EQUALIZE

أوجه عدم المساواة الخطيرة

الأمم المتحدة للإيدز

© برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز (UNAIDS) ، 2023

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. أوجه عدم المساواة الخطرية: تقرير اليوم العالمي للإيدز ٢٠٢٢. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز؛ 2022. 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.

JC3068A/UNAIDS

أوجه عدم المساواة الخطيرة

الأمم المتحدة للإيدز

المحتويات

تمهيد **6**

مقدمة **8**

المراجع 13

اللامساواة بين الجنسين تعطل إنهاء الإيدز **14**

مدى قابلية المراهقات والشابات للتأثر **17**

تراجع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين المراهقات والشابات بشكل أبطأ مما هو عليه بين الذكور في نفس العمر في أفريقيا جنوب الصحراء 17

الحاجة إلى إصلاح السياسات والاستثمار المكثف في برامج فيروس نقص المناعة البشري للمراهقات والشابات لسد الفجوات في الاستجابة للإيدز 19

الأهمية البالغة للعمل الملموس خارج قطاع الصحة للحد من ضعف المراهقات والشابات 20

الذكورية وخدمات فيروس نقص المناعة البشري **23**

التفاوتات بين الجنسين في الوصول إلى الخدمة ونتائج العلاج 25

تلبية الاحتياجات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري لكل من النساء والرجال أولوية ملحة 28

المراجع 31

عدم التجريم وإزالة الوصم وإدماج الفئات السكانية الرئيسية **32**

الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في الأوبئة التي تتركز بين الفئات السكانية الرئيسية لا تتراجع على الصعيد العالمي - أحد الأسباب التي تجعل الاستجابة العالمية ليست على المسار الصحيح للوصول إلى هدف عام 2030 34

لا يزال الوصول إلى خدمات الجمع بين وسائل الوقاية والعلاج من فيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية محدودا في معظم أنحاء العالم 38

العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى لديه القدرة على خفض معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بشكل ملحوظ، لكن خدماته لا تصل إلى الفئات السكانية الرئيسية 43

يمكننا إنهاء الأوبئة بين متعاطي المخدرات بالحقن، لكننا فشلنا في القيام بذلك لأننا لا نضمن الوصول المجدي إلى خدمات الحد من الضرر 46

لا يمكننا القضاء على الإيدز بين الفئات السكانية الرئيسية ما لم نعالج بفعالية العوامل المجتمعية التي تزيد من ضعفهم وتعيق قدرتهم على الوصول إلى الخدمات 48

المراجع 49

القضاء على الإيدز عند الأطفال 50

يمكن سد فجوة العلاج للأطفال إذا تم دعم المزيد من الحوامل والمرضعات وأطفالهن لتأكيد حالة فيروس نقص المناعة البشري عند الطفل عند الولادة وفي نهاية الرضاعة الطبيعية 55

الحاجة إلى جهود استراتيجية مكثفة تركز على الأم لمنع الانتقال الرأسي 57

أدى التحسين الأخير لعلاج الأطفال إلى زيادة في كبت الحمل الفيروسي بين الأطفال الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية 59

المراجع 63

حشد الموارد اللازمة للقضاء على الإيدز 64

الهزات الاقتصادية تهدد قدرة العالم على تعبئة الموارد الأساسية لمكافحة الإيدز 67

يجب على البلدان أن تستجمع الإرادة السياسية للقيام باستثمارات أساسية في مجال الإيدز 69

يجب توسيع قاعدة المانحين والشركاء في التنمية للإيدز والصحة 71

يجب تصحيح أنماط التمويل التي تساهم في التفاوتات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشري 72

المراجع 79

تمهيد

ويني بيانيما
المديرة التنفيذية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

إن العالم ليس على المسار الصحيح للقضاء على جائحة الإيدز. فالإصابات الجديدة تتزايد ووفيات الإيدز مستمرة في كثير من المجتمعات.

يكشف هذا التقرير لماذا: تعيقنا اللامساواة.

وبعبارات صريحة، يلفت التقرير انتباه العالم إلى الحقيقة المؤلمة المتمثلة في أن اللامساواة الخطيرة تقوض الاستجابة للإيدز وتعرض الأمن الصحي للجميع للخطر. ويسلط التقرير الضوء على ثلاث مجالات محددة للامساواة يمكن اتخاذ إجراءات ملموسة بشأنها على الفور - عدم المساواة بين الجنسين والذكريات الضارة التي تؤدي إلى الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري؛ تهميش وتجريم الفئات السكانية الرئيسية، والتي تُظهر بياناتنا أنها تؤدي إلى تقدم ضئيل بشكل صارخ لهؤلاء السكان وتقويض الاستجابة الشاملة؛ وعدم المساواة للأطفال الذين يجب أن تهم حياتهم أكثر من حصتهم في السوق.

لكن هذه ليست نصيحة لليأس: إنها دعوة للعمل. فمن خلال العمل الجريء لمواجهة هذه اللامساواة، يمكننا إنهاء الإيدز.

إن العالم لن يكون قادرًا على هزيمة الإيدز مع تعزيز النظام الأبوي. فخريطة الطريق الفعالة الوحيدة لإنهاء الإيدز وتحقيق أهداف التنمية المستدامة هي خريطة طريق نسوية. ويمكننا الآن اتخاذ إجراءات لمعالجة اللامساواة بين الجنسين وتعزيز الذكورية الصحية - لتحل محل السلوكيات الضارة التي تؤدي إلى تفاقم المخاطر على الجميع.

ويزيد العنف القائم على النوع الاجتماعي من مخاطر إصابة النساء بفيروس نقص المناعة البشري ويقيد وصول المتعايشات منهن مع فيروس نقص المناعة البشري إلى الخدمات المنقذة للحياة.

والمراهقات والشابات (١٥ - ٢٤ عاما) أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بثلاث مرات من المراهقين والشبان من نفس الفئة العمرية في أفريقيا جنوب الصحراء. وقد أظهرت إحدى الدراسات أن تمكين الفتيات من البقاء في المدرسة حتى إكمال التعليم الثانوي يقلل من تعرضهن للإصابة بالفيروس بنسبة تصل إلى ٥٠٪. ومن خلال مقاطعة ديناميكيات القوة، يمكن للسياسات أن تقلل من تعرض الفتيات للفيروس.

إن الذكورية الضارة تثني الرجال عن طلب الرعاية. فبينما كان ٨٠٪ من النساء يحصلن على العلاج في عام ٢٠٢١، كان ٧٠٪ فقط من الرجال يتلقون العلاج. وفي غضون ذلك، نحن بحاجة إلى معالجة اللامساواة في إعمال حقوق الإنسان. فالتمييز ضد المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملين بالجنس، ومغايري الهوية الجنسانية، ومتعاطي المخدرات بالحقن، والسجناء، ووصمهم وتجريمهم، كل ذلك يؤدي إلى خسارة الأرواح ويمنع العالم من تحقيق أهداف الإيدز المتفق عليها.

ولا تظهر البيانات الواردة في هذا التقرير انخفاضا كبيرا في الإصابات الجديدة بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال في غرب ووسط إفريقيا أو شرق أو جنوب إفريقيا. لكن يمكن تحقيق نهج أفضل بالنسبة للفئات السكانية الرئيسية. على سبيل المثال، في حين تتمتع الفئات السكانية الرئيسية عموما بفرص أقل للحصول على خدمات فيروس نقص المناعة البشري، يسلط هذا التقرير الضوء على العديد من المقاطعات في كينيا حيث تحصل العاملات بالجنس المتعايشات مع الفيروس على خدمات العلاج بمعدلات متساوية أو أفضل من النساء بشكل عام. وهذا نتيجة الخدمات التي يقودها المجتمع. وفي الوقت نفسه، نسلط الضوء على الأبحاث التي تظهر أن البلدان التي تزيل أو تتجنب التجريم قد شهدت تقدما أكبر.

وفي مواجهة فيروس معدٍ، يؤدي الفشل في إحراز تقدم بالنسبة للفئات السكانية الرئيسية إلى تقويض الاستجابة الكاملة للإيدز ويساعد في تفسير تباطؤ التقدم.

وحيثما تتقاطع اللامساواة بين الجنسين والفئات السكانية الرئيسية، يتم تضخيمها.

كما نحتاج أيضا إلى معالجة اللامساواة في الوصول إلى العلاج بين البالغين والأطفال.

وفي حين أن أكثر من ثلاثة أرباع البالغين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، فإن أكثر من نصف الأطفال المتعايشين مع الفيروس يتلقون الأدوية المنقذة للحياة. وفي عام ٢٠٢١، كان الأطفال يمثلون ٤٪ فقط من جميع المتعايشين مع الفيروس ولكنهم يمثلون ١٥٪ من جميع الوفيات المرتبطة بالإيدز. سد فجوة العلاج للأطفال سينقذ الأرواح.

نحن بحاجة إلى تعزيز التعاون والتضامن الدوليين، لأننا لا نستطيع القضاء على الإيدز إلا من خلال القضاء على الإيدز في كل مكان.

يوضح هذا التقرير أن تمويل المانحين يساعد في تحفيز زيادة التمويل المحلي: ارتبطت الزيادات في التمويل الخارجي لفيروس نقص المناعة البشري للبلدان من خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢١ بزيادات كبيرة في التمويل المحلي من الحكومات الوطنية. كلا المصدرين بحاجة ماسة إلى الزيادة. في عام ٢٠٢١، بلغ التمويل المتاح لبرامج الفيروس في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ٨ مليارات دولار أمريكي. إن زيادة دعم المانحين أمر حيوي لإعادة الاستجابة للإيدز إلى مسارها الصحيح.

هذه لحظة للشجاعة. للتأكد من أن جميع فتياتنا في المدرسة، آمنات وقويات. لمعالجة العنف القائم على النوع الاجتماعي. لتعزيز الذكورية الصحية لتحل محل السلوكيات الضارة التي تؤدي إلى تفاقم المخاطر على الجميع. لإلغاء تجريم الأشخاص في العلاقات الجنسية المثلية، والعاملين بالجنس، ومتعاطي المخدرات، والاستثمار في الخدمات التي يقودها المجتمع والتي تساعد على دمجهم - للمساعدة في كسر الحواجز أمام الخدمات والرعاية لملايين الأشخاص. لضمان وصول الخدمات للأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وتلبية احتياجاتهم، وسد فجوة العلاج حتى نقضي على الإيدز عند الأطفال إلى الأبد. للتمويل الكامل للاستجابة للإيدز حتى يمكن تحويل الوعود إلى أفعال.

إن ما يتعين على قادة العالم فعله واضح وضوح الشمس. في كلمة واحدة: المساواة. المساواة في الوصول إلى الحقوق، والمساواة في الوصول إلى الخدمات، والمساواة في الوصول إلى أفضل العلوم والأدوية.

إن ترك اللامساواة تتفاقم يؤدي إلى استمرار جائحة الإيدز، مما يعرض الجميع للخطر. إن معالجة الملاساواة لن يساعد المهمشين فقط، سوف يساعد الجميع.

مقدمة

إن اللامساواة تمنع العالم من تحقيق القضاء على الإيدز.

في إصدار عام ٢٠٢٢ للتحديث العالمي السنوي للإيدز، في خطر، قلنا إن الاستجابة العالمية للإيدز قد تم دفعها بعيدا عن المسار الصحيح. فقد تباطأ بشكل ملحوظ الانخفاض في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، بينما تزايدت الإصابات الجديدة في أجزاء كثيرة من العالم. كما أصيبت موارد الاستجابة بالركود عند مستويات غير كافية على الإطلاق للقضاء على الإيدز باعتباره تهديدا للصحة العامة بحلول عام ٢٠٣٠.

يبحث هذا التقرير، الذي يصادف اليوم العالمي للإيدز لعام ٢٠٢٢، سبب انحراف الاستجابة عن المسار الصحيح ويحدد الخطوات العملية التي يمكننا اتخاذها لتعزيز الاستجابة.

إن اللامساواة التي تعيق القضاء على الإيدز ليست حتمية. فنحن نعلم ما الذي ينجح - بالشجاعة والتعاون يمكن للقادة السياسيين معالجتها.

- يؤدي التمييز ضد الفئات السكانية الرئيسية – ووصمها وتجريمها- إلى خسائر في الأرواح ومنع العالم من تحقيق أهداف الإيدز المتفق عليها. وهذا صحيح في كل من الأوبئة المركزة والمعممة. فعلى سبيل المثال، وجدت مراجعة منهجية للبيانات أنه في حين انخفض معدل حدوث فيروس نقص المناعة البشري منذ عام ٢٠١٠ بنسبة ٥٨٪ بين البالغين (١٥ - ٤٩ عاما) في غرب ووسط إفريقيا و٦٢٪ في شرق وجنوب إفريقيا، لم يكن هناك انخفاض قاطع بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال في تلك المناطق خلال نفس الفترة (١). وبالمثل، تشير بيانات البرامج والمسوح في البلدان عبر مختلف المناطق وأنواع الأوبئة - مثل كينيا، وميانمار، ونيجيريا، وفيتنام – إلى أن الفئات السكانية الرئيسية المختلفة لديها تغطية أقل لخدمات فيروس نقص المناعة البشري مقارنة بعامة السكان. كما أن الفئات السكانية الرئيسية هي الأقل احتمالا لمنحها الأولوية في الاستجابات الوطنية للإيدز في بعض البلدان. وهناك حاجة إلى جهود عاجلة للقضاء على اللامساواة هذه، بما في ذلك من خلال الاستجابات التي يقودها المجتمع المحلي، والتوسع السريع في الوقاية قبل التعرض للعدوى واتخاذ إجراءات فورية لسد فجوات الوصول إلى خدمات الحد من الضرر.

- لا يزال العالم يخذل الأطفال في الاستجابة للإيدز. ففي عام ٢٠٢١، كان هناك ٨٠٠٫٠٠٠ طفل متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري لا يتلقون العلاج المنقذ للحياة. نحن نعلم ما يجب القيام به للقضاء على الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري وتلبية احتياجات العلاج للأطفال، لكن فشل القيادة منعنا من القيام بذلك، كما أن التفاوت المتزايد في تغطية العلاج بين الأطفال والبالغين يتزايد بدلا من أن ينخفض. ويتم أيضا تشخيص العديد من الأطفال في وقت متأخر، حيث لا يتلقى ٦٠٪ من الأطفال المتعايشين مع الفيروس والذين تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٤ عاما العلاج حاليا. إن سد فجوة العلاج للأطفال سينقذ الأرواح. وفي العمل على تحسين نتائج العلاج للأطفال المتعايشين مع الفيروس، سنستمر أيضا - بل ونعجل - الزيادات الأخيرة في معدلات كبت الحمل الفيروسي المرتبطة بالتحسينات في نظم علاج الأطفال المتعايشين مع الفيروس.

- تختلف الديناميكيات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري باختلاف الجنس، وتتغير بشكل كبير خلال دورة حياة الفرد. وتؤدي اللامساواة بين الجنسين والخصائص الذكورية الضارة إلى تفاقم الوباء بالنسبة للنساء والفتيات، لا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء، حيث تشكل النساء ٦٣٪ من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في عام ٢٠٢١. كما تؤدي المواقف من الخصائص الذكورية المتجذرة في النظام الأبوي أيضا إلى تفاقم المخاطر بالنسبة للرجال، وتثنيهم عن السعي للوصول إلى الخدمات الصحية التي يحتاجونها لحماية صحتهم وصحة شركائهم الجنسيين. وبالإضافة إلى ذلك، لم يتم تصميم الخدمات الصحية لتلبية الاحتياجات المحددة للرجال: في حين أن ٨٠٪ من النساء المتعايشات مع الفيروس حصلن على العلاج في عام ٢٠٢١، كان ٧٠٪ فقط من الرجال المتعايشين مع الفيروس يتلقون العلاج. وبالمثل، تم كبت الأحمال الفيروسية لدى ٧٤٪ من النساء في عام ٢٠٢١ مقارنة بـ ٦٥٪ من الرجال، مما قد يؤدي إلى استمرار انتقال الفيروس إلى شركائهم الجنسيين. وفي الأوبئة المركزة خارج أفريقيا جنوب الصحراء، يشكل الرجال ٧١٪ من جميع الإصابات الجديدة بالفيروس بسبب تجريم ووصم الفئات السكانية الرئيسية، مما يؤدي إلى المزيد من اللامساواة في قبول استخدام الخدمات.

هذه التفاوتات ليست مجرد ضارة للأفراد: فهي تعرقل التقدم في القضاء على الإيدز، وتقلل من عوائد الاستثمارات في مكافحة فيروس نقص المناعة البشري، وتعرض ملايين الأشخاص للخطر. وفي حين أن الإصابة بالفيروس والإيدز يمكن الوقاية منهما تماما، فإن معدلات الإصابة بهما لا تنخفض بالسرعة الكافية لوضعنا على المسار الصحيح للقضاء على الإيدز بحلول عام ٢٠٣٠.

وتمثل الفئات السكانية الرئيسية أقل من ٥٪ من سكان العالم، لكنهم هم وشركاؤهم شكلوا ٧٠٪ من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في عام ٢٠٢١. ولا يساهم إهمال الاحتياجات المتعلقة بالفيروس للفئات السكانية الرئيسية فقط في معاناة ووفيات لا لزوم لها بين تلك الفئات، ولكنه يعرض أيضا شركائهم الجنسيين لمخاطر كبيرة.

إن عدم استخدام الاستراتيجيات البسيطة المتاحة لمنع الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين الأطفال ليس مأساة لكل طفل متعايش مع الفيروس فحسب، بل أيضا مأساة لعائلاتهم ومجتمعاتهم. ويتحمل المجتمع التكاليف طويلة المدى للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية للأطفال الذين لم يكونوا بحاجة إلى الإصابة بالفيروس في المقام الأول.

وتعد تلبية احتياجات الرجال المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري ضرورة ملحة في حد ذاتها. ففي عام ٢٠٢١، كان الرجال على مستوى العالم أقل احتمالا بنسبة ١٣٪ لتحقيق كبت الأحمال الفيروسية مقارنة بالنساء ومثلوا ٥١٪ من الإصابات الجديدة بالفيروس في جميع أنحاء العالم و٧١٪ من الإصابات الجديدة بالفيروس خارج أفريقيا جنوب الصحراء. ويعتبر منع فيروس نقص المناعة البشري بين الرجال والتأكد من أن الرجال المتعايشين مع الفيروس يحققون كبت الحمل الفيروس هما أيضا خطوتين مهمتين للحد من أثر الوباء على النساء والفتيات في أجزاء عديدة من العالم.

وقد أحرز أكثر من عقدين من الاستثمارات المستمرة في الاستجابة للإيدز نتائج تاريخية. لكن كل هذه المكاسب تتعرض الآن للخطر بسبب عدم كفاية التقدم لإنهاء التفاوتات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشري.

وهذه ليست المرة الأولى التي أثبتت فيها المتابعة أنها تمثل تحديا لجهود الصحة العالمية. وقبل الاعتراف بالإيدز كمرض جديد في أوائل الثمانينيات، كان التقدم العالمي في تخفيف العبء المرتبط بمرض السل والملاريا راكدا وتراجعت جهود المكافحة. إن فشل العالم في متابعة القضاء على هذين المرضين سمح لهما بالظهور مرة أخرى، مما أدى إلى زيادة كبيرة في التكاليف البشرية والاقتصادية المرتبطة بهذين الوباءين.

لا يمكننا ببساطة أن نسمح بحدوث نفس الشيء في حالة الإيدز. إن التكاليف المذهلة طويلة الأجل للفشل هي أكبر مما ينبغي بكثير. فيجب على العالم أن يتحرك الآن لإعادة الاستجابة للإيدز إلى مسارها الصحيح.

وتقدم «الاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز ٢٠٢١-٢٠٢٦: القضاء على اللامساواة، والقضاء على الإيدز» مخططا واضحا وقابل للتحقيق للقضاء على اللامساواة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري ووضعنا على المسار الصحيح للقضاء على الإيدز بحلول عام ٢٠٣٠. ولكن، مجرد القيام بالمزيد من نفس الشيء هو وصفة للفشل: من أجل معالجة اللامساواة التي تؤدي إلى إبطاء التقدم، يجب علينا تطبيق منظور عدم المساواة عبر نطاق جهودنا، والاستفادة من البيانات الدقيقة لتحديد أوجه عدم المساواة الحرجة وتوجيه جهودنا لمعالجتها.

وباختصار، فإن الفشل في تحقيق المساواة في الاستجابة للإيدز سيؤدي إلى فشل الاستجابة نفسها. ولتجنب هذا المصير، يجب أن نضمن:

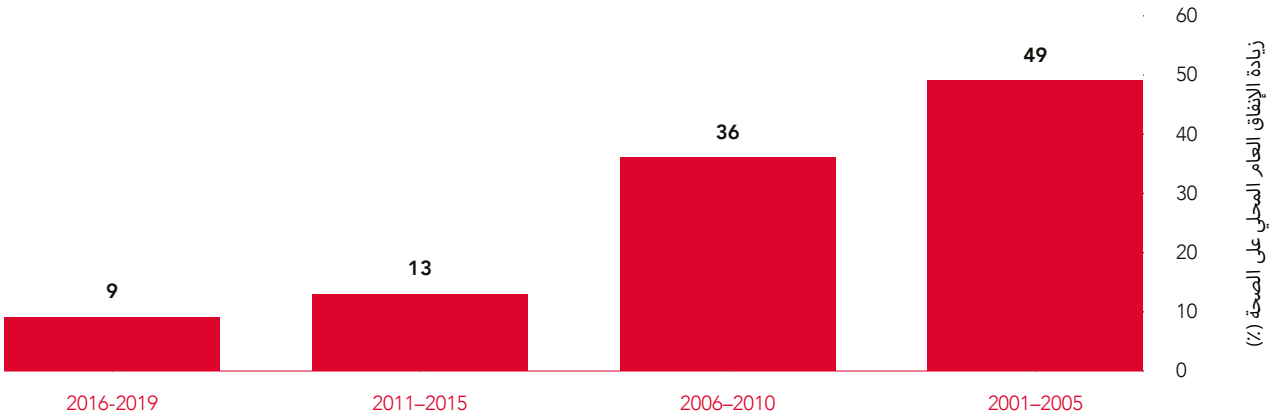
- المساواة في الحصول على الحقوق.
- المساواة في الوصول إلى الخدمات.
- المساواة في الوصول إلى العلم.
- المساواة في الوصول إلى الموارد.

وسوف يتطلب القضاء على اللامساواة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري - الوصول إلى أولئك الذين تم إهمالهم ومعالجة الأسباب الجذرية للضعف والاستبعاد - موارد إضافية وتغيير الطريقة التي نؤدي بها أعمالنا. ولن نتمكن من القضاء على الإيدز إلا إذا استجمعنا الإرادة لتعبئة هذه الموارد.

وتتضاءل قدرتنا على معالجة اللامساواة التي تبطئ التقدم بسبب النقص الحاد في تمويل الاستجابة للإيدز. ففي عام ٢٠٢١، كان التمويل المتاح لبرامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشري في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (٢١ مليار دولار أمريكي) أقل بمقدار ٨ مليار دولار أمريكي من المبالغ المطلوبة في عام ٢٠٢٥.

ويتطلب تعبئة الموارد التي نحتاجها لسد فجوات اللامساواة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري أن نواجه تحديات متعددة. تدفع البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل الآن غالبية تكاليف استجاباتها للإيدز، على الرغم من أن درجة الاستثمار المحلي في مجال مكافحة الفيروس تتباين بشكل كبير بين البلدان. ومع ذلك، فإن العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل لم تتعاف بعد من تأثير جائحة كوفيد-١٩ على الاقتصادات الوطنية وأنظمة المجتمع والصحة. وقد أدت الحرب في أوكرانيا أيضا إلى زيادة تكلفة الوقود والغذاء والسلع الأخرى، ويقوم بعض المانحين الدوليين منذ فترة طويلة بإعادة تخصيص أموال التنمية لمعالجة القضايا الإنسانية. وعلاوة على ذلك، فإن أزمة الديون في البلدان النامية تقوض قدرتها على حماية صحة ورفاهية سكانها: فقد تباطأت الزيادات في الاستثمارات المحلية في مجال الصحة بشكل حاد في العقد الماضي مع زيادة عبء الديون (شكل ١.٠).

شكل ١.٠ النسبة المئوية للزيادة في الإنفاق العام المحلي في مجال الصحة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بفترات ٥ سنوات، ٢٠٠٠-٢٠١٩



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام ٢٠٢٢؛ WHO Health Expenditure Database.
ملاحظة: أحدث البيانات المتاحة تخص نفقات عام ٢٠١٩.

وعلى الرغم من كونها هائلة، إلا أن هذه التحديات لها حلول. فقد حددت الابتكارات من قبل البلدان والمجتمعات استراتيجيات برمجية وسياساتية لسد فجوات اللامساواة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري وتلبية احتياجات الفئات السكانية التي تم إهمالها. ويمتلك العالم موارد كافية لتمويل الاستجابة للإيدز، حيث أن المبالغ المطلوبة لتمويل تنفيذ الاستراتيجية العالمية للإيدز ٢٠٢١-٢٠٢٦ متواضعة في سياق الاقتصاد العالمي. كما نعلم أن الزيادات في التمويل الثنائي من حكومة الولايات المتحدة الأمريكية والتمويل متعدد الأطراف من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي) لم تؤد إلى تفاقم اعتماد البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل على الموارد الخارجية: بدلا من ذلك، قوبلت بزيادات في المساهمات المالية المحلية في مكافحة الفيروس. وعلاوة على ذلك، هناك مسارات واضحة لتوليد الموارد اللازمة، بما في ذلك إعادة تخصيص الموارد من مدفوعات الديون إلى الصحة.

ويعتبر العنصر المفقود حاليا هو الإرادة السياسية لاتخاذ الخيارات الصعبة المطلوبة للاستثمار في البشر والقضاء على الإيدز. ومن خلال تحديد فرص معالجة اللامساواة التي تبطئ التقدم في الاستجابة للإيدز، يهدف هذا التقرير إلى المساعدة في نقل الاستجابة العالمية من الركود إلى العمل. وسواء كنا نتحرك الآن لإعادة الاستجابة إلى المسار الصحيح أو نشاهد ارتفاع التكاليف البشرية والمالية دون داعٍ وندعها تستمر لعقود قادمة، فإن ذلك هو خيارنا. إن الفرصة لا تزال لدينا للقضاء على الإيدز بحلول عام ٢٠٣٠ - ولكن فقط إذا اغتنمناها اليوم. إن اختيار القيام بذلك لن يساعد فقط الملايين من الرجال والنساء والأطفال المعرضين لخطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، ولكنه سيساعدنا جميعا أيضا: لا أحد في مأمن من أي جائحة حتى يصل الجميع بشكل عادل إلى خدمات الوقاية والعلاج.

UNAIDS©

المراجع

١. Kuchukhidze S, Panagiotoglou D, Boily MC, Diabaté S, Eaton JW, Mbofana F et al. The effect of intimate partner violence on women's risk of HIV acquisition and engagement in the HIV treatment and care cascade: an individual-participant data meta-analysis of nationally representative surveys in sub-Saharan Africa. Preprint. doi: https://doi.org/10.1101/2022.08.04.22278331.

٢. Stannah J, Soni N, Lam J, Giguère K, Larmarange J, Maheu-Giroux M et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-regression analysis. Preprint (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.11.14.22282329v1).

اللامساواة بين الجنسين تعطل إنهاء الإيدز

إن اللامساواة بين الجنسين هي المحرك الرئيسي لوباء الإيدز. فديناميات القوة غير المتكافئة بين الرجال والنساء والمعايير الجنسانية الضارة تزيد من تعرض النساء والفتيات، بكل تنوعهن، لفيروس نقص المناعة البشري، وتحرمهن من التعبير عن آرائهن والقدرة على اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهن، وتحد من قدرتهن على الوصول إلى الخدمات التي تلبي احتياجاتهن، وتزيد من مخاطر تعرضهن للعنف أو غيره من الأضرار، وتعيق قدرتهن على التخفيف من تأثير الإيدز.

لقد شكلت النساء والفتيات ٤٩٪ من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في جميع أنحاء العالم في عام ٢٠٢١. فكل دقيقتين، كانت هناك فتاة مراهقة أو شابة (١٥ - ٢٤ عاما) تُصاب بالفيروس عام ٢٠٢١. ولا تزال الأسباب المرتبطة بالإيدز هي السبب الرئيسي الثالث للوفاة على مستوى العالم بالنسبة للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاما ورابع سبب للوفاة بين النساء الأصغر سنا (١٥ - ٢٩ عاما). وتتجلى آثار عدم المساواة بين الجنسين في تعرض النساء للفيروس بشكل واضح في أفريقيا جنوب الصحراء، حيث شكلت النساء ٦٣٪ من الإصابات الجديدة بالفيروس في عام ٢٠٢١، وقد تضاعف هذا من خلال انخفاض أبطأ بشكل ملحوظ في الإصابات الجديدة بين النساء مقارنة بالرجال والفتيان. وبشكل عام، فإن الأسباب المرتبطة بالإيدز هي السبب الرئيسي للوفاة بين النساء في أفريقيا والسبب الثاني للوفاة (بعد وفيات الأمهات) بين النساء الأصغر سنا (١٥ – ٢٩ عاما) في إفريقيا.

فتاة صغيرة تحضر إطلاق مبادرة Education Plus في غامبيا، ٧ يوليو ٢٠٢٢.

EDUCATION PLUS INITIATIVE©

ويمكن للممارسات التي تعزز المعايير المجتمعية الأبوية أن تثني الرجال أيضا عن البحث عن الخدمات التي يحتاجون إليها. ويعاني مغايرو الهوية الجنسانية والمتنوعون جنسيا في العديد من البلدان أيضا من مستويات كبيرة من الوصم والتمييز والعنف - وانخفاض فرص الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري - مقارنة ببقية السكان (انظر قسم «إلغاء التجريم، وإزالة الوصم، وإدراج الفئات السكانية الرئيسية») (١).

وسيساعد تحويل معايير الجنس والذكورة الضارة بين الرجال والفتيان على تقليل مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، ولكنه سيقلل أيضا من مخاطر التعرض للفيروس بين النساء والمراهقات، بما في ذلك من خلال احترام صحتهن وحقوقهن الجنسية والإنجابية ودعم عدم التسامح مطلقا مع أي عنف ضدهن.

أُصيب ما يقدر بـ ٢٥٠٬٠٠٠ [١٥٠٬٠٠٠-٣٦٠٬٠٠٠] من المراهقات والشابات بفيروس نقص المناعة البشري في عام ٢٠٢١: يعيش ٨٢٪ منهن في أفريقيا جنوب الصحراء.

UNAIDS©

السيدة الأولى لجمهورية غامبيا، فاطوماتا باه بارو مع مجموعة من الطلاب في حفل إطلاق #EducationPlus في غامبيا، يوليو ٢٠٢٢.

مدى قابلية المراهقات والشابات للتأثر

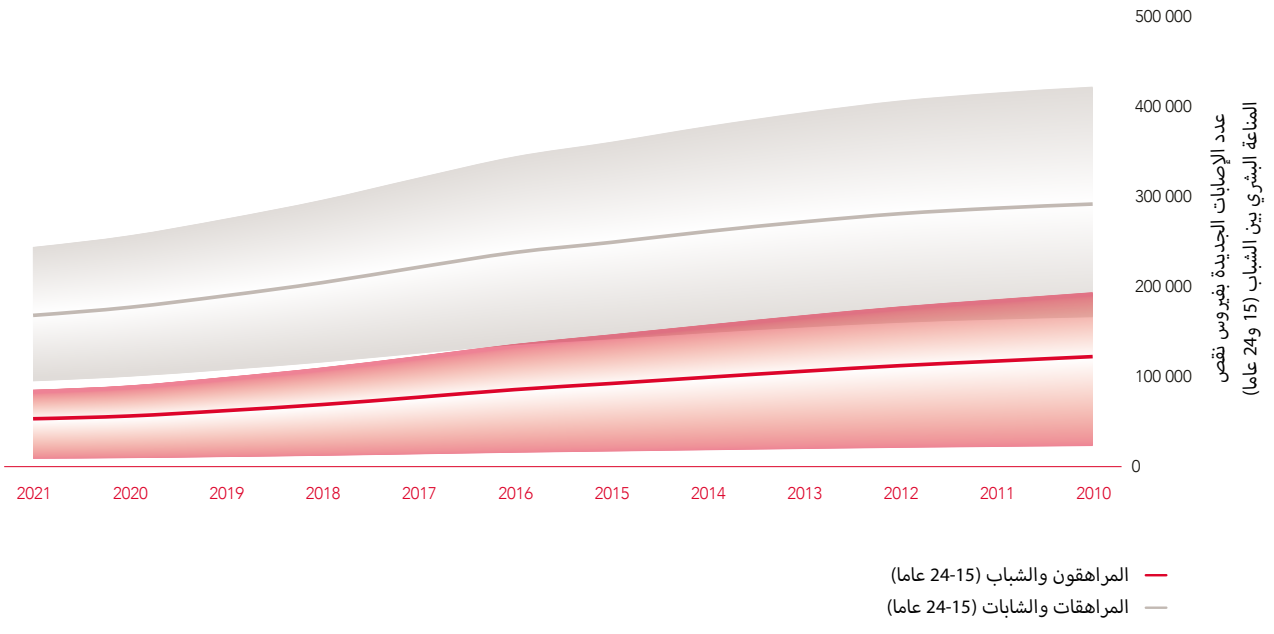
من أخطر حالات اللامساواة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري التأثير غير المتناسب للفيروس بين المراهقات والشابات (١٥ - ٢٤ عاما). خاصة في أفريقيا جنوب الصحراء - التي تضم ٥٧٪ من جميع الأشخاص الذين أصيبوا بالفيروس في عام ٢٠٢١ - يمنع انتقال الفيروس بين المراهقات والشابات البلدان من إحراز تقدم أسرع نحو إنهاء الإيدز باعتباره تهديدا للصحة العامة.

ويُقدر أن ٢٥٠٫٠٠٠ [١٥٠٫٠٠٠-٣٦٠٫٠٠٠] مراهقة وشابة أصيبوا بفيروس نقص المناعة البشري في عام ٢٠٢١. وكان ٨٢٪ منهن يعشن في أفريقيا جنوب الصحراء. ويعني هذا ان هناك ٤٩٠٠ إصابة جديدة بالفيروس بين المراهقات والشابات كل أسبوع، مما يضع العالم بعيدا عن المسار الصحيح لتحقيق هدف خفض العدد السنوي للإصابات الجديدة بالفيروس بين المراهقات والشابات إلى ما دون ٥٠٫٠٠٠ بحلول عام ٢٠٢٥.

تراجع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين المراهقات والشابات بشكل أبطأ مما هو عليه بين الذكور في نفس العمر في أفريقيا جنوب الصحراء

تُعتبر المراهقات والشابات في أفريقيا جنوب الصحراء أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بثلاث مرات مقارنة بنظرائهن من الرجال. وعلاوة على ذلك، انخفضت الإصابات الجديدة، في أفريقيا جنوب الصحراء، بين المراهقات والشابات بنسبة ٤٢٪ بين عامي ٢٠١٠ و٢٠٢١، بينما كان الانخفاض في الإصابات الجديدة بين الذكور من نفس العمر ٥٦٪ (شكل ١٫١).

