Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2004

4-й Глобальный доклад

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНЭЙДС
ЮНИСЕФ • МПП • ПРООН • ЮНФПА • ЮНОДК
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК

ЮНЭЙДС/04.16R (перевод на русский язык, июнь 2004 г.)

Оригинал : на английском языке, июнь 2004 г.:
2004 report on the Global AIDS epidemic:
4th global report
Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 2004.

Все права охраняются. Публикации ЮНЭЙДС можно получить, обратившись в Информационный центр ЮНЭЙДС. За разрешением воспроизводить либо переводить публикации ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого распространения – следует также обращаться в Информационный центр по указанному ниже адресу, либо по факсу +41 22 791 4187, либо по электронной почте: publicationpermissions@unaids/org.

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

Упоминание конкретных компаний либо товаров определенных производителей не подразумевает, что ЮНЭЙДС поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или товарами подобного рода, которые здесь не упоминаются. За исключением возможных ошибок и пропусков, названия патентованных товаров пишутся с заглавной буквы.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и достоверность информации, содержащейся в настоящей публикации, и не несет ответственности за ущерб, причиненный в результате ее использования.

Библиотека ВОЗ: каталогизация публикаций

Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2004: 4-й Глобальный доклад

1. ВИЧ инфекции - эпидемиология 2. ВИЧ инфекции – терапия 3. Синдром приобретенного иммунодефицита – эпидемиология 4. Синдром приобретенного иммунодефицита – терапия I. Название

ISBN 92 9173 358 x (классификация NLM: WC 503.4)

Дизайн обложки: Льюис Эванс

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)
UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland
Telephone: (+41 22) 791 36 66 – Fax: (+41 22) 791 41 87
E-mail: unaids@unaids.org – Internet: http://www.unaids.org

Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2004

4-й Глобальный доклад

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНЭЙДС
ЮНИСЕФ • МПП • ПРООН • ЮНФПА • ЮНОДК
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Содержание

Предисловие 7

Вступительное слово 8

1 **Преодоление эпидемии СПИДа: «Следующая повестка дня»** 11

2 **Эпидемия СПИДа: глобальный обзор** 23

3 **Воздействие СПИДа на людей и общество** 41

Крупным планом – СПИД и сироты: перед лицом трагедии 63

4 **Расширение масштабов комплексной профилактики ВИЧ** 69

Крупным планом – СПИД и молодые люди: угроза нынешнему поколению молодежи 97

5 **Лечение, уход и поддержка для людей, живущих с ВИЧ** 103

Крупным планом – СПИД и права человека: необходимость в защите 127

6 **Финансирование мер по борьбе со СПИДом** 133

7 **Национальные меры противодействия СПИДу: необходимы дополнительные усилия** 155

Крупным планом – ВИЧ в условиях конфликта: растущая мировая проблема 181

Крупным планом – важнейшая роль людей, живущих с ВИЧ 189

Таблица оценок и данных по ВИЧ/СПИДу для стран мира, по состоянию на конец 2003 г. 195

Приложение: Оценки и данные по ВИЧ/СПИДу по состоянию на конец 2003 г. и конец 2001 г. 215

Литература 218

Выражение признательности

Ответственный редактор/координатор производства
Сандра Вудс

Основные авторы:
Сью Армстронг
Эндрю Уилсон
Крис Фонтейн

Главный научный консультант
Кэтрин Хэнкинс

Редакция/исследовательские вопросы
Сюзан Скуэйри

Руководитель проекта
Марика Фален

Основная редакторская группа:
Майкл Бартос, Сэнди Биман, Роберт Гринер, Пол Де Лэй, Майк Исбелл, Лесли Лоусон, Мириам Малува, Аурорита Мендоса, Лайза Реджис, Джулиан Флит, Аниндья Чаттерджи, Алек Эруин.

Руководство для редактирования предоставили:
Петер Гис, Питер Пиот, Мишель Сидибе, Карен Станеки, Франсуаз Рено-Тери, Брайан Уильямс.

Группа выпуска:
Хейди Беттс, Мари-Лор Граншамп, Натали Гуиран, Элизабет Заневски, Алистер Крейк, Лон Ран, Елена Санникова, Эфрен Фадрикела и Ольга Шин.

Выпуск доклада стал возможен благодаря поддержке и ценному вкладу наших коллег из организаций-коспонсоров ЮНЭЙДС, Секретариата ЮНЭЙДС, национальных программ по СПИДу и исследовательских институтов всего мира. Ниже перечислены лица, которые внесли существенный вклад в эту работу и заслуживают нашей особой благодарности:

Ангелине Акерманс, Калле Альмедал, Хейди Базарбачи, Дон Банди, Джулиа Бенн, Элизабет Беномар, Анджела Бернетт, Рол Бойл, Алина Бокаи, Эндрю Болл, Тис Бурма, Питер Бэдкок-Уолтерс, Мирьям ван Донк, Кайтлин Визен, Видия Ганеш, Джантин Джакоби, Джеффри Гарнетт, Амайа Гиллеспи, Аида Гирма, Иан Грабб, Ленин Гузман, Ник Гудуин, Киеран Дали, Мандип Даливаль, Эрнест Даркох, Мишель де Грулар, Гетачю Демеке, Изабель де Соуса, Неелам Дингра-Кумар, Ребекка Додд, Энид Дорвили, Александра Дракслер, Энида Имамович, Хосе Антонио Исасола, Прадип Каккаттил, Ноэрин Калиба, Александра Кальмине, Мохга Камал Смит, Мишель Караэль, Кэрол Керфут, Роберт Кихара, Александр Косухин, Марк Коннолли, Кристина Кролл, Амна Курбегович, Бригитте Кхаир-Маунтен, Тони Лайл, Робин Ландис, Кен Легинс, Жан-Луи Ледек, Сюзан Лезер, Гэль Лескорнек, Шен-хи Ли, Кэрол Ливингстон, Йон Лиден, Уильям МакГриви. Бунви Макинва, Рут Маклин, Валерии Манда, Хайн Мараис, Тим Марчант, Элизабет Мзираи, Хеннинг Миккельсен, Дэвид Миллер, Джадранка Мимика, Роланд Монаш, Эрасмус Морах, Розмэр Мунхоз, Джефф Мэнти, Уоррен Наамара, Фрэнсис Ндова, Пол Нанн, Филипп Ониебуджо, Горик Оомс, Виктор Ортега, Жосс Перьен, Эдуард Петреску, Элизабет Пизани, Бен Пламли, Жан-Пьер Пулье, Чен Реис, Джоэл Ренстрем, Шинед Райан, Роджер Салла Нтунга, Маркос Салу, Карин Санти, Джита Сети, Катерине Созе, Сюзан Стаут, Инге Так, Миримам Тенин, Уоррен Тивонге, Сюзан Тимберлейк, Жорж Тиендребеого, Кейт Томсон, Алан Уайтсайд, Брайан Уильямс (ВОЗ), Дезмонд Уимс, Кеннет Уинд-Андерсен, Энн Уинтер, Нефф Уокер, Стефани Урданг, Элис Уэбурн, Брюс Уэйринг, Тим Фарли, Боб Фербрюгген, Нина Ференчич, Майкл Фокс, Анна Фолонен, Натан Форд, Эдвиж Фортье, Лаура Хакоконгас, Кейт Хансен, Мари Хаур-Книпе, Лирн Хендерсон, Алисон Хики, Вольфганг Хладик, Джилллиан Холмс, Дагмар Хорн, Ли-На Хсу, Педро Чекер, Исмаил Шаббир, Алти Шандор, Джордж Шмид, Кристан Шульц, Пауль Шпигель, Питер Эгглтон, Рене Эуну Экпини, Олави Эло, Хосе Эспарса и Сумайа Яакуби.

Рисунки

Page	Fig.	
27	1	Глобальная эпидемия СПИДа, 1990–2003
29	2	Медианный показатель распространенности ВИЧ среди посетительниц дородовых консультаций в штатах Андхра-Прадеш, Карнатака, Махараштра и Тамил Наду (Индия), 1998–2003*
30	3	Тенденции распространенности ВИЧ среди различных групп, Камбоджа, 1998–2002
31	4	Оценочное число новых ВИЧ-инфекций в Таиланде по годам и изменяющемуся способу передачи
33	5	Эпидемия в Африке к югу от Сахары, 1985–2003 гг.
33	6	Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрасте 15–49-лет в городских и сельских районах в некоторых странах Африки к югу от Сахары, 2001–2003 гг.
34	7	Показатель распространенности ВИЧ среди молодежи в возрасте 15–24-лет в некоторых странах Африки к югу от Сахары, 2001–2003 гг.
34	8	Медианный показатель распространенности ВИЧ (%) в дородовых консультациях в городских районах, с разбивкой по субрегионам (с указанием числа городов), 1990–2002 гг.
38	9	Новые ВИЧ-инфекции, диагностированные на миллион жителей в странах Восточной Европы и Центральной Азии, 1996–2003 гг.
39	10	Распространенность ВИЧ среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, в Латинской Америке, 1999–2002 гг.
40	11	Пользование презервативом с непостоянным партнером, Доминиканская Республика, 2002 г.
44	12	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в отдельных наиболее пострадавших странах, 1980–1985 по 2005–2010
45	13	Численность населения при наличии и отсутствии СПИДа, Южная Африка, 2000 и 2025 гг.
61	14	Примеры оценки воздействия СПИДа на экономический рост, 1992–2000
63	15	Дети-сироты по регионам в Африке к югу от Сахары, конец 2003 г.
64	15a	Проблемы у детей и семей, пострадавших от ВИЧ/СПИДа
67	16	Растущая роль бабушек и дедушек—Родственное отношение детей-сирот, потерявших обоих родителей, и детей-сирот, потерявших одного родителя (не живущих с живым родителем), к главе домохозяйства, Намибия, 1992 и 2000 гг.
71	17	Прогнозируемые новые случаи инфекции среди взрослых при нынешнем уровне мероприятий и при своевременном расширении всеобъемлющего пакета мер
72	18	Укрепить стратегии уменьшения риска, уязвимости и воздействия
76	19	Процентная доля респондентов, сообщавших, что ВИЧ может передаваться половым путем, отдельные штаты Индии
78	20	Тенденции в сексуальном поведении молодежи в отдельных странах Африки к югу от Сахары, 1994–2001—Процентное число молодых людей (15–24 лет), сообщивших об использовании презерватива во время последнего полового акта с парнером, с которым они не состояли в браке или сожительстве, среди тех, кто имел половой акт с таким партенром в течение последнего года
80	21	Тенденции в сексуальном поведении молодежи в отдельных странах Африки к югу от Сахары, 1994–2001—Процентное число молодых людей (15–24 лет), сообщивших о том, что они имели половой акт с парнером, с которым они не состояли в браке или сожительстве, в течение 12 месяцев до проведения опроса
82	22	Ежегодные показатели распространенности ВИЧ и других заболеваний, передающихся половым путем, полученные в "Клинике доверия" в Абиджане (1992–2002 гг.)
84	23	ВИЧ-инфицированные заключенные в пенитенциарной системе Министерства юстиции Российской Федерации, 1994–2003 гг.
87	24	Страны, участвовавшие в совместной субрегиональной программе профилактики и ухода в связи с ВИЧ вдоль миграционного коридора Абиджан-Лагос
88	25	Процентная доля потребителей иньекционных наркотиков в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ, по результатам различных иследований
89	26	Изменения в добровольном консультировании и тестировании в Южной Африке: больше участков = большее число тестированных
90	27	Хайелитша: доступность услуг децентрализованной антиретровирусной терапии, пропагады и многодисциплинарной поддержки резко увеличивает спрос на тестирование и консультирование
92	28	Беременные женщины, посещающие дородовые консультации, обслуживаемые программой "Призыв к действию" в Африке, 2000–2003** (N= 416 498)
93	29	Беременные женщины, посещающие дородовые консультации, обслуживаемые программой "Призыв к действию" за пределами Африки, 2000–2003** (N=243 103)
97	30	Молодые люди (15–24 лет), живущие с ВИЧ, по регионам, конец 2003 г.
98	31	Состояние сексуального и репродуктивного здоровья 15–19-летних девушек в 2000 и 2001 годах
100	32	Процент молодых женщин (15–24 лет), обладающих всесторонними знаниями о ВИЧ и СПИДе, по регионам, на 2003 г.
105	33	Охват услугами антиретровирусной терапии для взрослых, конец 2003 г.—Лечеием охвачено 400 000 человек: 7%-й охват
108	34	Стоимость (долл.США в год) антиретровирусного лечения первой линии в Уганде: 1998–2003
137	35	Прогнозные ежегодные потребности в финансировании на нужды ВИЧ и СПИДа по регионам (в миллионах долларов США)
138	36	Глобальная потребность в ресурсах для профилактики, оказания помощи сиротам, ухода и лечения и административных расходов и научных исследований, 2004–2007 (в млн.долл.США)
139	37	Институциональные затраты в связи с ВИЧ/СПИДом, 1996–2002 годы (Выделяемые суммы в миллионах долларов США)
140	38	Собственные затраты населения в виде процента от общих затрат в связи с ВИЧ/СПИДом в некоторых странах Латинской Америки в 2002 году
142	39	Прогноз выделений средств ведущими двусторонними донорами (в млн. долл. США) на 2003 год
142	40	Чистая официальная помощь в целях развития (ОПР) в виде процента от валового национального дохода (ВНД): 2003 г.
143	41	ВИЧ/СПИД/ИПП: ОПР, 2002 г.:—Общая сумма обязательств в млн. долларов США и обязательства на основе ВНД в млн. долларов США
144	42	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией Взносы в виде обязательств и полученные вклады по сост. на 31 декабря 2003 г.
145	43	15 ведущих организаций США, предоставивших гранты в 2002 г. (в млн.долл.США)
147	44	Финансирование исследований для разработки микробицидов, в долларах США
159	45	Изменения значений Показателя результативности программ по борьбе со СПИДом, 2000, 2001 и 2003 гг.
166	46	Отношения между Национальными советами по СПИДу и двусторонними донорами—Процент стран, приславших отчеты, в которых существовали официальные связи между НСС и двусторонними донорами (по данным Секретариата ЮНЭЙДС)
167	47	Уровень включения вопросов СПИДа в 63 странах с низким и средним уровнем доходов
173	48	Ограничения медицинских и кадровых ресурсов—Процент стран, в которых представители Секретариата ЮНЭЙДС указали на то, что нехватка медицинского персонала стала серьезным препятствием для национальной ответной деятельности
185	49	Распространенность ВИЧ в стране, предоставившей убежище, и стране происхождения по регионам
186	50	Факторы риска инфицирования ВИЧ в условиях конфликта и в лагерях перемещенных лиц
191	51	Участие в партнерских форумах людей, живущих с ВИЧ, 2003 г.

Предисловие

Глобальная эпидемия ВИЧ/СПИДа является одной из самых больших проблем, стоящих перед нашим поколением. СПИД представляет собой новый вид чрезвычайной ситуации в глобальном масштабе – беспрецедентную угрозу человеческому развитию, для преодоления которой требуется непрерывная долгосрочная работа и приверженность. Как следует из данного доклада, пока не наблюдается никаких признаков ослабления тисков эпидемии, в которые попало человечество.

Кризис, вызванный СПИДом, продолжает углубляться в Африке, в то время как в Азии и Восточной Европе с пугающей скоростью разрастаются новые эпидемии. Ни один регион в мире не остался незатронутым.

Несмотря на то, что существует настоятельная необходимость в дополнительных ресурсах и приверженности, в докладе также приведено несколько примеров успеха, достигнутого группами людей, живущих с ВИЧ или пострадавших от него, а также правительствами, неправительственными организациями, деловыми кругами и религиозными лидерами.

СПИД существует рядом с нами уже более двадцати лет. Еще не одно десятилетие нам придется бороться с этой проблемой. Главнейший урок, который мы извлекли к настоящему моменту, – это то, что мы можем добиться изменений: мы можем предотвратить новые случаи инфицирования, и мы можем улучшить качество ухода и лечения для людей, живущих с ВИЧ.

Наша самая важная задача – широко распространить в повседневной жизни выдающиеся примеры лидерства, описанные в данном докладе. При отсутствии возможности исцеления, нашим единственным оружием является массовая мобилизация всех секторов общества.

Кофи А. Аннан

Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций

Вступительное слово

Настоящий Доклад о глобальной эпидемии СПИДа готовится каждые два года к Международной конференции по СПИДу. В нем содержится последняя информация о состоянии эпидемии СПИДа в мире, основанная на данных Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), в состав которой входят девять учреждений системы Организации Объединенных Наций. Чтение Доклада заставляет глубоко задуматься.

Уровень инфекции не только не выравнивается, но и продолжает расти во многих странах Африки к югу от Сахары. Только в 2003 году в регионе было инфицировано примерно 3 миллиона человек. Особенно тревожит тот факт, что новые эпидемии, похоже, беспрепятственно развиваются и в других регионах, в частности, в Восточной Европе и Азии.

Страны Восточной Европы и Восточной Азии переживают самые быстро растущие эпидемии ВИЧ-инфекции в мире. Особую озабоченность вызывают крупные, многонаселенные страны, такие как Китай, Индия и Индонезия. Общая распространенность инфекции здесь довольно низкая, однако за этим скрываются серьезные эпидемии, которые уже развиваются в отдельных провинциях, территориях и штатах.

СПИД является наиболее «глобализованной» эпидемией в истории, и сегодня мы наблюдаем ее растущую «феминизацию». Ежегодно растет число женщин, инфицированных ВИЧ. Во всем мире около половины всех инфицированных в возрасте 15-49 лет – женщины. В Африке их доля достигает 60%. Женщины, живущие с ВИЧ или СПИДом, зачастую подвергаются более суровой стигме и дискриминации из-за гендерного неравенства.

И все же, у этой проблемы есть решение. Как отмечено в нашем докладе, мы знаем, что работает – успешные подходы развиваются на местном, национальном и глобальном уровнях. Этому помогает усиление международного политического лидерства, программы частного сектора на рабочих местах и динамичная мобилизация самих пострадавших общин, что является ключевым компонентом, лежащим в основе глобального противодействия эпидемии.

Хорошая новость заключается в том, что во всем мире значительно возрастает приверженность и объемы выделяемых ресурсов. И все же, хотя растет число правительств, финансовых организаций и партнеров, участвующих в противодействии СПИДу, существует срочная необходимость расширения поддержки сильно пострадавшим странам и сотрудничества с ними. Существует также необходимость избегать дублирования и распыления ресурсов.

