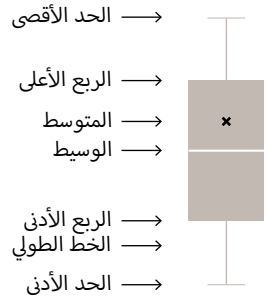


(Source: UNAIDS special analysis, 2022 (see Annex on Methods.

شكل 7.3 انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية مقارنة بالبالغين (15 - 49 عاما)، والبلدان المبلغة في غرب ووسط أفريقيا، 2017-2021



كيفية القراءة



كان متوسط انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين البلدان التي أبلغت عن هذه البيانات في شرق وجنوب أفريقيا:

8.9% بين العاملين بالجنس.
7.1% بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.
3.9% بين متعاطي المخدرات بالحقن.
21.9% بين مغايري الهوية الجنسانية.
2.5% بين السجناء.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري المقدر بين البالغين (15 -49 عاما) هو **6.2% [5.5–6.9%]**.

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022؛ التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

ملاحظات: إن n = عدد البلدان. العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 25.

تحدد حدود عدم التيقن من انتشار البالغين النطاق الذي تكمن فيه القيمة الحقيقية (إذا كان من الممكن قياسها). تشير الحدود الضيقة إلى أن التقدير دقيق، بينما تشير الحدود الواسعة إلى قدر أكبر من عدم اليقين فيما يتعلق بالتقدير..

جدول 7.1 الحجم التقديري المبلغ عنه للفئات السكانية الرئيسية، غرب ووسط أفريقيا، 2018-2021

	السكان الوطنيون البالغون (15 - 49 عامًا) لعام 2021 أو السنة ذات الصلة	العاملون بالجنس	العاملون بالجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	متعاطو المخدرات بالحقن	متعاطو المخدرات بالحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	مغايرو الهوية الجنسانية	مغايرو الهوية الجنسانية كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)	السجناء	السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)
بنين	5 900 000										
بوركينا فاسو	10 000 000									5 000	0.05%
كاميرون	13 300 000										
جمهورية افريقيا الوسطى	2 300 000	3900		3000							
تشاد	7 700 000	33 800		8200		710					
كوت ديفوار	13 300 000			56 000				660		42 400	0.33%
جمهورية الكونغو الديموقراطية	51 000 000	350 000	0.76%			156 000	0.34%			36 700	0.07%
جامبيا	1 200 000	4700		1700						710	0.06%
جينيه	6 500 000	26 600	0.41%	27 400	0.42%						
مالي	9 300 000	18 100		4100		5600		500			
موريتانيا	2 100 000	8500		7600							
النيجر	10 600 000										
نيجيريا	105 000 000					326 000	0.32%			70 800	0.07%
السنغال	8 100 000			52 500	0.67%					11 000	0.14%
سيراليون	4 000 000	11 500		3200		7600		1100			
توجو	4 100 000	29 400	0.72%							5100	0.13%
متوسط النسبة الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)[a]:		**1.50%**		**0.64%**			**0.09%**		**0.09%**		**-**

تقديرات حجم السكان الوطنيين **تقديرات حجم السكان المحليين**

بيانات غير كافية **لا توجد بيانات**

دليل البدء السريع للطيف الترددي، 2020. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز؛ 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_ Spectrum_en.pdf).

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/)؛ وحدة الطيف الترددي 2022 Dempro؛ التوقعات السكانية في العالم 2019. إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة ، شعبة السكان ؛ 2019 (تم الحصول على البيانات المخصصة عبر الموقع الإلكتروني).

ملحوظة: التقديرات المعروضة هي تقديرات قدمتها الحكومة وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2021. قد تتوفر تقديرات إضافية وبديلة من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس الفئات السكانية الرئيسية (https://kpatlas.unaids.org/) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.

ملحوظة: المناطق التي يغطيها تقدير حجم السكان المحليين هي كما يلي:

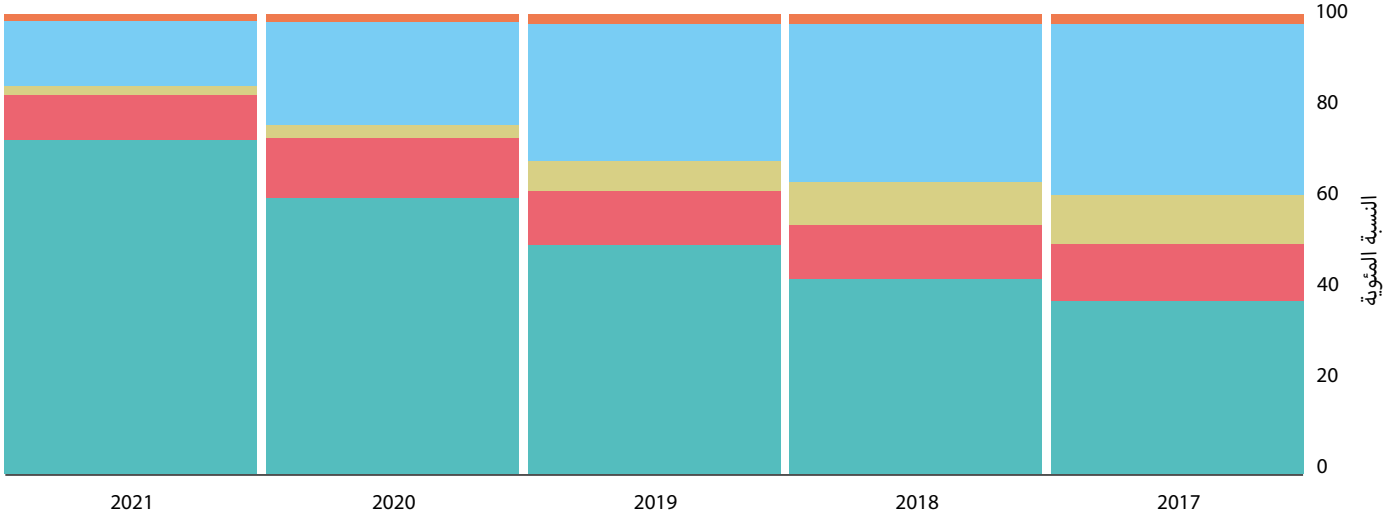
- جمهورية أفريقيا الوسطى: Sous-préfetures (Boali and Carnot) ، Préfectures (Berberati and Bouar) Capitale (Bangui).
- تشاد: عتي / أم هاجر نجامينا موندو دوبا كومرا بونغور ساره أبيشم (عاملات في الجنس) ؛ أبيشي نجامينا آتي أم هاجر ساره بونغور موندو كومرا (المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال)؛ 11 مدينة (متعاطو المخدرات). كوت ديفوار: أبنغورو ، أبيدجان ، بواكي ، ديفو ، غانيوا ، إيسيا ، كورهوغو ، مان ، وانغولو ، سان بيدرو وياكرو (المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال) ؛ بواكي وسان بيدرو وياموسوكرو (متعاطو المخدرات بالحقن) ؛ أبيدجان (مغايرو الهوية الجنسانية).
- Gambia: Banjul.

غامبيا: بانجول. مالي: باماكو ، وكايس، وكوليكورو ، وموبتي ، وسيغو ، وسيكاسو (العاملون بالجنس)؛ باماكو وغاو وكايس وكوليكورو وموبتي وسيغو وسيكاسو (المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال) ؛ District de Bamako et les régions de Kayes، Koulikoro، Sikasso، Ségou et Mopti (متعاطو المخدرات بالحقن) ؛ باماكو ، كايس ، كوليكورو ، سيكاسو ؛ Ségou et Mopti (مغايرو الهوية الجنسانية).

- موريتانيا: أكبر ست مدن في البلاد.
- سيراليون: بومبالي (الشمال) ، بو (الجنوب) ، كينيما (الشرق) ، بورت لوكو (الشمال الغربي)، الريف الغربي والحضر الغربي (العاملون بالجنس ، الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن والمتحولين جنسياً) ؛ بومبالي (الشمال) ، بو (الجنوب) ، كينيما (الشرق) ، كونو (الشرق) ، بورت لوكو (الشمال الغربي) ، الريف الغربي والحضر الغربي (المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال).

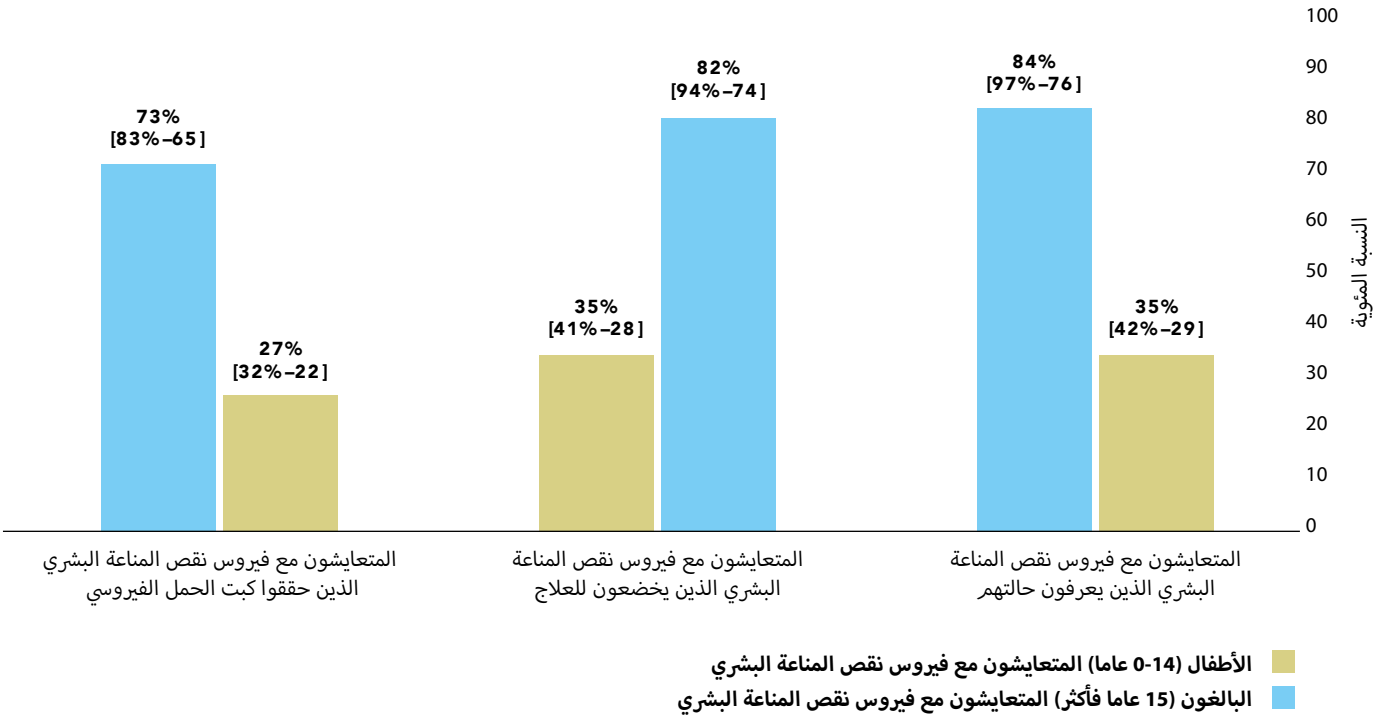
خدمات فيروس نقص المناعة البشري

شكل 7.4 المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والأشخاص المصابون حديثا في الأشهر الستة الماضية، وتسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري ، البالغون (15 عاما فما فوق)، غرب ووسط إفريقيا، 2017-2021



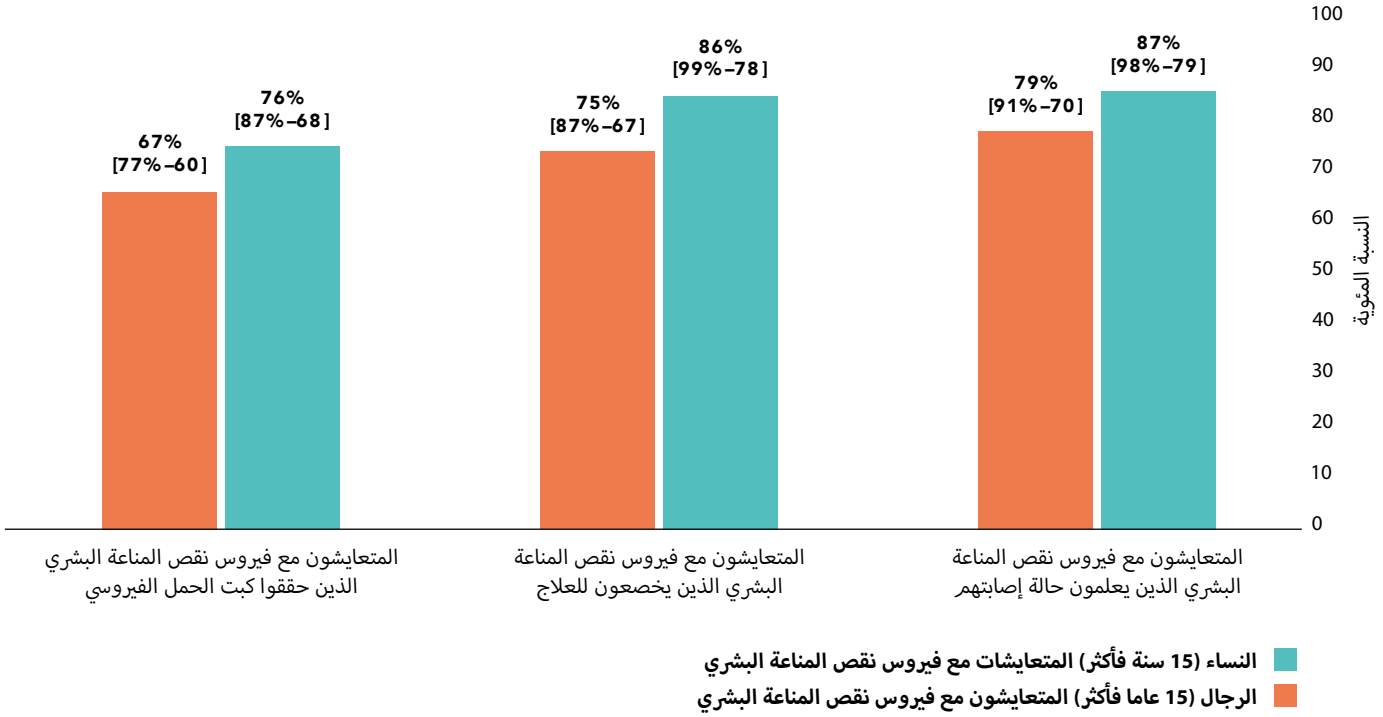
المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

شكل 7.5 تسلسل مراحل اختبارات وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (من 0 إلى 14 عاما) مقارنة بالبالغين (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، غرب ووسط إفريقيا 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022. النسبة المئوية.

شكل 7.6 تسلسل مراحل اختبارات وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، للنساء (15 سنة فأكثر) مقارنة بالرجال (15 سنة فأكثر)، غرب ووسط أفريقيا 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022. النسبة المئوية.

القوانين والسياسات

جدول 7.2 بطاقة قياس أداء القوانين والسياسات، غرب ووسط أفريقيا، 2022

	القوانين العقابية							
	تجريم مغايري الهوية الجنسانية	تجريم العمل بالجنس	تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة	تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم 21	إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة
بنين	1	1	1	1	1		3	1
بوركينا فاسو	1	6	1	1	1		1	1
بوروندي	5	11	18		23		4	4
كابو فيردي		13	18		23			
الكاميرون	1	1	1	1	1		25	1
جمهورية افريقيا الوسطى	1	7	1	1	1		1	31
تشاد	1	8	1	1	1		26	1
الكونغو	3	3	3	3	3		3	3
ساحل العاج	1	1	1	1	1		1	1
جمهورية الكونغو الديموقراطية	3	3	18		22		29	3
غينيا الإستوائية	2	14	1		2		30	2
الجابون	1	1	1	1	1			1
غامبيا		12	18	19	22		3	2
غانا	1	1	1	1	1		1	1
غينيا	1	9	15	1	1		27	1
غينيا بيساو	3	3	3	20	23			3
ليبيريا	1	1	1	1	1		1	1
مالي	2	10	2	2	1		28	2
موريتانيا	1	1	1	1	1		2	1
النيجر	2	1	1	1	1		1	1
نيجيريا	1	1	1	1	1		1	1
ساو تومي وبرينسيبي	3	3	3	3	3		3	3
السنغال	1	1	16	1	1		1	1
سيرا ليون	1	1	1	1	21		1	1
توغو	1	1	17	1	1		1	1

تجريم مغايري الهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

تجريم العمل بالجنس

- أي تجريم أو تنظيم عقابي للعمل بالجنس
- العمل بالجنس غير خاضع للوائح عقابية أو غير مجرم
- البيانات غير متوفرة

تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة

- عقوبة الإعدام
- السجن (من الحكم بـ14 سنة حتى مؤبد، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد عقوبة
- تم إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم تكن موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد
- البيانات غير متوفرة

تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له

- نعم
- لا، لكن توجد الملاحقات القضائية القائمة على قوانين جنائية عامة
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم

- تقوم بالترحيل، وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- لا قيود

إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

	قوانين الحماية				
	القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن
بنين	1	2	2	1	2
بوركينا فاسو	1	1	1	1	1
بوروندي					5
كابو فيردي					
الكاميرون	1	2	1	2	2
جمهورية افريقيا الوسطى	1	1	1	1	1
تشاد	1	1	1	1	1
الكونغو	3				3
ساحل العاج	1	1	1	1	1
جمهورية الكونغو الديموقراطية					3
غينيا الإستوائية	2	2	2		2
الجابون	1		1		3
غامبيا					
غانا	1	1	1	1	1
غينيا	1	2	2		2
غينيا بيساو	3				3
ليبيريا	1	1	1	1	1
مالي	2	2	2		2
موريتانيا	2			2	2
النيجر	1	1	1	1	1
نيجيريا	1	1	2	2	2
ساو تومي وبرينسيبي	3				3
السنغال	1	1	1	1	1
سيرا ليون	1	1	1	1	1
توغو	1	1	1	1	1

القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

ملاحظات: تشير الأحكام الدستورية أو الأحكام الأخرى المتعلقة بعدم التمييز إلى ما إذا كان قد تم تفسير الحظر الدستوري للتمييز ليشمل العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية، أو متعاطي المخدرات من قبل المحاكم/سياسة الحكومة و/أو ما إذا كانت هناك أحكام تشريعية أخرى غير تمييزية تحدد العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية أو متعاطي المخدرات.

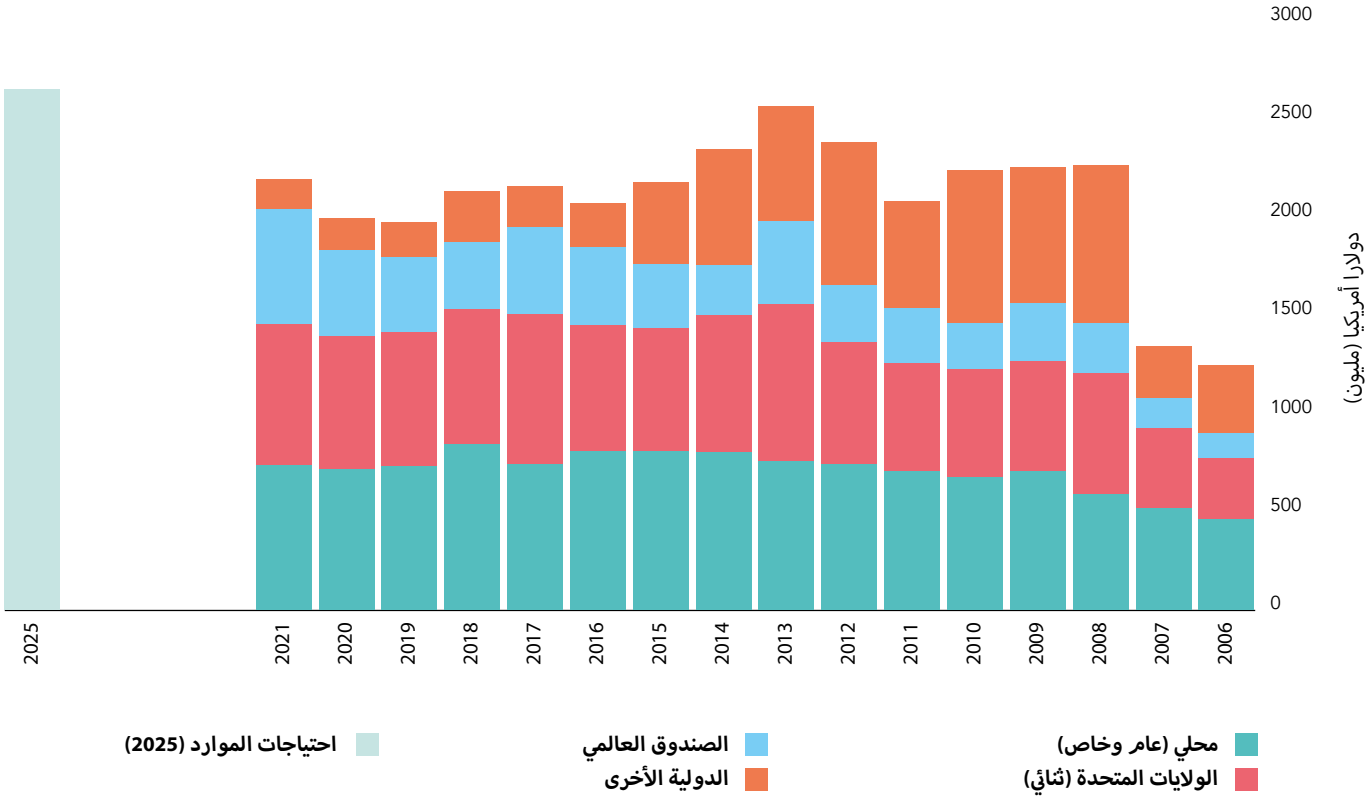
1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2022 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
3. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
4. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2018 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
5. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
6. Burkina Faso. Loi no. 025-2018, Article 533-20 (https://www.refworld.org/docid/3ae6b5cc0.html); Burkina Faso. Penal Code 2019, Article 533-20.
7. Central African Republic. Article 90 of the Penal Code (https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/cf/cf003fr.pdf).
8. Chad. Penal Code 2017, Articles 351, 335 and 336 (https://www.droit-afrique.com/uploads/Tchad-Code-penal-2017.pdf).
9. Guinea. Penal Code, Articles 346 and 351 (https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html).
10. Mali. Penal Code, Article 179 (https://wipolex.wipo.int/en/text/193676).
11. Burundi. Penal Code, Articles 548, 539–546 (https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc37c125707300338af2/$FILE/Code%20P%C3%A9nal%20du%20Burundi%20.pdf).
12. Mauritania. Criminal Code Act, Article 253 (https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mu/mu008en.pdf).
13. Cabo Verde. Penal Code (https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/pt/cv/cv001pt.pdf).
14. Equatorial Guinea. Penal Code, Article 452(bis) (https://acjr.org.za/resource-centre/penal-code-ofequatorial-guinea-1963/view).
15. Guinea. Penale Code, Article 274 (https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html).
16. Senegal. Code Penal, Article 319 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/70562/85594/F-2143944421/SEN-70562.pdf).
17. Togo. Penal Code, Articles 392 and 393 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/104616/127692/F-194593081/TGO-104616.pdf).
18. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Geneva: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
19. The Gambia. Drug Control Act (2003), Article 35 (http://www.dleag-gambia.org/en/article/drug-laws).
20. Guinea-Bissau. Decreto-Lei nº 2-B, de 28 de Outubro de 1993 (https://fecongd.org/pdf/crianca/CodigoPenal.pdf).
21. Sierra Leone. National HIV and AIDS Commission Act 2011 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/94292/110645/F-1423921567/SLE94292%20Eng.pdf).
22. Bernard EJ, Cameron S. Advancing HIV justice 2. Building momentum in global advocacy against HIV criminalisation. Brighton and Amsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2016 (https://www.scribd.com/doc/312008825/Advancing-HIV-Justice-2-Building-momentum-inglobal-advocacy-against-HIV-criminalisation).
23. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Brighton and Amsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2019.
24. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/ media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
25. Cameroon. Directives nationales de prevention et de prise en charge du VIH au Cameroun, 2014 (https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-05/Cameroon_National-Integrated-HIV-Guidelines2014.pdf).
26. Chad. Loi N°019/PR/2007 du 15 Novembre 2007 portant lutte contre VIH/SIDA/IST et protection des Droits des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA. Articles 10 and 21 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126793.pdf).
27. Guinea. Article 22a, Ordonnance n°056/2009/PRG/SGG relative à la Prévention, la Prise en Charge et le Contrôle du VIH / sida en République de Guinée (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/110861/138035/F369965148/GIN-110861.pdf).
28. Mali. Normes et Procédures des Services de Dépistage du VIH au Mali: Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA, 2017.
29. Democratic Republic of the Congo. Article 37 Loi No. 18/012 du 09 juillet 2018 modifiant et complétant la Loi n' 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées (https://toolkit.hivjusticeworldwide.org/fr/resource/loi-n18012-du-09-juillet-2018-modifiant-et-completant-la-loi-n-08011-du-14-juillet-2008-portant-protection-des-droits-des-personnes-vivant-avec-le-vihsida-et-des-personnes-affectees/).
30. Equatorial Guinea. Article 25 Ley N 3/2005 de fecha 9 de mayo sobre la prevencion y la lucha contra las infecciones de transmision sexual/VIH SIDA y la defensa de los derechos humanos de las personas afectada.
31. Central African Republic. Law n°06.030 of 2006 establishing the rights and obligations of people living with HIV/AIDS.

الاستثمار في القضاء على الإيدز

في عام 2021، كانت هناك زيادة سنوية بنسبة 9٪ في إجمالي موارد فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة (شكل 7.08). وكانت هذه الزيادة مدفوعة بشكل أساسي بالمدفوعات من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي) وخطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز، والتي زودت الموارد بنسبة 24٪ و6٪ على التوالي. وعلى الرغم من الزيادة السنوية في عام 2021، فإن إجمالي موارد الفيروس أقل بنسبة 2٪ من موارد الفيروس في عام 2010. وعند مقارنة الاحتياجات السنوية المقدرة من الموارد في عام 2025 ومدى توفرها في عام 2021، سنجد أن هناك فجوة تمويل بنسبة 22٪ في المنطقة.

تعبئة الموارد المحلية هي أيضا مصدر قلق. فبينما زادت الموارد المحلية بنسبة 3٪ في عام 2021، كانت الموارد السنوية من المصادر المحلية أقل بنسبة 13٪ في عام 2021 مما كانت عليه في عام 2018. ويجب أن تنمو الموارد الخارجية والمحلية حتى تتمكن من تحقيق أهداف عام 2025، كما يتعين تقوية تمويل برامج الوقاية. فالحصة المحلية من تمويل برامج الوقاية في المنطقة كانت 24٪، بينما جاء 33٪ من جميع موارد العلاج من الموارد المحلية. وهناك اعتماد كبير في المنطقة على الموارد الخارجية بالنسبة للسلع المضادة للفيروسات القهقرية (81٪).

شكل 7.7 توافر الموارد لفيروس نقص المناعة البشري، غرب ووسط أفريقيا، 2006-2021، والاحتياجات المقدرة من الموارد الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري بحلول عام 2025



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ، 2022 (http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html) ؛ Stover J ، Glaubius R ، Teng Y ، Kelly S ، Brown T ، Hallett TB et al. نمذجة الأثر الوبائي لأهداف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2025 لإنهاء الإيدز باعتباره تهديدًا للصحة العامة بحلول عام 2030. PLoS Med. 2021 ؛ 18 (10): e1003831.

ملاحظة: تقديرات الموارد معروضة بالدولار الأمريكي الثابت لعام 2019. (مليون دولار).

المراجع

١. *Dakar Call to Reinvent the Response to the HIV Pandemic: a renewed commitment to end AIDS in West and central Africa*. Geneva: UNAIDS; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-dakar-call_en.pdf).

البروفيلات الإقليمية

آسيا ومنطقة المحيط الهادئ



حققت منطقة آسيا والمحيط الهادئ إنجازات مهمة في معالجة أكبر وباء إقليمي خارج أفريقيا جنوب الصحراء. لقد كان هناك 6 ملايين متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري [4.9 مليون - 7.2 مليون] في آسيا والمحيط الهادئ في عام 2021، مع وقوع الآثار بشكل غير متناسب على المجتمعات الأكثر تهميشا. وتواصل المنطقة تحسين تغطية الاختبارات والتشخيص والعلاج، فضلا عن معدلات كبت الحمل الفيروسي بين أولئك الذين يتم علاجهم. واعتبارا من عام 2021، كان ٪76 من المتعايشين مع الفيروس يعرفون حالة إصابتهم بالفيروس و٪86 من الأشخاص الذين يعرفون حالة إصابتهم بالفيروس يحصلون على العلاج (٪66 من جميع المتعايشين مع الفيروس). ومن بين أولئك الذين يتلقون العلاج، قام ٪91 بكبت الحمل الفيروسي، وهو ما يعادل 60 ٪ من جميع المتعايشين مع الفيروس الذين قاموا بكبت الحمل الفيروسي. ويتم تقديم مناهج مبتكرة في جميع أنحاء المنطقة - بما في ذلك العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم، والاختبار الذاتي للفيروس، والتدخلات الافتراضية - ولكن هناك حاجة الآن إلى تكثيف الجهود لتوسيع نطاق هذه الأساليب من أجل معالجة الفجوات الكبيرة المتبقية في تغطية الخدمات بين الفئات السكانية الرئيسية.

وعلى الرغم من هذا التقدم، يواجه عدد من البلدان تحديات كبيرة. فمنذ عام 2010، زاد معدل الإصابة بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال بمقدار خمس مرات في الفلبين. وتعرقل التقدم في الاستجابة على المستوى الإقليمي بسبب الزيادات في بعض السلوكيات عالية الخطورة، مثل تعاطي المخدرات المنشطة. ولا يزال الاحتجاز الإجباري باسم العلاج من تعاطي المخدرات مستمراً في جميع أنحاء شرق وجنوب شرق آسيا، على الرغم من الأدلة التي توثق بوضوح التكاليف المالية والبشرية غير العادية لهذا النهج غير الفعال وغير المنتج (١).

ولا يزال الوصم والتمييز من الحواجز الحاسمة التي تحول دون استجابة إقليمية فعالة لفيروس نقص المناعة البشري. وتعززت الجهود الإقليمية للتصدي للوصم والتمييز من خلال إنشاء جماعة إقليمية للممارسة بشأن الوصم والتمييز المتصلين بفيروس نقص المناعة البشري، وبتنفيذ أساليب تحسين الجودة لأنشطة الحد من الوصم والتمييز. ويلزم تعزيز الجهود لتهيئة بيئة مواتية للاستجابة للفيروس تتمحور حول حقوق الإنسان في المنطقة.

وقد أكدت جائحة كوفيد19- على الدور الحاسم للاستجابات التي يقودها المجتمع في الوصول إلى السكان الأكثر ضعفا وتعزيز استمرارية الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري. ومع ذلك، فإن قدرة المجتمعات على قيادة الجهود لإنهاء الإيدز يعيقها عدم كفاية التمويل، وتقلص مساحة المشاركة المدنية، والبيئات القانونية والسياسية العقابية، بما في ذلك الممارسات العدائية لإنفاذ القانون. ويعتبر تحويل الاستجابات التي يقودها المجتمع من الاعتماد على التمويل الدولي إلى مصادر محلية مستدامة أولوية إقليمية ملحة.

كما كشفت جائحة كوفيد19- بوضوح عن أوجه القصور واللامساواة في توفير استثمارات الصحة العامة، وزادت من تعقيد التحديات الكبيرة بالفعل في الانتقال إلى التمويل المحلي المستدام. ونظرا لأن العديد من البلدان في جميع أنحاء المنطقة تنتقل من الاستجابات المعتمدة على المانحين إلى استثمارات محلية أكبر، فإن العديد من خطط التغطية الصحية الشاملة تستبعد الفئات السكانية الرئيسية، مما يعزز ويعمق اللامساواة التي تحفز أوبئة فيروس نقص المناعة البشري في جميع أنحاء المنطقة (2).

وتشمل الأولويات الرئيسية في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في آسيا ومنطقة المحيط الهادئ تسريع تكامل الخدمات، وإعطاء أولوية الاستجابات للفئات السكانية الرئيسية (بما في ذلك الفئات السكانية الرئيسية من الشباب)، وتعميم الابتكارات وتوسيع نطاقها، وإبقاء المجتمعات في قلب الاستجابة، وتنفيذ الإصلاحات القانونية والسياسية، ووضع الأساس للتمويل المستدام للاستجابة.



UNAIDS ©

6.000.000

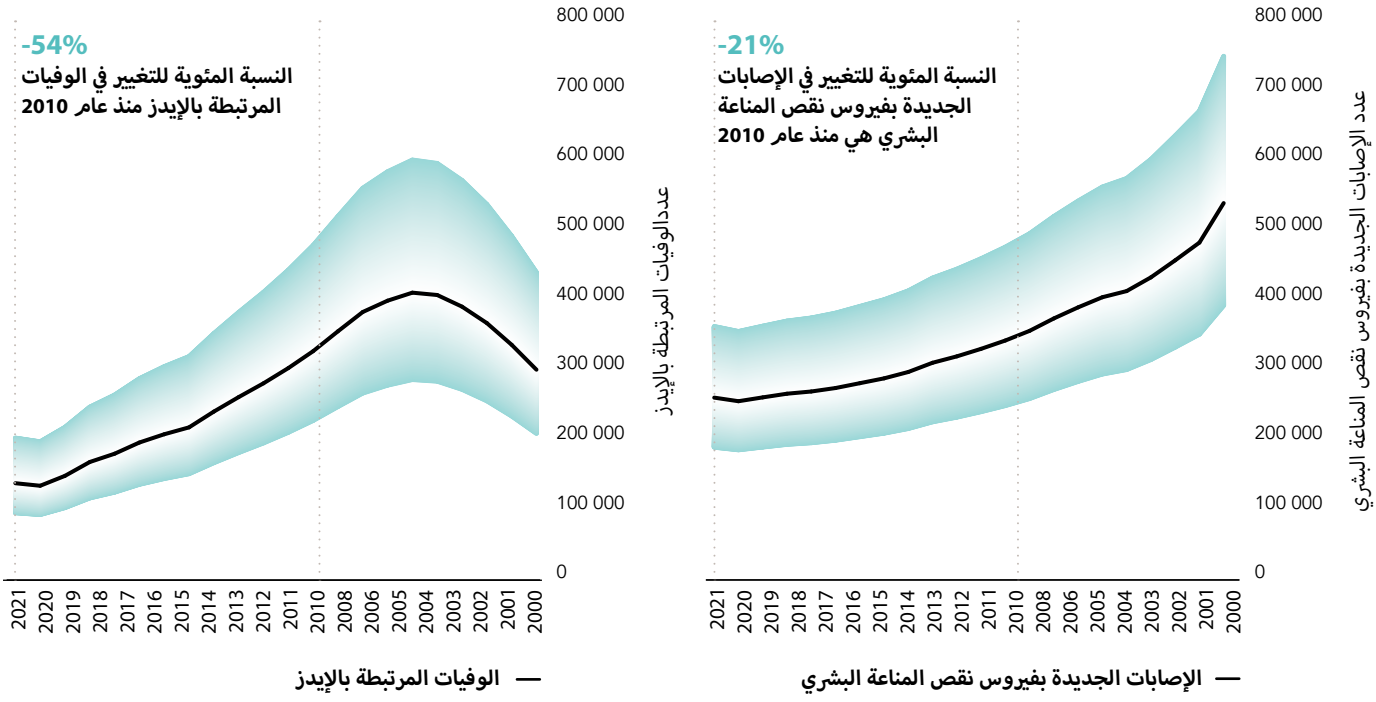
عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في آسيا ومنطقة المحيط الهادئ في عام 2021

%86

من الأشخاص الذين يعرفون حالة إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشري كانوا يتلقون العلاج

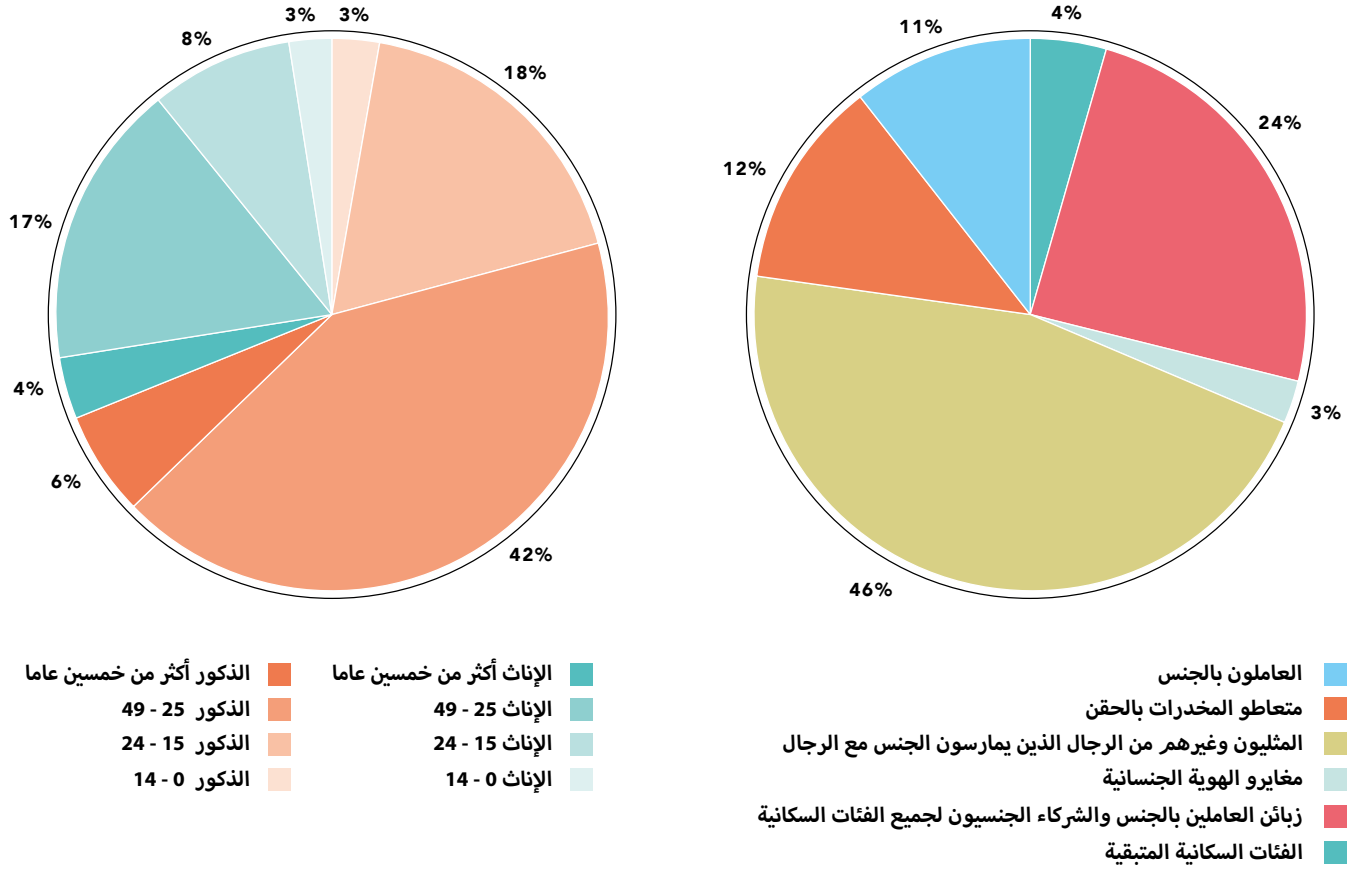
حالة الجائحة

شكل 8.1 عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري، آسيا والمحيط الهادئ، 2000-2021



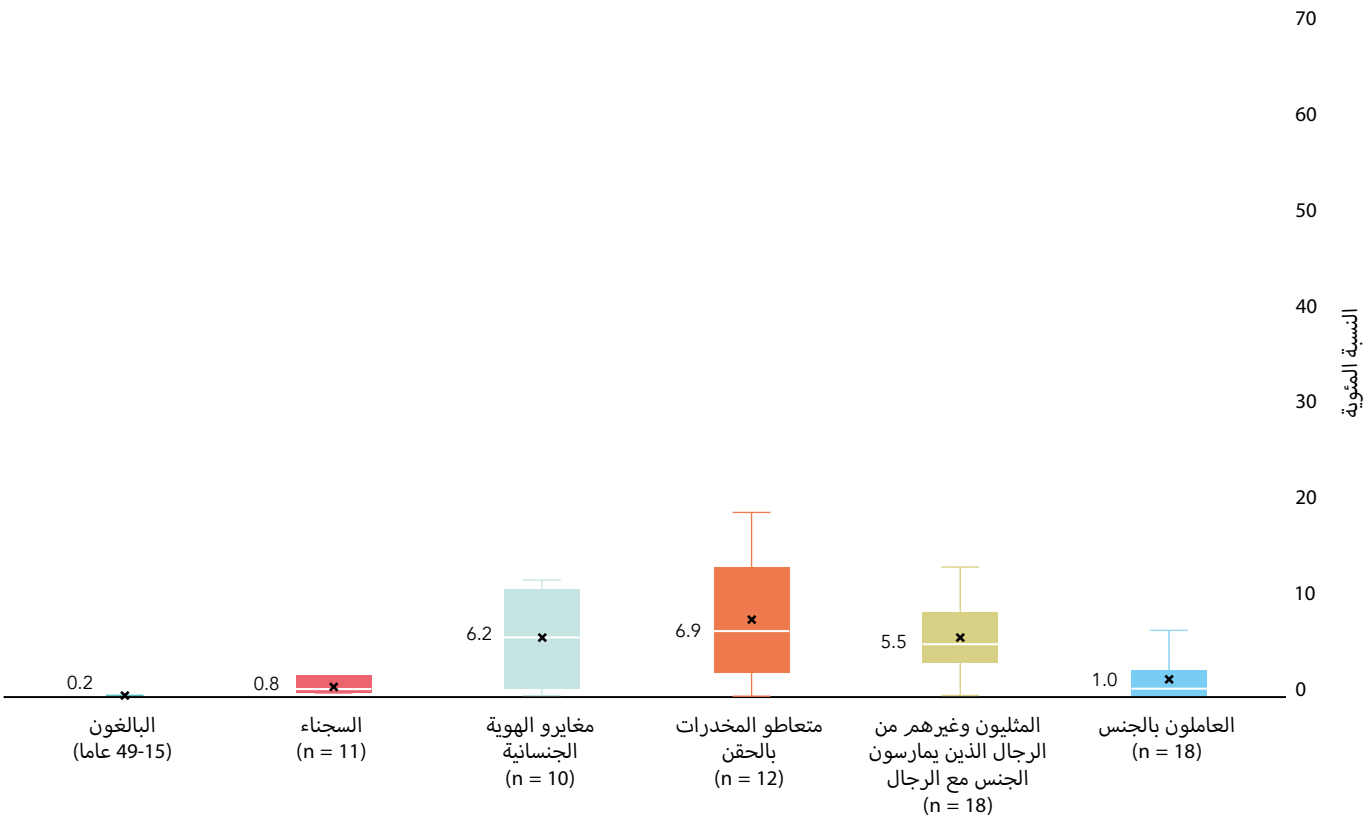
المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

شكل 8.2 انتشار الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب الفئة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما)، آسيا والمحيط الهادي، 2021

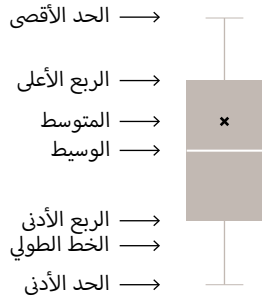


(Source: UNAIDS special analysis, 2022 (see Annex on Methods).

