



# Жизнь с ВИЧ

## в странах Восточной Европы и СНГ



*Последствия социальной изоляции*



UNHCR

UNICEF

WFP

UNDP

UNFPA

UNODC  
ILO  
UNESCO  
WHO  
WORLD BANK

**Региональный доклад о человеческом развитии, посвященный  
проблеме ВИЧ/СПИДа в странах Восточной Европы и СНГ**

# **Жизнь с ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ**

## **Последствия социальной изоляции**

Региональный центр ПРООН в Братиславе

Декабрь 2008

## **Составители доклада**

Главный автор:	Дон Операрио
Авторский коллектив:	Глен Беттеридж, Ли На Су, Андрей Иванов, Ральф Юргенс, Хью Маклин, Сюзанн Милчер, Михаил Пелях, Шомби Шарп и Дадли Тарлтон.
Сотрудники и исследователи:	Джо Хупер, Анастасия Камлык, Ярослав Клинг, Снежана Коломиец, Джон Маколи и Стефани Соливода.
Руководитель проекта:	Шомби Шарп
Координатор проекта:	Джон Маколи

Люди, чьи лица вы видите на обложке доклада, открыто живут с ВИЧ, либо являются членами дискордантной пары (слева на право):

**Тимур Абдулаев** – юрист, в настоящее время работает в одном из проектов ООН в Узбекистане. Тимур начал лечиться от ВИЧ-инфекции, чтобы снизить риск заражения для своей ВИЧ-отрицательной жены. В ближайшем будущем они планируют рождение ребенка.

**Светлана Изамбаева** – российская *Miss позитив – 2005*; она замужем, имеет маленькую дочь, в настоящее время возглавляет некоммерческий *Благотворительный фонд Светланы Изамбаевой* в Казани, Россия.

**Светлана Силла с ребенком** – мать троих детей, в настоящее время работает общественным консультантом и руководит группой поддержки для женщин *ВИЧ-положительные мамы* в Эстонии. Она также является членом *Эстонской сети людей, живущих с ВИЧ*, любезно предоставившей эту фотографию.

**Марина Бритвенко с мужем** – дискордантная пара (ее муж является ВИЧ-отрицательным); вместе они уже 8 лет, имеют сына. В настоящее семья живет в Санкт-Петербурге, Россия. Марина возглавляет благотворительный фонд по формированию здорового образа жизни *Петербургский мост*.

Взгляды, изложенные в данной публикации, выражают мнения авторов и могут не совпадать с позицией ПРООН.

© Региональный центр ПРООН в Братиславе, 2008

ISBN: 978-92-95042-88-9

Дизайн обложки, верстка и печать: Valeur polygrafia

## Предисловие

В этом докладе, вышедшем в свет в те дни, когда международная общественность отмечает Всемирный день борьбы со СПИДом и 60-ю годовщину подписания Всеобщей декларации прав человека, подробно освещаются различные аспекты неразрывной связи между эффективностью противодействия ВИЧ и правами человека в контексте человеческого развития. По существу, главная мысль доклада проста: нынешний уровень стигмы и дискриминации людей, живущих с ВИЧ в регионе, подрывает в целом обнадеживающие национальные усилия по обращению эпидемии вспять и достижению шестой Цели развития тысячелетия – «Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями».

Распространение ВИЧ создает серьезные трудности как в сфере обеспечения прав отдельной личности, так и инклюзивного социально-экономического развития во всех странах мира. Это справедливо и в отношении региона Восточной Европы и Центральной Азии, где не только продолжает расти число людей, живущих с ВИЧ, но и ширятся масштабы и последствия социальной изоляции.

Именно поэтому Программа развития ООН (ПРООН) при подготовке настоящего Регионального доклада о ВИЧ/СПИДЕ в контексте человеческого развития, в странах Восточной Европы и СНГ, стремилась выйти за рамки сухой статистики и исследовать человеческий аспект эпидемии, чтобы лучше понять механизмы уязвимости к ВИЧ и те повседневные проблемы, с которыми приходится сталкиваться людям, живущим с ВИЧ в данном регионе. Основываясь на результатах специально проведенных качественных исследований в шести странах региона, доклад призывает к осуществлению конкретных научно-обоснованных мер, способных обеспечить действенное и эффективное решение этих проблем.

Мы надеемся, что настоящий Доклад станет успешным продолжением первого Регионального доклада о ВИЧ/СПИДЕ в контексте человеческого развития в странах Восточной Европы и СНГ, опубликованного в 2004 году под названием «Как обратить эпидемию вспять – состояние проблемы и возможные решения» и широко освещавшегося в прессе более чем 30 стран. Первый доклад по-прежнему служит источником справочной информации для правозащитной деятельности и выработки политических рекомендаций. Предполагается, что настоящий Доклад также будет способствовать эффективному выполнению двойной задачи по стимулированию политической дискуссии о путях решения проблемы ВИЧ/СПИДа и пропаганде принципов терпимости и социальной интеграции. К целевой аудитории данного Доклада относятся все члены общества, занимающиеся проблемой ВИЧ или затронутые ВИЧ-инфекцией, а также те, кто по долгу службы или иным причинам участвует в принятии мер по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа: политические лидеры и должностные лица разных уровней, учёные, руководители и работники учреждений здравоохранения, деятели образования и просвещения, работодатели, представители неправительственных организаций, религиозные лидеры и общественные активисты на местах. Но главное, что эта аудитория включает людей, живущих с ВИЧ, чье активное участие в противодействии ВИЧ-инфекции является решающим фактором успеха и долгосрочной эффективности мер противодействия эпидемии.

Доклад не ограничивается простым описанием и анализом существующих проблем, но также предлагает конкретные решения на основе успешной практики и проверенного опыта стран и сообществ, где профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа, в сочетании с усилиями по преодолению стигмы и дискриминации, дали реальные результаты.

Мы призываем и государственные ведомства, и неправительственные организации воспользоваться этими рекомендациями для выработки коллективного регионального ответа на эпидемию в интересах всех членов общества.

Кори Удовички, Заместитель  
Администратора ПРООН,  
Директор Регионального бюро ПРООН по странам Европы и СНГ

## Слова благодарности

Настоящий доклад является плодом сотрудничества многих людей и организаций, которые активно занимаются вопросами профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы и СНГ. Он стал результатом обширных усилий по выявлению препятствий для полноценной социальной интеграции людей, живущих с ВИЧ. При этом особое внимание уделялось здравоохранению, образованию и занятости, а также другим сферам жизни общества. Кроме того, доклад указывает на связь проблемы ВИЧ/СПИДа с такими более общими вопросами развития, как его человеческие аспекты, демографические процессы и тенденции, права человека, гендерное равенство и миграция.

Работа над докладом началась с реализации региональной инициативы по исследованию факторов уязвимости к ВИЧ/СПИДу в шести странах региона: Грузии, Российской Федерации, Турции, Узбекистане, Украине и Эстонии. Этот процесс дал толчок развитию национального диалога, который, в свою очередь, существенно повлиял на идейное содержание доклада и представленные в нем рекомендации. Проведение этого исследования было бы невозможным без опоры на знания, опыт и сеть местных контактов национальных социологических организаций в каждой из вышеупомянутых стран. Особой благодарности заслуживают исследовательские группы и представители ассоциаций людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), а также НПО, осуществлявшие исследования при поддержке и руководстве ПРООН. Подробный список членов исследовательских групп и представителей НПО приводится в Приложении 6 к настоящему докладу. В ходе всего процесса представительства ПРООН в странах региона и национальные координаторы оказывали активную организационную поддержку и помочь в обеспечении исследований, которые позволили подготовить содержательные страновые доклады: Нестан Хунцария (ПРООН Грузия), Елена Маланова (ПРООН Россия), Берна Баязит (ПРООН Турция), Катерина Рыбальченко и Владимир Гордейко (ПРООН Украина), Алишер Абдукаимов и Антонина Севастьянова (ПРООН Узбекистан) и Азиз Худайбердиев (ЮНЭЙДС Узбекистан).

В число основных партнерских организаций, участвовавших в подготовке и окончательной доработке доклада, входят: Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение организаций ЛЖВ (ВЦО ЛЖВ), Региональная группа поддержки Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Международная организация труда (МОТ) и Турецкое агентство по международному сотрудничеству и развитию (ТИКА), которое обеспечило необходимые условия для проведения ряда важных тренингов и семинаров для группы исследователей.

Доклад стал результатом усилий и вклада широкого круга авторов и исследователей. Главным автором доклада является Дон Операрио, которому помогала Стефани Соливода; оба они работают в Оксфордском университете. Свои материалы для доклада также предоставили следующие авторы: Ральф Юргенс, Глен Беттеридж, Ли На Су, Хью Маклин, Андрей Иванов (который внес особенный вклад в структурирование и редактирование Доклада), Шомби Шарп, Дадли Тарлтон, Сюзанн Милчер, Михаил Петлях. Хью Маклин из Программы по поддержке образования Института «Открытое общество» отвечал за проведение качественного анализа и разрабатывал методику страновых исследований. Среди сотрудников и исследователей из Братиславского регионального центра ПРООН, участвовавших в подготовке доклада, следует отметить Анастасию Камлык, Джо Хупера, Снежану Коломиец, Джона Маколи и Ярослава Клинга. Сотрудники местных представительств ЮНИСЕФ оказали помощь в сборе личных историй, вошедших в материалы для подготовки доклада. Координатором проекта как на стадии проведения исследований, так и подготовки отчета был Джон Маколи из Регионального центра ПРООН в Братиславе, а идейное руководство и контроль над всем процессом осуществлял Шомби Шарп.

Особо хотелось бы поблагодарить коллег, проводивших независимую оценку доклада, за ценные комментарии и рекомендации на разных стадиях работы над документом – это сотрудники ПРООН Джейфри О’Малли, Оливье Адам, Йенс Вандел, Бен Слэй и Мария Игнатович; внешние эксперты Сара Бернис, Валерио Бачак, Марина Хмельницкая, Жаклин Папо, Летиция Атлани-Дюо; и коллеги из других учреждений ООН – Сабина Бекман, Елена Жидобин и Елена Кудрявцева (МОТ), Дирк Хебекер (УВКПЧ), Роман Гайлевич и Лиса Карти (ЮНЭЙДС), Фридл Ван ден Босше (ЮНЕСКО), Лидия Бардакова (ЮНФПА), Нина Ференчич (ЮНИСЕФ), Ильзе Йекабсоне и Жаннат Космухамедова (UNODC), Джейфри Лазарус (ВОЗ) и другие. И, наконец, мы благодарим Криса Гролмана, Питера Сереного и Андрея Хвостова за помощь в редактировании текста, а также Ольгу Вовк за перевод доклада на русский язык.

# Содержание

**Введение: Регион, живущий с ВИЧ .....** **1**

**Глава 1: Эпидемия в числах – группы населения повышенного риска. ....** **5**

Знать свою эпидемию .....	5
Концентрированная или генерализованная? .....	6
Пути передачи ВИЧ в странах Восточной Европы и Содружества Независимых Государств. ....	8
Инъекционное потребление наркотиков .....	9
Гетеросексуальная передача .....	10
Секс-бизнес .....	11
Секс между мужчинами .....	11
Ситуация в тюрьмах .....	12
Передача ВИЧ через инфицированную донорскую кровь.....	13
Вертикальная передача .....	14
Мобильность и уязвимость к ВИЧ.....	15
Заключение .....	16

**Глава 2: Эпидемия глазами людей: последствия заболевания и проблема социальной уязвимости .....** **17**

ВИЧ как угроза человеческому развитию.....	17
Демографические и экономические последствия .....	19
Стигма и социальная изоляция, связанные с ВИЧ. ....	22
Стигма и усилия, направленные на развитие инклюзивного общества .....	22
Основополагающие причины стигмы и социальной изоляции людей, живущих с ВИЧ.....	25
Общественная польза от интеграции лиц, подвергающихся социальной изоляции .....	27
Люди, открыто живущие с ВИЧ .....	28
Уязвимость вследствие ВИЧ .....	32
Уязвимость в сфере здравоохранения.....	32
Уязвимые места в секторе образования.....	35
Уязвимые места в секторе труда/устройства .....	37
Заключение .....	42

**Глава 3: Основы эффективного регионального реагирования.....** **45**

Глобализованные структуры и национальная политика .....	45
«Исключительность» СПИДа в региональном контексте .....	45
Руководящие принципы реагирования в структуре прав человека.....	47
Национальное законодательство в области ВИЧ и его исполнение .....	49
Области, требующие приоритетного внимания.....	51
Программы по снижению вреда для людей с наркотической зависимостью .....	51
Доступ к добровольному ВИЧ-консультированию и тестированию .....	52
Доступ к антиретровирусным препаратам .....	53
Профилактика, лечение, уход и поддержка ВИЧ-положительных заключенных .....	54
Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность медицинских услуг .....	54
Образование и информация.....	55
Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) .....	55
Значимое участие людей, живущих с ВИЧ .....	56
Группы населения, заслуживающие приоритетного внимания .....	57
Интеграция гендерного подхода в стратегии противодействия ВИЧ .....	61
Заключение .....	61

## **Заключение. Перспективы: формирование структурных элементов национальной политики и адвокации ..... 63**

Общие параметры национальных структур по реагированию .....	63
Укрепление политического руководства, знание особенностей своей эпидемии и всеобщий доступ .....	63
Создание надежных государственно-частных партнерств для преодоления стигмы и оказания услуг .....	66
Осуществление прав .....	68
Ответ с учетом гендерного фактора .....	69
Рекомендации по снижению уязвимости в разных секторах .....	70
Рекомендации для сектора здравоохранения .....	70
Рекомендации для сектора образования .....	71
Рекомендации для сектора занятости .....	72
Подведем итоги .....	72

## **ПРИЛОЖЕНИЯ ..... 75**

Приложение I: Права человека, имеющие наибольшую актуальность для людей, живущих с ВИЧ .....	75
Приложение 2: Список дополнительной литературы по рекомендациям, представленным в главе «Заключение» .....	78
Приложение 3: ВИЧ/СПИД и права человека.	
Международные руководящие принципы .....	79
Приложение 4: Развитие потенциала в контексте ВИЧ .....	83
Приложение 5: Методология исследования .....	87
Приложение 6: Список партнеров из НПО и социологических институтов, участвовавших в исследовании .....	90
Приложение 7: Библиография .....	91

## **Список таблиц**

<b>Таблица 1.1.</b> Региональный обзор эпидемиологической ситуации (данные ЮНЭЙДС) .....	7
<b>Таблица 1.2.</b> Критерии определения стадии эпидемии ВИЧ.....	7
<b>Таблица 1.3.</b> Уровень ВИЧ-инфекции, потребления инъекционных наркотиков и пользования презервативами среди женщин, работающих в секс-бизнесе в некоторых странах и городах Восточной и Центральной Европы, 2000-2005 гг. (данные разных исследований с использованием различных методик) .....	12
<b>Таблица 1.4.</b> Распространенность ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, по данным за период с 1996 года .....	13
<b>Таблица 1.5.</b> Исследования распространенности ВИЧ среди заключенных.....	14
<b>Таблица 1.6.</b> Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку в странах региона .....	15
<b>Таблица 2.1.</b> Численность населения в странах СНГ в 1989, 1994, 2000 и 2007 годах (млн. человек); демографический прогноз ООН (нейтральный сценарий) на 2050 г....	19
<b>Таблица 2.2.</b> «Матрица влияния»: Уровни воздействия стигмы на индивида и семью с точки зрения человеческого развития.....	29
<b>Таблица 2.3.</b> Влияние социальной изоляции ЛЖВ на уровень человеческого развития (отраженное в ИЧР) .....	30
<b>Таблица 2.4.</b> Примеры гендерно-обусловленных процессов, связанных с риском ВИЧ-инфекции на разных этапах жизни .....	43
<b>Таблица А.5.1.</b> Характеристики отдельных участников .....	88

## **Список рисунков**

<b>Рисунок 1.1.</b> Вновь диагностированные случаи ВИЧ в регионе.....	6
<b>Рисунок 1.2.</b> Распределение вновь диагностированных случаев ВИЧ по способу передачи инфекции (в %), 2006 .....	9
<b>Рисунок 1.3.</b> Региональные и местные диспропорции в уровне распространенности ВИЧ среди ПИН .....	10
<b>Рисунок 1.4.</b> Динамика распространения ВИЧ-инфекции в Украине с 1987 по 2007 год.....	11

<b>Рисунок 2.1.</b>	Факторы, связывающие уровень человеческого развития и распространение ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ .....	18
<b>Рисунок 2.2.</b>	Моделирование воздействия ВИЧ на численность рабочей силы в Украине на региональном уровне; сравнение оптимистического и пессимистического сценариев. ....	20
<b>Рисунок 2.3.</b>	Прогноз роста общей численности сирот вследствие эпидемии СПИДа в Украине, модель МОТ .....	21
<b>Рисунок 2.4.</b>	Последствия ВИЧ-инфекции для системы социального обеспечения Российской Федерации. Модель МОТ для оценки масштабов возможного воздействия эпидемии на ВВП и занятость в соответствии с несколькими сценариями. ....	21
<b>Рисунок 2.5.</b>	Социальные и индивидуальные предрассудки по отношению к маргинализированным группам приводят к враждебности, моральному насилию и осуждению, что способствует стигме людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). ....	24
<b>Рисунок 2.6.</b>	Наглядная модель стигмы – четыре ключевых фактора и их относительное значение.....	26
<b>Рисунок 2.7.</b>	Механизмы формирования стигмы: недостаток информации и неверное представление о проблеме ВИЧ/СПИДа порождают боязнь , избегание и осуждение людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) .....	27
<b>Рисунок 2.8.</b>	Динамика роста численности женщин репродуктивного возраста, живущих с ВИЧ, и детей, родившихся от матерей с ВИЧ в Украине в период 1995-2006 г.г. (абсолютные цифры). ....	40
<b>Рисунок 2.9.</b>	Распределение вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по полу в 1995 – 2006 годах в Российской Федерации.....	40
<b>Рисунок 3.1.</b>	ССГАООН, NCPI, часть В, МО: (Права человека): Общая оценка действующей политики, законов и постановлений по продвижению/защитите прав человека в связи с ВИЧ/СПИДом (по 10-балльной шкале: 0/низкий уровень – 10/высокий уровень) ..	48
<b>Рисунок А4.1.</b>	Процесс развития потенциала, используемый ПРООН.....	84
<b>Рисунок А4.2.</b>	Процесс развития потенциала, адаптированный ПРООН для контекста ВИЧ.....	85

#### Список вставок

<b>Вставка 2.1.</b>	Способствовать лучшему пониманию связи между СПИДом и развитием .....	17
<b>Вставка 2.2.</b>	«Жизнь с ВИЧ»: Качественное исследование уязвимости, социальной изоляции и стигмы людей, живущих с ВИЧ в шести странах Восточной Европы и СНГ, подготовленное специально для данного доклада. ....	23
<b>Вставка 2.3.</b>	ВИЧ и СПИД часто рассматривают как проблемы маргинализованных групп, и стигма людей, живущих с ВИЧ, отражает давние предрассудки по отношению к представителям этих групп .....	25
<b>Вставка 2.4.</b>	Недостаток знаний о ВИЧ/СПИДЕ служит причиной дезинформации, порождает страх и предрассудки .....	26
<b>Вставка 2.5.</b>	Национальное исследование стигмы и форм дискриминации по отношению к людям, живущим с ВИЧ, в Таджикистане .....	28
<b>Вставка 2.6.</b>	Опыт предвзятого отношения при контактах с медицинскими учреждениями ..	33
<b>Вставка 2.7.</b>	Недостаток знаний и ресурсов в секторе здравоохранения .....	34
<b>Вставка 2.8.</b>	Кыргызстан: Стигма привела к уязвимости.....	35
<b>Вставка 2.9.</b>	Стигма по отношению к детям, живущим с ВИЧ, и противоречивое отношение к сегрегации в школах.....	36
<b>Вставка 2.10.</b>	Албания: Преодоление отторжения одноклассниками - задача вполне выполнимая .....	37
<b>Вставка 2.11.</b>	Препятствия на пути людей, живущих с ВИЧ, при устройстве на работу .....	38
<b>Вставка 2.12.</b>	Проблемы на работе у людей, живущих с ВИЧ .....	39
<b>Вставка 2.13.</b>	Отрывок из доклада: «Мониторинг соблюдения прав женщин в Российской Федерации: Тысяча женских историй»: О трудностях, испытываемых беременными женщинами, живущими с ВИЧ.....	41
<b>Вставка 3.1.</b>	Суд в Кыргызстане подтверждает право на конфиденциальность ВИЧ-статуса ....	47
<b>Вставка 3.2.</b>	Обзор законодательства в Хорватии .....	49
<b>Вставка 3.3.</b>	Украинский пример: мониторинг прав человека и предоставление правовой поддержки.....	50
<b>Вставка 3.4.</b>	Повышение осведомленности медицинских работников о проблеме ВИЧ/СПИДа и предложение их негативного отношения к ВИЧ-инфицированным пациентам: позитивный опыт проекта в Украине .....	56
<b>Вставка 3.5.</b>	Меры по противодействию ВИЧ/СПИДа с учетом гендерного фактора.....	62

## Список сокращений

АРВ	антиретровирусные препараты
ВИЧ	вirus иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
МОТ	Международная организация труда
МСМ	мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами
НПО	неправительственная организация
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков
ППМР	профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
ПРООН	Программа развития ООН
СНГ	Содружество Независимых Государств
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ССГА ООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИД
УВКПЧ	Управление Верховного Комиссара ООН по правам человека
ЮНЕСКО	Организация ООН по образованию, науке и культуре
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНИФЕМ	Женский фонд развития ООН
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД
CD4	клетки с кластером дифференцировки 4 (разновидность Т-лимфоцитов)
УНП ООН	Управление ООН по контролю за наркотиками и предупреждению преступности

# Введение: Регион, живущий с ВИЧ

По оценкам ЮНЭЙДС на территории Восточной Европы и Содружества Независимых Государств (СНГ) насчитывается около 1,5 миллиона человек, живущих с ВИЧ, которые представляют весь социально-демографический спектр и разнообразие этого региона. Это преподаватели и студенты, адвокаты и их клиенты, матери и отцы, сыновья и дочери, пациенты и медицинские работники, пожилые, молодые и новорожденные, работающие, безработные и работодатели. Все они очень разные, но есть одна черта, которая их всех объединяет – это перспектива повседневной борьбы с множественными физиологическими проблемами, связанными с ВИЧ, и социальной изоляцией вследствие стигмы и дискриминации, которые оказывают на человека не менее, а, может быть, и более разрушительное воздействие, чем сама болезнь.

Однако опыт, накопленный в мире за 25 лет противодействия СПИДу, свидетельствует о том, что такая ситуация не является неизбежной. Вполне реально добиться существенных улучшений в положении людей, живущих с ВИЧ, позволяющих им адаптироваться к новой реальности и долгие годы весить здоровую и продуктивную жизнь. Большая толерантность по отношению к людям, живущим с ВИЧ, и активная приверженность универсальным принципам социальной интеграции послужит на благо обществу, поскольку будет способствовать увеличению совокупного уровня человеческого развития, а также созданию условий для наиболее эффективной профилактики дальнейшего распространения ВИЧ. То, что хорошо для людей, живущих с ВИЧ, и для групп населения повышенного риска, является благом и для общества в целом.

Во многих странах региона наблюдается заметный и достойный всяческого одобрения прогресс в деле противодействия распространению ВИЧ. И все же эпидемия развивается быстрее, чем ответные меры. Разумеется, наиболее заметные успехи были достигнуты там, где существует гуманная и терпимая социальная среда. Но в связи с тем,

что число людей, живущих с ВИЧ, растет в регионе с каждым днем, стигма, дискриминация и нарушения прав ЛЖВ – удручающие даже в случае их единичного проявления – приобретают массовый характер и подрывают достигнутые с таким трудом успехи.

В настоящем докладе предпринята попытка выйти за рамки статистики и показать человеческое лицо эпидемии, региональные особенности уязвимости к ВИЧ в повседневной жизни людей и предложить эффективные меры для преодоления этой неотложной проблемы. В этом смысле эпидемиологические тенденции играют вспомогательную роль для понимания более широкого контекста и масштабов уязвимости. Основой для анализа служат результаты новаторского исследования, проводившегося в сотрудничестве с местными социологическими исследовательскими институтами в шести странах, представляющих географию и социально-экономическое многообразие региона. Кроме того, это репрезентативное исследование, охватившее Кавказ (Грузия), Центральную Азию (Узбекистан), западные страны СНГ (Россия и Украина), государства-члены ЕС и страны Балтии (Эстония) и одну страну-кандидата на вступление в ЕС (Турция), представляет широкий спектр региональных вариаций эпидемиологического профиля: повышенный уровень локальной эпидемии, начальная стадия локальной вспышки и низкий уровень эпидемии. Результаты этого исследования, представленные во всех разделах доклада (в специальных вставках зеленого цвета), свидетельствуют об удивительном сходстве характера уязвимости людей, живущих с ВИЧ в самых различных социально-экономических и политических условиях.

К целевой аудитории данного Доклада относятся все члены общества, занимающиеся проблемой ВИЧ или затронутые ВИЧ-инфекцией, а также те, кто по долгу службы или иным причинам обязаны принимать меры по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИД: политические лидеры и должностные лица разных уровней, ученые, руководители и работники учреждений здравоохранения, социальные работники, журналисты, представители политических партий, общественных организаций, профсоюзов, бизнеса, религиозных организаций, а также все остальные граждане, интересующиеся проблемами ВИЧ/СПИДа.

*То, что хорошо для людей, живущих с ВИЧ, и групп населения повышенного риска, хорошо и для общества в целом*

*В связи с тем, что число людей, живущих с ВИЧ в регионе, растет с каждым днем, стигма, дискриминация и нарушения прав ЛЖВ, удручающие даже в случае их единичного проявления, приобретают все более массовый характер*

*В регионе не существует простой и единой картины распространения ВИЧ-инфекции; поэтому при выработке стратегии и тактики противодействия эпидемии нельзя руководствоваться упрощенными стереотипами, бытующими относительно групп населения повышенного риска*

*Эпидемиологическая ситуация в регионе постоянно меняется: благодаря совершенствованию методов лечения, ЛЖВ стали жить дольше, а их ряды, наряду с мужчинами, все чаще пополняют женщины и дети*

воохранения, деятели образования и пропаганды, работодатели, представители неправительственных организаций, религиозные лидеры и активисты гражданского общества. Но главное, что эта аудитория включает людей, живущих с ВИЧ, чье активное участие в противодействии ВИЧ-инфекции является решающим фактором успеха и долгосрочной эффективности мер по противодействию эпидемии.

Программа развития ООН является одним из ко-спонсоров ЮНЭЙДС, поэтому она, в рамках своего мандата, совместно с партнерами занимается анализом социальных, экономических и политических факторов распространения ВИЧ и разработкой мер по противодействию эпидемии, развивая и дополняя деятельность системы здравоохранения. ПРООН также поддерживает усилия партнеров, направленные на то, чтобы лучше понять и смягчить последствия СПИДа, которые проявляются во многих областях жизни общества и, особенно, в повседневной жизни людей, затронутых и живущих с ВИЧ.

Лица и голоса людей, живущих с ВИЧ, часто остаются за кадром. В некоторых случаях их активно изолируют и лишают прав голоса. В настоящем докладе делается попытка пролить свет на жизненный опыт, мысли и поступки людей, живущих с ВИЧ. При этом в докладе особо подчеркивается, что в основе человеческого развития лежит гуманизм. Перспективы людей, живущих с ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ, рассматриваются параллельно с обзором данных эпидемиологических исследований и методов противодействия ВИЧ/СПИДу, используемых в разных частях региона. В то же время в докладе учитываются и мнения людей, которым в силу своих профессиональных занятий приходится сталкиваться с проблемой эпидемии ВИЧ как бы с «другой стороны». Они представляют три основных сектора, имеющих ключевое значение для людей, живущих с ВИЧ, поскольку при столкновении с ними в повседневной жизни ЛЖВ чаще всего ощущают свою уязвимость: здравоохранение (врачи, медсестры и прочий медицинский персонал), образование (руководители и преподаватели) и работа (работодатели и сослуживцы). Совокупность данных из этих источников позволяет составить более всестороннее представление о региональных проблемах, связанных с ВИЧ, и глубже осознать необходимость принятия государственных мер, направленных на их решение.

Красной нитью через весь доклад проходит идея о необходимости преодоления стигмы, дискриминации и социальной изоляции, а также защиты таких основных прав людей, живущих с ВИЧ, и представителей группы повышенного риска, как право на здоровье, образование и занятость. Респонденты нашего первичного исследования подробно рассказывают о том, с какими проблемами им приходится сталкиваться в этих областях. В частности, истории людей, живущих с ВИЧ, свидетельствуют о том, что сопутствующие социальные трудности осложняют жизнь ЛЖВ ничуть не меньше, а порой даже больше, чем проблемы со здоровьем, связанные с ВИЧ.

По результатам представленного в докладе анализа определен ряд задач, стоящих перед странами региона. Во-первых, в регионе не существует единой картины распространения ВИЧ-инфекции; поэтому при выработке стратегии противодействия эпидемии нельзя опираться на упрощенные стереотипы, которые сводят проблему к группам населения повышенного риска. Во-вторых, в регионе наблюдаются существенные различия в показателях национального развития, инфраструктуре здравоохранения и социального обеспечения, правовой защите, а также сложившихся культурных представлениях о ВИЧ и сопутствующих формах рискованного поведения. В-третьих, эпидемиологическая ситуация в регионе постоянно меняется; благодаря совершенствованию методов лечения, ВИЧ-инфицированные живут дольше, а их ряды, заодно с мужчинами, все чаще пополняют женщины и дети. В-четвертых, дебаты относительно стратегии противодействия эпидемии ВИЧ приобретают все более сложный характер – отчасти это связано с тем, что эпидемия затрагивает множество секторов общественной жизни. Эти факторы могут затруднять выработку скоординированного регионального ответа на эпидемию.

Несмотря на вышеупомянутые проблемы, в настоящем докладе представлен ряд ключевых принципов, которые должны лежать в основу ответных мер во всех странах региона. Первый из них сформулирован в обращенном к каждому сообществу призывае «Знай особенности своей эпидемии». Это значит, что вместо механического следования стандартным схемам в области профилактики ВИЧ, санитарного просвещения, тестирования и лечения, ответные меры на местном и

национальном уровне должны быть направлены на скрупулезный сбор полной, точной и свежей информации, дающей представление о специфических местных или национальных особенностях эпидемии ВИЧ. Такая информация должна включать биологические и поведенческие показатели, дополняемые другими видами информации (такими как результаты качественных исследований), чтобы приспособить ответные меры к местным условиям. Во-вторых, необходимо уполномочить государственные органы и их партнеров из числа общественных организаций на сотрудничество и разработку стратегических мер по борьбе с эпидемией ВИЧ. В частности, привлечение к этой работе людей, живущих с ВИЧ, и представителей групп повышенного риска позволит гарантировать надежную и эффективную реализацию программ и мероприятий, направленных на снижение уровня передачи ВИЧ и повышение качества жизни ЛЖВ. Третий принцип – это обеспечение «всеобщего доступа» к профилактике ВИЧ, информации, тестированию и лечению. Он подчеркивает необходимость реализации права каждого человека на наивысший достижимый уровень здоровья и адекватную медицинскую помощь и направлен на устранение дискриминации в отношении традиционно обездоленных членов общества. Четвертый принцип состоит в необходимости признания того, что ВИЧ затрагивает женщин наравне с мужчинами, и реагирования на социально-экономические изменения, которые приводят к росту уязвимости женщин к ВИЧ-инфекции и распространению пагубного влияния последствий СПИДа на семью и общество.

Всех читателей настоящего доклада мы призываем увидеть за проблемой ВИЧ конкретные человеческие судьбы и переживания, а не рассматривать ее как чисто медицинскую проблему или абстрактную задачу для политиков, которую можно представить в виде статистической выкладки. Если смотреть на проблему глазами людей, живущих с ВИЧ, становится ясно, что при выработке ответных мер следует одновременно руководствоваться принципами, которые лежат в основе здравоохранения, прав человека и человеческого развития. Только такой целостный подход сможет остановить и повернуть вспять распространение ВИЧ в регионе и преодолеть пагубное воздействие ВИЧ. Для эффективного реагирования на эпидемию СПИДа необходима активная и настойчивая работа в об-

ласти здравоохранения и прав человека. К счастью, реализация решительных и действенных ответных мер по противодействию эпидемии СПИДа, в свою очередь, будет способствовать успешному решению стоящих перед регионом задач в сфере здравоохранения, человеческого развития и обеспечения прав человека.



# Глава 1: Эпидемия в числах – группы населения повышенного риска

В опубликованном в 2004 году Региональном докладе о ВИЧ/СПИДе в контексте человеческого развития в странах Восточной Европы и СНГ<sup>1</sup> высказывалось предостережение о растущей угрозе региональной эпидемии ВИЧ<sup>2</sup>. Сейчас, через четыре года после публикации этого доклада, ВИЧ пустил глубокие корни в этом регионе. В то время как имеются признаки стабилизации показателей распространенности глобальной эпидемии на нынешнем уровне, Восточная Европа и СНГ остаются одним из нескольких регионов мира, где уровень распространенности ВИЧ продолжает расти<sup>3</sup>. В регионе нет ни одного государства, которое бы не затронул ВИЧ, хотя некоторые страны несут на себе более тяжкое бремя этой болезни, особенно это касается европейской территории СНГ. С полным основанием можно считать, что регион «живет с ВИЧ» подобно тому, как живут с ВИЧ отдельные люди. И если людям приходится адаптироваться к своему ВИЧ-статусу, искать средства для поддержания своего здоровья и соблюдать жизненно важный режим лечения, то и государствам региона также необходимо изменить методы своей работы и научиться по новому заботиться о нуждах разных групп населения ради будущих поколений.

Однако метафора о регионе, «живущем с ВИЧ», многогранна; она предполагает, что специфические меры в ответ на эпидемию на микро-уровне, соответствующие особенностям данной страны, должны дополняться факторами на микроуровне, охватывающие такие области как политика, экономика, куль-

тура, демография, международные отношения, развитие и здравоохранение. В то время как основания для удовлетворения потребностей отдельных людей, живущих с ВИЧ, сформулированы довольно четко и базируются на принципах прав человека и всеобщего доступа к уходу, лечению и профилактике<sup>4</sup>, – рекомендации для государств по формулированию, осуществлению и мониторингу реализации этих принципов на практике не столь хорошо разработаны, так как данный процесс затрудняется присутствием многочисленных макроуровневых факторов.

*Восточная Европа и СНГ остаются одним из немногих регионов мира, где уровень распространенности ВИЧ продолжает расти*

## Знать свою эпидемию

По мере развития эпидемии в глобальных масштабах, ЮНЭЙДС и другие ведущие международные организации все больше подчеркивают необходимость «знать свою эпидемию» для разработки эффективного национального ответа с учетом ситуации на местах<sup>5</sup>. По-видимому, подобный подход особенно актуален в странах с умеренной или локальной эпидемией ВИЧ, например, в Восточной Европе и СНГ, где инвестиции ресурсов в целевые вмешательства и услуги для основных групп населения повышенного риска, приводят к значительно более эффективным результатам, достигаемым относительно экономичными средствами. Знание особенностей своей эпидемии позволяет лицам, определяющим политику, правильно выбирать меры, необходимые для достижения всеобщего доступа к уходу, ле-

*Вложение ресурсов в целевые вмешательства и услуги для групп населения повышенного риска, дают значительно более эффективные результаты, достигающиеся относительно экономичными средствами*

1 Странами СНГ являются Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Киргизстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина и Узбекистан. В группу новых государств-членов ЕС и Турции входят Болгария, Кипр, Чешская Республика, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Румыния, Словакия, Словения и Турция. В западно-балканскую группу входят Албания, Босния и Герцеговина, Хорватия, Бывшая Югославская Республика Македония, Черногория и Сербия. Эта классификация применяется в настоящем Докладе в всех случаях, если не оговорено иное.

2 ПРООН, ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и Содружества Независимых Государств. Как обратить эпидемию вспять: состояние проблем и возможные решения, ПРООН: Братислава, 2004.

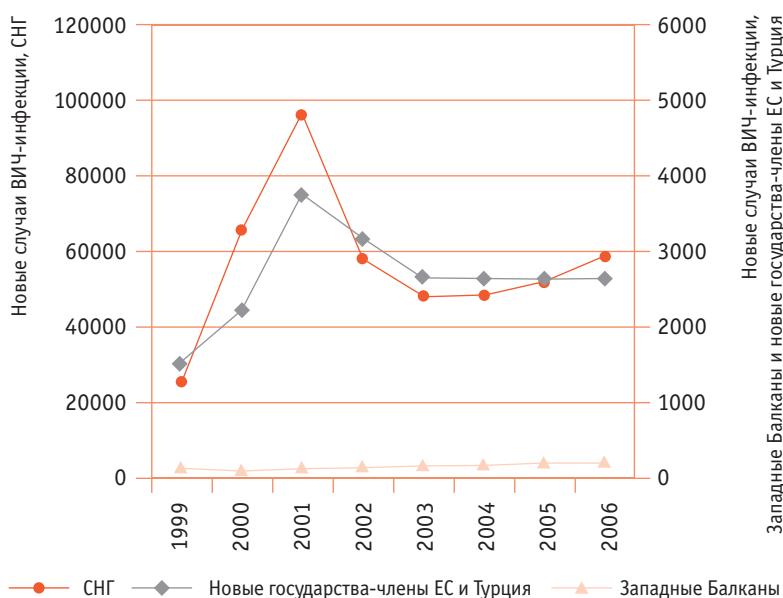
3 ЮНЭЙДС. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа за 2008 год [2008 Report on the Global AIDS Epidemic], UNAIDS: Geneva, 2008.

4 ЮНЭЙДС. Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека [International guidelines on HIV/AIDS and human rights], UNAIDS: Geneva, 2006. См. также ВОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, «В направлении всеобщего доступа: наращивание приоритетных действий в политическом секторе: отчет о ходе работ [Towards universal access: scaling up priority interventions in the policy sector: progress report], апрель 2007 год, UNAIDS: Geneva, 2007.

5 ЮНЭЙДС. Ежегодный доклад ЮНЭЙДС: Знать свою эпидемию [UNAIDS annual report: knowing your epidemic], UNAIDS: Geneva, 2007, см. на сайте: [http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1535\\_annual\\_report07\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1535_annual_report07_en.pdf).

чению и поддержке, а также оценивать, в какой степени государственные ресурсы, выделяемые на противодействие эпидемии ВИЧ, согласуются с потребностями на местах. На следующих страницах описываются основные факторы, способствующие распространению ВИЧ в регионе, анализ которых и лег в основу эффективных ответных мер.

**Рисунок 1.1 Вновь диагностированные случаи ВИЧ в регионе**



Источник: EuroHIV, 2006а, отчёт №. 75.

В соответствии с программной классификацией ПРООН, применяемой в настоящем докладе, регион стран Восточной Европы и СНГ состоит из пяти субрегионов: члены Европейского Союза и кандидаты в члены ЕС, Западные Балканы, западные страны СНГ (Молдова, Беларусь, Российская Федерация и Украина), Кавказ и Центральная Азия. Субрегионы и входящие в них страны имеют разную историю, языки, культурные и религиозные традиции, а также свой путь развития. Вследствие многообразия внутри региона и внутри входящих в него государств, нет двух стран, в которых наблюдалась бы одинаковая эпидемиологическая ситуация,

и нет единого подхода к противодействию ВИЧ и защите интересов людей, живущих с ВИЧ, который можно было бы повсеместно реализовать, используя универсальную методику.

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ, увеличилось примерно с 630 000 человек в 2001 году до 1,5 млн. человек в 2007 году, что составляет прирост на 150 процентов<sup>6</sup>. По данным ЮНЭЙДС, 87 % новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе приходится на Российскую Федерацию (66%) и Украину (21%). Уровень распространения ВИЧ в Эстонии также тревожно высок. В Центральной Азии и на Кавказе число впервые диагностированных случаев ВИЧ тоже растет, причем в Узбекистане регистрируется наибольшее число новых случаев ВИЧ среди стран Центральной Азии.

В европейской части региона за последние 10 лет наблюдалось устойчивое развитие эпидемии ВИЧ: в 2006 году было официально зарегистрировано 86 912 новых случаев заболевания, причем более двух третей из них приходится на Восточную Европу. В странах Восточной Европы и СНГ пик заболеваемости ВИЧ-инфекцией был отмечен в 2001 году, когда число вновь диагностированных случаев составило 342,4 на 1 миллион населения, а в 2003 году этот показатель снизился до 174,3. Затем показатель вновь начал неуклонно возрастать и в 2006 году достиг 210,8 случаев на 1 миллион населения. По контрасту, в большинстве стран Центральной и Юго-Восточной Европы число новых случаев ВИЧ-инфекции с 1999 года стабильно держалось на уровне менее 10 случаев на 1 миллион населения<sup>7</sup>.

## Концентрированная или генерализованная?

Классификация стадий эпидемии СПИДа имеет важное значение с точки зрения выработки стратегии противодействия. Исследователи утверждают, что подробное и конкретное

6 ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения, Восточная Европа и Центральная Азия: новейшая информация об эпидемии СПИДа: региональный обзор [Eastern Europe and Central Asia: AIDS epidemic update: Regional Summary]: UNAIDS, Geneva, 2008, см. на сайте: [http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1529\\_epibriefs\\_europe\\_casia\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1529_epibriefs_europe_casia_en.pdf).

7 EuroHIV, «Надзор за ВИЧ/СПИДом в Европе: годовой отчет за 2006 год» [‘HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2006’], Institut de veille sanitaire: Saint-Maurice, 2007, №. 75.

описание особенностей эпидемии важно для разработки эффективных политических рекомендаций, своевременного оповещения о риске заражения и действенной тактики сдерживания распространения заболевания<sup>8</sup>. Необходимо точно указать масштабы и границы распространения заболевания; число случаев; уровень смертности среди инфицированных; степень контагиозности и любые сопутствующие виды рискованного поведения, способствующие передаче вируса. Таким образом, хотя СПИД явно представляет собой пандемический процесс, связанный с одним заболеванием, вероятно, корректнее всего было бы описывать его как ряд культурно- или контекстно-обусловленных эпидемий<sup>9</sup>. При разработке мер, предпринимаемых органами здравоохранения и другими ведомствами, необходимо должностным образом учитывать местные факторы, определяющие эффективность профилактики, лечения и иных вмешательств.

ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения<sup>10</sup> разработали руководство по классификации эпидемий СПИДа в соответствии со шкалой, включающей три стадии: эпидемия с низким показателем распространенности, концентрированная и генерализованная эпидемия (см. Таблицу 1.2). Согласно этой концепции, разные уровни и типы эпидемий требуют разных ответов, что является одним из столпов подхода «Знать свою эпидемию – ключ к эффективному противодействию». Например, организация Family Health International<sup>11</sup>, взявшая за основу руководство ЮНЭЙДС, рекомендует, чтобы «на стадии концентрированной эпидемии государства продолжали серологический надзор за ВИЧ в группах с высокой степенью концентрации ВИЧ и начали проводить мониторинг распространения ВИЧ-инфекции среди широкого населения, особенно среди молодежи». В странах с концентрированной стадией эпидемии приоритетным должен стать биологический и поведенческий надзор за группами наибольшего риска, а также разработка целе-

**Таблица 1.1. Региональный обзор эпидемиологической ситуации (данные ЮНЭЙДС)**

	2001	2007
<b>Страны Восточной Европы и СНГ</b>		
Взрослые и дети, живущие с ВИЧ	0,63 млн. [0,49–1,1 млн.]	1,5 млн. [1,2–2,1 млн.]
Вновь диагностированные случаи ВИЧ у взрослых и детей	230 000 [98 000–340 000]	150 000 [70 000–290 000]
Распространенность ВИЧ-инфекции среди взрослых (%)	0,4% [0,3%–0,6%]	0,9% [0,7%–1,2%]
Число смертей от СПИДа среди взрослых и детей	8000 [5500–14 000]	55 000 [42 000–88 000]
<b>Западная и Центральная Европа</b>		
Взрослые и дети, живущие с ВИЧ	0,62 млн. [0,5–0,87 млн.]	0,76 млн. [0,6–1,1 млн.]
Вновь диагностированные случаи ВИЧ у взрослых и детей	32 000 [19 000–76 000]	31 000 [19 000–86 000]
Распространенность ВИЧ-инфекции среди взрослых (%)	0,2% [0,1%–0,3%]	0,3% [0,2%–0,4%]
Число смертей от СПИДа среди взрослых и детей	10 000 [<15 000]	12 000 [<15 000]

**Источник:** ЮНЭЙДС, 2007 AIDS Epidemic Update. В квадратных скобках указан диапазон значений оценки.

**Таблица 1.2: Критерии определения стадии эпидемии ВИЧ**

<b>Эпидемии с низким показателем распространенности</b>	Уровень распространенности ВИЧ среди всего населения и групп повышенного риска <1%
<b>Концентрированная эпидемия</b>	Уровень распространенности ВИЧ среди всего населения <1%, а в группах повышенного риска >5%
<b>Генерализованная эпидемия</b>	Уровень распространенности ВИЧ среди всего населения >1%; поддерживается, главным образом за счет передачи инфекции половым путем

8 Грин М., Шварц Т., Мейшер Е., Лев Б., Левенталь А., Слаттер П., Шемер Дж., Когда эпидемия является эпидемией? [When is an Epidemic an Epidemic?] Israel Medical Association Journal, 4, 3–6. См. также Вилсон Д., Хаперин Д.Т. (2008). «Знать свою эпидемию – ключ к эффективному противодействию»: полезный подход, если его правильно применять [“Know your epidemic, know your response”: a useful approach, if we get it right]. Lancet, 372, 423–6 (2008).

9 ВИЧ/СПИД: не одна эпидемия, а целое множество [HIV/AIDS: not one epidemic but many]. Редакционная статья в журнале «Ланцет» (Lancet), 365, 1–2 (2004).

10 Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по надзору за глобальными ИППП, Руководящие принципы для надзора второго поколения [Guidelines for Second Generation Surveillance] (2000), см. на сайте: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epiworkinggrp.asp>.

11 Family Health International, “Behavioral Data Collection in HIV-Related Risk Behaviors, см. на сайте: <http://www.fhi.org/en/HIV/AIDS/pub/fact/behadatacol.htm>.

*Хотя СПИД явно представляет собой пандемический процесс, связанный с одним заболеванием, вероятно, корректнее всего было бы описывать его как ряд культурно- или контекстно-обусловленных эпидемий*

*Политика органов здравоохранения и системы социальной помощи должна ставить во главу угла обеспечение медицинских потребностей и прав тех групп населения, которые больше всего затронуты эпидемией, или подвергаются повышенному риску; в то же время, необходимо повышать информированность широких масс населения и снижать уровень стигмы и дискриминации в обществе*

направленных профилактических вмешательств и лечебных программ, наряду с противодействием стигматизации этих групп. В странах с генерализованными эпидемиями следует использовать методы строгого антенатального и популяционного надзора в целях сдерживания распространения эпидемии, разрабатывать программы, направленные на изменение опасных форм социального поведения и вкладывать средства в развитие инфраструктуры здравоохранения, чтобы удовлетворить потребности в лечении больших групп населения, затронутых эпидемией.

В некоторых регионах Эстонии, России и Украины, которые считаются странами с «локальными эпидемиями», все больше проявляются черты генерализованных эпидемий. В Украине, например, в 3 регионах из 27 зарегистрирован показатель распространности ВИЧ среди беременных женщин, превышающий 1 процент<sup>12</sup>. По оценке ЮНЭЙДС, распространность ВИЧ среди взрослого населения в этих странах перешагнула через пороговый показатель ( $>1$  процент)<sup>13</sup>. В подобных условиях в целях сдерживания дальнейшего распространения эпидемии необходимо проведение дозорного эпиднадзора за ВИЧ среди групп населения повышенного риска и всего населения, а также вмешательств направленных на стабилизацию и снижение передачи инфекции. Однако в том же докладе отмечается, что в этих странах ВИЧ концентрируется преимущественно в группах потребителей инъекционных наркотиков (ПИН); следующей группой повышенного риска являются их сексуальные партнеры. Это позволяет сделать вывод, что генерализованная эпидемия не развилась до национального уровня ни в одной из стран региона. Эксперты предполагают, что среди мужчин, вступающих в половые контакты с мужчинами, уровень распространности ВИЧ достаточно высок, хотя это и не отражено в официальной статистике в силу отсутствия как целенаправленных исследований, так и существование социальных табу, затрудняющих возможность открытого признания в подобном поведении. «В таких ситуациях необходимы «комбинированные профилактические» меры – объединяющие поведенческий, общественный, струк-

турный и биомедицинский подходы для одновременного воздействия на основные подгруппы повышенного риска, наряду с работой по устраниению предпосылок для передачи инфекции среди населения в целом»<sup>14</sup>.