Опираясь на обязательства, принятые ведущими донорами в апреле 2004 года, мы должны не только мобилизовать больше ресурсов, но и обеспечить их разумное использование, чтобы помочь странам в разработке устойчивых и эффективных стратегий борьбы со СПИДом. В частности, нам необходимо объединить усилия, чтобы помочь странам усилить их потенциал для реализации этих стратегий.

Особенное одобрение вызывает тот факт, что мир все больше признает необходимость расширения доступа к антиретровирусному лечению для всех людей, инфицированных ВИЧ, независимо от того, в каких странах они живут. Лечение должно быть положено в основу всех комплексных стратегий борьбы со СПИДом. Однако профилактика важна не в меньшей степени. В первую очередь, мы должны всегда стремиться делать все, что в наших силах, для предотвращения новых случаев инфицирования.

За более чем двадцать лет существования СПИДа у нас накопились убедительные доказательства того, что если мы не будем действовать сейчас, то нам придется платить за это в будущем – это сигнал тревоги для стран Азии и Тихоокеанского региона. СПИД требует от нас другого подхода к делу; нам не только необходимо делать больше и делать это лучше, перед лицом действительно беспримерной глобальной угрозы безопасности и стабильности мы должны видоизменить как наши личные, так и институциональные ответные действия.

Вероятно, нам еще очень долгое время придется сосуществовать с эпидемией СПИДа, но насколько широко она распространится и сколько принесет вреда, зависит только от нас.

Питер Пиот

Исполнительный директор

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

Глобальные оценки по ВИЧ и СПИДу на конец 2003 г.

Суммарное число взрослых и детей, живущих с ВИЧ/СПИДом: 38 миллионов [35-42 миллиона]

Число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом	Всего	37,8 миллиона	[34,6–42,3 миллиона]
	Взрослое население	35,7 миллиона	[32,7–39,8 миллиона]
	Женщины	17 миллионов	[15,8–18,8 миллиона]
	Дети до 15 лет	2,1 миллиона	[1,9–2,5 миллиона]
Люди, впервые инфицированные ВИЧ в 2003 г.	Всего	4,8 миллиона	[4,2–6,3 миллиона]
	Взрослое население	4,1 миллиона	[3,6–5,6 миллиона]
	Дети до 15 лет	630 000	[570 000–740 000]
Число случаев смерти от СПИДа в 2003 г.	Всего	2,9 миллиона	[2,6–3,3 миллиона]
	Взрослое население	2,4 миллиона	[2,2–2,7 миллиона]
	Дети до 15 лет	490 000	[440 000–580 000]

1

Преодолеть СПИД: «Следующая повестка дня»

Гендерный фактор

Женщины физически больше восприимчивы к ВИЧ-инфекции, чем мужчины. Данные целого ряда исследований показывают, что передача инфекции от мужчины женщине во время секса происходит в два раза чаще, чем от женщины мужчине, если нет других инфекций, передающихся половым путем. Более того, молодые женщины биологически более восприимчивы к инфекции, чем женщины старшего возраста перед менопаузой.

Повышенный риск, которому подвергаются женщины, также отражает гендерное неравенство. Вопросы гендера касаются общественных убеждений, традиций и практики, определяющих характерные «мужские» и «женские» признаки и модели поведения. В большинстве обществ правила, определяющие сексуальные отношения, отличаются для женщин и мужчин, причем мужчины обладают почти всей полнотой власти. Это означает, что для многих женщин, в том числе замужних, основным фактором риска инфицирования ВИЧ является сексуальное поведение их партнеров-мужчин.

Кроме того, эпидемия приводит к непропорционально тяжелым последствиям для женщин. Общественная роль женщин как жен, матерей, бабушек и тех, кто ухаживает за больными, означает, что они несут основное бремя забот в связи со СПИДом. Когда болезни и смерти приводят семьи или общины к нищете, женщины и девушки страдают еще больше из-за низкого социального статуса и отсутствия равных экономических возможностей.

Особая уязвимость женщин и девушек

Борьба с негативными явлениями в связи с гендером имеет важнейшее значение для глобальных мер в ответ на эпидемию СПИДа. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая ООН в 2001 году, признает, что гендерное неравенство создает питательную среду для эпидемии. Правительства, подписавшие Декларацию, обязались разработать многосекторальные стратегии для снижения уязвимости женщин и девушек. Следующие цели были намечены на 2003-2005 гг.:

- учитывать рассмотреть гендерные аспекты эпидемии (п. 37);
- ускорить разработку национальных стратегий, способствующих улучшению положения женщин и полному осуществлению женщинами всех прав человека; совместной ответственности мужчин и женщин за безопасные половые отношения; расширению возможностей женщин в плане принятия решений по вопросам, касающимся их сексуальной жизни, с тем чтобы лучше защитить себя от риска ВИЧ-инфекции (п. 59);
- ликвидировать все формы дискриминации, а также все формы насилия в отношении женщин и девочек, включая наносящие ущерб традиционные виды практики, торговлю ими и сексуальную эксплуатацию (п. 61–2);
- сократить число случаев передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку путем повышения доступа к медицинским услугам в дородовой период, информации, консультированию и тестированию, другим профилактическим услугам и лечению (п. 54);
- провести обзор социального и экономического воздействия ВИЧ/СПИДа, особенно на женщин, в частности, в их роли лиц, оказывающих помощь (п. 68).

Начиная с 2001 года, возникло множество региональных, национальных и международных инициатив. Фонд ООН для развития в интересах женщин начал программу, направленную на интенсификацию деятельности в области гендера и прав человека в рамках национальных ответных мер в 10 странах, наиболее сильно пострадавших от эпидемии (Барбадос, Бразилия, Зимбабве, Индия, Камбоджа, Кения, Нигерия, Руанда, Сенегал и Таиланд). Среди другой деятельности, в рамках программы планируется усилить национальный потенциал для пересмотра законов и политики, имеющих значение для решения гендерных вопросов в связи с эпидемией.

«Слишком часто я слышала от женщин, что их истории не годятся для политических обсуждений. Заходила ли речь о неравных последствиях глобализации, об ужасах войны и вооруженных конфликтах, или о реалиях жизни с ВИЧ/СПИДом – они видели, что никому нет до них дела, что их не приглашают к процессу принятия решений или распределения ресурсов, от которых зависит их жизнь. При этом хорошо известно, что самые эффективные политические подходы разрабатываются на основе информации от тех, кто лично испытал эти проблемы, кто может подсказать необходимые направления работы, кто поможет повысить понимание и предложит творческие решения для творческого использования ресурсов». – Ноэлин Хейзер, Исполнительный директор Фонда ООН для развития в интересах женщин.

Организации ВИЧ-положительных женщин становятся все более заметными. Во всем мире Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом помогает организациям ВИЧ-положительных женщин обмениваться опытом. Одной из недавних инициатив организации стал проект «Голоса и выбор» (Voices and Choices). Он предполагает исследование с участием заинтересованных групп и пропаганду совершенствования политики и практической деятельности. В 12 франкоязычных странах Африки в настоящее время исследуются также услуги по поддержке, лечению и уходу за ВИЧ-положительными женщинами.

Новая коалиция

В 2003 году была создана Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИДа. Она объединяет ВИЧ-положительных людей, лидеров гражданского общества, активистов из числа знаменитостей, представителей неправительственных организаций (НПО) и ООН для обеспечения сотрудничества и поддержки новаторского расширения мероприятий, оказывающих положительное воздействие на жизнь девушек и женщин. Глобальная коалиция будет работать по следующим направлениям: профилактика ВИЧ-инфекции среди девочек и молодых женщин; снижение насилия в отношении женщин; защита имущественных и наследственных прав девушек и женщин; обеспечение девушкам и женщинам равного доступа к лечению и уходу; поддержка ухода в общинах, в особенности для девушек и женщин; обеспечение доступа женщин к новым профилактическим технологиям и поддержка постоянных мероприятий, направленных на обеспечение всеобщего образования для девочек.

Преодолеть СПИД: «Следующая повестка дня»

1

Эпидемия СПИДа представляет собой особый вид кризиса. Для того чтобы не упустить возможностей эффективного противодействия эпидемии, нам следует относиться к ней одновременно как к чрезвычайной ситуации *и* как к долговременной проблеме для развития. Это означает, что необходимо отказаться от соблазна принять неизбежность СПИДа как просто одну из многих мировых проблем. Эпидемия СПИДа имеет исключительный характер; она требует исключительных ответных мер, которые должны оставаться гибкими, творческими, энергичными и бдительными.

Эпидемия СПИДа – уникальное явление в истории человечества из-за скорости распространения, масштабов и глубины последствий. Начиная с 1981 года, когда был диагностирован первый случай СПИДа, мир прилагает немалые усилия, чтобы осознать ее огромные размеры. Первые усилия по организации эффективных ответных мер были разрозненными, несогласованными и серьезно недофинансированными. Немногие общины смогли заранее предугадать опасность, и совсем немногим удалось организовать эффективные меры противодействия. Сегодня, по прошествии более чем 20 лет, от СПИДа уже умерло 20 миллионов человек, и еще 37,8 миллиона человек (диапазон от 34,6 до 42,3 миллиона) во всем мире живут с ВИЧ. И, тем не менее, СПИД продолжает неумолимо наступать, разрушая жизни людей и, во многих случаях, нанося серьезный ущерб структуре общества.

Однако опыт показывает, что естественный ход эпидемии можно изменить, применив верное сочетание лидерства и всесторонних действий. За два десятилетия борьбы со СПИДом удалось добиться серьезных успехов и изучить важные уроки о том, какие подходы работают лучше, хотя средство для излечения от этой болезни пока еще не найдено. Сегодня мы знаем, что всесторонний подход к профилактике приносит наилучшие результаты. Решительное национальное лидерство, широкая информированность общества и интенсивные профилактические меры позволили целым странам снизить уровень передачи ВИЧ-инфекции. В Африке, Уганда остается превосходным примером устойчивого успеха. В Азии, благодаря всесторонним мероприятиям в Таиланде удалось предотвратить около 5 миллионов случаев инфицирования в течение 90-х годов. Камбоджа также смогла обуздать быстрый рост эпидемии. На всех континентах можно указать города, регионы или государства, которым удалось сдержать эпидемию, благодаря согласованным действиям.

В то же время, сегодня у нас появились антиретровирусные препараты, которые могут продлить жизнь и уменьшить физическое воздействие ВИЧ-инфекции. Координированные национальные и международные действия помогли снизить цены на эти лекарства для стран с низким и средним уровнем доходов, и сегодня ведется постоянная работа, чтобы сделать доступ к лечению реальностью для людей, живущих с ВИЧ и отчаянно нуждающихся в антиретровирусной терапии, во всем мире.

Более того, во многих странах, наконец, начинает приподниматься завеса замалчивания и стигмы, которая наносила ущерб усилиям по противодействию СПИДу. Лидеры правительств, частного сектора, религиозных и культурных организаций все чаще возглавляют деятельность по борьбе со СПИДом. Движение людей, живущих с ВИЧ, стало глобальной

1

Информация о ходе глобальных мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа – 2004 г.

Эпидемия СПИДа: динамичная и многообразная

- Эпидемия сохраняет чрезвычайно динамичный, растущий и изменчивый характер, поскольку возникают новые возможности передачи вируса.
- Девочки и молодые женщины подвергаются особенно высокому риску. По состоянию на декабрь 2003 года почти 50% всех людей, живущих с ВИЧ или СПИДом в мире, были женщины, а в странах Африки к югу от Сахары – 57%.
- На молодых людей в возрасте 15-24 лет приходится половина всех новых случаев инфицирования ВИЧ в мире; более 6 тысяч заражается ежедневно.
- Декларация ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая в 2001 году, предусматривает достижение серьезного прогресса в обеспечении всесторонних услуг по уходу к 2005 году. Однако пока обеспечивается лишь минимальный охват услугами по уходу и лечению болезней, вызванных ВИЧ. Текущие профилактические мероприятия в большинстве стран с низким и средним уровнем доходов безнадежно отстают от темпов развития эпидемии.
- Для достижения целей, намеченных на 2005 год, потребуются срочные, инновационные и расширенные действия по усилению и ускорению противодействия.

силой, идущей в авангарде социальных изменений в ходе противодействия эпидемии. Растет осознание последствий СПИДа для перспектив развития в странах, наиболее сильно пострадавших от эпидемии, и уже предпринимаются действия для достижения значительных перемен, необходимых в интересах развития.

Несмотря на эти признаки прогресса, более совершенный мониторинг и оценка поведения эпидемии показывают масштабы проблемы: меньше одного из пяти человек, нуждающихся в профилактических услугах и средствах, имеют к ним доступ. Во всем мире от пяти до шести миллионов человек сегодня нуждаются в антиретровирусной терапии, но только 7% имеет доступ к этим препаратам в странах с низким и средним уровнем доходов – менее 400 тысяч человек по состоянию на конец 2003 года. Лидеры многих стран до сих пор не желают признать последствия СПИДа для населения и общества своих стран.

Сегодня имеются беспрецедентные финансовые ресурсы для борьбы с этой болезнью, однако это все еще меньше половины реально необходимой суммы. Но даже эти средства не применяются действительно эффективно и скоординированно. В некоторых случаях средства на борьбу со СПИДом находятся без движения, заблокированы на правительственных банковских счетах или заморожены из-за правил международных финансовых организаций.

В результате этого эпидемия СПИДа сегодня находится на перепутье. Если борьба со СПИДом в мире будет продолжаться с теми же хорошими намерениями, но так же бессистемно и безрезультатно, глобальная эпидемия и дальше будет опережать ответные меры. Однако есть и альтернатива: решительно взяться за выполнение «Следующей повестки дня» - плана последующих действий, основанных на необходимых, радикальных и передовых подходах, которые нужны странам для того, чтобы обратить ход эпидемии вспять.

Горькая правда …

Женщины сегодня страдают больше всего

В начале эпидемии число ВИЧ-инфицированных мужчин значительно превосходило число инфицированных женщин. Более того, медицинским учреждениям потребовалось определенное время и множество доказательств, прежде чем была воспринята сама идея, что ВИЧ может представлять угрозу для женщин. Во всем мире доля женщин, инфицированных ВИЧ, устойчиво росла, и к 2002 году почти половину общего числа ВИЧ-инфицированных составляли женщины и девушки.

Оценка глобального и национального прогресса в расширении мероприятий по противодействию СПИДу

В рамках последующих действий по выполнению Декларации ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в 2001 году, Секретариат ЮНЭЙДС и коспонсоры совместно разработали ряд глобальных, региональных и национальных показателей для измерения достигнутого в мире прогресса в осуществлении целей Декларации.

В 2003 году 103 государства-члена ООН направили в ЮНЭЙДС национальные отчеты о ходе работы, на основе которых была проведена всесторонняя оценка глобальных, региональных и национальных мер в ответ на эпидемию СПИДа. Эта оценка получила название «Глобальный ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа: Отчет о ходе работы 2003».

В 2004 году ключевые компоненты этого материала были уточнены в исследовании под названием «Охват отдельными услугами по профилактике и уходу в связи с ВИЧ/СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов в 2003 г. (Проект «Полиси», 2004 г.) . В этих двух отчетах представлены достижения по ключевым глобальным и национальным показателям в таких областях, как расширение национальных ответных мер, искоренение стигмы и дискриминации, программы профилактики и лечения.

Ниже приведены примеры основных результатов оценки: с 2002 года объемы глобального финансирования мероприятий по борьбе со СПИДом почти утроились, но до сих пор остаются крайне неадекватными и – из-за разных препятствий – эти средства не достигают наиболее сильно нуждающихся людей; 38% стран до сих пор не приняли антидискриминационного законодательства в связи со СПИДом; почти в одной трети стран отсутствует политика, обеспечивающая равный доступ женщинам к важнейшим услугам по профилактике и уходу.

Цель отчета ЮНЭЙДС – побудить всех участников к формированию еще большей приверженности делу достижения целей Декларации ООН о приверженности 2001 года. Уточненные показатели по всем областям содержатся в разных частях отчета. Их можно найти во вставках под названием «Информация о ходе глобальных мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа».

На юге Африки, где почти каждая семья пострадала от СПИДа, в некоторых возрастных группах число инфицированных женщин в два раза больше, чем мужчин. Помимо того, что среди инфицированных большинство женщин и девушек, им сегодня приходится нести на своих плечах основную тяжесть забот, связанных с другими проблемами эпидемии: именно они ухаживают за больными, именно им в первую очередь грозит потеря работы, доходов и возможности школьного обучения. Овдовевшие женщины могут даже потерять жилище и другое имущество. Для привлечения пристального внимания к проблемам женщин и девушек в каждой главе помещены гендерные разделы.

Молодежь: тяжелые последствия

Молодежь также непропорционально сильно страдает от эпидемии: половина новых случаев инфицирования ВИЧ в мире приходится на возрастную группу 15-24 лет; более 6 тысяч молодых людей заражается ежедневно.

Эта тенденция внушает особую тревогу, поскольку это самое большое молодое поколение в истории. Сегодняшние молодые люди в возрасте 15-24 лет не знают мира без СПИДа и не слышали рассказов очевидцев об ужасающих первых днях «новой» болезни. А ведь именно нынешняя молодежь будет отвечать за продолжение борьбы с эпидемией – завтра они станут лидерами, учеными и людьми, принимающими решения, поэтому жизненно важно, чтобы они играли свою роль в противодействии эпидемии (см. раздел: «Крупным планом: молодежь».

Размеры эпидемии и предстоящие задачи

Ни одно другое инфекционное заболевание в истории не подвергалось такому интенсивному изучению. За два десятилетия после обнаружения СПИДа были получены огромные знания о ВИЧ

и тех силах, которые способствуют развитию эпидемии во всем мире.

Факторы, влияющие на передачу ВИЧ: уязвимость и риск

Учитывая рост числа ВИЧ-инфицированных женщин, существует насущная потребность преодоления специфических факторов, способствующих уязвимости женщин и подвергающих их риску. Для этого необходимо добиться, чтобы девочки-подростки имели доступ к информации и услугам, сформировать нетерпимое отношение к жестокому обращению с женщинами, обеспечить реализацию прав женщин на собственность, возможность получения ими лечения и расширение возможностей профилактики (например, путем разработки микробицидных препаратов). Однако, расширяя права женщин, не следует забывать, что реализация культурных и социальных ожиданий мальчиков и мужчин представляет собой не меньшую проблему; они также должны быть наделены возможностями различать и отвергать обстоятельства, вынуждающие их плохо относиться к женщинам и девушкам.