شكل 8.3 انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية مقارنة بالبالغين (15 - 49 عاما)، والبلدان المبلغة في آسيا والمحيط الهادئ، 2017-2021



كيفية القراءة



كان متوسط انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين البلدان التي أبلغت عن هذه البيانات في شرق وجنوب أفريقيا:

1.0% بين العاملين بالجنس.
5.5% بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.
6.9% بين متعاطي المخدرات بالحقن.
6.2% بين مغايري الهوية الجنسانية.
0.8% بين السجناء.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري المقدر بين البالغين (15 -49 عاما) هو **6.2% [6.9–5.5%]**.

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022؛ التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

إن n = عدد البلدان. العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 42.

تحدد حدود عدم التيقن من انتشار البالغين النطاق الذي تكمن فيه القيمة الحقيقية (إذا كان من الممكن قياسها). تشير الحدود الضيقة إلى أن التقدير دقيق، بينما تشير الحدود الواسعة إلى قدر أكبر من عدم اليقين فيما يتعلق بالتقدير.

جدول 8.1 الحجم التقديري المبلغ عنه الفئات السكانية الرئيسية، آسيا والمحيط الهادئ، 2018-2021

	السكان الوطنيون البالغون (15 - 49 عامًا) لعام 2021 أو السنة ذات الصلة	العاملون بالجنس	العاملون بالجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	متعاطو المخدرات بالحقن	متعاطو المخدرات بالحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	مغايرو الهوية الجنسانية	مغايرو الهوية الجنسانية كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)	السجناء	السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)
أفغانستان	19 400 000			10 100		25 700					
بوتان	450 000	600	0.14%					380	0.09%		
كمبوديا	9 300 000										
الهند	760 000 000									2 100 000	0.28%
أندونيسيا	146 000 000	278 000	0.19%			34 500	0.02%	34 700	0.02%	268 000	0.19%
جمهورية ايران الأسلامية	46 400 000	138 000	0.30%			90 200	0.19%			172 000	0.37%
جمهورية الكونغو الديمقراطية	3 900 000										
ماليزيا	18 300 000					75 000	0.42%				
مانجوليا	1 700 000	6000		6500				820			
نيبال	16 500 000					33 000	0.20%			22 000	0.15%
نيوزيلاندا	2 200 000									10 000	0.46%
بابوا غينيا الجديدة	4 800 000	50 800	1.06%	37 800	0.79%						
الفلبين	59 200 000	229 000	0.39%	687 100	1.16%	7200		205 000	0.35%		
سينجابور	1 800 000									11 900	0.66%
سريلانكا	10 300 000	30 000	0.29%	73 800	0.72%	2700	0.03%	2200	0.02%		
تايلاند	33 800 000									286 000	0.85%
فيتنام	51 600 000			256 000	0.50%						
متوسط النسبة الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)[a]:			**0.30%**		**0.82%**		**0.18%**		**0.12%**		-

تقديرات حجم السكان الوطنيين **تقديرات حجم السكان المحليين**

بيانات غير كافية **لا توجد بيانات**

[a] ملحوظة: دليل البدء السريع للطيف الترددي، 2020. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز؛ 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/) ؛ وحدة الطيف الترددي 2022 Demproj؛ التوقعات السكانية في العالم 2019. إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة، شعبة السكان؛ 2019 (تم الحصول على البيانات المخصصة عبر الموقع الإلكتروني).

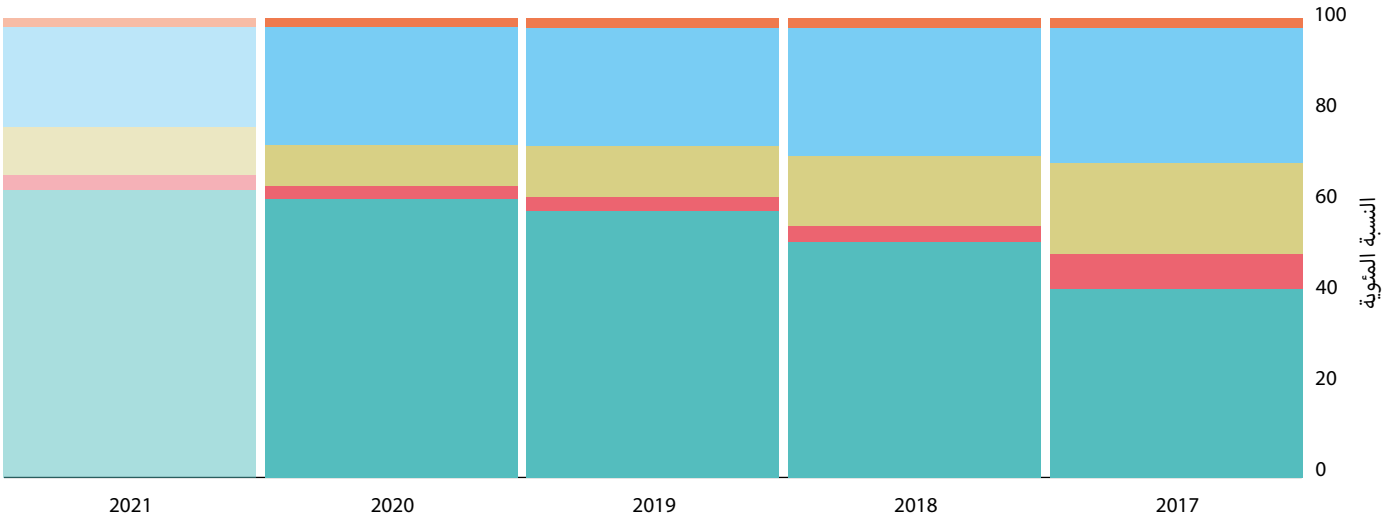
ملحوظة: التقديرات المعروضة هي تقديرات قدمتها الحكومة وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2021. قد تتوفر تقديرات إضافية وبديلة من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس الفئات السكانية الرئيسية (https://kpatlas.unaids.org/) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.

ملحوظة: المناطق التي يغطيها تقدير حجم السكان المحلي هي كما يلي: أفغانستان:

- هرات، جلال آباد، كابول، قندهار، قندوز، ومزار (المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال). فايز آباد، هرات، جلال آباد، كابول، قندهار، قندوز، مزار وزارانج (متعاطو المخدرات الحقن).
- منغوليا: دارخان، ودورنود، وخوفسجول، وأولان باتور (العاملون بالجنس)؛ درخان، ودورنود، وأورخون، وأولان باتور (المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال).
- الفلبين: سيبو، مقاطعة سيبو، داناو، لابو لابو، مانداوي، ناغا وتاليساي (متعاطو المخدرات بالحقن). مقاطعة سيبو وسيبو، ومانداوي، ودانا،و ولابولابو، وناجا وتاليساي.

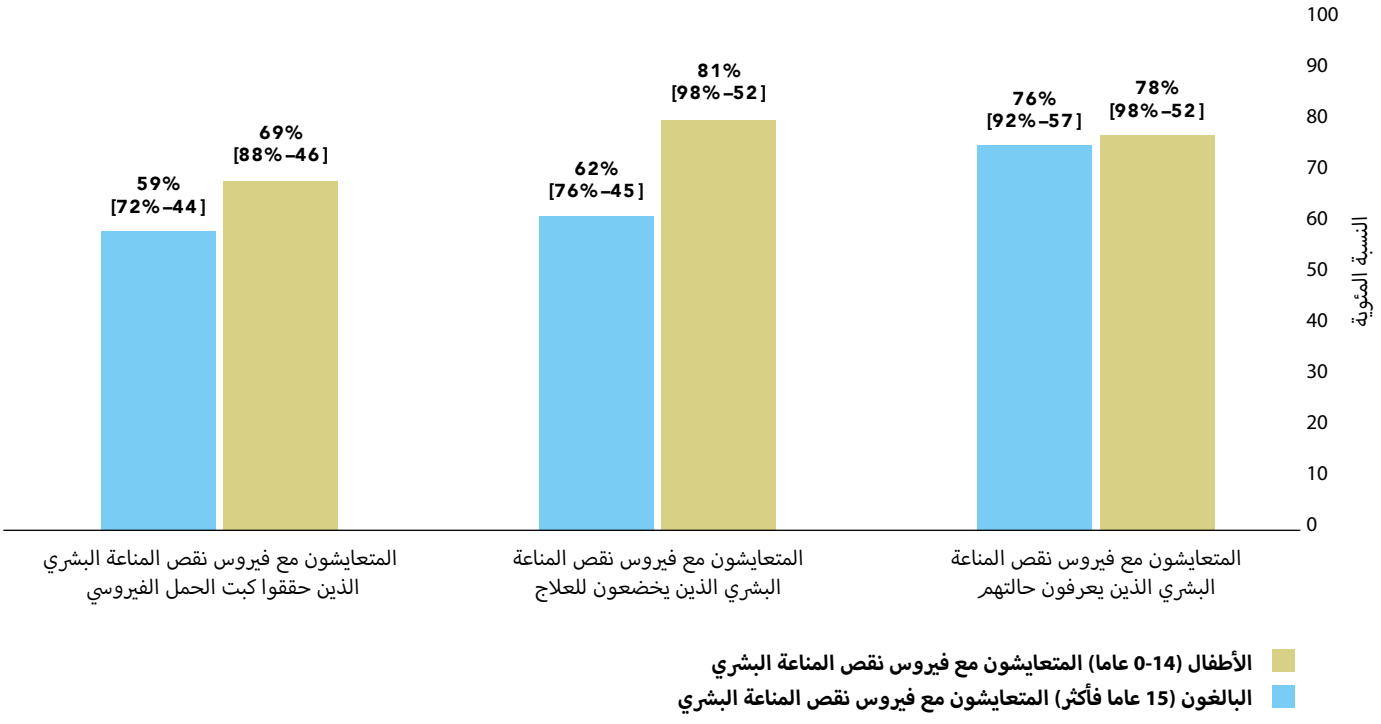
خدمات فيروس نقص المناعة البشري

شكل 8.4 المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والمصابون حديثا في الأشهر الستة الماضية، وتسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، آسيا والمحيط الهادئ، 2017-2021



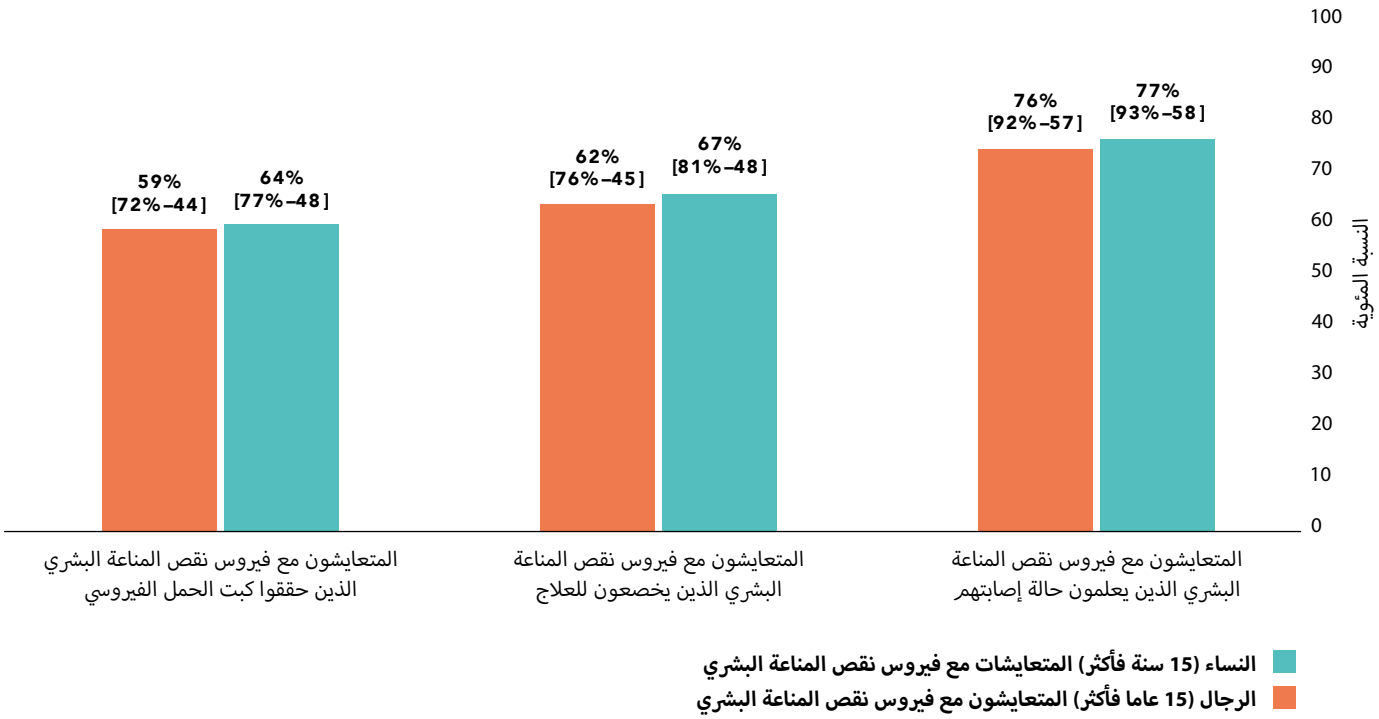
المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2022.

شكل 8.5 تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (0 - 14 عاما) مقارنة بالبالغين (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، وآسيا والمحيط الهادئ، 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022. النسبة المئوية.

شكل 8.6 تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، للنساء (من 15 عاما فأكثر) مقارنة بالرجال (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، شرق وجنوب إفريقيا، 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022. النسبة المئوية

القوانين والسياسات

جدول 8.2 بطاقة قياس أداء القوانين والسياسات، آسيا والمحيط الهادئ، 2022

	القوانين العقابية							
	تجريم مغايري الهوية الجنسانية	تجريم العمل بالجنس	تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة	تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم 21	إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة
أفغانستان	1	1	1	1	1		1	1
أوستراليا	6	7	25		35			
بنغلاديش	1	1	26	1	1		3	1
بوتان	2	2	45		35			2
بروناي دار السلام	6	8	25		35		3	3
كمبوديا	2	2	2	2	1		2	2
الصين	2	2	2	1	1		43	2
جزر كوك					36			
جمهورية كوريا الديمقراطية االشعبية		9	25		36			
فيجي	5	10	25	5	37		2	
الهند	1	1	1	34	1		1	1
إندونيسيا	1	1	27	1	1		1	1
جمهورية إيران الإسلامية	1	1	1	1	1		2	1
اليابان		11	25		36			2
كيريباتي	3	12	28	3	3		2	3
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	1	1	1	1	1		1	1
ماليزيا	1	13	1	1	38		3	1
جزر المالديف		14	25		36			
جزر مارشال	5	15	25		39		5	5
ولايات ميكرونيزيا المتحدة	5	16	25		5		5	5
منغوليا	1	1	1	1	1		3	1
ميانمار	3	3	29	3	3		3	3
ناورو	5	17	25	5	5		5	5
نيبال	1	1	1	1	1		1	1
نيوزيلاندا	1	1	1	1	1		1	1
نيوي	5		5	5	5		5	5
باكستان	1	1	1	1	40		2	1
بالاو	5	18	25		5		5	5
بابوا غينيا الجديدة	2	2	30	2	2		2	2
الفيلبين	2	2	1	2	1		44	1
جمهورية كوريا الديمقراطية االشعبية	3	3	31		3		3	3
ساموا	5	19	25		36		4	4
سنغافورة	3	3	32	3	1		2	3
جزر سليمان		20	25		36			3
سري لانكا	2	2	33	2	2		2	2
تايلند	1	1	1	1	1		1	1
تيمور ليشتي		21	25		36			
تونغا	5	22	25	5	5		5	5
توفالو	5	23	25		5		5	5
فانواتو	5	24	25	5	5		5	5
فيتنام	3	3	3		41		3	3

تجريم مغايري الهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

تجريم العمل بالجنس

- أي تجريم أو تنظيم عقابي للعمل بالجنس
- العمل بالجنس غير خاضع للوائح عقابية أو غير مجرم
- البيانات غير متوفرة

تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة

- عقوبة الإعدام
- السجن (من الحكم بـ14 سنة حتى مؤبد، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد عقوبة
- تم إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم تكن موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد
- البيانات غير متوفرة

تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له

- نعم
- لا، لكن توجد الملاحقات القضائية القائمة على قوانين جنائية عامة
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم

- تقوم بالترحيل، وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- لا قيود

إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

	قوانين الحماية				
	القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن
أفغانستان	1	1	1	1	1
أوستراليا					
بنغلاديش	1	1	1	1	1
بوتان	2				
بروناي دار السلام					
كمبوديا	2	2	2	2	2
الصين	1				2
جزر كوك					
جمهورية كوريا الديمقراطية االشعبية					
فيجي					5
الهند	1			1	2
إندونيسيا	1	1	1	1	1
جمهورية إيران الإسلامية	2	1	2	2	2
اليابان					
كيريباتي	3				3
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	1	1	1	1	1
ماليزيا		1	1	2	2
جزر المالديف					
جزر مارشال					5
ولايات ميكرونيزيا المتحدة					5
منغوليا	1	1	1	1	1
ميانمار	3				3
ناورو					5
نيبال	1	1	1	1	1
نيوزيلاندا	1		1	1	1
نيوي					5
باكستان	1	2	2	2	2
بالاو					5
بابوا غينيا الجديدة	2	2	2		2
الفيلبين	2	2	2		2
جمهورية كوريا الديمقراطية االشعبية					3
ساموا					5
سنغافورة	3				3
جزر سليمان					
سري لانكا	2	2	2	2	2
تايلند	1	1	1	1	1
تيمور ليشتي					
تونغا					5
توفالو					5
فانواتو					5
فيتنام	3				3

ملاحظات: تشير الأحكام الدستورية أو الأحكام الأخرى المتعلقة بعدم التميز إلى ما إذا كان قد تم تفسير الحظر الدستوري للتميز ليشمل العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية، أو متعاطي المخدرات من قبل المحاكم/سياسة الحكومة و/أو ما إذا كانت هناك أحكام تشريعية أخرى غير تمييزية تحدد العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية أو متعاطي المخدرات.

القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري



أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس



أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي



أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية



أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن



1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2022 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
3. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
4. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2018 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
5. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
6. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. Geneva: ILGA World;
7. South Australia. Summary Offences Act 1953. Section 25; Victoria. Sex Work Act 1994. Section 13; New South Wales. Summary Offence Act 1988. Section 19; Western Australia. Prostitution Act 2000. s25.
8. Brunei Darussalam. Penal Code, Articles 294A (https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/bn/bn024en.pdf); Women and Girls Protection Act (https://www.agc.gov.bn/AGC%20Images/LOB/PDF/Chp.120.pdf).
9. Democratic People's Republic of Korea. Criminal Law, Articles 18 and 261 (https://www.hrnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea_2009_%20(1).pdf).
10. Fiji. Crimes Decree, 2009, Article 230 (https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/152337C8E9F5B6D4C12576BA004EF21F#:~:text=The%20Decree%20provides%20for%20imprisonment,years)%20for%20the%20other%20crimes).
11. Japan. Anti-Prostitution Law, 1956.
12. Kiribati. Penal Code, Article 167.
13. Malaysia. Penal Code, Article 372 (http://www.agc.gov.my/agcportal/uploads/files/Publications/LOM/EN/Penal%20Code%20%5BAct%20574%5D2.pdf); National Commitments and Policy Instrument, 2022.
14. Maldives. Penal Code, Articles 620 and 621 (https://www.law.upenn.edu/live/files/4203-maldives-penal-code-2014).
15. Marshall Islands. Criminal Code 2011, Article 251 (http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/2011/2011-0059/CriminalCode2011_1.pdf).
16. Federated States of Micronesia. Chuuk State Code. Title 12, Chapter 28 (http://fsmlaw.org/chuuk/code/title12/T12_CH28.htm).
17. Nauru. Crimes Act 2016, Section 107 (https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/NRU/INT_CEDAW_ARL_NRU_28029_E.pdf).
18. Palau. Code of Palau. Anti-Prostitution Act, Chapter 36 (https://www.legal-tools.org/doc/1c32a2/pdf/).
19. Samoa. Crimes Act 2013, Sections 72 and 73 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=93579&p_country=WSM&p_classification=01.04).
20. Solomon Islands. Penal Code, Section 153 (http://www.paclii.org/sb/legis/consol_act/pc66/).
21. Timor-Leste. Penal Code, Article 177 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/106091/129951/F608341342/TLS106091%20Port.pdf).
22. Tonga. Criminal Offences Act, Section 81 (https://ago.gov.to/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1924/1924-0010/CriminalOffencesAct_2.pdf).
23. Tuvalu. Penal Code, Sections 145 and 146 (http://tuvalu-legislation.tv/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1965/1965-0007/PenalCode_1.pdf).
24. Vanuatu. Penal Code, Section 148 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/88512/101229/F1616956608/VUT88512.pdf).
25. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Geneva: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
26. Bangladesh. Penal Code, Article 377 (http://bdlaws.minlaw.gov.bd/act-11/section-3233.html).
27. Indonesia. Aceh (Syariah Law 2014); Provincial Ordinance on the Eradication of Immoral Behaviour (No. 13/2002) in South Sumatra.
28. Kiribati. Penal Code [Cap 67], Revised Edition 1977, section 153, 154, and 155 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=70701&p_country=KIR&p_count=62&p_classification=01&p_classcount=21).
29. Myanmar. Penal Code, Article 377 (https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mm/mm004en.pdf).
30. Papua New Guinea. Criminal Code, Section 210 (http://www.paclii.org/pg/legis/consol_act/cca1974115.pdf).
31. Republic of Korea. Military Criminal Act, Article 92-6 (https://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=40239&lang=ENG).
32. Singapore. Penal Code, Article 377A (https://sso.agc.gov.sg/act/pc1871?ProvIds=pr377A-#pr377A-).
33. Sri Lanka. Penal Code, Article 365 (http://hrlibrary.umn.edu/research/srilanka/statutes/Penal_Code.pdf).
34. India. The Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Act, 1985 (https://legislative.gov.in/sites/default/files/A1985-61.pdf).
35. Global HIV Criminalisation Database [database]. Amsterdam: HIV Justice Network (https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/).
36. HIV Justice Network [database]. Amsterdam: HIV Justice Foundation; c2022 (https://www.hivjustice.net).
37. Fiji HIV/AIDS (Amendment) Decree 2011 (http://www.health.gov.fj/wp-content/uploads/2014/09/10_HIV-AIDS-Amendment-Decree-20111.pdf).
38. Malaysia. Penal Code, Articles 269–270 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/61339/117909/F-833274986/MYS61339%202018.pdf).
39. Marshall Islands Communicable Diseases Prevention and Control Act 1988 (s1511) (http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1988/1988-0028/CommunicableDiseasesPreventionandControlAct1988_1.pdf).
40. Pakistan. Penal Code and Sindh Act No. LII of 2013 - HIV and Aids Control, Treatment and Protection Act.
41. Viet Nam. Law on HIV/AIDS Prevention and Control (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_113364.pdf).
42. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/ media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
43. Legal and policy trends impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific 2014–2019. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf).
44. Philippines. Republic Act No. 11166, Section 29 of (https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2018/ra_11166_2018.html#:~:text=%2D%20Unless%20otherwise%20provided%20in%20Section,has%20been%20exposed%20to%20HIV).
45. Bhutan. Penal Code (Amendment), 2021 (https://www.nab.gov.bt/assets/uploads/docs/acts/2021/Penal_Code_Amendment_Act_of_Bhutan_2021.pdf).

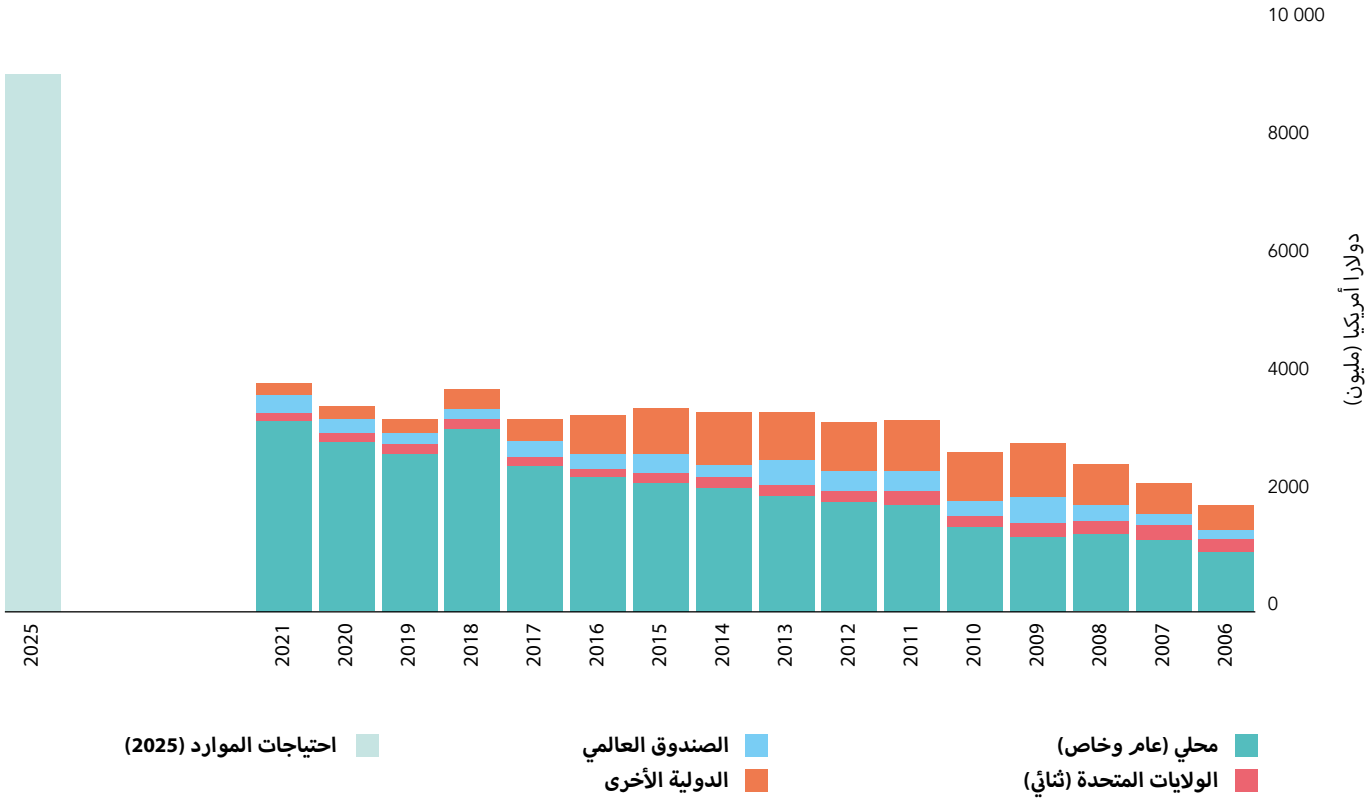
الاستثمار من أجل القضاء على الإيدز

منذ عام 2010، زاد إجمالي موارد فيروس نقص المناعة البشري في آسيا ومنطقة المحيط الهادئ بنسبة 30٪ (شكل 8.7). وكانت الموارد المحلية هي المصدر الرئيسي لهذه الزيادة: فقد زادت المصادر المحلية 2.3 مرة منذ عام 2010، بينما انخفضت الموارد الخارجية من حكومة الولايات المتحدة والحكومات المانحة الأخرى بنسبة 30٪ و74٪ على التوالي. كما زاد الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي) موارده الإقليمية بنسبة 20٪ خلال العقد الماضي.

وبناء على البيانات الحديثة من 15 دولة، تم تخصيص 10٪ من إجمالي الإنفاق على فيروس نقص المناعة البشري للفئات السكانية الرئيسية. وهناك اختلافات كبيرة بين البلدان في مخصصات الوقاية: 53٪ من البلدان المبلغة كان لديها أقل من 10٪ حصة محلية من إجمالي الإنفاق على الفيروس نحو تدخلات الوقاية. وتم تسوية موارد الفيروس لكل متعايش في آسيا ومنطقة المحيط الهادئ، وبينما أدت التدخلات العلاجية إلى انخفاض كبير في الوفيات، يجب توسيع موارد الوقاية للوصول إلى أهداف عام 2025.

هناك فجوة بنسبة 57٪ في الاحتياجات السنوية المقدرة من الموارد لتلبية أهداف عام 2025. إن تعبئة الموارد المحلية وكفاءة الاستثمار من أجل التدخلات عالية التأثير أمران أساسيان لإنهاء الإيدز في المنطقة. ومع ذلك، قد تستمر بعض البلدان في الاعتماد على موارد الجهات المانحة لضمان الحفاظ على تدخلات الوقاية والعلاج من أجل الوصول إلى أهداف 2025 و2030.

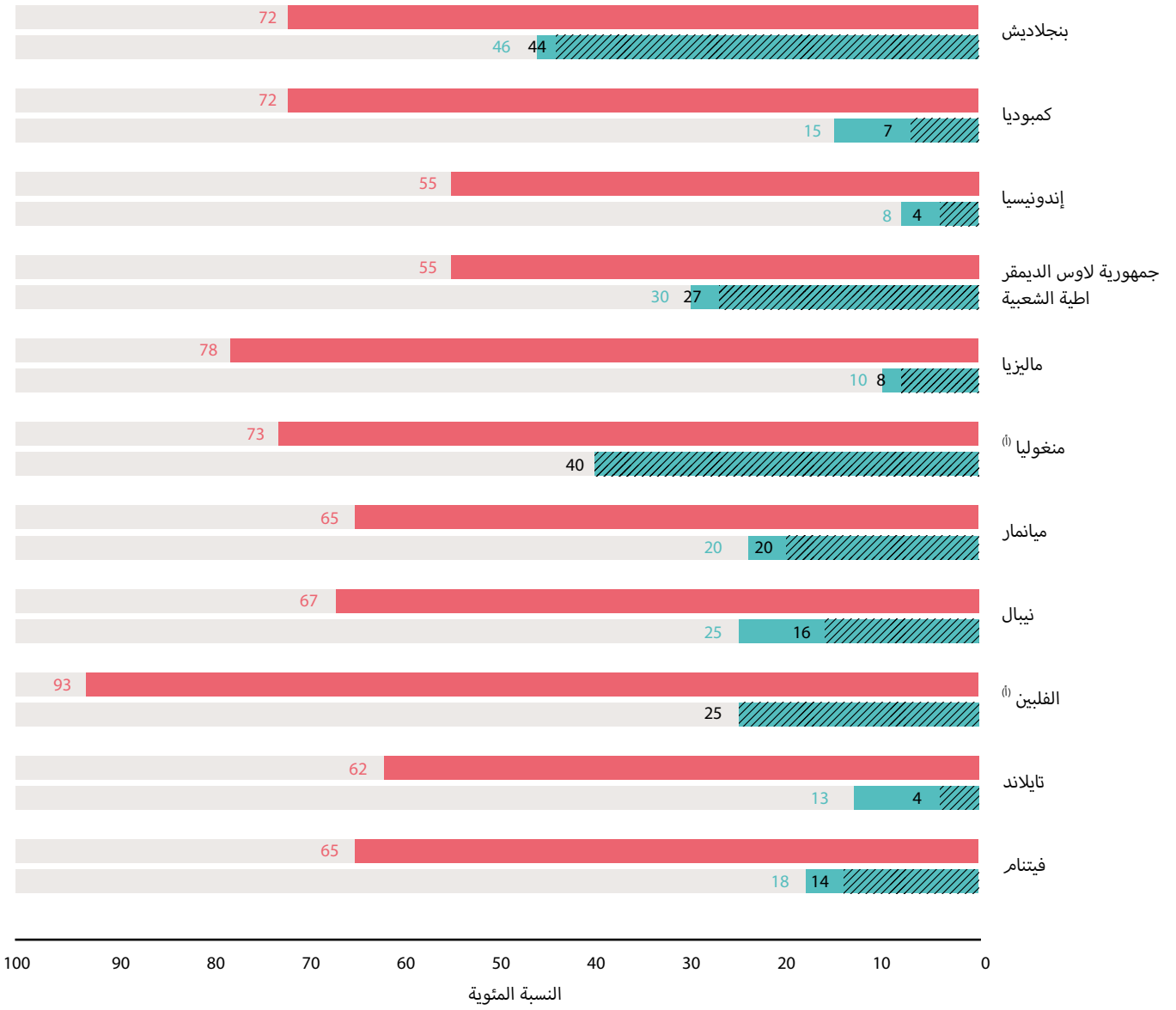
شكل 8.7 توافر الموارد لفيروس نقص المناعة البشري، آسيا والمحيط الهادي، 2006-2021، والاحتياجات المقدرة من الموارد الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري بحلول عام 2025



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ، 2022 (http://hivfinancialdashboards.html) ؛ Stover J ، Glaubius R ، Teng Y ، Kelly S ، Brown T ، Hallett TB et al. نمذجة الأثر الوبائي لأهداف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2025 لإنهاء الإيدز باعتباره تهديدًا للصحة العامة بحلول عام 2030. PLoS Med. 2021 ؛ 18 (10): e1003831.

ملاحظة: تقديرات الموارد معروضة بالدولار الأمريكي الثابت لعام 2019. (مليون دولار).

شكل 8.8 نسبة الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية، ونفقات الوقاية من الفيروس والإنفاق على الفئات السكانية الرئيسية، برامج الوقاية من الفيروس ، بلدان مختارة، 2017-2021



نسبة إجمالي الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري التي حدثت بين الفئات السكانية الرئيسية

نسبة الإنفاق على الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري من إجمالي الإنفاق على الفيروس

نسبة الفئات السكانية الرئيسية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري التي تنفق من إجمالي الإنفاق على الفيروس

[أ] لا تتوفر بيانات أخرى عن نفقات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري لمنغوليا والفلبين.

المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022؛ برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/)؛ تقارير تقييم الإنفاق الوطني على الإيدز.

المراجع

1. *Compulsory drug treatment and rehabilitation in east and southeast Asia*. *Bangkok*: *UNODC;* 2022.
2. *Key populations are being left behind in Universal Health Coverage*: *landscape review of health insurance schemes in the Asia–Pacific region*. *Geneva*: *UNAIDS;* 2022.

البروفيلات الإقليمية

أمريكا اللاتينية



أحرزت أمريكا اللاتينية تقدمًا طفيفا في الحد من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة منذ عام 2000، حيث ارتفع العدد بنسبة 5٪ من عام 2010 إلى عام 2021. واعتبارا من عام 2021، كان 2.2 مليون (1.5 مليون - 2.8 مليون) متعايش مع الفيروس في المنطقة. ومن بين المتعايشين مع الفيروس في عام 2021، كان هناك 82٪ يعرفون حالة الفيروس لديهم، و 69٪ يحصلون على العلاج (85٪ ممن يعرفون حالة الفيروس لديهم) و63٪ حققوا كبت الحمل الفيروسي (91٪ ممن يتلقون العلاج). وتظل تغطية التشخيص والعلاج أقل بالنسبة للرجال مقارنة بالنساء، على الرغم من تضييق هذه الفجوة. ولا تزال تغطية الأطفال أقل بكثير من تغطية البالغين وتتحسن بشكل أقل بمرور الوقت؛ وفي الواقع، انخفضت التغطية الرأسية لانتقال الفيروس في 2020-2021 إلى ما دون المستويات التي تم بلوغها في عام 2019.

وعلى الرغم من أن المنطقة قد حققت مكاسب مهمة في توسيع نطاق الوصول إلى علاج فيروس نقص المناعة البشري، إلا أن الجهود المبذولة لضمان التشخيص في الوقت المناسب والتسجيل في الرعاية لا تزال غير كافية، ولا يزال الالتزام بالعلاج يمثل تحديا، كما أن مخزون الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية يؤدي إلى تفاقم نتائج علاج الفيروس. ولا يزال ثلاثون في المائة من المتعايشين مع الفيروس في أمريكا اللاتينية في عام 2021 لم يتلقوا العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، وتراوحت النسبة المئوية للأشخاص الذين تم تشخيصهم حديثًا بالفيروس المتقدم من 10٪ في أوروغواي إلى 44٪ في باراغواي. وقد أدرجت 10 دول فقط العلاج الوقائي اليومي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم في دلائلها الإرشادية الوطنية في نهاية عام 2021، وكثير منها ينفذ السياسة فقط في مناطق مختارة. وهناك 4 بلدان في المنطقة لديها سياسة معمول بها للاختبار الذاتي للفيروس، لكن دولة واحدة فقط (البرازيل) توفر مجموعات الاختبار الذاتي من خلال الخدمات الصحية العامة أو الخاصة أو الصيدليات. كما أن تغطية الأنظمة المفضلة المستندة إلى دولوتغرافير للخط الأول من العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية غير متسقة، وتتراوح من 0٪ في كولومبيا إلى 100٪ في فنزويلا.

وتعيق الأشكال المتداخلة من الوصم والتمييز في أمريكا اللاتينية الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري وتزيد من الضعف. فالمنطقة لديها أكبر عدد من جرائم الكراهية ضد المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وثنائيي الجنس في العالم: من أكتوبر 2020 إلى سبتمبر 2021 وحده، قُتلت 311 امرأة مغايرة للهوية الجنسانية في 15 دولة في أمريكا اللاتينية (1، 2).

وتقوض اللامساواة الراسخة الجهود الإقليمية لإنهاء الإيدز بحلول عام 2030. وتتمتع أمريكا اللاتينية بأعلى مستويات اللامساواة في الثروة من أية منطقة، وزاد كل من الفقر المطلق ومعامل جيني في عام 2020 (3، 4). وقد تعرضت أكثر من واحدة من كل 4 نساء (27٪) في أمريكا اللاتينية للعنف المنزلي في حياتهن (5). وعلاوة على ذلك، لا تزال أمريكا اللاتينية تكافح مع بعض أكبر الأزمات الإنسانية في العالم، والتي تؤثر على العديد من البلدان، بما في ذلك جمهورية فنزويلا البوليفارية، وهايتي، والمثلث الشمالي لأمريكا الوسطى.



