تقرير اليوم العالمي للإيدز ٢٠٢١

غير متساو
غير مستعد
تحت التهديد

لماذا يلزم اتخاذ إجراءات جريئة ضد اللامساواة لإنهاء الإيدز،
وإيقاف كوفيد-١٩، والاستعداد للجوائح المستقبلية

المحتويات

تصدير ٤

تمهيد ٥

مقدمة وملخص ٧

الفصل الأول: البنية التحتية التي يقودها المجتمع والقائمة على المجتمع ٢١

الفصل الثاني: الوصول العادل إلى الأدوية واللقاحات والتقنيات الصحية ٣٠

الفصل الثالث: دعم العاملين على الخطوط الأمامية للجائحة ٣٨

الفصل الرابع: حقوق الإنسان في قلب استجابات الجائحة ٤٧

الفصل الخامس: نظم البيانات المتمحورة حول الناس والتي تسلط الضوء على اللامساواة ٥٨

تمهيد

يمكننا القضاء على الإيدز بحلول عام ٢٠٣٠، فبعض البلدان يحرز تقدمًا ملحوظًا، ويبين لنا ما هو ممكن، ولكن عالميًا فإننا ببساطة لا نتقدم بسرعة كافية لإيقاف جائحة الإيدز.

في هذا التقرير، يصدر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز تحذيرًا صارخًا. إن الضوء الأحمر يومض. فالتقدم في مكافحة الإيدز، والذي كان بالفعل خارج المسار الصحيح، يتعرض الآن لضغوط أكبر مع استمرار تفشي كوفيد-١٩، وتعطل خدمات الوقاية والعلاج الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري، والتعليم، وبرامج الوقاية من العنف وغير ذلك.

ويُظهر التحليل في هذا التقرير أن ملايين الأرواح ستُفقد لأسباب مرتبطة بالإيدز، إذا واصلنا مسيرتنا كما نفعل الآن، وإذا لم نوسع نطاق التغطية بسرعة لوقف الإصابات والوفيات الجديدة وإنهاء الجائحة.

ولا يجب أن نخطئ: فالإيدز مازال جائحة. ولكي نتمكن من إيقافه، نحن بحاجة ماسة إلى نظرة أكثر جرأة للاستجابة تكون قادرة على معالجة اللامساواة التي تطيل أمد هذه الجائحة، إن العديد من القطع المفقودة الخاصة بمكافحة فيروس نقص المناعة البشري تسمح هي أيضا، لجائحة كوفيد- ١٩ بالاستمرار، وتتركنا بشكل خطير غير مستعدين لمواجهة جوائح المستقبل.

لقد اتخذ القادة خطوة كبيرة للأمام هذا العام في الجمعية العامة للأمم المتحدة عندما وافقوا على خطة جريئة لمعالجة اللامساواة. والآن يعتمد جعل هذه الخطة حقيقة واقعة على المتابعة الحازمة والسريعة.

ومن خلال العمل بشجاعة معا، يجمع القادة أحدث العلوم، والخدمات التي تلبي احتياجات الناس، وحماية حقوق الإنسان، والتمويل المستدام. وتجعل هذه الإجراءات الوفيات المرتبطة بالإيدز، والإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري نادرة. ولكن، هذه هي الحال فقط في بعض الأماكن وبالنسبة لبعض الناس.

ويجب أن يعمل قادة العالم مع بشكل عاجل لمواجهة هذه التحديات مباشرة. نحن لدينا إحساس واضح للغاية بالاتجاه الصحيح، ولكننا في الوقت الحالي، في كثير من الحالات، لا نتجه إليه بسرعة كافية. والبعض، حتى، يسير في الاتجاه الخاطئ.

ومن خلال مكافحة جائحة الإيدز، تعلمنا الكثير عن المطلوب لمواجهته هو وجميع الجوائح بنجاح. فيجب على العالم ألا يختار بين إنهاء جائحة الإيدز المتفشي اليوم والاستعداد لجوائح الغد. فالنهج الناجح هو الوحيد الذي سيحقق كليهما. ولكننا اليوم لسنا على المسار الصحيح لتحقيق أي منهما.

ولكن الخبر السار هو أن مناهج القضاء على اللامساواة أثبتت فاعليتها، حتى في أكثر السياقات تحديا. والآن يجب أن يتم تطبيقها بسرعة وعلى نطاق واسع وفي كل مكان.

لقد وصلنا إلى مفترق طرق، فالاختيار الذي يتعين على القادة اتخاذه هو ما بين العمل الجريء وأنصاف الإجراءات. إن البيانات واضحة: إن التحرك بشكل تدريجي للغاية هو الخيار الذي لا يمكن تحمله.

تصدير

يُعتبر هذا التقرير بمثابة جرس إنذار لحالة الطوارئ المتعلقة بالإيدز، وللحاجة الملحة لمواجهة تحديات الجائحة المتعددة معًا، ويسلط التقرير الضوء على الأسباب التي تجعل من إنهاء الإيدز مهمة عاجلة، ويوضح بقوة الحاجة إلى أن يتخذ القادة الخطوات الشجاعة التي من شأنها إنقاذ الأرواح اليوم، وجعلنا أكثر استعدادًا لجوائح المستقبل.

ويمكن لجائحة الإيدز أن تقتل الملايين في السنوات المقبلة إذا لم نتصرف بشكل عاجل.

ففي وقت كوفيد-١٩ الذي نعيش فيه الآن، هناك خطر كبير من أن يقل الاهتمام السياسي والتمويل الخاص بفيروس نقص المناعة البشري، وإذا لم نتخذ الخطوات اللازمة لمعالجة اللامساواة التي تسبب انتشار الفيروس اليوم، فإننا لن نفشل فقط في إنهاء جائحة الإيدز، بل سنترك عالمنا أيضًا، غير مستعد بشكل خطير لمواجهة جوائح المستقبل.

وكما يشير التقرير، فإن الحزمة الفعالة من الإجراءات يجب أن تشمل الخدمات التي يقودها المجتمع، والوصول الميسور إلى التكنولوجيا الطبية المتطورة، وحقوق الإنسان، وحماية العاملين في مجال الصحة والعاملين الأساسيين، والبيانات التي تكشف اللامساواة.

وفي كثير من الأحيان، يتم تهميش مثل هذه القضايا الرئيسية، لكن الإجراءات التحويلية المطلوبة للقضاء على الإيدز أساسية للاستعداد الجيد للجائحة والاستجابة لها، ويوضح هذا التقرير الحاجة إلى نهج شامل لمواجهة الجوائح دعا إليه الفريق المستقل للاستعداد للجوائح والاستجابة لها.

وكما يشير هذا التقرير، فإن الجوائح تجد مساحة للنمو في تصدع المجتمعات المنقسمة.

ولا يمكن أن ينجح العلماء المذهلون، والأطباء، والممرضون، والمجتمعات في إنهاء الجوائح ما لم يتخذ قادة العالم الخطوات التي ستمكنهم من ذلك.

يجب أن نكون منفتحين بشأن مخاطر العمل كالمعتاد، فبدون اتخاذ إجراءات جريئة لإنهاء اللامساواة، فإن المسار الذي نسير فيه سيجعلنا محاصرين داخل العديد من الجوائح المتعارضة، وسوف يتركنا هذا في خطر وخوف، كما سيقوض التقدم، والسلام، والازدهار.

ويسلط التقرير الضوء على سببين مهمين للأمل هما، أولًا: لدينا دليل قوي على الأساليب الناجحة. ونحن الآن نحتاج أن نطبقها في كل مكان. ثانيًا: لدينا خطة عالمية تم الاتفاق عليها في الاجتماع رفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن إنهاء الإيدز في وقت سابق من هذا العام. وإذا وُضعت الإجراءات التي وافقت عليها الجمعية العامة موضع التنفيذ، فإنها ستمكن العالم من إنهاء اللامساواة التي تؤدي إلى الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والإيدز، وتمهد الطريق للاستعداد للجائحة.

إن الأمل يعتمد على عمل شجاع من قبل القادة الآن، فنحن لا نستطيع الانتظار، فالجوائح لا تختفي من تلقاء نفسها، فإما أن نهزمها بالعزيمة والحزم، وإما أن تهزمنا هي.

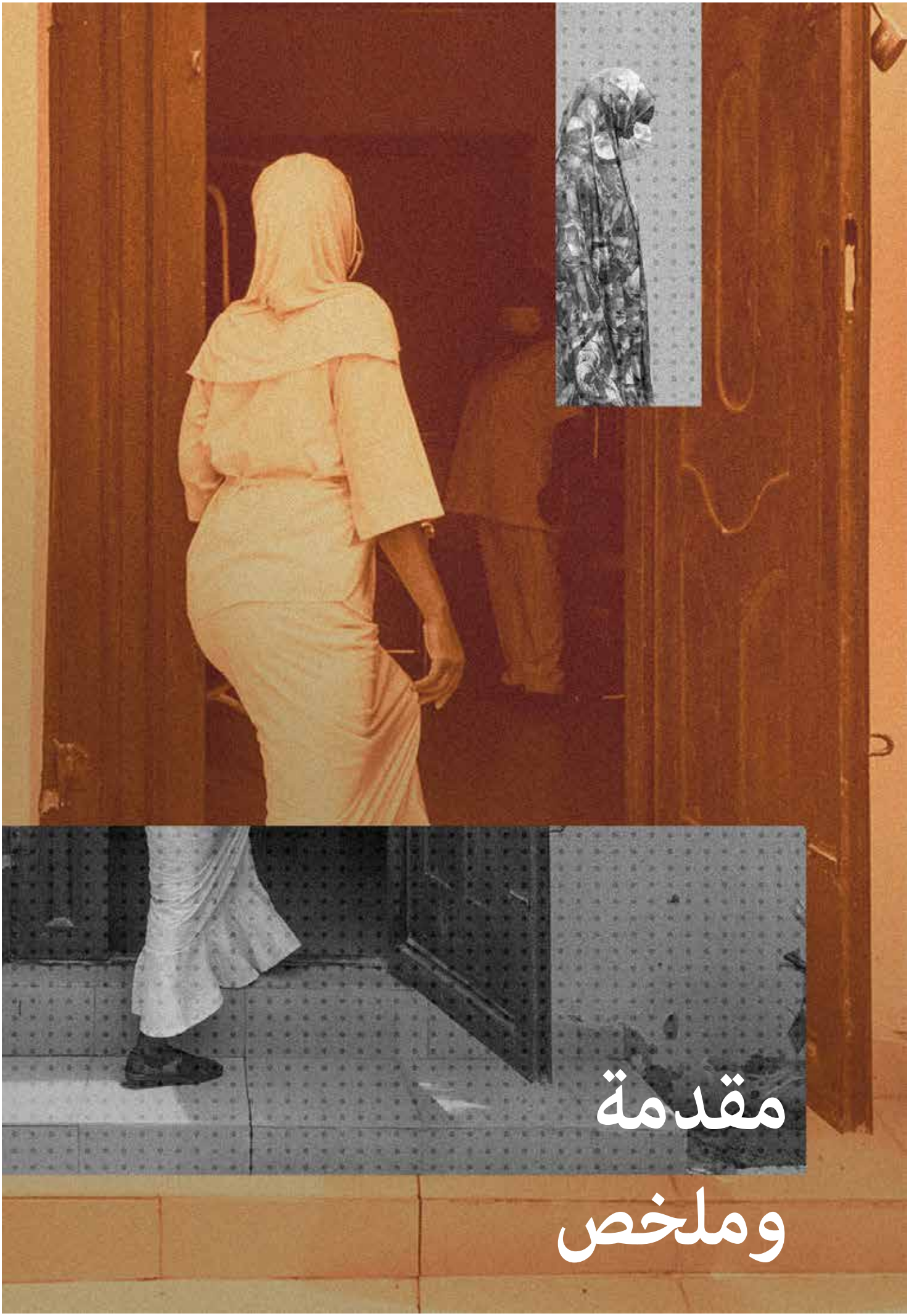
نعم يمكننا كسب المعركة لإنهاء الجوائح، ولكن فقط إذا كانت لدينا الجرأة للقضاء على اللامساواة التي تسببها.

ومن الأهمية بمكان أن تستجيب جميع الحكومات لرسالة هذا التقرير، وأن تتابعها بالأفعال لا بالأقوال.

«أنهوا اللامساواة.. أنهوا الإيدز.. أنهوا الجوائح».

هيلين كلارك

الرئيس المشارك للفريق المستقل للاستعداد للجائحة والاستجابة لها، ورئيسة وزراء نيوزيلندا السابقة، والمديرة السابقة لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي



مقدمة وملخص

ويفحص هذا التقرير خمسة عناصر أساسية من الاستراتيجية العالمية للإيدز، والتي يجب تعميمها على وجه السرعة، وهي عناصر أساسية، ولكنها تعاني من نقص التمويل، ولا تحظى بالأولوية الكافية للوقاية من الجوائح، والاستعداد والاستجابة لها.

١ **البنية التحتية التي يقودها المجتمع والقائمة على المجتمع**

٢ **الوصول العادل إلى الأدوية واللقاحات والتقنيات الصحية**

٣ **دعم العاملين على الخطوط الأمامية للجائحة**

٤ **حقوق الإنسان في قلب الاستجابات للجائحة**

٥ **نظم البيانات المتمحورة حول الناس والتي تسلط الضوء على اللامساواة**

لقد وصلنا إلى مفترق طرق. فالاختيار الذي يتعين على القادة اتخاذه هو ما بين العمل الجريء وأنصاف الإجراءات. إن البيانات واضحة: إن التحرك بشكل تدريجي للغاية هو الخيار الذي لا يمكن تحمله.

نعم يمكننا الفوز بهذا، ولكن فقط إذا تحلينا بالشجاعة، وفقط إذا عملنا معا.

في زيارتي الأخيرة إلى السنغال، رأيت قوة القيادة في الحد من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري. ففي داكار التقيت بالملهمة مريمة با ثيام، وهي معلمة أقران في برنامج الحد من الضرر لمتعاطي المخدرات بالحقن. ويساعد هذا البرنامج متعاطي المخدرات على حماية صحتهم وتأمين الاستقلال الاقتصادي. لقد نجح نهج مريمة لأنه يبدأ من خلال التفكير في الشخص بأكمله، وربط ما هو طبي بما هو اجتماعي. إنه نهج يرفض المناهج الفاشلة التي يتبعها الكثيرون والقائمة على العقاب والوصم، وبدلا من ذلك يحترم كرامة كل شخص. لقد نجح هذا النهج لأنه يشرك مجتمعات الخطوط الأمامية في تقديم الخدمات وفي القيادة، ولأنه يدرك أن الوصول إلى العلاجات التي ترتكز على أفضل العلوم هو حق من حقوق الإنسان ومصلحة عامة. نحن نعرف كيف يبدو النجاح، وهو يبدو مثل مريمة. لقد أظهرت الآلاف من المريمات، في جميع أنحاء العالم، الطريق من خلال السير فيه.

إن كل دقيقة تمر، نخسر فيها حياة ثمينة بسبب الإيدز. ليس لدينا وقت.

أنهوا اللامساواة.. أنهوا الإيدز.. أنهوا الجوائح.

ويني بيانيما
المديرة التنفيذية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

خمسة عناصر حاسمة من الاستراتيجية العالمية للإيدز لازمة لتعزيز الوقاية من الجوائح العالمية، والاستعداد، وهيكل الاستجابة

البنية التحتية التي يقودها المجتمع والقائمة على المجتمع. عندما تقوم أنظمة الصحة العامة بإشراك الشبكات والمنظمات التي يقودها المجتمع وتمكن الفئات الأكثر تضررا من الجوائح، فإنها تحقق نجاحا أكبر في مواجهة المعلومات المضللة، وضمان استمرارية الخدمات الصحية، وحماية حقوق وسبل عيش الفئات الأكثر عرضة للإصابة.

الوصول العادل إلى الأدوية، واللقاحات، والتقنيات الصحية. لقد استغرق الأمر عقودا حتى أصبحت اختبارات فيروس نقص المناعة البشري والأدوية متاحة على نطاق واسع وبأسعار معقولة لجميع من يحتاجون إليها، ولكن تم فقدان ملايين الأرواح على طول الطريق. إن اللامساواة في اللقاحات لجائحة كوفيد-١٩ اليوم ترجع صدى اللامساواة في العلاج في الاستجابة المبكرة للإيدز. ففي بداية شهر نوفمبر ٢٠٢١، تم تطعيم ٢٪ فقط من الأشخاص في البلدان منخفضة الدخل بشكل كامل ضد كوفيد-١٩، مقارنة بنسبة ٦٥٪ في البلدان مرتفعة الدخل (١). وفي منتصف شهر نوفمبر، كان العدد اليومي للجرعات المعززة التي تم تداولها عالميا (إلى حد كبير في البلدان مرتفعة الدخل) أكبر بست مرات من الجرعات الأولية في البلدان منخفضة الدخل (٢). وقد أدى الغضب الناجم عن الحظر غير المعقول للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في البلدان منخفضة الدخل في التسعينيات من القرن الماضي وأوائل القرن الحالي إلى إنشاء آليات تجعل الإصدارات العامة من تقنيات فيروس نقص المناعة البشري المتطورة ميسورة التكاليف ويمكن الوصول إليها بسرعة. يجب تعزيز هذه الآليات بشكل أكبر لضمان أن تكون جميع الأدوية، واللقاحات، والتشخيصات، والتقنيات الصحية الأخرى المطلوبة بشكل عاجل من المنافع العامة.

دعم العاملين على الخطوط الأمامية للجائحة. إن العاملين الصحيين، والأخصائيين الاجتماعيين، والمعلمين، ومقدمي الرعاية الصحية غير مدفوعة الأجر هم أبطال الاستجابة للجائحة، إذ أنهم يخاطرون بصحتهم لتوفير الرعاية وضمان بقاء السلع والخدمات الأساسية متاحة. ومع ذلك، فهم يعملون في كثير من الأحيان في ظروف عمل غير آمنة واستغلالية، ويتقاضون رواتب منخفضة بشكل كبير ويعانون من نقص الموارد، ولا يتم تقديرهم خلال جميع الأزمات ما عدا أشد مراحلها حدة. ويعد رفع مستوى العاملين الأساسيين وتزويدهم بالموارد والأدوات التي يحتاجونها أمرا بالغ الأهمية لإبقائهم في الوظيفة.

حقوق الإنسان في قلب استجابات الجائحة. تقوض انتهاكات حقوق الإنسان الثقة وتبعد الناس عن إجراءات الصحة العامة. ولا يزال هذا يمثل عائقا أمام إنهاء الإيدز في العديد من الأماكن، كما أن عدم احترام الحقوق يقوض أيضا إجراءات كوفيد-١٩. وعلى العكس من ذلك، تظهر الأدلة والخبرة أن التقدم في ملف حقوق الإنسان يؤدي إلى تحسين الصحة العامة. وتتضمن العناصر الرئيسية لاستجابات الجائحة القائمة على الحقوق والتي تبني ثقة الجمهور الحد من استخدام القانون الجنائي لفرض إجراءات الصحة العامة، وتحديد انتهاكات الحقوق أينما تحدث، والمؤسسات القضائية وحقوق الإنسان الفعالة، ومجموعات المجتمع المدني القادرة على مساءلة الحكومات والجهات الفاعلة الأخرى.

أنظمة البيانات المتمحورة حول الناس والتي تسلط الضوء على اللامساواة. في عالم ملئ بالبيانات، من السهل انتقاء واختيار نقاط البيانات التي تعزز التحيزات وتحمي المصالح الشخصية والسياسية. ويجب أن تتشكل استجابات الجائحة من خلال أسلوب التثليث الموضوعي لمجموعة واسعة من البيانات. ويعد جمع البيانات الكمية والنوعية، وتحليلها، واستخدامها – بطريقة أخلاقية وبطرقة تحافظ على سرية المعلومات الخاصة بالأفراد – أمرا بالغ الأهمية لفهم الأفراد الأكثر تضررا أثناء تفشي المرض، ومن يتم الوصول إليه بالخدمات، ومن الذي لم يتم الوصول إليه ولماذا.

كمبودي متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري يتم تطهير يديه قبل إجراء فحص طبي. حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز/ س. دارا.

جوائح متزامنة

تتعرض البشرية للتهديد من قبل قائمة موسعة من الجوائح. فالإيدز يتزامن مع كوفيد-١٩ ليحدث تأثيرا مميتا لأن العالم مازال غير مستعد بشكل كبير كما أنه يعاني من نقص في الموارد لمواجهة جوائح اليوم وغدا.

وعلى مدى أربعة عقود، أدى التقدم في العلوم، وحقوق الإنسان، والاستثمار في الصحة العامة إلى نجاح ملحوظ في مكافحة الإيدز في بعض المواقع وبين بعض الفئات السكانية. وقد أظهر هذا التقدم ما يمكن أن يحدث عندما تعمل البلدان والمجتمعات معا ضد عدوى مميتة.

ولا تزال هناك فجوات كثيرة. إذ أن أوجه اللامساواة المتجذرة تقف في طريق إحراز مزيد من التقدم ضد الإيدز وتترك العالم عرضة للجوائح في المستقبل. إن التحديات الهائلة التي أوجدها كوفيد-١٩ تهدد المكاسب التي تحققت حتى الآن.

وقبل ستة أشهر فقط من اليوم العالمي للإيدز لهذا العام، وافقت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة على نهج جديد - لمعالجة اللامساواة، وسد الفجوات في الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري بحلول عام ٢٠٢٥، والمضي قدما في تحقيق الهدف العالمي المتمثل في إنهاء الإيدز بحلول عام ٢٠٣٠ – ولكن هذه الإجراءات المتفق عليها لم يتم اتخاذها بالسرعة والنطاق المطلوبين.

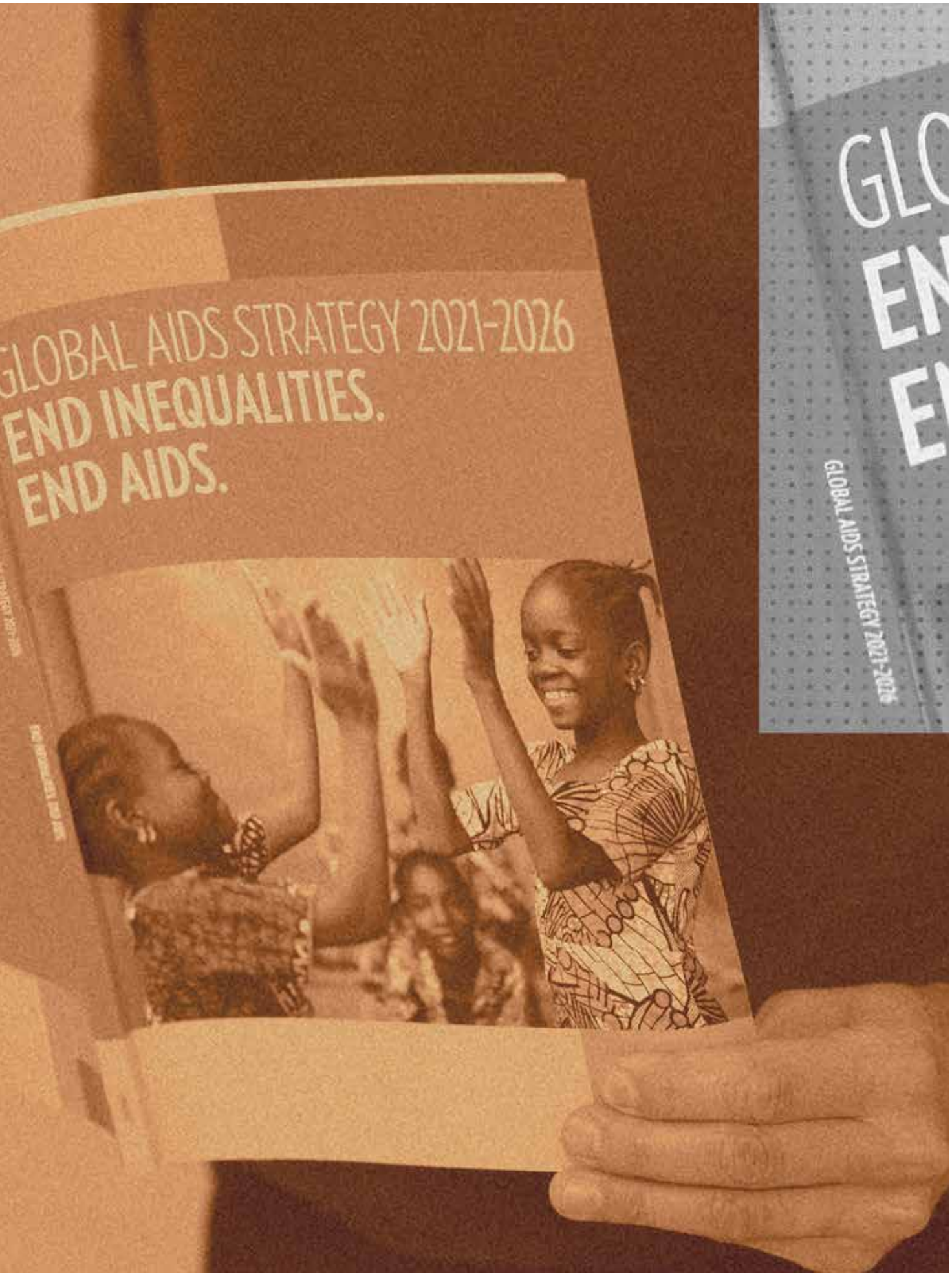
وتظهر بيانات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أن منحنيات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز لا تنخفض بالسرعة الكافية لإنهاء الجائحة. إن الفشل في الاستفادة من المكاسب التي تحققت حتى الآن سيؤدي إلى ٧,٧ مليون حالة وفاة مرتبطة بالإيدز خلال هذا العقد.١ ومن الممكن تجنب معظم هذه الوفيات إذا اتبع العالم الاستراتيجية العالمية للإيدز ٢٠٢١-٢٠٢٦ وحقق أهداف ٢٠٢٥ التي وافقت عليها الجمعية العامة للأمم المتحدة.

ليس هناك متسع من الوقت. فالنظم الصحية والمجتمعات، في جميع أنحاء العالم، يتم دفعها الآن إلى نقطة الانهيار بسبب جائحة فيروس كورونا التي لم يكن العالم مستعدا لها بشكل مذر، على الرغم من التحذيرات الواضحة من خبراء الأمراض المعدية وحتى أفلام هوليوود الرائجة. إن مرور عامين على أزمة كوفيد-١٩ فشلت حتى الآن في إيجاد استجابة عالمية موحدة للجائحة الجديدة: الدول الغنية تخزن اللقاحات وتكافح من أجل إقناع نسب كافية من سكانها بالتطعيم، بينما تُركت البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط عرضة للقوة الكاملة للموجة التالية من الإصابة بفيروس كورونا المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (لسارس-كوفيد- ٢).

إن الأمر أكبر من الإيدز. فالإجراءات والتدخلات التي تحتاج إلى المزيد من القيادة السياسية والاهتمام بالسياسات والتمويل لإنهاء الإيدز ضرورية أيضا لقلب التيار ضد كوفيد-١٩. وبينما يعمل قادة العالم والاقتصادات الرئيسية داخل مجموعة العشرين لإنشاء إطار عالمي للوقاية من الجائحة والاستعداد والاستجابة لها، فإن النجاحات التي تحققت بشق الأنفس والفشل المرير في الاستجابة للإيدز لديهما تجارب للمشاركة. وتكشف هذه التجارب عن أن هناك عناصر حاسمة في الاستراتيجية العالمية للإيدز مفقودة إلى حد كبير في جهود وخطط الاستعداد للوباء - أشياء يجب عدم إهمالها إذا كان العالم يريد الوفاء بتعهده بإنهاء الإيدز في غضون العقد المقبل، والتغلب بسرعة على كوفيد-١٩، ومواجهة الجوائح المستقبلية استباقيا.

إن منحنيات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز لا تنخفض بسرعة كافية. الفشل في البناء على المكاسب التي تحققت حتى الآن سيؤدي إلى ٧,٧ مليون حالة وفاة مرتبطة بالإيدز خلال هذا العقد.

١. هذا التقدير: ٧,٧ مليون حالة وفاة مرتبطة بالإيدز بين ٢٠٢١-٢٠٣٠ هو ما تتوقعه نماذج برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إذا ظلت تغطية خدمة فيروس نقص المناعة البشري ثابتة عند مستويات عام ٢٠١٩. ولكا إذا تم تنفيذ الإستراتيجية العالمية للإيدز، وتم تحقيق أهداف عام ٢٠٢٥ فإن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز يقدر أنه يمكن إنقاذ ما لا يقل عن ٤,٦ مليون من هذه الأرواح خلال العقد.



الاستراتيجية العالمية للإيدز ٢٠٢١-٢٠٢٦. حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

استراتيجية خمسية لإنهاء اللامساواة وإنهاء الإيدز

حققت الجهود المبذولة لحماية وإعادة تنشيط الاستجابة العالمية لفيروس نقص المناعة البشري إنجازين رئيسيين في عام ٢٠٢١: وضع استراتيجية عالمية للإيدز مدتها خمس سنوات وموافقة الجمعية العامة للأمم المتحدة على أن تركز الاستراتيجية على اللامساواة جنبا إلى جنب مع مجموعة شاملة من الأهداف العالمية لعام ٢٠٢٥.

وتدرك الاستراتيجية العالمية للإيدز والأهداف العالمية لعام ٢٠٢٥ أن فيروس نقص المناعة البشري يزدهر على خطوط الصدع المتمثلة في اللامساواة داخل المجتمعات وعبرها، ويجعلان معالجة اللامساواة هذه محور الجهود المبذولة لجعل الإيدز من الماضي. إن فيروس نقص المناعة البشري ليس وحده في هذا الصدد: فاللامساواة الضمنية هي في صميم الآثار غير المتكافئة لكوفيد-١٩، والسل، والملاريا، والإيبولا، والكوليرا، والأمراض المعدية الأخرى.

إن العديد من الفئات السكانية الرئيسية – بما في ذلك العاملون بالجنس، ومتعاطي المخدرات بالحقن، والسجناء، ومغايري الهوية الجنسانية، والمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال – معرضون بشكل أكبر لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري وغيره من الأمراض المهددة للحياة بسبب وضعهم المهمش في المجتمع، والتمييز والعنف الذي يتعرضون له، والقوانين التي تسعى لمعاقبة أفعالهم. ويظهر تحليل جديد أجراه برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أن البيانات التي أبلغت عنها العديد من البلدان يبدو أنها تقلل من حجم الفئات السكانية الرئيسية، مما يجعل عشرات الملايين من الأشخاص الذين هم في أمس الحاجة غير مرئيين تقريبا للخطط والبرامج الوطنية المتعلقة بالفيروس (انظر فصل ٥).

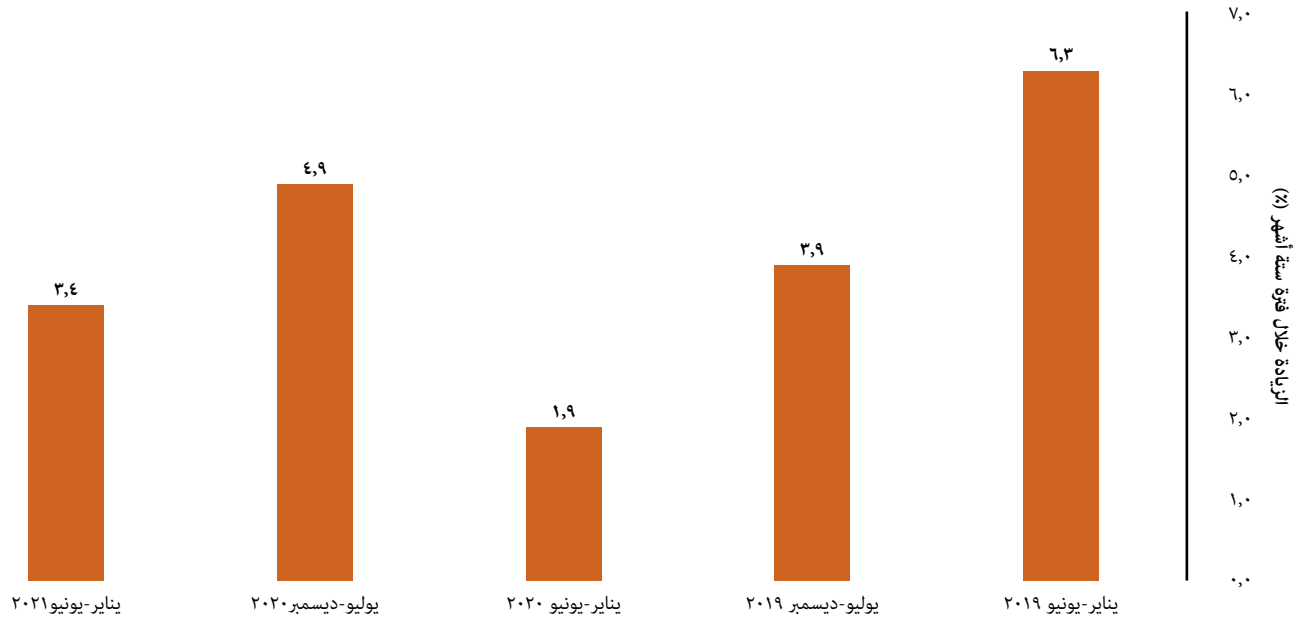
إن فيروس نقص المناعة البشري يزدهر على خطوط الصدع المتمثلة في اللامساواة داخل المجتمعات وعبرها. ومعالجة اللامساواة هذه يجب أن تكون محور الجهود المبذولة لجعل الإيدز من الماضي.

ففي أفريقيا جنوب الصحراء، مازال عدد المراهقات والنساء يفوق بكثير عدد الرجال والفتيان بين الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشري. ومع ذلك، تقل احتمالية وصول الرجال، في هذه المنطقة، إلى خدمات اختبار وعلاج الفيروس. ويعد الفقر ونقص التعليم من الحواجز الإضافية الهائلة التي تحول دون خدمات الصحة والفيروس. وتشير الدلائل الجوهرية إلى أن تمكين المراهقات والشابات لا يمكن أن يقلل من مخاطر الإصابة بالفيروس فحسب، بل يوفر أيضا مجموعة واسعة من الفوائد الصحية والاجتماعية مدى الحياة. ويقلل التعليم، على وجة الخصوص، من قابلية الإصابة بالفيروس بينما يساعد على بناء مجتمعات قوية ومرنة، مما يؤكد على أهمية الاستثمارات الوطنية في أنظمة التعليم بشكل عام – وعلى وجة التحديد الإجراءات التي تساعد على إبقاء الفتيات في المدرسة.

وتدمج الاستراتيجية العالمية للإيدز عقودا من الخبرة والأدلة في إطار شمل للإجراءات التحويلية من أجل: تعظيم الوصول العادل والمتساوي إلى خدمات وحلول فيروس نقص المناعة البشري، وتحطيم الحواجز التي تحول دون تحقيق نتائج فيروس نقص المناعة البشري، وتوفير الموارد والاستجابة الفعالة لفيروس نقص المناعة البشري بشكل كامل وإدماجها في أنظمة الصحة، والحماية الاجتماعية، والأوضاع الإنسانية، والاستجابة للجائحة.

إن العديد من جوانب الاستراتيجية العالمية للإيدز مهمة أيضا للمساعدة في الوقاية من جوائح المستقبل والاستجابة لها.

شكل ١. الزيادة في عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية على مدار ستة أشهر، على مستوى العالم، من يناير ٢٠١٩ إلى يونيو ٢٠٢١



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢١.

وفي العديد من الأماكن، استدعى الاضطراب الناجم عن كوفيد-١٩ الابتكار والمرونة التي أصبحت سمة مميزة للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري. وتميل البرامج ذات الموارد الجيدة، والرغبة في التكيف، والمرتكزة على مشاركة مجتمعية قوية للتعامل مع الأفضل. وقد استلزمت القيود المفروضة على حركة كوفيد-١٩ تسريع صرف الأدوية لعدة أشهر من خلال البرامج الوطنية لفيروس نقص المناعة البشري، وحقق هذا النهج نجاحا مدويا، مما مكن الناس من الاستمرار في تناول أدوية الفيروس على الرغم من انقطاع الخدمة. وبالمثل، أدت الجرعات المنزلية من العلاج بمواد بديلة لأثر الأفيون في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية إلى تقليل الوصم وتحسين الالتزام بالعلاج لمتعاطي المخدرات بالحقن (٥).

