

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

المجلس التنفيذي

الدورة السنوية

روما، 3-6/6/2013

قضايا السياسات

البند 5 من جدول الأعمال

معلومات محدثة عن تصدي البرنامج لفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز

للعلم*

* وفقاً لقرارات المجلس التنفيذي بشأن التسيير والإدارة التي اعتمدت في الدورة السنوية والدورة العادية الثالثة لعام 2000، فإن الموضوعات المقدمة للمجلس للعلم والإحاطة ينبغي عدم مناقشتها إلا إذا طلب أحد أعضاء المجلس ذلك تحديداً قبل بداية الدورة ووافق رئيس المجلس على الطلب على أساس أن المناقشة تتفق مع الاستخدام السليم لوقت المجلس .

طبعت هذه الوثيقة في عدد محدود من النسخ. يمكن الاطلاع على وثائق المجلس التنفيذي

في صفحة برنامج الأغذية العالمي على شبكة الإنترنت على العنوان التالي: (<http://executiveboard.wfp.org>)



Distribution: GENERAL
WFP/EB.A/2013/5-D
6 May 2013
ORIGINAL: ENGLISH

مذكرة للمجلس التنفيذي

هذه الوثيقة مقدمة للمجلس التنفيذي للعلم

تدعو الأمانة أعضاء المجلس الذين قد تكون لديهم أسئلة فنية تتعلق بمحتوى هذه الوثيقة إلى الاتصال بموظفي برنامج الأغذية العالمي المذكورين أدناه، ويفضل أن يتم ذلك قبل ابتداء دورة المجلس التنفيذي بفترة كافية.

رقم الهاتف: 066513-2565	السيد M. Bloem	مستشار التغذية، مكتب مستشار التغذية:
رقم الهاتف: 066513-2546	السيدة L. Kiess	رئيسة وحدة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز:

للاستفسار عن توفر وثائق المجلس التنفيذي، يرجى الاتصال بوحدة خدمات المؤتمرات (هاتف: 066513-2645/2558).

ملخص

بناء على طلب من المجلس التنفيذي، يقدم البرنامج تحديثات منتظمة عن تنفيذ سياسته الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية. وقد تمت الموافقة على هذه السياسة⁽¹⁾ في نوفمبر/تشرين الثاني 2010، وهي تتماشى مع استراتيجية برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز للفترة 2011-2015، "الوصول إلى درجة الصفرة"⁽²⁾، وتقسيم العمل الصادر عن برنامج الأمم المتحدة المشترك، والخطة الاستراتيجية للبرنامج (2008-2013). وبرنامج الأغذية العالمي هو الوكالة الرائدة ضمن البرنامج المشترك لضمان إدراج الدعم الغذائي والتغذية في الخطط والبرامج الاستراتيجية الوطنية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية. ويشترك البرنامج مع مكتب مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين في الدعوة للعمل الخاص بالفيروس في حالات الطوارئ الإنسانية، وهو مسؤول عن ضمان مراعاة الاحتياجات الخاصة للمتعايشين مع الفيروس في سياق عمليات الاستجابة الإنسانية الكبرى.

وتماشياً مع سياسته الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية الصادرة عام 2010، يعمل البرنامج على تحويل التركيز في برامجه المعنية بالفيروس من تخفيف آثار الإصابة بالفيروس إلى تمكين الحصول على العلاج وتحقيق نتائج العلاج الإيجابية من خلال الدعم الغذائي والتغذوي. واليوم، بعد مرور عامين على البدء بتنفيذ السياسة الجديدة، فإن البرنامج، في سياق الاستجابة لاستراتيجية برنامج الأمم المتحدة المشترك يعمل على إعادة تنظيم تركيزه، باستخدام نهج ذي شقين يتمثل في التعاون مع أصحاب المصلحة على المستوى القطري، وآليات التنسيق القطرية، والبرامج الوطنية لمكافحة الأمراض لضمان إدخال الدعم الغذائي والتغذوي في جميع الاستراتيجيات والبرامج الوطنية لفيروس نقص المناعة البشرية الوطنية ومكافحة السل؛ وفي العمل مع الحكومات لتنفيذ برامج المساعدة الغذائية والتغذوية للأشخاص المتعايشين مع الفيروس.

ولا يقتصر دعم البرنامج للمتعايشين مع الفيروس ولمرضى السل على برامجه الخاصة بالفيروس والسل وحدها. فبرامج البرنامج الأوسع نطاقاً في مناطق ارتفاع انتشار الفيروس والسل هي أيضاً تتعامل مع مرضى الفيروس والسل، وهي تسعى للتخفيف من آثار المرضين، على حد سواء، على الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية. وتشمل هذه الجهود برامج التغذية المدرسية التي ينفذها البرنامج، والتي تصل إلى العديد من الأطفال الأيتام والضعفاء وغالباً ما تشمل التدريب على المهارات الحياتية، كما تشمل شبكات الأمان الإنتاجية والتوزيع العام للأغذية.

ويبين تحليل للفجوات أجري في عام 2011 أن المكاتب القطرية تحرز تقدماً جيداً في تنفيذ السياسة الجديدة⁽³⁾، وذلك بعد عام واحد أو أكثر بقليل من اعتمادها، وأن معظم برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والسل لدى البرنامج متوائمة جيداً مع تلك السياسة. وأبرز التقرير أن عمل البرنامج في مجال الفيروس يتصف بالفعالية لأنه يعمل مع الحكومات على دمج الغذاء والتغذية في السياسات والبرامج الوطنية للفيروس، في الوقت الذي يساعد فيه أيضاً على تنفيذ هذه البرامج.

⁽¹⁾ <http://onewfo.org/ed/docs/2010wfp225092~1.pdf>

⁽²⁾ برنامج الأمم المتحدة المشترك. 2011. الوصول إلى درجة الصفرة 2011-2015. جنيف.

⁽³⁾ ركز تحليل الفجوات على 15 بلداً، وهي بلدان تشمل 85 في المائة المستفيدين الذين تلقوا المساعدة من البرنامج لأغراض فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز و/أو السل في عام 2011.

وقد وصل البرنامج إلى ما مجموعه 2.8 مليون شخص حامل لفيروس نقص المناعة البشرية أو مصاب بالسل، وقدم المساعدة للمستفيدين في 33 بلداً⁽⁴⁾ ووصلت البرامج الخاصة بالفيروس إلى 1.6 مليون من هؤلاء المستفيدين – من المصابين أو أفراد أسرهم – في حين أنه تم الوصول إلى نحو 1.2 مليون شخص من خلال برامج تراعي فيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك برامج التغذية العلاجية وبرامج التغذية المدرسية. كما وصل البرنامج إلى 1.4 مليون من الأيتام والأطفال الضعفاء الآخرين عن طريق التغذية المدرسية وبرامج الفيروس المحددة؛ وإلى 926 000 من المصابين الخاضعين للعلاج بمضادات الفيروسات الرجعية؛ و 96 000 امرأة من المستفيدات من أنشطة الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل وبرامج التغذية العلاجية؛⁽⁵⁾ وحوالي 360 000 من مرضى السل وأسرهـم. وقدمت المساعدة الغذائية الطارئة للمتعايشين مع الفيروس أو لمرضى السل، بين السكان الذين يرتفع لديهم معدل الانتشار والمتأثرين بحالات الطوارئ في أفغانستان وجمهورية الكونغو الديمقراطية والصومال وجنوب السودان؛ والأوضاع الانتقالية بعد الأزمات في كوت ديفوار وهائتي؛ وحالات الطوارئ الخاصة باللاجئين في رواندا؛ والكوارث الطبيعية في كينيا وملاوي؛ والانهيـار الاقتصادي في زمبابوي.