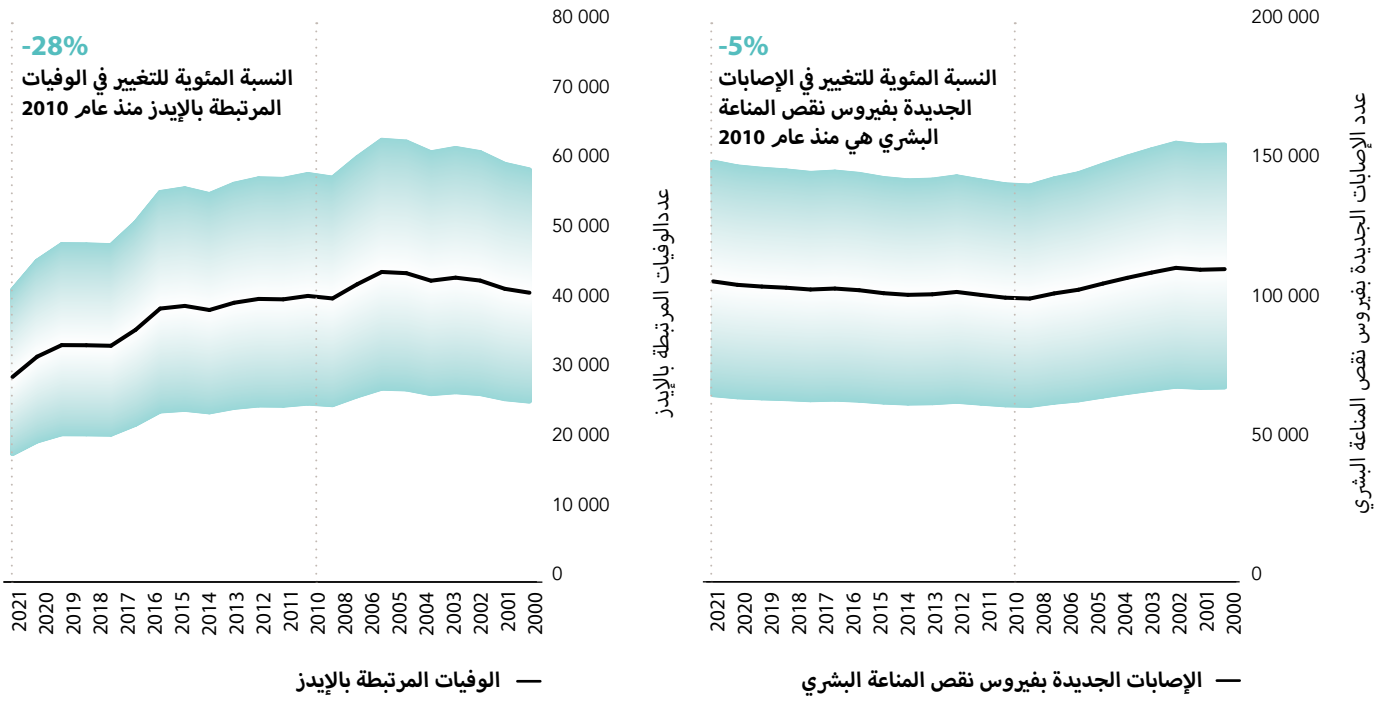
%27

من النساء في أمريكا اللاتينية تعرضن للعنف المنزلي في حياتهن

UNAIDS ©

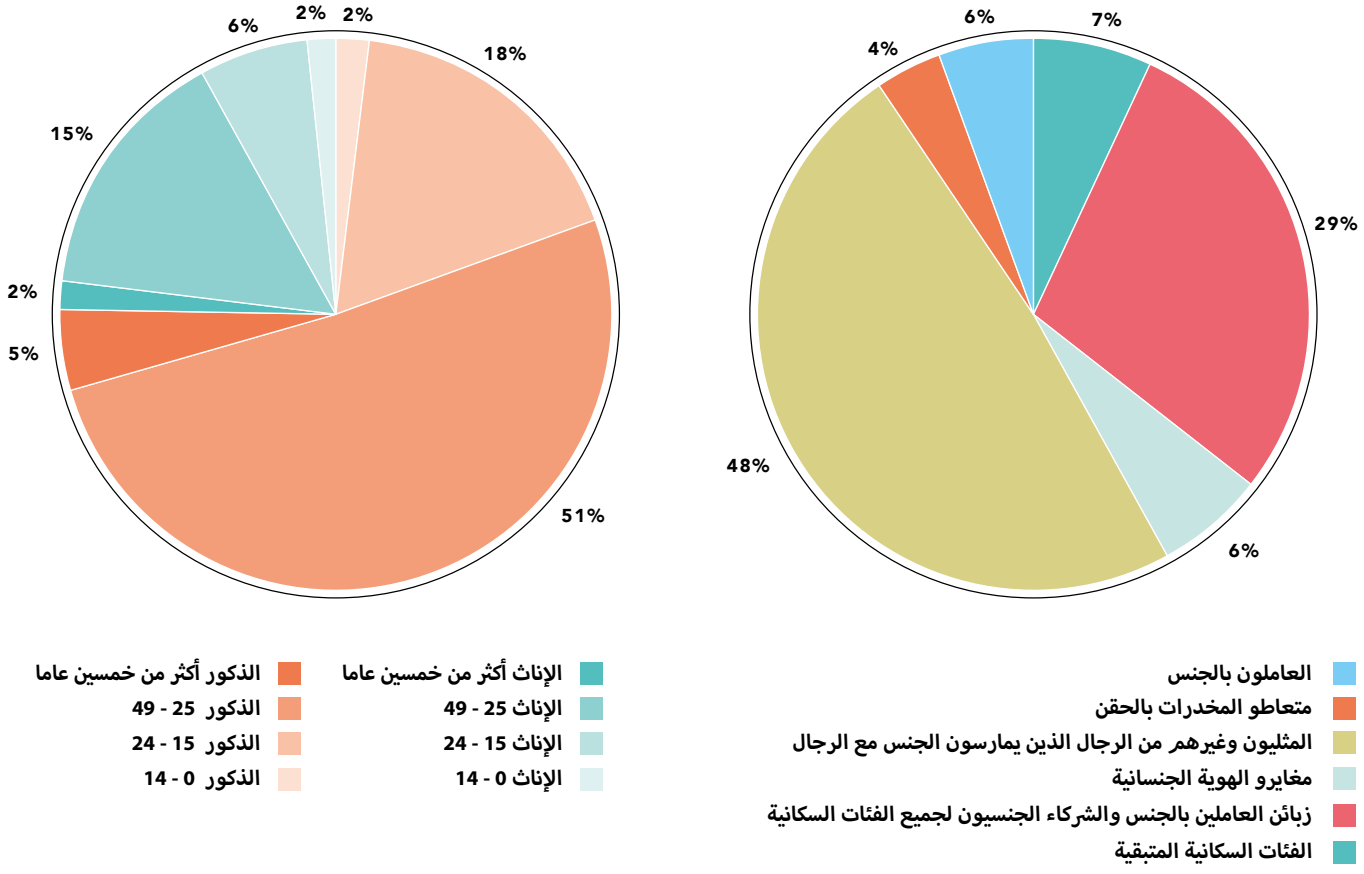
حالة الجائحة

شكل 9.1 عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، أمريكا اللاتينية، 2000-2021



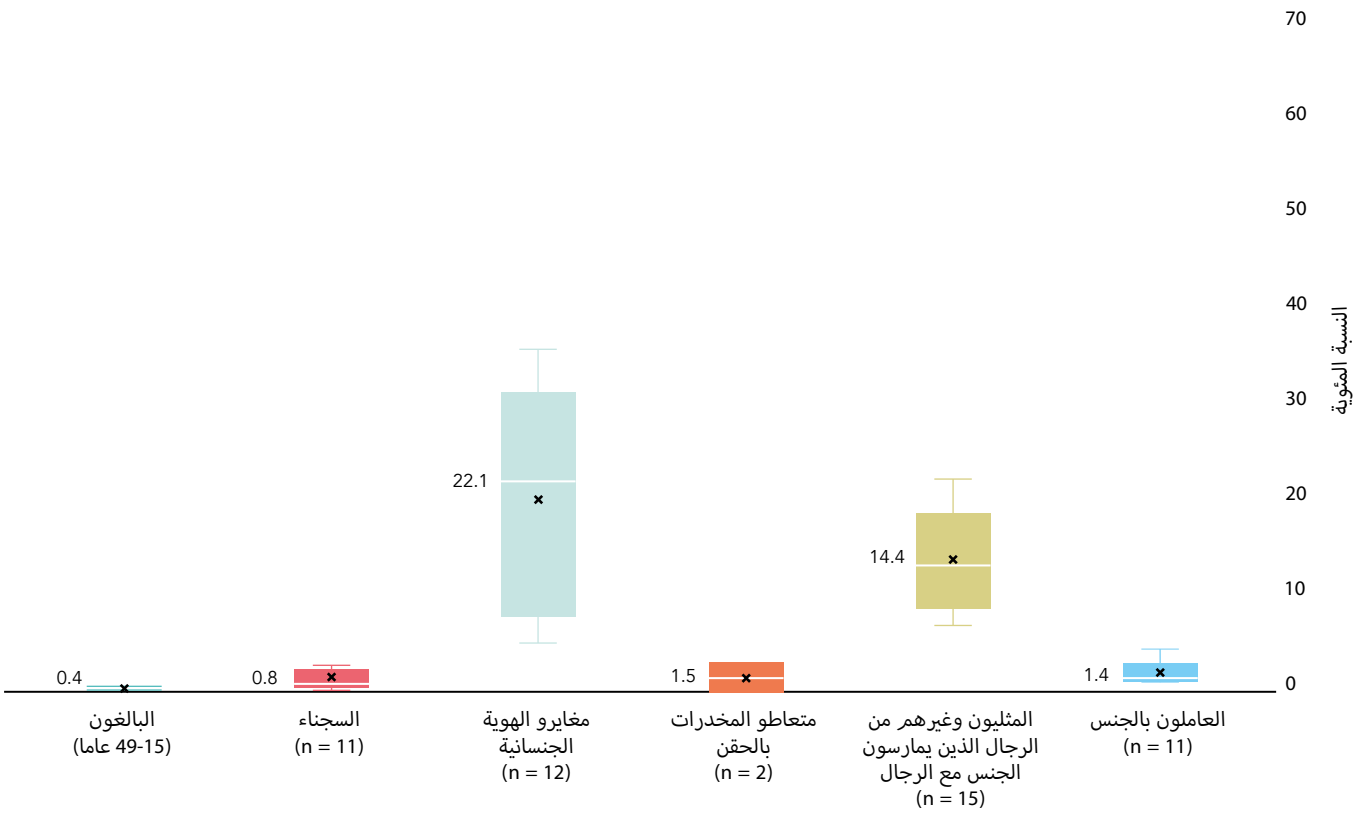
المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

شكل 9.2 انتشار الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب الفئة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما)، أمريكا اللاتينية، 2021

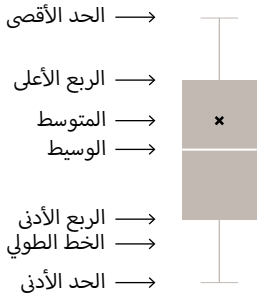


(Source: UNAIDS special analysis, 2022 (see Annex on Methods).

شكل 9.3 معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية مقارنة بالبالغين (15-49 عاما) ، والبلدان المُبلغة في غرب ووسط إفريقيا، 2017-2021



كيفية القراءة



كان متوسط انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين البلدان التي أبلغت عن هذه البيانات في شرق وجنوب أفريقيا:

1.4% بين العاملين بالجنس.
14.4% بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.
1.5% بين متعاطي المخدرات بالحقن.
22.1% بين مغايري الهوية الجنسانية.
0.8% بين السجناء.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري المقدر بين البالغين (15 -49 عاما) هو **6.2% [6.9–5.5%]**.

برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022؛ التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

إن n = عدد البلدان. العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 17.

تحدد حدود عدم التيقن من انتشار البالغين النطاق الذي تكمن فيه القيمة الحقيقية (إذا كان من الممكن قياسها). تشير الحدود الضيقة إلى أن التقدير دقيق، بينما تشير الحدود الواسعة إلى قدر أكبر من عدم اليقين فيما يتعلق بالتقدير.

جدول 9.1 الحجم التقديري المبلغ عنه للفئات السكانية الرئيسية، أمريكا اللاتينية، 2018-2021

	السكان الوطنيون البالغون (15 - 49 عامًا) لعام 2021 أو السنة ذات الصلة	العاملون بالجنس	العاملون بالجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	متعاطو المخدرات بالحقن	متعاطو المخدرات بالحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	مغايرو الهوية الجنسانية	مغايرو الهوية الجنسانية كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)	السجناء	السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)
بوليفيا (دولة متعددة القوميات)	6 200 000			35 500							
برازيل	114 000 000									821 000	0.72%
تشيلي	9 800 000			123 000	1.24%			19 600	0.20%	38 800	0.40%
كولومبيا	27600 000			357 000	1.29%					124 000	0.45%
كوستاريكا	2 600 000							420		15 800	0.61%
جونتيمالا	9 400 000			116 000	1.27%			4300	0.05%	24 500	0.26%
المكسيك	68 400 000	244 000	0.37%	1 226 000	1.85%			123 000	0.19%	202 000	0.31%
نيكاراجوا	3 700 000									21 700	0.59%
بنما	2 200 000	8700		29 700				2000			
باراجواي	3 900 000	9000		27 700				1200			
بيرو	17 400 000			260 000	1.52%			6500			
اروجواي	1 700 000			28 600	1.68%			1600	0.09%		
فنزويلا (جمهورية بوليفاريان)	15 000 000							14 600	0.10%		
متوسط النسبة الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)[a]:			**0.38%**		**1.69%**		**0.16%**		**0.09%**		-

تقديرات حجم السكان الوطنيين **تقديرات حجم السكان المحليين**

بيانات غير كافية **لا توجد بيانات**

[a] ملحوظة: دليل البدء السريع للطيف الترددي، 2020. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز؛ 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/)؛ وحدة الطيف الترددي 2022 ، Demproj؛ التوقعات السكانية في العالم 2019. إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة ، شعبة السكان ؛ 2019 (تم الحصول على البيانات المخصصة عبر الموقع الإلكتروني).

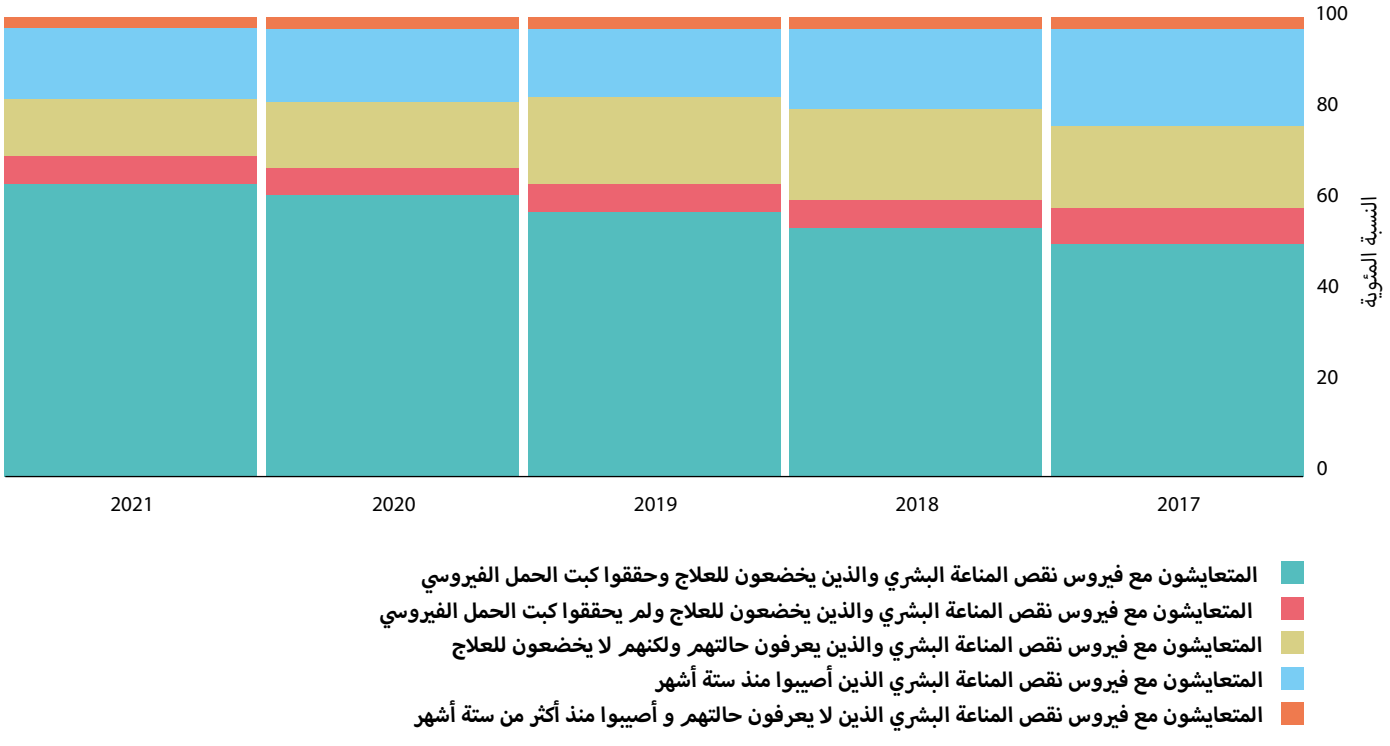
ملحوظة: التقديرات المعروضة هي تقديرات قدمتها الحكومة وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2021. قد تتوفر تقديرات إضافية وبديلة من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس الفئات السكانية الرئيسية (https://kpatlas.unaids.org/) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.

ملحوظة: المناطق التي يغطيها تقدير حجم السكان المحلي هي كما يلي: أفغانستان:

- Bolivia (Plurinational State of): La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz.
- Colombia: Bogotá, Cali and Medellín.
- Costa Rica: Gran Área Metropolitana.
- Panama: Azuero, Bocas del Toro, Chiriquí, Coclé, Comarca Ngäbe-Buglé, Panamá Centro, Panamá Este, Panamá Norte, Panamá Oeste and Veraguas.
- Paraguay: Alto Paraná, Amambay, Área Metropolitana (Asunción and Central) and Caaguazú (sex workers); Alto Paraná, Asunción, Caaguazú and Central (gay men and other men who have sex with men); Amambay, Asunción and Central (transgender people).
- Peru: Lima-Callao, Iquitos Piura, Sullana, Trujillo, Ica, Pisco, Chincha, Pucallpa, Tarapoto.

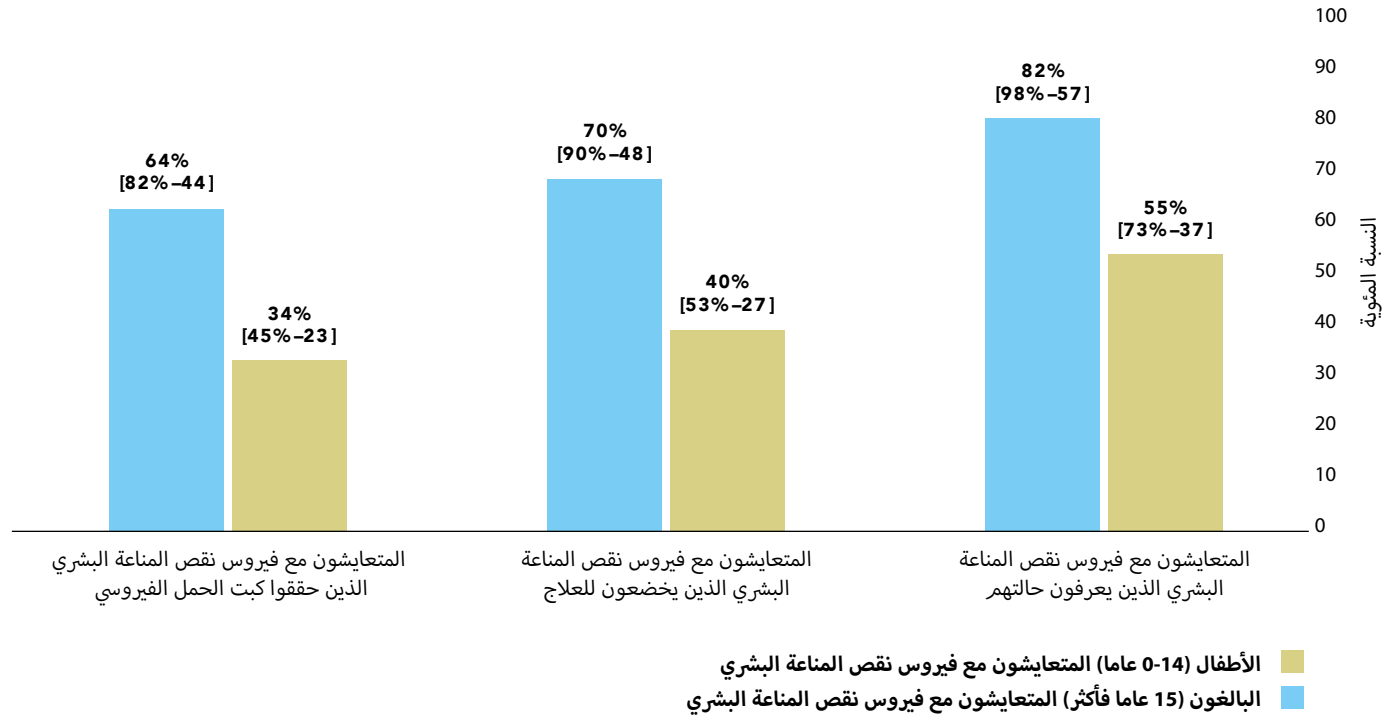
خدمات فيروس نقص المناعة البشري

شكل 9.4 المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والأشخاص المصابون حديثا في الأشهر الستة الماضية، تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، أمريكا اللاتينية، 2017-2021



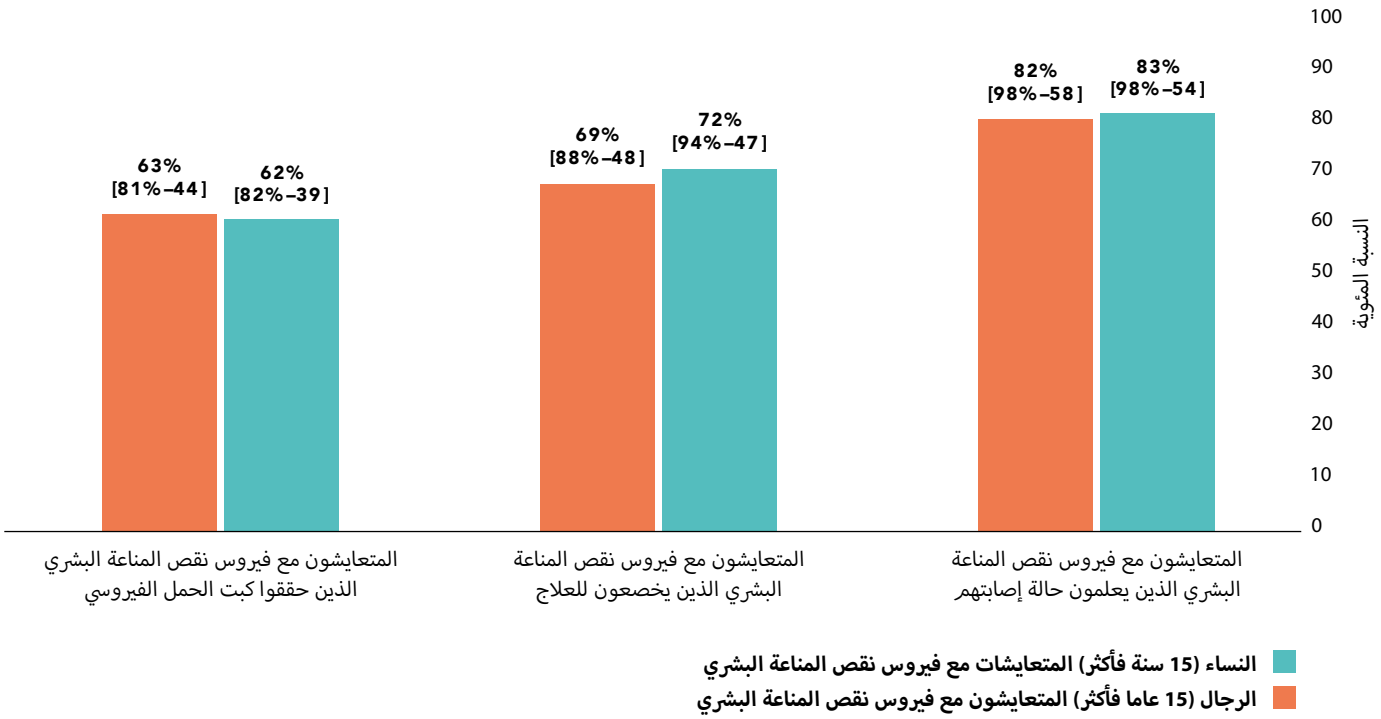
المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

شكل 9.5 تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (0 - 14 عاما) مقارنة بالبالغين (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، أمريكا اللاتينية، 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2022. النسبة المئوية.

شكل 9.6 تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، للنساء (15 عاما فأكثر) مقارنة بالرجال (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، أمريكا اللاتينية، 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2022. النسبة المئوية.

القوانين والسياسات

جدول 9.2 بطاقة قياس أداء القوانين والسياسات، أمريكا اللاتينية، 2022

	القوانين العقابية								
	تجريم مغايري الهوية الجنسانية	تجريم العمل بالجنس	تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة	تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم 21	إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة
الأرجنتين	1	1	1	1	1		1	1
دولة بوليفيا المتعددة القوميات	1	3	1	1	1		1	1
البرازيل	1	1	1	1	1		1	1
تشيلي	1	1	1	1	1		1	1
كولومبيا	1	1	1	1	1		1	1
كوستا ريكا	1	1	1	2	1		1	1
الاكوادور	1	1	1	1	12		1	1
السلفادور	1	4	1	10	13		1	1
غواتيمالا	1	5	1	1	1		1	1
هندوراس	2	2	2	2	1		16	2
المكسيك	2	2	2	2	1		2	2
نيكاراغوا	1	6	1	1	1		1	1
باناما	1	1	1	1	14		17	1
باراغواي	1	1	1	1	1		1	1
بيرو	2	7	9	11	1		18	2
أوروغواي	3	3	3		1		3	2
جمهورية فنزويلا البوليفارية	1	8	1	1	1		1	1

تجريم مغايري الهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

تجريم العمل بالجنس

- أي تجريم أو تنظيم عقابي للعمل بالجنس
- العمل بالجنس غير خاضع للوائح عقابية أو غير مجرم
- البيانات غير متوفرة

تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة

- عقوبة الإعدام
- السجن (من الحكم بـ14 سنة حتى مؤبد، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد عقوبة
- تم إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم تكن موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد
- البيانات غير متوفرة

تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له

- نعم
- لا، لكن توجد الملاحقات القضائية القائمة على قوانين جنائية عامة
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم

- تقوم بالترحيل، وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- لا قيود

إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

	قوانين الحماية				
	القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن
الأرجنتين	1	1	1	1	1
دولة بوليفيا المتعددة القوميات	1	1	1	1	1
البرازيل	1	1	1	1	1
تشيلي	1	1	1	1	1
كولومبيا	1		1	1	3
كوستا ريكا	1	1	1	1	2
الاكوادور	1	1		1	1
السلفادور	1	1	1	1	1
غواتيمالا	1	1	1	1	1
هندوراس	2	2	2	2	2
المكسيك	2	2		2	3
نيكاراغوا	1	1	1	1	1
باناما	1	1	1	1	1
باراغواي	1	1	1	1	1
بيرو					
أوروغواي	3				3
جمهورية فنزويلا البوليفارية	1	1	1	1	1

القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

ملاحظات: تشير الأحكام الدستورية أو الأحكام الأخرى المتعلقة بعدم التمييز إلى ما إذا كان قد تم تفسير الحظر الدستوري للتمييز ليشمل العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية، أو متعاطي المخدرات من قبل المحاكم/سياسة الحكومة و/أو ما إذا كانت هناك أحكام تشريعية أخرى غير تمييزية تحدد العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية أو متعاطي المخدرات.

1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2022 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
3. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
4. El Salvador. Penal Code, Articles 170 and 170A.
5. Guatemala. Article 39 of Decreto 9-2009 (https://www.refworld.org/pdfid/4a03e3d22.pdf).
6. Nicaragua. Penal Code, amended by Law No. 641, 2007. Article 178 (https://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/noticia_reciente/CP_641.pdf).
7. Decreto Legislativo N°635 Codigo Penal. Articles 179 and 181. Lima: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2022 (https://lpderecho.pe/codigo-penal-peruano-actualizado/).
8. Bolivarian Republic of Venezuela. Penal Code, Article 382 (http://oas.org/juridico/spanish/mesicic3_ven_anexo6.pdf).
9. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Geneva: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
10. El Salvador. Artículo 34 de la Ley reguladora de las actividades relativas a las drogas (https://elsalvador.eregulations.org/media/Ley%20reguladora%20de%20las%20actividades%20relativas%20a%20las%20drogas.pdf).
11. Decreto Legislativo N°635 Codigo Penal. Décimo segundo edición official. Article 299. Lima: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2016 (http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/CODIGOPENAL.pdf).
12. Ecuador. Ley 11, Registro Oficial 58, 14 de abril de 2000. Ley para la prevencion y asistencia integral del VIH SIDA (https://oig.cepal.org/sites/default/files/2002_reglamentoleyvih_ecu.pdf).
13. El Salvador. Article 15 of the Ley de Prevencion y Control de la Infeccion Provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_proteccion_control_infeccion_provocada_por_vih.pdf).
14. Panama. Código Penal, Article 308 (https://en.calameo.com/read/0005798491847eb9f9501).
15. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
16. Honduras. Ley especial sobre VIH/SIDA, 1999. Article 60 (https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/hn_0290.pdf).
17. Panama. Normas tecnicas y administrativas del programa nacional de salud integral de los y las adolescentes, 2006 (https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/norma_adolescentes_panama_0.pdf); Articulo 19.2 de la Ley 68 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de informacion y de decision libre (https://www.hospitalsantotomas.gob.pa/download/transparencia/otros_documentos_y_normas/9.6.0-LEY-68-DERECHOS-PACIENTE.pdf).
18. Peru. Articulo 6.2.2 de la NTS Nº 167-2020-MINSA/2020/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para el Atención Integral de la Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)" (https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1402571/RM%20N%C2%B0882-2020-MINSA.PDF.PDF).

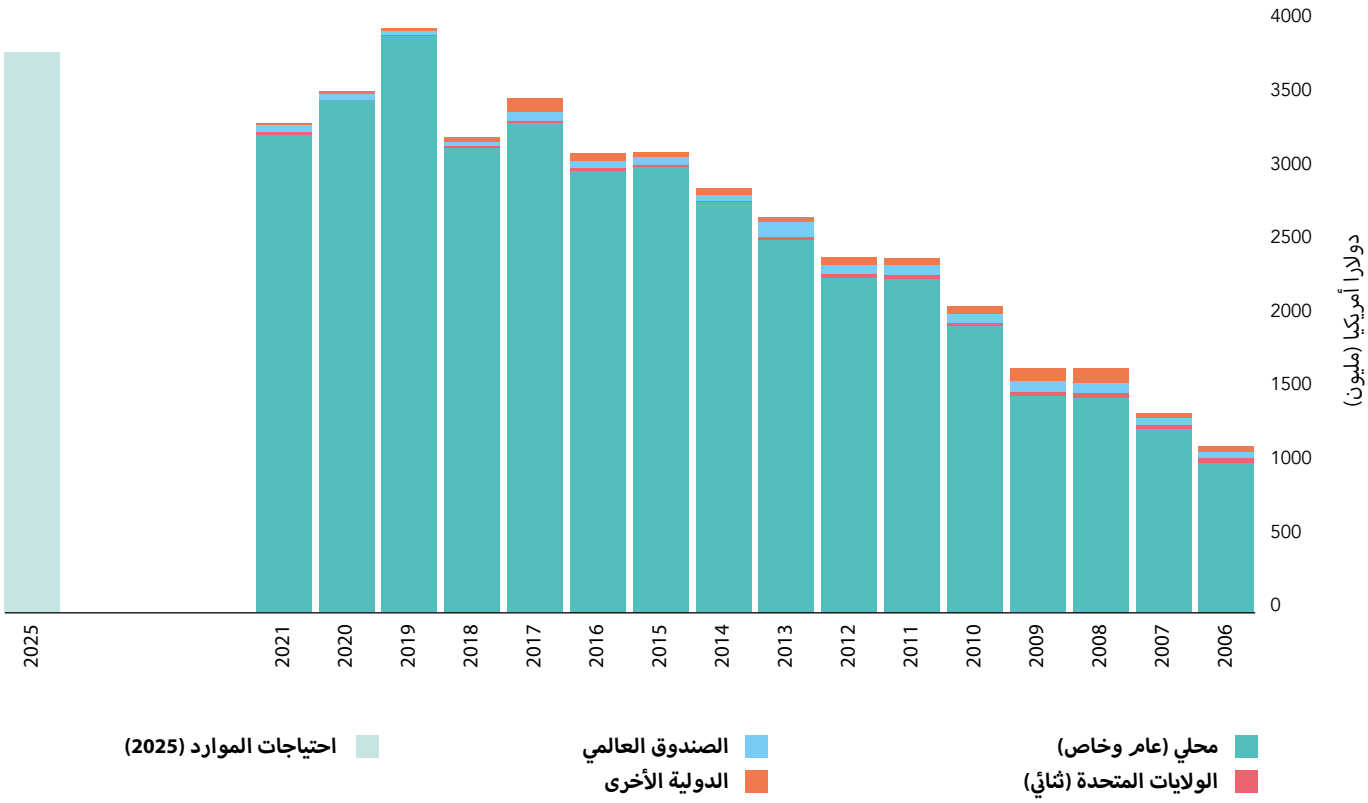
الاستثمار من أجل القضاء على الإيدز

أمريكا اللاتينية على وشك تحقيق هدف عام 2025 لاحتياجات الموارد: يجب سد فجوة تمويل بنسبة 13٪ من أجل تحقيقها. كانت الموارد المحلية هي المحركات الرئيسية لنمو الموارد في المنطقة: فقد زادت بنسبة 67٪ بين 2010-2021، على الرغم من انخفاض بنسبة 38٪ من المصادر الدولية. وتمثل الموارد المحلية نسبة 97٪ من جميع موارد فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة في عام 2021. ولا تزال بعض البلدان - مثل السلفادور وغواتيمالا وهندوراس وباراغواي - تعتمد على الدعم الخارجي لبعض برامج الفيروس، لا سيما تلك التي تركز على الفئات السكانية الرئيسية، الذي سيكون حاسما بالنسبة لهذه البلدان لتطوير خطط الاستدامة.

ولتحقيق هدف عام 2025، يجب أن تركز الاستثمارات المحلية على برامج الوقاية الأساسية. واستنادا إلى أحدث بيانات الإنفاق من 11 دولة، فإن متوسط الحصة الإقليمية (1.5٪) من إجمالي الإنفاق على برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري بالنسبة للفئات السكانية الرئيسية أقل من المتوسط العالمي (3.5٪). وفي حين أن بعض البلدان - بما في ذلك السلفادور، وهندوراس، وباراغواي - تخصص موارد كبيرة لبرامج الفئات السكانية الرئيسية، أفاد البعض الآخر بتخصيص حصة ضئيلة من إجمالي إنفاقهم على التدخلات الخاصة بالفئات السكانية الرئيسية، على الرغم من الاستثمارات الكبيرة في برامج الفيروس.

يجب أن تؤكد المنطقة وتنفذ عمليات الكفاءة التخصيصية والفنية في برامجها لاستخدام الموارد المتاحة بكفاءة. كما أن هناك حاجة لخفض أسعار الوحدات من مضادات الفيروسات القهقرية: سيؤدي خفض أسعار العلاج المضاد للفيروسات القهقرية من الخط الثاني في المنطقة إلى تحقيق وفورات كبيرة.

شكل 9.7 توافر الموارد لفيروس نقص المناعة البشري، أمريكا اللاتينية، 2006-2021، والاحتياجات المقدرة من الموارد الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري بحلول عام 2025



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز (http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html) ؛ Brown T ، Kelly S ، Teng Y ، Glaubius R ، Stover J. Hallett TB et al. نمذجة الأثر الوبائي لأهداف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2025 لإنهاء الإيدز باعتباره تهديدًا للصحة العامة بحلول عام 2030. PLoS Med. 2021 ؛ 18 (10): e1003831.

ملاحظة: تقديرات الموارد معروضة بالدولار الأمريكي الثابت لعام 2019. (مليون دولار).

المراجع

1. *Moloney A. LGBT+ murders at 'alarming' levels in Latin America – study. In: Reuters* *Internet*\. 8 *August* 2019. *Reuters; c*2022 (*https://www.reuters.com/article/us-latam-lgbt-killings/lgbt-murders-at-alarming-levels-in-latin-america-study-idUSKCN1UY2GM*).

2. *Trans day of remembrance: an urgent call to combat transphobia in Latin America. In: Race and Equality* *Internet*\. 20 *November* 2021. *Washington* (*DC*): *Institute on Race, Equality and Human Rights; c*2018 (*https://raceandequality.org/english/trans-day-of-remembrance-2021/*).

3. *World Inequality Database* *database*\. *WID.World; c*2022 (*https://wid.world/es/mundo#sptinc_p90p100_z/US;FR;DE;CN;ZA;GB;WO/last/eu/k/p/yearly/s/false/23.469/80/curve/false/country*).

4. *Economic Commission for Latin America and the Caribbean* (*ECLAC*). *Special analysis* 2021 (https://www.cepal.org/en/publications/47719-social-panorama-latin-america-2021).

5. SIGI 2020 regional report for Latin America and the Caribbean. Paris: Social Institutions and Gender Index, OECD; 2020 (https://doi.org/10.1787/cb7d45d1-en).

البروفيلات الإقليمية

منطقة الكاريبي



يوجد في منطقة الكاريبي أعلى معدل لانتشار فيروس نقص المناعة البشري في أية منطقة خارج أفريقيا جنوب الصحراء، لكن المنطقة قد خطت خطوات مهمة في استجابتها للفيروس. فقد انخفض عدد الأشخاص المصابين حديثا بالفيروس في عام 2021 (14.000 [18.000-9500]) بنسبة 28٪ عن عام 2010، وانخفضت الوفيات المرتبطة بالإيدز (5700 [7600-4200] في عام 2021) بنسبة 50٪. كما انخفضت الإصابات الجديدة بالفيروس بين الأطفال بنسبة 47٪ من عام 2010 إلى عام 2021.

ومن بين أولئك المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة في عام 2021، كان 84٪ يعرفون حالة الفيروس لديهم و83% من الأشخاص الذين يعرفون إصابتهم بالفيروس يحصلون على العلاج (70٪ من جميع المتعايشين مع الفيروس). ومن الأشخاص الذين يتلقون العلاج، قام 87 ٪ بكبت الحمل الفيروسي (61 ٪ من جميع المتعايشين مع الفيروس). ولا تزال تغطية التشخيص والعلاج أقل لدى الرجال مقارنة بالنساء، مع وجود فجوة لا تضيق (شكل 10.6).

وقد أدرجت 6 بلدان فقط في المنطقة العلاج الوقائي اليومي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم في إرشاداتها الوطنية، مع قيام خمس دول بتوفير هذا العلاج من خلال المرافق العامة ودولة واحدة تتيحه من خلال التوزيع الذي يقوده المجتمع.

ويجب توسيع نطاق استراتيجيات فيروس نقص المناعة البشري التي يقودها المجتمع المحلي وضمان التكامل المناسب في الاستجابات الوطنية. ويمكن أن يضمن التعاقد الاجتماعي أو الاستراتيجيات الأخرى استدامة طويلة الأجل للاستجابات التي يقودها المجتمع في الاستجابة للفيروس (1).

1. الدول الستة هي: جزر الباهاما، وبربادوس، وجمهورية الدومينيكان، وهاييتي، وجامايكا، وسانت لويس.
2. الدول الخمسة هي: جزر الباهاما، وبربادوس، وجمهورية الدومينيكان، وهاييتي، وسانت لويس.

وهناك حاجة إلى جهود مكثفة للاستفادة من عوامل التمكين المجتمعية، مثل المساواة بين الجنسين، ومكافحة التمييز، والحماية الاجتماعية/المالية لتحسين الاختبار، وبدء العلاج، ونتائج العلاج. إن استمرار الوصم والتمييز تجاه المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية - والمستويات المرتفعة من العنف القائم على النوع الاجتماعي - يعيق الاستجابة الفعالة للإيدز في جميع أنحاء المنطقة (2-5). وهناك حاجة ماسة للقيادة السياسية، والمراجعة القانونية والإصلاح - بالإضافة إلى الاتصال الجماهيري وحملات حقوق الإنسان والحوارات المجتمعية - لمعالجة العوامل الهيكلية التي تحد من الوصول إلى الخدمات وتزيد من قابلية الإصابة بالفيروس.

وغالبا ما تكون البيانات الاستراتيجية حول المجالات الرئيسية للوباء والاستجابة لها، مثل تقديرات حجم الفئات السكانية الرئيسية وتقديم الخدمات، غير متوفرة. وهناك حاجة إلى الدعم الفني والاستثمارات لتحسين البيانات واستخدامها بفعالية، بما في ذلك الرصد الفعال للجهود المبذولة لإنهاء اللامساواة والدمج الكامل للرصد الذي يقوده المجتمع المحلي في أنظمة المعلومات الاستراتيجية الوطنية.

6

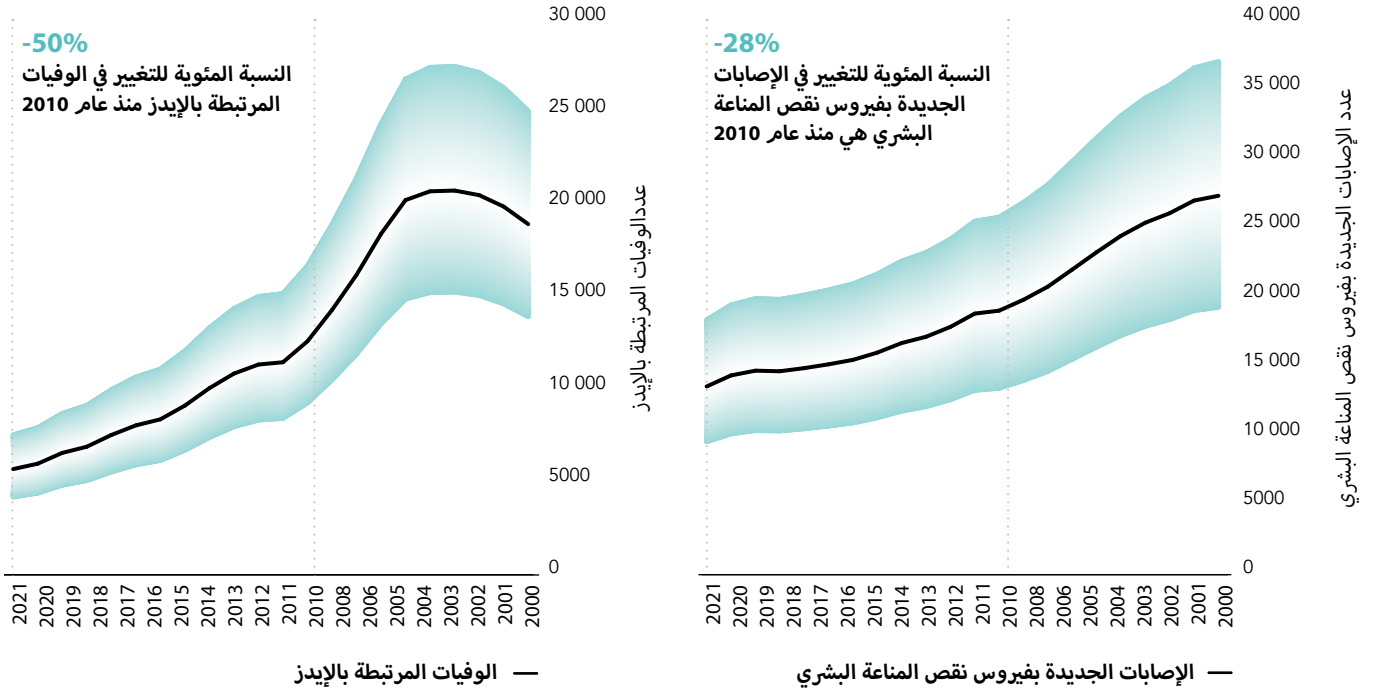
بلدان في المنطقة أدرجت العلاج الوقائي اليومي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم في إرشاداتها الوطنية



© JASL

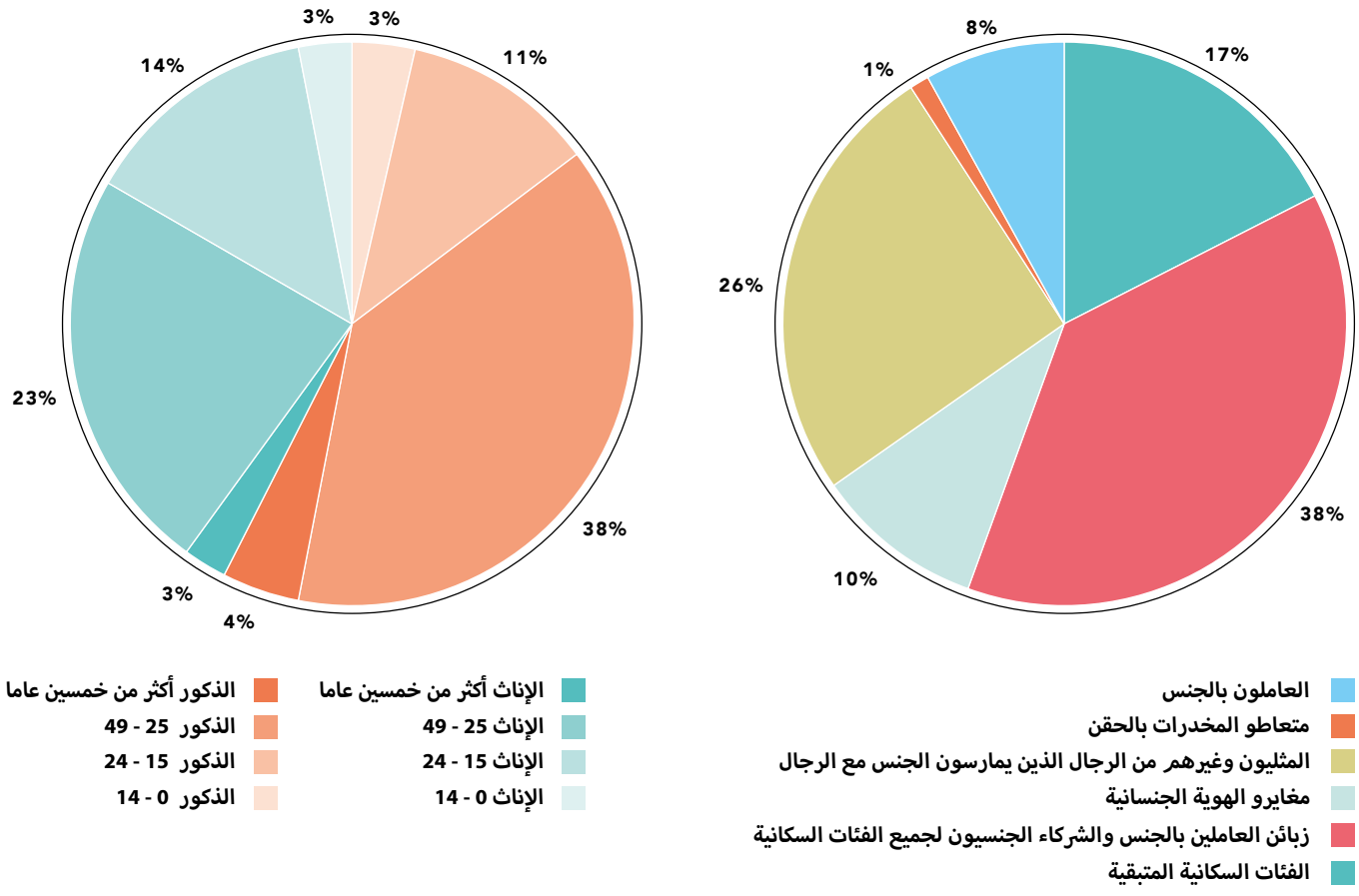
حالة الجائحة

شكل 10.1 عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، منطقة البحر الكاريبي، 2000-2021



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

شكل 10.2 انتشار الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب الفئة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما)، منطقة البحر الكاريبي، 2021

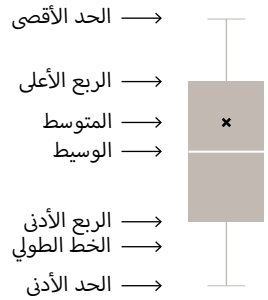


Source: UNAIDS special analysis, 2022 (see Annex on Methods).