Передача ВИЧ – не случайное событие; на распространение вируса сильно влияет существующая социальная, экономическая и политическая ситуация. Там, где людям приходится бороться с неблагоприятными условиями для жизни, такими как бедность, угнетение, дискриминация и неграмотность, они особенно уязвимы к ВИЧ-инфекции. Работа по профилактике распространения ВИЧ должна быть сосредоточена как на личном рискованном поведении людей, так и на широких структурных факторах, способствующих заражению ВИЧ, чтобы помочь людям контролировать риск, которому они подвергаются, и, таким образом, защитить себя.

Уязвимость, риск и последствия СПИДа сосуществуют в порочном круге. Уязвимость можно снизить, давая молодым людям возможность школьного образования, формируя поддерживающее семейное окружение и расширяя доступ к медицинским и поддерживающим услугам для всего населения. Для преодоления уязвимости на структурном уровне необходимо пересмотреть дискриминационные законы и политику, создать системы мониторинга и обеспечить юридическую защиту людей, живущих с ВИЧ.

Задачи по расширению антиретровирусного лечения

Начиная с 2002 года осуществимость антиретровирусной терапии в условиях нехватки ресурсов была признана почти во всем мире. Правительства и донорские организации во всем мире выражают все большую приверженность делу расширения доступа к лечению в максимально сжатые сроки для большого числа людей, нуждающихся в продлевающем их жизнь антиретровирусном лечении.

Для расширения антиретровирусного лечения требуется гарантированная, долговременная политическая поддержка и финансирование. Любые перерывы в поддержке могут привести к прекращению антиретровирусных программ, что приведет к прерыванию лечения и возможности развития резистентных форм ВИЧ. Это будет не только личной трагедией, но и создаст серьезную угрозу для общества, поскольку устойчивые к лекарствам штаммы вируса могут распространиться среди населения, из-за чего целые программы по лечению станут бесполезными.

Наличие медперсонала также играет важнейшую роль для перспектив расширения доступа к антиретровирусному лечению. Уже сейчас в Африке существует огромный дефицит медсестер, акушерок и врачей, поскольку они эмигрируют из своих стран в поисках лучшей зарплаты, лучших условий труда и возможностей в страны с высоким уровнем доходов. Так, например, 70% врачей, обученных в Южной Африке, сегодня живут за рубежом. Этот дефицит отчасти заполняется за счет медицинских работников из других стран Африки, что в свою очередь ведет к увеличению дефицита в этих странах. Из-за отъезда специалистов страны с низким уровнем доходов на этом континенте испытывают крайнюю нужду.

Важно не допустить такого хаоса, о котором сообщают из некоторых стран, где доведенные до отчаяния больные покупают антиретровирусные препараты без совета врачей и даже без рецепта. Лечебная грамотность должна стать неотъемлемой частью всех программ по лечению, и люди, живущие с ВИЧ, могут играть в этом важную роль, поскольку они могут со знанием дела рассказывать другим людям о собственном жизненном опыте. Кроме того, члены общин могут быть обучены методам соблюдения режима лечения и могут подменять медработников в предоставлении некоторых услуг. Это поможет более эффективно использовать все существующие ресурсы.

Стигма в связи со СПИДом препятствует ответным мерам и способствует ускорению передачи инфекции

Стигма и дискриминация в связи со СПИДом непосредственно препятствуют эффективности мер противодействия СПИДу. Стигма и боязнь дискриминации становятся основным барьером, мешающим людям обратиться за тестированием на ВИЧ, и напрямую негативно влияют на вероятность принятия мер защиты. Например, из-за замалчивания проблем ВИЧ люди не пользуются презервативами, а ВИЧ-положительные женщины продолжают кормить детей грудью из боязни, что их статус будет раскрыт.

Стигма направлена не только против людей, живущих с ВИЧ. Во многих случаях стигма в связи с ВИЧ присоединяется к ранее существовавшей стигме – расовым и этническим стереотипам, дискриминации женщин или сексуальных меньшинств. В то же время, традиционные виды расового, этнического и сексуального неравенства повышают уязвимость к ВИЧ. Во многих странах стигма и дискриминация остаются серьезными барьерами, мешающими пониманию того, как маргинализованным группам общества приходится справляться с эпидемией.

Существующие сегодня данные показывают, что относительно новые эпидемии в Восточной Азии, Восточной Европе и Центральной Азии быстро распространяются. Несмотря на многочисленные доказательства того, что «СПИД есть везде», до сих пор остается сильным желание считать, что СПИД – «это не наша проблема». В такой обстановке люди, подвергающиеся стигматизации и живущие на задворках общества, например, потребители инъекционных наркотиков и мужчины, имеющие секс с мужчинами, зачастую плохо обслуживаются профилактическими программами, а в некоторых странах их потребности в уходе и поддержке систематически игнорируются.

Разработка всеобъемлющего подхода к профилактике ВИЧ

Сегодняшний охват мероприятий по профилактике ВИЧ крайне низок. Лишь небольшая часть людей, рискующих заразиться ВИЧ, имеет реальный доступ к базовым профилактическим услугам, хотя большинство стран разработало стратегические структуры для профилактической деятельности. В 2003 году в странах с низким и средним уровнем доходов только одна из десяти беременных женщин получала услуги по профилактике передачи инфекции от матери ребенку; еще меньшее число взрослых в возрасте 15-49 лет имели доступ к добровольному консультированию и тестированию.

Для преодоления этого дефицита профилактических мер потребуется значительное перераспределение ресурсов и приверженность осуществлению широкомасштабных программ – сегодня слишком многие мероприятия все еще находятся на уровне «демонстрационных проектов». Следует подчеркнуть, что усилия по расширению охвата профилактическими услугами не следует сводить только к «повторению одних и тех же мер». Следует учитывать, какие мероприятия оказались наиболее эффективными. Например, опыт показывает, что информационные сообщения и мероприятия, разработанные на низовом уровне, гораздо более эффективны, чем, те,

которые были разработаны посторонними «профессионалами», и что для достижения успеха профилактические сообщения должны быть целенаправленными, а не просто предназначенными для повышения уровня информированности о СПИДе.

Полномасштабные и комплексные профилактические мероприятия должны учитывать разные ситуации, связанные с эпидемией. Например, там, где общая распространенность ВИЧ невысока, повышается относительная важность мероприятий, направленных на особо уязвимые группы населения, например на работников секс-бизнеса, мужчин, имеющих секс с мужчинами, или мигрантов. Там, где распространенность ВИЧ среди населения в целом высока, работу также следует направлять на отдельные группы населения, однако снижение уровня передачи ВИЧ будет зависеть от достижения и поддержания безопасного поведения в самом широком смысле среди широких слоев населения, таких как вся молодежь. Для принятия обоснованных решений об эффективных профилактических мерах необходимо иметь знания о местных эпидемиях, их изменении во времени и группах, подвергающихся наибольшему риску инфицирования ВИЧ.

Изменчивая природа эпидемии требует постоянного обновления профилактических мероприятий. Например, стало очевидно, что усиленное внимание обеспечению более эффективного лечения в странах с

Система ООН: активность во всех сферах

Система Организации Объединенных Наций по-прежнему выступает за эффективную реализацию Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в 2001 году. Продолжает набирать темп совместная деятельность ООН по противодействию эпидемии СПИДа, особенно с тех пор, как Мировая продовольственная программа стала девятым коспонсором ЮНЭЙДС.

Двадцать девять отдельных учреждений ООН стали глобальными лидерами в своих сферах деятельности. Среди коспонсоров ЮНЭЙДС к ним относятся: Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), которое занимается потребителями инъекционных наркотиков; Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), который занимается гендерными вопросами и делами молодежи; Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), занимающаяся вопросами образования; Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), занимающийся проблемами сирот и передачей инфекции от матери ребенку; Международная организация труда (МОТ), занимающаяся вопросами ВИЧ на рабочих местах; Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), занимающаяся вопросами ВИЧ, управления и развития; и Межстрановая программа по СПИДу Всемирного банка. Посредством совместной Инициативы Всемирной организации здравоохранения и ЮНЭЙДС «3 к 5» ВОЗ повысила свою роль в глобальном расширении доступа к антиретровирусному лечению.

Благодаря усилиям четырех специальных посланников Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу повысилось внимание к вопросам, связанным с ВИЧ/СПИДом, со стороны политиков, доноров, гражданского общества и средств массовой информации. Например, Специальный посланник по Азии Нафис Садик поддержал непальскую инициативу по борьбе со СПИДом на основе прав человека. Специальный посланник по Карибскому бассейну д-р Джордж Аллейн способствовал проведению законодательных реформ и мероприятий по снижению стигмы и дискриминации в связи со СПИДом в нескольких странах данного региона. Тем временем, Специальный посланник ООН по Восточной Европе и Центральной Азии д-р Ларс Каллингс ведет просветительскую работу по вопросу о том, почему потребление наркотиков инъекционным путем является ключевым фактором в распространении ВИЧ.

Специальный посланник по Африке Стивен Льюис ведет просветительскую работу относительно губительного сочетания эпидемии СПИДа, засушливого климата и сокращающегося людского потенциала в данном регионе совместно с Джеймсом Т. Моррисом, Исполнительным директором Мировой продовольственной программы и Специальным посланником Генерального секретаря ООН по гуманитарным потребностям в южной части Африки.

высоким уровнем доходов во второй половине 90-х годов отрицательно повлияло на новые профилактические мероприятия. Достижения в сфере профилактики прекратились, и во многих случаях впервые за последнее десятилетие был отмечен рост передачи ВИЧ. Точно так же в Таиланде выдающиеся успехи в снижении темпов передачи инфекции в секс-бизнесе, достигнутые в 90-х годах, изменили картину эпидемии; сегодня основные потребности в профилактике существуют среди супружеских пар и регулярных партнеров.

Смягчение последствий

Первые признаки масштабных последствий эпидемии СПИДа для общества появляются на юге и востоке Африки, где обостряется продовольственный кризис, растет число сирот, а государственный и частный секторы испытывают непрекращающееся ослабление кадрового потенциала. СПИД коренным образом изменяет структуру и функционирование общества. Эпидемия формирует порочный круг, сильнее всего поражая страны, имеющие самый слабый потенциал для осуществления противодействия. Сегодня во многих странах СПИД разрушает потенциал быстрее, чем они могут его восстановить.

Учитывая глубокие и долговременные последствия эпидемии, наиболее сильно пострадавшие страны должны пересмотреть и адаптировать свою политику и направления ассигнований во многих сферах, для того чтобы преодолеть надвигающиеся последствия эпидемии. СПИД заставляет полностью изменить подходы к методам развития, сохранения и поддержания навыков. В странах с низкой распространенностью важны агрессивные профилактические усилия с целью сохранения средств, необходимых для человеческого и институционального развития. Необходимо принять долгосрочные перспективные планы по сохранению и восстановлению потенциала в области развития. Срочная необходимость противодействия эпидемии и сохранения человеческих жизней принесет быстрые результаты, но эта деятельность должна быть подкреплена дальновидными мерами с целью восстановления устойчивости общества (см. главу «Последствия»).

Необходима более сильная приверженность для помощи сиротам

Особую озабоченность вызывает игнорирование проблем осиротевших детей. СПИД убил одного из родителей примерно у 12 миллионов детей в Африке к югу от Сахары. При этом меньше чем в половине стран, пораженных крайне острым кризисом, разработаны национальные стратегии по оказанию существенной поддержки детям, осиротевшим или ставшим уязвимыми к эпидемии. Для того чтобы снизить воздействие СПИДа на социальную и экономическую жизнь общин и стран, необходимо позаботиться о сиротах и уязвимых детях – сегодня это политический императив.

Задачи «Следующей повестки дня»

Потребуются чрезвычайные усилия, чтобы совершить масштабный переход от сегодняшних несогласованных подходов к СПИДу к динамичным требованиям «Следующей повестки дня». Выдающиеся национальные и международные лидеры, ученые, лица, ответственные за выработку политики, предприниматели и лидеры общин во всем мире, а также система ООН – все они должны создать новые концепции и определить ключевые задачи, чтобы революционизировать и гармонизировать глобальную деятельность в ответ на эпидемию СПИДа.

Ресурсы и финансирование

В области финансирования «Следующая повестка дня» потребует передовых подходов, которые усилят способность стран определять, какие ресурсы им необходимы для профилактики, ухода и смягчения последствий. Для этого странам и международному сообществу потребуется беспрецедентная приверженность и политическая воля. Значительный прогресс был достигнут в привлечении дополнительных финансовых средств, однако глобальные расходы в 2003 г. составляют

менее половины суммы, которая потребуется в 2005 г., и только четверть суммы, которая потребуется в 2007 г. (см. главу «Финансы»). Гражданским общественным организациям на национальном и общинном уровне необходима помощь для того, чтобы получить доступ к финансовым средствам и правильно их использовать. В свою очередь, донорам и международному сообществу следует точно определить свою справедливую долю взносов для деятельности по противодействию эпидемии ВИЧ.

Следует также усилить работу по отслеживанию ресурсов и проверке, насколько эффективно они используются, так как такая информация – это ключ к продолжению финансовой поддержки программ.

Развитие и восстановление потенциала

Помимо привлечения все больших финансовых средств, необходимо провести большую работу по значительному повышению потенциала стран в области создания программ, а также устранить преграды и узкие места для того, чтобы обеспечить поступление денег туда, где они необходимы для поддержки мероприятий. Эпидемия СПИДа сама по себе серьезно ослабила потенциал для ответной деятельности; во многих случаях ее последствия были самыми тяжелыми в тех общинах и странах, где потенциал и так был наиболее слабым в результате десятилетий неадекватного развития.

Требуются новые смелые подходы к перераспределению средств для развития людских и общественных ресурсов, начиная с мер, направленных на максимально возможное увеличение продолжительности жизни, в том числе, с помощью применения антиретровирусной терапии. В равной степени необходимы как долгосрочные, так и краткосрочные стратегии. В краткосрочной перспективе, в большинстве стран есть резервы людских ресурсов (например, обученные специалисты, вышедшие на пенсию или сменившие работу), которые могут быть задействованы. В долгосрочной перспективе, должны быть разработаны стратегии по борьбе с наиболее неблагоприятными последствиями «утечки мозгов».

Гармонизация и координация

На национальном уровне все заинтересованные стороны должны признать, что эффективная борьба со СПИДом возможна только в том случае, если страны сами ведут ее на своей территории. Международная поддержка играет важную роль, но она эффективна только тогда, когда вливается в национальную ответную деятельность. Понятия национальной собственности, многосекторальности, включения вопросов СПИДа в общую деятельность, гармонизации и согласованности должны основываться на руководящих принципах, известных как «Триединые принципы»: единая согласованная рамочная структура деятельности в связи со СПИДом, обеспечивающая основу для координации работы всех партнеров; единый национальный координационный орган по СПИДу с широкими многосекторальными полномочиями; и единая согласованная система мониторинга и оценки на уровне страны.

Деятельность на основе научных данных

На сегодняшний день является общепризнанным, что СПИД представляет собой серьезную угрозу. На борьбу со СПИДом выделяется больше чем когда-либо ресурсов, и больше чем когда-либо имеется данных о том, какие мероприятия в ответ на эпидемию являются эффективными. Но иногда, к сожалению, желание руководствоваться научными данными и добиваться консенсуса относительно эффективных подходов откладывается в сторону из-за предубеждений или ведомственных интересов в ущерб согласованной глобальной деятельности в ответ на СПИД. Цена потерянного времени – людские жизни, поэтому крайне важно, чтобы мир объединился в общем понимании того, что необходимо сделать для организации быстрого и эффективного противодействия эпидемии.

Исключительность проблем СПИДа

СПИД – необычная болезнь с исключительными и широкомасштабными последствиями; для борьбы с ней требуется особый подход. Эпидемии СПИДа присущи характеристики как кратковременной чрезвычайной ситуации, так и долгосрочного кризиса развития. Необходимы новые и смешанные формы ответной деятельности. Международные финансовые организации должны создать механизмы, которые облегчат странам выплаты по погашению долга, с тем чтобы они могли выделять дополнительные ресурсы для своей деятельности в ответ на СПИД. С вероятными кратковременными проявлениями инфляции из-за выделения дополнительных ресурсов для борьбы с эпидемией ВИЧ можно справиться, и, в любом случае, они несравнимы с долгосрочными последствиями нерешительных мер в ответ на эпидемию для экономики сильно пострадавших стран.

У мировой общественности есть новые инструменты и новые возможности преодолеть бедствия, вызванные эпидемией СПИДа. Сейчас наступил подходящий момент для новой решительной повестки дня, чтобы обуздать эпидемию, и мы не должны его упустить.

2

Эпидемия СПИДа: глобальный обзор

Рост инфицированности ВИЧ среди женщин

В последние годы общая пропорция ВИЧ-инфицированных женщин постоянно увеличивалась. В 1997 году женщины составляли 41% людей, живущих с ВИЧ; к 2002 году эта цифра увеличилась почти до 50%. Эта тенденция более всего заметна в районах, где доминирует гетеросексуальная передача ВИЧ, в частности в Карибском регионе и в Африке к югу от Сахары. Доля женщин также является значительной во многих странах, где эпидемии сконцентрированы в таких ключевых группах населения, как потребители инъекционных наркотиков, мобильное население и заключенные.

Африка к югу от Сахары

Нигде в мире «феминизация» эпидемии не является столь очевидной как в Африке к югу от Сахары, где женщины составляют 57% инфицированных среди взрослого населения, а молодые женщины и девочки составляют 75% инфицированных среди молодежи. Эту тенденцию обусловливает ряд социальных факторов. Зачастую у молодых африканских женщин партнеры-мужчины намного старше их самих – вероятность инфицирования ВИЧ среди таких партнеров намного выше, чем среди молодых мужчин. Гендерное неравенство в регионе сильно мешает африканским женщинам договариваться об использовании презерватива. Кроме того, сексуальное насилие, которое приводит к повреждению тканей и увеличивает риск передачи ВИЧ, распространено широко, особенно в контексте конфликтов, сопровождающихся насилием.