مشروع القرار*

يحيط المجلس علماً بالوثيقة "معلومات محدثة عن تصدي البرنامج لفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز" (WFP/EB.A/2013/5-D).

⁽⁴⁾ استناداً إلى بيانات التقارير الموحدة عن المشروعات لعام 2012 من البرنامج المستخدمة في تحليل هذه التقارير: برامج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. أبريل/نيسان 2013؛ وحدة التغذية وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في البرنامج؛ والبيانات من مجموعة بيانات المستفيدين من المشروعات للفترة 2002-2012 المتاحة في العنوان التالي: http://wiki.wfp.org/operationalreporting/index.php/SPRdata#Project_beneficiary_data. يرجى ملاحظة أنه تم تقريب الأرقام.

⁽⁵⁾ تم الوصول إلى الحوامل والمرضعات والأطفال المعرضين لفيروس نقص المناعة البشرية من خلال برامج خاصة بالوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل أو برامج التغذية العلاجية الأوسع.

* هذا مشروع قرار، وللاطلاع على القرار النهائي الذي اعتمده المجلس، يرجى الرجوع إلى وثيقة القرارات والتوصيات الصادرة في نهاية الدورة.

فيروس نقص المناعة البشرية والسل في عام 2012

- 1- لا يزال فيروس نقص المناعة البشرية واحداً من التحديات الكبرى في عصرنا هذا. وعدد المتعايشين مع الفيروس اليوم أكثر من أي وقت مضى وهو يقدر بنحو 34 مليون شخص.⁽⁶⁾ وتعتبر أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى المنطقة الأكثر تضرراً، فعدد سكانها لا يتجاوز 12 في المائة من إجمالي سكان العالم، ولكنها تضم 69 في المائة من جميع المتعايشين مع الفيروس و 72 في المائة من الذين أصيبوا به حديثاً في عام 2011⁶. وغالبا ما يؤدي الفيروس في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى إلى تفاقم أوضاع انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية الموجودة من قبل. إن الحلقة المفرغة الناشئة عن فيروس نقص المناعة البشرية، وانعدام الأمن الغذائي، وسوء التغذية موقفة جيداً: فالناس المعرضون لانعدام الأمن الغذائي يمارسون في كثير من الأحيان سلوكيات خطيرة للتكيف تضعهم في موضع المخاطرة بالإصابة بالفيروس، في حين أن الفيروس - عندما لا يعالج - يدمر تدريجياً الجهاز المناعي للشخص المصاب، مما يؤدي إلى فقدان الوزن، وغالبا إلى تفاقم سوء التغذية. وكثيراً ما يتعرض الأطفال المصابون بالفيروس لصعوبات في النمو وللتعرض إلى ارتفاع احتمال خطر التقزم لديهم.
- 2- وعموماً تعكس الزيادات الأخيرة في عدد المتعايشين مع الفيروس تحسن الحصول على العلاج، الأمر الذي يطيل من حياة العديد منهم. وقد أدى العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية إلى تجنب ما يقدر بنحو 2.5 مليون حالة وفاة منذ عام 1995.⁽⁷⁾ وبحلول نهاية عام 2011، تمكن 8 ملايين من المتعايشين مع الفيروس من الحصول على العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية. وللمرة الأولى، استطاع الحصول على هذا العلاج معظم المصابين المؤهلين لتلقيه - 54 بالمائة - في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. ومع ذلك، يقدر بأن نحو 7 ملايين إضافية من المتعايشين لا يزالون بحاجة إلى العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية ولكن لا تتوفر لديهم إمكانية الحصول عليه. وإذا رفعت المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية عتبة CD4 (خلايا الدم البيضاء) التي ينبغي الشروع في العلاج عند بلوغها، فإن هذه الفجوة ستزيد بشكل ملحوظ. على أن إمكانية الحصول على علاج فيروس نقص المناعة البشرية قد اتسعت إلى حد كبير وقد أصبحت الآن وتيرة حدوث الإصابات الجديدة بالفيروس أقل بنسبة 20 في المائة عما كانت عليه في عام 2001.⁶
- 3- وفي عام 2011، كان هناك ما يقدر بحوالي 8.7 مليون حالة جديدة من السل، منها 13 في المائة إصابات مشتركة مع فيروس نقص المناعة البشرية، وقد بلغ عدد الوفيات من السل 1.4 مليون حالة، بينها 430 000 من المرضى المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية. ويعتبر السل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية، وأحد أكثر الأمراض فتكاً بالنساء. وقد تحسن الدمج بين خدمات فيروس نقص المناعة البشرية والسل: ففي عام 2011، توفرت لدى 40 في المائة من مرضى السل نتائج موقفة لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية، كما ازداد عدد الناس متلقي الرعاية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية والذين يخضعون لفحوصات السل بنسبة 39 في المائة، أي من 2.3 مليون شخص في 2010 إلى 3.2 مليون شخص في 2011.⁽⁸⁾

(6) برنامج الأمم المتحدة المشترك. 2012. تقرير عن وباء الإيدز العالمي. جنيف. متاح في الموقع:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf

(7) برنامج الأمم المتحدة المشترك. 2010. تقرير عن وباء الإيدز العالمي. جنيف.

(8) منظمة الصحة العالمية. التقرير العالمي عن السل، 2012. متاح على الموقع:

http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

- 4- وعلى الصعيد العالمي، يعتبر فيروس نقص المناعة البشرية السبب الرئيسي للوفاة بين النساء في سن الإنجاب، وهو يساهم بشكل كبير في الوفيات النفاسية. وعلى الرغم من التوسع في نظم الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، والتي تغطي الآن ما يصل إلى 57 في المائة من الحوامل المعروف أنهن حاملات للفيروس،⁽⁹⁾ ومن التخلص التدريجي من جرعة النيفيرابين الوحيدة، في عام 2011، فإن تغطية العلاج الشامل كانت أقل لدى الحوامل المؤهلات، ونسبة التغطية لهن 48 في المائة، من نسبتها بين عامة السكان، البالغة 54 في المائة.⁹
- 5- وقد أخذت في الانخفاض حالات العدوى الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك بين الرضع والنساء. ووفقاً لتقرير برنامج الأمم المتحدة المشترك لعام 2012، كان هناك 333 000 إصابة جديدة بين الأطفال في عام 2012، أي أقل بنسبة 24 في المائة مما كانت عليه في 2009، عندما بلغ مجموع هذه الإصابات 430 000 إصابة. وقد ظهر أن تنفيذ المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية لعام 2010 الخاصة بالوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل يقلل من خطر انتقال الفيروس من 35 إلى أقل من 5 في المائة بين الأطفال الذين يتلقون الرضاعة الطبيعية، ومن 25 إلى أقل من 2 في المائة بين الرضع غير الحاصلين على الرضاعة الطبيعية.⁽¹⁰⁾ وفي أبريل/نيسان 2012، أصدرت المنظمة تحديثاً برنامجياً يتيح خياراً ثالثاً في موضوع انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، وهو الخيار باء +، ويتمثل ببدء العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية لجميع النساء الحوامل بغض النظر عن تعداد كريات الدم البيضاء. ويسعى العديد من الدول لتنفيذ هذا الخيار، على الرغم من الآثار المتعلقة بتكلفتها.
- 6- على أن الجهود المبذولة للقضاء على انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل أسفرت في بعض الأحيان عن أثر غير مرغوب فيه يتمثل في تقليل التركيز على الحاجة إلى تعميم علاج الأطفال بمضادات الفيروسات الرجعية في إطار الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، فهناك اعتراف منقوص بالحواجز التي تحول دون تطبيق هذا العلاج على الأطفال. فالقضاء على انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل وزيادة فرص حصول الأطفال على العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية موضوعان ينبغي معالجتهما معاً. وينبغي إقامة مزيد من الروابط مع برامج معالجة سوء التغذية الحاد في مناطق يتفشى فيها الفيروس. وفي عام 2010، كان هناك 3.4 مليون طفل ممن تقل أعمارهم عن الخامسة عشرة يندرجون في عداد المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية. وحالياً، يحصل على العلاج 456 000 طفل (23 في المائة) من أصل مليوني طفل من المصابين بالفيروس الذين يحتاجون إلى العلاج.⁹
- 7- وقد وجدت الأبحاث الحديثة أن العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية يمكنه منع انتقال العدوى بين الشركاء الجنسيين لأنه يقلل من التعرض للفيروس إلى مستويات غير قابلة للكشف. وهذا يجعل العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية استراتيجية هامة للوقاية من الإصابات الجديدة، فضلاً عن إنقاذ حياة المصابين بالفعل.