شكل 10.3 انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية مقارنة بالبالغين (15 - 49 عاما)، والبلدان المبلغة في منطقة البحر الكاريبي، 2017-2021



كيفية القراءة



كان متوسط انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين البلدان التي أبلغت عن هذه البيانات في شرق وجنوب أفريقيا:

0.8% بين العاملين بالجنس.
3.4% بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.
27.7% بين مغايري الهوية الجنسانية.
3.8% بين السجناء.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري المقدر بين البالغين (15 -49 عاما) هو **6.2% [6.9–5.5%]**.

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022؛ التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

إن n = عدد البلدان. العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 17.

تحدد حدود عدم التيقن من انتشار البالغين النطاق الذي تكمن فيه القيمة الحقيقية (إذا كان من الممكن قياسها). تشير الحدود الضيقة إلى أن التقدير دقيق، بينما تشير الحدود الواسعة إلى قدر أكبر من عدم اليقين فيما يتعلق بالتقدير.

جدول 10.1 الحجم التقديري المبلغ عنه للفئات السكانية الرئيسية، منطقة البحر الكاريبي، 2018-2021

	السكان الوطنيون البالغون (15 - 49 عامًا) لعام 2021 أو السنة ذات الصلة	العاملون بالجنس	العاملون بالجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	متعاطو المخدرات بالحقن	متعاطو المخدرات بالحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	مغايرو الهوية الجنسانية	مغايرو الهوية الجنسانية كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)	السجناء	السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)
باهامز	210 000									2300	1.11%
جمهورية الدومينيكان	5 800 000									29 100	0.50%
هايتي	6 200 000									11 300	0.18%
جامايكا	1 600 000			42 400	2.62%			3800	0.24%		
سانت لوسيا	184 000			3000	1.65%					500	0.26%
سانت فنسنت و جزر غرينادين	111 000										
سورينام	300 000										
متوسط النسبة الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)[a]:			**1.57%**		**1.36%**		**-**		**0.18%**		**-**

تقديرات حجم السكان الوطنيين **تقديرات حجم السكان المحليين**

بيانات غير كافية **لا توجد بيانات**

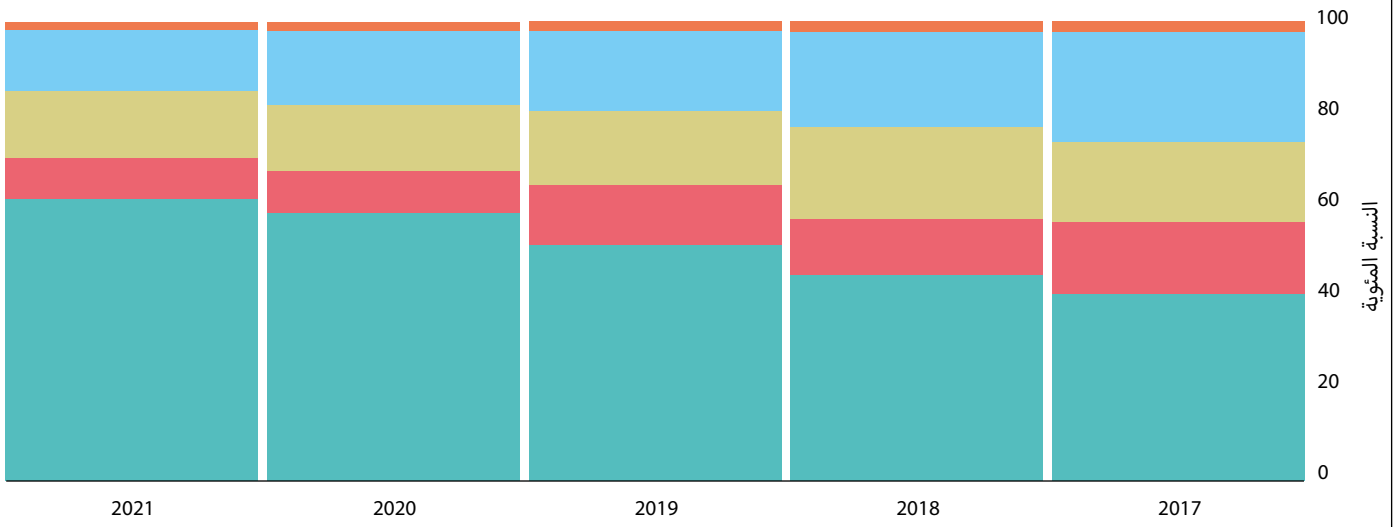
[a] ملحوظة: دليل البدء السريع للطيف الترددي، 2020. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك بالإيدز؛ 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالم، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/)؛ وحدة الطيف الترددي 2022 ، Demproj؛ التوقعات السكانية في العالم 2019. إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة، شعبة السكان؛ 2019 (تم الحصول على البيانات المخصصة عبر الموقع الإلكتروني).

ملحوظة: التقديرات المعروضة هي تقديرات قدمتها الحكومة وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2021. قد تتوفر تقديرات إضافية وبديلة من مصادر مختلفة ، بما في ذلك أطلس السكان الرئيسيين (https://kpatlas.unaids.org/) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.

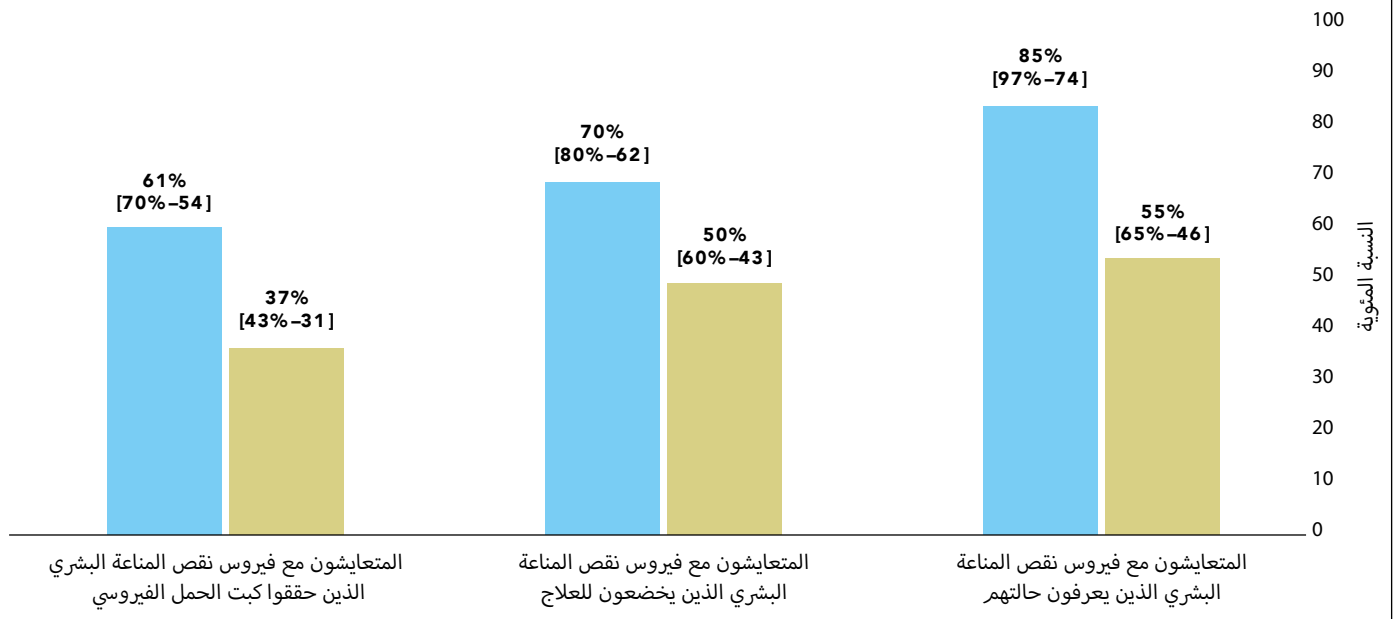
خدمات فيروس نقص المناعة البشري

شكل 10.4 المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والأشخاص المصابون حديثا في الأشهر الستة الماضية، تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، منطقة البحر الكاريبي، 2017-2021



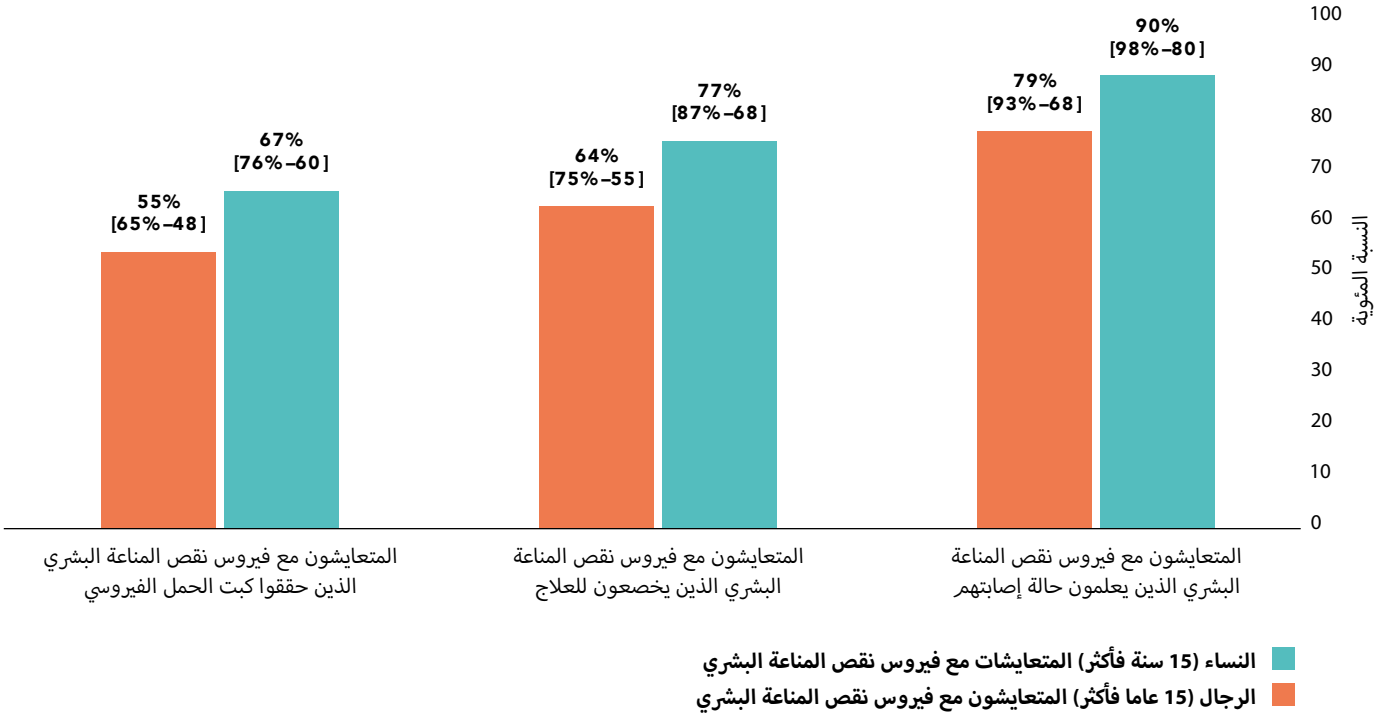
المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

شكل 10.5 تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (0 - 14 عاما) مقارنة بالبالغين (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما) ، الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، منطقة البحر الكاريبي، 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2022.

شكل 10.6 تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، للنساء (15 عاما فأكثر) مقارنة بالرجال (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، منطقة البحر الكاريبي، 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2022.

القوانين والسياسات

جدول 10.2 بطاقة قياس أداء القوانين والسياسات، منطقة البحر الكاريبي، 2022

	القوانين العقابية							
	تجريم مغايري الهوية الجنسانية	تجريم العمل بالجنس	تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة	تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم 21	إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة
أنتيغوا وبربودا	3	7	15	1	1		3	3
جزر البهاما	2	2	2	2	2		2	2
بربادوس	2	8	8	2	3		3	1
بليز	6	9	16	20	24		27	
كوبا	3	10	16	5	3		3	3
دومينيكا	5	11	16		5		5	5
جمهورية الدومينيكان	1	12	1	1	1		1	1
غرينادا		13	16	21	25			
غيانا	3	14	17	3	1		27	3
هايتي	1	1	1	1	1		2	1
جامايكا	1	1	1	1	1		1	1
سانت كيتس ونيفيس	2	2	2	22	2		2	2
سانت لوسيا	1	1	1	1	1		1	1
سانت فنسنت وجزر غرينادين		3	18	23	3			3
سورينام	5		16		5		4	4
ترينداد وتوباغو	1	2	19	2	1		2	2

تجريم مغايري الهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

تجريم العمل بالجنس

- أي تجريم أو تنظيم عقابي للعمل بالجنس
- العمل بالجنس غير خاضع للوائح عقابية أو غير مجرم
- البيانات غير متوفرة

تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة

- عقوبة الإعدام
- السجن (من الحكم بـ14 سنة حتى مؤبد، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد عقوبة
- تم إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم تكن موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد
- البيانات غير متوفرة

تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له

- نعم
- لا، لكن توجد الملاحقات القضائية القائمة على قوانين جنائية عامة
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم

- تقوم بالترحيل، وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- لا قيود

إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

	قوانين الحماية				
	القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن
أنتيغوا وبربودا	1				3
جزر البهاما	2		2		2
بربادوس					2
بليز					
كوبا	3				3
دومينيكا					5
جمهورية الدومينيكان	1	1	1	1	1
غرينادا					
غيانا	3				3
هايتي	1	1	1	1	1
جامايكا	1	1	1	1	1
سانت كيتس ونيفيس	2	2	2	2	2
سانت لوسيا	1	1	1	1	1
سانت فنسنت وجزر غرينادين					
سورينام					5
ترينداد وتوباغو	2	2	2	2	2

القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

ملاحظات: تشير الأحكام الدستورية أو الأحكام الأخرى المتعلقة بعدم التمييز إلى ما إذا كان قد تم تفسير الحظر الدستوري للتمييز ليشمل العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية، أو متعاطي المخدرات من قبل المحاكم/سياسة الحكومة و/أو ما إذا كانت هناك أحكام تشريعية أخرى غير تمييزية تحدد العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية أو متعاطي المخدرات.

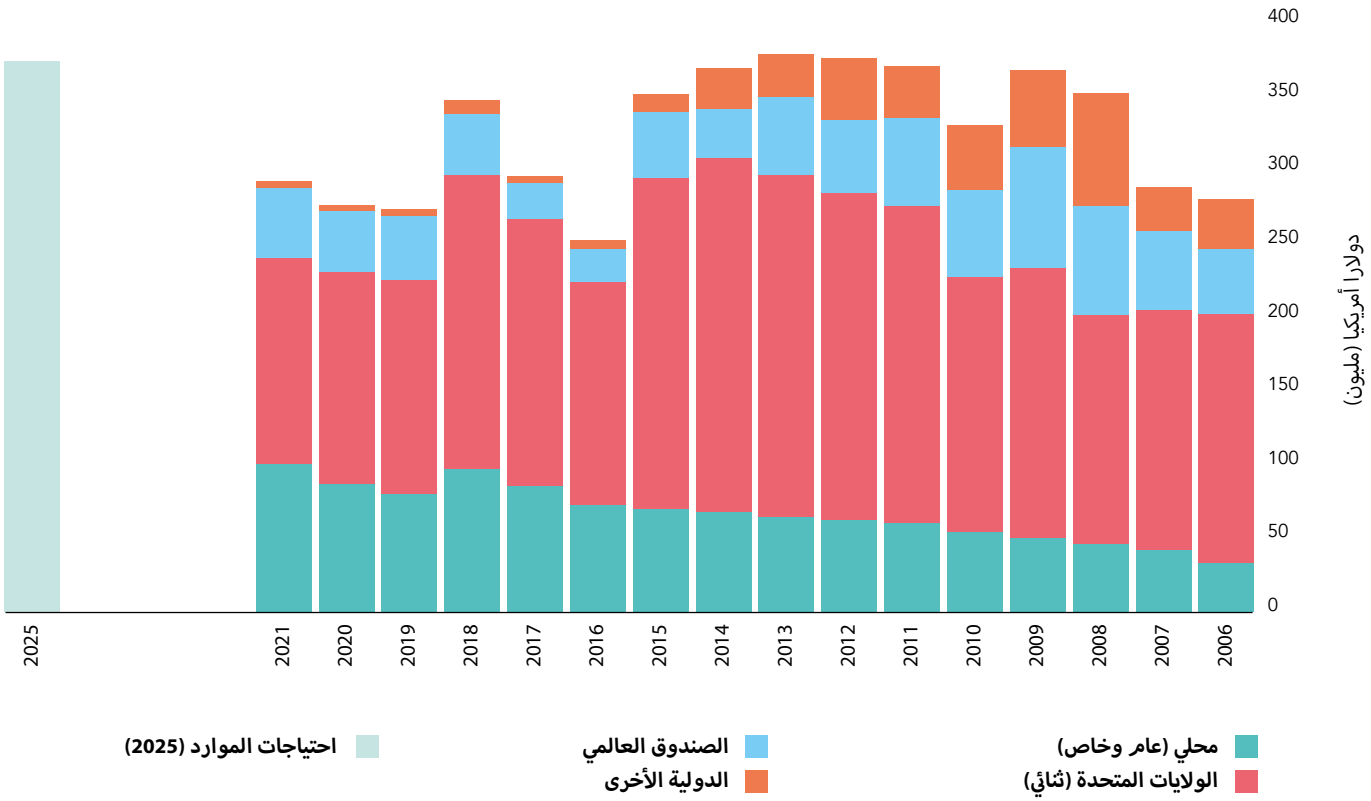
1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2022 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
3. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
4. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2018 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
5. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
6. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. Geneva: ILGA World; 2020.
7. Antigua and Barbuda. The Sexual Offences Act, 1995 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/42538/79312/F1146620290/ATG42538.pdf).
8. Barbados. Sexual Offences Act, 1992. Section 9 (http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/lgbti2.pdf).
9. Belize. Criminal Code, Chapter 101. Article 49 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/68422/66703/F1776464508/BLZ68422.pdf).
10. Cuba. Penal Code, Article 302 (https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/cu/cu004es.pdf).
11. Dominica. Sexual Offences Act (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/49696/87821/F1766139650/DMA49696.pdf).
12. Dominican Republic. Penal Code, Article 334 (https://www.oas.org/dil/esp/C%C3%B3digo%20Penal%20de%20la%20Rep%C3%BAblica20Dominicana.pdf); National Commitments and Policy Instrument, 2022.
13. Grenada. Criminal Code, Chapter 72A (76 of 1958). Section 137 (30) (https://laws.gov.gd/index.php?option=com_edocman&view=category&id=686&Itemid=183).
14. Guyana. Articles 165–168, Summary Jurisdiction (Offences) (http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_guy_summ.pdf).
15. High Court of Justice of Antigua and Barbuda. Orden David et al v The Attorney General Of Antigua and Barbuda (https://www.eccourts.org/orden-david-et-al-v-the-attorney-general-of-antigua-and-barbuda/).
16. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Geneva: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
17. Guyana. Criminal Law (Offences), Chapter 8:01. Article 352 (https://mola.gov.gy/sites/default/files/Cap%20801.pdf#page=184).
18. Saint Vincent and the Grenadines. Criminal Code, Section 146 (http://www.oas.org/en/sla/dlc/mesicic/docs/mesicic5_svg_annex8.pdf).
19. Judgement of the High Court of Trinidad and Tobago, 2018. Jason Jones vs Attorney General of Trinidad and Tobago (https://dloc.com/AA00063330/00001).
20. Belize. Misuse of Drugs Act, Chapter 103. Revised edition (2000). Section 7 (http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/BZ/misuse_of_drugs_act.pdf).
21. Grenada. Drug Abuse (Prevention and Control) Act (7 of 1992). Chapter 84A, Sec. 6 (https://laws.gov.gd/index.php?option=com_edocman&view=category&id=710&Itemid=184).
22. St Christopher and Nevis. Drugs (Prevention and Abatement of the Misuse and Abuse of Drugs) (Amendment) Act. (https://aglcskn.info/wp-content/documents/Annual-Laws/2019/ACTs/Act-6-Drugs-Amendment-2019.pdf).
23. Saint Vincent and the Grenadines. Drugs (Prevention of Misuse) Act. Revised edition 1990. Chapter 219. Sec. 7(1) (http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/VC/drugs_act.pdf).
24. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; May 2019.
25. HIV Justice Network [database]. Amsterdam: HIV Justice Foundation; c2022 (https://www.hivjustice.net).
26. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
27. Sexual Rights Initiative database [database]. Sexual Rights Initiative; c2016 (http://sexualrightsdatabase.org/map/21/Adult%20sex%20work).

الاستثمار من أجل القضاء على الإيدز

لا تزال الاستجابة الإقليمية لفيروس نقص المناعة البشري تعتمد بشكل كبير على المصادر الخارجية، حيث تشكل الموارد المحلية ٪31 فقط من التمويل الإقليمي للفيروس في عام 2021. إن التمويل الثنائي من حكومة الولايات المتحدة هو المصدر الرئيسي للتمويل الخارجي في المنطقة، حيث ساهم في ٪48 من جميع الموارد الإقليمية في 2021؛ التالي هو الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي)، بنسبة ٪16. وبشكل عام، زادت الموارد المحلية للفيروس في المنطقة بنسبة ٪87 خلال الفترة 2010-2021، في حين أن أكبر مصادر التمويل الخارجي - خطة الرئيس الأمريكي للطوارئ للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي - خفضت مواردها بمقدار ٪20 و٪19 على التوالي. كما انخفضت مصادر التمويل الثنائية الأخرى بنسبة ٪91 خلال نفس الفترة.

وهناك فجوة تمويلية تبلغ ٪22 للمنطقة لتحقيق أهداف احتياجات الموارد لعام 2025. فقد انخفض إجمالي موارد الفيروس بنسبة ٪12 خلال العقد الماضي، وتحتاج المنطقة إلى وضع خطة شاملة لتعبئة الموارد. ويتضح الاعتماد على المانحين الدوليين بشكل خاص في خدمات الجمع بين وسائل الوقاية للفئات السكانية الرئيسية. ويجب على الحكومات العمل على زيادة الاستثمار الداخلي في فيروس نقص المناعة البشري والصحة، واستخدام الموارد المتاحة بأكبر قدر ممكن من الفعالية، ودعوة المانحين الدوليين لتأخير انسحابهم من المنطقة في ضوء الضرر الاقتصادي الناجم عن جائحة كوفيد19-.

شكل 10.7 توافر الموارد لفيروس نقص المناعة البشري، منطقة البحر الكاريبي، 2010-2020، والاحتياجات المقدرة من الموارد للفيروس بحلول عام 2025



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ، 2022 (http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html) ؛ Stover J ، Glaubius R ، Teng Y ، Kelly S ، Brown T ، Hallett TB et al. نمذجة الأثر الوبائي لأهداف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2025 لإنهاء الإيدز باعتباره تهديدًا للصحة العامة بحلول عام 2030. PLoS Med. 2021 ؛ 18 (10): e1003831.

ملاحظة: تقديرات الموارد معروضة بالدولار الأمريكي الثابت لعام 2019. (مليون دولار).

المراجع

1. *More Territories ready to Invest in Social Contracting*. *In*: *Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS* *Internet*\. 27 *April* 2022. *PANCAP; c*2022 *https://pancap.org/pancap-releases/pancap-collaborating-with-regional-stakeholders-to-advocate-for-social-contracting-as-a-valuable-tool-for-the-hiv-response/*\).
2. *Global commitments, local action*. *Geneva*: *UNAIDS;* 2021 *https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-commitments-local-action_en.pdf*\).
3. *Confronting inequalities*: *lessons from pandemic responses from* 40 *years of AIDS*. *Geneva*: *UNAIDS;* 2021 *https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf*\).
4. *HIV and stigma and discrimination*. *Geneva*: *UNAIDS;* 2021 *https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrmination_en.pdf*\).
5. *GBV In The Caribbean*. *In*: *UN Women Caribbean* *Internet*\. *New York*: *UN Women* *https://caribbean.unwomen.org/en/caribbean-gender-portal/caribbean-gbv-law-portal/gbv-in-the-caribbean*\).

البروفيلات الإقليمية

منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا



لقد زادت الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بنسبة 33٪ من عام 2010 إلى عام 2021، مما يجعلها واحدة من ثلاث مناطق فقط في العالم - مع شرق أوروبا، وآسيا الوسطى وأمريكا اللاتينية - حيث لا يزال الفيروس في ازدياد. وينتقل وباء فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة، في المقام الأول، عن طريق الانتقال بين الفئات السكانية الرئيسية التي تشير التقديرات إلى أنها، إلى جانب شركائها الجنسيين، مسؤولة عن 85٪ من الإصابات الجديدة.

وفي حين أن الوفيات المرتبطة بالإيدز قد انخفضت بنسبة 22٪ منذ عام 2010، فإن هذا أقل بكثير من الانخفاض العالمي البالغ 52٪، وقد توقف التقدم أكثر منذ عام 2019. ويساهم التأخير في اختبار فيروس نقص المناعة البشري في نتائج سيئة للفيروس: اعتبارا من عام 2021، 67٪ فقط من المتعايشين مع الفيروس يعرفون حالة الفيروس لديهم. ويؤدي الاختبار غير الفعال والعلاج دون المستوى الأمثل إلى نقص التشخيص، واستمرار الانتقال، وتأخر العلاج، وارتفاع معدل الوفيات (1). وقد وجدت مراجعة حديثة أن النسبة المئوية للأشخاص الذين تم تشخيصهم حديثا والذين يقدمون أنفسهم للاختبار في مرحلة متقدمة من المرض ارتفعت من 27٪ في عام 2017 إلى 37٪ في عام 2019 (1).

وعلاوة على ذلك، لا تركز خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشري على الفئات السكانية الرئيسية المعرضة لخطر أكبر (1). ففي حين أن منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا هي المنطقة التي بها أقل عبء للفيروس في العالم - فقد كان بها 180.000 [210.000-150.000] متعايش مع الفيروس في نهاية عام 2021 - فهي أيضا المنطقة التي لديها أقل تغطية لعلاج الفيروس في العالم (50٪ من المتعايشين مع الفيروس في عام 2021) وأدنى نسبة من المتعايشين مع الفيروس الذين حققوا كبت الحمل الفيروسي (44٪ في عام 2021). كما أن تغطية التشخيص والعلاج لدى النساء أقل من تلك التي بين الرجال (على عكس معظم المناطق الأخرى)، وتغطية علاج الأطفال والوقاية من الانتقال الرأسي للفيروس هي الأدنى في العالم. وعلاوة على ذلك، فإن منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا هي المنطقة الوحيدة التي فشلت فيها إصابات الأطفال في الانخفاض منذ عام 2010: 40٪ فقط من الأطفال المتعايشين مع الفيروس كانوا يحصلون على خدمات العلاج في عام 2021، ويتلقى العديد منهم نظما غير مثالية لفيروس نقص المناعة البشري (1).

1. في جولة التقدير لعام 2022، انتقلت جمهورية إيران الإسلامية من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى منطقة آسيا والمحيط الهادئ (انظر المنهج).

وعلى الرغم من هذا التقدم الإقليمي البطيء، فإن بعض البلدان تحرز تقدما مرحبا به. ففي لبنان والجزائر، على سبيل المثال، يعرف أكثر من 80٪ من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري حالة الفيروس لديهم، وفي الجزائر، يحصل أكثر من 90٪ من الذين يعرفون حالة الفيروس لديهم على العلاج. وتتجه العديد من البلدان نحو القضاء على الانتقال الرأسي للفيروس. وبدعم من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي)، تكتسب الاستجابات التي يقودها المجتمع المحلي زخما جديدا، كما تم تعزيز وصول خدمات الفيروس إلى الفئات السكانية الرئيسية والضعيفة المتضررة من حالات الطوارئ الإنسانية.

وسيتطلب البناء على هذا الزخم جهودا منسقة للتغلب على التحديات الرئيسية. فالمعلومات الاستراتيجية عن فيروس نقص المناعة البشري في الفئات السكانية الرئيسية لا تزال محدودة أو قديمة (شكل 11.4)، مما يقوض الجهود الرامية إلى الفهم الكامل لطبيعة وحجم الوباء والتركيز على المجتمعات الأكثر احتياجا. كما أدت النزاعات المسلحة والكوارث الطبيعية، التي تفاقمت بسبب الآثار المستمرة لكوفيد19-، إلى زيادة نقاط الضعف المرتبطة بالفيروس. فالإيدز مرض مهمل في المنطقة، حيث يتلقى القليل من الاهتمام السياسي أو الاستثمار في العديد من البلدان. إن وضع الاستجابة الإقليمية على المسار الصحيح يتطلب ما يلي: (أ) زيادة تمكين المجتمعات المحلية والمجتمع المدني؛ (ب) التزام سياسي أقوى يتجلى في زيادة التمويل المحلي لفيروس نقص المناعة البشري؛ (ج) تحسين إدماج الفيروس في خطة التنمية الأوسع نطاقا؛ (د) العمل المتضافر للقضاء على الوصم والتمييز المتجذرين، بما في ذلك إلغاء القوانين العقابية التي تغذي التفاوتات التي تؤدي إلى انتشار الوباء.

%33

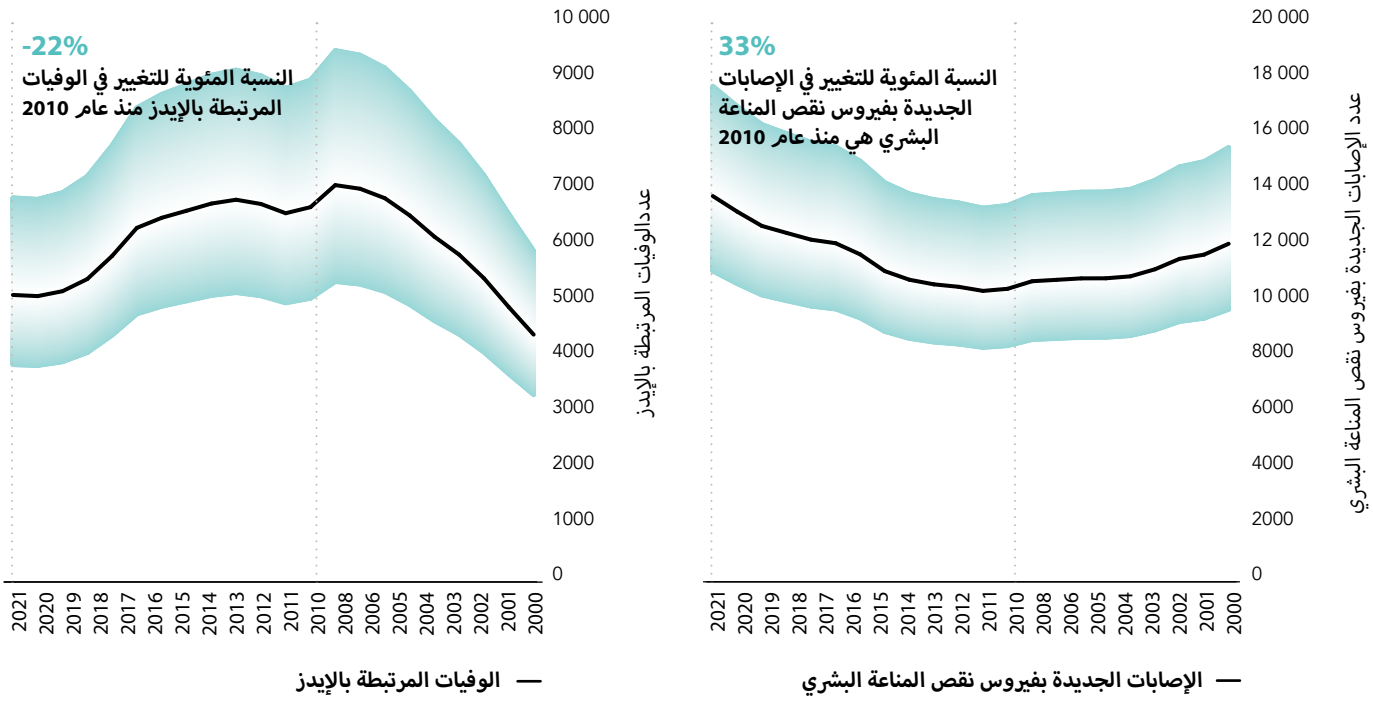
زيادة في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة من 2010 إلى 2021



Shutterstock ©

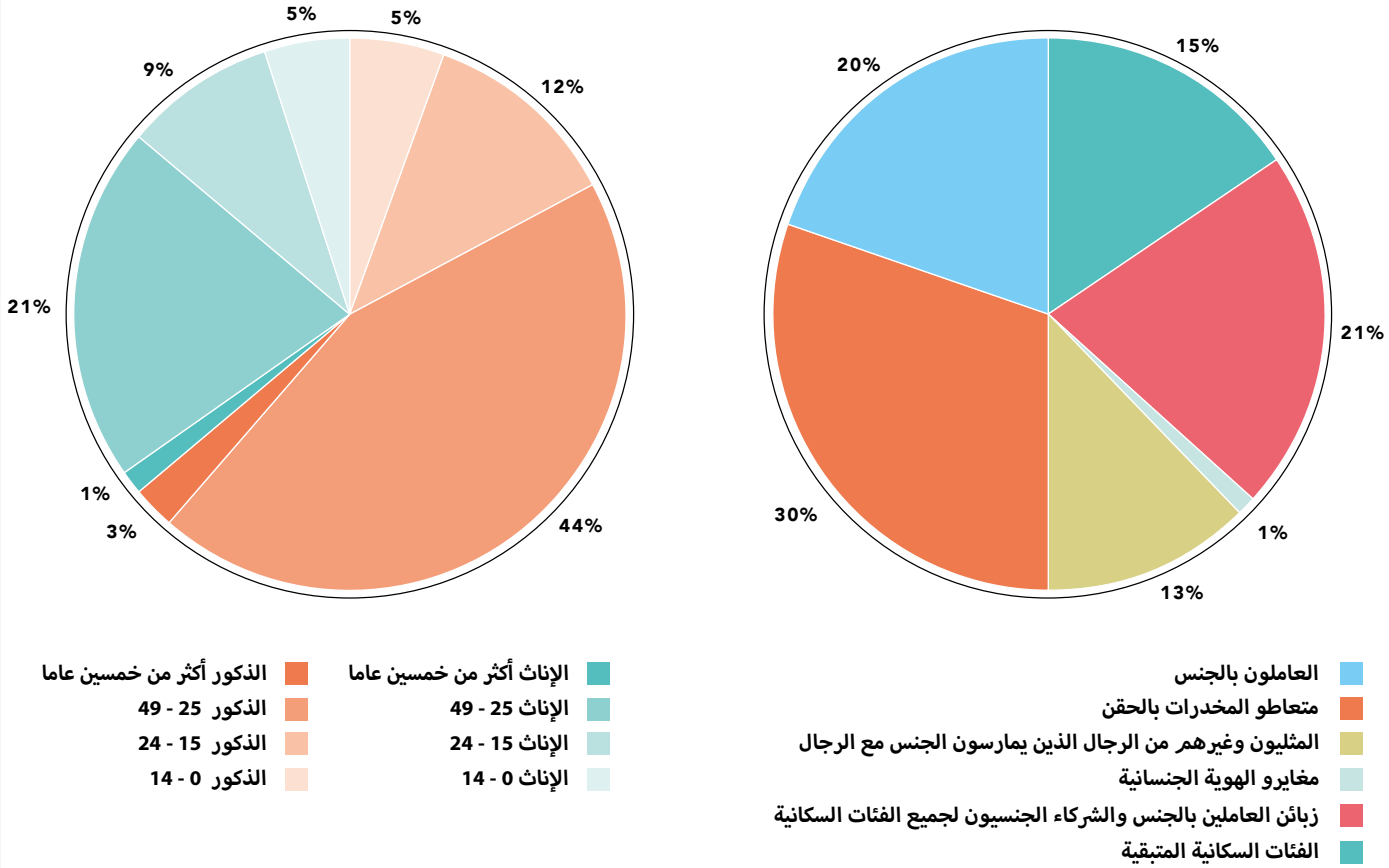
حالة الجائحة

شكل 11.1 عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2000-2021



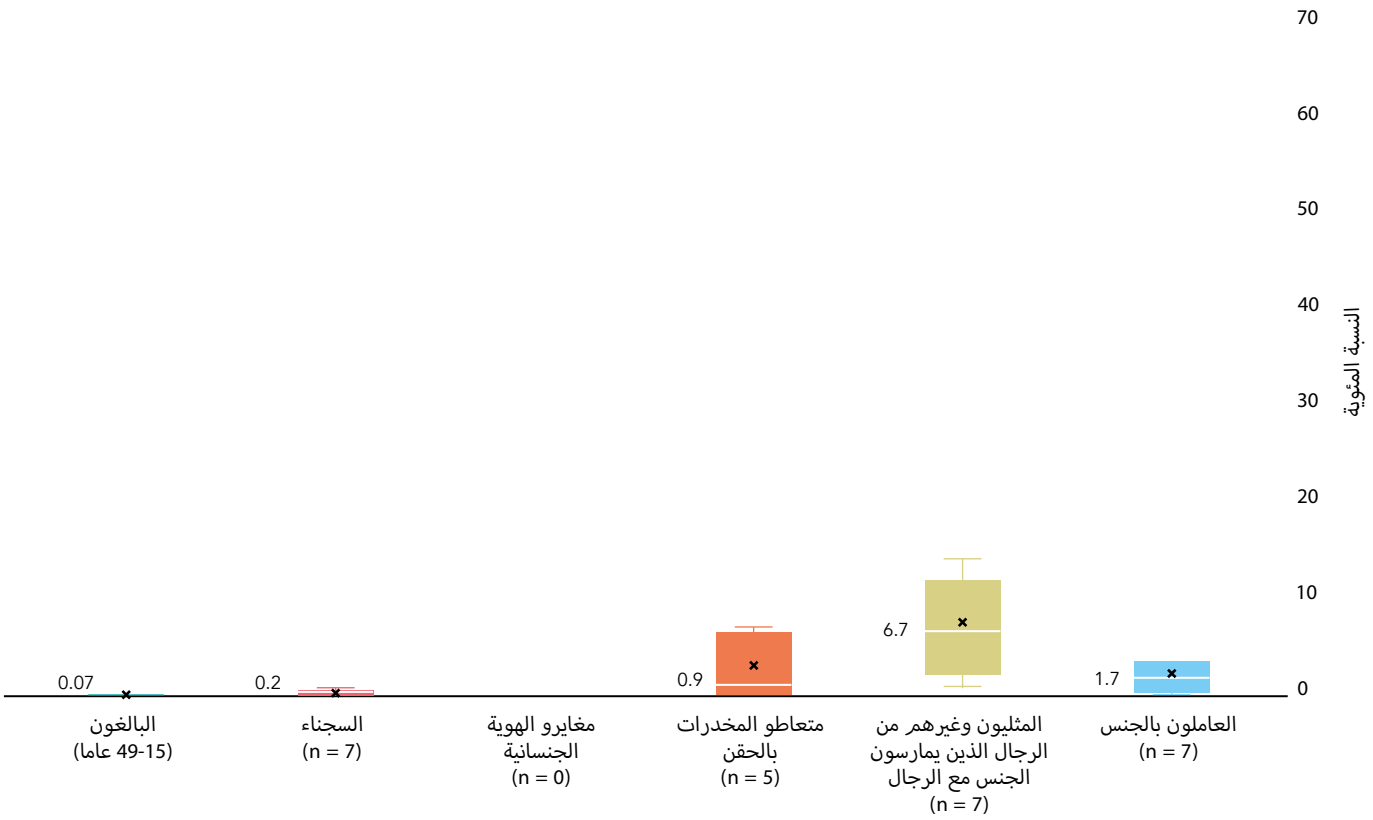
المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

شكل 11.2 انتشار الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب الفئة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما)، الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، 2021

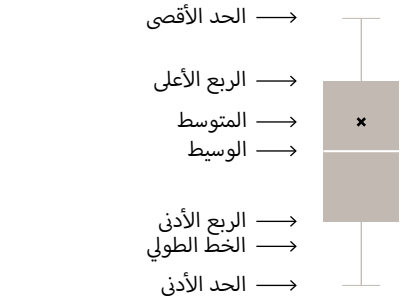


Source: UNAIDS special analysis, 2022 (see methods annex).