كما أثبتت الثقة بالمجتمعات المتأثرة أنها استراتيجية ناجحة، حيث تم الحفاظ على علاج فيروس نقص المناعة البشري والخدمات الحيوية الأخرى من خلال التحول إلى الخدمات المتمحورة حول المجتمع وغيرها من الخدمات المتمايزة، واستخدام الخدمات الصحية عن بعد والمنصات الافتراضية للحصول على المعلومات والدعم. وتم أيضا عمل مخططات ومواقع تسليم مجتمعية؛ وتم ترتيب خدمات التوصيل إلى المنازل؛ وتم نقل دعم العلاج عبر الإنترنت.

وفي سبعة بلدان في شرق وجنوب أفريقيا، على سبيل المثال، قام ٢٥٠٠ موقع لعلاج فيروس نقص المناعة البشري مدعوم من قبل خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز يخدم ١,٨ مليون متعايش مع الفيروس بتوفير عبوات جديدة من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في المرافق المجتمعية، وصُرفت كميات أكبر من الأدوية التي تغطي فترات أطول من العلاج (عادة ٦ أشهر بدلا من ٣ أشهر)، واتخاذ إجراءات للتباعد الاجتماعي والوقاية في العيادات (٦).[٣] وفي ستة من البلدان السبعة، أدت هذه التعديلات في الواقع إلى انخفاض النسبة المئوية للمرضى الذين عانوا من انقطاع العلاج. وفي جميع البلدان السبعة، في الربع الذي سبق الإغلاق، عانت نسبة إضافية من المرضى مقدارها ٢٣٪ من انقطاع العلاج مقارنة بما كان عليه الحال أثناء الإغلاق، بينما في الربع الذي تلى الإغلاق، انخفض معدل انقطاع العلاج بنسبة ١٠٪ من عدد الانقطاعات خلال الإغلاق.

٣. البلدان السبعة هي: بتسوانا، وإسواتيني، وناميبيا، ورواندا، وأوغندا، وزامبيا، وزيمبابوي.

التكيف والمرونة يحميان برامج فيروس نقص المناعة البشري الهامة

يختلف الضرر الذي يلحقه كوفيد-١٩ ببرامج فيروس نقص المناعة البشري من دولة إلى أخرى. لقد كانت هناك انتكاسات كبيرة، لا سيما خلال الأشهر الستة الأولى من الأزمة، وكان المتعايشون مع الفيروس أكثر عرضة للإصابة بالأمراض والوفيات المرتبطة بكوفيد-١٩ (انظر المربع). كما كان هناك أيضا العديد من الأمثلة الملهمة على التكيف والمرونة.

لقد تعطلت خدمات الحد من الضرر لمتعاطي المخدرات، والتي تعد حجر الزاوية في إجراءات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري بين هذه الفئة السكانية الرئيسية المعرضة لخطورة الإصابة بالفيروس فيما يقرب من الثلثين (٦٥٪) من ١٣٠ دولة شملها الاستطلاع في عام ٢٠٢٠ (٣). كما تعطلت برامج ختان الذكور الطبي الطوعي بشدة في عام ٢٠٢٠، حيث قامت بعض الدول بتعليق هذه الإجراءات تماما. وتم إغفال الأهداف المحددة لختان الذكور الطبي الطوعي في ١٥ دولة ذات أولوية في شرق وجنوب أفريقيا بهامش كبير، ولكن مع تخفيف القيود الاجتماعية، أظهرت هذه البرامج بشكل مشجع علامات الانتعاش في نهاية عام ٢٠٢٠ (٤). وتوسعت برامج العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في عام ٢٠٢٠، لكن الوصول إليها لا يزال بعيدا عن الأهداف العالمية لهذا الخيار الجديد للوقاية من الفيروس.

وانخفضت وتيرة اختبار فيروس نقص المناعة البشري بشكل موحد تقريبا، وتشير الأدلة المتاحة إلى أن تشخيصات الفيروس قد انخفضت وأن عددا أقل من المتعايشين مع الفيروس بدؤوا العلاج في عام ٢٠٢٠ في ٤٠ دولة من أصل ٥٠ دولة أبلغت هذه البيانات لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز.

لقد ارتفع عدد الآشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بنسبة ١٫٩٪ فقط بين يناير ويونيو من عام ٢٠٢٠ من ٢٥٫٥ مليون شخص إلى ٢٦ مليون شخص. وتبع ذلك سريعة بنسبة ٤٫٩٪ من يوليو ٢٠٢٠ وحتى ديسمبر ٢٠٢٠ لتصل إلى ٢٧٫٣ مليون شخص، ثم زيادة بنسبة ٣٫٤٪ خلال الستة أشهر الأولى من عام ٢٠٢١. وفي نهاية يونيو ٢٠٢١، كان هناك ٢٨٫٣ مليون متعايش مع الفيروس يتلقون العلاج على مستوى العالم[٢]

لقد حدثت أكبر الاضطرابات في خدمات فيروس نقص المناعة البشري في النصف الأول من عام ٢٠٢٠، عندما قام العديد من البلدان بتطبيق إجراءات الإغلاق الأول وكانت برامج الفيروس تسعى جاهدة للتكيف.

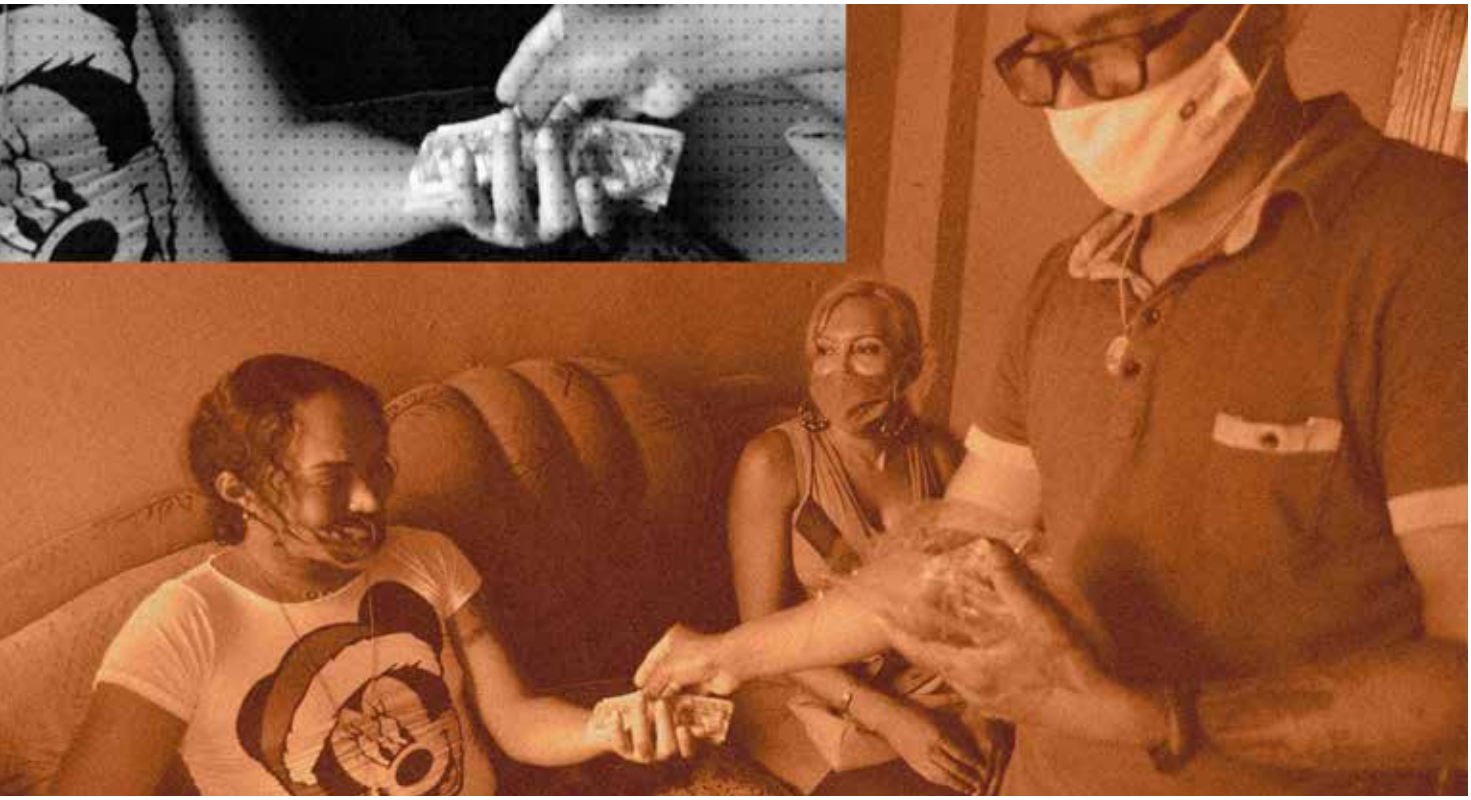
٢. تستند تقديرات العلاج في منتصف العام إلى بيانات تم الإبلاغ عنها من ٨٠ دولة تمثل ٨٠٪ من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري على مستوى العالم وتم تعميمها على بقية العالم.

تفاقم أزمة كوفيد-١٩ من اللامساواة

في حين أثبتت العديد من برامج فيروس نقص المناعة البشري قدرتها على الصمود خلال أزمة كوفيد-١٩، فإن الضرر الأوسع الذي أحدثه الوباء - والذي تشعر به الفئات السكانية المحرومة بالفعل - يهدد بتقويض الجهود العالمية لإنهاء جائحة الإيدز بحلول عام ٢٠٣٠.

وفقا للمنتدى الاقتصادي العالمي، تسبب كوفيد-١٩ في تراجع المساواة بين الجنسين لمدة جيل على الأقل. وبناء على الاتجاهات الحالية، سيستغرق سد الفجوة العالمية بين الجنسين ما يقرب من ١٣٦ عاما، مقارنة بـ١٠٠ عام قبل كوفيد-١٩. فالخسائر في الوظائف والدخل أثناء الجائحة كانت أعلى بين النساء، وازدادت أعباء الرعاية غير مدفوعة الأجر (٣٠). وقد وثقت عشرات الدراسات زيادة في العنف ضد النساء والفتيات أثناء انتشار الجائحة؛ وتتعلق زيادة العنف هذه - إلى جانب الأذى الجسدي والعاطفي - أيضا بزيادة خطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري ونتائج صحية أسوأ للمتعايشات مع الفيروس (٣١-٣٣). وكشف تقييم سريع لتأثير جائحة كوفيد-١٩ في ستة بلدان في عام ٢٠٢٠ عن أن الوصول إلى خدمات حقوق الصحة الجنسية والإنجابية قد تعطل (٣٤).[٤] كما انقطع التعليم أيضا في مرحلة ما بالنسبة لمعظم الأطفال في العالم، ومن المتوقع أن ١١ مليون فتاة قد لا يعدن أبدا إلى المدرسة بعد جائحة كوفيد-١٩ (٣٥).

وقد تم توسيع الحماية الاجتماعية مؤقتا في العديد من البلدان حيث تم إغلاق قطاعات التوظيف بأكملها، ولكن المساعدة غابت عن العديد من أفقر الأشخاص وأكثرهم عرضة لخطورة الإصابة. ومع انخفاض الدخل وارتفاع أسعار المواد الغذائية، يزداد انعدام الأمن الغذائي: لم يتمكن حوالي واحد من كل ثلاثة أشخاص على مستوى العالم (٢,٤ مليار شخص) من الحصول على الغذاء الكافي في عام ٢٠٢٠، مما يعد زيادة قدرها ٣٢٠ مليون شخص في عام واحد، وفقا لمنظمة الأمم المتحدة للأغذية (٣٦). كما يؤثر انعدام الأمن الغذائي سلبا أيضا على المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، بما في ذلك الالتزام بالعلاج (٣٧).



موظف من منظمة المجتمع المدني Diálogo Diverso (حوار متنوع) يوزع الواقيات الذكرية على المهاجرين من جمهورية فنزويلا البوليفارية، ومقرها في كيتو، الإكوادور. تعمل منظمة «حوار متنوع» على حماية حقوق الإنسان وتعزيزها، مع التركيز على النوع الاجتماعي والمثليات، والمثليين، ومزدوجي الميل الجنسي، ومغايري الهوية الجنسانية، وثنائي الجنس (مجتمع الميم). حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز.

٤. البلدان الست هي: كولومبيا، وكينيا، ونيجيريا، وجنوب أفريقيا، وأوغندا، والولايات المتحدة.

وفي أوغندا، استُخدمت مجموعة من الأساليب المتمحورة حول المجتمع، بما في ذلك صرف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعد أشهر، ونقاط تسليم وجمع الأدوية المجتمعية (حيث يشكل الناس مجموعات صغيرة ويجمعون الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية بالتناوب) (٧). وفي غرب ووسط أفريقيا، نجحت مبادرة زيادة العلاج المضاد للفيروسات القهقرية النيجيرية في تعزيز تغطية علاج فيروس نقص المناعة البشري وجودته رغم العراقيل الناجمة عن كوفيد-١٩ (انظر القصة الرئيسية).

قبل أزمة كوفيد-١٩، قاومت بلدان عديدة توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن صرف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعدة أشهر، بحجة أنها عملية معقدة للغاية ومحفوفة بالمخاطر. لقد ردد هذا القلق الذي لا أساس له من الصحة مخاوف لا أساس لها تم الإعراب عنها قبل عقود، عندما تم منع الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية بقسوة من أفريقيا جنوب الصحراء وغيرها من المناطق منخفضة الدخل بسبب مخاوف من أن أنظمتهم الصحية كانت ضعيفة للغاية وأن مرضاهم غير متعلمين وغير منضبطين بحيث لا يمكنهم التعامل مع الجرعات اليومية من علاج فيروس نقص المناعة البشري.

وقد هددت العراقيل المرتبطة بكوفيد-١٩ في إنتاج وتوزيع الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية بالتسبب في نفاد المخزون وتقييد التوسع في التوزيع لعدة أشهر في بعض البلدان. وتُظهر بيانات الجمارك من الهند أن هناك انخفاض كبير في شحنات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية إلى البلدان منخفضة الدخل والبلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى في الفترة من مارس إلى يونيو ٢٠٢٠، عندما كان العديد من البلدان في أولى عمليات الإغلاق. ثم تعافى حجم الصادرات من الهند وزاد في أواخر عام ٢٠٢٠ (٨). ويبدو أن تأثير كوفيد-١٩ في عام ٢٠٢٠ وظهور متحور دلتا في الهند وانتشاره العالمي في عام ٢٠٢١ قد غير أنماط مستويات طلبات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل مقارنة بالسنوات السابقة، لكنها لم تؤثر على تسليم الطلبات التي تم تقديمها في الأشهر الثمانية الأولى من عام ٢٠٢١ (٨).

أدلة متزايدة على أن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري أكثر عرضة للإصابة بكوفيد-١٩

تظهر صورة أكمل للتفاعل بين الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والإصابة بفيروس كورونا المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة SARS-CoV-٢، والاستجابة للقاح كوفيد-١٩ بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وتشير مجموعة قوية من الأدلة – من جنوب أفريقيا، والمملكة المتحدة، والولايات المتحدة الأمريكية – إلى أن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يصابون بفيروس كورونا المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة معرضون بشكل كبير لخطر الإصابة بمرض خطير والموت (٩-١٥). والخطر مرتفع بشكل خاص بين الأشخاص الذين لا يسيطرون على إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشري باستخدام العلاج المضاد للفيروسات القهقرية (١٦،١٧).

وقد عالجت دراسة كبيرة حديثة تستند إلى بيانات من ٥،٨ مليون شخص في ٥٤ موقعا إكلينيكيا في الولايات المتحدة عوامل مذهلة محتملة من خلال تعديل الأمراض المصاحبة، والخصائص الديموغرافية، وعوامل نمط الحياة. ووجدت الدراسة أن التعايش مع فيروس نقص المناعة البشري مرتبط بخطر أعلى بنسبة ٢٠٪ للدخول إلى المستشفى نتيجة الإصابة بكوفيد-١٩ وخطر أعلى بنسبة ٢٩٪ للوفاة جراء كوفيد-١٨. وقد تردد صدى هذا الاكتشاف في التحليل البعدي لـ٨٤ دراسة من أفريقيا، وآسيا، والأمريكتين، وأوربا (١٩).

وهناك أيضا أدلة متزايدة على أن مخاطر النتائج الضارة بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري هي الأعلى بين من لديهم تعداد منخفض لخلايا CD٤ أو لديهم حمولات فيروسية خاصة بفيروس نقص المناعة البشري يمكن اكتشافها (١٨, ٢٠-٢٢). ويؤكد هذا أهمية وفوائد العلاج الناجح لفيروس نقص المناعة البشري. والجدير بالملاحظة هنا، مع ذلك، هو وجود نتائج من دراسة أخرى تشير إلى أن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والذين يعانون من انخفاض عدد خلايا CD٤ قد يكونون أكثر عرضة لخطر نتائج كوفيد-١٩ السيئة حتى لو تم كبت الحمل الفيروسي لديهم (٢٣). ويشير هذا إلى أن الأشخاص الذين بدؤوا مؤخرا مرحلة العلاج من فيروس نقص المناعة البشري والذين عانوا من انخفاض عدد خلايا CD٤ لفترات طويلة قد يحتاجون إلى مراقبة عن كثب إذا أصيبوا بكوفيد-١٩. وتوصي المراكز الأمريكية لمكافحة الأمراض والوقاية منها بأخذ جرعة معززة من لقاح كوفيد-١٩ للأشخاص المصابين بمرحلة متقدمة من فيروس نقص المناعة البشري أو أولئك الذين لا يتلقون العلاج (٢٤).

ولا يوجد دليل على أن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري قد تترافق مع ردود فعل سلبية على لقاحات كوفيد-١٩ الحالية. ولكن، هناك أدلة متضاربة من الدراسات حول ما إذا كان المتعايشون مع الفيروس لديهم استجابات أضعف للأجسام المضادة التي يسببها اللقاح. وهناك العديد من الدراسات التي لم تجد مثل هذا الاختلاف (٢٥-٢٨). ومع ذلك، وجدت دراسة حديثة من الولايات المتحدة استجابة أقل للأجسام المضادة التي يسببها اللقاح لدى المتعايشين مع الفيروس مقارنة بالأشخاص غير المصابين بالفيروس، ويبدو أن التأثير يختلف بحسب اللقاح (٢٩). وكانت أقل الاستجابات بين الأشخاص الذي لم يكبتوا الحمل الفيروسي. ومع ذلك، فإن الأجسام المضادة ليست هي المحدد الوحيد للاستجابة للقاح، وهذه الدراسة لم تقس استجابات الخلايا التائية T-cell.

قصة إخبارية: تكيفات ذكية أثناء زيادة العلاج في نيجيريا

ضربت جائحة كوفيد -١٩ نيجيريا وسط جهد مكثف لتسريع تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وما حدث بعد ذلك كان مثالا ملهما على قدرة برنامج فيروس نقص المناعة البشري القوي المركز على المجتمع المحلي على أن يواجه الاضطرابات المرتبطة بجائحة كوفيد-١٩.

لقد بدأت مبادرة «زيادة العلاج المضاد للفيروسات القهقرية» النيجيرية المدعومة من قبل خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز في تتلقى ٢٠١٩ بهدف مدته ١٨ شهرا لزيادة عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري بمقدار ٥٠٠,٠٠٠ في ١٠ ولايات وأقاليم نيجيرية يتلقون العلاج المدعوم من خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز (٣٩).[٥]

وقد كان تشخيص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري تحديا كبيرا بشكل خاص في برنامج العلاج في نيجيريا بسبب قلة حضورهم إلى المرافق الصحية، خاصة في المناطق الريفية منخفضة الدخل. وللتغلب على هذا التحدي، استخدمت المبادرة بيانات المسح الوطني الأخيرة للتركيز على المناطق التي بها أعداد كبيرة من المتعايشين مع الفيروس الذين لم يتم تشخيصهم، وأداة لفحص مخاطر الإصابة بالفيروس واختبار المؤشر لتسريع تشخيص الفيروس ، والعديد من الاستراتيجيات الداعمة للربط السريع للأشخاص الذين تم تشخيصهم حديثا بالعلاج (٤٠).

وقد حقق الاختبار المجتمعي، والربط النشط بالرعاية، وبدء العلاج الفوري وتوفير «حزم المستلزمات الأولية» من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لمدة ٣٠ يوما مكاسب مبهرة في غضون فترة زمنية قصيرة. ففي الولايات والأقاليم العشر، زاد العدد الأسبوعي لاختبارات فيروس نقص المناعة البشري التي تم إجراؤها بنسبة ٥١٨٪ من أبريل ٢٠١٩ إلى مارس ٢٠٢٠، وزاد العدد الأسبوعي لنتائج الاختبارات الإيجابية بنسبة ٢٣٩٪، والعدد الأسبوعي للأشخاص الذين تم تشخيصهم بالإصابة بالفيروس حديثا والذين بدؤوا العلاج زاد بنسبة ٢٧٢٪ (شكل ٢) (٤١). كما زاد العدد الإجمالي لمتلقي العلاج في الولايات والأقاليم العشر بنسبة ٤٣٪ خلال السنة الأولى من المبادرة ليصل إلى إجمالي٥٥٩,٤٨٨ (٤١).

عمال الرعاية الصحية يتحدون التضاريس الوعرة لتقديم الخدمات للعملاء في المواقع التي يصعب الوصول إليها، في طريقهم للمستشفى العام، نجو، منطقة الحكومة المحلية أندوني، ولاية ريفرز، نيجيريا.
حقوق ملكية الصورة: خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز نيجيريا.

٥. الولايات هي أكوا إيبوم، بينوي، دلتا، إينوجو، إقليم العاصمة الفيدرالية، غومبي، إيمو، لاجوس، ناساراوا وريفرز، والمنطقة هي منطقة العاصمة الفيدرالية.

الاستعداد للجائحة ودروس الاستجابة

لقد تمت مهمة إنهاء جائحة الإيدز خلال العامين الماضيين. وسلطت التحديات التي تمت مواجهتها خلال أزمة كوفيد-١٩ والجهود المبذولة للتغلب عليها الضوء أيضا على بعض العناصر الأساسية للنجاح في استجابات الجائحة. إن تصحيحات المسار التي دعت إليها الاستراتيجية العالمية للإيدز لن تقضي على الإيدز بحلول عام ٢٠٣٠ فحسب؛ بل، إنها ضرورية لحماية العالم من الجوائح في المستقبل. إن تركيز استراتيجية الإيدز على أوجه اللامساواة يعترف بضرورة وضع الأشخاص والمجتمعات الأكثر عرضة لخطورة الإصابة في قلب استجابات الجائحة. لا أحد بأمان حتى يصبح الجميع في أمان.

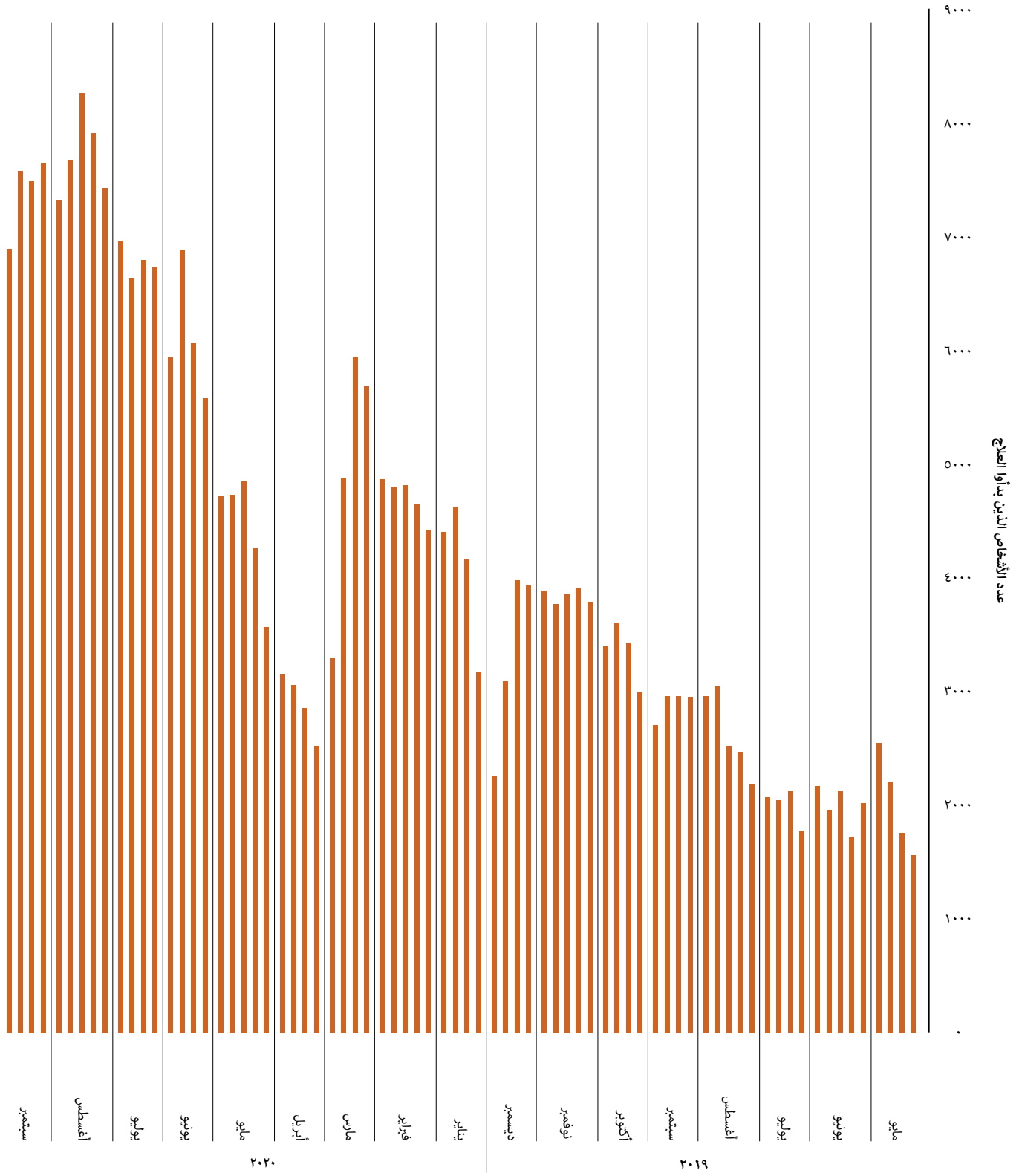
ويؤكد التاريخ أيضا على الأهمية الأساسية لوجود تمويل كاف يمكن الاعتماد عليه لإدارة واستدامة الاستجابات الفعالة للجائحة. فقد كانت برامج فيروس نقص المناعة البشري الأكثر مرونة خلال أزمة كوفيد-١٩ هي تلك التي تتمتع بتمويل يمكن الاعتماد عليه ونواة قوية من المتخصصين في الصحة العامة الذين يعملون بشكل وثيق مع قادة المجتمع. إن زيادة الإنفاق الصحي الطموح، وليس تقليله، يمثل أولوية إذا كان العالم يريد السيطرة على جائحة كوفيد-١٩ والقضاء على جوائح فيروس نقص المناعة البشري والسل (٣٨).

وهناك خطر صارخ من تكرار أخطاء الماضي مرة أخرى، حيث يتم إعطاء الأولوية للنمو الاقتصادي قصير الأجل، وحصص الشركات العملاقة في السوق، والمستقبل السياسي الشخصي لقادة الحكومة على الصالح العام طويل الأجل الذي يمكن تحقيقه عندما تُمنح النظم الصحية الموارد والدعم الذي تحتاجه للاستجابة للأزمات الصحية، وحيث تشارك المجتمعات بشكل بناء لمواجهة اللامساواة وضمان عدم إهمال أحد بسبب الاستجابات للإيدز وكوفيد -١٩، والجوائح الأخرى.

ومع استمرار مفاوضات الوقاية من الجوائح والتأهب والاستجابة لها في عام ٢٠٢٢، هناك خمسة عناصر أساسية تتطلب اهتماما أكبر من قبل قادة العالم: (١) البنية التحتية التي يقودها المجتمع والقائمة على المجتمع؛ و(٢) تكافؤ فرص الحصول على الأدوية، واللقاحات، والتكنولوجيات الصحية؛ و(٣) دعم العاملين في الخطوط الأمامية لمواجهة الجائحة؛ و(٤) حقوق الإنسان في قلب استجابات الجائحة؛ و(٥) أنظمة البيانات المتمحورة حول الأشخاص والتي تسلط الضوء على اللامساواة. وتعتبر المخاطر التي يتعرض لها المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري وأولئك المعرضون لخطورة العدوى مرتفعة بشكل لا يصدق. إنهم من بين الأكثر عرضة لخطورة الإصابة، لكنهم ليسوا بمفردهم: الانتشار السريع لـسارس-كوفيد-٢ والآثار الواسعة لكوفيد-١٩ هي مأساة عالمية تؤثر على الجميع تقريبا. ومع ذلك، فإن هذه الأزمة هي أيضا فرصة غير مسبوقة للتعلم من أخطاء الماضي وتعبئة القيادة والاستثمار اللازمين لإطار عالمي شامل بوسعه إنهاء أوجه اللامساواة، وإنهاء الإيدز، وإنهاء الجوائح.

إن كوفيد -١٩ أزمة رهيبة. كما أنها فرصة غير مسبوقة للتعلم من أخطاء الماضي وتعبئة القيادة و الاستثمار اللازمين لإطار عالمي شامل بوسعه إنهاء أوجه اللامساواة، وإنهاء الإيدز، وإنهاء الجوائح.

شكل ٢. عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشري الذين تم تشخيصهم حديثا والذين بدؤوا العلاج المضاد للفيروسات القهقرية ومؤشر بديل للارتباط بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية حسب الأسبوع الفيروسات القهقرية، حسب الأسبوع ، الولايات النيجيرية العشرة المشاركة في برنامج «زيادة العلاج المضاد للفيروسات القهقرية»، ٤ مايو، ٢٠١٩ - ٢٦ سبتمبر، ٢٠٢٠



المصابون بفيروس نقص المناعة البشري الذين تم تشخيصهم حديثا والذين بدؤوا العلاج المضاد للفيروسات القهقرية

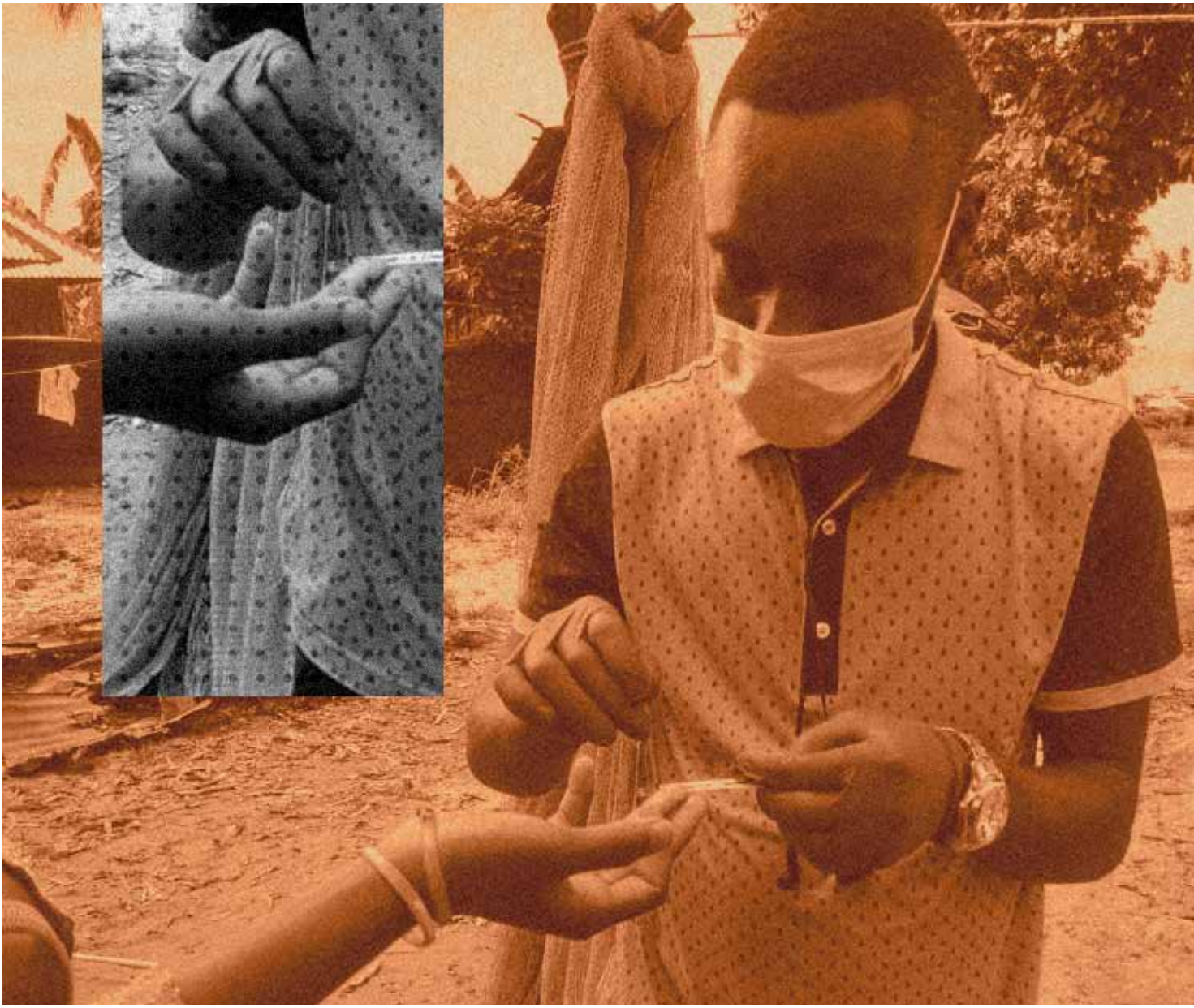
Note: Nine Nigerian states participated in the Antiretroviral Therapy Surge Initiative: Akwa Ibom, Benue, Delta, Enugu, Gombe, Imo, Lagos, Nasarawa and Rivers. One territory also participated: the Federal Capital Territory.

Note: On ٢٧ February ٢٠٢٠, the Nigeria Centre for Disease Control confirmed the first confirmed COVID-١٩ case. It activated an Emergency Operations Center on ١٩ March), international travel ١٩ mitigation efforts, including school closures (beginning ١٩-February. Following that, the Government of Nigeria implemented COVID bans (beginning ٢٣ March) and statewide stay-at-home orders (beginning ٣٠ March).

Source: Dirlikov E, Jahun I, Odafe SF, Obinna O, Onyenuobi C, Ifunanya M et al. Rapid scale-up of an antiretroviral therapy program before and during the COVID-١٩ pandemic—nine states, Nigeria, March ٣١, ٢٠١٩–٣٠ September, ٢٠٢٠. MMWR Morb Mortal Wkly Rep ٢٠٢١;٧٠(١٢):٤٢١-٦.

وعندما بدأت القيود المتعلقة بكوفيد-١٩ تؤثر على الحضور إلى المرافق الصحية في أوائل عام ٢٠٢٠، ضاعف مديرو برنامج مبادرة «زيادة العلاج» من النهج التي تركز على المجتمع. فقد عملت فرق التوعية مع المنظمات المجتمعية المحلية لتكييف التثقيف بشأن فيروس نقص المناعة البشري والفحص، والاستشارة، والاختبار للامتثال لقيود كوفيد-١٩، ولتسهيل تلقي علاج الفيروس والبقاء فيه (٤٢). وتم إعطاء الأشخاص الذين بدؤوا علاج الفيروس إمدادات من مضادات الفيروسات القهقرية لمدة ٩٠ يوما لتقليل زيارات المرافق الصحية. وتم إنشاء نقاط تسليم مجتمعية إضافية لتوزيع الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، وتم إرسال رسائل هاتفية محمولة تذكر الأشخاص بضرورة الحصول على الأدوية الجديدة، وعناوين نقاط التجميع القريبة. كما تم توسيع نطاق صرف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية على مدار عدة أشهر (ثلاثة إلى ستة أشهر) ليشمل جميع الأشخاص الذين يتلقون بالفعل علاجا لفيروس نقص المناعة البشري. وتضمنت تدابير التخفيف من حدة كوفيد-١٩ توفير كمامات الوجه للموظفين، وتعزيز نظافة اليدين بين الموظفين والعملاء خلال الزيارات السريرية، وإجراءات التباعد الجسدي (٤٣). وقد كانت معظم التعديلات سارية بحلول أبريل ٢٠٢٠ (٤٤).