آثار السياق التمويلي المتغير على الغذاء والتغذية في عمليات التصدي للفيروس

- 8- أدت الحالة الاقتصادية العالمية الصعبة في السنوات الأخيرة إلى فرض ضغوط مالية متزايدة على البرامج الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية. وانخفضت المساعدة المالية العالمية الخاصة بالفيروس لأول مرة في عام 2011، وهو عام

(9) منظمة الصحة العالمية، اليونيسف، برنامج الأمم المتحدة المشترك. 2011. تقرير مرحلي 2011: الاستجابة العالمية لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. متاح على العنوان التالي: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/

(10) منظمة الصحة العالمية. الرؤية الاستراتيجية للوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل 2010-2015: منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية لتحقيق أهداف الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة لعام 2001 المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والأهداف الإنمائية للألفية.

شهد لأول مرة زيادة حصة الموارد المحلية على المصادر الدولية. ويتزايد دفع الجهات المانحة باتجاه دمج العمل المتعلق بالفيروس في التدخلات الصحية الأوسع نطاقاً، الأمر الذي ينهي عزلة هذا العمل ولكنه يضاعف أيضاً من صعوبة تتبع التمويل الخاص بالفيروس. وقد تكثف في عام 2012 الجدل حول فترة ما بعد عام 2015؛ ومن المرجح أن تدمج مكافحة الفيروس بالأهداف الصحية الأوسع وأن تدرج تحت التغطية الصحية الشاملة في سياق ما بعد الأهداف الإنمائية للألفية.

9- وتراجع في بعض البلدان حجم الدعم الذي تقدمه جهة التمويل الأكبر للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية، وهي خطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للإغاثة من الإيدز. وهبط إنفاق الخطة الإجمالي على برامج مكافحة الفيروس العالمية - الثنائية والمتعددة الأطراف - بمبلغ 138.6 مليون دولار أمريكي في عام 2011 وبمبلغ 102.3 مليون دولار أمريكي في عام 2012، مما يعني أن الإنفاق السنوي هبط إلى نحو 6.4 مليار دولار أمريكي.⁽¹¹⁾ ومع ذلك، فإن الولايات المتحدة الأمريكية، من بين الدول المانحة، بقيت تقدم ما يقرب من 60 في المائة من جميع الأموال المخصصة لفيروس نقص المناعة البشرية في عام 2012.

10- وقد أدت قضايا المساءلة في العديد من البلدان المستفيدة، إلى جانب الأزمة المالية، إلى طلب مجلس الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا إتاحة الوقت له للنظر في الإصلاحات. وفي عام 2011، قام الصندوق العالمي بإلغاء الجولة 11،⁽¹²⁾ مما أسفر عن تباطؤ حاد في عمليات الصرف وفي المنح الجديدة. وفي أواخر عام 2012، أعلن كشف الصندوق الدولي عن نموذج للتمويل الجديد لم يعد يعتمد على الجولات؛ وللمرة الأولى، ستمنح البلدان إشارة حول مغلفات التمويل ومستويات المخصصات. كما أن عملية وضع العروض ستكون أكثر تفاعلية: وسيتم التخلص من التأخيرات الطويلة في توقيع المنح، كما ستعزز آليات المساءلة. ومع ذلك، فإن إصلاح الصندوق العالمي أثر بقوة على قدرته على تمويل برامج جديدة في عام 2012. وفي فبراير/شباط 2013، أطلق الصندوق العالمي رسمياً نموذج تمويل جديد واختار البلدان لتجريبه في عام 2013.

11- ومع أن توقعات المستقبل غير مؤكدة، فإن من المنتظر أن تشهد مستويات التمويل من الجهات المانحة التقليدية ركوداً أو تراجعاً، في حين أن العديد من حكومات البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل سيستمر في حمل حصص أكبر من أصل التكاليف الإجمالية للاستجابة. ويرجح أن بلداناً من قبيل البرازيل والاتحاد الروسي والهند والصين وجنوب أفريقيا (مجموعة "بريكس") ستلعب دوراً أكبر في المساعدة الدولية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، مع تحولها من وضع الجهة المتلقية إلى وضع الجهة المانحة.⁹

12- ويعني التغيير في مشهد الجهات المانحة لفيروس نقص المناعة البشرية أن البرنامج يحتاج إلى مزيد من التركيز على التدايل على كيفية خلق تدخلاته للقيمة من استثمارات محدودة نسبياً. وفي الأماكن التي تعوزها الموارد، يمكن أن يكون الدعم الغذائي والتغذوي وسيلة فعالة من حيث التكلفة لتعزيز نجاح العلاج والتخفيف من آثار فيروس نقص المناعة البشرية والسل على سبل العيش؛ فالدعم الغذائي والتغذوي يساعد على الحد من الوفيات المبكرة خلال فترة العلاج، ودعم الانتعاش التغذوي، وتسهيل الالتزام بالعلاج وتحسين البقاء تحت الرعاية. وتتنطبق هذه الفوائد على العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية، وعلاج السل، والوقاية من الإصابات الجديدة من خلال برامج الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل والعلاج بمضادات الفيروسات الرجعية. ولا تزال أهمية البقاء تحت الرعاية لا تحظى بالتقدير في كثير من الأحيان؛ فالالتزام بالعلاج يبقي الأحمال الفيروسية تحت السيطرة، ويحسن نوعية الحياة، ويبقي الناس على قيد الحياة لفترة أطول،

Tiaji Salaam-Blyther. 2012. The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR): Funding Issues After a Decade of Implementation, (11) FY2004-FY2013, Congressional Research Service, October.

(12) يستخدم الصندوق العالمي تسمية "جولة" لكل عملية صرف لأموال المنح يقوم بها.

ويقلل من خطر تعرض الخاضعين للعلاج بمضادات الفيروسات الرجعية لمقاومة العقاقير، الأمر الذي يتطلب التحول إلى أدوية باهظة التكلفة من الخط الثاني والثالث. كما أنه يبقي العدوى منخفضة، مما يقلل من خطر الانتقال.

13- وقد اعترف إعلانا عامي 2001 و2006 عن الالتزامات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والليذان اعتمادا في دورتي الجمعية العامة للأمم المتحدة الاستثنائيتين، بأهمية دور الخدمات الغذائية والتغذوية. وفي يونيو/حزيران 2011، اتخذت الجمعية العامة القرار 277/65، معلنة عن التزام قوي بدمج الدعم الغذائي والتغذوي في البرامج الموجهة للأشخاص المتضررين من فيروس نقص المناعة البشرية.⁽¹³⁾ وفي حين أن الإعلان السياسي لعام 2011 دعا إلى نتائج ملموسة ومحددة زمنيا وقابلة للقياس، فقد أكد على أن النتائج لن تتحقق إلا من خلال شراكات قوية، بما في ذلك مع المجتمع المدني والحكومات الوطنية.