В странах, где показатель распространенности среди населения в целом является высоким, а социальный статус женщин низким, риск инфицирования ВИЧ в результате сексуального насилия высок. Исследование, проведенное среди 1366 женщин в дородовых клиниках в Соуэто, Южная Африка, показало значительно более высокие уровни инфицирования ВИЧ среди женщин, которые подвергались физическому или сексуальному насилию или были полностью зависимыми от своих партнеров-мужчин. Это исследование также подтвердило, что распространенность ВИЧ среди мужчин, применяющих насилие, выше, чем среди тех, кто не допускает насилия (Dunkle et al., 2004).

Азия

Аналогичные факторы угрожают женщинам в Южной и Юго-Восточной Азии, однако общее воздействие эпидемии в регионе намного ниже, поскольку в большинстве стран она сконцентрирована среди потребителей инъекционных наркотиков и других ключевых групп населения. В конце 2002 года на женщин приходилось 28% инфекций, что было чуть выше по сравнению с оценками на конец 2001 года. В Южной Азии слабое экономическое и социальное положение женщин чревато серьезными последствиями. Сопоставимость между показателями, характеризующими низкий статус женщин и их уязвимость к ВИЧ, указывает на тесную взаимосвязь между патриархатом и ВИЧ в Южной Азии (ПРООН, 2003). Женщины, как правило, имеют ограниченный доступ к услугам по защите репродуктивного здоровья и зачастую ничего не знают о ВИЧ, о путях его передачи и о мерах профилактики. Социальные и культурные нормы часто не позволяют им настаивать на использовании таких способов профилактики, как презервативы, в их отношениях с супругами.

Глобальный рост, глобальное неравенство

Процент ВИЧ-инфицированных женщин также растет в Северной Америке (25% в 2003 году по сравнению с 20% в 2001 году); Океании (19% в 2003 году по сравнению с 17% в 2001 году); Латинской Америке (36% в 2003 году по сравнению с 35% в 2001 году); Карибском бассейне (49% в 2003 году по сравнению с 48% в 2001 году), а также в Восточной Европе и Центральной Азии (33% в 2003 году по сравнению с 32% в 2001 году). В то время как сравнение всех региональных факторов, обусловливающих такой рост, представляется сложным, очевидно, что в основе этого лежит гендерное неравенство – особенно правила, которые определяют половые отношения для женщин и мужчин.

Эпидемия СПИДа: глобальный обзор

В 2003 году, по оценкам, 4,8 миллиона людей (4,2 –6,3 миллиона) заразились ВИЧ. Это больше чем за любой другой предшествующий год. Сегодня около 37,8 миллиона человек (от 34,6 до 42,3 миллиона) живут с ВИЧ, который убил 2,9 миллиона человек (2,6 – 3,3 миллиона) в 2003 году и более 20 миллионов начиная с 1981 года, когда были установлены первые случаи СПИДа.

Эпидемия остается очень динамичной, нарастающей и меняющейся по своему характеру, поскольку вирус использует новые возможности для передачи. Места для самоуспокоенности нет нигде. Фактически ни одна страна в мире не осталась незатронутой. В некоторых странах, которые ослабили бдительность, отмечается новый рост числа людей, инфицированных ВИЧ. Например, в некоторых промышленно развитых странах широкий доступ к антиретровирусным препаратам способствует распространению опасного мифа о том, что СПИД побежден. В Африке к югу от Сахары общий процент взрослых, инфицированных ВИЧ, в последние годы оставался стабильным, однако число людей, живущих с ВИЧ, по-прежнему растет.

Эпидемия в регионах развивается неоднородно – некоторые страны пострадали более других. Даже на уровне страны, как правило, отмечаются широкие колебания уровня инфицирования между провинциями, штатами или районами, а также между городскими и сельскими территориями. В действительности национальную картину составляет серия эпидемий, имеющих свои собственные характеристики и динамику.

С 2002 года наблюдается новый рост активности и приверженности в борьбе с эпидемией. Значительно увеличены финансовые средства; доноры изучают пути для более быстрого и эффективного направления ресурсов, выделяемых на борьбу со СПИДом, туда, где они более всего нужны. Резко снизилась стоимость антиретровирусных лекарственных препаратов; прилагаются координированные усилия для того, чтобы сделать лечение доступным для миллионов людей в странах с низким и средним уровнем доходов, чья жизнь зависит от такого лечения. Сейчас также имеется больше финансовых средств для профилактики.

Вместе все эти подходы в значительной мере помогают сдержать распространение ВИЧ и восстановить качество жизни инфицированных людей и членов их семей. Однако везде масштабы этих усилий далеки от уровня, необходимого для того, чтобы остановить или обратить эпидемию вспять. При нынешних темпах распространения ВИЧ будет оказывать все более серьезное влияние в обозримом будущем, разрушая структуру общества.

Азия

По оценкам, в Азии 7,4 миллиона людей (5,0 – 10,5 миллиона) живут с ВИЧ. Считается, что в 2003 году от СПИДа умерли около полумиллиона людей (330 – 740 тысяч) и вдвое больше – 1,1 миллиона (610 тысяч – 2,2 миллиона) – как предполагается, вновь заразились ВИЧ. Среди молодежи в возрасте 15-24 лет 0,3% женщин (0,2-0,3%) и 0,4% мужчин (0,3-0,5%) к концу 2003 года были ВИЧ-инфицированными. Эпидемия в этом регионе

Тенденции в развитии глобальной ВИЧ-инфекции

Число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, продолжает расти, невзирая на существование эффективных стратегий профилактики. Все оценки, приведенные в настоящем докладе, основаны на новых методиках оценки и последних имеющихся данных. Таким образом, нынешние оценки нельзя сравнивать непосредственно с ранее опубликованными оценками. Начиная с 1998 года ЮНЭЙДС и ВОЗ составляют оценки по странам в отношении ВИЧ каждые два года. За это время методы и допущения, используемые для получения таких оценок, постоянно менялись. Референс-группа ЮНЭЙДС по оценкам, моделированию и прогнозированию (приглашенные ЮНЭЙДС ученые и исследователи из разных учреждений) проводит ежегодные встречи в целях управления этим процессом и совершенствования научно-исследовательских инструментов, используя опыт, накопленный небольшими техническими группами в течение года. После этого пересмотренные допущения и методы применяются для проведения очередной серии оценок.

ЮНЭЙДС и ВОЗ пересмотрели свои глобальные оценки числа взрослых, живущих с ВИЧ/СПИДом, в частности в регионе Африки к югу от Сахары. Эти новые оценки являются результатом уточнения данных эпиднадзора в странах, получения дополнительной информации в ходе обследования домохозяйств и постоянного совершенствования методики моделирования, используемой ЮНЭЙДС, ВОЗ и партнерами. Это привело к уменьшению глобальных оценок по СПИДу за 2003 год, а также за предыдущие годы. Несмотря на то что глобальные оценки уменьшились, это не означает, что эпидемия СПИДа ослабляет свои темпы или обращается вспять. Эпидемия продолжает нарастать.

Существует множество проблем при определении точного уровня распространенности любого заболевания - все цифры представляют собой оценки на основе имеющихся данных. Хотя фактическая информация о ВИЧ более точная по сравнению с информацией о многих других инфекционных заболеваниях, некоторые утверждают, что ЮНЭЙДС и ВОЗ иногда недооценивают эпидемию, а иногда завышают оценочные данные по ВИЧ. В действительности все сложнее, поскольку глобальные оценки основаны на страновых оценках, которые в свою очередь получены с помощью страновых систем эпиднадзора. Эти системы собирают данные об уровнях инфицирования ВИЧ в различных группах, однако такие данные являются неполными, а их качество варьируется.

Во многих странах огромные группы населения в сельских районах недостаточно охвачены системой эпиднадзора. Ввиду социальных и политических предрассудков многие системы эпиднадзора также не охватывают группы населения, которые больше других могут быть подвержены риску инфицирования ВИЧ, такие как потребители инъекционных наркотиков, работники секс-бизнеса и мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами. К 2002 году лишь 36% стран с низким и средним уровнем доходов полностью внедрили системы эпиднадзора; однако среди стран с генерализованной эпидемией (где показатель распространенности ВИЧ превышает 1%) лишь 58% имели такую систему.

Три наиболее часто используемых источника данных включают: системы дозорного эпиднадзора, проводящие периодические обследования среди определенных групп населения; общенациональные обследования населения; и отчеты о заболеваниях, поступающие из учреждений здравоохранения. Для каждого вида данных характерны свои сильные и слабые стороны. Если можно будет использовать большее число источников, это позволит получить более точную картину, а также сделать более точные оценки. Во многих странах Африки к югу от Сахары вирус распространяется среди широких слоев населения, при этом оценки часто основаны на информации, полученной в отношении беременных женщин, посещающих определенные дородовые женские консультации. В последнее время в ряде стран были проведены общенациональные обследования населения, включая тестирование на ВИЧ; некоторые из них представляли собой обследования в области демографии и здравоохранения. Примерами являются Бурунди, Замбия, Зимбабве, Кения, Мали, Нигер и Южная Африка. Данные, полученные в ходе таких обследований, позволяют сделать вывод о том, что предыдущие оценки, основанные на результатах дозорного эпиднадзора, оказались слишком завышенными. Однако любые данные могут включать систематические ошибки. Например:

- Допущение о том, что уровень распространенности ВИЧ среди беременных женщин эквивалентен уровню распространенности как среди мужчин, так и среди женщин, проживающих в соседних общинах, может оказаться неверным в некоторых странах.
- Данные, полученные в дородовых женских консультациях, не в полной мере характеризуют группы населения в удаленных сельских районах, причем данные, которые можно было бы использовать для корректировки этой систематической ошибки, незначительны.
- При проведении обследований домохозяйств в некоторых странах уровни распространенности ВИЧ-инфекции среди людей, отказывающихся участвовать, а также среди тех, кто отсутствует во время работы группы, проводящей обследование, могут быть значительно выше.

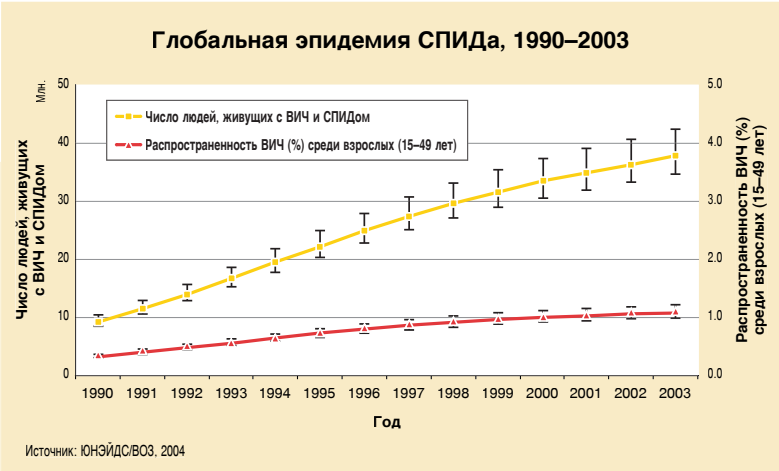


Рисунок 1

Трудности, которые возникают при согласовании различных оценок, основанных на данных, полученных в учреждениях здравоохранения и при проведении обследований среди населения, не касаются исключительно ВИЧ. В отношении ряда состояний и заболеваний, включая дефицит питательных микроэлементов, неинфекционные и инфекционные заболевания, оценки были уточнены благодаря проведению обследований, включающих сбор клинических и биологических данных. Даже если используются другие, немедицинские показатели, такие как уровни бедности, согласование данных национальных переписей домохозяйств с результатами обследований домохозяйств представляет собой трудный технический вопрос. Однако большинство экспертов согласны с тем, что следует применять и то и другое и что истина относительно глобальной бедности и неравенства лежит где-то посередине между крайними оценками, получаемыми при использовании этих двух методик.

Точная картина эпидемии чрезвычайно важна для определения направленности национальных ответных мер. Некоторые страны могут завышать оценки, если считается, что это увеличит их шансы на получение международной финансовой помощи. Или же они могут занижать оценки, чтобы завуалировать плохое политическое руководство или потому что они опасаются, что высокие показатели ВИЧ отпугнут туристов или деловых инвесторов. Однако различие в интерпретации данных в основном вытекает не из намеренного искажения данных, а из простого факта наличия существенных пробелов в данных.

Еще до опубликования последних результатов обследований усовершенствование системы дозорного эпиднадзора привело к снижению оценок для ряда стран Африки. Это хорошая новость, поскольку это означает, что число людей, которые пострадают от ужасов СПИДа, окажется меньшим, однако это не должно послужить поводом для необоснованного оптимизма. Для Африки СПИД остается катастрофой, и требуется неуклонная приверженность, чтобы обратить эпидемию вспять и ослабить ее страшные последствия.

Хорошие сведения являются основой для принятия надлежащих мер

Почти повсеместно большинство членов общества осуждает, а иногда сурово наказывает такое поведение, как употребление запрещенных наркотиков, секс между мужчинами и участие в секс-бизнесе. Это общественное осуждение означает, что люди, допускающие такое поведение, часто игнорируются системами эпиднадзора, даже несмотря на то что они относятся к группам, которым более всего грозит риск инфицирования ВИЧ. Отсутствие контроля за тем, что происходит среди них, неизбежно означает, что усилия в ответ на эпидемию будут не соответствовать требованиям и победа останется за ВИЧ. Страны, проводящие комплексный эпиднадзор, скорее получат точную картину о своей эпидемии и смогут лучше спланировать свои эффективные ответные меры.

Информация о ходе глобальных мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа – 2004 г.

Эпидемия СПИДа продолжает расширяться; уязвимые группы населения подвергаются самому высокому риску

- Данные из стран указывают на то, что число людей, живущих с ВИЧ, продолжает расти во всех регионах мира, несмотря на существование эффективных стратегий профилактики. Африка к югу от Сахары остается наиболее сильно пострадавшим регионом с крайне высокими уровнями распространенности ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15-24 лет в целом ряде стран.
- Эпидемия ВИЧ в Азии по-прежнему в основном сосредоточена среди потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, работников секс-бизнеса, клиентов работников секс-бизнеса и их сексуальных партнеров. Охват этих групп населения эффективными мероприятиями профилактических программ неадекватен.
- В Восточной Европе и Центральной Азии развиваются разнообразные эпидемии ВИЧ. Основной движущей силой эпидемий в регионе является употребление инъекционных наркотиков.
- Во многих странах с высокими уровнями доходов секс между мужчинами играет важную роль для развития эпидемии. Значение употребления инъекционных наркотиков не везде одинаково. В 2002 году на его долю приходилось более 10% всех зарегистрированных ВИЧ-инфекций в Западной Европе и 25% ВИЧ-инфекций в Северной Америке.
- В 12 странах Латинской Америки и Карибского бассейна распространенность ВИЧ среди беременных женщин по оценкам составляет 1% и более.

Источник: ЮНЭЙДС

по-прежнему в основном сосредоточена среди потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, работников секс-бизнеса, клиентов работников секс-бизнеса и их сексуальных партнеров.

Китай и Индия: крупные эпидемии

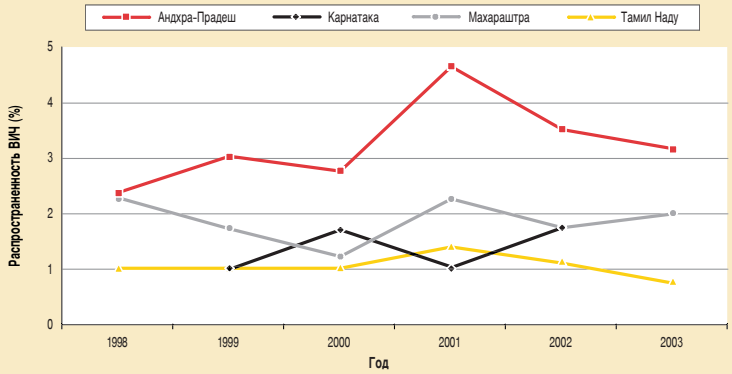
Данный регион включает наиболее густонаселенные страны мира – Китай и Индию, – на которые приходится 2,25 миллиарда человек. Общенациональный показатель распространенности ВИЧ в обеих странах очень низкий: 0,1% (0,1-0,2%) в Китае и в пределах от 0,4 до 1,3% в Индии. Однако более внимательный анализ показывает, что в ряде провинций, территорий и штатов этих стран развивается очень серьезная эпидемия.

В Китае к 2010 году ВИЧ могут заразиться 10 миллионов человек, если не будут приняты действенные меры. Вирус охватил все 31 провинции, автономные и муниципальные районы, и в то же время в каждом районе эпидемия имеет свой отличительный характер. В некоторых распространению ВИЧ способствует употребление инъекционных наркотиков. Среди потребителей инъекционных наркотиков показатель распространенности ВИЧ составляет 35-80% в Синьяне и 20% в Гуандуне. В других районах, таких как Аньхой, Хэнань и Шаньдун, ВИЧ начал активно распространяться в начале 1990-х годов среди сельских жителей, которые продавали плазму крови, чтобы пополнить свои скудные доходы от сельского хозяйства. Было установлено, что уровни инфицирования составляют 10-20%, а в некоторых общинах достигают 60%. В результате многие люди уже умерли от СПИДа.

Индия имеет самое большое число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, после Южной Африки – по оценкам, в 2002 году это число составляло 4,6 миллиона человек. Инфекции в основном передаются половым путем, однако небольшой процент передается в результате употребления инъекционных наркотиков. Употребление инъекционных наркотиков преобладает в Манипуре и Нагаленде на северо-востоке страны, на границе с Мьянмой и вблизи «Золотого треугольника». В этом районе было установлено, что уровни инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, пользующихся загрязненным инъекционным инструментарием, составляют 60-75%.

В южных штатах Андра-Прадеш, Карнатака, Махараштра и Тамилнаду ВИЧ передается преимущественно в результате гетеросексуальных контактов, что в значительной степени связано с секс-бизнесом. Более того, согласно результатам некоторых

Медианный показатель распространенности ВИЧ среди посетительниц дородовых консультаций в штатах Андхра-Прадеш, Карнатака, Махараштра и Тамил Наду (Индия), 1998–2003*



* Данные с согласованных сайтов

Источник: Национальная организация по контролю за СПИДом, Индия

Рисунок 2

обследований, более половины работников секс-бизнеса инфицированы ВИЧ. Во всех четырех штатах уровни инфицирования среди беременных женщин, посещающих дозорные дородовые женские консультации, оставались приблизительно стабильными, превышая 1%; это позволяет предположить, что значительное число клиентов работников секс-бизнеса, возможно, передали ВИЧ своим женам (см. Рис.2).