وقد زادت نسبة الأشخاص الذين تم تشخيصهم في مجتمعاتهم (وليس في المرافق الصحية) من ٦٧٪ في مارس ٢٠٢٠ إلى ٨٠٪ في سبتمبر ٢٠٢٠ ، وحصل ٩٠٪ من الأشخاص الذين يتلقون العلاج على وصفات طبية للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعدة أشهر، كما تم تسليم معظم الأدوية التي يتم إعادة صرفها في الوقت المحدد (٤١). وبحلول مايو ٢٠٢٠، عادت أنشطة المبادرة إلى مستويات ما قبل الجائحة (أي قبل أواخر مارس ٢٠٢٠) واستمرت في الزيادة: خلال الفترة من أبريل إلى سبتمبر ٢٠٢٠، بدأ ١٦١,٤٤٤ شخصا بالعلاج وزاد العدد الإجمالي للأشخاص الذين يتلقون العلاج بنسبة ٢٩٪ أخرى ليصل إلى ٧٢٠,٩٣٢ (٤١).



اختبار فيروس نقص المناعة البشري في مجتمع الخور في ولاية أكوا إيبوم الجنوبية، نيجيريا. حقوق ملكية الصورة: خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز نيجيريا.

١

البنية التحتية التي يقودها المجتمع والقائمة على المجتمع

المراجع

1. Our World in Data [database]. Our World in Data; c2021 (https://ourworldindata.org/covid-vaccinations).
2. Kutlu O. WHO head says there is "scandal" in global coronavirus vaccine inequity. In: Anadolu Agency [Internet]. 13 November 2021. Anadolu Agency; c2021 (https://www.aa.com.tr/en/health/who-head-says-there-is-scandal-in-global-coronavirus-vaccine-inequity/2419607).
3. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services [Internet]. Geneva: WHO; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/978924012455).
4. Peck M, Ong K, Lucas T, Kiggundu V, Thomas A, Chandler S et al. Characterizing the effect of the COVID-19 pandemic on PEPFAR-supported voluntary medical male circumcision services, 2020. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract 760.
5. EuroNPUD. Take home opiate substitution therapies. Advocacy brief. 2020 (https://www.dropbox.com/s/s0y4hrvacf4q1f2/EuroNPUD%20Take%20Home%20OST%20Advocacy%20Brief%20UK.pdf?dl=0).
6. Mehta N, Stewart A, Fisher K, Ghosh S, Santos L, Harvey P et al. Impact of COVID-19 on HIV treatment interruption in seven PEPFAR countries, April–June 2020. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract 2641.
7. Zakumumpa H, Makobu K, Ntawiha W, Maniple E. A mixed-methods evaluation of the uptake of novel differentiated ART delivery models in a national sample of health facilities in Uganda. PLoS One. 2021;16(7):e0254214.
8. UNAIDS analysis of Indian customs data obtained from Seair Exim solutions, 2020–2021.
9. Western Cape Department of Health in collaboration with the National Institute for Communicable Diseases, South Africa. Risk Factors for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Death in a Population Cohort Study from the Western Cape Province, South Africa. Clin Infect Dis. 2021 Oct 5;73(7):e2005-e2015.
10. Sabin C, Raya R, Curtis H, Water L, Chadwick D; BHIVA COVID Registry Working Group. Coronavirus (COVID)-19 in people with HIV in the UK: initial findings from the BHIVA COVID-19 Registry. Fifth Joint Conference of the British HIV Association and the British Association for Sexual Health and HIV, 19–21 April 2021. Abstract 08.
11. Bhaskaran K, Rentsch CT, MacKenna B, Schulze A, Mehrkar A, Bates CJ et al. HIV infection and COVID-19 death: a population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. Lancet HIV. 2021;8(1):e24-e32.
12. Geretti AM, Stockdale AJ, Kelly SH, Cevik M, Collins S, Waters L et al. Outcomes of COVID-19 related hospitalization among people with HIV in the ISARIC WHO Clinical Characterization Protocol (UK): a prospective observational study. Clin Infect Dis. 2020 Oct 5;73(7):e2095-e2106.
13. Yendewa GA, Perez JA, Schlick KA, Tribout HA, McComsey GA. Characterizing COVID-19 presentation and clinical outcomes in HIV patients in the US. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 548.
14. Spinelli MA, Brown LB, Glidden DV, Hunter K, Martin-Tuite P, Zheng J et al. SARS-CoV-2 incidence, testing rates, and severe COVID-19 outcomes among people with and without HIV. AIDS. 2021;35:2545-7.
15. Clinical features and prognostic factors of COVID-19 in people living with HIV hospitalized with suspected or confirmed SARS-CoV-2 infection. Geneva: WHO; 2021.
16. Ambrosioni J, Blanco JS, Reyes-Uruena JM, Davies M, Sued O, Marcos MA et al. Overview of SARS-CoV-2 infection in adults living with HIV. Lancet HIV. 2021;8(5):e294-e305.
17. Del Amo J. Does HIV impact COVID-19 susceptibility or severity? Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 31.
18. Yang X, Sun J, Patel RC, Zhang J, Guo S, Zheng Q et al. Associations between HIV infection and clinical spectrum of COVID-19: a population level analysis based on US National COVID Cohort Collaborative (N3C) data. Lancet HIV. 2021;8(11):e690-e700.
19. Wang Y, Feng R, Xu J, Shi L, Feng H, Yang H. An updated meta-analysis on the association between HIV infection and COVID-19 mortality. AIDS. 2021;35:1875-80.
20. Nomah DK, Reyes-Urueña J, Díaz Y, Moreno S, Aceiton J, Bruguera A et al. Sociodemographic, clinical and immunological factors associated with SARS-CoV-2 diagnosis and severe COVID-19 outcomes in people living with HIV: a retrospective cohort study. Lancet HIV. 2021;8(11):e701-e710.
21. Sigel K, Swartz T, Golden E, Paranjpe I, Somani S, Richter F et al. Coronavirus 2019 and people living with human immunodeficiency virus: outcomes for hospitalized patients in New York City. Clin Infect Dis. 2020;71(11):2933-8.
22. Jassat W, Cohen C, Tempia S, Masha M, Godlstein S, Kufa T. Risk factors for COVID-19-related in-hospital mortality in a high HIV and tuberculosis prevalence setting in South Africa: a cohort study. Lancet HIV. 2021;8(9):e554-e567.
23. Dandachi D, Geiger G, Montgomery MW, Karmen-Tuohy S, Golzy M, Antar AAR et al. Characteristics, comorbidities and outcomes in a multicenter registry of patients with human immunodeficiency virus and coronavirus disease 2019. Clin Infect Dis. 2021;73(7):e1964-e1972.
24. COVID-19 Vaccines for Moderately to Severely Immunocompromised People. In: US Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 18 October 2021. Atlanta (GA): US CDC; c2021 (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/immuno.html).
25. Madhi S, Koen A, Fairlie L, Cutland C, Baillie V, Padayachee S et al. ChAdOx1 n CoV-19 (AZD1222) vaccine in people living with and without HIV. 2021. Pre-print.
26. Frater J, Ewer K, Ogbe A, Pace M, Adele S, Adland E et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 (ZAD1222) vaccine against SARS-CoV-2 in HIV infection. Lancet. 2021;19 April. Pre-print.
27. Ruddy J, Boyarsky B, Bailey J, Karaba A, Garonzik-Wang J, Jacqueline M et al. Safety and antibody response to two-dose SARS-CoV-2 messenger RNA vaccination in persons with HIV. AIDS. 2021;35(14):2399-401.
28. Woldemeskel B, Karaba A, Garliss C, Beck E, Wang K, Laeyendecker O et al. The BNT162b2 mRNA vaccine elicits robust humoral and cellular immune responses in people living with Human Immunodeficiency Virus (HIV). Clin Infec Dis. 2021;ciab648.
29. Spinelli M. Lower SARS-CoV-2 IgG and pseudovirus neutralization titers post-mRNA vaccination among people living with HIV. IDWeek 2021, 29 September–3 October. Abstract LB8.
30. Global gender gap report 2021. Geneva: World Economic Forum; 2021 (https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf).
31. Bourgault S, Peterman A, O'Donnell M. Violence against women and children during COVID-19—one year on and 100 papers in. A fourth research round-up. Washington (DC): Center for Global Development; 2021 (https://www.cgdev.org/sites/default/files/vawc-fourth-roundup.pdf).
32. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
33. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. AIDS. 2015;29(16):2183-94.
34. Missing in action: COVID-19 response funding for gender-based violence and sexual and reproductive health in five countries. New York (NY): Global Health Justice and Governance Programme at Columbia University; 2020 (https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/multi-country_funding_2-pager_9_april_2021.pdf).
35. Addressing the gender dimensions of COVID-related school closures. Geneva: UNESCO; August 2020 (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373379).
36. The state of food security and nutrition in the world 2021. Rome: Food and Agriculture Organization; 2021 (https://www.fao.org/3/cb4474en/online/cb4474en.html).
37. McLinden T, Stover S, Hogg RS. HIV and food insecurity: a syndemic amid the COVID-19 pandemic. AIDS Behav. 2020;24:2766-9.
38. Korowski 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; 2021 (https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35298).
39. Jahun I, Said I, El-Imam I, Ehoche A, Dalhatu I, Yakubu A et al. Optimizing community linkage to care and antiretroviral therapy initiation: lessons from the Nigeria HIV/AIDS Indicator and Impact Survey (NAIIS) and their adaptation in Nigeria ART Surge. PLoS ONE. 2021;16(9):e0257476.
40. Jahun I, Dirlikov E, Odafe S, Yakubu A, Boyd AT, Bachanas P et al. Ensuring optimal community HIV testing services in Nigeria using an enhanced community case-finding package (ECCP), October 2019–March 2020: acceleration to HIV epidemic control. HIV AIDS (Auckl). 2021 Aug 25;13:839-50.
41. Data provided to UNAIDS by the PEPFAR team in Nigeria, 16 November 2021.
42. Boyd AT, Ogbanufe O, Onyenuobi C, Mgbakor I, Bachanas P, Olupitan O et al. Scale-up of antiretroviral treatment access among people living with HIV in Rivers State, Nigeria, 2019–2020. AIDS. 2021;35(7):1127-34.
43. Dirlikov E, Jahun I, Odafe SF, Obinna O, Onyenuobi C, Ifunanya M et al. Rapid scale-up of an antiretroviral therapy program before and during the COVID-19 pandemic––nine states, Nigeria, March 31, 2019–September 30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(12):421-6.
44. Boyd AT, Jahun I, Dirlikov E, Greby S, Odafe S, Abdulkadir A et al. Expanding access to HIV services during the COVID-19 pandemic—Nigeria, 2020. AIDS Res Ther. 2021;18(1):62.

الدروس الصعبة المستفادة من إيبولا وفيروس نقص المناعة البشري

خلال الأيام الأولى لأزمة إيبولا (٢٠١٤- ٢٠١٦) في غرب أفريقيا، فُرضت جهود الاحتواء من أعلى إلى أسفل، دون إشراك المجتمعات. كان بعض من إجراءات الصحة العامة هذه ضارًا اقتصاديًا، ويتعارض مع العادات الاجتماعية المحلية، ما أدى إلى رد فعل عنيف. وبمرور الوقت، عادت الأفكار المستمدة من العاملين في مجال الصحة على مستوى المجتمع إلى استراتيجيات الاستجابة، التي يسرتها شبكات العلماء الاجتماعيين، ولكن الوقت الثمين والعديد من الأرواح كانا قد فُقدا قبل أن تتحول الاستجابة الوبائية إلى مناهج أكثر تفاعلًا وفاعلية مع المجتمع (٢).[١] ويمكن لعملية أكثر شمولًا تركز على بناء التفاهم أن تحد من الاستياء والفوضى (٣).

وقبل عقود، تعثرت الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشري عندما أهملت واقع وحقوق المجتمعات المتضررة، وأعطت الأولوية لحماية براءات الاختراع أكثر من الأشخاص. وفي نهاية المطاف شقت المنظمات التي يقودها المجتمع طريقًا إلى عمليات صنع القرار والساحات، كما فعلت منظمة تحالف الإيدز لإطلاق العنان للقوة (ACT-UP) في الولايات المتحدة وأوروبا، وحملة العمل العلاجي في جنوب أفريقيا. ومثل نظرائها في البلدان الأخرى، مارست هذه المنظمات ضغوطًا على المخططين لتبني مناهج قائمة على حقوق الإنسان، وتسريع تطوير الأدوية والموافقة عليها، وتنفيذ التدخلات على مستوى المجتمع، ومعالجة الآثار المعوقة الناتجة عن الوصم والتمييز. لقد حرصوا على أن تظل الحقائق القاسية المتمثلة في الأسعار الباهظة وعدم التكافؤ في الوصول إلى علاج فيروس نقص المناعة البشري المنقذ للحياة في مركز الصدارة حتى إبرام صفقات تسعير جديدة، وتم تخفيف قيود براءات الاختراع، وزيادة تصنيع الأدوية الجنيسة الأقل تكلفة، ووضع آليات للمساءلة العالمية.

واليوم، تُعتبر المشاركة النشطة للمنظمات التي يقودها المجتمع في إدارة، وتخطيط، وتنفيذ الاستجابات الوطنية لفيروس نقص المناعة البشري، هي القاعدة في العديد من البلدان. وهذه الجمعيات أعضاء في مجالس الإيدز الوطنية والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي) وآليات التنسيق القطرية. ويشترك العاملون بالجنس، ومغايرو الهوية الجنسانية، والمثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال في تطوير السياسات الوطنية، والمبادئ التوجيهية، والاستراتيجيات المتعلقة بصحتهم في أغلب البلدان التي أبلغت برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في السنوات الأخيرة. إن انخراط الفئات السكانية الرئيسية الأخرى- متعاطو المخدرات بالحقن والمسجونين الحاليون أو السابقون - أقل شيوعا (شكل ٣). وعلى المستوى العالمي، فإن المنظمات والشبكات التي يقودها المجتمع أعضاء في مجلس تنسيق برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ومجلس الصندوق العالمي، وهي تشارك في عمليات صنع القرار الخاصة بخطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز، وهو أكبر برنامج ثنائي لفيروس نقص المناعة البشري في العالم.

لقد تعثرت الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشري عندما أهملت واقع وحقوق المجتمعات المتضررة وأعطت الأولوية لحماية براءات الاختراع أكثر من الأشخاص. لقد حرصت المنظمات التي يقودها المجتمع على أن تظل الحقائق القاسية المتمثلة في الأسعار الباهظة وعدم التكافؤ في الوصول إلى علاج فيروس نقص المناعة البشري المنقذ للحياة في مركز الصدارة.

١. لمزيد من المعلومات، راجع: Jedwab R, Khan AM, Russ J, Zaveri ED. Epidemics, pandemics, and social conflict: lessons from the past and possible scenarios for COVID-19. World Development. 2021;147:105629.

إن الأماكن التي تنتشر فيها الفيروسات، وتعمل فيها استجابات الجائحة متنوعة، ومعقدة، ومضطربة. ويساهم الفشل في الوصول إلى أجزاء مهمة من السكان في تفشي الأوبئة، وتحولها إلى جوائح. إن النشر من أعلى إلى أسفل لإجراءات الصحة العامة غير المريحة، أو التي تعطل سبل العيش، أو التي تتحدى الأعراف الاجتماعية من خلال المعلومات المضللة، والخوف، والشكوك، والوصم يشل الاستجابة للجوائح (١).

ويمكن للمجتمع المدني والمنظمات المجتمعية، لا سيما تلك التي يقودها الأشخاص الذين غالبا ما يتم استبعادهم أو يعانون من سوء الخدمات، أن تكمل استجابات الأنظمة الصحية التقليدية للجائحة في ثلاثة أدوار رئيسية: تقديم الخدمات؛ وجلب رؤى المجتمع إلى التخطيط والخدمات؛ ودعم المساءلة.

في كلٍ من جائحتي الإيدز وكوفيد- ١٩ ، كافحت البرامج الوطنية للتعامل مع الشائعات، والمعلومات المضللة، وانعدام الثقة، والوصم. وفي العديد من الاستجابات الأكثر فاعلية للإيدز، شاركت المنظمات التي يقودها المجتمع في نقل معلومات الوقاية والعلاج المدعمة بالأدلة ذات الصلة بالنواحي المختلفة، وإنشاء خدمات فيروس نقص المناعة البشري للفئات السكانية الرئيسية التي تعاني من التمييز. لقد حصل المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية على مقعد حول طاولة صنع القرار، في حين أن دعوة المجتمع المدني والرصد الذي يقوده المجتمع قد حسنت خدمات الفيروس. وبمرور الوقت، نضجت مجموعة من المنظمات المجتمعية لتصبح بنية تحتية يقودها المجتمع ضرورية لكل جانب من جوانب الجائحة.

ولوضع الاستجابة للإيدز على المسار الصحيح، يجب أن تصبح المشاركة الكاملة لهذه البنية التحتية التي يقودها المجتمع عالمية. في عام ٢٠٢١، التزمت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة بالإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن إنهاء الإيدز بزيادة الشمول في صنع القرار ونسبة خدمات فيروس نقص المناعة البشري التي تقدمها المجتمعات وتعزيز القوى العاملة الصحية المجتمعية ودعم جمع البيانات المجتمعية لحماية حقوق وتلبية احتياجات المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، والأشخاص المعرضين لخطر الإصابة به، والمتأثرين به.

من كوفيد- ١٩ إلى إيبولا وما وراء ذلك، أثبتت هذه البنية التحتية التي يقودها المجتمع، والقائمة على المجتمع أهمية مماثلة. إنها ليست بديلًا عن الدولة، ولكنها طريقة فعالة لتوسيع نطاق وعمق التدخلات، وجعل الاستجابات للجائحة أكثر شمولًا، وإنصافًا، واستدامة.

ومع ذلك فنادرا ما يتم تضمين هذه البنية التحتية التي يقودها المجتمع في أساسيات الاستعداد للجائحة.

إن الاستجابات الأكثر نجاحا لجائحة الإيدز تدرك أن الناس يضعون ثقة في مجتمعاتهم المحلية أكبر مما يفعلونه في السلطات الحكومية. لذا يجب التعامل مع منظمات المجتمعات المتضررة كشركاء كاملين- يشاركون في إدارة استجابات الجائحة وتصميمها والتخطيط والميزانية- وهم بحاجة إلى الدعم الفني والمالي للقيام بذلك بكفاءة.

بداية بطيئة للمشاركة المجتمعية أثناء كوفيد- ١٩

تجازف الاستجابات الوطنية لـكوفيد- ١٩ ، بالاستخفاف بالخبرات غير الصحية وغير الحكومية التي يمكن أن تكشف عن رؤى حول تحديات، ومخاوف، واحتياجات الفئات السكانية المتضررة.

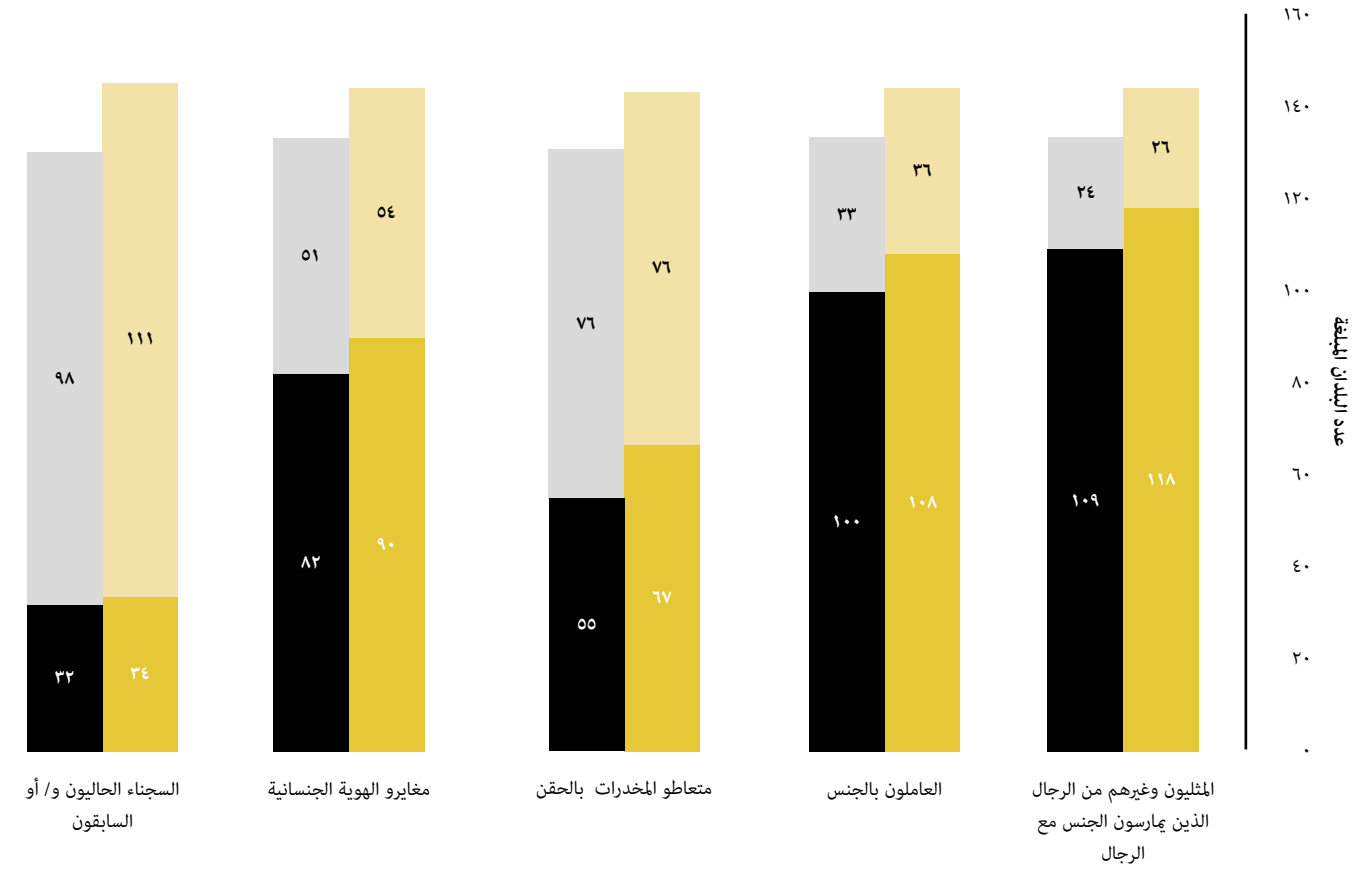
ومع دخول جزء كبير من العالم في الإغلاق الأول في إبريل ٢٠٢٠، وجد تحليل سريع لهياكل إدارة استجابات كوفيد- ١٩ في ٢٤ دولة أن المجتمع المدني لم يشارك كثيرًا في صنع القرار وجهود الاستجابة على مستوى الحكومة الوطنية (٤). وقد حدد التحليل أن الباحثين الذين تمت استشارتهم كانوا إلى حد كبير علماء الأوبئة وعلماء الفيروسات، وتُرك المتخصصون في مجالات مثل الصحة العقلية، وصحة الطفل، والأمراض المزمنة، والطب الوقائي، وعلم الشيخوخة، وغير ذلك من المجالات غير الصحية. كما وجد أيضًا، أن هناك نسبة منخفضة من الخبيرات في فرق العمل الوطنية الخاصة بـكوفيد- ١٩ ، على الرغم من أن غالبية العاملين الصحيين في الخطوط الأمامية من النساء (٥).

وبعد ما يقرب من عام، وجد تحليل أعمق لاستجابات كوفيد- ١٩ في ٩ بلدان أن بعضها قد استفاد من إمكانات المجتمع المدني، وقلل بشكل فعال من عواقب الأزمة مع زيادة الشعور بالتضامن والانتماء داخل مجتمعاتهم (٦). وفي بلدان أخرى، حاولت الحكومة أن تلعب دور المنقذ البطولي الذي يملك الحل الحصري للمشاكل، واستحوذت لنفسها على مكاسب رمزية وتركيز متزايد للسلطة (٦).[٢]

شاب من مؤسسة Let's Walk (دعنا نسير) يجهز الإمدادات. يعمل مشروع Jump Start التابع للمؤسسة التي يقودها المجتمع على تزويد المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال الذين يعيشون في ثلاثة أحياء حصرية في كمبالا بالمهارات اللازمة لبدء نشاط تجاري اجتماعي، وإدارته، وصيانته. حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز.

٢. البلدان التسعة التي أجريت فيها الدراسات هي: النمسا، والصين، وألمانيا، والمجر، والهند، وإسرائيل، وجمهورية كوريا تركيا، والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى، وأيرلندا الشمالية.

شكل ٣. البلدان التي أبلغت عن مشاركة الفئات السكانية الرئيسية في وضع السياسات والمبادئ التوجيهية الوطنية و/ أو الاستراتيجيات المتعلقة بصحتهم على الصعيد العالمي ٢٠١٧- ٢٠٢١

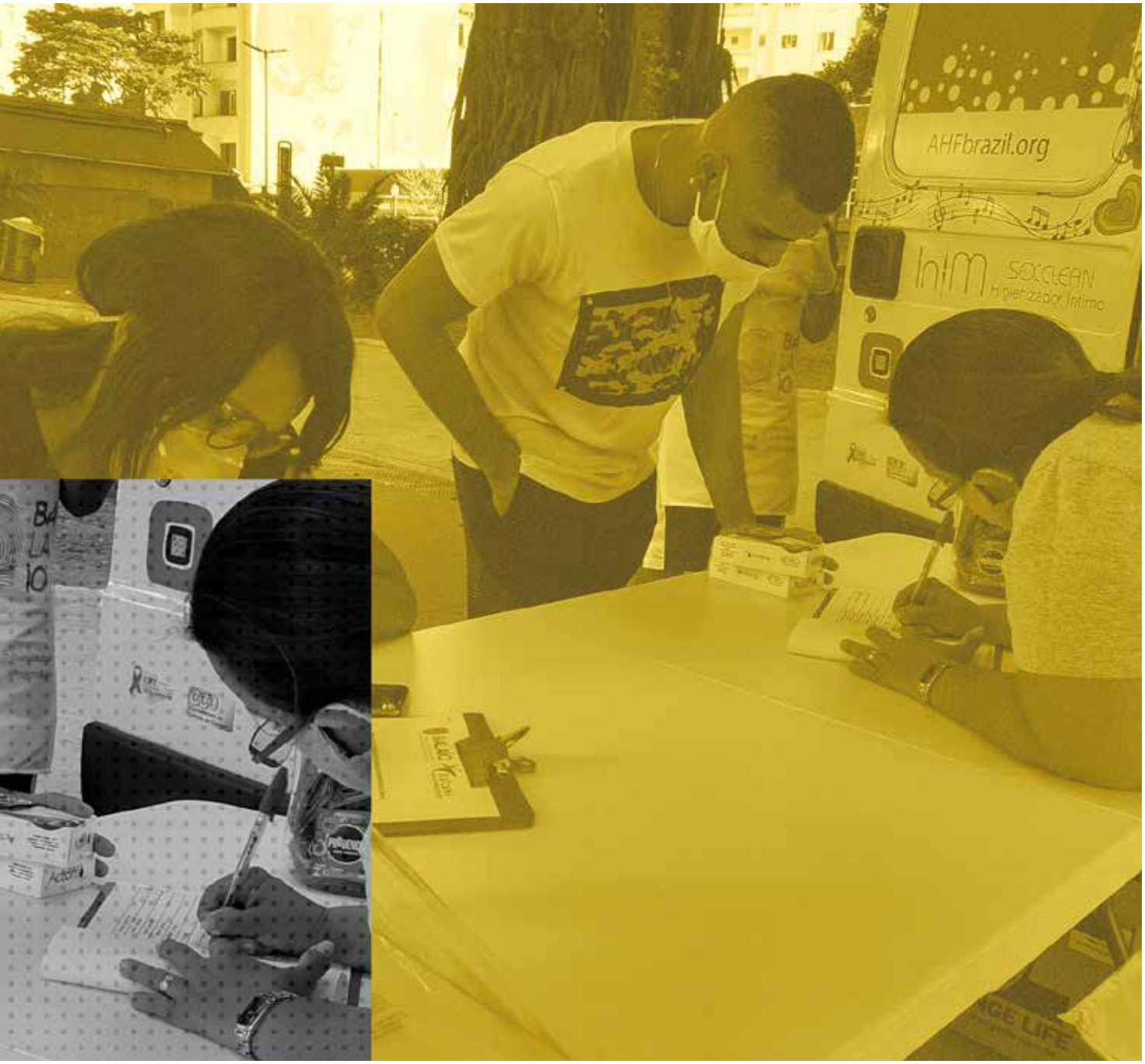


المصدر: أداة الالتزامات والسياسات الوطنية ٢٠١٧- ٢٠٢١.

الشباب يجتمعون في حدث Teenergizer في كييف، أوكرانيا. تقدم Teenergizer دعم الأقران للمراهقين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وخدمات الوقاية والمشورة للشباب في دول أوروبا الشرقية ووسط آسيا. حقوق ملكية الصورة: Teenergizer

وعلى سبيل المثال، بواسطة العمل من خلال شبكات مجموعات وقادة المجتمع المحلي، قام الاتحاد الفلبيني للمشردين بتجميع قواعد البيانات المحلية للأشخاص المحتاجين في ١٤ مدينة، وتوزيع الإمدادات الغذائية ومواد الإغاثة الأخرى، وإنشاء مطابخ مجتمعية، وتوفير المعلومات والمعدات الوقائية لتجنب الإصابة بـكوفيد- ١٩ ، والتنسيق مع السلطات المحلية لإيصال المرضى المشردين إلى المرافق الصحية (١٣، ١٧). وبالمثل، نظمت شبكات العمل المجتمعي في جنوب أفريقيا متطوعين ليعملوا في المطابخ المجتمعية لإعداد حزم الرعاية الشتوية للمشردين، وقد استخدموا وسائل التواصل الاجتماعي ليبقوا على اتصال مع الأشخاص المحتاجين (١٤). وهناك مبادرات أخرى في الهند وجنوب أفريقيا ربطت صغار المزارعين، وحدائق الأغذية المجتمعية، والمطاعم المحلية بعمليات تطوعية تقدم الغذاء للأسر المحتاجة (١٥، ١٦).

إن قيم ومناهج هذه الإجراءات الجماعية – تركيزها على الحقوق، والإنصاف، والتضامن – ضرورية لمنع استجابات الجائحة من عكس وتعزيز اللامساواة القائمة. ولكن لكي تحقق هذه الجهود الرائعة أقصى تأثير، يجب أن ترتبط وتندمج مع استراتيجيات الجائحة الشاملة، وهو إنجاز يميز أكثر برامج فيروس نقص المناعة البشري فاعلية.



المستفيدون من مشروع Balaio يتلقون المؤن في نقطة توزيع مجتمعية. يقدم مشروع Balaio، وهو مبادرة من معهد بارونج الثقافي بدعم من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في البرازيل، الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، والأغذية، ومستلزمات النظافة، والوقود، والمساعدة الاجتماعية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في ساو باولو. حقوق ملكية الصورة: أ. برتيني

إن المناهج التي تتجاهل الحقائق المتنوعة والتفاوتات في المجتمعات، بها نقاط عمياء غالبًا ما تؤدي إلى تعثرها. فإجراءات الإغلاق، وارتداء قناع الوجه، والتباعد الاجتماعي الخاصة بـكوفيد- ١٩ سهلة نسبيًا للأشخاص الذين يمكنهم العمل من المنزل، والذين يعيشون ويعملون في ظروف غير مزدحمة، والذين لا يعتمدون على المواصلات العامة. وبالمثل، فإن تجنب الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري أسهل للأشخاص الذين لديهم وصول سريع إلى المعلومات ذات الصلة وخدمات الوقاية، والذين يتحكمون في حياتهم الجنسية، والذين لا يواجهون الوصم والتمييز في حياتهم اليومية. وعلى النقيض من ذلك، فإن أولئك الذين يكافحون من أجل تغطية نفقاتهم والمجني عليهم، والذين تتم مضايقتهم، والذين يتم دفعهم إلى الهامش غالبًا ما يتم تجاهلهم، ويزداد تهميشهم بسبب إجراءات الاستجابة للجائحة.

ومن المرجح أن تفهم المنظمات التي يقودها المجتمع الاحتياجات والهموم المتنوعة للمجتمعات المحلية. ولأنها متجذرة في هذه المجتمعات ومحل ثقة، فهي في وضع أفضل لتطوير وتقديم استجابات جماعية فعالة، ولزيادة المساءلة بخصوص تلك الاستجابات، خاصة لهؤلاء الذين تم دفعم إلى الهامش (٧، ٨). كما أنها ضرورية للحفاظ على التدخلات وتكييفها عند حدوث أزمات أخرى.

وفي أجزاء من أفريقيا وآسيا، تعمل المنظمات التي يقودها المجتمع كجسور للمجتمعات المهمشة (٩). فهي تقوم بعمل فحص، واختبار، وتتبع كوفيد- ١٩ في المناطق المحرومة من الخدمات، وتُؤدى هذه الخدمات بطرق تحترم الحقائق والهموم المختلفة للناس، وتربط المجتمعات بالخدمات الصحية الرسمية.

ففي مالاوي وجنوب موزمبيق، عملت السلطات المجتمعية مع السلطات الحكومية المحلية لربط المهاجرين العائدين بخدمات الاختبار، وتزويدهم بالأغذية وغيرها من أشكال الدعم أثناء الحجر الصحي، وإجراء تتبع الاتصال عند الضرورة (٨، ١٠). وفي فافيلا بارايسوبوليس في ساو باولو، قام «رؤساء البلوكات» بمراقبة صحة ورفاهية الأسر، بينما قام المتطوعون المُدربون محليًا بنشر الأساليب الاحترازية وتقديم الرعاية في حالات الطوارئ (١١). وقد وجدت مراجعة للجهود المماثلة في ١٤ مدينة في أمريكا اللاتينية أن العديد من الأنشطة مترابطة في شبكات ومرتبطة بتحالفات متعددة المستويات بين المنظمات، ما يتيح تبادل المعلومات، والموارد، والدروس (١٢).

ومع دخول جزء كبير من العالم في الإغلاق الأول في إبريل ٢٠٢٠، شارك المجتمع المدني بصعوبة في اتخاذ القرارات وجهود الاستجابة على مستوى الحكومة الوطنية. وكانت هناك نسبة منخفضة من الخبيرات في فرق العمل الوطنية الخاصة بـكوفيد- ١٩، على الرغم من أن غالبية العاملين الصحيين في الخطوط الأمامية من النساء.