برنامج الأغذية العالمي وبرنامج الأمم المتحدة المشترك

14- في حزيران 2011، أيدت الدورة السابعة والعشرون لمجلس تنسيق برنامج الأمم المتحدة المشترك الإطار الموحد للميزانية والنتائج والمساءلة للفترة 2012-2015، وحُدد مجموع التمويل بمبلغ 485 مليون دولار أمريكي. وقد أدت النتائج الجيدة التي حققها البرنامج في تنفيذ الأنشطة خلال فترة السنتين السابقة إلى جعله واحداً من عدد قليل من الراعين الذين حصلوا على زيادة قدرها 15 في المائة⁽¹⁴⁾ في المخصصات من الإطار الموحد لفترة السنتين 2012-2013.

15- ويشارك البرنامج، باعتباره واحداً من 11 مشاركاً رسمياً في رعاية برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، في رؤية البرنامج المشترك المتمثلة في الوصول بحلول عام 2015 إلى الصفر في عدد الإصابات الجديدة، وإلى الصفر في الوفيات المرتبطة بالإيدز، وإلى الصفر في مستوى التمييز. وبموجب تقسيم العمل الصادر عن البرنامج المشترك، تم تكليف برنامج الأغذية العالمي بعقد اجتماعات الجهات الراعية الأخرى حول قضايا الغذاء والتغذية. ويتمثل الدور الرئيسي للبرنامج في التأكد من إدراج الغذاء والتغذية في مجموعات الرعاية والعلاج والدعم للمتعايشين مع الفيروس ولمرضى السل على الصعيد القطري، وهو ما يتماشى مع سياسة البرنامج.

16- وينصب تركيز الإطار الموحد للميزانية والنتائج والمساءلة للفترة 2012-2015 بصورة أكبر على الآثار على المستوى القطري، بهدف تعزيز الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشرية على المستوى القطري. وقد أعدت سياسة فيروس نقص المناعة البشرية لعام 2010 البرنامج لهذا التركيز حيث أنها تشدد على ضرورة إدماج البرنامج لأنشطته في الاستجابات الأوسع التي تقودها البلدان في الوقت الذي يتعاون فيه مع شركائه الرئيسيين في برنامج الأمم المتحدة المشترك في مجالات الغذاء والتغذية المتعلقة بمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والسل.

17- يخصص الإطار الموحد المساهمات من الجهات الراعية وأمانة برنامج الأمم المتحدة المشترك لتحقيق الأهداف المحددة في استراتيجية البرنامج المشترك للفترة 2011-2015. ويغطي الإطار أربعة مجالات هي: (1) تحقيق الثورة في الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية؛ (2) حفز المرحلة التالية من العلاج؛ (3) النهوض بحقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين؛ (4) دعم تنفيذ التوجه الاستراتيجي. وتنقسم هذه المجالات إلى أهداف البرنامج المشترك الاستراتيجية العشرة.

(13) "سوء التغذية يؤدي إلى تفاقم تأثير فيروس نقص المناعة البشرية في جهاز المناعة ويقوض قدرته على مقاومة الأمراض المعدية والأمراض الانتهازية، وأن علاج فيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك العلاج المضاد للفيروسات العكوسة، لا يكتمل بدون غذاء كافٍ وتغذية سليمة." الأمم المتحدة. القرار 277/65: الإعلان السياسي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز: تكثيف جهودنا من أجل القضاء على فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. (8 يوليو/تموز 2011).

(14) من 8.5 مليون دولار أمريكي للميزانية الموحدة وخطة العمل للفترة 2010-2011 إلى 9.8 مليون دولار أمريكي للفترة 2012-2013.

ويساهم برنامج الأغذية العالمي في العديد من هذه الأهداف، وذلك وفق ما يتمشى مع المزايا المقارنة لديه، ولديه منجزات مشتركة ومنفردة ضمن بعضها. ويلخص القسم التالي بعضاً من أعمال البرنامج فيما يتعلق بالأهداف الاستراتيجية للبرنامج المشترك وبالإطار الموحد.

الهدف الاستراتيجي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك: حصول جميع المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المؤهلين للعلاج بمضادات الفيروسات الرجعية على هذا العلاج

- 18- في إطار تقسيم العمل الصادر عن برنامج الأمم المتحدة المشترك، تضطلع منظمة الصحة العالمية بدور الوكالة الداعية لانعقاد اجتماعات العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية وعلاج السل. ويعمل البرنامج مع منظمة الصحة العالمية والشركاء الآخرين لضمان إدماج الدعم الغذائي والتغذوي في برامج علاج فيروس نقص المناعة البشرية ومكافحة السل.
- 19- وتحسين كفاءة وفعالية العلاج أمر محوري بالنسبة للنجاح الطويل الأجل في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية. ويهدف إطار العلاج 2.0⁽¹⁵⁾ إلى تسريع توسيع نطاق العلاج وتحسين النتائج الصحية عن طريق تحسين نظم العقاقير، وتوفير نقطة الرعاية وغيرها من أدوات التشخيص والرصد المبسطة، والحد من تكاليف العلاج، وتكييف نماذج تقديم الخدمات من خلال تطبيق اللامركزية والتكامل، وتعبئة المجتمعات المحلية لدعم إمكانية الوصول، وتقبل العلاج ونجاحه. ويعمل البرنامج مع الحكومات والشركاء الآخرين لضمان أن يكون العلاج مصحوباً بتقييم للحالة التغذوية؛ والتثقيف وإسداء المشورة بشأن التغذية، للحفاظ على وزن الجسم والصحة العامة مع تخفيف الآثار الجانبية؛ وعند الضرورة، توفير الطعام المغذي لعلاج سوء التغذية. ويمكن استكمال هذا الدعم من وقت لآخر بالحصص الأسرية، فهي تساعد الأسرة على تحمل ارتفاع تكاليف الرعاية في كثير من الأحيان، في المرحلة الأولى من العلاج، وجعل الالتزام بالعلاج والبقاء تحت الرعاية أكثر ترجيحاً.
- 20- ولتحقيق أقصى قدر من التأزر والشراكات، فإن الإطار الموحد يطلب من الجهات الراعية ترتيب أولويات تدخلاتها وتركيز استثماراتها في البلدان الثمانية والثلاثين ذات الأولوية العالية، والتي تمثل معا 70 في المائة من العبء العالمي للمرض. ويقدم البرنامج حالياً للحكومات الدعم لتنفيذ برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية ومرض السل في 20 من هذه البلدان.⁽¹⁶⁾

(15) البرنامج المشترك/منظمة الصحة العالمية. 2011. إطار العلاج 2.0 للعمل: تنشيط المرحلة القادمة من العلاج والرعاية والدعم. جنيف.

(16) بوروندي، كمبوديا، جمهورية أفريقيا الوسطى، كوت ديفوار، جيبوتي، جمهورية الكونغو الديمقراطية، أنثيوبيا، غانا، هايتي، كينيا، ليسوتو، ملاوي، موزمبيق، ميانمار، رواندا، جنوب السودان، سوازيلاند، جمهورية تنزانيا المتحدة، زامبيا، زمبابوي. كما ينفذ البرنامج برامج لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والسل في أفغانستان، ودولة بوليفيا المتعددة القوميات، وبوركينا فاسو، والكونغو، وغينيا، وغينيا-بيساو، وهندوراس، وليبيريا، ومدغشقر، ونيبال، وسيراليون، والصومال، وطاجيكستان.