В Индии уровень знаний о ВИЧ по-прежнему остается низким. Как свидетельствуют результаты общенационального обследования поведения, проведенного в 2001 году среди почти 85 000 человек, лишь 75% респондентов слышали о СПИДе, причем уровень информированности оказался особенно низким среди сельских женщин в Бихаре, Гуджарате и Западной Бенгалии. Менее 33% всех респондентов слышали когда-либо об инфекциях, передающихся половым путем, и лишь 21% знали о наличии взаимосвязи между инфекциями, передающимися половым путем, и ВИЧ.

Передача ВИЧ через секс между мужчинами также является одной из основных причин для озабоченности во многих штатах Индии. Недавно проведенное исследование показало, что многие мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, также имеют половые контакты с женщинами. Согласно результатам надзора за поведением, проведенного в 2002 году в пяти городах среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, 27% респондентов указали на то, что они состояли в браке или жили половой жизнью с женщиной-партнером. В ходе исследования, проведенного в 2001 году в бедном районе в Ченнаи, было установлено, что 7% мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, были инфицированы ВИЧ. В настоящее время особое внимание уделяется районам с высоким зарегистрированным показателем распространенности, однако существует озабоченность по поводу того, что может происходить в обширных по территории районах Индии, где данные очень ограничены.

Рискованное поведение растет

Данные о поведении, полученные в других частях Южной Азии, позволяют предположить, что условия для распространения ВИЧ созрели. Например, в Бангладеш общенациональный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения составляет менее 0,1%, однако уровни рискованного поведения значительны. Здесь доля мужчин, покупающих сексуальные услуги, по-прежнему выше, чем в других частях региона. Более того, большинство таких мужчин не пользуются презервативами во время платных сексуальных контактов, а согласно информации, полученной от женщин-работниц секс-бизнеса, уровень использования презервативов самый низкий в регионе.

Среди потребителей инъекционных наркотиков 71% из тех, кто не участвует в программах обмена шприцев, пользуются нестерильным инъекционным инструментарием; для сравнения этот же показатель составляет 50% среди тех, кто участвует в программах в центральном районе Бангладеш, и 25% среди тех, кто участвует в программах в северо-западном районе этой страны. Как представляется, употребление наркотиков в юго-восточном

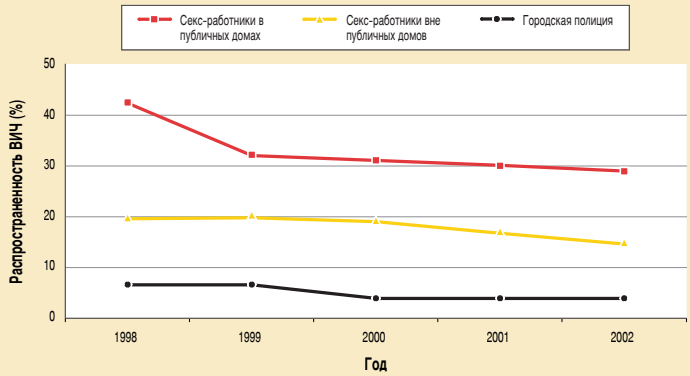
районе Бангладеш растет (Дакка, 2003). Результаты обследований показывают, что лишь около 65% молодых людей, менее 20% замужних женщин и лишь 33% женатых мужчин когда-либо слышали о СПИДе.

В Пакистане результаты общенациональных исследований, проведенных в 2001 году среди групп населения, которым более других грозит риск ВИЧ, дали очень низкий показатель распространенности. По оценкам, показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения в Пакистане составляет 0,1%. В стране также около 3 миллионов потребителей героина, многие из которых начали употреблять инъекционные наркотики в 1990-х годах. Первая вспышка ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков была отмечена в 2003 году. В Ларкане, небольшом городе в провинции Синд, где занимаются выращиванием риса, 10% из 175 потребителей инъекционных наркотиков имели положительную реакцию на ВИЧ. Результаты исследования поведения, проведенного в Куэтта, показали, что большой процент респондентов пользовался нестерильным инъекционным инструментарием, причем более половины из них указали на то, что они посещали работников секс-бизнеса. Немногие слышали о СПИДе, и еще меньшее число опрошенных когда-либо пользовалось презервативом.

В Юго-Восточной Азии, в частности в трех странах – Камбодже, Мьянме и Таиланде, – зарегистрирована особенно серьезная эпидемия. В Камбодже общенациональный показатель распространенности составляет около 3% – это самый высокий показатель в Азии. Данные указывают на то, что эпидемия в Камбодже претерпела определенные резкие изменения. Например, уровень инфицирования работников секс-бизнеса в публичных домах снизился с 43% в 1998 году до 29% в 2002 году (см. Рис. 3).

Кроме того, отмечено устойчивое уменьшение показателя распространенности среди их клиентов, которые включат полицейских, военнослужащих и водителей мототакси. Считается, что это обусловлено ростом практики использования презервативов, а также уменьшением числа посещений

Тенденции распространенности ВИЧ среди различных групп, Камбоджа, 1998–2002



Источник: Отдел эпиднадзора Камбоджи, Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и БПП, 2004

Рисунок 3

работников секс-бизнеса. Однако картина остается неполной: мало было сделано для того, чтобы отследить развитие эпидемии среди потребителей наркотиков или среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, даже несмотря на то что, по результатом последних измерений, выполненных в 2000 году, показатель распространенности ВИЧ среди мужчин-работников секс-бизнеса в столице был выше 15% (Girault et al., 2004).

Таиланд: прогресс замедлился

В Таиланде число новых инфекций снизилось с пикового показателя около 140 000 в год в 1991 году до примерно 21 000 в 2003 году. Это примечательное достижение было обусловлено главным образом тем, что мужчины стали чаще пользоваться презервативами и реже посещать публичные дома. Однако с годами характер эпидемии в Таиланде менялся (см. Рис. 4). Появляется все больше данных о том, что в настоящее время ВИЧ распространяется в основном среди супругов и партнеров клиентов работников секс-бизнеса и среди маргинальных слоев населения, таких как потребители инъекционных наркотиков и мигранты.

Невзирая на бесспорные успехи, достигнутые Таиландом, охват мерами профилактики недостаточен. Это особенно касается мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков – уровни инфицирования среди них остаются

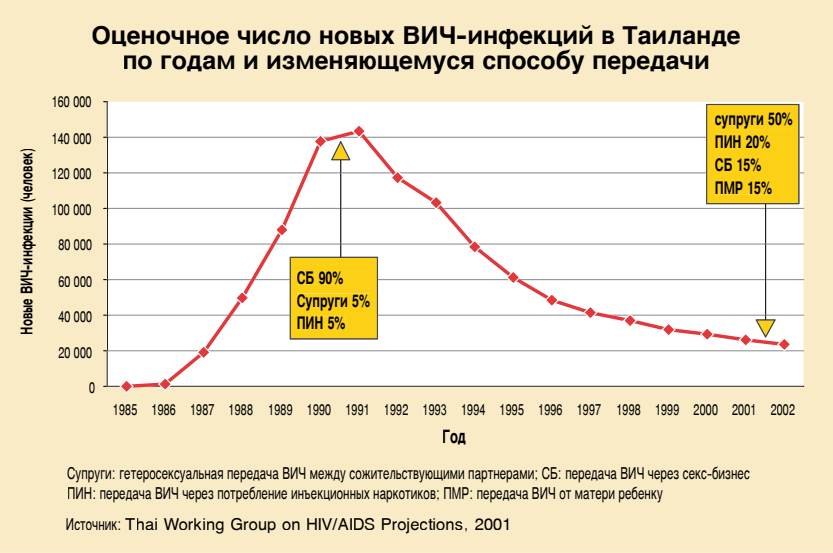


Рисунок 4

высокими. В Бангкоке более 15% мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, которые прошли тестирование в рамках проведенного в 2003 году исследования, имели положительную реакцию на ВИЧ и 21% не пользовались презервативом во время секса со своим последним случайным партнером.

Многие молодые мужчины в Таиланде стараются избегать посещения публичных домов, поскольку они боятся заразиться ВИЧ. Однако снижение уровня посещения работников секс-бизнеса, вероятно, сопровождалось ростом сексуальных контактов вне брака и случайных половых контактов. Молодые тайские женщины также, вероятно, чаще имеют сексуальные отношения до брака по сравнению с предыдущими поколениями (VanLandingham & Trullijo, 2002). В провинции Чанраи исследование, проведенное среди учащихся профессионально-технических училищ, показало, что лишь 7% обследованных мужчин указали на то, что у них ранее были сексуальные связи за деньги, но при этом почти половина учащихся (мужчин и женщин) вели половую жизнь. Результаты надзора за поведением, проведенного в период с 1996 по 2002 годы, указали на очевидный рост пропорции учащихся средних школ, которые ведут половую жизнь. Эти же результаты показывают, что уровень пользования презервативами постоянно остается низким.

Одной из новых эпидемий в регионе является эпидемия во Вьетнаме. Национальный показатель распространенности по-прежнему остается намного ниже 1%, однако во многих провинциях результаты дозорного эпиднадзора показали, что уровни распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составляют 20%. Несмотря на то что показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в конце 1990-х годов в некоторых провинциях значительно вырос, в последнее время отмечены новые вспышки в других провинциях, таких как Кантхо, Хюэ, Намдинь, Тхайнгуен и Тханьхоа. Считается, что использование нестерильного инструментария для употребления инъекционных наркотиков обусловливает две трети ВИЧ-инфекций, однако небезопасный секс также вызывает озабоченность во Вьетнаме. В 2002 году в крупных городах показатели распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса составляли 8-24%.

Эпидемия в Индонезии в настоящее время распространена неравномерно среди населения этого архипелага, насчитывающего 210 миллионов человек; особенно сильно пострадали 6 из 31 провинций. Развитию общенациональной эпидемии также во многом способствует использование загрязненных игл и шприцев для употребления инъекционных наркотиков. Показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, число которых составляет 125 – 196 тысяч, за период с 1999 по 2003 годы вырос в три раза – с 16% до 48%. В 2002 и 2003 годах показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, посетивших центры тестирования в столице страны Джакарте, колебался от 66% до 93%. Потребители наркотиков в Индонезии регулярно подвергаются аресту и помещаются

в тюрьмы. В начале 2003 года 25% заключенных в тюрьме Сипинанг в Джакарте были ВИЧ-инфицированными.

Показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса в Индонезии – их число превышает 200 000 – сильно варьируется. Во многих районах результаты проведенного в последнее время серологического надзора указывают на то, что среди этой группы населения ВИЧ-инфекция все еще встречается редко. Однако в некоторых районах страны за последние 1-2 года был зарегистрирован резкий рост – согласно данным, эти уровни достигают 8-17%. В Джакарте среди транссексуалов, занятых в секс-бизнесе, которых называют «вариа», отмечен резкий рост показателя распространенности – с 0,3% в 1995 году до приблизительно 22% в 2002 году. Существуют убедительные данные, которые указывают на то, что различные сети, включающие работников секс-бизнеса и потребителей инъекционных наркотиков, в значительной мере взаимно перекрываются, тем самым создавая идеальную среду для распространения ВИЧ.

Океания

В Австралии, после длительного снижения, ежегодное число новых диагнозов ВИЧ за последние пять лет постепенно выросло – примерно с 650 случаев в 1998 году до около 800 случаев в 2002 году. Передача ВИЧ по-прежнему происходит преимущественно в результате половых контактов между мужчинами. Среди мужчин, которым был поставлен диагноз ВИЧ-инфекция в период с 1997 по 2002 годы, более 85% имели ранее секс с мужчиной. Относительно небольшой процент новых случаев ВИЧ-инфекции был связан с употреблением инъекционных наркотиков (3,4%) или с гетеросексуальными контактами (8,5%). Аналогичным образом основной формой передачи ВИЧ в Новой Зеландии остаются половые контакты между мужчинами.

Папуа – Новая Гвинея, которая находится на одном острове с провинцией Ириан Джайа, одной из наиболее пострадавших провинций Индонезии, имеет самый высокий показатель распространенности ВИЧ в Океании. Показатель распространенности ВИЧ превышает 1% среди беременных женщин в столице страны Порт-Морсби, а также в городах Горока и Лаэ. Эпидемия в Папуа – Новой Гвинее в основном развивается в результате гетеросексуальных контактов. Высокие уровни других инфекций, передающихся половым путем, указывают на типы поведения, которые также могут способствовать распространению ВИЧ среди других слоев населения, помимо работников секс-бизнеса и их клиентов.

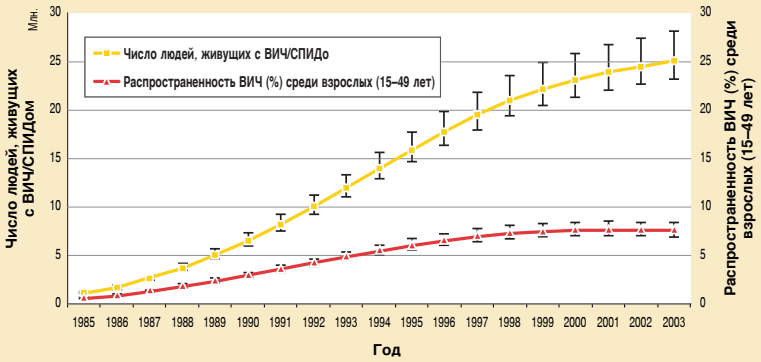
На других островах Океании уровни инфицирования ВИЧ по-прежнему остаются очень низкими, однако уровни распространенности инфекций, передающихся половым путем, высоки. Если у человека имеется инфекция, передающаяся половым путем, ему грозит более высокий риск заражения ВИЧ или риск передачи ВИЧ другим во время половых контактов. В Вануату среди беременных женщин постоянно отмечаются высокие уровни некоторых инфекций, передающихся половым путем: 28% имеют *Chlamydia* и 22% имеют *trichomonas*. Около 6% беременных женщин заражены гонореей и 13% - сифилисом. Примерно у 40% женщин были обнаружены сразу несколько инфекций, передающихся половым путем. Точно так же на Самоа 31% беременных женщин имели *Chlamydia* и 21% – *trichomonas*. В целом, 43% беременных женщин имели по крайней мере одну инфекцию, передающуюся половым путем.

Африка к югу от Сахары

В Африке к югу от Сахары проживает чуть более 10% мирового населения, однако здесь зарегистрировано почти две трети всех людей, живущих с ВИЧ, – около 25 миллионов (23,1-27,9 миллиона). Только в 2003 году, по оценкам, в этом регионе 3 миллиона человек (2,6-3,7 миллиона) заразились инфекцией и еще 2,2 миллиона (2,0-2,5 миллиона) умерли от СПИДа. По состоянию на конец 2003 года среди молодых людей в возрасте 15-24 лет 6,9% женщин (6,3-8,3%) и 2,1% мужчин (1,9-2,5%) жили с ВИЧ.

Во многих африканских странах отмечены генерализованные эпидемии. Это означает, что ВИЧ распространяется среди населения в целом,

Эпидемия в Африке к югу от Сахары, 1985–2003 гг.



Источник: ЮНЭЙДС/ВОЗ

Рисунок 5

а не только среди групп высокого риска, таких как работники секс-бизнеса и их клиенты, мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, и потребители инъекционных наркотиков. В Африке к югу от Сахары, по мере роста общей численности взрослого населения, число людей, живущих с ВИЧ, увеличивается, в результате чего показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения в последние годы оставался стабильным (см. Рис. 5). Однако за такой общей стабилизацией в регионе Африки к югу от Сахары скрываются важные региональные колебания.

Несмотря на то что в большинстве стран распространенность является стабильной, тем не менее она все еще повышается в некоторых странах, таких как Мадагаскар и Свазиленд, и снижается в Уганде, а также в некоторых небольших районах в ряде других стран. Стабилизация уровня инфицирования в рамках развития эпидемии часто является результатом повышения показателей смертности от СПИДа, что скрывает по-прежнему высокий уровень возникновения новых инфекций. Даже если показатель распространенности ВИЧ снижается, как это отмечается в Уганде, уровень возникновения новых инфекций может оставаться высоким.

В рамках одной страны показатель распространенности ВИЧ может колебаться в зависимости от региона. Давно было признано, что в большинстве стран уровни инфицирования ВИЧ выше в городских районах по сравнению с сельскими районами.

Анализ результатов общенациональных исследований, проведенных среди общин, показывает, что показатель распространенности ВИЧ в городских районах примерно в два раза выше, чем в сельских районах (см. Рис. 6).

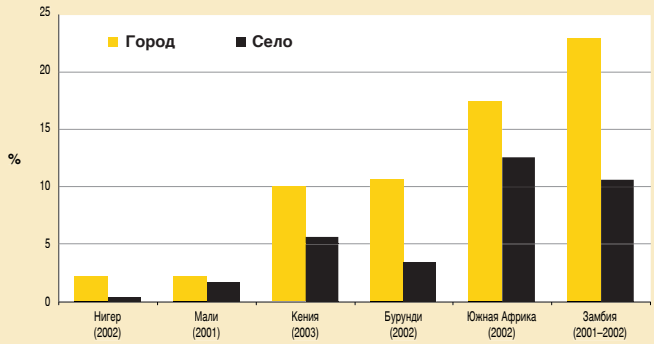
Женщинам грозит более высокий риск

Африканские женщины заражаются в более раннем возрасте по сравнению с мужчинами, причем разница в показателе распространенности ВИЧ между ними продолжает увеличиваться. В начале эпидемии число женщин, живущих с ВИЧ, было намного меньше числа мужчин, живущих с ВИЧ. Но в настоящее время в среднем на каждые 10 инфицированных мужчин приходится 13 инфицированных женщин – в 2002 году это соотношение было 10 к 12. Разница в уровнях инфицирования более выражена в городских районах – 14 инфицированных женщин на каждые 10 инфицированных мужчин – по сравнению с сельскими районами – 12 инфицированных женщин на каждые 10 инфицированных мужчин (Stover, 2004).

