منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

اللجنة الإقليمية لشـــرق المتوسط
الدورة التاسعة والخمسون
البند 2 (د) من جدول الأعمال المبدئي

EM/RC59/INF.DOC.4
ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 4
تموز/يوليو 2012

تقرير مرحلي عن تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية لمجابهة القطاع الصحي لفيروس العوز المناعي البشري 2011 - 2015

المقدمة

1. لقد جاءت الاستراتيجية الإقليمية لمجابهة القطاع الصحي لفيروس العوز المناعي البشري (فيروس الإيدز) 2011 – 2015 ثمرة عملية تشاورية واسعة مع جميع الجهات المعنية في الإقليم وأقرَّتها الدول الأعضاء في الدورة السابعة والخمسين للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط (القرار ش م/ل إ 57/ق 5). وهدف الاستراتيجية هو الحدّ من انتقال فيروس الإيدز وتحسين صحة المتعايشين مع عدوى هذا الفيروس. وتركِّز الأغراض التي تتوخّاها الاستراتيجية، تحديداً، على تعزيز المعلومات المتعلقة بالفيروس وعلى إتاحة خدمات الرعاية في هذا الصدد والخدمات العلاجية والوقائية وعلى تقوية النظم الصحية.

2. وتحدِّد الاستراتيجية أولويات استراتيجية للبلدان مع مراعاة الأوضاع الوبائية السائدة في الإقليم والعقبات والتحدِّيات الرئيسية التي تواجهها الحكومات والمجتمع المدني وشركاؤهما. ويعرض هذا التقرير التقدُّم المحرَز فيما يتعلق بتنفيذ الأولويات والتدخلات الاستراتيجية المعروضة في الاستراتيجية من حيث الإنجازات والثغرات والتحدِّيات.

التقدُّم المحرَز بحسب الغرض

الغرض 1. إنتاج معلومات مناسبة موثوقة حول وباء فيروس الإيدز ومجابهته للتمكين من اتِّخاذ قرارات استراتيجية

3. بَلَغَ العدد التقديري للمتعايشين مع فيروس الإيدز 000 560 شخص بحلول نهاية عام 2010. ورغم أن المعدّل الإجمالي لانتشار العدوى بالفيروس ظلّ منخفضاً (02%) فإن عدد الإصابات الجديدة بلغ 000 82 إصابة (منها 7400 حالة عدوى بين أطفال)[1]. ويضع ارتفاع عدد الإصابات الجديدة إقليم شرق المتوسط ضمن إقليمين اثنين من أقاليم العالم تنتشر فيهما أوبئة العدوى بفيروس الإيدز بأسرع وتيرة. وتظل تقديرات الإصابة بالفيروس غير باعثة على الرضا في العديد من البلدان، نظراً لعدم توافر ما يكفي من البيانات في البلدان لإدراجها في نماذج التقدير الرياضية المطبَّقة من قِبَل برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه/منظمة الصحة العالمية. وعندما تتوافر تلك البيانات فإن جودتها وموثوقيتها كثيراً ما تكونان محدودتين. وعليه، فإن التقديرات في هذا المجال لاتزال تعوزها الدقة، فهوامش الخطأ فيها كبيرة.

[1] Global HIV/AIDS response: epidemic updemic update and health sector progress towards universal access. Progress report 2011. Geneva. WHO/UNAIDS/UNICEF, 2011

4. وفي الآونة الأخيرة، وظفت عدة بلدان استثمارات كبيرة من أجل تحسين معرفتها بالديناميات المحلية لوباء فيروس الإيدز. وقد قدّم المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، بالتعاون الوثيق مع برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه والبنك الدولي، دعماً تقنياً ومالياً لتعزيز قدرة المؤسسات المحلية على القيام بعمليات الترصُّد. كما تسهم المنح التي يعطيها الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا في تقوية نُظُم المعلومات الاستراتيجية.