الهدف الاستراتيجي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك: خفض وفيات السل بين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية إلى النصف

- 21- السل مرض مزمن وموهن يتطلب على الأقل سنة أشهر من العلاج، بل وفترة أطول من ذلك بكثير لمكافحة السل المتعدد المقاومة للأدوية أو الشديد المقاومة للأدوية. وغالبا ما يترافق ذلك مع فقدان الوزن، وبالتالي فإن الخدمات الغذائية والتغذية المقدمة للمتعايشين مع الفيروس تفيد أيضا في دعم الالتزام بعلاج مرضى السل وتعافيهم منه.
- 22- وقد تكفل البرنامج بإدراج الدعم الغذائي والتغذوي المقترن بعلاج السل لفترة قصيرة تحت المراقبة المباشرة، في مقترحات الجولة 10 للإطار الموحد في كل من جيبوتي، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، وسوازيلاند، وطاجيكستان. وقد تمت الموافقة على مقترحات جيبوتي وسوازيلاند، وأصبح البرنامج المتلقي الفرعي للإطار الموحد لتنفيذ أنشطة الغذاء والتغذية في قطاعي الصحة في كلا البلدين.
- 23- وهناك جانب آخر مهم من سياسة البرنامج الجديدة واستراتيجية برنامج الأمم المتحدة المشترك يتمثل في معالجة السل في حالات اجتماع وبائي فيروس نقص المناعة البشرية والسل. ويمكن لتوفير خدمات الغذاء والتغذية إلى المتعايشين مع الفيروس الخاضعين للعلاج بمضادات الفيروسات الرجعية ومرضى السل أن يساعد على الدمج بين البرنامجين. ويجري دمج الخدمات في غانا وغينيا وملاوي وسيراليون، حيث تتم مواءمة المساعدة الغذائية لمرضى السل مع النهج الوطني لتوفير الغذاء بالوصفة الطبية المطبق في معظم مواقع العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية.

الهدف الاستراتيجي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك: القضاء على الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشرية وخفض الوفيات النفاسية المتصلة بالإيدز إلى النصف

- 24- تعتبر النساء والفتيات من أولويات البرنامج، إذ تلعب النساء دورا محوريا في ضمان الأمن الغذائي لأسرهن. والمرأة هي مقدم الرعاية الأول وهي تنتج الطعام للأسرة وتشتريه وتعدّه.
- 25- وأجرى البرنامج مؤخراً استعراضاً سينشري في وقت لاحق في عام 2013، وقد أكد هذا الاستعراض أن انعدام الأمن الغذائي والجوع يشار إليهما كثيرا باعتبارهما عائقاً أمام الحصول على الخدمات الصحية، كما يمكن أن يكونا بمثابة حاجز اقتصادي يمنع المرأة من طلب خدمات الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل. ومن شأن توفير الغذاء على طول خط الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل أن يسهل وصول المرأة إلى خدمات هذه الوقاية وما يسمى شلال الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، والمساهمة في القضاء على انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل وتحسين الالتزام بالعلاج والبقاء تحت الرعاية للنساء وأطفالهن المعرضين للفيروس.⁽¹⁷⁾

(17) Micheal O'haraithé , Nils Grede, Saskia de Pee, Martin Bloem. Economic and Social Factors are some of the most Common Barriers Preventing Women from Accessing Maternal and Newborn Child Health (MNCH) and Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Services – a Literature Review. To be published

- 26- ويفضل دمج برامج الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل بخدمات صحة وتغذية الأم والطفل. فهذا الدمج يمنع انتقال الفيروس ويحسن النتائج الصحية من خلال ضمان توريد الأمهات والرضع برصد النمو، واللقاحات، والمغذيات الدقيقة التكميلية، وتقييم التغذية، والتثقيف والإرشاد، والأغذية التكميلية. ويمكن توفير الخدمات الشاملة التي تشمل المساعدة الغذائية عدداً أكبر من النساء من تقبل برامج الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل والبقاء فيها. وتماشياً مع الاتجاهات العالمية، أدمج البرنامج العديد من برامجها الخاصة بهذه الوقاية في برامجها للتغذية العلاجية. على أن هذا يزيد من صعوبة حساب المستفيدين من الوقاية التي يوفرها البرنامج في هذا المجال. وقد كانت برامج التغذية العلاجية متصلة بالفعل بالوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل وعلاجه، ولكن مع تركيز أقل على الرعاية السابقة للولادة. وبالإضافة إلى برامج الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل في جمهورية الكونغو الديمقراطية، وإثيوبيا، وليسوتو، وسوازيلاند، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وزمبابوي، فإن البرنامج يصل إلى النساء الحوامل للفيروس وأطفالهن الرضع المعرضين له ويقدم لهم الدعم الغذائي والتغذوي من خلال برامج التغذية العلاجية في 59 بلداً آخر، منها 27 بلداً مصنفاً لدى برنامج الأمم المتحدة المشترك باعتبارها من البلدان الشديدة التأثر.⁽¹⁸⁾
- 27- وعلى سبيل المثال، تلقى ألفان من الحوامل والمرضعات في إثيوبيا تحويلات غذائية مقابل الاستفادة من خدمات الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل. وجرى تحويل الدعم الغذائي العيني إلى الدعم بالقسائم، مما يتيح للمستفيدين تحسين السلة الغذائية بإدخال الخضروات الطازجة والبيض والحليب فيها. وفي عام 2012، كان 97 في المائة من الأطفال الرضع لدى الأمهات اللاتي يحصلن على المساعدة الغذائية خاليين من فيروس نقص المناعة البشرية.

الهدف الاستراتيجي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك: تناول المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية والأسر المتأثرة بالفيروس في جميع الاستراتيجيات الوطنية للحماية الاجتماعية وتمكينهم جميعاً من الحصول على الرعاية الأساسية والدعم

- 28- يتعهد إعلان عام 2011 السياسي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز⁽¹⁹⁾ باستخدام الزخم الناتج عن الاستجابة للفيروس لتعزيز النظم الصحية والمجتمعية، وإدماج مسائل الفيروس في جهود الصحة والتنمية، وبخاصة في برامج الحماية الاجتماعية. وتمشياً في سياسته ومع تقسيم العمل الصادر عن برنامج الأمم المتحدة المشترك، يعمل البرنامج مع اليونيسف والبنك الدولي ومنظمة العمل الدولية لتعزيز الحماية الاجتماعية للمتعايشين مع الفيروس والمتضررين منه. ويقترح التعريف الواسع للحماية الاجتماعية الذي اعتمده البرنامج المشترك أن جميع المستفيدين من البرامج الخاصة بالفيروس والبرامج المراعية له يمكن إدراجهم في هذا التصنيف. وعلى هذا، فإن 2.8 مليون مستفيد يتلقون حالياً الدعم من البرنامج يمكن أن يصنفوا على أنهم يتلقون الحماية الاجتماعية.⁽²⁰⁾
- 29- وتيسر تحويلات المواد الغذائية أو النقد أو القسائم، المقترنة بالرعاية المجتمعية، الوصول إلى الخدمات والالتزام بالعلاج. وللحماية الاجتماعية دور واضح في تحسين الاستجابة للفيروس. ولا بدّ من تعزيز التعاون بين الخبراء المعنيين

(18) بروندي، كمبوديا، الكاميرون، جمهورية أفريقيا الوسطى، كوت ديفوار، جيبوتي، جمهورية الكونغو الديمقراطية، أثيوبيا، غانا، غواتيمالا، هايتي، الهند، إندونيسيا، كينيا، ليسوتو، ملاوي، موزمبيق، ميانمار، ناميبيا، النيجر، رواندا، السودان، سوازيلاند، أوغندا، جمهورية تنزانيا المتحدة، زامبيا، زمبابوي.