شكل 11.3 انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية، البلدان المبلغة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2017-2021



كيفية القراءة



كان متوسط انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين البلدان التي أبلغت عن هذه البيانات في شرق وجنوب أفريقيا:

1.7% بين العاملين بالجنس.
6.7% بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.
0.9% بين متعاطي المخدرات بالحقن.
0.2% بين السجناء.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري المقدر بين البالغين (15 -49 عاما) هو **6.2% [5.5%–6.9%]**.

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022؛ التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

إن n = عدد البلدان. العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 20.

تحدد حدود عدم التيقن من انتشار البالغين النطاق الذي تكمن فيه القيمة الحقيقية (إذا كان من الممكن قياسها). تشير الحدود الضيقة إلى أن التقدير دقيق، بينما تشير الحدود الواسعة إلى قدر أكبر من عدم اليقين فيما يتعلق بالتقدير.

جدول 11.1 الحجم التقديري المبلغ عنه للفئات السكانية الرئيسية، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2018-2021

	السكان الوطنيون البالغون (15 - 49 عامًا) لعام 2021 أو السنة ذات الصلة	العاملون بالجنس	العاملون بالجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	متعاطو المخدرات بالحقن	متعاطو المخدرات بالحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	مغايرو الهوية الجنسانية	مغايرو الهوية الجنسانية كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)	السجناء	السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)
الكويت	710 000									5200	0.74%
لبنان	3 200 000			16 500	0.50%						
المغرب	19 100 000									88 900	0.47%
سلطنة عمان	1 400 000									3500	
تونس	6 100 000									22 000	0.36%
متوسط النسبة الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)[a]:			**0.40%**		**0.51%**		**0.20%**		-		-

تقديرات حجم السكان الوطنيين **تقديرات حجم السكان المحليين**

بيانات غير كافية **لا توجد بيانات**

[a] دليل البدء السريع للطيف الترددي، 2020. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز؛ 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_ Spectrum_en.pdf).

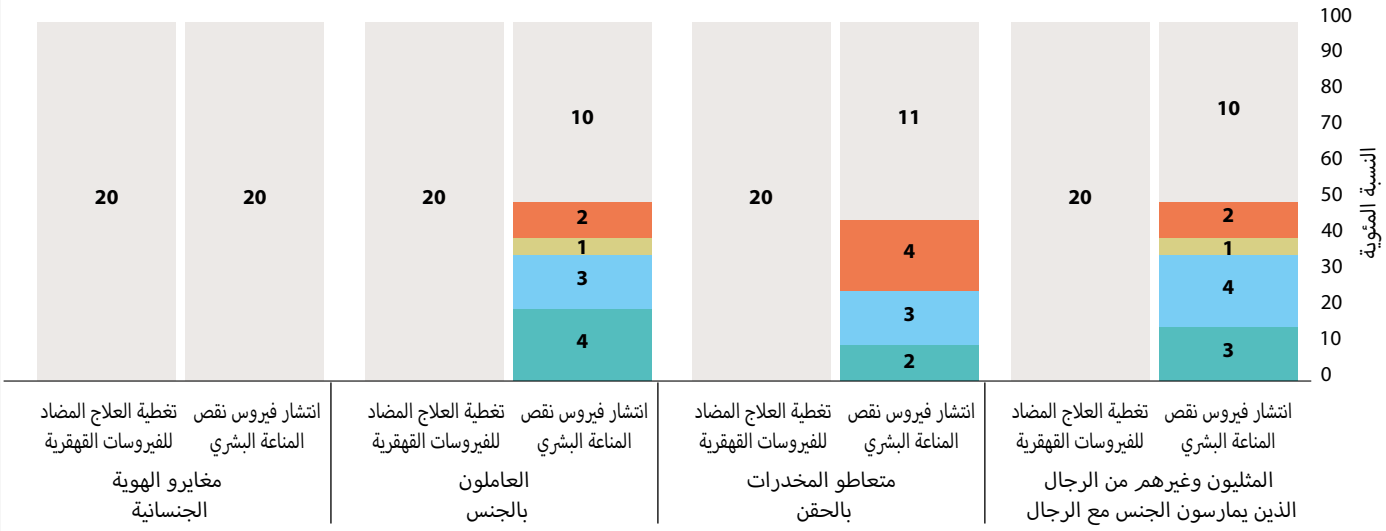
المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/)؛ وحدة الطيف الترددي 2022 Demproj ؛ التوقعات السكانية في العالم 2019. إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة، شعبة السكان؛ 2019 (تم الحصول على البيانات المخصصة عبر الموقع الإلكتروني).

ملحوظة 1: التقديرات المعروضة هي تقديرات قدمتها الحكومة وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2021. قد تتوفر تقديرات إضافية وبديلة من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس الفئات السكانية الرئيسية (https://kpatlas.unaids.org/) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.

ملحوظة 2: المناطق التي يغطيها تقدير حجم السكان المحلي هي كما يلي:

- عمان: سجن مركزي.

شكل 11.4 توافر البيانات عن الفئات السكانية الرئيسية، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2011-2021



البيانات الحديثة من المسح **البيانات الحديثة من البرامج أو مصادر مجهولة**

البيانات القديمة من المسح **البيانات القديمة من البرامج أو مصادر مجهولة**

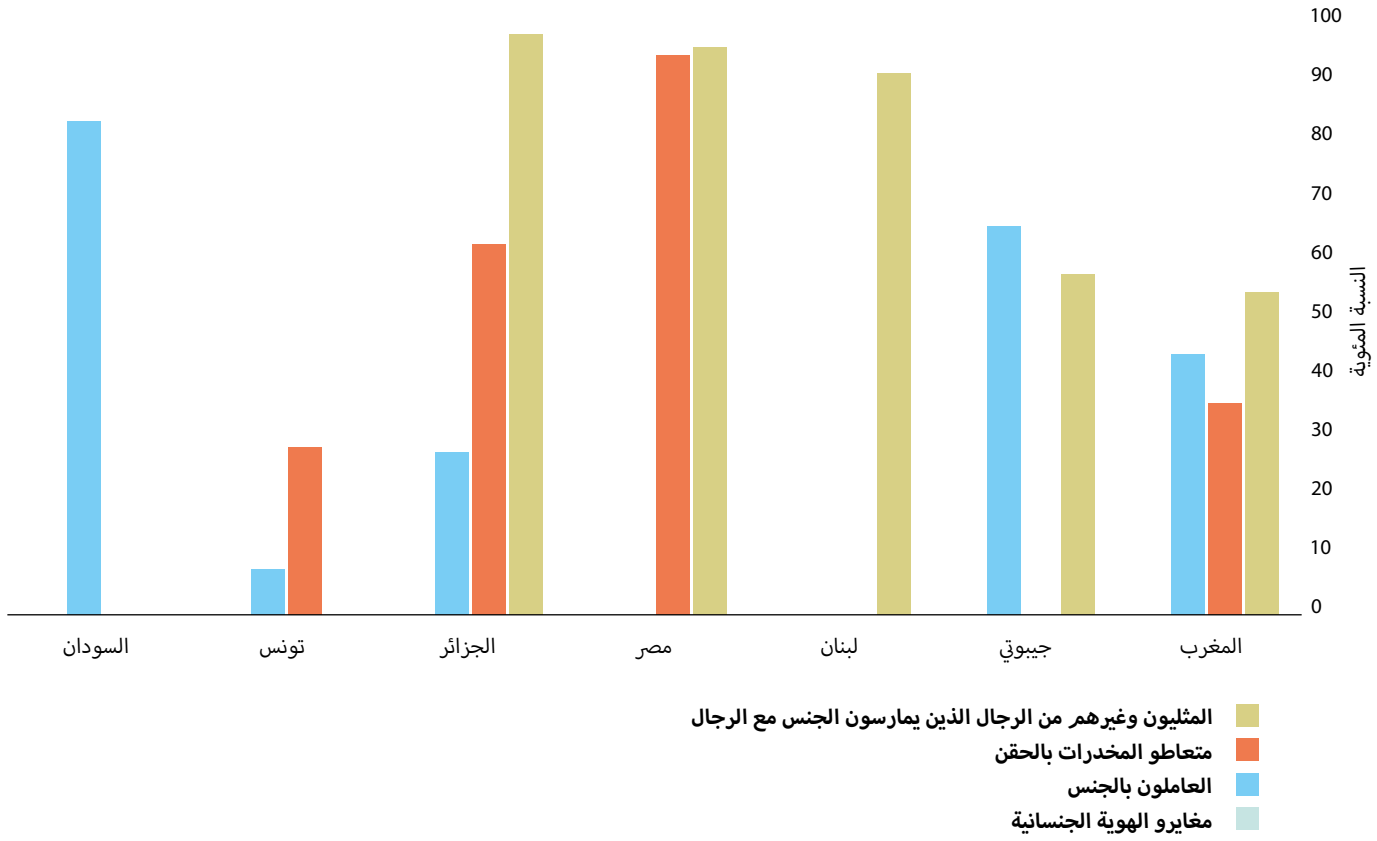
لا يوجد بيانات

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2020 (https://aidsinfo.unaids.org/).

ملاحظة: الأرقام في كل شريط تتوافق مع عدد البلدان في كل فئة، من إجمالي 20 دولة مبلغة في المنطقة. تعكس السنة المدرجة في الجدول سنة أحدث البيانات المبلغ عنها. تم جمع بيانات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين مغايري الهوية الجنسانية فقط منذ عام 2015. ولم يتم جمع بيانات تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بين أي فئة سكانية رئيسية إلا منذ عام 2016. في هذا السياق، الوسائل الحديثة في السنوات الخمس الماضية (2017-2021).

خدمات فيروس نقص المناعة البشري

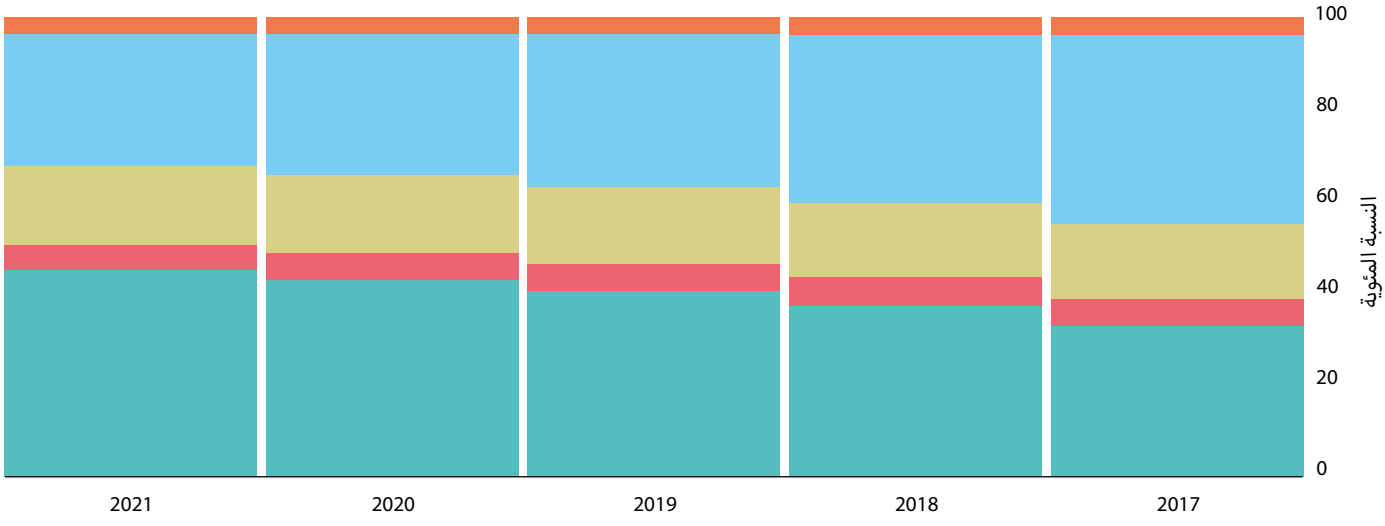
شكل 11.5 الوعي بحالة فيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2017-2021



المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

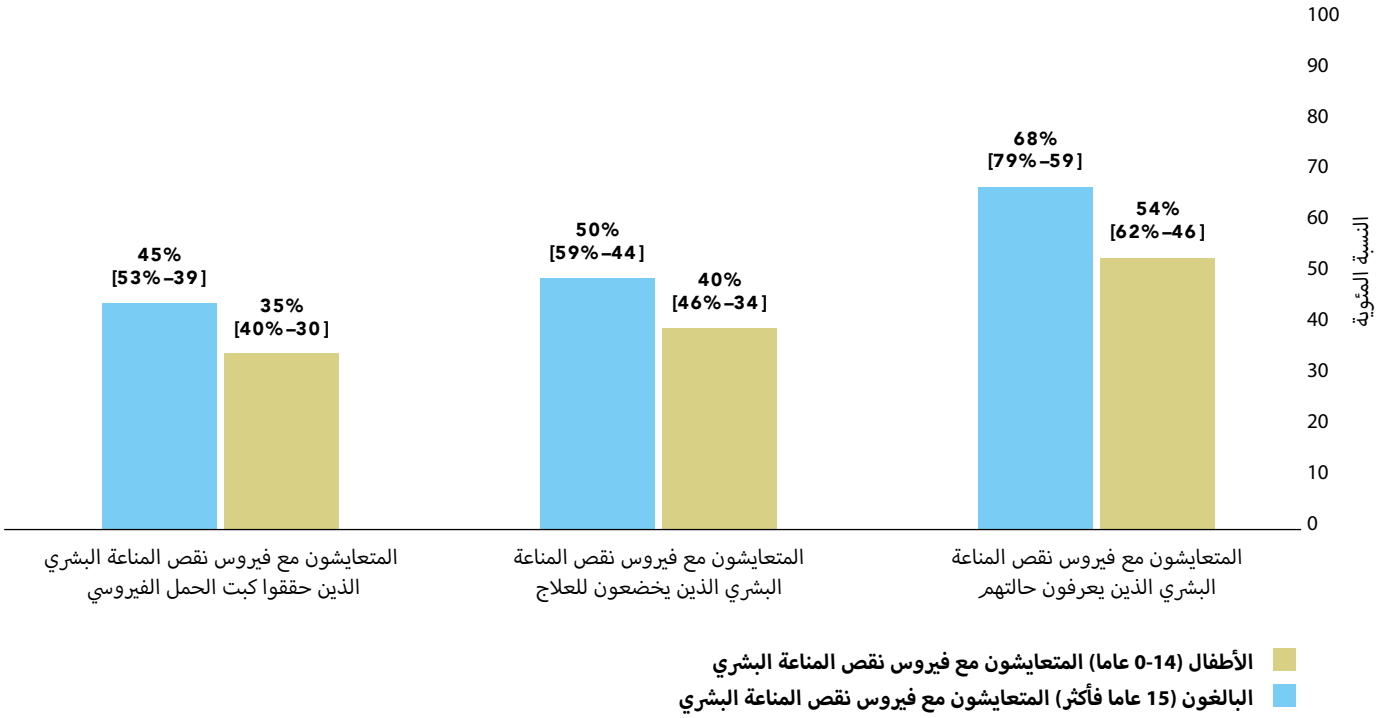
تشمل البيانات أفرادًا من الفئات السكانية الرئيسية الذين تم اختبارهم بحثا عن فيروس نقص المناعة البشري خلال الاثني عشر شهرا الماضية ويعرفون أن نتائجهم سلبية، وقد تم اختبارهم من قبل أفراد من الفئات السكانية الرئيسية الذين يعرفون أنهم مصابون بفيروس نقص المناعة البشري.

شكل 11.6 المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري وتسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، 2017-2021



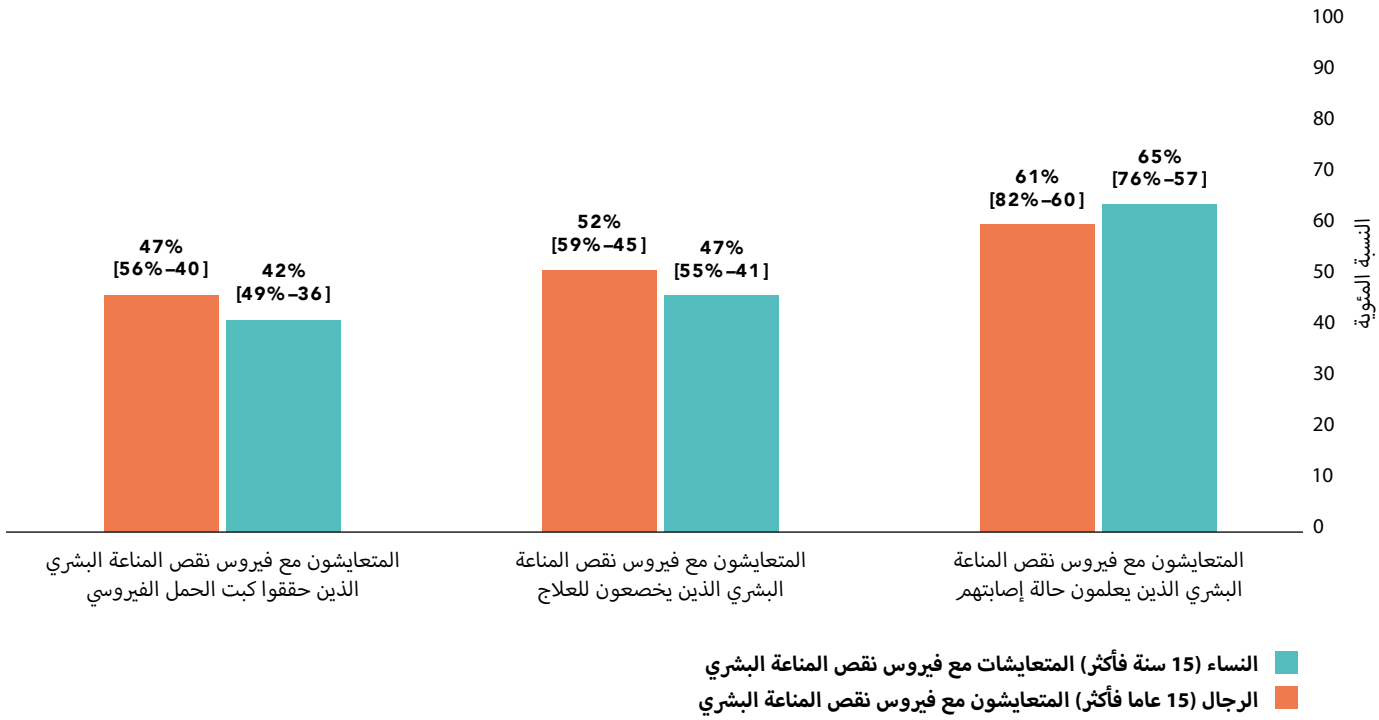
المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2022.

شكل 11.7 تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (0 - 14 عاما) مقارنة بالبالغين (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2022. النسبة المئوية.

شكل 11.8 تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، للنساء (15 عاما فأكثر) مقارنة بالرجال (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما) ، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2022. النسبة المئوية

القوانين والسياسات

جدول 11.2 بطاقة قياس أداء القوانين والسياسات، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2022

	القوانين العقابية							
	تجريم مغايري الهوية الجنسانية	تجريم العمل بالجنس	تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة	تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم 21	إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة
الجزائر	5	10	15		5		4	4
البحرين		11	15	19	21			
جيبوتي		6	15	6	21		26	
مصر	1	1	15	1	1		1	1
العراق		12	15	20	23			
الأردن		13	15				2	4
الكويت	5	13	15	5	5		4	4
لبنان		7	15	17				
ليبيا	1	1	1	2	1		2	1
المغرب	1	1	1	2	1		1	1
عمان	1	1	1	1	1		1	1
قطر		3	15	3	22			3
المملكة العربية السعودية	3	3	15	3	5		3	3
الصومال		9	15		21		2	
السودان	1	1	1	1	1		25	1
جمهورية سوريا العربية	5	5	15		5		5	5
تونس	3	3	16	3	3		3	3
الإمارات العربية المتحدة	5	8	15	18	5			5
اليمن		14	15		23			

تجريم مغايري الهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

تجريم العمل بالجنس

- أي تجريم أو تنظيم عقابي للعمل بالجنس
- العمل بالجنس غير خاضع للوائح عقابية أو غير مجرم
- البيانات غير متوفرة

تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة

- عقوبة الإعدام
- السجن (من الحكم بـ14 سنة حتى مؤبد، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد عقوبة
- تم إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم تكن موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد
- البيانات غير متوفرة

تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له

- نعم
- لا، لكن توجد الملاحقات القضائية القائمة على قوانين جنائية عامة
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم

- تقوم بالترحيل، وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- لا قيود

إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

	قوانين الحماية				
	القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن
الجزائر					5
البحرين					
جيبوتي					
مصر	1	1	1	1	1
العراق					
الأردن					
الكويت					5
لبنان					
ليبيا	1	1	2	2	2
المغرب	1	1	1	2	1
عمان	1	1	1	1	1
قطر					
المملكة العربية السعودية	3				3
الصومال					
السودان	1	1	1	1	1
جمهورية سوريا العربية					5
تونس	3				3
الإمارات العربية المتحدة					
اليمن					

القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

ملاحظات: تشير الأحكام الدستورية أو الأحكام الأخرى المتعلقة بعدم التمييز إلى ما إذا كان قد تم تفسير الحظر الدستوري للتمييز ليشمل العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية، أو متعاطي المخدرات من قبل المحاكم/سياسة الحكومة و/أو ما إذا كانت هناك أحكام تشريعية أخرى غير تمييزية تحدد العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية أو متعاطي المخدرات.

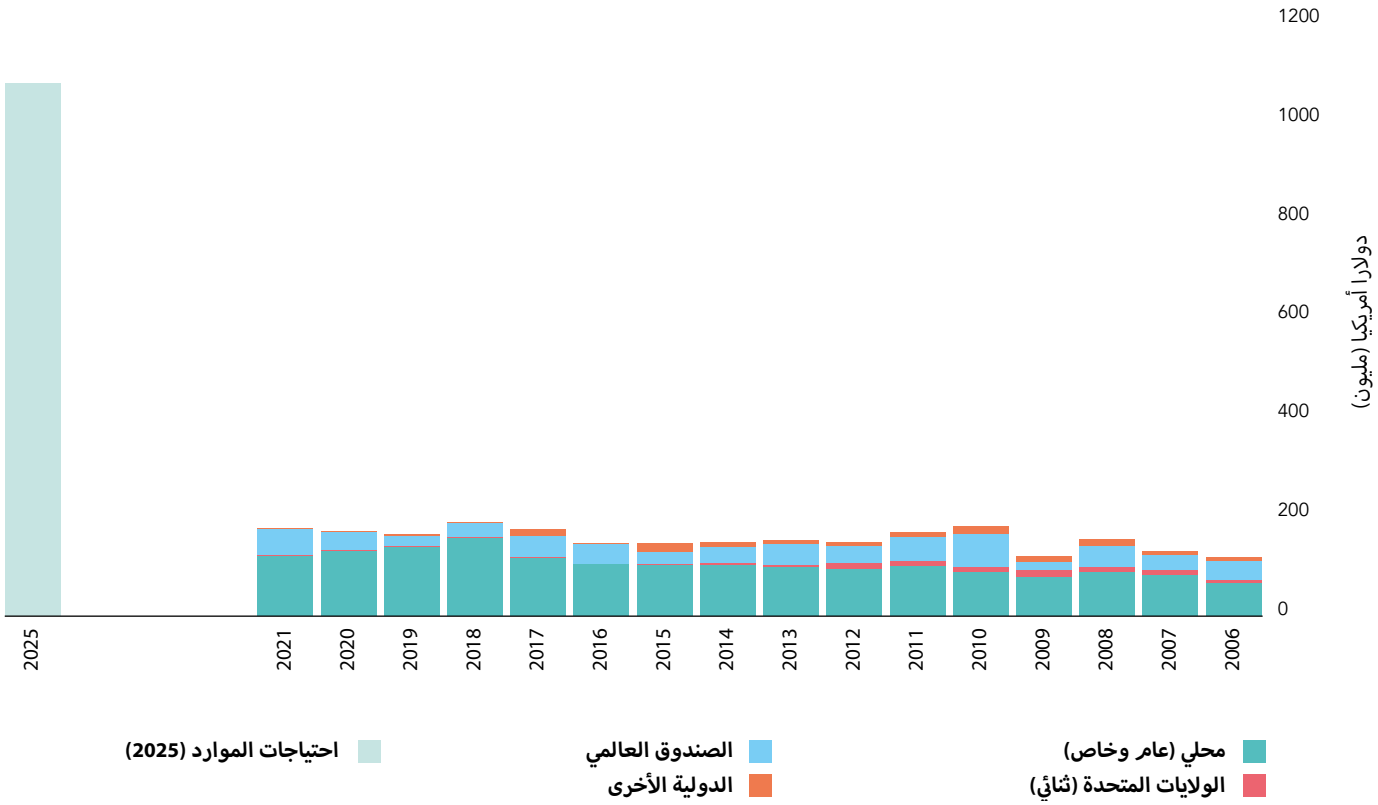
1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2022 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
3. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
4. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2018 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
5. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
6. Dibouti. Penal Code of Djibouti, 1995 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/111743/139414/F1148501931/DJI-111743.pdf).
7. Lebanon. Penal Code, Article 523 (https://sherloc.unodc.org/cld/legisltaion/lbn/lebanon_penal_code/_/article_523-524/article_523-524.html?lng=en).
8. United Arab Emirates. Penal Code, Article 360, 363, 365, 366, 368 (https://cdn.expatwoman.com/s3fs-public/UAE%20Penal%20Code.pdf).
9. Somalia. Penal Code, Articles 405 and 407 (https://www.refworld.org/docid/4bc5906e2.html).
10. Algeria. Penal Code, Article 343 (https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/dz/dz020fr.pdf).
11. Bahrain. Bahrain Penal Code, 1976. Article 326 (https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/bhr/1976/penal-code_html/Bahrain_Penal_Code_Decree_No_15_of_1976_EN_translation_-_non_official.pdf).
12. Iraq: gender justice and the law. New York: United Nations Development Programme; 2018 (https://arabstates.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Iraq%20Country%20Assessment%20-%20English_0.pdf).
13. Overview of trafficking and prostitution laws in the Middle East and Africa. London: Thomson Reuters Foundation; 2012 (https://www.trust.org/contentAsset/raw-data/1035fde5-b945-49ed-8cd4- 166bc1ec156b/file).
14. Yemen. Republican Decree for Law No 12 for the Year 1994 Concerning Crimes and Penalties (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/83557/92354/F1549605860/YEM83557.pdf).
15. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Geneva: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
16. Tunisia. Penal Code, Article 230 (https://learningpartnership.org/sites/default/files/resources/pdfs/Tunisia-Penal-Code-2010-French.pdf).
17. Lebanon. Lebanese Law on Drug Violations (https://www.aub.edu.lb/faid/Documents/LEBANESE%20SANCTIONS%20ON%20DRUG%20LAW%20VIOLATION.pdf).
18. Government of the United Arab Emirates. Federal Law 14, 1995 (https://government.ae/en/information-and-services/healthand-fitness/drugs-and-controlled-medicines).
19. Kingdom of Bahrain. Law No. 15 of 2007 with Respect to Narcotic Drugs and Psychotropic Substances. Article 2.
20. Republic of Iraq. Law No. 11 of 1988 Law on Narcotic Drugs and Psychotropic Substances.
21. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; May 2019. Bernard EJ, Cameron S. Advancing HIV justice 2: building momentum in global advocacy against HIV criminalisation. Brighton and Amsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2016.
22. HIV Justice Network [database]. Amsterdam: HIV Justice Foundation; c2022 (https://www.hivjustice.net).
23. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
24. National consolidated HIV testing services guidelines. Government of Sudan: Federal Ministry of Health; 2016.
25. Republic of Djibouti. Décret N° 2008-0182/PR/MS portant Institution des Normes et Directives en Matière de Conseil Dépistage Volontaire du VIH/SIDA en République de Djibouti. Article 19 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126992.pdf).

الاستثمار من أجل القضاء على الإيدز

مقارنة بالمناطق الأخرى - وأهداف عام 2025 في الاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز - فإن منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا متأخرة فيما يتعلق بتمويل استجابة المنطقة لفيروس نقص المناعة البشري. وعلى مدى العقد الماضي، نما إجمالي التمويل لمكافحة الفيروس في المنطقة بنسبة 4 ٪ فقط (شكل 11.9). وشكّل التمويل المحلي 68٪ من جميع الموارد المتاحة في المنطقة في عام 2021، بزيادة قدرها 21٪ على مدى العقد الماضي. ومع ذلك، انخفض إجمالي الموارد الدولية بنسبة 20٪ خلال هذه الفترة.

وفي عام 2021، جاء 30٪ من إجمالي التمويل المخصص لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة من الصندوق العالمي. كانت هناك زيادة بنسبة 10٪ في مستوى المدفوعات من الصندوق العالمي في المنطقة خلال العقد الماضي، لكن الموارد من جميع الممولين الدوليين الآخرين انخفضت بنسبة 83٪ خلال نفس الفترة. وسيتطلب سد فجوة التمويل لتحقيق أهداف عام 2025 من جميع شركاء التمويل - بما في ذلك الحكومات الوطنية، والجهات المانحة الأخرى، وبنوك التنمية، والمؤسسات الخيرية، ومؤسسات تمويل التنمية - أن يجتمعوا ويعملوا من أجل تعبئة الموارد اللازمة. وتتجه اتجاهات الفيروس في المنطقة صوب الاتجاه الخاطئ، مما يعكس الحاجة الملحة إلى تمويل أكبر للاختبارات، والعلاج، والوقاية بشكل حاسم.

شكل 11.9 توافر الموارد لفيروس نقص المناعة البشري، منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2010-2020، والاحتياجات المقدرة من الموارد للفيروس بحلول عام 2025



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ، 2022 (http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html) ؛ Stover J ، Glaubius R ، Teng Y ، Kelly S ، Brown T ، Hallett TB et al. نمذجة الأثر الوبائي لأهداف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2025 لإنهاء الإيدز باعتباره تهديدًا للصحة العامة بحلول عام 2030. PLoS Med. 2021 ؛ 18 (10): e1003831.

ملاحظة: تقديرات الموارد معروضة بالدولار الأمريكي الثابت لعام 2019. (مليون دولار).

المراجع

1. *Mugisa B, Sabry A, Hutin Y, Hermez J. HIV epidemiology in the WHO Eastern Mediterranean region: a multicountry programme review. The Lancet HIV.* 2022;9(2):*E*112-*E*119.

البروفيلات الإقليمية

أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى



يوجد في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى أسرع انتشار لوباء فيروس نقص المناعة البشري في العالم. ففي عام 2021، أصيب 160.000 [180.000-130.000] بالفيروس - زيادة بنسبة 48٪ منذ عام 2010. كما أن عدد الوفيات المرتبطة بالإيدز في المنطقة في عام 2021 (44.000 [53.000-36.000]) هو 32٪ أعلى من عدد الوفيات في عام 2010.

ولا تزال التغطية الإقليمية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري والتغطية العلاجية غير كافية. واعتبارا من عام 2021، كان 63٪ من المتعايشين مع الفيروس على علم بحالة الفيروس لديهم، و81٪ من الأشخاص الذين على علم بحالة الفيروس لديهم يتلقون العلاج (51٪ من جميع المتعايشين) و94٪ من الأشخاص الذين يتلقون العلاج حققوا كبت الحمل الفيروسي (48٪ من كل المصابين). وتظل ممارسات الحقن غير الآمنة عاملا مهما في انتشار الوباء في المنطقة. والعلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون متاح في أرمينيا، وكازاخستان، وقيرغيزستان، وجمهورية مولدوفا ، ولكنه يصل إلى عدد قليل من الأشخاص في كازاخستان وغير متوفر في أوزبكستان أو تركمانستان.

ولا يزال الوصم والتمييز يعرقلان الاستجابات الفعالة للإيدز. لقد وثقت الدراسات مستويات عالية من الوصم ضد فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية: في طاجيكستان، على سبيل المثال، أبلغ 23٪ فقط من المتعايشين مع الفيروس الذين شملهم الاستطلاع عن تجربة إيجابية بعد الكشف عن إصابتهم بالفيروس (1). كما كشف كوفيد 19- عن انتشار وباء العنف ضد المرأة في جميع أنحاء المنطقة، وزاد من الضعف الاقتصادي للمرأة (2).

وتختلف الأطر القانونية والسياسية عبر المنطقة. فيتم تجريم انتقال فيروس نقص المناعة البشري والتعرض، وعدم الكشف في جميع البلدان باستثناء البوسنة والهرسك ومقدونيا الشمالية، على الرغم من أن المقاضاة تختلف من بلد إلى آخر. وقد تم إلغاء تجريم العمل بالجنس وتعاطي المخدرات في بعض بلدان المنطقة، لكن المحاكمات ما زالت تحدث بسبب العمل بالجنس المنظم وحيازة المخدرات. وفي حين أن بعض البلدان (أرمينيا، وكازاخستان، وقيرغيزستان، وجمهورية مولدوفا، وطاجيكستان) ألغت تجريم العلاقات الجنسية المثلية، إلا أن الوصم ضد المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال لا يزال شائعا، بما في ذلك تقارير عن عنف الشرطة.

وفي فبراير 2022، غزا الاتحاد الروسي أوكرانيا، التي يقطنها 240.000 [280.000-220.000] متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري. وتسببت الحرب في أزمة إنسانية، وألحقت أضرارا بالغة بالبنية التحتية الصحية في أوكرانيا، وأدت إلى تعطيل الخدمات الصحية على نطاق واسع. وأثبت الحفاظ على الوصول إلى الخدمات الصحية (بما في ذلك أكبر برنامج للعلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون في المنطقة)، بالإضافة إلى الغذاء والسكن والسلامة الشخصية، أنه يمثل تحديا خاصا لأكثر من 15.7 مليون شخص يحتاجون إلى مساعدة إنسانية عاجلة وأكثر من 7.1 مليون نازح بسبب الحرب، بما في ذلك المتعايشين مع الفيروس (3).



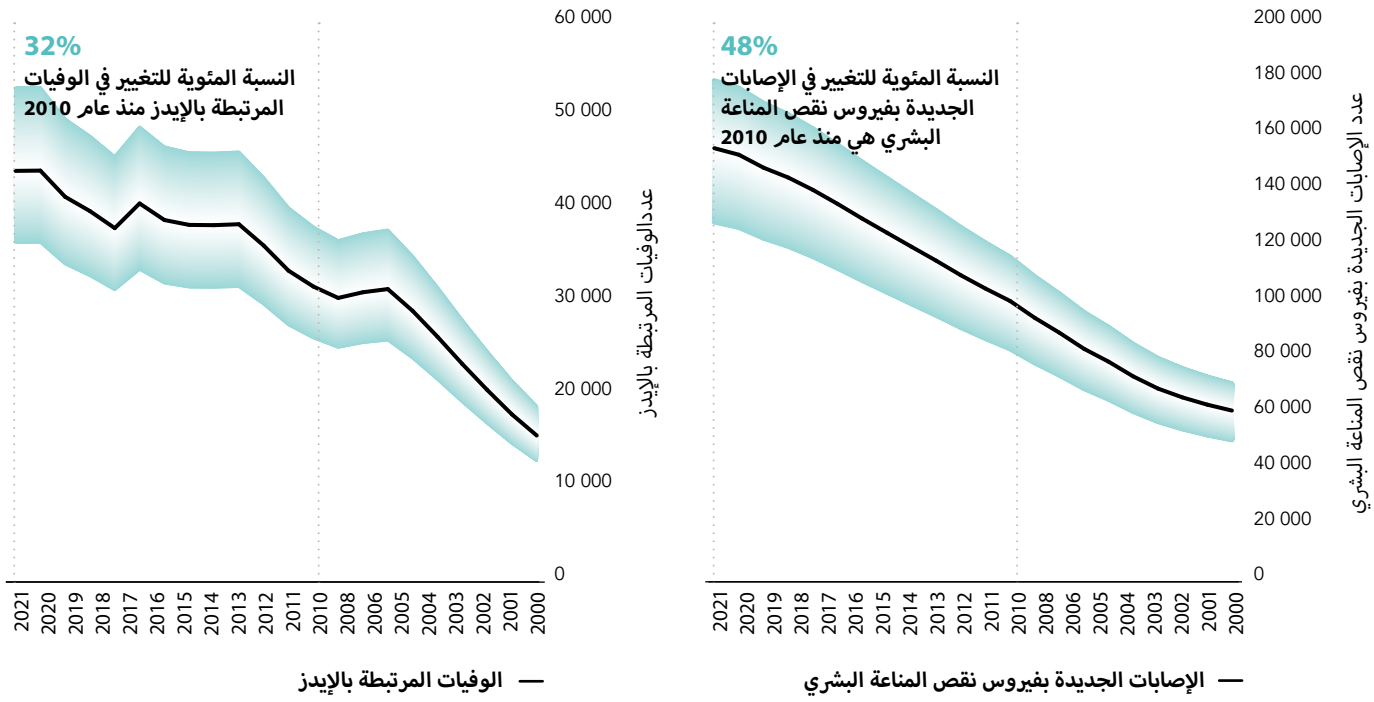
%48

زيادة في نسبة الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة منذ عام 2010

UNAIDS ©

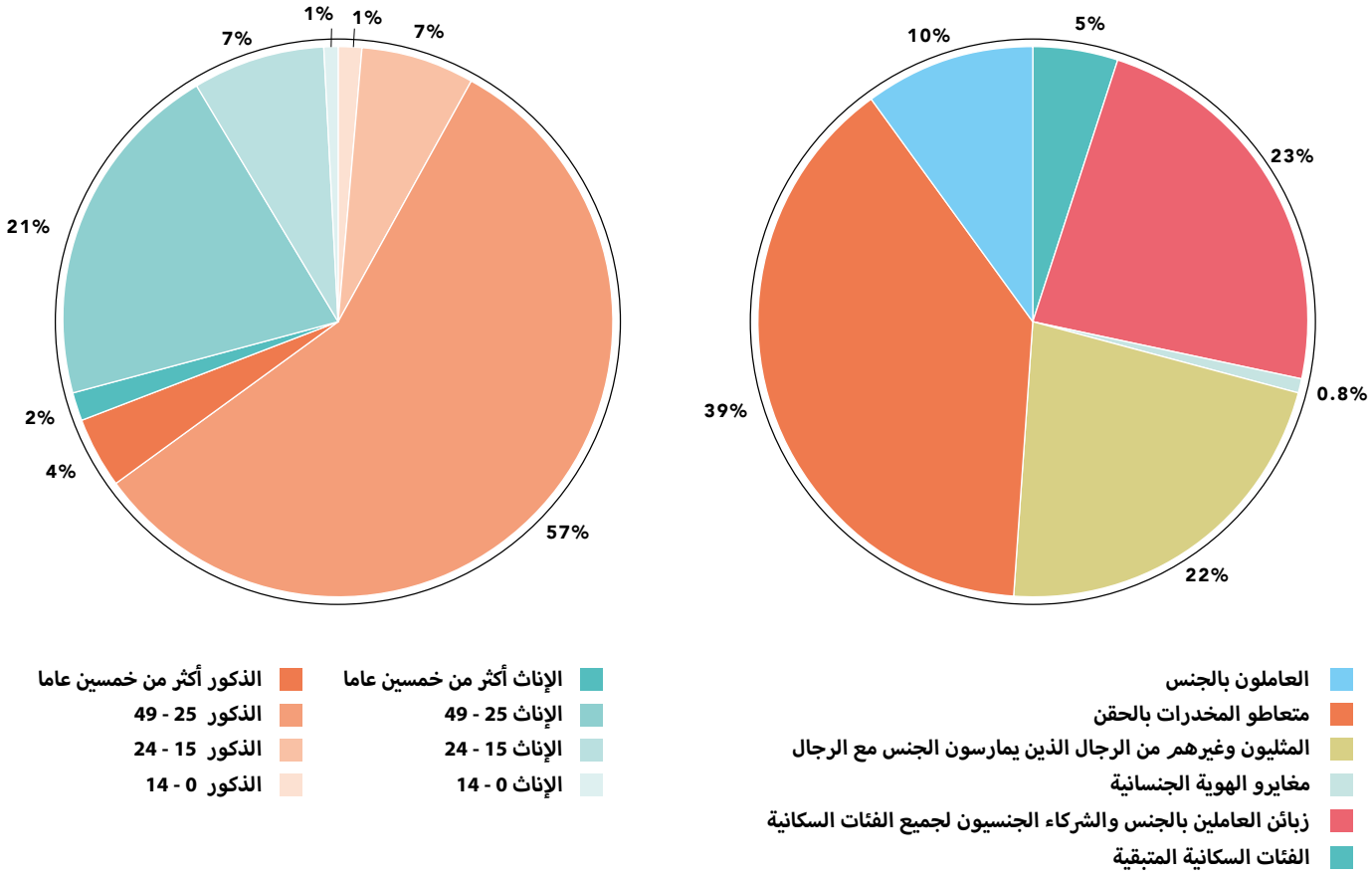
حالة الجائحة

شكل 12.1 عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2000-2021



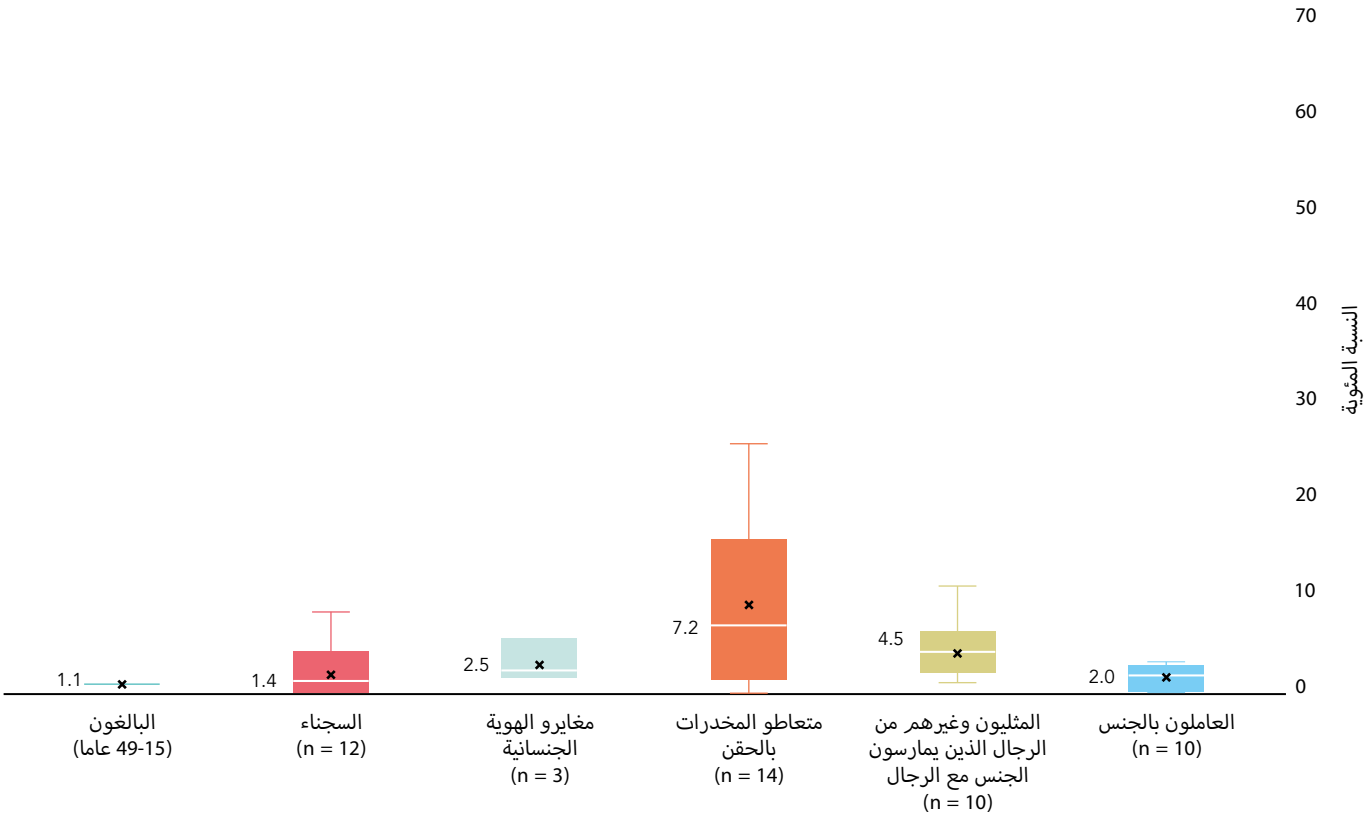
المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

شكل 12.2 انتشار الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب الفئة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما)، شرق أوربا ووسط آسيا، 2021

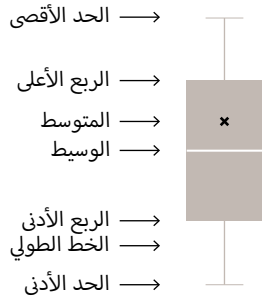


Source: UNAIDS special analysis, 2022 (see Annex on Methods).