شكل ١٫١ الاتجاهات في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الشباب (١٥-٢٤ عاما) حسب الجنس، شرق وجنوب أفريقيا، ٢٠١٠-٢٠٢١

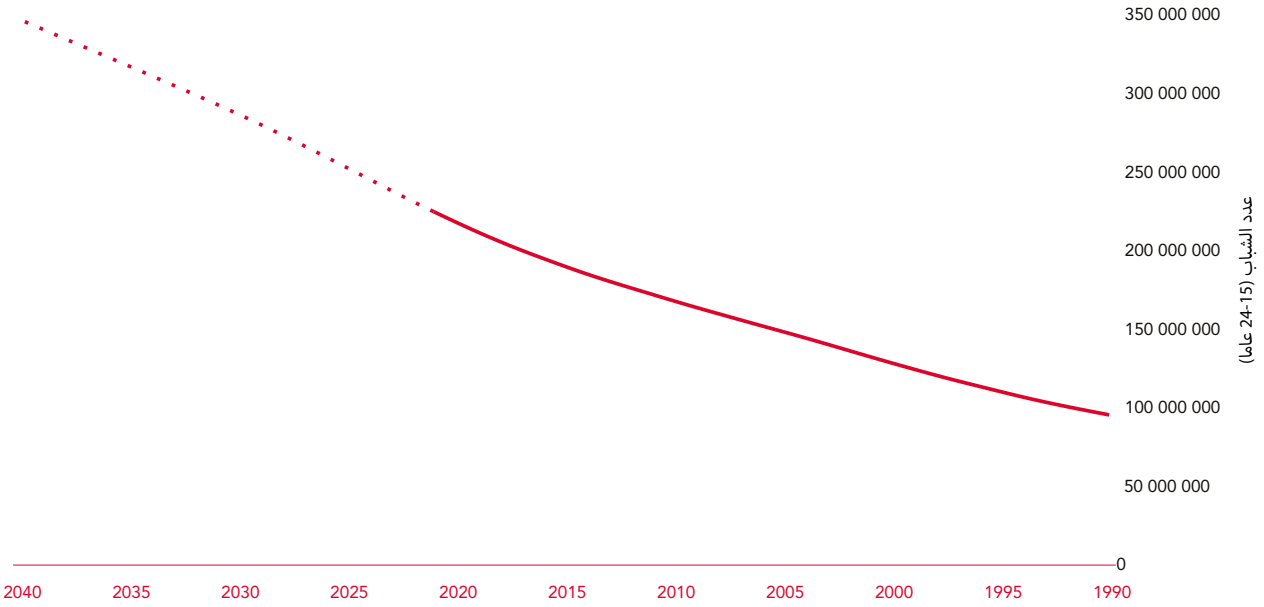


المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

وعلى الصعيد العالمي، من الملاحظ أن المراهقات والشابات أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري من الذكور في نفس السن، على الرغم من أن هذا التفاوت مدفوع في المقام الأول بالفوارق غير العادية في الإصابة بالفيروس بين الشباب في أفريقيا جنوب الصحراء.

وسيتطلب السير على المسار الصحيح لإنهاء الإيدز تعزيزا كبيرا لجهود الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري التي تركز على المراهقات والشابات. وسيزداد العدد المطلق للشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ عاما في أفريقيا جنوب الصحراء من ٢٢٥ مليونا إلى ٣٥٠ مليونا بين عامي ٢٠٢١ و٢٠٤٠، مما يتطلب تدخلات عملية وفعالة لضمان حماية العدد الكبير من المراهقات والشابات من الفيروس وضمان قدرتهن على الارتقاء إلى أقصى إمكاناتهن (شكل ١،٢).

شكل ١،٢ العدد المتوقع للشباب (١٥ - ٢٤ عاما)، أفريقيا جنوب الصحراء، ١٩٩٠-٢٠٤٠



المصدر: التوقعات السكانية العالمية للأمم المتحدة لعام ٢٠٢٢ (https://population.un.org/wpp/).

الحاجة إلى إصلاح السياسات والاستثمار المكثف في برامج فيروس نقص المناعة البشري للمراهقات والشابات لسد الفجوات في الاستجابة للإيدز

على الرغم من أن انتقال فيروس نقص المناعة البشري بين المراهقات والشابات هو القوة الدافعة للعديد من الأوبئة الوطنية في أفريقيا جنوب الصحراء، فإن خدمات الوقاية من الفيروس لا تصل إلى العديد من الأشخاص الذين يحتاجون إليها. ففي ١٩ دولة ذات عبء مرتفع من الفيروس في أفريقيا، تعمل برامج الجمع بين وسائل الوقاية المخصصة للمراهقات والشابات في ٤٠٪ فقط من المواقع التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بالفيروس.

وفي العديد من البلدان، تجعل أطر السياسات من الصعب، إن لم يكن من المستحيل، على المراهقات والشابات الحصول على خدمات فيروس نقص المناعة البشري الأساسية. ففي ١٠٦ من ١٤١ دولة لديها بيانات متاحة، تتطلب القوانين أو السياسات الوطنية من المراهقين الحصول على موافقة الوالدين أو الوصي من أجل الوصول إلى خدمات اختبار الفيروس.

تجعل أطر السياسات من الصعب، إن لم يكن من المستحيل، على المراهقات والشابات الحصول على خدمات فيروس نقص المناعة البشري الأساسية.

هذه القوانين هي جزء من نمط أوسع يقيد حقوق المراهقات في الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية بأنفسهن، بما في ذلك وسائل منع الحمل الهرمونية وطويلة الأمد. ويعني هذا أن العديد من المراهقات والشابات قد يمارسن الجنس بشكل قانوني قبل أن يتمكن من الوصول إلى المعلومات أو الخدمات المتعلقة بمنع الحمل أو الممارسات الجنسية الأكثر أمانا أو الأشكال الأخرى من الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري.

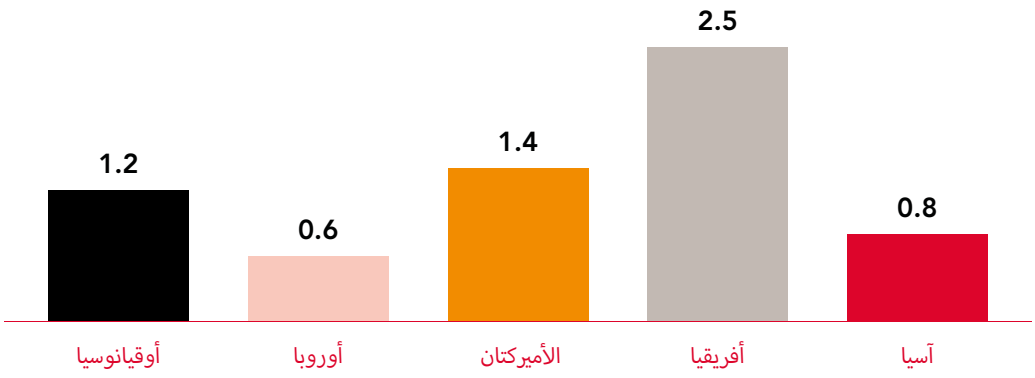
هذه القوانين والسياسات، رغم أنها تُسن ظاهريا من أجل حماية القاصرين، فإنها في الواقع تزيد من المخاطر الصحية على الفتيات المراهقات. ففي بلدان أفريقيا جنوب الصحراء حيث يبلغ سن الموافقة على اختبار فيروس نقص المناعة البشري ١٥ عاما أو أقل، يزيد احتمال اختبار المراهقين لفيروس نقص المناعة البشري بنسبة ٧٤٪ في الـ ١٢ شهرا الماضية عنه في البلدان التي يكون فيها سن الموافقة على اختبار الفيروس ١٦ عاما أو أكثر - مع استفادة الفتيات بشكل خاص من سهولة الوصول (٢).

الأهمية البالغة للعمل الملموس خارج قطاع الصحة للحد من ضعف المراهقات والشابات

لتحقيق الهدف العالمي المتمثل في خفض عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين المراهقات والشابات إلى أقل من ٥٠٬٠٠٠ بحلول عام ٢٠٢٥، يلزم اتخاذ إجراءات جريئة لمعالجة العوامل الاجتماعية والهيكلية المتعددة التي تزيد من تعرضهن للإصابة بالفيروس. فالإصلاحات الهيكلية التي تتجاوز قطاع الصحة ضرورية لإنهاء الإيدز بين المراهقات والشابات.

إن عدم كفاية الحماية القانونية والإنفاذ ضد التمييز بين الجنسين، أو عدم وجودهما في كثير من الحالات، يزيد من المخاطر التي تهدد صحة ورفاه النساء والفتيات. وقد خلص تقرير جديد صادر عن هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة) ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة إلى أن خمس نساء أو فتيات يُقتلن كل ساعة على أيدي أسرهن أو شركائهن (٣). إن معدلات قتل الشريك الحميم أو القتل المرتبط بالأسرة (لكل ١٠٠٬٠٠٠ أنثى) هي الأعلى في إفريقيا - أعلى بأربعة أضعاف مما هي عليه في أوروبا وثلاث مرات أعلى منها في آسيا (شكل ١٫٣).

شكل ١٫٣ معدلات قتل الشريكة الحميمة/ القتل المرتبط بالأسرة لكل ١٠٠٬٠٠٠ امرأة، حسب المنطقة، ٢٠٢١



1.1
لكل 100.000 امرأة

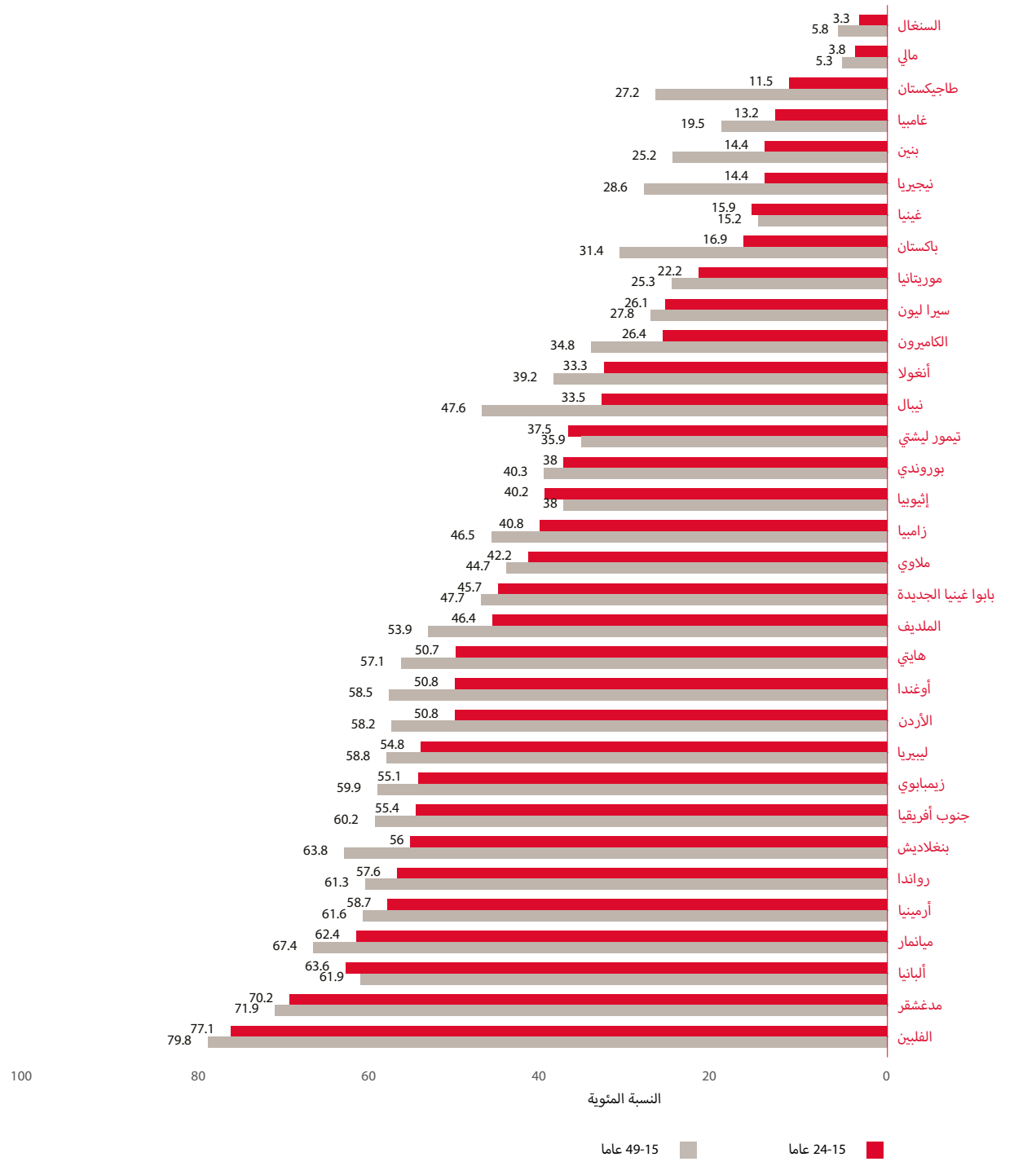
عمليات قتل النساء والفتيات ذات الصلة بنوع الجنس (قتل الإناث / قتل الإناث): التقديرات العالمية لعمليات قتل النساء والفتيات ذات الصلة بنوع الجنس في المجال الخاص في عام 2021. فيينا. مكتب ألمم املتحدة املعين ابملخدرات واجلرمية. هيئة الأمم المتحدة للمرأة. 2022.

ويرتبط العنف ضد المرأة في المنزل ارتباطا وثيقا بزيادة تعرض المرأة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري. ووجد تحليل للمسوح الوطنية التمثيلية في ١٠ بلدان أفريقية جنوب الصحراء ارتباطا قويا بين الإصابة بالفيروس لدى النساء والعنف الجسدي والعاطفي عندما كان هناك سلوك ذكوري مسيطر وانتشار إقليمي مرتفع للفيروس (٤). كما وجد تحليل تلوي حديث لـ ٥٧ دراسة استقصائية سكانية في أفريقيا جنوب الصحراء أن النساء اللاتي تعرضن لعنف الشريك الحميم في العام الماضي كن أكثر عرضة بثلاث مرات للإصابة بالفيروس (٥).

وإذا كنا نأمل في إنهاء الإيدز بحلول عام ٢٠٣٠، فليس لدينا خيار سوى متابعة الالتزام الوارد في إعلان ومنهاج عمل بكين من أجل «[ج] إنشاء بيئة قانونية غير تمييزية ومراعية للاعتبارات الجنسانية والمحافظة عليها ... وإلغاء [هـ] الفجوات التشريعية التي تترك النساء والفتيات دون حماية حقوقهن ودون وسيلة انتصاف فعالة ضد التمييز القائم على النوع الاجتماعي».

يجب أن تقترن التغييرات في سياسة مكافحة العنف ضد النساء والفتيات باستثمارات كبيرة في مبادرات لتغيير المعايير الضارة بين الجنسين وضمان تقييم حياة ورفاه النساء والفتيات بنفس الدرجة مثل حياة الرجال. وبسبب إضعاف النساء والفتيات، لا يتمتع العديد من المراهقات والشابات بالسيطرة الكاملة على اتخاذ القرار بشأن حياتهن الجنسية والإنجابية ورعايتهن الصحية. ومن بين ٣٣ دولة لديها دراسات استقصائية ديموغرافية وصحية منذ عام ٢٠١٥،

شكل ١٠٤ النسبة المئوية للمتزوجات أو المرتبطات حاليا اللاتي يتخذن قراراتهن المستنيرة بشأن العلاقات الجنسية، واستخدام وسائل منع الحمل والرعاية الصحية، حسب الفئة العمرية، البلدان التي تتوفر بها البيانات، ٢٠١٥-٢٠٢١



المصدر: المسوح الديموغرافية والصحية، ٢٠١٥-٢٠٢١.

ويعد الاستثمار في تعليم الفتيات أولوية لتحسين صحة ورفاه النساء والفتيات، بما في ذلك الحد من تعرضهن للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري. ووفقا للمسوحات الديموغرافية والصحية، فإن الشابات اللواتي لا يمتد تحصيلهن التعليمي إلى ما بعد المدرسة الابتدائية هم تقريبا أقل استخداما للواقي الذكري في آخر ممارسة للجنس بمقدار النصف من نظرائهن الأكثر تعليما. وقد تم تحقيق مكاسب أكبر في الحد من الإصابات الجديدة بالفيروس بين المراهقات والشابات في البلدان التي تزيد فيها معدلات إتمام التعليم الثانوي عن ٥٠٪ (٦). ومع ذلك، وكعلامة أخرى على الآثار الضارة لعدم المساواة بين الجنسين، فحتى النساء المتعلمات جيدا أقل استخداما للواقي الذكري في آخر ممارسة للجنس مقارنة بالشباب الذين لم يتلقوا تعليما أو تلقوا تعليما ابتدائيا.

ويتطلب الحد من ضعف النساء والفتيات أيضا أنظمة حماية اجتماعية قوية ومرنة تلبي بشكل فعال احتياجات النساء والفتيات، الأكثر تضررا من الصدمات الاقتصادية أو حالات الطوارئ الأخرى. وقد برهنت جائحة كوفيد-١٩ بشكل واضح على الحاجة إلى أنظمة حماية اجتماعية مراعية للاعتبارات الجنسانية، حيث أدت إلى تفاقم وصول المرأة غير المتكافئ بالفعل إلى فرص العمل والموارد المالية (٧، ٨).

وعندما تزيد الصدمات الاقتصادية أو حالات الطوارئ الأخرى من الضعف الاقتصادي للمرأة، يزداد تعرضها للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري. وقد وجدت دراسة عن الجفاف في عام ٢٠١٥ في ملاوي، على سبيل المثال، أن النساء اللاتي يعتمدن على الزراعة كن أكثر احتمالا بمرتين للجوء للانخراط في المعاملات الجنسية خلال فترة جفاف معتدلة وأن الرجال الذين يعملون خارج الزراعة كانوا أكثر احتمالا بنسبة ٥٠٪ خلال فترة الجفاف للمشاركة في المعاملات الجنسية (٩). ووُجد أن كل جفاف يؤدي إلى زيادة حدوث فيروس نقص المناعة البشري بنسبة ١٥٪ بين الرجال والنساء. وتتوافق هذه النتائج مع أدلة من ٦ بلدان أفريقية تثبت أن النساء اللاتي يعانين من انعدام الأمن الغذائي أكثر عرضة للانخراط في المعاملات الجنسية (١٠).

UNAIDS/N. RIDGARD©

مموتي موهاسي (يمين)، في عيادة متنقلة في منطقة نائية خارج براكفونتين، ليسوتو، بعد أن خضع لختان ذكور طبي طوعي، ٣١ أكتوبر ٢٠١٩.

الذكورية وخدمات فيروس نقص المناعة البشري

يعد تحسين تقديم الخدمات والاستيعاب بين الرجال عنصرا من عناصر الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري يمكن أن تكون له آثار إيجابية على الرجال والفتيان والنساء والمراهقات. ومع ذلك، يجب وضع معالجة الثغرات في تقديم الخدمات للرجال ضمن البناء الأوسع لإنهاء اللامساواة التي تؤدي إلى الإصابة بالفيروس، بما في ذلك اللامساواة بين الجنسين، والاستمرار في إعطاء الأولوية للنهوض بحقوق النساء والفتيات بكل تنوعهن.

إن الرجال والفتيان أقل احتمالا للخضوع لاختبار فيروس نقص المناعة البشري، لبدء العلاج المضاد للفيروسات القهقرية والاستمرار في الرعاية، وبالتالي يموتون بسبب الأمراض المرتبطة بالإيدز والعديد من الأمراض الأخرى بمعدلات أعلى من نظرائهم الإناث. لكن الرجال والفتيان ليسوا مجموعة متجانسة، مما يعني أن زيادة الوصول إلى الاختبارات والعلاج والرعاية يجب أن تكون مصممة ليس فقط وفقا للفجوات الجغرافية، ولكن أيضا لمجموعات مختلفة من الرجال. وهذا يشمل المثليون، ومزدوجو الميل الجنسي وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومتعاطو المخدرات، والعاملون بالجنس من الذكور، ومغايرو الهوية الجنسانية، والأشخاص غير المطابقين للهوية الجنسانية المحددة لهم.

وتساهم مجموعة من العوامل المعقدة ومتعددة المستويات في انخفاض الإقبال على الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري بين الرجال والفتيان. وينتج عدد من هذه الحواجز عن المعايير الجنسانية الضارة السائدة - مثل المساواة بين المرض و»الضعف» - التي تزيد من خطر انتقال الفيروس. فبعض التصورات المجتمعية عن أماكن العيادات كـ»مساحات أنثوية»، ومعايير النوع الاجتماعي حول الرجولة التي تشجع الرجال على المجازفة المفرطة والإفراط في السيطرة تزيد من تضخيم علاقات القوة غير المتكافئة، مما يؤجج العنف ضد النساء والفتيات بكل تنوعهن. وعلاوة على ذلك، في الأماكن التي ينتشر فيها الفيروس بشكل كبير، يمكن لعنف الشريك الحميم وسلوكيات التحكم أن تزيد من فرص إصابة النساء والفتيات بالفيروس بنسبة تصل إلى ٥٠٪ (٤). وقد وجدت دراسة حديثة أن النساء اللاتي تعرضن لعنف الشريك الحميم في العام الماضي كن أكثر احتمالا للإصابة بالفيروس بثلاث مرات (٥). فالشابات اللاتي يتعرضن لعنف الشريك الحميم أو اللاتي يتواجدن في بيئة تحكم من المرجح أن يكون لهن شريك يرفض استخدام الواقي الذكري ويعوق وصولهن إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

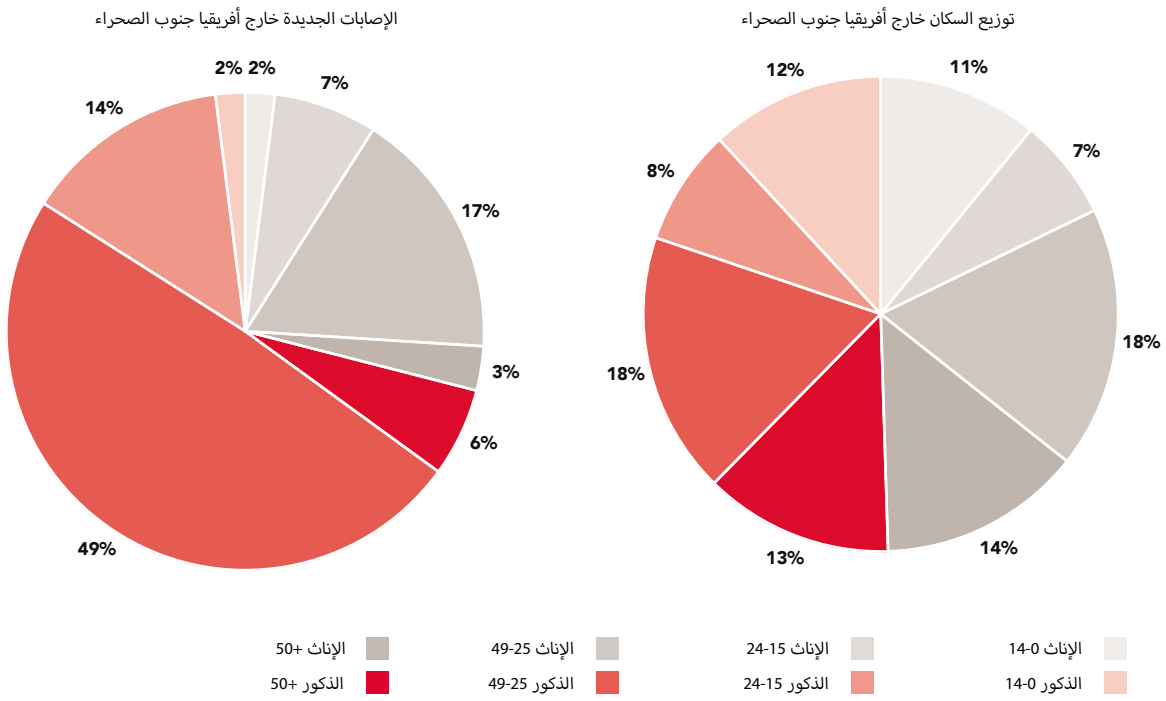
وتدعو الإستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز ٢٠٢١-٢٠٢٦ إلى بذل جهود منتظمة من قبل جميع الحكومات والشركاء لضمان المشاركة المتساوية للنساء والفتيات والرجال والفتيان بكل تنوعهم عندما يتعلق الأمر باتخاذ القرارات التي تشكل الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري (١١). وسيؤدي ذلك إلى تقليل عدم المساواة بين الجنسين والعنف القائم على النوع الاجتماعي، مع ضمان تزويد الرجال والفتيان بشكل أفضل بالخدمات التي تمكنهم من البقاء بعيدا عن الفيروس، وإجراء الاختبارات بانتظام، والبدء في العلاج والاستمرار فيه. ولن يؤدي ذلك إلى تحسين النتائج الصحية للذكور فحسب، بل سيسهم أيضا في انخفاض الإصابات الجديدة بالفيروس بين النساء والفتيات.

وتختلف المخاطر المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري التي تتعرض لها مجموعات مختلفة من الرجال والنساء اختلافا كبيرا في جميع أنحاء العالم، كما تختلف الطرق التي تؤثر بها اللامساواة بين الجنسين على قابلية الإصابة بالفيروس بين الأماكن المختلفة. وعلى الصعيد العالمي، شكل الرجال ٥١٪ من الإصابات الجديدة بالفيروس في عام ٢٠٢١ (شكل ١٫٥). ومع ذلك، هناك تباين كبير في عبء الفيروس بين الرجال في المناطق المختلفة.

وفي أفريقيا جنوب الصحراء، يبدأ خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري لدى النساء والفتيات في سن مبكرة. فستة من كل سبع إصابات جديدة بالفيروس بين المراهقين تحدث بين الفتيات. وفي هذه المنطقة، حيث أصيب معظم الرجال المتعايشين مع الفيروس أثناء الاتصال الجنسي بين الجنسين، فإن المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والرجال من فئات سكانية رئيسية أخرى يمثلون مع ذلك نسبة كبيرة من الأوبئة الوطنية. وخارج أفريقيا جنوب الصحراء (أي أمريكا اللاتينية، ومنطقة البحر الكاريبي، والشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، وآسيا والمحيط الهادئ، وغرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية)، حيث توجد الغالبية العظمى من الإصابات الجديدة بالفيروس بين الفئات السكانية الرئيسية وشركائهم، يشكل

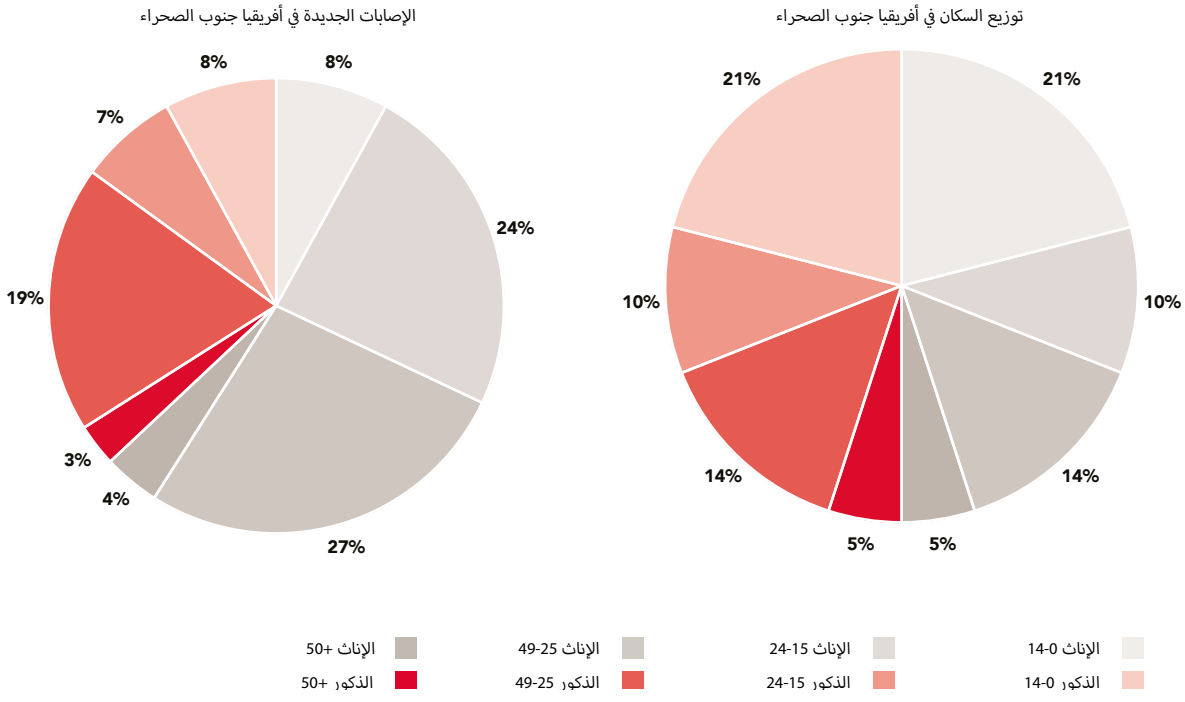
الرجال والفتيان ٧١٪ من الإصابات الجديدة بالفيروس (شكل ١٫٦). وما يقرب من نصف (٤٩٪) الإصابات الجديدة بالفيروس خارج أفريقيا جنوب الصحراء تحدث بين الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٥ و٤٩ عاما.

شكل ١٫٥ توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والسكان، حسب العمر والجنس، خارج أفريقيا جنوب الصحراء، ٢٠٢١



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢١ (انظر https://aidsinfo.unaids.org/).

شكل ١٫٦ توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والسكان، حسب العمر والجنس، أفريقيا جنوب الصحراء، ٢٠٢١



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ، ٢٠٢١ (انظر https://aidsinfo.unaids.org/).

مربع ١

تحويل الذكورية والمعايير الجنسانية لتقليل العنف القائم على النوع الاجتماعي وخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري

تقوض الذكورية والمعايير الجنسانية الضارة صحة ورفاهية كل من الرجال والنساء، وهي محركات رئيسية للرجال والفتيان للانخراط في السلوك العنيف، بما في ذلك العنف القائم على النوع الاجتماعي.

وسيساعد تغيير معايير النوع الاجتماعي والذكورة الضارة بين الرجال والفتيان على تقليل ضعفهم، ولكنه سيقلل أيضا من مخاطر التعرض لفيروس نقص المناعة البشري بين النساء والمراهقات، بما في ذلك من خلال احترام صحتهن وحقوقهن الجنسية والإنجابية ودعم عدم التسامح مطلقا مع أي عنف ضدهن.

إن معالجة العنف القائم على النوع الاجتماعي أمر أساسي للمضي قدما في إنهاء الإيدز. فعلى الصعيد العالمي، تعرض ما يقدر بنحو ٢٤٥ مليون امرأة في سن ١٥ عاما أو أكثر ممن سبق لهن الزواج أو كان لديهن شريك للعنف القائم على النوع الاجتماعي في الأشهر الـ ١٢ الماضية (١٢). ويزيد العنف والتهديد بالعنف من ضعف النساء والفتيات. كما أن العنف، أو الخوف من العنف، يجعل من الصعب على النساء والفتيات الكشف عن حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والوصول إلى خدمات الوقاية والرعاية والعلاج الأساسية الخاصة بالفيروس. وقد تتجنب النساء أيضا اختبار الفيروس بسبب مخاوف من العنف والهجر الذي قد ينجم عن التشخيص الإيجابي بالفيروس (١٣). وقد أظهرت الدراسات أن إشراك الرجال والفتيان في التدخلات التي يقودها المجتمع لتحويل النوع الاجتماعي والتي تشمل أيضا النساء والفتيات (مثل Stepping Stones أو ISASA!) تساعد في الحد من العنف القائم على النوع الاجتماعي (١٤-١٦).

يجب أن يكون الرجال والفتيان في طليعة الحركة لاستبدال الأعراف الجنسانية الضارة، والامتناع عن (والوقوف ضد) العنف القائم على النوع الاجتماعي، واحترام الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للمرأة وصنع القرار. وسيمكن هذا الرجال والأولاد من البقاء بعيدا عن فيروس نقص المناعة البشري، وإجراء الاختبارات بانتظام، والبدء في العلاج والاستمرار فيه، مما لن يؤدي إلى تحسين النتائج الصحية للذكور فحسب، بل يساهم أيضا في انخفاض الإصابات الجديدة بالفيروس بين النساء والفتيات.

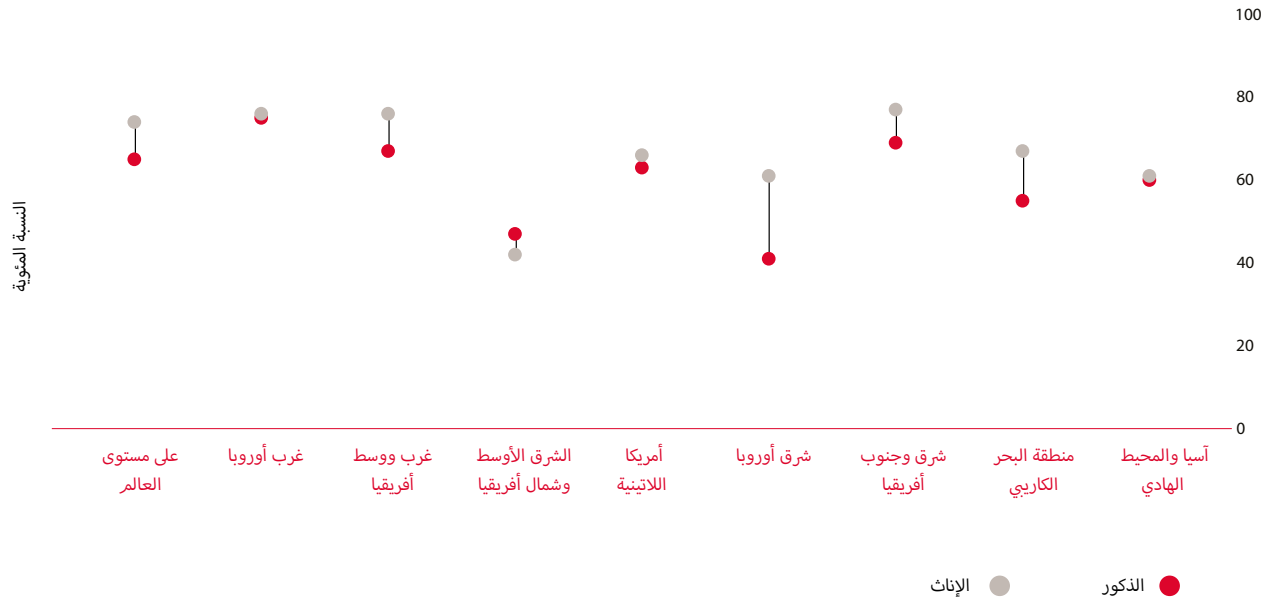
نحن بحاجة إلى مقاطعة ديناميات القوة التي تجعل الفتيات أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري.