При локальных эпидемиях органы здравоохранения и социального обеспечения должны ставить во главу угла потребности в медицинской помощи и обеспечение прав тех групп населения, которые больше всего затронуты эпидемией, а также групп повышенного риска; в то же время необходимо усиливать информированность населения и снижать уровень стигмы и дискриминации в обществе. К группам населения, которым грозит максимальный риск, относятся люди, употребляющие инъекционные наркотики, мужчины, вступающие в половые контакты с мужчинами, а также работники коммерческого секса. Приоритетного внимания заслуживают также партнеры людей, входящих в эти группы. К другим уязвимым группам населения можно отнести заключенных, мигрантов и этнические меньшинства. Попытки представлять и отстаивать интересы этих групп неизбежно связаны с преодолением исторически сложившихся проблем, обусловленных стигмой, маргинализацией, бедностью, дискриминацией и моральным осуждением этих групп.

## **Пути передачи ВИЧ в странах Восточной Европы и Содружества Независимых Государств**

В большинстве новых случаев ВИЧ, зарегистрированных в регионе, инфекция передавалась потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). Однако в динамике распространения эпидемии в регионе в целом прослеживаются три волны: первая, подобная взрыву, соответствует стремительному распространению инфекции среди ПИН; за ней следует вторая, более медленная, но обширная волна передачи инфекции половым путем; а третья, недавно выявленная волна ха-

12 Проект «Всесторонняя внешняя оценка национальных мер в ответ на СПИД в Украине» [Comprehensive External Evaluation of the National AIDS Response in Ukraine], UNAIDS, 2008, p.21.

13 ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения. (2008), см. выше прим. 6.

14 Meerson M.X., O’Mали Дж., Сервадда Д., Аписук С. История и проблема профилактики ВИЧ [The history and challenge of HIV prevention]. Lancet, 372, 475-88 (2008).

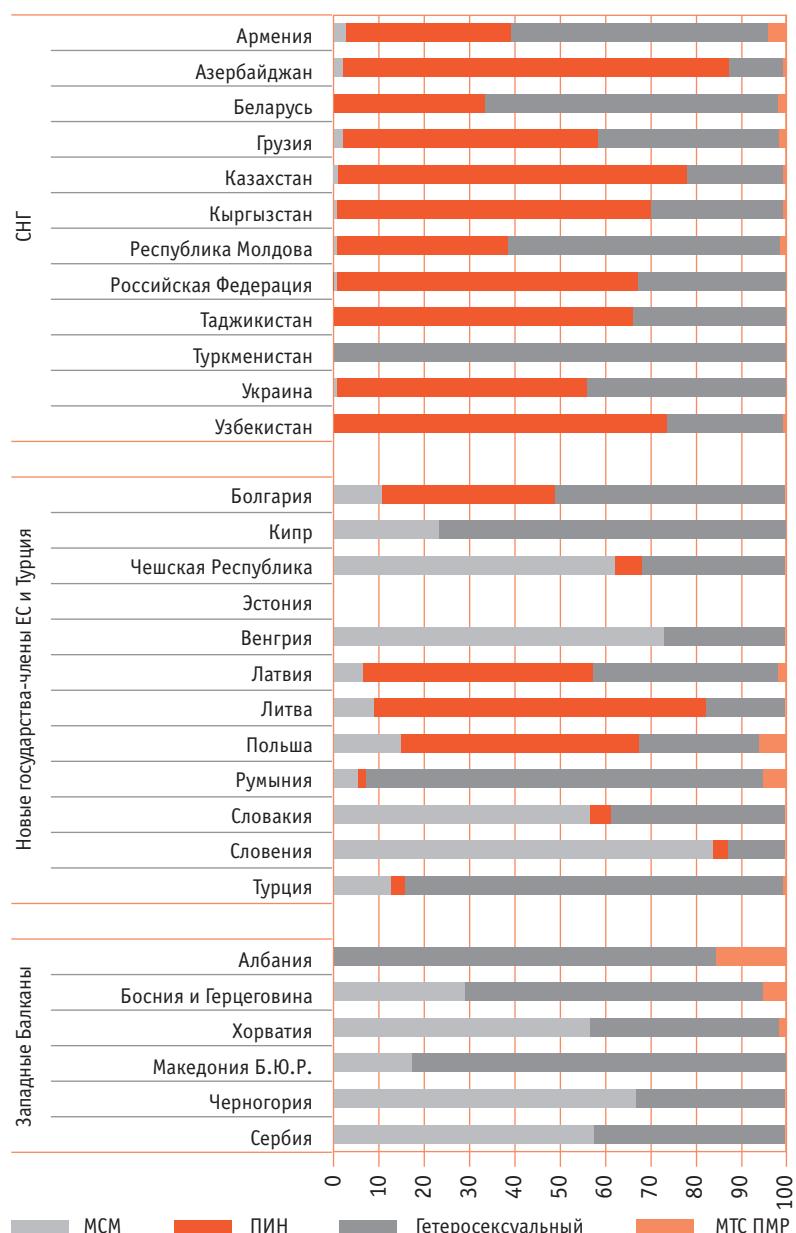
рактеризуется передачей инфекции от матери ребенку (Рисунок 1.2).

## Инъекционное потребление наркотиков

Инъекционное потребление наркотиков является доминирующим путем передачи в 11 странах региона. Из 59866 вновь выявленных случаев в 2006 году (распространенность 210,8 на 1 млн. населения), 62% приходится на потребителей инъекционных наркотиков<sup>15</sup>. Отмеченный в 2001 году пик инфекции ВИЧ в Восточной Европе был обусловлен ростом новых случаев ВИЧ среди ПИН; большая часть из них была зарегистрирована в Российской Федерации и Украине. Оценки распространенности ВИЧ среди ПИН в регионе остаются крайне неоднородными. Во многих странах Центральной Европы наблюдается низкая распространенность ВИЧ, а доля впервые диагностированных случаев ВИЧ среди ПИН обычно составляет менее 10% и имеет тенденцию к снижению. В некоторых странах, в частности, на востоке Европы, около десяти лет назад наблюдалось быстрое распространение эпидемии, что привело к появлению значительной группы людей, живущих с ВИЧ. Рост случаев гетеросексуальной передачи ВИЧ в Восточной Европе частично вызван передачей инфекции от ВИЧ-положительных ПИН их сексуальным партнерам.

Важно отмечать региональные и внутригосударственные различия в показателях распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, так как крупные национальные исследования могут не отражать изменчивость показателей по отдельным регионам или городам. Во многих городах и регионах Восточной Европы показатели распространенности ВИЧ превышают общенациональный уровень, что может свидетельствовать о наличии локальных вспышек ВИЧ среди отдельных групп ПИН (Рисунок 1.3 на ст. 10). Например в России показатель распространенности ВИЧ в выборках ПИН варьирует от 3% в Волгограде до 14% в Москве<sup>16</sup>. Для сравнения,

**Рисунок 1.2. Распределение вновь диагностированных случаев ВИЧ по способу передачи инфекции (в %), 2006**



**Примечание:** проценты передачи ВИЧ от матери ребенку в 2006 году в России и Украине не отражены в этом источнике. Согласно последним национальным отчетам по выполнению ССГА ООН – 8000 и 3430 детей были рождены женщинами, живущими с ВИЧ в России и Украине, соответственно. Большинство этих детей не будут инфицированы ВИЧ. К примеру, в Украине в 2007 году подтверждение диагноза ВИЧ получили 257 детей, рожденных в предыдущие 18 месяцев.

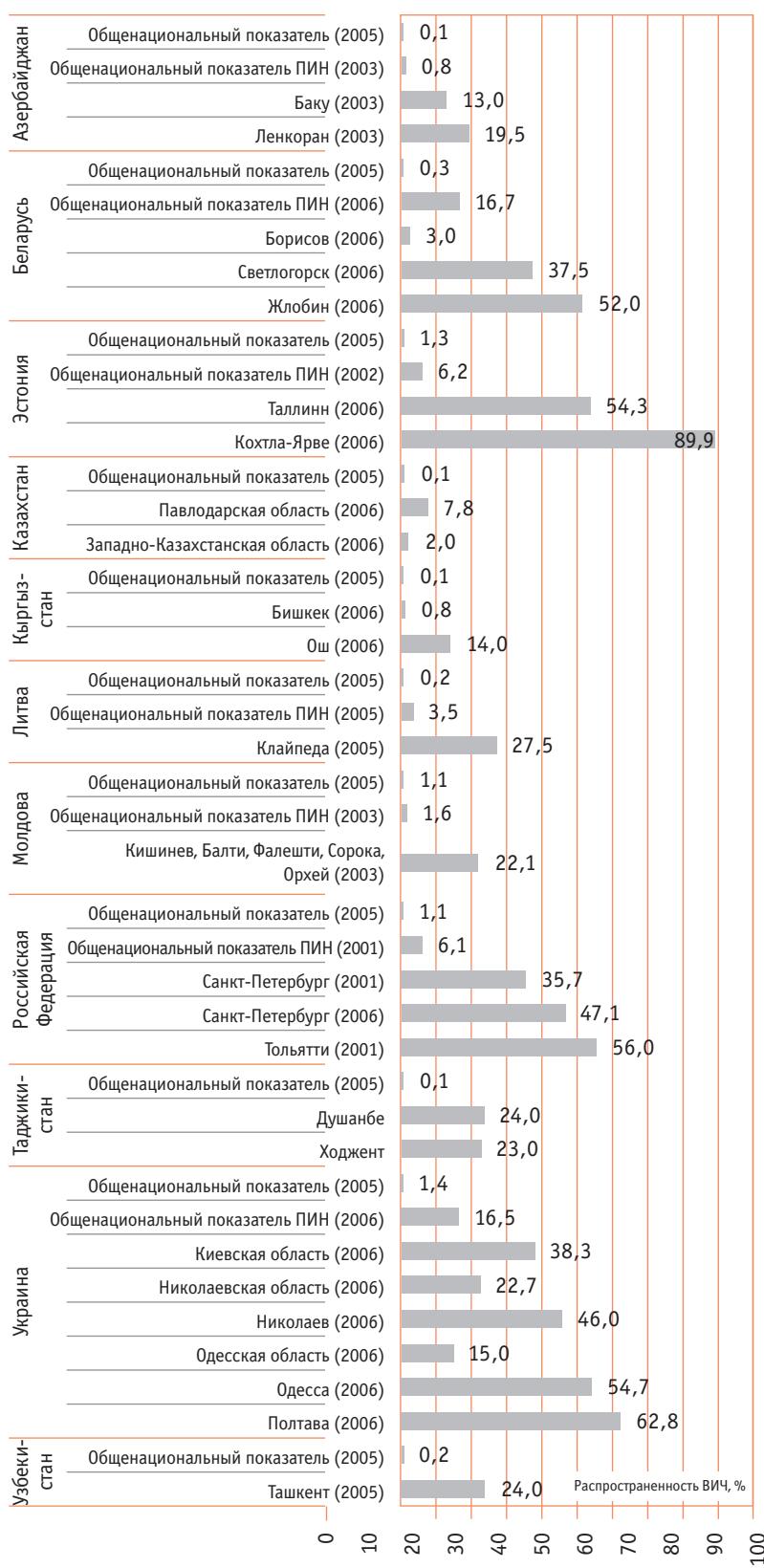
**Источник:** собственные расчеты на основе доклада EuroHIV, 2006а, отчет №. 75

**Примечание:** включены только случаи с известным способом передачи инфекции.

15 EuroHIV, «Надзор за ВИЧ/СПИДом в Европе: полугодовой отчет за 2007 год» [“HIV/AIDS Surveillance in Europe: Mid-year report 2007”], Institut de veille sanitaire: Saint-Maurice, 2007. №. 76; данные о путях передачи инфекции отсутствуют в 23 936 случаях.

16 EuroHIV, «Надзор за ВИЧ/СПИДом в Европе: полугодовой отчет за 2007 год» [‘HIV/AIDS Surveillance in Europe: Mid-year report 2007,’] Institut de Veille Sanitaire: Saint-Maurice, 2007. №. 76, ст. 12 и приложение 1.4. ст. 28-29 (ссылка на российское исследование, Родес Т., Плат Л., Максимова С., Кошкина Е., Латишевская Н., Хикман М. и др. Распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди потребителей инъекционных наркотиков[‘Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injecting drug users in Russia: a multi-city study’]. Addiction 2006;101:252-66.

**Рисунок 1.3. Региональные и местные диспропорции в уровне распространенности ВИЧ среди ПИН**



**Источник:** HDR2007/2008 for national prevalence, EuroHIV, 2007, отчёт № 76 (Отчет №76 о распространении ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков).

в Украине в 9 из 10 городов, где проводились аналогичные исследования среди ПИН, уровень распространенности ВИЧ превышал 20%, что свидетельствует о более масштабной эпидемии в этой группе населения.

### Гетеросексуальная передача

По имеющимся сведениям, гетеросексуальные контакты являются вторым по частоте способом передачи ВИЧ в регионе. Данные о впервые диагностированных случаях ВИЧ дают основания считать, что основные пути передачи меняются, и что через ПИН эпидемия начала распространяться среди их сексуальных партнеров. В СНГ доля потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ, в период с 2002 по 2006 год снизилась с 79 до 62%<sup>17</sup>, но за то же время уровень инфицирования ВИЧ через гетеросексуальные контакты вырос с 20 до 37%<sup>18</sup>. На рисунке 1.4 показана тенденция, характерная для региона в целом – относительное снижение распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН и относительный рост удельного веса гетеросексуальных половых контактов как причины ВИЧ-инфицирования в Украине в период с 1987 по 2007 год.

В этой тенденции прослеживается и явный гендерный аспект, поскольку повышается уязвимость женщин к ВИЧ-инфекцией. В прошлом большинство зарегистрированных случаев ВИЧ в регионе приходилось на лица мужского пола, что отражает преобладание мужчин среди ПИН. Однако в 2006 году удельный вес женщин составил 41% от 59862 новых случаев ВИЧ-инфекции в Восточной Европе и СНГ. Некоторые из этих женщин сами принадлежат к сообществу ПИН и/или, имеют многочисленных половых партнеров в силу своей причастности к секс-бизнесу. Однако возрастающее число случаев ВИЧ среди женщин, по всей видимости, указывает на рост передачи ВИЧ гетеросексуальным путем, особенно от употребляющих наркотики мужчин и мужчин-бисексуалов их сексуальным партнерам-женщинам<sup>19</sup>.

Например, в Докладе о ситуации с ВИЧ/СПИДом в Российской Федерации за 2005 год,

<sup>17</sup> EuroHIV, 2007, см. выше прим. 7; № 75 собственные расчеты. Включаются только случаи, по которым известно, каким путем произошла передача инфекции.

<sup>18</sup> Там же.

<sup>19</sup> Там же.

представленном на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, отмечается, что 65,3 процента мужчин-ПИН имеют сексуальные контакты с женщинами, не употребляющими инъекционные наркотики<sup>20</sup>. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы прояснить механизмы этой взаимосвязи и разработать соответствующие профилактические вмешательства.

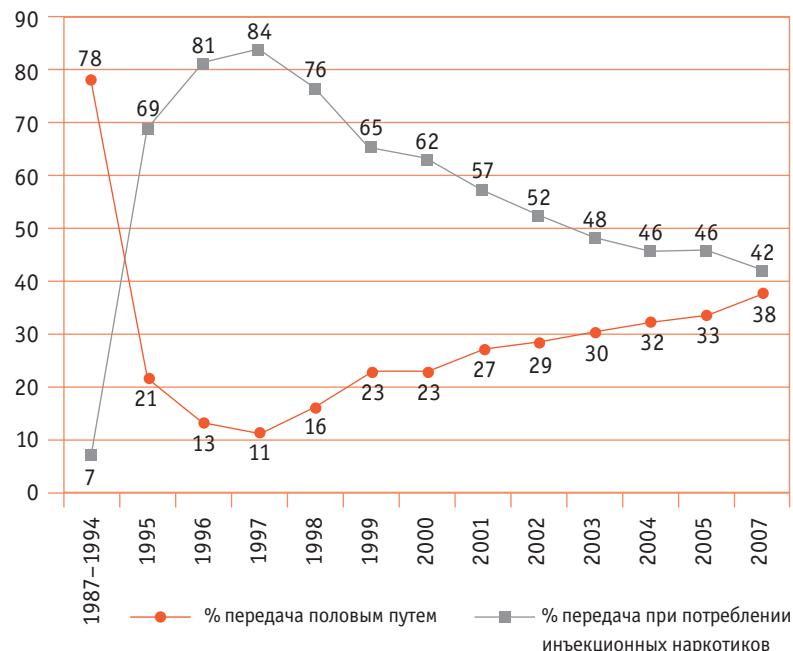
### Секс-бизнес

Численность работников секс-бизнеса в странах Восточной Европы и СНГ возросла вследствие социальных, экономических и политических перемен, которые вынуждают женщин (как и некоторых мужчин) становиться коммерческими секс-работниками, чтобы зарабатывать себе на жизнь. Работники секс-бизнеса, которые не пользуются презервативами постоянно, рискуют заразиться вследствие высокой частоты половых контактов с множеством разных партнеров. Они также подвергаются риску из-за употребления наркотиков и пользования нестерильным инъекционным инструментарием. По данным исследований, подобные привычки имеют широкое распространение в сообществах работников коммерческого секса по всему региону<sup>21</sup>. Также важно отметить, что секс-бизнес влияет на распространение ВИЧ из одной страны в другую. Пересякать границы могут как работники секс-бизнеса, так и их клиенты. Некоторые работники секс-бизнеса добровольно мигрируют по разным причинам, в том числе, стремясь повысить свои заработки. Кроме того, значительно возросло число женщин и девушек из региона, ставших жертвами международной торговли людьми, которая часто заканчивается работой в секс-бизнесе в странах Западной и Центральной Европы или Ближнего Востока<sup>22</sup>.

### Секс между мужчинами

Термин «мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами» (МСМ) включает как мужчин, которые отождествляют себя с гея-

**Рисунок 1.4. Динамика распространения ВИЧ-инфекции в Украине с 1987 по 2007 год**



**Источник:** Оценка уязвимости к ВИЧ в Украине [Vulnerability Assessment of People Living With HIV in Ukraine], Третий проект доклада, 10 декабря 2007 г.

ми, так и тех, кто не считают себя таковыми, но вступают в половые контакты с мужчинами при определенных обстоятельствах. Хотя это сообщество в Западной Европе давно входит в группу населения повышенного риска, ситуация с МСМ в странах Восточной Европы и СНГ отличается меньшей определенностью из-за недостатка данных и поведенческой информации, по сравнению с другими группами, которые подвержены повышенному риску.

Тем не менее, появляется все больше подтвержденной информации о скрытой эпидемии в Восточной Европе и СНГ среди МСМ, которые зачастую загнаны в подполье под давлением резкого усиления стигмы, дискриминации и даже преследований. Отказ от уголовного преследования за однополые сексуальные связи является относительно новым явлением в большинстве стран региона, за исключением Туркменистана и Узбекистана,

*Появляется все больше свидетельств о том, что в Восточной Европе и СНГ существует скрытая эпидемия среди МСМ, которые зачастую оказываются загнанными в подполье под давлением жестокой стигмы, дискриминации и даже преследований*

<sup>20</sup> Доклад по Российской Федерации за 2005 год на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН [Russian Federation 2005 UN-GASS report].

<sup>21</sup> EuroHIV, Надзор в Европе: полугодовой отчет за 2006 год [Surveillance in Europe: Mid-year report 2006], French Institute for Public Health Surveillance: Saint-Maurice, 2007, No.74.

<sup>22</sup> Зиммерман С., Юн К., Шваб И., Ваттс С., Трапполин Л., Трепетте М. и др. (2003). Риск для здоровья и последствия торговли женщинами и подростками. Результаты европейского исследования [The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK.

**Таблица 1.3. Уровень ВИЧ-инфекции, потребления инъекционных наркотиков и пользования презервативами среди женщин, работающих в секс-бизнесе в некоторых странах и городах Восточной и Центральной Европы, 2000-2005 гг. (данные разных исследований с использованием различных методик)**

Страна	Год (кол-во респондентов, n)	Процент ПИН среди женщины, работающих в секс-бизнесе	Уровень распространности ВИЧ	Пользование презервативами (%) и показатель
Азербайджан	2003 (n=200)	1%	9%	9% Показатель не определен
<b>Грузия</b>				
Тбилиси	2002 (n=158)	1%	0%	72% В прошлом месяце
Казахстан	2005 (n=1,960)	12%	2%	72% На момент интервью
<b>Кыргызстан</b>				
Бишкек, Ош	2004 (n=352)	5%	2%	82% При последнем контакте
Латвия	2002 (n=92)	80%	16%	80% В прошлом месяце
Riga	2004 (n=93)	53% <sup>†</sup>	18%	
Литва	2005 (кол-во респондентов не указано)		0%	70% При последнем контакте
<b>Республика Молдова</b>				
Кишинев	2003 (n=151)	11%	5%	82% При последнем контакте
<b>Российская Федерация</b>				
Екатеринбург	2003 (n=149)	27%	15%	68% При последнем контакте
Москва	2003 (n=135)	5%	14%	96% При последнем контакте
Санкт-Петербург	2003 (n=108)	93%	48%	93% При последнем контакте
Тольятти	2001 (n=77)	100%	62%	
Украина	2001 (n=646)	35%	20%	
Узбекистан	2004 (кол-во респондентов не указано)		10%	53% При последнем контакте
Болгария	2005 (n=874)	16%	2%	
Польша	2002 (n=400)	2%	2%	89% При последнем контакте

† Процент ПИН среди ВИЧ-положительных респондентов.

**Источник:** EuroHIV, 2006b. Надзор в Европе: среднегодовой отчет за 2006 год [Surveillance in Europe: Mid-year report 2006] No.74.

где такие отношения по-прежнему считаются преступными и влекут за собой уголовную ответственность<sup>23</sup>. Поэтому маловероятно, чтобы МСМ в этих странах открыто обращались за помощью, несмотря на то, что они относятся к группе населения повышенного риска. Например, в Украине, по имеющимся оценкам, около 60 процентов МСМ не проверяли свой ВИЧ статус<sup>24</sup>.

В таблице 1.4. собраны данные исследований о распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, начиная с 1996 года, свидетельствующие о том, что в регионе высока вероятность наличия локальной эпидемии среди МСМ, а также о необходимости более систематического и последовательного сбора данных в каждой стране для разработки соответствующих целенаправленных ответных мер<sup>25</sup>.

Кроме того, важно учитывать тот факт, что некоторые МСМ также вступают в половые отношения с женщинами, в некоторых случаях под влиянием общественного мнения, диктующего необходимость соблюдать традиционные нормы поведения<sup>26</sup>. Этот фактор необходимо учитывать при разработке профилактических мер в отношении МСМ для сдерживания передачи ВИЧ, как при однополых, так и гетеросексуальных контактах

## Ситуация в тюрьмах

Высокая распространенность ВИЧ среди заключенных свидетельствует об одновременном распространении инфекции вследствие употребления инъекционных наркотиков и незащищенного секса в этой группе населения. По имеющимся оценкам, показатель распространности ВИЧ в тюрьмах от 3,5 до 10 раз выше, чем среди населения в целом. По состоянию на январь 2007 года в украинской пенитенциарной системе было 4695 ВИЧ-положительных заключенных<sup>27</sup>, и уровень рас-

23 ВОЗ. «Прогресс в реализации Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии» [“Progress on implementing the Dublin Declaration on partnerships to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia”], ВОЗ 2008 г., с.14.

24 Там же, с. 95.

25 Таблица воспроизводится по материалам презентации Центра сотрудничества ВОЗ по надзору за ВИЧ, Загреб, Хорватия, июнь 2008 г.

26 ВОЗ 2008, см. выше прим. 21, с. 107.

27 Государственное управление Украины по вопросам правоприменения, 2007 г.

пространенности ВИЧ в этой группе вырос с 6% в 1999 году до 14% в 2006 году<sup>28</sup>. Среди заключенных в Самаре (Российская Федерация) также отмечался высокий уровень распространенности ВИЧ – 12,2% по данным на 2005 год, однако эти цифры не являются репрезентативными на национальном уровне<sup>29</sup>. Оценочные показатели распространенности ВИЧ среди заключенных в других странах региона приводятся в таблице 1.5 (см. ст. 14).

### Передача ВИЧ через инфицированную донорскую кровь

В последнее время в странах Восточной Европы было зарегистрировано небольшое число случаев гемотрансфузионной передачи ВИЧ-инфекции, однако недавние вспышки в Казахстане и Кыргызстане были связаны с переливанием крови. В Восточной Европе частота выявления ВИЧ в донорской крови резко возросла с менее чем 1 случая на 100000 единиц донорской крови в 1995 году, до 37,6 случаев на 100000 единиц донорской крови в 2006 году; этот рост подчеркивает необходимость контроля, мониторинга и регулирования работы с образцами крови.

Эта тенденция резко контрастирует с ситуацией в странах Западной Европы, где показатель распространенности ВИЧ среди образцов донорской крови снизился с 5,2 случаев на 100000 единиц донорской крови в 1990 году до 1,2 в 2006 году. В Центральной Европе в тот же период показатель встречаемости ВИЧ в донорской крови незначительно вырос с 1,6 случаев на 100000 единиц донорской крови в 1990 году до максимум 3,8 случаев в 2006 году. Наиболее опасный и тревожный рост числа ВИЧ-положительных образцов донорской крови произошел в Украине, где данный показатель вырос с 2,1 случаев на 100000 единиц донорской крови в 1995 году до 128,4 в 2004 году, причем с тех пор этот показатель стабилизировался и в 2006 году составил 127,1 на 100000 единиц донорской крови.

Беспокойство относительно безопасности банков донорской крови в регионе отражает

**Таблица 1.4. Распространенность ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, по данным за период с 1996 года**

Страна и год проведения исследования	Метод исследования	Размер выборки	Оценочная распространенность ВИЧ
Армения: Ереван, 2007	«Снежный ком»	100	2
Беларусь: Минск, 2007	Нерепрезентативная выборка (НВ)	279	0
Болгария: София и Варна, 2006	НВ	199	0
Хорватия: Загреб, 2006	Выборка, проводимая респондентами (ВПР)	360	4,5
Эстония: Таллин и Харью, 2007	ВПР	59	5
Грузия: Тбилиси, 2005	ВПР	70	4,2
Казахстан: несколько мест, 2007	НВ	450	0
Кыргызстан: Бишкек, 2006	НВ	100	1
Латвия: Рига, 1998	В	242	5
Мoldova: Кишинев, 2007	НВ	94	4,8
Польша: несколько городов, 2004	НВ	404	4,7
Российская Федерация: Томск, 2003 Екатеринбург, 2003 Москва, 2005 Санкт-Петербург, 2005 Красноярск, 2006 Пермь, 2006 Нижний Новгород, 2006	НВ НВ Выборка по месту и времени (ВМВ) ВМВ ВПР ВПР НВ	114 124 303 217 267 239 108	0 4,8 0,9 3,8 0,8 2,2 9,3
Словакия: Братислава, 1996	НВ	170 124	5,4 1,6
Словения: Любляна, 2006	НВ	136	2,1
Турция: Ан卡拉, 2006	НВ	166	1,8
Украина: несколько городов, 2007*	ВПР	359	9
Киев		90	4,4
Кривой Рог		100	8
Николаев		100	10
Одесса		69	23,2
Узбекистан: Ташкент, 2006	НВ	102	10,8

\* средний показатель по четырем городам составлял 9,0%.

**Источник:** Боксицевич И., Вончина Л., Мунц М. ВИЧ среди мужчин, имеющих половыe контакты с мужчинами в Центральной и Восточной Европе: обзор 27 стран [HIV among Men Who Have Sex with Men in Central and Eastern Europe: A Review of 27 Countries], WHO EURO, 2008, Draft.

<sup>28</sup> ПРООН “Оценка уязвимости людей, живущих с ВИЧ в Украине” [‘Evaluating the vulnerability of people living with HIV in Ukraine’, UNDP: Kiev, 2008] с. 15.

<sup>29</sup> Дробневский Ф.А. и др. (2005). Туберкулез, распространность серотипа и потребление инъекционных наркотиков среди заключенных [Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners]. Eur Respir J, 26(2): 298-304.

**Таблица 1.5. Исследования распространенности ВИЧ среди заключенных**

Страна	Группа населения	Число лиц, прошедших тестирование	%ЛЖВ	Примечания
Болгария, София (2005)	Заключенные-ПИН	115	2,6	Диагностическое тестирование
Армения (2002)	Заключенные	438	5,5	Серологическое исследование, уровень ВИЧ среди заключенных ПИН - 10%
Казахстан (2006)	Заключенные	22428	1,6	Диагностическое тестирование 45% заключенных являются ПИН
Латвия (2006)	Заключенные	2600	4,4	Диагностическое тестирование Доля ПИН среди ЛЖВ: 60–90%

**Источник:** EuroHIV, 2007 г., отчёт №. 76.

*Мигрантам угрожает риск заражения ВИЧ-инфекцией, когда они отправляются в страны со значительно более высокими показателями распространенности ВИЧ, и, в свою очередь, те же самые мигранты по возвращении домой способствуют повышению риска ВИЧ-инфицирования для своих партнеров*

значительный упадок инфраструктуры систем здравоохранения стран СНГ в годы переходного периода. Эти страны испытывали трудности в обеспечении надлежащего скрининга донорской крови на ВИЧ, проведении качественного тестирования и повышении стандартов работы станций переливания крови. По данным исследования<sup>30</sup>, недавно проведенного в Центральной Азии, точность определения ВИЧ в лабораториях станций переливания крови составляла всего 55%. Еще большую озабоченность вызывает тот факт, что в некоторых медицинских учреждениях Центральной Азии донорская кровь вообще не подвергается проверке<sup>31</sup>.

## Вертикальная передача

Большинство детей, живущих с ВИЧ, получают инфекцию от матери во время беременности, родов или грудного вскармливания. По данным Всемирной организации здравоохранения<sup>32</sup>, при отсутствии вмешательств риск такой передачи мог бы достигать 30% процентов в группах, не практикующих грудное вскармливание, а при грудном вскармливании ВИЧ-положительной матерью он возрастает до 45%. В предыдущие годы случаи передачи инфекции от матери ребенку встречались достаточно редко, но сегодня они отмечаются все чаще, поскольку в регионе растет число женщин, живущих с ВИЧ. В России, например, в 2004 году 43% новых случаев ВИЧ приходилось на долю женщин<sup>33</sup>, причем 90% из них составляли женщины репродуктивного возраста. Оценочный показатель рождаемости от ВИЧ-положительных женщин в России и Украине в 2007 году составлял 8000 и 3430 соответственно.<sup>34</sup> В Украине<sup>35</sup> ВИЧ-серопозитивность среди беременных женщин возросла с 0,12% в 1998 году до 0,34% в 2004 году. По недавним оценкам в 24% случаев ВИЧ среди беременных женщин заражение происходит при употреблении инъекционных наркотиков, а в 39% случаев – половым путем<sup>36</sup>.

Осуществление мер по комплексной профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) (включая прием женщинами во время беременности и родов антиретровирусных препаратов, выборочное применение операции кесаревого сечения, полный отказ от грудного вскармливания) может существенно снизить риск вертикальной передачи с 20-45% до 1,2%<sup>37</sup>. ППМР в России и Украине показывают обнадеживающие ре-

30 Всемирный банк, Службы переливания крови в системах здравоохранения стран Центральной Азии: ясная и существующая опасность распространения ВИЧ/СПИДа и других инфекционных заболеваний [Blood Services in Central Asian Health Systems: A Clear and Present Danger of Spreading and Other Infectious Diseases]. Washington, DC: World Bank (2008), см. на сайте: <http://sitesources.worldbank.org/INTECARETOPHEANUT/Resources/cabloodbankstudy.pdf>, дата последнего обращения: 10 июня 2008 года.

31 Там же.

32 ВОЗ, Антиретровирусные препараты для лечения беременных женщин и профилактики ВИЧ-инфекции у младенцев: за всеобщий доступ: рекомендации для органов здравоохранения [Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach], WHO: Geneva, 2006, см. на сайте: <http://www.who.int/entity/hiv/pub/guidelines/pmtctguidelines3.pdf>.

33 <http://www.hivpolicy.ru/topics/?id=48>.

34 2007 Национальные отчеты по достижению ССГА ООН России и Украины.

35 Всемирный банк, Социально-экономическое значение ВИЧ/СПИДа в Украине [Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in Ukraine]. Washington, DC: World Bank, 2006.

36 Собственные расчеты на основе EuroHIV, 2007, Report No. 75.

37 Купер Е.Р. и др. Комбинация антиретровирусных стратегий для лечения ВИЧ-1-инфицированных беременных женщин и профилактики перинатальной передачи ВИЧ-1 [Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission]. J Acquir Immune Defic Syndr, 29, 484-94 (2002).

зультаты с постоянно повышающимся уровнем охвата услугами (84% и 90%)<sup>38</sup> и снижением передачи вируса от матери ребенку<sup>39</sup>.

Однако в регионе, по сравнению с более обеспеченными странами, ощущается дефицит трех элементов, необходимых для проведения успешных вмешательств: готовность системы здравоохранения к осуществлению мер по снижению риска заражения ВИЧ-инфекцией, соответствующий уровень подготовки медицинского персонала и информированность женщин.

### Мобильность и уязвимость к ВИЧ

Миграция и мобильность населения в целом являются важным фактором растущей уязвимости к ВИЧ в государствах Восточной Европы и СНГ. В развитых странах удельный вес мигрантов составляет около 9% от общей численности населения<sup>40</sup>. И регион Восточной Европы и СНГ в этом отношении не является исключением. Если не принимать во внимание миграцию между развитыми странами, на него приходится треть от общей мировой эмиграции и иммиграции<sup>41</sup>. В 2007 году Россия оказалась на втором месте в мире по числу принятых мигрантов (13 млн. человек), а Украина – на четвертом (7 млн. человек).

Мигранты подвержены социальной уязвимости на самых разных уровнях. У них часто нет легального статуса, прав, информации, экономической независимости и доступа к услугам. Мигранты также уязвимы в отношении ВИЧ. Обычно при отъезде мигранты имеют относительно хорошее состояние здоровья – этот феномен называют «эффектом здорового мигранта»<sup>42</sup>. Однако мигрантам угрожает риск инфицирования ВИЧ-инфекцией, когда они отправляются в страны со значительно более высокими показателями распространенности ВИЧ, и, в свою очередь, возвращаясь домой,

**Таблица 1.6. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку в странах региона**

Страна	Охват дородовым наблюдением (%), 1997–2005*	Примерная численность ВИЧ-положительных беременных женщин, 2005	% ВИЧ-положительных беременных женщин, получавших антиретровирусное лечение для профилактики ППМР, 2007**
Албания	91		
Армения	93	<100	
Азербайджан	70	<100	
Беларусь	100	<200	88,2
Босния и Герцеговина	99		
Грузия	95	<100	68
Казахстан	91	<500	68
Кыргызстан	97	<100	1,5
Македония, Б.Ю.Р.	81		
Республика Молдова	98	<500	85
Черногория		33	
Румыния	94		
Российская Федерация		6800	87
Таджикистан	71	<100	<1
Турция	81		
Туркменистан	98		
Украина		2400	93
Узбекистан	97	<500	

**Примечания:**

\* Приводятся наиболее свежие из доступных данных, полученных в течение периода, указанного в заголовке колонки; пустые графы означают отсутствие данных.

\*\* Показатель, используемый в материалах Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу 2001.

**Источник:** использована информация ВОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, 2007 г. «Дети и СПИД. Критический обзор» [“Children and AIDS. A stocktaking report”].

38 Ресурсный центр по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа [Resource Centre for HIV/AIDS Policy Research], Russia. [<http://www.hiv-policy.ru/publications/index.php?section=50&id=66>] 1.10.2008

39 Ресурсный центр по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа [Resource Centre for HIV/AIDS Policy Research], Russia. [<http://www.hiv-policy.ru/topics/?id=48>] 1.10.2008

40 ОЭСР, Согласованность политики развития: миграция и развивающиеся страны [Policy coherence for development: Migration and developing countries], Executive Summary, 2007.

41 Али Мансур и Брюс Квилин: Миграция и денежные переводы: Восточная Европа и страны бывшего Советского Союза [Migration and Remittances: Eastern Europe and the Former Soviet Union]. Всемирный банк, январь 2007 г., с. 3 в главе «Обзор».

42 Разум О., Джан А., Блэтнер М., Райтмайер П. Тенденции в уровнях материнской смертности среди женщин немецкой и не-немецкой национальности в Западной Германии в период с 1980 по 1996 гг. [Trends in maternal mortality ratio among women of German and non-German nationality in West Germany, 1980 to 1996]. Int J Epidemiol 1999; 28: 919–24.

*Сами по себе мигранты не являются причиной передачи ВИЧ. Однако несовершенная политика и законодательство, препятствия для получения услуг по профилактике, лечению и уходу, а также высокая стоимость таких услуг повышают их уязвимость к ВИЧ*

мигранты могут увеличивать риск ВИЧ-инфицирования для своих партнеров<sup>43</sup>. Риск «привезти домой инфекционную болезнь» усугубляется и наличием структурных барьеров для доступа мигрантов к услугам здравоохранения и лечению симптомов в принимающих странах<sup>44</sup>. Например, в Азербайджане 45% официально зарегистрированных случаев ВИЧ, согласно имеющимся данным, приходится на долю тех, кто инфицировался во время пребывания за рубежом. В Таджикистане 56% всех случаев заражения ВИЧ выявлены среди сезонных рабочих, выезжающих на работу за границу, а результаты недавно проведенного исследования дают основания считать, что показатель распространенности ВИЧ среди возвращающихся домой мигрантов почти в 20 раз превышает средний показатель по стране для взрослого населения. Мобильность играет важную роль в передаче ВИЧ и в странах Западной Европы. Например, 43% людей, живущих с ВИЧ в Нидерландах, родились за границей.

Важно понимать, что сами по себе мигранты не являются причиной передачи ВИЧ. Несовершенная политика и законодательство, препятствия для получения услуг по профилактике, лечению и уходу, а также высокая стоимость таких услуг повышают уязвимость мигрантов к ВИЧ. Кроме того, учитывая характер эпидемии в Европе и СНГ, мигрантам, обычно приезжающим из стран с относительно низким показателем распространенности ВИЧ, в принимающей стране грозит большая опасность заражения. И хотя в регионе расширяется всеобщий доступ к услугам для ВИЧ-положительных лиц, мигранты все чаще остаются «на обочине». Жесткая правоприменительная практика и неблагожелательное отношение культивируют у мигрантов страх – ведь раскрытие положительного ВИЧ-статуса часто приводит к немедленной и бесповоротной депортации и утрате источника дохода. В период с 2003 по 2008 год большинство мигрантов обращались за юридической поддержкой в один из ведущих правовых центров в Кыргызстане именно в связи с тем, что медицинские учреждения отказывали в помощи ВИЧ-позитивным лицам. Этот факт служит наглядным примером дискриминационного отношения к

мигрантам и, в частности, к потребностям ВИЧ-положительных мигрантов в медицинской помощи. Как и в случае с мужчинами, вступающими в половые отношения с мужчинами, многие национальные системы эпиднадзора за ВИЧ не проводят целевых исследований среди мигрантов, а в планах противодействия ВИЧ-инфекции им зачастую вообще не уделяется никакого внимания.

## Заключение

В этой главе дан общий обзор путей распространения ВИЧ и динамики изменений конкретных факторов риска, развития эпидемии ВИЧ в регионе. Как следует из эпидемиологического обзора, регион в целом действительно живет с ВИЧ, и эта ситуация будет сохраняться в течение длительного времени, однако страны региона различаются по уровню распространенности и заболеваемости ВИЧ/СПИД и степени стигмы. Нередко эпидемиологическая обстановка варьирует и внутри страны, а также отмечаются различия в степени успешности многочисленных программ противодействия ВИЧ.

Несмотря на продолжающиеся политические дебаты и различные эпидемиологические тенденции в регионе, есть один руководящий принцип, который предлагает ясный и последовательный подход к реагированию на ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ: «знать свою эпидемию – ключ к эффективному противодействию». Из этого принципа следует, что в этом регионе, как и любом другом, нельзя подходить ко всем странам «с одной меркой», а главным условием успешного противодействия эпидемии ВИЧ является развитие необходимого потенциала, с учетом национальных нужд и особенностей. На практике этот подход означает, что усилия и ресурсы следует направлять прежде всего на оценку масштабов и характера распространения эпидемии ВИЧ и анализ специфических местных факторов, способствующих развитию эпидемии, а также социального и культурного контекста, в котором предстоит разрабатывать, совершенствовать и осуществлять программу ответных мер.

43 ЮНЭЙДС «СПИД в Содружестве Независимых Государств» [“AIDS in the Commonwealth of Independent States”] MAP Report, 2008, с.66.

44 Матик С., Жазарус Дж.В. и Донахью М.С., ВИЧ/СПИД в Европе: движение от смертного приговора к лечению хронического заболевания [HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management]. World Health Organization, Europe: Copenhagen, 2006.

# Глава 2: Эпидемия глазами людей: последствия заболевания и проблема социальной уязвимости

С тех пор, как в начале 1980-х годов были зарегистрированы первые случаи ВИЧ, процесс осмысления проблемы прошел несколько стадий. Если вначале эпидемию ВИЧ представляли как вопрос, относящийся к системе здравоохранения, то сейчас эту проблему все чаще рассматривают как фундаментальное препятствие на пути человеческого развития. Эпидемия оказывает влияние не только на здоровье людей – ее негативное воздействие затрагивает целый спектр вопросов, связанных с человеческим развитием. Это предопределяет необходимость разработки комплексных мер, направленных не только на изучение механизмов передачи вируса, но и принимающих во внимание основополагающие структурные факторы, способствующие повышенной уязвимости отдельных людей и целых сообществ. Именно такой всеобъемлющий комплексный подход, учитывающий влияние эпидемии на человеческое развитие, может дать ключ к решению сложнейших проблем, связанных с ВИЧ/СПИД.

## ВИЧ как угроза человеческому развитию

Концепция человеческого развития признает, что в центре всех усилий в области развития стоит человек, и рассматривает его как средство и конечную цель этого процесса. Для развития своего потенциала человек должен иметь возможность построить свою жизнь так, чтобы принимать участие в социальных, культурных, политических и экономических процессах, способствующих повышению его достоинства и благополучия и обеспечивающих уважительное отношение со стороны других людей.

Действенные и стратегические меры по борьбе с ВИЧ с точки зрения развития человека требуют большего, нежели анализ средних показателей отдельных государств. Они должны акцентировать внимание на конкретных задачах в отношении особо уязвимых групп населения. Живущие с ВИЧ люди представляют именно такую группу, и связь между ВИЧ-статусом и препятствиями на пути к полной социальной интеграции делает концепцию человеческого развития в контексте эпидемии ВИЧ особенно значимой.

Эпидемия влияет не только на самих людей, живущих с ВИЧ, но и на их семьи, непосредственное окружение и общество, в котором они живут<sup>45</sup>. Трудно количественно

*Для решения  
сложнейших проблем,  
связанных с ВИЧ,  
необходим  
всеобъемлющий  
комплексный подход,  
увязывающий меры по  
борьбе с эпидемией  
с задачами  
человеческого  
развития*

### Вставка 2.1. Способствовать лучшему пониманию связи между СПИДом и развитием

Стратегия в борьбе против ВИЧ становится более успешной, если мы понимаем связь между СПИДом, бедностью и развитием. В 2007 году ЮНЭЙДС рассмотрел этот вопрос и тот аспект, который часто называют «порочным кругом» – СПИД способствует росту бедности и социальной изоляции, а социально-экономическое неравенство повышает уязвимость человека к ВИЧ-инфекции.

В статье, опубликованной в одном из ведущих журналов, приводятся недавно полученные данные, свидетельствующие о том, что СПИД является заболеванием, обусловленным социальным неравенством, которое часто отмечается в странах переходного периода, а не бедностью как таковой. Новые данные, полученные из Африки, свидетельствуют о том, что на ранней стадии эпидемии случаи ВИЧ-инфекции в этом регионе чаще наблюдались среди более обеспеченных представителей общества, нежели среди бедных. Многие исследователи сейчас указывают, что экономическое и гендерное неравенство, а не бедность как таковая, являются основными факторами, определяющими сексуальное поведение, и, следовательно, возможность передачи ВИЧ-инфекции.

<sup>45</sup> Дэйс Дженоуска, Надя Рашид и Бёрг Сандкъяр, «ВИЧ/СПИД и развитие человека» [HIV/AIDS and Human Development, HDR. Thematic Guidance Note], ПРООН.

*Создание соответствующих предпосылок для развития, которые позволяют людям полностью реализовать их потенциал, может со временем привести к снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией и ущерба, наносимого вирусом*

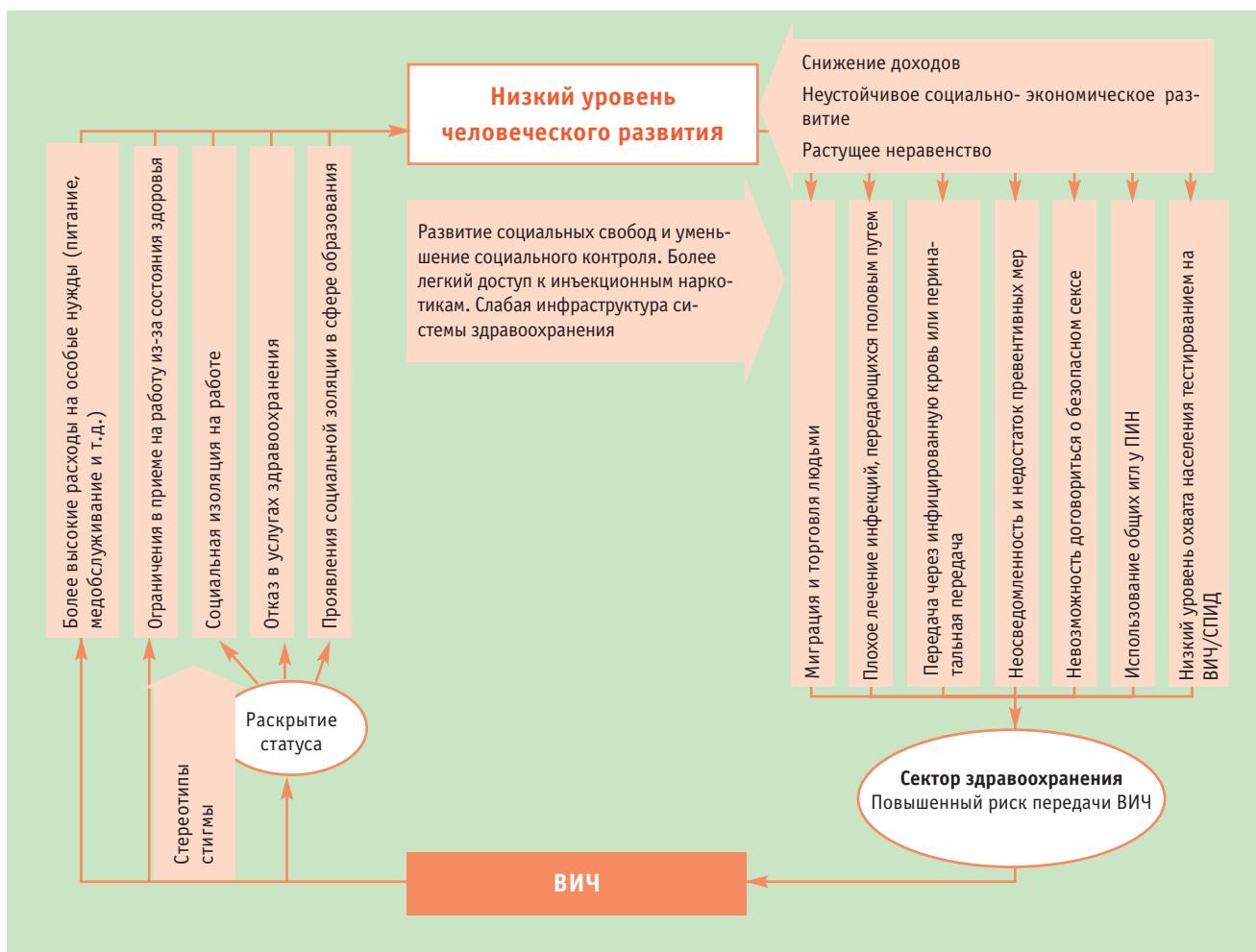
определить тот урон, который наносит ВИЧ человеческому развитию, но личный опыт живущих с ВИЧ людей показывает, что терпимое и сочувственное отношение окружающих и общества в целом является важнейшим фактором не только их личного благополучия, но и развития человеческого потенциала в странах, затронутых эпидемией.

Существует взаимосвязь между уровнем развития и социальными факторами, угрожающими здоровью человека, и проявляется она в том, какими путями распространяется ВИЧ внутри страны и за ее пределами. Всемирная статистика указывает на то, что существует связь между низкими показателями развития и повышенной распространенностью ВИЧ, хотя это скорее можно отнести на счет неравенства в обществе, нежели абсолютной бедности. По-видимому, такой вывод при-

меним к странам Восточной Европы и СНГ. Во вставке 2.1 (см. ст. 17) приводится отрывок из Годового доклада ЮНЭЙДС 2007, посвященный обсуждению этой проблемы.