Разница в уровнях инфицирования между женщинами и мужчинами еще более заметна среди молодежи в возрасте 15-24 лет. В анализе уровней инфицирования ВИЧ среди людей в

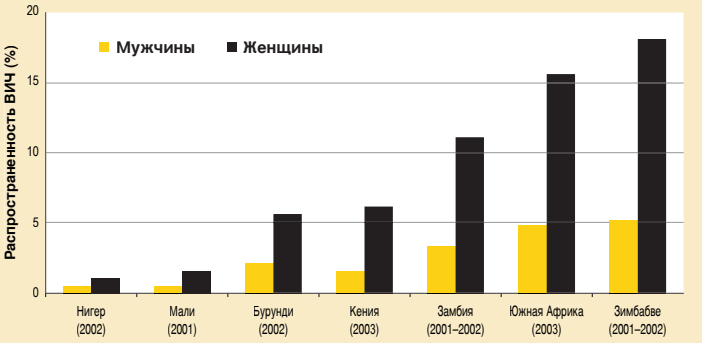
Рисунок 6

Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрасте 15–49-лет в городских и сельских районах в некоторых странах Африки к югу от Сахары, 2001–2003 гг.



Источники: Бурунди (Enquête Nationale de Séroprévalence de l'Infection par le VIH au Burundi. Bujumbura, Décembre 2002). Кения (Kenya Demographic and Health Survey 2003). Мали (Enquête Démographique et de Santé. Mali 2001). Нигер (Enquête Nationale de Séroprévalence de l'Infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 à 49 ans au Niger 2002). Южная Африка (Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS. South African National HIV Prevalence, Bahavioural Risks and Mass Media. Household Survey 2002). Замбия (Zambia Demographic and Health Survey 2001–2002).

Показатель распространенности ВИЧ среди молодежи в возрасте 15–24-лет в некоторых странах Африки к югу от Сахары, 2001–2003 гг.



Источники: Бурунди (Enquête Nationale de Séroprévalence de l'Infection par le VIH au Burundi. Bujumbura, Décembre 2002). Кения (Kenya Demographic and Health Survey 2003. Мали (Enquête Démographique et de Santé. Mali 2001). Нигер (Enquête Nationale de Séroprévalence de l'Infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 à 49 ans au Niger (2002). Южная Африка (Pettifor AE, Rees HV, Steffenson A, Hlongwa-Madikizela L, MacPhail C, Vermaak K, Kleinschmidt I: HIV and sexual behaviour among young South Africans: a national survey of 15–24 year olds. Johannesburg: Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand, 2004). Замбия (Zambia Demographic and Health Survey 2001–2002). Зимбабве (The Zimbabwe Young Adult Survey 2001–2002)

Рисунок 7

возрасте 15-24 лет сравнивается доля молодых женщин, живущих с ВИЧ, с долей молодых мужчин, живущих с ВИЧ (см. Рис. 7). Этот показатель колеблется от 20 женщин на каждые 10 мужчин в Южной Африке до 45 женщин на каждые 10 мужчин в Кении и Мали.

В Африке к югу от Сахары на гетеросексуальный путь приходится подавляющее большинство случаев передачи ВИЧ-инфекций. На небезопасную медицинскую инъекционную практику, как считается, приходится 2,5% всех инфекций. Недавно была выдвинута идея о том, что небезопасная инъекционная практика обусловливает большую часть случаев передачи ВИЧ в регионе (Gisselquist et al., 2002). Однако проведенный недавно обзорный анализ имеющихся данных позволил сделать вывод о том, что, хотя это и серьезная проблема, небезопасная медицинская инъекционная практика не распространена настолько широко, чтобы играть доминирующую роль в передаче ВИЧ-инфекции в Африке к югу от Сахары (Schmid et al., 2004).

Теория «небезопасной инъекционной практики» не учитывает возможность того, что люди, имеющие связанное с ВИЧ заболевание, могут получать больше инъекций. Более того, характер инъекций в условиях учреждений здравоохранения не совпадает с характером распределения ВИЧ-инфекций в Африке к югу от Сахары по возрасту и полу. Хотя безопасность инъекций должна быть обеспечена в учреждениях здравоохранения при любых условиях, эффективные стратегии, нацеленные на профилактику передачи инфекции половым путем, обладают наибольшим потенциалом для того, чтобы повернуть вспять ход эпидемии в этом регионе.

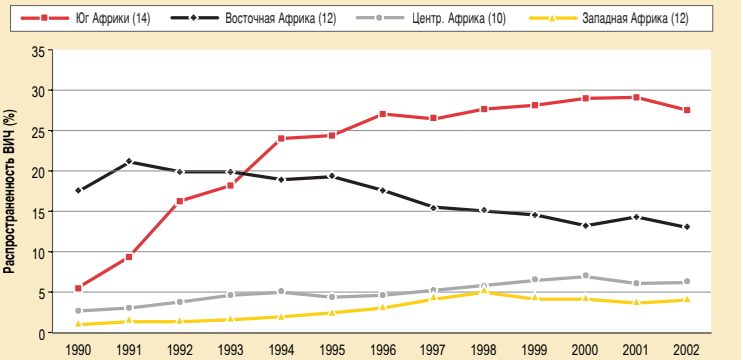
Разнообразные уровни и тенденции

На данном субконтиненте отмечается огромное разнообразие в уровнях и тенденциях инфицирования ВИЧ (см. Рис. 8). Юг Африки остается наиболее пострадавшим регионом в мире: данные, полученные в некоторых дородовых женских консультациях в городских районах в 2002 году, указывают на то, что показатель распространенности ВИЧ превысил 25% в результате быстрого роста с уровня в 5%, отмеченного в 1990 году. На востоке Африки показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в городских районах в 2002 году снизился до 13%, в то время как в начале 1990-х годов он составлял 20%. В течение этого периода показатель распространенности ВИЧ в Западной и Центральной Африке оставался стабильным.

Нет какого-либо единого объяснения того, почему эпидемия столь сильно свирепствует на юге Африки. Вероятно, это можно объяснить

Рисунок 8

Медианный показатель распространенности ВИЧ (%) в дородовых консультациях в городских районах, с разбивкой по субрегионам (с указанием числа городов), 1990–2002 гг.



Источник: Адаптировано из Доклада Африканского отделения ВОЗ, 2003 г.

Мобильность и распространение ВИЧ

Мобильность населения всегда являлась одной из основных движущих сил в развитии эпидемий инфекционных заболеваний. Недавно было проведено два исследования, в ходе которых была проанализирована роль мобильности населения в распространении ВИЧ.

Одно исследование, проведенное в целях анализа соотношения между мобильностью, сексуальным поведением и ВИЧ-инфекцией среди городских жителей, включало опрос репрезентативной выборки с участием 1913 мужчин и женщин в Яунде, Камерун. В ходе исследования определялась мобильность населения за период в один год. Было установлено, что показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, которые отсутствовали более 31 дня, составлял 7,6%. Показатель распространенности ВИЧ среди тех, кто отсутствовал менее 31 дня в году, составлял 3,4%, в то время как показатель распространенности ВИЧ среди тех, кто не уезжал из дома за последние 12 месяцев, составлял 1,4%. Связь между мобильностью мужчин и ВИЧ очевидным образом была обусловлена рискованным сексуальным поведением и оставалась значительной после учета других важных переменных. Связи между мобильностью женщин и ВИЧ установлено не было (Lydié et al., 2004).

На юге Африки явление миграции мужчин в городские центры в поисках работы, когда они оставляют своих партнеров и детей дома в сельских районах, распространено широко и имеет сложные исторические корни. Исследователи, которых интересовало, какую роль играет миграция в распространении ВИЧ в Южной Африке, исследовали характер инфицирования пар в Хлабисе, сельском районе КваЗулу/Натал, где почти две третьих взрослого мужского населения проводило большую часть ночей вне дома.

Это исследование подтвердило, что миграция действительно играет важную роль в распространении ВИЧ, однако позволило установить более сложную картину, чем ожидалось, что поставило под сомнение некоторые основные допущения. Анализ дискордантных пар (то есть пар, где только один партнер инфицирован ВИЧ) показал, что почти в 30% случаев инфицированным была женщина, которая оставалась дома в сельской местности, в то время как ее мигрирующий партнер не имел ВИЧ-инфекции. Другими словами, миграция может вызывать уязвимость к ВИЧ и дома и вне дома, при этом вирус может распространяться в обоих направлениях (Lurie et al., 2003).

Связь мобильности с ВИЧ-инфекцией может также повлиять на результаты обследований домохозяйств. При проведении таких обследований мобильные мужчины, среди которых уровни инфицирования ВИЧ обычно выше, реже оказываются дома. Это особенно важно в странах с высоким уровнем мобильности и/или миграции, а также при проведении обследований, когда процент отсутствующих оказывается высоким.

различными факторами, которые зачастую дополняют друг друга. Эти факторы включают бедность и социальную нестабильность, что приводит к разрушению семей, высокие уровни других инфекций, передающихся половым путем, низкий статус женщин, сексуальное насилие и неэффективное руководство в течение критических периодов распространения ВИЧ. Еще одним важным фактором является высокая мобильность населения, что в значительной степени обусловлено сезонным характером занятости.

Эпидемии в южноафриканском субрегионе росли быстрыми темпами. Например, в Свазиленде средний показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в 2002 году составлял 39% – для сравнения в 2000 году он был 34%, а в 1992 году только 4%. Более того, в ряде стран уровень проникновения вируса в широкие слои населения превысил то, что считалось возможным. В Ботсване взвешенный показатель распространенности ВИЧ среди посетителей дородовых женских консультаций составлял 36% в 2001 году, 35% в 2002 году и 37% в 2003 году. В Южной Африке показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин составлял 25% в 2001 году и 26,5% в 2002 году.

В некоторых частях Восточной и Центральной Африки имеются признаки реального снижения числа инфекций в ряде стран. Это особенно заметно в Уганде, где национальный показатель распространенности ВИЧ снизился до 4,1% (2,8-6,6%) в 2003 году. В Кампале показатель распространенности ВИЧ составлял около 8% в 2002 году, в то время как 10 лет назад он был 29%. Но даже Уганда не может позволить себе расслабиться: исследования позволяют предположить, что сегодняшние молодые люди, возможно, меньше знают о СПИДе по сравнению со своими сверстниками, которые жили в 1990-х годах.

Ни одна страна этого региона не смогла так кардинально обратить эпидемию вспять, как это сделала Уганда, однако показатель

распространенности ВИЧ среди беременных женщин также снизился в ряде других мест. Например, в столице Эфиопии Аддис-Абебе показатель распространенности ВИЧ упал с пикового значения в 24% в 1995 году до 11% в 2003 году. Показатель распространенности ВИЧ также упал в ряде городов Кении, включая Найроби, в то же время во многих других местах этот показатель, кажется, стабилизировался. Однако не все страны региона имеют стабилизированные уровни. На Мадагаскаре отмечен опасно высокий рост показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин: с 2001 года он вырос почти в четыре раза и достиг 1,1% в 2003 году.

В Западной Африке эпидемия носит разнообразный и переменчивый характер. Национальный показатель распространенности ВИЧ остается относительно низким в странах сахеля и составляет около 1%. Однако за общими цифрами могут скрываться очень высокие уровни инфицирования среди некоторых групп населения. Например, в Сенегале национальный показатель распространенности ВИЧ ниже 1% (0,4-1,7%); тем не менее в двух городах среди работников секс-бизнеса этот показатель вырос соответственно с 5% и 8% в 1992 году до 14% и 23% в 2002 году. Уровни распространенности самые высокие в Кот-д'Ивуаре, 7% (4,9-10%), хотя в Абиджане в 2002 году этот уровень оказался самым низким (6%) за десятилетие.

В Бенине и Гане показатель распространенности ВИЧ составляет 2-4%, причем он почти не меняется во времени. Нигерия, где население превышает 120 миллионов человек, имеет самое большое в Западной Африке число людей, живущих с ВИЧ. В 2003 году национальный показатель распространенности составил 5,4% (3,6-8%). Показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин колеблется от 2,3% в юго-западном регионе до 7% в северо-центральном регионе. Различия между штатами еще выше – от 1,2% в Огуне до более 6% в Кадуне и 12% в Кросс-Ривере. Показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин превышает 1% во всех штатах, а в 13 штатах он выше 5%.

Северная Африка и Ближний Восток

За исключением нескольких стран, систематический эпиднадзор не развит в странах Северной Африки и Ближнего Востока. Кроме того, неадекватным является мониторинг ситуации среди определенных групп населения с повышенным риском инфицирования ВИЧ, таких как работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков и мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами. Это означает, что потенциальные эпидемии в этих группах населения остаются незамеченными.

Во многих странах имеющаяся информация основана только на данных о заболеваниях и позволяет сделать вывод о том, что число людей, живущих с ВИЧ в этом регионе, составляет примерно 480 тысяч человек (200 тысяч-1,4 миллиона), а показатель распространенности среди взрослого населения составляет около 0,2% (0,1-0,6%). Считается, что в 2003 году ВИЧ-инфекцией заразились приблизительно 75 тысяч человек (21-310 тысяч) и еще приблизительно 24 тысячи человек (9,9-62 тысячи) умерли от СПИДа. На конец 2003 года среди молодых людей в возрасте 15-24 лет 0,2% женщин (0,2-0,5%) и 0,1% мужчин (0,1-0,2%) жили со СПИДом.

Судан является наиболее сильно пострадавшей страной в регионе. Общий показатель распространенности ВИЧ составляет около 2,3% (0,7-7,2%); причем эпидемия сильнее всего развивается в южной части страны. Основным путем передачи инфекции являются гетеросексуальные контакты, и вирус распространяется среди широких слоев населения, причем темпы заражения среди женщин выше, чем среди мужчин. По имеющимся данным, показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин на юге страны в шесть-восемь раз выше, чем в районе Хартума на севере страны. Считается, что в Сомали эпидемия имеет аналогичную динамику, но количество данных эпиднадзора незначительно.

Система эпиднадзора в Марокко была расширена за счет включения беременных женщин и пациентов, посещающих венерологические учреждения, а также работников секс-бизнеса и заключенных. В 2003 году показатель распространенности составлял 0,13% среди беременных женщин, 0,23% среди пациентов, посещающих венерологические учреждения,

0,83% среди заключенных и 2,27% среди женщин-работниц секс-бизнеса.

В некоторых странах региона ВИЧ-инфекция сконцентрирована среди потребителей инъекционных наркотиков. Частые случаи передачи инфекции через загрязненный инъекционный инструментарий отмечены в Бахрейне, Ливии и Омане. Однако эпиднадзор среди потребителей инъекционных наркотиков проводится недостаточно, что не позволяет получить полную картину распространения ВИЧ.

Небезопасная практика переливания крови и сбора донорской крови по-прежнему представляет риск передачи ВИЧ в некоторых странах региона, хотя здесь прилагаются усилия для расширения системы скрининга крови и процедур стерилизации в системах здравоохранения, чтобы обеспечить полный охват. Кроме того, существуют опасения, что вирус может распространяться незамеченным среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами. Практика сексуальных отношений между мужчинами является незаконной и широко осуждается в регионе, а отсутствие надзора означает, что о развитии эпидемии в этой группе населения известно очень мало.

Восточная Европа и Центральная Азия

В Восточной Европе и Центральной Азии развиваются разнообразные эпидемии ВИЧ. На конец 2003 года около 1,3 миллиона человек (860 тысяч-1,9 миллиона) жили с ВИЧ – для сравнения в 1995 году их число составляло около 160 тысяч человек. В 2003 году, по оценкам, в этом регионе ВИЧ-инфекцией заразились 360 тысяч человек (160-900 тысяч) и еще 49 тысяч (32-71 тысяча) человек умерли от СПИДа. На конец 2003 года среди молодых людей в возрасте 15-24 лет 0,6% женщин (0,4-0,8%) и 1,3% мужчин (0,9-1,8%) жили с ВИЧ.

Наиболее пострадавшими странами в регионе являются Латвия, Российская Федерация, Украина и Эстония, однако ВИЧ по-прежнему распространяется в Беларуси, Казахстане и Молдове (см. Рис. 9). Например, в России число новых случаев, зарегистрированных в 2000 году (56 630), почти в два раза превысило общее число случаев, зарегистрированных начиная с 1987 года (French, 2004). Однако в 2002 и 2003 году число зарегистрированных случаев снизилось, возможно, благодаря тому, что тестирование уже было проведено почти среди всех потребителей инъекционных наркотиков, а также благодаря изменениям в характере проведения тестирования.

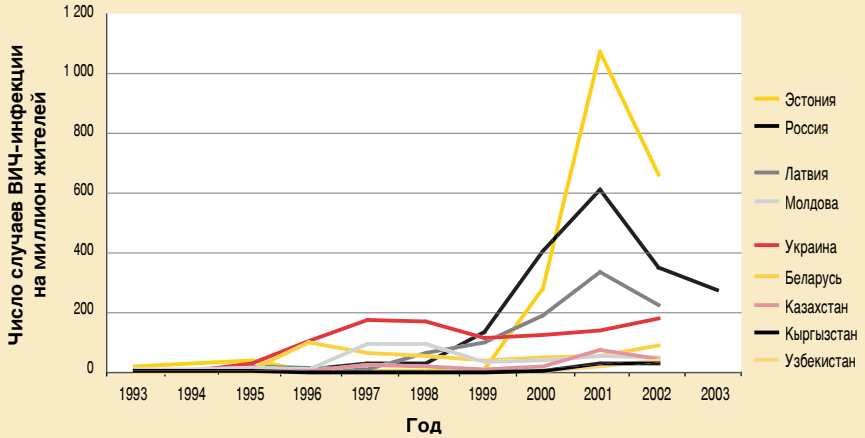
Основной движущей силой эпидемий в регионе является употребление инъекционных наркотиков – оно распространилось подобно взрыву за годы бурных изменений после кончины советского режима. Особенно поражает молодой возраст инфицированных. Более 80% ВИЧ-инфицированных в этом регионе моложе 30 лет. В отличие от этого, в Северной Америке и Западной Европе лишь 30% инфицированных моложе 30 лет.