شكل 12.3 انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية مقارنة بالبالغين (15 - 49 عاما)، والبلدان المُبلغة في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2017-2021



كيفية القراءة



كان متوسط انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين البلدان التي أبلغت عن هذه البيانات في شرق وجنوب أفريقيا:

2.0% بين العاملين بالجنس.
4.5% بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.
7.2% بين متعاطي المخدرات بالحقن.
2.5% بين مغايري الهوية الجنسانية.
1.4% بين السجناء.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري المقدر بين البالغين (15 -49 عاما) هو **6.2% [6.9–5.5%]**.

برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022؛ التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

إن n = عدد البلدان. العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 16.

تحدد حدود عدم التيقن من انتشار البالغين النطاق الذي تكمن فيه القيمة الحقيقية (إذا كان من الممكن قياسها). تشير الحدود الضيقة إلى أن التقدير دقيق، بينما تشير الحدود الواسعة إلى قدر أكبر من عدم اليقين فيما يتعلق بالتقدير.

جدول 12.1 الحجم التقديري المبلغ عنه للفئات السكانية الرئيسية، شرق أوروبا وآسيا الوسطى، 2018-2021

	السكان الوطنيون البالغون (15 - 49 عامًا) لعام 2021 أو السنة ذات الصلة	العاملون بالجنس	العاملون بالجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	متعاطو المخدرات بالحقن	متعاطو المخدرات بالحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	مغايرو الهوية الجنسانية	مغايرو الهوية الجنسانية كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)	السجناء	السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)
ألبانيا	1 400 000									2200	0.15%
أرمينيا	1 500 000	8100	0.54%	22 700	1.51%	141 00	0.94%	1000	0.07%		
أزباكستان	5 400 000	31 900	0.58%			60 300	1.10%				
بلاروس	4 300 000	18 600	0.43%	32 000	0.73%	80 000	1.83%				
جورجيا	1 800 000			18 500	0.99%					10 000	0.56%
كازاخستان	9 300 000	20 300	0.22%			85 300	0.92%				
الجبل الأسود	300 000										
مقدونيا الشمالية	1 000 000					6800	0.64%			2300	0.20%
جمهورية مولدوفا	1 300 000	15 800	1.23%	14 600	1.14%	27 500	2.14%				
طاجيكستان	4 900 000	17 500	0.38%								
أوكرانيا	20 400 000	86 600	0.41%	179 000	0.85%	350 000	1.66%	8200	0.04%	46 900	0.23%
متوسط النسبة الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)[a]:		**0.40%**		**1.06%**		**1.50%**		-		-	

تقديرات حجم السكان الوطنيين **تقديرات حجم السكان المحليين**

بيانات غير كافية **لا توجد بيانات**

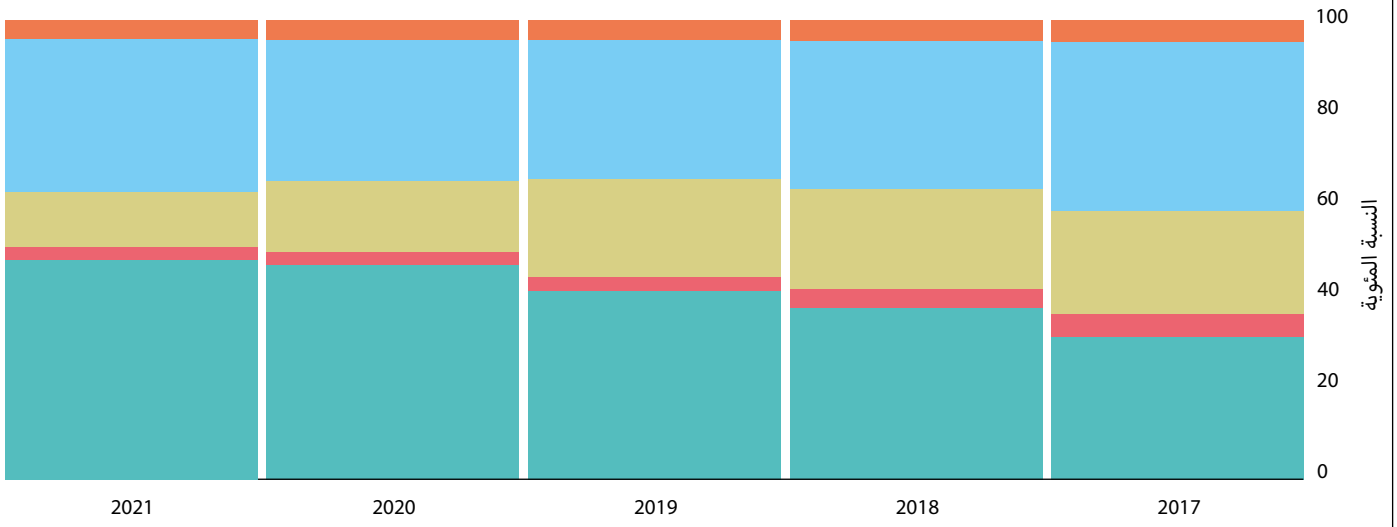
[a] دليل البدء السريع للطيف الترددي، 2020. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك بالإيدز؛ 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_ Spectrum_en.pdf).

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/)؛ وحدة الطيف الترددي 2022 ، Demproj؛ التوقعات السكانية في العالم 2019. إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة، شعبة السكان؛ 2019 (تم الحصول على البيانات المخصصة عبر الموقع الإلكتروني).

ملحوظة: التقديرات المعروضة هي تقديرات قدمتها الحكومة وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2021. قد تتوفر تقديرات إضافية وبديلة من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس الفئات السكانية الرئيسية (https://kpatlas.unaids.org/) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية..

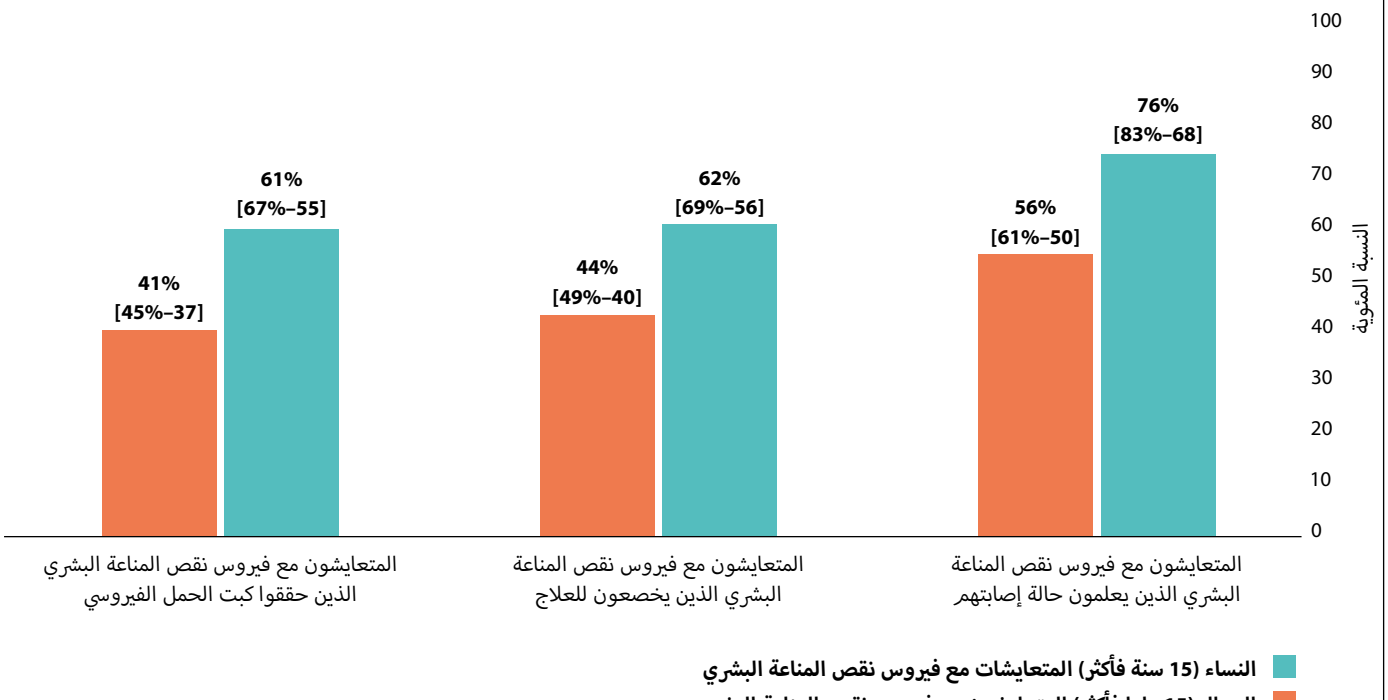
خدمات فيروس نقص المناعة البشري

شكل 12.4 المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والأشخاص المصابون حديثا في الأشهر الستة الماضية، وتسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما)، وأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2017-2021



تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

شكل 12.5 تسلسل مراحل اختبارات وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، للنساء (15 سنة فأكثر) مقارنة بالرجال (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما) ، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

ملحوظة: أرقام كبت الحمل الفيروسي لعام 2021 هي إسقاط مؤقت لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، في انتظار البيانات المحدثة.

القوانين والسياسات

جدول 12.2 بطاقة قياس أداء القوانين والسياسات، شرق أوروبا ووسط آسيا، 2022

	القوانين العقابية							
	تجريم مغايري الهوية الجنسانية	تجريم العمل بالجنس	تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة	تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم 21	إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة
ألبانيا	1	1	1	1	1		1	1
أرمينيا	1	1	1	2	1		3	1
أذربيجان	1	5	10	1	1		2	1
بيلاروسيا	1	1	1	1	1		2	1
البوسنة والهرسك		6	10		11			
جورجيا	1	1	1	1	1		1	1
كازاخستان	1	7	1	1	1		14	1
قيرغيزستان	1	1	1	1	1		1	1
الجبل الأسود	3	3	3	3	12		3	3
مقدونيا الشمالية		8	10		11			
جمهورية مولدوفا	1	1	1	1	1		1	1
الاتحاد الروسي	3	9	10		12		3	3
طاجيكستان	2	1	1	1	1		1	1
تركمانستان	4		10		12			
أوكرانيا	1	1	1	1	1		1	1
أوزبكستان	1	1	1	2	1		2	1

تجريم مغايري الهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

تجريم العمل بالجنس

- أي تجريم أو تنظيم عقابي للعمل بالجنس
- العمل بالجنس غير خاضع للوائح عقابية أو غير مجرم
- البيانات غير متوفرة

تجريم العلاقات الجنسية المثلية في الأماكن الخاصة

- عقوبة الإعدام
- السجن (من الحكم بـ14 سنة حتى مؤبد، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد عقوبة
- تم إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم تكن موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد
- البيانات غير متوفرة

تجريم حيازة كميات قليلة من المخدرات

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن إصابة به أو التعرض له

- نعم
- لا، لكن توجد الملاحقات القضائية القائمة على قوانين جنائية عامة
- لا
- البيانات غير متوفرة

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وسكناهم، وإقامتهم

- تقوم بالترحيل، وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة وتتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- تتطلب اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح عن الإصابة به للحصول على بعض التصاريح
- لا قيود

إلزام موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

إلزام اختبار فيروس نقص المناعة البشري للزواج أو العمل أو تصاريح الإقامة أو لمجموعات معينة

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

	قوانين الحماية				
	القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية	أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن
ألبانيا	1				
أرمينيا	1	1	1	2	2
أذربيجان	2				3
بيلاروسيا	1	2	2	1	1
البوسنة والهرسك					
جورجيا	1	1	1	1	1
كازاخستان	1	1	1	1	1
قيرغيزستان	1			1	1
الجبل الأسود	3				3
مقدونيا الشمالية					
جمهورية مولدوفا	1	1	1	1	2
الاتحاد الروسي					
طاجيكستان	1	2	2	1	2
تركمانستان					
أوكرانيا	1	2	1	1	1
أوزبكستان	2				

القوانين التي تحمي من التمييز على أساس حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالميل الجنسي

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز لمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالعمل بالجنس

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

أحكام دستورية أو غيرها من أحكام عدم التمييز فيما يتعلق بالهوية الجنسانية

- نعم
- لا
- البيانات غير متوفرة

1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2022 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
3. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/).
4. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. Geneva: ILGA World; 2020.
5. Azerbaijan. Code of administrative offences, 2000 (https://cis-legislation.com/document.fwx?rgn=2591); National Commitments and Policy Instrument, 2022.
6. Bosnia and Herzegovina. The Criminal Code of Bosnia and Herzegovina (https://rm.coe.int/bih-criminal-code-consolidated-text/16806415c8).
7. Kazakhstan. Criminal Code, Article 371 (https://adilet.zan.kz/eng/docs/K970000167).
8. North Macedonia. Law on Misdemeanors against the Public Order, Article 19 (https://www.refworld.org/pdfid/5aa126e07.pdf).
9. The Russian Federation. The Criminal Code of the Russian Federation. No. 63-Fz of 13 June 1996. Article 241 (http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ru/ru080en.pdf).
10. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Geneva: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
11. HIV Justice Network [database]. Amsterdam: HIV Justice Foundation; c2022 (https://www.hivjustice.net).
12. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; May 2019. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
13. Kazakhstan. Chapter 2, Articles 9.1 and 9.2, Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan, dated 20 December 2020. No. -285/2020 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/112718/140961/F-606983908/KAZ-112718.pdf).

ملاحظات: تشير الأحكام الدستورية أو الأحكام الأخرى المتعلقة بعدم التمييز إلى ما إذا كان قد تم تفسير الحظر الدستوري للتمييز ليشمل العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية، أو متعاطي المخدرات من قبل المحاكم/سياسة الحكومة و/أو ما إذا كانت هناك أحكام تشريعية أخرى غير تمييزية تحدد العمل بالجنس، أو الميل الجنسي، أو الهوية الجنسانية أو متعاطي المخدرات.

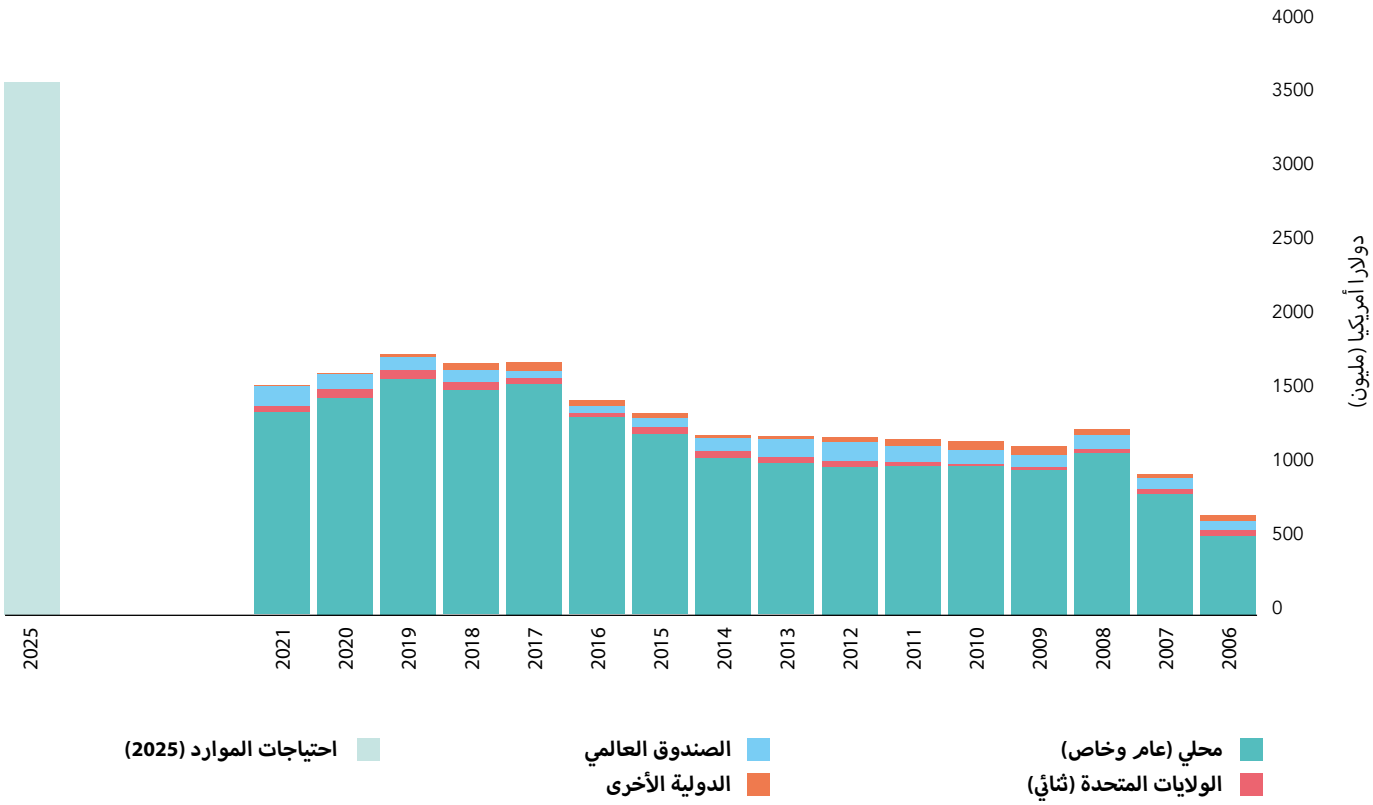
الاستثمار من أجل القضاء على الإيدز

إن معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري في ازدياد، كما أن الانخفاض في الوفيات المرتبطة بالإيدز غائب في المنطقة. والفئات الأكثر تضررا من ارتفاع الإصابات الجديدة هم متعاطي المخدرات بالحقن وأسرهم؛ وارتفاع تكاليف العلاج ونقص التمويل للتدخلات الفعالة يزيد من ضعفهم.

ومنذ عام 2018، تشير البيانات من 12 دولة إلى تخصيص 6٪ من موارد فيروس نقص المناعة البشري للوقاية. وتعتمد معظم البلدان على التمويل المحلي لخدمات الوقاية لمتعاطي المخدرات بالحقن، لكن بعض البلدان لا تزال تعتمد على الموارد الدولية بنسبة 100٪ من برامجها. كما أن الإنفاق المحلي الحالي على البرامج ليس كافيا لتلبية التغطية اللازمة لتحقيق أهداف عام 2025 ولا لتقليل الإصابة بالفيروس. والمطلوب هو تمويل إضافي لتغيير مسار الإصابات الجديدة.

ويبدو أن التأثير الاقتصادي لأزمة الحرب المستمرة في أوكرانيا على منطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى كبير، في الوقت الذي يُظهر فيه الاقتصاد العالمي علامات على التعافي من الأزمة الناجمة عن كوفيد19-. في عام 2021، كان 88٪ من موارد فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة من مصادر محلية. ويجب أن يتضاعف إجمالي الموارد المخصصة للفيروس في المنطقة بمقدار 2.3 ضعفا بحلول عام 2025 لتحقيق الأهداف المحددة في الإعلان السياسي للأمم المتحدة لعام 2021 بشأن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز: إنهاء أوجه اللامساواة والمضي قدما في القضاء على الإيدز بحلول عام 2030.

شكل 12.6 توافر الموارد لفيروس نقص المناعة البشري، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2010-2020، والاحتياجات المقدرة من الموارد لفيروس نقص المناعة البشري بحلول عام 2025



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ، 2022 (http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html) ؛ Stover J ، Glaubius R ، Teng Y ، Kelly S ، Brown T ، Hallett TB et al. نمذجة الأثر الوبائي لأهداف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2025 لإنهاء الإيدز باعتباره تهديدًا للصحة العامة بحلول عام 2030. PLoS Med. 2021 ؛ 18 (10): e1003831.

ملاحظة: تقديرات الموارد معروضة بالدولار الأمريكي الثابت لعام 2019. (مليون دولار).

المراجع

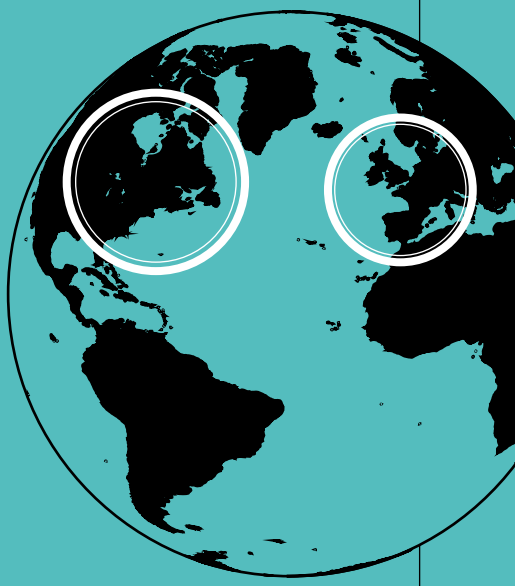
1. *The People Living with HIV Stigma Index 2.0: Tajikistan 2021. Dushnabe (TJ): Spin Plus;* 2021 (*https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2022/03/Tajikistan-SI-Report-2021_English.pdf*).

2. *Gender assessments in Europe and central Asia reveal COVID-19's devastating impact on women. New York: UN Women;* 2020 (*https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/UN-Women-Impact-story-Gender-assessments-in-Europe-and-Central-Asia-en.pdf*).

3. *Ukraine situation: flash update #17. New York: UNHCR Regional Bureau for Europe;* 2022 (*https://data.unhcr.org/en/documents/details/93659*).

البروفيلات الإقليمية

أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية



تستمر أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية في التقدم نحو إنهاء الإيدز، ولكن المنطقة لا تزال تحتوي على 2.3 مليون متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري [1.9 مليون - 2.6 مليون]. ومن عام 2010 إلى عام 2021، انخفضت الإصابات الجديدة بنسبة 16٪ وانخفضت الوفيات المرتبطة بالإيدز بنسبة 34٪. وقد مثّل المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال 68٪ من حالات تشخيص الفيروس الجديدة في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 2020، و64٪ في غرب ووسط أوروبا ومنطقة أمريكا الشمالية في عام 2021 (1). وفي الولايات المتحدة، زادت التشخيصات الجديدة للفيروس في 2014-2018 بين متعاطي المخدرات بالحقن لأول مرة منذ 20 عاما، وتصاعدت الوفيات الناجمة عن الجرعات الزائدة من المخدرات إلى أكثر من 108.000 في عام 2021 (2، 3).

وتتقدم المنطقة بثبات نحو أول هدفين من أهداف 95 (اختبار فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه). وقد حققت العديد من البلدان بعض أو جميع الأهداف الثلاثة 95-95-95 (وصلت ألمانيا وهولندا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية إلى الأهداف الثلاثة جميعها في عام 2020). وبشكل عام، يتوقع برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أنه في عام 2021، كان حوالي 91٪ من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري على علم بحالة الفيروس لديهم، وتلقى 93% من الأشخاص الذين يعرفون حالتهم الإيجابية للفيروس العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، و89 ٪ من الأشخاص الذين يتلقون العلاج قد حققوا كبت الحمل الفيروسي. وكانت النتائج متشابهة تقريبا بين الرجال والنساء. ومع ذلك، في الولايات المتحدة، كان 87٪ من المتعايشين مع الفيروس يعرفون حالة إصابتهم بالفيروس في عام 2019، و83٪ فقط من الأشخاص الذين يتلقون العلاج قاموا بكبت الحمل الفيروسي (4). وأيضا، تظل بعض البلدان في الجزء الشرقي من المنطقة أقل من 90-95٪ على عدة أهداف، ولا سيما تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية (مثل بلغاريا، واليونان، وليتوانيا، ورومانيا، وصربيا).

ولا يزال يتعين تأكيد أداء البرنامج واتجاهات الوباء الحديثة بمجرد تعافي أنظمة المعلومات الصحية الوطنية من اضطرابات النظام المرتبطة بكوفيد19-. ومن بين البلدان التي أبلغت في عامي 2020 و2021 ، انخفضت تشخيصات الحالات الجديدة بنسبة 15٪ و14٪ على التوالي، مقارنة بأرقام عام 2019. وقد يشير هذا إلى تباطؤ التقدم نحو معرفة أكبر بالحالة وتحسين تغطية العلاج (5). وفي الولايات المتحدة وحدها، انخفضت التشخيصات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 17٪ في عام 2020 مقارنة بعام 2019 (6).

وتقوض اللامساواة الصارخة الجهود المبذولة لإنهاء الإيدز في غرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية، حيث من المرجح بشكل غير متناسب أن تشهد المجتمعات المهمشة نتائج صحية دون المستوى الأمثل وتراجع الوصول إلى الخدمات الصحية التي تركز على الناس (7). وفي الولايات المتحدة، تزيد احتمالية إصابة السود 8.5 مرة بفيروس نقص المناعة البشري مقارنة بالبيض (8). وفي الاتحاد الأوروبي والمنطقة الاقتصادية الأوروبية، من المرجح أن يكون المهاجرون متعايشون مع الفيروس أكثر من السكان ككل، مع وجود أدلة تشير إلى اكتساب كبير للفيروس بعد الهجرة (9).

كما تنعكس أوجه اللامساواة الكامنة في التفاوتات في الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري ونتائجها. وجدت دراسة استقصائية للرجال المهاجرين الأفارقة الذين يمارسون الجنس مع الرجال في المملكة المتحدة أن ثلثيهم لم يسمعوا قط عن العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى؛ اكتشف أيضا مقاومة كبيرة لاستخدام مثل هذا العلاج، بما في ذلك نتيجة لرسائل الوصم حول التدخل (10). وبين الأشخاص المؤهلين للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في الولايات المتحدة، تكون التغطية أعلى 7.5 مرة بين الأشخاص البيض مقارنة بالسود (4). وفي حين حقق 71.4٪ من الأمريكيين البيض المتعايشين مع الفيروس كبت الحمل الفيروسي في عام 2019، إلا أن 60.8٪ فقط من الأمريكيين السود و62.8٪ من السكان الأصليين قد حققوا كبت الحمل الفيروسي (4).

وفي عام 2021، أنشأت المفوضية الأوروبية برنامج EU4 الصحي، وهو برنامج متعدد السنوات لتحفيز أنظمة صحية أقوى وأكثر مرونة ومتاحة للجميع (11). ويتضمن البرنامج جهودا جديرة بالملاحظة لتحسين نتائج فيروس نقص المناعة البشري للأشخاص الأكثر تهميشا وحرمانا. وفي عام 2022، كشفت إدارة بايدن في الولايات المتحدة عن اقتراح للنظر فيه من قبل السلطة التشريعية لإنفاق 9.8 مليار دولار أمريكي على مدى 10 سنوات لتوسيع نطاق استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى (12).

%14

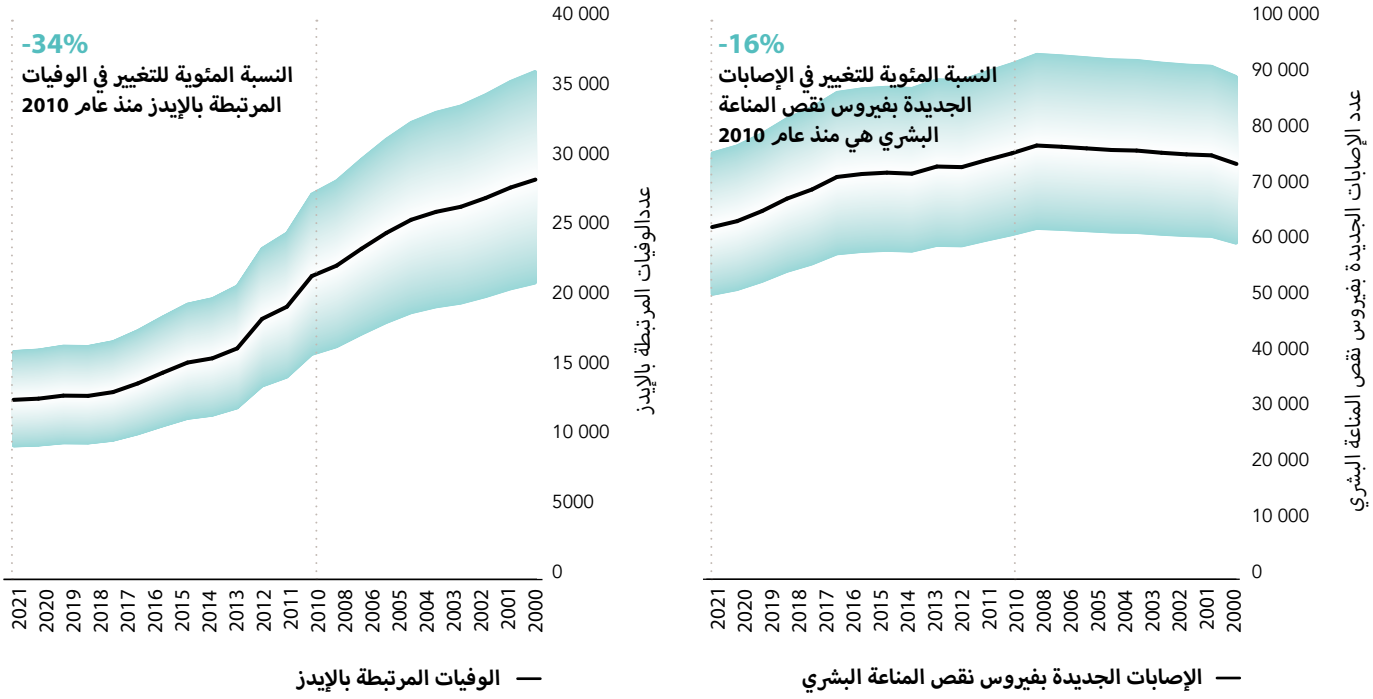
انخفاض في التشخيصات الجديدة لفيروس نقص المناعة البشرية في عام 2021



Miguel Soll/UNAIDS ©

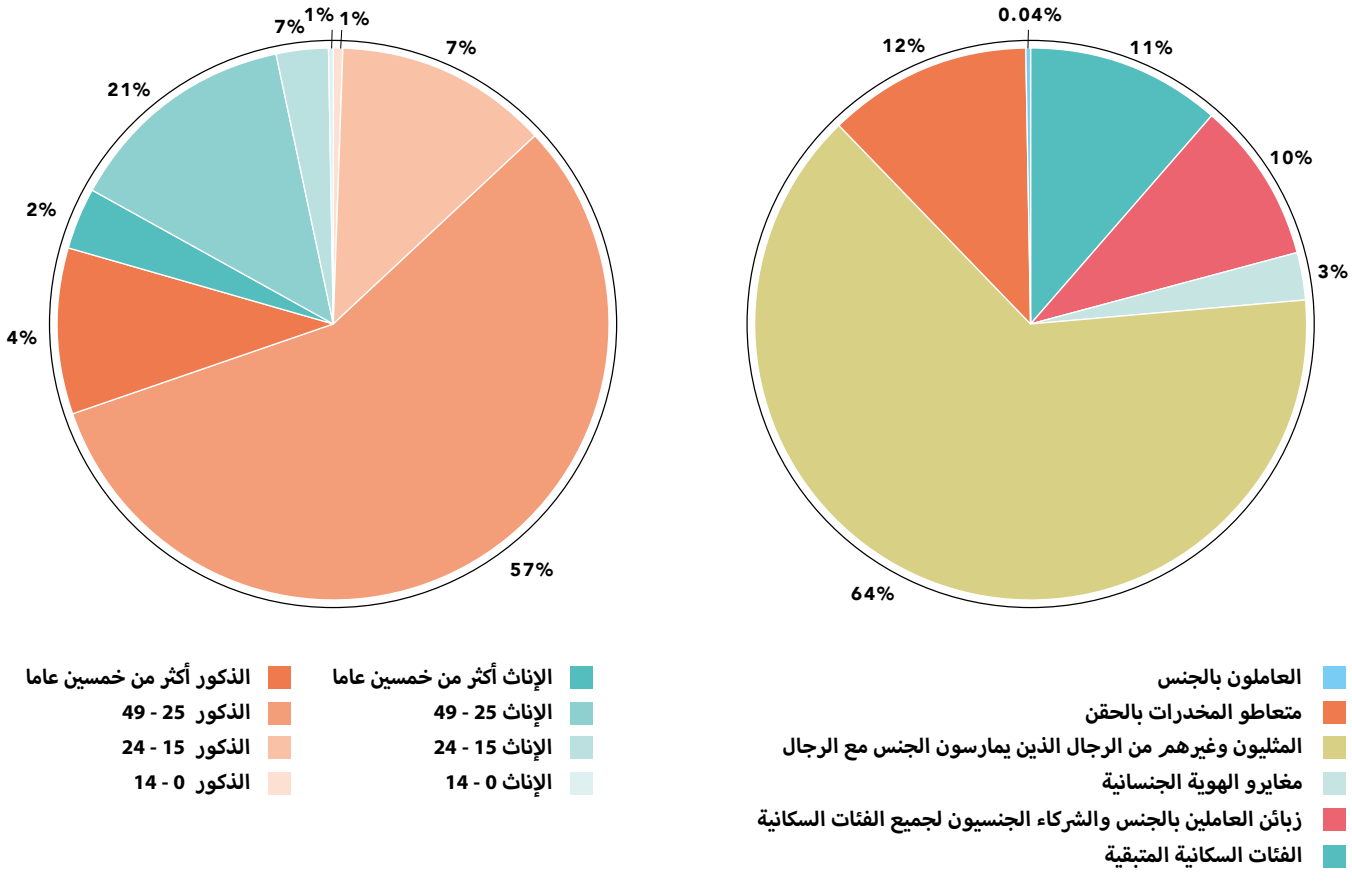
حالة الجائحة

شكل 13.1 عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية، 2000-2021



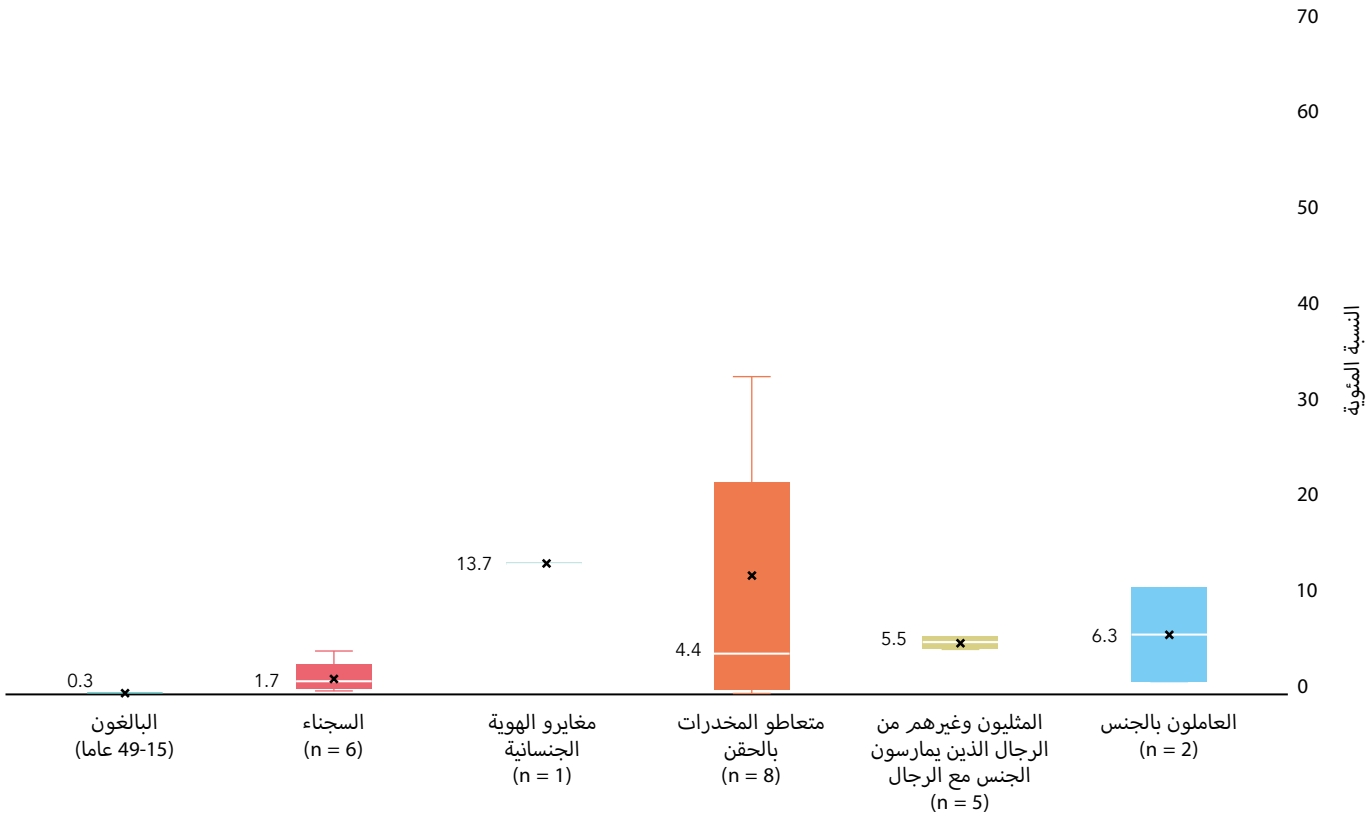
المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني باالإيدز، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

شكل 13.2 انتشار الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب الفئة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما)، غرب ووسط أوربا وأمريكا الشمالية، 2021

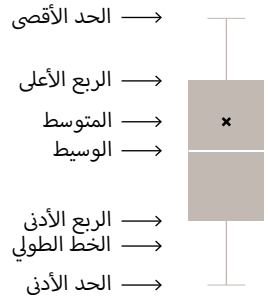


Source: UNAIDS special analysis, 2022 (see Annex on Methods).

شكل 13.3 انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية مقارنة بالبالغين (15 - 49 عاما)، والبلدان المبلغة في غرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية، 2017-2021



كيفية القراءة



كان متوسط انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين البلدان التي أبلغت عن هذه البيانات في شرق وجنوب أفريقيا:

6.3% بين العاملين بالجنس.
5.5% بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.
4.4% بين متعاطي المخدرات بالحقن.
13.7% بين مغايري الهوية الجنسانية.
1.7% بين السجناء.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري المقدر بين البالغين (15 -49 عاما) هو **6.2% [6.9–5.5%]**.

برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022؛ التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/).

إن n = عدد البلدان. العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 40.

تحدد حدود عدم التيقن من انتشار البالغين النطاق الذي تكمن فيه القيمة الحقيقية (إذا كان من الممكن قياسها). تشير الحدود الضيقة إلى أن التقدير دقيق، بينما تشير الحدود الواسعة إلى قدر أكبر من عدم اليقين فيما يتعلق بالتقدير.