5. وقد أحرَز أكثر من نصف البلدان تقدُّماً ملموساً من حيث جمع المعلومات حول السلوكيات ومعدّل انتشار فيروس الإيدز بين الفئات السكانية المعرضة لمخاطر عالية: وقد تأكَّد مؤخراً تركّز أوبئة فيروس الإيدز بين متعاطي المخدرات بالحقن، وذلك بفضل مسوحات أجريَت لمعدلات انتشار عدواه والسلوكيات المتبعة في ليبيا (22%)، وباكستان (21%)، والمغرب (14%)، وجمهورية إيران الإسلامية (13%)، ومصر (7%)، وتونس (3%)[2]. هذا، وتشهد أوبئة فيروس الإيدز تزايداً بين اللواطيين، بما في ذلك في باكستان (37%)، ومصر (6%)، وتونس (5%)، والمغرب (3%). وأوضحت الدراسات التي أجريَت بين المشتغلات بالجنس (البغايا) ارتفاع معدّل انتشار العدوى بفيروس الإيدز في جيبوتي (15.4%)، وأفغانستان (4%)، وجمهورية إيران الإسلامية (4%)، والمغرب (3%)[2].أما في البلدان القليلة التي دأبت على جمع البيانات على مر الوقت وفي مناطق جغرافية مختلفة، مثل جمهورية إيران الإسلامية، والمغرب، وباكستان، أصبح تباين وتنوُّع الوباء المحلي من الأمور الواضحة.

6. علماً بأن تقدير أعداد الفئات السكانية الأكثر تعرُّضاً للمخاطر يظل من الثغرات والتحدِّيات الكبرى ويتعيَّن اللجوء إلى منهجيات موثوقة في هذا الصدد. والثغرة المعرفية هذه تجعل من المستحيل على البلدان تقدير تغطية تلك الفئات السكانية بالخدمات الوقائية، وبالتالي تقدير ما لبرامجها من تأثير على وباء فيروس الإيدز.

7. ولدى حوالي نصف البلدان خطط وطنية لرصد وتقييم عملية التصدّي للفيروس. إلا أن عدد البلدان التي أفلحت في تمويل الخطط قليل وهناك عدد من البلدان التي تعترف أيضاً بمواطن القصور في نُظُم الرصد والتقييم الوطنية، مما يجعل من العسير تقدير الاتجاهات الوبائية وتقدير التغطية بالخدمات. كما أن عدم كفاية أو ملاءَمة البيانات المتعلقة بالفئات السكانية المعرضة لمخاطر أعلى يحدّ، على وجه الخصوص، من قدرة البلدان على وضع وتنفيذ إجراءات فعّالة للتصدِّي لفيروس الإيدز.

الغرض 2: زيادة إتاحة خدمات رعاية ومعالجة المتعايشين مع عدوى فيروس الإيدز

8. لقد ارتفع معدَل الوفيات المرتبطة بالإيدز إلى مثليه تقريباً في الإقليم في العقد الماضي في البالغين والأطفال على السواء. وتظهر التوقعات المتعلقة بالسنوات الخمس القادمة، أن بالإمكان مع حدوث زيادة سريعة في معدّل التغطية العلاجية تصل إلى 50% في جميع أنحاء الإقليم (أي تحقيق مرمى الاستراتيجية الإقليمية)، تجنُّب وقوع 000 25 حالة وفاة بحلول عام 2015[3]. وفي عام 2010، تباينت تدخلات القطاع الصحي من حيث توافرها وجودتها والحصول عليها تبايناً كبيراً من بلد إلى آخر. فقد تحسّنت فرص الحصول على

[2] Regional review of HIV surveillance systems 2011, country reports.

[3] *UNAIDS Middle East and North Africa regional report on AIDS 2011.* Cairo, joint UN Programme on HIV/AIDS, 2011.