المراجع

1. Johnson O, Goronga T. Why communities must be at the centre of the Coronavirus Disease 2019 response: lessons from Ebola and human immunodeficiency virus in Africa. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2021;12(1):a2496.
2. Leach M, MacGregor H, Scoones I, Wilkinson A. Post-pandemic transformations: how and why COVID-19 requires us to rethink development. World Dev. 2021;138:105233.
3. Cohn S, Kutalek R. Historical parallels, Ebola virus disease and cholera: understanding community distrust and social violence with epidemics. PLoS Curr. 2016;8:ecurrents.outbreaks.aa1f2b60e8d43939b43fbd93e1a63a94.
4. Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M et al. Governance of the COVID-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. BMJ Global Health. 2020;5(5):e002655.
5. Women in Global Health. Operation 50/50: women's perspectives save lives, 2020 (https://c8fbe10e-fb87-47e7-844b-4e700959d2d4.filesusr.com/ugd/ffa4bc_aa83e933b1294558a11df9172afd926a.pdf?index=true).
6. Kövér Á. The relationship between government and civil society in the era of COVID-19. Nonprofit Policy Forum. 2021;12(1):1-24.
7. Marston C, Renedo A, Miles S. Community participation is crucial in a pandemic. Lancet. 2020;395(10238):1676-8.
8. Loewenson R, Colvin CJ, Szabzon F, Das S, Khanna R, Schattan V et al. Beyond command and control: a rapid review of meaningful community-engaged responses to COVID-19. Glob Public Health. 2021;6(8-9):1439-53.
9. Community-led package services in response to COVID-19 in high density settlements: resource needs. Geneva: UNAIDS; 2021.
10. Black S. Mozambican workers returning from South Africa engaged to check COVID-19's spread. In: iom.int [Internet]. Geneva: IOM; 2020 (https://www.iom.int/news/mozambican-workers-returning-south-africa-engaged-check-covid-19s-spread).
11. Osborn C. How Brazil's COVID-19 response has fallen to community leaders. In: The New Humanitarian [Internet]. 27 May 2020. The New Humanitarian; c2021 (https://www.thenewhumanitarian.org/news/2020/05/27/Brazil-coronavirus-response-community-leaders).
12. Duque Franco I, Ortiz C, Samper J, Millan G. Mapping repertoires of collective action facing the COVID-19 pandemic in informal settlements in Latin American cities. Environment and Urbanization. 2020;32(2):523-46.
13. Carampatana T, Tuazon RA. Community-led COVID-19 response: the work of the Philippines Homeless People's Federation. In: iied.org [Internet]. 9 June 2020. London: International Institute for Environment and Development; c2020 (https://www.iied.org/community-led-covid-19-response-work-philippines-homeless-peoples-federation).
14. Scheepers E, Lakhani I, Armstrong K. Making a community action net (work): organising in the times of COVID-19. In: openglobalrights.org [Internet]. 15 May 2020. Open Global Rights; c2020 (https://www.openglobalrights.org/organising-in-the-times-of-COVID-19/).
15. Buxton N. Food flow: the initiative that's helping both farmers and families in need. In: Eat Out [Internet]. 16 April 2020. iab.South Africa; c2006–2021 (https://www.eatout.co.za/arti<cle/food-flow-initiative-thats-helping-farmers-families-need/).
16. Pol A. In lockdown, Satara farmers' revolutionary new model. In: New Delhi Television [Internet]. 17 April 2020. NDTV Convergence; c2021 (https://www.ndtv.com/opinion/in-lockdown-satara-farmers-revolutionary-new-model-2213476).
17. Papeleras R, Gaddi M. Community-led COVID-19 response: an update from the Philippines. In: iied.org [Internet]. 14 July 2021. London: International Institute for Environment and Development; c2021 (https://www.iied.org/community-led-covid-19-response-update-philippines).
18. Hong SY, Ashipala LSN, Bikinesi L, Hamunime N, Kamangu J, Boylan A et al. Rapid adaptation of HIV treatment programs in response to COVID-19—Namibia, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(42):1549-51.
19. Ensuring that people living with HIV in the Philippines have access to treatment during COVID-19. In: UNAIDS.org [Internet]. 8 April 2020. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200408_philippines).
20. Nasuuna EM, Alex M, Namayanja G, Shamim N, Paul K, Mwondha RMN et al. Ensuring HIV service continuity during the COVID-19 pandemic in Kampala, Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 729.
21. Tukei BB, Fatti G, Tiam A, Ngorima-Mabhena N, Tukei VJ, Tshabalala I et al. Twelve-month outcomes of community-based differentiated models of multimonth dispensing of ART among stable HIV-infected adults in Lesotho: a cluster-randomized noninferiority trial. J Acquir Immune Defic Syndr. 2020;85(3):280-91.
22. Fatti G, Lopes J, Mabhena-Ngorima N, Tiam A, Tukei B, Pisa P et al. Community multimonth ART provision: pooled analysis of 2 cluster-randomized trials. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 182.
23. Odinga M, Kuria S, Muindi O, Mwakazi P, Njraini M, Melon M et al. HIV testing amid COVID-19: community efforts to reach men who have sex with men in three Kenyan countries. Gates Open Res. 2020;4:117.
24. Integrating community-led monitoring (CLM) into C19RM funding requests. Arusha (TZ): The Eastern Africa National Networks of AIDS and Health Service Organizations (EANNASO); n.d. (https://eannaso.org/download/1020/reports/10875/integrating-community-led-monitoring-clm-into-c19rm-funding-requests.pdf).
25. Positive living in the time of COVID-19. Breaking the silence. ICW, GNP+, the Global Network of Young People Living with HIV; 15 June 2020 (https://gnpplus.net/wp-content/uploads/2020/06/June-15th-Newsletter-6th-Edition-Positive-Living-in-the-time-of-Covid-19-Special-edition_-Transgender-community-living-with-HIV.pdf).

المجموعات المجتمعية تساعد في استمرار تشغيل خدمات فيروس نقص المناعة البشري في عصر كوفيد- ١٩

ساعد العمل السريع ومهارة المنظمات التي يقودها المجتمع العديد من خدمات فيروس نقص المناعة البشري، على التكيف مع اضطرابات عمليات الإغلاق التي حدثت نتيجة كوفيد- ١٩ . فمن خلال الارتباط بمقدمي الرعاية الصحية الرسميين، قامت هذه المنظمات بزيادة خدمات الفيروس وتكييفها في الوقت الذي تمت فيه إعادة نشر موظفي الصحة الرسميين، وكانت المستشفيات والعيادات مليئة بحالات كوفيد- ١٩ .

ومن كولومبيا إلى كوت ديفوار، ومن تايلاند إلى جمهورية تنزانيا المتحدة، نظمت الجماعات التي يقودها المجتمع توصيل الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والسل إلى المنازل، أو مراكز الاستقبال المحلية، وسُلمت الواقيات الذكرية ومجموعات الاختبار الذاتي لفيروس نقص المناعة البشري إلى نقاط التوزيع الآمنة، وربط الأشخاص المنكوبين بالدعم في حالات الطوارئ، وتوفير الغذاء والضروريات الأخرى. لقد ارتجلوا وحافظوا على الإحالات والربط بالرعاية، ونقلوا دعم الأقران إلى منصات التواصل الاجتماعي والتواصل عبر الهاتف المحمول، واستخدموا فرق التوعية لتتبع وتعقب المرضى الذين قد يتخلفون عن العلاج (١٨– ٢٤)، وقد ساعدت هذه الأنواع من التدخلات ملايين الأشخاص على الاستمرار في العلاج في أفريقيا، وآسيا، وأمريكا اللاتينية، ومنطقة البحر الكاريبي مع انتشار جائحة كوفيد- ١٩ . وتتضمن معظم هذه الأمثلة مستوى معينًا من التعاون أو الشراكة مع سلطات الدولة، عادة على مستوى المدينة أو على المستوى المحلي– تذكيرًا بأهمية الشراكة وتجميع الموارد والقدرات (٨).

وقد قام التحالف الدولي للتأهب للعلاج بتكييف نموذج مرصد العلاج المجتمعي الخاص به للتنفيذ السريع قصير الأجل للرصد والدعوة، بقيادة المجتمع لتقييم تأثير قيود كوفيد- ١٩ على الوصول إلى نوعية علاج فيروس نقص المناعة البشري والسل، وغير ذلك من أحكام الصحة وحقوق الإنسان (٢٤).

وتعمل المجموعات المجتمعية وشبكات الفئات السكانية الرئيسية في عشرات البلدان عن كثب مع مجتمعاتها لتوفير الإمدادات، والمعلومات، وخدمات علاج واختبار فيروس نقص المناعة البشري. ويقوم فريق إيلويلو براييد في الفلبين بتوصيل الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، ويقدم حزم إغاثة للمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. كما يقوم أيضًا، بتسهيل الإحالات إلى مراكز الاختبار ومراكز العلاج لاختبار وعلاج الفيروس وغيره من الأمراض المنقولة جنسيًا (٢٥). وقد أطلق مركز طيف في بيروت بلبنان عيادة للصحة النفسية على الإنترنت، ويقوم متطوعون مجهزون بمعدات الحماية الشخصية بتوصيل سلال غذائية وإمدادات النظافة الصحية لمجتمعات المثليين (٢٥). وفي بيرو، تقدم ريد ترانس سلالًا غذائية لمغايرات الهوية الجنسانية المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري والعاملات بالجنس، وهما مجموعتان فقيرتان ومعرضتان لخطر أكبر. كما تقوم بتنسيق توصيل الأدوية إلى المنازل من خلال برنامج نصي سريع (٢٥).

لقد أثبتت الثقة في المجتمعات المتضررة أنها استراتيجية ناجحة لبرامج فيروس نقص المناعة البشري. وفي ظل التحديات الإضافية التي يطرحها كوفيد- ١٩ ، تثبت المنظمات التي يقودها المجتمع مرة أخرى دورها الأساسي في الصحة العامة واستجابات الجائحة.

لقد عملت مجتمعات وشبكات الفئات السكانية الرئيسية في عشرات البلدان عن كثب مع مجتمعاتها لتقديم الإمدادات الأساسية، والمعلومات، وخدمات اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري.

تفشل الاستجابات الصحية عندما تكون التقنيات الصحية متاحة للبعض ولكنها محظورة على آخرين. لقد استغرقت الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري سنوات عديدة وملايين من حالات الإصابة والوفيات التي كان يمكن تجنبها لتعلم هذا الدرس، لكن الدعوة الحازمة من المجتمع المدني، والأطباء، والبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط أدت إلى إنشاء آليات تساعد على جعل الأدوية والتشخيصات الخاصة بالفيروس في المتناول ومتاحة في جميع أنحاء العالم. وهناك أكثر من ٢٨ مليون متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري يتلقون العلاج اليوم، لأن التكنولوجيا المشتركة والإنتاج العام الموسع يؤديان إلى خفض الأسعار، ما يسمح بشراء كميات أكبر من التقنيات الصحية المنقذة للحياة وتوزيعها على الأشخاص الذين يحتاجون إليها.

ومع ذلك، فإن هذه الآليات مهددة. فنظرا لأن التقنيات الجديدة القوية لفيروس نقص المناعة البشري، وكوفيد- ١٩، وأمراض أخرى تُطرح في الأسواق، فإن حواجز الملكية الفكرية، والمشاركة المقيدة ونقل التكنولوجيا، والمواقع المحدودة لإنتاج الأدوية، والقدرات التنظيمية الضعيفة، والأسعار الباهظة تقيد العرض بالنسبة للبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.

بحلول أواخر أكتوبر ٢٠٢١، تم تطعيم حوالي ٦٪ من سكان أفريقيا ضد فيروس كورونا المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (SARS-CoV-2) مقارنة بنسبة ٤٠٪ على الأقل في معظم القارات الأخرى، وأكثر من ٦٠٪ في معظم البلدان ذات الدخل المرتفع (١، ٢). وتتوقع منظمة الصحة العالمية أن تستمر جائحة كوفيد- ١٩ لمدة عام على الأقل أكثر ما ينبغي، لأن البلدان الفقيرة لا تحصل على اللقاحات التي تحتاجها (٣). وقد وصف الأمين العام للأمم المتحدة أنطونيو غوتيريش التطور السريع للقاحات كوفيد- ١٩، والبطء الشديد في توزيعها عالميًا بأنها «لائحة اتهام أخلاقية لحالة عالمنا.. إنها فاحشة.. لقد اجتزنا الاختبار العلمي. لكننا نحصل على درجة راسب في الأخلاق» (٤).

ومن الأهمية بمكان تأمين الوصول ميسور التكلفة إلى التقنيات الجديدة التي يمكن أن تساعد على معالجة اللامساواة في فيروس نقص المناعة البشري، مثل تركيبات علاج الفيروس الجديدة للأطفال والكبار، وأدوية العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم، والحلقات المهبلية للوقاية من الفيروس، والأدوية المضادة للفيروسات القهقرية طويلة المفعول.

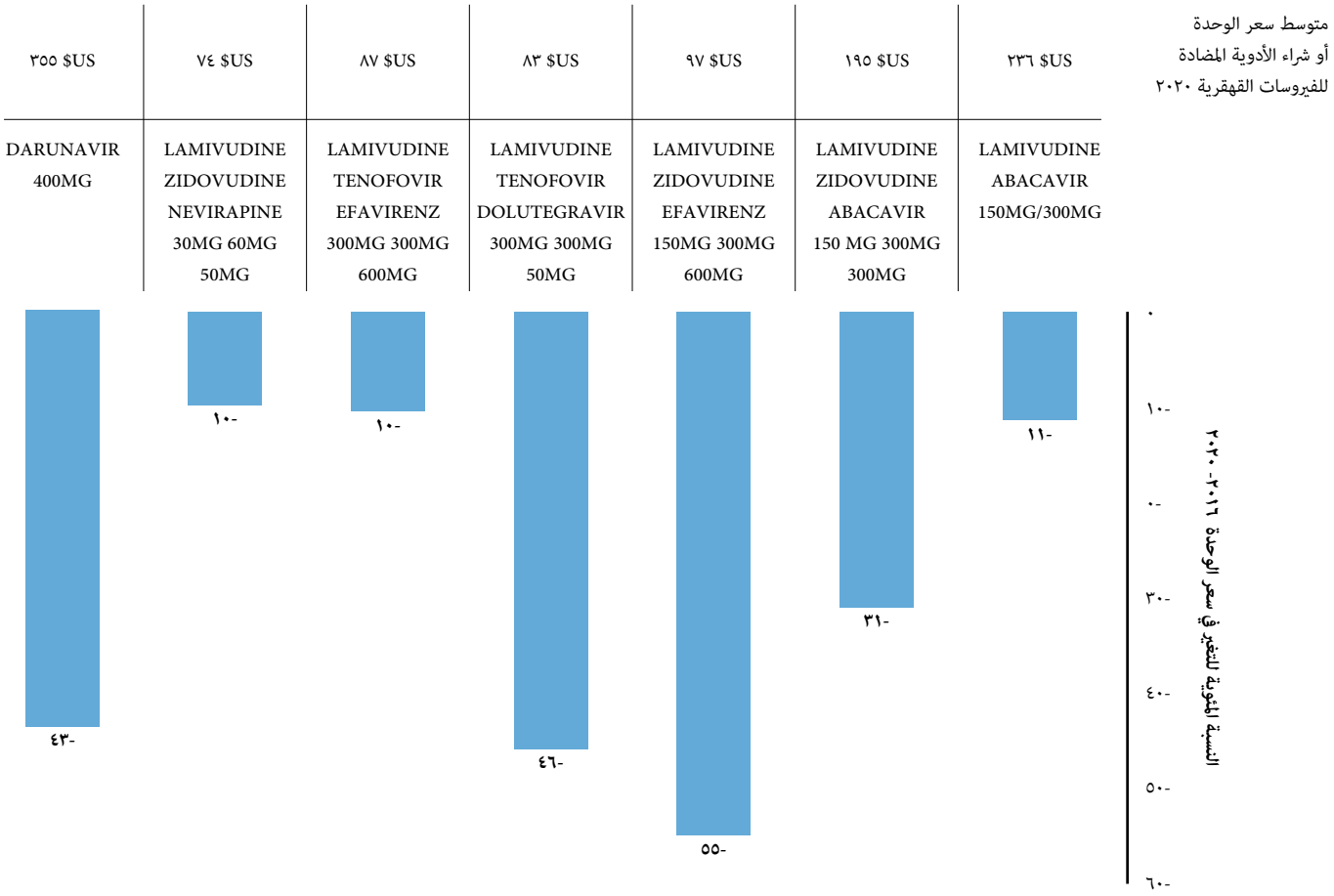
ويمكن لمجموعة من الإجراءات والابتكارات التي دعا إليها تحالف اللقاحات الشعبية، أن تجعل الوصول إلى التقنيات الصحية أكثر عدلًا. ويعد الاتفاق الدولي الذي يضمن الوصول العادل والمنصف إلى التقنيات الصحية الأساسية، خاصة أثناء الأزمات الصحية، أولوية ملحة. ودون مثل هذا الاتفاق، سيستمر حرمان الناس في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل من حقهم الأساسي في الصحة، وسيظل العالم غير مستعد لجوائح اليوم وغدا.

إخصائية توعية للرعاية الصحية في منظمة SMARTgirl (سمارت جيرل) تعطي اختبار فيروس نقص المناعة البشري لامرأة أثناء حملة توعية في بنوم بنه، كمبوديا. حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز/ ت. براون

٢

الوصول العادل إلى الأدوية واللقاحات والتقنيات الصحية

شكل ٤. متوسط أسعار الوحدات لشراء الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية ٢٠٢٠ والتغير في النسبة المئوية ٢٠١٦- ٢٠٢٠.



النسبة المئوية للتغير في سعر الوحدة لشراء الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية ٢٠١٦- ٢٠٢٠

المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز.. استنادًا إلى التقارير القطرية للرصد العالمي للإيدز لعام ٢٠٢١ وبيانات التصدير من الجمارك الحكومية من ٦٩ بلدًا منخفضة ومتوسطة الدخل.

الميثادون يُصرف كعلاج بالمواد البديلة لأثر الأفيون في السنغال. حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

علاج فيروس نقص المناعة البشري ميسور التكلفة أكثر.. لكن المستقبل غير مؤكد

لقد تطلب الأمر مجموعة واسعة من الإجراءات- مدفوعة بالمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وحلفائهم- لجعل علاجات الفيروس المنقذة للحياة ميسورة التكلفة، ويمكن الوصول إليها كما هي اليوم. فالحكومات تم الضغط عليها لاستخدام المرونة في اتفاقية منظمة التجارة العالمية بشأن الجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية (اتفاق تريبس)، لتحقيق أسعار معقولة أكثر للبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. ثم تم إنشاء مخطط تجميع براءات الاختراع، مجمع براءات اختراع الأدوية، للتفاوض بشأن صفقات الترخيص الطوعية مع أصحاب براءات الاختراع، للسماح بتصنيع علاجات الفيروس، والسل، والتهاب الكبد سي (٥). وقد أدت المنافسة المتزايدة بين منتجي الأدوية الجنيسة إلى انخفاض الأسعار، وتحمل المانحون مسؤوليتهم من خلال تمويل مبادرات جديدة للوصول إلى الأدوية، وبرامج العلاج التي تستخدم الأدوية الجنيسة لفيروس نقص المناعة البشري.

لقد انخفضت أسعار أدوية فيروس نقص المناعة البشري في معظم البلدان (انظر شكل ٤). في عام ٢٠٠٠، كانت نظم علاج الفيروس تكلف أكثر من ١٠،٠٠٠ دولار أمريكي للفرد في السنة، فقد كان الخط الأول الحالي الموصى به من علاج فيروس نقص المناعة البشري من دولوتغرافير، ولاميفودين، وتينوفوفير متاحا في عام ٢٠٢٠ بمتوسط سعر ٨٣ دولارا أمريكيا للفرد سنويًا في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل التي أبلغت برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ببيانات الأسعار. ويدخل الآن العديد من الأدوية الجديدة الخاصة بالفيروس إلى السوق بتركيبات جنيسة ميسورة التكلفة. وقد لاحظ الخبراء أن إدارة حقوق الملكية الفكرية الموجهة للصحة العامة، إما من خلال استخدام المرونة في اتفاقية تريبس أو الآليات الطوعية، لم تقوض نظام الابتكار أو ربحية أكبر شركات الأدوية

لكن كانت هناك عقبات. فعلى الرغم من أن الاختبار والعلاج المجاني لفيروس نقص المناعة البشري هما القاعدة في العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، فإن فرض رسوم على المستخدمين في العيادات والمستشفيات في بعض البلدان لا يزال يحرم الكثير من الناس، وخاصة ذوي الدخل المنخفض، من فوائد الفيروس وغيرها من الخدمات الصحية والأدوية (٧-٩). ويكافح بعض البلدان ذات الدخل المتوسط للوصول إلى أدوية الفيروس الجنيسة ذات التكلفة المعقولة، ولا يزال العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى مكلفًا في العديد من البلدان (بسبب قيود براءات الاختراع والتأخيرات التنظيمية)، والقدرة على تحمل تكاليف منتجات الفيروس الجديدة التي يتم تطويرها، مثل (الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية طويلة الأمد والحلقات المهبلية) غير مضمونة بأي حال من الأحوال. لقد كان تطوير العلاجات الملائمة للأطفال، والتي لا يُنظر إليها على أنها استثمارات مربحة، بطيئًا للغاية.

إن إدارة حقوق الملكية الفكرية الموجهة للصحة العامة، إما من خلال استخدام المرونة في اتفاقية تريبس أو الآليات الطوعية، لم تقوض نظام الابتكار أو ربحية أكبر شركات الأدوية في العالم.

ركائز الوصول العادل والمنصف إلى لقاحات كوفيد- ١٩ وغيرها من التقنيات الصحية الأساسية

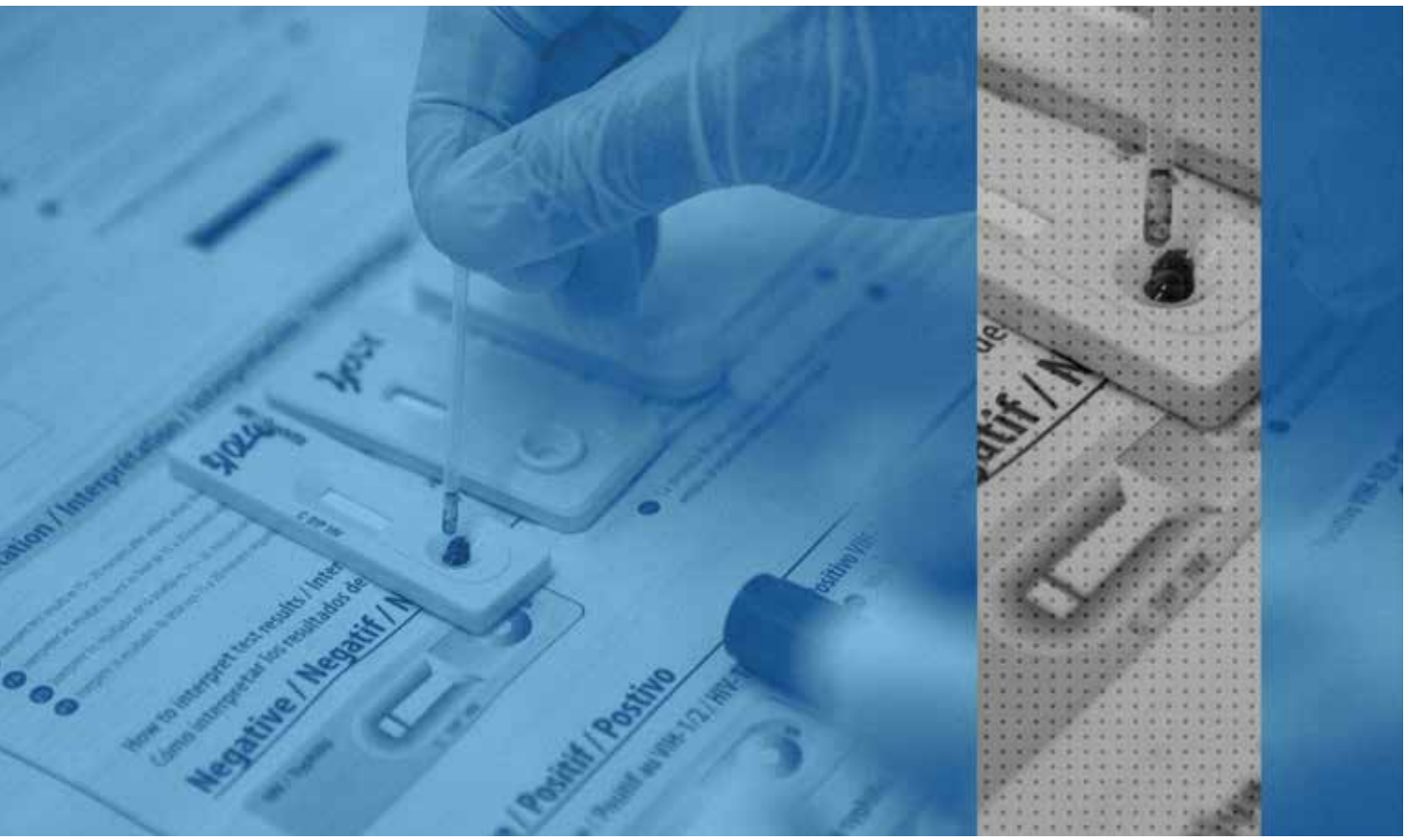
التقنيات الصحية هي سلع عامة عالمية ويجب أن تكون في متناول الجميع؛ لا ينبغي معاملتها على أنها سلع عادية، وقابلة للتسويق. وستؤدي الإجراءات التالية إلى تسريع الإنتاج العالمي، وتوزيع واستخدام الأدوية، واللقاحات، والتشخيصات، وغيرها من التقنيات الصحية الأساسية لكوفيد- ١٩.

التنازل الانتقائي عن حقوق الملكية الفكرية. في أواخر عام ٢٠٢٠، اقترحت الهند وجنوب أفريقيا على منظمة التجارة العالمية تنازلا مؤقتا عن تشخيصات، وعلاجات، ولقاحات كوفيد- ١٩، وتقنيات أخرى طوال فترة انتشار جائحة كوفيد- ١٩ (١٥). وقد أيد الاقتراح أكثر من ١٠٠ عضو في منظمة التجارة العالمية، لكن بعض الأعضاء الأقوياء حجبوا دعمهم.

استخدام أوسع لمجمع الوصول إلى التكنولوجيا (C-TAP) الخاص بكوفيد- ١٩. في منتصف عام ٢٠٢٠، أنشأت منظمة الصحة العالمية برنامج C-TAP لتيسير الترخيص الطوعي للتكنولوجيات بطريقة شفافة. ومع ذلك فإن شركات الأدوية الكبرى لم تتبن هذه الآلية بعد (١٦).

الوفاء الفوري بالالتزامات التي تعهدت بها الحكومات وشركات الأدوية في إطار مبادرة الالتزام بالسوق المسبق كوفاكس (ركيزة اللقاحات للوصول إلى مسرع أدوات كوفيد-١٩، أو ACT-A).[١] يجب أيضا تعزيز المشتريات الإقليمية المجمعة، مثلا من خلال التعاون بين المراكز الإفريقية لمكافحة الأمراض، وفرقة عمل سلسلة التوريد التابعة للأمم المتحدة التي تقودها منظمة الصحة العالمية، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز، والسل، والملاريا (الصندوق العالمي)، والكيانات الأخرى (١٧).

توزيع أوسع لتصنيع وإنتاج المنتجات الصحية. هناك حاجة إلى منع الاحتكارات وزيادة القدرة الإنتاجية للمنتجات الصحية عبر المناطق لزيادة المنافسة وتقليل مخاطر اضطرابات سلسلة التوريد أثناء الأزمات (١٥).



مريض في عيادة في تشوك سار في بنوم بنه، كمبوديا، يتم أخذ عينة من دمه لاختبار فيروس نقص المناعة البشري والأمراض المنقولة جنسيًا. تُعرف هذه العيادة باسم «المتجر الشامل» الذي يلبي احتياجات مجتمع الميم إلى حد كبير. حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز/ دي لا جورديا

١. في إطار مبادرة كوفاكس، تعهدت البلدان ذات الدخل المرتفع بشحن ١,٨ مليار جرعة لقاح إلى البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل بحلول نهاية عام ٢٠٢١، وصل منها حوالي ٢٦١ مليون جرعة إلى تلك البلدان بحلول أكتوبر ٢٠٢١. ووعد مصنعو اللقاحات بتقديم ٩٩٤ مليون جرعة إضافية، منها ١٢٠ مليون جرعة تم تسليمها. انظر: Malpanik R, Maitland A. Dose of reality: how rich countries and pharmaceutical corporations are breaking their vaccine promises. London: The People's Vaccine, OXFAM ٢٠٢١ على الرابط التالي: (https://app.box.com/s/kygk0i850bo18l33vk5p3qwyq9umk527).

توسيع الإنتاج في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل

تجري إعاقة الاستعداد للجائحة والاستجابات لها بسبب نقاط الاختناق في الإنتاج، وسلاسل التوريد الضعيفة، وقيود التسعير. وقد كشفت جائحة كوفيد- ١٩ بشكل خاص عن الاعتماد المفرط لمعظم النظم الصحية الإفريقية على المنتجات الصيدلانية والطبية المستوردة: مع نمو أزمة كوفيد- ١٩ في عام ٢٠٢٠، تأثرت أفريقيا بالقيود المفروضة على الصادرات في بلدان المنشأ، وانخفاض الوصول إلى الإمدادات الطبية، كنتيجة لإغلاق مرافق التصنيع في الصين والهند (١٠). على سبيل المثال، لوحظ انخفاض كبير في شحنات أدوية فيروس نقص المناعة البشري من الهند إلى البلدان منخفضة الدخل، والبلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى خلال الربع الثاني من عام ٢٠٢٠ (١١).

إن سلاسل القيمة الصيدلانية تتركز حاليًا في عدد صغير جدًا من البلدان. وبينما يهيمن الاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة الأمريكية واليابان على البحث والتطوير الصيدلاني، تعد الصين والهند منتجين رئيسيين للمكونات الصيدلانية النشطة والصادرات الصيدلانية.

وتعتبر جميع البلدان الإفريقية مستوردة للمنتجات الطبية والصيدلانية، حيث يستورد معظمها ما بين ٧٠٪ و٩٠٪ من الأدوية التي تستهلكها (١٠، ١٢)، والاستثناءات الرئيسية هي المغرب وجنوب أفريقيا (١٣). إن صناعة الأدوية تتطور في القارة بسرعة، على الرغم من أن ذلك يتم بشكل رئيسي في غانا ونيجيريا وجنوب أفريقيا وعدد قليل من البلدان في شرق وشمال أفريقيا. وهناك ما لا يقل عن ٣٧٠ شركة لتصنيع الأدوية في أفريقيا، لكنها مجتمعة في تسعة بلدان فقط، وحوالي ثلث تلك الشركات محدود بتعبئة الحبوب والأقراص المشتراة من دول أخرى. ويقتصر إنتاج المكونات الصيدلانية الفعالة على ثلاث شركات فقط في أفريقيا: اثنتان في جنوب أفريقيا وواحدة في غانا (١٣).

وبينما يكافح العالم مع الجوائح الحالية ويستعد للجوائح المستقبلية، يجب إعطاء الأولوية لتوزيع أوسع لتصنيع الإمدادات الطبية، والأدوية، والتقنيات الصحية الأخرى. فالتصنيع المحلي سيقلل من ضعف النظم الصحية أمام اضطرابات سلسلة التوريد وتخزين المنتجات الطبية الأساسية أثناء الأزمات. ويمكن القيام بذلك عن طريق إنشاء سلاسل القيمة الإقليمية، وتطوير المراكز الإقليمية الفرعية التي يعمل فيها المصنعون معًا في مجموعات، وتنسيق الترتيبات التنظيمية لتيسير التعاون عبر الحدود والاستفادة منه (١٣). ويعد إنشاء وكالة الأدوية الإفريقية مؤخرًا خطوة مهمة نحو إنشاء منصة قارية للقرارات التنظيمية (١٤).

بينما يكافح العالم مع الجوائح الحالية ويستعد للجوائح المستقبلية، يجب إعطاء الأولوية لتوزيع أوسع لتصنيع الإمدادات الطبية، والأدوية، والتقنيات الصحية الأخرى.

المراجع

1. Less than 10% of African countries to hit key COVID-19 vaccination goal. In: WHO Africa [Internet]. 28 October 2021. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; c2021 (https://www.afro.who.int/news/less-10-african-countries-hit-key-covid-19-vaccination-goal).
2. Holder J. Tracking Coronavirus vaccinations around the world. In: New York Times [Internet]. 9 November 2021. New York (NY): New York Times Company; c2021 (https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/covid-vaccinations-tracker.html).
3. Malpanik R, Maitland A. A dose of reality. London: The People's Vaccine, OXFAM; 2021 (https://app.box.com/s/kygk0i850bo18l33vk5p3qwyq9umk527).
4. COVID-19: UN Secretary-General says the world has failed an ethics test. In: United Nations in Western Europe [Internet]. 21 September 2021. United Nations; c2021 (https://unric.org/en/covid-19-un-secretary-general-says-the-world-has-failed-an-ethics-test/).
5. Medicines Patent Pool [Internet]. Geneva: Medicine Patents Pool; c2021 (https://medicinespatentpool.org).
6. Garrett L. Stopping drug patents has stopped pandemics before. In: Foreign Policy. 7 May 2021. The Slate Group; c2021 (https://foreignpolicy.com/2021/05/07/stopping-drug-patents-pandemics-coronavirus-hiv-aids/).
7. Ahonkhai AA, Regan S, Idigbe I, Adeniyi O, Aliyu MH, Okonkwo P et al. The impact of user fees on uptake of HIV services and adherence to HIV treatment: findings from a large HIV program in Nigeria. PLoS One. 2020;15(10):e0238720.
8. Watson SI, Wroe EB, Dunbar EL, Mukherjee J, Squire SB, Nazimera L et al. The impact of user fees on health services utilization and infectious disease diagnoses in Neno District, Malawi: a longitudinal, quasi-experimental study. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):595.
9. Yates R. Universal health coverage and the removal of user fees. Lancet. 2009;373(9680):2078-81.
10. Banga K, Keane J, Mendez-Parra M, Pettinotti L, Sommer L. Africa trade and Covid-19: the supply chain dimension. London: Overseas Development Institute; 2020 (https://cdn.odi.org/media/documents/Africa_trade_and_Covid19_the_supply_chain_dimension.pdf).
11. UNAIDS analysis of Indian customs data obtained from Seair Exim Solutions, 2020–2021.
12. Conway M, Holt T, Sabow A, Sun I. Should sub-Saharan Africa make its own drugs? In: McKinsey and Company [Internet]. 10 January 2019. McKinsey & Company; c1996–2021 (https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/should-sub-saharan-africa-make-its-own-drugs).
13. Bright B, Babalola CP, Sam-Agudu NA, Oneaghala AA, Olatunji A, Aduh U et al. COVID-19 preparedness: capacity to manufacture vaccines, therapeutics and diagnostics in sub-Saharan Africa. Global Health. 2021;17(1):24.
14. Ncube BM, Dube A, Ward K. Establishment of the African Medicines Agency: progress, challenges and regulatory readiness. J Pharm Policy Pract. 2021;14(1):29.
15. Editorial. A patent waiver on COVID vaccines is right and fair. In: Nature [Internet]. 25 May 2021. Springer Nature Ltd; c2021 (https://www.nature.com/articles/d41586-021-01242-1).
16. Zarocostas J. What next for a COVID-19 intellectual property waiver? The Lancet. 2021;397(10288):1871-2187.
17. Kavanagh MM, Erondu NA, Tomori O, Dzau VJ, Okiro EA, Maleche A et al. Access to lifesaving medical resources for African countries: COVID-19 testing and response, ethics, and politics. Lancet. 2020;395(10238):1735-8.
18. Fleming KA, Horton S, Wilson ML, Atun R, DeStigter K, Flanigan J et al. The Lancet Commission on diagnostics: transforming access to diagnostics. The Lancet. 2021;S0140-6736(21)00673-5.
19. Ndihokubwayo JB, Maruta T, Ndlovu N, Moyo S, Yahaya AA, Coulibaly SO et al. Implementation of the World Health Organization Regional Office for Africa stepwise laboratory quality improvement process towards accreditation. Afr J Lab Med. 2016;5:280.
20. Nkengasong J. Let Africa into the market for COVID-19 diagnostics. In: Nature [Internet]. 28 April 2020. Springer Nature Ltd; c2021 (https://www.nature.com/articles/d41586-020-01265-0).

وضع التشخيص في الصورة

تتوقف كل استجابة للجائحة على البلدان التي لديها تشخيصات عالية الجودة لاكتشاف وتتبع تفشي الأمراض، وتشخيص الذين قد يحتاجون إلى العلاج. وقد كانت هناك ابتكارات غير عادية في تقنيات التشخيص وأنظمة المعلومات في السنوات العشر إلى الخمس عشرة الماضية، بما في ذلك التشخيص في نقاط الرعاية، ولكن غالبًا ما تمر أهمية التشخيص لتحقيق العدالة الصحية دون أن يلاحظها أحد، ما يؤدي إلى نقص التمويل، والعقبات التنظيمية، وغيرهما من المشاكل.