Самое большое число людей, живущих с ВИЧ в этом регионе, зарегистрировано в Российской Федерации – по оценкам, это число составляет 860 000 (420 тысяч-1,4 миллиона). Картина неоднородна: намного более половины всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции приходится на 10 из 89 административных территорий. Большую часть потребителей наркотиков в России составляют мужчины. Однако пропорция женщин среди новых случаев ВИЧ быстро увеличивается – если в 2001 году она составляла 1:4, то уже через год эта пропорция составляла 1:3. Эта тенденция наиболее заметна в частях России, где эпидемия развивается дольше всего; это позволяет предположить, что половые контакты играют все возрастающую роль в передаче инфекции. За период с 1998 по 2002 годы уровни ВИЧ-инфекции среди беременных женщин в России увеличились с менее 0,01% до 0,1%, т. е. в 10 раз. В то же время в Санкт-Петербурге показатель распространенности ВИЧ увеличился с 0,013% в 1998 году до 1,3% в 2002 году, т. е. в 100 раз.

В Украине употребление инъекционных наркотиков остается основным путем передачи, однако все более распространенной становится передача инфекции половым путем, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков и их партнеров. В то же время растет пропорция тех, кто заразился через небезопасный секс, но не имеет прямого отношения к потребителям наркотиков.

В последнее время в ряде стран Центральной Азии – а именно, в Казахстане, Кыргызстане и Узбекистане – отмечен рост числа лиц с диагнозом ВИЧ в основном среди потребителей инъекционных наркотиков. Центральная Азия находится на перекрестке основных путей торговли наркотиками между Востоком и Западом, и, по сообщениям, в некоторых местах героин стоит дешевле алкоголя.

Новые ВИЧ-инфекции, диагностированные на миллион жителей в странах Восточной Европы и Центральной Азии, 1996–2003 гг.



Источник: (1) HIV/AIDS Surveillance in Europe, EuroHIV mid-year report 2003, No. 69. (2) AIDS Foundation East West

Рисунок 9

В данном регионе оценки и тенденции определяются почти исключительно на основании данных о заболеваниях, поступающих из учреждений здравоохранения и полиции, поскольку здесь недостаточно денег или слабая инфраструктура для организации систематического эпиднадзора. Это вызывает опасения в том, что ВИЧ, возможно, распространяется среди людей, которые редко контактируют с органами власти или службами, проводящими тестирование. Например, мало сведений о том, каким образом эпидемия затрагивает мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, поскольку секс между мужчинами подвергается широкой стигматизации и редко признается. Однако в Центральной Европе секс между мужчинами очевидным образом является доминирующим путем передачи ВИЧ в Венгрии, Словацкой Республике, Словении и Чешской Республике.

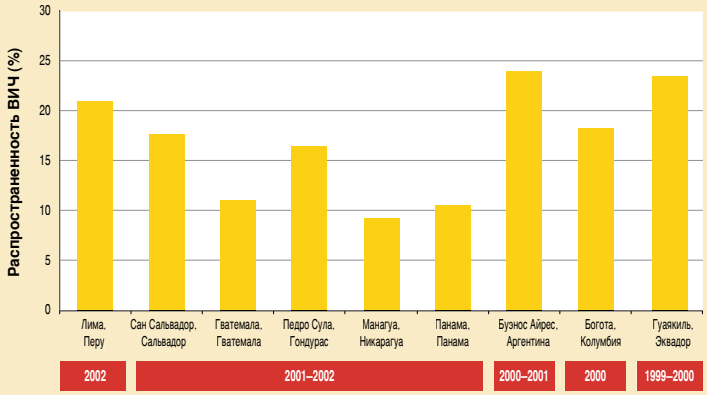
Латинская Америка

В Латинской Америке около 1,6 миллиона людей (1,2-2,1 миллиона) живут с ВИЧ. В 2003 году около 84 тысяч человек (65-110 тысяч) умерли от СПИДа и 200 тысяч человек (140-340 тысяч) заразились ВИЧ. Среди молодых людей в возрасте 15-24 лет 0,5% женщин (0,4-0,6%) и 0,8% мужчин (0,6-0,9%) жили с ВИЧ к концу 2003 года. В Латинской Америке ВИЧ-инфекция, как правило, сильно концентрируется среди групп населения, которым грозит особенно высокий риск, а не среди населения в целом. В большинстве южноамериканских стран почти все случаи инфицирования обусловлены использованием загрязненного инъекционного инструментария для употребления наркотиков или сексуальными связями между мужчинами. За низкими национальными показателями распространенности скрываются очень серьезные эпидемии. Например, в Бразилии – самой населенной стране в регионе, где проживают более четверти всех ВИЧ-инфицированных, – национальный показатель распространенности намного ниже 1%. Однако в некоторых городах были отмечены уровни инфицирования среди потребителей инъекционных наркотиков выше 60%. Более того, эта картина значительно варьируется между различными частями страны. В Пуэрто-Рико в 2002 году более половины всех случаев инфекции были связаны с употреблением инъекционных наркотиков и около четверти случаев включали передачу инфекции гетеросексуальным путем.

В Центральной Америке употребление инъекционных наркотиков играет меньшую роль, а вирус распространяется преимущественно в результате сексуальных контактов. Результаты проведенного недавно международного исследования показывают, что показатель распространенности ВИЧ среди работниц секс-бизнеса колеблется от менее 1% в Никарагуа, 2% в Панаме, 4% в Сальвадоре и 5% в Гватемале до более 10% в Гондурасе.

Среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, уровни ВИЧ-инфекции выглядят

Распространенность ВИЧ среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, в Латинской Америке, 1999–2002 гг.



Источники (1) Данные для Лимы: ВИЧ-инфекция и СПИД в Америке: уроки и проблемы на будущее. Промежуточный отчет MAP/EpiNet, 2003 (2) Сан-Сальвадор, Гватемала, Сан-Педро-Сула, Манагуа и Панама: Исследования распространенности ВИЧ/СПИДа и социально-поведенческих характеристик, выполненные рядом центров, PASCA/USAID (3) Буэнос-Айрес: Avila, M., M. Vignoles, S. Maulen, et al., Распространенность ВИЧ среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, Буэнос-Айрес, Аргентина (4) Сан-Паулу: Grandi, J. L., Oliveria, Orival, et al., Busca Ativa de DST em Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA (5) Богота: Исследование MS/INS/LCLCS/NMRCD 2000 (6) Гуаякиль: Guevara J., Suarez P., Albuja C. y col. Распространенность ВИЧ-инфекции в группах риска в Эквадоре. Revista medica del Vozandes. Vol 14, No.1:7-10, 2002

Рисунок 10

однородно высокими, варьируясь от 9% в Никарагуа до 24% в Аргентине (см. Рис. 10).

Секс между мужчинами является основным путем передачи ВИЧ в ряде стран, особенно в Колумбии и Перу. Однако созрели условия для того, чтобы этот вирус начал распространяться более быстрыми темпами, поскольку большое число мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, также имеют половые контакты с женщинами. Примером этого является Перу: во время обследования, проведенного среди молодых мужчин и женщин (в возрасте 18-29 лет), 9% мужчин указали, что по крайней мере в одном из трех последних случаев их сексуальным партнером был мужчина и что в 70% случаев при таких контактах презервативы не применялись.

Карибский бассейн

В Карибском бассейне около 430 тысяч человек (270-760 тысяч) живут с ВИЧ. В 2003 году около 35 тысяч человек (23-59 тысяч) умерли от СПИДа и 52 тысячи человек (26-140 тысяч) заразились ВИЧ. Среди молодых людей в возрасте 15-24 лет 2,9% женщин (2,4-5,8%) и 1,2% мужчин (1,0-2,2%) жили с ВИЧ к концу 2003 года.

Из семи стран Карибского региона три имеют национальные уровни распространенности не менее 3%: Багамские Острова, Гаити и Тринидад и Тобаго. Барбадос имеет уровень распространенности 1,5% (0,4-5,4%), а Куба намного ниже 1%. Эпидемия в Карибском бассейне преимущественно носит гетеросексуальный характер и во многих местах концентрируется среди работников секс-бизнеса.

Однако вирус также распространяется среди широких слоев населения. Наиболее пострадавшей страной является Гаити, где национальный показатель распространенности составляет около 5,6% (2,5-11,9%). В то же время ВИЧ распространяется неравномерно: результаты дозорного эпиднадзора показывают, что показатель распространенности колеблется от 13% на северо-западе страны до 2-3% на юге.

Гаити находится на одном острове с Доминиканской Республикой – острове Гаити, – где эпидемия ВИЧ также носит серьезный характер. Однако в Доминиканской Республике отмечавшиеся ранее высокие показатели распространенности снизились благодаря эффективным профилактическим мерам, направленным на то, чтобы уменьшить число сексуальных партнеров и расширить практику пользования презервативами (см. Рис. 11). Более 50% мужчин в возрасте 15-29 лет пользовались презервативами при половых контактах с партнером, с которым они не находятся в сожительстве. В столице Санто-Доминго показатель распространенности среди беременных женщин снизился примерно с 3% в 1995 году до менее 1% в конце 2003 года. Однако в других местах по-прежнему отмечаются высокие показатели распространенности, которые колеблются от 1% до 5%. В 2000 году показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса варьировался от 4,5% в туристическом центре Ля-Романа в восточной провинции до 12,4% в южной провинции Бани.

Страны с высоким уровнем доходов

По оценкам, в этих странах 1,6 миллиона человек (1,1-2,2 миллиона) живут с ВИЧ. В 2003 году около 64 тысяч человек (34-140 тысяч) заразились ВИЧ и 22 тысячи человек (15-31 тысяча) умерли от СПИДа. Среди молодых людей в возрасте 15-24 лет 0,1% женщин (0,1-0,2%) и 0,2% мужчин (0,2-0,3%) жили с ВИЧ к концу 2003 года.

В странах с высоким уровнем доходов, в отличие от других стран, большая часть людей, нуждающихся в антиретровирусном лечении, имеют доступ к нему. Это означает, что они остаются здоровыми и живут дольше по сравнению с инфицированными людьми в других странах. В Соединенных Штатах смертность в результате СПИДа продолжала

снижаться, поскольку люди имеют широкий доступ к антиретровирусной терапии. В 2002 году было зарегистрировано 16 371 смерть, что ниже по сравнению с 1998 годом – 19 005 смертей. В Западной Европе число зарегистрированных смертей среди больных СПИДом также продолжало снижаться – с 3373 в 2001 году до 3101 в 2002 году.

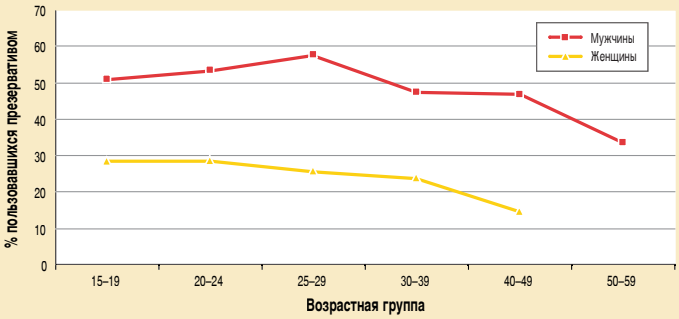
В Соединенных Штатах в последние годы около половины новых случаев инфекции регистрировались среди афроамериканцев. Они составляют 12% населения, однако показатель распространенности ВИЧ среди них в 11 раз выше, чем среди белого населения.

В городе Нью-Йорке в июне 2000 года была внедрена новая система отслеживания развития эпидемии. Она предусматривает регистрацию случаев ВИЧ-инфекции, в то время как предыдущая система включала регистрацию случаев СПИДа. Недавно опубликованный анализ данных за первый полный год – 2001 год – показал, что более 1% взрослого населения этого города и почти 2% жителей Манхеттена инфицированы ВИЧ.

Во многих странах с высоким уровнем доходов секс между мужчинами играет важную роль в развитии эпидемии. Например, это наиболее распространенный путь передачи ВИЧ в Австралии, Германии, Греции, Дании, Канаде, Новой Зеландии и Соединенных Штатах.

В последние годы уровень гетеросексуальной передачи ВИЧ резко вырос в промышленном мире. В ряде западноевропейских стран, включая Бельгию, Норвегию и Соединенное Королевство, рост показателя гетеросексуальной передачи инфекций происходит за счет людей, которые

Пользование презервативом с непостоянным партнером, Доминиканская Республика, 2002 г.



Источник: Dominican Republic Demographic and Health Survey 2002

Рисунок 11

приехали из стран с генерализованной эпидемией, главным образом из Африки к югу от Сахары. Поскольку страны Западной Европы с наиболее сильной эпидемией (Италия и Испания) все еще не имеют общенациональных систем отчетности по ВИЧ, неясно, имеет ли место эта тенденция в других регионах Западной Европы.

Употребление инъекционных наркотиков играет различную роль в распространении ВИЧ в странах с высоким уровнем доходов. В 2002 году на этот путь передачи ВИЧ приходилось более 10% все случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в Западной Европе (в Португалии более 50% всех случаев). В Канаде и Соединенных Штатах около 25% ВИЧ-инфекций обусловлено употреблением инъекционных наркотиков. Инфекции, передаваемые через загрязненный инъекционный инструментарий, особенно часто встречаются среди коренных жителей, которые часто относятся к самым бедным и маргинализованным слоям населения в промышленно развитом мире.

3

Воздействие СПИДа на людей и общество

Женщины более уязвимы к ВИЧ по сравнению с мужчинами

СПИД оказывает сильное воздействие на женщин, в частности в тех районах мира, где основным путем передачи ВИЧ являются гетеросексуальные половые контакты. В Африке к югу от Сахары вероятность инфицирования ВИЧ для женщин на 30% выше, чем для мужчин. Различие в уровнях инфицирования между женщинами и мужчинами еще более заметно среди молодежи. По данным обследований, проведенных среди населения, вероятность инфицирования среди африканских женщин в возрасте 15-24 лет в среднем в 3,4 раза выше, чем среди мужчин того же возраста.

Риск заразиться от мужа или любовника

Супружество и другие долгосрочные моногамные отношения не защищают женщин от ВИЧ. В Камбодже проведенные недавно исследования показали, что 13% городских и 10% сельских мужчин указали на то, что у них были половые контакты как с работниками секс-бизнеса, так и со своими женами или постоянными подругами. В то же время результаты исследования в области демографии и здравоохранения, проведенного в стране в 2000 году, показали, что лишь 1% замужних женщин пользовались презервативом во время своего последнего полового акта с мужем (Камбоджийский национальный институт статистики/Orc International, 2000).

Риск, который таит в себе такое поведение для жен и подруг, очевиден. Исследование, проведенное в 1999 году в Таиланде, показало, что 75% ВИЧ-инфицированных женщин, скорее всего, заразились от своих мужей. Почти половина таких женщин отметили, что единственным фактором риска заражения ВИЧ для них был гетеросексуальный контакт с мужем (Xu et al., 2000). В некоторых обстоятельствах оказывается, что брак фактически увеличивает риск заражения ВИЧ для женщин. В ряде африканских стран уровни инфицирования ВИЧ среди замужних молодых женщин в возрасте 15-19 лет выше, чем среди незамужних сексуально активных женщин того же возраста (Glynn et al, 2001).

Насилие и вирус

Риск передачи ВИЧ увеличивается в условиях насилия и секса по принуждению. Травмы, наносимые при вагинальном или анальном проникающем сексе по принуждению, способствуют внедрению вируса – это особенно касается девочек-подростков. Более того, в таких ситуациях презервативы используются редко. В некоторых странах каждая пятая женщина указывает на применение сексуального насилия со стороны ее интимного партнера и до 33% девочек отмечают, что их первый половой акт был по принуждению (ВОЗ, 2001).

Последствия ВИЧ для женщин и девочек в общине и дома

Женщинам иногда трудно обратиться по поводу тестирования на ВИЧ или же они не приходят за результатом тестирования, поскольку они боятся того, что раскрытие их ВИЧ-статуса может привести к физическому насилию, изгнанию из дома или социальному остракизму. Исследования, проведенные во многих странах, особенно в Африке к югу от Сахары, показали, что такие страхи вполне оправданы (Human Rights Watch, 2003). В Танзании исследование, проведенное в службах, предоставляющих добровольное консультирование и тестирование в столице страны, показало, что после раскрытия статуса лишь 57% женщин, имевших положительный результат теста на ВИЧ, отметили, что они получили поддержку и понимание со стороны партнеров (Maman et al., 2002).

Молодые девочки могут уходить из школы, чтобы ухаживать за больными родителями, выполнять обязанности по дому или ухаживать за младшими братьями и сестрами. После смерти одного из супругов матери чаще, чем отцы продолжают заботиться о своих детях; кроме того, женщина чаще забирает в свою семью чужих сирот. На пожилых женщин часто ложится бремя по уходу, когда заболевают их взрослые дети. Впоследствии они могут превратиться в замещающих родителей для своих осиротевших внуков (HelpAge, 2003). Связанные со СПИДом стигма и дискриминация зачастую приводят к социальной изоляции пожилых женщин, ухаживающих за сиротами и больными детьми, и лишает их психосоциальной и экономической помощи.

Когда их партнеры или отцы умирают от СПИДа, женщины могут остаться без земли, дома и другого имущества. Например, обследование в Уганде показало, что каждая четвертая вдова потеряла свое имущество после смерти партнера (ЮНИСЕФ, 2003). Женщина также может не иметь возможности использовать свое имущество или наследство на благо своей семьи, что в свою очередь уменьшает ее возможности для получения займов или сельскохозяйственных грантов. Потеря таких основных прав человека усиливает уязвимость женщин и девочек к сексуальной эксплуатации, насилию и ВИЧ.

Воздействие СПИДа на людей и общество

«Человеческое развитие – это создание среды, в которой люди могут развивать свой потенциал в полной степени и вести продуктивную, творческую жизнь в соответствии со своими потребностями и интересами… Основные возможности для человеческого развития - это возможности вести долгую и здоровую жизнь, быть хорошо информированными, иметь доступ к ресурсам, необходимым для обеспечения подобающего уровня жизни, и возможность участвовать в жизни сообщества. Без этого многие возможности для выбора просто отсутствуют, а многие возможности в жизни остаются недоступными» (ПРООН, 2001).

ВИЧ и СПИД препятствуют человеческому развитию в условиях как низкой, так и высокой распространенности. Следовательно, динамику развития эпидемии необходимо исследовать с точки зрения человеческого развития. При этом основное внимание следует уделить анализу и выработке рекомендаций в области политики в отношении людей, а не вируса.