Факторы, указывающие на низкий уровень человеческого развития (низкий уровень образования; недостаточный уровень доходов; женщины, лишенные прав и влияния в обществе; гендерные предрассудки; неадекватная система здравоохранения; слабая система управления в стране) также способствуют большей распространенности ВИЧ. Когда возникает эпидемия, она начинает оказывать непосредственное негативное влияние на человеческое развитие, вызывая снижение эффективности экономики, ослабление связей внутри семьи и общества, и чрезмерно повышая нагрузку на систему здравоохранения, образования и социального обеспечения.

**Рисунок 2.1. Факторы, связывающие уровень человеческого развития и распространение ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ**



Этот цикл взаимосвязей изображен в так называемой «макромодели» факторов, связывающих уровень человеческого развития и распространенность ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ (Рисунок 2.1). Рисунок наглядно показывает, что факторы социальной изоляции, возможно, совпадают с факторами риска заражения ВИЧ. Эта модель подчеркивает основной принцип подхода ПРООН к проблеме ВИЧ, который заключается в том, что она рассматривается через призму человеческого развития, а не только с медицинской точки зрения. Она также указывает на то, что вмешательство на одном уровне, (как, например, человеческого развития) может оказать действие на других уровнях (например, число инфицированных ВИЧ), и наоборот. В конечном итоге это означает, что для того чтобы понять взаимосвязь между развитием и заболеваемостью ВИЧ в любом обществе, необходимо исследовать широкий культурный контекст. Такая постановка вопроса даёт основание для оптимизма – ведь если мы создадим соответствующие предпосылки для развития, которые позволят людям полностью реализовать свой человеческий потенциал, тогда со временем будет снижаться и заболеваемость ВИЧ, и ущерб, наносимый этим вирусом.

## Демографические и экономические последствия

СПИД влияет на многие аспекты жизни общества. Пожалуй, наиболее непосредственное воздействие проявляется в том, что он увеличивает нагрузку на сектор здравоохранения, вынужденный осуществлять профилактику, лечение, уход и поддержку. Последствия заболевания также сказываются на демографической ситуации и уровне расходов в сфере соцобеспечения, а значит, в конечном счете, и на экономике.

На экономическом и социально-демографическом уровне развития это воздействие проявляется в сокращении численности рабочей силы и изменении возрастной структуры населения. По мере того, как уменьшается число продуктивных членов общества, увеличивается относительный показатель количества иждивенцев, т.е. возрастает процент неработающих категорий населения, например, детей и пожилых людей. Продуктивность трудоспособного населения также

**Таблица 2.1. Численность населения в странах СНГ в 1989, 1994, 2000 и 2007 годах (млн. человек); демографический прогноз ООН (нейтральный сценарий) на 2050 г.**

Страна	1989	1994	2000	2007	2050
Армения	3,3	3,7	3,1	3,0	2,5
Азербайджан	7,0	7,5	8,2	8,5	9,4
Беларусь	10,2	10,2	10,0	9,7	7,0
Грузия	5,4	5,4	5,3	4,4	3,1
Казахстан	16,5	16,3	15,6	15,4	17,3
Киргизстан	4,3	4,5	4,9	5,3	6,6
Молдова*	4,3	4,4	4,3	3,8	2,9
Россия	147,4	148	145,6	142,5	107,8
Таджикистан	5,1	5,7	6,1	6,7	10,8
Туркменистан	3,5	4,3	4,6	5,0	6,8
Узбекистан	51,7	51,9	49,7	46,2	30,9
Украина	19,9	22,1	24,9	27,4	38,4
<b>Итого</b>	<b>278,8</b>	<b>284,0</b>	<b>282,4</b>	<b>277,9</b>	<b>243,5</b>

\* Отсутствуют статистические данные для левого берега реки Днестр и города Бендери

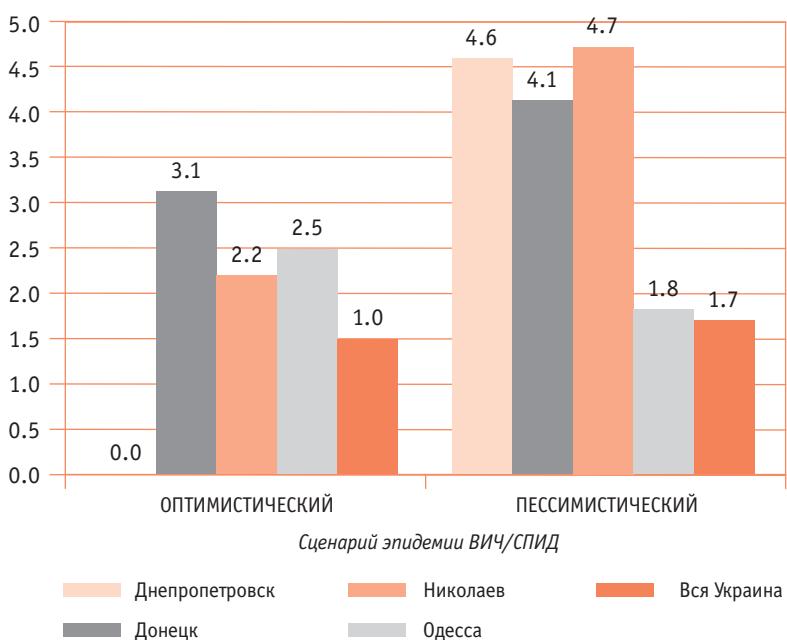
**Источники:** Статистика по СНГ. Межгосударственный статистический комитет СНГ, Статистический бюллетень N17 (272), сентябрь 2001г, стр. 8-19; Межгосударственный статистический комитет СНГ (СНГ СТАТ): Пресс-релиз, 4 февраля , 2005 г.; World Population Prospects: The 2006 Revision, United Nations, ESA/P/WP.202, 2007.

уменьшается за счет учащения случаев не-выхода на работу.

Этот факт оказывает влияние на макроэкономические и социально-демографические показатели, что особенно ярко проявляется в Европейских странах СНГ, учитывая наступающий демографический «кризис», в процессе развития которого быстрее всего «исчезает» именно трудоспособное население. Сочетание очень низкой рождаемости и относительно неблагоприятных тенденций смертности способствует общей убыли населения, вследствие превышения уровня смертности над уровнем рождаемости. Эти проблемы принимают наиболее острую форму в таких странах СНГ с низким уровнем доходов, как Армения, Грузия и Молдова, где они усиливаются благодаря интенсивной эмиграции, в первую очередь, молодых мужчин из сельской местности. Но даже в Российской Федерации, испытывающей наибольший приток мигрантов среди стран СНГ, население со-

*На экономическом и социально-демографическом уровне воздействие ВИЧ проявляется, главным образом, в сокращении численности рабочей силы и изменении возрастной структуры населения.*

**Рисунок 2.2. Моделирование воздействия ВИЧ на численность рабочей силы в Украине на региональном уровне; сравнение оптимистического и пессимистического сценариев.**



**Источник:** "Социально-экономические последствия ВИЧ/СПИДа в Украине", Всемирный Банк и Международный Альянс по ВИЧ/СПИД, Киев, май 2006 г.

кращается<sup>46</sup>. Таблица 2.1 (см. ст. 19) представляет долгосрочный прогноз развития демографической ситуации в странах СНГ, чтобы лучше понять, какое влияния может оказать на нее СПИД.

В некоторых странах региона были проведены исследования, посвященные анализу социально-экономических последствий СПИД. В ходе исследования, проведенного в **Армении** в 2006 году, изучалось влияние эпидемии на рост населения, занятость, здравоохранение и социальное обеспечение, а также на объем и темпы роста ВВП в период 2007-2015 гг. В дополнение к упущененной выгоде от потери рабочей силы, недополученных налогов и роста социальных выплат, а также непосредственных расходов на здравоохранение, оценивалось потенциальное увеличение пенсии по инвалидности, пособий по нетрудоспособности и стоимости опеки над несо-

вершеннолетними сиротами. Допущения строились по трем сценариям: оптимистическому, среднему и пессимистическому. Исследование продемонстрировало, что даже такая слабая эпидемия, как в Армении, имеет человеческие и экономические последствия. Пенсии по инвалидности могут возрасти в 1.6 по оптимистическому сценарию и в 4 раза – по пессимистическому. Сумма прямых финансовых расходов на нужды здравоохранения и на несвязанные со здоровьем нужды, а также потери в бюджетных поступлениях составят от «2,4 до 13,2 миллиарда драм (от 7,8 до 42,9 млн. долларов), в зависимости от сценария».

Подобное исследование было проведено в **Украине** в 2006 году, чтобы оценить макроэкономические и социально-демографические последствия ВИЧ на период до 2014 года по трем сценариям: оптимистическому, среднему и пессимистическому. Результаты показали значительное потенциальное влияние на демографические характеристики: в частности, резко возросшая смертность от СПИДа на фоне общей тенденции к убыли населения неизбежно приведет к сокращению средней продолжительности жизни. Использованная модель включает разбивку данных по регионам и показывает значительные региональные вариации последствий эпидемии внутри страны – эта новаторская особенность данной работы отсутствует в других модельных исследованиях, проводившихся в странах региона. Например, на рисунке 2.2 показано, что потенциальное сокращение численности рабочей силы может быть намного более значительным в тех регионах, где выше распространенность ВИЧ.

В более позднюю модель, разработанную в 2007 г. в сотрудничестве с Международной организацией труда, Deutsche Gesellschaft Für Technische Zusammenarbeit (GTZ) и Министерством труда и социальной политики Украины, были добавлены новые компоненты. Отдельно были выделены еще два сектора – это заключенные, а также сироты и уязвимые дети из неблагополучных семей<sup>47</sup>. В результате эпидемии ожидается значительное

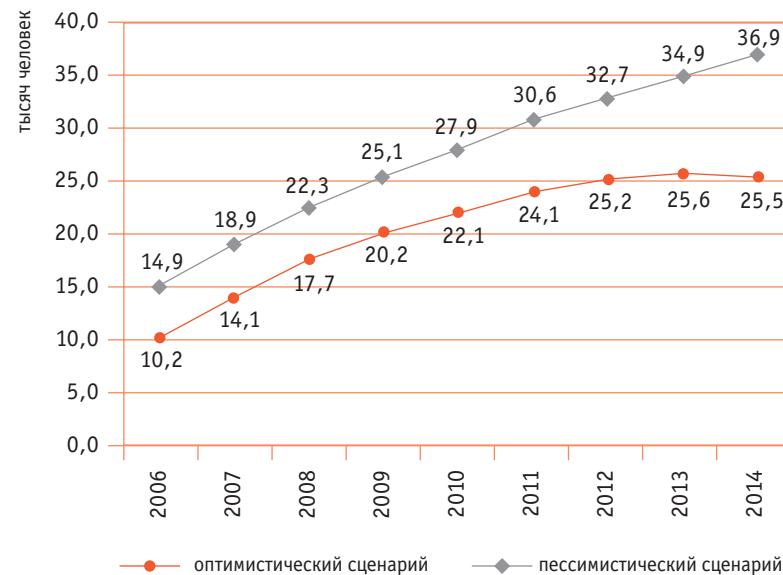
<sup>46</sup> Бен Слэй, Региональный центр ПРООН в Братиславе, Демографическая ситуация в странах СНГ – Насколько она благоприятна? Насколько необратима? [Demographics in CIS countries – How favourable? How irreversible? Unpublished draft].

<sup>47</sup> Социально-экономические последствия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине: прогнозы, модели, оценка [“The Socio-economic Impact of the HIV/AIDS Epidemic in Ukraine: Prognosis, Modeling, Evaluation”] МОТ, GTZ, 2007г.

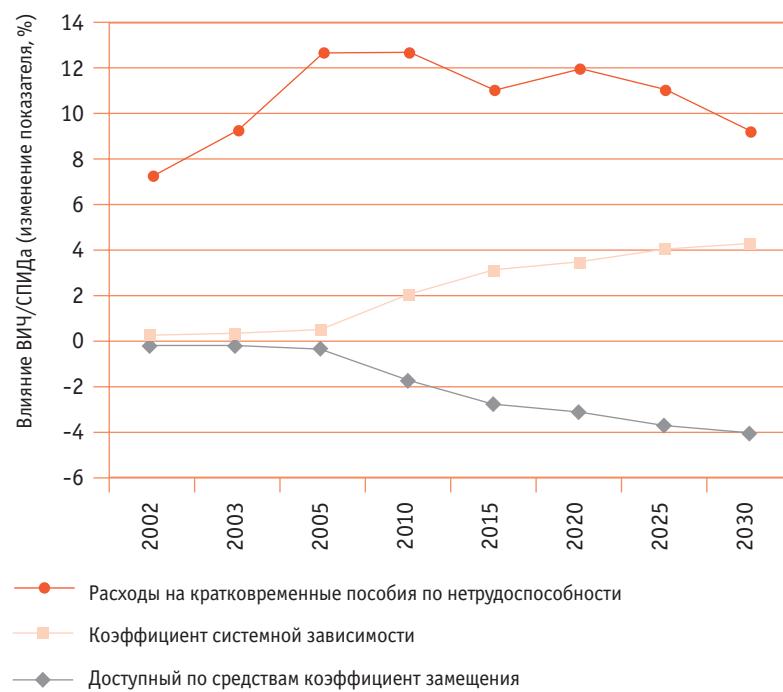
увеличение количества детей, которые могут потерять одного или обоих родителей. Согласно этой модели, приблизительно 25000 – 37000 детей останутся к 2014 году, что ляжет тяжелым бременем на систему социального обеспечения: детским домам понадобится больше средств; увеличатся расходы на социальную поддержку и помощь сиротам и взрослым-опекунам; а также возрастет потребность в подготовленных специалистах, которые будут осуществлять уход за сиротами и их семьями<sup>48</sup>.

Для Российской Федерации было использовано несколько математических моделей, чтобы лучше понять потенциальную взаимосвязь между демографическими и экономическими последствиями СПИДа. Первые две модели, разработанные ПРООН и Всемирным банком, были созданы в тот период, когда геометрический рост новых случаев ВИЧ-инфекции предполагал более высокий темп развития эпидемии в России. Средний и пессимистический сценарий последствий распространения ВИЧ-инфекции оказались нереально завышенными, и даже показатели оптимистичного сценария сейчас могут служить разве что в качестве предостережения – гипотетической верхней границы масштабов потенциального макроэффекта. Однако, для оценки последствий возможного влияния эпидемии СПИД на коэффициент демографической нагрузки экономики на отраслевом уровне, требуется более детальные исследования. По мере того, как увеличивается отношение числа детей и пенсионеров к числу работающих, растет коэффициент зависимости, уменьшаются национальные сбережения, а система социального обеспечения испытывает чрезмерную нагрузку. Третья и самая недавняя модель, основывающаяся на более реалистичных прогнозах, была разработана Международной организацией труда в качестве инструмента для измерения того влияния, которое СПИД оказывает на социальную политику. Модель демонстрирует изменения в трех важнейших показателях: расходы на пособия по временной нетрудоспособности, коэффициент системной зависимости и допустимый коэффициент замещения.

**Рисунок 2.3. Прогноз роста общей численности сирот вследствие эпидемии СПИДа в Украине, модель МОТ**



**Рисунок 2.4. Последствия ВИЧ-инфекции для системы социального обеспечения Российской Федерации [Social Policy Implications of HIV in the Russian Federation], Модель МОТ для оценки масштабов возможного воздействия эпидемии на ВВП и занятость в соответствии с несколькими сценариями.**



**Источник:** Шомби Шарп, Братиславский региональный центр ПРООН, Экономические последствия ВИЧ и СПИДа в России – существующие тенденции и перспективы [The Economic Impact of HIV and AIDS in Russia – Current Trends and Perspectives (constructed from model output)] МОТ, 2004 г. Основано на работе С. Машихиной, В. Покровского, Н. Машкилейсона, Д. Помазкина «Модель расходов на социальную политику вследствие ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации» [A model of social policy costs of HIV/AIDS in the Russian Federation], МОТ, Женева, 2004, «Сценарий насыщения группы риска» [«Risk group saturation scenario»].

<sup>48</sup> Социально-экономические последствия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине: прогнозы, модели, оценка [“The Socio-economic Impact of the HIV/AIDS Epidemic in Ukraine: Prognosis, Modeling, Evaluation”] МОТ, GTZ, 2007г.

*Дополнительные расходы, направленные на предоставление целевой медицинской помощи людям, живущим в ВИЧ, должны рассматриваться как инвестиции в трудовые ресурсы и устойчивое экономическое развитие*

*Необходимо признать и понять те социальные процессы и их общественное восприятие, определяющие уязвимость людей, живущих ВИЧ, которая, в частности, проявляется в форме стигмы и дискриминации ЛЖВ*

Как видно из рисунка 2.4 (см. ст. 21), СПИД оказывает потенциально устойчивую нагрузку на систему социальной защиты в России. Расходы на пособия по кратковременной нетрудоспособности из-за СПИДа вырастут еще на 13% к 2010 году и на 10% превысят исходный уровень, сохраняющийся на протяжении десятилетий. Пенсионная система также будет испытывать чрезмерную нагрузку на фоне разнонаправленной динамики изменений коэффициента системной зависимости и допустимого коэффициента замещения, отражающей относительное ослабление жизнеспособности пенсионной системы. Даже в отсутствие последствий ВИЧ/СПИД, на протяжении следующего десятилетия в России будет насчитываться только четверо работающих на каждого трех иждивенцев.

Все три работы подтверждают основной тезис относительно потенциальных последствий эпидемии: рост заболеваемости и смертности среди представителей наиболее продуктивных и fertильных групп населения в сочетании с увеличением расходов на здравоохранение и социальную защиту, связанных с лечением и уходом при ВИЧ-инфекции, может усугубить проблемы, существующие в данных сферах. Однако необходимо подчеркнуть, что по мере развития эпидемии и изменения прогнозов, важно периодически пересматривать и уточнять модели, чтобы они сохранили свою актуальность. Это, безусловно, относится к Российской Федерации, где с 2004 года не проводилось ни одного модельного исследования на данную тему.

Другое проявление воздействия ВИЧ на развитие – это растущее финансовое бремя, которое несет на себе система здравоохранения и социальной защиты из-за непосредственных и опосредованных расходов на лечение, уход и финансирование нетрудоспособных людей. Масштабы этого воздействия, безусловно, определяются масштабом эпидемии, и пока ни одна из стран Восточной Европы и СНГ не переживала генерализованной эпидемии. В силу своих особенностей, этот вирус в основном поражает людей репродуктивного возраста и является причиной крупных расходов по их лечению на протяжении всей жизни – даже те государства, где нет генерализованной эпидемии, могут испытать серьезные социально-экономические последствия. Однако, учитывая демографические тенденции в тех странах региона, которые больше всего стра-

дают от эпидемии (Таблица 2.1 на ст. 19), мы приходим к выводу, что проблема инвестиций в программы лечения и ухода при ВИЧ имеет не только гуманитарный аспект, но и несет в себе элемент экономической целесообразности. С точки зрения демографической перспективы, дополнительные расходы, направленные на предоставление целевой медицинской помощи людям, живущим в ВИЧ, должны рассматриваться как инвестиции в трудовые ресурсы и устойчивое экономическое развитие.

## **Стigma и социальная изоляция, связанные с ВИЧ**

Помимо проблем, угрожающих здоровью, представители групп населения повышенного риска в странах региона также страдают от социальной изоляции, стигмы и дискриминации. Доклад о человеческом развитии расширяет рамки представлений о проблеме ВИЧ/СПИД, помогая заинтересованным организациям понять, что им следует знать об особенностях эпидемии ВИЧ в своей стране или регионе. В дополнение к данным эпидемиологического надзора и выявления уязвимых групп населения, необходимо признать и понять те социальные процессы и их общественное восприятие, которые определяют уязвимость людей, живущих ВИЧ, в частности, проявляющиеся в форме стигмы и дискриминации. С точки зрения человеческого развития при формулировании соответствующей политики и мер предупреждения широкое толкование риска инфицирования ВИЧ и уязвимости являются такими же важными, как и распространенность случаев заражения.

## **Стigma и усилия, направленные на развитие инклюзивного общества**

В 1987 году покойный Джонатан Мэнн, основатель и бывший руководитель Глобальной программы ВОЗ по СПИДу, выделил три стадии эпидемии СПИДа. Первая стадия – это вирусная инфекция ВИЧ, которая может протекать незаметно, поскольку не имеет симптомов. Вторая стадия известна под названием СПИД – он влечет за собой болезнь и смерть большого количества людей. Третья стадия – это реакция на заболевание, нося-

## Вставка 2.2 «Жизнь с ВИЧ»: Качественное исследование уязвимости, социальной изоляции и стигмы людей, живущих с ВИЧ в шести странах Восточной Европы и СНГ, подготовленное специально для данного доклада.

Цели исследования:

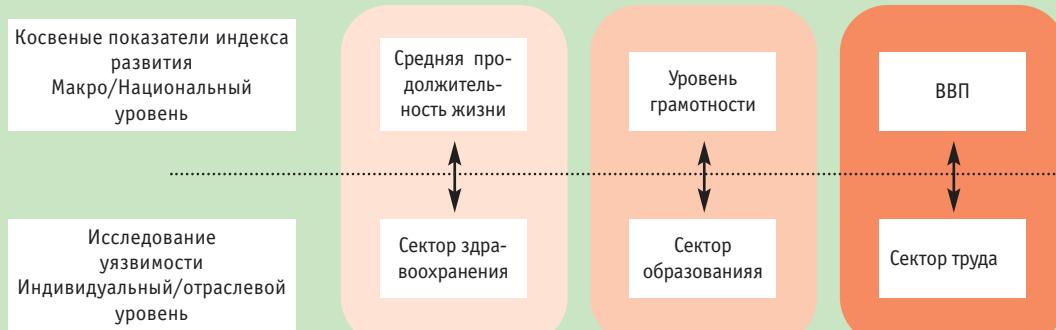
- Получить полное и детальное определение стигмы, дискриминации и социальной изоляции людей, живущих с ВИЧ, в отдельных странах данного региона.
- Определить барьеры на пути полной социальной интеграции людей, живущих с ВИЧ, концентрируя внимание на трех основных секторах – здравоохранение, образование и сфера труда и занятости, – которые являются ядром концепции человеческого развития и представляют косвенные показатели, на основе которых определяется индекс развития (см. ниже).
- Стимулировать разработку, основанных на знаниях, рекомендаций для проведения информационно-разъяснительной работы и политики, направленных на оказание содействия правительствам и местным властям в укреплении потенциала, необходимого для снижения уровня дискриминации и достижения полной интеграции людей, живущих с ВИЧ, в общество.

Исследование проводилось в шести странах: Эстонии, Грузии, Российской Федерации, Турции, Украине и Узбекистане. Страны были выбраны так, чтобы представить региональное разнообразие с точки зрения уровня развития, культуры, религии и эпидемиологии ВИЧ. Группы исследователей использовали стандартную методику, включая тренинги по целям и задачам исследования, протоколам сбора данных, их обработке и анализу, и этике. Сотрудники местных и региональных представительств ПРООН и международные эксперты постоянно предоставляли консультации и проводили тренинги.

В этом исследовании использовался качественный метод, позволяющий понять «жизненный опыт» людей, живущих с ВИЧ, и зафиксировать услышанное «из первых уст» мнение представителей ключевых организаций в сфере здравоохранения, образования, труда и сектора НПО, которые занимаются проблемой ВИЧ/СПИД и смотрят на нее со своих профессиональных позиций. Качественные исследования (методом интервью и фокус-групп), в отличие от количественных, не дают статистических данных, отражающих исход лечения или популяционные тенденции. Качественный метод скорее позволяет исследователям получить богатый фактами рассказ об опыте, пережитом людьми в связи со стигмой, дискриминацией и социальной изоляцией, чего невозможно достичь с помощью количественных методов. Результаты качественных исследований являются полезным дополнением к количественным данным, содержащимся в эпидемиологических отчетах. Использование обеих методик дает возможность получить более полное описание опыта людей, живущих с ВИЧ.

И хотя исследование не претендует на статистическую репрезентативность, в нем, тем не менее, приводятся важные социально-экономические характеристики респондентов, в том числе данные об их семейном положении: среди 182 респондентов было примерно 30% замужних/женатых, 47 % – незамужних/невенчанных и 11% разведенных. Дополнительную информацию по методике см. в Приложении 5.

### Показатели человеческого развития как логическая основа исследования социальной уязвимости в связи с ВИЧ



**Источник:** Региональное исследование социальной уязвимости в связи с ВИЧ [Regional HIV Vulnerability study], ПРООН (2007 г.)

**Многие люди, живущие с ВИЧ, боятся социальной стигмы больше, чем последствий ВИЧ-инфекции для здоровья**

**Боязнь стигмы и дискриминации служит основной причиной того, что люди, живущие с ВИЧ, не решаются обратиться за услугами по поддержке и лечению, даже в тех случаях, когда они предоставляются бесплатно**

щая социальный, культурный или политический характер, и сопровождающаяся стигмой и социальной изоляцией людей, живущих с ВИЧ, или страдающих вторичными заболеваниями, связанными со СПИДом<sup>49</sup>.

Двадцать лет спустя, те же стадии, похоже, смениют друг друга, но в обратном порядке, в странах Восточной Европы и СНГ. Сопровождающая эпидемию стигма скорее предвосхитила появление ВИЧ в регионе, чем последовала за ним. Этот вопрос оказался в центре внимания качественного исследования, проведенного ПРООН в 6 странах региона и посвященного изучению опыта стигмы у людей, живущих с ВИЧ (см. вставку 2.2 на ст. 23, чтобы ознакомиться со структурой и методикой исследования). Одним из наиболее тревожных выводов первичного исследования является тот факт, что многие, живущие с ВИЧ люди, боятся социальной стигмы больше, чем последствий ВИЧ для здоровья. Стигма в связи с ВИЧ накладывается на уже существующие стигмы, и усиливает дискриминацию в отношении потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, вступающих в половые контакты с мужчинами, работников коммерческого секса, этнических меньшинств и других маргинализированных групп<sup>50</sup>. Боязнь стигмы и дискриминации является основной причиной того, что люди, живущие с ВИЧ, не решаются обратиться

за услугами по поддержке и лечению, даже когда они предоставляются бесплатно<sup>51</sup>.

В Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД ООН, принятой в 2001 году, отмечается, что стигма, замалчивание проблем, дискриминация, отторжение и недостаточные гарантии конфиденциальности, являются основными факторами, которые подрывают осуществление профилактических мер, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа. ООН выразила надежду на то, что Декларация будет способствовать ликвидации дискриминации и маргинализации в связи с ВИЧ/СПИДом к 2003 году.<sup>52</sup> Но это оказалось очень трудной задачей. Социологи Ричард Паркер и Питер Эгглтон утверждают, что стигма, дискриминация и коллективное неприятие людей, живущих с ВИЧ/СПИД, являются «такой же неотъемлемой частью глобального вызова СПИДа, как и само заболевание».<sup>53</sup> Для полного понимания глубины и масштабов стигмы, связанной с ВИЧ, как утверждают Паркер и Эгглтон, необходимо понять структурные «условия, порождающие изоляцию от общественной и экономической жизни»<sup>54</sup>. Они заявляют, что стигма отражает и воспроизводит существующие общественные различия по расовому, классовому, гендерному и сексуальному признаку, которые неразрывно связаны с властью, неравенством и социальной изоляцией<sup>55</sup>.

**Рисунок 2.5. Социальные и индивидуальные предрассудки по отношению к маргинализированным группам приводят к враждебности, моральному насилию и осуждению, что способствует стигме людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ).**



49 Дж. Манн. Заявление на неофициальном брифинге по СПИДу на 42-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН [Statement at an Informal Briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly], ООН, Нью-Йорк, NY, (1987г.) Vol. 20.

50 Р. Паркер, П. Эгглтон, Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИД: концептуальные рамки и практические выводы. Журнал «Социальные науки и медицина». [HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Social Science and Medicine], 57, 13-24. (2003г.).

51 МОТ/ПРООН, Люди на работе: Меры по преодолению стигмы и дискриминации [Addressing Stigma and Discrimination], МОТ/ПРООН, Совещание по теме: СПИД и работа в Латинской Америке и странах Карибского региона. 2006 г. [http://www.ilocarib.org.tt/oldwww/infosources/hiv\\_aids/People%20at%20Work.pdf](http://www.ilocarib.org.tt/oldwww/infosources/hiv_aids/People%20at%20Work.pdf)

52 Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом ООН [United Nations Declaration of commitment on HIV/AIDS] (2001). [http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_en.pdf).

53 Этую фразу приписывают Джонатану Манну. Паркер и Эгглтон (2003 г.) цит. соч. Сноска 44. с.13.

54 там же. с.15.

55 там же. с. 21.

Наследие социалистического прошлого в большинстве стран региона проявляется в том, что общество зачастую склонно клеймить и отторгать всех, кто не укладывается в рамки сложившихся представлений. Привычка к авторитарным формам управления, нетерпимость к разнообразию и преобладание коллективного начала над индивидуальным способствует тому, что общество поддерживает социальную изоляцию людей, живущих с ВИЧ. Нетерпимость к определенным типам поведения и индивидуального выбора часто порождает стигму целых сообществ; в результате, эти группы населения испытывают схожие формы уязвимости и социального неприятия. При этом ВИЧ-статус служит своего рода «общим знаменателем стигмы и дискриминации». Например, мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами, этнические меньшинства и потребители инъекционных наркотиков имеют мало общего друг с другом, за исключением того факта, что все они страдают от социальной маргинализации. Однако в контексте эпидемии эти группы также подвергаются более высокому риску заражения ВИЧ и становятся более уязвимыми для сопутствующей ВИЧ стигмы и дискриминации.

Таким образом, более всеобъемлющий подход, мобилизующий большинство групп населения повышенного риска и пропагандирующий среди широкого населения принципы социальной справедливости и социальной интеграции групп, осуждаемых общественным мнением, и людей, живущих с ВИЧ, играет ключевую роль при реализации инициатив в сфере человеческого развития. Более широкая социальная интеграция и улучшение условий жизни для членов социально незащищенных групп будут способствовать значительному сокращению случаев заражения ВИЧ во всех слоях общества, а впоследствии и предупреждению негативных явлений в экономике, образовании, политике и здравоохранении.

### Основополагающие причины стигмы и социальной изоляции людей, живущих с ВИЧ

Как уже отмечалось, эпидемия ВИЧ представляет собой очень трудную проблему в области человеческого развития, в силу множественности последствий заболевания (например, ухудшение состояния здоровья, не-

**Вставка 2.3.** ВИЧ и СПИД часто рассматривают как проблемы маргинализованных групп, и стигма людей, живущих с ВИЧ, отражает давние предрассудки по отношению к представителям этих групп

*«Существует широко распространенное мнение, что человек, имеющий заболевание, связанное с ВИЧ, занимается проституцией, или же является наркоманом, или гомосексуалистом. Их не признают за нормальных людей. Считается, что они сбились с пути и ведут распущенный образ жизни. Есть ли при этом милосердие или сострадание? Это зависит от того, каким образом этот человек был заражен. Если выясняется, что он/она стали жертвой насилия, то да. Но если речь идет о наркомане или проститутке, то не надейтесь на сострадание».*

– человек, живущий с ВИЧ, из Грузии

*«Многие люди с ВИЧ – не добродорядочные люди, это наркоманы и проститутки. И они сознательно могут заразить других. Я так считаю. Поэтому мы стараемся держаться от них подальше. Потому что существуют пациенты, которые намеренно стремятся заразить всех подряд».*

– врач из Узбекистана

*«Это ненадежные люди, и это видно по их образу жизни – наркотики, многочисленные сексуальные связи».*

– работодатель из России

*«Для меня однозначны пути передачи инфекции. Частично это связано с употреблением наркотиков, это люди, привычно употребляющие наркотики; и конечно, они имеют сексуальные отношения друг с другом. Это могут быть гомосексуальные и гетеросексуальные отношения. Это одна и та же группа людей. Это одна и та же социальная группа, которая присутствует в Таллине, в уезде Ида-Виру и других местах по всей Эстонии. Как доктор я считаю, нужно проводить черту между ними и нами».*

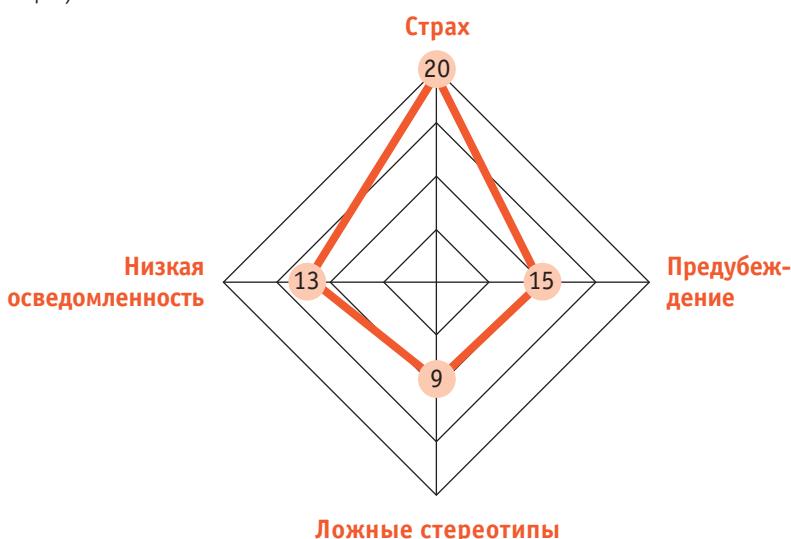
– врач из Эстонии

**Источник:** Региональное исследование социальной уязвимости в связи с ВИЧ [Regional HIV Vulnerability study], ПРООН (2007 г.)

обходимость в дополнительных ресурсах, ограниченная продуктивность), а также трудностей, связанных с налаживанием контактов с группами населения повышенного риска по ВИЧ, которые подвергаются социальной изоляции. Проявления связанный с ВИЧ стигмы существуют в разных вариантах во всем мире и могут включать: остроклизм, неприятие, дискриминацию и избегание людей, живущих с ВИЧ; обязательное ВИЧ-тестирование без предварительного согласия или сохранения конфиденциальности; насилие против людей, живущих с ВИЧ или с подозреваемым поло-

### Рисунок 2.6. Наглядная модель стигмы – четыре ключевых фактора и их относительное значение

(Основано на качественном анализе ответов на вопрос: «Как обычно воспринимают людей, живущих с ВИЧ, и какое к ним отношение в обществе?» Украина, маленькая выборка)



#### Вставка 2.4. Недостаток знаний о ВИЧ/СПИДЕ служит причиной дезинформации, порождает страх и предрассудки

*До сих пор профилактика сопровождалась ужасом и страхами – страхом перед шприцами, наркоманами и проститутками. Но нам необходима информация, чтобы повысить уровень информированности общественности, чтобы знать, чего именно мы должны остерегаться со шприцами ... [нам необходимо знать] в какой степени мы должны бояться, чтобы не преувеличивать эти страхи, нам нужно знать, как с ними общаться.*

– учитель из Эстонии

*Каждый день к нам обращаются люди из-за дискриминации и стигмы; и каждый день их права нарушаются, потому что в большинстве учреждений и организаций превалирует нетерпимость и не желание обращаться с этими людьми, как с равными. Это просто слепой страх, инстинктивное отстранение от чего-то такого, о чем у них нет никакого представления.*

– социальный работник с Украины

*Я говорю об очень простых вещах. Это не специальная научная информация: ВИЧ не передается от одного человека к другому, если они вместе работают, вместе едят, целуются или обнимают друг друга. Просто нужно проявить человечность. Чтобы это понять, много времени не потребуется.*

– работодатель из Турции

**Источник:** Региональное исследование социальной уязвимости в связи с ВИЧ [Regional HIV Vulnerability study], ПРООН, (2006, 2007 гг..)

жительным ВИЧ-статусом; а также карантин людей, живущих с ВИЧ. Все эти факторы негативно влияют на уровень человеческого развития, поскольку они значительно ограничивают индивидуальный выбор в сфере образования, труда, здравоохранения и многих других областях жизни. Во многих случаях стигма вызвана недостатком знаний о ВИЧ в семье, ближайшем окружении, на рабочем месте, в учебном или медицинском учреждении, что затрудняет для людей живущих с ВИЧ, доступ к профилактике, лечению и поддержке, а также уменьшает их шансы продолжать обучение, работу и общественную деятельность. Исключение из экономической, культурной и общественной деятельности не только ведет к изоляции, но и препятствует тому, чтобы люди, живущие с ВИЧ, могли открыто говорить о своих проблемах, получать нужную информацию и помочь, лечение и юридические услуги.

Результаты качественного анализа, проведенного в ходе подготовки данного отчета, дают возможность понять некоторые решающие факторы, определяющие формирование стигмы. В частности, на Рисунке 2.6, представлены суммированные данные странового доклада по Украине, показывающие причины социального исключения с точки зрения респондентов, живущих с ВИЧ. Данные свидетельствуют, что главными компонентами стигмы являются страх и предрассудки. Людей, живущих с ВИЧ, часто называют девиантными, аморальными и опасными<sup>56</sup>. Эта точка зрения относительно главных причин, способствующих формированию стигмы, прослеживается в высказываниях респондентов во всех странах и городах, где проводилось исследование.

Главным следствием стигмы для человека, живущего с ВИЧ, является страх раскрытия его статуса. Для большинства людей положительный диагноз ВИЧ означает глубочайший шок. Семья и окружение могут оказать серьезную помощь и поддержку, но стигма и изоляция мешают этому, зачастую в тот самый момент, когда человек особенно нуждается в помощи<sup>57</sup>. Этот страх раскрытия статуса мо-

<sup>56</sup> Оценка уязвимости людей, живущих с ВИЧ на Украине. [Evaluating the vulnerability of people living with HIV in Ukraine], ПРООН, Киев, 2008 г..

<sup>57</sup> М. Ларье Л., Ген, Влияние положительного диагноза ВИЧ на человека [The impact of HIV-positive diagnosis on the individual], часть 1: Стigma, отчуждение, одиночество, Клиническое исследование по уходу, 2, с. 245-63. (1993 г.).

жет отрицательно повлиять на поведение: люди избегают тестирования, потому что они не верят в анонимность этих услуг; они не хотят принимать антиретровирусные препараты, потому что другие могут об этом случайно узнать; люди боятся регулярно посещать медицинские учреждения, потому что это может показаться подозрительным для окружающих. Таким образом, стигма может иметь непосредственное влияние на среднюю продолжительность жизни ЛЖВ и создавать условия для дальнейшего распространения эпидемии. Стигма проявляется на разных уровнях – среди отдельных людей, в семьях, организациях и обществе в целом – и может по-разному влиять на отношения с отдельными людьми и внутри семьи.

### Общественная польза от интеграции лиц, подвергающихся социальной изоляции

Социальная изоляция – это процесс вытеснения отдельных лиц или социальных групп на периферию экономической, общественной и культурной жизни.<sup>58</sup> В итоге они лишаются возможности участвовать в жизни общества вследствие бедности, дискrimинации, отсутствия элементарных профессиональных навыков и доступа к образованию в процессе жизни. Возникает целый ряд препятствий на пути устройства на работу, получения образования и каких-либо источников дохода, что удаляет их от окружающих и социальных сетей. Они практически не имеют возможности обращаться в государственные учрежде-

ния, и поэтому чувствуют себя беспомощными и не могут управлять своей жизнью. Социальная интеграция делает акцент на праве человека «иметь тот уровень жизни и благосостояния, который считается нормальным в обществе, где он/она живет», и предполагает, что государство должно обеспечить условия для того, чтобы каждый человек мог принадлежать к основной части общества и иметь равные социальные, экономические и политические возможности, а также бороться против всех видов неравенства в стране.

Концепция социальной интеграции имеет самое непосредственное отношение к людям, живущим с ВИЧ. Социальная интеграция также направлена на то, чтобы устранить или, по крайней мере, ограничить действие движущих сил (факторов, институтов, процессов) социальной изоляции. Это является неотъемлемой частью процесса человеческого развития. Таким образом, элемент социальной интеграции помогает усилить программы, направленные на достижение целей развития посредством преодоления дискrimинации, социальной изоляции, бесправия и безответственности, которые лежат в основе бедности и прочих проблем развития. В политическом и тактическом отношении эти две концепции взаимно дополняют друг друга: политика в области человеческого развития делает больший акцент на «целях», а социальная интеграция – на «средствах» к их достижению.

Социальная изоляция чревата негативными последствиями не только для людей, живущих с ВИЧ, но и для всего общества. Несовер-

**Рисунок 2.7. Механизмы формирования стигмы: недостаток информации и неверное представление о проблеме ВИЧ/СПИДа порождают боязнь, избегание и осуждение людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)**



<sup>58</sup> Р. Паркер, П. Эгглтон, *Стигма и дискrimинация в связи с ВИЧ/СПИД: концептуальные рамки и практические выводы*. Журнал «Социальные науки и медицина». [HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Social Science and Medicine], 57, 13-24. (2003г.).

шенство и дефицит медицинских услуг и отсутствие жизненно важных лекарств непосредственно способствуют росту уровня смертности, и, соответственно, сокращению средней продолжительности жизни населения, повышают расходы на здравоохранение, разрушают семьи и общество. Дискримина-

ция людей, живущих с ВИЧ, в сфере образования, снижает средний уровень образования в стране, и лишает большие группы населения возможности интеллектуального и профессионального развития. Дискриминация на работе ведет к сокращению доходов и ослабляет экономику. Каждый из этих факторов способствует снижению общего уровня национальных показателей человеческого развития. Преодоление этих проявлений социальной изоляции людей, живущих с ВИЧ, и в первую очередь, устранение ее решающих факторов, может значительно улучшить возможности для человеческого развития и повысить его уровень.

### **Вставка 2.5. Национальное исследование стигмы и форм дискриминации по отношению к людям, живущим с ВИЧ, в Таджикистане**

Исследование, недавно проведенное Стратегическим исследовательским центром при Президенте Таджикистана и НПО «Гули Сурх» при поддержке ПРООН Таджикистан, глубоко осветило вопрос стигмы и дискриминации по отношению к людям, живущим с ВИЧ. Это исследование использовало количественный опрос для оценки отношения общества к людям, живущим с ВИЧ. Среди респондентов были медицинские работники, учителя, представители правоохранительных органов, юристы и судьи, представители сектора обслуживания, мусульманские и христианские церковные лидеры, сотрудники СМИ и работники местных органов управления (хукуматов). Также проводились интервью с людьми, живущими с ВИЧ, с целью получить детальное представление об их опыте стигмы и дискриминации.

Как свидетельствуют результаты исследования, многие респонденты считают, что люди, живущие с ВИЧ, не имеют права работать (42% представителей правоохранительных органов, 29% учителей, 23% судей и юристов, 20% хукуматов). 77% респондентов считают, что люди, живущие с ВИЧ, не имеют права работать в секторе обслуживания. Одна треть респондентов думает, что человека можно уволить с места работы из-за его ВИЧ-статуса.

Исследование также выявило огромный «дискриминационный потенциал» в секторе образования. В общей сложности 42% респондентов считают, что живущие с ВИЧ дети не должны сидеть в одних классах с детьми, не имеющими этого заболевания. Многие респонденты придерживаются мнения, что живущим с ВИЧ детям нельзя позволять ходить в обычную среднюю школу (57% представителей правоохранительных органов, 46% учителей, 61% работников сектора обслуживания и 50% сотрудников СМИ).

Дискриминация в области здравоохранения оказалась не столь явной, но, тем не менее, значительной. 38% медработников не были готовы предоставить равноценные медицинские услуги людям, живущим с ВИЧ. 41% людей, живущих с ВИЧ, указали на то, что конфиденциальность результатов их теста на ВИЧ была нарушена, а 38% сообщили, что им отказали в лечении в медицинском учреждении (женщины упоминали об этом чаще, чем мужчины).

**Источник:** «Национальное исследование стигмы и форм дискриминации по отношению к людям, живущим с ВИЧ» [National Study on the stigmatization of and forms of discrimination against people living with HIV.]

Последние исследования показали, что жизненно важная антиретровирусная терапия значительно увеличивает продолжительность жизни после заражения ВИЧ – с 8 лет, как это было до разработки антиретровирусной терапии, до 33 лет – при полномасштабной терапии. Социальная изоляция, которая препятствует доступу к антиретровирусной терапии, или, что еще хуже, ее получению из-за страха раскрытия ВИЧ-статуса, может значительно сократить продолжительность жизни людей, живущих с ВИЧ, и, следовательно, отрицательно повлиять на показатели человеческого развития.

Таблица 2.3 (см. ст. 30) дает возможность сравнить индексы человеческого развития (ИЧР) по странам региона и показывает возможные изменения данных индексов соответственно при наличии и отсутствии доступа к антиретровирусной терапии. Совершенно очевидно, что при втором сценарии показатели человеческого развития падают ниже порога «средний уровень развития» в 0,700 и оказываются в диапазоне «низкий уровень развития».

Это, бесспорно, очень приблизительная иллюстрация комплексных и многоплановых связей. Выгоды от социальной интеграции значительно превосходят рамки ее позитивного влияния на индекс человеческого развития (ИЧР) и продолжительности жизни.

### **Люди, открыто живущие с ВИЧ**

В предыдущих разделах рассказывалось об очень серьезных и масштабных последствиях стигмы и дискриминации. Но, как свидетельствуют факты, если человек находит в

себе мужество не скрывать свой положительный ВИЧ-статус перед лицом вероятной стигмы и дискриминации, то это может привести к значительному снижению психологоческой нагрузки и потенциальному улучшению физического состояния. Согласно исследованию, включавшему 373 респондента, было установлено, что у тех пациентов с ВИЧ, которые раскрыли свой статус, отмечается более выраженное повышение содержания клеток CD4<sup>59</sup>. По мере того, как все больше и больше людей раскрывает свой ВИЧ-статус, этот диагноз становится все менее обезличенным и чуждым для общества. Большое количество разгласивших свой статус людей могут мобилизовать общественный капитал и сплотить людей, живущих с ВИЧ, что поможет ослабить социальную стигму.

Ниже приводится краткий рассказ об опыте трех людей, открыто живущих с ВИЧ, чьи фотографии вы видели на обложке этого доклада. Всем троим удалось преодолеть последствия раскрытия своего статуса, и теперь они стали примером для подражания. Но при этом необходимо заметить, что подавляющее большинство людей, живущих с ВИЧ, и знающих о своем диагнозе, продолжают хранить свою «тайную жизнь» из-за боязни последствий раскрытия позитивного ВИЧ-статауса окружающим.

#### **Тимур Абдуллаев, 29 лет, Ташкент, Узбекистан**

В начале 2006 года я прошел тестирование на ВИЧ, поскольку это было необходимо для получения египетской визы. Результат оказался положительным. Нужно ли описывать, что я почувствовал в тот момент? Наверное, в этом нет необходимости. Я был молод. Мне никогда не переливали кровь, и я не принимал наркотиков, и никогда не забывал о презервативах. Я никогда не считал, что ВИЧ – это проблема только для некоторых «маргинализированных групп», и что я не могу заразиться. Тем не менее, этот диагноз меня неприятно поразил.

Я должен заметить, что я не являюсь типичным человеком, живущим с ВИЧ, в своей стране и, возможно, во всем регионе, где потребление инъекционных наркотиков считается основной движущей силой эпидемии, и где предполагают,

**Таблица 2.2. «Матрица влияния»: Уровни воздействия стигмы на индивида и семью с точки зрения человеческого развития**

Уровень воздействия стигмы	Воздействия на:	
	Человека	Семью
<b>Индивид</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Самостигматизация, ограничивающая выбор в сфере образования /трудоустройства</li> <li>Депрессия, тревога; предпосылки для развития болезни и ухудшения состояния</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Раннее трудоустройство детей и молодежи, ограничение возможности получить образование</li> <li>Нежелание обращаться за помощью к официальной медицине истощает семейные ресурсы по уходу за больным</li> </ul>
<b>Семья ЛЖВ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Потеря основного дохода</li> <li>Ухудшение уровня жизни/угроза нищеты</li> <li>Отсутствие ресурсов</li> <li>Сироты и уязвимые вследствие ВИЧ дети</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Прекращение работы из-за необходимости ухода за больным или вторичной стигмы</li> <li>Дифференцированное отношение к сиротам со стороны семьи – принуждение к работе, внутренняя миграция вместо образования</li> </ul>
<b>Взаимодействие с учреждениями</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Запрет на посещение школы, работы, медучреждений, страхование через обязательное тестирование/уведомление</li> <li>Невыход на работу по болезни</li> <li>Расходы на медобслуживание, если оно предоставляется учреждением</li> <li>Межличностные отношения (доверие, моральный дух)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие/ограниченный доступ к микрокредитованию или рыночным ресурсам (например, фермеры не могут продать товары на рынке из стигмы)</li> <li>Религиозные организации отказываются предоставить социально-экономическую поддержку / возможность получить образование семьям, затронутым ВИЧ-инфекцией</li> <li>Невыходы на работу вследствие необходимости ухаживать за больным, с дальнейшими последствиями в виде стигмы</li> </ul>
<b>Структура/общество Индивидуальные правовые последствия</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Индивидуальные правовые последствия: неприкосновенность частной жизни, доступ к здравоохранению оказывает влияние на экономические возможности</li> <li>Заставляет людей обратиться в неформальные / незаконные/ нерегулируемые сферы экономики (секс-бизнес, наркотики)</li> <li>Потеря сбережений /пенсионного дохода</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Миграционные ограничения, приводящие к сокращению денежных переводов семьям</li> <li>Ограничение права людей, живущих с ВИЧ, вступать в брак а следовательно, ограниченный доступ к пенсиям/земле</li> <li>Заставляет людей обращаться в неформальные/ незаконные/ нерегулируемые сферы экономики (секс-бизнес, наркотики)</li> <li>Потеря сбережений /пенсионного дохода</li> </ul>

**Источник:** Стigma and discrimination in связи с ВИЧ в Азии: обзор последствий для человеческого развития [HIV-related stigma and discrimination in Asia: a review of human development consequences]. Региональный центр ПРООН в Коломбо, июль 2007г.