جدول 13.1 الحجم التقديري المبلغ عنه للسكان الرئيسيين، أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية، 2018-2021

	السكان الوطنيون البالغون (15 - 49 عامًا) لعام 2021 أو السنة ذات الصلة	العاملون بالجنس	العاملون بالجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	متعاطو المخدرات بالحقن	متعاطو المخدرات بالحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عامًا)	مغايرو الهوية الجنسانية	مغايرو الهوية الجنسانية كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)	السجناء	السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (15 - 49 عاما)
كندا	16 600 000							75 000	0.45%	13 100	0.08%
التشيك	4 800 000					40 800	0.84%			21 600	0.45%
أستونيا	550 000									2300	0.42%
ألمانيا	35 400 000									57 600	0.16%
أسرائيل	4 100 000										
سيريبا	3 900 000										
الولايات المتحدة الأمريكية	14 900 000							1 000 000	0.68%		
متوسط النسبة الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)[a]:			**0.55%**		**2.25%**		**0.75%**		**0.66%**		**-**

تقديرات حجم السكان الوطنيين **تقديرات حجم السكان المحليين**

بيانات غير كافية **لا توجد بيانات**

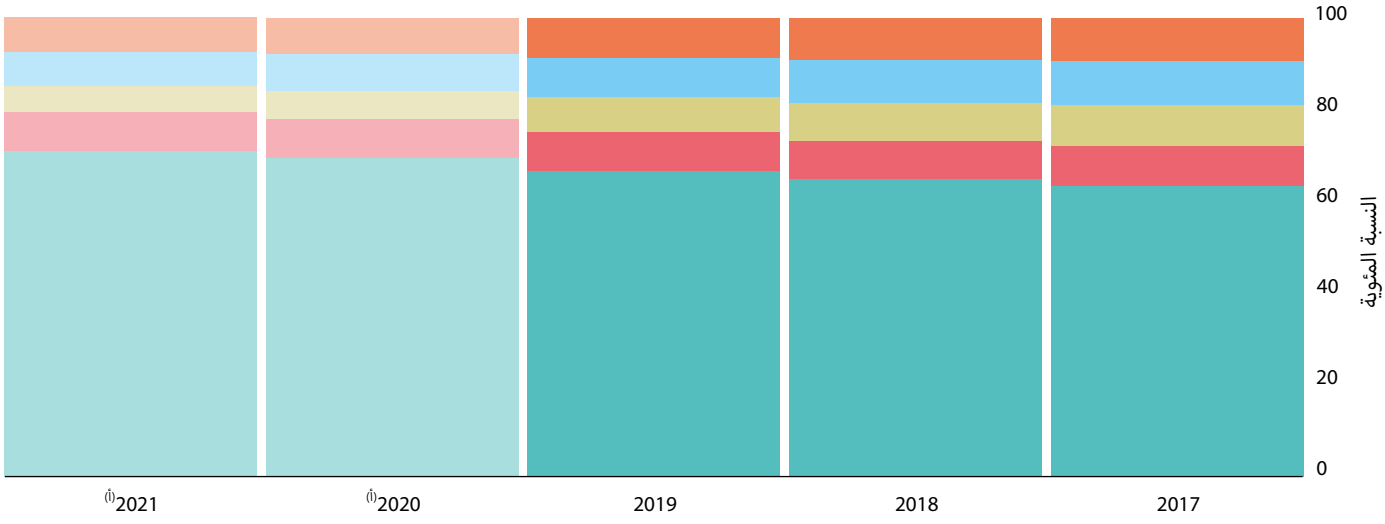
[a] دليل البدء السريع للطيف الترددي، 2020. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز؛ 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لرصد الإيدز العالمي، 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/)؛ وحدة الطيف الترددي 2022 ، Demproj؛ التوقعات السكانية في العالم 2019. إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة، شعبة السكان؛ 2019 (تم الحصول على البيانات المخصصة عبر الموقع الإلكتروني).

ملحوظة: التقديرات المعروضة هي تقديرات قدمتها الحكومة وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2021. قد تتوفر تقديرات إضافية وبديلة من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس الفئات السكانية الرئيسية (https://kpatlas.unaids.org/) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.

خدمات فيروس نقص المناعة البشري

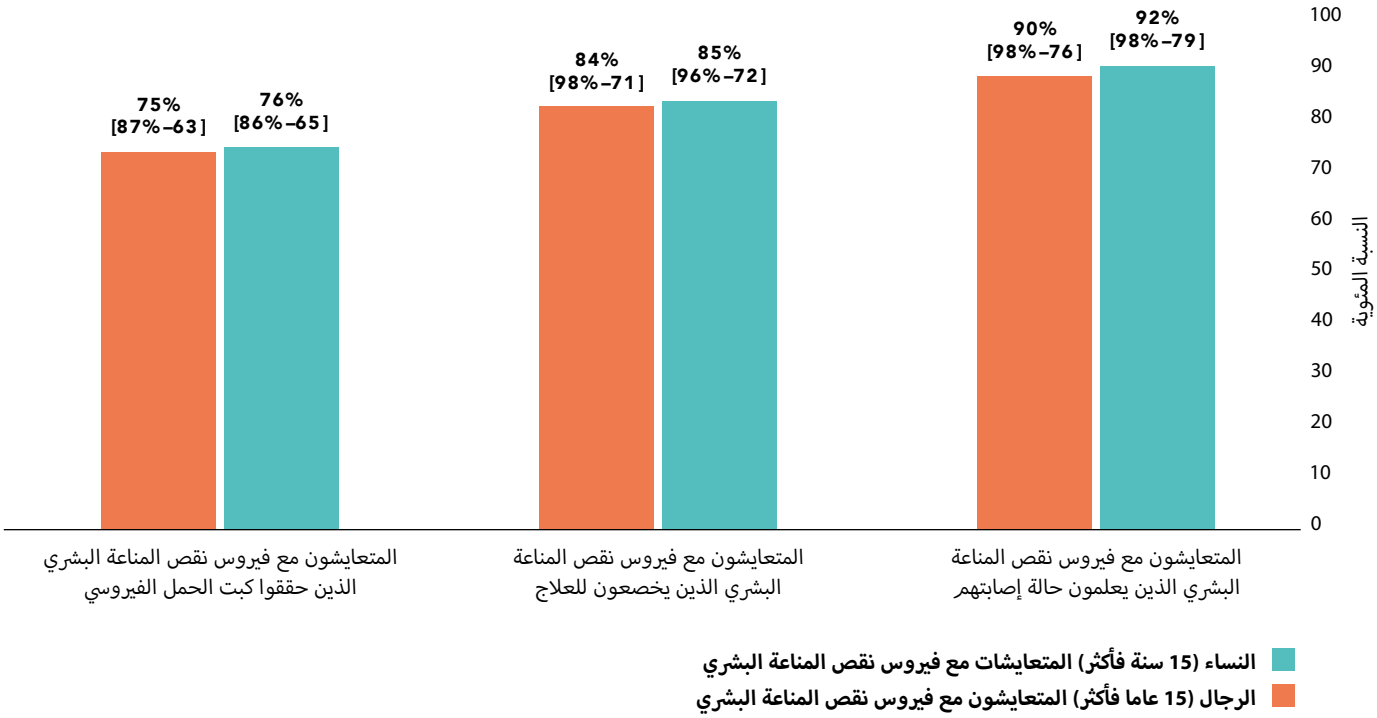
شكل 13.4 المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية، والأشخاص الذين أصيبوا حديثًا في الأشهر الستة الماضية، وتسلسل مراحل اختبارات وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (15 عاما فأكثر)، أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية، 2017-2021



[i] الأرقام لعامي 2020 و2021 هي توقعات مؤقتة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، في انتظار تحديث تقديرات الوباء والتسلسل من الولايات المتحدة وكندا والمملكة المتحدة.

المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2022.

شكل 13.5 تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، النساء (15 عاما فأكثر) مقارنة بالرجال (15 عاما فأكثر)، غرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية، 2021



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2022.

ملاحظة: أرقام 2020 و2021 هي توقعات مؤقتة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، في انتظار البيانات المحدثة.

المراجع

1. Daskalakis DC. The impact of COVID-19 on HIV prevention and treatment in the U.S. HPTN; 2022 (https://www.hptn.org/sites/default/files/inline-files/HPTN%20June%202022%20COVID%20and%20HIV%20CDC%20Daskalakis%20HPTN%20Copy.pdf).

2. Broz D, Carnes N, Chapan-Bardales J, Des Jarlais D, Handanagic S, Jones CM et al. Syringe services programs' role in ending the HIV epidemic in the U.S.: why we cannot do it without them. Am J Prev Med. 2021;61:S118-S129.

3. Provisional drug overdose death counts. In: cdc.gov [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [updated 9 February 2022] (https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm).

4. America's HIV Epidemic Analysis Dashboard [database]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Service; c2022 (https://ahead.hiv.gov/data).

5. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2020 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, World Health Organization Regional Office for Europe; c2021 (https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2021-2020-data).

6. DiNenno EA, Delaney KP, Pitasi MA, MacGowan R, Miles G, Dailey A et al. HIV testing before and during the COVID-19 pandemic – United States, 2019–2020. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2022;Vol. 71 (No. 25):820-4.

7. Onyango D, Schatz E, Lazarus JV. Taking a 'people-centred' approach to improving access to health care for underserved communities in Europe. Eurohealth. 2017;23:23-7.

8. HIV surveillance report: diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2019. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2021.

9. Nöstlinger C, Cosaert T, Van Landergham E, Vanhamel J, Jones G, Zenner D et al. HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and European Economic Area. Lancet HIV. 2022;9(6):E428-E437.

10. Natala M. PrEP & Prejudice Campaign evaluation report. London (UK): PrEP & Prejudice Campaign Africa Advocacy Foundation; 2020.

11. EU4Health programme 2021–2027 – a vision for a healthier European Union. In: European Commission [Internet]. Brussels: European Commission (https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en).

12. Leading HIV PrEP advocates applaud $9.8B 10-year commitment to access. Call for strategic investment plan. 28 March 2022. Washington D.C.: PrEP4All; 2022 (https://actionnetwork.org/user_files/user_files/000/074/377/original/National_PrEP_Program_Press_Release_March_2022_v6.pdf).

ملحق عن المناهج

ملحق

الجزء 1. مناهج استخراج تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري

مقدمة

يقدم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز كل عام تقديرات نموذجية منقحة على مستويات العالم والإقليم والقطر باستخدام أفضل البيانات الوبائية والبرامجية المتاحة لتتبع وباء فيروس نقص المناعة البشري. إن التقديرات النموذجية مطلوبة لأنه لا يمكن حساب العدد الدقيق للمتعايشين مع الفيروس، أو المصابين حديثا بالفيروس، أو الأشخاص الذين توفوا لأسباب مرتبطة بالإيدز في أي بلد: يتطلب القيام بذلك إجراء اختبار الفيروس لكل شخص بشكل منتظم والتحقيق في جميع حالات الوفاة، وهو أمر غير قابل للتطبيق من الناحية اللوجستية كما يعتبر موضع إشكالية أخلاقية. وتقدم التقديرات المنمذجة – والحدود الدنيا والعليا حول هذه التقديرات - طريقة مناسبة علميا لوصف مستويات واتجاهات وباء فيروس نقص المناعة البشري.

وتستخدم الفرق القطرية برامج يدعمها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لإعداد التقديرات سنويا. وتتألف الفرق القطرية في المقام الأول من أخصائيي الرصد والتقييم الوطنيين، وموظفي البرامج، وعلماء الأوبئة، والعلماء الديموغرافيين وغيرهم من وزارة الصحة الوطنية، والهيئات الوطنية المعنية بالإيدز، والشركاء التقنيين.

أما البرنامج المستخدم لإنتاج التقديرات ومقارنتها فهو Spectrum (تم تطويره بواسطة Avenir Health) ونموذج تأثير الإيدز (AIM) التابع له. وتستخدم معظم البلدان نموذج حدوث يتم تشغيله ضمن نموذج AIM الخاصة بـSpectrum؛ ويستخدم عدد قليل من البلدان نموذجا خارجيا يتم استخدامه لتقدير الحدوث في Spectrum وAIM (جدول 14.1).[1] ويقدم الفريق المرجعي المعني بالتقديرات والنمذجة والإسقاطات التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إرشادات تقنية بشأن تطوير مكون فيروس نقص المناعة البشري في نموذج AIM لتأثير الإيدز في Spectrum.[2]

1 يمكن الحصول على المزيد من المعلومات عن Avenir Health في www.avenirhealth.org

2 للمزيد من المعلومات عن الفريق المرجعي المعني بالتقديرات والنمذجة والإسقاطات التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، يرجى زيارة: www.epidem.org

المناهج والنماذج التي يستخدمها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز والبلدان في وضع التقديرات[3]

تستخدم البلدان التي يحافظ فيها انتقال فيروس نقص المناعة البشري على وباء في عموم السكان نموذج حزمة التقدير والإسقاط (EPP) من أداة نمذجة Spectrum، والتي تتلاءم مع بيانات انتشار الفيروس الخاصة بالنساء الحوامل اللائي يترددن على عيادات ما قبل الولادة ومن المسوح السكانية التمثيلية على المستوى الوطني. وتاريخيا أجرت العديد من البلدان ترصدا خافرا لفيروس نقص المناعة البشري بين النساء اللائي يترددن على عيادات ما قبل الولادة، الأمر الذي يتطلب جمع البيانات من مجموعة مختارة من العيادات لبضعة أشهر كل بضعة سنوات. وفي السنوات الأخيرة، توقفت معظم البلدان عن إجراء الترصد الخافر بين النساء الحوامل وتستخدم الآن بيانات من اختبارات الفيروس الروتينية التي تُجرى عندما تذهب النساء الحوامل إلى عيادات ما قبل الولادة ويخضعن لاختبار الفيروس. وتتجنب هذه البيانات الحاجة إلى إجراء جهود ترصد منفصلة، وتقدم مجموعة كاملة من البيانات من جميع العيادات في جميع أنحاء البلاد بدلا من عينات من مواقع مختارة.

ويمكن استخدام الاتجاهات من النساء الحوامل في عيادات ما قبل الولادة، سواء تم قياسها من خلال المراقبة أو البيانات الروتينية، لإبلاغ تقديرات اتجاهات الانتشار الوطنية، في حين أن البيانات من المسوح السكانية – التي يتم إجراؤها بشكل أقل تكرارا ولكنها تشمل الرجال وتضمن تغطية جميع الأشخاص بغض النظر عما إذا كانوا يسعون للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية - تمثل المستويات الوطنية لانتشار فيروس نقص المناعة البشري، وإذا تكررت، فإنها تبلغ أيضا الاتجاهات. كما تساهم البيانات المستمدة من هذه المسوح في تقدير انتشار الفيروس حسب العمر والنوع الاجتماعي ومستويات الإصابة واتجاهاتها. وقد قام عدد قليل من البلدان في أفريقيا جنوب الصحراء التي لم تجر مسوحات سكانية، بتعديل مستويات انتشار الفيروس بناء على مقارنات بين رصد عيادات ما قبل الولادة وبيانات المسح السكاني من بلدان أخرى في المنطقة. ثم يتم استخدام اتجاهات انتشار الفيروس الناتجة، بالإضافة إلى عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، لتقدير الاتجاه الوطني لحدوث الفيروس، وهو ما يمثل تأثير العلاج المضاد للفيروسات القهقرية على البقاء على قيد الحياة.

وتستخدم البلدان الأخرى، حيث يحدث انتقال فيروس نقص المناعة البشري إلى حد كبير بين الفئات السكانية الرئيسية الأكثر عرضة لخطورة الإصابة بالفيروس وحيث يكون الوباء منخفض المستوى أو مركزا، متغيرا وبائيا مركزا من نموذج EPP - الذي يتناسب مع بيانات انتشار المراقبة عالية الجودة لكل من العديد من البيانات الرئيسية، إلى جانب عامة السكان منخفضة المخاطر - أو نموذج وباء الإيدز (AEM).

ويتم اشتقاق أحجام الفئات السكانية الرئيسية المقابلة المستخدمة في تقييم جميع الفئات السكانية الفرعية وإضافتها إلى الإجمالي الوطني بشكل تجريبي في كل بلد. وعندما لا يتوفر تقدير حجم وطني، يتم الاستدلال عليه من القيم الإقليمية المتناسبة والإجماع بين الخبراء. ولتقدير انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين عامة السكان المتبقية الأقل عرضة، تقوم هذه البلدان عموما بإدخال بيانات المراقبة من النساء الحوامل، والمسوح القائمة على السكان، إن وجدت. أما بالنسبة للأوبئة المعممة، فيتم استخدام منحنى انتشار فيروس نقص المناعة البشري الناتج وعدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد الفيروسات القهقرية بعد ذلك لاشتقاق اتجاه وطني لحدوث الفيروس.

3 تم وصف المناهج بالتفصيل في: (Suppl 3) of AIDS (2019) and Advancing methods for global HIV estimates. Guest Editors: Mathieu Maheu-Giroux, Andrea L Ciaranello, Joshua A Salomon, Annette H Sohn. J Int AIDS Soc. 2021;24(S5).

وأخيرا، تستخدم معظم البلدان في أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية بيانات الوفيات المرتبطة بالإيدز من سجل الوقائع الحيوية وتقارير حالات فيروس نقص المناعة البشري لتقدير مدى انتشار الفيروس واتجاهات الحدوث والتأخير من العدوى إلى التشخيص. وتستخدم نموذج مراقبة الحالات وسجل الوقائع الحيوية (CSAVR) داخل برنامج Spectrum، وهو نموذج المركز الأوروبي للوقاية والتحكم في الأمراض (ECDC) أو نموذج خاص ببلدان معينة. ويتم استخدام نموذج CSAVR أيضا من قبل بعض البلدان في أمريكا اللاتينية، ومنطقة البحر الكاريبي، والشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي لديها أنظمة قوية للإبلاغ عن الأمراض بينما تعتبر أنظمتها لمراقبة الفيروس أو بيانات المسح محدودة.

وتشترك جميع البلدان التي تستخدم المناهج المدعومة من قبل برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في تقديراتها في افتراضات مشتركة حول فعالية علاج فيروس نقص المناعة البشري وتطور المرض حسب النوع الاجتماعي والعمر. وتستند هذه الافتراضات إلى مراجعات الدراسات المنهجية والتحليلات التلوية لبيانات الدراسات من قبل الخبراء العلميين. وتستمد البيانات الديموغرافية الخاصة بالسكان، بما في ذلك تقديرات الخصوبة، من تقديرات التوقعات السكانية العالمية لعام 2019 الصادرة عن شعبة السكان في الأمم المتحدة أو بيانات التعداد الحديثة.

وتتم مراجعة المدخلات المختارة في النموذج – بما في ذلك عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية والنساء اللائي يصلن إلى خدمات لمنع الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشري - والتحقق من صحتها بالشراكة مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومنظمة الصحة العالمية، وخطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز ووكالاتها، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي)، وشركاء آخرون.

وتتم مراجعة الملفات النهائية التي قدمتها البلدان والتي تحتوي على النتائج النموذجية في برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز للتأكد من أن النتائج قابلة للمقارنة عبر المناطق والبلدان، وبمرور الوقت.

وفي جولة التقديرات لعام 2022، تم إنشاء التقديرات دون الوطنية واستخدامها من قبل 39 بلدا (38 في أفريقيا جنوب الصحراء وواحد في منطقة البحر الكاريبي). وقد تم وصف مناهج إنشاء هذه التقديرات دون الوطنية في الجزء 4 من هذا الملحق.

جدول 14.1 نماذج الإصابة المستخدمة لتقديرات فيروس نقص المناعة البشري الوطنية المجمعة في برنامج Spectrum وجولة تقدير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2022

نموذج الحدوث	البلدان	انتشاؤ فيروس نقص المناعة البشري (15-49 عاما) (متوسط)	المناطق
EPP، وباء معمم	37	2.3%	شرق وجنوب أفريقيا، غرب ووسط أفريقيا، منطقة البحر الكاريبي، آسيا والمحيط الهادئ
EPP، وباء مركّز	39	0.33%	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، منطقة البحر الكاريبي، أمريكا اللاتينية، آسيا والمحيط الهادئ
نموذج وباء الإيدز	13	0.26%	آسيا والمحيط الهادئ
نموذج CSAVR أو ECDC، الوفيات المناسبة و/أو تقارير الحالة	69	0.14%	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، منطقة البحر الكاريبي، أمريكا اللاتينية، أوروبا الغربية والوسطى، أمريكا الشمالية، آسيا والمحيط الهادئ
أخرى	14	0.20%	أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية، آسيا والمحيط الهادئ، أمريكا اللاتينية، شرق وجنوب إفريقيا
جميع النماذج	172	0.3%	

ملحوظة: CSAVR model = نموذج مراقبة الحالة والتسجيل الحيوي؛ ECDC model = نموذج المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها؛ EPP = نموذج حزمة التقدير والإسقاط.

حدود عدم التيقن حول تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

إن برنامج التقدير يحسب حدود عدم التيقن حول كل تقدير. وتحدد هذه الحدود النطاق الذي تقع ضمنه القيمة الحقيقية y في 95% من الحالات (إذا أمكن قياسها). وتشير الحدود الضيقة إلى أن التقدير دقيق، بينما تشير الحدود الواسعة إلى قدر أكبر من عدم التيقن فيما يتعلق بالتقدير، بالنظر إلى البيانات والافتراضات.

وفي البلدان التي تستخدم بيانات رصد فيروس نقص المناعة البشري، تحدد كمية البيانات المتاحة ومصدرها جزئيا دقة التقديرات: البلدان التي لديها المزيد من بيانات رصد الفيروس لديها نطاقات أصغر من البلدان التي لديها بيانات رصد أقل أو أحجام عينات أصغر. والبلدان التي تم فيها إجراء دراسة استقصائية سكانية وطنية واحدة أو أكثر لديها نطاقات أصغر حول التقديرات بشكل عام من البلدان التي لم يتم فيها إجراء مثل هذه الدراسات الاستقصائية. وفي البلدان التي تستخدم الإبلاغ عن حالات الفيروس وبيانات الوفيات المرتبطة بالإيدز، فإن عدد سنوات البيانات وحجم الحالات المبلغ عنها أو الوفيات المرتبطة بالإيدز التي تم ملاحظتها ستساهم في تحديد دقة التقدير.

وتساهم الافتراضات المطلوبة للوصول إلى التقدير أيضا في مدى النطاقات حول التقديرات: باختصار، كلما زادت الافتراضات، زاد نطاق عدم التيقن، نظرا لأن كل افتراض يقدم شكوكا إضافية. فعلى سبيل المثال، النطاقات حول تقديرات انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين البالغين أصغر من تلك المتعلقة بتقديرات الإصابة بالفيروس بين الأطفال، الأمر الذي يتطلب بيانات إضافية عن انتشار الفيروس بين النساء الحوامل واحتمال انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل التي تحمل عدم تيقن إضافي خاص بها.

إن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز واثق من أن الأعداد الفعلية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، أو المصابين حديثا بالفيروس أو الأشخاص الذين توفوا لأسباب مرتبطة بالإيدز تقع ضمن النطاقات المبلغ عنها. وبعد المزيد من سنوات بيانات الرصد عالية الجودة على مدار جولات التقدير المتتالية، فإن عدم التيقن بشأن تقدير بلد ما سينخفض عادة.

التحسينات المدرجة في نموذج تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

تنشئ الفرق القطرية ملفات Spectrum جديدة كل عام. وقد تختلف الملفات من سنة إلى أخرى لسببين. أولا، يتم إدخال بيانات الرصد والبرنامج الجديدة في النموذج؛ وهذا قد يغير انتشار فيروس نقص المناعة البشري واتجاهات الحدوث بمرور الوقت أو معدلات تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، بما في ذلك تلك الخاصة بالسنوات الماضية. وثانيا، تم دمج التحسينات في النموذج بناء على طرق علمية وإحصائية جديدة، مما يؤدي إلى إنشاء اتجاهات أكثر دقة في حدوث الفيروس. ومن حين لآخر، تقوم البلدان أيضا بتغيير خيار نمذجة الحدوث ضمن Spectrum استنادا إلى التحسينات في البيانات المتاحة في البلد.

وبسبب هذه التحسينات على النموذج وإضافة بيانات جديدة لإنشاء التقديرات، لا يمكن مقارنة نتائج جولات التقدير السابقة بنتائج الجولة الحالية. ومع ذلك، يتم إنشاء تقديرات تاريخية كاملة في كل جولة، وهذه تمكن من تقييم الاتجاهات مع مرور الوقت.

وبين تقديرات عامي 2021 و2022، تم إجراء التغييرات الرئيسية التالية على النماذج، باتباع إرشادات الفريق المرجعي المعني بالتقديرات والنمذجة والإسقاطات التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز.

نموذج تأثير الإيدز (AIM): تعديل مدخلات الحدوث والانتشار في نموذج حزمة التقدير والإسقاط (EPP)

When عند استخدام EPP، يقوم AIM بتعديل مدخلات الحدوث بحيث يتطابق انتشار فيروس نقص المناعة البشري مع تقدير EPP. وفي برنامج 2022، يتم إجراء هذه التعديلات سنويا بحيث تتوافق AIM بصورة أوثق مع EPP. وكان برنامج ما قبل عام 2022 قد أجرى تعديلات سنوية قبل عام 2010 ولكنه قام بإصلاح عامل التعديل من عام 2010 فصاعدا.

التأثير: تغيرت تقديرات انتشار فيروس نقص المناعة البشري في AIM للسنوات الأخيرة بشكل طفيف (أقل من ±5%) مقارنة بالجولة السابقة لبعض البلدان التي تستخدم EPP.

AIM: إضافة إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشري على مدار السنة

In في برنامج ما قبل عام 2022، حسب AIM الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري لدى البالغين في نهاية كل عام. ومن أجل الاتساق مع EPP، يقوم AIM الآن بإجراء هذه الحسابات كل عُشر من السنة.

التأثير: مقارنة بنماذج ما قبل عام 2022، فإن الإصابات الجديدة تحدث قبل ستة أشهر من ذي قبل في المتوسط. وقد أدى هذا إلى زيادة الوفيات المقدرة المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشري ولكن في الغالب بنسبة أقل من 5%، لا سيما في البلدان التي تتزايد فيها أوبئة الفيروس.

EPP: تحسين التوزيع الإقليمي للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية واستخدام تغطيته في تركيبات EPP

بالنسبة للأوبئة المعممة، قدم نموذج EPP خيار تضمين تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية المقاسة بالدراسة الاستقصائية في تركيب الانتشار في نفس البنية دون الوطنية/الإقليمية مثل انتشار رعاية ما قبل الولادة (الرصد والروتينية/التعداد). وبالإضافة إلى ذلك، يتم الآن إدخال بيانات برنامج العلاج المضاد للفيروسات القهقرية وتجهيزها بشكل منفصل لكل منطقة دون وطنية.

التأثير: عند تضمين تغطية مسح العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، يجب أن يعكس EPP وAIM بشكل عام الاتجاهات والتوزيعات الوطنية ودون الوطنية في الانتشار، والحدوث، والوفيات، والعلاج المضاد للفيروسات القهقرية.

نموذج مراقبة الحالات وسجل الوقائع الحيوية (CSAVR): نسب معدلات الحدوث حسب النوع الاجتماعي والعمر

تم تبسيط وظيفة CSVAVR التي ترتب نسب معدلات الحدوث حسب العمر والنوع الاجتماعي إلى معاملات أقل، مما ينتج الآن نسبة معدل حدوث أكثر استقرارا بمرور الوقت.

التأثير: أنماط حدوث أكثر معقولية في البلدان ذات البيانات المصنفة حسب النوع الاجتماعي/العمر المحدودة وترتيب أسرع مقارنة بنماذج 2021.

CSAVR: معايرة تعداد CD4 عند التشخيص

CSAVR أعاد CSAVR 2022 خيارا لإدخال البيانات الموجودة عن تعداد CD4 عند التشخيص والمعايرة حسبها، واستخدامها لتقدير معدل تشخيص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري كدالة لتعداد CD4.

التأثير: البلدان التي قامت بإدخال وترتيب بيانات CD4 تمثيلية موثوقة قدرت متوسط تعداد CD4 عند التشخيص ونسب المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالة إصابتهم بأقل بقليل من تقديرات CSAVR لعام 2021.

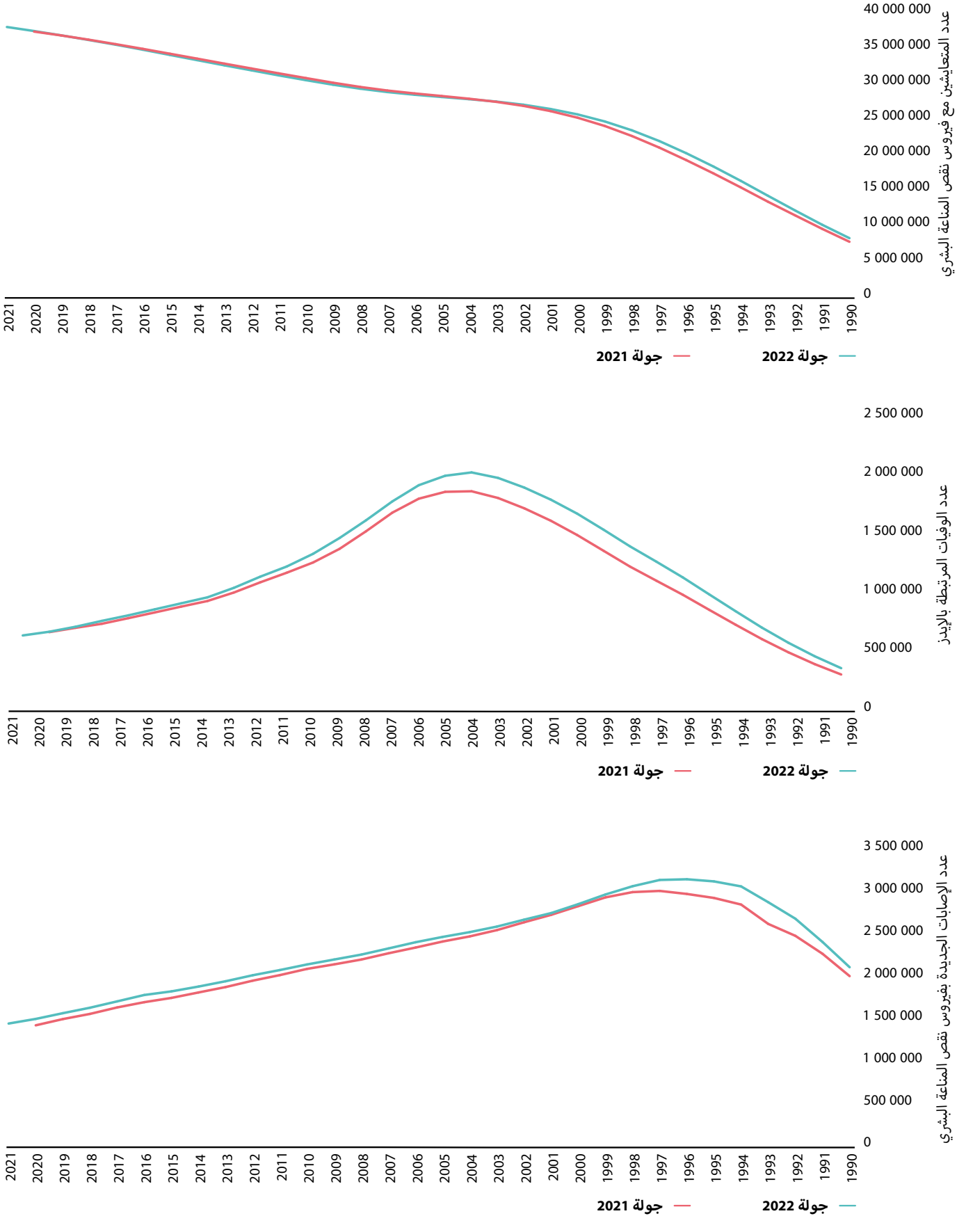
AIM، الأوبئة المركزة: نسب معدل الحدوث حسب الفئة العمرية

AIM قدم AIM 2022 خيارا لجعل نسب معدل الحدوث الخاص بالعمر تتناسب مع البيانات الوطنية حول العلاج المضاد للفيروسات القهقرية حسب الفئة العمرية. وقد تم اقتراح هذا للأوبئة المركزة التي تتوافق بياناتها الخاصة بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية المصنفة حسب الفئة العمرية مع مدخلات العلاج المضاد للفيروسات القهقرية الشاملة للأعمار من 15 عاما فأكثر.

التأثير: تحسين المواءمة بين بيانات البرامج المصنفة حسب الفئة العمرية والتقديرات القائمة على النموذج للأرقام الخاصة بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية.

يعرض شكل 14.1 تقديرات عام 2022 مقارنة بتقديرات عام 2021. وتعتبر التحولات في المنحنيات هي التأثير المشترك لبيانات البلدان المحدثة والتغييرات في هيكل النموذج والافتراضات الموضحة أعلاه. وعلى المستوى العالمي، تعد الاتجاهات في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري، والوفيات المرتبطة بالإيدز، والمتعايشون مع الفيروس مثل تلك التي تم تقديرها في الجولة السابقة، على الرغم من وجود تحولات داخل بعض المناطق.

شكل 14.1 مقارنة بين 2021 و 2022 تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز: الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرى والوفيات المرتبطة بالإيدز، والمتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرى ، عالميًا ، 1990-2021



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 و2022.

نشر التقديرات الخاصة بالبلدان

يهدف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إلى نشر تقديرات لجميع البلدان التي يبلغ عدد سكانها 250.000 أو أكثر (وفقا لتقرير التوقعات السكانية العالمية لشعبة الأمم المتحدة للسكان لعام 2019). وبالنسبة للبلدان التي يبلغ عدد سكانها 250.000 أو أكثر والتي لم تقدم تقديرات، قام برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بوضع تقديرات باستخدام برنامج Spectrum، بناء على معلومات منشورة أو متاحة بطريقة أخرى. وقد ساهمت هذه التقديرات في المجاميع الإقليمية والعالمية ولكن لم يتم نشرها كتقديرات قطرية.

وفي البلدان ذات المستوى المنخفض من الأوبئة، يصعب تقدير عدد الحوامل المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري. فالعديد من المتعايشات مع الفيروس، في هذه البلدان، عاملات بالجنس أو متعاطيات المخدرات – أو شريكات جنسيات لمتعاطي المخدرات، أو المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال أو عاملين بالجنس – واللائي قد تختلف مستويات خصوبتهن عن مستويات عامة السكان. ولذلك لا يقدم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز تقديرات للانتقال الرأسي للفيروس أو إصابات الأطفال في العديد من البلدان ذات الأوبئة المركزة، إلا إذا لم تتوفر بيانات كافية للتحقق من صحة هذه التقديرات. وإلى جانب هذا، لا يتم نشر التقديرات المتعلقة بالأطفال في البلدان التي يقل فيها العدد التقديري للحوامل المتعايشات مع الفيروس عن 50.

وفيما يتعلق بالحدوث، إذا لم تكن هناك بيانات تاريخية كافية لتحديد اتجاهات الحدوث، فإن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لا ينشر الحدوث التاريخي. ولم يتم نشر اتجاهات الحدوث المستندة إلى EPP إلا إذا كان هناك أربع نقاط بيانات أو أكثر وبيانات انتشار في السنوات الأربع الماضية لأهم المجموعات السكانية الفرعية.

وبالنسبة للأوبئة منخفضة المستوى والمركزة التي تعتمد على بيانات رصد الحالات والوفيات، يتم نشر الاتجاهات إذا كانت تستند إلى ثماني نقاط بيانات على الأقل حول عدد الوفيات المرتبطة بالإيدز خلال الفترة 1990-2021. وترتكز تقديرات الحدوث هذه على حساب رجعي للوفيات المرتبطة بالإيدز المبلغ عنها، وهي لا تراعي بشكل كبير جدا الانخفاضات الأخيرة في أحجام الاختبارات والتشخيصات الجديدة التي حدثت في عام 2020 أو 2021 بسبب اضطرابات الخدمة الصحية المرتبطة بكوفيد19-. فقد قامت بعض البلدان ذات الدخل المرتفع التي تستخدم نموذجا للحدوث يرتكز على الإبلاغ عن الحلات بتأجيل التقديرات لعامي 2020 و2021 لمعالجة التحيزات المحتملة المرتبطة بكوفيد.

وأخيرا، لا يقوم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بنشر التقديرات القطرية عندما تكون البيانات المتاحة غير كافية لتبرير التقدير. ويمكن العثور على المزيد من المعلومات حول تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وملفات Spectrum الفردية لمعظم البلدان على موقع برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز www.hivtools.unaids.org . ويمكن العثور على بيانات عن التقديرات في قسم معلومات الإيدز في موقع برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز (http://aidsinfo.unaids.org).

الجزء 2. أساليب استخراج أهداف 95-95-95 للاختبار والعلاج

مقدمة

منذ عام 2015، أبلغ برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز عن تقديرات للتقدم العالمي والإقليمي والقطري مقابل الأهداف 90-90-90. وفي الإعلان السياسي للأمم المتحدة بشأن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز: القضاء على أوجه اللامساواة والمضي قدما في القضاء على الإيدز بحلول عام 2030، تمت رفع هذه الأهداف إلى 95-95-95. ويتم رصد التقدم باستخدام ثلاثة مؤشرات أساسية:

- المؤشر الأول (الـ95 الأولى): نسبة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالة إصابتهم بالفيروس.
- المؤشر الثاني (الـ95 الثانية): نسبة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالة إصابتهم بالفيروس ويحصلون على العلاج.
- المؤشر الثالث (الـ95 الثالثة): نسبة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تم كبت الحمل الفيروسي الخاص بهم.

يمكن أيضا التعبير عن المؤشر الأول والثاني كنسبة جميع المتعايشين مع الفيروس. وعندما يتم التعبير عن أرقام أو تغطية هدف العلاج بالنسبة إلى العدد الإجمالي للمتعايشين مع الفيروس، فإن هذا يسمى «تسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري».

مصادر البيانات لبناء تدابير البلدان

تم وضع التقدم على المستوى القطري مقابل أهداف 95-95-95 باستخدام البيانات المبلغ عنها من Spectrum والرصد العالمي للإيدز. ويتم نشر التقديرات لجميع الأشخاص وبشكل منفصل للأطفال (من سن 0 إلى 14 عاما) والبالغين (من سن 15 عاما فما فوق، حسب النوع الاجتماعي). وقد استندت الحدود العليا والدنيا المقابلة إلى نطاقات عدم التيقن بشأن الأعداد المقدرة للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري لكل بلد وفئة سكانية وسنة. وقد تم وصف هذه المؤشرات المتعلقة بالهدف ومصادر بياناتها في المبادئ التوجيهية العالمية لرصد الإيدز لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2022 (1).

يلخص جدول 14.2 عدد البلدان التي أبلغت عن كل مقياس، في كل منطقة، على مدار السنوات الست الماضية.

تتوفر المجموعة النهائية من مقاييس التقدم الخاصة بالبلدان مقابل أهداف 95-95-95 للفترة من 2015 إلى 2021 على http://aidsinfo.unaids.org. ولم تكن جميع البلدان قادرة على الإبلاغ مقابل جميع الأهداف الثلاثة. وفي جولة تقديرات عام 2022، تم نشر تسلسلات مراحل علاج كاملة لـ68 بلدا حول التقدم الذي أحرزته اعتبارا من عام 2021، مما يعتبر زيادة من 60 بلدا في جولتي تقديرات عامي 2020 و2021.

جدول 14.2 البيانات المتاحة لوضع مقاييس برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز للتقدم المحرز مقابل أهداف 95-95-95، 2015-2021

العدد	السنة	آسيا والمحيط الهادي *	البحر الكاريبي	شرق وجنوب أفريقيا	شرق أوروبا ووسط آسيا	أمريكا اللاتينية	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا*	غرب ووسط أفريقيا	غرب ووسط أوروبا وشمال أمريكا	المستوى العالمي
البلدان		39	16	21	16	17	19	25	39	**193**
البلدان في تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز		29	10	20	16	17	19	25	36	**172**
البلدان التي لديها تقديرات متاحة للجمهور عن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري		23	10	19	12	16	14	25	21	**140**
البلدان التي لديها بيانات متاحة للجمهور عن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والذين يعرفون حالة إصابتهم	2015	12	7	18	11	6	11	25	15	**105**
	2016	15	7	18	11	8	11	25	20	**115**
	2017	17	7	18	11	8	11	25	19	**116**
	2018	19	7	18	12	9	11	25	20	**121**
	2019	19	7	19	13	9	11	25	20	**123**
	2020	20	7	19	13	10	11	25	17	**122**
	2021	18	7	19	13	9	12	25	9	**112**
البلدان التي لديها بيانات متاحة للجمهور عن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والذين يخضعون للعلاج	2015	26	10	20	14	16	17	25	23	**151**
	2016	27	10	20	14	16	17	25	23	**152**
	2017	27	10	20	14	16	17	25	23	**152**
	2018	27	10	20	14	16	17	25	22	**151**
	2019	28	9	20	14	16	17	25	21	**150**
	2020	27	9	20	14	16	17	25	19	**147**
	2021	23	9	20	14	16	17	25	10	**134**
البلدان التي لديها بيانات متاحة للجمهور عن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تم اختبارهم من أجل الحمل الفيروسي وتبين أنهم حققوا كبت الحمل الفيروسي	2015	6	2	3	5	4	5	1	10	**36**
	2016	6	4	6	7	8	6	2	12	**51**
	2017	7	7	7	9	10	7	4	15	**66**
	2018	11	9	13	10	11	8	7	16	**85**
	2019	13	8	18	12	10	7	9	16	**93**
	2020	12	8	16	12	12	6	11	13	**90**
		10	8	16	10	9	8	11	7	**79**

المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2016-2021

* في جولة التقدير لعام 2022، تم نقل جمهورية إيران الإسلامية من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى منطقة آسيا والمحيط الهادئ.

ملحوظة: نشرت بعض البلدان أعدادا مبلغة من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالة إصابتهم و/أو كانوا يتلقون العلاج دون نشر تقدير لإجمالي المتعايشين مع الفيروس، نظرا لأن الأخير يحتاج إلى تضمين الأشخاص الذين لا يعرفون حالة إصابتهم ولم يتلقوا العلاج كذلك

تقديرات المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري

تستند جميع مقاييس التقدم في هذا التقرير إلى التقديرات الوطنية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين استخدموا نموذج Spectrum. وفي جولة عام 2022، تم تقدير عدد المتعايشين مع الفيروس في 172 من أصل 193 بلدا ومنطقة. وتمثل هذه البلدان الـ172 99% من إجمالي سكان العالم. وقد تم نشر تقديرات المتعايشين مع الفيروس لـ140 بلدا من أصل 172 بلدا. وتمثل هذه البلدان البالغ عددها 140 بلدا ذات التقديرات المعتمدة والمنشورة 91% من العدد التقديري للمتعايشين مع الفيروس في عام 2021.