في عام ٢٠٠٨، أبرز إعلان مابوتو بشأن تعزيز أنظمة المختبرات الحاجة إلى تحسين الوصول إلى الاختبارات التشخيصية. وبعد أكثر من عقد من الزمان، فإن القليل من خطط التغطية الصحية الشاملة، إن وجدت، ينص صراحة على تمويل التشخيص (١٨). ووفقًا للجنة لانسيت للتشخيص، فإن ما يقرب من نصف (٤٧٪) سكان العالم لا يتمتعون بإمكانية الوصول إلى التشخيصات (١٨).

ولا يزال الوصول إلى التشخيصات غير متكافئ في العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، حيث تتأثر المجتمعات الريفية والفقيرة، وفي كثير من الحالات، لا يتوفر التشخيص فعليًا خارج المناطق الحضرية (١٩). كما أن المعامل الطبية موزعة بشكل غير متساوٍ عبر البلدان. فالولايات المتحدة، على سبيل المثال، لديها ٢٦٠ ألف مختبر طبي معتمد، في حين أن الهند، التي يبلغ عدد سكانها أربعة أضعاف، لديها ١١٥٠ مختبرا. وهناك أيضًا نقص في القوى العاملة التشخيصية: ستكون هناك حاجة إلى ما بين ٨٤٠ ألفا ومليون موظف تشخيص على مستوى العالم بحلول عام ٢٠٣٠ (١٨). ويشكل هذا ضعفا كبيرا، سواء بالنسبة لاستجابات الجائحة أو للرعاية الصحية الروتينية.

خلال الأشهر الأولى من جائحة كوفيد- ١٩، وُصف عدم القدرة على الوصول إلى التشخيص بأنه كعب أخيل في استجابة أفريقيا. وعندما أصبح تسلسل الجينوم لـ (SARS-CoV-2) متاحا، بدأت آسيا وأوروبا في إنتاج اختبارات داخلية في غضون أسابيع. بينما كانت أفريقيا تفتقر إلى هذه القدرة، وكان عليها انتظار الواردات، وغالبا ما تم دفعها إلى آخر الطابور، حيث تتنافس البلدان للحصول على الاختبارات من العرض المحدود (٢٠).

لقد أوجدت الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري طرقًا للتغلب على هذه القيود. إذ وسعت الوصول إلى تشخيصات الفيروس باستخدام تقنيات مبسطة، بما في ذلك اختبارات نقاط الرعاية، التي يمكن أن تكون لا مركزية وتدار من قبل العاملين الصحيين غير المتخصصين. وعلى الرغم من أن النسب الكبيرة من المتعايشين مع الفيروس لا تزال دون تشخيص في بعض البلدان، فإن توسيع نطاق استخدام اكتشاف الحالات المجتمعية وظهور مجموعات الاختبار الذاتي للفيروس يمكن أن يقلل هذه الفجوة بشكل أكبر.

إن الوصول إلى الفحص والاختبار للكشف عن سرطان عنق الرحم، أو السكري، أو ضغط الدم، أو الزهري أقل بكثير من فيروس نقص المناعة البشري.[٢] إن المخاطر كبيرة: قدرت لجنة لانسيت أن تقليص الفجوة التشخيصية لستة أمراض شائعة نسبيًا من ٣٥-٦٢٪ الحالية إلى ١٠٪ من شأنها أن تقلل من العدد السنوي للوفيات المبكرة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل بمقدار ١,١ مليون (١٨).[٣]

ويتطلب الوصول الذي يمكن الثقة به والعادل إلى التشخيصات عالية الجودة تحديد الأولويات، والالتزام، والاستثمار على المدى الطويل. ويجب دمج التشخيصات في خطط التغطية الصحية الشاملة، كما ينبغي أن يكون الوصول العادل إلى التشخيص عنصرا أساسيا من عناصر الاستعداد للجائحة.

٢. أظهر تحليل للمسوح التمثيلية على المستوى الوطني التي أجريت للكشف عن الوصول الدائم لفحص سرطان عنق الرحم فيما بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠١٨ في ٥٥ دولة منخفضة ومتوسطة الدخل (تمثل أكثر من ١,١ مليون امرأة)، أن النساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية، أو اللاتي لديهن مستوى تعليمي منخفض، أو الفقيرات هن، بشكل عام، أقل احتمالًا للإبلاغ الذاتي عن خضوعهن للفحص.

٣. الأمراض الستة هي: السكري، وارتفاع ضغط الدم، وفيروس نقص المناعة البشري، والسل بين عموم السكان، بالإضافة إلى التهاب الكبد بي والزهري بين النساء الحوامل.

إن العاملين في الخطوط الأمامية هم أبطال الاستجابات للجائحة، حيث يخاطرون بصحتهم وسلامتهم لتوفير الرعاية وضمان بقاء السلع والخدمات الأساسية متاحة. لقد تم استخدام موارد الاستجابة الدولية والمحلية للإيدز لتوظيف وتدريب الملايين من العاملين الصحيين على مدى عقود، ما أتاح توسيع خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، والاختبار، والعلاج. وخاصة على مستوى المجتمع ومستوى الرعاية الأولية، يقوم مهنيو الرعاية الصحية هؤلاء ومجتمعات المتعايشين مع الفيروس والفئات السكانية الرئيسية بأكثر بكثير من عمل فيروس نقص المناعة البشري، ويلعبون الآن دورًا رئيسيًا ضد كوفيد- ١٩.

وعلى الرغم من إضافة هذه التعزيزات التي تشتد الحاجة إليها، فإن العاملين الأساسيين قليلون، من حيث الأعداد، بشكل كبير، وتنقصهم الموارد، ومثقلون بالأعباء، وتضاعف الأزمات من هذا النقص، فغالبًا ما يعملون في ظروف صعبة وغير آمنة، ويبتكرون طرقًا للتعامل مع أعباء العمل الثقيلة، ونقص المعدات والأنظمة المعيبة. لكن التعامل مع هذه الظروف ليس مثل المرونة: فقد يتجنب الكارثة على المدى القصير، لكنه يخفي عيوبًا وإخفاقات أعمق تقف في طريق المرونة الفعلية (١).

وخلال أزمة كوفيد- ١٩، واجه العاملون الصحيون أعباء غير عادية، وهم معرضون بشكل متزايد لخطر الإرهاق، والقلق النفسي، والمرض، والوفاة (٢، ٣). وتشير البيانات من ١١٩ دولة إلى أنه بحلول أكتوبر ٢٠٢١، تم تلقيح اثنين فقط من كل خمسة عاملين في مجال الرعاية الصحية على مستوى العالم. و في أفريقيا، تم تطعيمهم أقل من واحد من كل عشرة عاملين في مجال الرعاية الصحية بالكامل، مقارنة بثمانية من كل عشرة في البلدان مرتفعة الدخل (٤). وقد قدرت منظمة الصحة العالمية أن كوفيد- ١٩ سيكون قد قتل ما بين ٨٠،٠٠٠ و١٨٠،٠٠٠ عامل صحي بحلول أكتوبر ٢٠٢١ (٥). وتحتاج النظم الصحية بشدة إلى المزيد من العاملين الصحيين، وهي بحاجة إلى الموارد والأدوات للحفاظ على سلامتهم.

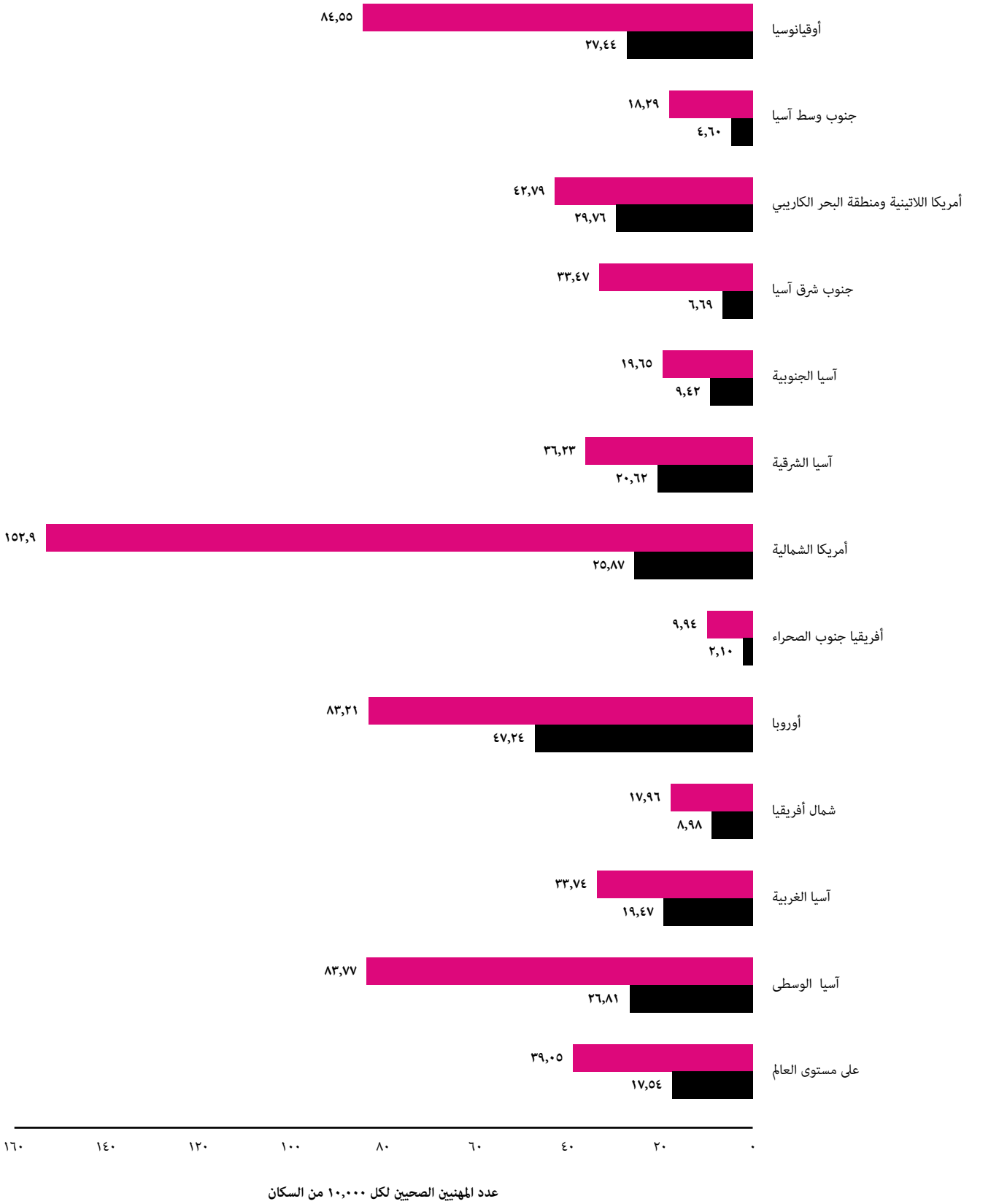
لقد أصبح العاملون في مجال الصحة المجتمعية والمنظمات التي يقودها المجتمع موارد ذات أهمية متزايدة، حيث يوفرون الرعاية الصحية الأساسية في مجتمعاتهم، ويعملون كجسور حيوية بين المجتمعات والمرافق الصحية، ويدعمون الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري، والسل، وبشكل متزايد، كوفيد- ١٩ في العديد من البلدان (٦). وعلى الرغم من أهميتهم، فإنهم يمثلون حاليًا حوالي ٣٪ فقط من القوى العاملة الصحية في العالم. كما يتم استخدامهم بشكل مختلف تمامًا عبر البلدان، وفي كثير من الحالات، يكونون مدربين تدريبا سيئا، ويتقاضون رواتب منخفضة، ومدمجين بشكل سيئ في النظم الصحية (٧). وبينما تواجه البلدان الجوائح الحالية وتستعد للجوائح المستقبلية، يجب توسيع صفوف العاملين الأساسيين لمواجهة التحدي، فبالإضافة إلى الأعداد الكافية والأجور العادلة، يحتاج هؤلاء العاملون إلى التدريب الكافي، والموارد والأدوات اللازمة لوظائفهم، وآليات لإنفاذ حقوقهم كعاملين. كما يجب اتخاذ خطوات ملموسة لتقييم عمل الرعاية غير مدفوع الأجر الذي تقوم به المرأة.

مريض وصديقه ينتظران لرؤية موظف الرعاية الصحية في عيادة تشوك سار في بنوم بنه، كمبوديا، ٢٠١٩. حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز/ ت. براون

٣

دعم العاملين على الخطوط الأمامية للجائحة

شكل ٥. كثافة المهنيين الصحيين المختارين، لكل ١٠,٠٠٠ من السكان، على الصعيدين الإقليمي والعالمي، ٢٠١٣-٢٠١٩



ملاحظة: أحدث البيانات المتاحة (٢٠١٣- ٢٠١٩).

المصدر: قاعدة بيانات إحصائيات القوى العاملة الصحية العالمية [قاعدة بيانات]. جنيف: منظمة الصحة العالمية ٢٠٢١c (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce).

حالات النقص في العاملين الصحيين تقلل من الاستجابات للجائحة

يتطلب الأمر أنظمة صحية قوية لإدارة الجوائح والتغلب عليها. لكن هذه الأنظمة قوية فقط بقدر ما يكون الأشخاص الذين يديرونها أقوياء.

ويمكن القول إن أهم عنصر في الاستجابة للجائحة هو القدرة على نشر عددٍ كافٍ من العاملين الصحيين للتدخلات، مع الحفاظ على عمل أنظمة الصحة العامة القياسية بسلاسة. ولقد كشفت أزمة كوفيد- ١٩ عن خطر مستمر: العديد من البلدان، بما في ذلك البلدان ذات الدخل المتوسط والمرتفع ليس لديها ما يكفي من العاملين الصحيين لإدارة الجائحة. ويتوزع العاملون الصحيون بشكل غير عادل في جميع أنحاء العالم، مع وجود اختلالات حادة بين البلدان ذات الدخل المرتفع والبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وداخل البلدان التي تنقسم النظم الصحية فيها بين عامة وخاصة (شكل ٥).

وعلى الصعيد العالمي، من المتوقع حدوث عجز قدره ١٨ مليون عامل صحي في عام ٢٠٣٠، ويرجع ذلك أساسا إلى كبر سن السكان وارتفاع معدلات الأمراض غير السارية (٨). وهذه التوقعات التي تم إجراؤها في عام ٢٠١٦، لم تأخذ في الاعتبار أزمات الجوائح مثل كوفيد- ١٩، كما أنها تخفي الوضع المأساوي في بعض المناطق. على سبيل المثال. في حين أن أفريقيا بها ٢٤٪ من عبء الأمراض في العالم، نجد لديها ٣٪ فقط من العاملين الصحيين في العالم (٩). و٣١ من أصل ٥٤ دولة إفريقية لديها نسبة طبيب إلى مريض تبلغ حوالي ١: ١٠,٠٠٠، مقارنة مع البلدان ذات الدخل المرتفع مثل ألمانيا (١: ٤١٧) وإيطاليا (١: ٢٧٠)، (١٠). وهناك فوارق مماثلة داخل البلدان، لا سيما بين المناطق الحضرية والريفية.

عميل يتحدث مع زائر في CEPIAD (سيبياد)، وهو مركز متكامل لإدارة إدمان المخدرات في داكار، السنغال. حقوق ملكية الصورة: سيبياد

وفي نيجيريا، تم نشر حوالي ٥٠,٠٠٠ مساعد مجتمعي تم تدريبهم على اكتشاف شلل الأطفال، للمساعدة في تتبع المخالطين لأي مصاب بـكوفيد- ١٩ مع تقدم الجائحة (١٩). وأرسلت السلطات في ولاية كيرالا بالهند حوالي ٣٠,٠٠٠ عامل صحي مجتمعي لدعم الاكتشاف المبكر، وتتبع المخالطين، وجهود التواصل بشأن المخاطر (٢٠). كما تم نقل حوالي ٢٨,٠٠٠ عامل صحة مجتمعي في جنوب أفريقيا من أنشطة فيروس نقص المناعة البشري للمساعدة في الفحص المجتمعي وتتبع المخالطين (٢١). وسلكت جمهورية تنزانيا المتحدة مسارا مماثلا (٢١).

لقد جعلت المراكز الإفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها العاملين في مجال الصحة المجتمعية ركيزة أساسية في جهودها لتعزيز برامج كوفيد-١٩ في المجتمعات التي تقل فيها الخدمات. إنهم يقومون بأعمال التواصل بشأن المخاطر، ويديرون أنشطة المراقبة لتحديد الحالات في وقت مبكر، ويقومون بتتبع المخالطين، وييسرون الإحالات للاختبار والرعاية. وبحلول منتصف عام ٢٠٢١، أحال ١٧,٠٠٠ من العاملين الصحيين المجتمعيين حديثي التدريب العاملين في ٢٤ دولة أكثر من ٥٥٠,٠٠٠ حالة مشتبه في إصابتها بـكوفيد- ١٩ للاختبار (٢٢). وقد أشارت مراجعة حديثة للأدلة من بوتسوانا، وغانا، ونيجيريا، وجنوب أفريقيا، وأوغندا، وزيمبابوي أيضًا إلى قيمة العاملين الصحيين المجتمعيين في توصيل الأدوية والإمدادات الأخرى إلى المنازل، ولمتابعة المرضى الذين يعانون من حالات مزمنة (٢٣).

ولا ينبغي لهذه الأمثلة الواعدة أن تبالغ في التأثير الحالي للعاملين الصحيين المجتمعيين، الذين لا يزالون يمثلون جزءا صغيرا من القوى العاملة الصحية في العالم. ففي أفريقيا وآسيا، على سبيل المثال، هناك ما يقرب من ٠,١ إلى ١ عامل صحة مجتمعي لكل ١٠٠٠ بالغ (٢٤). وفي بعض البلدان، يتلقى العاملون الصحيون المجتمعيون أجورا متدنية وتدريبا سيئا، ويتم توزيعهم بشكل غير فعال وغير كفء، ولا يتم توجيه النظم الصحية دائمًا للارتباط بهم بفاعلية وكفاءة (٧، ٢٣، ٢٥).

وتتطلب إدارة الجوائح الحالية والمستقبلية تدريب المزيد من العاملين في مجال الصحة المجتمعية ومكافأتهم، ودمجهم في النظم الصحية وهياكل المجتمع (٢٤، ٢٦). ويتطلب ذلك أيضًا، مزيدًا من التمويل. ففي الوقت الحالي تعتمد برامج صحة المجتمع في معظم البلدان بشكل كبير على دعم المانحين، على الرغم من أنها تمثل جزءا صغيرا من المساعدة الإنمائية للصحة العامة (٢٧، ٢٨).[١]

النساء يتحملن عبء رعاية غير متناسب

من المرجح أن توجد النساء، بشكل خاص، في الخطوط الأمامية لاستجابات الجائحة، في العمل والمنزل، في أدوار تزيد من خطر إصابته. وهن يشكلن ما لا يقل عن ٧٠٪ من العاملين الصحيين، (رغم أنهن أقلية بين الأطباء والمتخصصين)، ويقدمن خدمات صحية لنحو ٥ مليارات شخص في جميع أنحاء العالم (٢٩). لقد وجدت الدراسات معدلات عالية من الإرهاق النفسي والصدمات النفسية بين الممرضات اللواتي يقدمن الرعاية المرتبطة بـكوفيد- ١٩، (٣٠). وتشكل النساء أيضا غالبية العاملين الصحيين المجتمعيين في أفريقيا وآسيا. وبالإضافة إلى ذلك، تتحمل الفتيات والنساء العبء الأكبر من أعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر، بما في ذلك رعاية الأطفال والتعليم المنزلي- وكلها عادة ما تكون مقومة بأقل من قيمتها وبدون تعويض. وقد أضافت قيود الإقامة في المنزل إلى أعباء عمل الرعاية غير مدفوعة الأجر على النساء، وتفاقم العنف المنزلي (٣١).

كما أن المرأة ممثلة بكثرة في القطاعات الاقتصادية الأكثر تضررا من الإغلاق الذي نتج عن الجائحة (٣٢). فوفقا لمنظمة العمل الدولية، فُقد ما يعادل ١٢٥ مليون وظيفة بدوام كامل منذ أن بدأت الجائحة، وتأثرت النساء بشكل غير متناسب (٣٣). فانخفضت معدلات توظيفهن بنسبة ٥٪ في عام ٢٠٢٠ (مقارنة بـ ٣,٩٪ للرجال)، (٣٤). ونادرًا ما تتم تغطية العمال المستقلين والعاملين في القطاع غير الرسمي، (على سبيل المثال، العمال المنزليون حيث تمثل النساء ٨٠٪ منهم)، ببرامج البطالة أو التأمين الصحي. وهذا يتركهم أمام خيار لا يحسدون عليه بين العودة إلى العمل، على الرغم من المخاطر الصحية، أو عدم القدرة على تلبية احتياجاتهم الأساسية للبقاء على قيد الحياة.

١. يشكل تمويل برامج العاملين الصحيين المجتمعيين، على مستوى العالم، ما يقرب من ٢,٥ من إجمالي المساعدة الإنمائية للصحة بين عامي ٢٠٠٧، ٢٠١٧. وقد ذهب معظم هذا التمويل إلى برامج في أفريقيا جنوب الصحراء، خاصة تلك التي تركز على الأمراض المعدية وصحة الأم والطفل. وقد كانت مستويات الاستثمار هذه في انخفاض.

تقاسم المهام مع العاملين في مجال الصحة المجتمعية يمكن أن يساعد على سد الثغرات

يمكن أيضا، تنظيم القوى العاملة الصحية بشكل أكثر فاعلية. وتشير التقديرات إلى أن أكثر من ثلاثة أرباع الممرضين والأطباء يؤدون مهامًا أقل من مؤهلاتهم (١١). فمن خلال إعادة توزيع المهام على العاملين الصحيين بتدريب أقصر ومؤهلات أقل، بما في ذلك العاملون الصحيون المجتمعيون، ساهم تقاسم المهام في تحقيق اختراقات كبيرة في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري. كما أن هذه التعديلات تقلل من أعباء العمل على الأطباء والممرضين وتسمح بإضفاء اللامركزية على الخدمات والإجراءات من المستشفيات إلى العيادات والمرافق الأخرى، ما يجعلها في متناول المجتمعات (١٢). وبالمثل، فإن قرارات السماح للممرضين بوصف أدوية فيروس نقص المناعة البشري، والعاملين الصحيين العاديين للمساعدة في توزيع الأدوية، ساهمت في الزيادات السريعة في تغطية علاج الفيروس منذ منتصف العقد الأول من القرن الحادي والعشرين (١٣-١٥).

وتؤكد برامج فيروس نقص المناعة البشري، والسل، والتحصين على أهمية العاملين الصحيين المجتمعيين لكلٍ من الخدمات الصحية الأساسية والاستجابة للجائحة، خاصة في المجتمعات التي تفتقر إلى الخدمات الصحية (٦). على سبيل المثال، عند تدريب ودعم العاملين الصحيين العاديين بشكل كافٍ، فإنهم يقدمون رعاية متابعة جيدة للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري (١٦). وفي جميع أنحاء العالم، قامت شبكات المتعايشين مع الفيروس ومجموعات دعم المجتمع بتوسيع نطاق الوصول إلى خدمات الفيروس، وساعدت في تكييف هذه الخدمات مع الاحتياجات المتنوعة للأشخاص. وتسهل هذه الرعاية والدعم المتمايزان على الأشخاص تجنب الإصابة بالفيروس والالتزام بالعلاج.

وفي جميع أنحاء العالم، قامت شبكات المتعايشين مع الفيروس ومجموعات دعم المجتمع بتوسيع نطاق الوصول إلى خدمات الفيروس، وساعدت في تكييف هذه الخدمات مع الاحتياجات المتنوعة للأشخاص.

خلال جائحة كوفيد- ١٩ ، اضطلعت هذه المجموعات والشبكات بأدوار حيوية، حيث قدمت الأدوية، والمواد الغذائية، وغيرهما من أشكال الدعم للمحتاجين، وربطهم بالخدمات الصحية والاجتماعية، ورصد انتهاكات الحقوق والإبلاغ عنها، والمساعدة في فحص كوفيد- ١٩ وتتبع الاتصال. وكجزء من شراكة الاتحاد الإفريقي لتسريع اختبار كوفيد- ١٩ ، (پاكت) يتم الآن ربط مجموعات من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في العديد من البلدان بالعاملين الصحيين المجتمعيين، للمساعدة في زيادة الوعي بـكوفيد- ١٩ ، وتتبع الاتصال، والإبلاغ عن انقطاع خدمة الفيروس (١٧، ١٨).

الحفاظ على سلامة الموظفين الأساسيين الآخرين أثناء العمل

يمتد الموظفون الأساسيون إلى ما هو أبعد من النظام الصحي، فيشملون أيضًا المعلمين، وعاملي الأغذية والزراعة، وموظفي متاجر الأغذية والمشروبات، وأولئك الذين يقدمون خدمات الشرطة ومكافحة الحرائق، على سبيل المثال لا الحصر. وهناك من يقدمون خدمات الحماية الاجتماعية، الذين يلعبون دورًا حاسمًا في منع التفاوتات الأوسع نطاقًا بين الأقوياء والمهمشين داخل المجتمعات أثناء الجوائح، وفي إطار الاستجابة لجائحة الإيدز. على سبيل المثال، أدت تدابير الحماية الاجتماعية المراعية لفيروس نقص المناعة البشري إلى زيادة دخل الأسرة، وتعزيز الأمن الغذائي والتغذية، وتحسين فرص الحصول على التعليم بين المتعايشين مع الفيروس والمعرضين لخطورة الإصابة به بين الأسر الفقيرة والضعيفة. (٣٦). ومع ذلك، خلال الأشهر الأولى من جائحة (كوفيد - ١٩)، لم يتم الاعتراف بالإخصائيين الاجتماعيين كعاملين أساسيين بشكل مستمر، على الرغم من دورهم الحاسم في تقديم الخدمات الصحية والرعاية المجتمعية (٣٦).

وكما هو الحال مع الخدمات الصحية، تلعب المنظمات التي يقودها المجتمع دورًا داعمًا مهمًا في تقديم خدمات الحماية الاجتماعية المراعية لفيروس نقص المناعة البشري، والتي تصل إلى المتعايشين مع الفيروس والفئات السكانية الرئيسية. وتواجه الفئات السكانية المهمشة والعرضة لخطورة الإصابة والمحرومة عقبات مؤسسية تحد من وصولهم إلى الخدمات. وعلى سبيل المثال، مع توسيع خدمات الحماية الاجتماعية في أوكرانيا للتخفيف من تأثير قيود كوفيد- ١٩، تلقت الفئات السكانية الرئيسية القليل من الدعم، ويرجع ذلك أساسًا إلى أن العديد منها كان من العمال غير المسجلين. وقد ظهرت فجوات مماثلة في نيبال لأن العديد من الفئات السكانية الرئيسية لم تكن لديه شهادات المواطنة أو أي تسجيل رسمي آخر. وفي كلتا الحالتين، كان على الشبكات التي يقودها المجتمع أن تتدخل لتقديم الغذاء والأدوية وغيرهما من أشكال الدعم المعيشي الأساسي لأكبر عدد ممكن، لكن الحاجة تجاوزت مواردها (٣٦).

عميل يلتقي بمستشار الوقاية قبل التعرض للعدوى الخاص به في عيادة تشوك سار في بنوم بنه، كمبوديا. حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز/ دي لا غواورديا

مساهمة المجتمعات في كثير من الأحيان غير معترف بها

تضمنت الاستجابة لجائحة الإيدز التي استمرت ٤٠ عاما، إنشاء وتطوير منظمات يقودها المجتمع المحلي في كل منطقة من مناطق العالم. وقد طور أعضاؤها معرفة وقدرات كبيرة، وأصبحت هذه المنظمات تعمل كجزء لا يقدر بثمن من استجابات الصحة العامة العالمية.

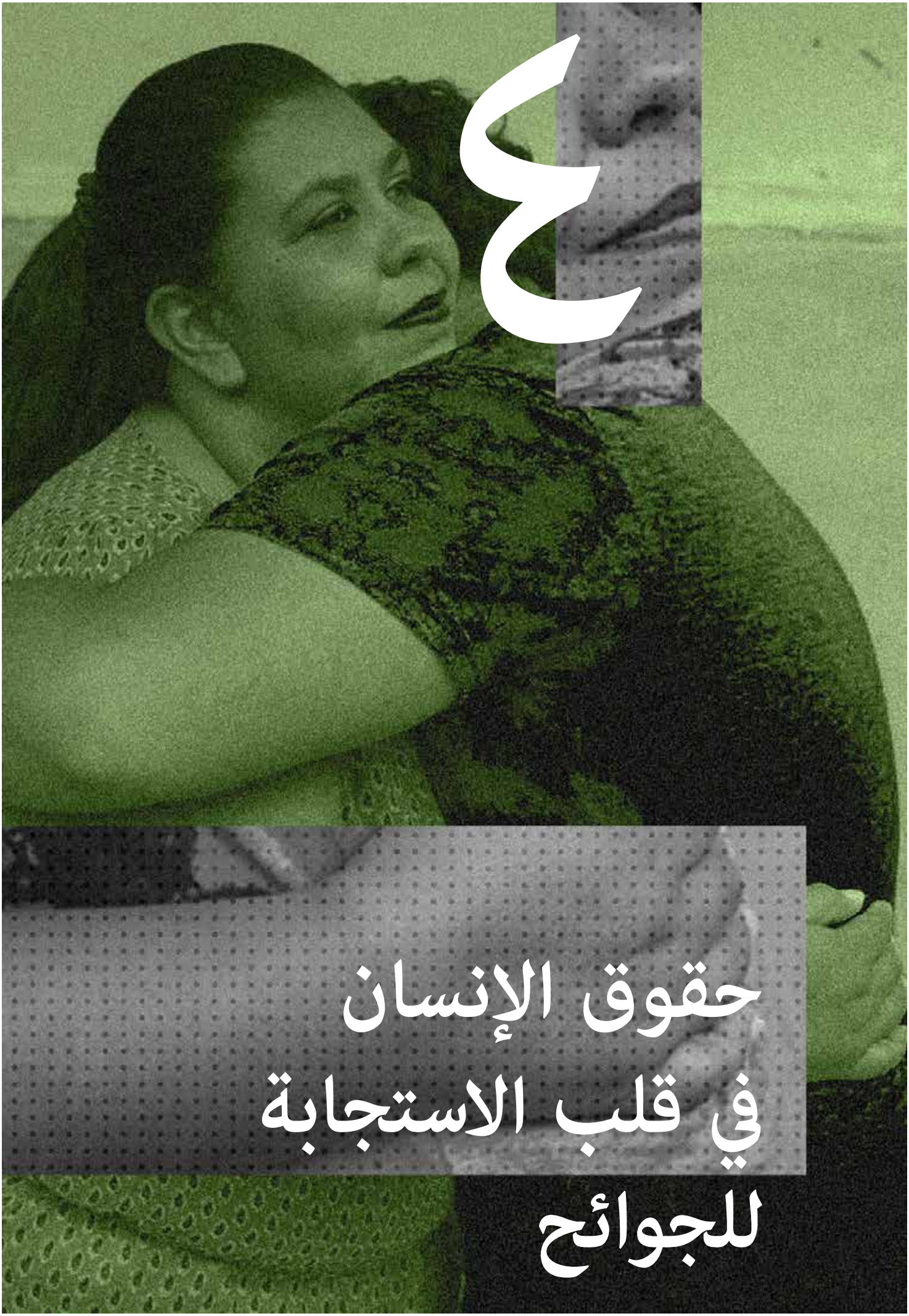
في يونيو ويوليو ٢٠٢٠، أجرى برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز مسحًا للمنظمات التي يقودها المجتمع، والتي تُدار من قِبل ومن أجل المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمتأثرين به. وسعى هذا المسح النوعي في الغالب إلى اكتساب فهم أعمق للتأثير الذي أحدثته جائحة كوفيد- ١٩ على العمل المتعلق بالفيروس للمنظمات التي يقودها المجتمع، ومعرفة المزيد عن مساهماتها في الاستجابة لـكوفيد- ١٩، (٣٥). فقد استجابت ٢٢٥ منظمة مجتمعية من ٧٢ بلدًا للمسح. وأفاد جميع المستجيبين تقريبًا (٩٢,٥٪) بأنهم يشاركون بشكل مباشر في تقديم الخدمات المتعلقة بالفيروس لمجتمعاتهم.

وقد وجد المسح أن المنظمات التي يقودها المجتمع تحركت بسرعة في بداية جائحة كوفيد- ١٩ للتخفيف من تأثيرها على أفراد مجتمعاتهم، والاضطلاع بمجموعة واسعة من الأنشطة الجديدة للمساعدة في ضمان استمرارية الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري وتعزيز صحتهم ورفاههم (٣٥). وفي الوقت نفسه، ابتكرت هذه المنظمات وقامت بتدخلات جديدة للاستجابة لجائحة كوفيد- ١٩ نفسها، فقد قامت بشن حملات توعية وحملات إعلامية صحية حول كوفيد- ١٩ ، وتقديم المشورة والتوجيه الفرديين، وإنتاج وتوزيع الكمامات والصابون والمطهرات، وتقديم المساعدة للناجين من تصاعد العنف القائم على النوع الاجتماعي (٣٥).

وبينما قامت المنظمات التي يقودها المجتمع بتوسيع مواردها البشرية والمالية الحالية إلى أقصى حد ممكن، فقد عانت من فجوات تمويلية حادة تركت موظفيها مرهقين وهم يعملون ليالي وعطلات نهاية الأسبوع لجمع الأموال، عادة دون جدوى، ما جعلهم يلجؤون إلى رواتبهم ومدخراتهم الشخصية لمساعدة مجتمعاتهم (٣٥). كما أعربت المنظمات التي يقودها المجتمع مرارًا وتكرارًا عن قلقها العميق بشأن الأثر الاقتصادي لعمليات الإغلاق والقيود المفروضة على السفر على المستفيدين منها، فضلًا عن انقطاع الخدمات المقدمة من المجتمع (٣٥).

لقد أكدت جائحة كوفيد- ١٩ على القيمة الهائلة لوجود المجتمع العالمي هذا كمورد جاهز للنشر في أوقات الأزمات. ولكن غالبًا لم يتم تضمين هذه المنظمات في هيئات الاستجابة لـكوفيد- ١٩، ما أدى إلى استبعادها من تخطيط التدخلات وتصميمها وتقييمها، وفي النهاية الفشل في التعرف عليها كمقدم للخدمات الأساسية والأفكار.

يسمح قانون حقوق الإنسان بتقييد أو انتقاص بعض الحقوق لأغراض مشروعة، مثل حماية الصحة العامة، ولكن هناك قيودًا صارمة على متى وكيف وإلى أي مدى يمكن تقييد الحقوق. ولذلك، فإن جهود التأهب والاستجابة الفعالة للجوائح تحتاج إلى عمل محدد وممول في مجال حقوق الإنسان كمكوّن أساسي.