**Источник:** [http://www.undprcc.lk/Publications/Publications/HIV/HIV\\_Related\\_Stigma.pdf](http://www.undprcc.lk/Publications/Publications/HIV/HIV_Related_Stigma.pdf)

59 Раскрытие позитивного ВИЧ-статауса может повысить показатель CD 4 [Disclosure might boost CD4 cell count], Reuters Health, Will Boggs, [http://www.aidsmeds.com/articles/1667\\_11327.shtml](http://www.aidsmeds.com/articles/1667_11327.shtml)

**Таблица 2.3. Влияние социальной изоляции ЛЖВ на уровень человеческого развития (отраженное в ИЧР)**

	Национальный ИЧР, 2006	ИЧР для ЛЖВ, получающих антиретровирусную терапию	ИЧР для ЛЖВ, не получающих антиретровирусную терапию
Албания	0,807	0,704	0,565
Армения	0,777	0,674	0,536
Азербайджан	0,759	0,656	0,524
Беларусь	0,817	0,714	0,576
Босния и Герцеговина	0,890	0,787	0,648
Болгария	0,834	0,731	0,592
Грузия	0,763	0,659	0,521
Венгрия	0,877	0,774	0,635
Казахстан	0,807	0,704	0,577
Кыргызстан	0,694	0,590	0,468
Латвия	0,863	0,760	0,621
Литва	0,869	0,766	0,627
Македония Б.Ю.Р.	0,808	0,705	0,566
Молдова	0,719	0,615	0,477
Польша	0,875	0,771	0,633
Румыния	0,826	0,722	0,584
Российская Федерация	0,806	0,702	0,582
Сербия	0,821	0,718	0,579
Словакия	0,871	0,768	0,629
Словения	0,921	0,818	0,680
Таджикистан	0,684	0,581	0,453
Турция	0,780	0,677	0,539
Туркменистан	0,723	0,620	0,513
Украина	0,786	0,682	0,548
Узбекистан	0,701	0,598	0,468
Хорватия	0,862	0,758	0,620
Черногория	0,821	0,718	0,579
Чехия	0,897	0,794	0,656
Эстония	0,870	0,767	0,629

Примечание: Расчеты основаны на данных из ИЧР, статистика по человеческому развитию по состоянию на 2007/2008 гг. и данные о средней продолжительности жизни взяты из работы Н. Лезе и Х. Т. Соренсен «Срок дожития людей с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом, в Дании», 1995–2005 г.г. [“Survival of Persons with and without HIV Infection in Denmark, 1995–2005”, Ann Intern Med. 2007;146:87-95].

что «типичный» человек с ВИЧ потребляет наркотики. Влияет ли это на отношение широкой публики к людям, живущим с ВИЧ? Естественно! Так же как и на Западе, где на ранних стадиях эпидемии о человеке с ВИЧ предполагали, что он гомосексуалист, первый вопрос, который я слышу (или читаю в глазах других), это: «Вы, человек со степенью магистра британского университета, имеющий хорошую работу, принимаете наркотики?».

Но нетипичность моего случая проявляется не только в этом. Я открыто заявляю о своем статусе. Я сделал это почти сразу же, как узнал о своем диагнозе. Я знаю людей, которые потеряли работу из-за того, что у них был обнаружен ВИЧ. Я открыто заявил о своем диагнозе у себя на работе. Потерял ли я работу? Нет! Я думаю, что если вы знаете свои права, и знаете, как их защищать, вас не уволят. Знания и настойчивость могут свернуть горы, поверьте мне. Ощущал ли я на себе стигму? Опять же, нет! И я не знаю, почему. Может быть, потому что мои коллеги хорошо знали меня до того, как выяснился мой диагноз, а может быть, потому что я не являлся типичным примером. А может быть, потому, что я не стигматизировал сам себя?

У моей жены отрицательный ВИЧ-статус, и, я надеюсь, он всегда будет таким. Мы встретились до того, как я узнал о моем диагнозе. Но, тем не менее, она была первой, кому я об этом рассказал. Эта новость потрясла ее, наверное, даже больше, чем меня. Но она приняла это известие так же, как и я. Спустя несколько лет после нашего знакомства, 8 августа 2008 года (08.08.08!) мы поженились, и теперь я самый счастливый человек на свете.

Вскоре после женитьбы я стал принимать антиретровирусные препараты. И хотя у меня довольно высокий показатель CD4, мне нужна антиретровирусная терапия для снижения вирусной нагрузки, чтобы мы могли иметь ребенка, не рискуя жизнью моей жены. Я очень счастлив в роли мужа и мечтаю стать любящим и нежным отцом.

У меня были проблемы со здоровьем, но благодаря бесплатному лечению, предлагаемому Центром СПИД и поддержке моей жены, мне стало лучше. Сейчас я чувствую себя довольно хорошо, и недавно начал работать экспертом по трудуоустройству в совместном проекте ПРООН и Министерстве труда Узбекистана. Кстати, мои коллеги знали о моем статусе, и, тем не менее, как видите, я получил эту работу!

Что я могу сказать о социальном отчуждении? Наверное, это явление существует везде. Но я уверен, что в большей степени это зависит от самого человека, чем от его окружения. Конечно, существуют такие ситуации, когда не имеет значения, насколько вы мужественный человек; когда люди узнают о вашем диагнозе, они делают для себя выводы, и навряд ли существует такая сила, которая могла бы их переубедить. Но я видел много людей из так называемых «маргинализированных групп», которые смогли изменить свою жизнь после того, как узнали о положительном ВИЧ-статусе: ВИЧ в буквальном смысле слова сделал их более сильными, энергичными, находчивыми и здоровыми! Так что видите – их жизнь стала *положительной* во многих отношениях!

Когда меня спрашивают, что я думаю о ВИЧ, я отвечаю, что для меня это одновременно и проклятие, и испытание, и дар. Из-за инфекции приходится делать массу не очень приятных вещей: взять, к примеру, регулярные медицинские осмотры, лечение, или необходимость получать специальное разрешение, чтобы поехать в США. Но так же, как и другие серьезные проблемы, ВИЧ заставляет переосмыслить свою жизнь, сделать переоценку ценностей, может быть, даже стать мудрее. Для меня мой диагноз стал чем-то вроде второго рождения. Я стал ценить каждую минуту своей жизни, как будто она последняя.

Мы, живущие с ВИЧ, не отличаемся о тех, у кого нет этого вируса. Нельзя сказать, что все люди, не имеющие ВИЧ, – хорошие, так же, как нельзя сказать, что все люди с ВИЧ – плохие. Главное, что мы из себя представляем на самом деле, и какими мы себя видим. Если мы растратчиваем свою жизнь понапрасну, то почему окружающие должны нас уважать? Если вы считаете себя жертвой или инвалидом – люди будут вас жалеть. Я считаю, и это совпадает с мнением психологов, что люди воспринимают нас так, как мы воспринимаем себя сами, и при этом не играет никакой роли, есть у вас вирус или нет!

**Светлана Изамбаева, Казань, Российская Федерация, победительница российского конкурса «Мисс позитив Россия»**

Когда я узнала о том, что у меня ВИЧ, первая мысль, которая пришла мне в голову, – это: «Ну, все, моя жизнь кончилась. У меня нет будущего. Я не хочу учиться, не хочу работать. Ничего не хочу». Мне казалось, что я сразу же

потеряла то уважение, которое заслужила в своей деревне, в своем городе за 22 года жизни. Я думала, что люди забросают меня камнями. Для меня это был страшный шок.

Но я приняла свой статус. Я поняла, что могу жить с ним. Иметь положительный диагноз ВИЧ – это не позор. Это просто новая глава в моей жизни.

Сейчас я чувствую себя прекрасно. Я люблю жизнь. Я любима и счастлива. У меня прелестный, здоровый ребенок, девочка, которая любит свою маму. Мою дочку зовут Ева-Мария. У моего мужа тоже положительный диагноз на ВИЧ.

Для меня это новая глава в жизни – я помогаю другим людям. Сначала я прошла ту стадию, когда мне было необходимо получить достаточно информации, чтобы преодолеть свою внутреннюю стигму. Сейчас я уже на той стадии, когда можно делиться своим опытом, – разговариваю с другими женщинами, другими людьми, у которых тоже положительный диагноз ВИЧ.

Я провожу группы поддержки для женщин, живущих с ВИЧ. Сейчас мы планируем подготовить нескольких проектов и предложить их государственным и иностранным организациям. Мы зарегистрировали наш фонд, и я, Светлана Изамбаева, являюсь его председателем. У меня своя собственная программа помощи людям с положительным диагнозом ВИЧ. Я хочу подходить к этому вопросу с женской точки зрения. Если мы будем помогать женщинам, а эти женщины будут помогать другим женщинам, то, в конечном итоге, и семьи будут более здоровыми и счастливыми. У меня есть несколько программ, которые я хотела бы воплотить в жизнь. Нам нужно стать более открытыми; необходимо говорить об этой проблеме. Мы должны прийти к тому, чтобы иметь возможность сказать обществу: «Да, у меня ВИЧ! Ну и что? Я могу с этим жить». Общество также должно проявлять больше терпимости. Это еще одна задача, над которой нужно работать.

**Марина Бритвенко, 36 лет, Санкт-Петербург**

В молодости я была наркозависимым человеком, что привело к ВИЧ инфекции, гепатитам В и С, туберкулезному, которые доставили мне целую кучу проблем в семье и социуме и принесли много боли и разочарований. За свою

не очень длинную жизнь я успела увидеть и ощутить много горя, хотя можно посмотреть на это и с другой стороны. Знаете, когда я вспоминаю все 10 лет употребления наркотиков, то мне становится страшно и стыдно, но когда я смотрю на сегодняшнюю мою жизнь, мое сердце переполняется благодарностью и радостью.

Вот уже 10 лет я веду абсолютно здоровый образ жизни. Несмотря на ВИЧ, я вышла замуж за самого прекрасного человека, будучи инфицированной, я родила абсолютно здорового сына. И именно, выйдя замуж за неинфицированного мужчину, я поняла, что любовь переступает все барьеры и препятствия, любовь даёт человеку силы встать и идти вперёд, когда жизнь, казалось бы, потеряла смысл, любовь делает возможность начать всё заново, несмотря на ошибки в жизни. Любой человек может допустить ошибку в жизни, но каждый имеет шанс начать всё заново. Я живу и радуюсь жизни, потому что рядом со мной любящие люди, которые не осуждают, а напротив, всегда и во всём протягивают руку помощи. У меня есть интересное и полезное дело, я работаю с людьми, которых затронули подобные проблемы. И ещё очень хочется сказать, что ВИЧ/СПИД имеет лицо и голос тысяч людей, живущих на этой земле. Нельзя опускать руки, когда трудно, когда пришли проблемы, когда у тебя ВИЧ или туберкулез. Жизнь настолько прекрасна и интересна, что любой человек, приложив усилия, может повернуть время вспять и быть счастливым. Я вспоминаю фильмы времён войны, когда показывают, как солдаты возвращались домой покалеченные и израненные, но их семьи ждали их и любили такими, какие они есть. Так неужели в наше время любовь потеряла силу и способность поднимать из пепла жизни людей. Нет. Сегодня очень много людей, которые имеют ВИЧ и, тем не менее, они живут, работают и приносят пользу людям, потому что они понимают, что отвержение – это не решение проблемы.

*Низкое качество медицинских услуг для людей, живущих с ВИЧ, в поликлиниках общего профиля, является серьезными уязвимыми местами в системе здравоохранения*

ра материала для этого доклада, было посвящено тому, каким образом положительный ВИЧ-статус способствует уязвимости в трех основных областях, определяющих человеческое развитие – в сфере здравоохранения, образования и трудоустройства.

### Уязвимость в сфере здравоохранения

Доступ к высококачественным медицинским услугам, по мнению респондентов, имеет первостепенное значение для тех, кто живет с ВИЧ. Проблемы в системе медицинского обслуживания или низкое качество услуг наносят серьезный ущерб их здоровью, ослабленному вирусом. Снижение качества медицинских услуг в связи с ВИЧ может серьезно ухудшить их состояние, снизить шансы на участие в жизни общества и, возможно, увеличить шансы на передачу вируса другим лицам. Стигма и дискриминация по отношению к людям, живущим с ВИЧ, проявлялась в некачественных услугах, оказываемых поликлиниками, наличии скрытых форм платных медицинских услуг и даже в отказе в медицинской помощи. Стигма и дискриминация среди медицинских работников, как выяснилось, проистекает от недостаточного уровня образования, обучения и клинических ресурсов для предоставления услуг людям, живущим с ВИЧ.

На основании собранных данных были выделены четыре основные проблеммы в области здравоохранения: (а) низкое качество медицинских услуг по лечению заболеваний, связанных с ВИЧ, в поликлиниках, по сравнению с центрами СПИД; (б) скрытые формы платных медицинских услуг при ВИЧ/СПИДЕ; (в) неадекватное обучение персонала и недостаточные ресурсы; (г) явные предрассудки медицинских работников по отношению к пациентам, живущим с ВИЧ/СПИДом.

Первое, что отмечали респонденты, – это низкий уровень услуг в поликлиниках. В этих шести странах, как правило, существует отдельная система медицинских услуг, связанных с лечением ВИЧ/СПИДа. Специализированные центры СПИД предоставляют такие услуги, как антиретровирусные препараты, диагностика и лечение оппортунистических инфекций, оценка вирусной нагрузки и содержания Т-клеток. Медицинские услуги общего характера оказываются в поликлиниках или в специализированных цен-

## Уязвимость вследствие ВИЧ

Связанное с ВИЧ социальное отчуждение и ограниченные возможности самореализации и развития человека проявляются в тех проблемах, с которыми повседневно сталкиваются люди, живущие с ВИЧ. Качественное исследование, проведенное в процессе сбо-

трах, например, зубоврачебных или гинекологических клиниках. Такое разделения системы медицинской помощи (на общую и специализированную) позволяет людям, живущим с ВИЧ, получать лечение в связи с этим заболеванием там, где они чувствуют себя комфортнее и могут открыто обсуждать свои проблемы.

Участники исследования постоянно отмечают, что отношение к ЛЖВ и уровень профессиональных навыков зависят от типа медицинского учреждения. Сотрудники специализированных центров СПИД, которым приходится постоянно контактировать с ЛЖВ, характеризуются ими как более гуманные и понимающие: они меньше боятся ВИЧ-инфекции и обладают более совершенными навыками в области диагностики, лечения и психологической поддержки. Что же касается медработников в неспециализированных учреждениях, то они оказались менее подготовленными к работе с ЛЖВ и чаще проявляли нетерпимость и дискриминацию в отношении этой категории пациентов.

Второй вопрос, волнующий людей, живущих с ВИЧ/СПИД, – это скрытые дополнительные расходы на услуги по лечению ВИЧ/СПИД. И хотя национальная политика предусматривает доступные по цене или бесплатные услуги во всех странах региона, участники отметили, что фактически при обращении в медицинские учреждения им зачастую приходится платить.

Многие респонденты видят одну из главных проблем в том, что ЛЖВ приходится тратить много времени на длительные переезды, чтобы добраться до специализированной клиники. В большинстве стран центры, занимающиеся профилактикой и лечением ВИЧ/СПИДа, находятся в таких крупных городах, как Стамбул или Анкара, Москва или Киев. Сельские жители рассказывали, что они тратят целый день на поездку в центр СПИД и обратно. В такие дни, в дополнение к расходам на дорогу, они еще теряют свой дневной заработок и заработок сопровождающего их члена семьи.

Респонденты сообщали, что им приходилось не только платить, но и приносить с собой полный набор необходимых средств, медикаментов и лечебно-вспомогательных материалов: например, в Узбекистане некоторые лекарства и шприцы должен покупать пациент, а в Челябинске и Иркутске (Российская

## Вставка 2.6. Опыт предвзятого отношения при контактах с медицинскими учреждениями

*У одной из моих знакомых был партнер, но она не знала, что у него ВИЧ. На 6-ом месяце беременности, она пошла в женскую консультацию, чтобы встать на учет, и ей сказали, что у нее положительный тест на ВИЧ. Позже, когда у нее начались схватки, и она пошла в другую больницу, ей просто отказали в приеме. Ей сказали, что они не хотят молиться, хотя она принесла с собой свои простыни и пеленки. Она была так унижена и оскорблена, что ушла в слезах и решила родить ребенка прямо в городском саду.*

– респондентка из Украины, живущая с ВИЧ

*Я пошла к врачу. Он попросил меня снять футболку. Но когда он увидел мой диагноз, он не захотел до меня дотрагиваться, и даже не обследовал меня.*

– респондентка из Турции, живущая с ВИЧ

*У меня были проблемы в роддоме. В нашей палате лежали наркоманки, у которых были вши, проститутки, разные нищие. Я заплатила за хорошую палату, но [меня поместили] вместе с нищими с улицы. [Сотрудники родильного отделения] отказываются делать кесарево сечение будущим мамам с ВИЧ, хотя это увеличивает риск инфекции для ребенка ... Они сказали: «Может быть, вам придется рожать самой».*

– респондентка из России, живущая с ВИЧ

*Первое и единственное желание у врачей – если они подозревают, что это пациент с ВИЧ, – это отдалиться от него как можно скорее и направить его в специализированное медицинское учреждение, например, в центр СПИД. Однако, согласно законодательству, больные имеют право получать специализированную медицинскую помощь в обычных поликлиниках и больницах, в то время как центры СПИД специализируются на оппортунистических инфекциях, терапевтической поддержки и т.д.*

– специалист органов здравоохранения из Украины

*Региональное исследование социальной уязвимости в связи с ВИЧ [Regional HIV Vulnerability study], ПРООН, (2007 г.)*

Федерация) пациентам пришлось платить за перчатки, бинты и вату. В некоторых странах медперсонал рассчитывает на взятки, если речь идет о предоставлении услуг людям, живущим с ВИЧ. На Украине медработники в двух случаях потребовали «неофициальной платы за услуги». Один респондент сообщил, что беременную женщину с ВИЧ не пускали в родильный дом до тех пор, пока им не заплатили. А другой участник исследования с Украины рассказывал, что его не брали в больницу из-за его положительного ВИЧ-статуса, но, в конце концов, согласились принять, когда его мама заплатила дополнительную сумму.

*Еще один «больной» вопрос для людей, живущих с ВИЧ/СПИД, – это скрытые дополнительные расходы на услуги по лечению ВИЧ/СПИД*

## Вставка 2.7. Недостаток знаний и ресурсов в секторе здравоохранения

*Мы мало знаем об этом заболевании. Нам хотелось бы, чтобы государство оплатило программу обучения, и к нам пригласили специалиста, с которым мы могли бы обсудить эти вопросы.*

– медработник из Грузии

*Во время наших учебных визитов в провинцию я спросил у одной медсестры, почему она не надевает перчатки во время занятий, но она засмеялась. Я спросил, почему она смеется, на что она заметила, что у них нет перчаток. Остальные медсестры подтвердили, что им никогда не дают перчаток.*

– врач из Турции

*Да, у нас существует защитная экипировка, но ее часто не хватает. Например, врач принимает 25-30 пациентов в день – это означает 25-30 пар перчаток! Они далеко не всегда бывают в таких количествах.*

– врач из Узбекистана

*Возможно, это происходит из-за недостатка узких специалистов, например, инфекционистов, которые кое-что знают о ВИЧ. Здесь необходимы хорошо подготовленные врачи, которые могут лечить людей, опираясь на знание ВИЧ-инфекции. Но у нас недостаточно таких специалистов.*

– респондент из Украины, живущий с ВИЧ

*Вообще лучший метод лечения этого заболевания – это изоляция. Вы помните проказу? Ужасное заболевание, которое нельзя было вылечить никаким иным путем, только изоляцией... Пожалуй, для этих [ЛЖВ]... тюрьма – это подходящее место, для таких безнадёжных больных, возможно, такие тюремы уже существуют.*

– врач из Эстонии

Региональное исследование социальной уязвимости в связи с ВИЧ [Regional HIV Vulnerability study], ПРООН, (2007 г.)

*Медработники, за исключением сотрудников центров СПИД, зачастую не имеют элементарной подготовки в области эпидемиологии, механизмов передачи, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, а также оказания психологической помощи и прав человека*

Респонденты в Македонии также отмечали финансовые трудности, связанные с высокими затратами на медицинские услуги и сокращением доходов из-за стигмы. Вследствие высоких цен и снижения доходов населения, только 27 % респондентов сообщили, что могут позволить себе купить нужные им лекарства. Отсутствие или ограниченность доступа к медикаментам подрывает здоровье, ухудшая шансы человека на то, чтобы заработать деньги, и от этого страдает чувство собственного достоинства, которое дает продуктивная работа.<sup>60</sup>

Третья уязвимая сфера в здравоохранении – это низкий уровень профессиональных навыков и ресурсов. Респонденты отмечали, что медицинские учреждения, особенно в сельской местности, где обслуживается бедное население, не укомплектованы и недостаточно финансируются. Медработники, за исключением сотрудников центров СПИД, не имеют элементарной подготовки в области эпидемиологии, передачи профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Медработники либо плохо знают, либо не применяют общие меры предосторожности, но среди терапевтов бытует мнение, что они подвергаются большому риску инфицироваться ВИЧ. Как выразился один эстонский врач: «Мы [медработники] в сущности представляем собой группу риска. И я тоже к ней принадлежу». В Турции сотрудники органов здравоохранения отметили отсутствие защитных средств и технологий, например, резиновых перчаток, оборудования для внутривенного вливания или средств профилактики после контакта с источником заражения, и подчеркнули нежелание медперсонала лечить ВИЧ-положительных пациентов. В Грузии медработники отметили недостаток ресурсов и лечебных протоколов по ВИЧ. Похожим образом прокомментировал положение вещей у себя в стране и врач из Узбекистана. Он отметил, что врачи не могут должным образом защитить себя или своих пациентов, и хотя, согласно заявленной политике, они должны при лечении всех пациентов соблюдать те же правила и меры предосторожности, что и при работе с ЛЖВ, они понимают, что это нереально из-за ограниченного времени, отсутствия навыков и недостатка ресурсов.

Четвертая уязвимая область здравоохранения – это открытые проявления дискриминации по отношению к людям, имеющим заболевание, связанные с ВИЧ, и обращающимся за медицинской помощью. Типичное для всех стран проявление такой дискриминации – это отказ врача лечить ЛЖВ из-за боязни того, что медицинское учреждение будут отождествлять со «стигматизированными» больными. Другое распространенное явление в больничных условиях, описанное респондентами-медиками, – это изоляция людей, живущих с ВИЧ, от других пациентов с тем, чтобы уменьшить возможность заражения.

<sup>60</sup> Мнения людей, живущих с ВИЧ/СПИД в Республике Македония [Viewpoints of the HIV/AIDS infected in The Republic of Macedonia], ПРООН, Македония, 2005 г.

Некоторые медработники и врачи задавались вопросом о том, уместно ли уделять ВИЧ столько внимания и предоставлять столько услуг в тех местах, где распространенность ВИЧ остается низкой и где не выделяется достаточно ресурсов для решения других проблем здравоохранения. У таких врачей и руководителей медицинских учреждений «специальные» услуги для людей, живущих ВИЧ, вызывали досаду и раздражение и служили поводом для полемики с коллегами, придерживающимися иного мнения.

### Уязвимые места в секторе образования

В отличие от подробных описаний проблем в секторе здравоохранения, сообщения о стигме и дискриминации в секторе образования скорее основывались на предположениях и догадках. Причина может заключаться в том, что среди людей, живущих с ВИЧ, мало таких, кто недавно получал образование, а также тот факт, что родители могут не предавать огласке в школе свой ВИЧ-статус или ВИЧ-статус своих детей. Тем не менее, проведенный анализ указывает на неготовность школы к работе с ВИЧ-инфицированными учениками, несмотря на то, что проблема приобретает все более неотложный характер в связи с быстрым увеличением количества детей школьного возраста, живущих с ВИЧ, в некоторых странах региона.

Один из вопросов, которому респонденты уделяли большое внимание, – это необходимость более терпимого отношения к школьникам с ВИЧ, а также детям, чьи родители живут с ВИЧ. Сегодня в начальных и средних школах и университетах стран региона обучается очень незначительное количество ВИЧ-позитивных учеников и студентов, что может свидетельствовать о редкости случаев раскрытия ВИЧ-статуса. Живущие с ВИЧ родители и родители детей с ВИЧ выразили обеспокоенность в связи со стигмой, дискриминацией и издевательствами, которым подвергаются в школе их дети. Среди преподавателей и представителей школьной администрации была отмечена тревожная тенденция – они нередко высказывались в пользу обучения ВИЧ-позитивных детей в отдельных классах. Кроме того, они сетовали на отсутствие методических рекомендаций по обучению ВИЧ-позитивных в общих классах и выражали озабоченность в связи с тем, что родители ВИЧ-отрица-

тельных детей могут забрать их из школы, если узнают, что туда принимают детей с положительным диагнозом ВИЧ. Необходимо отметить, что в этом исследовании фигурировали в основном школы, а проблемы в вузах респондентами практически не упоминались. Необходимо провести еще одно ис-

### Вставка 2.8. Кыргызстан: Стигма привела к уязвимости

Недавно в г. Ош, Кыргызстан, по меньшей мере, 76 детей были заражены ВИЧ в результате внутрибольничной инфекции. В рамках программы «*Социальная поддержка семьям, страдающим от ВИЧ*» ЮНИСЕФ и партнеры делают все возможное, чтобы обеспечить для них постоянное медицинское обслуживание и социальные услуги и дать детям, а также их родителям возможность尽快 вернуться к здоровой и продуктивной жизни.

Но стигма и дискриминация в медицинских учреждениях и в ближайшем окружении поставила пострадавшие семьи в очень тяжелое положение. Две матери, Нурьян и Фарида, рассказывают о своем печальном опыте: «Когда вашему ребенку плохо, вы сами становитесь агрессивными и озлобленными на весь мир». До трех лет сын Нурьян был активным, умным мальчиком, быстро развивался. Затем он заболел менингитом в детском садике. «За те три месяца, пока мы находились в реанимации, мне нужно было за все платить – за комнату, лекарства, медсестрам – за уколы, доктору, чтобы он уделял ребенку достаточно внимания, уборщице, чтобы она убрала комнату», – говорит сквозь слезы Нурьян. «И что я приобрела за свои деньги? Я приобрела ВИЧ для своего ребенка!».

Ее сыну скоро исполнится четыре с половиной года. Он не может сам есть, самостоятельно одеваться. Он остановился в своем развитии. Ему нужен постоянный уход, а его мама с двумя университетскими дипломами не может работать, и испытывает серьезные материальные трудности. Муж бросил ее и уехал в Россию. Его родственники обвиняют женщину в болезни ребенка и практически отказались от него, хотя ни они, ни родители самой Нурьян не знают, что у ребенка ВИЧ. «У них было и так достаточно горя в жизни», – говорит сквозь слезы Нурьян, – «Эта новость могла бы их убить».

«Мы находимся в состоянии шока уже полтора года», рассказывает Фарида, мама другого ребенка, зараженного ВИЧ. «Мы даже не знаем, кому больше нужна помочь – нашим больным детям или нам самим. Это замкнутый круг. Ребенку с ВИЧ нужны хорошие продукты, ему постоянно нужны лекарства, а мы такие бедные, и у нас есть другие дети. Что с ними будет?», – спрашивает несчастная женщина. Когда мой муж узнал, какая беда произошла, он выкинул меня из дома с напутствием: «Иди туда, где ты нашла СПИД, и живи там! А еще в нашей деревне все, от мала до велика, знают, что у нас в семье СПИД, на нас показывают пальцами и отшатываются от нас на улице», – говорит Фарида и плачет. Для этой молодой женщины жизнь разделилась на ‘до’ и ‘после’ ВИЧ.

*Представители сектора образования сошлись во мнении, что родители станут забирать своих детей из школы, если туда примут ВИЧ-позитивного ученика*

следование, чтобы установить, какие барьеры для ЛЖВ существуют в сфере высшего образования.

В секторе образования всех стран региона были выявлены три важных проблемы, связанные с социальной уязвимостью ЛЖВ: (а) обязательное раскрытие статуса ВИЧ; (б) негативное отношение других детей к школьникам с ВИЧ; (в) и сегрегация детей.

#### **Обязательное раскрытие статуса ВИЧ.**

Участники указывали на то, что во многих шко-

лах региона при записи требовали медицинскую справку, тем самым практически вынуждая людей раскрыть их ВИЧ-статус. Например, участники из России и Украины рассказывали о том, что при переходе в другую школу им пришлось представить медицинскую карту ребенка, в которой содержится полная информация о его здоровье и здоровье его родителей. Раскрытие ВИЧ-статуса представляет проблему и для взрослых, желающих получить образование, поскольку для ЛЖВ существуют запреты на работу в ряде областей (например, в здравоохранении), и при поступлении в соответствующие ВУзы или на работу требуется представить данные о своем ВИЧ-статусе. Согласно мнению респондентов, требование о раскрытии ВИЧ-статуса детей или их родителей делает их уязвимыми к стигме и дискриминации в школах со стороны учителей, других детей и членов их семей.

#### **Вставка 2.9. Стигма по отношению к детям, живущим с ВИЧ, и противоречивое отношение к сегрегации в школах**

Когда у родителей спрашивают: «Хотели ли бы вы, чтобы ваши дети учились в одном классе с детьми с положительным диагнозом ВИЧ?», они отвечают: «Нет, было бы лучше создать интернаты для таких детей, чтобы они могли учиться отдельно». Такие вещи чаще заявляют родители, они боятся больше, чем сами школьники или студенты. Существуют и медработники, которые говорят: «А почему они должны учиться вместе?» Пожилые люди тоже высказываются за изоляцию зараженных ВИЧ.

– учитель из Украины

*Да, они действительно опасны. Я считаю, что такие дети [живущие с ВИЧ] не должны посещать ни школы, ни детские сады, потому что это угрожает здоровью других детей.*

– учитель из Грузии

*С моей точки зрения [сегрегация] совершенно неправильная политика, потому что это может обозлить молодых людей и настроить их против общества, которое их дискриминирует. А озлобление может привести к тому, что однажды он в толпе уколет кого-нибудь зараженной иглой. Какие могут быть гарантии, что мы с вами не заразимся? И все это только из-за того, что он озлоблен, и это озлобление сопровождает его с самого детства.*

– учитель из России

*Я не думаю, что детей с ВИЧ нужно каким-то образом изолировать от других детей. Они не инвалиды ... Мы не можем создавать для них особые интернаты и держать их всех там, как предлагают некоторые... Что они там увидят? Они и так растут с ощущением, что они чего-то лишены, что их ограничивают. Они должны быть среди других детей, общаться с ними, получать такое же образование.*

– учитель из Украины

Региональное исследование социальной уязвимости в связи ВИЧ [Regional HIV Vulnerability study], ПРООН, (2007 г.)

Относительно школьных требований, касающихся обязательного раскрытия ВИЧ-статуса ребенка, высказывались разные мнения. Некоторые участники одобряли эту политику, считая, что такая информация дает учителям и медсестрам возможность помочь ВИЧ-позитивным детям в случае необходимости. Они также отмечали, что эта мера поможет защитить других детей и преподавателей и предупредить возможный контакт с кровью. В общей сложности родители высказались за необходимость раскрытия статуса дирекции и медперсоналу школы, но не хотели бы, чтобы об этом знали другие преподаватели и родители. В то же время многие родители выражали опасение в связи с возможной дискриминацией со стороны предвзято настроенной дирекции, преподавателей и родителей.

**Оригинальная реакция других школьников** по отношению к детям с ВИЧ. Преподаватели и администрация выразили свою озабоченность в связи с тем, что дети с ВИЧ станут объектом издевок одноклассников. Например, педагоги из Узбекистана выразили мнение, что раскрытие статуса может привести к тому, что другие дети будут их дразнить. Это говорит о том, что школы не являются безопасным местом для детей с ВИЧ, так как они могут стать жертвой дискриминации со стороны своих сверстников. Один респондент с Украины заметил, что школьники, живущие с ВИЧ, могут быть подвержены внутренней стигме, еще больше осложняющей процесс обучения и усугубляющей ощущение социальной отчужденности. Многие родители де-

тей, живущих с ВИЧ, выражали озабоченность в связи со стигмой их детей, которую они ощущают и в классной комнате, и на школьном дворе. Некоторые родители предпочитают не раскрывать их статус, чтобы защитить детей от дискриминации или дурного обращения.

**Разделение и сегрегация детей.** Учителя и администрация школ выразили беспокойство связи с тем, что прием в школу детей с ВИЧ приведет к тому, что другие родители заберут своих детей, опасаясь заражения. Например, в Грузии все представители сектора образования согласились, что родители будут забирать своих детей из школы, если туда примут ребенка с ВИЧ.

Администрации школ рассматривали вопрос финансовых последствий для школ, если большое количество родителей будет забирать своих ВИЧ-негативных детей из школы и обсуждали продиктованную финансовыми нуждами необходимость отказаться от приема детей с ВИЧ. Руководители детского садика в Украине привели пример, когда «родители узнали об этом [приеме ребенка с ВИЧ] и немедленно написали письмо с просьбой исключить этого ребенка», и отметили, что «ни один руководитель не пойдет против воли родителей». Респонденты из Узбекистана тоже сообщили о давлении родителей на руководство школы, чтобы исключить детей с ВИЧ.

Следовательно, общественная стигма и страхи, связанные с ВИЧ и опасениями за здоровье детей, могут повлиять на количество учеников, посещающих школу, уровень набора детей в школы и их финансовую жизнеспособность. Как показал опрос, представители школьной администрации боятся, что сокращение количества учеников в классах чревато ощутимыми экономическими последствиями.

## Уязвимые места в секторе трудоустройства

Уязвимость людей, живущих с ВИЧ, на рынке труда связана с общим состоянием экономики в стране. И хотя во всем регионе в большинстве сфер ощущаются трудности с устройством на работу, люди, живущие с ВИЧ, указывали на особо острые проблемы в этой области. Важно заметить, что те работодатели и начальство, которые продемонстрировали нежелание принять на работу кандидатов с положительным диагнозом ВИЧ, были со-

### Вставка 2.10. Албания:

Преодоление отторжения одноклассниками – задача вполне выполнимая

В Албании женщина, живущая с ВИЧ, использовала свой профессиональный юридический опыт в борьбе за права своих сыновей-близнецов на получение образования, выступив против стигматизации и дискриминации со стороны учебных учреждения и общества.

Когда Теута узнала, что у нее ВИЧ, она была просто раздавлена. «Я была в шоке. Положительный диагноз ВИЧ – это страшное испытание. И если у вас есть дети, то первое, что приходит вам в голову – кто будет заботиться о детях? Кто...?» Ее опасения подтвердились, когда ее детям отказали в получении финансовой помощи на получение образования. «Я два года ждала ответа из Министерства образования, но так его и не получила. Мои дети относятся к группе нуждающихся, но государство не предоставило им помощи. Я плачу налоги, как и остальные граждане, но не получаю взамен элементарных социальных услуг, как, например, образование для моих детей», рассказывает Теута. Другие родители протестовали против приема ее детей в школу: «Забирайте своих детей и подохните вместе с ними, но нас оставьте в покое».

Но Теута не уступила, она стала бороться. Она устраивала встречи с врачами, педагогами и родителями по месту жительства, чтобы развеять миф о том, что ее дети могут заразить других. Теута пришли на помочь учителя, которые ознакомили других родителей с законодательством, гарантировавшим всем детям право на получение образования. Теута победила, и ее детей приняли в школу. Она вспоминает: «Все в округе были обеспокоены тем, что мои дети идут в школу, они только об этом и говорили, совершенно забыв о том, что мы живем здесь уже несколько лет, и никогда не причиняли никому никакого вреда. Как можно быть такими эгоистами?»

Теута основала Албанскую ассоциацию людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и считает, что заручилась поддержкой себе подобных. Она воодушевляет других на борьбу против стигмы и дискриминации ради самих себя и своих детей: «Нелегко бороться с менталитетом целого общества. Но сейчас я понимаю, как важно никогда не сдаваться. Сдаться очень легко. Я выбрала борьбу ... Я боролась за то, чтобы жить дольше, потому что я, в первую очередь, – мать, и когда я борюсь за свою жизнь, я борюсь за жизнь моих детей».

Она настроена оптимистично в отношении будущего своей семьи. «Моя самая большая мечта – дожить до того момента, когда ВИЧ исчезнет с «повестки дня» моей семьи, и я буду видеть своих детей здоровыми и счастливыми ... Но и сегодня у нас много счастливых моментов, и я часто вижу радость в глазах моих детей».

(ЮНИСЕФ, Правдивые истории: Валбона Сульце, автор, и Илир Баци, переводчик [UNICEF Story credit: Valbona Sulçe, author and Ilir Baçi, translator])

## **Вставка 2.11.** Препятствия на пути людей, живущих с ВИЧ, при устройстве на работу

Я знаю заранее, что мой статус помешает мне при устройстве на работу или продвижении по служебной лестнице... Я и не ищу работу, потому что знаю, что мне ответят отказом.

– человек, живущий с ВИЧ, из Грузии

Когда я искал работу, я всегда старался убедиться, что она будет не слишком тяжелой физически. Потому что любое заболевание у меня протекает с осложнениями – если я простужусь, то у меня температура 40 градусов, и она не спадает. Я постоянно принимаю лекарства.

– человек, живущий с ВИЧ, из России

Моя знакомая сталкивалась с этим. Работая в пищевой промышленности, она могла бы зарабатывать хорошие деньги, но она знает, что из-за ВИЧ ее не возьмут, и ей пришлось пойти на более низкооплачиваемую работу не по своей специальности.

– человек, живущий с ВИЧ, из Украины

Вы можете это толковать, как вам угодно, но я даже на работу в офис не взял бы человека с таки диагнозом. У меня о них предвзятое мнение. Говорят, эта болезнь не передается по воздуху, но кто знает. Зачем рисковать?

– работодатель из Грузии

Мне кажется, наше общество еще не готово к тому, чтобы работать бок о бок с человеком, живущим с ВИЧ. Представьте себе учителя начальной школы с положительным диагнозом, который пришел в школу и говорит: «Возьмите меня». Я на 100% уверен, что никто не возьмет его на работу.

– ЛЖВ из Украины

В одной компании работает человек, живущий с ВИЧ, и его начальство относится к нему очень внимательно, потому что он хороший специалист. Этот сотрудник проходит антиретровирусную терапию в Киеве и начальник понимает, что он вынужден уезжать на лечение, и ему даже помогают оплачивать эти поездки. Многое зависит от конкретного человека – от того, как начальство отнесется к этому вопросу.

– человек, живущий с ВИЧ, из Украины

Региональное исследование социальной уязвимости в связи с ВИЧ [ Regional HIV Vulnerability study], ПРООН, (2007 г.)

чувственно настроены по отношению к тем своим сотрудникам, которые недавно узнали о своем диагнозе. Результаты исследования показали, что очень важно четко прописать в ведомственных регламентах инструкции по противодействию дискриминации на рабочем месте и защите прав сотрудников, живущих с ВИЧ.

**Препятствия для ЛЖВ в сфере трудоустройства.** Участники исследования, живущие с ВИЧ, высказывали серьезные опасения в связи с высокой вероятностью дискриминации при приеме на работу. Почти все респонденты заявили, что, в случае раскрытия своего статуса, им было бы нереально получить работу. Респонденты, живущие с ВИЧ, из Эстонии, Грузии, России, Украины и Узбекистана разделяют аналогичные опасения.

Возможно, из-за сложностей с трудоустройством и проблем со здоровьем, связанных с ВИЧ, многие неработающие респонденты прекратили поиски и смирились со своим положением или нашли занятость в неформальном секторе. Например, женщина с высшим образованием из Грузии сказала, что ее ВИЧ-статус лишает ее возможности устроиться на работу, или же обрекает на малоквалифицированный или физический труд.

Многие работодатели из целевых групп отмечали, что если бы им пришлось выбирать между приемом кандидата с ВИЧ и без, то они предпочли бы того кандидата, который создает меньше проблем на работе. Один из грузинских работодателей заявил: «Почему я должен принимать человека с ВИЧ и тратить на него больше средств, если я могу принять кого-то другого».

Из-за потенциальной дискриминации по отношению к кандидатам с ВИЧ многие участники исследования, которые искали работу, не признавались в том, что у них положительный диагноз. А когда их просили представить медицинскую справку, кто-то представлял поддельные документы, а некоторые давали взятку, чтобы их ВИЧ-статус не разглашался.

**Проблемы на работе у людей, живущих с ВИЧ.** Те респонденты, у которых была постоянная работа, рассказывали о трудностях, с которыми они сталкиваются изо дня в день из-за их ВИЧ-статуса. Некоторые со страхом говорили, что если об их диагнозе узнают, то от них отвернутся коллеги или ихуволят. Один человек с высшим образованием сказал, что если бы он раскрыл свой статус, это неизбежно поставило бы его в ряд маргинализированных людей и могло бы привести к увольнению.

Работающие респонденты указывали на некоторую взаимозависимость ВИЧ-статуса

и эффективности труда, и те проблемы, которые с этим связаны. Например, респонденты со слабым состоянием здоровья рассказывали, что у них нет сил, чтобы выполнять физическую работу, например, поднимать тяжести или долго стоять или ходить, а также работать сверхурочно. Они также отмечали, что тяжелая и напряженная работа ухудшает их физическое состояние. Многим из них нужно чаще отдыхать, есть и заниматься своим здоровьем в течение дня, хотя во многих местах такого вам не позволят. Один украинский респондент заметил: «Я знаю, что мне нужно регулярно принимать пищу, но я понимаю, что если я работаю в банке и сижу перед компьютером, я могу поесть только в обед». Кроме того, они постоянно боятся, как бы их секрет не выплыл наружу и не вызвал нежелательных последствий. Многие ЛЖВ считают что, попросив у начальника скользящий график или начав принимать лекарства в течение рабочего дня, они рискуют невольно раскрыть свой ВИЧ-статус.

Но были и положительные примеры, касающиеся отношения к ЛЖВ на рабочем месте. Некоторые участники рассказывали о коллегах, которые знали об их статусе, и проявили истинное сочувствие. Некоторые работодатели проявили желание улучшить безопасность на рабочих местах и защитить тех членов коллектива, которые раскрыли свой положительный диагноз. Эти высказывания свидетельствовали о том, что если люди, живущие с ВИЧ, раскрывают свой статус понимающим коллегам или начальнику, которому можно доверять, то это может оказать положительное влияние на условия работы.

**Проблемы в политике обеспечения занятости, мешающие защищать права людей, живущих с ВИЧ.** Во время интервью с ЛЖВ, и проведения фокус-групп с работодателями респонденты отмечали слабую нормативную базу в области **обеспечения занятости**, которая не в состоянии защитить людей, живущих с ВИЧ на рабочем месте. Основной проблемой здесь является недостаточная информированность и отсутствие механизмов по применению юридических способов защиты против обязательного тестирования на ВИЧ при приеме на работу. Например, грузинское законодательство предусматривает, что люди с ВИЧ не могут работать только в определенных отраслях из соображений безопасности; однако ни гру-

зинские участники, ни работодатели никогда не видели официального списка профессий, к которым запрещен доступ для ЛЖВ. В Украине и в России, как объясняли участники, не требуется проверки на ВИЧ при устройстве на работу, не требующую высокой квалификации (например, уборщицей), но оно необходимо при устройстве на более престижную или требующую высокой квалификации работу. Участники также говорили о социально-экономических различиях, лежащих в основе дискриминации при трудоустройстве и на работе. Начальство и коллеги скорее оказывали поддержку более

### Вставка 2.12. Проблемы на работе у людей, живущих с ВИЧ

На швейной фабрике узнали, что у одной сотрудницы был положительный диагноз ВИЧ. Затем [работодатель] заставил ее пройти тестирование на ВИЧ и уволил ее. Конечно, он не мог объявить, что ее увольняют из-за ее диагноза, поэтому в отделе кадров придумали другие причины.

– человек, живущий с ВИЧ, из России

У нас есть друг, который живет в городе [название вычеркнуто]. Он рабочий и не может носить с собой лекарство, потому что у него общий шкафчик, который не закрывается. Он не может принимать лекарство, потому что боится, что друзья узнают о его диагнозе.

– человек, живущий с ВИЧ, из Турции

В Полтавской области был случай, когда человека вынудили уволиться, потому что у него был ВИЧ; его коллеги не хотели с ним работать, и директор его уволил. К сожалению, была утечка информации о его состоянии, это и привело к увольнению.

– представитель НПО из Украины

Люди не могут защитить свои законные права без риска раскрытия их ВИЧ-статуса. Если вы обратитесь в суд, вы не можете быть уверенным в том, что ваше имя и фотография не появятся в газетах. И поэтому люди предпочитают не обращаться в суд.

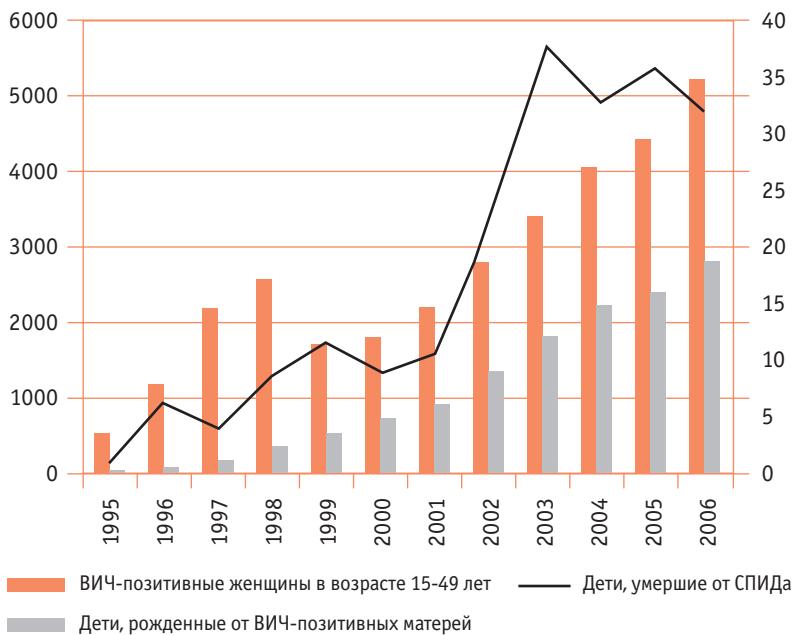
– человек, живущий с ВИЧ, из Турции

Если работодатель узнает, что у одного из его сотрудников положительный диагноз ВИЧ, он не станет предпринимать никаких законных или незаконных действий. Он просто объявит всем сотрудникам об этом [статусе ВИЧ], и человек вынужден будет уйти, потому что он больше не сможет работать в этой компании. Все будут относиться к нему иначе, даже если при этом ничего ему не скажут. В итоге он сам уволится.

– человек, живущий с ВИЧ, из России

Региональное исследование социальной уязвимости в связи с ВИЧ [Regional HIV Vulnerability study], ПРООН, (2007 г.)

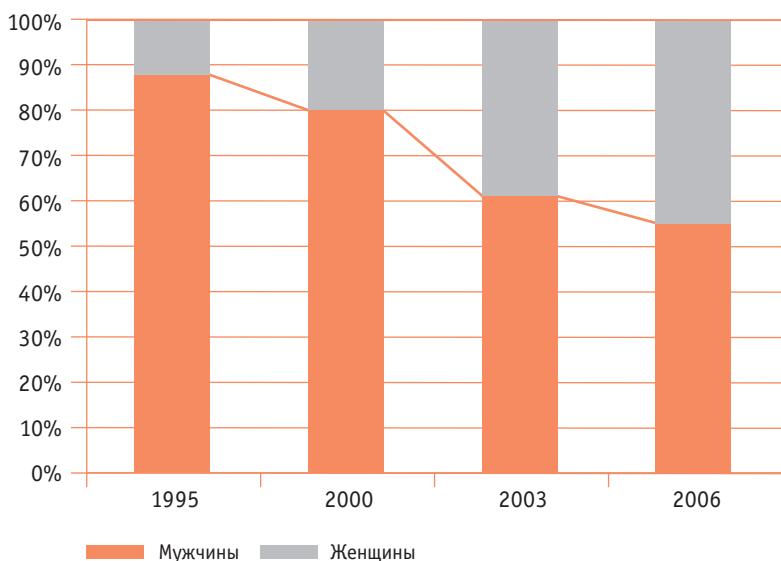
**Рисунок 2.8. Динамика роста численности женщин репродуктивного возраста, живущих с ВИЧ, и детей, родившихся от матерей с ВИЧ в Украине в период 1995-2006 г.г. (абсолютные цифры).**



**Примечание:** Уменьшение числа людей, живущих с ВИЧ, в период 1999-2001 г.г. обусловлено уменьшением количества тестов, что, в свою очередь, было связано с введением закона о добровольном тестировании. Источник: Инфекция ВИЧ на Украине. Информационный бюллетень, №27, Киев-2007г.