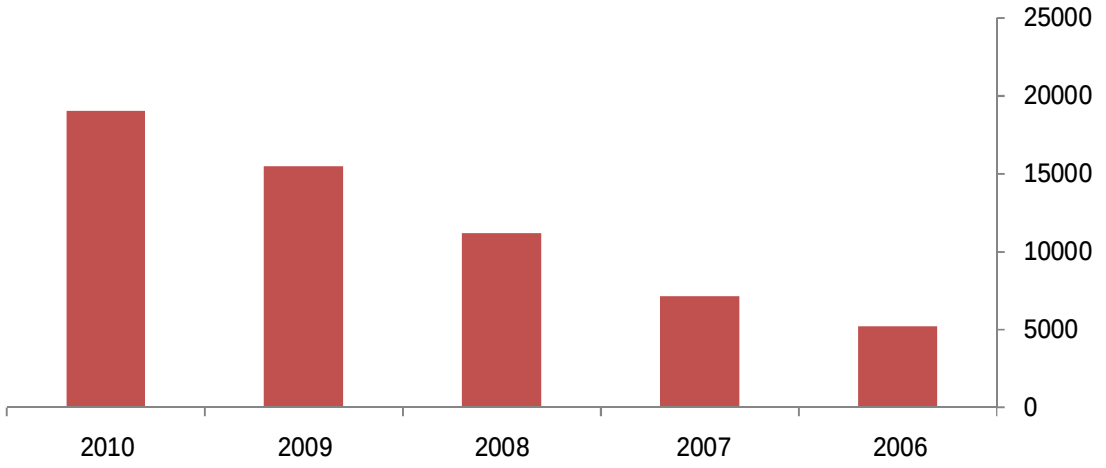
المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية تحسُّناً مطرداً، حيث بلغت نسبة الزيادة في الفترة بين عامَيْ 2009 و2010، حوالي 25% (من 473 15 إلى 050 19 شخصاً من المتعايشين مع فيروس الإيدز الذين يحصلون على المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية)[4] (**الشكل 1**). غير أن نسبة التغطية بهذه المعالجة لاتزال في الإقليم، من أكثر النسب انخفاضاً من بين جميع الأقاليم، حيث تبلغ 10%.

9. ومن المهم ملاحظة أنّ خمسة بلدان في الإقليم تزيد احتياجاتها التقديرية من مضادات الفيروسات القهقرية على مستوى الإقليم (900 190 شخص من المتعايشين مع الإيدز الذين يحتاجون هذه المعالجة)، وهذه البلدان هي: السودان وجنوب السودان (000 93 شخص في كلا البلدين)؛ وجمهورية إيران الإسلامية (000 26)؛ والصومال (000 25)؛ وباكستان (000 22)[4] . ويتوقف بلوغ الأهداف الإقليمية فيما يتعلق بالتغطية بهذه المعالجة على قيام البلدان الأربعة التي ينوء بها أكبر الأعباء بتعزيز استراتيجياتها العلاجية الوطنية، فضلاً عن التزامها الجادّ بالتوسع في مجالي تحرّي الإصابة بالفيروس والتوعية بشأنه، باعتبار ذلك أكثر الخطوات الحاسمة على طريق العلاج. وهناك عدد كبير من الناس الذين يتعاطون المخدرات بالحقن أظهر التشخيص إصابتهم بعدوى فيروس الإيدز في جمهورية إيران الإسلامية وباكستان، والذين هم من الصعب حملهم على الالتزام بالرعاية المستمرة ومواصلة تلقيها.

10. وفي عام 2010، أبلغ 17 بلداً من بلدان الإقليم بيانات بشأن إبقاء من يتلقون المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية في مرافق الرعاية بعد 12 شهراً. وتشير البيانات بوضوح إلى الأثر الإيجابي الممكن للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية على حياة المتعايشين مع فيروس الإيدز. وأبلغت ستة بلدان عن معدلات إبقاء المرضى في مرافق الرعاية 12 شهراً بما يفوق المعدل العالمي البالغ 82% فيما يخصّ البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في حين سجلت عدة بلدان معدّلات منخفضة جداً منها جيبوتي والسودان واليمن. وإذا كانت بلدان كثيرة في الإقليم، وخاصةً البلدان ذات الدخل الأعلى، تفلح في حمل جميع المتعايشين مع عدوى الفيروس، تقريباً، من الذين يحتاجون إلى العلاج في مرافق المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية، على الالتزام بهذه المعالجة، فإن من الأهمية بمكان الإشارة إلى أن هناك أيضاً، في بعض البلدان، تناقصاً هاماً في أعداد المرضى الذين يعالجون في إطار برامج الرعاية في مرحلة ما قبل المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية.