(19) الأمم المتحدة. القرار 277/65: الإعلان السياسي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز: تكثيف جهودنا من أجل القضاء على فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. نيويورك.

(20) يمكن الاطلاع على تعريف الحماية الاجتماعية على الموقع:

بالفيروس وخبراء الحماية الاجتماعية لضمان أن توسيع نطاق نظم الحماية الاجتماعية إنما يلبي احتياجات المتعاشين مع الفيروس.

30- ويستكشف البرنامج سبل إدماج توفير الخدمات الغذائية والتغذية في برامج الرعاية المستندة إلى القطاع الصحي وبرامج العلاج، من خلال مخططات تحويل النقد أو القسائم على مستوى المجتمع المحلي. وفي إطار هذا النهج، يحدد القطاع الصحي أهلية الحصول على الدعم الغذائي المقدم إلى المتعاشين مع الفيروس، وربما أفراد أسرهم، في حين أن البرنامج يوفر الدعم من خلال المساعدة بالنقد أو بقسائم يمكن استبدالها بأغذية معينة في متجر أو منفذ مجتمعي للبيع. ويخفف هذا النظام من العبء الواقع على نظام الرعاية الصحية ويقرب الخدمات إلى العملاء. وفي زيمبابوي، تعطى قسائم سلعية للحصول على المواد الغذائية من منافذ مختارة للبيع بالتجزئة في هراري وبولاوايو وغويرو، للمستفيدين أو أفراد أسرهم المحددين، وذلك في نقاط توزيع القسائم في مؤسسات صحية معينة. ويمكن استبدال القسائم في منافذ مختارة محلية للبيع بالتجزئة، حيث يمكن للمستفيدين الحصول على خليط الذرة والصويا والبقول والزيوت النباتية ومساهمة قدرها خمسة دولارات أمريكية لشراء المواد الغذائية الأساسية الأخرى. وهذا الحل يضمن حصول المستفيدين على الطعام المغذي، مع الاعتماد في الوقت نفسه على الأسواق المحلية لتوفير الإمدادات الغذائية. وهو بالتالي يقلل من الحاجة لقيام قطاع الصحة بتلقي المواد الغذائية وتخزينها وتوزيعها ويسمح للمستفيدين بالتقاط حصصهم في موقع أقرب إلى مكان إقامتهم وفي الوقت الذي يختارونه، مع توفير الحماية للخصوصية. ومن المتوقع أن مزيداً من البلدان ستتحول إلى هذه النماذج المختلطة في المستقبل.

31- وخلال عام 2012، استثمر العديد من المكاتب القطرية الوقت والموارد لتحسين فهم البرنامج لكيفية تعزيز موارد رزق المتعاشين مع الفيروس الذين تم شفاؤهم مؤخراً من سوء التغذية. ونظراً لأن العديد من هؤلاء كانوا فقراء يعانون من انعدام الأمن الغذائي قبل الإصابة بالفيروس بالفعل، فإنهم عرضة لخطر الانزلاق مجدداً إلى سوء التغذية بعد التخرج من برامج المساعدة الغذائية إذا كانوا غير قادرين على توليد دخل كاف لأنفسهم وأسرهم. من ذلك مثلاً أن مكتب البرنامج في سوازيلاند يستكشف حالياً طرق ربط خريجي برنامج الغذاء بالوصفة الطبية بأنشطة لكسب الرزق، لمساعدتهم على التغلب على الفقر وإيجاد مصدر مستدام للدخل. ويتعاون مكتب البرنامج في سوازيلاند مع المنظمات غير الحكومية المحلية وجامعة سوازيلاند، وهي جامعة قدم المكتب معها إلى خطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للإغاثة من الإيدز اقتراحا للبحوث ذات الصلة.

32- وفي إثيوبيا، وبناءً على شراكة متجددة مع خطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة - وبتمويل متعدد السنوات قدره 56 مليون دولار ويخطط للوصول إلى 89 000 مستفيد في السنة الأولى - تعمل تدخلات البرنامج على معالجة سوء التغذية بين المتعاشين مع الفيروس، وتعزيز العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية وتقبل الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، وعلى معالجة انعدام الأمن الغذائي وتوفير الأنشطة لتعزيز الاقتصاد. وعلى سبيل المثال، تم اجتذاب 6 600 من المتعاشين مع الفيروس المتخرجين من برامج المساعدة التغذوية إلى مبادرات لتعزيز الاقتصاد لإعادة بناء سبل كسب عيشهم. وأجريت تقييمات السوق وسلاسل القيمة، وشكل المستفيدين الذين تتوفر لديهم الإمكانيات المناسبة مجموعة ادخار قروية، تلقوا من خلالها التدريب في مجال الإدارة المالية، وتخطيط الأعمال، والمهارات التقنية الأخرى. وفي شراكة مع برنامج وطني للأيتام والأطفال الضعفاء الآخرين، قدمت المساعدة إلى 63 000 من الأطفال بقسائم الأغذية لتمكينهم من الانتظام في المدارس. وقد حقق البرنامج نجاحاً كبيراً: فقد التحق بالمدارس 95 في المائة من الأيتام والأطفال الضعفاء وبلغ معدل حضورهم 98 في المائة.

33- **والبرنامج** هو المتلقي الفرعي في سوازيلاند للصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، حيث يوفر المساعدة الغذائية من خلال مراكز الرعاية في الأحياء لـ 52 000 من الأطفال الذين يتلقون خدمات الرعاية والنمو في مرحلة الطفولة المبكرة. ولدى سوازيلاند أعلى معدل لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية في العالم، ويقدر أن يبلغ عدد الأطفال الأيتام الذين فقدوا أحد الوالدين أو كليهما نحو 250 000 طفل بحلول عام 2015. ولا غرابة أن البلاد تشهد أيضاً معدلات عالية وراكدة من التقدم. ويمكن من خلال الوصول إلى الأطفال الضعفاء في سن ما قبل المدرسة، بما في ذلك العديد من الأيتام، تقديم مساهمة هامة لضمان أن يكبروا ليعيشوا حياة صحية ومنتجة.

الهدف الاستراتيجي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك: الحد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية بالاتصال الجنسي

34- البنك الدولي وصندوق الأمم المتحدة للسكان هما منظما أنشطة برنامج الأمم المتحدة المشترك فيما يتعلق بالجهود الرامية إلى الحد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية بالاتصال الجنسي. ونظرا للتحول نحو التغذية في العلاج الموسع، ولدور العلاج في الوقاية، فإن أنشطة **البرنامج** شهدت تغييراً في تركيزها: وعلى هذا فإن استراتيجيات الوقاية لم تعد الهدف الرئيسي، إلا من حيث عملها الذي يركز على الوقاية في قطاع النقل.

35- فالسكان المتنقلون مثل عمال النقل المشاركين في عمليات **البرنامج** معرضون بصفة خاصة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة جنسياً: فهم أكثر عرضة للتفاعل مع العاملين في مجال الجنس ولديهم علاقات جنسية متعددة الشركاء؛ ونظرا لنمط حياتهم المتنقل، فإن فرص حصولهم على الخدمات الصحية محدودة.

36- واستمر تحالف نورث ستار، الذي تأسس بصورة مشتركة بين **البرنامج** وتي ان تي بالشراكة مع منظمات أخرى، في تلقي الدعم المالي من **البرنامج** في عام 2012، فضلا عن أموال من منحة قدمها الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا إلى الجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي، بهدف التصدي لفيروس نقص المناعة البشرية في 30 من مواقع عبور الحدود في جميع أنحاء الجنوب الأفريقي. ويمكن هذا الدعم تحالف نورث ستار من توسيع مراكزه للتعافي على جانب الطريق، وإيصال الخدمات الصحية لعشرات الآلاف من العاملين في مجال الجنس وفي صناعة النقل في جمهورية الكونغو الديمقراطية وكينيا وملاوي وناميبيا وجنوب أفريقيا وسوازيلاند وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا وزمبابوي.