**Рисунок 2.9. Распределение вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по полу в 1995 – 2006 годах в Российской Федерации.**

Соотношение новых случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин и женщин, Российская Федерация, 1995-2006



При построении диаграммы использованы данные из работы Вадима Покровского «Эпидемия ВИЧ/СПИДа в России: тенденции, уроки, а также основные задачи и возможности для расширения ответных мер», 2006 г.

квалифицированным и состоятельным людям с ВИЧ, нежели тем, кто выполняет неквалифицированную работу, и которых считают «заменимыми», и поэтому более уязвимыми в плане дискриминации и риска увольнения.

Необходимо заметить, что очень многие люди, живущие с ВИЧ, указывали на отсутствие возможности конфиденциально обратиться в суд в связи с незаконным увольнением или преследованиями на работе. Обращаясь в суд с обвинениями по поводу дискриминации на работе или неправомочных действий администрации, люди, живущие с ВИЧ, рискуют тем, что их имена появятся в прессе и об их статусе узнает еще большее количество людей.

Работодатели приходили в некоторое замешательство при обсуждении вопросов, касающихся обеспечения безопасности на рабочем месте для людей, живущих с ВИЧ, и отмечали отсутствие инструкций и рекомендаций в этой области (в частности, касающихся необходимости ухода с работы в связи с посещением врача, наличие латексных перчаток или бинтов, а также протоколов экстренной помощи).

И хотя в большинстве стран имеется закон, запрещающий дискриминацию на рабочем месте, и респонденты, и работодатели считают, что существующие законы и нормы недостаточно развиты и отсутствует контроль за их соблюдением. Например, турецкие работодатели отмечали, что «обычно они могут уволить человека с ВИЧ под таким предлогом, который юридически приемлем». В других случаях, как, например, в Украине, судебное преследование отдельного работодателя является недостаточным для создания юридического прецедента в силу изменчивости и слабости правовых институтов.

## Гендерное измерение эпидемии

С момента первых зарегистрированных случаев ВИЧ в Восточной Европе и странах СНГ в 1996 г., вирус всегда ассоциировался с молодыми мужчинами. Однако по мере распространения эпидемии и передачи вируса через гетеросексуальные контакты увеличилось количество зараженных женщин и детей, родившихся у женщин с ВИЧ, что изменило ха-

рактер и траекторию развития эпидемии. В 2006 году около 40% новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе приходилось на долю женщин<sup>61</sup>. Приблизительно 50% женщин с ВИЧ в регионе заразились от своих партнеров и 35% – при употреблении инъекционных наркотиков. Помещенные ниже диаграммы отражают явный рост числа женщин с ВИЧ и детей, родившихся у матерей с ВИЧ в Украине, на протяжении предыдущего десятилетия, и растущий процент женщин, живущих с ВИЧ в России:

В 1991 году Комиссия ООН по статусу женщин приняла важнейшую резолюцию 35/5, которая посвящена уязвимости женщин вследствие ВИЧ: «Женщины и профилактика и меры борьбы с синдромом приобретённого иммунодефицита (СПИД)» [“Women and the prevention and control of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)’], за которым в 2008 году последовало более подробное заявление – Резолюция 52/4 «Женщины, девочки и СПИД» [“Women, the Girl Child and HIV”]<sup>62</sup>, которая акцентировала внимание на гендерной уязвимости вследствие ВИЧ на протяжении всего жизненного цикла. Гендерные отношения – в частности, гендерное неравенство в доступе к информации, активам, возможностям для заработка, а также в сфере обеспечении условий для безопасного секса и защиты от ВИЧ – являются важнейшим фактором, влияющим на степень уязвимости к ВИЧ, как для мужчин, так и женщин<sup>63</sup>. Гендерный анализ ВИЧ и СПИД обеспечивает глубокое понимание стратегий по улучшению здоровья и благополучия женщин и мужчин на уровне семьи, местных сообществ и общества в целом повсюду в регионе.

Вставка 2.10. (см. ст. 37) представляет обзор из доклада под названием: «Мониторинг соблюдения прав женщин в Российской Федерации: Тысяча женских историй» [“Monitoring the Rights of Women in the Russian Federation: A Thousand Women’s Stories,”] который рассказывает о пережитом опыте дискриминации, стигмы и нарушений основных прав беременных женщин, живущих с ВИЧ.

<sup>61</sup> Евро ВИЧ 2007, Восточная Европа и Центральная Азия, Последние данные по эпидемии СПИД. Региональный обзор [Euro HIV 2007, Eastern Europe and Central Asia, AIDS Epidemic update, Regional Summary], ЮНЭЙДС, ВОЗ, 2007 г., с.2.

<sup>62</sup> Е/СН.6/2008/11, Резолюция 52/4 «Женщины, девочки и СПИД» [Women, the girl child and HIV/AIDS], 2008 г.

<sup>63</sup> ПРООН, Корпоративная стратегия ВИЧ [UNDP corporate HIV Strategy], с. 6.

## Вставка 2.13. Отрывок из доклада: «Мониторинг соблюдения прав женщин в Российской Федерации: Тысяча женских историй»: О трудностях, испытываемых беременными женщинами, живущими с ВИЧ.

### О трудностях, испытываемых беременными женщинами, живущими с ВИЧ.

Большинство российских женщин, живущих с ВИЧ, находятся в reproductive возрасте. В 2007 году у 8000 российских женщин, живущих с ВИЧ, родились дети. Благодаря лучшему доступу к антиретровирусной терапии трудности, переживаемые в связи с эпидемией в России, теперь носят другой характер. Люди, живущие с ВИЧ, сейчас живут дольше, но их постоянная социальная уязвимость требует пристального внимания. Беременные женщины и матери могут быть особенно подвержены стигматизирующему последствиям ВИЧ инфекции вследствие комбинированного влияния гендерного и медицинского факторов. Этот проект включает 40 интервью с беременными женщинами и матерями с ВИЧ в Петербурге в период 2005-2006 г.г. Целью проекта являлось изучение и анализ нарушений прав и дискриминации беременных женщин и матерей с положительным диагнозом ВИЧ.

Среди наиболее поразительных явлений, которые были выявлены, можно выделить совершенно неприемлемые формы злоупотреблений и халатности со стороны врачей и медицинских работников по отношению к женщинам, живущим с ВИЧ.

*Отношение очень плохое, особенно если вы попадаете в больницу и вам нужна неотложная помощь... Когда вы еще в коридоре, они уже знают о вашем позитивном статусе. Это было в больнице [название стерто]. Я была беременна. [Я] родила в коридоре у окна. Я сказала, что мне холодно. «Мы ничего не можем сделать; мы не можем дать вам койку. Это только для платных пациентов. Мы не можем пустить вас в палату для двоих, потому что это только для здоровых. Только в одиночку. «Нам пришлось заплатить 700 рублей только за один день».*

– Надежда, 27 лет, мать 6-месячного ребенка

Женщины выражают озабоченность в связи со стигмой и раскрытием их ВИЧ-статуса по месту жительства, на работе и в школе. У них самые разные проблемы от психосоциальных последствий изоляции и отчуждения до экономических последствий дискриминации. Они проявляют больше всего беспокойства в связи с последствиями, которые стигма может оказать на их детей.

*Я пошла с моим ребенком в нормальную поликлинику... Я никому ничего не стала говорить, только сказала, что я потеряла карту ребенка. А то нас бы не приняли в школу. Но самое проблематичное дело – это прививки. Здесь очень трудно обойтись без карты. Детский садик обмануть трудно. Очереди огромные. Если они узнают, что ребенок из семьи, где у одного из родителей – положительный диагноз ВИЧ, все пропало. Лучше все отрицать под любым предлогом. Вам даже лучше не мечтать о том, чтобы ваш ребенок ходил в хороший детский садик.*

– Наталья, 26 лет, мать 4-летнего ребенка

### Вставка 2.13.

Исследование зафиксировало случаи **незаконного раскрытия информации** о положительном ВИЧ-статусе женщин и их детей в больницах, районных поликлиниках, и социальных учреждениях.

*Нам нужно было наблюдатьсь в поликлинике по месту жительства ... но мне пришлось переехать. Обязанность хранить медицинскую тайну не соблюдается, я уверена в этом, потому что у меня есть друзья и знакомые, чьи врачи все рассказали их родственникам. Меня обследовали в поликлинике, у меня с собой была медицинская карта, но я не оставила ее в поликлинике, так как любой человек, который ее увидит, сможет узнать обо мне. Кто угодно может прийти в регистратуру, назвать мое имя и получить мою медицинскую карту...*

– Лиля, 22 года

*Эти примеры демонстрируют те поразительные и исключительные трудности, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ в Российской Федерации. Весь доклад (только на русском) «Мониторинг соблюдения прав женщин в Российской Федерации: Тысяча женских историй» ПРООН, Россия, 2008 г., вы сможете найти на сайте: [www.undp.ru](http://www.undp.ru)*

Формы уязвимости в связи с ВИЧ, определяемые сложившимися в обществе гендерными стереотипами, развиваются на разных этапах жизни. Они начинаются уже в детстве, когда ребенок сталкивается со стереотипами мужского превосходства и привилегий, и женского подчинения и неполноценности. Эта система убеждений усваивается и девочками, и мальчиками, и определяет то, как они видят мир и свое предназначение как мужчины или женщины. На каждом этапе их жизни эти гендерные убеждения проявляются в том, как они ведут себя в ситуациях высокого риска, например, при возможной передаче ВИЧ инфекции. В силу традиций девочки обычно получают более низкое образование и слишком рано бросают школу, выходят замуж и начинают воспитывать детей. В результате они зачастую недостаточно образованы и квалифицированы, что приводит к экономической зависимости от мужчин (мужей и отцов). Мальчики тоже сталкиваются с гендерно-ролевыми ожиданиями на самых ранних этапах жизни. Например, традиционные пред-

ставления о мужественности и власти могут ассоциироваться с агрессивным сексуальным поведением, потреблением наркотиков, насилием по отношению к женщине. Исходя из этого анализа, стратегия и программы противодействия эпидемии ВИЧ должны учитывать гендерные особенности уязвимости мужчин и женщин, характерные для каждого этапа их жизни.

В проводимых в Таблице 2.4 примерах, используются данные исследования, проводившегося в Казахстане, Киргизстане, Таджикистане и Узбекистане в период с 2007-2008 годах в рамках проекта по изучению гендерного неравенства и уязвимости к ВИЧ в Центральной Азии<sup>64</sup>. Конкретные примеры были выбраны для того, чтобы наглядно показать существующие гендерные проблемы и необходимость преобразований прав в различных сферах для эффективного противодействия ВИЧ-инфекции. Важно отметить, что этот анализ указывает на такие процессы, которые могут способствовать повышенному риску заражения ВИЧ и для мужчины, и для женщин.

## Заключение

В этой главе кратко очерчены основные связи между человеческим развитием и ВИЧ, подтверждающие необходимость рассматривать эпидемию через призму развития, что может содействовать решению основных проблем, порожденных эпидемией и способствующих ее распространению. Результаты качественного исследования, проведенного в шести странах, продемонстрировали уязвимость людей, живущих с ВИЧ, вследствие стигмы и дискриминации в таких областях, как здравоохранение, образование и трудоустройство. Меры по борьбе с эпидемией также имеют хорошо заметные социальные аспекты. «Интеграция отчужденных» (например, людей, живущих с ВИЧ, или представителей тех групп населения, которым грозит повышенный риск ВИЧ-инфекции) может оказать благотворное воздействие на положение в странах региона, поскольку более широкая интеграция сулит целый ряд выгод в области здравоохранения, экономики и развития.

<sup>64</sup> Подборки данных Фонда развития женщин ООН (ЮНИФЕМ) по Центральной Азии, неопубликованная магистерская диссертация колледжа ОЭСР, ADB transport и проекта незащищенности в связи с ВИЧ [UNIFEM series in Central Asia, unpublished master's thesis of OECD College and ADB transport and HIV vulnerability project].

Меры по борьбе с неравенством женщин и девушек, а также сексуальных меньшинств также имеют непосредственное отношение к этому вопросу, так как эпидемия ВИЧ приобретает гендерное измерение. Инициативы по развитию человеческого потенциала, направленные на улучшение благосостояния и расширение возможностей людей, живущих с ВИЧ, и групп повышенного риска, должны искать конкретный и эффективный ответ на глобальные вызовы эпидемии ВИЧ, которая в обозримом будущем не только не исчезнет, но и, возможно, приобретет еще более угрожающие масштабы.

**Таблица 2.4. Примеры гендерно-обусловленных процессов, связанных с риском ВИЧ-инфекции на разных этапах жизни**

Возрастная группа	Женщины	Мужчины
0-4	Девочки могут подвергаться дискриминации и не получать того питания и ухода, которые получают их братья.	Мальчики сталкиваются с культурными стандартами того, что приемлемо для мальчика, а что позволяет только девочкам
	Предпосылки для более низкого уровня образования; на девочек оказывают давление, чтобы они раньше бросили школу, особенно в сельской местности, где на их обучение может выделяться меньше средств, чем на обучение мальчиков <sup>65</sup> . Ограничено и неадекватное обучение девочек правилам гигиены и поддержания сексуального здоровья, включая информацию о беременности и рождении ребенка, и инфекциях, передаваемых половым путем <sup>66</sup> . Представления о том, что женщина должна заботиться о семье. Традиционное табу, касающееся обсуждения сексуальных отношений; это способствует неправильному толкованию и умалчиванию вопросов, связанных с ВИЧ и инфекциями, передающимися половым путем <sup>67</sup> .	Мальчики сталкиваются со стереотипами традиционно приемлемого сексуального поведения. <sup>68</sup> Акцент на половой потенции и превосходстве для мальчиков, девственности и подчинению - для девочек. В некоторых неразвитых сельских местностях на мальчиков оказывается давление, чтобы они раньше бросили школу и начали работать, чтобы содержать семью. Традиционное табу в связи с обсуждением сексуальных отношений; Это способствует неправильному толкованию и умалчиванию вопросов, связанных с ВИЧ и инфекциями, передающимися половым путем <sup>69</sup> .
15-24	Сексуальные и репродуктивные права женщин не поощряются. Женщины усваивают идеи подчинения мужским сексуальным желаниям и интересам <sup>70</sup> . Нежеланные или насилиственные браки и даже похищение невесты без ее согласия по-прежнему практикуются в некоторых странах <sup>71</sup> . Жертвы контрабанды людьми: за последнее десятилетие увеличилась незаконная торговля женщинами по всему региону <sup>72</sup> . От женщин требуют сохранить девственность до вступления в брак <sup>73</sup> .	Под давлением гендерных стереотипов юноши стремятся всеми способами доказать свою мужественность, что приводит к рискованным формам поведения в сексуальной сфере, к употреблению наркотиков и т.д. Распространенная схема трудовой миграции. Мужчины много времени проводят вдали от дома и семьи, что способствует возникновению рискованных сексуальных связей и потреблению наркотиков <sup>74</sup> .
Взрослые люди	Насилие в семье. Экономическая зависимость. Приоритизация нужд других членов семьи по отношению к своим собственным нуждам Затрудненный доступ к ресурсам, рынкам, имуществу, обучению, услугам и информации или активам. <sup>75</sup> Недостаточное использование презервативов, особенно при сексуальных отношениях с супругом. <sup>76</sup> Женщин понуждают рожать и воспитывать детей. Неэффективное применение законов по защите прав женщин. <sup>77</sup>	Необходимость содержать семью <sup>78</sup> способствует сезонной трудовой миграции. Гендерные нормы препятствуют тому, чтобы мужчина прибегал к чьей-то помощи, они способствуют возникновению нездровых способов борьбы со стрессом, включая алкоголь, наркотики и даже насилие. <sup>79</sup> Социальные нормы, поощряющие мужчин к применению насилия в семье. <sup>80</sup>
Пожилые люди	Ожидается, что женщина должна заботиться о большой семье, и выступать в роли хранительницы очага, особенно, когда мужчины находятся в отъезде. Ожидается, что женщина должна заботиться о сиротах.	

65 Хсу, Л-Н. Итоговая оценка программы по ВИЧ инфекции ПРООН Таджикистан [Outcome evaluation of HIV programme of UNDP Tajikistan], 14-го января 2007 г., с. 9

66 Подборки данных ЮНИФЕМ по Казахстану [UNIFEM fact sheet, Kazakhstan], 2006

67 Подборки данных ЮНИФЕМ по Таджикистану и Узбекистану [UNIFEM Tajikistan and Uzbekistan fact sheets], 2005 г.

68 Там же, 2006 г.

69 Подборки данных ЮНИФЕМ по Таджикистану и Узбекистану [UNIFEM Tajikistan and Uzbekistan fact sheets], 2005 г.

70 Исследование, финансируемое ЮНИФЕМ и проводимое общественным фондом «Панорама», Таджикистан [UNIFEM funded research carried out by Panorama Public Foundation, Tajikistan], 2005 г.

71 Гендерные аспекты ВИЧ/СПИД в Кыргызстане, ЮНИФЕМ [Gender dimensions of HIV/AIDS in Kyrgyzstan, UNIFEM], 2005 г.

72 Насилие в повседневной жизни, FPH/SIDA/Консультации в связи с насилием в семье [Living in Violence, FPH/SIDA/Consulting Against Family Violence], март 2008 г., с. 16-17.

73 Гендерные измерения ВИЧ/СПИД в Казахстане [Gender Dimension of HIV/AIDS in Kazakhstan], Подборки данных ЮНИФЕМ, 2006 г.

74 Отчет по оценке гранта связанного с ВИЧ ГФСМ Таджикистан, ПРООН ГФСМ РИУ [Tajikistan GFATM HIV grant evaluation report, UNDP GFATM RIU], 2006 г.

75 Содействие предпринимательству сельских женщин в переходных экономиках, Отчет АДБ о технической помощи [Promoting rural women's entrepreneurship in transition economies, ADB Technical Assistance Report], декабрь 2007 г., с.1.

76 Заявления по случаю Международного женского дня, 8 марта 2008, ЮНЭЙДС и Глобальная коалиция «Женщины и СПИД» [Statements for International Women's Day, 8th March 2008, UNAIDS and The Global Coalition on Women and AIDS]

77 Содействие предпринимательству сельских женщин в переходных экономиках, Отчет АДБ о технической помощи [Promoting rural women's entrepreneurship in transition economies, ADB Technical Assistance Report], декабрь 2007 г., с. 1; и Насилие в повседневной жизни, FPH/SIDA/Консультации в связи с насилием в семье [Living in Violence, FPH/SIDA/Counseling Against Family Violence Joint publication], апрель 2008 г., с. 5.

78 Гендерные измерения ВИЧ/СПИД в Казахстане [Gender dimensions of HIV/AIDS in Kazakhstan], Подборки данных Фонда развития женщин ООН, 2006 г.

79 Эпидемия ВИЧ с гендерной точки зрения, Оценка положения на Украине ЮНЭЙДС [Knowing your epidemic in gender terms, Ukraine gender and HIV assessment, UNAIDS/PCB(20)/07.11/CRP1], с.29-30.

80 Насилие в повседневной жизни [Living with Violence], 2008 г., с.5-6.



# Глава 3: Основы эффективного регионального реагирования

## Глобализованные структуры и национальная политика

В странах Восточной Европы и СНГ масштабы распространения ВИЧ стали значительными через десять или более лет после того, как эпидемия началась в Африке, на Западе и в странах Юго-Восточной Азии. Следовательно, страны Восточной Европы и СНГ могут использовать опыт, накопленный в других регионах. Но им необходимо адаптировать этот опыт к эпидемиологической ситуации в своих странах, а также к национальному политическому, социальному и культурному контексту<sup>81</sup>. Нигде в мире невозможно найти точной аналогии эпидемии ВИЧ, наблюдалась в странах Восточной Европы и СНГ. Имеются некоторые сходства с ситуацией в Юго-Восточной Азии, где ВИЧ-инфекция начала распространяться среди потребителей инъекционных наркотиков, а затем охватила сферу коммерческого секса. Однако и здесь наблюдаются важные различия, в том числе и в структуре секс-бизнеса. Существующая в странах Восточной Европы и СНГ инфраструктура официальной системы здравоохранения ближе к инфраструктуре Западной Европы, чем Африки или Юго-Восточной Азии. Но во многих странах Восточной Европы и СНГ намного слабее развита традиция мобилизации гражданского общества для решения проблем здравоохранения. Регион может учиться на опыте других, но должен найти собственные пути.

### «Исключительность» СПИДа в региональном контексте

Политические дискуссии изобилуют дебатами об «исключительности» СПИДа. В этих дебатах рассматривается вопрос о том, следует

ли считать эпидемию ВИЧ «исключительной», непохожей на другие глобальные проблемы со здоровьем, требующей и особой стратегии в области здравоохранения, и социального обеспечения. Первоначально мнение об «исключительности» СПИДа основывалось на беспокойстве относительно нарушений гражданских прав людей, живущих с ВИЧ, и утверждениях о том, что при реагировании на ВИЧ следует применять стратегии, отличные от подходов, используемых для противодействия другим инфекционным болезням<sup>82</sup>. Эта начальная концепция об «исключительности» СПИДа поддерживалась представлениями о том, что (а) раскрытие положительного ВИЧ-статуса может иметь настолько тяжелые последствия для ЛЖВ, что им необходима усиленная правовая защита; и (б) воздействие на здоровье, а также социальные и экономические последствия для затронутых сообществ отличаются от последствий большинства других инфекционных заболеваний, в частности, в том, что СПИД чаще всего поражает молодых взрослых людей, которые могли бы продуктивно трудиться и обеспечивать свои семьи. Позднее к позиции исключительности добавился аргумент о том, что СПИД представляет собой значительную угрозу для развития и безопасности, так как он наносит тяжелый удар по развивающимся странам. Утверждалось, что для обуздания эпидемии требуются исключительные ресурсы, особенно для обеспечения антиретровирусной терапии всех людей, живущих с ВИЧ. Глобальная мобилизация сил для реагирования на СПИД, в свою очередь, привлекла повышенное внимание к другим тяжким пандемическим заболеваниям, в частности, туберкулезу и малярии, к широкомасштабному укреплению систем здравоохранения. Тем не менее, проблема ВИЧ продолжает привлекать больше финансирования в целях содействия развитию, чем другие болезни.

*В странах Восточной Европы и СНГ распространение ВИЧ приобрело значительные масштабы через десять или более лет после того, как эпидемия появилась в Африке, на Западе и в Юго-Восточной Азии*

*Нигде в мире нет точной аналогии эпидемии ВИЧ, наблюдалась в странах Восточной Европы и СНГ*

81 Буве А.С., Калибала Дж., «Более крепкие системы здравоохранения для повышения эффективности профилактики и ухода» [*'Stronger health systems for more effective prevention and care'*] in *International Journal of Health Planning and Management*, 18, S41-S51 (2003).

82 Де Кук К., Джонсон А.М. «От исключительности к нормализации: переоценка отношения к тестированию на ВИЧ и практики его применения» [*'From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing'*] in *BMJ*; 316:290-293 (1998).

Однако появились и аргументы против «исключительности» СПИДа. Одна из таких позиций<sup>83</sup> сводится к тому, что особое финансирование лечения СПИДа несправедливо, потому что люди, живущие с ВИЧ, имеют не больше прав на общественные ресурсы, чем люди, живущие с любым другим заболеванием (авторы ссылаются на рак, психические заболевания и болезни, приводящие к инвалидности), которые также сталкиваются со стигмой и дискриминацией. Утверждается, что отсутствие преимуществ для людей, живущих с другими заболеваниями пандемического уровня, делает позицию об «исключительности» СПИДа мишенью для обвинений в несправедливости.

В настоящем Докладе признается конструктивный характер этих дебатов и явная необходимость адаптировать политику и стратегию по мере развития эпидемии, но утверждается, что часто в пылу критики, противопоставляя одну болезнь другой, спорщики упускают главное. В эпидемии СПИДа исключительным образом действует целая совокупность факторов, обсуждаемых в упомянутых дебатах, при этом их кумулятивное воздействие более деструктивно, чем простой суммарный эффект отдельных компонентов, и проявляется эта синергия не так, как в случае других заболеваний. В странах Восточной Европы и СНГ эпидемия ВИЧ приобретает значительные масштабы. Передача ВИЧ связана с очень интимными формами социального поведения; это инфекционное заболевание, поэтому оно представляет серьезную проблему для здравоохранения, но в сущности его можно предотвратить, и целенаправленные профилактические меры дают прекрасные результаты. ВИЧ влечет за собой катастрофические социальные последствия в виде стигмы и дискриминации людей любого возраста и образа жизни, при этом особенно тяжкое бремя ложится на молодежь, как видно из приведенных в настоящем Докладе свидетельств. Профилактика должна оставаться одной из главных ответных мер на ВИЧ, и было четко показано, что для эффективной профилактики необходимы действия не только со стороны министерств здравоохранения и поставщиков медицинских услуг, но и со стороны намного более широкого круга орг-

анизаций, включая тех, кто активно занимается вопросами образования, совершенствованием правоохранительной и пенитенциарной систем, проблемами гендерного равенства и лечения наркотической зависимости. И, наконец, при отсутствии лечения СПИД неизбежно приводит к смерти. Но при наличии лечения, ЛЖВ могут прожить долгую и здоровую жизнь. Конечно, есть и другие эпидемические заболевания, которые становятся причиной даже большего числа смертей или могут требовать более дорогостоящего лечения; некоторые из них также носят инфекционный характер, поддаются лечению или профилактике, и даже, подобно ВИЧ/СПИД, сопровождаются жесткой стигмой и дискриминацией. Но ни одно другое заболевание не обладает одновременно всеми этими качествами, которые бы складывались в единое целое и настоятельно требовали таких исключительных межсекторальных мер, как СПИД.

В то же время, по мере расширения доступа к антиретровирусной терапии в регионе и оказания услуг по уходу и лечению людей, живущих с ВИЧ, не только в специализированных медицинских учреждениях, все больше людей получают возможность жить с ВИЧ как с хронической болезнью, что позволит им прожить долгую и полноценную жизнь. Таким образом, путем особых мер реагирования, мы можем постараться сделать жизнь с ВИЧ менее «особенной». Поддержка исключительных мер реагирования также подразумевает, что вместо рассмотрения политики в области здравоохранения в категориях неизбежности выбора между тем или иным приоритетом (так сказать, «или-или»), необходимо сделать так, чтобы программы ответных мер в связи с ВИЧ укрепляли общий потенциал систем здравоохранения. Как недавно отметил д-р Питер Пиот, Исполнительный директор ЮНЭЙДС, программы противодействия ВИЧ/СПИД во многих странах позволили выявить недостатки в их системе здравоохранения и привлекли значительные дополнительные ресурсы, которые все активнее используются для общего укрепления сектора здравоохранения как часть ответных мер в связи с ВИЧ<sup>84</sup>. Именно так и происходит в странах Восточной Европы и

*Все больше людей смогут жить с ВИЧ как с поддающейся лечению хронической болезнью, что позволит им прожить долгую и полноценную жизнь*

<sup>83</sup> Касарет Д.Дж., Лантос Дж.Д. «Не слишком ли хорошо мы лечим СПИД? Распределение ресурсов и будущее исключительности СПИДа» [«Have We Treated AIDS Too Well? Rationing and the Future of AIDS Exceptionalism»] in *Annals of Internal Medicine*, 128, 756-759 (1998).

<sup>84</sup> Лекция, прочитанная д-ром Питером Пиотом на семинаре «Пересмотр вопроса об исключительности СПИДа» [«AIDS Exceptionalism Revisited»], London School of Economics, 15 мая 2008 г.

СНГ, особенно в том, что касается других инфекционных заболеваний, включая инфекции, передающиеся половым путем, туберкулез и даже малярию в Центральной Азии. Укрепился также и общий потенциал материально-технического обеспечения, предоставления услуг, мониторинга и оценки в рамках национальных министерств. Во многих странах региона меры в ответ на ВИЧ проложили путь для развития государственно-частного партнерства в целях оказания услуг в тех областях, в которых еще десять лет назад даже не слышали о такой концепции. Такие партнерства имеют явные системные преимущества, выходящие за рамки сектора здравоохранения.

### Руководящие принципы реагирования в структуре прав человека

Невозможно обеспечить всеобщий доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке людей, живущих с ВИЧ, без повышенного внимания к правам человека. Подход, основанный на правах человека, универсален в том смысле, что все общество – а не только «привилегированные» группы или отдельные лица – пользуется его плодами. Полный список прав, касающихся людей, живущих с ВИЧ или затронутых этой проблемой, приводится в Приложении 1.

Одной из главных проблем, связанных с активным внедрением в политику и практику подходов, основанных на правах человека, является стойкое заблуждение относительно этого вопроса. Права человека – это не «бремя» для правительства. Повышенное внимание к правам человека приносит практические и прагматические результаты, так как делает реагирование на эпидемию ВИЧ более эффективным и результативным. Можно использовать и обратную аргументацию: более активная интеграция ЛЖВ в общество фактически означает более полную реализацию их прав. Улучшение условий для обязательств по правам человека – это не «пустая трапа времени», как часто представляется. Усилия в данном направлении создают так называемый «замкнутый круг» взаимных выгод как для затронутых эпидемией лиц, так и для общества.

### Вставка 3.1. Суд в Кыргызстане подтверждает право на конфиденциальность ВИЧ-статуса

В 2007 году Кыргызстан впервые подтвердил право на неприкосновенность частной жизни человека, живущего с ВИЧ, которого сняли против его воли в документальном фильме для телевидения. Суд признал виновным врача, который намеренно раскрыл личность этого человека, в первом такого рода деле в Центральной Азии. В суд дело было представлено юридической консультацией «Адилет» – партнером ПРООН и одной из немногих организаций в Центральной Азии, которые предлагают правовую помощь людям, живущим с ВИЧ. В 2005 году к главному врачу Центра профилактики и борьбы со СПИДом в Джелалабаде обратились журналисты, которые собирали материалы о работе Центра для их выпуска в эфир в Международный день борьбы со СПИДом. После интервью врач предложил, чтобы журналисты сняли пациентов, получающих лечение в Центре. Истец, который находился в Центре в ожидании перевода в палату для острых больных, однозначно отказался от проведения интервью. Тогда врач предложил, чтобы оператор, не спрашивая его согласия, снял, как тот сидит во дворе, через окно в кабинете врача. Истец был четко обозначен, как человек, живущий с ВИЧ. Немедленно после показа фильма по телевидению истец, его семья и родственники подверглись дискриминации и социальной изоляции до такой степени, что были вынуждены покинуть свою родную деревню. Хотя истец умер до того, как жалоба дошла до суда, врач был обвинен в серьезном нарушении права этого человека на конфиденциальность. Несмотря на сложности в получении экспертных показаний со стороны специалистов-медиков, обвинению удалось добиться признания врачом своей виновности.

*Обзор политики и права в области ВИЧ/СПИДа, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, декабрь 2007 года.*

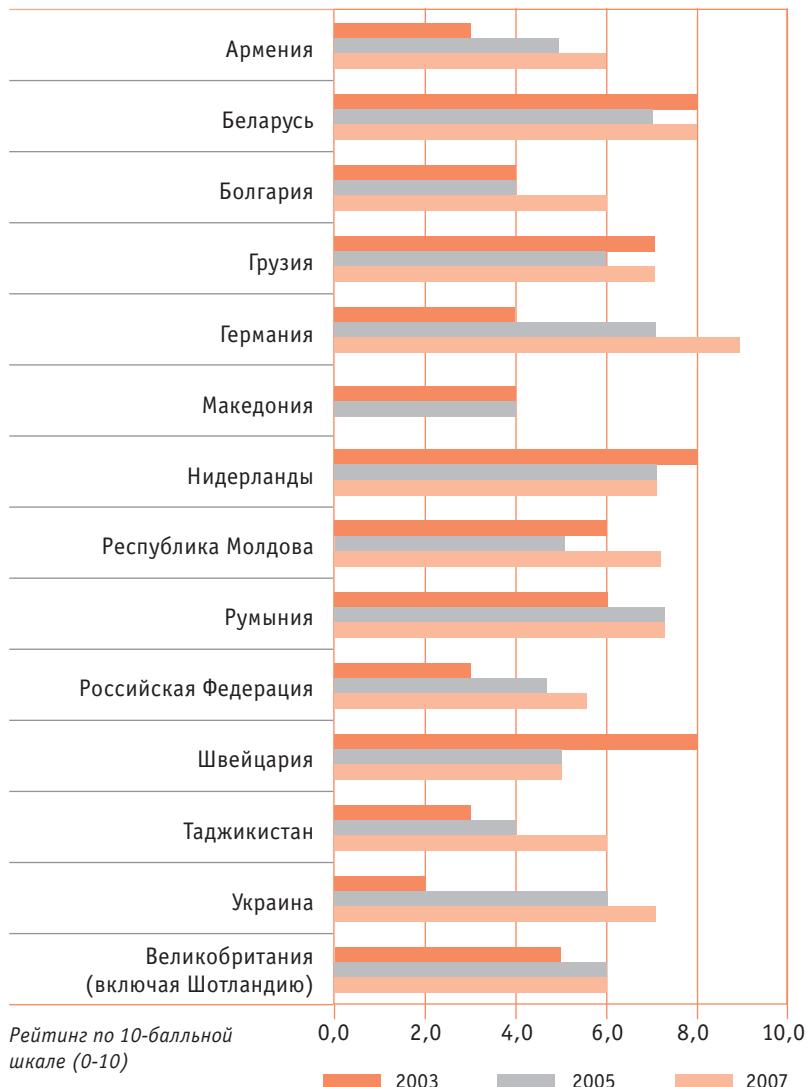
Некоторые страны региона могут столкнуться с конкретными проблемами при внедрении норм и стандартов прав человека в политику и практику. В некоторых ситуациях особую трудность может представлять разработка программ, направленных на обеспечение прав представителей исторически сложившихся уязвимых групп населения<sup>85</sup>. Еще одной важной проблемой, связанной с внедрением подходов, основанных на правах человека, является представление о том, что права человека – это некая извне заданная программа, которую национальные правительства должны выполнять только потому, что их обязывают к этому международные конвенции. Однако страны также могут вос-

*Улучшение условий для выполнения обязательств по соблюдению прав человека создает так называемый «круг благородумия», складывающийся из взаимных выгод как для затронутых эпидемией лиц, так и для общества в целом*

<sup>85</sup> Пиот П, Гринер Р, Руссел С. «Выравнивание круга: СПИД, бедность и человеческое развитие» [‘‘Squaring the circle: AIDS, poverty, and human development’’] in PLOS Medicine, 4(10): e314, 1571-1575 (2007).

**Рисунок 3.1. ССГА ООН, NCPI ,часть В, МО: (Права человека): Общая оценка действующей политики, законов и постановлений по продвижению/защитите права человека в связи с ВИЧ/СПИДом (по 10-балльной шкале: 0/низкий уровень – 10/высокий уровень).**

ССГА ООН 2, NCPI ,часть В, МО (Права человека)



**Источник:** Шарп Ш. «Политическое лидерство» [“Political Leadership”], Chapter in “Progress on implementing the Dublin Declaration on partnerships to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia”, WHO 2008, p. 34/UNGASS National Reports

**Ограничение прав человека может дополнительно способствовать распространению эпидемии**

**Уважение к правам человека повышает эффективность национальных мер в ответ на ВИЧ**

пользоваться преимуществами внедрения подходов, основанных на правах человека, чтобы повысить статус исторически маргинализированных групп населения, что может

привести к снижению показателей распространности ВИЧ (и к снижению общего числа диспропорций в сфере здравоохранения) и к улучшению результатов в сфере экономики и развития<sup>86</sup>.

В то же время, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что ограничение прав может активизировать распространение эпидемии и усугубить воздействие, которое ВИЧ оказывает на отдельных людей и сообщества во всем мире<sup>87</sup>. Это главный аргумент в пользу подхода, основанного на правах человека, при реагировании на эпидемию ВИЧ в регионе. Уважение к правам человека повышает эффективность национальных мер в ответ на ВИЧ. Например, дискриминация и стигма основных групп населения, которым грозит повышенный риск – таких как потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса и мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, – заставляют эти сообщества уходить в подполье, что препятствует профилактической работе с этими группами населения в рамках социальных и медицинских программ. Тщательно разработанная и последовательно внедряемая система международных норм и стандартов прав человека позволяет учитывать интересы этих групп населения, реагировать на их конкретные потребности в профилактике и поддержке и снизить риск распространения эпидемии. В долгосрочной перспективе эффективное продвижение прав человека необходимо для обеспечения в регионе всеобщего доступа к услугам здравоохранения и для выполнения обязательств по достижению Целей развития тысячелетия в регионе.

В рамках Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, проходившей в 2001 году, государства взяли на себя обязательство регулярно отчитываться по ряду стандартизованных показателей. Одним из таких показателей, который считается объективным, поскольку основан на мнениях представителей неправительственных и международных организаций, является оценка степени эффективности действующих в

<sup>86</sup> Чопра М., Форд Н. «Наращивание действий по пропаганде здорового образа жизни в эпоху ВИЧ/СПИДа: задачи подхода, основанного на правах человека» [*Scaling up health promotion interventions in the era of HIV/AIDS: challenges for a rights based approach*] in *Health Promotion International*, 20, 383-90 (2005).

<sup>87</sup> Можкинский П. «Нарушения прав человека активизируют эпидемию ВИЧ, говорят представители благотворительных организаций» [*Human rights abuses are fuelling HIV epidemic, charities say*] in *BMJ*, 337:a900 (2008). См. также Краусс К. «Ботсвана и Свазиленд: в докладе устанавливается связь между нарушениями прав женщин и ВИЧ» [*Botswana and Swaziland: report links violations of women's rights to HIV*] in *HIV AIDS Policy and Law Review*, 12, 38-9 (2007).

стране «нормативно-правовых механизмов по продвижению/защите прав человека в связи ВИЧ/СПИД». Учитывая различия в методах сбора данных, применяемых в разных странах (см. Рисунок 3.1), представляется более целесообразным оценивать тенденции внутри страны с течением времени вместо сравнения показателей разных стран. Следует, однако, отметить, что за последние годы рейтинг стран региона повысился, хотя многое еще предстоит сделать.

### Национальное законодательство в области ВИЧ и его исполнение

Несмотря на значительный объем глобальных деклараций и обязательств по ВИЧ, национальное законодательство остается самым важным средством защиты конкретных прав людей, живущих с ВИЧ, в национальном контексте. Кроме недопущения наличия в действующих законах положений, нарушающих права людей, живущих с ВИЧ, национальное законодательство может быть мощным инструментом реагирования на проявления дискриминации в отношении этих людей. В некоторых странах региона были предприняты шаги по обеспечению законодательных механизмов такой защиты. Однако в последние годы наблюдается также некоторое изменение в характере законодательства о ВИЧ, принимаемого в регионе. Если раньше многие страны продвигали законы, направленные непосредственно на предотвращение распространения вируса и защиту людей, живущих с ВИЧ, в последние годы в некоторых странах предпринимаются шаги по введению мер, которые приносят очень малую пользу общественному здравоохранению, но в то же время серьезно криминализируют людей, живущих с ВИЧ или рискующих инфицироваться им. Заметным исключением является Грузия, где недавно в рамках проекта, реализованного при поддержке ПРООН, прошла реформа национального законодательства с целью декриминализации ВИЧ и снижения уровня стигмы и дискриминации.

Однако в регионе остаются пробелы, требующие существенных доработок. Например, в двух странах региона, Узбекистане и Туркменистане, секс между мужчинами все еще криминализован, что способствует только тому, что эти группы населения уходят в подполье, не говоря уж о нарушениях прав человека. Из 12 стран мира, где все еще

### Вставка 3.2. Обзор законодательства в Хорватии

В 2006 году группа специалистов по праву в Хорватии провела анализ законодательства, чтобы рассмотреть существующие решения в отношении ВИЧ и определить, не носят ли эти положения дискриминационного или стигматизирующего характера, а также установить, какие положения были упущены в отношении защиты людей, живущих в ВИЧ. Группа экспертов, составленная по приглашению Тематической группы ООН по ВИЧ в Хорватии, проанализировала законодательство в отношении тестирования, неприкосновенности частной жизни, санитарной и медицинской помощи, уголовной ответственности за инфицирование ВИЧ, социального обеспечения, возмещения вреда, образования, занятости, статуса детей, живущих с ВИЧ, соискателей убежища и заключенных, а также рекомендуемых новых или других правовых решений, которые они считают необходимыми.

Составленная в результате этой работы публикация подтвердила наличие некоторых дискриминационных положений законодательства в отношении людей, живущих с ВИЧ в Хорватии. С тех пор были приняты или изменены следующие законы и положения:

- Закон о защите населения от инфекционных болезней исключил возможность проводить тестирование на ВИЧ до найма на работу или в течение действия трудового контракта.
- Лицо, сдающее анализы, должно дать согласие на ВИЧ-тестирование в письменном виде, подписав формуляр, который, среди прочего, гласит, что лицо, дававшее это согласие, находилось в стабильном психическом состоянии.
- Приемные родители, воспитывающие ВИЧ-положительных детей, имеют право на более высокое вознаграждение за приемного ребенка.
- Новое постановление о донорстве крови и ее компонентов более не содержит положения о том, что лица, имеющие гомосексуальные связи, навсегда лишены права быть донорами крови. Прежде чем отказать, согласно требованиям нового положения, донора следует спросить, не может ли его сексуальное поведение стать причиной повышенного риска инфекционных заболеваний.
- ВИЧ-инфекция более не считается непреодолимым препятствием для получения работы на морских судах, плавучих средствах и в экипажах яхт.
- Государственная программа по правам человека должна проводить мониторинг законодательства, чтобы предотвратить дискриминацию в отношении людей, живущих с ВИЧ.

<sup>-Хотя большинство из упомянутых норм были улучшены, с мая 2006 года ВИЧ-тестирование для сотрудников полиции не является частью регулярных медосмотров, а проводится при оценке соответствия физического состояния профессиональным требованиям при приеме на работу.</sup>

Хорватская ассоциация по ВИЧ и Тематическая группа ООН по ВИЧ в Хорватии совместно работают над тем, чтобы провести дальнейшие рекомендованные изменения, такие как устранение положений о том, что здоровые люди, живущие с ВИЧ, не могут получить работу в полиции и в частных охранных службах. Более подробную информацию можно найти на сайте проекта:

*Законодательство по ВИЧ/СПИДу Республики Хорватия, 2007 год, [http://www.undp.hr/upload/file/109/54735/FILENAME/UNAIDS\\_brosura\\_2006\\_engL\\_zadnje.pdf](http://www.undp.hr/upload/file/109/54735/FILENAME/UNAIDS_brosura_2006_engL_zadnje.pdf)*

### Вставка 3.3. Украинский пример: мониторинг прав человека и предоставление правовой поддержки

В 2007 году совместно с партнерами из НПО ПРООН в Украине поддержала запуск AIDS Watch Ukraine, инициативы по мониторингу прав человека и правовой поддержке, в шести регионах. В числе достижений проекта – организация правовой поддержки в лечебном центре в Киеве для предоставления квалифицированной юридической помощи людям, затронутым ВИЧ, организация 5 региональных представительств по мониторингу прав, связанных с ВИЧ, создание вебсайта, посвященного мониторингу и анализу в сфере связанных с ВИЧ прав – [www.tabo.com.ua](http://www.tabo.com.ua); и основание всеукраинской организации по защите прав, связанных с ВИЧ, – «Гиднить» («Достоинство»).

В рамках работы по проекту было проведено 295 консультаций клиентам в лечебном центре; зарегистрировано 64 случая нарушений прав человека, связанных с ВИЧ, включая 39 случаев в системе общественного здравоохранения, 4 в сфере образования и 3 в сфере трудоустройства; 88 человек получили правовую помощь в отношении нарушения их прав, связанных с ВИЧ; 11 исковых заявлений были поданы в суд; 5 жалоб было отослано в соответствующие государственные учреждения; и 4 дела было успешно выиграны в судах.

К примеру, в июне 2006 года в областной кировоградской больнице матери не разрешили ухаживать за ее новорожденной дочерью на том основании, что мать была ВИЧ-положительной. Медицинские работники насильно отняли ребенка от матери, мать выписали из больницы и отказались выдать ей ребенка. В результате активного вмешательства со стороны AIDS Watch Ukraine (выявления дела, подачи жалобы в суд и т.д.) кировоградский суд постановил, что действия медицинских работников были незаконными, и присудил истице моральную компенсацию.

действуют некоторые ограничения на въезд и пребывание в стране для людей, живущих с ВИЧ, три относятся к этому региону<sup>88</sup>. В Молдове и России закон требует представлять сведения о ВИЧ-статусе при обращении за разрешением на работу и визой на срок более 3 месяцев, и в обоих государствах, а также в Армении иностранцы, в случае выявления положительно ВИЧ-статуса, должны покинуть страну<sup>89</sup>. В настоящее

время предпринимаются международные усилия по гуманизации законодательства. Так, Соединенные Штаты только в этом году начали предпринимать действия, направленные на отмену закона, принятого 15 лет назад и запрещавшего въезд в страну людям, живущим с ВИЧ, признав, что этот закон не справился с задачей охраны здоровья населения.

Уголовное преследование за передачу ВИЧ также все еще остается проблемой. В одном европейском исследовании, не включавшем страны Центральной Азии, было установлено, что в девяти странах Восточной Европы передача вируса криминализована, в то время как в восьми других странах возможно возбуждение уголовного преследования только за то, что человек оказался под угрозой заражения. В том же исследовании было установлено, что в некоторых странах законодательство допускает, что ребенок (или от его имени какой-либо компетентный орган) может потребовать возбуждения уголовного дела против его матери в связи с заражением ВИЧ-инфекцией<sup>90</sup>. В последнее время законы, криминализирующие передачу ВИЧ, стали тщательно изучаться по нескольким причинам. Во многих странах в таких законах не проводится различие между преднамеренной передачей ВИЧ и случайной непреднамеренной передачей. Однако вероятность снижения числа людей, желающих пройти тестирование на ВИЧ, из страха перед возможным преследованием в уголовном порядке, несет такую угрозу здоровью населения, которая перевешивает потенциальное сокращение случаев передачи инфекции в результате действия закона<sup>91</sup>. Кроме того, судебная система в большинстве стран региона не располагает достаточными средствами, чтобы использовать научные методики, позволяющие доказать факт передачи инфекции от одного человека другому. Действующих законов обычно более чем достаточно, чтобы осуществлять уголовное преследование в редких случаях преднамеренной передачи вируса, и нет никакой необходимости в дополнительном

<sup>88</sup> Программный документ Международного общества по СПИДу, Запрет на въезд в страну для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом [International AIDS Society Policy Paper, Banning Entry of people living with HIV/AIDS], декабрь 2007.

<sup>89</sup> Европейская группа по лечению СПИДа [European AIDS Treatment Group] информация доступна на сайте <http://www.hivtravel.org>

<sup>90</sup> GNP+ Европа/Фонд Терренса Хиггинса, «Криминализация передачи ВИЧ в Европе» [Criminalisation of HIV Transmission in Europe], 2005.

<sup>91</sup> Берд С.М., Браун А. «Криминализация передачи ВИЧ» [‘Criminalisation of HIV Transmission’] in British Medical Journal, 323:1174-1177 (2001).

специальном законодательстве, которое может с легкостью нарушаться, но будет способствовать усилению стигмы, связанной с ВИЧ.

За редким исключением, во многих странах региона законодательства соответствуют международным нормам. Эффективный мониторинг и применение закона, однако, остаются серьезными проблемами в большинстве стран Восточной Европы и СНГ. В ходе исследования, проводившегося для настоящего Доклада, были выявлены многочисленные примеры незаконной дискриминации, но случаи применения правовых мер для исправления ситуации были чрезвычайно редки. Механизмы мониторинга нарушений законов все еще очень слабые, и часто люди не проявляют желания отстаивать свои права именно по этой причине. Тем не менее, ряд предпринимаемых в регионе успешных попыток по предоставлению юридической помощи и организации горячих линий для людей, затронутых ВИЧ, свидетельствуют о том, что в странах Восточной Европы и СНГ права могут быть реализованы. В приведенной ниже вставке описывается опыт украинской сети по мониторингу прав человека и предоставлению правовой поддержки.