المعرفة بحالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين المتعايشين مع الفيروس

لقد تم تقدير عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالة إصابتهم على مدار الزمن باستخدام مراقبة حالات الإصابة بالفيروس، وبيانات البرامج وبيانات المسح السكاني الممثلة على المستوى الوطني. وحيث كانت البيانات متاحة بشكل منفصل للأطفال (من 0 إلى 14 عاما) والبالغين (من سن 15 عاما وما فوق، حسب النوع الاجتماعي)، تم حساب المقاييس الخاصة بالعمر والنوع الاجتماعي ثم تم تجميعها للمقاييس الوطنية.

وقد قدرت البلدان خارج أفريقيا جنوب الصحراء التي ليس لديها مسوح أسرية وطنية، عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالة إصابتهم بالفيروس بناء على بيانات الإخطار بحالة الإصابة بالفيروس وسجلات البرامج. وقد استخدمت بعض البلدان ذات الأوبئة المركزة بيانات الإخطار بشكل مباشر، إذا كان نظام مراقبة الفيروس الخاص بها يعمل منذ عام 2015 أو لفترة أطول وكانوا قادرين على طرح من توفوا أو هاجروا أو فقدوا للمتابعة بطريقة أخرى من الأشخاص الذين تم تشخيصهم بشكل تراكمي. وإذا قدر هذا الحساب عدد المتعايشين مع الفيروس الذين يعرفون حالة إصابتهم بالفيروس على أنها أقل من أولئك الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، فقد تم استبعاد القيمة المبلغ عنها، حيث من المحتمل أن تكون غير صحيحة بسبب أحد التحيزات الشائعة العديدة. فعلى سبيل المثال، قد يقلل بلد ما من عدد المتعايشين مع الفيروس الذين يعرفون حالة إصابتهم بالفيروس إذا لم يتم الإبلاغ عن جميع الأشخاص الذين تم تشخيصهم إلى نظام المراقبة في الوقت المناسب. وعلى النقيض من ذلك، يتم المبالغة في تقدير المقياس إذا تم تسجيل الأشخاص أو الإبلاغ عنهم أكثر من مرة ولم يتم اكتشاف مثل هذه التكرارات، أو إذا توفي الأشخاص أو هاجروا ولكن لم تتم إزالتهم من النظام. وقد كان هذا التقدير المبالغ فيه لعدد المتعايشين مع الفيروس الذين يعرفون حالة إصابتهم بالفيروس أمرا شائعا في السنوات السابقة (ما قبل 2015).

وبدلا من ذلك، يمكن للبلدان ذات الأوبئة المركزة تقدير المعرفة بحالة الإصابة كجزء من تقديرها الشامل للوباء من خلال نموذج CSAVR، الذي يقدر حدوث العدوى، والمعرفة بحالة الإصابة، وتغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية من إخطارات حالة الإصابة والوفاة.

وقد قدرت معظم البلدان في شرق وجنوب أفريقيا وغرب ووسط أفريقيا المعرفة بحالة الإصابة لدى البالغين باستخدام أداة Shiny90 المدعومة من قبل برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز (2). ويناسب هذا النموذج الرياضي البيانات المأخوذة من المسوح السكانية الوطنية حول نسب المستجيبين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري أو بدونه والذين سبق أن خضعوا لاختبار الفيروس، بالإضافة إلى بيانات برنامج خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشري حول العدد السنوي لاختبارات الفيروس التي تم إجراؤها وعدد نتائج الاختبارات الإيجابية، ونتائج نموذج (2) Spectrum.

ولدى تقديرات المعرفة بحالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري من Shiny90 نقاط قوة على تلك المستمدة مباشرة من المسوح السكانية أو سجلات البرامج. ومن خلال بناء تاريخ حدوث واختبار فيروس نقص المناعة البشري لفئة سكانية ما على مدار الوقت، يتم تعديل الاتجاه الناتج في الوعي لتحيزات الإبلاغ المعروفة في الوعي بحالة الإصابة بالفيروس في المسوح الأسرية وحسابات إعادة الاختبار وإعادة التشخيص بين بيانات البرامج الروتينية حول التشخيص السنوي بالفيروس (3، 4). وتميز تقديرات Shiny90 المتعايشين مع الفيروس الذين خضعوا لاختبار الفيروس بعد الانقلاب المصلي، وبالتالي فهم يعرفون حالة إصابتهم بالفيروس من أولئك الذين تم الانقلاب المصلي لديهم بعد النتيجة السلبية لآخر اختبار للفيروس نقص المناعة البشري. ويتم تحديد التمييز من خلال اتجاه الحدوث الوطني المحسوب في Spectrum. ويقدر Shiny90 المعرفة بحالة الإصابة حسب النوع الاجتماعي والفئة العمرية، بافتراض أن نسب معدل اختبار الذكور والإناث ظلت ثابتة نسبيا منذ عام 2010. وتشمل النتائج مؤشرات إضافية مثل النسبة المئوية للأشخاص الذين تم تشخيصهم في غضون عام وأعداد الأشخاص (حسب حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري) الذين يعيدون الاختبار.

ويجب توخي الحذر عند تقديرات المعرفة بحالة الإصابة إذا تم إجراء آخر مسح سكاني منذ أكثر من خمس سنوات، أو إذا كانت هناك مخاوف بشأن دقة سجل الاختبار المبلغ عنه ذاتيا في المسح.

ويغطي كل من تقدير Shiny90 وCSAVR للمعرفة بحالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري فقط البالغين 15 سنة فما فوق. ويوصي برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز البلدان بتقدير متحفظ لمعرفة حالة الإصابة بين الأطفال كنسبة الأطفال المتعايشين مع الفيروس الذين يتلقون العلاج، ما لم تتوفر أرقام موثوقة من مراقبة الحالات (التشخيصات التراكمية والوفيات والهجرة والخسائر للمتابعة).

الأشخاص الذين يحصلون على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية

يتم استخلاص المقاييس العالمية والإقليمية لأرقام العلاج المضاد للفيروسات القهقرية من بيانات البرامج المبلغة من البلدان من خلال برنامج Spectrum المدعوم من قبل برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وأداة الإبلاغ التابع للرصد العالمي للإيدز. وفي جولة عام 2022، أبلغت 134 بلدا علنا عن أرقام العلاج لعام 2021 (مما يغطي 95% من الأشخاص الذين يتلقون العلاج)؛ وبين عامي 2015 و2021، كان لدى 152 بلدا تقديرا واحدا على الأقل متاحا للجمهور لعدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج. وبالنسبة إلى عدد قليل من البلدان التي لم تبلغ عن أعداد الأشخاص الذين يتلقون العلاج طوال السنوات – بشكل أساسي في غرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية، إلى جانب البرازيل، واليابان، وجمهورية كوريا - تم تقدير عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج إما بالتشاور مع وكالة الصحة العامة المسؤولة عن رصد برنامج العلاج الوطني أو من مصادر منشورة وعبر الإنترنت.

وبالشراكة مع اليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية، وخطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز ووكالاتها، والصندوق العالمي والشركاء الآخرين الذين يدعمون تقديم خدمات العلاج في البلدان، يقوم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز سنويا بمراجعة أرقام العلاج التي أبلغت عنها البلدان لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز من خلال رصد الإيدز العالمي وSpectrum والتحقق منها. ومع ذلك، قد يبالغ هذا الإجراء في تقدير عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج إذا تم الإبلاغ عن الأشخاص الذين ينتقلون من مرفق إلى آخر من قبل كلا المرفقين. وبالمثل، قد يتم المبالغة في تقدير التغطية إذا لم يتم تحديد الأشخاص الذين توفوا أو انسحبوا من الرعاية أو هاجروا وإزالتهم من سجلات العلاج. وعلى عكس ذلك، يتم أحيانا التقليل من شأن أرقام العلاج إذا لم تقم جميع العيادات بالإبلاغ عن الأرقام الخاصة بالعلاج بشكل كامل أو في الوقت المناسب.

ويدعم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وغيره من الشركاء الدوليين البلدان للتحقق من دقة أعداد الأشخاص الذين تم الإبلاغ عن أنهم يتلقون العلاج حاليا.

الأشخاص الذين تم كبت الحمل الفيروسي لديهم

تم تقدير التقدم المحرز نحو هدف كبت الحمل الفيروسي بين الأشخاص الذين يتلقون العلاج وكنسبة من جميع الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري من البيانات المبلغ عنها في Spectrum ومن خلال أداة الإبلاغ التابعة للرصد العالمي للإيدز. ولغرض الإبلاغ، فإن عتبة الكبت هي حمل فيروسي أقل من 1000 نسخة لكل مل. وقد تضع بعض البلدان عتبات أقل لتحديد شخص ما على أنه قد حقق حمل فيروسي غير قابلة للكشف، وحيث أبلغت البلد عن مثل هذا الحد الأدنى، أضاف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز تقديرا معدلا لعدد من كان من الممكن كبت الحمل الفيروسي لديهم عند 1000 نسخة لكل مل إلى عدد الأشخاص الذين تم كبت الحمل الفيروسي عند الحد الأدنى الذي أبلغت عنه البلد. ويصف الدليل الإرشادي للرصد العالمي للإيدز هذا التعديل بالتفصيل. ويحدد الدليل الإرشادي أيضا أنه يجب تقديم نتيجة الاختبار الأخيرة للشخص فقط من السنة المشمولة بالتقرير، لذا فإن الأرقام المبلغ عنها تمثل الأشخاص الذين تم اختبارهم وكبت الحمل الفيروسي لديهم، وليس الاختبارات التي تم إجراؤها (1).

ويتم طلب البلدان الإبلاغ عن نتائج كبت الحمل الفيروسي لجميع السنوات، بغض النظر عن تغطية الاختبار. ومع ذلك، ينشر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز نتائج اختبار الحمل الفيروسي فقط للبلدان والسنوات التي يُعتقد أنها تمثل جميع الأشخاص الذين تم علاجهم في جميع أنحاء البلد – عادة، إذا تم اختبار 50% على الأقل من أولئك الذين تم علاجهم. وبالنسبة للبلدان والسنوات التي لديها بيانات تمثيلية على المستوى الوطني ولكن ليس بيانات شاملة عن كبت الحمل الفيروس، تم ضرب النسبة المبلغ عنها للأشخاص الذين تم لديهم الكبت بين أولئك الذين خضعوا لاختبار الحمل الفيروسي (أي الـ95 الثالث) في العدد الإجمالي لمن يتلقون العلاج لتقدير إجمالي أعداد الأشخاص الذين تم كبت الحمل الفيروسي لديهم.

يوضح جدول 14.3 عدد البلدان التي لديها تقديرات موثوقة لكبت الحمل الفيروسي؛ زاد هذا من 66 بلدا في 2017 إلى 79 بحلول عام 2022. وكان لدى بعض البلدان تغطية أقل لاختبار الحمل الفيروسي لعام 2020 و/أو عام 2021 مقارنة بعام 2019 و/أو عام 2020، غالبا بسبب جائحة كوفيد19- وما يرتبط به من اضطرابات أو تأخيرات في تقديم الخدمات الصحية وإعداد التقارير.

وتوجد بعض التحديات في استخدام البيانات التي أبلغت عنها البلدان لرصد هدف كبت الحمل الفيروسي. أولا، قد لا يتم تقديم اختبار الحمل الفيروسي الروتيني في جميع مرافق المعالجة، وقد لا تكون تلك المرافق التي تقوم بالاختبار بالفعل ممثلة للمرافق التي ليس لديها اختبار الحمل الفيروسي. وعلى الرغم من عدم التيقن هذا، فإننا نفترض أن النسبة المئوية للأشخاص الذين تم كبت الحمل الفيروسي لديهم من بين أولئك الذين يحصلون على اختبار الحمل الفيروسي تمثل جميع الأشخاص الذين يتلقون العلاج.

وثانيا، يطلب برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز من البلدان الإبلاغ عن نتائج اختبار الحمل الفيروسي الروتيني فقط: إذا أبلغت البلدان عن نتائج الاختبار التي تم إجراؤها في المقام الأول بسبب الاشتباه في فشل العلاج، فسيتم التقليل من عدد الأشخاص الذين تم كبت الحمل الفيروسي لديهم في هذه البلدان. ويقوم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بالتحقق من جودة الطلبات المقدمة من البلدان، ولكن ليس من الممكن دائما تحديد الحالات التي يحدث فيها اختبار روتيني وأنواع أخرى من الاختبارات.

وأخيرا، توصي إرشادات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بالإبلاغ عن نتائج اختبار الحمل الفيروسي فقط للأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية. ولن يتم تضمين الأشخاص الذين لا يخضعون للعلاج والذين يقومون بشكل طبيعي بكبت الحمل الفيروس في هذا الإجراء.

مناهج بناء نتائج إقليمية وعالمية نحو أهداف 95-95-95

لقد قام برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وشركاؤه بالتحقق من صحة جميع بيانات البرنامج المقدمة إليه قبل نشرها. ولم يتم تضمين البيانات التي قدمتها البلدان والتي لا تفي بمعايير الجودة، سواء على مستوى المؤشر أو عبر تسلسل مراحل العلاج، في المقاييس الإقليمية أو العالمية المركبة. وشملت هذه، على سبيل المثال، نتائج اختبار الحمل الفيروسي لسنوات تغطي أقل من 50% من الأشخاص الذين تلقوا العلاج.

ولتقدير التقدم الإقليمي والعالمي مقابل أهداف 95-95-95 للبالغين، قام برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بإحتساب بيانات البلدان المفقودة أو غير المؤهلة لهدفي 95 الأول والثالث باستخدام نموذج هرمي بايزي. ويستخدم هذا النموذج الاتجاهات الإقليمية، أو -عندما تكون الاتجاهات الإقليمية متفرقة- الاتجاهات العالمية، والاختلافات بين الجنسين وأي بيانات خاصة بكل بلد لتلك البلدان التي تقدم بيانات لبعض السنوات وليس كلها. وتعكس الحدود العليا والدنيا حول التقديرات العالمية والإقليمية لتسلسل مراحل اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري عدم التيقن في عدد الأشخاص المتعايشين مع الفيروس وعدم التيقن (من بيانات البلدان المفقودة) في عدد الأشخاص الذين يعرفون حالة إصابتهم بالفيروس وعدد الأشخاص الذين تم كبت الحمل الفيروسي لديهم. ولا تلتقط هذه النطاقات عدم التيقن في الأشخاص الذين أبلغت عنهم البلدان أنهم يعرفون حالة إصابتهم بالفيروس، وخضعوا لاختبار الحمل الفيروسي و/أو تم كبت الحمل الفيروسي لديهم. وتتوفر تفاصيل حول مناهج النموذج وافتراضاته في مكان آخر (5).

يوضح جدول 14.3 نسب المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تم احتساب معرفتهم بحالة إصابتهم بالفيروس وكبت الحمل الفيروسي لديهم، على عكس ما تم الإبلاغ عن ذلك أو تقدير ذلك من قبل البلد، من عام 2015 إلى عام 2021. وبشكل عام، انخفضت النسبة المحوسبة بمرور الوقت، حيث زاد عدد البلدان التي أبلغت عن بيانات ذات جودة. ولدى بعض المناطق (على سبيل المثال، أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية) نسبة متزايدة من البلدان التي لديها معرفة محسوبة بحالة الإصابة بالفيروس أو تحقيق كبت الحمل الفيروسي في 2020 أو 2021، حيث لا تزال البيانات الأخيرة قيد المراجعة لتقلبات كوفيد19-.

ولا تزال العديد من البلدان غير قادرة على الإبلاغ عن تسلسل مراحل الاختبار والعلاج أو عناصر التسلسل. وهذا صحيح بشكل خاص بالنسبة لكبت الحمل الفيروسي، حيث تكون البيانات المبلغ عنها في بعض المناطق – خاصة حتى عام 2017 - محدودة. فعلى سبيل المثال، ظلت تغطية اختبار الحمل الفيروسي في غرب ووسط أفريقيا ومنطقة البحر الكاريبي منخفضة حتى عام 2018. وفي آسيا والمحيط الهادئ، تم الإبلاغ عن التقديرات على المستوى الوطني لكبت الحمل الفيروسي من الهند والصين فقط لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز من عام 2018، بوصول الهند فقط إلى الحد الأدنى المطلوب لتغطية الاختبارات بنسبة 50% بين مرضى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية اعتبارا من عام 2020.

جدول 14.3 نسبة الأشخاص المقدرين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تم تنسيب معرفتهم بحالة إصابتهم، ونسبة الأشخاص المقدرين الذين يتلقون العلاج والذين تم تنسيب تحقيقهم كبت الحمل الفيروسي لديهم، 2015-2020

المؤشر	السنة	آسيا والمحيط الهادي *	البحر الكاريبي	شرق وجنوب أفريقيا	شرق أوروبا ووسط آسيا	أمريكا اللاتينية	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا*	غرب ووسط أفريقيا	غرب ووسط أوروبا وشمال أمريكا	المستوى العالمي
نسبة الأشخاص المقدرين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تم تنسيب معرفتهم بحالة إصابتهم	2015	73	15	0	6	18	13	0	32	**13**
	2016	73	14	0	6	14	13	0	4	**11**
	2017	29	13	0	6	9	12	0	17	**6**
	2018	22	13	0	6	2	12	0	10	**4**
	2019	22	13	0	6	2	12	0	13	**4**
	2020	11	12	0	6	6	12	0	83	**7**
	2021	11	12	0	6	6	0	0	97	**8**
نسبة الأشخاص المقدرين الذين يتلقون العلاج والذين تم تنسيب تحقيقهم كبت الحمل الفيروسي لديهم	2015	91	81	44	73	26	34	98	25	**50**
	2016	91	78	40	7	24	33	97	13	**46**
	2017	88	57	28	6	16	34	82	18	**37**
	2018	25	2	0	4	15	19	14	21	**7**
	2019	17	1	0	3	17	19	14	16	**6**
	2020	10	0	0	3	13	10	1	83	**8**
	2021	2	0	0	76	13	7	1	97	**10**

المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2016-2021.

* في جولة التقدير لعام 2022، تم نقل جمهورية إيران الإسلامية من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى منطقة آسيا والمحيط الهادئ.

الجزء 3: بيانات عن الفئات السكانية الرئيسية

توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب الفئات السكانية الفرعية

تم تقدير توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الفرعية على مستوى العالم والمنطقة بناء على بيانات 178 دولة باستخدام أربعة مصادر للبيانات.

يتم تقدير العدد الإجمالي الأساسي للإصابة الجديدة لكل بلد باستخدام برنامج Spectrum (لـ 172 بلدا) أو الإبلاغ عن تشخيصات جديدة من البلد. كما يتم استخدام الإصابات الجديدة بين الرجال والنساء الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما.

وبالنسبة للبلدان التي تضع نموذجا لوباء فيروس نقص المناعة البشري الخاص بها بناء على بيانات من فئات سكانية فرعية، بما في ذلك الفئات السكانية الرئيسية، تم استخراج أعداد الإصابات الجديدة من ملفات Spectrum 2022. وقد قدم هذا المصدر بيانات عن العاملين بالجنس من 55 بلدا، ومتعاطي المخدرات بالحقن من 46 بلدا، والمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال من 63 بلدا، ومغايري الهوية الجنسانية من 23 بلدا (كانت جميعها في أمريكا اللاتينية، ومنطقة البحر الكاريبي، وغرب ووسط أوروبا، وأمريكا الشمالية وآسيا والمحيط الهادئ).

كانت تقارير نموذج GOALS or Optima متاحة لـ 31 بلدا وقدمت معلومات عن توزيعات الإصابات الجديدة لمناطقها في شرق وجنوب أفريقيا وغرب ووسط أفريقيا وهايتي.

استندت الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية في بلدان أوروبا الغربية والوسطى إلى تقرير المركز الأوربي للوقاية والتحكم في الأمراض والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأوروبا لمراقبة فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز في أوروبا لعام 2021 (بيانات 2020) (6). لقد طبقنا نسب التشخيصات الجديدة في كل مجموعة (متعاطو المخدرات بالحقن، والمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومغايرو الهوية الجنسانية) داخل كل منطقة في أوروبا (الغربية والوسطى والشرقية) على تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز التي تم استخراجها من خلال نموذج Spectrum على الإصابات الجديدة في كل بلد.

ولم تكن البيانات الخاصة بالعاملين بالجنس متاحة من تقرير المركز الأوربي للوقاية والتحكم في الأمراض. وقد أُخذت الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في كندا، والصين، والاتحاد الروسي، والولايات المتحدة من أحدث التقارير الوطنية المتاحة للتشخيصات الجديدة حسب المجموعة السكانية الفرعية أو المصادر المنشورة الأخرى.

وتم تقدير الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري على النحو التالي: تم حساب نسبة الإصابات الجديدة بين كل فئة سكانية فرعية بقسمة تقديرات Spectrum (أو غيره) على إجمالي عدد الإصابات الجديدة بالفيروس في كل بلد. وتم حساب متوسط هذه النسب لكل منطقة من مناطق برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وتطبيقه على مجاميع الإصابات الجديدة في جميع البلدان في تلك المنطقة. ثم تم تدوين المنتجات لكل فئة سكانية لكل منطقة. وعلى الصعيد العالمي، حددت 92 بلدا تقديرات للعاملات بالجنس، و72 بلدا لمتعاطي المخدرات بالحقن، و42 بلدا للمثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال، و139 بلدا لمغايري الهوية الجنسانية.

وتم تقدير الإصابات الجديدة بين الشركاء الجنسيين للفئات السكانية الرئيسية باستخدام التقديرات الإقليمية لعدد الشركاء الجنسيين في العام الماضي واحتمالات الانتقال من الأدبيات المنشورة. ويشمل ذلك شركاء الجنس بدون الحقن لمتعاطي المخدرات بالحقن، وشركاء الجنس من الإناث للمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والأزواج/الشركاء الجنسيين الثابتين للعاملين بالجنس، وزبائن العاملين بالجنس، والأزواج/الشركاء الجنسيين الثابتين لزبائن العاملين بالجنس.

وترتكز عمليات توزيع الإصابات الجديدة بين الفئات السكانية الرئيسية على تقدير Spectrum الذي تقوده الدولة. وتوفر التقديرات الوطنية لـ Spectrumالعدد الإجمالي للإصابات الجديدة بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما. وبالنسبة إلى جميع نتائج Spectrum ، يتم إعادة حساب جميع التقديرات الماضية والحالية سنويا، لذلك لا يمكن اشتقاق اتجاهات الوقت إلا من تقديرات السنة الحالية. وليس من الصحيح إحصائيا مقارنة النتائج المبلغ عنها بين تقرير تحديث الإيدز العالمي لعام 2022 وأي تقرير سابق يستخدم تقديرا قديما.

وبالنسبة لتحديث التحليل الحالي، مع التركيز على بيانات وتقديرات عام 2021، هناك بعض التغييرات المهمة.

1. تم نقل جمهورية إيران الإسلامية من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وهي الآن جزء من منطقة آسيا والمحيط الهادئ.
2. بُذلت جهود إضافية في غرب ووسط أفريقيا وشرق وجنوب أفريقيا للحصول على طرق مختلفة لتحليلات الانتقال واستخدامها لتقدير توزيع الإصابات الجديدة بين الفئات السكانية الرئيسية في تلك البلدان. وتم تضمين البيانات فقط مع التقارير المنشورة (الأدبيات الرمادية أو المُحكّمة).

وينتج عن هذا الجهد بيانات أكثر اكتمالا من عدد أكبر من البلدان في تلك المناطق عما كان متاحا في السابق، مما يؤدي إلى تغييرات في النتائج مقارنة بجولات التقديرات السابقة. وهذا سبب إضافي لعدم عرض التحليلات عبر تقديرات مختلفة وجولات إعداد التقارير العالمية على أنها تعكس اتجاها صالحا.

حساب تغطية العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى للأشخاص غير المصابين بفيروس نقص المناعة البشري

تم تحديد أهداف العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى العالمية والإقليمية للرجال المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومتعاطي المخدرات بالحقن، ومغايري الهوية الجنسانية من قبل «مجموعة تحديد الهدف التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز» وبدعم من Avenir Health. وتم تحديد الأهداف باستخدام البيانات المتاحة حول حجم الفئات السكانية الرئيسية وضعفها النسبي في 118 دولة. وتم تضمين أهداف قطرية إضافية من Sabin، وLoo، و Jacobson، و Mar (قيد النشر) للوصول إلى 166 بلدا كحد أقصى للمثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال، و123 لمتعاطي المخدرات بالحقن و132 لمغايري الهوية الجنسانية.

وتم حساب أهداف العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى العالمية والإقليمية لفئة السكان العاملين بالجنس لـ184 بلدا بناء على تقديرات حجم السكان التي تم الإبلاغ عنها من خلال GAM في السنوات الأخيرة، والتي تم طرح العاملين بالجنس المصابين بفيروس نقص المناعة البشري منهم. وتم تصنيف كل تقدير للحجم فيما يتعلق بالحداثة والجغرافيا وكفاية الأساليب باستخدام المعايير الموضحة في سابن وآخرون (Sabin, Keith & Zhao, Jinkou & Calleja, Jesus & Sheng, Yaou & Garcia, Sonia & Reinisch, Annette & Komatsu, Ryuichi (2016). تقديرات مدى توفر وجودة حجم العاملات بالجنس، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومتعاطي المخدرات بالحقن، ومغايرات الهوية الجنسانية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. .PLoS ONE. 11. 10.1371 / journal pone.0155150). وتم استخدام التقديرات الملائمة وطنيا لتحديد نسب مناطق برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز من كل فئة سكانية رئيسية بين البالغين (15-49) كما هو مقدر في التوقعات السكانية العالمية 2021. واستخدمت النسب الإقليمية لحساب القيم الخاصة بالبلد التي تم جمعها لإعطاء الحجم الإقليمي تقديرات لكل فئة سكانية رئيسية. وبالنسبة للعاملين بالجنس، تم حساب عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري حسب البلد بضرب معدل انتشار الفيروس الذي تم الإبلاغ عنه مؤخرا (2017-2021) من خلال GAM في تقدير حجم السكان المحسوب للبلد. وبالنسبة للبلدان التي لم تبلغ عن انتشار الفيروس بين العاملين بالجنس في السنوات الأخيرة، تم استخدام الوسيط الإقليمي. وتم حساب هدف العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى للعاملين بالجنس عن طريق طرح العدد الإقليمي للعاملين بالجنس المتعايشين مع الفيروس من العدد التقديري للعاملين بالجنس في المنطقة.

وبالنسبة لجميع الفئات السكانية الرئيسية، تم إجراء تقديرات تغطية العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى باستخدام التقارير الوطنية عن استخدامه للفئات السكانية الرئيسية المحددة (عدد الأشخاص الذين تلقوا أي منتج للعلاج الوقائي قبل العرض للعدوى مرة واحدة على الأقل خلال الفترة المشمولة بالتقرير) مقسوما على حجم الفئات السكانية المعرضة للخطر والتي ستستفيد من استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى.

جودة تقديرات حجم الفئات السكانية

تشمل الأقسام الإقليمية من هذا التقرير جداول الحجم التقديري للفئات السكانية الرئيسية. ويشير هذا الحجم التقديري إلى القيم المبلغ عنها من خلال الرصد العالمي للإيدز منذ عام 2018 فقط. وأجري استعراض شامل للبيانات خلال جولات الإبلاغ هذه وبالتالي لا ينبغي مقارنة التقديرات بالبيانات المقدمة في تقارير سابقة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. وتتم مراجعة التقديرات المقدمة حيث يتم الإبلاغ عنها وتصنيفها للاستخدام المناسب. والفئات هي كما يلي:

- "يشير «تقدير حجم السكان الوطني» إلى التقديرات المشتقة تجريبيا باستخدام إحدى الطرق التالية: المضاعف، أو الالتقاط - الاستعادة، أو رسم الخرائط/التعداد، أو طريقة توسيع الشبكة (NSUM)، أو المسح القائم على السكان، أو أخذ العينات التي يحركها المستجيبون (RDS-SS). ويجب أن تكون التقديرات وطنية أو من مزيج من مواقع متعددة مع نهج واضح للاستقراء وللتقدير الوطني.

- يشير «تقدير حجم السكان المحليين» إلى التقديرات المشتقة تجريبيا باستخدام إحدى الطرق المذكورة سابقا، ولكن فقط للمواقع دون الوطنية التي لا تكفي للاستقراء الوطني.

- تشير «البيانات غير الكافية» إما إلى التقديرات المستمدة من آراء الخبراء، أو من دلفي، أو حكمة الجماهير، أو النتائج البرامجية أو السجل، أو المعايير الإقليمية، أو الأساليب غير المعروفة، أو التقديرات المشتقة قبل عام 2017. وقد تكون التقديرات وطنية أو لا تكون كذلك.

الجزء 4. تقديرات فيروس نقص المناعة البشري دون الوطنية في أفريقيا جنوب الصحراء

تم إنشاء تقديرات فيروس نقص المناعة البشري دون الوطنية باستخدام نموذج نعومي لـ 38 بلدا في أفريقيا جنوب الصحراء وبلد واحد في منطقة البحر الكاريبي. وقد أجرت هذه البلدان مسحا مصليا تمثيليا أو أكثر قائم على السكان (انظر جدول 14.4).

نموذج نعومي: يستخدم هذا النموذج تقدير مساحة صغيرة لنمذجة مشتركة لانتشار فيروس نقص المناعة البشري والمتعايشين مع الفيروس، وتغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، وحدوث الفيروس (7). ويجمع النموذج بيانات على المستوى دون الوطني حول نتائج متعددة من عدة مصادر في نموذج إحصاء بايزي. ويستخدم بيانات المسح الوطني المرتكز على الفئات السكانية والعلاج المضاد للفيروسات القهقرية وبيانات اختبار العيادات السابقة للولادة لتوفير مؤشرات قوية لعبء فيروس نقص المناعة البشري دون الوطني. ويقدم تقديرات ونطاقات عدم اليقين للعديد من المؤشرات (بما في ذلك انتشار الفيروس، والمتعايشين مع الفيروس، وتغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، ونسبة الإصابة بالفيروس، والإصابات الجديدة) حسب الجنس، والفئات العمرية لمدة خمس سنوات والمستوى دون الوطني.

وينتج النموذج تقديرات في ثلاث نقاط زمنية: سنة أحدث مسح على أساس الفئات السكانية، وسنة الجولة الأخيرة من التقديرات الوطنية لفيروس نقص المناعة البشري (2021)، والتوقعات قصيرة الأجل لمدة عام واحد لأغراض تخطيط برامج الفيروس. ويتم الحصول على تقديرات السكان دون الوطنية حسب الجنس والفئة العمرية من مصادر الإجماع في كل بلد وتعديلها لتتناسب مع الفئات السكانية المستخدمة في Spectrum حسب الجنس والفئة العمرية.

ويتم إنتاج تقديرات مقطعية لانتشار فيروس نقص المناعة البشري، وتغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، وحدوث فيروس نقص المناعة البشري عند نقطة الوسط لأحدث مسح منزلي تمثيلي وطني. وبالنسبة لانتشار الفيروس، يتم معايرة النموذج لمسح بيانات انتشار الفيروس حسب المستوى دون الوطني، والجنس، والفئة العمرية البالغة 5 سنوات من أحدث مسح قائم على السكان (المسح الديموغرافي والصحي أو تقييم تأثير فيروس نقص المناعة البشري القائم على السكان [PHIA]). ونظرا لأن حجم عينة المسح في كل منطقة دون وطنية صغير نسبيا، يتم استخدام البيانات المبلغ عنها بشكل روتيني حول انتشار الفيروس بين النساء الحوامل اللاتي يحضرن أول زيارة للرعاية السابقة للولادة، والمستخرجة من نظام المعلومات الصحية الوطنية، لتحسين تقديرات النمط المكاني لفيروس نقص المناعة البشري.

ويتم تقدير تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية حسب المنطقة دون الوطنية، والعمر، والجنس من بيانات المسح القائم على السكان حول وجود المؤشرات الحيوية المضادة للفيروسات القهقرية في المستجيبين لفيروس نقص المناعة البشري. ويتم استخدام تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية المبلغ عنها بشكل روتيني بين النساء الحوامل قبل زيارتهن الأولى للرعاية السابقة للولادة كمتغير مشترك للنمط المكاني لتغطية العلاج المضاد الفيروسات القهقرية. ويتم أيضا معايرة تغطية العلاج المضاد الفيروسات القهقرية وانتشار فيروس نقص المناعة البشري بحيث يتطابق العدد الإجمالي للعلاج المضاد الفيروسات القهقرية مع التقرير في ملف Spectrum الوطني.

ويتمثل أحد التحديات التي تواجه تقدير تغطية العلاج للمناطق دون الوطنية في أن الأشخاص قد يحصلون على خدمات العلاج المضاد الفيروسات القهقرية في منطقة مختلفة عن أماكن إقامتهم (على سبيل المثال، إذا كانت المرافق أقرب أو يُنظر إليها على أنها تقدم خدمات أفضل). ويسمح النموذج باحتمالية وصول المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في منطقة دون وطنية مجاورة. وقد كان الافتراض المسبق هو أن معظم المتعايشين سيحصلون على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في منطقة إقامتهم، ولكن هذا الاحتمال يمكن أن يختلف بناء على بيانات المنطقة دون الوطنية حول عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروس مقارنة بانتشار الفيروس، وتغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، والفئات السكانية.

إن التقديرات المباشرة لحدوث فيروس نقص المناعة البشري غير متوفرة على المستوى دون الوطني. وفي حين أن بعض المسوحات المنزلية الأخيرة قد قامت بقياس معدل الإصابة بالفيروس على المستوى الوطني بناء على مقاييس المؤشرات الحيوية للإصابة بالفيروس الحديثة، لوحظ عدد قليل جدا من الإصابات الحديثة في أي منطقة لإجراء تقدير قوي. لذلك، ولتقدير حدوث الفيروس على المستوى دون الوطني، يتم حساب معدل انتقال الفيروس من تقديرات Spectrum وتطبيقه على تقديرات منطقة صغيرة لانتشار الفيروس وتغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في كل منطقة دون وطنية. ويعتمد توزيع الجنس والعمر في كل منطقة دون وطنية على نسب معدل الإصابة من ملف Spectrum الوطني للبلد، المطبق على الهيكل السكاني في كل منطقة.

ويُسقط النموذج تقديرات من أحدث مسح للأسر المعيشية إلى الفترة الحالية من خلال إنشاء إسقاط من خطوة واحدة للسكان حتى عام 2021. ويتم تحديث تقديرات السكان بالتقديرات السكانية الرسمية. ويتم توقع عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري بناء على تقديرات البقاء على قيد الحياة حسب المقاطعة والجنس والفئة العمرية من Spectrum خلال نفس الفترة (والتي تفسر تطور مرض فيروس نقص المناعة البشري وتأثيرات تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية التي تقلل الوفيات المرتبطة بالإيدز). ويتم تحديث تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بناء على عدد الأشخاص الذين تلقوا العلاج في عام 2021 من بيانات تقديم الخدمة.

جدول 14.4 البلدان التي تستخدم نموذج نعومي لعمل التقديرات المحلية

الرقم	البلد
1	أنجولا
2	بنين
3	بتسوانا
4	بوركينا فاسو
5	بوروندي
6	الكاميرون
7	جمهورية أفريقيا الوسطى
8	تشاد
9	الكونغو
10	كوت ديفوار
11	جمهورية الكونغو الديمقراطية
12	غينيا الاستوائية
13	إثيوبيا
14	إيسواتيني
15	الجابون
16	جامبيا
17	غانا
18	غينيا
19	غينيا بيساو
20	هايتي

الرقم	البلد
21	كينيا
22	ليسوتو
23	ليبريا
24	مالاوي
25	مالي
26	موزمبيق
27	ناميبيا
28	النيجر
29	نيجيريا
30	رواندا
31	ساو تومي وبرينسيبي
32	السنغال
33	سيراليون
34	جنوب أفريقيا
35	جمهورية تنزانيا المتحدة
36	توجو
37	أوغندا
38	زامبيا
39	زيمبابوي

الجزء 5. تقديرات أحجام المجموعات المعرضة لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري للمراهقات والشابات

تم تقدير ظهور السلوكيات المحفوفة بالمخاطر لفيروس نقص المناعة البشري وما يرتبط بها من حدوث الفيروس على المستويات دون الوطنية بين المراهقات والشابات في 13 بلدا في أفريقيا جنوب الصحراء (8). وتم تحليل بيانات مسح الأسر المعيشية الوطنية ذات المرجعية الجغرافية المكانية من 1999 إلى 2018 عبر 13 بلدا ذات أولوية للصندوق العالمي في أفريقيا جنوب الصحراء. وتم تصنيف المشاركات في المسح من سن 15 إلى 24 عاما إلى أربع مجموعات معرضة للخطر (غير نشيطات جنسيا، أو متعايشات، أو شركاء غير منتظمين أو شركاء متعددين، وعاملات بالجنس) بناء على السلوكيات الجنسية المبلغ عنها في نموذج التراجع متعدد الحدود المكاني والزماني البايزي لتقدير نسبة المراهقات والشابات في كل مجموعة

خطر مقسمة حسب المنطقة، والسنة، والفئة العمرية كل خمس سنوات. وتم استخدام تقديرات انتشار ووقوع فيروس نقص المناعة البشري على المستويات دون الوطنية من نموذج نعومي إلى جانب معدل الوقوع لكل مجموعة خطر لتقدير عدد الإصابات الجديدة ومعدل الوقوع لكل منطقة، وعمر، وفئة سكانية معرضة للخطر.

الجزء 6. القوانين والسياسات

تم إنشاء بطاقات قياس أداء القوانين والسياسات الإقليمية بناء على البيانات التي أبلغت عنها البلدان من خلال الالتزامات الوطنية وأداة السياسات، وهي أحد مكونات المراقبة العالمية للإيدز، بين عامي 2017 و2022 (1).

ويقوم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بمراجعة البيانات المقدمة من البلدان من خلال الالتزامات الوطنية وأدوات السياسات. وأثناء عملية الاستعراض هذه، يقوم البرنامج بالتنسيق مع جهات الاتصال الوطنية لرصد الإيدز العالمي لطلب توضيح أو مراجعة البيانات المقدمة من خلال الأداة.

وقد تم استكمال البيانات المبلغ عنها من خلال الالتزامات الوطنية وأدوات السياسات بالبيانات المتاحة من مصادر أخرى، بما في ذلك قواعد البيانات العالمية والمصادر الأولية.

الجزء 7. التعاريف الإقليمية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

تغير التعريف الإقليمي لآسيا والمحيط الهادئ والشرق الأوسط وشمال أفريقيا في عام 2022، مع انتقال جمهورية إيران الإسلامية من الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى آسيا والمحيط الهادئ. وجميع عروض البيانات، بما في ذلك الاتجاهات التاريخية، تستخدم الآن هذا التعريف الإقليمي الجديد.

منطقة آسيا والمحيط الهادئ

أفغانستان
أستراليا
بنجلاديش
بوتان
سلطنة بروناي
كمبوديا
الصين
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
فيجي
الهند
أندونيسيا
جمهورية إيران الإسلامية
اليابان
جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية
ماليزيا
المالديف
منغوليا
ميانمار
نيبال
نيوزيلندا
باكستان
بابوا غينيا الجديدة
الفلبين
جمهورية كوريا
سنغافورة
سريلانكا
تايلندا
تيمور الشرقية
فيتنام

منطقة البحر الكاريبي

جزر الباهاما
بربادوس
بيليز
كوبا
جمهورية الدومينيكان
غويانا
هايتي
جامايكا
سورينام
ترينداد وتوباجو

منطقة شرق وجنوب أفريقيا

أنجولا
بوتسوانا
جزر القمر
أريتريا
إسواتيني
إثيوبيا
كينيا
ليسوتو
مدغشقر
مالاوي
موريشيوس
موزمبيق
ناميبيا
رواندا
جنوب أفريقيا
جنوب السودان
أوغندا
جمهورية تنزانيا المتحدة
زامبيا
زيمبابوي

منطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى

ألبانيا
أرمينيا
أذربيجان
بيلاروس
البوسنة والهرسك
جورجيا
كازاخستان
قيرغيزستان
الجبل الأسود
مقدونيا الشمالية
جمهورية مولدوفا
الاتحاد الروسي
طاجيكستان
تركمنستان
أوكرانيا
أوزبكستان

أمريكا اللاتينية

الأرجنتين
جمهورية بوليفيا متعددة القوميات
البرازيل
تشيلي
كولومبيا
كوستاريكا
إكوادور
السلفادور
جواتيمالا
هندوراس
المكسيك
نيكارجوا
بنما
باراجواي
بيرو
أوروجواي
جمهورية فنزويلا البوليفارية

منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

الجزائر
البحرين
جيبوتي
مصر
العراق
الأردن
الكويت
لبنان
ليبيا
المغرب
سلطنة عمان
قطر
السعودية
الصومال
السودان
الجمهورية العربية السورية
تونس
الإمارات العربية المتحدة
اليمن

غرب ووسط أفريقيا

بنين
بوركينا فاسو
بوروندي
الكاميرون
كاب فيردي
جمهورية أفريقيا الوسطى
تشاد
الكونغو
كوت ديفوار
جمهورية الكونغو الديمقراطية
غينيا الاستوائية
الجابون
جامبيا
غانا
غينيا
غينيا بيساو
ليبريا
مالي
موريتانيا
النيجر
نيجيريا
ساو تومي وبرنسيبي
السنغال
سيراليون
توجو

غرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية

النمسا
بلجيكا
بلغاريا
كندا
كرواتيا
قبرص
تشيخيا
الدانمرك
إستونيا
فنلندا
فرنسا
ألمانيا
اليونان
المجر
إيسلندا
أيرلندا
إسرائيل
إيطاليا
لاتفيا
ليتوانيا
لوكسمبورج
مالطا
هولندا
النرويج
بولندا
البرتغال
رومانيا
صربيا
سلوفاكيا
سلوفينيا
إسبانيا
السويد
سويسرا
تركيا
المملكة المتحدة
الولايات المتحدة الأمريكية

الأمم المتحدة للإيدز

تحديثات الإيدز في العالم 2022

UNAIDS
برنامج الأمم المتحدة المشترك
المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org