11. وإذا كانت معرفة المريض بإصابته بعدوى فيروس الإيدز من الشروط المسبقة للحصول على العلاج، فإن زيادة فرص الاستفادة من خدمات تحرّي الإصابة بالفيروس تظل من التحديات الخطيرة التي تواجهها بلدان الإقليم. وقد أجريَت اختبارات تحرّي الإصابة بالفيروس التي بلغت نسبتها حوالي 60% في الفترة ما بين عامَيْ 1995 و2008، على العمال المهاجرين في حين لم تتجاوز نسبة الاختبارات التي أجريت على الفئات السكانية الرئيسية المعرّضة لمخاطر عالية 4%. كما أن معظم اختبارات تحرّي فيروس الإيدز في الإقليم إجبارية، وإذا توافرت خدمات المشورة والاختبارات الطوعية ذات الجودة العالية فإنها لا تكون دائماً متيسِّرة لمن هم أكثر عرضة للمخاطر. وأبلغت عدة بلدان عن نقص الانتفاع بخدمات المشورة والاختبارات الطوعية تحرّياً للفيروس. ويوصي المكتب الإقليمي بأن تستعرض البلدان الأساليب التي تنتهجها حيال الاختبارات والمشورة من حيث كفايتها وملاءمتها للتعرُّف على المتعايشين مع فيروس الإيدز والربط بينهم وبين خدمات الوقاية من الفيروس ورعايتهم وعلاجهم.

[4] التقارير القطرية حول الإتاحة الشاملة، *2011*.



الشكل 1. عدد المتعايشين مع فيروس الإيدز الذين يخضعون للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

12. ويتزايد في الإقليم الأخذ بالعرض المعتاد لإجراء اختبار لفئات معيّنة من المرضى في المرافق الصحية، لتحرّي الفيروس، وذلك ضمن مبادرة من مقدمي خدمات تحرّي الفيروس والمشورة بشأنه، وإن كانت هذه المبادرة في مرحلتها الأولى والتغطية بها منخفضة. وتشير التجارب، التي أجريت مؤخراً في المغرب وعُمان والصومال، إلى ارتفاع معدلات إجراء اختبارات تحرّي الفيروس عندما يُعرض على الحوامل الخضوع للاختبار في عيادات رعاية الحوامل. وقد نَجَحَت اختبارات تحرّي الفيروس والمشورة بشأنه التي تجري بمبادرة من مقدّمي الخدمات مع 55% من مرضى السل في جيبوتي و60%، من مرضى السل الذين هم على علم بحالتهم فيما يتعلق بالإصابة بفيروس الإيدز. وكان 10% من مرضى السل من حملة الفيروس، قد خضعوا لاختبارات التحرّي في جيبوتي و4% في السودان.

الغرض 3: زيادة إتاحة الخدمات الوقائية للمعرّضين لمخاطر العدوى بفيروس الإيدز وانتقاله

13. إن العدد التقديري في الإقليم للحوامل المتعايشات مع فيروس الإيدز والمحتاجات إلى أدوية مضادة للفيروسات القهقرية من أجل الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى طفلها يقل عن 20 000 امرأة. ويُعدُّ ذلك العدد قليلاً نسبياً؛ غير أن عدد الأطفال الذين يولدون وهم يحملون فيروس الإيدز سيزداد كل عام، في غياب التدخلات اللازمة للوقاية من انتقال فيروس الإيدز من الأم إلى طفلها، مما سيؤدّي إلى مضاعفة العبء الإجمالي للمرض. وفي عام 2010، كانت النسبة التقديرية للتغطية بخدمات الوقاية من انتقال فيروس الإيدز من الأم إلى طفلها منخفضة للغاية حيث بلغَت 4%. وزاد عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة والذين يعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية زيادة طفيفة، حيث ارتفع من أقل من 500 طفل في عام 2008 إلى 600 طفل في عام 2009، و780 طفلاً في عام 2010. أما بلدان الإقليم التي تنفّذ مجموعة شاملة من التدخلات الناجحة من أجل الوقاية من انتقال فيروس الإيدز من الأم إلى طفلها فإنها قليلة العدد. ويتفاوت العبء المرضي للفيروس في بلدان الإقليم تفاوتاً واسعاً كما يتفاوت توافر الموارد وقوة برامج مكافحة الفيروس وبرامج صحة الأم والطفل (**الجدول 1**).