## Области, требующие приоритетного внимания

Для всестороннего реагирования на эпидемию необходимо, чтобы целенаправленные действия, ориентированные на разные группы населения, осуществлялись в рамках определенных общих подходов в том, что касается снижения вреда, сокращения рискованного поведения и ограничения вероятности распространения инфекции. Обе эти области являются взаимно дополняющими и усиливают друг друга. В настоящем разделе приводятся краткие характеристики параметров общего контекста и описываются меры, необходимые для успешного и эффективного реагирования на эпидемию.

### Программы по снижению вреда для людей с наркотической зависимостью

Две меры по снижению вреда оказались особенно эффективными для уменьшения распространения ВИЧ и улучшения здоровья людей с наркотической зависимостью: программы по обмену игл и шприцев и опиоидная заместительная терапия (метадоном или бупренорфином). Однако, несмотря на тот факт, что в регионе эпидемия преимущественно распространяется через инъекционное потребление наркотиков, эти меры по снижению вреда недоступны для большинства нуждающихся в них людей. В то время как все страны Восточной Европы и СНГ сообщали, что к концу 2005 года в каждой стране действовала хотя бы одна программа по обмену игл и шприцев, сфера их действия была ограничена в силу малочисленности пунктов, где можно обменивать иглы и шприцы, и незначительного количества потребителей наркотиков, охваченных такими программами<sup>92</sup>.

В настоящее время большинство наркологических служб в странах региона работают слишком централизованно и делают упор преимущественно на медицинский аспект проблемы, что является наследием советской наркологической системы. В этих государственных службах, главным образом, проводится краткосрочная детоксикация в условиях стационара и практически не уделяется внимания психологической помощи, последующему наблюдению и реабилитации<sup>93</sup>. Часто лечение наркотической зависимости сопровождается регистрацией личных данных людей, употребляющих наркотики, а также принудительным тестированием на ВИЧ. Поэтому они зачастую не доверяют официальным наркологическим службам или считают, что лечение часто оказывается неэффективными, и после краткого периода ремиссии пациенты все равно возвращаются к наркотикам<sup>94</sup>.

Меры по снижению вреда в некоторых частях региона не поддерживаются, а иногда встре-

<sup>92</sup> Донохью М.С. «Употребление инъекционных наркотиков, снижение вреда и ВИЧ/СПИДа» [*Injecting drug use, harm reduction and HIV/AIDS*]. В: Матик С., Лазарус Дж.В., Донохью М.С. «ВИЧ/СПИД в Европе. Движение от смертного приговора к лечению хронического заболевания» [*HIV/AIDS in Europe. Moving from Death Sentence to Chronic Disease Management*]. WHO/EURO; 2006.

<sup>93</sup> Менделевич В. «Наркология: лечение наркомании в России» [*Narcology: Drug treatment in Russia*], in 'Open Society Institute briefing on drug treatment, HIV, and the challenge of reform', Open Society Institute, New York, 2006.

<sup>94</sup> Боброва Н. и др. «Препятствия для доступа к лечению наркомании в России: качественное исследование среди потребителей инъекционных наркотиков в двух городах» [*Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities*]. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006, 82:S57.

*Программы по обмену игл и шприцев уменьшают риск передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, а опиоидная заместительная терапия снижает уровень опасных форм поведения среди ПИН, способствующих распространению ВИЧ-инфекции*

*Даже там, где есть возможность пройти проверку на ВИЧ, люди не проявляют желания узнать о своем ВИЧ-статусе вследствие ряда факторов – прежде всего, это объясняется атмосферой стигмы и дискриминации, а также препятствиями для ухода, лечения и поддержки при ВИЧ-инфекции*

чают активное противодействие. Такие ограничения в области общественного здравоохранения противоречат научным данным, свидетельствующим, что программы по обмену игл и шприцев снижают передачу ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков<sup>95</sup>, а опиоидная заместительная терапия снижает уровень асоциального поведения, способствующего распространению ВИЧ-инфекции<sup>96</sup>. Положения трех главных конвенций ООН по контролю над оборотом наркотиков поддерживают подходы, рассматривающие употребление наркотиков как медицинскую проблему<sup>97</sup>. Поэтому правильная интерпретация этих положений позволяет опираться на них при внедрении таких мер, как заместительная терапия и программы по обмену игл и шприцев<sup>98</sup>.

Если эти услуги рассматриваются как научно-обоснованные программы общественного здравоохранения, это может служить основанием для их включения в государственные программы по профилактике ВИЧ, ориентированные на права человека. В Текущем обзоре эпидемии СПИДа за 2007 год, подготовленном ЮНЭЙДС, отмечается, что в регионе наблюдается некоторый прогресс в применении мер по снижению вреда, но в то же время, подчеркивается необходимость их дальнейшего расширения и внедрения pilotных программ по снижению вреда там, где они отсутствуют<sup>99</sup>.

### **Доступ к добровольному ВИЧ-консультированию и тестированию**

Все больше неправительственных организаций в регионе предлагают добровольное

ВИЧ-тестирование и консультирование в сочетании с такими услугами по снижению вреда, как обмен игл. В то же время в государственных центрах профилактики и борьбы со СПИДом практически всех стран бывшего Советского Союза при диагностике и лечении ВИЧ особое внимание уделяется сбору и проверке личных данных пациентов<sup>100</sup>. В последнее время был достигнут международный консенсус относительно того, что в дополнение к традиционной модели добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ по инициативе клиента (ДКТ) в медицинских учреждениях необходимо внедрять новые подходы, обеспечивая более разнообразный и широкий доступ к этим процедурам, чем до сих пор<sup>101</sup>. Расширение системы консультирования и тестирования на ВИЧ является одним из условий достижения цели по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, уходу, лечению и поддержке для всех, кто нуждается в таких услугах.

В некоторых странах региона степень наличия и доступности консультаций и добровольного конфиденциального тестирования на ВИЧ остается низкой. Даже если можно пройти проверку на ВИЧ, люди не проявляют желания узнать о своем ВИЧ-статусе вследствие ряда факторов: атмосфера стигмы и дискриминации, а также препятствий для ухода, лечения и поддержки людей, живущих с ВИЧ. Например, в Черногории правительство признало, что у населения низкая мотивация в отношении тестирования на ВИЧ в связи с высоким уровнем стигмы, связанной с ВИЧ и недостаточной конфиденциальностью процесса тестиро-

95 Водак А., Кунери А. (2006). «Снижают ли программы по обмену игл и шприцев уровень ВИЧ-инфицирования среди потребителей инъекционных наркотиков: всесторонний обзор международных данных» [Do needle syringe programs reduce HIV infection among injection drug users: a comprehensive review of the international evidence]. *Substance use and Misuse*, 41, 777-813.

96 Коулинг Л., Маррел М., Борнеман Р., Суливан Л., Али (2008). «Заместительное лечение потребителей инъекционных опиоидов для профилактики ВИЧ-инфекции» [Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Apr 16;(2):CD004145.

97 Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года; Конвенция о психотропных веществах 1971 года; и Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года.

98 Программа ООН по международному контролю над наркотиками (UNDCP) (Отдел по правовым вопросам), «Гибкость положений договора в отношении подходов по снижению вреда [‘Flexibility of treaty provisions as regards harm reduction approaches’], Decision 74/10, UN Doc. E/INCB/2002/W.13/SS.5, 30 September 2002.

99 ЮНЭЙДС «Текущий региональный обзор эпидемии ВИЧ – Восточная Европа и Центральная Азия» [“AIDS Epidemic Update Regional Summary – Eastern Europe and Central Asia”], март 2008 г., ГENEVA, ст.8.

100 Саранг А., Стуйките Р., Быков Р. «Внедрение программ по снижению ущерба в Центральной и Восточной Европе и в Центральной Азии [‘Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia’], International Journal of Drug Policy, 2007, 18:129; Вольф Д. «Параходоксы в антиретровирусной терапии для потребителей инъекционных наркотиков: доступ, строгое соблюдение и структурные барьеры в Азии и бывшем Советском Союзе» [‘Paradoxes in antiretroviral treatment for injecting drug users: Access, adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union’], 2007, International Journal of Drug Policy, 18:246.

101 «Политика в области ВИЧ/СПИДа в Украине: точка зрения гражданского общества» [‘HIV/AIDS policy in the Ukraine: A civil society perspective’], New York, Public Health Program of the Open Society Institute, 2007; UNAIDS Reference Group on Human Right, ‘Report of the Meeting’, 7th Meeting, Geneva, 12-14 February 2007.

вания<sup>102</sup>. Там же, где тестирование проводится, люди, живущие с ВИЧ, часто сообщают, что эта процедура не сопровождается предварительной или последующей консультацией, что может привести к психологическому дискомфорту и травме<sup>103</sup>.

В некоторых странах представители уязвимых групп подвергаются тестированию на ВИЧ без их согласия<sup>104</sup>. В Армении, согласно Статье 11 национального Закона о ВИЧ/СПИДЕ, законным является обязательное тестирование представителей сообществ, которые рассматриваются как группы населения повышенного риска. Более того, в соответствии с принятыми в 2005 году Стандартами лечения наркологических заболеваний, также необходимо проводить добровольное или принудительное тестирование на ВИЧ каждого потребителя инъекционных наркотиков, который принимается на лечение в наркологический центр<sup>105</sup>. Тестирование без информированного согласия вызывает озабоченность, поскольку нарушает права человека, особенно когда это делается в отсутствие соответствующих гарантий или доступа к базовым услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

### Доступ к антиретровирусным препаратам

Право людей, живущих с ВИЧ, на здоровье находится под угрозой вследствие недостаточного доступа к антиретровирусным пре-

паратам в странах региона. На Совещании высокого уровня по ВИЧ/СПИДу, проходившем в ООН в 2006 году, все правительства региона взяли на себя обязательства по обеспечению «всебобщего доступа к всестороннему... лечению, уходу и поддержке» к 2010 году.

За последние несколько лет страны Восточной Европы и СНГ добились значительного прогресса в достижении этих целей: по данным на конец 2007 года число людей, получавших антиретровирусное лечение увеличилось на 39000 человек по сравнению с данными на конец 2003 года<sup>106</sup>. Однако оценки показывают, что на конец 2007 года среди людей, живущих в регионе и нуждающихся в антиретровирусной терапии, только 17% получали такое лечение. В некоторых странах перебои в поставках антиретровирусных препаратов и перебои в доступе к контрольным тестам отрицательно сказывались на соблюдении режима приема препаратов и подрывали доверие к системе здравоохранения<sup>107</sup>.

Недостаток доступа к антиретровирусным препаратам остро ощущается в маргинализированных группах населения. В странах Восточной Европы и СНГ, где более 70% случаев ВИЧ приходится на ПИН, их удельный вес в общем числе пациентов, получавших антиретровирусную терапию (АРТ) по данным на конец 2006 года,<sup>108</sup> составляет лишь 39%. Такая же ситуация возможно наблюдается и в Российской Федерации,<sup>109</sup> хотя с 2006 года отмечается определенный прогресс в области

*В регионе отмечается значительный прогресс в плане расширения доступа к АРТ, однако в конце 2007 года такое лечение получали только 17% нуждающихся*

102 Черногория, «Страновый отчет за 2007 год на ССГАООН» [“UNGASS country report 2007”]. Available via [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

103 Балабанова Е. И др. «Стigma и ВИЧ-инфекция в России» [‘Stigma and HIV infection in Russia’], AIDS Care, 2006, 18(7):846.

104 Это может соответствовать национальным законам, но противоречить международному законодательству в области прав человека. «Секс-бизнес, ВИЧ/СПИД и права человека в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии» [‘Sex work, HIV/AIDS, and human rights in Central and Eastern Europe and Central Asia’], Vilnius, Lithuania, Central and Eastern European Harm Reduction Network, 2005.

105 Макросян К., Кочарян А., Потосян А. «Решение проблемы потребления инъекционных наркотиков и ВИЧ в Армении» [‘Meeting the challenge of injection drug use and HIV in Armenia’], Health and Human Rights, 2006, 9(1):128.

106 «В направлении всеобщего доступа: наращивание приоритетных действий в секторе здравоохранения: отчет о ходе работ» [‘Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report’], June 2008’, Geneva, WHO/ЮНЭЙДС/UNICEF, 2008. См. на сайте: [www.who.int/hiv/mediacentre/2008progressreport/en/index.html](http://www.who.int/hiv/mediacentre/2008progressreport/en/index.html).

107 Бернейс С., Роудс Т., Проданович А. «Доступ к лечению ВИЧ, предоставление лечения и неопределенность: качественное исследование в Сербии и Черногории ГН/ВИЧ treatment access, delivery and uncertainty: A qualitative study in Serbia and Montenegro’], Belgrade, UNDP, 2007; «Реализация проектов по снижению вреда в 2008 году» [‘Harm reduction developments 2008’], New York, International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute, 2008.

108 «В направлении всеобщего доступа: наращивание приоритетных действий в секторе здравоохранения: отчет о ходе работ» [‘Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report’], June 2008’, Geneva, WHO/ЮНЭЙДС/UNICEF, 2008. См. на сайте: [www.who.int/hiv/mediacentre/2008progressreport/en/index.html](http://www.who.int/hiv/mediacentre/2008progressreport/en/index.html).

109 Эйсиджас С. и др. «Антиретровирусная терапия для потребителей инъекционных наркотиков в развивающихся странах и странах переходного периода за год до окончания инициативы «Лечение трех миллионов к 2005 году. Сделаем это. Стратегия ВОЗ»» [‘Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries one year before the end of the ‘Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy’] (‘3 by 5’), Addiction, 2006;101(9):1246; Донокью М. и др. «Доступ к высокоактивной антиретровирусной терапии для потребителей инъекционных наркотиков в европейском регионе в 2002-2004 гг.» [‘Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the European Region 2002–2004’], International Journal of Drug Policy, 2007, 18(4):271.

*В некоторых странах региона ПИН могут отказать в лечении, если известно, что они активно употребляют наркотики*

*Неразглашение личных данных само по себе является важным правовым обязательством и одним из элементов обеспечения права на здоровье*

обеспечения доступа к антиретровирусной терапии для ПИН. В некоторых странах региона ПИН могут отказать в лечении, если известно, что он активно употребляет наркотики; отказ совмещать лечение наркозависимости, туберкулеза или гепатита с терапией ВИЧ-инфекции объясняется отсутствием соответствующих лечебных протоколов и координации между разными звеньями системы здравоохранения или неспособностью ПИН неофициально платить медперсоналу за проведение необходимых тестов<sup>110</sup>.

### Профилактика, лечение, уход и поддержка ВИЧ-положительных заключенных

Согласно международному законодательству в области прав человека, заключенные сохраняют все права и привилегии, кроме тех, которых по необходимости отбираются или ограничиваются в связи с самим фактом взятия под стражу. Условия содержания в тюрьмах во многих странах региона далеко отстают от международных стандартов. Уровень медицинского обслуживания в местах заключения не соответствует реальным потребностям и существенно ниже, чем за пределами тюрьмы, что противоречит положениям международных договоров и не соответствует международным стандартам<sup>111</sup>.

В недавно опубликованном руководстве рекомендуется, чтобы государства обеспечивали заключенным «бесплатный доступ к надлежащему и профессиональному уходу, лечению и поддержке при ВИЧ-инфекции, в том числе к диагностике АРТ, на уровне, доступном за пределами тюрьмы»<sup>112</sup>. Однако в этом на-

правлении пока не удалось достичь большого прогресса. Программы обмена игл и шприцев действуют только в некоторых тюрьмах Армении, Беларуси, Кыргызстана и Молдовы<sup>113</sup>. По данным за 2007 год в Молдове и Польше заместительная терапия предоставляемая только очень небольшому числу заключенных в каждой из стран, главным образом, в рамках pilotных программ в отдельных тюрьмах<sup>114</sup>. Доступ к добровольному ВИЧ-консультированию и тестированию в тюрьмах остается ограниченным; часто такое тестирование проводится без согласия заключенных и практически не приносит им никакой пользы. Лишь немногие заключенные, нуждающиеся в антиретровирусных препаратах, получают их, даже если в стране существуют законы и регламенты, устанавливающие право заключенных на получение АРТ<sup>115</sup>. Например, в Украине, по состоянию на апрель 2008 года, АРТ получали только около 100 заключенных, и до конца 2008 года планировалось увеличить их число всего лишь втрое, в то время как по данным исследований доля ЛЖВ в общей массе заключенных (160000 человек) может составлять от 15 до 30 процентов<sup>116</sup>.

### Неприкословенность частной жизни и конфиденциальность медицинских услуг

Неразглашение личных данных само по себе является важным правовым обязательством и одним из элементов обеспечения права на здоровье. Однако в пост-социалистических (пост-коллективистских) обществах, еще предстоит затратить немало усилий, чтобы добиться уважения к конфиденциальности и не-

110 Вольф Д. «Парадоксы в антиретровирусной терапии для потребителей инъекционных наркотиков: доступ, соблюдение и структурные барьеры в Азии и бывшем Советском Союзе» [‘Paradoxes in antiretroviral treatment for injecting drug users: Access, adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union’], 2007, International Journal of Drug Policy, 18:246; «Реализация проектов по снижению вреда в 2008 году» [‘Harm reduction developments 2008’], New York, International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute, 2008.

111 Бобрик А., Данишевский К., Ерошина К., МакКу М. «Здоровье в российских тюрьмах: более крупные картины» [‘Prison health in Russia: the larger pictures’]. Journal of Public Health Policy, 26, 30-59 (2005)..

112 «Профилактика, уход, лечение и поддержка людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в тюремной обстановке: программа для эффективного национального реагирования» [‘HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: A framework for an effective national response’], New York, UNODC, WHO, UNAIDS, 2006.

113 «Программы обмена игл и шприцев и раздачи хлорраствора в тюрьмах: обзор фактов» [‘Needle and syringe programs and bleach in prisons: Reviewing the evidence’], Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2008.

114 «Реализация проектов по снижению вреда в 2008 году» [‘Harm reduction developments 2008’], New York, International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute, 2008.

115 Вольф, Д. «Парадоксы в антиретровирусной терапии для потребителей инъекционных наркотиков: доступ, соблюдение и структурные барьеры в Азии и бывшем Советском Союзе» [‘Paradoxes in antiretroviral treatment for injecting drug users: Access, adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union’], 2007, International Journal of Drug Policy, 18:246.

116 Живаго С. «Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИДу в пенитенциарной системе Украины» [‘HIV/AIDS epidemic situation in penitentiary system of Ukraine’]. Presentation at “HIV/AIDS in Prisons in Ukraine – From evidence to action: Prevention and care, treatment, and support.” Kiev, 1-2 November 2005.

прикосновенности личных данных. Стигма и дискриминация усложняют эту проблему. Недостаток уважения к неприкосновенности личных данных в сочетании с атмосферой стигматизации усиливает социальную изоляцию людей, живущих с ВИЧ.

Социальное отчуждение вследствие разглашения личных данных также может привести к экономическому ущербу, включая потерю работы, страховки или жилья, наряду с вредом для здоровья из-за ухудшения отношений больного с лечебным учреждением, допустившим утечку информации, и прерывания лечения. В Международных руководящих принципах «ВИЧ/СПИД и права человека»<sup>117</sup> содержится призыв к государствам обеспечить разработку правительственные органами и частным сектором свода правил, регламентирующих действия отдельных сотрудников и организаций в контексте проблем, связанных с ВИЧ. Это позволит инкорпорировать принципы прав человека в кодексы профессиональной этики, ответственности и практики. Кроме того, необходимо разработать соответствующие правовые механизмы, способные обеспечить внедрение этих кодексов и реальное соблюдение их положений. Несанкционированное раскрытие конфиденциальной информации о пациентах продолжается, несмотря на национальные законы, устанавливающие принцип соблюдения врачебной тайны и конфиденциальности личных данных людей, живущих с ВИЧ. Склонность медицинского персонала обходить действующие законы из страха передачи ВИЧ-инфекции следует преодолевать путем надлежащей реализации принятых международных протоколов, определяющих универсальные меры предосторожности в медицинских учреждениях (УМП), которые более подробно рассматриваются в последующих разделах настоящего отчета.

## Образование и информация

В Статье 13 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, касающейся права на образование, содержатся правовые гарантии доступа к образованию для людей, живущих с ВИЧ. Из нее следует, что

ЛЖВ не должны подвергаться дискриминации в этой области на основе их ВИЧ-статуса. Право на образование приобретает особое значение для детей и молодежи в регионе, живущем с ВИЧ. В Конвенции ООН о правах ребенка еще раз подтверждается право детей на образование и здоровье без какой бы то ни было дискриминации. Комитет по правам ребенка подтвердил, что государства должны «обеспечить, чтобы начальное образование было доступным для всех детей, независимо от того, являются ли они ВИЧ-положительными, осиротевшими или каким-либо другим образом затронутыми ВИЧ/СПИДом»<sup>118</sup>.

В Румынии, где более 7000 детей и молодых людей живут с ВИЧ, менее 60 процентов таких детей посещают какие-либо школы, несмотря на то, что законодательство предусматривает обязательное бесплатное 10-классное образование (требование обязательного общего образования сохраняется до достижения учеником 18-летнего возраста)<sup>119</sup>. А многие другие румынские дети, живущие с ВИЧ, безосновательно направляются в специальные школы, которые не обеспечивают достаточными ресурсами. Отказ в приеме в школу или лишение доступа к образованию на основании положительного или подозреваемого ВИЧ-статуса является нарушением права ЛЖВ на образование и не имеет никаких обоснований с точки зрения общественного здравоохранения. Опять же, любое беспокойство со стороны руководителей учебных заведений, медицинских работников, родителей и т.д. относительно возможности заражения ВИЧ, в случае возникновения в школе экстренных ситуаций, требующих неотложной медицинской помощи, следует устранять путем надлежащего применения универсальных мер предосторожности, которые подробно обсуждаются ниже.

## Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР)

С ростом в регионе числа детей, родившихся у женщин, живущих с ВИЧ, возрастает важность целенаправленных действий по профилактике передачи инфекции от матери

*Социальное отчуждение вследствие разглашения личных данных также может привести к экономическому ущербу, включая потерю работы, страховки или жилья, наряду с вредом для здоровья из-за ухудшения отношений больного с лечебным учреждением, допустившим утечку информации, и прерывания лечения*

*Отказ в приеме в школу или лишение возможности обучения на основании положительного или подозреваемого ВИЧ-статуса, является нарушением права ЛЖВ на образование, которое никак не оправдано с точки зрения общественного здравоохранения*

117 См. на сайте: [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-integrguidelines\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-integrguidelines_en.pdf).

118 Комитет по правам ребенка, «Замечание общего порядка 3: ВИЧ/СПИД и права ребенка» [«General Comment 3: HIV/AIDS and the Rights of the Child»], 2003, параграф 9 (CRC/GC/2003/3).

119 ««Жизнь не ждет»: неспособность Румынии защитить и поддержать детей и подростков, живущих с ВИЧ» [“Life doesn't wait”: Romania's failure to protect and support children and youth living with HIV], New York, Human Rights Watch, August 2006, Vol. 18, No. 6(D).

### **Вставка 3.4. Повышение осведомленности медицинских работников о проблеме ВИЧ/СПИДа и предоление их негативного отношения к ВИЧ-инфицированным пациентам: позитивный опыт проекта в Украине**

Ольге поставили диагноз ВИЧ-инфекции во время беременности. Она очень переживала и боялась родов в местном роддоме. Она думала, что к ней отнесутся, как к ненормальной, зачумленной, и что так же будут относиться и к ее новорожденному ребенку.

Но все ее страхи оказались напрасными. С первой минуты в больнице работники к ней отнеслись с теплом и добротой. Медики поддержали ее и обсудили с ней ситуацию, пытаясь найти нужные решения. Ей показалось, что во всей больнице лучше всего отнеслись к ней. И что, возможно, было самым важным, ее научили, как жить с ВИЧ, и как сделать так, чтобы ее ребенок жил нормальной жизнью. Она даже написала письмо сотрудниками больницы с благодарностью за все, что они для нее сделали, и что у нее появилась надежда в жизни и уверенность в будущем.

Следует отметить, что за два месяца до того, как эта женщина попала в роддом, сотрудники прошли курс обучения по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (организованный ЮНИСЕФ), включая информацию о стигме и дискриминации в отношении ЛЖВ среди населения и медицинских работников. В курсе принимали участие ЛЖВ, которые рассказали о своем опыте негативного отношения со стороны сотрудников медицинских учреждений, в которые они обращались за помощью.

История Ольги доказывает, что негативные установки медработников можно изменить, если пробудить в них сострадание и объяснить всю важность борьбы со стигмой и дискриминацией в медицинских учреждениях.

(Материал любезно предоставлен ЮНИСЕФ)

ребенку. Было доказано, что меры по ППМР являются высокоэффективными и относительно простыми методами профилактики ВИЧ-инфекции, если они применяются в соответствии с международно утвержденными инструкциями. С помощью соответствующих вмешательств можно кардинально сократить частоту передачи ВИЧ от матери ребенку.

Проведение антиретровирусной терапии беременным ВИЧ-положительным женщинам в России и Украине дает обнадеживающие ре-

зультаты (84% и 90% соответственно). Внедрение в России профилактических мер для беременных женщин в 2004 году привело к снижению уровня передачи ВИЧ от матери ребенку: распространенность ВИЧ-инфекции среди детей, рожденных женщинами, живущими с ВИЧ, сократилась с 19,3%<sup>120</sup> до 6,2%<sup>121</sup>. В Украине меры по профилактике ВИЧ от матери ребенку применялись ко всем женщинам, которые после 2000 года давали согласие добровольно пройти проверку на ВИЧ. В 2003 году положительный ВИЧ-статус имели 15,9% детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, что на 43% меньше, чем в 2001 году.

Приведенный ниже пример (см. Вставку 3.4) свидетельствует о том, к каким переменам в жизни ВИЧ-позитивных беременных женщин и их детей может привести просветительская работа с медицинским персоналом.

#### **Значимое участие людей, живущих с ВИЧ**

Участие гражданского общества имеет решающее значение для реализации мер в ответ на ВИЧ. Для эффективного реагирования на эпидемию ВИЧ требуется партнерский подход с участием государственных органов, местных сообществ, неправительственных организаций и групп населения, затронутых ВИЧ, особенно ЛЖВ.

Проблемы, стоящие перед людьми, живущими с ВИЧ, в значительной степени связаны с теми негативными установками, которые преvalируют в общественном сознании. Например, в пост-социалистических странах в отношении к людям, живущим с ВИЧ и к другим «инвалидам» доминируют такие проявления, как пренебрежение, избегание или стигма. Принимаемые меры должны способствовать преодолению этих давно укоренившихся тенденций.

Государства взяли на себя четкие обязательства способствовать повышению роли гражданского общества в деле более широкого вовлечения людей, живущих с ВИЧ, в противодействие эпидемии СПИДа. На про-

<sup>120</sup> Ресурсный Центр по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа, Россия. [<http://www.hivpolicy.ru/publications/index.php?section=50&id=66>] Дата последнего обращения: 1 октября 2008 г.

<sup>121</sup> Ресурсный Центр по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа, Россия. [<http://www.hivpolicy.ru/topics/?id=48>] Дата последнего обращения: 1 октября 2008 г.

ходившем в 1994 году Парижском саммите по СПИДу главы 42 стран, включая руководителей Российской Федерации и Румынии, провозгласили, что расширение участия людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, (т.е. принцип РУЛС) будет иметь важнейшее значение для разработки эффективных национальных мероприятий по противодействию эпидемии в соответствии с универсальными этическими принципами. Они выразили решимость полностью включить «людей, живущих с ВИЧ, в процесс разработки и реализации государственных стратегий [и] обеспечения равной защиты со стороны закона для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом»<sup>122</sup>. Принцип РУЛС с тех пор подвергся усовершенствованиям и превратился в ЗУЛС (т.е. значимое участие людей, живущих с ВИЧ), чтобы подчеркнуть важность качественного аспекта их участия, поскольку, как известно, «больше» не обязательно означает – «лучше». Реализация этого принципа зависит от того, насколько эффективно государство будет обеспечивать уважение, защиту и осуществление основных демократических и политических прав, особенно прав тех, кто принадлежит к исторически сложившимся обездоленным группам.

## Группы населения, заслуживающие приоритетного внимания

Описанный выше общий стратегический подход служит основой для вмешательств, направленных на целевые группы населения. Ответные меры должны носить целенаправленный характер, учитывающий конкретные потребности групп повышенного риска, что является необходимой предпосылкой для обеспечения их эффективности. Однако во многих случаях нельзя рассчитывать на то, что в рамках регионального культурно-исторического контекста этот

подход возникнет спонтанно. Для его формирования требуются направленные информационно-просветительские усилия. Во многих странах региона наследие авторитарной системы правления отражается в нетерпимости к разнообразию, которая подпитывает дискриминацию в отношении социальных групп, не соответствующих национальному представлению об идеале<sup>123</sup>. Было время, когда ВИЧ рассматривался как угроза коллектиivistскому обществу, что делало репрессии и преследования групп, ассоциировавшихся с ВИЧ, общественно приемлемой реакцией. В этом отношении страны региона добились определенного прогресса, хотя еще многое нужно сделать, чтобы создать критическую массу общественной поддержки для осуществления обязательств государства по эффективному обеспечению основных групп населения повышенного риска всеми услугами, на которые они имеют право. Для этого тематические обязательства (т.е. имеющие отношение к отдельным отраслям – образованию, здравоохранению и т.д.) и действия должны дополняться мероприятиями, нацеленными на конкретные группы населения, подвергающиеся повышенному риску ВИЧ-инфекции.

### Потребители инъекционных наркотиков.

Часто закон и общество не признают ПИН в качестве полноправных граждан, имеющих возможность пользоваться всеми правами человека. Результатом такого отношения становится частая дискриминация ПИН как в государственных учреждениях, так и в повседневной общественной жизни. Потребление наркотиков нередко рассматривается прежде всего как вопрос уголовного права, а не как проблема здоровья конкретного человека и общественного здравоохранения. Карательные законы, согласно которым хранение небольшой дозы запрещенных наркотиков представляет собой уголовно-наказуемое деяние, действующие в Грузии, Польше, Российской Федерации и Украине, являются типичным примером такого подхода, который

<sup>122</sup> «От принципа к практике: расширение участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или затронутых этой проблемой» [*From Principle to Practice: Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS*] (GIPA); ГENEVA, ЮНЭЙДС, 1999 (UNAIDS/99.43E). Available via [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

<sup>123</sup> Родес Т. М. Симик, «Переходный период и окружающая среда ВИЧ риска» [*Transition and the HIV risk environment*] in *British Medical Journal*, 331:220 (2005). см также. Родес Т. и М. Симик «Переходный период и окружающая среда ВИЧ риска» [*Transition and the HIV risk environment*] in *BMJ*, 331:220 (2005); Родес Т и др. «Социальное структурное производство риска среди потребителей инъекционных наркотиков» [*The social structural production of HIV risk among injection drug users*] in *Social Science & Medicine*, 61:1026 (2005); Браун Г. «Расцветающее российское гражданское общество держит ключ к ВИЧ» [*Russia's blossoming civil society holds the key to HIV*] in *Lancet*, 368:437 (2006); Рэчел В. и М. МакКии «Влияние диктатуры на здоровье: пример Туркменистана» [*The effects of dictatorship on health: the case of Turkmenistan*] in *BMC Medicine*, 5:21 (2007).

*Пропаганда терпимости к сексуальному разнообразию, при всей сложности реализации этой задачи в традиционном культурном контексте региона, может служить хорошей основой для эффективных практических мер в ответ на эпидемию ВИЧ*

может стать препятствием для усилий по снижению вреда<sup>124</sup>. Подобные законы, принимаемые из лучших побуждений, на практике могут привести к непреднамеренным пагубным последствиям. Заключение под стражу повышает риск ВИЧ-инфицирования среди потребителей инъекционных наркотиков. Отсутствие мер по снижению вреда способствует распространению эпидемии среди заключенных. Недостаток доступа к средствам профилактики ВИЧ (программы обмена игл и шприцев, опиоидная заместительная терапия метадоном или бупренорфином), а также к лечению ВИЧ, уходу и другим услугам здравоохранения – это весьма характерные черты той нелегкой реальности, с которой приходится сталкиваться многим людям, употребляющим инъекционные наркотики.

**Секс-работники.** Хотя в регионе работа в секс-бизнесе не настолько криминализована, как хранение наркотиков, работники коммерческого секса подвергаются дискриминации и другим нарушениям прав человека. В общественном мнении о работниках секс-бизнеса наблюдается тенденция игнорировать те причины, по которым люди (в основном женщины) начинают этим заниматься: ограниченные возможности заработать на жизнь, социальная маргинализация или принуждение/торговля людьми. Если не устраниТЬ (или, по крайней мере, не ослабить) действие системных факторов, то среди работников секс-бизнеса будут по-прежнему сохраняться более высокие показатели распространенности ВИЧ, заболеваний, передающихся половым путем, принудительных занятий сексом, насилия, противоправного содержания под стражей и других нарушений прав<sup>125</sup>.

**Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.** В Советском Союзе гомосексуализм считался преступлением и тяжким психическим расстройством. В переходный период в большинстве этих стран были отменены законы, криминализовавшие секс между мужчинами по обоюдному согласию. Сегодня в этом регионе сложилась более благоприятная ситуация относительно действующих законов, касающихся прав лесбиянок, геев, бисексуалов и транссексуалов (ЛГБТ) по сравнению с другими регионами с низким и средним уровнем доходов. По результатам недавно проведенного исследования 25 из 27 стран региона были охарактеризованы как страны с «нейтральной» или «охранительной» правовой системой. Из 24 государств Восточной Азии и Тихоокеанского региона в эту категорию попали только 11 стран<sup>126</sup>.

Но уровень общественной терпимости не претерпел столь же заметных изменений. Вследствие стигмы против однополых сексуальных отношений многие гомосексуальные связи и сообщества в регионе по существу продолжают носить подпольный характер. Более того, мужчины-геи из разных частей региона сообщают о злоупотреблениях полиции и дискриминации при попытках получить доступ к медицинским услугам и социальным службам<sup>127</sup>. Многие правительства региона в значительной степени игнорировали потребности в профилактике ВИЧ среди МСМ, а иногда даже способствовали стигме и дискриминации, что повышало их уязвимость к ВИЧ.

Суть вопроса проста: пропаганда терпимости к сексуальному разнообразию, при всей сложности реализации этой задачи в тради-

124 Мальновска-Семпруч К. «Директор Международной программы снижения вреда критикует польскую политику в области противодействия наркотикам» [‘IHRD director criticizes Polish antidrug policies’], New York, International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute, 15 January 2004. См. на сайте: [www.soros.org](http://www.soros.org); Нейер А. «Нарушения во имя закона и порядка» [‘Abuses in the name of law and order’], в ‘Protecting the human rights of injection drug users: The impact of HIV and AIDS’, New York, International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute, 2005; «Риторика и риск: нарушения прав человека затрудняют борьбу Украины с ВИЧ/СПИДом» [‘Rhetoric and risk: Human rights abuses impeding Ukraine’s fight against HIV/AIDS’], New York, Human Rights Watch, March 2006, Vol. 18, No. 2(D); Саранг А., Стуйките Р., Быков Р. «Внедрение программ по снижению вреда в Центральной и Восточной Европе и в Центральной Азии» [‘Implementation of harm reduction in Central and EE/CIS’], International Journal of Drug Policy, 2007, 18:129; «Реализация проектов по снижению ущерба в 2008 году» [‘Harm reduction developments 2008’], New York, International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute, 2008; Баррет Д. «Перенастройка режима: необходимость в основанном на правах человека подходе к международной политике в отношении наркомании» [‘Recalibrating the regime: The need for a human-rights based approach to international drug policy’], The Beckley Foundation Drug Policy Program, 2008, Report No. 13.

125 «Риторика и риск: нарушения прав человека затрудняют борьбу Украины с ВИЧ/СПИДом» [‘Rhetoric and risk: Human rights abuses impeding Ukraine’s fight against HIV/AIDS’], New York, Human Rights Watch, March 2006, Vol. 18, No. 2(D).

126 Касерес С. и др. «Обзор правовых систем и ситуации с правами человека, связанными с сексуальным разнообразием в странах с низким и средним уровнем доходов» [‘Review of legal frameworks and the situation of human rights related to sexual diversity in low and middle income countries’], study commissioned by UNAIDS, April 2008.

127 Отчет Комиссара по правам человека, 2-на Томаса Хаммарберга о его визите в Украину 10-17 декабря 2006 года» [‘Report by the Commissioner for Human Rights, Mr. Thomas Hammarberg, on his visit to Ukraine, 10-17 December 2006’], Strasbourg, Council of Europe, 26 September 2007, CommDH(2007)15; «Доступ к медицинским услугам для ЛГБТ в Кыргызстане» [‘Access to health care for LGBT people in Kyrgyzstan’], New York, Public Health Program of the Open Society Institute, 2007.

ционном культурном контексте региона, может служить хорошим основанием для эффективных практических мер в ответ на эпидемию ВИЧ. Вызывает разочарование тот факт, что усилия гражданского общества по привлечению общественного внимания к правам сексуальных меньшинств сталкиваются со стигмой, дискриминацией и даже насилием<sup>128</sup>. Еще большее беспокойство вызывают случаи, когда государственные и общественные деятели допускают открыто предвзятые высказывания в отношении геев и лесбиянок, подрывая, таким образом, национальные усилия по реагированию на ВИЧ.

**Этнические меньшинства.** Несоблюдение прав представителей групп этнических меньшинств может свести к минимуму эффективность мер органов общественного здравоохранения по предупреждению распространения ВИЧ. Например, цыгане оказались в порочном кругу бедности, стигмы и маргинализации, ограниченного доступа к медицинским и социальным услугам, и высокого уровня предотвращаемых заболеваний<sup>129</sup>. Социальная изоляция, географическая изоляция и низкий уровень образования, в сочетании с неспособностью правительства финансировать целевые профилактические программы оставляют многих цыган в неведении относительно факторов риска, связанного с ВИЧ-инфекцией. Особенно обделенными оказываются женщины цыганской национальности, учитывая традиционные социальные нормы и гендерные ожидания цыганских сообществ, которые ограничи-

вают способность женщин к самостоятельному поиску доступа к санитарно-просветительской информации и услугам здравоохранения.

Другим группам меньшинств в регионе также грозит повышенный риск ВИЧ-инфицирования. В Эстонии, к примеру, русскоязычное население часто оказывается фактически отрезанными от рынка труда и системы образования, что еще больше способствует их социальной изоляции и уязвимости к ВИЧ<sup>130</sup>. Таким образом, подтверждается связь между «ограниченными возможностями», «маргинализацией» и «повышенным уровнем риска». Это также дает основания считать, что в некоторых странах расширение возможностей развития для этнических меньшинств является одним из главных средств, позволяющих разорвать порочный круг бедности, социальной изоляции и ВИЧ.

**Дети.** Стига людей, живущих с ВИЧ, приводит к особо тяжким последствиям для беременных женщин, живущих с ВИЧ, и их детей. В Российской Федерации все большее количество детей, родившихся у матерей, живущих с ВИЧ, оказываются брошенными<sup>131</sup>. Эта проблема дополнительно усугубляется тем, что в пост-социалистических странах брошенные дети и дети с ограниченными возможностями преимущественно воспитываются в государственных приютах. ВИЧ-позитивных часто отправляют в специальные детские дома, или же они содержатся в обычных детских домах, но отдельно от других детей.

*Предоставление этническим меньшинствам расширенных возможностей для развития является одним из главных факторов, позволяющих разорвать порочный круг бедности, социальной изоляции и ВИЧ*

*Растущее число детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, оказываются брошенными и зачастую направляются в специальные приюты, или же содержатся в обычных детских домах, но отдельно от других детей*

128 Human Rights Watch, «Польша: официальная гомофobia угрожает основным свободам человека, письмо HRW премьер-министру Польши Казимежу Марцинкевичу» [‘Poland: Official homophobia threatens basic human freedoms, HRW Letter to Polish Prime Minister Kazimierz Marcinkiewicz’], 5 июня 2006; Human Rights Watch, «Польша: официальная гомофobia угрожает основным свободам человека, письмо HRW президенту Польши Леху Качинскому» [‘Poland: Official homophobia threatens human rights, HRW Letter to Polish President Lech Kaczynski’], 15 февраля 2006; Human Rights Watch, «Россия: расследование насилия в отношении геев, письмо HRW мэру Лужкову» [‘Russia: Investigate anti-gay violence, HRW Letter to Mayor Lushkov’], 8 мая 2006; Human Rights Watch, «Отменить запрет на демонстрации в защиту прав лесбиянок и геев, прекратить дискриминацию» [‘Reverse ban on lesbian and gay rights demonstration, end discrimination, HRW Letter to Interim General Mayor Ursula’], 19 мая 2006; Human Rights Watch, «Латвия: отменить запрет на демонстрации в защиту прав геев» [‘Latvia: Reverse ban on gay rights demonstration’], Media release, New York, 22 July 2006.; Human Rights Watch, [‘Russia: Gay rights under attack’], Media release, Moscow, 14 июня 2007.

129 Келли Дж.А., Амирханян Ю.А., Кабакчиева Е. И др. «Гендерные роли и уязвимость к риску заражения ВИЧ половым путём для мужчин и женщин рома(цыган) в Болгарии и Венгрии: этнографическое исследование» [Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study]. AIDS Care, 16, (2004), 231-45.

130 «Эстония: языковые меньшинства в Эстонии: дискриминация должна прекратиться» [‘Estonia: Linguistic Minorities in Estonia: Discrimination must end’], Amnesty International, 2006, EUR 51/002/2006; «Меморандум правительству Эстонии: оценка прогресса в реализации рекомендаций 2004 года Комиссара по правам человека Совета Европы» [‘Memorandum to the Estonia Government: Assessment of the progress made in implementing the 2004 recommendations of the Commissioner for Human Rights of the Council of Europe’], Strasbourg, Council of Europe, 11 июля 2007, CommDH(2007)12; Дунаес П. «Внутришнее употребление наркотиков и ВИЧ в Эстонии: социально-экономическая интеграция и разработка показателей относительно права на здравоохранение русскоязычного населения» [‘Intravenous drug use and HIV in Estonia: socio-economic integration and development of indicators regarding the right to health of its Russian-speaking population’], Liverpool Law Review, 2007, 28:271.

131 «Позитивно покинутые: стигма и дискриминация в отношении ВИЧ-положительных матерей и их детей в России» [‘Positively abandoned: Stigma and discrimination against HIV-positive mothers and their children in Russia’], New York, Human Rights Watch, June 2005, Vol. 17, No. 4(D).

В Румынии отмечается наибольшее число детей и подростков, живущих с ВИЧ, в регионе – это наследие медицинской практики, способствовавшей распространению ВИЧ среди детей в государственных детских домах в период коммунистического режима<sup>132</sup>. Глубокое невежество, стигма и дискриминация затрудняют этим детям доступ к образованию, медицинской помощи, государственным услугам и трудуоустройству.

Признание потребностей сирот и уязвимых детей в Восточной Европе и СНГ является решающим фактором улучшения здоровья населения региона. Доступ к образованию, здоровая доброжелательная и заботливая среда могут свести к минимуму вероятность того, что эти крайне обездоленные молодые люди станут социально неблагополучными взрослыми и будут испытывать серьезные проблемы.

**Мобильные группы населения.** Как говорилось выше, мобильность населения является одним из главных факторов, определяющих ситуацию в регионе. Однако потребностям и правам мобильных групп населения часто уделяется недостаточное внимание. По мере расширения доступа к лечению в странах региона мигранты и другие мобильные группы населения рискуют быть неохваченными этими услугами. Особенно высок риск для нелегальных мигрантов. По оценкам, число нелегальных мигрантов в регионе Содружества Независимых Государств составляет от 5 до 15 млн. человек. Нелегальные мигранты сталкиваются с дискриминацией, эксплуатацией и злоупотреблениями. Этот регион является важным транзитным маршрутом между Азией и Европой, и многие транзитные мигранты оказываются без средств к существованию в России и Украине на долгое время в связи с тем, что в странах Европейского Союза существует строгий пограничный контроль. Даже в тех случаях, когда у мигрантов есть официальное разрешение на пребывание стране, вследствие отсутствия у них социальных связей и языковых или культурных навыков для асимиляции в принимающих странах, доступ

к медицинским услугам или профилактическим просветительским программам как правило, очень ограничен<sup>133</sup>.

Риски для здоровья мигрантов могут возрастать вследствие торговли людьми и принудительного перемещения. По оценкам ЮНИФЕМ, от 500000 тысяч до четырех миллионов человек ежегодно становятся объектами торговли людьми<sup>134</sup>, при этом большая часть таких людей являются выходцами из стран Центральной и Юго-Восточной Европы, Содружества Независимых Государств и Азии. Жертвы торговли людьми сталкиваются с высокими рисками для здоровья и имеют очень ограниченный доступ к услугам здравоохранения. Вследствие принудительного участия в секс-бизнесе, женщины и дети, ставшие жертвами торговли людьми, особенно уязвимы к ВИЧ и болезням, передающимся половым путем.

**Медицинские работники и универсальные меры предосторожности.** Люди, чьи служебные обязанности предусматривают регулярный контакт с кровью, также уязвимы к ВИЧ-инфекции и имеют право на защиту на рабочем месте. Иногда это становится источником ошибочного представления, что право пациентов, живущих с ВИЧ, на конфиденциальность их статуса вступает в конфликт с правом медицинских работников обеспечивать собственную защиту на рабочем месте. Отмена права на конфиденциальность привела бы во многих случаях к простому отказу в медицинских услугах для людей, живущих с ВИЧ, хотя хорошо известно, что риск заражения таким путем чрезвычайно мал. По некоторым оценкам, ежегодно регистрируется всего около 500 подобных случаев инфицирования, преимущественно в развивающихся странах<sup>135</sup>. Кроме того, в соответствии с принятыми на международном уровне Протоколами об универсальных мерах предосторожности, органы системы здравоохранения и медицинские работники могут и должны применять простые и эффективные меры для защиты от ряда переносимых с кровью инфекций, включая ВИЧ. Универсальные меры предосторожности

132 ««Жизнь не ждет»: неспособность Румынии защитить и поддержать детей и подростков, живущих с ВИЧ» [“Life doesn't wait”: Romania's failure to protect and support children and youth living with HIV], New York, Human Rights Watch, August 2006, Vol. 18, No. 6(D).

133 Ивахнюк, там же, с. 4.

134 «Факты и данные о насилии в отношении женщин» [Facts & figures on violence against women]. UNIFEM, [www.unifem.org/gender\\_issues/violence\\_against\\_women/facts\\_figures.php](http://www.unifem.org/gender_issues/violence_against_women/facts_figures.php)

135 «Профилактика заражения ВИЧ, связанного с медицинским обслуживанием» [Prevention of health care associated HIV infection], WHO, accessed at: <http://www.who.int/eht/en/HealthCareHIV.pdf>.

сти необходимо «соблюдать при работе с каждым пациентом, независимо от его диагноза, и применять повсеместно»<sup>136</sup>. Последовательное применение универсальных мер предосторожности позволяет в равной степени и соблюдать индивидуальные права людей, живущих с ВИЧ, и права медицинских работников, не создавая каких бы то ни было противоречий и обеспечивая при этом наиболее эффективный способ для предотвращения передачи ВИЧ в учреждениях здравоохранения.

## Интеграция гендерного подхода в стратегии противодействия ВИЧ

В соответствии с принятой в 2001 году на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН Декларацией о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, изменение положения женщин в обществе путем решения таких проблем, как неустойчивость их экономического положения, недостаточный доступ к образованию и правовая незащищенность, должно стать приоритетным направлением стратегии противодействия в области ВИЧ. В Декларации подчеркивается, что гендерно-обусловленные экономические и социальные препятствия являются определяющими факторами риска ВИЧ-инфицирования, поэтому Декларация призывает организации немедицинского сектора поддержать меры по борьбе с ВИЧ-инфекцией, направленные на изменение положения женщин в обществе и расширение их возможностей. Для этого, в дополнение к вмешательствам органов здравоохранения или лечебных учреждений, необходимо развитие межотраслевого сотрудничества. Чтобы выполнить задачи, поставленные ССГА ООН, национальные программы по СПИДу должны координировать свою работу с организациями, которые занимаются вопросами женского равноправия и развития.

В докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) предлагаются четыре главных принципа для интеграции гендерных аспектов в концепции и программы по ВИЧ<sup>137</sup>:

- 1) Не причинять вреда; 2) Программы должны учитывать гендерный фактор; 3) Вмешательства должны способствовать преобразованиям; 4) Вмешательства должны способствовать расширению прав и возможностей.