حقوق الإنسان في قلب الاستجابة للجوائح

المراجع

1. Lee BY, Wedlock PT, Mitgang EA, Cox SN, Haidari LA, Das MK et al. How coping can hide larger systems problems: the routine immunisation supply chain in Bihar, India. BMJ Glob Health. 2019;4:e001609.
2. Kaushik D. COVID-19 and health care workers burnout: a call for global action. EClinicalMedicine. 2021;35:100808.
3. Anzaldua A, Halpern J. Can clinical empathy survive? Distress, burnout, and malignant duty in the age of COVID-19. Hastings Cent Rep. 2021;51(1):22-7.
4. Steering Committee for the International Year of Health and Care Workers in 2021. Joint statement on WHO's estimates of health and care worker deaths due to COVID-19. 2021 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/year2021/english_joint-statement-health-care-health-deaths.pdf?sfvrsn=b3527728_50).
5. The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Health Workforce Department, Working Paper 1. Geneva: WHO; 2021 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
6. Gichaga A, Masis L, Chandra A, Palazuelos D, Wakaba N. Mind the global community health funding gap. Glob Health Sci Pract. 2021;9(Suppl 1):S9-S17.
7. Gebremeskel AT, Otu A, Abimbola S, Yaya S. Building resilient health systems in Africa beyond the COVID-19 pandemic response. BMJ Glob Health. 2021;6:e006108.
8. High-level commission on health employment and economic growth: report of the expert group. Geneva: WHO; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/250040).
9. Health workers: a global profile. Geneva: WHO; 2006 (https://www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf?ua=1).
10. Poppe A, Jirovsky E, Blacklock C, Laxmikanth P, Moosa S, De Maeseneer J et al. Why sub-Saharan African health workers migrate to European countries that do not actively recruit: a qualitative study post-migration. Glob Health Action. 2014;7:24071.
11. Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places. Paris: OECD; 2016 (https://doi.org/10.1787/9789264239517-en).
12. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2021 (https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357089/retrieve).
13. Callaghan M, Ford N, Schneider H. A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. Hum Resour Health. 2010;8:8.
14. Mbeye NM, Adetokunboh O, Negussie E, Kredo T, Wiysonge CS. Shifting tasks from pharmacy to non-pharmacy personnel for providing antiretroviral therapy to people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017;7:e015072.
15. Penazzato M, Davies MA, Apollo T, Negussie E, Ford N. Task shifting for the delivery of pediatric antiretroviral treatment: a systematic review. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014;65:414-22.
16. Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(7):CD007331.
17. Partnering to strengthen community engagement in the HIV and COVID-19 responses in Namibia. In: UNAIDS.org [Internet]. 12 October 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/october/20211012_namibia).
18. UNAIDS and its partners implement Partnership to Accelerate COVID-19 Testing in Madagascar. In: UNAIDS.org [Internet]. 18 May 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210518_madagascar).
19. Nigeria's polio infrastructure bolster COVID-19 response. In: WHO in Africa [Internet]. 4 April 2020. Abidjan: WHO Regional Office for Africa; c2020 (https://www.afro.who.int/pt/node/12495).
20. Masih N. Aggressive testing, contact tracing, cooked meals: how the Indian state of Kerala flattened its coronavirus curve. In: Washington Post [Internet]. 14 April 2020. Washington (DC): Washington Post; c2021 (https://www.washingtonpost.com/world/aggressive-testing-contact-tracing-cooked-meals-how-the-indian-state-of-kerala-flattened-its-coronavirus-curve/2020/04/10/3352e470-783e-11ea-a311-adb1344719a9_story.html).
21. Nachega JB, Grimwood A, Mahomed H, Fatti G, Preiser W, Kallay O et al. From easing lockdowns to scaling up community-based Coronavirus Disease 2019 screening, testing, and contact tracing in Africa—shared approaches, innovations, and challenges to minimize morbidity and mortality. Clin Infect Dis. 2021;72(2):327-31.
22. The critical role of community health workers in COVID-19 vaccine roll out. Addis Ababa: Africa CDC; 2021 (https://africacdc.org/download/the-critical-role-of-community-health-workers-in-covid-19-vaccine-roll-out/).
23. Ray S, Mash R. Innovation in primary health care responses to COVID-19 in sub-Saharan Africa. Prim Health Care Res Dev. 2021;22:e44.
24. Community health workers (per 1,000 people). In: The World Bank Data [database]. Washington (DC): The World Bank Group; c2021 (https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.CMHW.P3).
25. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: WHO; 2018 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241550369).
26. LeBan K, Kok M, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities. Health Res Policy Syst. 2021;19(Suppl 3):116.
27. Lu C, Palazuelos D, Luan Y, Sachs SA, Mitnick CD, Rhatigan J et al. Development assistance for community health workers in 114 low- and middle-income countries, 2007–2017. Bull World Health Organ. 2020;98(1):30-9.
28. Masis L, Gichaga A, Zerayacob T, Lu C, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 4. Programme financing. Health Res Policy Syst. 2021;19(Suppl 3):107.
29. Delivered by women, led by men: gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: WHO; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322).
30. Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC et al. A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. Int J Ment Health Nurs. 2021;30(1):102-16.
31. Kabeer N, Razavi S, van der Meulen Rodgers Y. Feminist economic perspectives on the COVID-19 pandemic. Feminist Economics. 2021;27(1–2):1-29.
32. Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S et al. Women are most affected by pandemics—lessons from past outbreaks. Nature. 2020;583(7815):194-8.
33. ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. 8th edition. Geneva: ILO; 2021 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_824092.pdf).
34. World employment and social outlook: trends 2021. Geneva: ILO; 2021 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_795453.pdf).
35. Holding the line: communities as first responders to COVID-19 and emerging health threats. Geneva: UNAIDS; 2021 (forthcoming).
36. Life-changing HIV and social protection interventions in COVID-19 era. Geneva: UNAIDS; [pre-publication version].

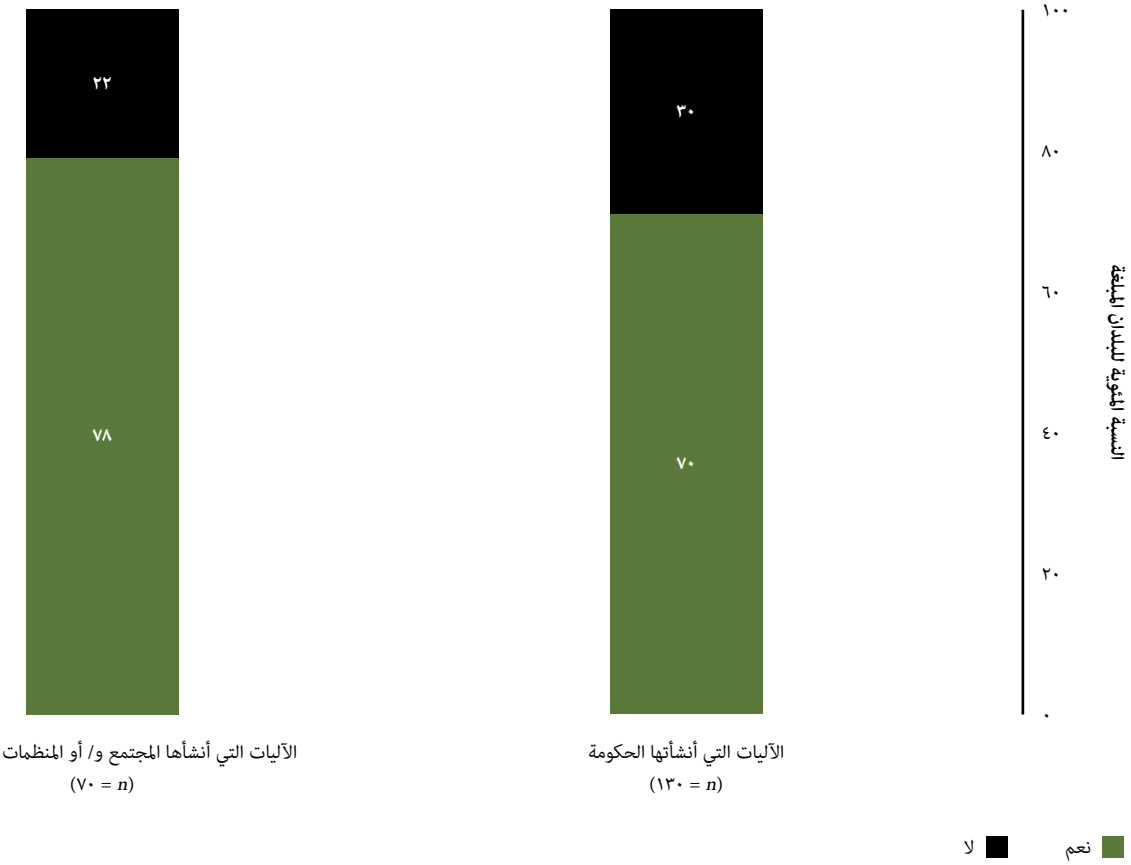
بناء البنية التحتية لحقوق الإنسان في ظل التأهب للجوائح

تعتبر الجهات الفاعلة القائمة على الحقوق شريكًا أساسيًا في بناء استجابة فعالة للجوائح، وتساعد بشكل استباقي في التخطيط لسياسات فعالة للصحة العامة، وتعالج انتهاكات الحقوق بسرعة من أجل استعادة الثقة في الصحة العامة.

وعندما يتجاوز أصحاب الواجبات سلطتهم، تعتبر آليات المساءلة ضرورية لتصحيح المسار وتقديم سبل الانتصاف لأولئك الذين يتم انتهاك حقوقهم. وقد لعبت المحاكم، والمحامون، والخدمات القانونية دورًا حاسمًا في ضمان الدفاع عن حقوق الإنسان أثناء الجوائح، بما في ذلك من أجل الفئات السكانية الرئيسية والفئات الأخرى المعرضة لخطورة الإصابة.

وفي مصر، على سبيل المثال، ساعدت منظمة حقوقية غير حكومية، وهي مؤسسة الشهاب للتنمية الشاملة، في تشجيع اختبار فيروس نقص المناعة البشري عندما جادلت بنجاح في المحكمة بأن المتعايشين مع الفيروس لا يمكن طردهم من قبل أصحاب العمل بسبب إصابتهم بالفيروس (٢). وساعدت اللجنة الوطنية لحقوق الإنسان في الهند على بناء الثقة وتشجيع المتعايشين مع الفيروس على الانخراط في الرعاية من خلال الدفاع عن حقوقهم في العلاج، كما حاربت اللجنة الوطنية لحقوق الإنسان في تايلاند ضد فحص الفيروس قبل التوظيف، وغير ذلك من أشكال الاختبارات الإلزامية التي ثُبت أنها تتسبب في عدم ثقة الأشخاص بسلطات الصحة العامة (٣).

شكل ٦. النسبة المئوية للبلدان التي أبلغت عن وجود آليات لتسجيل ومعالجة الشكاوى الفردية من التمييز المرتبط بفيروس نقص المناعة البشري، على الصعيد العالمي، ٢٠١٧-٢٠٢١



المصدر: أداة الالتزامات والسياسات الوطنية ٢٠١٧- ٢٠٢١.

تعد حقوق الإنسان أساسية لاستراتيجيات الاستجابة الفعالة للجوائح. وقد أثبتت عقود من البحث أن النهج القائمة على حقوق الإنسان تعالج اختلال موازين القوى وتعزز نتائج الصحة العامة، بما في ذلك أثناء أزمة الجوائح.

وفي جائحة الإيدز، تتراكم الاحتمالات ضد الفئات السكانية التي تواجه بشكل روتيني التمييز والظلم- وهي تجارب تزيد من خطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، وتجعل من الصعب عليهم الحصول على العلاج والبقاء في الرعاية. واعتمادا على المكان والسياق، تشمل هذه الفئات السكانية النساء والفتيات، والمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومغايري الهوية الجنسانية، والعاملين بالجنس، ومتعاطي المخدرات، والسجناء، والمهاجرين، واللاجئين، وغيرهم من النازحين.

إن الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشري، وإيبولا، وزيكا غير الراسخة في حقوق الإنسان قوضت النجاح على المدى المتوسط والطويل ضد هذه الجوائح.

يفرض القانون الدولي لحقوق الإنسان التزامات على الدول الأعضاء في الأمم المتحدة، لضمان الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، ويتطلب أيضًا، أن تحافظ الدول على حماية حرية التعبير، والوصول إلى المعلومات، والإنصاف، وعدم التمييز. إن الإخفاق في النظر بشكل صريح في أوجه اللامساواة في التخطيط وجهود الاستجابة للجوائح يقوض فعاليتها. فيجب أن يتضمن تخطيط استراتيجيات الجائحة تحليلات تعترف بتقاطع الحقائق الخاصة بالنساء والفتيات بكل تنوعهن، والفئات السكانية المهمشة، والفقراء، ومحاور اللامساواة الأخرى. إن تمويل أعمال التحول الجنساني والوقاية من العنف كجزء من الاستجابة للجوائح يمكن أن يعالج أوجه اللامساواة بين الجنسين ويزيد من فعالية الاستجابات للجوائح في الوقت نفسه.

وفي بعض الأحيان، قد يبدو أن حماية حقوق الإنسان تتعارض مع إنفاذ أوامر الصحة العامة، ومع ذلك تُظهر الجوائح في الماضي والحاضر أن حقوق الإنسان والصحة العامة مرتبطان ارتباطًا وثيقًا، وأن النهج القائم على حقوق الإنسان أمر بالغ الأهمية لضمان نتائج الصحة العامة الناجحة. وغالبًا ما تكون لانتهاكات الحقوق، لا سيما تلك التي يمكن أن تنجم عن نهج قسرية أو تقييدية أو متعلقة بالأمن العام في مجال الصحة، آثار صحية سلبية مباشرة، وتقوض الثقة في الصحة العامة وتقوض الاستجابات للجوائح، لا سيما بالنسبة لأولئك الذين هم بالفعل في أوضاع ضعيفة أو مهمشة. وعلى العكس من ذلك، يمكن للنهج القائمة على بناء الحقوق والتمكين أن تبني الثقة وتقلل من الوصم، وتمكن الأشخاص والمجتمعات من حماية صحتهم ورفاههم، بما في ذلك زيادة الوصول إلى الاختبار والوقاية والعلاج.

وبينما يسمح قانون حقوق الإنسان بتقييد أو انتقاص بعض الحقوق لأغراض مشروعة، مثل حماية الصحة العامة، فهناك حدود صارمة بشأن متى وكيف وإلى أي مدى يمكن تقييد الحقوق (١). فيجب أن يكون لأي قيد هدف مشروع، ويجب أن يكون متناسبًا مع هذا الهدف، وضروريًا (فعالًا ومدعمًا بالدلائل)، محدد المدة، غير تعسفي (غير تمييزي)، وفقًا للقانون (١). ويجب على الحكومات أيضًا أن تضمن أن أي قيود لا تؤدي إلى انتهاكات إضافية لحقوق الإنسان، على سبيل المثال من خلال إجراء التدابير وتقديم دعم إضافي للأشخاص والمجتمعات التي هي في أوضاع هشة. ولذلك، فجهود التأهب والاستجابة الفعالة للجوائح

تحتاج إلى عمل محدد وممول في مجال حقوق الإنسان كمكون أساسي. ويشمل ذلك بناء بيئات قانونية وسياساتية تمكينية، وتعزيز المؤسسات القضائية المستقلة ومؤسسات حقوق الإنسان، ودعم مجموعات المجتمع المدني القادرة على محاسبة الحكومات والجهات الفاعلة الأخرى. تضمن هذه البنية التحتية القائمة على حقوق الإنسان ألا تؤدي أوجه اللامساواة إلى تكثيف الجوائح وإطالة أمدها، وألا تؤدي الجوائح إلى تفاقم أوجه اللامساواة.

إن النهج القائمة على حقوق الإنسان تعالج خللًا في السلطة وتحسن نتائج الصحة العامة، بما في ذلك أثناء أزمة الجوائح. ويحتاج التأهب الفعال للجوائح وجهود الاستجابة إلى العمل المحدد والممول في مجال حقوق الإنسان كعنصر أساسي.

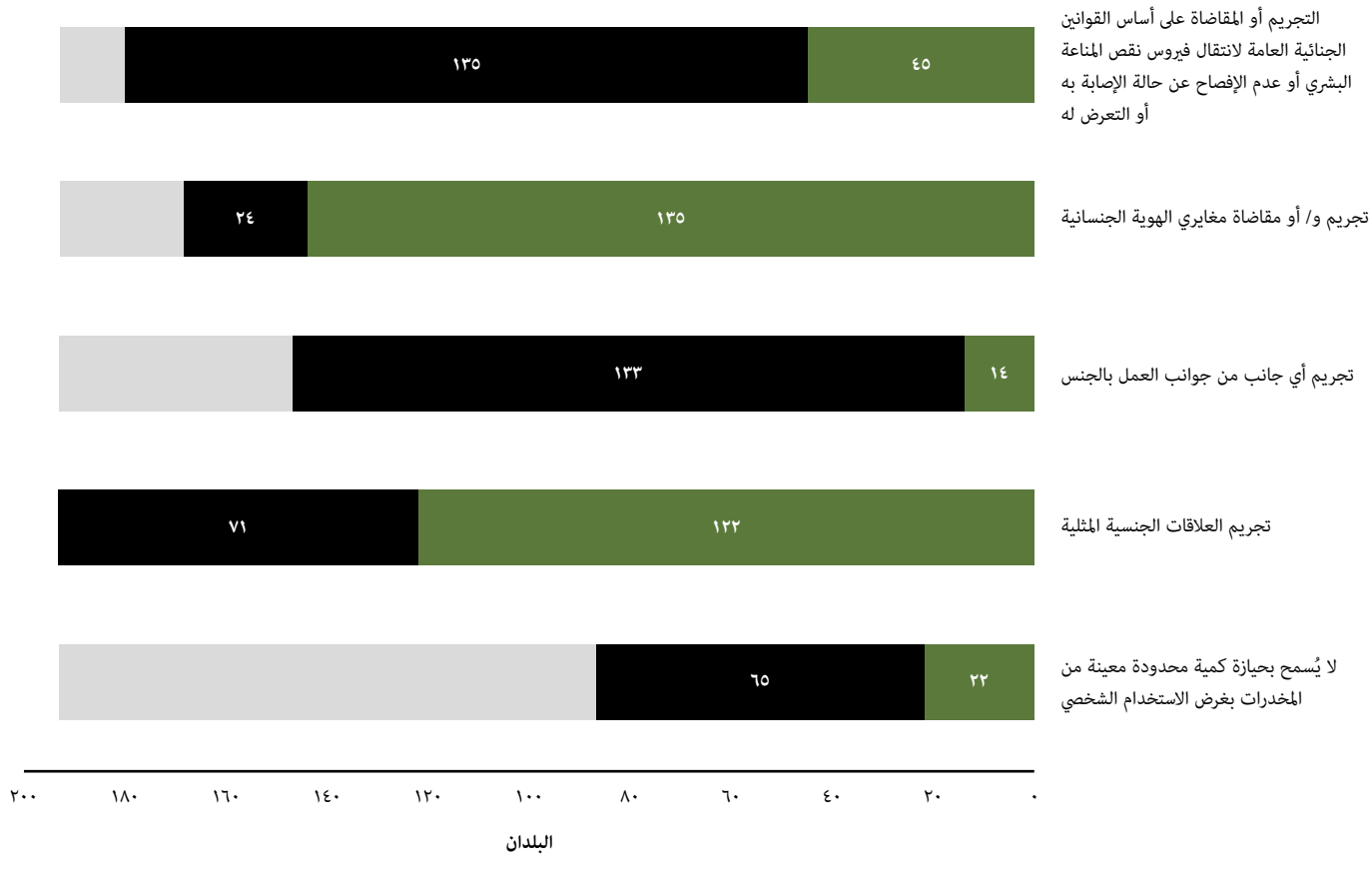
إبطال استخدام القانون الجنائي في الاستجابات للجوائح

لقد ثبت مرارا وتكرارا أن القوانين الجنائية تضر أكثر مما تنفع للاستجابة للجوائح وتعزيز أهداف الصحة العامة.

إن استخدام القانون الجنائي من أجل الصحة العامة هو، في معظم الحالات، استجابة غير متناسبة وغير فعالة وعرضة للتنفيذ التعسفي والتمييزي. وغالبًا ما يدفع مثل هذا النهج الأشخاص بعيدًا عن الخدمات التي تشتد الحاجة إليها، ويزيد من المخاطر المحتملة للتعرض أو الانتقال، ويقوض التعلم من قبل (وتمكين) جميع المواطنين. ويمكن أن يؤدي الإنفاذ أيضا، إلى صرف انتباه الموارد البشرية والميزانيات المحدودة عن الإجراءات التي قد تستجيب بشكل أكثر فاعلية للجائحة، مثل تثقيف المواطنين، والاختبار، وتتبع الانتشار، والعلاج.

وقد ثبت أن تجريم العلاقات الجنسية المثلية، والعمل بالجنس، وحيازة المخدرات وتعاطيها، والتعرض لفيروس نقص المناعة البشري، وعدم الإفصاح عن حالة الإصابة بالفيروس ونقلها، تحول دون الوصول إلى خدمات الفيروس وتزيد من خطورة الإصابة به. وشهدت البلدان التي تجرم الفئات السكانية الرئيسية تقدما أقل نحو أهداف اختبار الفيروس وعلاجه على مدى السنوات الخمس الماضية- حيث يعرف المتعايشون مع الفيروس حالة إصابتهم ويحققون كبت الحمل الفيروسي بنسب أقل بكثير، مقارنة بالدول التي تجنبت التجريم (٧). وتم تحقيق مكاسب أكبر حتى في البلدان التي تعزز فيها القوانين حماية حقوق الإنسان، لا سيما تلك التي تحمي الحقوق في عدم التمييز وتستجيب للعنف القائم على النوع الاجتماعي (٧). وعلى الرغم من هذه الأدلة الدامغة، فإن القوانين التمييزية والعقابية لا تزال شائعة بشكل ينذر بالخطر (شكل ٧).

شكل ٧. عدد البلدان التي لديها قوانين تمييزية وعقابية على الصعيد العالمي ٢٠٢١



المصادر: الالتزامات الوطنية وبرنامج السياسات ٢٠١٧- ٢٠٢١ لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ؛(http://lawsandpolicies.unaids.org/) تكملها مصادر إضافية.

وقد أنشأت الحكومات آليات لتسجيل ومعالجة الشكاوى الفردية من التمييز المرتبط بفيروس نقص المناعة البشري في ٩٢ بلدا من أصل ١٣٠ بلدا قدمت بيانات لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. كما أن نسبة مماثلة من البلدان المبلغة (٥٥ من ٧٠) لديها آليات أنشأها المجتمع المحلي و/ أو المنظمات غير الحكومية (شكل ٦). ويتمثل أحد الدروس الرئيسية للاستجابة للفيروس في أن دعوة المجتمع المدني والجهود القانونية للمصلحة العامة تزيد من إمكانية المساءلة، وتوفر منبرًا لأصوات مجتمعية حقيقية، وتسلط الضوء على المعلومات المهمة للحكومات حول ما يجب وما لا يجب عمله لدفع الصحة العامة إلى الأمام. إن المشاركة مع المجتمع المدني تبني الثقة، وتضمن الملاءمة والفاعلية، وتساعد على تجنب الأضرار غير المباشرة أو غير المقصودة، وتضمن تبادل المعلومات بشكل متكرر (٤).

وقد كان للجهات الفاعلة المدنية والمنظمات المجتمعية في جميع أنحاء العالم دور حاسم في معالجة انتهاكات الحكومة لحقوق الإنسان في الاستجابة لـكوفيد- ١٩ ، والمكافحة من أجل إنصاف المجتمعات المتضررة ومكافحة التضليل. ففي أوغندا، على سبيل المثال، سبقت الضغوط من الجماعات المدنية تعديلًا حكوميًا للقيود المفروضة على الحركة للسماح للنساء الحوامل بالحصول على الرعاية دون إذن رسمي، وهو أمر تسبب في وفيات في وقت مبكر من الجائحة. وبالمثل، أنشأت اللجنة الوطنية لحقوق الإنسان في نيجيريا خطوطًا ساخنة خاصة في وقت مبكر من جائحة كوفيد- ١٩، لتلقي تقارير عن انتهاكات حقوق الإنسان في أعقاب حوادث القتل خارج القانون التي ارتكبتها الشرطة، والجيش، ودائرة الإصلاحيات النيجيرية التي أسفرت عن ١٨ حالة وفاة (٥، ٦).

وقد تمكن النشطاء من تقديم رؤى حاسمة حول الإجراءات المقترحة، ما ساعد على تشكيل تشريعات الاستجابة لـكوفيد- ١٩ بطرق تحمي حقوق المواطنين وتزيد من إمكانية الاستجابات الفعالة للجائحة. كما مهد النشاط المدني الطريق أمام دعاوى المصلحة العامة التي عززت الاستجابات القائمة على الحقوق في البلد. فعلى سبيل المثال، ساعد النشطاء التشيليون في تأمين أوامر المحكمة لتنفيذ سياسة الحكومة لصرف الأدوية لعدة أشهر على مستوى الوطن، كما قاموا بمراقبة نفاد مخزون أدوية فيروس نقص المناعة البشري خلال كوفيد- ١٩ (٤). وقد تمكن قادة حقوق الإنسان الكينيون من ضمان تعيين المحامين كعمال أساسيين، ما سمح لهم بمساعدة المحتجزين لخرقهم أوامر الإغلاق -الأفراد الذين لولا ذلك كانوا سيقبعون في السجون في خطر أعلى للإصابة بـكوفيد- ١٩، (٤).

يجب أن يكون الاستثمار في حقوق الإنسان والبنية التحتية للمجتمع المدني محور تركيز رئيسي للتمويل والطاقة السياسية للاستجابة لجائحة الإيدز، ولإنشاء خطط تأهب واستجابة أوسع وأكثر إنصافا للجوائح.

أحد المشاركين في مسيرة فخر مجتمع الميم في ماسيرو، ليسوتو، والذي نظمته جمعية People's Matrix (مصفوفة الشعب). حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز/ م. هيوكي

معالجة التمييز في الرعاية الصحية الذي يبعد الناس عن الخدمات

عندما يتجنب الأشخاص الأكثر عرضة لانتقال المرض الخدمات الصحية، تستمر الجوائح في النمو. وتظهر الأدلة من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز والوكالات الأخرى أن الوصم والتمييز في أماكن الرعاية الصحية أمر شائع بشكل مقلق.

وتظهر البيانات القطرية التي تم إبلاغها لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، أن نسب الأشخاص الذين ينتمون إلى الفئات السكانية الرئيسية والذين يتجنبون خدمات الرعاية الصحية بسبب الوصم والتمييز لا تزال مرتفعة بشكل محرج. فعبر جميع الفئات السكانية الرئيسية، ذكر واحد على الأقل من كل ثلاثة بلدان مبلغة أن ما يزيد على ١٠٪ من المستجيبين تجنبوا الرعاية الصحية، بما في ذلك ثلاثة من كل أربعة بلدان لمتعاطي المخدرات عن طريق الحقن، وهذا له آثار سلبية على طول سلسلة الرعاية، من الوقاية والاختبار إلى العلاج.

إن عدم التمييز هو مبدأ أساسي من مبادئ القانون الدولي لحقوق الإنسان، والدول الأعضاء في الأمم المتحدة عليها التزام بحماية المواطنين من التمييز في الأماكن الخاصة والعامة وإلغاء القوانين والسياسات التمييزية. وقد أظهر كل من فيروس نقص المناعة البشري وكوفيد- ١٩ مخاطر حقيقية بالفعل على الصحة العامة تنشأ عن التقديم التمييزي لخدمات الصحة العامة، الأمر الذي يبعد الناس عن البحث عن الخدمات والعلاجات.

ويتمثل أحد العناصر الرئيسية للاستجابة الفعالة للجوائح في اتخاذ الحكومات إجراءات فورية للاستثمار في سياسات عدم التمييز وتدريب العاملين الصحيين في مختلف البيئات الصحية. ويمكن دعم هذا العمل من خلال حملات الرسائل العامة التي تؤكد أهمية معالجة الوصم والتمييز من أجل تحسين نتائج الصحة العامة.

مساعد طبي يقيس ضغط الدم لمريض في مكتب مدينة بختار التابع لمؤسسة AFIF، وهي منظمة تقدم خدمات طبية واجتماعية وقانونية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والفئات السكانية الرئيسية في طاجيكستان. حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز/ ن. كالاندروف

وتظهر أنماط مماثلة خلال الاستجابات لـكوفيد- ١٩. إن تجريم العمل بالجنس، على سبيل المثال، يعني استبعاد العاملين بالجنس من برامج الحماية الاجتماعية المؤقتة في العديد من البلدان، ما يقوض صحتهم ورفاههم- وقدرتهم على المساعدة في وقف انتشار (SARS-CoV-2) (٣). وفي وقت مبكر من الاستجابة لـكوفيد- ١٩، أنشأت بعض الحكومات أيام تنقل خاصة بالنوع الاجتماعي أثناء عمليات الإغلاق، ما أدى إلى العنف والتمييز ضد مغايري الهوية الجنسانية في اليوم «الخطأ» (٤).

لقد أتاح الاعتماد المفرط على العقوبات الجنائية في استجابات العديد من البلدان لـكوفيد- ١٩، مجموعة من انتهاكات حقوق الإنسان التي لا تقوض فقط الجهود المبذولة للحد من الجائحة، بل تؤدي أيضًا، إلى تفاقم التحديات الاجتماعية الموجودة مسبقًا المتمثلة في التهميش، والتمييز، والفقر. وقد أظهرت دراسة حديثة أجريت بين العاملين بالجنس في شرق وجنوب أفريقيا أن كوفيد- ١٩ قد تزامن مع ارتفاع وتيرة المضايقات والاعتقالات من قبل الشرطة، (ما يقرب من نصف المستجوبين تعرضوا للاعتداء أو الابتزاز من قبل ضباط الشرطة)، إلى جانب تضاؤل الوصول إلى المرافق الصحية وخدمات فيروس نقص المناعة البشري (٨). ويفتقر متعاطو المخدرات أيضا، إلى الخيارات الآمنة للوصول إلى خدمات الحد من الضرر (٤). وفي الولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، تم تسجيل أكثر من ١٠٠,٠٠٠ حالة وفاة بسبب الجرعات الزائدة من المخدرات بين أبريل ٢٠٢٠ وأبريل ٢٠٢١، وهي زيادة بنسبة ٢٨,٥٪ تعزوها السلطات الصحية جزئيا إلى انخفاض الوصول إلى الأدوية المدعمة بالدلائل مثل النالوكسون، وهو ركن مهم من أركان الحد من الضرر الشامل (٩).

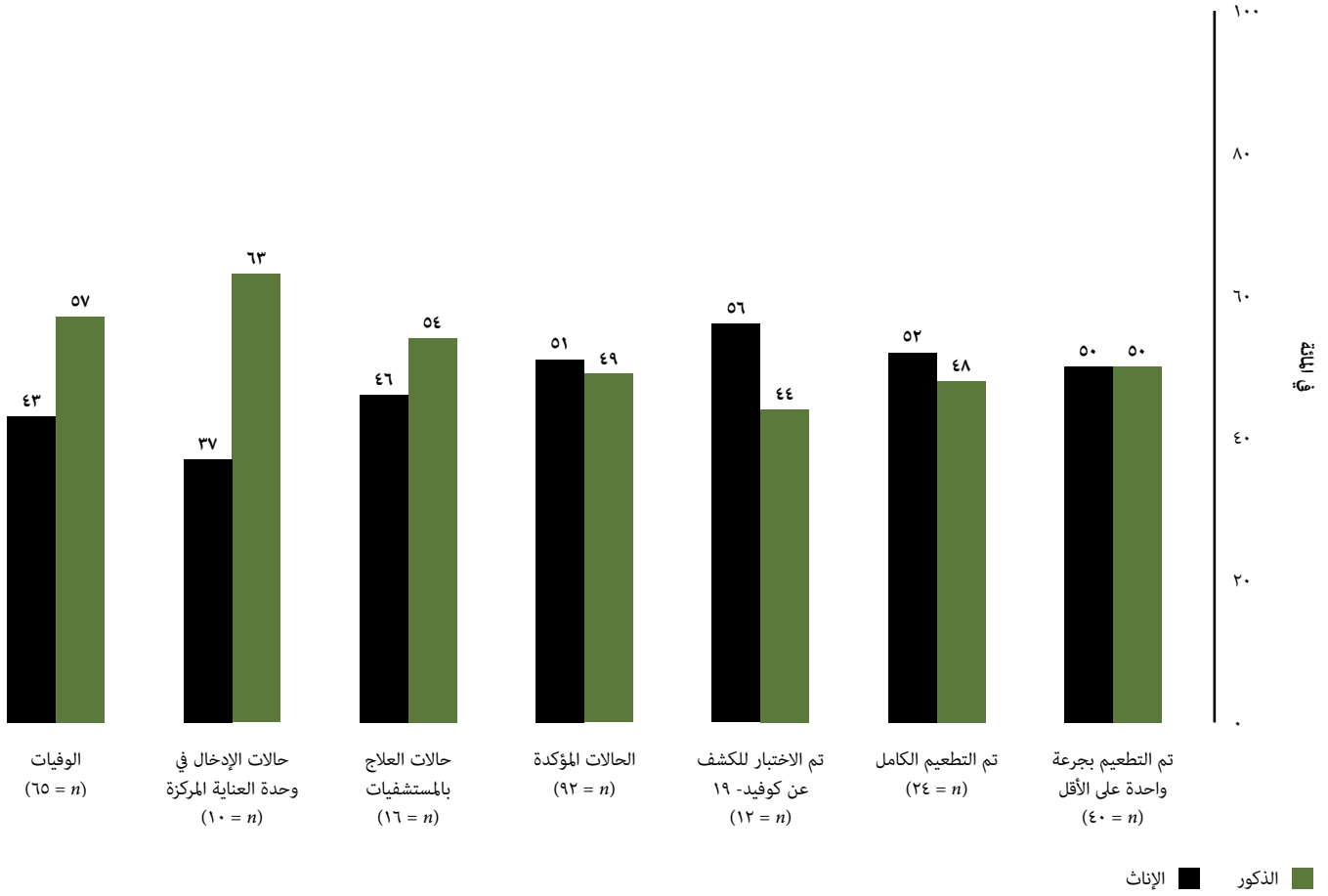
كما تعرض المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال ومغايرو الهوية الجنسانية للاعتقال والإيذاء. فعلى سبيل المثال، في أوغندا، اعتقل المسؤولون ٢٣ شابًا على الأقل من مجتمع الميم، كانوا يعيشون في منزل آمن في مارس ٢٠٢٠ (١٠). واتُّهم معظمهم بارتكاب «فعل إهمال يحتمل أن ينشر مرضا معديا» بموجب القانون الجنائي، وادعى أن السبب هو العدد الإجمالي للأشخاص المقيمين في المنزل. وبينما تم الإفراج عنهم في نهاية المطاف وإسقاط جميع التهم، لم يتم اختبارهم مطلقا بشأن كوفيد- ١٩ أثناء احتجازهم، وأمضوا أسابيع في الحجز دون الاتصال بمحامين، وتعرضوا لمعاملة وحشية مروعة من قبل السجناء الآخرين والحراس (١٠).

لا يوجد أي دليل على أن الحبس أداة فعالة لمكافحة الجوائح. إن الاكتظاظ، وسوء الصرف الصحي والتهوية، والحرمان من الواقي الذكري، والمحاقن وغيرها من الأدوات لمنع العدوى المنقولة جنسيًا وعن طريق الدم تجعل السجون وغيرها من الأماكن المغلقة بيئة مثالية لتفشي الأمراض المعدية. فنسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين السجناء أعلى ستة أضعاف مما هي عليه بين البالغين في عموم السكان، كما انتشر (SARS-CoV-2) بسرعة وبطريقة مميتة في السجون في جميع أنحاء العالم (١١).

إن قوانين وسياسات التجريم والعقاب المستندة إلى النشاط الجنسي، والميل الجنسي والهوية الجنسانية، وتعاطي المخدرات وحالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري تتسبب في زيادة تعرض الفتيات المراهقات والشابات من الفئات السكانية الرئيسية إلى مستويات متطرفة من العنف، والوصم، والتمييز. وتبعدهن مثل هذه القوانين والسياسات فقط أكثر عن الوصول إلى خدمات الوقاية والعلاج من فيروس نقص المناعة البشري التي يحتجن إليها، وليس لديهن سوى القليل، أو لا شيء على الإطلاق، من الاستعانة بالعدالة الجنسانية والاجتماعية لانتهاكات حقوقهن.

إيرين أوجيتا، ناشطة شابة في مجال حقوق المرأة من كينيا (١٢)

شكل ٨. الفروق بين الجنسين على طول المسار الإكلينيكي لكوفيد-١٩، البيانات العالمية المتاحة، اعتبارا من أكتوبر ٢٠٢١



ملحوظة: n = عدد البلدان التي أبلغت عن بيانات مفصلة حسب النوع الاجتماعي.

ملاحظة: أبلغت دولتان فقط (النمسا والهند) عن تطعيمات بين الأشخاص غير الثنائيين.

المصدر: أداة تعقب بيانات كوفيد- ١٩ المصنفة حسب النوع الاجتماعي. تقرير محدث أكتوبر. الصحة العالمية ٥٠٥٠؛ ٢٠٢١ (https://globalhealth٥٠٥٠.org/wp-content/uploads/October-٢٠٢١-data-tracker-update.pdf).