التفاوتات بين الجنسين في الوصول إلى الخدمة ونتائج العلاج

تختلف مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين الرجال - والديناميات الجنسانية التي تؤثر على النتائج المتعلقة بالفيروس لدى الرجال - بين البلدان والمناطق وداخلها، مما يعكس التنوع الواسع للرجال في جميع أنحاء العالم. وهناك تنوع جغرافي مماثل في الوصول إلى خدمات الفيروس ونتائج العلاج. وفي أفريقيا جنوب الصحراء ومنطقة البحر الكاريبي، معدلات كبت الحمل الفيروسي أقل بشكل ملحوظ بين الرجال عنها بين النساء. وتشير البيانات الحديثة من ١٤ دولة أفريقية جنوب الصحراء في دراسات تقييم تأثير فيروس نقص المناعة البشري المستندة إلى السكان إلى أن الذكور في جميع الفئات العمرية لديهم تغطية أقل للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية مقارنة بالإناث، مع وجود تباينات ملحوظة بشكل خاص في الفئات العمرية ٢٤-٣٤ عاما و٣٥-٤٤ عاما (شكل ١،٧).

وفي أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، حيث تكون الأوبئة المركزة مدفوعة بالانتقال بين الفئات السكانية الرئيسية وشركائهم، فإن التباينات في نتائج فيروس نقص المناعة البشري بين الرجال والنساء أكبر في الواقع من تلك التي شوهدت في أفريقيا جنوب الصحراء. وعلى العكس من ذلك، في المناطق الأخرى حيث تسود الأوبئة المركزة (على سبيل المثال، آسيا والمحيط الهادئ، وأمريكا اللاتينية، وأوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية)، تكون الفروق بين النساء والرجال في نتائج الفيروس متواضعة أو غير موجودة. وفي المتوسط على مستوى العالم، حققت ٧٥٪ من المتعايشات مع الفيروس كبت الحمل الفيروسي مقارنة بـ ٦٥٪ فقط من المتعايشين مع الفيروس.

شكل ١٠٧ النسبة المئوية للبالغين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تم لديهم كبت الحمل الفيروسي حسب الجنس، على مستوى العالم وحسب المنطقة، ٢٠٢١

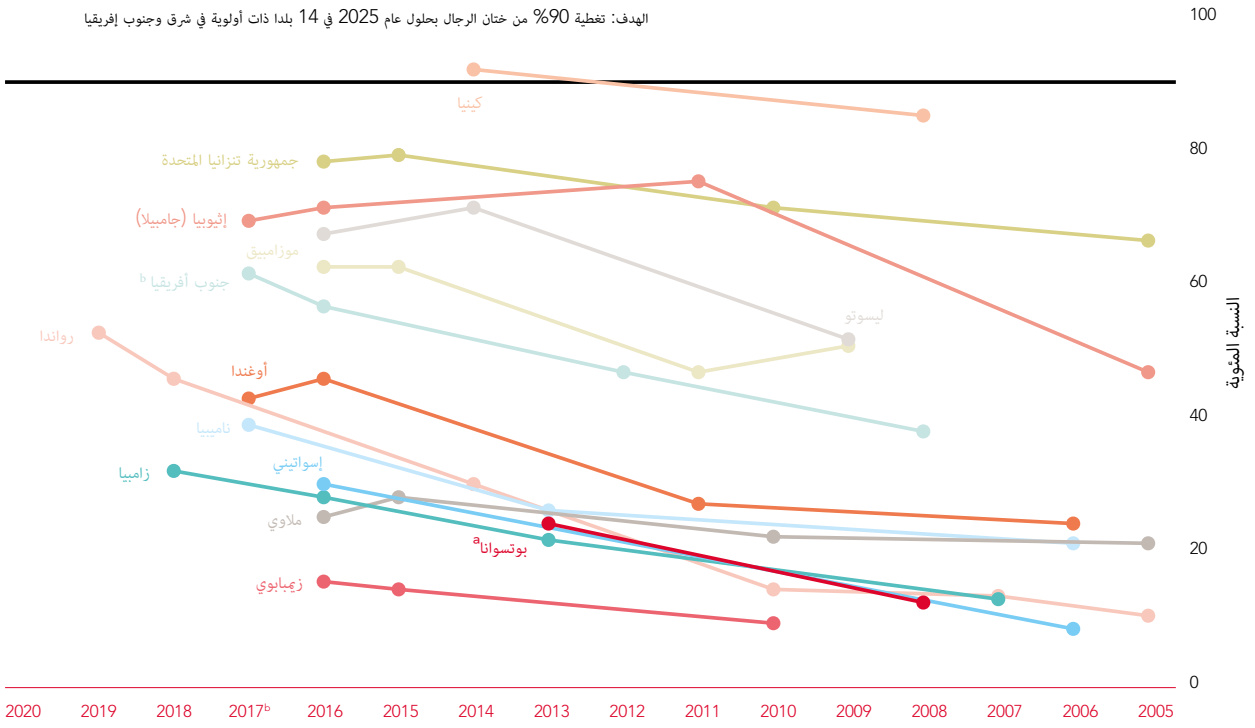


المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

وتختلف أسباب الفوارق بين الجنسين في نتائج فيروس نقص المناعة البشري بشكل كبير عبر المناطق. وغالبا ما ينبع هذا من حقيقة أن النساء لديهن اتصال روتيني أكثر بالنظم الصحية بسبب الحمل أو غيره من سلوكيات البحث عن الصحة. إن ضمان وجود بوابات ومنصات لتقديم الخدمات الصحية لكل من النساء والرجال تلبي احتياجاتهم هو استراتيجية مهمة لسد الفوارق في استخدام الرعاية الصحية. ومع ذلك، فبالنسبة لبعض المتعايشين مع الفيروس، وخاصة أولئك الذين ينتمون إلى فئات سكانية رئيسية، فإن الوصم والتمييز والنظم الصحية غير الملائمة هي أهم العوامل التي تقلل من قدرتهم على الوصول إلى الخدمات التي يحتاجون إليها.

والعديد من برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري التي تركز بشكل خاص على الرجال ليس لها التأثير المطلوب. فعلى سبيل المثال، برامج ختان الذكور الطبي الطوعي في جميع البلدان ذات الأولوية لم تحقق حاليا أهداف الـ٩٠٪ تغطية (شكل ١٠٨). وفي حين أن الإقبال على هذه الخدمات يتجه نحو الارتفاع بسرعة في ليسوتو وجنوب إفريقيا، فإن التقدم بطيء في إيسواتيني، وأوغندا، وزامبيا، وزيمبابوي.

شكل ١٠٨ انتشار ختان الذكور، ١٤ بلدا ذات أولوية، ٢٠٠٥-٢٠٢٠ وهدف ٢٠٢٥



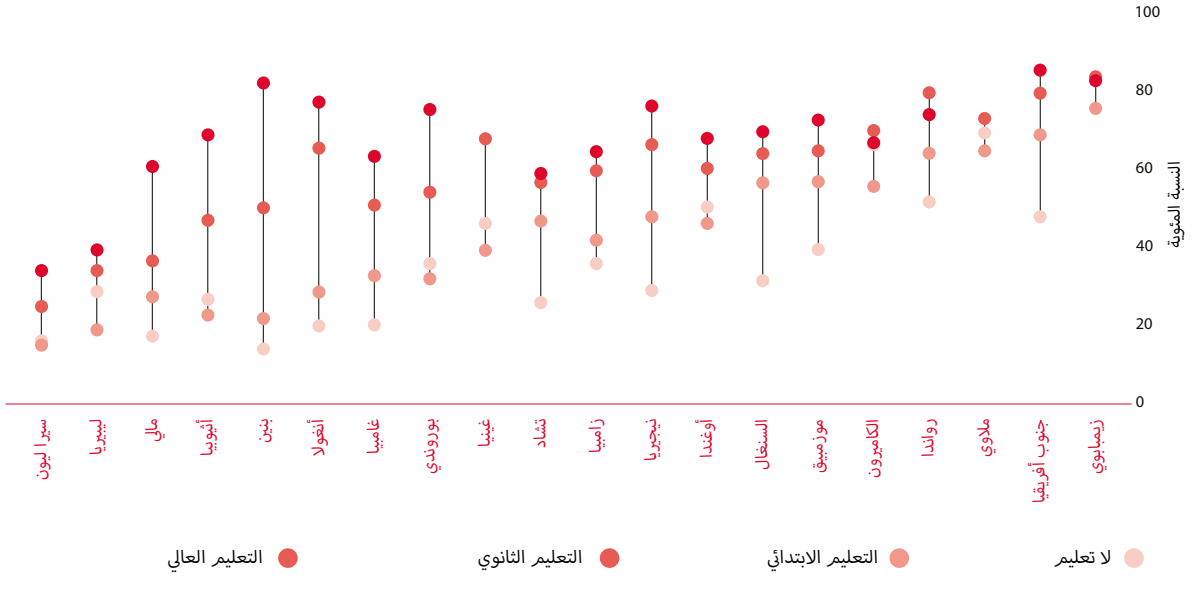
[a] استقصاءات تأثير الإيدز في بوتسوانا، الرجال ١٠ و٦٤ عاما. - [b] مسح مجلس أبحاث العلوم الإنسانية لعام ٢٠١٧.

المصدر: المسح الصحي الديموغرافي وتقييمات الأثر الصحي للسكان (٢٠٠٥-٢٠٢٠).

ملاحظة: لم يتم إدراج البيانات الخاصة بجنوب السودان.

إن الجهود المبذولة لزيادة استخدام الواقي الذكري بين الرجال في الأماكن التي ينتشر فيها فيروس نقص المناعة البشري بشكل كبير يتم إعاقتها بسبب التفاوتات الأخرى. ففي معظم البلدان في إفريقيا، من المرجح أن يستخدم الرجال ذو التحصيل العلمي العالي الواقي الذكري، ولكن لا يبدو أن هذا النمط ينطبق في ملاوي، وجنوب إفريقيا، وزيمبابوي، حيث تم الإبلاغ عن معدلات استخدام أكثر مساواة للواقي الذكري بين الرجال من مستويات تعليمية مختلفة (شكل ١٠٩).

شكل ١٠٩ استخدام الواقي الذكري في آخر اتصال جنسي مع شريك غير منتظم ، حسب التعليم ، في بلدان مختارة



Source: Demographic and Health Surveys, ٢٠١٥–٢٠٢٠.

تلبية الاحتياجات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري لكل من النساء والرجال أولوية ملحة

لقد أصيب أكثر من ٧٥٠٬٠٠٠ رجل بفيروس نقص المناعة البشري في عام ٢٠٢١ وحده، وغالبا ما تكون فجوات اختبار الفيروس، وعلاجه، وكبت الحمل الفيروسي أكبر بين الرجال منها لدى النساء. وهذه الفجوة معقدة وليست مرتبطة بالضرورة بعدم المساواة التي يعاني منها الرجال على أساس نوعهم الاجتماعي، لأن معظم الرجال لا يحرمون من الخدمات المتعلقة بالفيروس على هذا الأساس. وهناك حاجة إلى مزيد من البحث لفهم العلاقة بين السلوكيات الذكورية والاختبار، والعلاج، والوقاية. ومع ذلك، يظل سد هذه الفجوات أمرا مهما، ليس فقط للحد من الوفيات بين المتعايشين مع الفيروس، ولكن أيضا للمساعدة في الوقاية من العدوى بين النساء والفتيات، لا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة نُشرت مؤخرا عن علم الوراثة في زامبيا أن احتمال أن يكون الرجال مصدر العدوى أكثر بمرتين من النساء، وأن الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٥ و٣٩ عاما كانوا أكثر احتمالًا بست مرات من النساء في نفس الفئة العمرية ليكونوا مصدر الإصابة بالفيروس (١٧). وتؤكد هذه الأدلة أن أحد المتغيرات الرئيسية والحاسمة في كثير من الأحيان في خطر إصابة النساء بالفيروس هو انتشار الحمل الفيروسي غير المكبوت بين الرجال. وتشير البيانات الجديدة من الدراسات الاستقصائية في ١٤ دولة أيضا إلى أن الرجال الذين تم تشخيص إصابتهم بالفيروس، ولكنهم لم يتلقوا العلاج هم أكثر من ضعف احتمال الانخراط في سلوكيات ذات مخاطر عالية لانتقال الفيروس مثل المتعايشين مع الفيروس الذين لديهم حمولة فيروسية غير قابلة للكشف (١٨). ويعد تحسين نتائج الفيروس للرجال المتعايشين مع الفيروس أمرا ضروريا للآمال في إنهاء الإيدز باعتباره تهديدا للصحة العامة بين الجميع، بما في ذلك النساء والفتيات، لا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء.

وكما هو الحال مع أية فئة سكانية، يجب أن تلبي الخدمات التي تركز على الناس احتياجات وتفضيلات الرجال في الأماكن التي يتم تقديمها فيها. كما يجب مراعاة المعايير الجنسانية المحلية والمحددات الاجتماعية الأخرى للصحة. وهناك حاجة أيضا إلى جهود هيكلية لتغيير المعايير الجنسانية لسد فجوة استخدام الخدمات الصحية بين الرجال: تربط العديد من الدراسات المفاهيم التقليدية للذكورة بسلوكيات الرجال الأقل نسبيا في البحث عن الصحة (١٩-٢١). وفي حالة مجتمعات المثليات، والمثليين، ومزدوجي الميل الجنسي، ومغايري الهوية الجنسانية، وثنائيي الجنس (مجتمع الميم)، فإن العداء تجاه الهويات والتوجهات الجنسية المتنوعة - جنبا إلى جنب مع فشل الأنظمة في تحديد أولويات أو تلبية احتياجات الأشخاص من مجتمع الميم - غالبا ما يعيق بشكل فعال قدرة الفرد على الوصول إلى الخدمات الصحية (٢٢، ٢٣).

وهناك توجد استراتيجيات مثبتة لمعالجة فجوات الخدمة التي يعاني منها الرجال والفتيان بكل تنوعهم. ففي عام ٢٠٢٢، وضع برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وشركاؤه إطار عمل لزيادة مشاركة الذكور في خدمات فيروس نقص المناعة البشري في شرق وجنوب أفريقيا.[١]

ويتطلب سد فجوات الخدمة لدى الرجال اتباع نهج شامل يعمل على تحسين تقديم الخدمة مع تقليل العوائق الاجتماعية أمام الوصول إلى الخدمة واستخدامها (٢٤). ويجب تهيئة بيئة مواتية لصياغة معايير جنسانية أكثر صحة تشجع سلوكيات الرجل التي تسعى إلى الصحة. كما يجب أن تكون الخدمات الصحية متاحة للجميع، بما في ذلك الرجال، وأن تكون هناك حاجة إلى جهود مركزة لضمان سرعة استيعاب الرجال لتقنيات الوقاية.

وغالبا ما تفشل نُهج الخدمات الصحية في مراعاة تنوع الرجال، ولا سيما الرجال من الفئات السكانية الرئيسية (شكل ١٫١٠). ففي حين أن جمع البيانات وتصنيفها أمر محوري لتوجيه الجهود ورصدها لزيادة مشاركة الذكور في خدمات فيروس نقص المناعة البشري، فإن العديد من البلدان تواصل الاعتماد بشكل كبير على بيانات انتشار الفيروس من أماكن رعاية ما قبل الولادة لفهم الاتجاهات مع مرور الوقت.

١ انظر: مشاركة الذكور في اختبار فيروس نقص المناعة البشري، والعلاج، والوقاية في شرق وجنوب إفريقيا. إطار للعمل. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز؛ ٢٠٢٢ (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/male-engagement-hiv-testing-treatment-prevention-eastern-southern-africa).

شكل ١٠١٠ الرجال وفيروس نقص المناعة البشري

فكروا في الرجال، فكروا في التنوع	طالبو الخدمات الصحية ضعفاء أم خدمات صحية ضعيفة؟	فكروا في الرجال، فكروا في السياق	فكروا في الرجال، فكروا في القضاء على الإيدز
■ افهموا تنوع الرجل والآثار المترتبة. ■ فكروا في الرجال، فكروا في التمايز. ■ فكروا في الرجال، فكروا في الاختلاف. ■ فكروا في الرجال، تحدوا الصور النمطية.	■ يسعى الرجال للحصول على الخدمات الصحية بالفعل. ■ هل النظم الصحية مصممة لاستقبال الرجال؟	■ فكروا في الرجال، فكروا بشكل محلي: أفضل الحلول محلية. ■ فكروا في الرجال، فكروا في التطور. ■ فكروا في مناهج متنوعة.	■ فكروا في الرجال، فكروا في الشراكات. ■ فكروا في الرجال، فكروا في الشمول والتنفيذ. ■ فكروا في الرجال، فكروا في جميع الرجال.

المصدر: فريق العمل الفني العالمي بشأن الرجال وفيروس نقص المناعة البشري.

يجب أن تنتهز الأنظمة الصحية كل فرصة لإشراك الرجال في كل مرة يزورون فيها منشأة صحية. وقد وجدت دراسة حديثة في ملاوي أن ٧٪ فقط من الرجال الذين حضروا إلى مرفق صحي خلال الـ ١٢ شهرا الماضية عُرض عليهم اختبار فيروس نقص المناعة البشري (٢٥). وسيساعد تكامل الرعاية الأولية، وخدمات الفيروس، وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية على تجنب الفرص الضائعة وزيادة احتمالية حصول الرجال على الخدمات التي يحتاجون إليها.

إن الخدمات الصحية المجتمعية تعود بالنفع على جميع الناس. لذا يجب نقل الخدمات الصحية من العيادات إلى المجتمعات المحلية، حيث يجب أن تقودها المجتمعات ذات الصلة من أجل الوصول إلى النساء، والرجال، والمجتمعات الجنسانية المتنوعة. يجب على المجتمعات أيضا تطوير وتنفيذ إستراتيجيات ونماذج تقديم الخدمات المجتمعية الصديقة للإناث، والصديقة للذكور، وغير الجندرية.

وهناك حاجة أيضا إلى جهود مركزة لبناء الطلب على الخدمات الصحية بين الرجال من خلال استراتيجيات مثل وسائل الإعلام، وتأثير الأقران، وابتكارات الصحة المتنقلة والصحة الإلكترونية. وتشمل الاستراتيجيات الواعدة برامج مكان العمل التي تركز على الرجال، والعيادات المصممة خصيصا للرجال، وتدابير محددة لإشراك الرجال الذين يرافقون زوجاتهم في برامج ما قبل الولادة، والاستفادة من القادة التقليديين لإشراك الرجال، واستخدام التكنولوجيا لإشراك الرجال، وإيجاد وإشراك الرجال من خلال اختبارات مؤشر الشريك. تقدم رسالة غير قابل للكشف = غير قابل للنقل أيضا سببا مقنعا محتملا للرجال للبحث عن خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشري والعلاج.

في المناطق التي تكون فيها النتائج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري أكثر فقرا بالنسبة للرجال، هناك حاجة إلى استجابات مبتكرة ومصممة خصيصا لسد فجوات الخدمات الخاصة بالفيروس للرجال ولزيادة حماية النساء والفتيات إلى أقصى حد من الإصابة بالفيروس.

هناك حاجة أيضا إلى جهود تغيير المعايير الاجتماعية المركزة لزيادة استخدام الرجال للخدمات. ويجب إعطاء الأولوية لإشراك الرجال والمراهقين في برامج تحويل النوع الاجتماعي، والتي لا تساعد فقط في الحد من مخاطر العنف القائم على النوع الاجتماعي بين النساء، بل تزيد أيضا من سلوكيات البحث عن الصحة بين الرجال. كما يجب توعية العاملين في مجال الرعاية الصحية بالاحتياجات المختلفة لكل من النساء والرجال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وإزالة الخرافات الشائعة حول الرجال والرعاية الصحية. وفي جميع الأماكن - وخاصة في الأماكن التي يتركز فيها الفيروس بشكل كبير بين الفئات السكانية الرئيسية - يعد إلغاء القوانين العقابية التي تجرم العلاقات الجنسية المثلية، أو العمل بالجنس، أو تعاطي المخدرات أمرا ضروريا لإزالة الحواجز التي تحول دون تقديم الرعاية بين الفئات السكانية الرئيسية.

UNAIDS©

كانت زلاتا تبلغ من العمر ١٦ عاما عندما أجرت اختبارا في عيادة متنقلة واكتشفت أنها مصابة بفيروس نقص المناعة البشري.

المراجع

١. HIV and transgender and other gender-diverse people. Human rights fact sheet series. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/04-hiv-human-rights-factsheet-transgender-gender-diverse_en.pdf).

٢. 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. 2018;97:42-50.

٣. Gender-related killings of women and girls (femicide/feminicide): global estimates of gender-related killings of women and girls in the private sphere in 2021. Vienna: UNODC, UN Women; 2022.

٤. Durevall D, Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us? Lancet Glob Health. 2015;3:e34-e43.

٥. Kuchukhidze S, Panagiotoglou D, Boily MC, Diabete S, Eaton JW, Mbofana R et al. The effect of intimate partner violence on women's risk of HIV acquisition and engagement in the HIV treatment and care cascade: an individual-participant data meta-analysis of nationally representative surveys in sub-Saharan Africa. 2022. Preprint. doi: https://doi.org/10.1101/2022.08.04.22278331.

٦. De Neve J, Fink G, Subramanian, SV, Moyo S, Bor, J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. The Lancet Global Health. 2015;3:8:e470-e477.

٧. COVID-19 and its economic toll on women: the story behind the numbers. In: UN Women [Internet]. 16 September 2020. New York: UN Women; c2022 (https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/9/feature-covid-19-economic-impacts-on-women).

٨. Peck JA. The disproportionate impact of COVID-19 on women relative to men: a conservation of resources perspective. Feminist Frontiers. 2020;1-14.

٩. Treibich C, Bell E, Blanc E, Lépine A. From a drought to HIV: an analysis of the effect of droughts on transactional sex and sexually transmitted infections in Malawi. SSM. Population Health. 2022;19:101221.

١٠. Khalifa A, Findley S, Gummerson E, Manteall JE, Hakin AJ, Philip NM et al. Associations between mobility, food insecurity, and transactional sex among women in cohabitating partnerships: an analysis from 6 African countries 2016-2017. J Acquir Immune Defic Syndr. 2022;90:388-98.

١١. End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021–2026. Geneva: UNAIDS; 2021.

١٢. Violence against women prevalence estimates, 2018. Executive summary. Geneva: WHO; 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341338/9789240026681-eng.pdf?sequence=1).

١٣. 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;22:220.

١٤. Gibbs A, Washington L, Abdelatif N, Chirwa E, Willan S, Shai N et al. Stepping Stones and Creating Futures intervention to prevent intimate partner violence among young people: cluster randomized controlled trial. J Adolesc Health. 2020 Mar;66(3):323-35. doi:10.1016/j.jadohealth.2019.10.004.

١٥. Gibbs A, Abdelatif N, Washington L, Chirwa E, Willan S, Shai N et al. Differential impact on men in an IPV prevention intervention: a post hoc analysis using latent class analysis of the Stepping Stones and Creating Futures intervention in South Africa. Soc Sci Med. 2020 Nov;265:113538. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113538.

١٦. Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N, Starmann E et al. Findings from the SASA! study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. BMC Med. 2014;12(1):122.

١٧. Hall M, Golubchik T, Bonsall D, Abeler-Dörner L, Limbada M, Kosloff B et al. Demographic characteristics of sources of HIV-1 transmission in the era of test and treat. Preprint (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.10.04.21263560v2.full-text).

١٨. Edun O, Okell L, Chun H, Ndongmo CB, Shang JD, Brou H et al. Association between HIV low-level viremia and risk behaviour, and its contribution to HIV transmission: analysis of 14 cross-sectional Population-based HIV Impact Assessment surveys in sub-Saharan Africa. Forthcoming.

١٩. Olanrewaju FO, Ajayi LA, Loromeke E, Olanrewaju A, Allo T, Nwannebuife O. Masculinity and men's health-seeking behaviour in Nigerian academia. Cogent Social Sciences. 2019;5:1.

٢٠. De Visser RO, McDonnell EJ. "Man points": masculine capital and young men's health. Health Psychol. 2013;32:5-14.

٢١. Odimegwu C, Pallikadavath S, Adedini S. The cost of being a man: social and health consequences of Igbo masculinity. Culture, Health & Sexuality. 2013;15:219-34.

٢٢. Tadele G, Made WK. Health needs, health care seeking behaviour, and utilization of health services among lesbians, gays and bisexuals in Addis Ababa, Ethiopia. Int J Equity Health. 2019;18(1):86.

٢٣. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Hickson F, Weatherburn P, Berg RC, Marcus U et al. Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. AIDS. 2015;29:1239-46.

٢٤. Lippman SA, Pettifor A, Kang DuFour M-S, Whiteson Kabudula C, Twine R, Peacock D et al. A community mobilisation intervention to improve engagement in HIV testing, linkage to care, and retention in care in South Africa: a cluster-randomised controlled trial. Lancet HIV. 2022;9:e617-e626.

٢٥. 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.

عدم التجريم وإزالة الوصم وإدماج الفئات السكانية الرئيسية

إن التمييز ضد الفئات السكانية الرئيسية - ووصمها وتجريمها - يكلف الأرواح ويمنع العالم من تحقيق أهداف الإيدز المتفق عليها. فالفئات السكانية الرئيسية - المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملون بالجنس، ومغايرو الهوية الجنسانية، ومتعاطو المخدرات بالحقن، والسجناء، وغيرهم من المحتجزين - هم الأكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، ولكنهم أقل احتمالا لأن يتم إعطاؤهم الأولوية في العديد من الاستجابات الوطنية للفيروس.

تزيد اللامساواة الهيكلية وحواجز حقوق الإنسان بشكل كبير من خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري وتحد من الوصول إلى الخدمات، مما يؤدي إلى الوضع اليوم، حيث يكون الخطر النسبي للإصابة بالفيروس أعلى بنسبة ٣٥ مرة بين متعاطي المخدرات بالحقن مقارنة بالبالغين الذين لا يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن. كما أنه أعلى بـ ٣٠ مرة بين العاملات بالجنس وأعلى بـ ١٤ مرة بين مغايرات الهوية الجنسانية منه بين النساء البالغات (١٥-٤٩ عاما) في عموم السكان، وأعلى بـ٢٨ مرة بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال عنه بين الرجال البالغين (١٥-٤٩ عاما) في عموم السكان. والأشخاص في السجون أكثر عرضة للإصابة بالفيروس بخمس مرات من البالغين في عموم السكان.

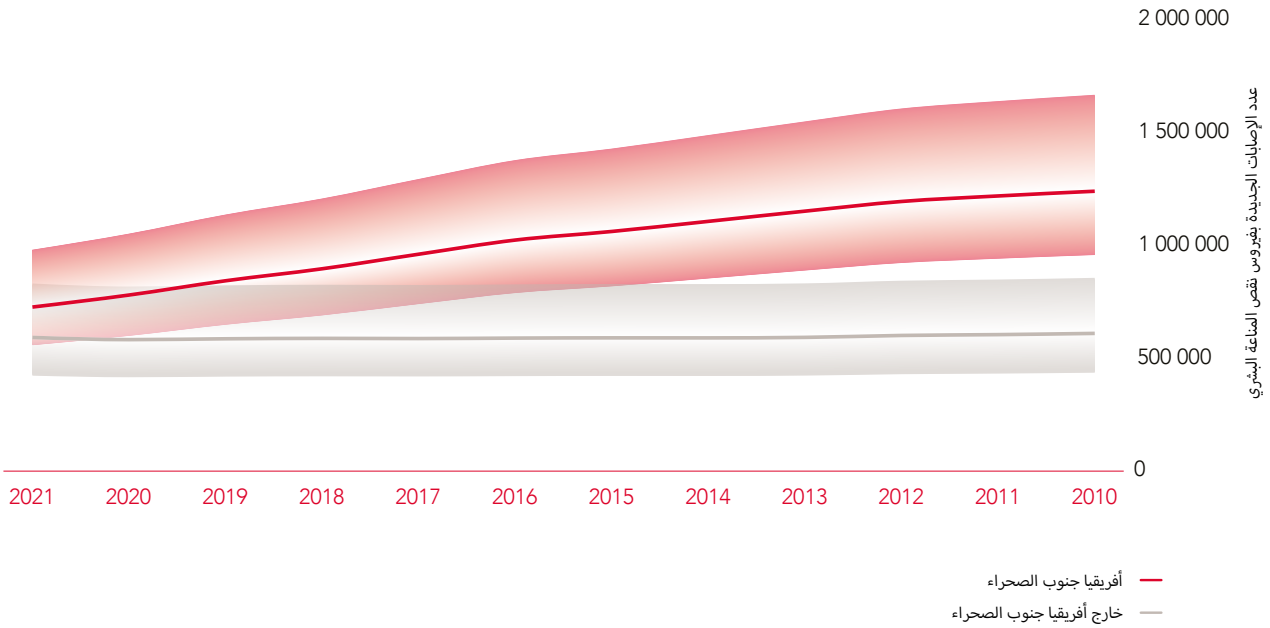
شباب آسيا والمحيط الهادئ يطالبون باتخاذ إجراءات صارمة لتقليل مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين الشباب، أكتوبر ٢٠٢٢.

UNAIDS©

الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في الأوبئة التي تتركز بين الفئات السكانية الرئيسية لا تتراجع على الصعيد العالمي - أحد الأسباب التي تجعل الاستجابة العالمية ليست على المسار الصحيح للوصول إلى هدف عام ٢٠٣٠

يعد الفشل في بناء استجابة لفيروس نقص المناعة البشري تمكن الفئات السكانية الرئيسية من حماية صحتهم ومنع الإصابة بالفيروس أحد الأسباب التي جعلت العالم يفوت أهداف المسار السريع لعام ٢٠٢٠، ولماذا لا نسير حاليا على المسار الصحيح لتحقيق أهداف عام ٢٠٢٥ الموضحة في الاستراتيجية العالمية للإيدز ٢٠٢١-٢٠٢٦ (١). وكما هو مبين في شكل ٢،١، كان الانخفاض في الإصابات الجديدة أقوى في أفريقيا جنوب الصحراء، حيث ينتقل الكثير من الوباء من خلال الاتصال الجنسي بين مغايري الجنس، لكنه توقف في المناطق خارج أفريقيا جنوب الصحراء، حيث تتركز الإصابات الجديدة بين الفئات السكانية الرئيسية. في حين أن هذه العلاقة ليست سببية بالضرورة، إلا أن أسباب عدم المساواة في الحد من الإصابات الجديدة مهمة للنظر فيها.

شكل ٢،١ الاتجاهات في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري، أفريقيا جنوب الصحراء وخارج أفريقيا جنوب الصحراء، ٢٠١٠-٢٠٢١

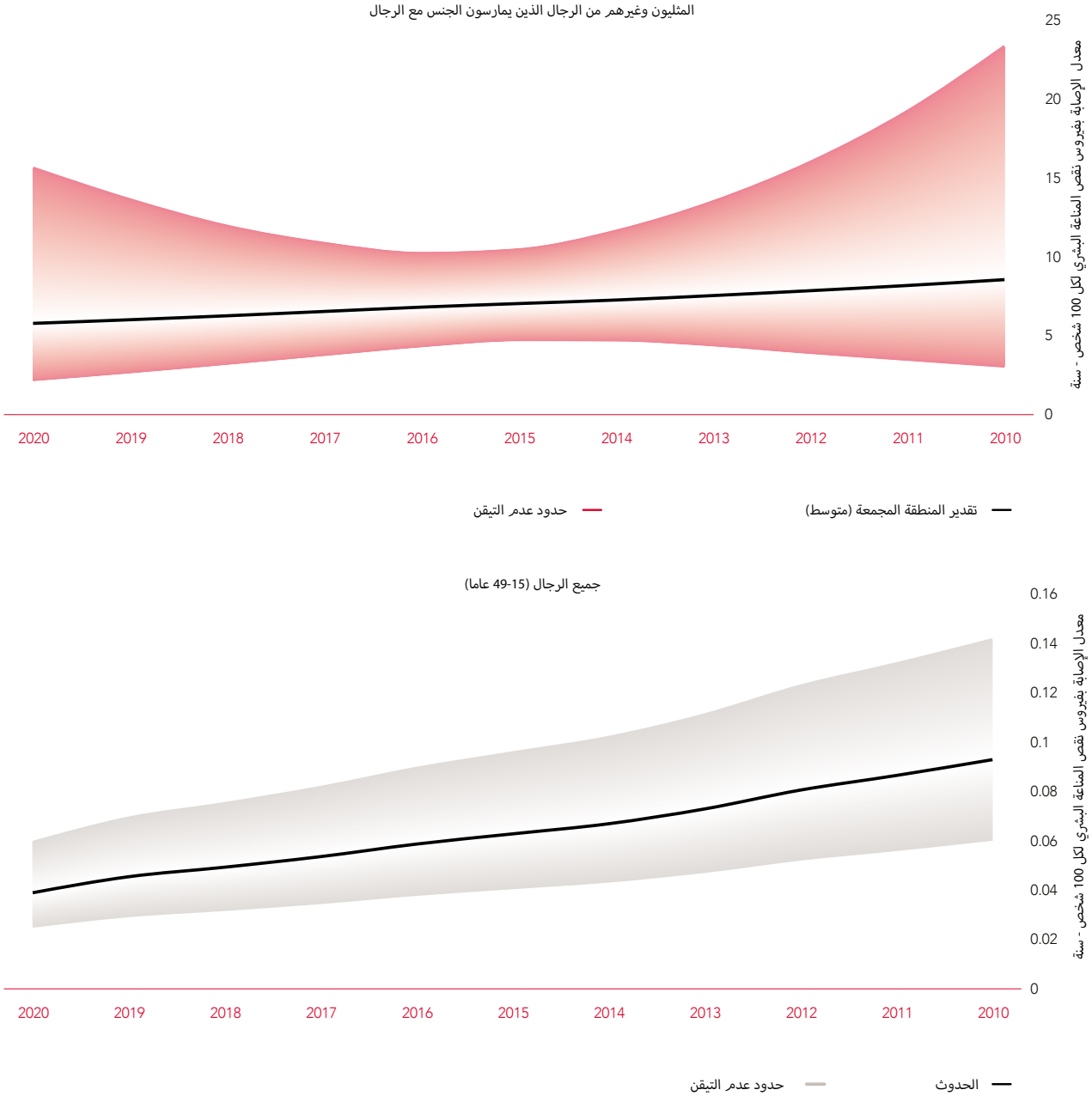


المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

عندما قمنا بتصنيف الانخفاض في أفريقيا جنوب الصحراء، حيث تم العديد من أعظم نجاحات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري في العالم، لم يُلاحظ أي انخفاض ملموس في الإصابات الجديدة بالفيروس بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال منذ عام ٢٠١٠. فمعدل الإصابة بالفيروس في غرب ووسط أفريقيا، انخفض بنسبة ٥٨٪ بين الرجال البالغين (١٥ - ٤٩ عاما) بشكل عام منذ عام ٢٠١٠، ولكن وجدت مراجعة منهجية للبيانات أنه لم يكن هناك انخفاض قاطع بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال في نفس الفترة (شكل ٢،٢) (٢). وفي شرق وجنوب إفريقيا، انخفض معدل الإصابة بالفيروس بين الرجال البالغين (١٥ - ٤٩ عاما) بنسبة ٦٢ ٪ بشكل عام منذ عام ٢٠١٠، لكن الدراسة نفسها وجدت أنه لم يكن هناك انخفاض كبير بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال خلال ذلك الوقت (شكل ٢،٣).[١]

١ في كلتا المنطقتين، كانت البيانات متفرقة ولم تقدم معلومات كافية لاستنتاج أن معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال لم يتزايد في الواقع.