الجدول 1. مدى تبايُن عبء المرض والتغطية ببرامج صحة الأم والطفل وبرامج الوقاية من سِراية فيروس الإيدز من الأم إلى طفلها في البلدان

البلد	التغطية بخدمات الرعاية في مرحلة الحمل [أ]	% من الولادات التي تتم بإشراف عاملين متمرسين [أ]	العدد التقديري للنساء الحوامل واللائي يتعايشن مع فيروس الإيدز واللائي يحتجن إلى مضادات الفيروسات القهقرية للوقاية من سراية الفيروس من الأم إلى طفلها (2010) [ب]	عدد النساء الحوامل اللائي خضعن لاختبارات تحري الفيروس واللائي أبلغن بنتائج تلك الاختبارات (والنسبة التقديرية لتغطيتهن بالخدمة) (2010) [ب]	عدد النساء الحوامل الإيجابيات لفيروس الإيدز [ب]	عدد النساء المصابات بفيروس الإيدز اللائي تلقين مضادات للفيروسات القهقرية للحد من سراية الفيروس إلى أطفالهن، (2010) [ب]	النسبة المئوية التقديرية للنساء الحوامل الإيجابيات لفيروس الإيدز واللائي يحتجن إلى مضادات للفيروسات القهقرية للوقاية من انتقال الفيروس إلى أطفالهن، (2010) [ب]	
أفغانستان	36	24	<100-500	...	1	1	...	1
البحرين	100	98	...	...	...	...	...	
جيبوتي	79	56	>1000	5148 (20%)	103	38	6%	11
مصر	74	92	<100-1000	...	7	7	4%	32
جمهورية إيران الإسلامية	98	97	<500-1000	...	...	58	7%	55
العراق	51	86	...	...	...	...	...	...
الأردن	99	99	...	...	3	3	...	2
الكويت	100	100	...	...	...	...	...	2
لبنان	...	...	<100	...	...	...	...	4
ليبيا	93	100	...	...	...	...	...	...
المغرب	80	74	<500-1000	3052 (1%)	124	...	26%	168
فلسطين	100	100	...	...	...	...	...	...
عمان	99	99	<100	67110 (<95%)	27	...	78%	9
باكستان	61	87	<1000-4200	3300 (<1%)	23	23	1%	...
قطر	100	100	...	...	...	...	...	2
المملكة العربية السعودية	97	97	...	...	...	29	...	83
الصومال	26	33	2600-6000	5995 (1%)	35	33	<1%	33
السودان	70	49	12 000	20729	110	110	2%	245
جنوب السودان	...	...	...	31 718	533	527	...	75
الجمهورية العربية السورية	88	96	...	...	...	...	...	...
تونس	96	95	<100-1000	...	...	7	7%	20
الإمارات العربية المتحدة	100	100	...	20 207	1	1	...	...
اليمن	45	36	...	6328 (1%)	21	17	...	38

(أ) المصدر:

(ب)

... معلومات غير متاحة

14. وفي اجتماع الجمعية العامة للأمم المتحدة الرفيع المستوى المعني بالإيدز، المعقود في حزيران/يونيو 2011 أطلق الأمين العام الخطة العالمية الرامية إلى القضاء على حالات العدوى بفيروس الإيدز بين الأطفال بحلول عام 2015 والإبقاء على حياة أمهاتهم. وقد طلب مديرو البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز، في اجتماعهم الإقليمي الذي عقد في عام 2011، إلى منظمة الصحة العالمية واليونيسف والوكالات الشريكة وضع إطار إقليمي للتخلّص من انتقال فيروس الإيدز من الأم إلى طفلها في عام 2011. ومن الأهمية بمكان أن يشارك راسمو السياسات ومديرو البرامج والخبراء والمصابون في وضع الإطار وأن يتولى وزراء الصحة إقراره في عام 2012. واستناداً إلى الإطار المتفق عليه ينبغي تنقيح الخطة الوطنية للوقاية من انتقال فيروس الإيدز من الأم إلى طفلها حتى تتواءم مع الأهداف المتعلقة بالتخلّص من العدوى، لضمان التغطية القطرية وتحسين جودة الخدمات والحصول عليها والاستفادة منها.