تؤدي أوجه اللامساواة المتقاطعة إلى تأثيرات متباينة على الجوائح. فقد أدى تفشي فيروس «إيبولا» في غرب أفريقيا في الفترة (٢٠١٤- ٢٠١٦) إلى قلب سبل العيش رأسا على عقب، مع الوضع في الاعتبار أن سبل عيش النساء تستغرق عادة وقتا أطول لتعود إلى حالتها الطبيعية من تلك الخاصة بالرجال (٢٢، ٢٣). فعلى سبيل المثال، أجبرت إجراءات الحجر الصحي أسواق المواد الغذائية وغيرها من المواد على الإغلاق، ما أدى إلى انقطاع سبل عيش التجار في ليبيريا وسيراليون، و٨٥٪ منهم من النساء، حيث الكثير منهن في الفئات ذات الدخل المنخفض. كما فقد الرجال أيضا وظائفهم، ولكن بعد مرور عام على اكتشاف أول حالة إيبولا، عاد ٦٣٪ من الرجال إلى العمل- مقارنة بـ١٧٪ فقط من النساء (٢٢، ٢٣).

وأثناء تفشي فيروس «زيكا» في أمريكا اللاتينية في منتصف العقد الأول للقرن الحادي والعشرين، تم نصح النساء بتأخير الحمل. ولكن الطلبات الضخمة التي لم يتم الوفاء بها لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية في العديد من البلدان- والتي أثرت بشكل خاص على النساء والفتيات في الأحياء ذات الدخل المنخفض، وأولئك اللواتي ينتمين إلى مجتمعات السكان الأصليين أو الأقليات العرقية- قوضت قدرة الأشخاص على تنفيذ هذه النصيحة (٢٥).

يمكن أن يراعي تصميم الصحة العامة المستجيب للنوع الاجتماعي أوجه اللامساواة هذه ويعالجها.

إعطاء الأولوية للجهود المبذولة لمكافحة الجوائح التي تحقق المساواة بين الجنسين

غالبًا ما تكون تأثيرات الإيدز والجوائح الأخرى شديدة التمييز بين الجنسين. ولذلك تتطلب الاستجابات الفعالة للجوائح الانتباه إلى كل من تأثير المرض على أساس نوع الجنس والحاجة إلى جهود منصفة، وقائمة على الحقوق لمكافحة أوجه اللامساواة.

في أفريقيا جنوب الصحراء، يساهم عدم المساواة بين الجنسين في زيادة خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري الذي تواجهه المراهقات والشابات في المنطقة: ست من كل سبع إصابات جديدة بالفيروس بين المراهقين الذين تتراوح أعمارهم (بين ١٥ و١٩ عاما) في المنطقة، تحدث بين الفتيات، والشابات (من سن ١٥ إلى ٢٤ عاما) أكثر عرضة للإصابة بالفيروس بمقدار الضعف، مقارنة بالشباب من نفس العمر. ويمكن للعنف أن يزيد من خطورة إصابة النساء بالفيروس، وقد تم ربط العنف ضد المتعايشات مع الفيروس بانخفاض الوصول إلى العلاج والالتزام به، وانخفاض عدد خلايا CD٤، وارتفاع الأحمال الفيروسية (١٣، ١٤). ومع ذلك، فإن المتعايشين مع الفيروس في هذه المنطقة هم أقل احتمالًا من النساء للبحث عن اختبار الفيروس والبدء في العلاج والالتزام به، ما يؤدي إلى نتائج صحية أسوأ.

وبالنسبة لـكوفيد- ١٩، يبدو أن الرجال لديهم نسبة أعلى من حالات العلاج بالمستشفيات، ودخول العناية المركزة، والوفيات (شكل ٨)، بينما تواجه النساء والفتيات آثارًا اجتماعية واقتصادية أكبر (١٥). فالنساء يتأثرن بشكل خاص بفقدان الوظائف والدخل، والأزمة المتزايدة للرعاية غير مدفوعة الأجر، وارتفاع مستويات عنف الشريك الحميم، والممارسات الضارة وغيرها من أشكال العنف الجنساني، بما في ذلك الزواج المبكر وزواج الأطفال والزواج القسري، وحمل المراهقات، ووفيات الأمهات (١٦-١٨).

وقد أفادت دراسات متعددة تبحث في تأثير جائحة كوفيد- ١٩ على النساء والأطفال بزيادة العنف (١٩). ويبدو أن النساء يعانين أيضا، من آثار ضارة على الصحة العقلية- بما في ذلك مستويات أعلى من التوتر، والقلق، والاكتئاب، والخوف من كوفيد- ١٩، مقارنة بالرجال (٢٠، ٢١). وفي هذا السياق، تضمنت الاستجابات الفعالة بالضرورة تكثيف خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وجهود مكافحة العنف كجزء رئيسي من الاستجابة للجائحة.

تواجه النساء والفتيات تأثيرات اجتماعية واقتصادية أكبر من كوفيد- ١٩، بما في ذلك خسائر الوظائف والدخل، وتزايد أزمة الرعاية غير المدفوعة، وارتفاع مستويات عنف الشركاء الحميم، والزواج القسري، وحمل المراهقات، ووفيات الأمهات.

المراجع

1. UN Commission on Human Rights, The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, 28 September 1984, E/CN.4/1985/4 (https://www.refworld.org/docid/4672bc122.html).
2. Landmark court ruling in Egypt prohibits HIV discrimination in the workplace. In: UNAIDS [Internet]. 1 July 2016. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/july/20160713_Egypt).
3. Handbook on HIV and human rights for national human rights institutions. OHCHR, UNAIDS; 2007 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1367-handbookhiv_en_0.pdf).
4. Rights in a pandemic. Lockdowns, rights and lessons from HIV in the early response to COVID-19. Geneva: UNAIDS; 2020.
5. Coronavirus: security forces kill more Nigerians than COVID-19. In: BBC News [Internet]. 16 April 2020. London: BBC; c2021 (https://www.bbc.com/news/world-africa-52317196).
6. National Human Rights Commission press release on COVID-19 enforcement so far report on incidents of violations of human rights. In: National Human Rights Commission [Internet]. 15 April 2020. Abuja: National Human Rights Commission; c2021 (https://www.nigeriarights.gov.ng/nhrc-media/press-release/100-national-human-rights-commission-press-release-on-covid-19-enforcement-so-far-report-on-incidents-of-violation-of-human-rights.html).
7. Kavanagh M, Agbla SC, Joy M, Aneja K, Pillinger M, Case A et al. Law, criminalisation and HIV in the world: have countries that criminalise achieved more or less successful pandemic response? BMJ Global Health. 2021;6:e006315.
8. A rapid scoping of the impact of COVID-19 on sex worker programmes in east and southern Africa. Pretoria: UNFPA East and Southern Africa; 2020 (https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/covid-19_sex_workers_report-ia.pdf).
9. Brooks B, Mishra M. U.S. drug deaths surpass 100,000 for first time, spurred by pandemic. In: Reuters [Internet]. 17 November 2021. Reuters; [updated 18 November 2021] (https://www.reuters.com/world/us/us-drug-overdose-deaths-top-100000-annually-cdc-2021-11-17/).
10. Press statement. 21 July 2020. Kampala: Human Rights Awareness and Promotion Forum; 2020 (https://www.hrapf.org/index.php/resources/other-publications/159-20-07-20-press-statement-on-filing-of-the-cosf-case-7/file).
11. Global Outbreaks. In: The COVID Prison Project [Internet]. c2021 (https://covidprisonproject.com/additional-resources/global-outbreaks/#:~:text=Of%20832%20samples%20collected%20from,at%20the%20beginning%20of%20May).
12. Gender equality and justice critical for ending AIDS. In: UNAIDS.org [Internet]. 10 June 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/june/20210614_gender-equality-and-justice).
13. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
14. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. AIDS. 2015;29(16):2183-94.
15. The COVID-19 sex-disaggregated data tracker. October update report. Global Health 5050; 2021 (https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/).
16. Global gender gap report 2021. Geneva: World Economic Forum; 2021 (https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf).
17. COVID-19: a threat to progress against child marriage. New York: UNICEF; 2021.
18. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2021;9(6):e759-e772.
19. Petermann A, O'Donnell M. COVID-19 and violence against women and children: a third research round-up for the 16 Days of Activism. Washington (DC): Center for Global Development; 2020 (https://www.cgdev.org/sites/default/files/covid-and-violence-against-women-and-children-three.pdf).
20. Krubiner C, O'Donnell M, Kaufmann J, Bourgault S. Addressing the COVID-19 crisis' indirect health impacts for women and girls. Washington (DC): Center for Global Development; 2021 (https://www.cgdev.org/sites/default/files/COVID-Gender-Health-BRIEF.pdf).
21. Gender dimensions of the COVID-19 pandemic. Washington (DC): World Bank; 2020 (https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/618731587147227244/gender-dimensions-of-the-covid-19-pandemic).
22. Bandiera O, Buehren N, Goldstein M, Imran R, Smurra A. The economic lives of young women in the time of Ebola: lessons from an empowerment programme. Washington (DC): World Bank; 2018.
23. Neglected and unprotected: the impact of the Zika outbreak on women and girls in northeastern Brazil. Human Rights Watch; 2017.
24. Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S et al. Women are most affected by pandemics—lessons from past outbreaks. Nature. 2020;583(7815):194-8.
25. Cabal L. Tackling Zika: have we learned our lesson rights? In: Rewire [Internet]. 15 March 2016. Rewire News Group; c2021 (https://rewirenewsgroup.com/article/2016/03/15/tackling-zika-learned-lesson-rights/).
26. Williams AS. The rich man and the diseased poor in early Victorian literature. Atlantic Highlands (NJ): Humanities Press International; 1987.
27. Drop in cholera cases worldwide, as key endemic countries report gains in cholera control. In: WHO.int [Internet]. 19 December 2019. Geneva: WHO; c2021 (https://www.who.int/news/item/19-12-2019-drop-in-cholera-cases-worldwide-as-key-endemic-countries-report-gains-in-cholera-control).
28. Ali M, Nelson AR, Lopez AL, Sack DA. Updated global burden of cholera in endemic countries. PLoS Negl Trop Dis. 2015;9(6):e0003832.
29. World Health Organization. Weekly epidemiological record. 29 November 2019. 94(48):561-80.
30. Demographic and Health Surveys, 2015–2020.
31. Population-based HIV Impact Assessments, 2015–2019.

الجوائح والفقر

أولئك الذين يعيشون في فقر يتحملون وطأة العديد من الجوائح. ومنذ ما يقرب من قرنين من الزمان، عندما انتشرت الكوليرا لأول مرة في جميع أنحاء العالم، سرعان ما تم الاعتراف بها كمرض للفقراء في المقام الأول، وأن اللامساواة داخل المجتمعات كانت مرتبطة بنتائج صحية مجتمعية أضعف (٢٦).

وقد عززت حملات التطعيم واسعة النطاق التقدم الحالي ضد المرض، لكن الحلول طويلة الأجل تتطلب معالجة أوجه اللامساواة الأساسية، بما في ذلك الصرف الصحي، والنظافة، والحصول على مياه الشرب النظيفة (٢٧). وبعد أكثر من ١٧٠ عاما من ظهور جائحة الكوليرا الأولى، تعد الحالات في البلدان مرتفعة الدخل نادرة للغاية (ومستوردة دائما تقريبا)، لكن الكوليرا لا تزال مستوطنة في عشرات البلدان، جميعها تقريبا من ذوي الدخل المنخفض أو المتوسط الأدنى (٢٨، ٢٩).

كما يعد الفقر ونقص التعليم من الحواجز الهائلة أمام خدمات فيروس نقص المناعة البشري، وقدرة النساء على المطالبة بحقوقهن الجنسية والإنجابية. فعلى سبيل المثال، تُظهر بيانات المسح من ٣٢ بلدًا أن النساء ذوات الدخل المنخفض والخُمس التعليمي، أقل احتمالًا للوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة التي يحتجن إليها (٣٠). وبالمثل، فإن الرجال في الفئات الخمسية الأقل دخلا في ١١ بلدا بأفريقيا جنوب الصحراء، بمعدل انتشار أعلى لفيروس نقص المناعة البشري كانوا أقل احتمالا من الرجال في الخُمس الأعلى دخلا للخضوع لختان الذكور الطبي الطوعي من أجل تقليل مخاطر الإصابة بالفيروس (٣١).

حقوق الملكية: أونسبلاش/ ت. براندون

إن التتبع في الوقت الفعلي تقريبا لعدوى (SARS-CoV-2)، ووفيات كوفيد- ١٩، وتغطية اللقاح من قبل العديد من مواقع الصحة العامة ومقدمي الأخبار الرئيسيين، جذبت الناس في جميع أنحاء العالم على مدار العامين الماضيين. وتعد سرعة جمع بيانات كوفيد- ١٩ وتجميعها ومشاركتها إنجازا رائعا. ومع ذلك فغالبا ما تفتقد هذه البيانات إلى التفاصيل: من هو الأكثر عرضة لتأثيرات كوفيد- ١٩، ومن الذي يتم الوصول إليه، ومن الذي لم يتم الوصول إليه، ولماذا؟

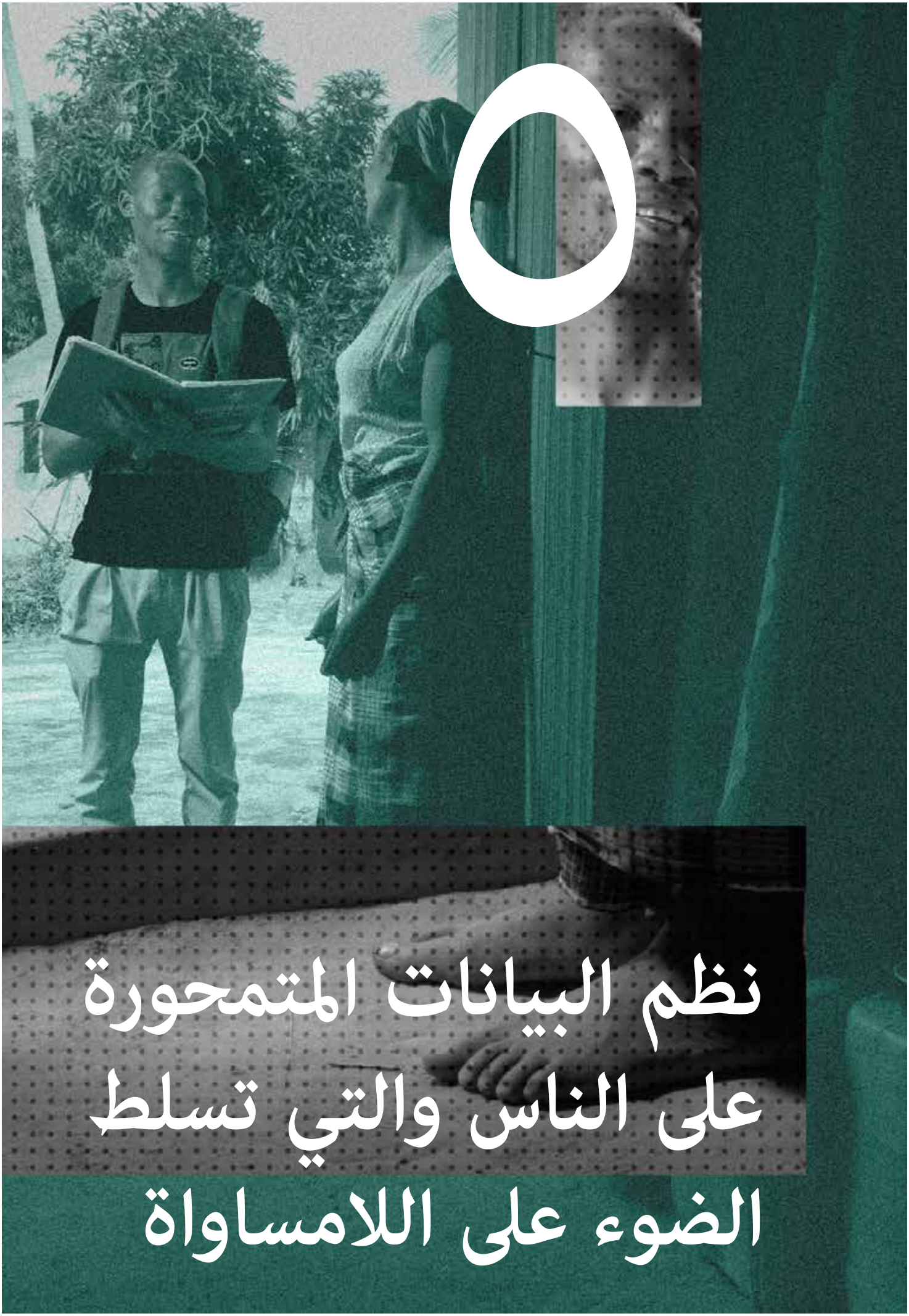
وهناك حاجة إلى مزيد من البيانات التفصيلية للكشف عن أوجه التفاوت واللامساواة الأساسية التي تشكل الجوائح وعواقبها. وقد قامت الاستجابة العالمية لفيروس نقص المناعة البشري ببناء بعض أنظمة البيانات الأكثر شمولًا في الصحة العالمية والتنمية، وتستخدم عشرات البلدان هذه الأنظمة ضد كوفيد- ١٩ والتحديات الصحية الأخرى (١). فيتم استخدام أحد أكثر أنظمة إدارة المعلومات الصحية شيوعًا في العالم، DHIS٢، والذي يتم تمويله إلى حد كبير من خلال استثمارات فيروس نقص المناعة البشري، لتحسين التخطيط وتقديم الخدمات لـكوفيد- ١٩، والأولويات الصحية الأخرى في ٧٣ بلدا (٢).

وتظل الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري أيضا، في طليعة قيادة المجتمع والمشاركة في جمع البيانات واستخدامها، ويتم استخدام الرصد الذي يقوده المجتمع بشكل متزايد كآلية للمساءلة تمكن شبكات الفئات السكانية الرئيسية، أو المجموعات المتضررة الأخرى، أو الكيانات المجتمعية الأخرى من جمع البيانات النوعية والكمية وتحليلها بشكل منهجي وروتيني حول تقديم خدمات الفيروس. ويقدم هذا الرصد تقارير إلى مديري برامج فيروس نقص المناعة البشري وصناع القرار الصحي حول الأشياء التي تعمل بشكل جيد، والأشياء التي لا تعمل، والأشياء التي تحتاج إلى تحسين، وذلك باقتراحات للإجراءات المستهدفة لتحسين النتائج.

ولا يزال بعض البلدان يفتقر إلى القدرة على جمع البيانات الصحية المصنفة في الوقت المناسب، واستخدامها بفاعلية. ولا يقوم الكثيرون بجمع بيانات كافية عن الفئات السكانية ذات الأولوية، ما قد يترك جوانب مهمة من الأوبئة الخاصة بها مخفية عن الاستجابة. وفي العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، على سبيل المثال، لا تزال البيانات الموثوقة حول اتجاهات كوفيد- ١٩ نادرة بعد مرور عامين تقريبًا على انتشار الجائحة. وفي أفريقيا، يؤدي العبء الإضافي للتعامل مع كوفيد- ١٩ إلى إجهاد النظم الصحية الهشة بالفعل، إنها بحاجة ماسة إلى التدريب، وتحسين البنية التحتية، والمعدات الحديثة، والدعم الفني للانتقال من أنظمة جمع البيانات الورقية إلى الأنظمة الإلكترونية (٣). ويمكن استخدام الاختراق العالي للهاتف المحمول بشكل أكثر فاعلية لجمع البيانات الحيوية ومشاركتها في حالات تفشي الأمراض (خاصة إذا تم تخفيض تكاليف البث الباهظة).[١] ومع ذلك، يجب تعزيز الإشراف على البيانات وحوكمتها لضمان جمع البيانات الصحية واستخدامها بطرق تحمي خصوصية الأشخاص وحقهم في السرية.

أحد المشاركين يراجع البيانات خلال استشارة في بنوم بنه، كمبوديا، حول بطاقة قياس أداء Uproot. تقوم مبادرة الرصد الذي يقوده المجتمع المحلي بجمع معلومات كمية ونوعية عن جهود البلدان لتحقيق الأهداف العالمية للاستجابة للإيدز. حقوق ملكية الصورة: كيونجمي كيم/ برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز.

١. خلال تفشي فيروس إيبولا في غرب أفريقيا في (٢٠١٤- ٢٠١٦)، تم استخدام بيانات الهاتف المحمول لنمذجة أنماط السفر، وسمحت أجهزة التسلسل المحمولة باليد بتتبع جهات اتصال أكثر فاعلية وفهم أفضل لديناميكيات تفشي المرض. انظر Gebremeskel AT, Otu A, Abimbola S, Yaya S. Building resilient health systems in Africa beyond the COVID-١٩ pandemic response. BMJ Glob Health. ٢٠٢١ ؛ ٦ (٦): e٠٠٦١٠٨.



٥

نظم البيانات المتمحورة على الناس والتي تسلط الضوء على اللامساواة

كيف يعمل الرصد الذي يقوده المجتمع على سد الفجوات في الخدمة

تعتبر معرفة سبب تجنب الأشخاص للخدمات الصحية أو مقاومتهم لإجراءات الصحة العامة أمرا مهما للغاية، كما اكتشفت الاستجابات لـكوفيد- ١٩. وبعد مرور عام تقريبا على بدء تنفيذ لقاحات (SARS-CoV-2) في البلدان ذات الدخل المرتفع، لا تزال أسباب مقاومة اللقاح والتردد بين نسب كبيرة من السكان غير مفهومة جيدا (١٠).

ويساعد الرصد الذي يقوده المجتمع على سد الفجوة بين أفضل الخطط الموضوعة للاستراتيجيات الصحية والطرق الجامحة التي يتم بها تطبيقها في الواقع. ومن خلال تتبع جودة وكفاية الخدمات وتحديد العوائق والمشاكل المستمرة، يمكن أن يكشف هذا النهج عن سبب تجنب بعض الأشخاص استخدام الخدمات الصحية، أو تخطي المواعيد، أو مقاطعة تناول الأدوية، أو التوقف عنها، أو حتى رفض التطعيم ضد الأمراض التي تهدد الحياة.

وبشكل حاسم، يساعد الرصد أيضا في تعزيز المساءلة السياسية عن البرامج والخدمات الصحية (١١). وبدورها تعزز المساءلة القوية ثقة الجمهور في النظم الصحية، وهو تحد مزمن أثناء أزمات الجوائح.

ومن خلال الرصد الذي يقوده المجتمع، يقوم أفراد المجتمع بجمع المعلومات في مواقع الخدمة ومن المرضى. وبعد ذلك، يتم استخدام المعلومات بالشراكة مع مقدمي الخدمات الصحية ومديري البرامج لحل المشكلات التي يتم تحديدها بسرعة؛ ويمكن استخدامه أيضا، عند الحاجة، للدعوة لتحميل الحكومات والجهات المانحة والبرامج الصحية المسؤولية عن تحسين إمكانية الوصول إلى الخدمات وجودتها (١١).

وللعمل بشكل جيد، يتطلب الرصد الذي يقوده المجتمع تدريب المنظمات التي يقودها المجتمع ودعمها وتجهيزها ودفعها من أجل الرصد الروتيني لجودة الخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها (١١). ويحدد أفراد المجتمع أولوياتهم العليا، ويضعون مؤشرات أو مقاييس لمعرفة ما إذا كانت الخدمات الصحية تفي بهذه الأولويات. بعد ذلك، يقومون بجمع البيانات، وتحليل النتائج، ولفت انتباه المخططين ومديري الخدمات إلى رؤاهم، والضغط على المسؤولين لإجراء التحسينات الموصي بها (١٢).

راصد مجتمعي تابع لريتشيدزة يجري مقابلة خارج عيادة بلومسبراوت في محافظة فري ستيت في جنوب أفريقيا. حقوق ملكية الصورة: ريتشيدزه/ ر. هورن

الرصد الذي يقوده المجتمع يحوّل برامج علاج فيروس نقص المناعة البشري

إن العيوب التي تعيق البرامج الصحية ليست واضحة دائما لمقدمي الخدمات أو للرصد الروتيني وعمليات التقييم. ومن خلال التوثيق المنتظم لخبرة ومعرفة مستخدمي الخدمة، يضيف الرصد الذي يقوده المجتمع وجهات نظر ومعلومات حيوية مفقودة، يمكن استخدامها لتحسين جودة الخدمات الصحية واستخدامها.

ويتم دمج الرصد الذي يقوده المجتمع في عدد متزايد من برامج فيروس نقص المناعة البشري في أفريقيا وآسيا، وأمريكا اللاتينية، حيث يظهر المزيد من الأدلة على قيمة هذا النهج وتأثيره. وتعمل نماذج الرصد الشاملة هذه على تحسين الخدمات وإعادة بناء الثقة العامة من خلال تعزيز ثقافة حل المشكلات الجماعي مع مسؤولي الصحة. فعلى سبيل المثال، نجحت لجان المرافق الصحية في كينيا، وبيرو، وزيمبابوي، في الدعوة إلى تخفيض رسوم المستخدمين وزيادة عدد الموظفين وغيرها من التحسينات التي أدت إلى زيادة استخدام الخدمات الصحية. وبالمثل، أدى استخدام التقارير المجتمعية أو بطاقات قياس الأداء في أجزاء من مالاوي وأوغندا إلى حضور المزيد من الشباب والرجال للمرافق الصحية، وأوقات انتظار أقصر، ومرافق أنظف، ومعدلات أعلى لتلقيح الأطفال (٤، ٥).

ومن الجهود الرائدة المرصد الإقليمي للعلاج المجتمعي في غرب أفريقيا، والذي قام بإنشائه التحالف الدولي للتأهب للعلاج عام ٢٠١٧ للمساعدة في تعزيز برامج علاج فيروس نقص المناعة البشري المتأخرة.٢ ويشمل النموذج أفراد المجتمع الذين يعملون بهيكل دعم لجمع البيانات الكمية والنوعية حول الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري وجودتها، ويقوم المشرفون بجمع البيانات والتأكد منها والتحقق من صحتها، ثم يتم تحليلها واستخدامها للدعوة والضغط لإحداث التغييرات المطلوبة (٦). وقد أدى هذا الابتكار إلى تحسينات مهمة، بما في ذلك تقليل نفاد مخزون الأدوية وتحسين جودة الخدمة، كما ساهم في ارتفاع معدلات كبت الحمل الفيروسي بين الأشخاص الذين يتلقون علاج فيروس نقص المناعة البشري (٧).

وفي جنوب أفريقيا، تعد المعدلات المتعثرة للبقاء في الرعاية مشكلة رئيسية، ويعمل مجهود رصد يقوده المجتمع ويدعى «ريتشيدزة» (Ritshidze، ويعني «إنقاذ حياتنا» بلغة الفندا)، على تسليط الضوء على أوجه القصور التي تسبب انخفاض معدل البقاء في الرعاية، وإيجاد الحلول التي تمكن المزيد من الأشخاص من الاستمرار في تلقي علاج فيروس نقص المناعة البشري (٨). ويقوم «ريتشيدزة» بجمع البيانات من أكثر من ٤٠٠ موقع لعلاج الفيروس في جميع أنحاء البلاد، بالتركيز على العيادات الأضعف من حيث الأداء.

وفي مقاطعة فري ستيت بجنوب أفريقيا من إبريل إلى يونيو ٢٠٢١، على سبيل المثال، سلط «ريتشيدزة» الضوء على عدد كبير من المشكلات، بما في ذلك النقص المزمن في طاقم العاملين، وأوقات الانتظار الطويلة (خمس ساعات في المتوسط)، وساعات العمل غير المناسبة، والمناطق المحيطة غير الآمنة، والمرافق القذرة، ونقص الأدوية (بما في ذلك وصفات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعدة أشهر)، والسلوك المتهور لبعض العاملين الصحيين، وقد تم اقتراح تحسينات لكل مرفق خاضع للرصد، ويتم الضغط على المسؤولين الصحيين على مستوى المرفق، والمقاطعة، والمحافظة لتنفيذها (٨).

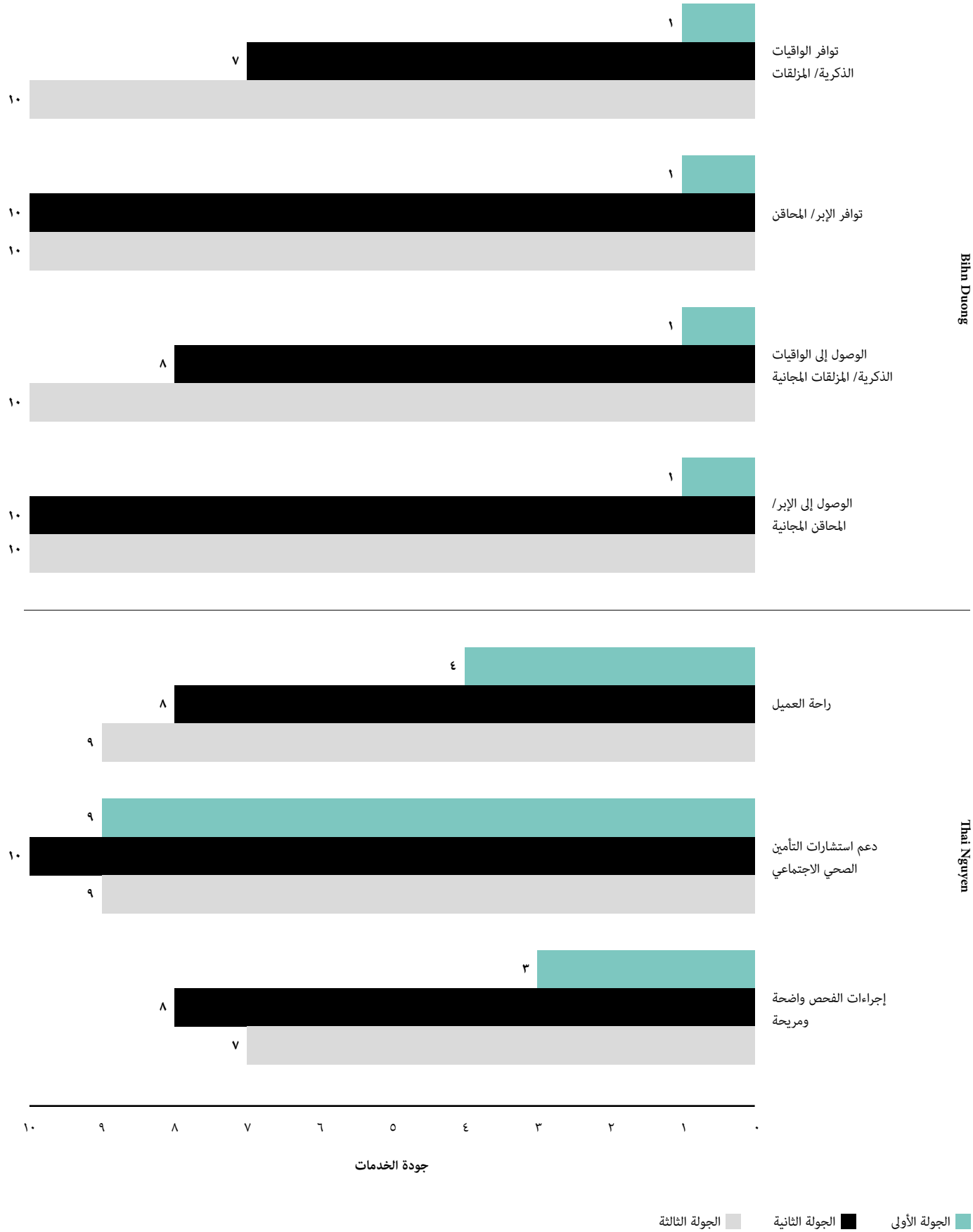
ويتم استخدام بطاقات قياس الأداء المجتمعية أيضا، في فيتنام لتتبع جودة الخدمة وتحسينها. ويقوم أفراد المجتمع والعاملون الصحيون بشكل مشترك بوضع مجموعة من المؤشرات التي يستخدمونها لتقييم الخدمات. وبعد خمسة عشر شهرا من إنشائها في يناير ٢٠٢٠، أفاد الأشخاص الذين يستخدمون المرافق الخاضعة للرصد بتحسينات كبيرة في تقديم منتجات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، (بما في ذلك الواقي الذكري ومعدات الحقن المعقمة)، والمعلومات، والاستشارات (انظر شكل ٩) (٩).

٢. يعمل المرصد في بنين، وساحل العاج، وغامبيا، وغانا، وغينيا، وغينيا بيساو، وليبيريا، ومالي، والسنغال، وسيراليون، وتوغو.

وقد كان الرصد الذي يحركه المجتمع أمرا حاسما لدعم خدمات فيروس نقص المناعة البشري والخدمات الصحية الأخرى، خلال المراحل المبكرة من جائحة كوفيد- ١٩. فعلى سبيل المثال، قام مشروع المدن الخمس بقيادة المجتمع بتتبع تأثير الجائحة على خدمات الفيروس في المدن الرئيسية في الصين، وغواتيمالا، والهند، ونيبال، وسيراليون. وقد قام المشروع، الذي يديره التحالف الدولي للتأهب للعلاج وشركاء آخرون، بتحديد ونشر تكتيكات للحفاظ على تلك الخدمات، (على سبيل المثال، التوصيلات المنزلية للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والأدوية الأخرى، واستخدام وسائل التواصل الاجتماعي والأدوات الرقمية الأخرى، وصرف الأدوية الأساسية لعدة أشهر). ومع تدهور النظم الصحية تحت تأثير جائحة كوفيد- ١٩، أبقت مبادرات مماثلة خدمات فيروس نقص المناعة البشري في عشرات من البلدان حول العالم.

عملاء يصطفون خارج عيادة ناماهالي في فري ستيت بجنوب أفريقيا قبل افتتاح العيادة. حقوق ملكية الصورة: ريتشيدزة/ ر. هورن

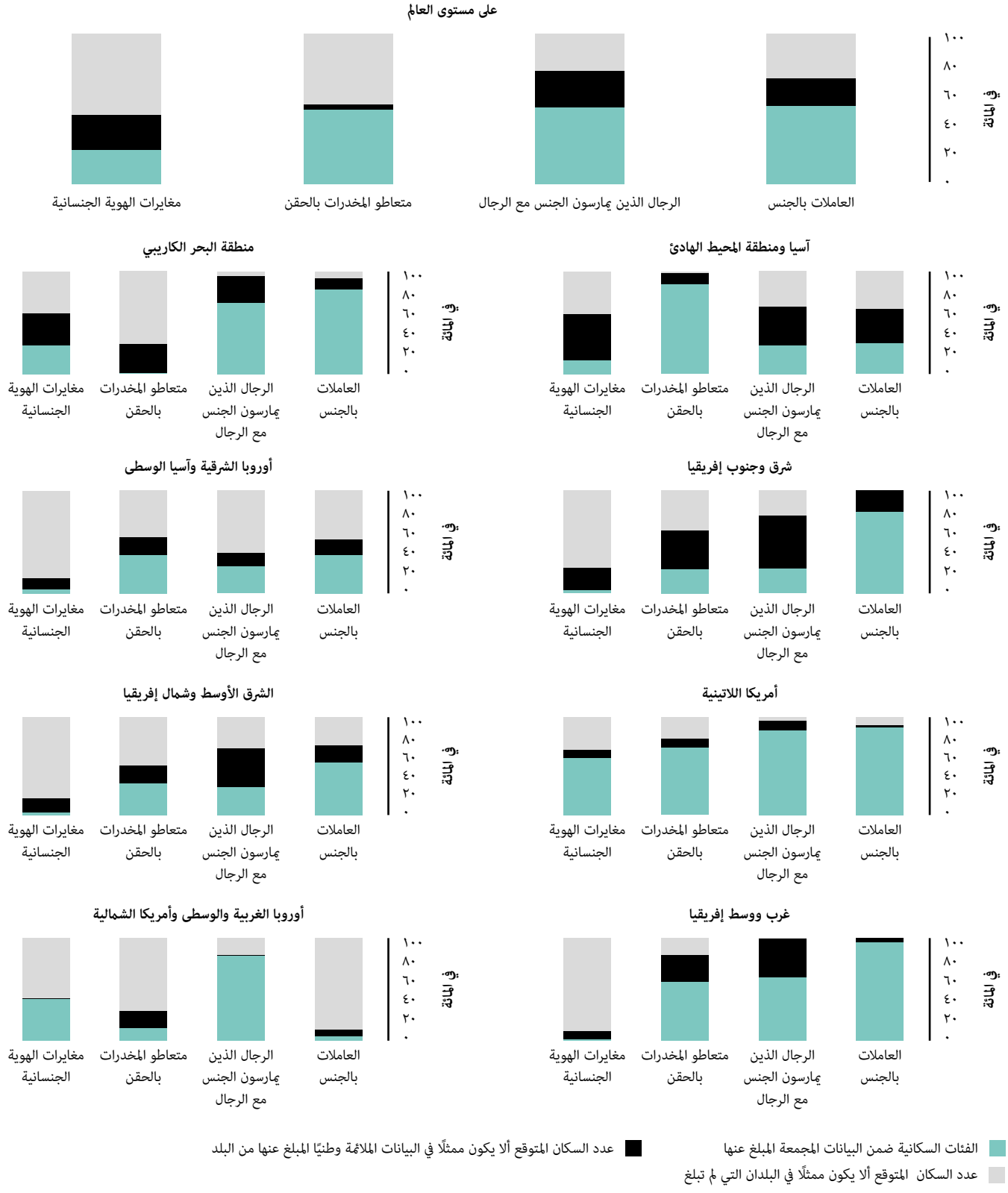
شكل ٩. تقييمات مستخدمي العيادة لجودة الخدمة عبر ثلاث جولات من الرصد بقيادة المجتمع في العيادات في بينه دونج وتاي نغوين فيتنام، يناير ٢٠٢٠- إبريل ٢٠٢١



ملاحظة: جودة الخدمات: ١ = أدنى جودة؛ ١٠ = أفضل جودة.