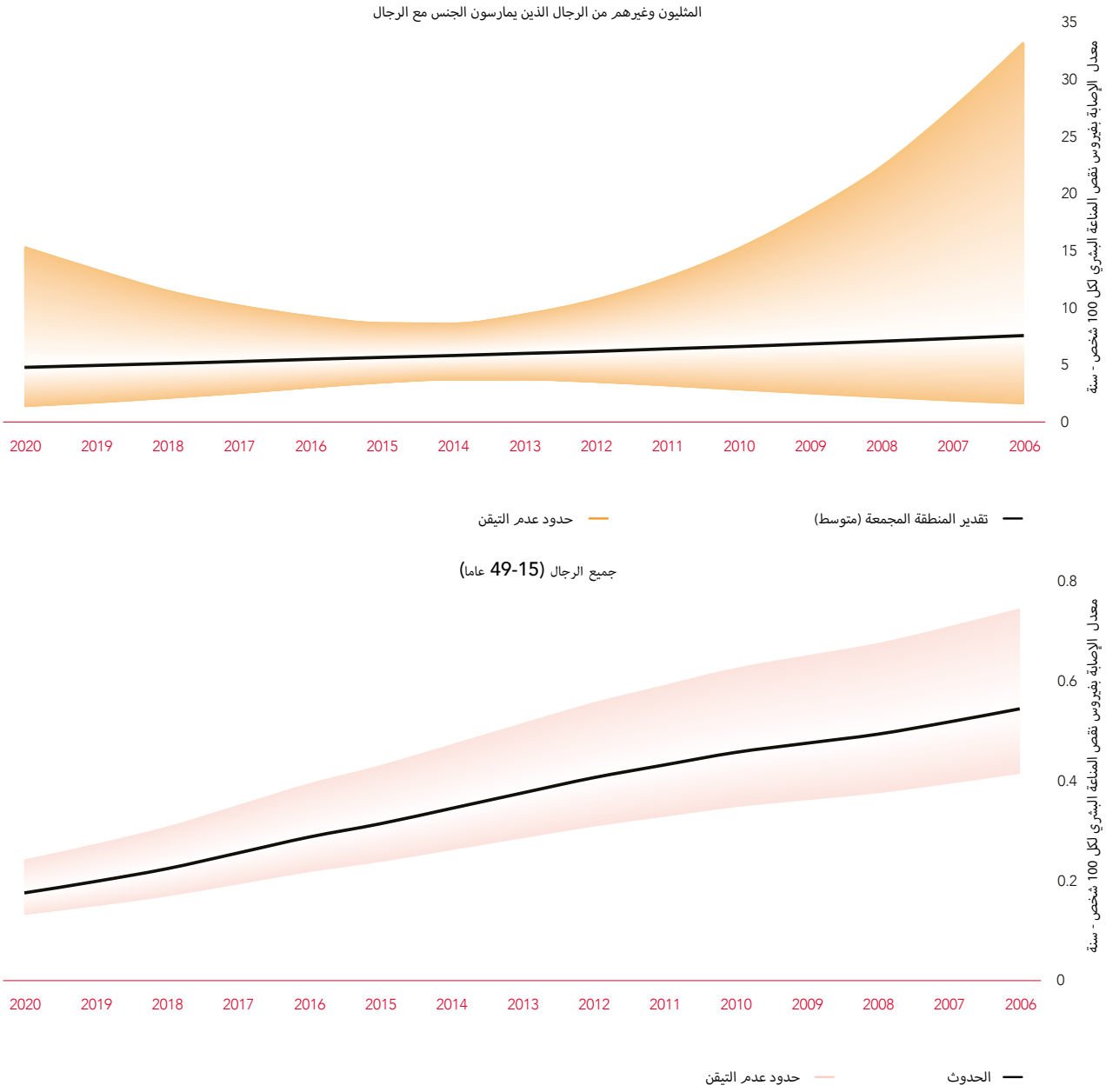
شكل ٢،٢ تقدير معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال وجميع الرجال البالغين (٤٩-١٥ عاما) في عموم السكان، غرب ووسط إفريقيا، ٢٠١٠-٢٠٢٠



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢؛ Stannah J, Soni N, Lam JKS, Giguère K, Mitchell KM, Kronfli N et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-regression analysis. Preprint (https://doi.org/10.1101/2022.11.14.22282329).

ملاحظة: تحدد حدود عدم التيقن عند البالغين النطاق الذي تكمن فيه القيمة الحقيقية (إذا أمكن قياسها). تشير الحدود الضيقة إلى أن التقدير دقيق، بينما تشير الحدود الواسعة إلى قدر أكبر من عدم التيقن فيما يتعلق بالتقدير.

شكل ٢،٣ تقدير معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال وجميع الرجال البالغين (٤٩-١٥ عاما) في عموم السكان، شرق وجنوب إفريقيا، ٢٠١٠-٢٠٢٠



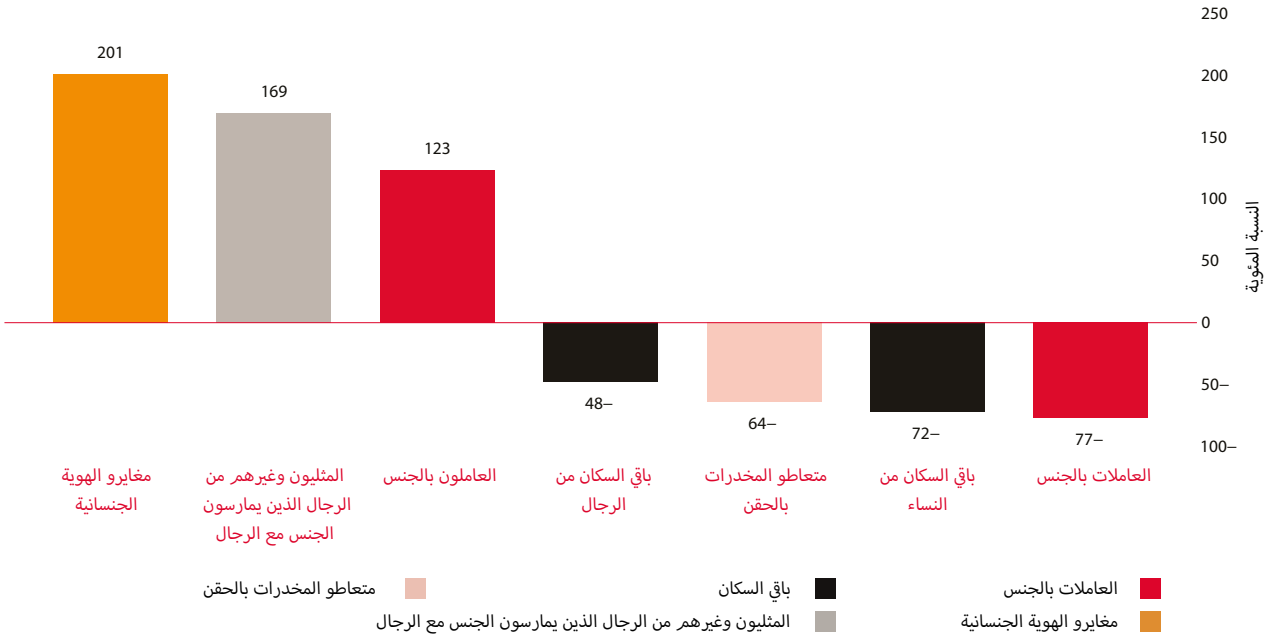
المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢؛ Stannah J, Soni N, Lam JKS, Giguère K, Mitchell KM, Kronfli N et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-regression analysis. Preprint (https://doi.org/10.1101/2022.11.14.22282329)

ملاحظة: تحدد حدود عدم التيقن عند البالغين النطاق الذي تكمن فيه القيمة الحقيقية (إذا أمكن قياسها). تشير الحدود الضيقة إلى أن التقدير دقيق، بينما تشير الحدود الواسعة إلى قدر أكبر من عدم التيقن فيما يتعلق بالتقدير.

تشير هذه الاتجاهات إلى أنه بمرور الوقت، أصبح المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال يمثلون نسبة متزايدة من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الرجال في أفريقيا جنوب الصحراء: في عام ٢٠٢١، كان المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال يمثلون ما يقرب من واحد من كل خمس إصابات جديدة بالفيروس في غرب ووسط أفريقي.

ويعد الانتقال بين المجموعات السكانية الرئيسية محركا مهما لأوبئة فيروس نقص المناعة البشري في كل منطقة من مناطق العالم، وفي كل من الأوبئة المعممة والمركزة. حتى في البلدان التي كانت رائدة في مجال الوقاية من الفيروس، لا تستفيد الفئات السكانية الرئيسية بشكل متساوٍ من نجاحات الوقاية. على سبيل المثال، انخفضت الإصابات الجديدة بالفيروس في كمبوديا انخفاضا ملحوظا منذ عام ٢٠١٠ بين العاملات بالجنس، ومتعاطي المخدرات بالحقن، والرجال والنساء في عموم السكان، لكن هذه الإصابات تضاعفت بين العاملين بالجنس من الذكور، والمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومغايري الهوية الجنسانية خلال نفس الفترة (شكل ٢،٤).

شكل ٢،٤ النسبة المئوية للتغير في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين السكان البالغين، كمبوديا، ٢٠١٠-٢٠٢١



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢.

وعلى الصعيد العالمي، تؤكد الدراسات أن معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري لا يزال مرتفعا بين العاملين بالجنس، لا سيما في البلدان التي تجرم العمل بالجنس، حيث يُحتمل أن يكون العاملون بالجنس المتعايشين مع الفيروس سبع مرات أكثر من نظرائهم في البلدان التي يتم فيها تقنين العمل بالجنس كليا أو جزئيا (٣). على سبيل المثال، أكد استعراض منهجي حديث المخاطر غير المتناسبة للإصابة بالفيروس بين المراهقات اللاتي يواجهن الاستغلال الجنسي قبل سن ١٨ (٤).

ويعتبر الافتقار إلى الوصول إلى الإبر والمحاقن النظيفة لمتعاطي المخدرات عن طريق الحقن أحد الدوافع الرئيسية في المناطق التي يستمر فيها عدد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشري في الازدياد. هذا صحيح بشكل خاص في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى والشرق الأوسط وشمال إفريقيا، حيث شكل الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن ٣٩٪ و٣٠٪ من جميع الإصابات الجديدة بالفيروس، على التوالي، في عام ٢٠٢١.

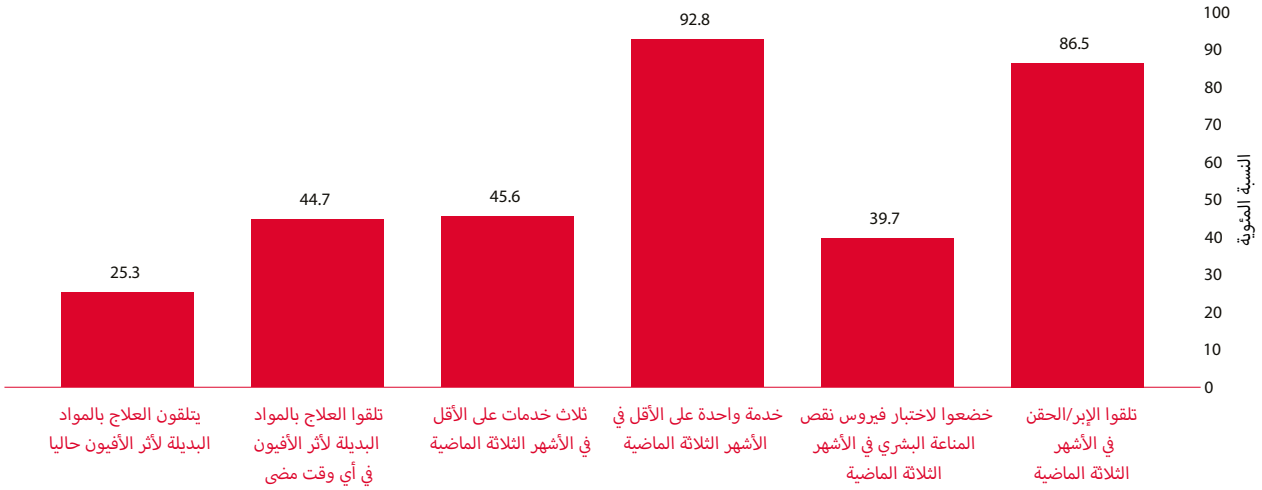
٣٩٪

من بين جميع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في شرق أوروبا ووسط آسيا في عام ٢٠٢١ كانت بين متعاطي المخدرات با لحقن

لا يزال الوصول إلى خدمات الجمع بين وسائل الوقاية والعلاج من فيروس نقص المناعة البشري بين الفئات السكانية الرئيسية محدودا في معظم أنحاء العالم

بالنظر إلى النقص الحاد في تمويل الاستجابات للفئات السكانية الرئيسية (انظر شكل ٤،٤)، فإن أفراد الفئات السكانية الرئيسية يكافحون للحصول على وصول كافٍ إلى الخدمات في العديد من الأماكن. ففي الهند، على سبيل المثال، يعد الوصول إلى خدمات الحد من الضرر منخفضا، كما أن الوصول إلى العلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون منخفض بشكل خاص (شكل ٢،٥ و٢،٦). وبالمثل، فإن فجوات التغطية لخدمات الوقاية ظاهرة للعاملين بالجنس في الهند (٥). ولا تتوفر بيانات قابلة للمقارنة حول الوصول إلى خدمات الوقاية والعلاج من العديد من البلدان. ويرجع ذلك إلى ضعف التزامات البلدان بجمع هذه البيانات والإبلاغ عنها، وعدم كفاية التمويل لجمع البيانات من الفئات السكانية الرئيسية والتحديات المنهجية عند جمع البيانات التمثيلية.

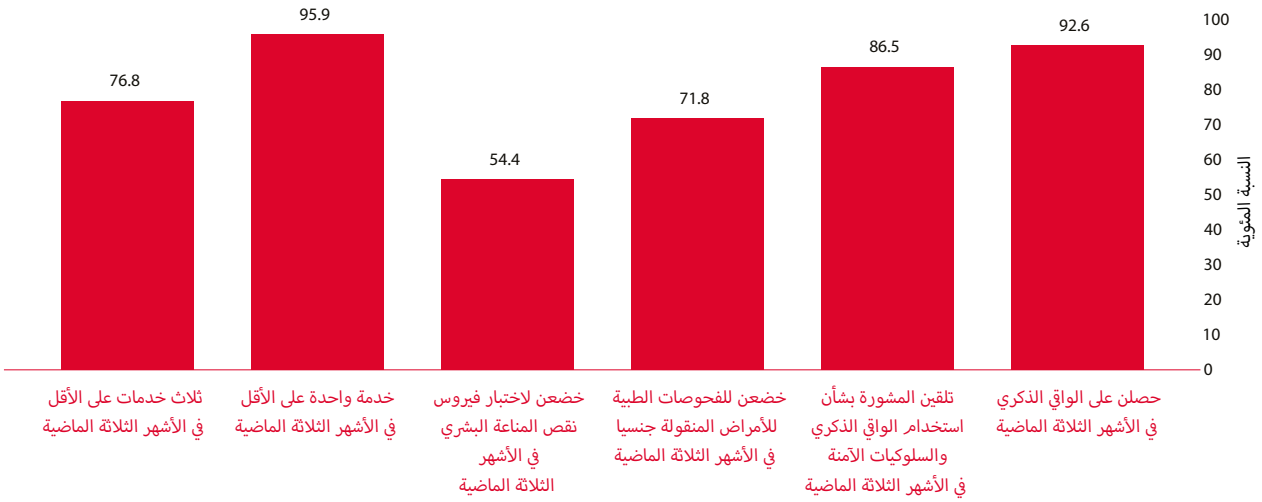
شكل ٢،٥ النسبة المئوية لمتعاطي المخدرات بالحقن والذين أبلغوا عن تلقيهم خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري في الأشهر الثلاثة الماضية، الهند، ٢٠٢٠



المصدر: Behavioural surveillance survey-lite, 2020. Top line findings. New Delhi: National AIDS Control Organization (India), All India Institute of Medical Sciences, New Delhi; 2020 (http://www.naco.gov.in/sites/default/files/BSS%20Lite%20Report.pdf).

ملاحظة: إجمالي عدد المستجيبين = ٤٢٠٧.

شكل ٢،٦ النسبة المئوية للعاملات بالجنس اللاتي أبلغن عن تلقيهن خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري في الأشهر الثلاثة الماضية، الهند، ٢٠٢٠

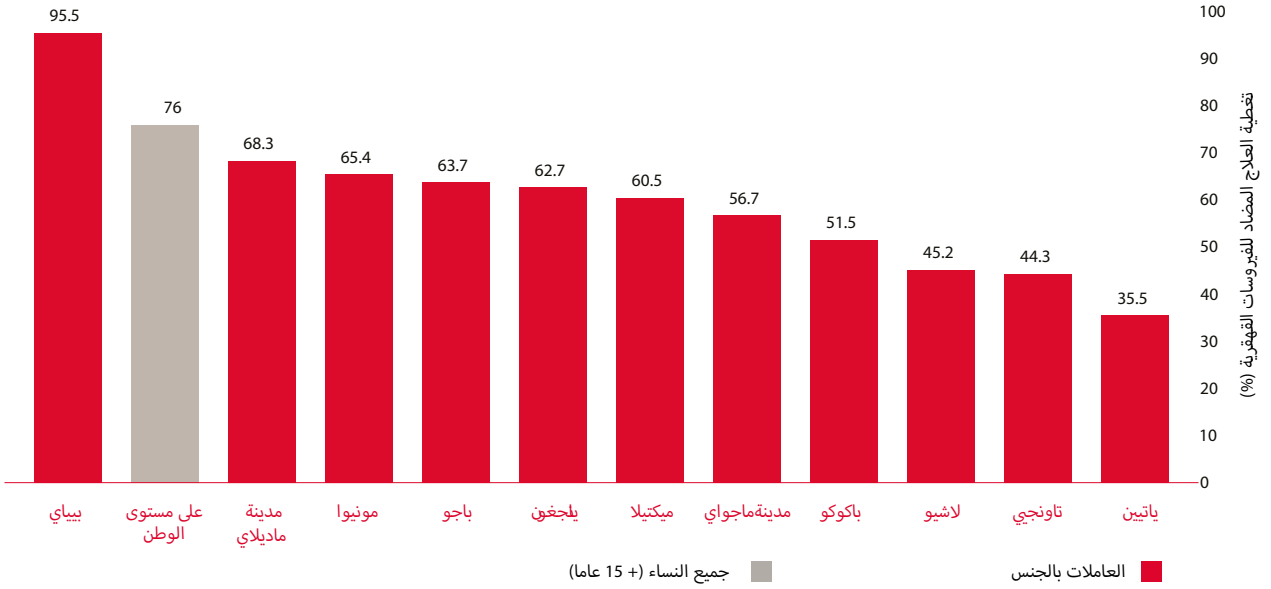


المصدر: Behavioural surveillance survey-lite, 2020. Top line findings. New Delhi: National AIDS Control Organization (India), All India Institute of Medical Sciences, New Delhi; 2020 (http://www.naco.gov.in/sites/default/files/BSS%20Lite%20Report.pdf).

ملاحظة: إجمالي عدد المستجيبين = ٥٠١٨.

تُظهر البيانات المستمدة من الدراسات الاستقصائية بين الفئات السكانية الرئيسية تغطية خدمة دون المستوى الأمثل في بعض البلدان. على سبيل المثال، تغطية علاج فيروس نقص المناعة البشري في جميع المناطق باستثناء واحدة في ميانمار أعلى بين جميع النساء البالغات (فوق ١٥ سنة) منه بين العاملات بالجنس (شكل ٢،٧).

شكل ٢،٧ تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بين العاملات بالجنس وجميع النساء البالغات (فوق ١٥ عاما) في عموم السكان، ميانمار، ٢٠١٩



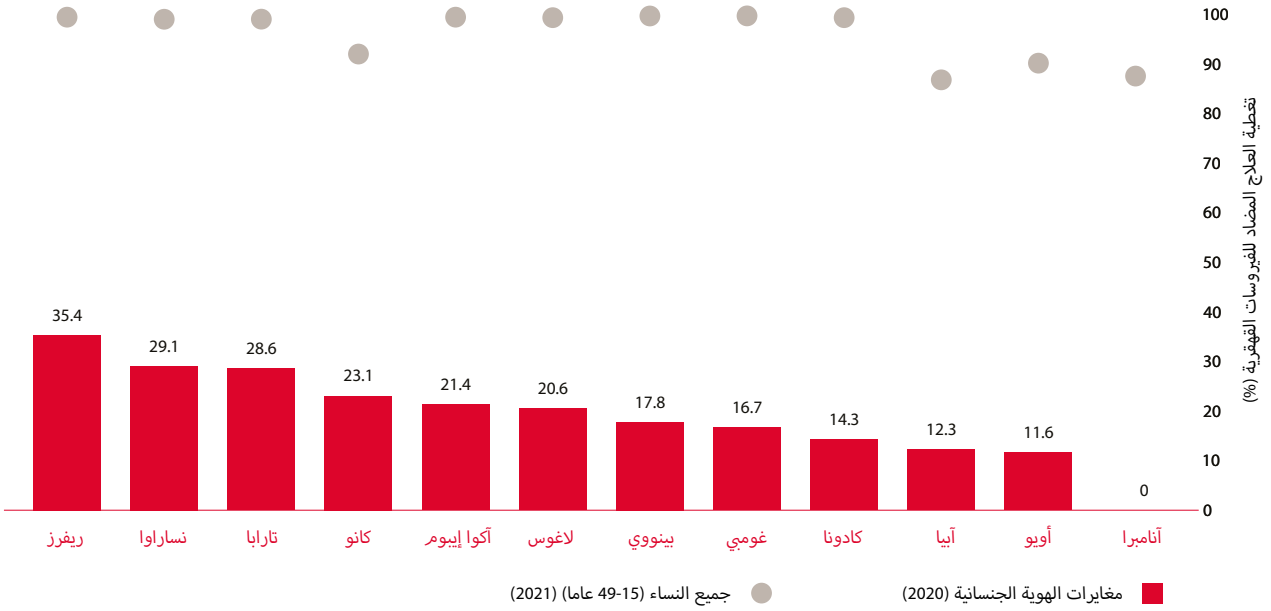
المصدر: المسح السلوكي والبيولوجي بين العاملات بالجنس، ميانمار (٢٠١٩)؛ التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢. (https://aidsinfo.unaids.org/).

UNAIDS/M. HYOKY©

مسيرة الفخر في ماسيرو، ليسوتو، التي نظمتها People's Matrix Association، وهي مجموعة مناصرة تقوم بحملات من أجل حقوق وكرامة أفراد مجتمع الميم في ليسوتو، نوفمبر ٢٠١٩.

وبالمثل، كانت تغطية علاج فيروس نقص المناعة البشري بين مغايرات الهوية الجنسانية في ١٢ مكانا في نيجيريا أقل بكثير من التغطية لجميع النساء البالغات (١٥ - ٤٩ عاما) (شكل ٢،٨).

شكل ٢،٨ التغطية بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية بين مغايرات الهوية الجنسانية، ٢٠٢٠، وجميع النساء (١٥-٤٩ عاما) في عموم السكان، المواقع دون الوطنية، نيجيريا، ٢٠٢١



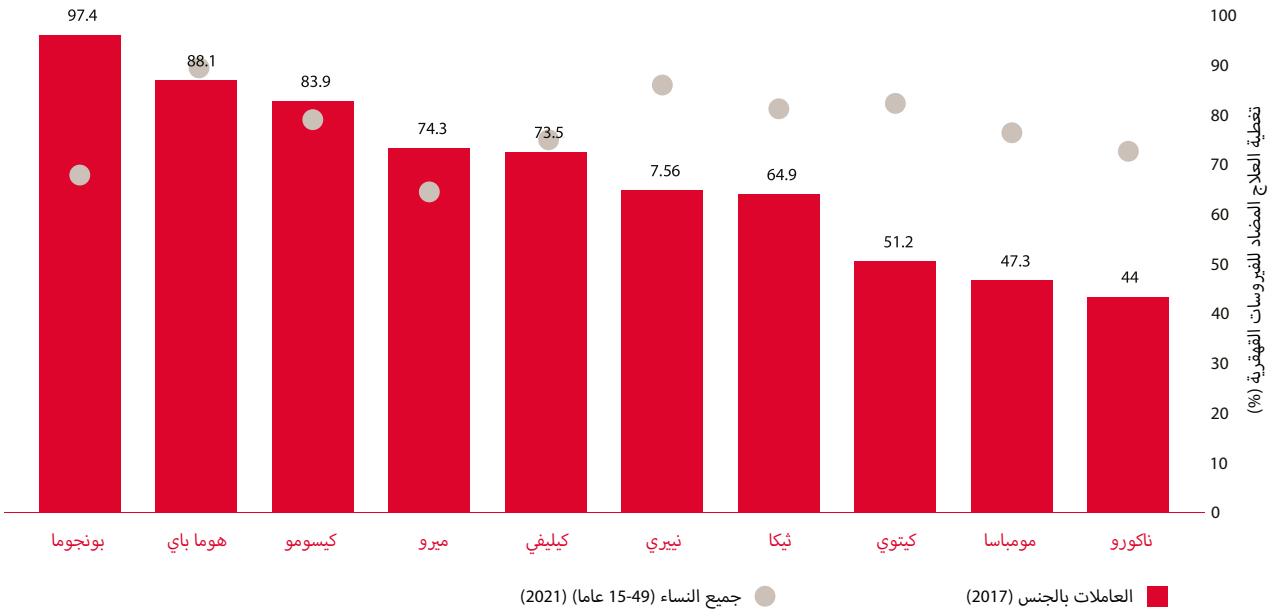
المصدر: مسح المراقبة البيولوجية والسلوكية المتكاملة لفيروس نقص المناعة البشري/ الأمراض المنقولة جنسيا، نيجيريا، ٢٠٢٠؛ التقديرات الوبائية دون الوطنية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

UNAIDS©

عاملة بالجنس شابة في أكرا، غانا، ٢٠٢٢.

وبالمثل، كانت تغطية علاج فيروس نقص المناعة البشري بين العاملات بالجنس أقل مما كانت عليه بين جميع النساء البالغات (١٥ - ٤٩ عاما) في سبعة من كل ١٠ أماكن مختلفة تم مسحها في كينيا (شكل ٢،٩). لكن الخبر السار هو أن هذه اللامساواة ليست حتمية: تظهر البيانات من ثلاث مقاطعات معدلات متساوية أو أعلى بين العاملات بالجنس، وهي نتائج برامج قوية لمكافحة الفيروس على مدى سنوات عديدة.

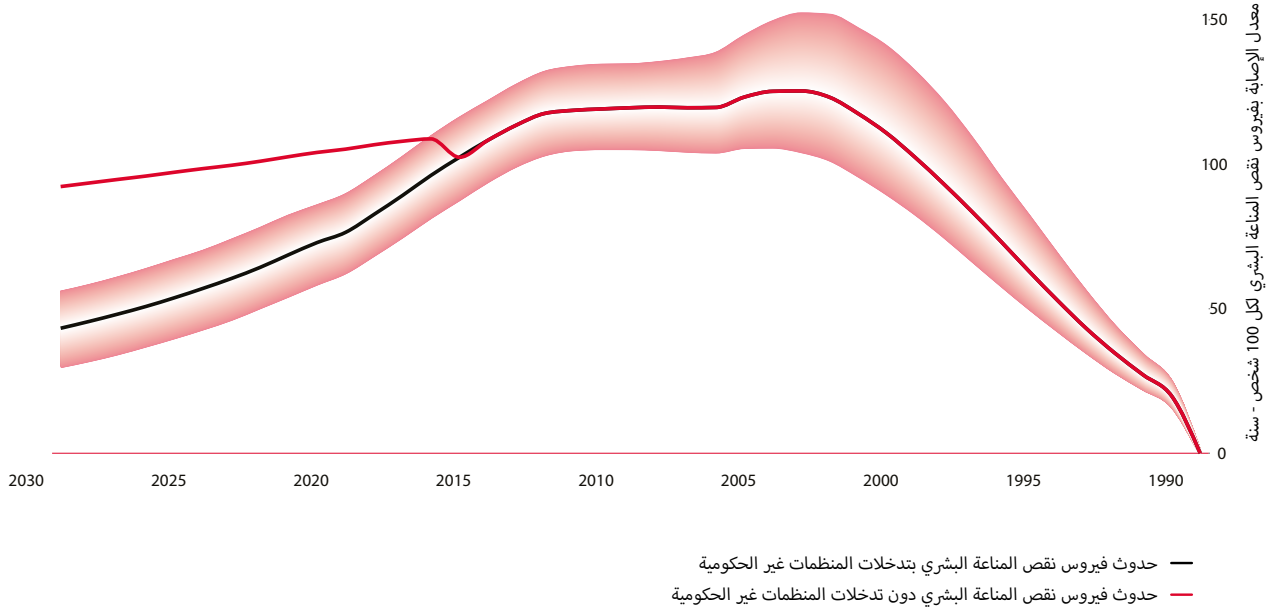
شكل ٢،٩ تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بين العاملات بالجنس، ٢٠١٧، وجميع النساء (١٥-٤٩ عاما) في عموم السكان، ٢٠٢١، المواقع دون الوطنية، كينيا



المصادر: مسح كشك الاقتراع، كينيا (٢٠١٧)؛ التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

يعد توفير الموارد للمنظمات والشبكات التي يقودها المجتمع المحلي أمرا بالغ الأهمية لربط الفئات السكانية الرئيسية بخدمات الوقاية والعلاج الأساسية. وقد تم التأكيد على الدور الحاسم للاستجابات التي يقودها المجتمع خلال جائحة كوفيد-١٩، عندما أثبتت المنظمات التي يقودها المجتمع أنها مبدعة ومرنة. على سبيل المثال، أدت الاستجابات التي يقودها المجتمع المحلي إلى تكييف خدمات الحد من الضرر في أكثر من ٥٠ دولة، بما في ذلك تدابير مثل الوصف المبسط، والعلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون في المنزل، والوصول إلى النالوكسون، وخدمات كوفيد-١٩ المتنقلة المتكاملة وفيروس نقص المناعة البشري. كما عززت الشبكات التي يقودها الشباب وتخدم الشباب من الفئات السكانية الرئيسية في الهند، وإندونيسيا، والفلبين ودول أخرى خلال جائحة كوفيد-١٩ لتوفير توصيل العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، والواقي الذكري، والدعم النفسي الاجتماعي، شخصيا وفعليا، إلى أقرانهم (٦، ٧). وبالمثل، وجدت دراسة حديثة للنمذجة الرياضية أنه بدون جهود المنظمات غير الحكومية التي تركز على تقديم الخدمات للمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال في ٢٠١٦-٢٠٢٠، كان معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري في أوكرانيا في عام ٢٠٢١ سيكون أعلى بنسبة ٤٤٪ (شكل ٢،١٠) (٨).

شكل ٢،١٠ معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، بنمذجة تدخلات المنظمات غير الحكومية وبدونها، أوكرانيا، ١٩٩٠-٢٠٣٠



المصدر: مقتبس من: Trickey A, Walker JG, Bivegete S, Semchuk N, Saliuk T, Varetska O et al. Impact and cost-effectiveness of non-governmental organizations on the HIV epidemic in Ukraine among MSM. AIDS 2022;36:2025-34.

ملاحظة: تم إجراء التحليلات قبل الحرب في أوكرانيا وتتعلق بفترة ما قبل عام ٢٠٢٢..

العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى لديه القدرة على خفض معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بشكل ملحوظ، لكن خدماته لا تصل إلى الفئات السكانية الرئيسية

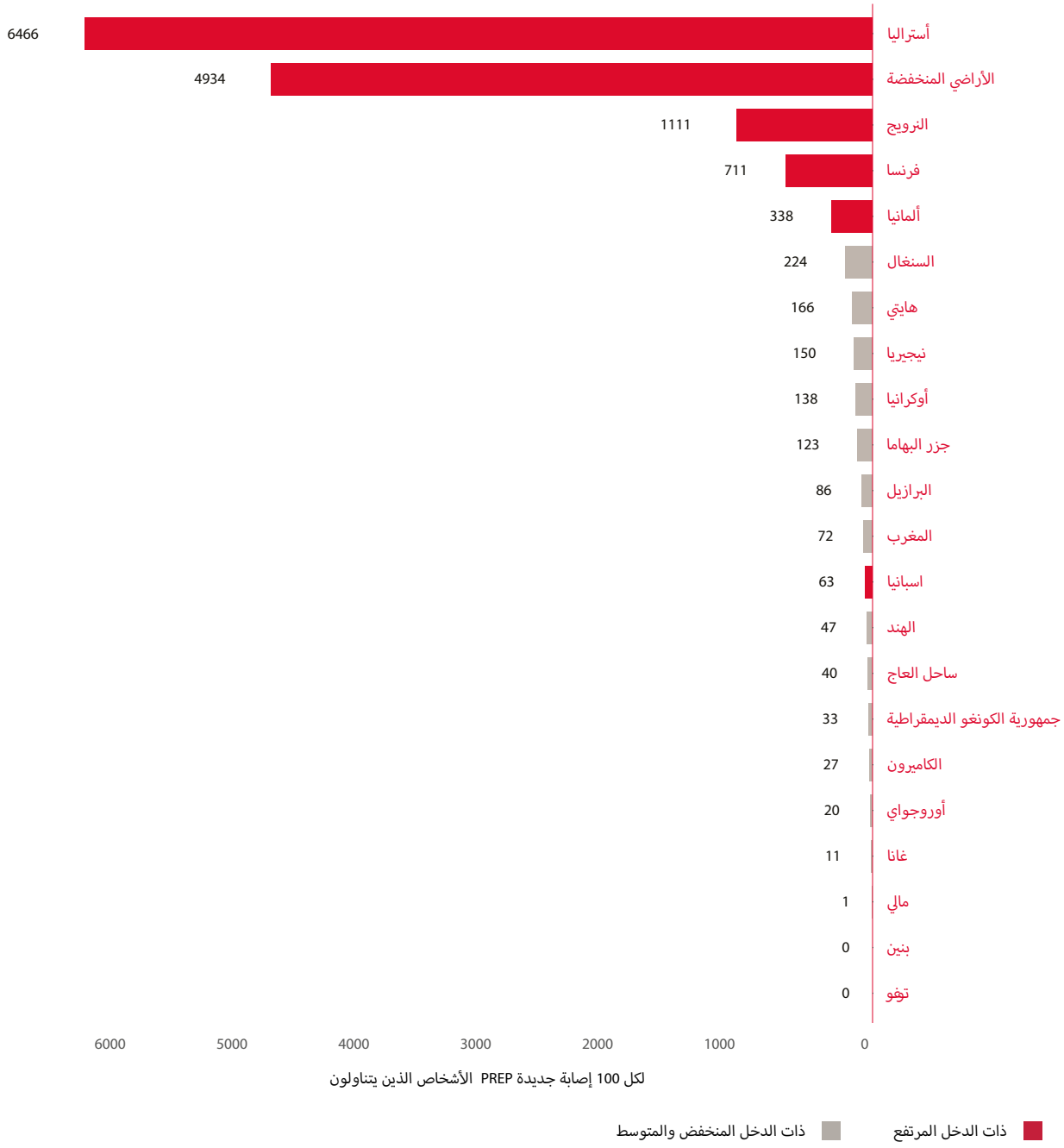
لقد ثبت أن العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى يقلل من خطر اكتساب فيروس نقص المناعة البشري الجنسي بنسبة ٩٩ ٪ وخطر الانتقال أثناء تعاطي المخدرات بالحقن بنسبة ٧٤٪ على الأقل (٩). وفي البلدان المرتفعة الدخل التي أعطت الأولوية لتوسيع نطاق العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، تم الإبلاغ عن انخفاضات سريعة وملحوظة في الإصابات الجديدة بالفيروس، خاصة بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (١٠-١٢). وتشير الدلائل المبكرة إلى أن هذا العلاج يمكن أن يكون له تأثيرات قوية مماثلة على مستوى السكان في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، حيث ارتبطت خدمات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في نفس اليوم في كينيا وأوغندا بانخفاض بنسبة ٧٤٪ في حدوث الفيروس بين الأشخاص الذين تلقوا العلاج (١٣). ويؤكد هذا الانخفاض القليل إلى حد ما، رغم أنه لا يزال مثيرا للإعجاب، في حدوث فيروس نقص المناعة البشري في كينيا وأوغندا في ظل ظروف العالم الحقيقي على أهمية الالتزام القوي في تعظيم فوائد الوقاية للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى.