37- كما تساهم البرامج التي تعالج انعدام الأمن الغذائي والفقر من خلال التغذية المدرسية أو أنشطة الغذاء من أجل إنشاء الأصول أو دعم سبل كسب العيش، بشكل غير مباشر في منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، من ذلك مثلاً عن طريق تأخير بدء النشاط الجنسي بين الفتيات في سن الدراسة وعن طريق الحد من سلوكيات التصدي السلبية مثل الجنس مقابل مغانم مادية.

أرقام عن عمل البرنامج في مجال فيروس نقص المناعة البشرية والسل في عام 2012

38- في عام 2012، قدم البرنامج المساعدة لـ 2.8 مليون من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية ومرضى السل والمتأثرين بأحدهما في 35 بلداً، وذلك من خلال إعادة التأهيل التغذوي و/أو أنشطة التخفيف وأنشطة شبكات الأمان. ويبين الجدول 1 توزيع المستفيدين حسب الحالة والهدف الرئيسي للبرنامج.

الجدول 1: أعداد المستفيدين، موزعة حسب فئة برامج فيروس نقص المناعة البشرية والسل، 2012*	
المجموع - 1 565 000	
الهدف 1: ضمان النجاح في الانتعاش والعلاج التغذوي من خلال إعادة التأهيل التغذوي - الرعاية والعلاج	تدخلات محددة لأغراض الفيروس المجموع 924 000
-	818 000 مستفيد من العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية والوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، وأسرهم
-	106 000 مستفيد من علاج السل لفترة قصيرة تحت المراقبة المباشرة وأسرهم
الهدف 2: تخفيف وطأة آثار الفيروس على الأفراد المتأثرين والأسر المتأثرة من خلال شبكات الأمان المستدامة - التخفيف وشبكات الأمان	تدخلات محددة لأغراض الفيروس المجموع 641 000
-	126 000 مستفيد من العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية وأسرهم
-	261 000 مستفيد من الأيتام وغيرهم من الأطفال الضعفاء
-	254 000 مستفيد من علاج السل وأسرهم

* الأرقام الكلية للمصابين بالفيروس المسجلين في برامج العلاج، ومرضى السل الذين تلقوا الدعم الغذائي أو التغذوي من البرنامج، وأفراد الأسر الذين تلقوا الدعم في عام 2012. البرنامج 2012. المصدر: البرنامج 2013. تحليل بيانات التقارير الموحدة عن المشروعات لعام 2012: برامج فيروس نقص المناعة البشرية والسل. وحدة التغذية وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. روما.

39- وبالإضافة إلى ذلك، وصل البرنامج إلى ما يقدر بنحو 1.2 مليون من المتعايشين مع الفيروس من خلال برامجه الأوسع المراجعة للفيروس مثل التغذية المدرسية أو الغذاء من أجل إنشاء الأصول أو الغذاء مقابل التدريب أو التوزيع العام للغذاء. على أن هذه الأرقام هي مجرد تقديرات لأن البرنامج لا يحتفظ - ويجب ألا يحتفظ - بسجلات عن حالة المستفيدين من حيث إصابتهم بالفيروس في برامج شبكات الأمان الأوسع؛ وتستند التقديرات إلى معدلات انتشار الفيروس في بعض مناطق عمليات البرنامج الرئيسية.

40- ويوثق تحليل للفجوة أجري عام 2011 التقدم الذي أحرزته المكاتب القطرية في تنفيذ سياسة فيروس نقص المناعة البشرية لعام 2010.⁽²¹⁾ ويخلص التقرير إلى أن معظم البرامج تتماشى جيداً أو تسير سريعاً نحو التماشي مع هدفي سياسة البرنامج الرئيسيين: الرعاية والعلاج، والتخفيف من الآثار وشبكات الأمان. ويثني التقرير على تركيز البرنامج على بناء القدرات الوطنية النظرية لتحسين الاستدامة، ويلاحظ أن بعض البرامج تقوم أيضاً بإنشاء روابط ناجحة بأنشطة مدرة للدخل. وقد يكون التحول أبطأ في البلدان التي وجد فيها البرنامج حواجز كبيرة لإدماج المساعدة الغذائية في الاستجابة

(21) برنامج الأغذية العالمي، دائرة تصميم البرامج، التغذية والفيروس والإيدز. 2012. تنفيذ سياسة البرنامج الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل: تحليل الفجوة لأغراض تعزيز البرامج، 2011. روما.

- بالمعالجة. على أن الانضمام إلى برنامج الأمم المتحدة المشترك، وتعزيز قاعدة الأدلة، وتحقيق الاعتراف العالمي بأهمية الغذاء والتغذية للمتعايشين مع الفيروس، كل ذلك كان عوامل لها دور فعال في تسريع التحول نحو أنشطة الرعاية والعلاج.
- 41- ونظراً لأن المساعدة الغذائية في برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والسل يقدمها البرنامج الآن لفترات محددة، وترتبط عادة بمعايير صارمة، وغالبا بقياسات بشرية، للدخول والخروج، فإن العدد الإجمالي من المستفيدين في هذه البرامج أخذ في الانخفاض، مما يتماشى مع التوقعات.
- 42- ونظراً لبيئة التمويل الصعبة، فإن المكاتب القطرية، مثل تلك الموجودة في كمبوديا وجمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا، قد أنهت تماماً عملها الخاص بالفيروس وانتقلت إلى الأنشطة الرامية إلى تعزيز قدرة الحكومات على تنفيذ برامج الغذاء والتغذية بما يتماشى مع السياسات الوطنية. وعلى الرغم من أن القيود المفروضة على التمويل أدت إلى تخفيض أعداد المستفيدين من 581 000 في عام 2011 إلى 408 000 في عام 2012، فإن برنامج زمبابوي الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية هو الأكبر لدى برنامج الأغذية العالمي. وقد شهدت هايتي ومالاوي وموزمبيق أيضاً تناقصاً في أعداد المستفيدين، في حين أن الأرقام ارتفعت في كل من كوت ديفوار وليسوتو ومدغشقر في عام 2012. وقد نجح العديد من المكاتب القطرية – بما في ذلك مكاتب بنن وكوت ديفوار وجيبوتي ولبيريا وسوازيلاند – في دمج الغذاء والتغذية في مقترحات الصندوق العالمي، وبالتالي ضمان التمويل للبرامج في المستقبل.