المصدر: Nguyen LH, Nhat Thi Dang V, Thi Do P, Pllack T, Tuyet Thi Vo N, Tra Dang M et al. Community-led quality improvement of HIV services using community scorecards in Vietnam. International AIDS Society Conference, 18–21 July 20. Abstract OALD01LB02.

شكل ١٠. النسبة المئوية لأحجام السكان المتوقعة للفئات السكانية الرئيسية التي لم يتم تضمينها في تقديرات الحجم المبلغ عنها من قبل البلدان، على مستوى العالم وحسب المنطقة، ٢٠٢٠



«* يستخدم متوسط عالمي يشمل ٢٩ بلدًا للعاملات بالجنس، و٢٩ بلدًا للمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، و٢٥ بلدًا لمتعاطي المخدرات بالحقن و١٧ بلدًا لمغايرات الهوية الجنسانية.
n = عدد البلدان في المنطقة التي لديها تقديرات حجم ملائمة وطنيا.

ملحوظة: تم اعتبار تقدير حجم فئة سكانية ملائمًا وطنيًا إذا كان ذا جودة ونطاق كافيين لاستخدامه في التخطيط والميزانية للاستجابة الوطنية للإيدز. ويستند متوسط تقدير العاملات بالجنس إلى بيانات ملائمة وطنيًا من ٢٩ بلدًا، ما يعكس ١٧٪ من تعداد الإناث في العالم. ويستند متوسط التقدير للمثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال على بيانات من ٢٩ بلدًا، ما يعكس ١٢٪ من سكان العالم من الذكور. ويستند متوسط تقدير متعاطي المخدرات بالحقن على بيانات من ٢٥ بلدًا، ما يعكس ٥٧٪ من البالغين على مستوى العالم. ويستند التقدير المتوسط للنساء مغايرات الهوية الجنسانية إلى ١٧ بلدًا ما يعكس ١٧٪ من تعداد الإناث في العالم. وينطبق عدد الفئات السكانية الرئيسية مجهولة المصير في تقديرات الحجم المبلغ عنها على ٤٨٪ من سكان العالم بالنسبة للعاملات بالجنس، و٧٠٪ من السكان الذكور بالنسبة للمثليين غيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، و٨٠٪ من الرجال والنساء بالنسبة لمتعاطي المخدرات بالحقن، و٤٦ ٪ من النساء بالنسبة لمغايرات الهوية الجنسانية. ويُفترض أن البلدان التي لم ترسل بيانات ليس لديها بيانات رسمية ويتم عرضها بشكل منفصل في الأشرطة.»

المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢١.

لا يزال ملايين الأشخاص داخل الفئات السكانية الرئيسية غير مرئيين للاستجابات للجوائح

يُظهر تحليل جديد أجراه برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، أن ملايين الأشخاص المعرضين لخطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري على مستوى العالم غير مرئيين تقريبًا للعديد من الخطط والبرامج الوطنية المتعلقة بالفيروس. ويبدو أن البيانات التي أبلغتها العديد من البلدان لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز تقلل من حجم فئاتها السكانية الرئيسية؛ ونتيجة لذلك قد تكون برامجها الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري غير متوازنة، حيث توجد فجوات عميقة محتملة في الخدمات للفئات السكانية التي هي في أمسّ الحاجة إليها.

ومنذ ٢٠١٦، أبلغت ٥٢ بلدا برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، عن تقديراتها لحجم فئة سكانية رئيسية واحدة على الأقل تلبي المعايير القياسية للجودة والنطاق. وبالنسبة لكل فئة سكانية رئيسية، تمت مقارنة متوسط تقديرات الحجم الملائمة وطنيا بجميع تقديرات حجم الفئات السكانية التي تم الإبلاغ عنها لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في السنوات الأخيرة (شكل ١٠)[٣]. ويقدر التحليل أن أكثر من ١٥ مليون شخص سيستفيدون من خدمات الوقاية، والرعاية، والعلاج الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري غير معروفين في تقديرات حجم الفئات السكانية في البلدان المبلغة. وبعبارة أخرى، فإن العدد الإجمالي للعاملات بالجنس، ومتعاطي المخدرات بالحقن، والمثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومغايرات الهوية الجنسانية، ربما يكون ضعف تقديرات الحجم الحالية التي تنعكس في خطط واستراتيجيات الفيروس في هذه البلدان.

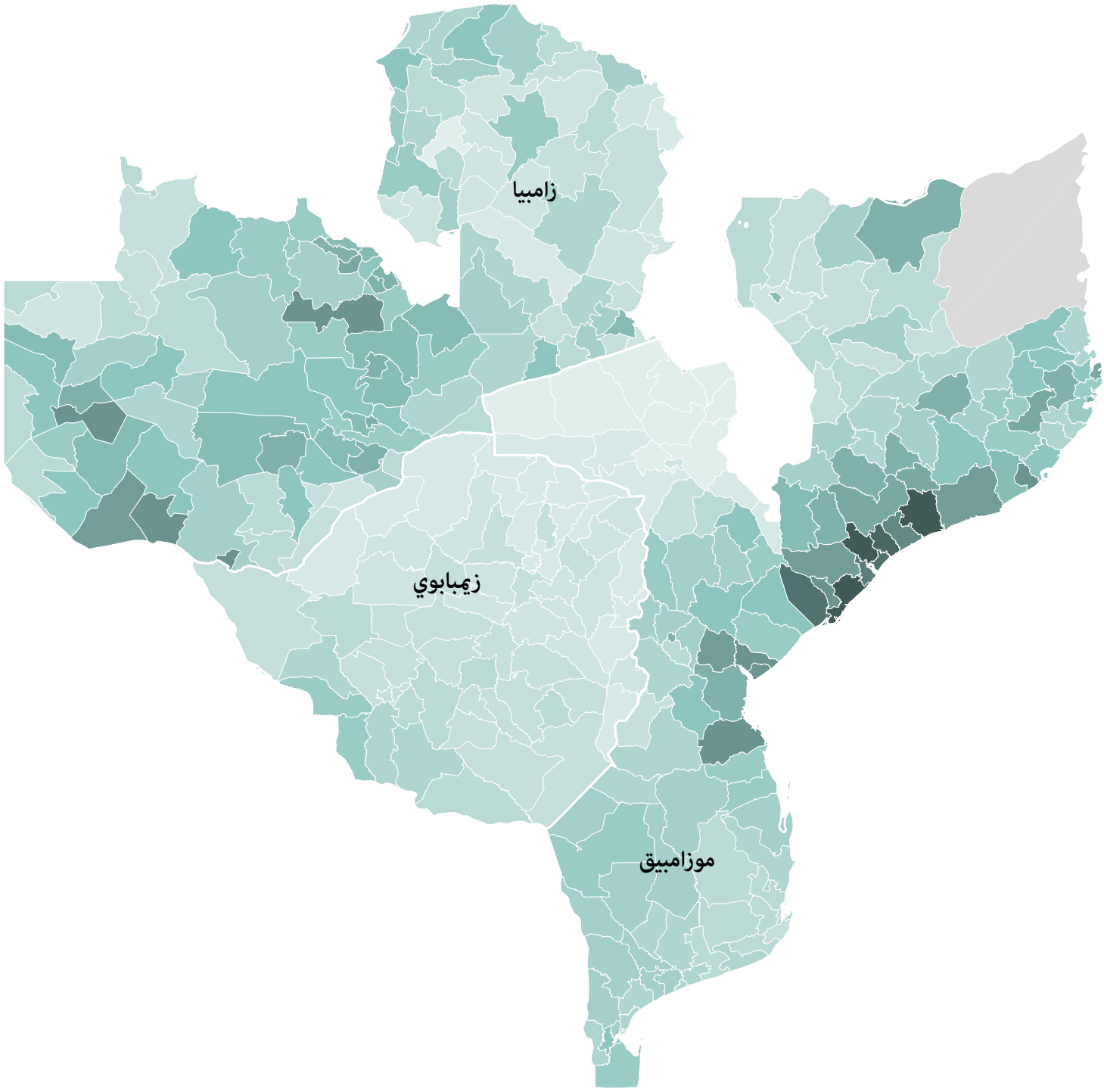
ويتم تضخيم أحجام الفئات السكانية التي تم التقليل من شأنها بسبب أوجه القصور الأخرى في البيانات للفئات السكانية الرئيسية. وقد كانت المسوح السلوكية الحيوية تقدم الجزء الأكبر من البيانات المتعلقة بالفيروس فيما يخص الفئات السكانية الرئيسية (١٣، ١٤). ولكن قيود التمويل والقرارات الأخرى تتسبب في انخفاض هذه المسوح، حيث يعتمد المانحون والبلدان الآن بشكل أكبر على بيانات البرامج الروتينية التي لا تتضمن الأعداد الكبيرة من الأشخاص الذين يتجنبون الخدمات الصحية، بسبب نقص الوصول وتجارب الوصم والتمييز والمضايقات. ويمكن أن يؤدي هذا إلى ظهور نقاط عمياء في البلدان التي يوجد بها وباء فيروس نقص المناعة البشري والأوبئة الأخرى، (مثل التهاب الكبد الفيروسي والأمراض المنقولة جنسيا)، بين الفئات السكانية الرئيسية (١٥).

ويعد سد فجوات البيانات الخاصة بالفئات السكانية الرئيسية أمرا بالغ الأهمية للوصول إليهم بالخدمات التي يحتاجونها. ويجب أن يتم ذلك بطريقة تحترم خصوصيتهم وسرية بياناتهم، إذ يقوض استخدام البيانات الصحية لأغراض أخرى، مثل إنفاذ القانون، والثقة في الخدمات وأنظمة البيانات، وينتهك حقوق المرضى، ويقلل من احتمالية جمع بيانات شاملة ودقيقة. ولا ينبغي تضمين المعلومات الفردية المتعلقة بالمجموعات السكانية الرئيسية والسلوكيات المجرمة في سجلات خدمة فيروس نقص المناعة البشري أو الإبلاغ عنها إلى وحدات إدارة البيانات دون الوطنية أو الوطنية. كما يجب أن تستخدم قواعد البيانات الوطنية أيضا أدوات تحديد هوية فريدة، بدلا من الأسماء لتعزيز سرية البيانات وأمنها (١٦).

يبدو أن العديد من البلدان لا يقدر حجم الفئات السكانية الرئيسية الخاصة بها؛ ونتيجة لذلك، قد تكون لبرامجها الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري فجوات واضحة في الخدمات المقدمة للفئات السكانية التي هي في أمسّ الحاجة إليها.

٣. استعرض برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ومنظمة الصحة العالمية والصندوق العالمي، جميع تقديرات حجم الفئات السكانية التي أبلغت عنها البلدان. واعتُبر تقدير حجم فئة سكانية ملائمًا وطنيًا إذا كان ذا جودة ونطاق كافيين لاستخدامه في التخطيط والميزانية للاستجابة الوطنية للإيدز. ويستند متوسط تقدير العاملات بالجنس إلى بيانات ملائمة وطنيًا من ٢٩ بلدًا، ما يعكس ١٧٪ من السكان الإناث البالغات في العالم. ويستند متوسط التقدير للرجال المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال على بيانات من ٢٩ بلدًا، ما يعكس ١٢٪ من السكان الذكور البالغين في العالم. ويستند متوسط تقدير متعاطي المخدرات بالحقن على بيانات من ٢٥ بلدًا، ما يعكس ٥٧٪ من البالغين على مستوى العالم. ويستند متوسط تقدير مغايرات الهوية الجنسانية إلى ١٧ بلدًا، ما يعكس ١٧٪ من السكان الإناث البالغات في العالم. ويمثل أكثر من ١٥ مليون شخص ضمن الفئات السكانية الرئيسية مجهولة المصير في البلدان التي أبلغت عن تقديرات الحجم النسب المئوية التالية من إجمالي السكان التقديري: العاملات بالجنس ضمن ٤٨٪ من السكان الإناث البالغات؛ والمثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال بنسبة ٧٠٪ من السكان الذكور البالغين؛ ومتعاطو المخدرات بالحقن بنسبة ٨٠٪ من السكان البالغين (ذكور وإناث)؛ ومغايرات الهوية الجنسانية ضمن ٤٦٪ من الإناث البالغات. ويُفترض أن البلدان التي لم تقدم بيانات ليست لديها بيانات رسمية وتظهر باللون الرمادي في شكل ١٠.

شكل ١١. معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين المراهقات والشابات (١٥- ٢٤ سنة) حسب المستوى الإداري دون الوطني.. زامبيا وزيمبابوي وموزامبيق (٢٠٢٠)



٠ ٢٣

معدل الحدوث لكل ١٠٠٠ شخص - سنة معرضة لخطورة الإصابة .

لا توجد بيانات

ملحوظة: يتم تقدير معدل حدوث الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري على أنه عدد الإصابات الجديدة بالفيروس لكل ١٠٠٠ شخص - سنة معرضة لخطورة الإصابة.

ملاحظة: لم يتم الإبلاغ عن أي بيانات من مقاطعة كابو ديلجادو في موزامبيق.

المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢١

استخدام البيانات دون الوطنية للتركيز على فجوات الخدمة

تعتبر البيانات دون الوطنية التي تم تحديد موقعها الجغرافي مهمة لتركيز التدخلات، حيث تكون خطورة الإصابة بالعدوى والحاجة إلى العلاج والرعاية في أعلى مستوياتها، لا سيما عندما تكون الموارد محدودة. ونتيجة لذلك، تستخدم برامج فيروس نقص المناعة البشري أكثر وأكثر هذه البيانات.

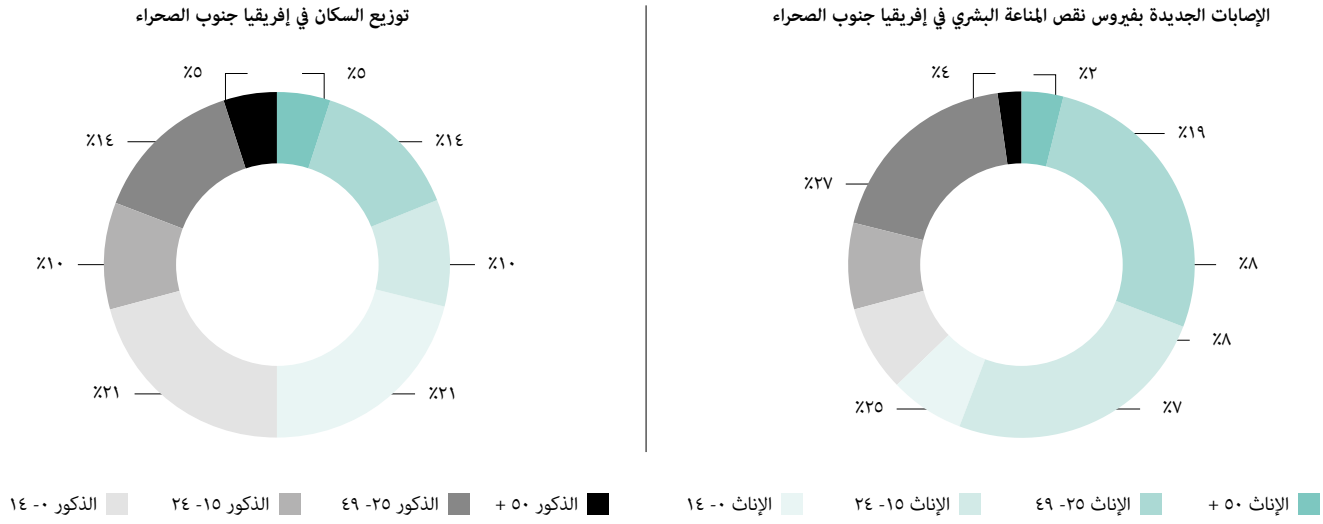
وفي وقت مبكر من وباء فيروس نقص المناعة البشري، تتبع معظم البلدان انتشار الفيروس من خلال إنشاء أنظمة رصد إنذاري تختبر النساء الحوامل اللائي يترددن على عيادات مختارة لرعاية ما قبل الولادة لمدة شهرين إلى ثلاثة أشهر كل عامين. وقد انتقلت البلدان منذ ذلك الحين من استخدام بيانات الرصد الإنذاري المتفرقة هذه إلى استخدام بيانات انتشار فيروس نقص المناعة البشري الروتينية، والتي يتم جمعها في كل مرة تذهب فيها المرأة الحامل إلى عيادة رعاية ما قبل الولادة. وتتوفر هذه البيانات الروتينية من كل عيادة في البلد، وتوفر البيانات التفصيلية الأساسية للمساعدة في تحسين فهم توزيع الوباء عبر البلد.

وتقوم البلدان أيضا، بجمع وتحليل بيانات البرامج المحددة جغرافيًا بشكل متزايد من أجل ضبط استجاباتها لفيروس نقص المناعة البشري. ففي جولة عام ٢٠٢١ للتقديرات الوبائية للفيروس التي يدعمها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، استخدمت ٣٨ بلدا أداة نمذجة نعومي لتوليد تقديرات دون وطنية خاصة بالفيروس (شكل ١١)، والتي تستخدمها خطة الطوارئ للرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز في تخطيطها وقراراتها (١٧).

ومع زيادة الوصول إلى البيانات دون الوطنية، يصبح من السهل ضبط التدخلات وتتبع واكتشاف الاختلافات في النتائج (شكل ١١). ويمكن بعد ذلك استخدام هذه المعلومات لتعزيز دقة التدخلات وفاعليتها (١٨، ١٩).

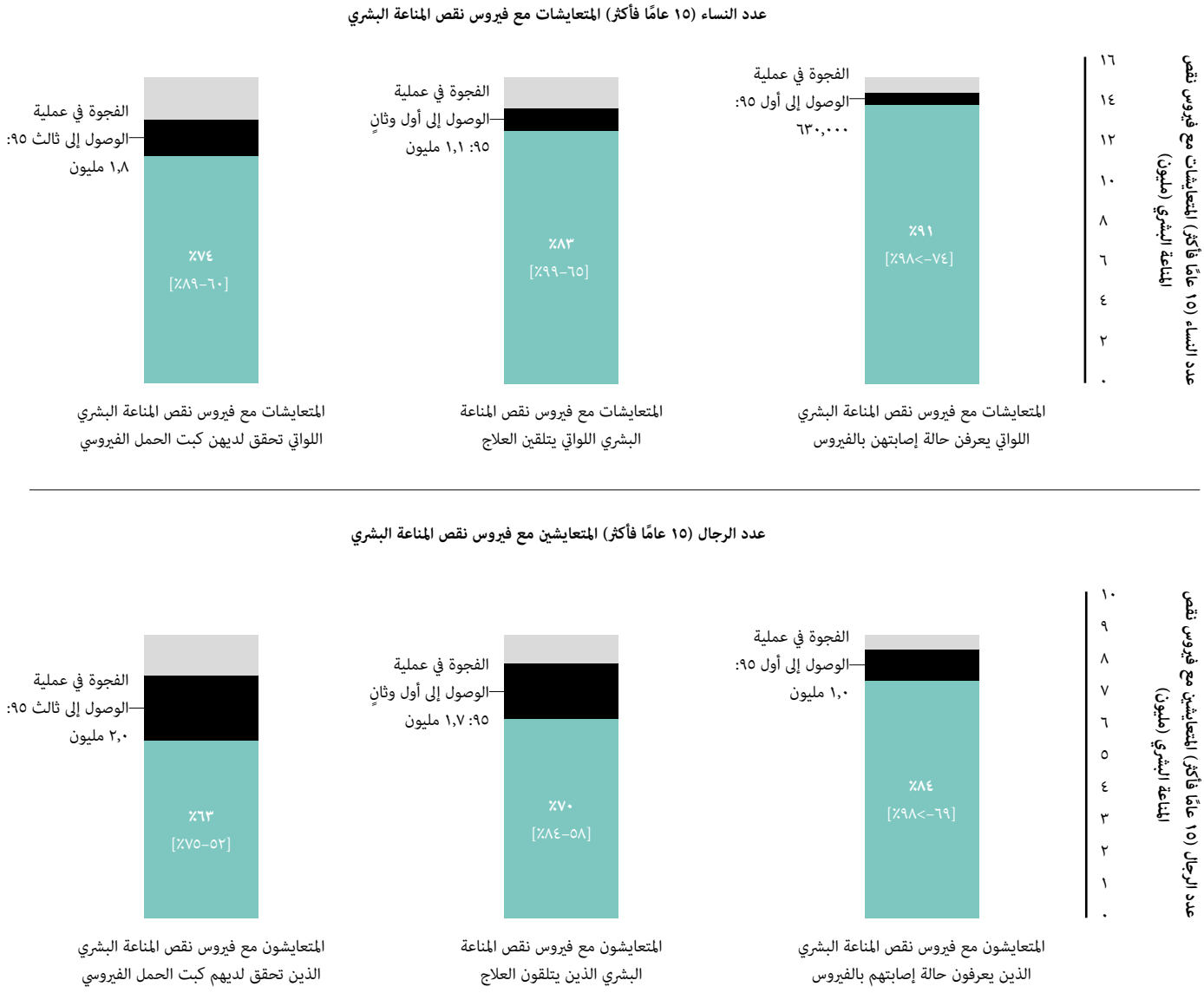
زميلان يراجعان البيانات في مركز اتصال كوتابيلا في زيمبابوي. يجمع المركز، الذي تديره شبكة زيمبابوي الوطنية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، بيانات عن رضا العملاء، وإبراز الشركاء المنفذين، واتجاهات وأنماط الوصول إلى الخدمات مثل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، وصرف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعدة أشهر، واختبار الحمل الفيروسي. حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

شكل ١٢. توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والسكان حسب العمر والنوع الاجتماعي.. إفريقيا جنوب الصحراء ٢٠٢٠



المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٢١ (انظر https://aidsinfo.unaids.org/).

شكل ١٣. تسلسل مراحل اختبارات وعلاج فيروس نقص المناعة البشري للنساء (١٥+) مقارنة بالرجال (١٥+).. إفريقيا جنوب الصحراء ٢٠٢٠



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ٢٠٢١

البيانات المصنفة تعزز الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشري في أفريقيا جنوب الصحراء

تكشف البيانات المصنفة حسب النوع الاجتماعي والعمر الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري، عن الأنماط الأساسية لجائحة الإيدز، وتعيد تشكيل الاستجابات، خاصة في أفريقيا جنوب الصحراء. وعلى سبيل المثال، تُظهر التقديرات الوبائية وبيانات المسح الصادرة عن البلدان أن النساء والمراهقات في أفريقيا جنوب الصحراء أكثر عرضة للإصابة بالفيروس من الرجال والفتيان (شكل ١٢).[٤] ومع ذلك، فإن الكثير من الأدلة يُظهر أيضا، أن تمكين المراهقات والشابات لا يمكن أن يقلل من خطورة الإصابة بالفيروس فحسب، بل يقدم أيضا، مجموعة واسعة من الفوائد الصحية والاجتماعية مدى الحياة. ويقلل التعليم، على وجه الخصوص، من التعرض للفيروس: تظهر البيانات من العديد من البلدان الأفريقية جنوب الصحراء بوضوح أن البقاء في المدرسة لفترة أطول يقلل من خطورة الإصابة بالفيروس، وأن زيادة التحصيل التعليمي بين النساء مرتبطة بزيادة سيطرتهن على الحقوق المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية الخاصة بهن (٢٠-٢٢). وتؤكد هذه النتائج على أهمية الاستثمارات الوطنية في أنظمة التعليم لبناء مجتمعات قوية ومرنة، وقد ألهمت جهودا أكبر لتمكين النساء من خلال التعليم والفرص الاقتصادية، بما في ذلك التحويلات النقدية التي تساعدهن على البقاء في المدرسة.

وفي الوقت نفسه، تُظهر البيانات التي تم جمعها من خلال رصد الإيدز العالمي الخاص ببرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز والتقديرات الوبائية، أن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في أفريقيا جنوب الصحراء هم أقل احتمالا من النساء أن يحصلوا على تشخيص الإصابة بالفيروس، أو البدء في العلاج، والاستمرار فيه (شكل ١٣). وقد شجع الاعتراف بوجود هذه الفجوة على بذل جهود أقوى لتحسين تغطية الاختبار والعلاج بين الرجال في تلك المنطقة، بما في ذلك من قبل تحالف MenStar متعدد الشركاء. وبحلول سبتمبر ٢٠٢١، ربط MenStar ما يقرب من ١,٣ مليون رجل بعلاج فيروس نقص المناعة البشري في جنوب أفريقيا، حيث قام ٩١ ٪ منهم بكبت الحمل الفيروسي لديهم إلى مستويات منخفضة جدا.[٥]

إحدى العاملات بالجنس في قرية كاتوسي لصيد الأسماك، في موكونو، الواقعة شرق كمبالا، أوغندا، أكتوبر ٢٠١٩. تتأثر قرية كاتوسي لصيد الأسماك، مثل العديد من قرى الصيد الأخرة الموجودة على طول بحيرة فكتوريا، بمعدلات عالية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري. حقوق ملكية الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز / إي إتشوالو

٤. بالرغم من أنهن لا يمثلن إلا ١٠٪ من السكان، فإن المراهقات والفتيات (اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٢٤ عامًا)، يمثلن ٢٥٪ من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في أفريقيا جنوب الصحراء عام ٢٠٢٠ (حسب تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام ٢٠٢١).

٥. للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة https://menstarcoalition.org/about-menstar/.

المراجع

١. Achrekar A. Our global plan to fight HIV has been a strategic weapon against COVID. In: The Hill [Internet]. ٢٠ September ٢٠٢١. Washington (DC): The Hill; c٢٠٢١ (https://thehill.com/opinion/healthcare/-٥٧٣٠٥٦our-global-plan-to-fight-hiv-has-been-a-strategic-weapon-against-covid).

٢. DHIS٢ [Internet]. Oslo: University of Oslo (https://dhis٢.org).

٣. Gebremeskel AT, Otu A, Abimbola S, Yaya S. Building resilient health systems in Africa beyond the COVID١٩- pandemic response. BMJ Glob Health. ٦)٦;٢٠٢١):e٠٠٦١٠٨.

٤. Gullo S, Galavotti C, Sebert Kuhlmann A, Msiska T, Hastings P, Marti CN. Effects of a social accountability approach, CARE's Community Score Card, on reproductive health-related outcomes in Malawi: a cluster-randomized controlled evaluation. PLoS One. ٢)١٢;٢٠١٧):e٠١٧١٣١٦.

٥. Danhoundo G, Nasiri K, Wiktorowicz ME. Improving social accountability processes in the health sector in sub-Saharan Africa: a systematic review. BMC Public Health. ٤٩٧:(١)١٨;٢٠١٨.

٦. The Community Treatment Observatory model explained. Summary brief. International Treatment Preparedness Coalition; ٢٠١٩ (https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/itpc-community-treatment-observatory-model-explained-٢٠١٩-summary.pdf).

٧. "They keep us on our toes": how the Regional Community Treatment Observatory in West Africa improved HIV service delivery, strengthened systems for health, and institutionalized community-led monitoring. International Treatment Preparedness Coalition; September ٢٠٢٠ (https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/١٠/٢٠٢٠/ITPC-٢٠٢٠-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf).

٨. Free state of health. Johannesburg: Ritshidze; ٢٠٢١ (https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/٠٩/٢٠٢١/Ritshidze-State-of-Health-Free-State٢٠٢١-.pdf).

٩. Nguyen LH, Nhat Thi Dang V, Thi Do P, Pllack T, Tuyet Thi Vo N, Tra Dang M et al. Community-led quality improvement of HIV services using community scorecards in Vietnam. International AIDS Society Conference, ٢١–١٨ July ٢٠٢١. Abstract OALD٠١LB٠٢.

١٠. Tufecki Z. The unvaccinated may not be who you think. In: New York Times [Internet]. ١٥ October ٢٠٢١. New York (NY): The New York Times Company; c٢٠٢١ (https://www.nytimes.com/١٥/١٠/٢٠٢١/opinion/covid-vaccines-unvaccinated.html).

١١. O'Neill Institute, Treatment Action Campaign, Health Gap, ITPC, ICW, Sexual Minorities Uganda (SMUG) et al. Community-led monitoring of health services: building accountability for HIV service quality. Washington (DC): O'Neill Institute for National and Global Health Law; ٢٠٢٠ (https://healthgap.org/wp-content/uploads/٠٢/٢٠٢٠/Community-Led-Monitoring-of_Health-Services.pdf).

١٢. Yawa A, Rambau N, Rutter L, Honermann B, Norato L, Kavanaugh M. Using community-led monitoring to hold national governments' and PEPFAR HIV programmes accountable to the needs of people living with HIV for quality, accessible health services. International AIDS Society Conference, ٢١–١٨ July ٢٠٢١. Abstract PED٤٥٣.

١٣. Volkmann T, Chase, M, Lockard AM, Henningham D, Albalak R. Lessons learned from the implementation of biological-behavioural surveys of key populations in the Caribbean. AIDS Educ Prev. ٤١-٣٠:٥٢٨;٢٠١٩.

١٤. Hakim A, Macdonald V, Hladik W, Zhao J, Burnett J, Sabin K et al. Gaps and opportunities: measuring the key population cascade through surveys and services to guide the HIV response. J Int AIDS Soc. ٢١;٢٠١٨(S٥):e٢٥١١٩.

١٥. Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva: WHO; June ٢٠١٧.

١٦. PEPFAR ٢٠٢١ Country and Regional Operational Plan (COP/ROP) guidance for all PEPFAR countries. Washington (DC): U.S. Department of State (https://www.state.gov/wp-content/uploads/١٢/٢٠٢٠/PEPFAR-COP-٢١Guidance-Final.pdf).

١٧. Local Burden of Disease HIV Collaborators. Subnational mapping of HIV incidence and mortality among individuals aged ٤٩–١٥ years in sub-Saharan Africa, ٢٠١٨–٢٠٠٠, a modelling study. Lancet HIV. ٨;٢٠٢١:e-٣٦٣e٣٧٥.

١٨. Van Schalkwyk C, Dorrington RE, Seatlhodi T, Velasquez C, Feizadeh A, Johnson LF. Modelling of HIV prevention and treatment progress in five South African metropolitan districts. Sci Rep. ٥٦٥٢:(١)١١;٢٠٢١.

١٩. Behman JA. The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: universal primary education as a natural experiment. Soc Sci Med. ١٥-١٢٧:١٠٨;٢٠١٥.

٢٠. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. Int J Epidemiol. ٧٣-٣٧:١٢٦٦;٢٠٠٨.

٢١. Santelli JS, Mathur S, Song Z, Huang TJ, Wei Y, Lutalo T et al. Rising school and enrollment and declining HIV and pregnancy risk among adolescents in Rakai District, Uganda, ٢٠١٣–١٩٩٤. Global Soc Welf. ١٠٣-٢:٨٧;٢٠١٥.

٢٢. Sileo KM, Fielding-Miller R, Dworkin SL, Fleming PJ. What role do masculine norms play in men's HIV testing in sub-Saharan Africa? A scoping review. AIDS Behav. ٧٩-٢٤٦٨:(٨)٢٢;٢٠١٨.

٢٣. Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. J Int AIDS Soc. ٢٣;٢٠٢٠(Suppl ٢):e٢٥٥١٧.

٢٤. 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. ٢٦-٦١٨:(٩)٩٩;٢٠٢١.

٢٥. Yeatman S, Chamberlin S, Dovel K. Women's (health) work: a population-based, cross-sectional study of gender differences in time spent seeking health care in Malawi. PLoS One. ١٢)١٣;٢٠١٨):e٠٢٠٩٥٨٦.

٢٦. Chikovore J, Gillespie N, McGrath N, Orne-Gliemann J, Zuma T. Men, masculinity, and engagement with treatment as prevention in KwaZulu-Natal, South Africa. AIDS Care. ٢٨;٢٠١٦ Suppl ٨٢-٣:٧٤.

٢٧. Sharma M, Barnabas RV, Celum C. Community-based strategies to strengthen men's engagement in the HIV care cascade in sub-Saharan Africa. PLoS Med. ١٤;٢٠١٧:e١٠٠٢٢٦٢.

وبشكل عام، يُفترض أن معايير الذكورة السائدة تشجع الرجال على السلوكيات عالية الخطورة وتثنيهم عن طلب الرعاية الصحية (٢٣). ولكن التحليل الدقيق لبيانات الحضور في المرافق يكشف عن صورة أكثر دقة ويشير إلى بعض التحسينات البسيطة والعملية (٢٤).

وتظهر الدراسات من مالاوي، على سبيل المثال، أن الرجال في ذلك البلد يزورون بالفعل المرافق الصحية بانتظام، ويذهبون إلى أقسام العيادات الخارجية للرعاية العاجلة، ويحضرون الأقسام الأخرى، ويرافقون الأطفال أو الزوجات (٢٤، ٢٥). وقد وجدت دراسة حديثة أجريت في ٣٦ قرية أن ٧٠٪ من الرجال الذين يحتاجون إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري قد زاروا مرفقًا صحيًا في الاثني عشر شهرًا السابقة. وفي دراسة سابقة، حصل ما يقرب من ربع رجال الريف (٢٢٪) على الخدمات الصحية في الشهرين الماضيين (٢٦). ولكن نادرا ما تُعرض على هؤلاء الرجال خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشري، حتى في الأماكن التي ينتشر فيها الفيروس بشكل كبير: في الدراسة الحالية، تم عرض الاختبار على ٧٪ فقط من الرجال الذين يحتاجون إليه (٢٦). وبالإضافة إلى ذلك، تم تنظيم معظم خدمات الفيروس حول خدمات الصحة الإنجابية وصحة الطفل، وهو نمط تمت ملاحظته أيضا في أماكن أخرى (٢٧).

لقد أظهرت البيانات البرامجية الروتينية أن استراتيجيات التوعية التي تركز على الاختبار الذاتي لفيروس نقص المناعة البشري، وتتبع المخالطين، والاختبار في مكان العمل زادت من معدلات الاختبار بين الرجال (٢٨). ويشير تحليل البيانات من مالاوي إلى أنه يمكن أيضًا، استخدام الخيارات الأخرى المتاحة حاليًا بشكل أفضل. فعلى سبيل المثال، يمكن لأقسام المرضى الخارجيين والمرافق الأخرى الاستفادة من زيارات الرجال، من خلال تقديم اختبار الفيروس فعليا، وإجراء تعديلات أساسية أخرى، بما في ذلك ساعات عمل أكثر ملاءمة، (تمتد إلى ما بعد ساعات العمل العادية)، وتقليل أوقات الانتظار، وزيادة الخصوصية والسرية (٢٤، ٢٥). وفي كثير من الحالات، من شأن هذه التغييرات أن تفيد النساء أيضا.

تشير بيانات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إلى أن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في أفريقيا جنوب الصحراء أقل احتمالا من النساء أن يتم تشخيصهم بالفيروس، أو البدء في العلاج، والاستمرار فيه. وقد أدت استراتيجيات التوعية التي تركز على الاختبار الذاتي، وتتبع المخالطين، والاختبار في مكان العمل إلى زيادة معدلات الاختبار بين الرجال.

الأمم المتحدة للإيدز

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JC3041A/UNAIDS