Эта концепция отталкивается от самого главного принципа социальных вмешательств – не причинять вреда. Иными словами, программы и концепции противодействия ВИЧ не должны оказывать негативного влияния на положение женщин. «Учет гендерного фактора» означает, что необходимо учитывать специфические гендерные особенности, лежащие в основе женской и мужской уязвимости к ВИЧ. Соблюдение этого принципа рассматривается как главное условие обеспечения приемлемости программы для женщин и их эффективности в местных контекстах. Чтобы действительно повлиять на особую женскую уязвимость к ВИЧ, ВОЗ призывает к тому, чтобы меры в ответ на ВИЧ сопровождались преобразованиями в социальных и культурных процессах, способствующих гендерному неравенству. Это выходит за рамки одного только удовлетворения «потребностей женщин», и, скорее, нацелено на изучение и изменение преобладающих социальных факторов, которые предопределяют более низкий статус женщин по сравнению с мужчинами на протяжении всей жизни. Чтобы гендерно-ориентированные вмешательства в ответ на ВИЧ были устойчивыми, стратегия и программы также должны быть направлены на расширение возможностей женщин. Это означает, что женщинам необходимо помочь приобрести соответствующий потенциал, свободу и ресурсы, чтобы отстаивать свои права, занимать руководящие должности и определять собственную жизнь. В последние пять лет во многих странах региона, в частности, Албании, Боснии и Герцеговине, Хорватии, Сербии, Украине, Киргизстане, Таджикистане, предпринимались успешные попытки по реализации программ с применением межотраслевого подхода к решению проблемы гендерно-обусловленной уязвимости к ВИЧ.

*Последовательное применение универсальных мер предосторожности позволяет в равной степени соблюдать как индивидуальные права людей, живущих с ВИЧ, так и права медицинских работников, не создавая при этом каких бы то ни было противоречий*

*Чтобы реально способствовать решению проблемы специфической женской уязвимости к ВИЧ, меры по противодействию эпидемии должны быть направлены на ослабление общих социальных факторов, которые предопределяют более низкий статус женщин, по сравнению с мужчинами, на разных этапах жизни*

## Заключение

Государства Восточной Европы и СНГ обязались обеспечить всеобщий доступ к профилактике и лечению ВИЧ к 2010 году. Достижение этой

136 «Профилактика заражения ВИЧ, связанного с медицинским обслуживанием» [Prevention of health care associated HIV infection], WHO, accessed at: <http://www.who.int/eht/en/HealthCareHIV.pdf>.

137 ВОЗ, «Интегрируя гендер в программы по ВИЧ/СПИДу - обзорная статья» [WHO Integrating gender into HIV Programmes – A review paper, Department of Gender and Women's Health], Family and Community Health, 2003, pp. 27-41.

цели неразрывно связано с уважением прав людей, живущих с ВИЧ, и групп населения, которым грозит повышенный риск. Конкретные попытки защиты и осуществления их прав являются как средством, так и задачей: всеобщий доступ означает ликвидацию дискриминации в отношении уязвимых групп населения и принятие конкретных мер для полного осуществления основных прав и свобод людьми, живущими с ВИЧ, как наиболее эффективного способа реагирования на эту эпидемию.

Выполнение обязательств по обеспечению всеобщего доступа заключается не только в том, чтобы государства просто выразили своего согласие с положениями международных договоров и деклараций. Тут требуется преодолеть унаследованные предубеждения и социальную изоляцию уязвимых групп населения. Для исполнения законов там, где они существуют, и продвижение соответствующих законодательных изменений там, где отмечаются пробелы, необходима как поддержка основной части общества, так и развитие партнерства между местными организациями, которые предлагают юридические услуги и расширяют возможности людей по отстаиванию своих прав. Чтобы обеспечить поддержку и содействовать социальным переменам, необходимо проводить хорошо подготовленные информационные и правозащитные кампании.

### **Вставка 3.5. Меры по противодействию ВИЧ/СПИДа с учетом гендерного фактора**

Так как чаще всего ВИЧ передается половым путем, давно было отмечено, что неравенство в отношениях между мужчинами и женщинами и социальные нормы, способствующие его воспроизведству, оказывают существенное влияние на эпидемию ВИЧ. В 2008 году ПРООН в сотрудничестве с секретариатом ЮНЭЙДС, ЮНИФЕМ и широким кругом заинтересованных организаций представила Руководство по осуществлению национальных мер в ответ на СПИД с учетом гендерного фактора. Его цель заключается в том, чтобы способствовать активизации и совершенствованию деятельности в сфере решения взаимосвязанных проблем ВИЧ/СПИДа и гендерного неравенства на страновом уровне, с акцентом на трех междисциплинарных принципах: (1) знать особенности эпидемии; (2) принимать меры на основе подтвержденной информации; и (3) в основе стратегий и программ должны лежать принципы прав человека.

В руководстве подчеркивается, что приоритеты программ по преодолению гендерного неравенства и СПИДа будут различаться в зависимости от эпидемической ситуации в стране и от местных условий, также рекомендуется собирать данные, которые полно отражают информацию о гендерной составляющей эпидемии ВИЧ. В обоих случаях важно выявлять и поддерживать дискордантные пары, а также уделять внимание дифференцированному воздействию ВИЧ на женщин и мужчин, будь то ЛЖВ или члены семьи, осуществляющие уход за ЛЖВ.

Интеграция гендерных вопросов в стратегическое планирование является принципиально важной задачей. Междисциплинарные программы по СПИДу должны обеспечивать планирование, осуществление и оценку деятельности по продвижению гендерного равенства. Однако очень важно, чтобы национальные структуры, занимающиеся вопросами СПИДа, формировали общую концепцию, обеспечивали руководство и определяли те меры по решению гендерных проблем, которые необходимы для устойчивого противодействия СПИДу.

Конечная задача гендерно-специфических мер в ответ на эпидемию СПИД заключается в содействии достижению общих целей гендерного равенства. Один из путей ее решения состоит в том, чтобы организации, занимающиеся проблемами гендерного равенства, включили в свою повестку дня противодействие СПИДу, а те, кто работает над проблемой СПИДа, уделяли больше внимания гендерным вопросам. Разумеется, для этого потребуется укрепить потенциал и тех, и других организаций. В 2009 году ПРООН с партнерами из числа НПО в странах региона планируют адаптировать гендерное руководство к специфике Восточной Европы и СНГ.

Что касается гендерных аспектов реагирования, в этой главе подчеркивается необходимость ответных мер различных секторов – здравоохранения, образования, социального обеспечения, экономики для изменения и повышения статуса женщин с целью снижения распространенности ВИЧ в обществе. Повышение статуса женщин подразумевает изменение гендерных ролей, глубоко укоренившихся в общественном сознании<sup>138</sup>. Даже там, где гендерное равенство поддерживается законом, социальные ожидания и взаимодействия все еще влияют на уязвимость к ВИЧ мужчин и женщин. Таким образом, чтобы обеспечить гендерное равенство для снижения уязвимости к ВИЧ<sup>139</sup>, законодательные изменения должны сопровождаться социальными преобразованиями, такими как: доступ к образованию для девочек; просветительские программы по сексуальному и репродуктивному здоровью как для женщин, так и для мужчин; меры по защите права женщин на выбор в вопросах создания семьи и рождения детей; меры по защите женщин от насилия, принуждения, торговли людьми; меры по расширению экономических возможностей женщин и снижению их зависимости от мужчин.

<sup>138</sup> Ду Джерни Дж., Себерг Е. «Взаимозависимость между гендерными отношениями и эпидемией ВИЧ/СПИДа» [Interrelationship between gender relations and the HIV/AIDS epidemic], in *Health and human right*, Jonathan M. Mann, Sofia Gruskin, Michael A. Grodin, George J. Annas, p 209.

<sup>139</sup> «Гендерное руководство для национальных мер в ответ на СПИД» [Gender guidance for national AIDS responses], UNAIDS/PCB(22)/08.3, page1-2.

# Заключение. Перспективы: формирование структурных элементов национальной политики и адвокации

Настоящая глава завершает отчет, синтезируя четыре темы, вытекающие из материалов эпидемиологического исследования, обзоров концепций и стратегий, приведенных в первых трех главах, а также из результатов исследований в шести странах, которые проводились в рамках подготовки настоящего Доклада. За тематическим обобщением следуют конкретные рекомендации для разных секторов.

*Скупулезно собранные и выверенные научные данные являются краеугольным камнем для выработки эффективной стратегии*

## Общие параметры национальных структур по реагированию

Представленные здесь выводы могут служить основой рекомендации в области политики и адвокации для стран региона по достижению двух взаимодополняющих целей: защита индивидуальных прав и разработка эффективных национальных мер по реагированию. К четырем темам относятся следующие: а) Потребность в мерах по укреплению стратегического руководства и национального потенциала в реализации принципа «знать свою эпидемию» и по обеспечению «всебобщего доступа»; б) Создание надежных государственно-частных партнерств для преодоления стигмы и оказания услуг; в) Совершенствование механизмов осуществления прав и противодействия дискриминации; и г) Применение мер с учетом гендерного фактора.

### Укрепление политического руководства, знание особенностей своей эпидемии и всеобщий доступ

Тщательно собранные и проверенные факты являются основой эффективной политики и стратегий по защите прав людей, живущих с ВИЧ. Пропагандируемая ЮНЭЙДС программа действий по улучшению «знаний особенности своей эпидемии», стимулирует государства использовать надзор и исследования для определения эпидемиологической и поведенческой ситуации и контекста, групп населения, окружения и географических областей, профессий, связанных с риском заражения и наиболее нуждающихся в услугах по ВИЧ<sup>140</sup>. Чтобы обеспечить разработку профилактических мер в соответствии с особенностями развития эпидемии, необходимо, по мере возможности, обращать внимание не только на общие показатели ВИЧ, но также на самые недавние случаи передачи инфекции. На основе этой информации государства могут принять стратегии, которые наилучшим образом соответствуют их ситуации – достижение правильного сочетания усилий по работе с основными группами населения, которым грозит повышенный риск, направление сил на предупреждение передачи инфекции их партнерам, а также работа с другими уязвимыми группами. Независимо от того, на какие комбинации групп населения и схем поведения нацелены действия, государства также должны разработать стратегии, реагирующие на потребности в немедленных услугах и информа-

<sup>140</sup> ЮНЭЙДС. «Практические рекомендации по интенсификации профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа» [Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access]. 2007.

*Для того, чтобы получить всестороннее представление об особенностях своей эпидемии, необходимо обеспечить высококачественный эпидемиологический надзор и постоянное проведение социологических исследований*

*Качественные исследования способны обеспечить глубокое понимание опыта ЛЖВ и людей, уязвимых к ВИЧ-инфекции*

*Для реагирования на ВИЧ необходим комплексный и целенаправленный подход к профилактике, лечению и уходу*

ции (такие как реклама презервативов и их распространение в группах населения повышенного риска), а также предпринимать меры, влияющие на обстоятельства, при которых уязвимость, связанная с ВИЧ, остается устойчивой и концентрированной (например инициативы, направленные на уменьшение стигматизации сексуальных меньшинств для улучшения их доступа к различным услугам). Более того, информация, отражающая конкретный контекст, позволяет строить стратегию с учетом сильных сторон местного и регионального потенциала с пониманием тех недостатков, которые могут подорвать эффективность программы, даже если она ставит перед собой благие цели, но недостаточно реалистична или неприемлема в том или ином отношении.

Высококачественный дозорный эпидемиологический надзор и постоянные социологические исследования необходимы для того, чтобы на местах получить всестороннее представление об особенностях эпидемии. Это включает стандартный дозорный эпидемиологический надзор и регистрацию новых случаев, кроме того, необходимо также осуществлять меры по «дозорному эпиднадзору второго поколения». По определению Всемирной организации здравоохранения, дозорный эпидемиологический надзор второго поколения<sup>141</sup> должен иметь следующие характеристики – а) соответствовать уровню эпидемии: концентрированной, генерализованной или смешанной; б) быть динамичным и адаптироваться к изменениям развивающейся эпидемии; в) использовать ресурсы там, где они помогут получить наиболее полезную информацию; г) совмещать биологическую и поведенческую информацию с другими видами исследований, такими как данные о потреблении наркотиков и лечении наркозависимости, об инфекциях, передающихся половым путем, и о других формах заболеваемости и смертности; д) использовать данные при разработке местной и национальной политики реагирования. ЮНЭЙДС/ВОЗ разработали технические руководящие принципы<sup>142</sup> для помощи в проведении исследований. В руководящих принципах также содержится информация о том, как следует совмещать эти результаты с данными, полученными в ходе дозорного эпидемиологического надзора, чтобы получить самую точную оценку показателя распространенности ВИЧ в стране.

Для адвокации и разработки верной стратегии в дополнение к точным данным о распространенности ВИЧ, необходимы другие виды информации. Качественные исследования могут обеспечить глубокое понимание опыта людей, живущих с ВИЧ, и людей, уязвимых к этой инфекции. Результаты количественных исследований часто не отражают другие социальные проблемы, сосуществующие с ВИЧ – бедность, нарушения прав человека, гендерная динамика, правовая и здравоохранительная инфраструктура для поддержки здоровья и благополучия людей, живущих с ВИЧ, и представителей групп населения, которым грозит наибольший риск. Программы по сбору информации такого рода параллельно с биологическими данными и сведениями о рискованном поведении позволяют определить стратегические направления концентрации ресурсов в сфере профилактики и лечения, которые могут дать более эффективные результаты.

Исследователи и политики согласились, что для реагирования на ВИЧ необходим комплексный и целенаправленный подход к профилактике, лечению и уходу. В 2001 году главы государств и правительства собрались на Специальную сессию Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу (ССГА ООН) и приняли на себя обязательства по широкому кругу показателей и целей, включая усиление политического руководства процессом. В 2004 году была подписана Дублинская Декларация о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии, отражающая специфические для региона меры противодействия. В дополнение к этому, Глобальный фонд потребовал, чтобы все страны-реципиенты разработали согласованные и комплексные национальные стратегии по профилактике ВИЧ, лечению и уходу, в соответствии с выдвинутым ЮНЭЙДС требованием использования «триединого принципа» для эффективных ответных мер, включая одну согласованную национальную программу действий, один межсекторальный координирующий орган и одну общенациональную систему мони-

<sup>141</sup> Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному надзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП (2000 г.).

<sup>142</sup> Там же.

торинга и оценки<sup>143</sup>. Однако, хотя многие страны региона могут на бумаге разработать согласованную и комплексную национальную стратегию по ВИЧ, они не способны реализовать ее на практике.

Чтобы быть действительно эффективной, согласованная национальная политика реагирования на ВИЧ должна основываться на глубоком понимании особенностей местной эпидемии, включая изменения тенденций в том, что касается новых случаев заражения, рискованного поведения, а также норм и отношений, связанных с ВИЧ. Информация, получаемая по данным исследований и систем надзора, должна интерпретироваться с учетом достижения целей всеобщего доступа к профилактике, образованию, тестированию и лечению и использоваться при принятия решений по распределению имеющихся ресурсов<sup>144</sup>. Учитывая далекоидущие цели программы всеобщего доступа, необходимым условием их достижения является межотраслевое сотрудничество и совместная работа; устойчивый успех невозможно обеспечить за счет реализации одного вмешательства или мер, предпринимаемых в рамках одного сектора<sup>145</sup>.

### **Конкретные рекомендации в этой области**

- Все страны своевременно предоставлять всесторонние отчеты ССГА ООН, соблюдать обязательства, закрепленные в Дублинской декларации, и определить масштабные цели всеобщего доступа, обеспечивающие охват населения, необходимый для достижения результата. Такие региональные органы, как Координационный совет СНГ по СПИДу, должны продолжать играть свою роль в укреплении координации и в обмене опытом между странами.
- Национальные ответные меры должны основываться на точных и современных данных, необходимых для «знания особенностей своей эпидемии», разработки политики в области ВИЧ и выделения ресурсов, с учетом важности вопроса о доступности услуг для групп населения, которым грозит повышенный риск. Главным необходимым условием является введение или расширение систем эпиднадзора второго поколения в дополнение к дозорному эпидемиологическому надзору и регистрации случаев инфицирования.
- Для обеспечения долгосрочного бесперебойного финансирования с учетом долговременного характера эпидемии, в дополнение к укреплению «триединого принципа» на национальном уровне, государства должны обеспечить интеграцию программ по ВИЧ в национальную программную деятельность в области развития. Интеграция программ по ВИЧ в планы страны обеспечит надежные «благоприятные условия» для их реализации. Необходимо также знать существующие проблемы в потенциале на отраслевом, организационном и индивидуальном уровнях, которые могут затруднять реализацию программ. Представление об этом можно составить посредством всесторонней оценки потенциала (см. Приложение 4).
- Необходимо заметно повысить поддержку со стороны политического руководства в вопросе справедливого отношения к людям, живущим с ВИЧ, и другим основным группам населения, которым грозит повышенный риск, включая потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, этнические меньшинства, женщин и мигрантов, но не ограничиваясь этими группами.

143 ЮНЭЙДС (2004 г.). «Ключевые принципы «трех единиц»: координация национальных мер по реагированию на ВИЧ/СПИД: руководящие принципы для национальных органов и их партнеров». Здесь три единицы означают: одна программа действий по ВИЧ/СПИДу, один национальный координирующий орган по СПИДу, одна общенациональная система мониторинга и оценки [“Three ones” key principles: Coordination of national responses to HIV/AIDS: Guiding principles for national authorities and their partners. Here, the three ones refers to: one HIV/AIDS Action Framework, one National AIDS Coordinating Authority, one country-level Monitoring and Evaluation System].

144 ЮНЭЙДС. (2007 г.). «В направлении всеобщего доступа: наращивание приоритетных действий в секторе здравоохранения: отчет о ходе работ» [Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress report], April 2007.

145 Более подробную информацию по сбалансированному и согласованному подходу к остановке эпидемии см.: Хернес, Г. (2004 г.) ЮНЕСКО и ВИЧ/СПИД: десять уроков [UNESCO and HIV/AIDS: Ten Lessons], (253-261) in COOMBE (2004) The HIV Challenge to Education: A Collection of Essays, IIIEP, UNESCO, Paris.

*Перед странами Восточной Европы и СНГ стоит задача по мобилизации гражданских усилий и созданию сетей социальной поддержки для обеспечения эффективного реагирования на общественные проявления, обусловленные стереотипами коллективного сознания, в соответствии с которыми ВИЧ считается «проблемой меньшинств»*

- Необходимо поддерживать принцип значимого участия людей, живущих с ВИЧ (принцип РУЛС/ЗУЛС), обеспечивая такую ситуацию, чтобы люди, живущие с ВИЧ, имели возможность участвовать в процессах принятия решений на национальном уровне. Особое внимание следует обратить на то, чтобы люди, живущие с ВИЧ, работали на официальных должностях в государственных организациях, ответственных за разные аспекты государственного реагирования.
- Учитывая, что потребление инъекционных наркотиков играет доминирующую роль в распространении ВИЧ в регионе, программы по снижению вреда должны быть включены в любые национальные программы противодействия эпидемии ВИЧ в тех странах, где ПИН являются основной группой населения, подверженной высокому риску. Сюда относится расширение программ обмена игл и заместительной терапии там, где они уже действуют, оценка возможности их осуществления и пилотное тестирование там, где еще таких программ нет.
- Необходимо внедрять подходы, при которых поведение, приводящее к риску заражения ВИЧ, вместо криминализации и преследования, рассматривается как проблема общественного здравоохранения.

### **Создание надежных государственно-частных партнерств для преодоления стигмы и оказания услуг**

Борьба против стигмы должна оставаться в центре адвокации и политики, так как стигма лежит в корне проблем, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ. Международный опыт свидетельствует о том, что стигму можно преодолеть, если в процессе совместных усилий объединить приоритеты гражданского общества и государства.

К главным выводам Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в странах Европы и Центральной Азии, наряду с необходимостью расширять участие гражданского общества в мерах по реагированию на ВИЧ<sup>146</sup>, относится необходимость убедительного и решительного слова в отношении эпидемии ВИЧ со стороны политического руководства. Низкий уровень политического участия и активности гражданского общества, характерный для некоторых стран региона, является серьезным препятствием для разработки программ на местах. Еще одним препятствием являются недостаточные возможности организаций гражданского общества по управлению проектами развития, по расширению и диверсификации социальных сетей, и по руководству и проведению перемен как в рамках организаций, так и в их окружении. Перед странами Восточной Европы и Содружества Независимых Государств стоит задача по мобилизации и созданию сетей социальной поддержки для обеспечения эффективного реагирования там, где в коллективном сознании ВИЧ остается «проблемой меньшинства», затрагивающей группы, которые считаются девиантными, аморальными или даже преступными. В этом случае стратегическая задача должна состоять в создании широкого общественного альянса против всех форм стигмы, с упором на общие цели различных групп<sup>147</sup>. Понимание культурной, социальной и политической природы таких связей поможет определить эффективные стратегии в каждой стране.

Хотя на начальном этапе любой борьбы одних только усилий местных лидеров не всегда достаточно, их деятельность может коренным образом изменить направление политики на местном и национальном уровне. Поэтому их следует поддерживать через действующие в регионе

146 ВОЗЕвропа, ЮНЭЙДС (2008 г.). «Прогресс в реализации Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии» [Progress on implementing the Dublin Declaration: on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia]: Policy Brief. Geneva, UNAIDS

147 Полезную дискуссию о различиях между конверсией, конвергенцией и стратегическим соглашением, необходимым для установления взаимодополнимости разных составляющих см.: Тамми О'Нил (2006) «Права человека и снижение уровня бедности: реалии, противоречия и стратегии» [Human Rights and Poverty Reduction: Realities, Controversies and Strategies] [http://www.odi.org.uk/rights/Publications/Rights%20Meeting%20Series%20Publication%202006/intro\\_screen.pdf](http://www.odi.org.uk/rights/Publications/Rights%20Meeting%20Series%20Publication%202006/intro_screen.pdf) (Дата последнего обращения: декабрь 2007).

программы по расширению возможностей людей, живущих с ВИЧ. Международные организации обладают потенциалом для оказания помощи в создании широких альянсов сообществ и государств, объединений государственного и частного сектора, которые необходимы для изменения политики. Но эта работа не может и не должна заменять адвокацию на местном уровне и инициативы граждан. Напротив, работа международных организаций должна быть направлена на укрепление и поддержку инициатив, возникающих на местах. Эта деятельность выходит за рамки финансирования инициатив, и опирается скорее на использование существующих систем и структур, чем на обосиленные проектные группы.

### **Конкретные рекомендации в этой области**

- Государственные органы должны активно способствовать созданию государственно-частных партнерств (ГЧП), снижать налоговое бремя для неправительственных организаций и совершенствовать прямое государственное финансирование неправительственных организаций для обеспечения услугами основных групп населения. Создать ГЧП нелегко: может понадобиться развитие потенциала для создания благоприятных условий и изменений на организационном уровне (на основе результатов целевой оценки возможностей в этой области, проиллюстрированной в Приложении 4). Это может включать создание нормативно-правовой базы, способствующей созданию этих партнерств, а также развитие потенциала организаций для участия в ГЧП (включая системы контрактов и закупок, механизмы контроля и мониторинга и другие элементы)<sup>148</sup>.
- Чтобы повысить общий уровень знаний о путях передачи ВИЧ и ослабить устойчивые мифы, питающие страх и отторжение, необходимо в партнерстве с негосударственными и частными медийными организациями финансировать и осуществлять общественные просветительские программы, нацеленные на широкую общественность.
- В партнерстве с организациями людей, живущих с ВИЧ, и другими НПО обеспечивать проведение необходимых тренингов по ВИЧ для государственных служащих, политиков, журналистов и представителей других профессиональных органов, распространяющих информацию среди населения.
- Продвигать активное участие в ответных мерах религиозных организаций и религиозных лидеров, особенно при решении вопросов, касающихся уменьшения стигмы и дискриминации и предоставлении ухода и поддержки людей, живущих с ВИЧ.
- Поддерживать и поощрять более ответственное освещение проблем ВИЧ в СМИ, акцентируя внимание на человеческие аспекты жизни с ВИЧ.
- Приоритетными должны стать поддержка и техническая помощь НПО, работающим с группами населения, которым грозит повышенный риск, включая потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, работников секс-бизнеса, представителей этнических меньшинств и групп мигрантов. В дополнение к технической помощи, направленной на сотрудников НПО, может оказаться необходимым укреплять функциональные возможности на организационном уровне, в том числе способность НПО участвовать в многостороннем диалоге, анализировать ситуацию и разрабатывать концепцию перемен, формулировать программу и стратегии; выделять бюджет, управлять проектами и осуществлять их реализацию, мониторинг и оценку. Кроме того, возможно, понадобится укреплять главные аспекты работы НПО, такие как руководство и главные рабочие процессы (кадровые ресурсы, финансовый менеджмент).

148 Более подробную информацию о развитии потенциала для государственно-частных партнерств см. на сайте: [http://www.capacity.undp.org/index.cfm?module=ActiveWeb&page=WebPage&s=public\\_private\\_partn](http://www.capacity.undp.org/index.cfm?module=ActiveWeb&page=WebPage&s=public_private_partn)

- Стремиться, по возможности, ослабить юридические барьеры, ограничивающие свободу ассоциаций и свободу выражения мнений для неправительственных организаций и групп населения, которым грозит повышенный риск, чтобы способствовать их участию в национальных мерах по реагированию на эпидемию.

## Осуществление прав

Как подчеркивалось в предыдущих главах, задача по отстаиванию прав для эффективных ответных мер в странах Восточной Европы и СНГ часто связана не столько с изменением законодательства, сколько с укреплением механизмов мониторинга и применением существующих правовых норм. Действительно, в каждой главе настоящего Доклада приводятся доказательства (как первичная информация, полученная от респондентов, так и вторичные данные из опубликованных источников) в пользу того, что общий недостаток информированности и ограниченные ресурсы препятствуют осуществлению прав людей, живущих с ВИЧ, которые уже существуют в регионе. Люди, живущие с ВИЧ, прямо говорили об отсутствии инфраструктуры по мониторингу и поддержке их законных прав, а представители организаций, которые по роду своей деятельности занимаются проблемами ВИЧ/СПИДа, говорили о необходимости обучения и укрепления потенциала, необходимого для реализации положений существующих законов, защищающих те группы населения, чьи права сейчас ущемляются.

### Конкретные рекомендации в этой области

*Зачастую задача состоит не столько в том, чтобы внести изменения в законодательство, сколько укрепить механизмы, обеспечивающие эффективный мониторинг и соблюдение существующих правовых норм*

- В партнерстве с гражданским обществом государственные органы должны публично оценивать и периодически проверять соответствие национального законодательства международным обязательствам. Эта деятельность может включать оценку потенциала для создания благоприятного правового климата, включающую выявление дублирующих друг друга положений (либо пробелов) в национальном законодательстве, препятствующих соблюдению международных обязательств. В ходе такой оценки можно также изучить процесс разработки законодательных актов и определить, имеют ли возможность государственные органы и организации гражданского общества эффективно участвовать в таких процессах.
- Поощрять активное участие парламентариев в решении проблем, связанных с ВИЧ/СПИД, в соответствии с рекомендациями пособия для парламентариев «Противодействие ВИЧ и СПИД», подготовленное Международным парламентским союзом, ПРООН и Секретариатом ЮНЭЙДС.
- Учитывать мнения людей, живущих с ВИЧ, в процессе разработки соответствующего законодательства и сопутствующих механизмов, обеспечивающих его соблюдение.
- Создавать, укреплять и расширять доступные услуги по юридической помощи, поддержке и консультированию<sup>149</sup>, включая линии помощи в кризисных ситуациях для людей, живущих с ВИЧ, и групп населения, которым грозит повышенный риск.
- Обеспечить, чтобы механизмы осуществления антидискриминационного законодательства адекватно финансировались, были достаточно независимыми, обладали полномочиями на проведение расследований, рассмотрение жалоб и применение мер по исправлению ситуации. В ходе разработки и осуществления таких законов и механизмов их применения следует консультироваться с омбудсменами и национальными институтами, осуществляющими мониторинг в данной области.
- В рамках существующего законодательства, активно преследовать тех, кто нарушает антидискриминационные законы

<sup>149</sup> See the website of the AIDS Law Project for more information <http://www.alp.org.za/>

- Способствовать проведению просветительских кампаний и пропагандировать средства правовой защиты, применяемые в случаях дискриминации.
- Проводить тренинги по правам человека для работников систем правосудия и уголовного правосудия (полицейских, судей, работников исправительных учреждений), а также для специалистов из секторов здравоохранения, образования и занятости. В таких тренингах основное внимание следует уделять применению как международного законодательства в области прав человека, так и норм и положений соответствующего национального законодательства с учетом особенностей местной эпидемии ВИЧ.
- Обеспечивать, чтобы программы тренингов основывались на всесторонних оценках организационного потенциала и рассматривались как один компонент более широкого развития потенциала систем правосудия и уголовного правосудия. В организациях можно использовать адекватные стимулы, такие как повышение заработной платы или карьерный рост, чтобы поощрить применение слушателями приобретенных навыков и их использование для изменения ситуации.

### Ответ с учетом гендерного фактора

Хотя гендерным особенностям часто не уделяют внимания, они играют фундаментальную роль, предопределяя как биологическую восприимчивость к ВИЧ-инфекции, так и уязвимость к ее последствиям. В связи с тем, что ВИЧ затрагивает все больше женщин в регионе, политические меры и программы должны быть направлены на устранение факторов, лежащих в основе гендерного неравенства, и на расширение возможностей женщин выступать за улучшение здоровья, образования, правовой защиты и за экономическую независимость. Еще одно важное направление гендерно-специфических мер, необходимых в регионе, – это углубление понимания и решения проблемы передачи ВИЧ среди сексуальных меньшинств, включая мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. В то же время важно привлекать мужчин как для снижения их собственной уязвимости, связанной с мужскими гендерными ролями, так и для решения проблем, связанных с той ключевой ролью, которую они играют в формировании уязвимости женщин.

*Гендерный фактор играет основополагающую роль, предопределяя как биологическую восприимчивость к ВИЧ-инфекциии, так и уязвимость к ее социальным последствиям*

### Конкретные рекомендации в этой области

- Обеспечить представление данных с разбивкой по гендерному признаку национальными системами мониторинга, оценки и надзора в целях разработки гендерно-специфических мер.
- Обеспечить доступность информации для женщин и мужчин, которым грозит риск инфицирования, нацеливая таким образом кампании в СМИ, а также разрабатывая санитарно-просветительские материалы, учитывающие половозрастные особенности аудитории.
- При разработке кампаний по профилактике ВИЧ и просветительских кампаний признавать разносторонние роли женщин в обществе – например, как независимых и автономных личностей, людей, осуществляющих уход, жен, матерей и профессионалов.
- Наращивать усилия по сбору данных и реагированию на региональном и национальном уровне, нацеленные на «скрытые эпидемии» среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами и других групп сексуальных меньшинств.
- Внедрять механизмы поддержки женщин, страдающих от насилия в семье, принудительного секса в браке и экономического беспрavия, чтобы они могли лучше контролировать собственную жизнь.
- Расширять просветительские и профилактические программы, нацеленные на партнеров/супругов и семьи людей, входящих в группы населения, которым грозит риск, включая потребителей инъекционных наркотиков и мигрантов.

- Расширять доступ к образованию и услугам в области сексуальных отношений и репродуктивного здоровья, чтобы женщины могли принимать информированные решения о сексуальном поведении, беременности и планировании семьи.
- Женщинам, живущим с ВИЧ, необходим доступ к полномасштабным услугам акушеров/гинекологов без какой бы то ни было дискриминации. Государственные органы должны умножать усилия по противодействию широко распространенной в регионе дискриминации, подтвержденной многочисленными свидетельствами.
- Обеспечить разработку и предоставление соответствующей услуги по консультированию и психологической поддержке беременных женщин с положительным результатом тестирования на ВИЧ, проводимого по инициативе медицинских работников в режиме «опт-аут».
- Проводить добровольное тестирование на ВИЧ (в режиме «опт-аут») беременным женщинам по инициативе медицинских работников в ходе дородового наблюдения и/или во время родов только в сочетании с соответствующим консультированием, и обеспечить полный доступ к лекарственным препаратам для предупреждения передачи инфекции от матери ребенку.

**Во всех странах региона необходимо предпринимать согласованные многоуровневые национальные меры для борьбы со стигмой в связи с ВИЧ/СПИДом**

### Рекомендации по снижению уязвимости в разных секторах

Факторы, определяющие стигму в отношении людей, живущих с ВИЧ, и конкретные проявления стигмы в секторах здравоохранения, образования и занятости, указывают на то, что во всем регионе необходимо проводить согласованные многоуровневые национальные меры для борьбы со стигмой в связи с ВИЧ/СПИДом. Хотя в шести странах, отобранных для базового исследования, имеются явные различия по показателю распространенности ВИЧ, инфраструктурным возможностям, социальным и культурным процессам, в ходе проведения исследования были определены общие слабые места, усиливающие стигму и закрепляющие в регионе несправедливое и противозаконное обращение с людьми, живущими с ВИЧ. Ниже приводятся основные рекомендации для политики и адвокации в каждом секторе.

### Рекомендации для сектора здравоохранения

В секторе здравоохранения необходимо предпринять целый ряд мер, направленных на совершенствование медицинских услуг для людей, живущих с ВИЧ, чтобы защитить права и улучшить самочувствие ВИЧ-положительных пациентов, а также медицинских работников, осуществляющих уход за ними. Сюда относятся следующие меры:

- По мере возможности обеспечить, чтобы в программах по ВИЧ приоритет отдавался развитию потенциала и укреплению сектора здравоохранения в целом.
- Проводить обязательное обучение по вопросам ВИЧ/СПИДа для всех медицинских работников в поликлиниках.
- Включить базовое образование по ВИЧ (эпидемиология, симптоматика, диагностика, профилактика, консультирование, лечение, уход, универсальные меры безопасности) в курсы обучения всех медицинских высших учебных заведений и в программы переподготовки для медицинских работников. Кроме того, увязать такое обучение с общими задачами по наращиванию потенциала организаций, где слушатели будут работать над тем, чтобы обучение удовлетворяло организационным потребностям и оказывало влияние на эффективность организации.
- Отдавать приоритет универсальным мерам предосторожности для всех медицинских работников во всех учреждениях системы здравоохранения. Обеспечивать медперсонал средствами защиты от случайного воздействия ВИЧ (например, резиновые перчатки, пост-

контактная профилактика) и гарантировать их поставки в достаточном количестве. В региональных учреждениях здравоохранения проверять соблюдение универсальных мер безопасности.

- Проверять медицинские учреждения с целью выявления дискриминационного отношения к людям, живущим с ВИЧ, или группам населения повышенного риска.
- Уважать права пациентов, живущих с ВИЧ, включая право на информированное согласие на лечение, доступ к лечению, рекомендуемому с научной и медицинской точки зрения, и уважение права на неприкосновенность частной жизни. Информация о правах должна быть доступной для посетителей медицинских учреждений.
- Проводить добровольное тестирование на ВИЧ по инициативе медицинских работников только с соблюдением трех условий: консультирование, информированное согласие и конфиденциальность.
- Обеспечивать бесперебойные поставки антиретровирусных препаратов путем устранения препятствий, связанных с ценообразованием, тарифами и торговыми соглашениями, совершенствования законодательства и укрепления систем снабжения и доставки.
- Рассмотреть возможные пути по улучшению преемственности медицинского обслуживания мигрантов, живущих с ВИЧ. Региональные органы, такие как Координационный совет СНГ по ВИЧ/СПИДу, могут играть важную роль в координации усилий по обеспечению преемственности медицинского обслуживания мигрантов в разных странах.
- Повышать качество услуг по психологической поддержке и поддержке психического здоровья для людей, живущих с ВИЧ, как части комплексных пакетов медицинских услуг.
- Повысить качество и расширить доступ к услугам по лечению от наркотической зависимости, включая программы по снижению вреда, для людей, живущих с ВИЧ, и представителей групп населения повышенного риска.

*В секторе образования ощущается растущая необходимость в разработке подробных, четких и недвусмысленных инструкций по работе с ЛЖВ, чтобы подготовиться к росту числа учеников/студентов, живущих с ВИЧ, или затронутых этой инфекцией*

### **Рекомендации для сектора образования**

Представленные в настоящем Докладе результаты исследования указывают на возрастающую необходимость разработать подробные и понятные инструкции для сектора образования, чтобы подготовиться к росту числа учеников/студентов, живущих с ВИЧ или затронутых этой инфекцией. Ниже приводится ряд конкретных мер, которые следует предпринять:

- Разъяснить и обеспечить выполнение правил, касающихся раскрытия ВИЧ-статуса и конфиденциальности личной информации, действующих в секторе образования. С этой целью в учебных заведениях следует использовать средства наглядной агитации; кроме того, правила с необходимыми разъяснениями следует включить в текст анкеты для студентов для ознакомления.
- Проводить обязательное обучение в области ВИЧ для всех директоров школ, администраторов, учителей, воспитателей и школьных медработников, включая тренинги, направленные на снижение уровня стигмы. Следует также проводить обязательное обучение в области ВИЧ для учащихся с учетом их возраста.
- Обеспечить соблюдение универсальных мер предосторожности в школьных медпунктах в целях защиты конфиденциальности ВИЧ-статуса учащихся, проводя тренинги по основам безопасности для всех учителей и сотрудников школы.
- Проводить мониторинг учебных заведений с целью выявления дискриминационного отношения к детям, живущим с ВИЧ или затронутым этой проблемой. Привлекать органы системы образования к участию в мониторинге и к осуществлению мер по обеспечению равного и непредвзятого образования для детей, затронутых ВИЧ.

- Поддерживать школы (директоров и учителей), в которые зачислены дети, живущие с ВИЧ, особенно в том, что касается противодействия стигме в отношении детей, затронутых ВИЧ, на уровне местного сообщества.
- Планировать поддержку для детей, родители которых живут с ВИЧ, чтобы обеспечить их доступ к образованию, включая услуги по правовой помощи. Важно рассматривать эти услуги не только с точки зрения спроса, но и с точки зрения возможности их предоставления организациями.

### **Рекомендации для сектора занятости**

*Среди ЛЖВ, встречаются представители любых профессий и слоев общества, отражающие весь социально-демографический спектр и разнообразие региона*

Люди, живущие с ВИЧ, могут сталкиваться с невероятными трудностями, пытаясь найти или сохранить работу. Необходимо предпринимать меры для защиты их права на работу и обеспечение безопасности на рабочем месте. Менеджерам и руководителям необходима дополнительная поддержка для обеспечения их информированности и соблюдения ими правовых норм. К мерам по совершенствованию доступа к достойному трудуустройству для людей, живущих с ВИЧ, относятся:

- Предоставлять работодателям и профсоюзам инструкции и продвигать программы, направленные на поддержку здоровья и благополучия ВИЧ-положительных сотрудников и на снижение стигмы и нетерпимости на рабочем месте.
- Обеспечивать соблюдение универсальных мер предосторожности, чтобы сократить мотивацию для нарушений требования о конфиденциальности в соответствующих медицинских службах на рабочем месте.
- Предлагать конфиденциальные услуги по профориентации и поиску работы для людей, живущих с ВИЧ, и желающих устроиться на работу.
- Проводить мониторинг и принимать меры против дискриминационного отношения к людям, живущим с ВИЧ, на рабочих местах, включая программы по правовому консультированию в случаях дискриминации при приеме на работу или на рабочем месте.
- Публиковать правила в отношении раскрытия ВИЧ-статуса и конфиденциальности для претендентов на получение работы; эти правила должны быть четко обозначены на бланках заявлений о приеме на работу.
- Сотрудничать с работодателями и профсоюзами, чтобы они знали права сотрудников, и проводить мониторинг для выявления случаев дискриминации.
- Разработать и внедрять стратегии в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, с особым вниманием к деятельности в области образования, профилактики и коммуникаций.

### **Подведем итоги**

Как свидетельствуют данные исследований и истории респондентов, представленные на предыдущих страницах доклада, ВИЧ является главной проблемой в повседневной жизни многих сотен тысяч, если не миллионов людей в странах Восточной Европы и СНГ. Ежегодно в регионе сотни тысяч людей становятся ВИЧ-положительными, и не существует единого набора характеристик, позволяющего без особых трудностей составить портрет человека, живущего с ВИЧ. Среди ЛЖВ, встречаются люди любых профессий и слоев общества, представляющие полный социально-демографический спектр и разнообразие региона. Все они очень разные, но есть одна черта, которая их всех объединяет – это необходимость повседневной борьбы не только с физическими, но и социальными последствиями заболевания, связанными со стигмой, дискриминацией и изоляцией.

*Более активная приверженность принципам социальной интеграции в странах региона будет не только способствовать общественного благу, но и обеспечит условия для выработки наиболее эффективного регионального ответа на эпидемию*

В то же время «жизнь с ВИЧ» можно использовать для описания стран региона через призму поиска ими эффективных мер в ответ на проблему, для решения которой потребуются не годы, а десятилетия или даже целые поколения. В регионе больше не осталось надежд на то, что удастся полностью избежать эпидемии. Сегодня усилия уже направляются на сокращение долгосрочных последствий воздействия СПИДа и адаптацию здравоохранения, соцобеспечения и других систем к потребностям растущего числа людей, живущих с ВИЧ, и групп населения повышенного риска.

За 25 лет глобального опыта реагирования на СПИД мы поняли, что можно существенно улучшить жизнь людей, живущих с ВИЧ, чтобы они могли преодолеть личные проблемы и вести здоровую, продуктивную и долгую жизнь, и в то же время разрабатывать в рамках системы общественного здравоохранения эффективные меры в ответ на эпидемию и сокращать ее распространение. Рекомендуемые на предыдущих страницах меры, направленные на расширение прав и повышение уровня жизни отдельных людей, могут и должны осуществляться одновременно с мерами по защите здоровья; эти цели не несовместимые, а взаимно дополняющие и усиливающие друг друга. Более активная приверженность принципам социальной интеграции может привести к созданию общественного блага по укреплению совокупного человеческого капитала, а также условий для наиболее эффективных мер в ответ на ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ. И, наконец то, что хорошо для людей, живущих с ВИЧ, и для групп населения, подверженных повышенному риску, хорошо и для общества в целом.



# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение I: Права человека, имеющие наибольшую актуальность для людей, живущих с ВИЧ

Положения международных договоров о правах человека служат важной опорой для эффективного реагирования на эпидемию ВИЧ.

*Право на наивысший достижимый уровень здоровья.* Обеспечение доступа к высококачественным медицинским услугам и основным лекарственным средствам на недискриминационной основе, а также гуманное отношение со стороны медицинского персонала является неотъемлемой частью обязательств общества перед ЛЖВ в области здравоохранения. На практике это означает, что система здравоохранения должна реагировать на специфические потребности, связанные с ВИЧ, которые возникают как у инфицированных людей, так и у населения в целом, чтобы снизить риск инфекции.

*Право на жизнь.* В Международном пакте о гражданских и политических правах (МПГПП) Организации Объединенных Наций указывается, что «каждый человек имеет право на жизнь». Люди, живущие с ВИЧ, вправе рассчитывать на то, чтобы для защиты и продления их жизни предпринимались все возможные усилия.

*Не дискриминация и равенство перед законом.* **Положения, содержащиеся в Статьях 14 и 26 МПГПП,** гарантируют равные права на защиту и свободу от дискриминации по многим признакам. Комиссия ООН по правам человека подтвердила, что под выражением «инои статус» в антидискриминационных положениях международных договоров по правам человека следует понимать и состояние здоровья, в том числе и ВИЧ-статус<sup>150</sup>.

*Права женщин.* Конвенция ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ) налагает на государства-участники обязательство устранить все аспекты дискриминации по признаку пола, существующие в законодательстве, политике и практике. Обеспечение защиты равных прав женщин и девочек является решающим элементом профилактики передачи ВИЧ и уменьшения влияние эпидемии на женщин.

*Права детей.* Конвенция ООН о правах ребенка (КПР) подтверждает, что дети обладают не только многими правами взрослых людей, но и особыми детскими правами. Дети имеют право на защиту от торговли людьми, проституции, сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений; право искать, получать и передавать информацию о ВИЧ; и право на особую защиту и помочь, если они лишены своего семейного окружения. Они также имеют право на образование, право на здоровье и право на наследование имущества. Право на особую защиту и помочь в тех случаях, когда ребенок лишен своего семейного окружения, защищает детей, если они становятся сиротами вследствие смерти родителей от СПИДа. Дети также имеют право активно участвовать в процессе собственного развития, выражать свое мнение и участвовать в разработке и осуществлении ориентированных на детей программ, связанных с тем или иным аспектом проблемы ВИЧ.

---

<sup>150</sup> Резолюции Комиссии по правам человека 1995/44 от 3 марта 1995 года и 1996/43 от 19 апреля 1996 года.

*Право вступать в брак и создавать семью.* В статье 23 МПГПП признается право на вступление в брак и создание семьи. Обязательное добрачное тестирование на ВИЧ как непременное условие для заключения брака, принудительные аборты или стерилизация женщин, живущих с ВИЧ, нарушают эти (и другие) права человека.

*Право на неприкосновенность частной жизни.* Это право, закрепленное в статье 17 МПГПП, включает обязательства уважать физическую неприкосновенность (например, обязательство получать информированное согласие на проведение тестирования на ВИЧ) и необходимость уважать конфиденциальность личной информации (например, информации о ВИЧ-статусе).

*Право на образование, свободу выражения и информацию.* Значение этих прав в контексте эпидемии ВИЧ подробно обсуждается в одном из предыдущих разделов доклада, посвященном образованию и информации.

*Свобода собраний и ассоциаций.* Организациям гражданского общества, которые занимаются правами человека и проблемами, связанными с ВИЧ, приходилось часто сталкиваться с тем, что им отказывают в праве на свободу мирных собраний и ассоциаций, предусмотренном статьей 20 Всеобщей декларации прав человека (ВДПЧ) и статьей 22 МПГПП.

*Право на труд.* Это право, закрепленное в статье 23 ВДПЧ и статьях 6 и 7 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП), включает право каждого человека на трудоустройство без каких-либо предварительных условий, за исключением необходимых профессиональных требований. Это право нарушается, когда от желающего получить должность, требуют пройти обязательное тестирование на ВИЧ и отказывают в трудоустройстве или увольняют сотрудника по причине положительного результата. Право на труд также включает в себя и право на безопасные и здоровые условия труда. Там, где существует возможность передачи ВИЧ, государства должны принять меры для минимизации соответствующих рисков, а не отказывать ЛЖВ в праве на труд.

*Право пользоваться результатами научного прогресса и их практического применения.* Это право, определенное статьей 27 ВДПЧ и статьей 15 МПЭСКП, обязывает государство обеспечить доступность лечения и участия в клинических испытаниях для маргинализированных и уязвимых групп наравне с другими группами населения. Это право приобретает особое значение, учитывая научные и фармацевтические достижения в диагностике и лечении, а также в разработке вакцины против ВИЧ и таких новых профилактических средств, как микробициды.

*Право на свободу передвижения.* Это право, определенное статьей 12 МПГПП и статьей 13 ВДПЧ, включает право каждого человека на свободный выбор местожительства в пределах государства, а также право граждан въезжать в свою собственную страну и покидать ее. Ограничение свободы передвижения или выбора местожительства для ЛЖВ, а также ограничения на поездки, являются дискриминационными и нарушают это право.

*Право на достаточный жизненный уровень и социальное обеспечение.* Из положений статьи 25 ВДПЧ и статей 9 и 11 МПЭСКП вытекает, что государства должны обеспечить реализацию вышеупомянутого права ЛЖВ на недискриминационной основе. Семьи, лица, осуществляющие уход за больными, и дети, затронутые ВИЧ, должны быть защищены от недоделания и обнищания в связи с ВИЧ-инфекцией.

*Право на участие в политической и культурной жизни.* Это право, определенное статьей 25 МПГПП и статьей 15 МПЭСКП, является очень важным для обеспечения участия лиц, наиболее затронутых ВИЧ-инфекцией, во всех видах программной деятельности, связанной с противодействием ВИЧ-инфекции.

*Право на свободу и личную неприкосновенность.* Это право, установленное статьей 9 МПГПП, означает, что право на свободу и безопасность не должно ограничиваться ВИЧ-статусом человека (например, посредством изоляции ВИЧ-положительного лица или его/ее помещения в карантин). Обязательное тестирование на ВИЧ также может являться лишением

свободы и нарушением права на личную неприкосновенность. Уважение права на физическую неприкосновенность означает, что тестирование должно быть добровольным и проводиться с информированного согласия человека.

*Свобода от жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.* Это право, определенное статьей 5 ВДПЧ и статьей 7 МПГПП, предусматривает, что государство должно обеспечивать для заключенных доступ к информации о ВИЧ, санитарному просвещению и средствам защиты (в частности, презервативам и стерильному инъекционному инструментарию), а также к возможности получить психологическую поддержку или добровольно пройти тестирование и лечение.

Все эти положения международных договоров по правам человека имеют непосредственное отношение к людям, затронутым эпидемией, – к тем, кто живет с ВИЧ и к членам их семей.