وحتى عام ٢٠١٩، كان هناك عدد أكبر من الأشخاص الذين يصلون إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في غرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية مقارنة بجميع إفريقيا. وقد أدت تلك البداية المسبقة غير المتكافئة التي استمرت ما يقرب من عقد من الزمان في استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى إلى انخفاضات ملحوظة في معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري لمن لديهم إمكانية الوصول، ولكنها لم تقدم فائدة تذكر لبقية العالم. ولا يزال عدد الأشخاص الذين يتلقون هذا العلاج لكل ١٠٠ إصابة جديدة بالفيروس أقل بشكل ملحوظ - في بعض الحالات بعدة درجات من حيث الحجم - في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل مقارنة بالبلدان ذات الدخل المرتفع (شكل ٢،١١). هذه التفاوتات العميقة في الوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى تقوض الجهود المبذولة لإعادة الاستجابة للإيدز إلى المسار الصحيح من خلال تلبية احتياجات الفئات السكانية الرئيسية).

©VAAC/UNAIDS/LHSS

عامل مجتمعي يقدم اختبار الكشف عن فيروس نقص المناعة البشري وتقديم المشورة بشأن استخدام الواقي الذكري والمزلقات للحد من الضرر كجزء من مشروع تجريبي مستمر للعقد الاجتماعي يدعمه برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، مقاطعة دين بيان، فيتنام، ٢٤ أكتوبر ٢٠٢٢.

شكل ٢٫١١ عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى لكل ١٠٠ إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشري في بلدان مختارة، حسب تصنيف دخل البلد، ٢٠٢١



المصدر: رصد الإيدز العالمي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

ويظل توافر العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى محدودا في أمريكا اللاتينية (١٤). إذ أظهرت دراسة حديثة في البرازيل أن أقل من نصف مغايرات الهوية الجنسانية (٤٧٫٦٪) يواصلن استخدام هذ العلاج بعد عام من البدء لأول مرة، مما يعكس نقاط الضعف الأساسية والتكيف السيئ للخدمات مع احتياجات هذه الفئة من السكان (١٥). وأبرزت الدراسة أيضا أن مستويات التعليم المنخفضة كانت مرتبطة بانخفاض الالتزام بالعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى المبلغ عنه ذاتيا بين المشاركين.

وهناك بعض الزخم في العمل على إغلاق عدم المساواة في العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، الذي يمكن البناء عليه. وقد أفاد تحالف الدعوة إلى لقاحات الإيدز (AVAC)، وهو مجموعة مناصرة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، أن عدد الأشخاص الذين بدأوا برنامج العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى خلال العقد الماضي قد تجاوز ٣ ملايين لأول مرة في الربع الثالث من عام ٢٠٢٢ (١٦، ١٧). ووفقا لـ AVAC، تجاوزت جنوب إفريقيا الآن الولايات المتحدة باعتبارها الدولة التي بها أكبر عدد من الأشخاص الذين يتلقون العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى. وبدعم من خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز، يتسارع توسيع نطاق برنامج العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى سريعا في بلدان مثل موزمبيق، ونيجيريا، وأوغندا وزامبيا، وزيمبابوي.

وقد وجدت مراجعة نوعية حديثة للوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى من قبل المنتدى العالمي (MPact Global Action) لصحة وحقوق المثليين أن المبادرات التي تركز على المجتمع، وخاصة تلك التي تعتمد على التأثير العميق والإيجابي للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى على الاستقلال الجنسي الفردي، قد أثبتت فعاليتها في بناء طلب المجتمع وتوسيع الوصول إلى هذا العلاج (١٨). وحددت المراجعة نفسها أيضا الفئات السكانية التي تم إهمالها بسبب برامج العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى الحالية، بما في ذلك الرجال المهاجرين، والأقليات العرقية والإثنية، ومتعاطي المخدرات بالحقن والعاملين بالجنس، ومغايري الهوية الجنسانية.

نفس الحواجز الهيكلية التي تؤثر على خدمات الوقاية الأخرى والاختبار والعلاج تخلق أيضا حواجز أمام توفير واستيعاب العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى.

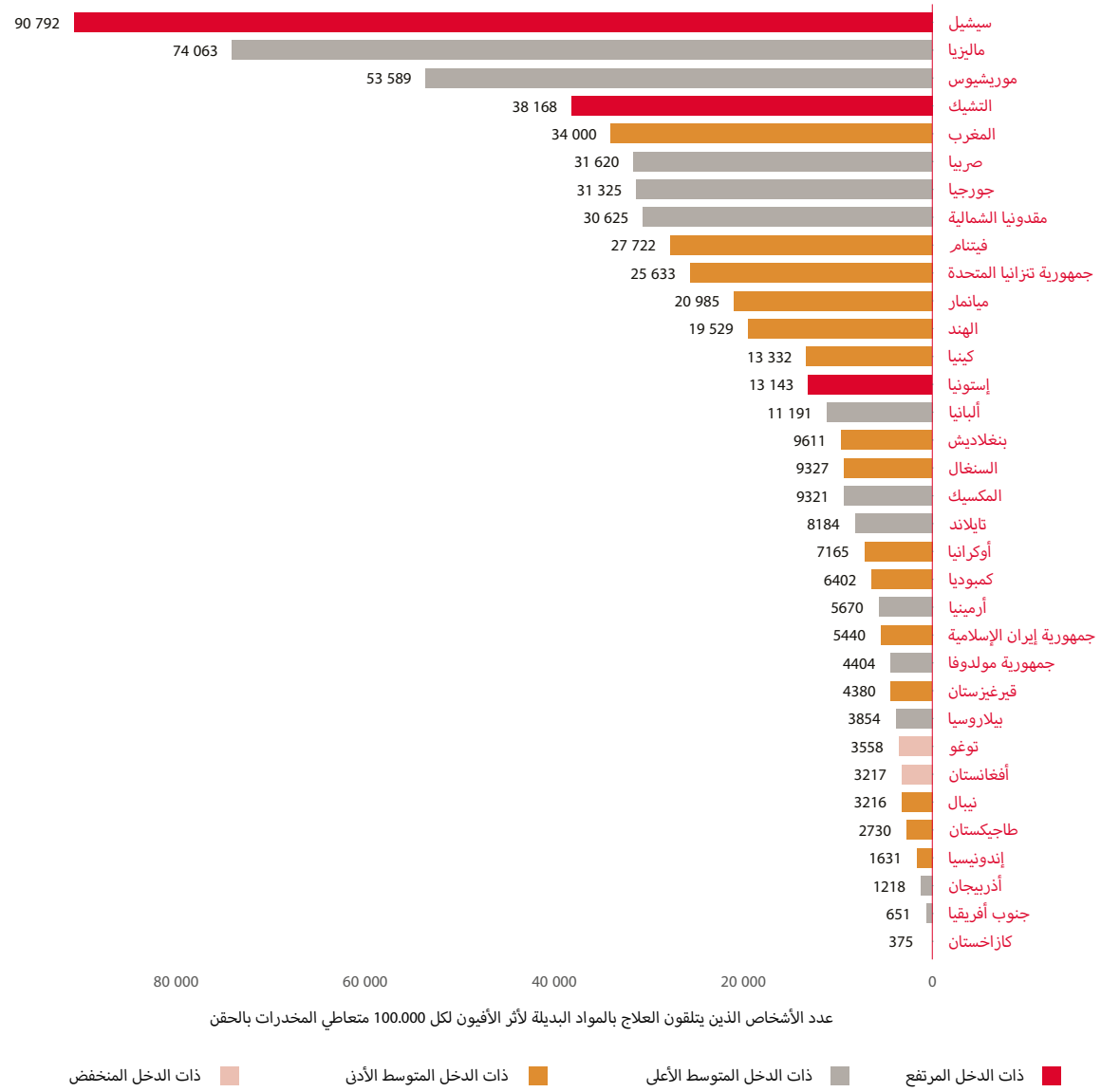
والتحدي الآن هو ضمان وصول العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى إلى الفئات السكانية الرئيسية التي هي في أمس الحاجة إليه. على سبيل المثال، تم إثبات أن وضع العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في سياق أوسع للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري في تايلاند يؤدي إلى استيعاب عال، والتزام قوي، والقضاء الفعلي على خطر الإصابة بالفيروس بين الشابات مغايرات الهوية الجنسانية والمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (١٩). وفي إندونيسيا، يقوم مقدمو الخدمات الصحية المدربون والعاملون في مجال التوعية المجتمعية الآن بالترويج للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في ٢١ مقاطعة، بهدف بدء العلاج الوقائي قبل التعرض للفيروس بين ما لا يقل عن ٧٠٠٠ شخص بحلول نهاية عام ٢٠٢٢. ومع ذلك، فإن نفس الحواجز الهيكلية التي تؤثر على خدمات الوقاية الأخرى والاختبار والعلاج تخلق أيضا حواجز لتوفير واستيعاب العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى. وسيلزم اتخاذ إجراءات لمعالجة الوصم والتمييز المتصلين بالفئات السكانية الرئيسية، بما في ذلك معالجة القوانين الجنائية الضارة.

يمكننا إنهاء الأوبئة بين متعاطي المخدرات بالحقن، لكننا فشلنا في القيام بذلك لأننا لا نضمن الوصول المجدي إلى خدمات الحد من الضرر

إن الوسائل لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشري بين متعاطي المخدرات بالحقن لدينا. فقد قضى عدد من البلدان المرتفعة الدخل فعليا على الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين متعاطي المخدرات عن طريق الحقن من خلال تنفيذ حزمة شاملة من خدمات الحد من الضرر، بما في ذلك برامج الإبر والمحاقن، والعلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون، وفيروس نقص المناعة البشري، وخدمات الرعاية الصحية الأولية.

وفي حين أن الاستجابة للإيدز جعلت التاريخ الصحي العالمي من خلال الخفض الحاد - وفي بعض الحالات القضاء التام - للامساواة في التغطية في علاج فيروس نقص المناعة البشري بين البلدان ذات مستويات الدخل المختلفة، لم يتحقق الشيء نفسه بعد فيما يتعلق بخدمات الحد من الضرر. إن تغطية خدمة الحد من الأضرار أقل بشكل عام في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل عنها في معظم البلدان ذات الدخل المرتفع (شكل ٢-١٢).

شكل ٢،١٢ عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون لكل ١٠٠،٠٠٠ متعاطي المخدرات بالحقن، البلدان التي تتوفر بها البيانات، حسب تصنيف دخل البلد، ٢٠٢١



المصدر: رصد الإيدز العالمي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

وعلى الرغم من أن المكاسب لا تزال متواضعة، إلا أن بعض اتجاهات الخدمة مشجعة. فوفقا لمراجعة دولية لخدمات الحد من الضرر، ارتفع عدد البلدان التي أبلغت عن برنامج إبرة وحقنة واحدة على الأقل من ٨٦ في عام ٢٠٢٠ إلى ٩٢ في عام ٢٠٢٢، بينما زاد عدد البلدان التي لديها برنامج علاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون واحد على الأقل من ٨٤ إلى ٨٧ (٢٠). وهناك ١٦ دولة لديها الآن غرف لتعاطي المخدرات مسموح بها قانونيا. ومع ذلك، لا تزال خدمات الحد من الضرر نادرة أو غائبة تماما في معظم أنحاء إفريقيا جنوب الصحراء، وأمريكا اللاتينية، ومنطقة البحر الكاريبي، والشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وقد انخفض عدد البلدان التي أبلغت عن برامج الإبر والمحاقن في سجن واحد على الأقل من ١٠ في عام ٢٠٢٠ إلى تسعة في عام ٢٠٢١.

وتعد البرامج المجتمعية ضرورية للجهود المبذولة للحد من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين متعاطي المخدرات بالحقن. فعلى سبيل

المثال، تعاونت ٥ منظمات من المجتمع المدني في جمهورية مولدوفا لتقديم اختبار الفيروس في السجون وتكملة عمل إدارة السجون الوطنية، التي قدمت ١٤٢٫٠٠٠ إبرة وحقنة في السجون في عام ٢٠٢١ (٢١).

وحتى عندما يتم توسيع نطاق الحد من الضرر، غالبا ما يكون الوصول محدودا حيث توجد قوانين إدارية جنائية وعقابية تستهدف حيازة المخدرات للاستخدام الشخصي. إن وجود القوانين الجنائية والممارسات الشرطية ذات الصلة لها تأثير كبير على قدرة المجتمعات على الوصول إلى خدمات الحد من الضرر، وقد ثبت أنها تزيد من خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري من خلال زيادة استخدام معدات الحقن غير المعقمة. ويرتبط عدم تجريم استخدام المخدرات وحيازتها للاستخدام الشخصي بانخفاض كبير في حالات الإصابة بالفيروس بين متعاطي المخدرات بالحقن، بما في ذلك من خلال زيادة الوصول إلى خدمات الحد من الضرر ومن خلال الحد من العنف، أو الاعتقال، أو المضايقة من قبل وكالات إنفاذ القانون (٢٢، ٢٣).

٩٢

هو رقم البلدان التي قدمت تقريرا على الأقل عن برنامج إبرة وحقنة واحد في عام ٢٠٢٢

UNAIDS©

لا يمكننا القضاء على الإيدز بين الفئات السكانية الرئيسية ما لم نعالج بفعالية العوامل المجتمعية التي تزيد من ضعفهم وتعيق قدرتهم على الوصول إلى الخدمات

إن التحيزات الراسخة الجذور وانتشار الوصم والتمييز، والعنف والتجريم ضد الفئات السكانية الرئيسية تزيد من تعرضهم لفيروس نقص المناعة البشري والعنف والأضرار الاجتماعية الأخرى. إنها تقلل من قدرة أفراد الفئات السكانية الرئيسية على الوصول إلى الخدمات الأساسية، وتقلل من استعداد الاستجابات الوطنية لتحديد أولويات البرامج التي تلبي احتياجاتهم أو الشراكة مع منظماتهم وشبكاتهم في الاستجابة وتقديم الخدمات. وفي حين أن الجهود المبذولة لتوسيع الخدمات للفئات السكانية الرئيسية أمر بالغ الأهمية للحد من عبء الوباء في هذه المجموعات، فإن مجرد توافر الخدمات لن يكون له الأثر المطلوب دون بذل جهود متضافرة لمعالجة عوامل التمكين المجتمعية.

وللوصم والتمييز آثار سلبية عميقة على صحة ورفاهية الفئات السكانية الرئيسية وعلى نجاح استجابات الإيدز لهذه الفئات. فعلى سبيل المثال، وجد تحليل تلوي عبر ٥ من ١٠ دراسات تمت مراجعتها أن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يرون مستويات عالية من الوصم والتمييز أكثر عرضة بمقدار ٢٫٤ مرة للتأخر في الالتحاق بالرعاية حتى يمرضوا بشدة (٢٤). كما وجدت مراجعة عالمية تقارن بين أطر القانون والسياسة الوطنية ونتائج فيروس نقص المناعة البشري أيضا أن المعرفة بحالة الفيروس ومعدلات كبت الحمل الفيروسي كانت أقل في البلدان التي جرمت الأفعال الجنسية المثلية أو تعاطي المخدرات، وكانت النتائج أسوأ بنسبة ١٨-٢٤٪ في البلدان التي جرمت كل منهما بالإضافة إلى العمل بالجنس (٢٥).

٢٤–١٨٪

نتائج أسوأ لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان التي جرمت الأفعال الجنسية المثلية أو تعاطي المخدرات بالإضافة إلى العمل الجنسي

وغالبا ما يتحمل الأشخاص من مجتمع الميم وطأة هذه الآثار. ففي أفريقيا جنوب الصحراء، على سبيل المثال، وجدت دراسة أجريت على ١٠ دول أن المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال يعيشون في بلدان ذات سياسات تجرم الأنشطة الجنسية المثلية كانوا أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري مقارنة بأولئك الموجودين في أماكن لا تجرم هذه الأنشطة. وزاد هذا إلى ثمانية أضعاف احتمال حدوثه في البيئات المُجرّمة بشدة (٢٦). والمثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال الذين يعيشون في البلدان الأفريقية مع أكثر قوانين المثليين قمعية هم أيضا أقل احتمالا بثلاث مرات لمعرفة حالة فيروس نقص المناعة البشري لديهم من نظرائهم الذين يعيشون في البلدان ذات القوانين الأقل قمعية (٢٧). وقد أظهرت دراسة أجريت على مغايرات الهوية الجنسانية في الأرجنتين بالمثل أن أولئك الذين عانوا من التمييز في أماكن الرعاية الصحية كانوا أكثر احتمالا بثلاث مرات لتجنب الرعاية الصحية من أولئك الذين لم يعانوا من ذلك، في حين كشفت دراسة استقصائية عن مغايرات الهوية الجنسانية اللاتي شملهن الاستطلاع في كينيا أن ٥١ ٪ أفادوا بتأجيل الرعاية الطبية بسبب التمييز وعدم الاحترام من قبل مقدمي الخدمات الصحية (٢٨، ٢٩). ويعاني أفراد مجتمع الميم أيضا من مخاطر عنف أكبر بشكل ملحوظ في مكان العمل مقارنة بالعاملين غير المثليين (٣٠).

ويعد إلغاء القوانين التي تجرم أو تميز ضد الفئات السكانية الرئيسية ضرورة ملحة لحقوق الإنسان والصحة العامة. ويجب أن تحترم القوانين مبادئ الاستقلالية في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية وتضمن الموافقة الحرة والمستنيرة، والخصوصية والسرية. كما يجب ضمان الوصول إلى الخدمات القانونية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري، وتثقيف المجتمعات حول حقوقها. وهناك حاجة أيضا إلى الاستثمارات للحد من الوصم والتمييز عبر البيئات الستة للشراكة العالمية للعمل من أجل القضاء على جميع أشكال الوصم والتمييز المرتبطة بالفيروس: الرعاية الصحية، ونظام العدالة (بما في ذلك المشرعون والقضاة وإنفاذ القانون)، والتعليم، ومكان العمل، والأسر والمجتمعات، والسياقات الإنسانية والطوارئ.

ولإنهاء الإيدز، يجب على الحكومات أن تقدر حقوق وكرامة كل شخص. إن عدم التجريم، وعدم الوصم، والإدماج ينقذ الأرواح.

المراجع

١. Baral S, Rao A, Sullivan P, Phaswana-Mafuya N, Diouf D, Millett G et al. The disconnect between individual-level and population-level prevention benefits of antiretroviral treatment. Lancet HIV. 2019;6:e632-e638.

٢. Stannah J, Soni N, Lam J, Giguère K, Larmarange J, Maheu-Giroux M et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-regression analysis. Preprint (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.11.14.22282329v1).

٣. 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.

٤. Stoner MCD, Rucinski KB, Lyons C, Napierala S. Differentiating the incidence and burden of HIV by age among women who sell sex: a systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc. 2022;25:e260268.

٥. Behavioural surveillance survey-lite, 2020. Top line findings. New Delhi: National AIDS Control Organization (India), All India Institute of Medical Sciences, New Delhi; 2020 (http://www.naco.gov.in/sites/default/files/BSS%20Lite%20Report.pdf).

٦. Putting young key populations first: HIV and young people from key populations in the Asia and Pacific region. Geneva: UNAIDS; 2022.

٧. Virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. UNAIDS and WHO 2022 policy brief. Geneva: UNAIDS; 2022.

٨. Trickey A, Walker JG, Bivegete S, Semchuk N, Saliuk T, Veretska O et al. Impact and cost-effectiveness of non-governmental organizations on the HIV epidemic in Ukraine among MSM. AIDS. 2022;36:2025-34.

٩. PrEP effectiveness. In: CDC.gov [Internet]. 6 June 2022. Atlanta (GA): U.S. Centers for Disease and Prevention; c2022 (https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep/prep-effectiveness.html).

١٠. Hammoud MA, Grulich A, Holt M, MaherL, Murphy D, Jin F et al. Substantial decline in use of HIV preexposure prophylaxis following introduction of COVID-19 physical distancing restrictions in Australia: results from a prospective observational study of gay and bisexual men. J Acquir Immune Defic Syndr. 2021;86:22-30.

١١. Buchbinder SP, Havlir DV. Getting to zero San Francisco: a collective impact approach. J Acquir Immune Defic Syndr. 2020;82(Supp. 3):S176-S182.

١٢. Lester J, Martin V, Shah A, Chau C, Mackay N, Newbigging-Lister A et al. HIV testing, PrEP new HIV diagnoses, and care outcomes for people accessing HIV services: 2022 report. London: UK Health Security Agency; 2022.

١٣. Koss CA, Havlir DV, Ayieko J, Kwarisiima D, Kabami J, Chamie G et al. HIV incidence after pre-exposure prophylaxis initiation among women and men at elevated HIV risk: a population-based study in rural Kenya and Uganda. PLoS Med. 2021;18:e1003492.

١٤. HIV epidemic and response in Latin America and the Caribbean. WHO, Pan American Health Organization; 2021 (https://www.paho.org/en/documents/hiv-epidemic-and-response-latin-america-and-caribbean).

١٥. Konda KA, Torres TS, Mariño G, Ramos A, Moreira RI, Leite IC et al. Factors associated with long-term HIV pre-exposure prophylaxis engagement and adherence among transgender women in Brazil, Mexico and Peru: results from the ImPrEP study. J Int AIDS Soc. 2022;25 Suppl 5(Suppl 5):e25974.

١٦. PrEP and beyond: HIV prevention from 2022 onwards. Px Wire. 2022;12(2), October 2022 (https://www.avac.org/pxwire-vol12-no2).

١٧. The Global PrEP Tracker [database] (https://data.prepwatch.org/).

١٨. 10 year PrEP report. Oakland (CA): MPACT; 2022 (https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2022/07/MPACT-Prep-Report-2022.pdf).

١٩. Beyrer C, Weir BW, Wirtz AL, Mon SHH, Qaragholi N, Chemnasiri T et al. PrEP use and HIV incidence among young Thai men and transgender women who sell sex in Bangkok and Pattaya, Thailand: results of COPE effectiveness study. International AIDS Conference, 29 July–2 August 2022. Abstract PESUC29.

٢٠. Global State of Harm Reduction 2022. London: Harm Reduction International; 2022.

٢١. IN DANGER: UNAIDS Global AIDS update 2022. Geneva: UNAIDS; 2022 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update).

٢٢. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. Lancet HIV. 2017;4(8):e357-e374.

٢٣. Baker P, Beletsky L, Avalos L, Venegas C, Rivera C, Strathdee SA. Policing practices and HIV risk among people who inject drugs—a systematic literature review. Epidemiol Rev. 2020 Jan 31;42(1):27-40. doi: 10.1093/epirev/mxaa010.

٢٤. Gesesew HA, Tesfay Gebremedhin AT, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV-related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12:e0173928.

٢٥. Kavanagh MM, Agbla SC, Joy M, Aneja K, Pillinger M, Case A et al. Law, criminalization and HIV in the world: have countries that criminalize achieved more or less successful pandemic response? BMJ Glob Health. 2021;6:e006315.

٢٦. 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. 23rd Virtual International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract OAF0403.

٢٧. Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM, et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review nd meta-analysis. Lancet HIV. 2019;6(11):e769–e787.

٢٨. Socías ME, Marshall BD, Arístegui I, Romero M, Cahn P, Kerr T et al. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. Int J Equity Health. 2014;13(1):81.

٢٩. Trans*Alliance, Nduta S, Smith LG, Okeyo N. A report of the National Transgender Discrimination Survey in Kenya (NTDS) – a baseline study of transgender persons in Kenya: life experiences and access to health services. Journal of Public Policy and Governance. 2022;6:22-51.

٣٠. Ending violence and harassment against women and men in the world of work. Geneva: ILO; 2018.

القضاء على الإيدز عند الأطفال

إن العالم يخذل الأطفال (٠ - ١٤ عاما) المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري أو المعرضين للإصابة به.[١] فبينما ضغطت حركة عالمية بنجاح من أجل تقديم العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للبالغين المتعايشين مع الفيروس، لم يتم فعل الكثير لتغيير نموذج الوقاية من الفيروس، والعلاج والرعاية بين الأطفال.

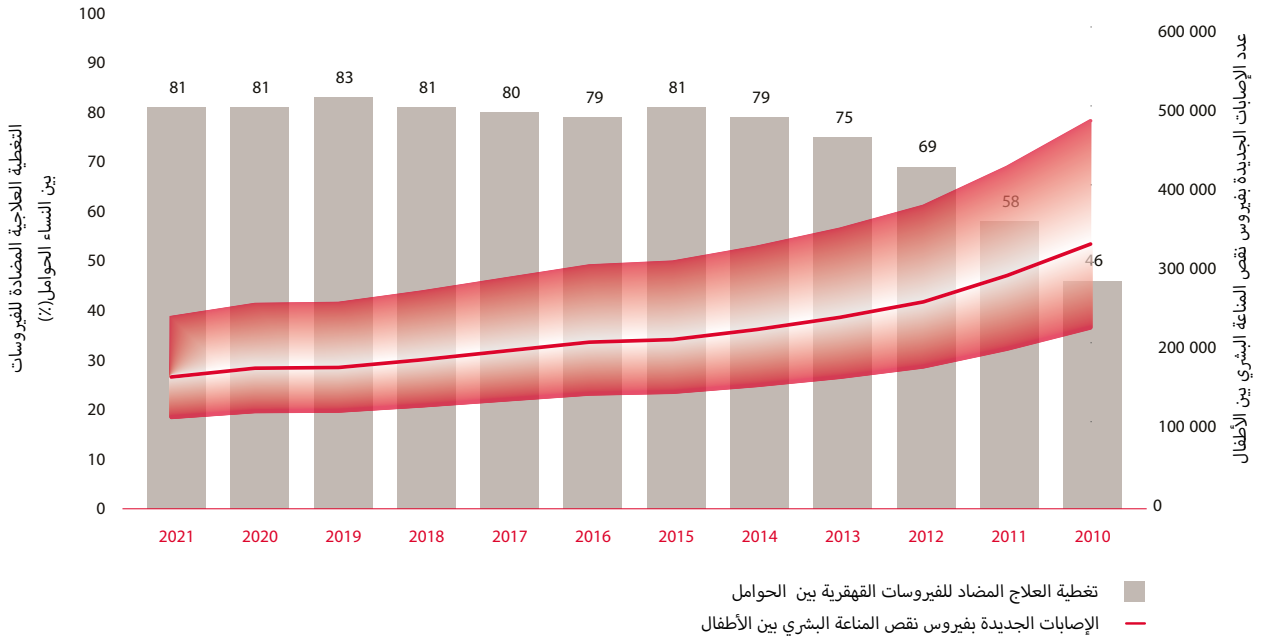
هذه اللامساواة لها عواقب مميتة: في عام ٢٠٢١، كان الأطفال يمثلون ٤٪ من جميع المتعايشين مع الفيروس، ولكنهم يمثلون ١٥٪ من جميع الوفيات المرتبطة بالإيدز.

وقد أدى توسيع نطاق اختبار فيروس نقص المناعة البشري والوصول إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للبالغين إلى تحول في الاستجابة العالمية للإيدز، لكن الأطفال أقل احتمالا بشكل ملحوظ من البالغين للتشخيص بالإصابة بالفيروس، وتلقي العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، وتحقيق كبت الحمل الفيروسي. وفي حين أن ٨١٪ من الحوامل المتعايشات مع الفيروس (شكل ٣،١) و٧٦٪ من البالغين (١٥ عاما فأكثر) كانوا يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بشكل عام في عام ٢٠٢١، كان ٥٢٪ فقط من الأطفال يحصلون على العلاج (شكل ٣،٢). واتسعت الفجوة بين التغطية العلاجية للبالغين والأطفال منذ عام ٢٠١٠.

١ ما لم يُنص على خلاف ذلك، يُعرِّف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز الأطفال بأنهم أشخاص تتراوح أعمارهم بين ٠ و١٤ عاما.

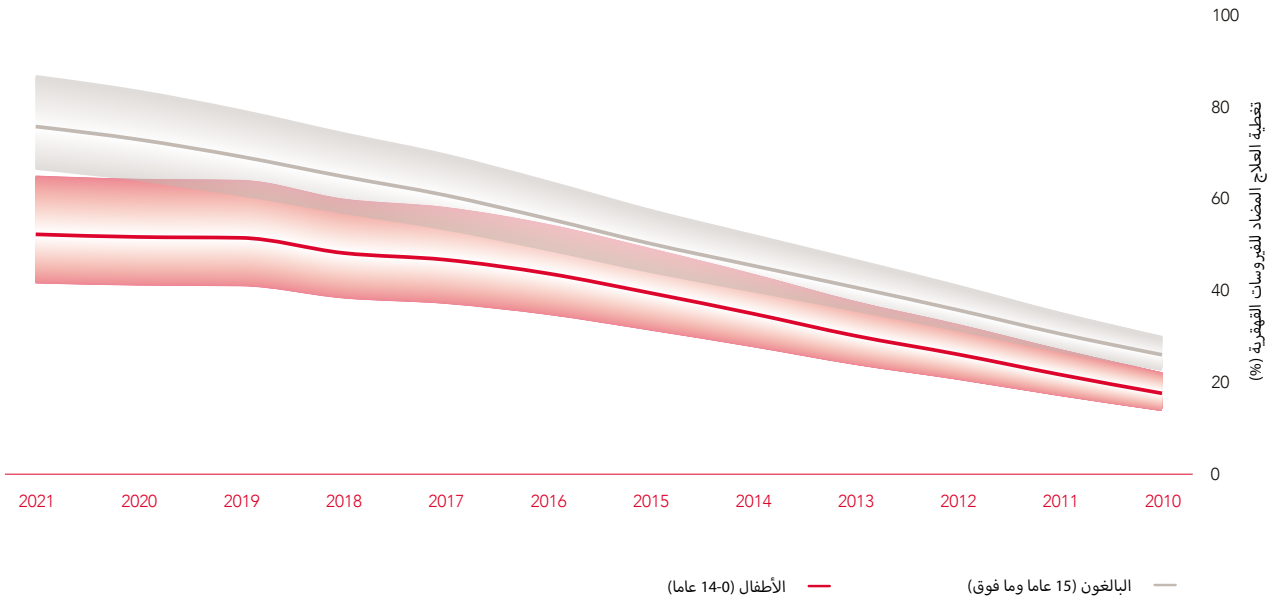
UNICEF/SCHERMBRUCKER©

شكل ٣٫١ الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الأطفال (٠-١٤ عاما) وتغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بين الحوامل، على الصعيد العالمي، ٢٠١٠-٢٠٢١



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

شكل ٣٫٢ تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بين الأطفال (٠-١٤ عاما) والبالغين (١٥ عاما وما فوق)، عالميا، ٢٠١٠-٢٠٢١



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

تشير التقديرات إلى أن حوالي ٨٠٠،٠٠٠ طفل مصاب بفيروس نقص المناعة البشري لا يتلقون العلاج. إن عدد الأطفال الذين يحتاجون إلى علاج فيروس نقص المناعة البشري أكبر بكثير مما يجب أن يكون، لأن الجهود المبذولة لمنع الانتقال الرأسي لا تزال غير كافية. وقد قضت العديد من البلدان من مستويات الدخل المختلفة بشكل فعال على الانتقال الرأسي للفيروس من خلال التوسع الفعال في طرق الوقاية التي أثبتت جدواها، واعترف البعض بالمدن التي استوفت معايير منظمة الصحة العالمية للتحقق من القضاء على انتقال العدوى من الأم إلى الطفل.[٢] وعلى سبيل المثال، حققت ساو باولو في البرازيل هذا الهدف في عام ٢٠١٩ وحافظت عليه حتى عام ٢٠٢١، مما يدل على الدور الرائد الذي تلعبه المدن في مواجهة التحديات في الاستجابة للفيروس والحلول الرائدة. وعلى الرغم من هذا التقدم، أصيب ١٦٠،٠٠٠ [٢٣٠،٠٠٠-١١٠،٠٠٠] طفل بالفيروس في عام ٢٠٢١، وظل التقدم المحرز في خفض عدد الإصابات الجديدة بالفيروس بين الأطفال راكدا، مع تحقيق مكاسب متواضعة للغاية في السنوات الخمس الماضية. على سبيل المثال، تراجعت الإصابات الجديدة في غرب ووسط إفريقيا بنسبة ٣٩٪ بين عامي ٢٠١٠ و٢٠٢١، لكن الانخفاض كان ١١٪ فقط بين عامي ٢٠١٦ و٢٠٢١. وفي شرق وجنوب إفريقيا، انخفضت الإصابات الجديدة بنسبة ٦١٪ بين عامي ٢٠١٠ و٢٠٢١، ولكن فقط بنسبة ٣١٪ في السنوات الخمس الماضية.

١٦٠،٠٠٠

طفل أُصيبوا بفيروس نقص المناعة البشري في عام ٢٠٢١

شهد التقدم المحرز في خفض عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الأطفال ركودا، مع تحقيق مكاسب متواضعة في السنوات الخمس الماضية.

إن أحد العوامل الهامة المساهمة في التقدم العالمي المخيب للآمال نحو القضاء على الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشري هو عدم مساواة آخر - الفشل في تلبية الاحتياجات المحددة للمراهقات والشابات. وهذا يشمل احتياجات الوقاية من الفيروس واحتياجاتهم العامة المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، ولكنه يعكس أيضا عدم المساواة الأوسع بين الجنسين التي تزيد من المخاطر وتحد من الوصول إلى الخدمات. وتواجه المراهقات والشابات - لا سيما من الفئات السكانية الرئيسية، أو ذوات الإعاقة، أو أولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية - عقبات كبيرة أمام الوصول إلى تشخيص جيد للفيروس، وبدء العلاج، والبقاء في الرعاية، بما في ذلك رعاية ما قبل الحمل، وما قبل الولادة وما بعدها (١).

وستتطلب معالجة عدم التكافؤ في الوصول إلى الخدمات والنتائج التي يعاني منها الأطفال جهودا مركزة والتزاما أقوى بشكل ملحوظ. ولهذه الغاية، يسعى التحالف العالمي الجديد للقضاء على الإيدز لدى الأطفال إلى مشاركة واسعة من أصحاب المصلحة، والحكومات الوطنية، والوكالات المنفذة، والمنظمات الإقليمية والقطرية، والشركاء الدينيين والمجتمعيين (بما في ذلك النساء والأطفال والمراهقون المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري) لإعادة توجيه الانتباه ومضاعفة الجهود لإنهاء الإيدز عند الأطفال (انظر مربع ٢).

٢ اعتبارا من أكتوبر ٢٠٢٢، هناك ١٦ دولة وإقليما – أنغيلا، وأنتيغوا وبربودا، وأرمينيا (فيروس نقص المناعة البشري فقط)، وبيلاروسيا، وبرمودا، وجزر كايمان، وكوبا، ودومينيكا، وماليزيا، وجزر المالديف، وجمهورية مولدوفا (مرض الزهري فقط)، ومونتسيرات، وعمان، وسريلانكا، وسانت كيتس ونيفيس، وتايلاند - تم اعتمادها للقضاء على الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشري والزهري، والتهاب الكبد بي.

مربع ٢

التحالف العالمي الجديد لإنهاء الإيدز لدى الأطفال

لقد قام برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، ومنظمة الصحة العالمية، والشركاء بتجميع مبادرة استراتيجية عالمية لضمان عدم حرمان أي طفل متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري من العلاج بحلول نهاية العقد ولمنع الإصابات الجديدة بالفيروس عند الرضع. ويتضمن التحالف العالمي للقضاء على الإيدز عند الأطفال، الذي أُعلن عنه في أغسطس ٢٠٢٢ في مؤتمر الإيدز الدولي في مونتريال، كندا، حركات المجتمع المدني، مثل الشبكة العالمية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، والحكومات الوطنية في البلدان الأكثر تضررا. كما يضم شركاء دوليين، بما في ذلك خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي.

ويهدف التحالف العالمي الجديد إلى تطبيق الدروس المستفادة من أجل التركيز على الإجراءات ذات الأولوية للأطفال والمراهقات والشابات المنصوص عليها في الاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز ٢٠٢١-٢٠٢٦: إنهاء أوجه عدم المساواة، والقضاء على الإيدز وفي الإعلان السياسي للأمم المتحدة بشأن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز: إنهاء أوجه عدم المساواة والسير على الطريق الصحيح للقضاء على الإيدز بحلول عام ٢٠٣٠. ويتماشى عمل التحالف الجديد مع ٤ ركائز للعمل الجماعي (انظر شكل ٣،٣).

شكل ٣،٣ الركائز الأربع للتحالف العالمي للقضاء على الإيدز لدى الأطفال

I	II	III	IV
الاختبار المبكر والعلاج والرعاية على النحو الأمثل والشامل والجودة العالية للرضع والأطفال والمراهقين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والأطفال المعرضين للإصابة به	**سد فجوة العلاج للحوامل والمرضعات المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري وتعزيز استمرارية العلاج نحو هدف القضاء على الانتقال الرأسي**	**منع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري واكتشافها بين المراهقات والحوامل والمرضعات**	**معالجة الحقوق والمساواة بين الجنسين والحواجز الاجتماعية والهيكلية التي تعيق الوصول إلى الخدمات**

المصدر: التحالف العالمي للقضاء على الإيدز عند الأطفال. ٢٠٢٢ (https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2022-07/%20Global%20Alliance%20).

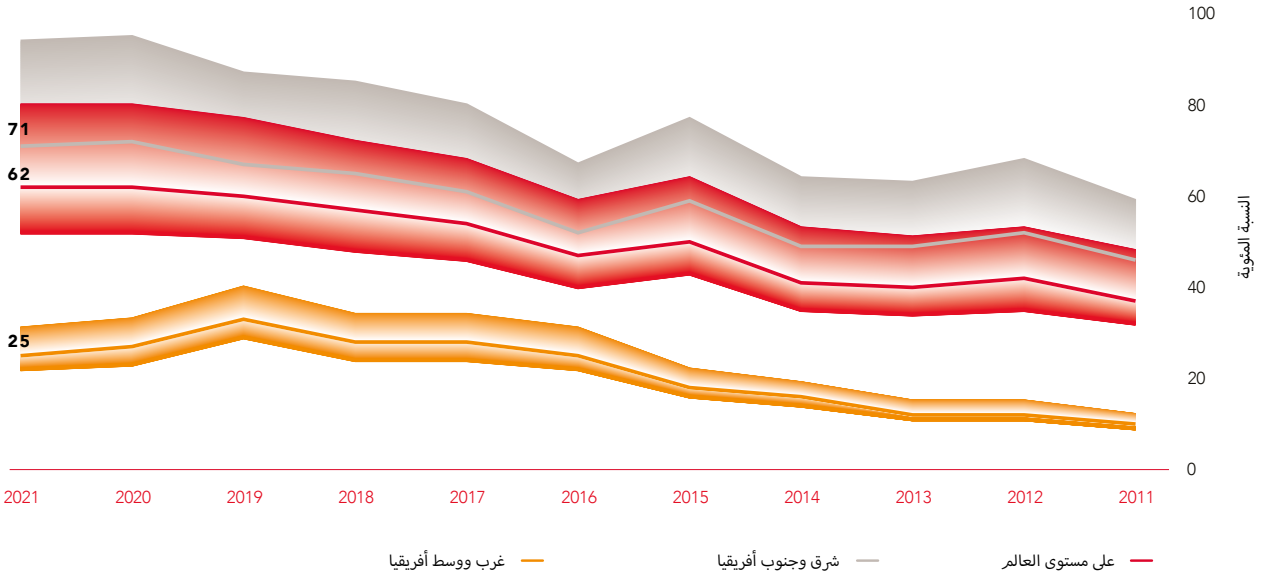
UNAIDS/N.GREGORY©

إطلاق مبادرة التحالف العالمي لإنهاء الإيدز عند الأطفال بحلول عام ٢٠٣٠: بناء الشراكات والمجتمعات والابتكار. مونتريال، كندا، ١ أغسطس ٢٠٢٢.

يمكن سد فجوة العلاج للأطفال إذا تم دعم المزيد من الحوامل والمرضعات وأطفالهن لتأكيد حالة فيروس نقص المناعة البشري عند الطفل عند الولادة وفي نهاية الرضاعة الطبيعية

إن التشخيص المتأخر هو عامل مهم في عدم المساواة في العلاج التي يعاني منها الأطفال. فعلى الصعيد العالمي، يتم اختبار ٦٢٪ فقط من الرضع المعرضين لفيروس نقص المناعة البشري خلال الشهرين الأولين من العمر (شكل ٣،٤)، ولكن في غرب ووسط أفريقيا، يتلقى واحد فقط من كل أربعة أطفال معرضين للفيروس خدمات التشخيص المبكر للرضع.

شكل ٣،٤ النسبة المئوية للأطفال المعرضين لفيروس نقص المناعة البشري الذين تم اختبارهم للكشف عن الإصابة به في عمر شهرين، في مناطق عالمية ومختارة، ٢٠١١-٢٠٢١.



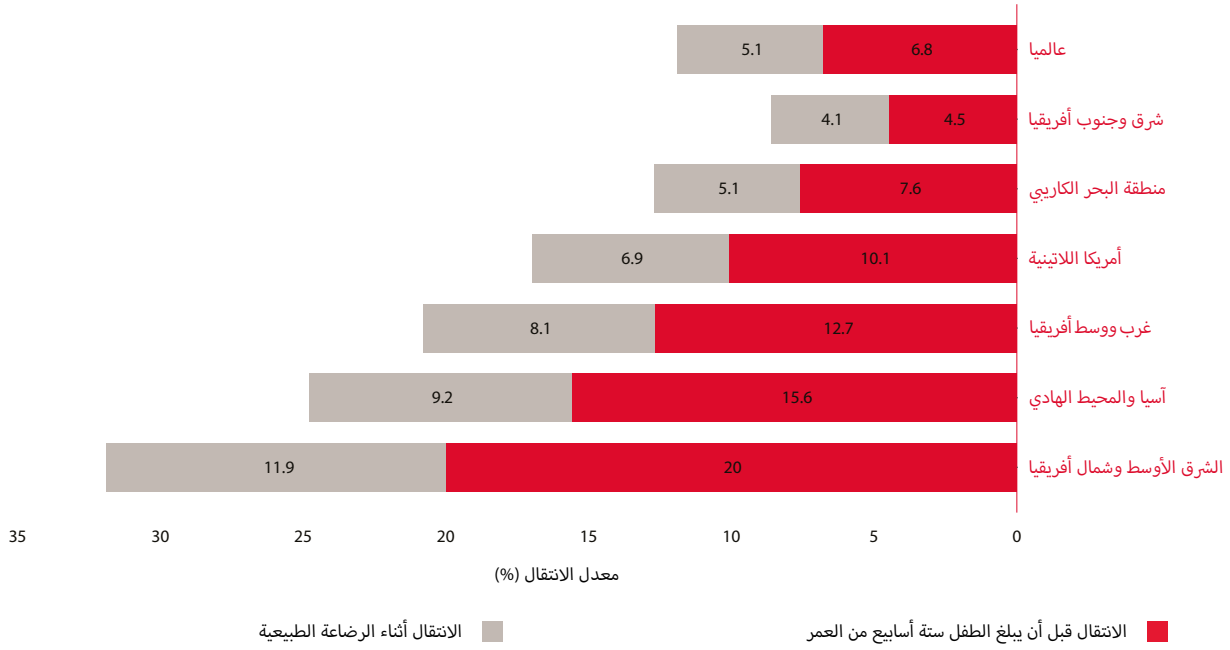
المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

لقد عملت خدمات التشخيص المبكر للرضع المدمجة في أماكن رعاية الرضع والأطفال حديثي الولادة كقناة أساسية لتحديد الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وربطهم بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية. ويتزايد الطلب على كل من التشخيص المبكر التقليدي للرضع (عينات الاختبار في المختبرات المركزية) وأدوات التشخيص في نقاط الرعاية للأطفال المعرضين للفيروس (٢). ومع ذلك، لن يكون التشخيص المبكر للرضع بمفرده كافيا لسد فجوة العلاج للأطفال. وفي الوقت الحالي، يحدث ٤٣٪ من الانتقال الرأسي عالميا بين الأمهات الشابات - اللاتي يعرفن حالة الفيروس الخاصة بهن وأولئك اللاتي لا يعرفن - بعد الشهرين الأولين من عمر طفلهن (شكل ٣،٥).

٤٣٪

من حالات الانتقال الرأسي عالميا تحدث أثناء الرضاعة الطبيعية

شكل ٣،٥ معدل الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشري حسب وقت الانتقال، عالميا وحسب المنطقة، ٢٠٢١



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

ويعد الافتقار إلى استراتيجيات الاختبار والموارد الكافية لضمان التشخيص السريع للأطفال الذين يصابون بفيروس نقص المناعة البشري أثناء الرضاعة الطبيعية مساهما حاسما في فجوة علاج الأطفال. فعلى الصعيد العالمي، ٦٠٪ من الأطفال المصابين بالفيروس الذين لا يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٤ عاما.

يجب تنفيذ الاستشارة والاختبار الذي يبدأ بمقدم الرعاية في نقاط رعاية متعددة في النظام الصحي.

هناك حاجة إلى مناهج مبتكرة لضمان التشخيص السريع لفيروس نقص المناعة البشري لهذه الفئة العمرية. كما يجب تنفيذ الاستشارة والاختبار الذي يبدأ بمقدم الرعاية في نقاط رعاية متعددة في النظام الصحي، بما في ذلك عيادات الأطفال المرضى وأجنحة المستشفى، وبرامج التغذية وخدمات السل (٣). وقد أثبت اختبار مؤشر الأسرة، حيث يتم تقديم الاختبار لجميع أفراد عائلة الشخص المتعايش مع فيروس نقص المناعة البشري، وخاصة الأشقاء، فعاليته في تشخيص الفيروس لدى الأطفال الأكبر سنا (٤). ويجب توخي الحذر لضمان إجراء اختبار المؤشر فقط في حالة عدم وجود خطر إلحاق ضرر، بما في ذلك العنف القائم على النوع الاجتماعي، لأفراد الأسرة. ويعد الاختبار المرتكز على المدرسة في البلدان والمواقع ذات العبء المرتفع للفيروس وسيلة فعالة محتملة لتحديد الأطفال غير المشخصين المتعايشين مع الفيروس وربطهم بالرعاية.

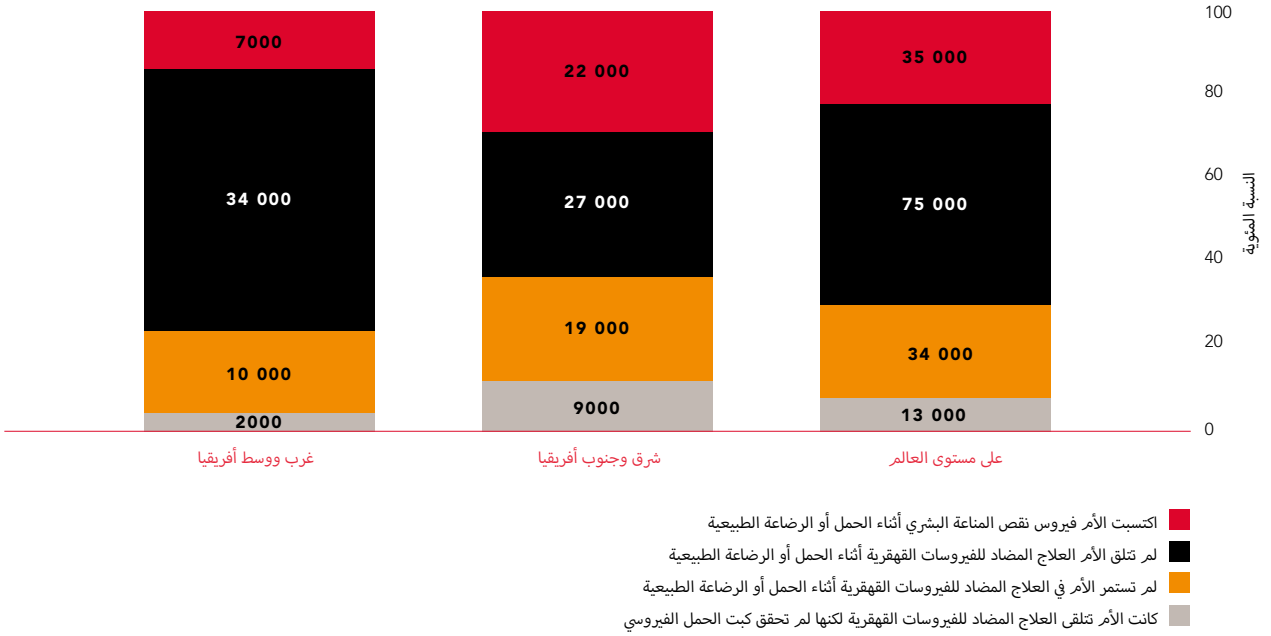
٦٠٪

من الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين لا يخضعون للعلاج تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٤ عاما

الحاجة إلى جهود استراتيجية مكثفة تركز على الأم لمنع الانتقال الرأسي

نحن نعلم أكثر من أي وقت مضى سبب استمرار إصابة العديد من الأطفال بفيروس نقص المناعة البشري. إذ تُظهر التحسينات في تحليلات البيانات بشكل أكثر وضوحا كيف تساهم إخفاقات برنامج معين في حدوث إصابات جديدة بالفيروس بين الأطفال، مما يكشف عن حجم هذا التحدي (شكل ٣،٦).

شكل ٣،٦ النسبة المئوية للإصابات الرأسية الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب سبب الانتقال، مناطق عالمية ومختارة، ٢٠٢١



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

٧٥،٠٠٠

أم لم تتلق عالميا العلاج المضاد للفيروسات القهقرية أثناء الحمل أو الرضاعة في عام ٢٠٢١

على سبيل المثال، نحن نعلم الآن أن تشخيص والوصول إلى ٢٦٠،٠٠٠ امرأة حامل متعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري باستخدام العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لن يضمن فقط حصول المزيد من النساء على هذه الخدمات المنقذة للحياة ويجعلهن يعشن حياة طويلة وصحية، ولكنه قد يؤدي أيضا إلى تجنب ٧٥،٠٠٠ إصابة جديدة بالفيروس بين الأطفال. وبالمثل، فإن مساعدة ٨٩،٠٠٠ امرأة متعايشة مع الفيروس على الاستمرار في الرعاية من شأنه أن يحسن بشكل كبير النتائج الصحية للنساء والفتيات ويحول دون حدوث ٣٤،٠٠٠ إصابة جديدة بالفيروس بين الأطفال.

وتؤكد هذه التحليلات على أن صحة ورفاه الأطفال المعرضين لفيروس نقص المناعة البشري ترتبط ارتباطا مباشرا بصحة ورفاه أمهاتهم وقدرتهن على الوصول إلى الخدمات. ففي الأماكن التي تتركز فيها الأوبئة، تعتمد صحة الأطفال على ضمان أن الأشخاص الذين لديهم إمكانية إنجاب أطفال من الفئات السكانية الرئيسية - وأولئك الذين هم شركاء للفئات السكانية الرئيسية - يُعاملون باحترام في أماكن ما قبل الولادة وما بعدها، وأن يتم تزويدهم بالخدمات والدعم الذي يحتاجون إليه. كما يعني إزالة بعض الحواجز التمييزية والضارة التي قد تواجه الفئات السكانية الرئيسية عند الوصول إلى خدمات ما قبل الولادة أو ما بعد الولادة أو خدمات فيروس نقص المناعة البشري. وتشير الدلائل إلى أن الخوف من الوصم - أو التجارب السابقة للوصم - يعني أن الأفراد أقل عرضة للوصول إلى خدمات الفيروس والخدمات الصحية الأخرى (٥-٧). ويخلق الخوف من فقدان حقوق الوالدين حواجز إضافية أمام الوصول إلى الخدمات ويحتاج أيضا إلى المعالجة.

UNICEF/SCHERMBRUCKER©

مارغريت وابنها رونالد (٩ سنوات) يحضران فحصا صحيا في منشأة مادودو الصحية موبيندي، أوغندا، أبريل ٢٠٢٢.

لا تزال المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري يتعرضن لمعدلات عالية من الوصم المرتبط بالفيروس، لا سيما أثناء الحمل. وفي عدد من البلدان، تواجه النساء المضايقات، والإيذاء، والإجهاض أو التعقيم القسريين، وكلها تخلق حواجز أمام الوصول إلى خدمات الفيروس، والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. لذا يجب توسيع نطاق البرامج التي تهدف إلى الحد من مواقف الوصم والممارسات الضارة لإزالة هذه الحواجز.

٧٤٪

معدلات اختبار أعلى بين البالغين الذين يعيشون في البلدان التي يكون فيها سن الموافقة على اختبار فيروس نقص المناعة البشري ١٥ عاما أو أصغر

وتشير تحليلات هذه البيانات الخاصة بالإصابات الرأسية الجديدة بالفيروس إلى الطريق إلى إجراءات استراتيجية لمنع الانتقال الرأسي. إذ يجب توسيع نطاق تقديم اختبار الفيروس للنساء قبل الحمل في البلدان ذات العبء المرتفع للفيروس، مع التركيز على تقديم اختبار الفيروس المتكرر أثناء الحمل وبعد الولادة (٨). كما يجب تقديم العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى بشكل منهجي للحوامل والمرضعات السلبيات للفيروس المعرضات لخطر كبير للإصابة به، وفي الأماكن ذات العبء المرتفع للفيروس (٩-١١). ويجب تكثيف دعم الالتزام والاستبقاء واستشارة الأقران للحوامل والمرضعات اللاتي يتلقين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية (١٢-١٦).

يجب إعطاء أولوية الاختبار لشركاء المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري - والبدء السريع في علاج الفيروس للشركاء الذين ثبتت إصابتهم به - بطريقة تحمي سلامة ورفاهية الأشخاص المعنيين. وبالإضافة إلى ذلك، هناك حاجة إلى بذل جهود أقوى للاستفادة من برامج التحصين وتنظيم الأسرة كنقاط دخول لمنع الانتقال الرأسي. إذ يحدث ما يقرب من ١٢١ مليون حالة حمل غير مرغوب فيه على مستوى العالم كل عام، وهناك حاجة إلى تركيز متجدد على الحد من الوصم المرتبط بحمل المراهقات والتأكد من أن النظم الصحية مستعدة لتقديم رعاية مناسبة غير قضائية للشابات الحوامل وأطفالهن (١٧). ومطلوب أيضا تسريع نشر التثقيف الجنسي الشامل في المدارس لتمكين الشباب من حماية صحتهم ورفاههم، بما في ذلك القدرة على اختيار عدد الأطفال والمباعدة بين الولادات. كما يجب تغيير القوانين للسماح للمراهقين بالوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري دون موافقة الوالدين: أظهرت دراسة في أفريقيا جنوب الصحراء أنه عندما يكون سن الموافقة على اختبار الفيروس ١٥ عاما أو أقل، كانت معدلات اختبار الفيروس أعلى بنسبة ٧٤٪ بين المراهقين مقارنة مع البلدان التي يكون فيها سن الموافقة على اختبار الفيروس ١٦ عاما أو أكثر (١٨). وقد تم تحديد مناهج واضحة لكسر أوجه اللامساواة التي يواجهها الأطفال في أحدث دعوة لليونيسف للعمل من أجل تحقيق المساواة في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري (٢١).

أدى التحسين الأخير لعلاج الأطفال إلى زيادة في كبت الحمل الفيروسي بين الأطفال الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية

بالنسبة للكثير من الوباء، كانت خيارات علاج فيروس نقص المناعة البشري للأطفال محدودة أكثر من البالغين. وقد تغير ذلك في السنوات الأخيرة، حيث أدت الجهود المتضافرة لتكوين استراتيجية والتركيز على تحسين خيارات علاج الأطفال إلى ظهور مجموعة واسعة من العلاج المضاد للفيروسات القهقرية المناسبة للعمر، للرضع والأطفال الأكبر سنا (شكل ٣،٧).

وتشمل خيارات العلاج للأطفال في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل الآن المواد القابلة للتشتت، والأقراص الصغيرة، والتركيبات الأخرى (مثل الحبيبات، والكريات، والرشاشات).[٣] وقد حلت هذه الخيارات الأكثر ملاءمة للأطفال محل التركيبات السابقة التي غالبا ما كان من الصعب إدارتها وكان استساغها ضعيفا، مما أدى إلى خيارات علاج محدودة وغير مناسبة للأطفال الصغار جدا.

تستخدم المزيد من البلدان الأنظمة العلاجية المستندة إلى دولوتغرافير للأطفال، حيث اشترت ٤٥ دولة أنظمة قائمة على دولوتغرافير اعتبارا من يوليو ٢٠٢٢. وتساعد هذه الأنظمة القائمة على دولوتغرافير التي يمكن تحملها بشكل أكبر في الجهود المبذولة للاحتفاظ بالأطفال في علاج فيروس نقص المناعة البشري عند الأطفال. وفي عام ٢٠٢٢، وافقت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية على تركيبة دولوتغرافير ثابتة الجرعة وقابلة للتشتت للأطفال الذين يتراوح وزنهم بين ١٠ و٢٥ كجم.

وتمشيا مع توصيات منظمة الصحة العالمية الموحدة، اعتمدت جمهورية تنزانيا المتحدة نظاما قائما على دولوتغرافير كخيار الخط الأول لجميع الأطفال الذين تزيد أعمارهم على ٤ أسابيع ويزنون أكثر من ٣ كيلوجرامات (١٩). ولاحظت دراسة حديثة لتقييم التزام وفعالية وسلامة هذه الأنظمة بين الأطفال والمراهقين المصابين بفيروس نقص المناعة البشري أن ٧٠،٢ ٪ من المرضى لديهم حمولة فيروسية غير قابلة للكشف بعد ستة أشهر من بدء نظامهم (٢٠).

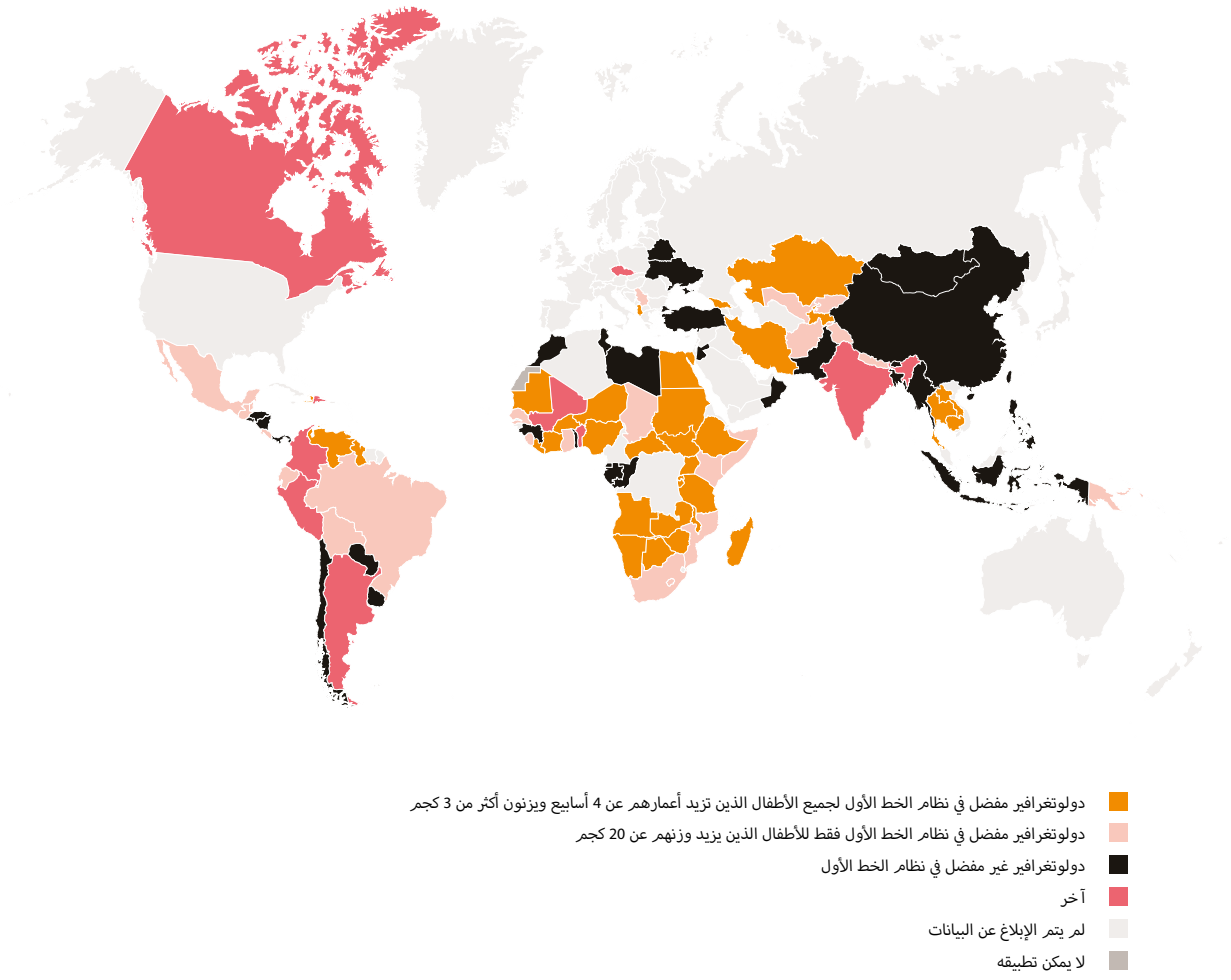
٦٠

بلدا توصي بالنظم المستندة إلى دولوتغرافير للأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري اعتبارا من يوليو ٢٠٢٢

يجب توسيع نطاق تقديم اختبار فيروس نقص المناعة البشري للنساء قبل الحمل في البلدان ذات العبء المرتفع للفيروس، مع التركيز على تقديم اختبار الفيروس المتكرر أثناء الحمل وبعد الولادة.

٣ المادة القابلة للتشتت هي قرص يتفكك في الماء أو في سائل آخر.

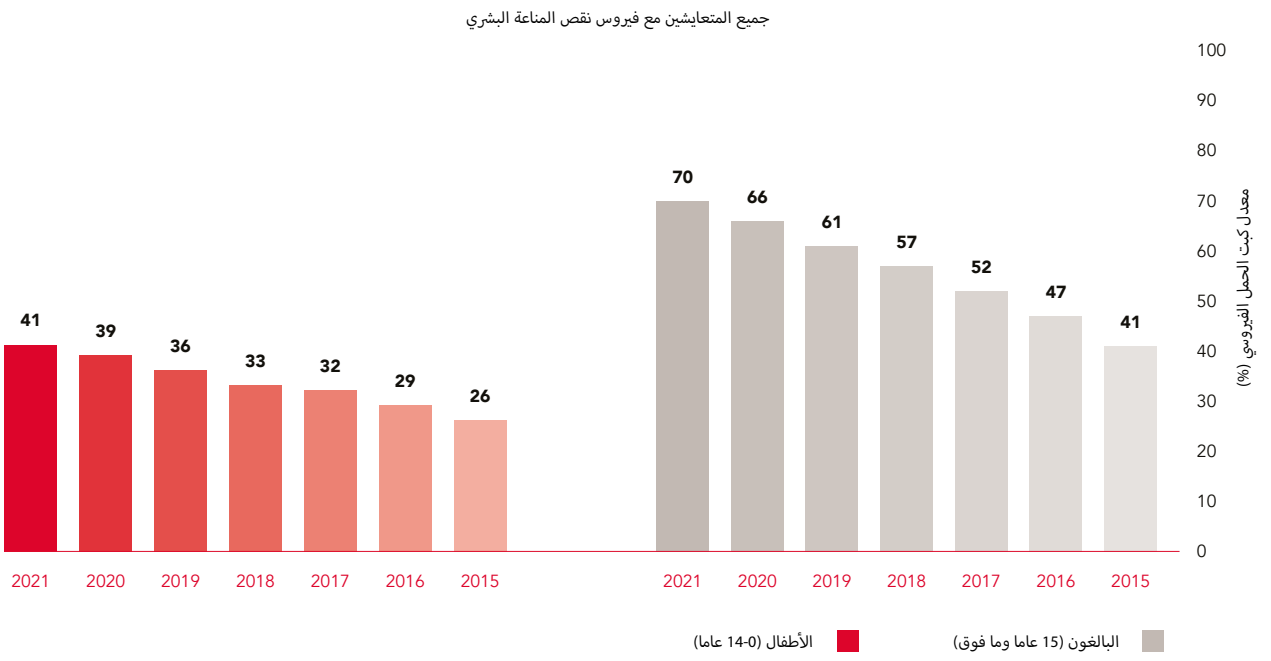
شكل ٣،٧ اعتماد أنظمة دولوتغرافير كخيار علاجي مفضل في الإرشادات الوطنية لجميع الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، على مستوى العالم، يوليو ٢٠٢٢

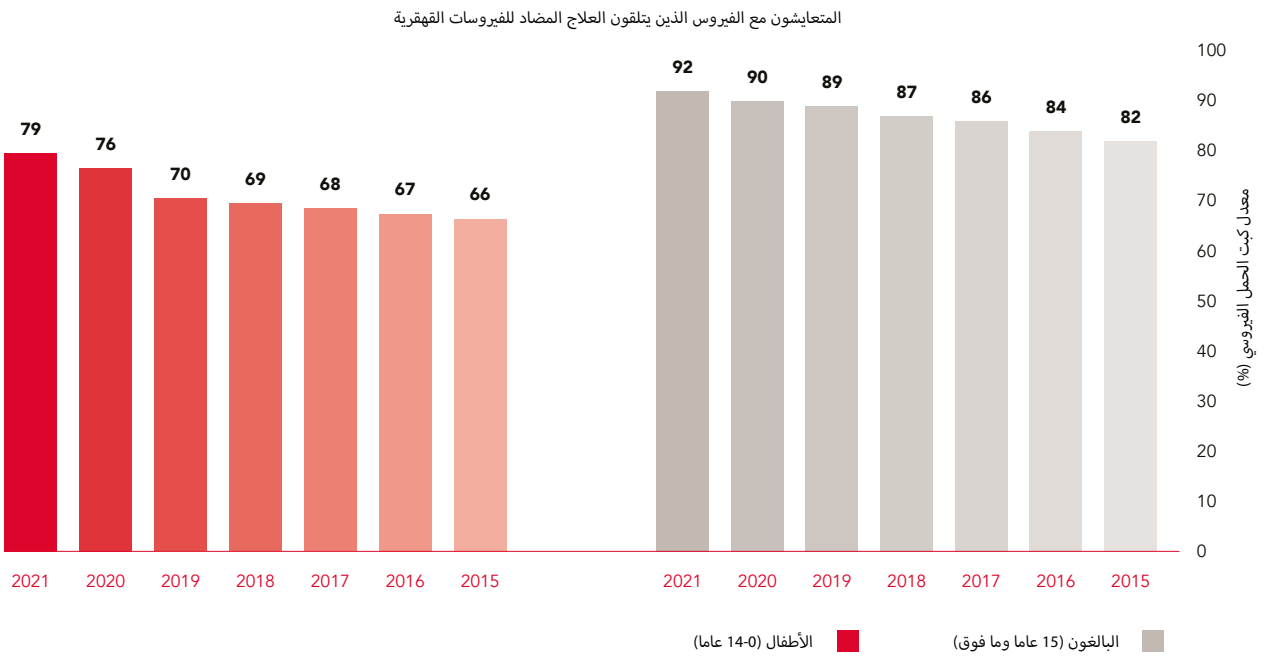


المصدر: رصد الإيدز العالمي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/)؛
البرامج العالمية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري والتهاب الكبد، والأمراض المنقولة جنسيا (HSS). جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٢٢.

لقد أدى التوسع في النظم العلاجية التي يسهل تناولها والملائمة للأطفال إلى ارتفاع معدلات كبت الحمل الفيروسي بين الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والذين يتلقون العلاج - وهو خبر سار مهم في وقت ظل فيه التقدم في جدول أعمال فيروس نقص المناعة البشري للأطفال الأوسع نطاقا راكدا.

شكل ٣،٨ معدل كبت الحمل الفيروسي بين البالغين (١٥ عاما وما فوق) والأطفال (٠-١٤ عاما) المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري حسب حالة العلاج، على مستوى العالم، ٢٠١٥-٢٠٢١





المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ (https://aidsinfo.unaids.org/).

وفي حين أن هذه الزيادات في معدلات كبت الحمل الفيروسي بين الأطفال هي موضع ترحيب، فإن اللامساواة في كبت الحمل الفيروسي لا تزال قائمة بين الأطفال والبالغين. ففي عام ٢٠٢١ حقق ٧٩٪ من الأطفال الذين يتلقون علاجا لفيروس نقص المناعة البشري كبت الحمل الفيروسي، مقارنة بـ ٩٢٪ من البالغين الذين تلقوا علاجا للفيروس (شكل ٣،٨).

وسيتطلب إغلاق هذه الفوارق في معدلات كبت الحمل الفيروسي مناهج متعددة. وتحتاج المجتمعات إلى المشاركة بشكل أفضل في الجهود المبذولة لتعزيز الوصول إلى العلاج الجيد والنتائج للأطفال، ولضمان عدم إهمال أي طفل. كما يجب التغلب على الحواجز الإقليمية، مثل العقبات التنظيمية للموافقة على أنظمة طب الأطفال المستندة إلى دولوتغرافير.

٪٢١

من الأطفال الذين يتلقون علاجا لفيروس نقص المناعة البشري لم يحققوا كبت الحمل الفيروسي

وأخيرا، يعد التغلب على الحواجز الهيكلية - مثل متطلبات موافقة الوالدين، والوصم والتمييز، والقوانين التي تجرم الفئات السكانية الرئيسية - أمرا بالغ الأهمية لضمان تمكن جميع الأشخاص الذين لديهم إمكانيات إنجاب أطفال وشركائهم من الوصول إلى الخدمات التي يحتاجون إليها لحماية صحتهم ورفاههم ورفاهية أسرهم.

وهناك حاجة أيضا إلى استثمارات إضافية في الأبحاث لتعزيز أجندة تحسين علاج الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشري. وهذا يشمل البحث عن طرق جديدة لتوصيل الأدوية للرضع والأطفال (مثل اللاصقات)، وتطوير أنظمة أكثر مرونة، وتقييم نماذج تقديم الخدمات المبتكرة، وإنشاء استراتيجيات الدعم النفسي والاجتماعي والأسري، وبدء البرامج المصممة خصيصا.

UNAIDS/E.ECHWALU©

الشما كريواوا، طفل سلبي لفيروس نقص المناعة البشري مع والديه الإيجابيين للفيروس، خارج مستشفى ميلد ماي في كمبالا، أوغندا، أكتوبر ٢٠١٩.

المراجع

١. Brittain K, Teasdale CA, Ngeno B, Odondi J, Ochanda B, Brown K et al. Improving retention in antenatal and postnatal care: a systematic review to inform strategies for adolescents and young women living with HIV. J Int AIDS Soc. 2021;24:e25770.

٢. 2021 HIV market report. Issue 12, October 2021. Boston (MA): Clinton Health Access Initiative (CHAI); 2022.

٣. Davies MA, Kalk E. Provider-initiated HIV testing and counseling for children. PLoS Med. 2014;11:e1001650.

٤. Ahmed S, Sabelli RA, Simon K, Rosenberg NE, Kavuta E, Harawa M et al. Index case finding facilitates identification and linkage to care of children and young persons living with HIV/AIDS in Malawi. Trop Med Int Health. 2017;22:1021-9.

٥. Global Commission on HIV and the Law. Risks, rights & health. New York (NY): UNDP; 2012

٦. Global Commission on HIV and the Law. Risks, rights & health. 2018 supplement. New York (NY): UNDP; 2018.

٧. Gesesew HA, Tesfay Gebremedhin AT, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12(3):e0173928.

٨. Lyatuu GW, Mwashemele SZ, Urrio R, Naburi H, Kashmir N, Machumi L. Long-term virological outcomes in women who started option B+ care during pregnancy for prevention of mother-to-child transmission of HIV in Dat es Salaam, Tanzania: a cohort study. Lancet HIV. 2021;8:e256-e265.

٩. Davey DLJ, Bekker LG, Gorbach PM, Coates TJ, Myer L. Delivering preexposure prophylaxis to pregnant and breastfeeding women in sub-Saharan Africa: the implementation science frontier. AIDS. 2017;31:2193-7.

١٠. Siedman DL, Weber S, Cohan D. Offering pre-exposure prophylaxis for HIV prevention to pregnant and postpartum women: a clinical approach. J Int AIDS Soc. 2017;20(Supp 1):21295.

١١. Heffron R, Pintye J, Matthews LT, Weber S, Mugo N. PrEP as peri-conceptions HIV prevention for women and men. Curr HIV/AIDS Rep. 2016;13:131-9.

١٢. Haas AD, Msukwa MT, Egger M, Tenthani L, Tweya H, Jahn A et al. Adherence to antiretroviral therapy during and after pregnancy: cohort study on women receiving care in Malawi's Option B+ program. Clin Infect Dis. 2016;63:1227-35.

١٣. Haas AD, Tenthani L, Msukwa MT, Tal K, Jahn A, Gadabu OJ et al. Retention in care during the first 3 years of antiretroviral therapy for women in Malawi's option B+ programme: an observational cohort study. Lancet HIV. 2016;3:e175-e182.

١٤. Decler S. Rempis E, Schnack A, Braun V, Rubaihayo J, Busingye P et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV: postpartum adherence to Option B+ until 18 months in western Uganda. PLoS One. 2017;12:e0179448.

١٥. Larsen A, Magasana V, Dihn TH, Ngandu N, Lombard C, Cheyip M et al. Longitudinal adherence to maternal antiretroviral therapy and infant nevirapine prophylaxis from 6 weeks to 18 months postpartum amongst a cohort of mothers and infants in South Africa. BMC Infect Dis. 2019;19(Supp. 1):789.

١٦. Ambia J, Mandala J. A systematic review of interventions to improve prevention of mother-to-child HIV transmission service delivery and promote and retention. J Int AiDS Soc. 2016;19:20309.

١٧. 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).

١٨. McKinnon B, Vandermorris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in subSaharan Africa: a propensity-score matched study. Bull World Health Organ. 2018;97:42-50.

١٩. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: WHO; 2019 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.15).

٢٠. Mutagonda RF, Mluyja HJ, Maganda BA, Kamuhabwa AAR. Adherence, effectiveness and safety of dolutegravir based antiretroviral regimens among HIV infected children and adolescents in Tanzania. J Int Assoc Provid AIDS Care. 2022;21:23259582221109613.

٢١. Addressing inequities in the global response. Children, adolescents and AIDS in 2022. New York; UNICEF; 2022.

حشد الموارد اللازمة للقضاء على الإيدز

إذا كنا نأمل في تنشيط الاستجابة للإيدز والوفاء بوعدنا بإنهاء الإيدز كتهديد للصحة العامة بحلول عام ٢٠٣٠، فليس لدينا خيار آخر سوى تعبئة الموارد اللازمة لذلك.

كان مبلغ ٢١،٤ مليار دولار أمريكي (بالقيمة الثابتة للدولار الأمريكي لعام ٢٠١٩) المتاح لفيروس نقص المناعة البشري في عام ٢٠٢١ أقل من مبلغ ٢٩،٣ مليار دولار أمريكي المطلوب في عام ٢٠٢٥. ويُعتبر تمويل الوقاية من الفيروس بين الفئات السكانية الرئيسية المعرضة لخطر الإصابة به هو فجوة الموارد المشتركة في جميع المناطق تقريبا. وقد تم تخصيص ٣٪ في المتوسط من إجمالي الإنفاق على الفيروس للوقاية وبرامج التمكين المجتمعي للفئات السكانية الرئيسية من قبل البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في عام ٢٠٢١. وهذه الحصة من الإنفاق على الفيروس يجب أن ترتفع إلى ٢١٪ بحلول عام ٢٠٢٥.

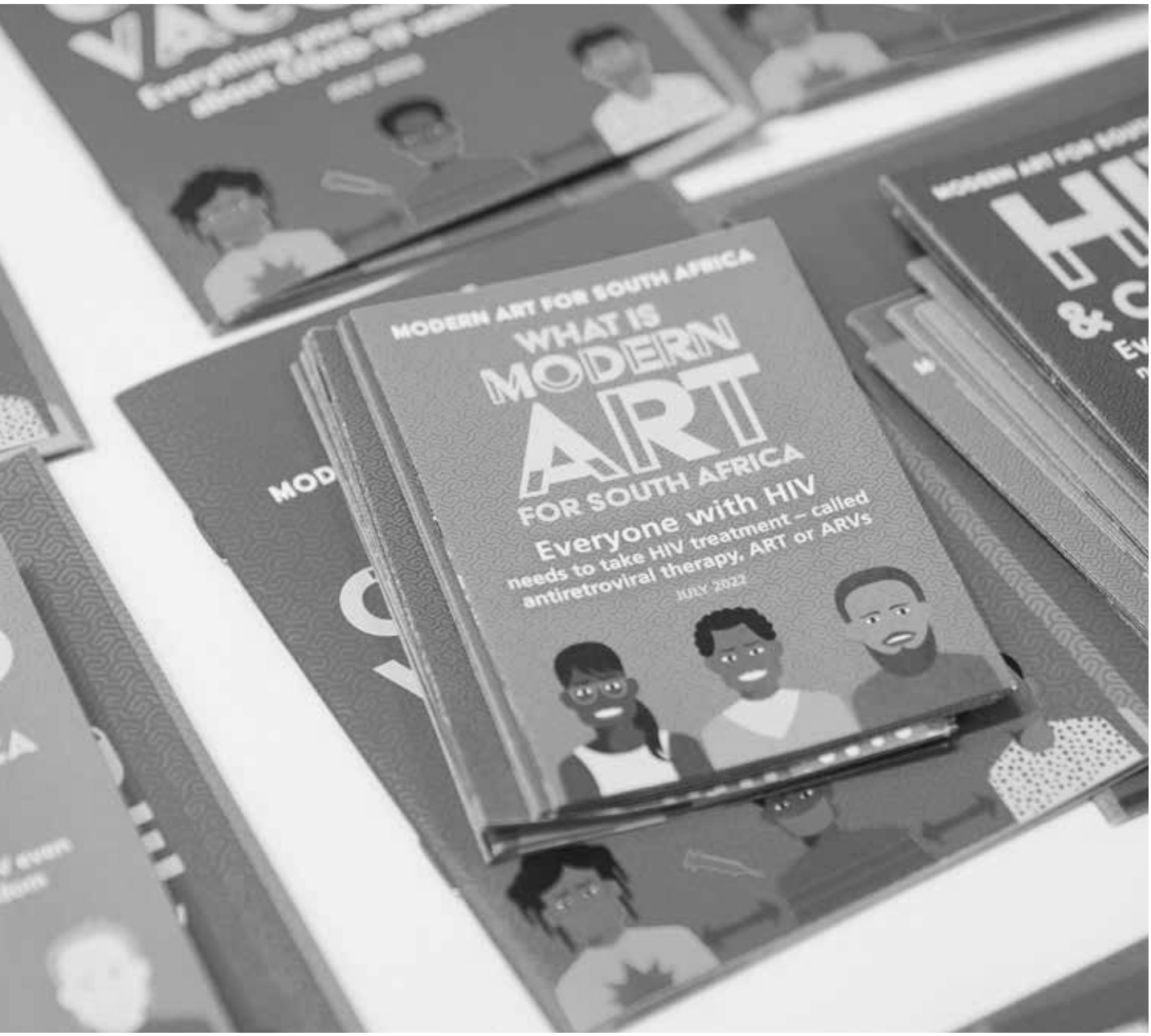
وتوضح الاستراتيجية العالمية للإيدز ٢٠٢١-٢٠٢٦ أننا بحاجة إلى مزيد من الموارد لوضع الاستجابة للإيدز على المسار الصحيح. وبدون استثمارات جديدة وإرادة سياسية لجعل الاستجابة أكثر مساواة، سيظل السكان الذين هم في أمس الحاجة مُهملين من قبل الاستجابة للإيدز. ويشمل هذا الأطفال، والنساء والفتيات، في العالم، والسكان الأكثر تهميشا، ولا سيما الفئات السكانية الرئيسية. وبدون موارد جديدة، لن يتم الاستفادة بشكل كامل من أنظمة المجتمع التي أثبتت أهميتها في الحفاظ على خدمات فيروس نقص المناعة البشري أثناء جائحة كوفيد-١٩ لضمان المساواة في الوصول إلى الخدمات، بما في ذلك الفئات الأكثر ضعفا. وبدون موارد جديدة، ستضيع القدرات المطلوبة في البلدان لدعم تنفيذ البرامج التحويلية. وبدون موارد جديدة، من غير المرجح القيام باستثمارات محورية في برامج حقوق الإنسان. وبعبارة أخرى، بدون استثمارات جديدة وفعالة، سيفشل العالم في تحقيق هدفه المتمثل في القضاء على الإيدز بحلول عام ٢٠٣٠.

تقديم العلاج المضاد للفيروسات القهقرية المنقذ للحياة في جمهورية فنزويلا البوليفارية، ٢٠٢٢.

UNAIDS©

نحن بحاجة إلى موارد مركزة لبناء أنظمة البيانات الدقيقة التي يمكنها تحديد أوجه اللامساواة الحرجة، وتنفيذ البرامج المصممة للمجتمع للوصول إلى أولئك الذين تم إهمالهم حاليا ومعالجة العوامل المجتمعية التي تزيد من قابلية الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري وتقلل من قدرة الناس على الوصول إلى الخدمات الأساسية.

ويتطلب التركيز على معالجة اللامساواة وسد فجوة التمويل تحولا في كل من تخصيص وحجم استثمارات فيروس نقص المناعة البشري لتلبية الاحتياجات المحددة لمختلف البلدان والمجتمعات. ويدعم التمويل الحالي للفيروس العلاج المضاد للفيروسات القهقرية مدى الحياة لما يقرب من ٢٩ مليون شخص وتوسيع نطاق العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى والتدخلات الوقائية الأخرى عالية التأثير للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالفيروس. كما أنه يساعد الجهود متعددة القطاعات للحد من تعرض المراهقات والشابات للإصابة بالفيروس - وهي مجموعة شهدت إصابة شخص واحد على مستوى العالم بفيروس نقص المناعة البشري كل دقيقتين في عام ٢٠٢١.



UNAIDS©

عرض مواد الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري في مؤتمر الإيدز ٢٠٢٢، مونتريال، كندا، ٣٠ يوليو ٢٠٢٢.

الهزات الاقتصادية تهدد قدرة العالم على تعبئة الموارد الأساسية لمكافحة الإيدز

وعلى الرغم من هذا الإلحاح، فإن الحاجة إلى تعبئة موارد جديدة ومتزايدة للاستجابة للإيدز تواجه تحديات رهيبة. فقد هزت الصدمات المتعددة الاقتصاد العالمي، بما في ذلك آثار جائحة كوفيد-١٩ المستمرة والصراعات المستمرة، مثل الحرب في أوكرانيا. وقد ساهمت هذه الصدمات في قيام العديد من المانحين الثنائيين الرئيسيين بتقليل المساعدة الدولية، بما في ذلك الاستجابة للإيدز.

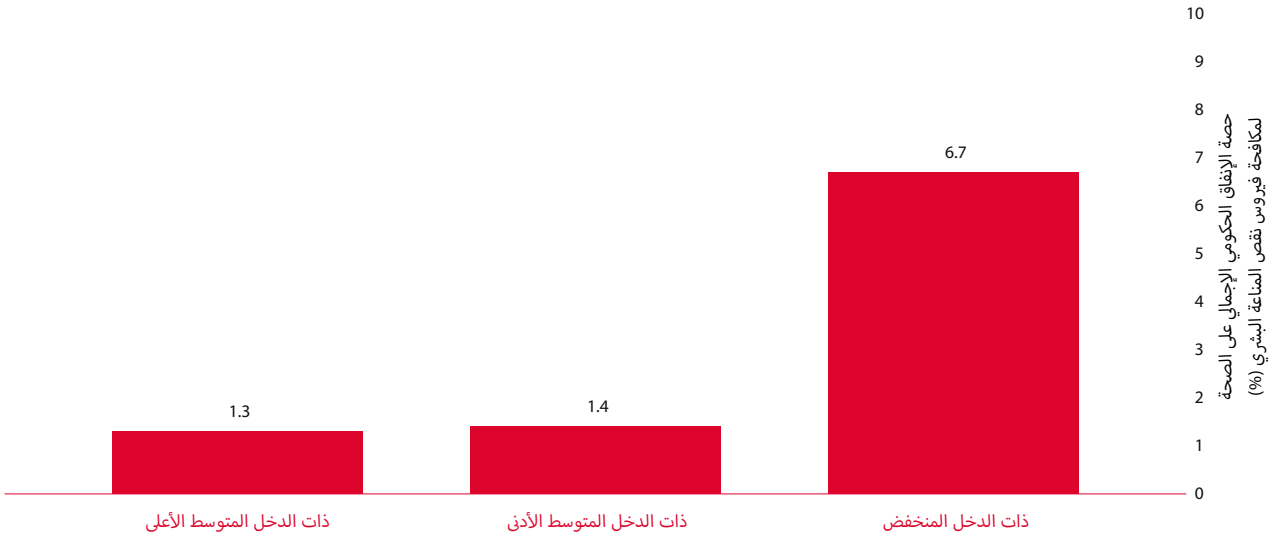
وساهمت هذه الصدمات في ارتفاع معدلات التضخم بكثير عما كان متوقعا، مما أثر على البلدان من جميع مستويات الدخل، وبعضها يعاني من مستويات تضخم غير مسبوقة منذ جيلين. ويتباطأ الاقتصاد العالمي أكثر بكثير مما كان متوقعا، حيث يُتوقع أن يكون لكل من الاقتصادات المتقدمة والنامية معدلات نمو أقل بكثير في عام ٢٠٢٣ (٣٫٠٨٪ و٢٫٣٪ على التوالي) مما كان متوقعا في الأصل (١).

ومن المحتمل أن يكون لهذه العوامل مجتمعة تأثير واضح على قدرة البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل على الاستثمار في برامج الإيدز والبرامج الصحية الأخرى. ويشكل فيروس نقص المناعة البشري عبئا صحيا كبيرا في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، ويلعب الإنفاق العام المحلي على الفيروس دورا مهما في التمويل الإجمالي لإنفاقها على الصحة. وهذا هو الحال بشكل خاص في أفريقيا جنوب الصحراء: في حين أن الإنفاق على فيروس نقص المناعة البشري يمثل ٦٫٧ ٪ من إجمالي الإنفاق العام الحكومي على الصحة في البلدان منخفضة الدخل (شكل ٤٫١) ، فإنه يمثل ١٢٪ من الإنفاق الحكومي على الصحة في شرق وجنوب إفريقيا (شكل ٤٫٢).

٪١٢

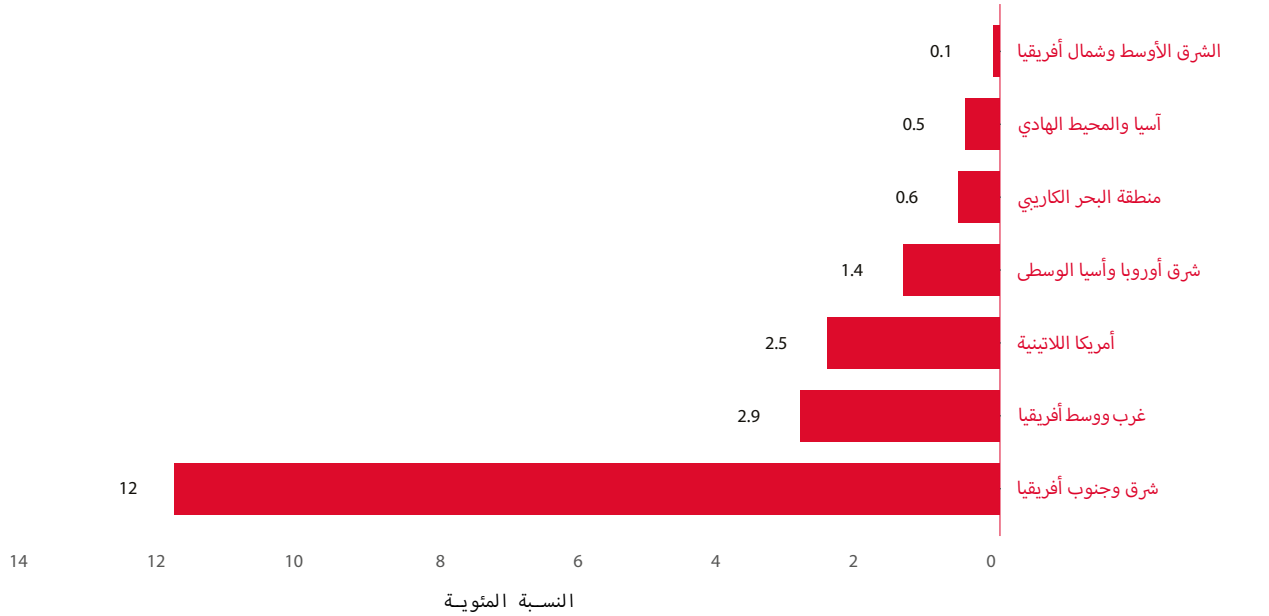
من إجمالي نفقات الحكومة الصحية في شرق وجنوب أفريقيا يتم إنفاقها على فيروس نقص المناعة البشري

شكل ٤٫١ النسبة المئوية للحصة من إجمالي الإنفاق الحكومي العام على الصحة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري، حسب تصنيف دخل البلد، أحدث البيانات المتاحة، ٢٠١٩



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢؛ قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية للإنفاق الصحي العالمي. في: منظمة الصحة العالمية [الإنترنت]. ١٥ نوفمبر ٢٠٢٢. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ (https://apps.who.int/nha/database).

شكل ٤،٢ النسبة المئوية للحصة من إجمالي الإنفاق الحكومي العام على الصحة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري، حسب المنطقة، أحدث البيانات المتاحة



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢؛ قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية للإنفاق الصحي العالمي. في: منظمة الصحة العالمية [الإنترنت]. ١٥ نوفمبر ٢٠٢٢. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٢٢c (https://apps.who.int/nha/database).

ووفقا للبنك الدولي، فإن بلدا واحدا فقط من كل ثلاثة بلدان سيرى إنفاقه الصحي يرتفع بشكل كبير عن مستويات ما قبل كوفيد بحلول عام ٢٠٢٧، مع تصنيف غالبية هذه البلدان على أنها عالية الدخل (٢).

وتؤدي أزمة الديون المتفاقمة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل إلى تقليص قدرة الحكومات على الاستثمار في الصحة. ففي عام ٢٠١٩، أنفقت ٧٣ دولة منخفضة ومتوسطة الدخل تعاني من مشاكل الديون أربعة أضعاف على سداد الديون مقارنة بالصحة، وفي المتوسط، ارتفعت مستويات الدين العام في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من ٥٥٪ إلى ٦٣،٨٪ من الناتج المحلي الإجمالي بين عامي ٢٠١٩ و٢٠٢٠ (٣).

يتوقع البنك الدولي أن الإنفاق على الصحة سينخفض خلال السنوات الخمس المقبلة في دولتين من أصل ثلاثة بلدان.

يجب على البلدان أن تستجمع الإرادة السياسية للقيام باستثمارات أساسية في مجال الإيدز

على الرغم من أن البيئة السياسية والاقتصادية العالمية تطرح تحديات غير عادية، إلا أن هناك حاجة لاتخاذ إجراءات عاجلة لحماية الإنفاق على الصحة واستخدام وسائل مبتكرة لتعبئة موارد جديدة لمكافحة الإيدز وللصحة. ومن خلال التمويل الكامل لأهداف الموارد لعام ٢٠٢٥ واستخدام هذه الموارد لتنفيذ الاستراتيجية بكفاءة، يمكن وقف النمو السنوي في الاحتياجات من الموارد بعد عام ٢٠٢٥ (٤). وبينما تواجه الحكومات حتما قرارات صعبة في هذه البيئة، يجب ألا تضحي خيارات الميزانية بصحة الناس ورفاههم - خاصة تلك الفئات السكانية الضعيفة الأكثر تضررا من عدم المساواة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري. كما يجب إعطاء الأولوية للاستجابات الصحية والوبائية خلال هذه الفترة الصعبة.

ويشير تحليل جديد لاتجاهات التمويل إلى أنه في العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، لا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء، تمت تلبية الزيادات في التمويل الثنائي من خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز والتمويل متعدد الأطراف من الصندوق العالمي من خلال زيادة المساهمات المالية المحلية لفيروس نقص المناعة البشري (انظر مربع ٣).

ويلزم اتخاذ إجراءات فورية لتوسيع الحيز المالي للاستثمارات الصحية في البلدان منخفضة الدخل والبلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى من أجل تلبية الحاجة الملحة للاستثمارات لوضع الاستجابة للإيدز على المسار الصحيح. وتشمل هذه إعفاءات كبيرة من الديون. ويجب الاستفادة من الآليات القائمة - بما في ذلك بنوك التنمية وإعادة تخصيص حقوق السحب الخاصة - بشكل كامل لحماية وزيادة بناء الاستثمارات الصحية جنبا إلى جنب مع أولويات التنمية الملحة الأخرى، مثل التعليم، والتغير المناخي، والأمن الغذائي. وتحتاج أنظمة الضرائب الوطنية إلى الإصلاح لتحسين تحصيل الإيرادات، كما ينبغي تنفيذ أدوات الضرائب الصحية المخصصة.

UNAIDS©

مربع ٣

تقابل الزيادة في الصندوق العالمي وتمويل خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز من خلال زيادة الاستثمارات المحلية لفيروس نقص المناعة البشري في غالبية البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل

تأسس الصندوق العالمي في عام ٢٠٠٢، وهو أكبر مصدر للتمويل متعدد الأطراف للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري، وقد قدم ٢٩٪ من إجمالي التمويل الدولي للفيروس في عام ٢٠٢١. وتظل حكومة الولايات المتحدة أكبر مصدر تمويل ثنائي وأكثرها اتساقا لبرامج فيروس نقص المناعة البشري العالمية من خلال خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز، التي تم إطلاقها في عام ٢٠٠٣، والتي توفر ٥٦٪ من إجمالي التمويل الدولي لمكافحة الفيروس في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وتساهم خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي معا بنسبة ٨٥٪ من إجمالي التمويل الخارجي للفيروس في هذه البلدان. وقد كان تأثير هذه الاستثمارات تحويليا، حيث ساهم في التقدم الوطني واستفاد من الاستثمارات الإضافية في عدد متزايد من البلدان، التي تزيد من الموارد المحلية للفيروس للحفاظ على تأثير التمويل الخارجي وتعزيزه.

وتستمر غالبية البلدان المدعومة من خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي في الاعتماد على مصادر التمويل الخارجية لفيروس نقص المناعة البشري: بين عامي ٢٠١٨ و٢٠٢١، اعتمدت ٥١٪ من ٤٨ دولة مدعومة أبلغت عن أحدث البيانات المتاحة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز على الموارد الخارجية لأكثر من ٧٠٪ من الاستجابات الخاصة بالفيروس. ومع ذلك، يمكن ملاحظة الاتجاهات الإيجابية في ٢٠ دولة من أصل ٣٢ دولة لديها بيانات سلاسل زمنية متاحة: بين عامي ٢٠١٨ و٢٠٢١، ارتبطت الزيادات في التمويل الخارجي للفيروس من خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي بزيادات كبيرة في التمويل المحلي من الحكومات الوطنية (جدول ٤٫١). وقد قامت العديد من البلدان الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء التي تعاني من بعض من أعلى أعباء فيروس نقص المناعة البشري على مستوى العالم - بما في ذلك بوتسوانا، وليسوتو، وملاوي، وموزمبيق، وجنوب إفريقيا، وجمهورية تنزانيا المتحدة - بتعبئة مبالغ أعلى باستمرار من التمويل المحلي للفيروس منذ عام ٢٠١٨. وفي بلدان مثل مثل أنغولا وكينيا، حيث انخفضت موارد خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي أو حتى تراجعت، كانت الحكومات الوطنية لا تزال قادرة على زيادة التمويل المحلي للفيروس خلال نفس الفترة. وفي حين أن هناك حاجة إلى تحليل إضافي لفهم أفضل لأسباب قيام بعض البلدان بتخفيض الإنفاق الوطني على الفيروس على الرغم من رؤية زيادات في التمويل الخارجي، يمكن ربط انخفاض الاستثمارات المحلية للفيروس بعوامل الاقتصاد الكلي السلبية العامة، مثل التضخم المفرط وانخفاض قيمة العملة الوطنية، والتي لها تأثير سلبي على الحيز المالي للحكومة.

وبشكل عام، تشير اتجاهات التمويل هذه إلى أنه في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، لا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء، لم تؤد الزيادات في التمويل الثنائي من خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز والتمويل متعدد الأطراف من الصندوق العالمي إلى تفاقم اعتمادها على المصادر الخارجية؛ وبدلا من ذلك، قوبلت بزيادات في المساهمات المالية المحلية لفيروس نقص المناعة البشري.

جدول ٤٫١ اتجاهات الإنفاق المالي لفيروس نقص المناعة البشرية من خطة بيبفار والصندوق العالمي مقابل النفقات المحلية لفيروس نقص المناعة البشرية ، في بلدان مختارة منخفضة ومتوسطة الدخل

	زيادة الإنفاق العام المحلي على فيروس نقص المناعة البشرية من قبل الحكومة الشريكة		خط ثابت أو انخفاض الإنفاق العام المحلي على فيروس نقص المناعة البشرية من قبل الحكومة الشريكة
زيادة في إجمالي الموارد المالية من بيبفار والصندوق العالمي	بوتسوانا جمهورية الدومينيكان السلفادور غانا الهند إندونيسيا كازاخستان ليسوتو ملاوي موزمبيق	نيبال نيجيريا بابوا غينيا الجديدة فيليبيني جنوب أفريقيا جنوب السودان طاجيكستان توجو أوكرانيا جمهورية تنزانيا المتحدة	بوركينا فاسو غواتيمالا قيرغيزستان جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية مالي بنما السنغال تايلاند زامبيا
خط ثابت أو إجمالي ناقص الموارد المالية من بيبفار والصندوق العالمي	أنجولا كينيا		أثيوبيا

ملحوظة: البيانات المالية من خطة بيبفار والصندوق العالمي مقدمة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز من خلال الالتزام بمواءمة التعاون بين خطة بيبفار والصندوق العالمي وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ، والتي تهدف إلى تعزيز تتبع موارد فيروس نقص المناعة البشرية والمواءمة

وجهود المواءمة، يعزز هذا التعاون من إعداد التقارير على المستوى القطري ، والرصد العالمي للإيدز (GAM) ، وتقييمات الإنفاق الوطني على الإيدز (NASAs) ، وعمليات إعداد التقارير المالية للصندوق العالمي وخطة بيبفار بهدف المشاركة في الوقت المناسب وبشكل متسق.

وبيانات عالية الجودة عن إجمالي استثمارات فيروس نقص المناعة البشرية لإرشاد تخطيط البرامج وتخصيص الموارد ، وزيادة كفاءة واستدامة الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية.

يجب توسيع قاعدة المانحين والشركاء في التنمية للإيدز والصحة

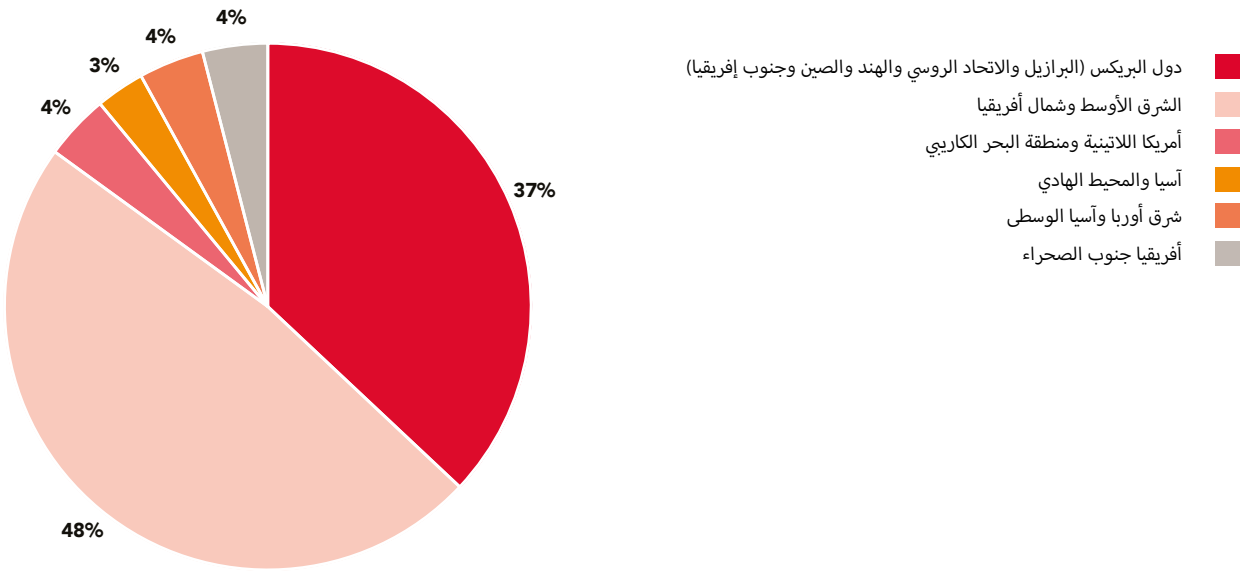
يجب أن تدفع مبادئ التضامن الدولي والمسؤولية المشتركة التي حددت الاستجابة للإيدز العمل خلال هذه الفترة الصعبة. فبالإضافة إلى القيام باستثمارات محلية أساسية، يجب على المجتمع العالمي أيضا تعبئة موارد إضافية لوضع الاستجابة للإيدز على المسار الصحيح. وسيستلزم ذلك زيادة المساهمات من الجهات المانحة التقليدية للمساعدة الإنمائية الرسمية المتعلقة بالصحة.

وسيتطلب سد فجوة التمويل الخاصة بالإيدز زيادة مشاركة شركاء التنمية من خارج منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. واستنادا إلى أحدث البيانات من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، كان إجمالي الموارد الدولية المتاحة لفيروس نقص المناعة البشري أقل بنسبة ٦٪ مما كان عليه في عام ٢٠١٠، وانخفضت المساعدة الإنمائية الرسمية للفيروس من المانحين بخلاف الصندوق العالمي والولايات المتحدة بنسبة ٥٧٪ خلال العقد الماضي (٥). وفي ظل البيئة الحالية للمساعدات الإنمائية الرسمية المقيدة من الحكومات المانحة التقليدية والعوامل الخارجية التي تؤثر على الحيز المالي للبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، من الأهمية بمكان تقييم المساهمات من التعاون بين بلدان الجنوب من البلدان التي ليست جزءا من منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية لجنة المساعدة الإنمائية. واستنادا إلى دراسة مستمرة أجراها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ساهمت هذه البلدان بمبلغ يتراوح بين ١٫٥ مليار دولار أمريكي و٢٫٠ مليار دولار أمريكي للصحة العالمية في عام ٢٠٢٠ (شكل ٤٫٣). ويكشف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز عمله مع البلدان غير الأعضاء في لجنة المساعدة الإنمائية لزيادة مساهماتها في الصحة العالمية والاستجابة للإيدز.

٥٧٪

انخفاض تمويل فيروس نقص المناعة البشري من مانحين آخرين غير الولايات المتحدة في العقد الماضي

شكل ٤٫٣ النسبة المئوية لحصة تمويل المبادرات الصحية العالمية من البلدان غير الأعضاء في لجنة المساعدة الإنمائية، ٢٠٢٠

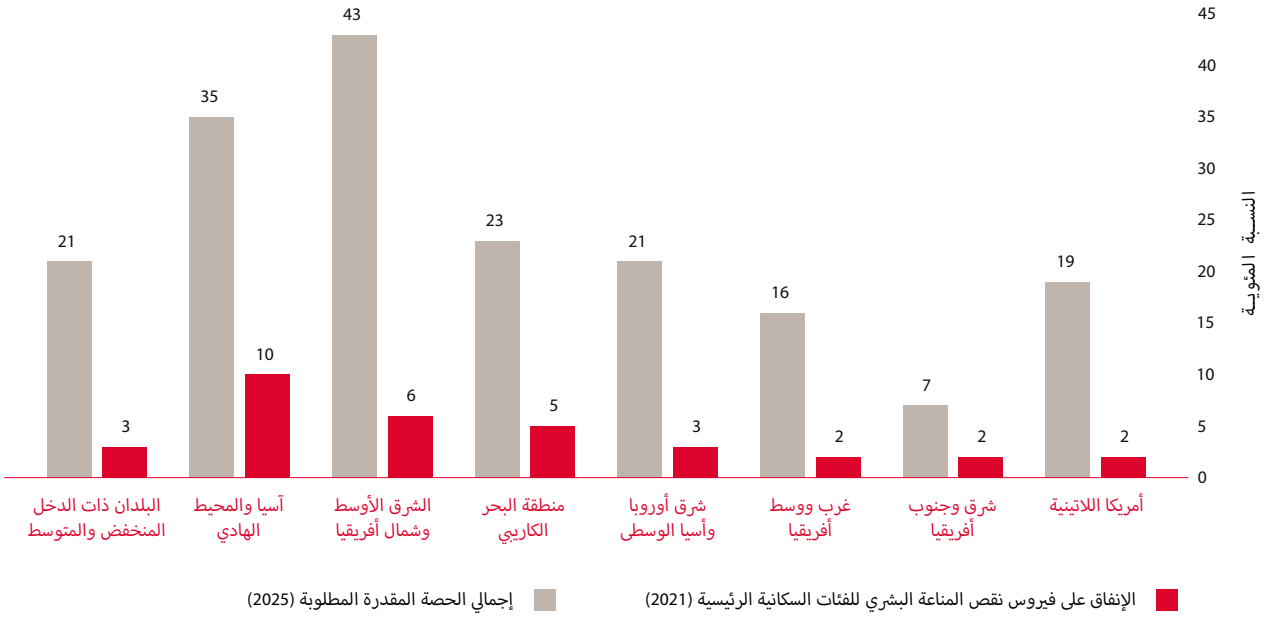


المصدر: تقديرات أولية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز للبلدان غير الأعضاء في لجنة المساعدة الإنمائية، ٢٠٢٢.
ملاحظة: تم استبعاد البلدان المدرجة في إجمالي دول البريكس من الإجمالي المحسوب للمناطق التي تتبعها.

يجب تصحيح أنماط التمويل التي تساهم في التفاوتات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشري

بالإضافة إلى تعبئة الموارد الجديدة المطلوبة لسد التفاوتات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري، هناك حاجة إلى بذل جهود لمعالجة جوانب التمويل الحالي لمكافحة الإيدز التي تسهم في هذه التفاوتات. ومن بين الفجوات الأكثر وضوحا في تمويل الإيدز تلك الخاصة بتدخلات حقوق الإنسان والبرمجة للفئات السكانية الرئيسية. ففي حين تتأثر الفئات السكانية الرئيسية بشكل غير متناسب بوباء الإيدز، هناك فجوة كبيرة في جميع المناطق بين الموارد اللازمة والمبالغ المتاحة للوقاية وبرامج التمكين المجتمعي (شكل ٤،٤).

شكل ٤،٤ النسبة المئوية لإجمالي الإنفاق على فيروس نقص المناعة البشري لبرامج الوقاية والتمكين المجتمعي للفئات السكانية الرئيسية، ٢٠٢١، وإجمالي الحصة المقدرة المطلوبة، ٢٠٢٥، في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط وحسب المنطقة



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢ ؛ رصد الإيدز العالمي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢؛ 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.

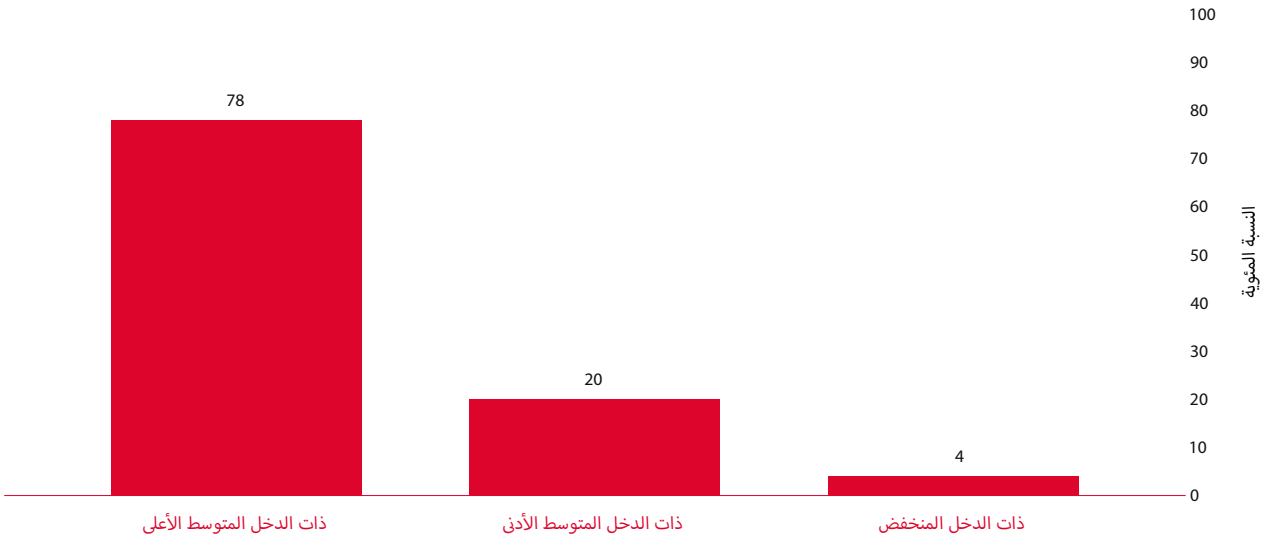
ملحوظة: البيانات مأخوذة من ٦١ بلدا أفادت بأحدث إنفاقها على الوقاية والتدخلات التمكينية المجتمعية. لا يتم تضمين خدمات الاختبار والعلاج.

وحتى عندما تضع الجهات المانحة والبرامج الوطنية أهدافا طموحة للفئات السكانية الرئيسية، فإنها نادرا ما تتابعها بتمويل كافٍ لتحقيقها. على سبيل المثال، وجد تحليل حديث للمجتمع المدني أن البرامج الخاصة بالفئات السكانية الرئيسية تمثل أقل تخصيص للموارد البرنامجية في إطار الاستراتيجية الوطنية لمكافحة الإيدز في أوغندا، على الرغم من أن الفئات السكانية الرئيسية تتأثر بشكل غير متناسب بالوباء (٦).

وتعتبر الاستجابات التي يقودها المجتمع ضرورية لنجاح الاستجابة للإيدز، لا سيما فيما يتعلق بالقضاء على التفاوتات الحرجة، ولكن هذه الاستجابات تعاني من نقص شديد في الموارد؛ في الواقع، نادرا ما يتم تحديد التكاليف والميزانيات للاستجابات التي يقودها المجتمع. كما تعزز الحماية الاجتماعية الشاملة الحساسة لفيروس نقص المناعة البشري من تغطية المتعايشين مع الفيروس والسكان المتضررين؛ من خلال القيام بذلك، يزيد الوصول إلى خدمات الوقاية والعلاج.

تعاني برامج فيروس نقص المناعة البشري للأطفال والمراهقين من نقص مستمر في استثمار الموارد المحلية. فمن بين ٨٧ دولة أبلغت عن إنفاق إجمالي ١٠٨ مليار دولار أمريكي على البرامج التي أفادت الأطفال والمراهقين في عام ٢٠٢١، استمر ٥٤٪ في الاعتماد على التمويل الخارجي لأكثر من نصف هذه التكاليف (شكل ٤،٥).

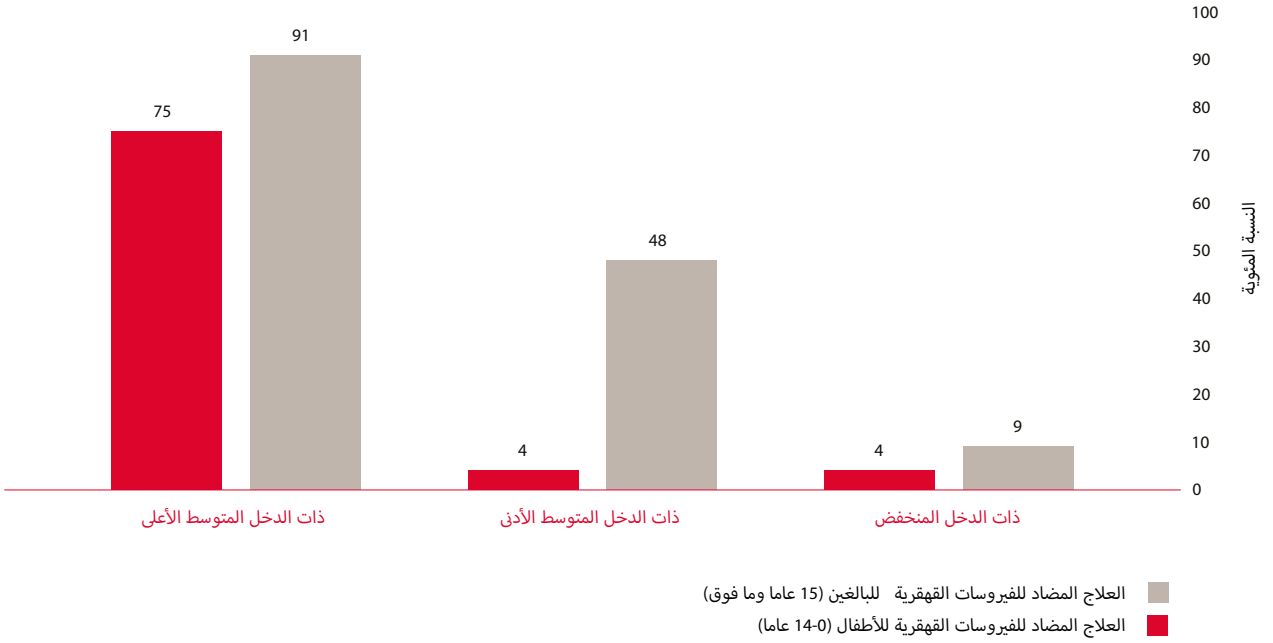
شكل ٤،٥ النسبة المئوية لإجمالي التمويل لبرامج الأطفال والمراهقين من المصادر المحلية، حسب تصنيف الدخل القطري، أحدث البيانات المتاحة (٢٠١٩-٢٠٢١)



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢؛ رصد الإيدز العالمي وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠١٨-٢٠٢٢.

ويكشف تحليل أنماط التمويل لإنهاء الإيدز عند الأطفال عن عمق عدم المساواة في التمويل. وتتبع فجوة علاج فيروس نقص المناعة البشري للأطفال جزئيًا من نقص الاستثمار المستمر في الخدمات للقضاء على الانتقال الرأسي للفيروس. في الماضي، كان أحد العوائق الرئيسية أمام قلة الاستثمار في خدمات العلاج للأطفال هو ارتفاع أسعار الوحدة الواحدة من الأدوية؛ وقد أدى هذا بدوره إلى اعتماد العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل على الموارد الخارجية لتمويل استجابتها للفيروس. ووفقا لأحدث البيانات المتاحة (٢٠١٩-٢٠٢١)، أبلغت البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل عن انخفاض حصة الإنفاق على خدمات علاج الأطفال مقارنة بخدمات علاج الفيروس للبالغين: بينما يغطي التمويل المحلي ٤٨٪ من خدمات علاج الفيروس للبالغين في البلدان المنخفضة الدخل، يصل التمويل المحلي إلى ٤٪ فقط من الإنفاق على علاج الفيروس للأطفال (شكل ٤،٦). وبالمقارنة، فإن الجهات المانحة تغطي ٩٪ من تكاليف علاج البالغين من الفيروس في البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى، بينما تغطي ٢٥٪ من تكاليف علاج الفيروس للأطفال.

شكل ٤،٦ النسبة المئوية لإجمالي التمويل للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية بين البالغين (١٥ عاما وما فوق) والأطفال (٠-١٤ عاما) من المصادر المحلية، حسب تصنيف دخل البلد، أحدث البيانات المتاحة (٢٠١٩-٢٠٢١)

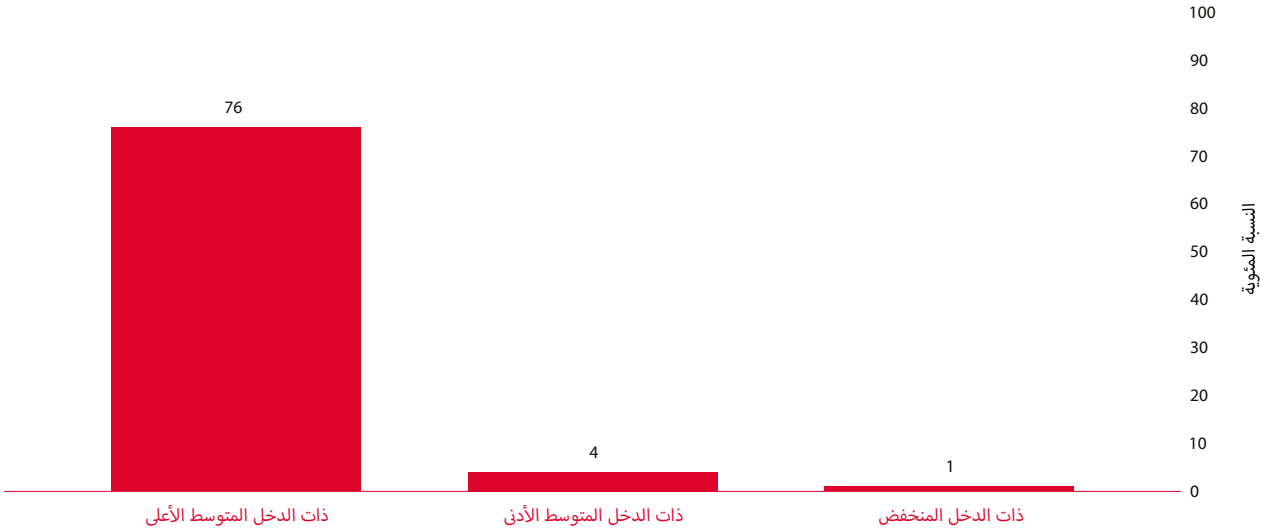


المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢؛ رصد الإيدز العالمي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠١٨-٢٠٢٢.

يمكن تحقيق تخفيضات في أسعار الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والسلع الأساسية الأخرى الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري من خلال إعادة ترتيب أنظمة إدارة المشتريات والإمدادات للاستفادة من وفورات الحجم. ومن المتوقع أن يؤدي ترخيص شركة ViiV مع مجمع براءات اختراع الأدوية لنظام الأطفال القائم على دولوتغرافير إلى خفض تكاليف الشراء بمقدار ثلاثة أرباع (من حوالي ٤٨٠ دولارا أمريكيا لكل طفل إلى ١٢٠ دولارا أمريكيا لكل طفل). وفي عام ٢٠٢١، كان متوسط سعر الأنظمة المختلفة للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية في البلدان منخفضة الدخل ٧٠ دولارا أمريكيا لكل شخص بالغ. كما يتضح نقص الاستثمار من قبل البلدان فيما يتعلق بالتشخيص المبكر للرضع. ويمثل المانحون الدوليون حاليا جميع تكاليف التشخيص المبكر للرضع باستثناء ١٪ في البلدان منخفضة الدخل وجميع هذه التكاليف باستثناء ٤٪ في البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى (شكل ٤،٧). وتغطي البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى ٩١٪ من تكاليف علاج الفيروس لدى البالغين بالموارد المحلية، لكنها لا تغطي سوى ٧٦٪ من تكاليف التشخيص المبكر للرضع.

يمثل المانحون الدوليون حاليا جميع تكاليف التشخيص المبكر للرضع باستثناء ١٪ في البلدان منخفضة الدخل وجميع هذه التكاليف باستثناء ٤٪ في البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى.

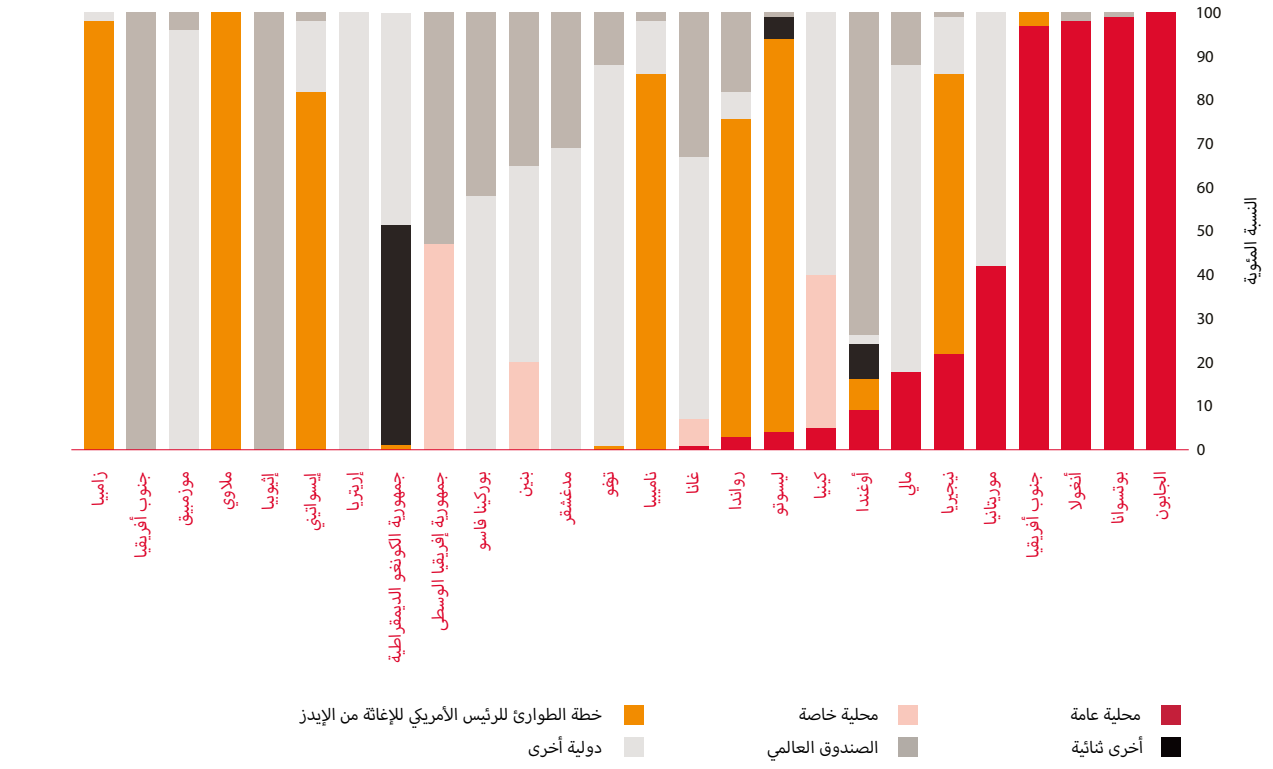
شكل ٤،٧ النسبة المئوية لإجمالي التمويل لبرامج التشخيص المبكر للرضع من المصادر المحلية، حسب تصنيف دخل البلد، أحدث البيانات المتاحة (٢٠١٩-٢٠٢١)



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢؛ رصد الإيدز العالمي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠١٨-٢٠٢٢.

تُظهر خدمات وقاية الأطفال من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري من خلال الانتقال الرأسي نفس النمط: تعتمد جميع البلدان ذات العبء المرتفع لفيروس نقص المناعة البشري في أفريقيا جنوب الصحراء، باستثناء عدد قليل منها، اعتمادا كبيرا على المانحين الخارجيين لتمويل الوقاية من الانتقال الرأسي للفيروس (شكل ٤،٨).

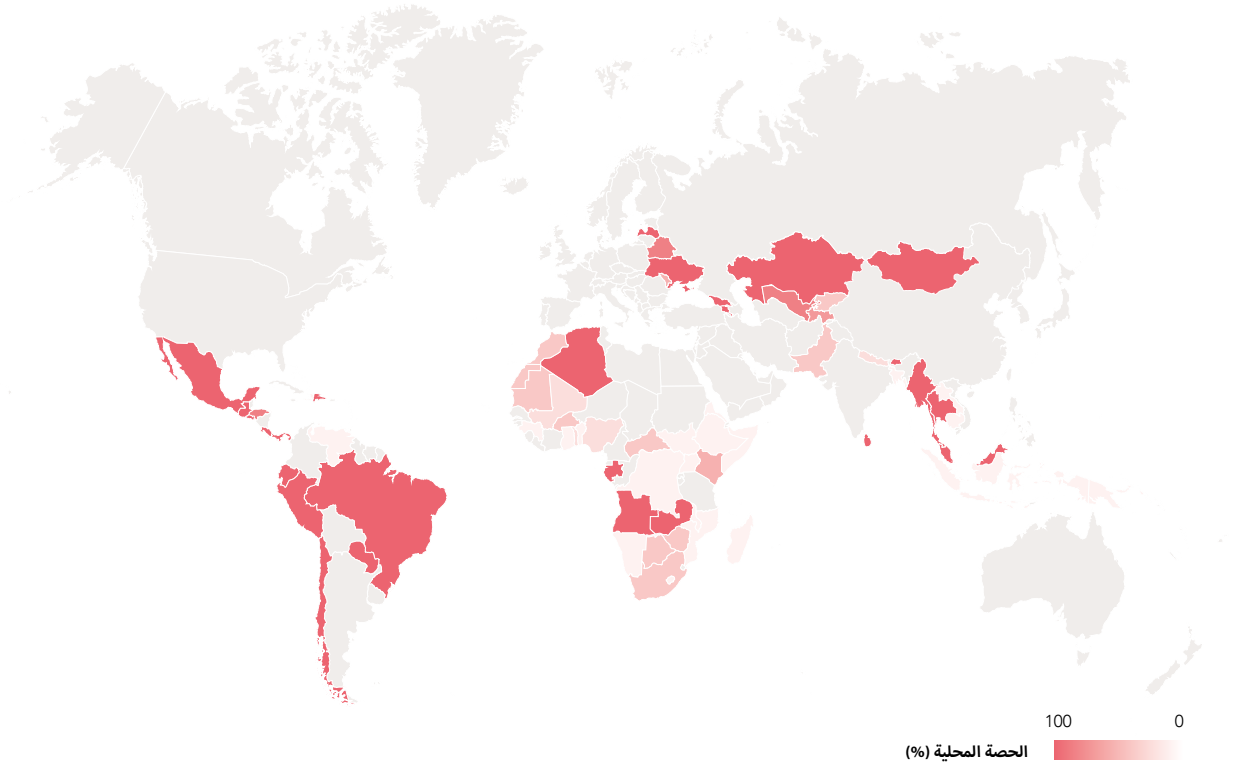
شكل ٤،٨ النسبة المئوية لحصة التمويل للوقاية من الانتقال الرأسي لبرامج فيروس نقص المناعة البشري حسب مصدر التمويل، البلدان الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء، أحدث البيانات المتاحة (٢٠١٩-٢٠٢١)



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢؛ رصد الإيدز العالمي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠١٨-٢٠٢٢.

تحتاج البلدان أيضا إلى تبسيط وتعزيز الاستثمارات في البرامج التي تفيد الشابات والفتيات. ففي عام ٢٠٢١، أبلغت ٧٨ دولة عن إنفاق إجمالي قدره ٦١٠ مليون دولار أمريكي لمثل هذه البرامج، وهو ما يمثل ٥٪ من إجمالي الإنفاق على الإيدز في هذه البلدان (شكل ٤،٩). ولا يزال نصف هذه البلدان يعتمد على التمويل الخارجي لأكثر من ٥٠٪ من استثماراتها التي تفيد النساء (١٥ سنة فما فوق). وبالنسبة للبرامج التي تفيد المراهقات والشابات، غطت المصادر المحلية ٥٢٪ من التكاليف المرتبطة بها.

شكل ٤،٩ النسبة المئوية لحصة التمويل الإجمالي لبرامج النساء والفتيات المراهقات (١٥ عاما وما فوق) من المصادر المحلية، والبلدان المختارة، وأحدث البيانات المتاحة (٢٠١٩ - ٢٠٢١)

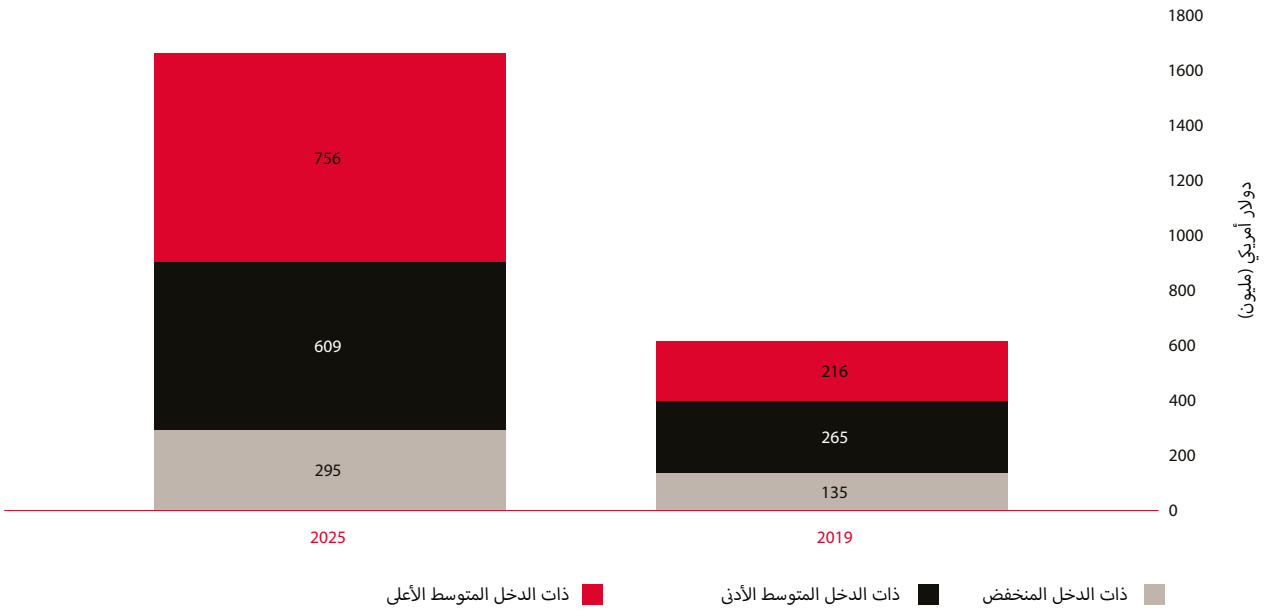


المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢؛ رصد الإيدز العالمي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠١٨-٢٠٢٢..

ويساهم فشل البلدان في إعطاء أولوية البرمجة للنساء والفتيات في نقص الاستثمار الأوسع في مثل هذه البرامج، ويسلط الضوء على التفاوتات الخطيرة في أنماط التمويل. ففي عام ٢٠١٩، مثل تمويل البرامج التي تفيد النساء والفتيات ٣٧٪ فقط من المبالغ المطلوبة بحلول عام ٢٠٢٥ (شكل ٤،١٠).

في عام ٢٠١٩، مثل تمويل البرامج التي تفيد النساء والمراهقات ٣٧٪ فقط من المبالغ المطلوبة بحلول عام ٢٠٢٥.

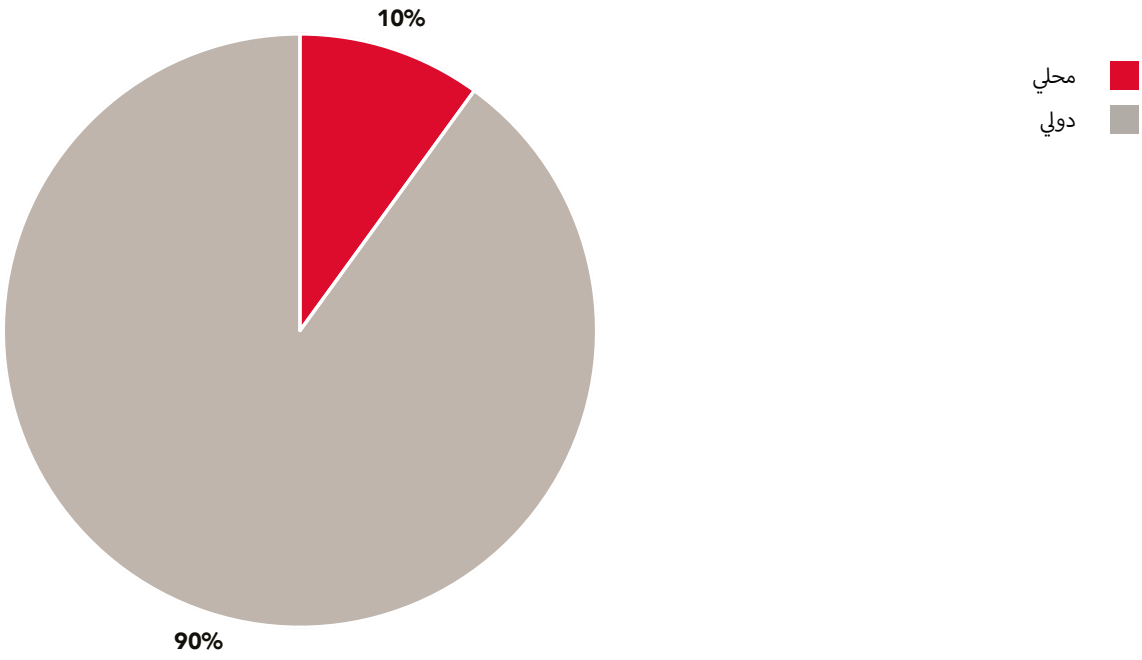
شكل ٤٫١٠ تمويل التدخلات الخاصة بالمراهقات والشابات (١٥-٢٤ عاما)، حسب تصنيف دخل البلد، والموارد المقدرة، ٢٠١٩، والاحتياجات المقدرة من الموارد، ٢٠٢٥



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢؛ 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 ٢٠١٩..

لا يزال ختان الذكور الطبي الطوعي، وهو عنصر أساسي للجمع بين وسائل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، يعتمد بشكل كبير على المصادر الخارجية، والتي تمثل مجتمعة ٩٠٪ من الإنفاق المطلوب (شكل ٤٫١١).

شكل ٤٫١١ النسبة المئوية لحصة التمويل لتدخلات الختان الطبي الطوعي للذكور، حسب مصدر التمويل، أحدث البيانات المتاحة (٢٠١٩-٢٠٢١)



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢٢؛ رصد الإيدز العالمي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠١٨-٢٠٢٢.

ويساهم نقص الاستثمار المحلي في الجوانب الأساسية للاستجابة للإيدز في التفاوتات التي تبطئ التقدم في الاستجابة، ويقوض الجهود المبذولة لوضع الاستجابة على المسار الصحيح للوصول إلى أهداف عام ٢٠٣٠. وفي حين أن العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ستستمر في الاعتماد على المصادر الخارجية لاستجابتها للفيروس، ينبغي أن تشارك مع المانحين الخارجيين لتمويل البرامج الضرورية بالكامل لإنهاء التفاوتات المرتبطة بالفيروس. كما يجب عليهم زيادة مساهماتهم المحلية من أجل استجابة مستدامة ومنصفة للقضاء على الإيدز.

ويعد القضاء على جائحة الإيدز ضرورة أخلاقية وأولوية صحية واقتصادية ملحة تتطلب اتباع نهج منظم متعدد الأطراف (٤). وهناك حاجة ماسة إلى تعزيز الاستجابة المتعددة الأطراف لزيادة الموارد لقطاع الصحة وفيروس نقص المناعة البشري من خلال التمويل متعدد الأطراف، وتخفيف الديون والتركيز على تمويل الصحة وفيروس نقص المناعة البشري - بما في ذلك من خلال الاستثمارات المحلية المستدامة - لضمان المساواة في الوصول إلى الموارد لإنهاء الإيدز وعدم المساواة التي تقف وراءه.

UNAIDS/B.HAMILTON©

المؤتمر السابع لتجديد موارد الصندوق العالمي، نيويورك، الولايات المتحدة، ٢١ سبتمبر ٢٠٢٢.

المراجع

١. World economic outlook update: gloomy and more uncertain. July 2022. Washington (DC): IMF; 2022.

٢. 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. Washington (DC): World Bank; 2022.

٣. A pandemic triad: HIV COVID-19 and debt in developing countries. Geneva: UNAIDS; 2022.

٤. Lamontagne E, Over M, Stover J. The economic returns of ending the AIDS epidemic as a public health threat. Health Policy. 2019 Jan;123(1):104-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.11.007. Epub 2018 Nov 22.

٥. IN DANGER: UNAIDS global AIDS update, 2022. Geneva: UNAIDS; 2022.

٦. Transgender persons and the NSP; a case of the Uganda National HIV/AIDS Strategic Plan 2022–2025. Fem Alliance Uganda (FEM); 2022.

برنامج الأمم المتحدة المشترك
المعني بفيروس نقص المناعة/الإيدز

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org