إعادة تنشيط الشراكات وتعزيز قاعدة الأدلة

- 43- أبرز البرنامج خلال مؤتمر الإيدز الدولي التاسع عشر المنعقد في واشنطن العاصمة في يوليو/تموز 2012، ضرورة إدماج الغذاء والتغذية في البرامج الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية، ورعى فريقاً مشتركاً يعنى بالغذاء والتغذية والفيروس وذلك مع شركاء في مجال الصحة وكلية الطب بجامعة هارفارد. وقدم المكتب القطري للبرنامج في إثيوبيا وثيقتي بحوث متصلتين بالموضوع.
- 44- واستفاد البرنامج من وجود العديد من الخبراء والشركاء التقنيين في المؤتمر فعقد اجتماع مائدة مستديرة ليوم واحد حضره حوالي 40 من المهنيين العاملين في الأمم المتحدة والأوساط الأكاديمية والمجتمع المدني. وتمثل أحد نتائج اجتماع المائدة المستديرة في إنشاء فرقة عمل مشتركة بين الوكالات تعنى بفيروس نقص المناعة البشرية والتغذية. وتعمل فرقة العمل بقيادة البرنامج، وتهدف إلى تعزيز التعاون بين الباحثين وصانعي السياسات ومنفذي البرامج في مجال فيروس نقص المناعة البشرية والتغذية. وقد استضافت الفرقة اجتماعات إلكترونية فصلية للمتابعة، وتم إنشاء ثلاث مجموعات عمل فرعية لتعبئة الموارد والدعوة، وللبحوث، وللبرامج.
- 45- كما شارك البرنامج في ترؤس فرقة العمل الخاص بالفيروس في السياقات الإنسانية وشارك في مناقشة موضوعات عدة أخرى للفرقة، مثل موضوع الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، وموضوع الحماية الاجتماعية.
- 46- وضاعف البرنامج جهوده لتعزيز قاعدة الأدلة. وفي هذه الفترة التي يواجه فيها العديد من الجهات المانحة قيوداً مفروضة على التمويل، فإن توفير الأدلة على فعالية التدخلات من حيث التكلفة أمر بالغ الأهمية لضمان استثمار الأموال بصورة تحقق نتائج جيدة. وعلى سبيل المثال، من المتوقع أن تؤدي شراكة بحثية طويلة الأجل بين البرنامج وجامعة كاليفورنيا في سان فرانسيسكو إلى نشر أربع مقالات مشتركة التأليف خلال الفترة 2012-2014.

- 47- وفي عام 2012، بدأ البرنامج مشروعاً بحثياً يهدف إلى تحسين فهم الأفضليات الغذائية لدى المتعاشين مع الفيروس من البالغين الذين يعانون من سوء التغذية في بيئات ثقافية مختلفة. ويتمثل الهدف في تحديد المنتجات والقوام والنكهات التي يفضلها البالغون الذين يعانون من سوء التغذية، خلال المراحل المبكرة من العلاج في آسيا وأفريقيا. وسيؤدي ذلك إلى تطوير منتجات جديدة وأكثر ملاءمة لعلاج سوء التغذية بين المتعاشين مع الفيروس من البالغين الخاضعين للعلاج بمضادات الفيروسات الرجعية أو لعلاج مرض السل. ويجري تنفيذ البحوث الأولية مع جامعة فاغينينغين والصليب الأحمر التايلندي ومشروع زبدة الفول السوداني في ملاوي، مع بعض الدعم من القطاع الخاص.
- 48- وفي عام 2012، أدت شراكة ثلاثية طويلة الأجل تضم مركز بحوث الإيدز التابع للصليب الأحمر التايلندي ومركز شارع ألبون في أستراليا والبرنامج إلى تأسيس مركز آسيا والمحيط الهادئ المتعاون المعني بالتغذية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية. وسيقوم المركز بتدريب المهنيين الصحيين في منطقة آسيا والمحيط الهادئ على الفيروس والتغذية؛ ودعم البحوث؛ والدعوة لدى صناعات السياسات إلى ضرورة دمج الغذاء والتغذية في الاستجابات الخاصة بالفيروس؛ وتقديم الدعم لمكاتب قطرية محددة تابعة للبرنامج وللحكومات في المحاولات الرامية إلى إدماج التغذية في المقترحات المقدمة للصندوق العالمي. وعقدت دورة تدريبية أولى شارك فيها أكثر من 20 شخصاً من أربع دول، وذلك في الربع الأول من عام 2012، كما عقدت دورة ثانية في يناير/كانون الثاني 2013.

توقعات عام 2013

- 49- سيكون عام 2013 حاسماً بالنسبة للبرنامج لأنه سيكمل عملية المواءمة "الملاءمة الغرض"، وهي عملية مصممة لجعل المنظمة أكثر فعالية وكفاءة. كما سيضع البرنامج خلال العام نفسه اللبسات الأخيرة على الخطة الاستراتيجية الجديدة للفترة 2014-2017.
- 50- وتمشيا مع الاتجاهات العالمية لإنهاء عزلة الأنشطة الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية، فإن من المحتمل أن يكون هناك تقارب متزايد بين عمل البرنامج المتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية وبمرض السل وبين برامج التغذية، نظراً لأن المجموعتين تنفذان من خلال القطاع الصحي مع وزارة الصحة باعتبارها الشريك الرئيسي. وقد أصبح هذا التطور واضحاً بالفعل في حالة المستفيدين من الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، الذين يدرجون بشكل متزايد في برامج التغذية العلاجية العامة التابعة للبرنامج. وسيتمتع بأهمية كبرى ضمان أن الاندماج لا يعني فقدان الخدمات المصممة خصيصاً لاحتياجات الحوامل والمرضعات الحاملات لفيروس نقص المناعة البشرية، وخصوصاً خلال فترة ما قبل الولادة. ومن المتوقع أن يعزز التقارب إدماج فيروس نقص المناعة البشرية والسل في الخطة الاستراتيجية الجديدة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك، وذلك بإدراج فيروس نقص المناعة البشرية والسل في إطار القطاع الصحي بدلاً من تركهما كمجال برنامجي مستقل.
- 51- وكان لدى أنشطة البرنامج الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل دائماً تركيز قوي على المساعدة الغذائية، ليس كغاية في حد ذاتها وإنما للتمكين من تحقيق نتائج صحية أوسع نطاقاً مثل الانتعاش التغذوي، والبقاء في الرعاية، ونجاح العلاج. وقد جرى مبكراً تصميم عمل البرنامج الخاص بالفيروس والسل وتنفيذه من خلال عمليات حكومية معيارية وبصورة أكثر اتساقاً من عمله في المجالات البرنامجية الأخرى.

52- وعلى هذا فإن من المتوقع أن يركز البرنامج بشكل متزايد على دعم الجهود الحكومية لتشغيل برامج الغذاء والتغذية في قطاع الصحة، مع ربطها بالمبادرات المجتمعية. وللتأكد من أن العبء الإضافي من العمل لا يعطل قدرة النظام الصحي على تقديم الخدمات الصحية، فإن من المهم للغاية إيجاد رابط بين النظم الغذائية والصحية أكثر ملاءمة من مجرد توفير الأغذية في العيادات. وهناك عدة برامج تابعة للبرنامج تعمل بالفعل على تطوير روابط من هذا النوع من خلال استخدام القسائم أو الجمع بين عدة نماذج للتوزيع. وتكتشف بعض المكاتب القطرية التابعة للبرنامج أفاقاً جديدة في ربط المتعاشين مع الفيروس الذين تم شفاؤهم من سوء التغذية بشبكات الأمان المرتبطة بأنشطة كسب الرزق، وذلك لتوطيد المكاسب الصحية. وتهدف هذه الأنشطة إلى خلق حلقة حميدة تمكن المتعاشين مع الفيروس من ذوي الصحة الجيدة من العودة إلى الإنتاج وضمان الأمن الغذائي والتغذوي لأنفسهم وأسرهم، وتؤثر إيجابياً على البقاء قيد الرعاية وعلى نجاح العلاج.

53- ومع تراجع الموارد الدولية، فإن للبرنامج دوراً حاسماً في تسهيل حصول الحكومات على التمويل التحفيزي والاستراتيجي لدمج الغذاء والتغذية في النظم الصحية دون إثقال كاهل البرامج القائمة. وعلى سبيل المثال، يمكن للمبادرات الصحية الوطنية أن تستخدم تقنيات مبتكرة، من قبيل استخدام قسائم الهاتف المحمول لتوريد الأغذية. ويمكن إنشاء روابط مع الأشغال المستندة إلى المجتمع المحلي ومع الاستثمارات في أنشطة ذات صلة مصممة لتقديم نتائج قابلة للقياس.