Источник: «Практическое пособие по ВИЧ-инфекции и правам человека для национальных институтов по правам человека» [Handbook on HIV and human rights for national human rights institutions], Женева, УВКПЧ/ЮНЭЙДС, 2007. Полный текст пособия доступен на сайте: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HandbookHIVNHRIs.pdf>

## Приложение 2: Список дополнительной литературы по рекомендациям, представленным в главе «Заключение»

- ЮНЭЙДС (2007) Reducing HIV Stigma and Discrimination: A critical part of National AIDS programmes. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS A resource for national stakeholders in the HIV response.
- Международная организация труда (2001). Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work. Geneva: ILO.
- Межведомственный постоянный комитет (2004). Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings. Geneva: UNFPA.
- Международный институт планирования образования ЮНЕСКО (2003). HIV/AIDS and education. A Strategic Approach. Paris: IIEP/UNESCO
- Всемирная организация здравоохранения (2005). Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Geneva: WHO.
- Программа «Горизонты» (Horizons Program) (2002). HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action. New York: The Population Council.
- ПРООН (2004). HIV and Human Development in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. Reversing the Epidemic – Factors and Policy Options. Bratislava: UNDP.
- Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС (2000). Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. WHO and UNAIDS. Geneva: WHO and UNAIDS.
- ЮНЭЙДС (2006). International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, 2006 Consolidated Version. Geneva: UNAIDS.
- ЮНЕСКО (2008). EDUCAIDS: Framework for action. New York: UNESCO.
- ЮНЭЙДС (2008). Progress on implementing the Dublin Declaration: on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Geneva: UNAIDS.
- ООН (2001). General Assembly Special Session Declaration of Commitment. New York: UN.
- ЮНЭЙДС (2008). UNAIDS Policy Brief on the Criminalization of HIV Transmission. Geneva: UNAIDS.
- Межпарламентский союз /ЮНЭЙДС/ПРООН (2007). Taking action against HIV: A handbook for Parliamentarians. Geneva: IPU/UNAIDS/UNDP.

# Приложение 3: ВИЧ/СПИД и права человека. Международные руководящие принципы

## Общая информация о документе и краткое содержание

1. В настоящем документе сведены воедино руководящие принципы, которые были приняты на Второй международной консультации по ВИЧ/СПИДу и правам человека, проходившей в Женеве с 23 по 25 сентября 1996 года, и пересмотренный руководящий принцип №6 о доступе к профилактике, лечению, уходу и поддержке, принятый на Третьей международной консультации по ВИЧ/СПИДу и правам человека в Женеве почти шесть лет спустя (25 -26 июля 2002 года). Цель настоящих принципов состоит в том, чтобы оказать государствам помочь в выработке методов действенного ответа на эпидемию ВИЧ/СПИД, которые бы позволили эффективно ограничить распространение и влияние ВИЧ/СПИД на фоне неукоснительного соблюдения основных прав и свобод человека.
2. Вопрос о разработке таких принципов впервые рассматривался в 1989 году на Международной консультации по СПИДу и правам человека, совместно организованной существовавшим в то время Центром ООН по правам человека и Всемирной организацией здравоохранения<sup>151</sup>. На потребность в таких принципах неоднократно указывала Комиссия ООН по правам человека и ее Подкомиссия по предупреждению дискриминации и защите меньшинств. Международное сообщество все глубже осознавало необходимость более тщательно обдумать и уточнить порядок применения существующих принципов прав человека в контексте эпидемии ВИЧ и представить государствам рекомендации, пояснив на конкретных примерах, какие меры им следует принимать для защиты прав человека и охраны здоровья населения в контексте ВИЧ/СПИДа.
3. Цель настоящих принципов заключается в том, чтобы в контексте ВИЧ/СПИДа международные нормы в области прав человека соблюдались на практике. Исходя из этого, руководящие принципы состоят из трех частей: в первой описываются конкретные меры, которые надлежит осуществлять правительствам в области законодательства, а также административной политики и практики для защиты прав человека и решения задач, стоящих перед здравоохранением в связи с ВИЧ/СПИДом; во второй – приводятся рекомендации относительно распространения и осуществления директив; а в третьей части, посвященной связи между обязательствами государств по международным договорам в области прав человека и подходами к решению проблемы ВИЧ, описываются принципы прав человека, которые должны лежать в основе эффективного ответа на эпидемию.
4. При разработке руководящих принципов ООН исходила из того, что государства в противодействии эпидемии ВИЧ/СПИДа опираются на различные экономические, социальные и культурные ценности, традиции и практику, и это многообразие следует считать весьма ценным ресурсом, способствующим успешному поиску путей ответа на вызовы СПИДа. Чтобы в полной мере использовать этот ресурс, в процессе подготовки проекта принципов проводились широкие консультации с партнерами и представителями общественности, позволяющие отразить в документе опыт людей, затронутых эпидемией, а также наиболее актуальные нужды и региональные особенности. Кроме того, в принципах подтверждается возможность и необходимость разработки разнообразных подходов, опирающихся на общепризнанные международные нормы в области прав человека.

<sup>151</sup> Доклад Международной консультации по СПИДу и правам человека [Report of an International Consultation on AIDS and Human Rights], Женева, с 26 по 28 июля 1989 года (HR/PUB/90/2).

5. Руководство предназначено преимущественно для ответственных представителей законодательной и исполнительной власти, включая тех, кто занимается национальными программами по СПИДу, а также заинтересованные ведомства: в частности, министерства здравоохранения, иностранных дел, юстиции, внутренних дел, труда и занятости, социального обеспечения и образования. Кроме того, принципы адресованы межправительственным и неправительственным организациям (МПО и НПО), национальным сетям ЛЖВ, местным общественным объединениям, национальным сетям по этическим и правовым вопросам, правам человека и проблемам ВИЧ, а также организациям по оказанию услуг больным СПИДом. Максимально возможное расширение круга пользователей будет способствовать повышению действенности руководящих принципов и их воплощению в жизнь.

6. В принципах затрагивается целый ряд трудных и многоплановых вопросов, которые могут иметь разную степень актуальности применительно к ситуации в каждой отдельно взятой стране. Поэтому очень важно, чтобы принципы были правильно восприняты ответственными организациями на национальном и местном уровне и проанализированы в процессе диалога с широким кругом лиц, которых самым непосредственным образом затрагивают вопросы, рассматриваемые в директивах. Такой «консультативный» процесс позволит правительствам и сообществам оценить степень актуальности тех или иных рекомендаций для их стран, выделить приоритетные вопросы и разработать эффективные способы реализации директив в своих конкретных условиях.

7. При реализации принципов следует иметь в виду, что развитие международного сотрудничества при решении экономических, социальных, культурных и гуманитарных проблем, а также продвижение и поощрение прав человека и основных свобод, является одной из главных целей Организации Объединенных Наций. В этом смысле международное сотрудничество, включая финансовую и техническую поддержку, считается одной из обязанностей государств в решении проблемы ВИЧ/СПИДа. Поэтому ООН призывает промышленно развитые страны действовать в духе солидарности и оказывать помощь развивающимся странам в решении задач по выполнению настоящих директив.

8. Эпидемия ВИЧ продолжает распространяться по всему миру тревожно быстрыми темпами. В результате, повсюду в мире отмечается, что все более широкое распространение получают нарушения прав и ущемление основных свобод человека в связи с ВИЧ/СПИД. Изучив эту ситуацию, эксперты, принимавшие участие во второй Международной консультации по ВИЧ/СПИДу и правам человека, пришли к следующим выводам:

(а) Защита прав человека имеет существенно важное значение для обеспечения уважения человеческого достоинства в контексте проблемы ВИЧ/СПИД, а также эффективного ответа на эпидемию, основанного на соблюдении принципов прав человека. Эффективное реагирование требует осуществления всех прав человека – гражданских и политических, экономических, социальных и культурных – и основных свобод всех людей в соответствии с существующими международными нормами в области прав человека;

(б) Интересы общественного здравоохранения не вступают в конфликт с правами человека. Напротив, общепризнано, что, когда права человека защищены, меньшее число людей заражается ВИЧ, а ЛЖВ и их семьи успешнее справляются с трудностями, вызванными ВИЧ/СПИДом;

(в) Основанное на уважении прав человека эффективное реагирование на эпидемию ВИЧ/СПИДа предполагает возложение соответствующих институциональных обязанностей на правительство, осуществление правовой реформы, организацию служб поддержки, а также терпимой и благожелательной атмосферы для уязвимых групп населения и ЛЖВ.

(г) В контексте ВИЧ/СПИДа международные нормы в области прав человека и практические цели общественного здравоохранения требуют, чтобы государство рассматривало возможность принятия мер, которые могут вызвать противоречивую реакцию в обществе. Особенно, это касается положения женщин и детей, работников секс-бизнеса, потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Тем не

менее, все государства несут ответственность за определение наиболее эффективных путей выполнения ими своих обязательств в области прав человека и охраны здоровья населения с учетом своего политического, культурного и религиозного контекста.

(д) Хотя основная ответственность за осуществление программ, направленных на защиту прав человека и охрану здоровья людей лежит на государстве, специализированные учреждения и программы ООН, региональные межправительственные организации и НПО, в том числе национальные сети ЛЖВ, также играют критически важную роль в решении этих задач.

9. Государство может предпринять множество мер, направленных на защиту прав человека в контексте ВИЧ-инфекции и достижение намеченных целей в сфере здравоохранения. Ниже кратко излагаются 12 руководящих принципов, разработанных в ходе вышеупомянутых международных консультаций, в целях оказания помощи национальным правительствам по организации эффективного противодействия эпидемии с учетом принципов прав человека.

**РУКОВОДЯЩИЙ ПРИНЦИП 1:** Государствам следует создать эффективную национальную базу, обеспечивающую скоординированный, предполагающий широкое участие, прозрачный и ответственный подход к проблеме ВИЧ/СПИДа, объединяющий политику и программы реагирования на ВИЧ/СПИД на всех правительственный уровнях.

**РУКОВОДЯЩИЙ ПРИНЦИП 2:** Государствам следует обеспечить посредством политической и финансовой поддержки проведение консультаций на уровне общин на всех стадиях выработки политики, выполнения и оценки результативности программ в области ВИЧ/СПИДа, а также создание возможностей для того, чтобы общинные организации могли эффективно осуществлять свою деятельность, в том числе в области этики, права и прав человека.

**РУКОВОДЯЩИЙ ПРИНЦИП 3:** Государствам следует пересмотреть и реформировать законодательство в области здравоохранения, чтобы оно позволяло адекватно решать вопросы охраны здоровья населения, возникающие в связи с ВИЧ/СПИДом, чтобы его положения, применимые к случайно передаваемым болезням, не применялись неправильным образом к ВИЧ/СПИДу и чтобы оно соответствовало международным обязательствам в области прав человека.

**РУКОВОДЯЩИЙ ПРИНЦИП 4:** Государствам следует пересмотреть и реформировать их уголовное законодательство и исправительные системы, с тем чтобы они соответствовали международным обязательствам в области прав человека, не использовались недобросовестно в контексте ВИЧ/СПИДа и не были направлены против уязвимых групп населения.

**РУКОВОДЯЩИЙ ПРИНЦИП 5:** Государствам следует принять или усилить антидискриминационные и другие охранительные законы, которые защищали бы от дискриминации в государственном и частном секторах уязвимые группы, людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и инвалидов; обеспечили бы неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность и соблюдение этических норм при проведении исследований на человеке; делали бы акцент на воспитании и примирении и предусматривали бы быстрое и эффективное применение административных и гражданско-правовых средств защиты.

**РУКОВОДЯЩИЙ ПРИНЦИП 6:** Государствам следует принять законодательство с целью регулирования вопросов, связанными с товарами, услугами и информацией в области ВИЧ, имея в виду обеспечение широкой доступности качественных профилактических мер и услуг, надлежащее информирование о лечебно-профилактических аспектах ВИЧ, а также его безопасное и эффективное лечение по доступным ценам.

Государствам также следует принять меры, необходимые для того, чтобы обеспечить наличие и доступность для всех людей, на устойчивой и равноправной основе, качественных товаров, услуг и информации для профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ/СПИД-

*Де, включая антиретровирусные и другие безопасные и эффективные лекарства, средства диагностики и сопутствующие технологии, используемые для профилактического, лечебного и паллиативного ухода при ВИЧ/СПИДе и сопутствующих оппортунистических инфекциях и состояниях.*

*Государствам следует принять такие меры как на государственном, так и на международном уровне, уделяя особое внимание уязвимым лицам и группам населения.*

**РУКОВОДЯЩИЙ ПРИНЦИП 7:** Государствам следует создать и поддерживать службы правовой поддержки, которые будут информировать лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом об их правах, оказывать бесплатные юридические услуги с целью обеспечения соблюдения этих прав, накапливать опыт работы по правовым аспектам проблем, связанных с ВИЧ, и использовать в дополнение к судам такие правозащитные структуры, как службы министерства юстиции, омбудсмены, отделы по рассмотрению жалоб на медицинские органы и комиссии по правам человека.

**РУКОВОДЯЩИЙ ПРИНЦИП 8:** Государствам следует в сотрудничестве с населением и через его посредство способствовать созданию благоприятной и стимулирующей среды для женщин, детей и прочих уязвимых групп, устранивая порождающие эту уязвимость предрасудки и неравенство путем диалога с населением, создания специальных социальных служб и служб здравоохранения, а также поддержки групп населения.

**РУКОВОДЯЩИЙ ПРИНЦИП 9:** Государствам следует способствовать широкому и непрерывному распространению творческих воспитательных, учебных и информационных программ, специально предназначенных для того, чтобы дискриминация и острая критика, ассоциируемые с ВИЧ/СПИДом, сменились пониманием и состраданием.

**РУКОВОДЯЩИЙ ПРИНЦИП 10:** Государствам следует обеспечить разработку правительственные органами и частным сектором кодексов поведения по вопросам ВИЧ/СПИДа, воплощающих принципы прав человека в кодексы профессиональных обязанностей и практики, которые дополнялись бы механизмами обеспечения их соблюдения.

**РУКОВОДЯЩИЙ ПРИНЦИП 11:** Государствам следует создать контрольные и правоприменительные механизмы для гарантирования защиты прав человека, связанных с ВИЧ, включая права лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом, их семей и общин.

**РУКОВОДЯЩИЙ ПРИНЦИП 12:** Государствам следует сотрудничать со всеми соответствующими программами и учреждениями Организации Объединенных Наций, в том числе с ЮНЭЙДС, в обмене знаниями и опытом по проблематике защиты прав человека, связанных с ВИЧ, а также создавать эффективные механизмы защиты прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа на международном уровне.

## Приложение 4: Развитие потенциала в контексте ВИЧ

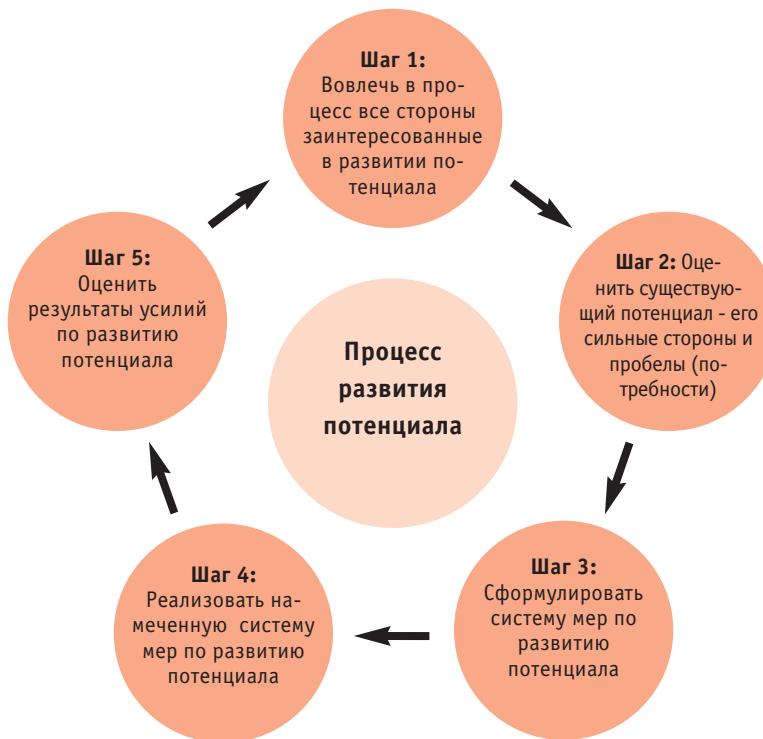
Развитие потенциала является необходимым условием достижения Целей развития тысячелетия (ЦРТ). В то время как финансовые ресурсы играют важнейшую роль, сами по себе они не в состоянии обеспечить устойчивые позитивные изменения в жизни людей. Для усиления возможностей страны в области планирования, осуществления и оценки стратегий и программ развития требуются соответствующее законодательство, методики и процедуры, эффективно работающие организации, а также и образованные и опытные сотрудники.

Развитие потенциала позволяет укрепить эту базу. ПРООН определяет развитие потенциала как «процесс, в котором индивиды, организации и общества приобретают, укрепляют и поддерживают способность устанавливать собственные цели развития и со временем достигать их». Вопрос, «как» сделать работу по развитию более эффективной, находится в центре внимания ПРООН, что нашло свое отражение в ее Стратегическом плане на 2008-2011 годы. Уделяя особое внимание вопросу развития национального потенциала, ПРООН, тем самым, отвечает на растущие потребности различных стран мира. В результате растет число национальных и местных программ развития и все более активно используется Рамочный механизм ООН по оказанию содействия развитию (UNDAF), способствующий повышению эффективности деятельности на страновом уровне. В Трехгодичном всеобъемлющем обзоре политики ООН 2007 года также звучит настойчивый призыв к странам-членам ООН усиливать развитие потенциала на национальном уровне. Этот обзор признаёт, что «развитие национального потенциала и активное участие стран в разработке стратегий своего национального развития играют важнейшую роль в достижении международно согласованных целей развития» и содержит «призывы в адрес системы развития ООН поддерживать дальнейшие усилия по наращиванию потенциала развивающихся стран по их запросу для более эффективной координации и оценки влияния внешней помощи, оказываемой в соответствии с национальными планами и приоритетами развития». В дополнение, Парижская декларация и Аккрская программа действий, принятые на международных форумах высокого уровня по вопросам эффективности помощи, также подчеркивают, что «без прочного потенциала – устойчивых институтов, систем и местных специалистов – развивающиеся страны не смогут полноценно участвовать в процессе своего развития и управлять им».

Для развития потенциала необходимо изменить традиционный подход к оказанию помощи в целях развития, прежде всего переориентируя ее на достижение более масштабного и долгосрочного влияния на развитие. Такая перестройка обусловлена признанием того факта, что традиционная техническая помощь не принимает во внимание и даже нередко негативно склоняется на росте, поддержании и эффективном использовании национального потенциала, в результате чего возникает еще большая зависимость от внешней помощи, иностранных специалистов и принимаемых извне решений для продвижения национальных программ развития. Развитие потенциала, прежде всего, служит практической основой для осуществления принципа национального соучастия и отхода от иностранной экспертной помощи, так же как и от решений, определяемых донорами и внешними обстоятельствами. В отличие от подхода, направленного прежде всего на достижение быстрого результата, наращивание потенциала работает на укрепление внутренних ресурсов каждой страны. Эта концепция нацелена на среднес- и долгосрочные результаты, хотя она также признает важность «быстрых побед», которые позволяют не упустить инициативу и на должном уровне поддерживать заинтересованность всех участников процесса в продолжении работы. Развитие потенциала в большей степени делает упор на создании благоприятной окружающей среды и факторах, определяющих уровень потенциала в тех или иных организациях. В частности, среди этих факторов, влияющих на потенциал в лучшую или худшую сторону, можно упомянуть нормативно-правовую базу, тенденции на рынке труда, господствующие методы управления, культурные и прочие местные особенности. Этот подход также учитывает взаимосвязи между системным, организационным и индивидуальным уровнями потенциала, акцентируя внимание не только на компетентности отдельных лиц, а также и выходя за рамки проведения учебных курсов и тренингов.

На рисунке А4.1. схематически представлен принятый в ПРООН подход к процессу развития потенциала.

**Рисунок А4.1. Процесс развития потенциала, используемый ПРООН**



### Поддержка развития потенциала для содействия эффективному противодействию СПИДу на национальном уровне

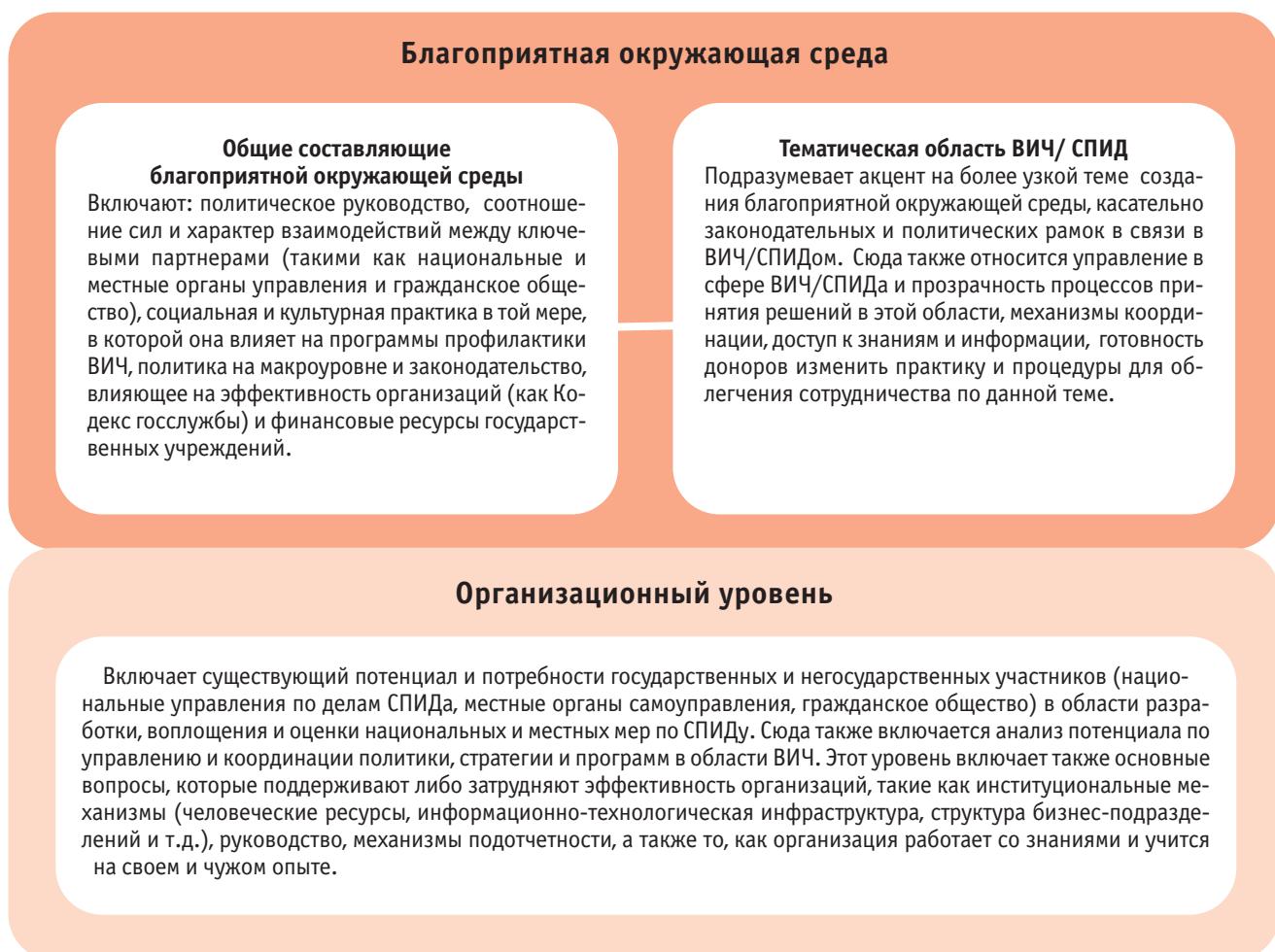
ПРООН признает, что противодействие ВИЧ способствует достижению Целей развития тысячелетия, и особенно уменьшению бедности, достижению всеобщего начального образования, продвижению гендерного равенства, снижению детской смертности, укреплению охраны материнства и борьбе с туберкулезом. В качестве одного из 10 ко-спонсоров ЮНЭЙДС, ПРООН поддерживает усилия в противодействии эпидемии в соответствии с определенным ЮНЭЙДС разделением обязанностей в сфере ВИЧ/СПИДа и организационными мандатами организаций ООН.

В частности, ПРООН является ведущей организацией, которая отвечает за интеграцию проблематики ВИЧ/СПИД в процесс программного планирования в сфере развития и внедрения этой тематики во все направления ее деятельности. Кроме того, ПРООН занимается совершенствованием системы управления в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу, вопросами законодательства, прав человека и гендерными вопросами, в том числе сексуальными меньшинствами. ПРООН также принимает участие в партнерствах в области здравоохранения и развития путем сотрудничества с Глобальным фондом борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и другими программами в области здравоохранения.

В соответствии с такой системой разделения труда, поддержка, оказываемая ПРООН в сфере противодействия СПИДу, как отмечено в стратегическом плане ПРООН на 2008-2011 годы, делает упор на 4 ключевых направлениях:

- Планирование в сфере развития и включение проблематики ВИЧ/СПИДа в программную деятельность: интеграция мер по противодействию СПИДу в программы по борьбе с бедностью, национальные планы развития и макроэкономические процессы.
- Совершенствование системы управления в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу: укрепление национального потенциала инклюзивного управления и координация ответных мер на эпидемию СПИДа, усиление роли гражданского общества и людей, живущих с ВИЧ, в разработке, воплощении и оценке программ по СПИДу.
- Законодательство, права человека и гендерное равенство: обеспечение прав лиц, защищенных СПИДом, и представителей сексуальных меньшинств, решение проблем, связанных с гендерно-специфической уязвимостью к ВИЧ, и оказание помощи странам в поиске возможностей для использования гибкого толкования международных норм в сфере прав интеллектуальной собственности (в частности, TRIPS – Соглашение по торговым аспектам прав на интеллектуальную собственность) для улучшения доступа к медикаментам от СПИДа.
- Партнерства в области здравоохранения и развития: укрепление национального потенциала по освоению выделяемых средств и реализации программ, финансируемых в рамках многосторонних инициатив и партнерств в области здравоохранения, в том числе через Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

**Рисунок А4.2. Процесс развития потенциала, адаптированный ПРООН для контекста ВИЧ**



## Точки отсчета

ПРООН учитывает, что потенциал существует на разных уровнях (благоприятная общественная среда, организационный и индивидуальный уровень), каждый из которых может служить начальной точкой отсчета для оценки потенциала. Механизм оценки потенциала был специально разработан ПРООН с тем, чтобы оценить сильные и слабые стороны потенциала, имеющегося на первых двух уровнях (общественная среда и организации). В контексте ВИЧ этот механизм может быть соответствующим образом адаптирован для анализа той или иной тематической проблематики в контексте ВИЧ/СПИДа.

## Приложение 5: Методология исследования

Руководствуясь мандатом ПРООН о концентрации внимания на последствиях ВИЧ для развития, в рамках настоящего исследования изучались общие модели стигмы и конкретные задачи по оценке услуг систем здравоохранения, образования и занятости для людей, живущих с ВИЧ, в отдельных странах и городах региона. Исследование проводилось в период с марта по август 2007 года. Хотя полученные результаты не в состоянии всесторонне отразить ситуацию в регионе в целом, с их помощью предпринимается попытка пролить свет на явления и тенденции, которые могут быть характерны для людей, живущих с ВИЧ, в странах Восточной Европы и Содружества Независимых Государств.

Настоящее исследование под общим научным руководством Дона Операрио из Оксфордского университета проводилось шестью национальными группами исследователей. В каждой стране в состав группы входили исследователи из университетов или местных общественных объединений, сотрудничавшие с местным НПО, занимающейся проблемами ВИЧ. Сотрудники местных и региональных отделений ПРООН и международные эксперты в области ВИЧ-исследований оказывали поддержку национальным группам. Для соблюдения единой методологии каждая из них прошла интенсивный тренинг, на котором изучались цели и задачи исследования, порядок привлечения участников, протоколы сбора данных, анализ данных и этика исследования. В каждой стране протоколы исследования прошли проверку и утверждение в местных комиссиях по этике. Решение о работе с национальными исследовательскими организациями принималось, исходя из того соображения, что их опыт поможет сделать доклад более содержательным. Кроме того, такой подход способствует усилению потенциала национальных организаций и повышению их заинтересованности в проекте.

Проект исследования включал пять этапов:

1. Всесторонний обзор литературы, посвященной эпидемии ВИЧ/СПИДа в каждой из стран, и мерам, предпринимаемым национальной системой здравоохранения в связи с ВИЧ;
2. Определение в стране конкретных областей, имеющих высокие показатели распространенности ВИЧ, с целью разработки целевых планов привлечения участников (составление «карты» сообщества);
3. Подробные качественные интервью с людьми, живущими с ВИЧ (с целью представить а) группы населения высокого риска; б) группы населения повышенного риска; в) местные социально-демографические группы);
4. Дискуссии в фокус-группах с представителями секторов здравоохранения, образования, труда и занятости (государственные служащие, поставщики медицинских услуг (врачи, медсестры и психологи), социальные работники, работодатели, коллеги по работе, преподаватели, родители, одноклассники, полицейские и другие); и
5. Обсуждения за круглым столом для представления результатов исследования заинтересованным лицам.

На национальном уровне этапы исследования изменялись с учетом контекста и особенностей каждой страны.

Исследование проводилось в Эстонии, Грузии, России, Турции, Украине и Узбекистане. Эти страны были выбраны для того, чтобы представить широкий спектр различных эпидемиологических ситуаций, существующих в регионе Восточной Европы и Содружества Независимых Государств:

**Таблица А5.1. Характеристики отдельных участников**

	Эс- то- ния	Гру- зия	Россия				Турция	Украи- на	Узбеки- стан	Всего
			Москва	Пенза	Челя- бинск	Иркутск				
<b>Пол</b>										
Мужской	8	14	8	8	7	8	9	18	11	91
Женский	9	7	10	10	11	10	7	17	10	91
<b>Возраст</b>										
До 25	7	5	13	7	10	7	1	7	0	57
26-40	10	12	4	9	8	11	14	22	16	106
40-50	0	4	1	2	0	0	1	6	5	19
<b>Целевая группа</b>										
ПИН	11	11	6	4	6	9	0	11	16	74
Работники секс-бизнеса	3	2	4	0	1	4	2	3	4	23
MCM	2	2	5	0	0	5	3	2	1	20
Прочие	1	6	3	14	11	0	10	19	3	67
<b>Занятость</b>										
Работающие	11	4	18	14	2	8	11	16	9	93
Безработные	4	17	0	1	16	1	4	19	10	72
Прочие	2	0	0	3	0	9	1	0	2	17
<b>Образование</b>										
Выше среднего	0	11	5	2	а	5	8	4	2	37
Среднее	3	10	6	12	а	7	2	27	17	84
Ниже среднего	14	0	0	0	а	0	6	4	2	26
<b>APB лечение</b>										
Получают	2	16	а	2	6	4	11	7	6	54
Не получают	15	5	а	16	12	14	5	28	15	110
<b>Семейное положение</b>										
Одинокие	16	6	7	8	3	5	10	16	16	87
Разведенные	0	2	3	4	0	1	3	8	0	21
Состоящие в браке	1	13	4	6	8	3	3	11	5	54
<b>Местность проживания</b>										
Городские жи- тели	13	11	14	18	18	18	13	27	21	153
Сельские жите- ли	4	10	а	0	0	0	3	8	0	25
<b>Общее число подобных интервью</b>	17	21	18	18	18	18	16	35	21	182

Примечание: В некоторых колонках сумма не равна 100 % из-за отсутствия данных.  
а – данные не получены.

самые высокие в регионе показатели распространенности ВИЧ (Россия, Украина, Эстония); возникновение концентрированных эпидемий (Грузия, Узбекистан) и умеренная распространность инфекции (Турция).

Помимо различий в эпидемиологических ситуациях, эти страны также различаются в геополитическом плане – исследование включало членов СНГ, страны, недавно вступившие в Европейский Союз, и страну-кандидата на членство в ЕС. Кроме того, следует отметить и ряд других факторов, определяющих контекст, в котором развивается эпидемия, таких как недавняя политическая нестабильность (в Грузии, Турции и Украине в период проведения исследования происходили политические волнения) и религия (в Турции и Узбекистане большинство населения – мусульмане, в то время как в других четырех странах население, в основном, исповедует христианство). Все страны, за исключением Турции, входили в состав Советского Союза.

Характеристики отдельных участников, живущих с ВИЧ, представлены в таблице А5.1. Хотя эти описательные данные не являются в полной мере репрезентативными для мест проведения исследования, многообразие выборки заслуживает внимания. Многие участники не относили себя к группам населения повышенного риска, таким как потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами (МСМ) или работники секс-бизнеса.

## Приложение 6: Список партнеров из НПО и социологических институтов, участвовавших в исследовании

Риина Раудне	Национальный институт развития здравоохранения	Эстония
Катри Абель	Национальный институт развития здравоохранения	Эстония
Кетеван Меликадзе	Консультант, Центр стратегических исследований	Грузия
Натела Сахокия	Директор, Центр стратегических исследований	Грузия
Изолета Бодокия	Директор, НПО Фонд помощи больным СПИДом	Грузия
Нино Чичинадзе	Центр стратегических исследований	Грузия
Айтул Касапоглу	Социологическая ассоциация	Турция
Элиф Кус	Социологическая ассоциация	Турция
Фериал Туран	Социологическая ассоциация	Турция
Нилай Кабук	Социологическая ассоциация	Турция
Арзу Кайки	Координатор проекта, ассоциация «Позитивная жизнь»	Турция
Сигдем Симsek	Ассоциация «Позитивная жизнь»	Турция
Елена Пахомова	Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ)	Россия
Николай Попов	Начальник международного отдела, Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ)	Россия
Сергей Смирнов	Директор, НПО «Сообщество ЛЖВ»	Россия
Анастасия Макряшина	НПО «Сообщество ЛЖВ»	Россия
София Круглякова	Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ)	Россия
Дмитрий Поликанов	Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ)	Россия
Наталья Харченко	Исполнительный директор, Киевский международный институт социологии	Украина
Ольга Жмурко	Киевский международный институт социологии	Украина
Виктория Захожа	Заведующая отделом, Киевский международный институт социологии	Украина
Елена Девис	Руководитель проекта, Коалиция ВИЧ-сервисных организаций Украины	Украина
Ирина Пинчук	Директор, Государственная социальная служба по делам семьи, детей и молодежи	Украина
Алексей Полкованов	Заместитель директора общественного исследовательского агентства ITA FACT	Узбекистан
Тимур Абдуллаев	Председатель НПО «Ишонч ва Хаёт»	Узбекистан
Шухрат Абдуллаев	Директор общественного исследовательского агентства ITA FACT	Узбекистан
Сергей Петаев	НПО «Ишонч ва Хаёт»	Узбекистан

## Приложение 7: Библиография

- Aceijas, C. et al, 'Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries one year before the end of the 'Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy' ('3 by 5') in *Addiction* 101(9):1246 (2006).
- Amnesty International, 'Estonia: Linguistic Minorities in Estonia: Discrimination must end', Amnesty International, 2006, EUR 51/002/2006.
- Asian Development Bank, Promoting rural women's entrepreneurship in transition economies, ADB Technical Assistance Report, December 2007.
- Balabanova, Y. et al., 'Stigma and HIV infection in Russia' in *AIDS Care*, 18(7):846 (2006).
- Barrett, D, 'Recalibrating the regime: The need for a human-rights based approach to international drug policy', The Beckley Foundation Drug Policy Program, 2008, Report No. 13.
- Bernays, S, T. Rhodes, A. Prodanovic, 'HIV treatment access, delivery and uncertainty: A qualitative study in Serbia and Montenegro,' UNDP: Belgrade, 2007.
- Bird, S. M. A. Brown, 'Criminalisation of HIV Transmission' in *British Medical Journal*, 323:1174-1177 (2001).
- Bobrik, A, K. Danishevski, K. Eroshina, M. McKee, 'Prison health in Russia: the larger pictures' in *Journal of Public Health Policy*, 26, 30-59 (2005).
- Bobrova, N. et al., 'Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities', *Drug and Alcohol Dependence*, 82:S57 (2006).
- Brown, H, 'Russia's blossoming civil society holds the key to HIV' in *Lancet*, 368:437 (2006).
- Buve, A, S. Kalibala, J. McIntyre, 'Stronger health systems for more effective prevention and care' in *International Journal of Health Planning and Management*, 18, S41-S51 (2003).
- Caceres, C. et al, 'Review of legal frameworks and the situation of human rights related to sexual diversity in low and middle income countries', study commissioned by UNAIDS, April 2008.
- Canadian HIV/AIDS Legal Network, 'Needle and syringe programs and bleach in prisons: Reviewing the evidence', Canadian HIV/AIDS Legal Network: Toronto, 2008.
- Casarett, D. J, J. D. Lantos, 'Have We Treated AIDS Too Well? Rationing and the Future of AIDS Exceptionalism' in *Annals of Internal Medicine*, 128, 756-759 (1998).
- Central and Eastern European Harm Reduction Network, 'Sex work, HIV/AIDS, and human rights in Central and Eastern Europe and Central Asia', CEEHRN: Vilnius, 2005.
- Chopra, M, N. Ford, 'Scaling up health promotion interventions in the era of HIV/AIDS: challenges for a rights based approach' in *Health Promotion International*, 20, 383-90 (2005).
- Coombe, C, The HIV Challenge to Education: A Collection of Essays, IIEP/UNESCO: Paris, 2004.
- Cooper, E. R. et al, 'Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission,' in *J Acquir Immune Defic Syndr*, 29, 484-94 (2002).

Council of Europe, 'Memorandum to the Estonia Government: Assessment of the progress made in implementing the 2004 recommendations of the Commissioner for Human Rights of the Council of Europe', Strasbourg, Council of Europe, 11 July 2007, CommDH(2007)12.

Council of Europe, 'Report by the Commissioner for Human Rights, Mr. Thomas Hammarberg, on his visit to Ukraine, 10-17 December 2006', Strasbourg, Council of Europe, 26 September 2007, CommDH(2007)15.

De Cock, K. A. M. Johnson, 'From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing' in BMJ; 316:290-293 (1998).

Downes, P, 'Intravenous drug use and HIV in Estonia: socio-economic integration and development of indicators regarding the right to health of its Russian-speaking population', Liverpool Law Review, 28:271(2007).

Drobniewski, F. A. et al, 'Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners,' in Eur Respir J, 26(2): 298-304 (2005).

Dzenovska, Dace, Nadia Rasheed and Bjwrg Sandkjør, 'HIV/AIDS and Human Development,' Thematic Guidance Note, UNDP, April 2005.

EuroHIV 2007, Eastern Europe and Central Asia, AIDS Epidemic update, Regional Summary, UNAIDS/WHO, 2007.

EuroHIV, 'HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2006,' Institut de veille sanitaire: Saint-Maurice, 2007. No. 75.

EuroHIV, 'HIV/AIDS Surveillance in Europe: Mid-year report 2006,' French Institute for Public Health Surveillance: Saint-Maurice, 2007. No. 74.

EuroHIV, 'HIV/AIDS Surveillance in Europe: Mid-year report 2007,' Institut de veille sanitaire: Saint-Maurice, 2007. No. 76.

FPH/SIDA/Counselling Against Family Violence, Living in Violence, March 2008.

GNP+ Europe/Terrence Higgins Trust, Criminalisation of HIV Transmission in Europe, 2005.

Gowing, L, M. Farrell, R. Bornemann, L. Sullivan, R. Ali, 'Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection' in Cochrane Database of Systematic Reviews, Apr 16;(2):CD004145 (2008).

Green, M., T. Swartz, E. Mayshar, B. Lev, A. Leventhal, P. Slater, J. Shemer, 'When is an Epidemic an Epidemic?' in Israel Medical Association Journal, 4, 3-6 (2002).

Hsu, L-N, Outcome evaluation of HIV programme of UNDP Tajikistan, 14 January 2007.

Human Rights Watch, "Life doesn't wait": Romania's failure to protect and support children and youth living with HIV', New York, August 2006, Vol. 18, No. 6(D).

Human Rights Watch, 'Positively abandoned: Stigma and discrimination against HIV-positive mothers and their children in Russia', New York, Human Rights Watch, June 2005, Vol. 17, No. 4(D).

Human Rights Watch, 'Rhetoric and risk: Human rights abuses impeding Ukraine's fight against HIV/AIDS', New York, Human Rights Watch, March 2006, Vol. 18, No. 2(D).

IAS Policy Regarding the Right to Travel of People Living with HIV, December 2007.

ILO/GTZ, 'The Socio-economic Impact of the HIV/AIDS Epidemic in Ukraine: Prognosis, Modeling, Evaluation,' 2007.

ILO/UNAIDS, People at Work: Addressing Stigma and Discrimination, ILO/UNAIDS Meeting on AIDS and the World of Work in Latin America and the Caribbean, 2006.

Kelly, J. A., Y. A. Amirkhanian, E. Kabakchieva et al, 'Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study' in AIDS Care, 16, 231-45 (2004).

Krauss, 'Botswana and Swaziland: report links violations of women's rights to HIV' in HIV AIDS Policy and Law Review, 12, 38-9 (2007).

Lancet, 'HIV/AIDS: not one epidemic but many,' editorial in Lancet, 365, 1-2 (2004).

Laryea, M., L. Gien, 'The impact of HIV-positive diagnosis on the individual, Part 1: Stigma, rejection, and loneliness' in Clinical Nursing Research, 2, 245-63 (1993).

M. Donogho et al, 'Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the European Region 2002-2004' in International Journal of Drug Policy, 18(4):271 (2007).

Mann, J, Statement at an Informal Briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly, United Nations, New York, 1987, Vol. 20.

Mann, J. M. S. Gruskin, M. A. Grodin, G. J. Annas, Health and human rights, Routledge: New York, 1999.

Mansoor, Ali and Bryce Quilin, 'Migration and Remittances: Eastern Europe and the Former Soviet Union,' World Bank, January 2007.

Markosyan, K. A. Kocharyan, A. Potosyan, 'Meeting the challenge of injection drug use and HIV in Armenia' in Health and Human Rights, 9(1):128 (2006).

Matic, S., J. V. Jazarus, M. C. Donogho, HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management, World Health Organization, Europe: Copenhagen, 2006.

Merson, M. H., J. O'Malley, D. Serwadda, C. Apisuk, 'The history and challenge of HIV prevention,' in Lancet, 372, 475-88 (2008).

Moszynski, P, 'Human rights abuses are fuelling HIV epidemic, charities say' in BMJ, 337:a900 (2008).

O'Neal, T, Human Rights and Poverty Reduction: Realities, Controversies and Strategies, ODI, 2006.

OECD, Policy coherence for development: Migration and developing countries, Executive Summary, 2007.

Open Society Institute, 'Open Society Institute briefing on drug treatment, HIV, and the challenge of reform', OSI: New York, 2006.

Open Society Institute, International Harm Reduction Development Program, 'Harm reduction developments 2008', OSI: New York, 2008.

Open Society Institute, International Harm Reduction Development Program, Protecting the human rights of injection drug users: The impact of HIV and AIDS, OSI: New York, 2005.

Open Society Institute, Public Health Program, 'Access to health care for LGBT people in Kyrgyzstan', OSI: New York, 2007.

- Open Society Institute, Public Heath Program, 'HIV/AIDS policy in the Ukraine: A civil society perspective', OSI: New York, 2007.
- Parker, R. P. Aggleton, 'HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action' in *Social Science and Medicine*, 57 (2003).
- Piot, P. R. Greener, S. Russell, 'Squaring the circle: AIDS, poverty, and human development' in *PLOS Medicine*, 4(10): e314, 1571-1575 (2007).
- Razum O, A. Jahn, M. Bleettner, P. Reitmaier, 'Trends in maternal mortality ratio among women of German and non-German nationality in West Germany, 1980 to 1996' in *Int J Epidemiol*, 28: 919–24 (1999).
- Rechel, B. and M. McKee, 'The effects of dictatorship on health: the case of Turkmenistan' in *BMC Medicine*, 5:21 (2007).
- Rhodes, T, M. Simic, 'Transition and the HIV risk environment' in *British Medical Journal*, 331:220 (2005).
- Rhodes, T. et al, 'The social structural production of HIV risk among injection drug users' in *Social Science & Medicine*, 61:1026 (2005).
- Sarang, A. R. Stuikyte, R. Bykov, 'Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia' in *International Journal of Drug Policy*, 18:129 (2007).
- Slay, B, UNDP Bratislava Regional Centre, 'Demographic trends in CIS countries – How favourable? How irreversible?' Unpublished draft.
- UNAIDS 'AIDS Epidemic Update Regional Summary – Eastern Europe and Central Asia' March 2008, Geneva.
- UNAIDS and World Health Organization, 'Eastern Europe and Central Asia: AIDS epidemic update: Regional Summary,' UNAIDS: Geneva, 2008.
- UNAIDS Reference Group on Human Right, 'Report of the Meeting', 7th Meeting, Geneva, 12-14 February 2007.
- UNAIDS, "Three ones" key principles: Coordination of national responses to HIV/AIDS: Guiding principles for national authorities and their partners,' 2004.
- UNAIDS, '2008 Report on the Global AIDS Epidemic,' UNAIDS: Geneva, 2008.
- UNAIDS, 'AIDS in the Commonwealth of Independent States' MAP Report, 2008.
- UNAIDS, 'Annual report 2007: knowing your epidemic,' UNAIDS: Geneva, 2007.
- UNAIDS, 'From Principle to Practice: Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS (GIPA)', Geneva, UNAIDS, 1999 (UNAIDS/99.43E).
- UNAIDS, 'International guidelines on HIV/AIDS and human rights,' UNAIDS: Geneva, 2006.
- UNAIDS, 'Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report, June 2008', Geneva, WHO/UNAIDS/UNICEF, 2008.
- UNAIDS, 'Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress report,' April 2007.

UNAIDS, Draft 'Comprehensive External Evaluation of the National AIDS Response in Ukraine,' 2008.

UNAIDS, Gender guidance for national AIDS responses, UNAIDS/PCB(22)/08.3.

UNAIDS, Knowing your epidemic in gender terms, Ukraine gender and HIV assessment, UNAIDS/PCB(20)/07.11/CRP1.

UNAIDS, Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access, 2007.

UNAIDS/UNICEF/WHO, Children and AIDS. A stocktaking report, UNICEF: New York, 2007.

UNAIDS/WHO working group on global and STI surveillance, 'Guidelines for Second Generation Surveillance' (2000).

UNDP (Legal Affairs Section), 'Flexibility of treaty provisions as regards harm reduction approaches', Decision 74/10, UN Doc. E/INCB/2002/W.13/SS.5, 30 September 2002.

UNDP corporate HIV Strategy.

UNDP, 'Viewpoints of the HIV/AIDS infected in The Republic of Macedonia,' UNDP Macedonia, 2005.

UNDP, 'Evaluating the vulnerability of people living with HIV in Ukraine,' UNDP: Kiev, 2008.

UNDP, 'HIV/AIDS in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. Reversing the epidemic: Facts and policy options', UNDP: Bratislava, 2004.

UNIFEM, Gender Dimensions of HIV/AIDS in Kazakhstan, 2006.

UNIFEM, Gender Dimensions of HIV/AIDS in Kyrgyzstan, 2005.

UNODC, 'HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: A framework for an effective national response', New York, UNODC/WHO/UNAIDS, 2006.

WHO Department of Essential Health Technologies, 'Prevention of health care-associated HIV infection.'

WHO Europe/UNAIDS, 'Progress on implementing the Dublin Declaration: on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: Policy Brief,' UNAIDS: Geneva, 2008.

WHO, 'Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach,' WHO: Geneva, 2006.

WHO, 'Progress on implementing the Dublin Declaration on partnerships to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia,' WHO: Geneva, 2008.

WHO/UNAIDS/UNICEF, 'Towards universal access: scaling up priority interventions in the policy sector: progress report,' April 2007, UNAIDS: Geneva, 2007.

Wilson D, D. T. Haperin, "“Know your epidemic, know your response”: a useful approach, if we get it right' in Lancet, 372, 423-6 (2008).

Wodak, A. A. Coonery, 'Do needle syringe programs reduce HIV infection among injection drug users: a comprehensive review of the international evidence' in Substance use and Misuse, 41, 777-813 (2006).

Wolfe, D, 'Paradoxes in antiretroviral treatment for injecting drug users: Access, adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union' in International Journal of Drug Policy, 18:246 (2007).

World Bank, 'Blood Services in Central Asian Health Systems: A Clear and Present Danger of Spreading and Other Infectious Diseases,' World Bank: Washington, DC, 2008.

World Bank, 'Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in Ukraine,' World Bank: Washington, DC, 2006.

Zhivago, S, 'HIV/AIDS epidemic situation in penitentiary system of Ukraine'. Presentation at "HIV/AIDS in Prisons in Ukraine – From evidence to action: Prevention and care, treatment and support." Kiev, 1-2 November 2005.

Zimmerman C, K. Yun, I. Shvab, C. Watts, L. Trappolin, M. Treppete et al, 'The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study,' London School of Hygiene and Tropical Medicine: London, 2003.



### UNDP Bratislava Regional Centre

Grösslingova 35

81109 Bratislava

Slovak Republic

Tel: (421-2) 59337-111

Fax: (421-2) 59337-450

<http://europeandcis.undp.org/>



**ЮНЭЙДС**

ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ООН  
ЮНИСЕФ  
МПП  
ПРООН  
ЮНФИЛ  
ЮНОДК  
МОТ  
ЮНЕСКО  
ВОЗ  
ВСЕМИРНЫЙ БАНК