15. ومن الواضح أن وبائيات فيروس الإيدز في الإقليم تدعم بقوة التركيز على الوقاية بين الفئات السكانية المعرضة بشدة لخطر العدوى، ولاسيَّما من يتعاطون المخدرات بالحقن واللواطيون والمشتغلات بالجنس (البغايا). وتختلف الفئات السكانية الرئيسية المعرضة لمخاطر عالية باختلاف البلدان. ثم إن الخبرة والقدرة المتاحتان فيما يتعلق بوضع أكفأ وأنسب الاستراتيجيات ونماذج تقديم الخدمات لتلك الفئات السكانية لاتزالان محدودتين جداً.

16. وهناك، في الوقت الحاضر، 13 بلداً في الإقليم تضمّن خططها إشارات إلى الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن، فيما يشير 14 بلداً إلى اللواطيين، و14 بلداً إلى المشتغلات بالجنس (البغايا)، ويشير 15 بلداً إلى السجناء. وعلاوة على ذلك وسّعت بضعة بلدان بالتدريج من نطاق تدخلاتها الوقائية لصالح تلك الفئات السكانية، ومنها أفغانستان، وباكستان، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، وجيبوتي، والسودان، ولبنان، ومصر، والمغرب. وفيما عدا برامج تقليص الضرر المعنية بمتعاطي المخدرات بالحقن في جمهورية إيران الإسلامية وباكستان وخدمات الوقاية المقدمة للمشتغلات بالجنس في المغرب، يظل نطاق التدخلات منخفضاً.

الغرض 4: المساهمة في تقوية النُظُم الصحية

17. تتفاعل برامج مكافحة فيروس الإيدز في بلدان الإقليم مع النظم الصحية بطرق شتى كثيرة. ويثير عدد من مكونات تلك البرامج بعض التحديات للنظم الصحية، ولاسيَّما في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل التي لم تبلغ فيها النظم الصحية درجة عالية من النضج. وأكثر المشكلات التي تنطوي على تحديات والتي تواجهها برامج مكافحة الفيروس تتمثل في طبيعة المرض المزمنة التي تتطلب خضوع المريض للعلاج طوال حياته في مرافق الرعاية المستمرة، وضرورة التواصل مع الفئات السكانية التي تميل إلى تحاشي خدمات الرعاية الصحية بسبب الوصمة والتمييز الممارس ضدها وتجريم ما تنتهجه من سلوكيات جنسية أو تعاطيها للمخدرات بالحقن. ولاتزال النُظُم الصحية في العديد من البلدان في وضع لا يؤهلها جيداً لسدّ هذه الحاجات النوعية لمكافحة فيروس الإيدز. وهناك عدة بلدان تنتفع بالمنَح التي يقدمها الصندوق العالمي، والتي تشمل تخصيص أموال لتقوية وظائف معيّنة للنظم الصحية.

18. وقد وضع المكتب الإقليمي، بالتشاور مع مديري البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز، منهجية لتقييم التفاعلات بين برامج مكافحة الفيروس وبين النظم الصحية. وتستكشف تلك المنهجية الفرص السانحة لتحقيق التكامل واستفادة النظم الصحية من الآثار الإيجابية غير المباشرة المترتبة على الاستثمارات الموظفة في برامج مكافحة الفيروس وضرورة تكييف وتقوية النظم الصحية بغرَض تعزيز النتائج الصحية لمكافحته.

الخطط المستقبلية

19. بالنظر إلى الثغرات الهامة في تغطية من هم بحاجة إلى الوقاية من فيروس الإيدز وإلى خدمات الرعاية والعلاج، اتفق كلّ من مديري البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز، ومنظمات المجتمع المدني، ومنظمة الصحة العالمية والوكالات الشريكة، على التعجيل بالجهود التي تبذلها للتركيز على التدخلات التالية ذات الأولوية خلال الفترة 2012-2013.

- تنفيذ مبادرة إقليمية للتخلص من انتقال الفيروس من الأم إلى طفلها؛
- تعزيز معارف الفئات السكانية المعرضة لمخاطر أعلى (تقدير أعداد تلك الفئات ووضع خرائط خاصة بها، والسلوكيات، ومعدل انتشار فيروس الإيدز وحالات العدوى المنقولة جنسياً)؛
- وضع نماذج لتقديم الخدمات وخطط منهجية لتعزيز الخدمات من أجل الوقاية من الفيروس والعمل على إيصال العلاج للفئات السكانية المعرضة لمخاطر أعلى؛
- تقليص الوصمة بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية.