



EM/RC55/INF.DOC.1

اللجنة الإقليمية  
لشرق المتوسط م/ل 55/وثيقة إعلامية/1

آب/أغسطس 2008

الدورة الخامسة والخمسون

الأصل: بالعربية

البند 4 (أ) من جدول الأعمال

تقرير مرحلي

حول

مرض الإيدز والعدوى بفيروسه

## المحتوى

الصفحة

1. المقدمة مرمى حصول الجميع على خدمات الوقاية من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري (فيروس الإيدز)، ومعالجة ورعاية المصابين بها ومساندتهم ..... 1
2. تقرير عن آخر تطورات الوضع في الإقليم في ما يتعلق بوباء مرض الإيدز والعدوى بفيروسه ..... 1
3. التقدم المحرز في تقوية إجراءات مواجهة القطاع الصحي لوباء مرض الإيدز والعدوى بفيروسه ..... 6
  - 1.3 معالجة ورعاية المصابين بمرض الإيدز أو بعدوى فيروسه ..... 6
  - 2.3 اختبارات تحري العدوى بفيروس الإيدز والتوعية حولها ..... 8
  - 3.3 الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل ..... 9
  - 4.3 المداخلات التي تستهدف أشد السكان تعرضاً للإصابة بالعدوى ..... 10
  - 5.3 تقوية الترصد ..... 11
  - 6.3 مكافحة سائر الأمراض المنقولة جنسياً ..... 12
  - 7.3 حشد الموارد ..... 13
4. الخطط والتحديات المستقبلية ..... 13

## 1. المقدمة: مرمى حصول الجميع على خدمات الوقاية من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري (فيروس الإيدز)، ومعالجة ورعاية المصابين بها ومساندتهم

في عام 2006، وعقب النجاح الذي حققته مبادرة ثلاثة في خمسة (3×5)، أعربت، على الصعيد العالمي الحكومات، ومنظمات المجتمع المدني، والوكالات المشاركة في رعاية برنامج الأمم المتحدة لمكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، عن التزامها بالعمل معاً على حصول الجميع على خدمات الوقاية من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري (فيروس الإيدز)، ومعالجة ورعاية المحتاجين ومساندتهم. وقد قامت منظمة الصحة العالمية، بوصفها وكالة الأمم المتحدة المتخصصة للصحة، والمشاركة في رعاية برنامج الأمم المتحدة لمكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والمسؤولة عن مواجهة القطاع الصحي لمرض الإيدز والعدوى بفيروسه، بوضع أولويات أعمالها التقنية ودعمها للبلدان على أساس خمسة توجُّهات استراتيجية. علماً بأن كلاً من هذه التوجُّهات يمثل مجالاً بالغ الأهمية، يتعيَّن على القطاع الصحي الاستثمار فيه، إذا أريد إحراز تقدُّم ملموس نحو حصول الجميع على خدمات الوقاية. وفي ما يلي التوجُّهات الاستراتيجية الخمسة:

- تمكين الناس من معرفة حالاتهم الصحية في ما يتعلق بعدوى فيروس الإيدز؛
- تعظيم إسهام القطاع الصحي في مجال الوقاية من العدوى بفيروس الإيدز؛
- الإسراع بتوسيع نطاق معالجة ورعاية المصابين بمرض الإيدز أو العدوى بفيروسه؛
- تقوية النظم الصحية وتوسيعها؛
- الاستثمار في المعلومات الاستراتيجية من أجل اتخاذ إجراءات أكثر فعالية في مواجهة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه.

وفي عام 2007، ركز المكتب الإقليمي جهوده على توفير الإرشادات وبناء القدرات في مجال المعلومات الاستراتيجية، مع القيام في الوقت نفسه بدعم البلدان وفقاً لاحتياجاتها الخاصة في مجال تقوية وتوسيع إمكانيات حصول المصابين بعدوى فيروس الإيدز على ما يلزمهم من معالجة ورعاية، وإجراء الاختبارات وتقديم التوعية والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومن تعاطي المخدرات حقناً، وهما عاملان مرتبطان بانتقال العدوى بفيروس الإيدز.

## 2. تقرير عن آخر تطورات الوضع في الإقليم في ما يتعلق بوباء مرض الإيدز والعدوى بفيروسه

بنهاية عام 2007، وصل العدد التقديري للمتعايشين مع العدوى بفيروس الإيدز في إقليم شرق المتوسط 530 000 (420 000 – 700 000)، وحدثت 55 000 (28 000 – 110 000) حالة عدوى جديدة في عام 2007<sup>(1)</sup>. وعلى الرغم من الجهود المبذولة لتعزيز إمكانية الحصول على المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية في الإقليم، بلغت التقديرات الخاصة بالوفيات بين البالغين والأطفال من جراء العدوى بفيروس الإيدز 33 000 (28 000 – 46 000). وفي ضوء ما تعانیه نظم الترصد من ضعف في معظم بلدان الإقليم، تظل الفروق بين هذه التقديرات واسعة<sup>(1)</sup>.

(1) تقرير عن آخر تطورات وباء الإيدز، برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه، 2007.

علمًا بأن الفرق في التقديرات بين عدد حالات المتعاشين مع عدوى فيروس الإيدز خلال العامين 2006 و 2007 (620 000 حالة مقابل 530 000 حالة، على التوالي) وبين عدد الحالات الجديدة للعدوى بفيروس الإيدز (100 000 مقابل 55 000 على التوالي) يُعزى بدرجة كبيرة إلى التوافر المتزايد للمعطيات (البيانات) الموثوقة التي توضع على أساسها التقديرات، وإلى تحسُّن طُرُق تقدير حالات العدوى بالفيروس<sup>(1،2)</sup>. وعليه فإن هذا الانخفاض الظاهر في عدد الحالات، هو انخفاض زائف لا ينبغي تفسيره على أنه انخفاض حقيقي، إذ إنه لا يمكن مقارنة تقديرات عام 2006 بتقديرات عام 2007، نظراً لتغيُّر الطرق المستخدمة في التقدير.

ويقوم المكتب الإقليمي بجمع تقارير فصلية من بلدان الإقليم حول حالات الإصابة بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه. وبنهاية عام 2007، كانت بلدان الإقليم قد أبلغت عن عدد تراكمي من حالات الإيدز بلغ 18 574 حالة (لم تقدِّم جميع البلدان تقارير). علمًا بأن 91٪ من حالات الإيدز المبلَّغة في الإقليم حتى الآن هي بين البالغين؛ و8٪ بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 عاماً، و2٪ بين الأطفال دون الخامسة من العمر، علمًا بأن 29٪ من إجمالي حالات الإيدز التراكمية هي بين الإناث.

ومن إجمالي حالات الإيدز التراكمية المبلَّغة، فإن 31٪ لا يُعرف طُرُز انتقال العدوى بفيروس الإيدز إليها. ومن إجمالي حالات الإيدز المعروفة طُرُز انتقالها، فإن الطُرُز الرئيسي للانتقال هو الجماع (77٪) يليه تعاطي المخدرات بالحقن (11٪)، فنقل الدم (11٪)، فانتقال العدوى من الأم إلى الطفل (2٪). ويعطي **الجدول 1** لمحة عن وضع وباء العدوى بفيروس الإيدز، بحسب البلدان.

ويُقدَّر معدَّل انتشار العدوى بفيروس الإيدز بين البالغين في الإقليم في الفئة العمرية 15 - 49 عاماً بنحو 0.2٪ (0.1 - 0.3٪) اعتباراً من نهاية عام 2007<sup>(1)</sup>. وتتفاوت معدَّلات انتشار العدوى بفيروس الإيدز تفاوتاً كبيراً بين البلدان، بل أيضاً داخل البلد الواحد. وقد ثبت هذا التفاوت في بعض البلدان من خلال المسوحات، باستخدام المنهجية نفسها في مختلف المناطق الجغرافية. فمثلاً، يستخدم المغرب والصومال منذ أكثر من عام، في أماكن مختلفة فيهما، منهجية الترصد المصلي المخفري الغفل وعديم الارتباط للعدوى بفيروس الإيدز والزهري بين متلقيات الرعاية قبل الولادة، وبين مرضى السل والمصابين بالأمراض المنقولة جنسياً. وقد أصبح بإمكان هذين البلدين في الوقت الحالي ملاحظة الفروق في معدَّلات انتشار العدوى بفيروس الإيدز داخل البلد وملاحظة اتجاهاته في المستقبل.

ويُبلغ معظم بلدان الإقليم عن معدَّلات متدنية لوباء العدوى بفيروس الإيدز: >1٪ بالنسبة لمعدَّل انتشار العدوى في عموم السكان، و>5٪ في الفئات المختطرة. وتشمل هذه البلدان الأردن، وأفغانستان، والإمارات العربية المتحدة، وتونس، والجمهورية العربية الليبية، والجمهورية العربية السورية، والجمهورية اليمنية، والعراق، وفلسطين، وقطر، ولبنان، ومصر، والمغرب، والمملكة العربية السعودية. غير أن الترصد البيولوجي المحدود لحالات العدوى بفيروس الإيدز قد يخفي معدلاً أعلى للانتشار بين فئات سكانية معينة ومناطق جغرافية محدَّدة.

(2) التقرير الخاص بوباء العدوى بفيروس الإيدز في العالم. برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، 2006.

ويعاني كل من جيبوتي والسودان وأجزاء من الصومال من أوبئة متعممة، (إذ يبلغ معدّل انتشار العدوى بفيروس الإيدز <math>1\%</math> بين عموم السكان). وتوجد أوبئة مركّزة (إذ يبلغ معدّل الانتشار <math>< 5\%</math>) بين متعاطي المخدرات حقناً، في كل من باكستان، والجمهورية العربية الليبية، وجمهورية إيران الإسلامية. وقد أظهرت معطيات (بيانات) الترسّد الذي أُجري في باكستان في الفترة 2006-2007، بلوغ معدّل الانتشار <math>15.8\%</math> بين متعاطي المخدّرات حقناً<sup>(3)</sup>. وأظهر مسح أُجري في عام 2007 في جمهورية إيران الإسلامية أن معدّل الانتشار يبلغ <math>18.8\%</math><sup>(4)</sup>. هذا، وتشير بعض المعطيات إلى وجود وباء مركّز بين متعاطي المخدرات حقناً في كلٍّ من البحرين وسلطنة عُمان. كما أظهر مسح أُجري في عام 2006 في مدينة كابل، عاصمة أفغانستان، لمتعاطي المخدرات حقناً، أن معدّل انتشار العدوى بفيروس الإيدز بينهم بلغ <math>3\%</math>، مما ينذر بخطر وشيك من تزايد انتشار الوباء في هذه الفئة السكانية.

## الجدول 1. عبء مرض الإيدز والعدوى بفيروسه في إقليم شرق المتوسط، 2007

العدد المبلغ لتلقي المعالجة بمضادات الفيروسات القَهْقَرِيَّة (ج)	عدد البالغين الاحتاجين إلى المعالجة بمضادات الفيروسات القَهْقَرِيَّة وفقاً لتقدير البلد (ج)	العدد التقديري للمحتاجين إلى المعالجة بمضادات الفيروسات القَهْقَرِيَّة بناء على منهجية البرنامج المشترك لمكافحة الإيدز (ب)	العدد التقديري للمتعايشين مع العدوى بفيروس الإيدز (د)	معدّل الانتشار التقديري لفيروس الإيدز بين السكان البالغين (% (د))	البلد
53	100	غير متوافر	1 000 >	> 0.1 %	الأردن
صفر	غير متوافر	غير متوافر	> 1 000 (د)	> 0.1 (د)	أفغانستان
غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	الإمارات العربية المتحدة
550	7 400	20 000	85 000	0.1	باكستان
غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	1 000 >	غير متوافر	البحرين
298	غير متوافر	1 000	8 700	0.1	تونس
1 000	1 500	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	الجمهورية العربية الليبية
829	8 730	19 000	66 000	0.2	جمهورية إيران الإسلامية
75	200	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	الجمهورية العربية السورية
150 (د)	3 150 (د)	غير متوافر	20 000 (د)	0.2 % (د)	الجمهورية اليمنية
غير متوافر	غير متوافر	4 500	15 000	3.1	جيبوتي
895	52 272	87 000	350 000	1.6	السودان
211	5 289	6 300	44 000	0.9	الصومال
صفر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	العراق
260	350	غير متوافر	3 854 (د)	0.5 % (د)	عُمان
صفر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	فلسطين
غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	قطر
غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	1 000 >	غير متوافر	الكويت
246	432	940	2 900	0.1	لبنان
209	غير متوافر	2 200	5 300	0.1 >	مصر
1 648 (د)	2 230 (د)	5 300	19 000	0.1	المغرب
غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	المملكة العربية السعودية

المصدر:

(أ) تقرير عن وباء الإيدز العالمي، 2006: إصدار خاصة بمناسبة الذكرى العاشرة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، جنيف، 2006.

(ب) Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2008. Geneva, WHO/UNAIDS/INICEF, 2008.

(ج) تقارير عام 2007 القطرية حول إتاحة هذه المعالجة للجميع.

(د) البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز، آذار/مارس - حزيران/يونيو 2008.

(هـ) تقرير الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة إلى البرنامج المشترك لمكافحة الإيدز/منظمة الصحة العالمية.

ولقد بدأت بعض بلدان الإقليم الاستثمار في مجال تقييم السلوكيات المخفوفة بالمخاطر وانتشار العدوى بفيروس الإيدز بين فئات سكانية أخرى معرضة لخطر الإصابة بالعدوى وفئات أخرى شديدة الاختطار، مثل اللواتيين، والبغايا، والسجناء، والرُّحَّل. وشرع كل من الجمهورية العربية السورية والمملكة العربية السعودية واليمن في عام 2007 في تنفيذ أنشطة للترصد بين تلك الفئات السكانية. وكشفت هذه الأنشطة عن معدلات لانتشار العدوى بين اللواتيين في مصر بلغت 6.2٪<sup>(5)</sup> وفي السودان بلغت 9.3٪<sup>(6)</sup>. وفي الفترة 2005-2006 اكتُشف أن معدل الانتشار بلغ 8.0٪ بين ممارسي البغاء من الرجال المتشبهين بالنساء، في باكستان، الذين اعتبروا من الفئات العالية الاختطار<sup>(7)</sup>. كما تم مؤخراً توثيق معدل الانتشار بين السجناء في ولاية الخرطوم، بالسودان، والذي بلغ 8.6٪<sup>(8)</sup>.

وتيسيراً للتخطيط العالي المردود لتعزيز إمكانية حصول المحتاجين على خدمات الوقاية والمعالجة والرعاية والمساندة، فإن من الأهمية بمكان أن يحدد كل بلد الأنماط الوبائية التي يتميز بها. ويشمل هذا التقديرات الخاصة بأحجام أشد الفئات السكانية اختطاراً، والتحديد التفصيلي لعوامل الاختطار وسرعة التأثر. وبناء على هذه المعلومات، فإن المداخلات الملائمة الهادفة إلى حماية الفئات السريعة التأثر وأشد الفئات اختطاراً، سوف تكون بالغة الفعالية في الحيلولة دون المزيد من انتشار وباء العدوى بفيروس الإيدز.

وقد تعاون المكتب الإقليمي خلال عام 2007، مع وزارات الصحة، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة مرض الإيدز، والوكالات المشاركة في رعايته، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، وسائر الشركاء الدوليين والوطنيين، على تعزيز إمكانية الحصول على خدمات الوقاية من العدوى بفيروس الإيدز، ورعاية المصابين بها. وتركزت الجهود على مجالات معالجة المصابين بتلك العدوى ورعايتهم، والوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى طفلها، وإجراء اختبارات تحري الإصابة بالعدوى وتقديم التوعية اللازمة، واتخاذ ما يلزم من المداخلات إزاء تعاطي المخدرات حقناً، ومكافحة الأمراض المنقولة جنسياً، وترصد وباء مرض الإيدز والعدوى بفيروسه.

(3) ترصد الجيل الثاني لفيروس العوز المناعي البشري في باكستان. التقرير الوطني عن الجولة الثانية، 2006-2007.

(4) تقرير استبياني لمنظمة الصحة العالمية حول إطار العمل الخاص بالإتاحة الشاملة لجمهورية إيران الإسلامية، 2007

(5) الرشيد وزملاؤه، معطيات (بيانات) غير منشورة، 2006

(6) وزارة الصحة والسكان، البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز في مصر، تقرير موجز عن المسح المعني بالترصد البيولوجي والسلوكي لمرض الإيدز والعدوى بفيروسه، القاهرة، 2006.

(7) ترصد الجيل الثاني لفيروس الإيدز في باكستان، التقرير الوطني عن الجولة الأولى، 2005.

(8) عمّال، معطيات (بيانات) غير منشورة، 2006.

### 3. التقدّم المحرز في تقوية إجراءات مواجهة القطاع الصحي لوباء مرض الإيدز والعدوى بفيروسه

#### 1.3 معالجة ورعاية المصابين بمرض الإيدز أو بعدوى فيروسه

في عام 2007، قُدِّر العدد الإجمالي للمتعايشين مع مرض الإيدز أو العدوى بفيروسه، في الإقليم بنحو 150 000 شخص يحتاجون إلى المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية، يعيش أكثر من نصفهم في السودان وحده. وتواصل التوسُّع ببطء ولكن باطراد في توفير خدمات المعالجة والرعاية للمصابين بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه في جميع بلدان الإقليم تقريباً. ويورد الشكل 1 معطيات (بيانات) من نخبة من البلدان. علماً بأن التغطية العامة للمتعايشين مع العدوى بفيروس الإيدز المحتاجين إلى المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية تبلغ 5٪، وهي أدنى تغطية على الصعيد العالمي<sup>(9)</sup>. ويتناقض هذا مع ما يبلغ إلى المكتب الإقليمي من تغطية عالية (79٪) بالمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية للمتعايشين مع العدوى بفيروس الإيدز المعروف احتياجهم إلى هذا النوع من المعالجة.



المصدر: التقارير القطرية المتعلقة بحصول الجميع على المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية، لعام 2007

#### الشكل 1. التغطية بالمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية في نخبة من بلدان الإقليم

والعقبة الرئيسية أمام التوسُّع في إتاحة المعالجة للمصابين بعدوى فيروس الإيدز ورعايتهم في الإقليم هي تدني التغطية باختبارات تحري العدوى في الأشخاص المختبرين، وتوعيتهم. ومن ثمَّ، فإن معظم المصابين بالعدوى لا يدركون إصابتهم بالعدوى ولا يعرفهم مقدمو الرعاية الصحية. وهناك عوامل أخرى تؤدي إلى تدني التغطية بخدمات المعالجة تتعلق بضعف إمكانية الحصول على خدمات المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية لأسباب جغرافية في البلدان التي تتركز فيها هذه الخدمات في مرافق الرعاية الثالثية، وتكلفة هذه المعالجة بالنسبة لنظام الصحة العمومية ولاسيما في البلدان المنخفضة الدخل، وفوق هذا كله، قلة الخبرة في ما يتعلق بالوصول إلى الفئات السكانية المهمشة والموصومة اجتماعياً في معظم البلدان.

Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2008. Geneva, (9)

.WHO/UNAIDS/INICEF, 2008



وتقوم جميع بلدان الإقليم، باستثناء أفغانستان والعراق، بتوفير خدمات معالجة ورعاية المصابين بعدوى فيروس الإيدز، في عواصمها على الأقل، وقد عززت معظم البلدان إمكانية الوصول إلى هذه المستشفيات البعيدة عن المركز. فقد قام السودان، في عام 2007، بمدّ خدمات معالجة العدوى بفيروس الإيدز إلى 24 موقعا، وبدأ 1597 من المتعاشين مع العدوى بفيروس الإيدز والمحتاجين إلى المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية، في تلقي هذه المعالجة بحلول أيلول/سبتمبر 2007. غير أن المعطيات (البيانات) المنبثقة عن أنشطة رصد هذه المعالجة في الخرطوم قد أظهرت ارتفاع معدلات الانقطاع عن المعالجة (50٪) من قبل المتعاشين مع العدوى. وقد يكون من بين الأسباب الممكنة لذلك، والتي يجري بحثها في الوقت الراهن، قلة الدعم المقدم من الأسر للمرضى كي يمتثلوا للمعالجة، وذلك خشية الوصمة الاجتماعية والتمييز حال انكشاف أمر الإصابة بالعدوى؛ والإعداد غير الكافي للمرضى من أجل امتثالهم للمعالجة (إذ يُتَّعَجَّل في بدء المرضى للمعالجة)؛ والعقبات التي تحول دون التوعية المجتمعية لدعم امثال المرضى للمعالجة إذ إنهم يحضرون إلى الخرطوم من مناطق نائية جداً لتلقي المعالجة؛ ونقص الإبلاغ من خدمات المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية.

وفي الصومال، أظهر التحليل الفوجي (الطولاني) للمعطيات (البيانات) المنبثقة عن أنشطة رصد المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية أن 76٪ من المتعاشين مع العدوى بفيروس الإيدز الذين بدأت معالجتهم بهذه المضادات هم على الإجمال، مازالوا على قيد الحياة، ويخضعون للمعالجة بعد مرور عام على معالجتهم. وتوضّح تجربة كل من السودان والصومال فائدة الرصد الدقيق والمعياري لهذه المعالجة في المرضى. فإذا تم تجميع معلومات عن المرضى، فرادى، وجرى تحليلها فإنها يمكن أن توفر معلومات مفيدة لمديري البرامج والخدمات عن نقاط القوة ومواطن الضعف في خدمات معالجة المصابين بعدوى فيروس الإيدز ورعايتهم. ومن أجل تعزيز الرصد الفعّال للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية، قام المكتب الإقليمي، في عام 2007، بتنظيم دورات تدريبية لمديري البرامج ومسؤولي الرصد.

وقد أجرى المكتب الإقليمي عام 2007 مسحاَ لأسعار مضادات الفيروسات القهقرية، أظهر أن العديد من البلدان تواصل، بلا ضرورة، دفع أثمان مرتفعة لهذه الأدوية. وقد أدخلت بعض البلدان مضادات الفيروسات القهقرية الجنيسة بأسعار منخفضة، على حين اكتفت بلدان أخرى بشراء مضادات الفيروسات القهقرية المسجلة الملكية لقاء أثمان مرتفعة. ويلاحظ وجود تفاوت كبير في أسعار نفس الأدوية بين البلدان وداخل البلد الواحد. وقد نوقشت نتائج المسح مع المجموعة الاستشارية الإقليمية المعنية بالإيدز ومديري البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز، وخلصت المناقشات إلى أن هذا الوضع يمكن أن يتغير، شريطة إمكان اتخاذ قرارات رشيدة ومُسندة بالبيّنات. وبُغية اتخاذ قرارات مستنيرة، وفي حال موافقة البلدان على الكشف عن أسعار شراء الأدوية، يمكن للمكتب الإقليمي أن ينشر على الموقع الخاص به على شبكة الانترنت قائمة بالأسعار المقارنة لمضادات الفيروسات القهقرية المتوافرة، مما يمكن البلدان من التفاوض بصورة فعّالة مع الموردين والشركات لتحقيق أفضل سعر ممكن. كما أوصي بأن تستفيد البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من المبادرات والآليات الدولية لتوفير مضادات الفيروسات القهقرية، مثل مبادرة مؤسسة كليتون لمكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والمرفق الدولي لشراء الأدوية (يونيتيد UNITAID)، حتى تتمكن من الحصول على هذه المضادات بأسعار مخفضة سبق التفاوض عليها.

ويقدم المغرب مثالا جيدا على استخدام الأسلوب الاستراتيجي المُسند بالبيّنات للحصول على أسعار أقل لمضادات الفيروسات القهقرية. فمنذ إدخال هذه المضادات عام 1998، اتخذ المغرب تدابير لخفض تكلفتها، كان

من بينها إجراء مفاوضات مع الموردين حول أسعار تلك المضادات، وإعفاؤها من الرسوم الجمركية والضرائب، وإدخال توليفات جنيصة منها، والسعي إلى التعاون مع مبادرة كليتون لمكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه. ولقد أدت هذه التدابير إلى خفض متوسط السعر لنظم الخط الأول الدوائية من 1300 دولار أمريكي للفرد في الشهر في عام 1998 إلى 48 دولاراً أمريكياً في عام 2007. غير أن المغرب ظل في عام 2007، يدفع أثماناً مرتفعة لبعض الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، مقارنة بسائر البلدان المتوسطة الدخل. وقد قامت وزارة الصحة في عام 2007 بمراجعة قائمة المفردات والتوليفات الثابتة للجرعة المستخدمة في البلد وانتقت عدداً أصغر من المنتجات العالية المردود لتفادي شراء كميات صغيرة، مع ضمان نتائج أفضل للمعالجة. ونتيجة لذلك، انخفضت أسعار معالجة الخط الأول إلى 28 دولاراً للفرد في الشهر.

وتردد أهمية رصد المقاومة لأدوية العدوى بفيروس الإيدز، مع توافر المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية على نطاق أوسع. وقد قامت منظمة الصحة العالمية بإعداد الاستراتيجية العالمية للوقاية من المقاومة لأدوية العدوى بفيروس الإيدز وترصدها ومراقبتها، التي عُرضت على مديري البرامج الوطنية والخبراء الوطنيين في حلقة عملية إقليمية عُقدت في عام 2007. وإدراكاً من الحلقة بأهمية الوقاية من المقاومة لأدوية العدوى بفيروس الإيدز، أوصت بأن يقوم كل بلد بوضع خطط وطنية لمراقبة وترصد المقاومة لأدوية العدوى بفيروس الإيدز. كما أوصت الحلقة بجميع البلدان التي تقدم المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية بالشروع في جمع وتحليل مؤشرات الإنذار المبكر من جميع أو بعض الوحدات التي تقدم المعالجة بهذه المضادات. غير أن البلدان ذات المعدلات العالية للإصابة بعدوى فيروس الإيدز، مثل جيبوتي والسودان، والبلدان التي تعاني من أوبئة مركزة لهذه العدوى، ينبغي أن تقيم مدى أهليتها لترصد المقاومة لأدوية العدوى. كما اتفقت البلدان على نشر تقرير وطني سنوي بنهاية عام 2008 حول المقاومة لأدوية العدوى بفيروس الإيدز.

### 2.3 اختبارات تحري العدوى بفيروس الإيدز والتوعية حولها

ثبت أن توافر خدمات التوعية بالعدوى بفيروس الإيدز والاختبار الطوعي لتحريها، يشجع الناس على معرفة حالتهم في ما يتعلق بهذه العدوى، واتخاذهم الإجراءات الملائمة للوقاية من انتقال العدوى. ويفتقر الإقليم إلى المعطيات (البيانات) السكانية العامة حول الأفراد الذين أُجري لهم اختبار تحري العدوى وتم توعيتهم حولها. كما أن التغطية بخدمات التوعية والاختبار الطوعي، حيشما وجدت في الإقليم، لاتزال محدودة للغاية. وفي إطار الجهود الرامية إلى تمكين الجميع من الحصول على المعالجة اللازمة، قامت معظم البلدان بوضع أهداف لتعزيز إمكانية الحصول على خدمات اختبارات تحري العدوى بفيروس الإيدز والتوعية حولها، من حيث عدد المرافق العاملة في تقديم هذه الخدمات. وقد أُحرز بعض التقدم في إقامة المزيد من هذه الخدمات. ووفقاً لتقارير غير مؤكدة، فإنه بنهاية عام 2007 تجاوز السودان ما وضعه من أهداف بنسبة 50% في الشمال وحقق 4% منها في الجنوب. وقد حققت الإمارات العربية المتحدة، وجمهورية إيران الإسلامية، وسلطنة عمان، ولبنان 100% من الأهداف، أما اليمن فقد حقق 50% من الأهداف المقررة<sup>(10)</sup>.

(10) التقارير القطرية إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط حول إتاحة المعالجة للجميع، آذار/مارس 2008.

و غالباً ما تكون الاستفادة من خدمات التوعية والاختبار الطوعي محدودة بين الفئات السكانية الشديدة الاختطار، وذلك بسبب عدم توافر خدمات موائمة للاحتياجات الخاصة لتلك الفئات. وقلة من البلدان هي التي لديها معطيات (بيانات) عن إتاحة هذه الخدمات لأشد الفئات السكانية اختطاراً. وفي عام 2007، أظهر الترسُّد الذي أجري في جمهورية إيران الإسلامية لتعاطي المخدرات حقناً، أن 23٪ منهم أتيح لهم الحصول على هذه الخدمات، على حين أنّ متعاطي المخدرات حقناً، الذين أمكن الوصول إليهم في سلطنة عُمان، عن طريق البرامج القائمة التي تقدّم هذه الخدمات، لم تتعد نسبتهم 1٪.

وفي الاجتماع السنوي لمديري البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز، المعقود في عام 2007، نوقش موضوع مبادرة مقدمي الرعاية بالاختبار والتوعية في مرافق الرعاية الصحية، كخيار لتعزيز إمكانية الاختبار لتحري العدوى بفيروس الإيدز، والتوعية حولها، ولاسيما لفئات سكانية معيّنة معرضة بشدة لخطر الإصابة بهذه العدوى، بمن فيهم مرضى السل، والمصابون بأمراض منقولة جنسياً. هذا، ومن شأن مبادرة مقدمي الرعاية بالاختبار والتوعية للحوامل اللاتي يأتين للحصول على الرعاية السابقة للولادة أو الرعاية التوليدية، أن يسهل الجهود المبذولة للوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. ولقد أكّدت المناقشات على أن الاختبار والتوعية بمبادرة من مقدمي الرعاية لا ينبغي أن ينظر إليهما باعتبارهما مدخلاً إلى الاختبار الجبري، وأن للمريض الاحتفاظ بحق قبول أو رفض الاختبار (أسلوب القبول أو الرفض)، إضافة إلى حقه في السريّة والتوعية الملائمة والإحالة على نحو غير تمييزي.

### 3.3 الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل

لايزال الإقليم يعاني، على الإجمال، من ضعف إمكانية الحصول على خدمات الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، وتدني نسبة الحوامل المصابات بعدوى فيروس الإيدز اللاتي يتلقين مضادات الفيروسات القهقرية على سبيل الاتقاء أو المعالجة لتقليل خطر انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. ويُتَوَقَّع أن تكون تقديرات عام 2007 للتغطية الوقائية بمضادات الفيروسات القهقرية أقل من 2٪ للحوامل المصابات بالعدوى.

ولا توجد سوى في ثلث بلدان الإقليم برامج وطنية عاملة في مجال الوقاية من انتقال عدوى فيروس الإيدز من الأم إلى الطفل. وفي عام 2007، قدمت منظمة الصحة العالمية واليونيسف دعماً تقنياً إلى عدد من بلدان الإقليم شمل باكستان، والصومال، واليمن. وقد قام اليمن بوضع خطة لتنفيذ الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل وانتقت المواقع الأولى للتنفيذ، كما بدأ العمل في إعداد الدلائل الإرشادية الوطنية للوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. وفي باكستان، عُقدت حلقتان تدريبيتان حول الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل في 2007، عقب إعداد المنهج التدريسي الوطني، وتُقدّم خدمات الوقاية هذه في خمسة مستشفيات. وأبلغ الصومال عن وجود ثمانية مرافق للرعاية قبل الولادة تقوم باختبارات تحري العدوى بفيروس الإيدز والتوعية بهذا الخصوص، كما تقدّم الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. وتتمثل التحديات الرئيسية التي تواجه هذين البلدين في معدّلات إجراء اختبار تحري العدوى بفيروس الإيدز، والنسبة العالية لانقطاع الحوامل المصابات بالعدوى عن المعالجة بعد إدخالهن في برنامج الوقاية.

وقد أنجز المكتب الإقليمي دليلاً استراتيجياً للمداخلات الخاصة بالوقاية من انتقال العدوى بفيروس الإيدز من الأم إلى الطفل في الإقليم. ويرتكز هذا الدليل على أفضل الممارسات الدولية في هذا المجال، ونتائج التقييمات القطرية

الخمسة التي أجريت برعاية اليونيسف (في تونس، وجيبوتي، والسودان، والمغرب، واليمن)، ونتائج مسح أجري في عام 2006 لخدمات الوقاية من انتقال العدوى بفيروس الإيدز من الأم إلى الطفل في الإقليم، والملاحظات التي أسفرت عنها الحلقة العملية التي عُقدت بخصوص هذا الموضوع في المكتب الإقليمي عام 2006، والمراجعة الشاملة للمصنفات الصحية. ويقدم الدليل إرشادات إلى البرامج المعنية في وزارات الصحة (برامج مكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، وبرامج الصحة الإنجابية وصحة الأمومة والطفولة)، وإلى راسمي السياسات ومقدمي الخدمات، حول انتقاء وتنفيذ وتحسين أنشطة الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، وذلك بحسب حجم الموارد المتوافرة وحجم وباء العدوى بفيروس الإيدز في البلدان. ويشجع الدليل بصورة خاصة على إدماج الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل في خدمات صحة الأمومة والطفولة، ومبادرة مقدمي الرعاية للحوامل اللاتي ينشدن خدمات الرعاية قبل الولادة، بإجراء اختبارات تحري العدوى لهن وتوعيتهن، والقيام، متى أمكن، باستخدام نظم وقائية أطول أمداً بإعطاء مضادات الفيروسات القهقرية للنساء المحتاجات إليها ومعالجتهن بتلك المضادات. ويعكف المكتب الإقليمي على ترجمة المجموعة التدريبية الشاملة التي أعدتها منظمة الصحة العالمية بالاشتراك مع مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، حول الوقاية من انتقال العدوى بفيروس الإيدز من الأم إلى الطفل، إلى اللغة العربية، من أجل تيسير تدريب مقدمي الرعاية على المستوى القطري.

وقد حُدد نقص المعطيات (البيانات) الجيدة حول الوقاية من انتقال عدوى فيروس الإيدز من الأم إلى الطفل باعتباره عقبة مهمة أمام رصد التوسع في هذه الوقاية وتوفير الدعم الكافي للبلدان. وفي عام 2007، انصب الاهتمام في ما يتعلق بالتنسيق بين وكالات الأمم المتحدة وسائر الشركاء، على الصعيد العالمي والإقليمي والقطري، على عمليات الرصد الدولية الثلاث لمواجهة العدوى بفيروس الإيدز على الصعيد القطري - الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة، ومواجهة القطاع الصحي لمرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والاستبيان الخاص بتقرير تقييم أداء فريق العمل المشترك بين الوكالات المعني بالوقاية من انتقال عدوى فيروس الإيدز من الأم إلى الطفل - ضمناً للاتساق في المعطيات (البيانات) المبلّغة مع تقوية القدرات القطرية على توفير المعطيات. وسوف تقوم منظمة الصحة العالمية واليونيسف معاً بتحليل المعطيات الخاصة بالوقاية من انتقال عدوى فيروس الإيدز من الأم إلى الطفل وإبلاغ البلدان بالنتائج.

### 4.3 المداخلات التي تستهدف أشد السكان تعرضاً للإصابة بالعدوى

لاتزال المداخلات التي تستهدف الفئات السكانية السريعة التأثر والأشدّ عرضة للإصابة بالعدوى مهمة في معظم بلدان الإقليم. وفي اجتماع عقده برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز وحضره لفييف من العاملين في الإقليم في البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز، ومنظمات المجتمع المدني ووكالات الأمم المتحدة من الإقليم، شدّد على أهمية إيلاء اهتمام عاجل لإدخال أمثال تلك المداخلات.

وشرع مؤخراً عدد متزايد من بلدان الإقليم في تنفيذ مداخلات لتقليل الضرر من أجل الوقاية من انتقال العدوى بفيروس الإيدز بين متعاطي المخدرات حقناً. ولدى جمهورية إيران الإسلامية برنامج شامل وواسع النطاق لتقليل الضرر، يعتبر، على الصعيد العالمي، برنامجاً نموذجياً للممارسة الجيدة. واعتمد المغرب لتقليل الضرر باعتباره سياسة وطنية للوقاية من انتقال العدوى بفيروس الإيدز بين متعاطي المخدرات حقناً. وأعاد لبنان النظر في اللوائح بما يسمح بإدخال المعالجة الاستبدالية بالأفيونيات. وقامت سلطنة عُمان بمراجعة سياستها والعوامل البرنامجية التي قد تمكن من

إدخال تدابير تقليص الضرر أو تعوقه. واستكملت البحرين دراسة سلوكية لمتعاطي المخدرات حقناً في إطار الإعداد للتصدي للمخاطر، واعتمدت أفغانستان تقليص الضرر ضمن تدابيرها لمكافحة المخدرات.

وفي أواخر عام 2006، شُرِعَ في تنفيذ مشروع مشترك بين منظمة الصحة العالمية والرابطة الدولية لتقليص الضرر، يهدف إلى تقوية دور منظمات المجتمع المدني في تقليص الضرر في إقليم الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ويقتضي هذا المشروع تعزيز الممارسات الجيدة في مجال تقليص الضرر، والدعوة إليه وبناء القدرات في مجاله. وفي هذا الإطار، كُلفت أمانة مؤقتة بالبدء في إقامة شبكة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لتقليص الضرر؛ وأنشئت ثلاثة مراكز معرفية دون إقليمية في جمهورية إيران الإسلامية، ولبنان، والمغرب. وقد نجحت أنشطة هذه المراكز الثلاثة خلال الربع الأخير من عام 2007، في الوصول إلى أكثر من ألف مستفيد من 11 بلداً في الإقليم. هذا ويتبادل ما يقرب من 350 مهنيًا في مجال تقليص الضرر المعلومات من خلال قائمة الاتصال الإلكترونية وموقع الأمانة المؤقتة للشبكة المذكورة على الإنترنت.

### 5.3 تقوية الترسُّد

تواصل في عام 2007 التقدم نحو إنشاء نُظُم فعَّالة لترصُّد العدوى بفيروس الإيدز. ونجح السودان والصومال في إجراء مسوحات سيروولوجية غفل وغير مرتبطة لعدوى فيروس الإيدز والزَّهري للحوامل اللاتي يحضرن إلى مراكز رعاية الرعاية السابقة للولادة، وهي المسوحات التي سوف تتاح معطياتها في أواسط عام 2008.

ويستفيد عدد متزايد من البلدان من توافر معلومات أفضل حول معدلات العدوى بفيروس الإيدز والمخاطر السلوكية، وذلك في ما يتعلق باستهداف خدمات الوقاية والرعاية بحيث تصل هذه الخدمات إلى أكثر السكان حاجة إليها. ويقوم اليمن في الوقت الحالي بالإعداد لإجراء مسح لانتشار العدوى بفيروس الإيدز وللسلوكيات (مسح سلوكي بيولوجي) بين البغايا في عدن. وتقوم جمهورية إيران الإسلامية حالياً بمسوحات سلوكية بيولوجية مجتمعية للسجناء، ومتعاطي المخدرات بغير الحقن، وسائقي الشاحنات، كما تقوم بالإعداد لمسوحات للبغايا ومتعاطي المخدرات بالحقن في عام 2008. وتقوم المملكة العربية السعودية بإجراء مسح للمهاجرين المقيمين فيها إقامة غير شرعية، ويُجري السودان مسوحات مجتمعية للواطيين، والبغايا وسائقي الشاحنات. وأنشأت باكستان منذ 2005، نظاماً للمسوحات السنوية المنتظمة لممارسي البغاء من الذكور والإناث ولمتعاطي المخدرات حقناً، ومشتهي تغيير الجنس. وتتوافر لدى المغرب إمكانية الوصول إلى ممارسي البغاء والسجناء من خلال الخدمات التي تقدّمها المنظمات اللاحكومية. ولقد استخدمت هذه المرافق لإجراء مسوحات سيروولوجية خدمية المرتكز لعدوى فيروس الإيدز كل عامين بين تلك الفئات. علماً بأن نُظُم المسوحات المنتظمة هذه، التي تُجرى على فترات زمنية ثابتة، باستخدام منهجيات متناسقة، تتيح لبرامج مكافحة العدوى بفيروس الإيدز في كل من باكستان والمغرب ملاحظة الاتجاهات في مجال الانتشار السيروولوجي في المستقبل، لتعديل المداخلات تبعاً لها، واستنتاج ما يكون لها من تأثير.

وواصل المكتب الإقليمي بناء القدرات الوطنية على تخطيط وتنفيذ أنشطة ترصُّد العدوى بفيروس الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً. فقد قام بدعم المراجعات التي أجريت لُنُظُم الترسُّد في سلطنة عُمان، ولبنان، ومصر، والتي أسفرت عن توصيات حول كيفية تنفيذ أو إعادة توجيه أنشطة الترسُّد الحالية، من أجل توفير معلومات تتسم بمزيد من الاتساق والملاءمة لتخطيط ورصد برامج مكافحة العدوى بفيروس الإيدز. وقد استفاد خبراء الترسُّد في جمهورية

إيران الإسلامية من استبصار نظام ترصد هذه العدوى في كاتالونيا في أسبانيا، فقاموا بتنقيح النظام الإيراني لتبليغ حالات العدوى. كما قام المكتب الإقليمي بدعم مرشحين من بلدان أخرى لحضور دورات دراسية حول الترصد، في مركز المعارف المعني بترصد العدوى بفيروس الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً في الإقليم الأوربي لمنظمة الصحة العالمية (في زغرب، كرواتيا).

وفي عام 2007، أنشأ المكتب الإقليمي مجموعة العمل الإقليمية المعنية بترصد العدوى بفيروس الإيدز، وذلك بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، والبنك الدولي. ووضعت مجموعة العمل هذه خطة عمل مشتركة لتقوية أنشطة ترصد الفيروس في بلدان الإقليم، شملت مجالات السياسة العامة والإرشاد التقني، وبناء القدرات ودعم تنفيذ أنشطة الترصد القطرية. وفي عام 2007، شملت الأنشطة المشتركة إعداد دليل تقني حول ترصد العدوى بفيروس الإيدز في المناطق التي ينخفض فيها معدل الانتشار، وكتيبات تدريبية حول منهجيات ترصد العدوى بفيروس الإيدز، معدلة بما يوائم احتياجات وأولويات بلدان الإقليم. واشترك في إعداد هذه الوثائق خبراء من الإقليم فضلاً عن خبراء من جامعة كاليفورنيا بسان فرانسيسكو، ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، في أطلنطا، ومركز المعارف المعني بترصد فيروس الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً، في زغرب.

### 6.3 مكافحة سائر الأمراض المنقولة جنسياً

في عام 2007، اعتمدت جمعية الصحة العالمية الاستراتيجيات العالمية للصحة الإنجابية والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها. وعرضت هذه الاستراتيجيات، في اجتماع بلداني، على مديري البرامج المعنية بالصحة الإنجابية ومكافحة الأمراض المنقولة جنسياً في كل من أفغانستان، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، والسودان، وفلسطين، ومصر، والمغرب. وأتيحت للمشاركين الفرصة للإسهام في إعداد خطة عمل إقليمية لتنفيذ الاستراتيجيات العالمية، مع مراعاة الأوضاع الثقافية والاجتماعية والاقتصادية لبلدان الإقليم. وبناء على كل من الاستراتيجية العالمية، ومدخلات خبراء الإقليم، سوف يتم، في عام 2008، إعداد استراتيجية إقليمية خاصة بالأمراض المنقولة جنسياً.

وفي إطار برنامج الشراكة الاستراتيجية المشترك بين منظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، قام المكتب الإقليمي خلال عام 2007 بمساعدة ستة بلدان، هي أفغانستان، وباكستان، وتونس، والسودان، والصومال، ومصر في تقوية أنشطة مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً، بتكليف الدلائل الإرشادية للمنظمة ذات العلاقة بتلك الأمراض وتنفيذها على الصعيد الوطني.

وقامت شبكة شرق المتوسط لمكافحة الأمراض المنقولة جنسياً، والتي هي منظمة مسجلة لا تستهدف الربح، أنشئت في عام 2006، بتوسيع عضويتها، فأصبحت تضم 26 خبيراً إقليمياً في مجال الأمراض المنقولة جنسياً. وقامت الشبكة في عام 2007، بتيسير تبادل المعلومات بين الأعضاء وسائر المهتمين بهذا المجال من خلال موقع على الإنترنت ومن خلال الرسائل الإخبارية المنتظمة. وبدعم من أعضاء هذه الشبكة أجريت في كل من باكستان، وتونس، ومصر، ولبنان، والسودان مراجعات للمعطيات (البيانات) القائمة حول الأمراض المنقولة جنسياً من أجل الحصول على صورة أفضل للوضع الإبيديميولوجي لهذه الأمراض، وتحديد الثغرات في المعلومات حولها.

### 7.3 حشد الموارد

بحلول نهاية عام 2007، تمكن 12 بلداً من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل من حشد مبلغ إجماليه 187.5 مليوناً من الدولارات الأمريكية من أجل برامج مكافحة العدوى بفيروس الإيدز، وذلك من خلال الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا. وقام المكتب الإقليمي، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز/إقليم شرق الأوسط وشمال أفريقيا، بمساعدة البلدان على إعداد المقترحات، والتدريب على إعداد المقترحات من خلال حلقة عملية إقليمية. وفي السودان، والصومال، واليمن، قامت المنظمة بدور المتلقي الفرعي للأموال المقدمة من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، والتي بلغ إجماليها 6.2 مليون دولار أمريكي على مدى السنوات الماضية، من أجل توفير الدعم التقني لبرامج القطاع الصحي المعنية بمكافحة العدوى بفيروس الإيدز.

وأُتيحت أموال إضافية لدعم برامج مكافحة العدوى بفيروس الإيدز، من خلال مؤسسة دروسوس التي مقرها سويسرا (لتقليل الضرر الناجم عن تعاطي المخدرات حقناً)، وحكومات ألمانيا والسويد، والمملكة المتحدة، والنرويج، والمفوضية الأوروبية (للترصّد)، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، والبنك الدولي.

### 4. الخطط والتحديات المستقبلية

إن الإدراك المتزايد لأصحاب القرار لتكلفة العدوى بفيروس الإيدز، من حيث معدّلات المرضة والوفيات، ومن حيث توافر المداخلات الفعّالة للوقاية والرعاية، مع زيادة إمكانية الحصول على دعم مالي كبير لبرامج مكافحة العدوى بفيروس الإيدز، يبدو ذا تأثير إيجابي على التقدّم نحو بلوغ مرمى حصول الجميع على المعالجة اللازمة. ويظل من بين التحديات الرئيسية، الاستخدام الكفوء للموارد المتاحة، نظراً لقلّة الخبرة في ما يتعلق بمداخلات مكافحة العدوى بفيروس الإيدز في الإقليم، وضعف البنى الأساسية للخدمات الصحية والاجتماعية، واستمرار إحجام راسمي السياسات وأصحاب القرار عن اعتماد أساليب غير تقليدية لتلبية احتياجات أشد الفئات السكانية تعرضاً لخطر العدوى، وهي فئات غالباً ما تعاني من الوصمة الاجتماعية والتهميش، ومن ثمّ يصعب على نظم الصحة العمومية الوصول إليها.

وفي إطار خطة المنظمة لتوفير المعالجة اللازمة للجميع، والاستراتيجية الإقليمية لتقوية إجراءات مواجهة القطاع الصحي للعدوى بفيروس الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً في 2008، سوف يركز المكتب الإقليمي على دعم المجالات التالية:

- تقوية أنشطة الترسّد ورصد البرامج؛
- تعزيز اختبارات تحرّي العدوى بفيروس الإيدز والتوعية حولها، وذلك من خلال المبادرة الطوعية من قِبَل المراجعين ومبادرة مقدمي الرعاية بتقديم خدمات الاختبار؛
- التوسّع في إتاحة خدمات المعالجة من العدوى بفيروس الإيدز ورعاية المصابين بها، وضمان جودة هذه الخدمات، والوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل؛
- تقوية أنشطة الوقاية من العدوى بفيروس الإيدز ورعاية المصابين بها، مع استهداف أشد الفئات اختطراً، ولاسيّما تعزيز مداخلات تقليص الضرر الذي يصيب متعاطي المخدرات حقناً.