В глобальном масштабе эпидемия продолжает наносить тяжелый урон отдельным людям и их семьям. В наиболее пострадавших странах она уничтожает результаты прогресса, достигнутого за десятилетия в области здравоохранения и социально-экономического развития, уменьшая продолжительность жизни более чем на двадцать лет, замедляя темпы экономического роста, усугубляя бедность и усиливая хроническую нехватку продуктов питания.

В странах с высокими показателями распространенности в Африке к югу от Сахары эпидемия оказывает серьезное воздействие на домохозяйства и общины. Большинство исследований указывают на кажущееся умеренное макроэкономическое воздействие – такие страны теряют в среднем от 1% до 2% своего годового экономического роста. Однако последствия с точки зрения государственных доходов и расходов значительно ослабят их возможности для осуществления эффективных ответных мер или для того, чтобы добиться реального прогресса в плане достижения целей развития тысячелетия.

Страны юга Африки столкнулись с растущим кризисом в развитии человеческого потенциала. Они уже теряют квалифицированных работников, которые крайне необходимы для того, чтобы правительства могли предоставлять жизненно важные общественные услуги, а СПИД лишь усугубляет этот кризис. Странам все труднее выполнять свои обязательства в социальной сфере, не говоря уже о мобилизации персонала и ресурсов, необходимых для эффективных ответных мер.

В некоторых африканских странах распространенность ВИЧ продолжает расти, превысив уровни, которые ранее считались возможными. Это означает, что сегодня, как никогда ранее, в пострадавших странах требуются чрезвычайные межведомственные ответные меры. Чтобы представить будущее, ЮНЭЙДС и ее партнеры предприняли инновационный проект «СПИД в Африке: сценарии будущего развития», в котором используется опыт по разработке сценариев, наработанный отделом анализа глобальной экономической ситуации компании «Шелл интернэшнл лимитед», и принимают участие 50 представителей различных слоев африканского общества. Были разработаны альтернативные сценарии развития до 2025 года с учетом динамики СПИДа, которая влияет на экономику

Информация о ходе глобальных мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа – 2004 г.

Последствия для стран могут стать хуже, прежде чем ситуация улучшится

- Более 40% стран с генерализованными эпидемиями еще не проводили оценку социально-экономических последствий СПИДа. Это тормозит проведение деятельности, необходимой для смягчения последствий эпидемии для семей, общин и общества в целом, а также для человеческого развития.
- 39% стран с генерализованными эпидемиями ВИЧ не имеют государственной политики, направленной на оказание необходимой поддержки детям, осиротевшим или ставшим уязвимыми из-за СПИДа. Во всем мире услуги со стороны государства получает меньше 3% сирот и уязвимых детей.
- В наиболее сильно пострадавших странах Африки к югу от Сахары демографическое воздействие эпидемии на структуру населения таково, что, если текущий уровень инфекции не изменится и широкомасштабные услуги по лечению не будут предоставлены, до 60% сегодняшних пятнадцатилетних не доживут до 60 лет.

Источник: Отчет о ходе работы – 2003 г.: Глобальный ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа, ЮНЭЙДС, 2003 г.;(!!! На сайте ЮНЭЙДС этот доклад только на английском!?)

и общество. Данный проект поможет лицам, вырабатывающим политику, проверить на практике их нынешние предположения и действия и изменить свой курс для более позитивного влияния на будущее.

Влияние на население и его структуру

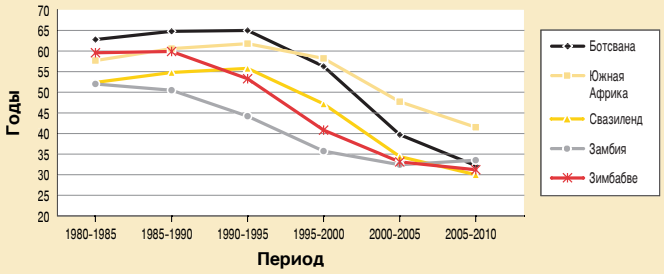
В Африке к югу от Сахары отмечается самый высокий в мире показатель распространенности ВИЧ и самые серьезные демографические последствия. В наиболее пострадавших странах на востоке и юге Африки резко выросла вероятность того, что 15-летний человек умрет, не дожив до 60 лет. В некоторых странах до 60% нынешней 15-летней молодежи не доживут до своего 60-летия (Timaeus and Jassen, 2003).

Влияние ВИЧ на смертность среди взрослых сильнее всего сказывается на тех, кто достиг 20- и 30-летнего возраста, причем женщины страдают больше, чем мужчины. В странах с низким и средним уровнем доходов в настоящее время показатели смертности среди ВИЧ-инфицированных в возрасте 15-49 лет в 20 раз выше, чем среди ВИЧ-инфицированных в этих возрастных группах в промышленно развитых странах. Это отражает резкие различия в получении доступа к антиретровирусной терапии. В странах с низким и средним уровнем доходов показатель смертности в целом колеблется от 2 до 5 смертей на 1000 человеко-лет (ЧЛ) среди подростков и молодых людей до 29 лет. Однако те же показатели среди ВИЧ-инфицированных в этих возрастных группах составляют 25-120 смертей на 1000 ЧЛ, а для людей от 40-49 лет они еще выше – 90-200 смертей на 1000 ЧЛ (Porter and Zaba, 2004).

Еще совсем недавно продолжительность жизни в странах с низким и средним уровнем доходов значительно росла. Однако начиная с 1999 года, в первую очередь в результате СПИДа, средняя продолжительность жизни снизилась в 38 странах. В семи африканских странах, где показатель распространенности превышает 20%, средняя продолжительность жизни для

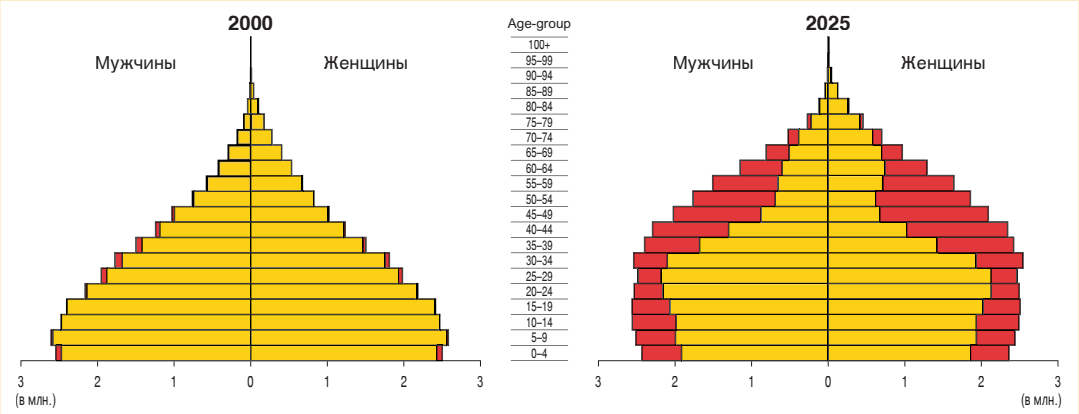
Рисунок 12

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в отдельных наиболее пострадавших странах, 1980–1985 по 2005–2010



Источник: UN Population Division, World Population Prospects: the 2002 Revision

Численность населения при наличии и отсутствии СПИДа, Южная Африка, 2000 и 2025 гг.



Оценки и прогнозы численности населения при нынешней ситуации

Гипотетическая численность населения при отсутствии СПИДа

Примечание: Красные полосы представляют гипотетическую численность населения в отсутствии СПИДа. Желтые полосы предстявляют оценки и прогнозы численности населения при нынешней ситуации.

Источник: UN Population Division

Рисунок 13

человека, родившегося в период с 1995 по 2000 годы, сейчас составляет 49 лет – то есть на 13 лет меньше чем это было бы в отсутствии СПИДа. В Замбии, Зимбабве и Свазиленде средняя продолжительность жизни людей, которые родятся в следующем десятилетии, по прогнозам, снизится ниже 35 лет, если не будет применяться антиретровирусное лечение (Отдел народонаселения ООН, 2003).

Если меры в ответ на СПИД не будут усилены решительным образом, то к 2025 году в 38 странах Африки численность населения будет на 14% меньше, чем численность, которая могла бы быть, по прогнозам, в отсутствие СПИДа. В семи странах, где показатель распространенности превышает 20%, численность населения, по прогнозам, снизится вследствие эпидемии более чем на треть (Отдел народонаселения ООН, 2003).

ВИЧ распространен неравномерно среди групп населения в странах. В первую очередь он воздействует на молодых взрослых, особенно на женщин. Это означает, что эпидемия резко изменяет демографическую структуру и структуру домохозяйств в сильно пострадавших странах. Обычно структуру населения в стране можно представить в виде пирамиды. По мере развития эпидемий в странах с высоким показателем распространенности возникают новые структуры. Например, если эпидемия в Южной Африке сохранит свой характер, структура населения будет нарушена: численность взрослого населения среднего возраста намного уменьшится, а число женщин в возрастной группе 30-50 лет будет меньше числа мужчин.

Женщины страдают больше чем мужчины

Особенно сильное воздействие эпидемия оказывает на женщин и девочек. Большинство женщин в наиболее пострадавших странах сильно ущемлены в экономическом, правовом, культурном и социальном плане, что повышает их уязвимость к эпидемии. (См. вставки «Гендерные вопросы» в начале каждой главы)

Во многих странах женщины обеспечивают уход, приносят доход и являются хранителями семейной жизни. Семьи могут забирать молодых девочек из школы для того, чтобы они ухаживали за больными членами семьи, инфицированными ВИЧ. Пожилые женщины зачастую несут на себе бремя по уходу, когда заболевают их взрослые дети. В дальнейшем они могут стать замещающими родителями для своих оказавшихся в беде внуков. Молодые женщины, овдовевшие в результате СПИДа, могут потерять свою землю и собственность после смерти мужа – независимо от того, обеспечивают ли им защиту законы о наследовании. На вдовах часто лежит

обязанность обеспечивать продукты питания для своей семьи, и они могут не справляться с этим в одиночку. В результате некоторые вынуждены продавать сексуальные услуги в обмен на продукты питания и другие товары.

Когда мужчина-глава семьи заболевает, на женщин неизбежно ложатся дополнительные обязанности по уходу. Обеспечение ухода за больным СПИДом – это тяжелая работа, требующая много времени; положение усложняется, когда обязанности по уходу налагаются на другие обязанности по дому. Бремя, ложащееся на тех, кто обеспечивает уход, становится особенно тяжелым, если надо приносить воду издалека, а тяжелую работу по уборке мусора и стирке невозможно делать дома или рядом с домом. Это наглядно иллюстрирует пример Южной Африки. Это одна из наиболее развитых стран на континенте. Тем не менее проведенное в 2002 году обследование домохозяйств, пострадавших от СПИДа, показало, что меньше половины населения имело водопроводную воду в доме и почти четверть сельских домохозяйств не имели туалетов (Steinberg et al., 2002).

Стигма имеет конкретные последствия для людей, живущих с ВИЧ. Здесь нельзя полагаться на помощь и солидарность в рамках семьи. Женщина, которая раскрывает свой ВИЧ-статус, может подвергнуться стигматизации и оказаться отвергнутой ее семьей. В большинстве случаев первыми диагноз ВИЧ в семье ставят женщинам, и их могут обвинить в том, что они принесли ВИЧ в семью.

Влияние СПИДа на уровень бедности и пропитание

На национальном уровне экономические и демографические последствия эпидемии привлекли существенное внимание средств информации и академических кругов. Однако зачастую катастрофические последствия эпидемии для домохозяйств, пострадавших от ВИЧ, требуют более детального анализа и усилий в сфере политикли. В некоторых из наиболее пострадавших стран, еще до того как начали ощущаться последствия эпидемии СПИДа, уровни жизни бедного населения уже заметно снизились. Эпидемия доводит такие домохозяйства до полной нищеты.

Например, в Замбии в условиях кризиса экономики валовой внутренний продукт на душу населения снизился за период с 1980 по 1999 годы более чем на 20% (с 505 до 370 долларов США). За тот же период суточное потребление калорий на человека снизилось с 2273 до 1934 (ЮНКТАД, 2002). В условиях такого обнищания у бедного домохозяйства есть мало возможностей для того, чтобы справиться с новыми напастями. Оно также не имеет ресурсов, чтобы помогать другим. Многие такие домохозяйства не выживают. После смерти одного или обоих родителей детей раздают родственникам или членам общины.

Характер и тяжесть воздействия ВИЧ на домохозяйство зависит от степени и интенсивности эпидемии. В настоящее время домохозяйства в странах Африки к югу от Сахары пострадали от СПИДа больше всех. Однако эпидемия не делает различий. Она опустошает домохозяйства и общины повсюду, даже в странах со сравнительно низким общенациональным показателем распространенности. Например, исследование, проведенное для Тематической группы по ВИЧ/СПИДу в Китае, показало значительные экономические и эмоциональные последствия СПИДа для пострадавших домохозяйств. При этом также была установлена потребность в быстром увеличении затрат в секторе здравоохранения (Yuan et al., 2002).

За последние 10-15 лет во многих наиболее пострадавших странах социальные услуги уменьшились или стали менее доступными, доходы и уровни формальной занятости населения резко снизились, а войны и сильная миграция населения нарушили социальную стабильность. В странах Африки к югу от Сахары, помимо СПИДа, растут другие опасные для жизни заболевания, такие как туберкулез и малярия. В этом ухудшающемся контексте бедные домохозяйства и общины пытаются справиться с эпидемией (Mutangadura, 2000).

Каким образом домохозяйства ощущают последствия СПИДа?

В последние годы уровни распространенности во многих странах юга Африки выросли. Кроме того, сейчас становятся очевидными последствия длительной высокой распространенности ВИЧ на востоке Африки, что часто представляет собой сильнейший удар по пострадавшим домохозяйствам, пытающимся справиться с этими кризисами.

- СПИД несет с собой потерю доходов и производительности для члена домохозяйства. Если пострадавший человек является единственными кормильцем, последствия оказываются особенно тяжелыми.
- СПИД создает чрезвычайные потребности в уходе, которые необходимо удовлетворить (обычно другие члены домохозяйства вынуждены оставить школу или работу, чтобы ухаживать за больными).
- СПИД увеличивает расходы домохозяйств по оплате за медицинские и сопутствующие услуги, а также за организацию похорон и поминок (Продовольственная и сельскохозяйственная организация, 2003a).

Бедным домохозяйствам грозит особая опасность утратить свою экономическую и социальную жизнеспособность, что в конечном итоге может привести к их распаду, и из него могут уйти дети (Rugalema, 2000; Akintola & Quinlan, 2003). Домохозяйства, пострадавшие от СПИДа, также сталкиваются с сильной нищетой чаще, чем непострадавшие домохозяйства; в особенно тяжелом положении оказываются пожилые родители, потерявшие взрослых детей в результате СПИДа (Rugalema, 1998).

Утрата доходов

В 1990-х годах было проведено сравнительное исследование среди 300 пострадавших от СПИДа домохозяйств в Бурунди, на Гаити и в Кот-д'Ивуаре. Было отмечено устойчивое снижение числа экономически активных членов домохозяйств. Это обычно сопровождалось снижением уровня потребления на члена домохозяйства (Отдел народонаселения ООН, 2003). В Замбии и Южной Африке исследования, проведенные в домохозяйствах, пострадавших от СПИДа – большая часть из которых и без того были бедными, – показали, что ежемесячные доходы упали примерно на 66-80%, поскольку им приходилось ухаживать за больными СПИДом (Steinberg et al., 2002, Barnett & Whiteside, 2002). Исследование, проведенное в 1997 году в Таиланде, показало, что если от СПИДа умирал человек, имеющий постоянную работу, в таком домохозяйстве потери общих доходов, которые мог бы принести умерший на протяжении жизни, были более чем на 20% выше, чем в домохозяйствах, где смертельных случаев в результате СПИДа не было (Pitayanon, 1997).

Отсутствие продовольственной безопасности

В период 1999-2001 годов во всем мире 842 миллиона человек недоедали – из них 95% в странах с низким и средним уровнем доходов. На страны Африки к югу от Сахары приходится

Рост потребностей в «экономике ухода»

«Экономика ухода» – это термин, используемый для описания неоплачиваемой работы по дому, обычно выполняемой женщинами. По мере усиления эпидемии резко растет нагрузка на женщин, выполняющих неоплачиваемую работу по уходу. В Африке к югу от Сахары, по оценкам, 90% работы по уходу в связи со СПИДом выполняется на дому, что налагает очень высокую нагрузку на женщин, которые обязаны ухаживать за детьми, а также приносить доход или выращивать продукты питания. Чтобы помочь им справиться с ситуацией, необходимы программы поддержки, а также национальная и макроэкономическая политика, направленная на смягчение таких последствий. Бремя по уходу также следует перераспределять между мужчинами и женщинами (Ogden & Esim, 2003) (см. главу «Финансы»).

11% мирового населения. В то же время здесь проживает 24% всех людей, которые недоедают. Это означает, что эпидемия развивается в условиях, где доминирует хроническое недоедание и отсутствует продовольственная безопасность.

Фактически, СПИД усиливает хроническую нехватку продовольствия. Он ведет к потере сельскохозяйственной рабочей силы и истощает доходы семьи, которые обычно тратятся на покупку продуктов питания. Исследование, проведенное в Замбии, показало, что наиболее бедные экономически активные домохозяйства в значительной степени зависят от наличных доходов для покупки продуктов питания (Food Economy Group, 2001). Если цены на продукты питания растут, это сильнее всего бьет по бедным семьям.

Отсутствие продовольственной безопасности особенно опасно для людей, живущих с ВИЧ, поскольку им требуется больше калорий, чем неинфицированным. Кроме того, ВИЧ-инфицированные, которые недоедают, быстрее переходят в стадию СПИДа (Harvey, 2003). Меры по профилактике ВИЧ, обеспечению питания и смягчению последствий СПИДа должны включаться в общие программы обеспечения продовольственной безопасности и питания (Продовольственная и сельскохозяйственная организация, 2003c).

Продовольственный кризис на юге Африки

Продовольственный кризис, разразившийся на юге Африки в 2002-2003 годах, проиллюстрировал возможное воздействие эпидемии на сильно пострадавшие страны в будущем. В шести из 10 стран с самым высоким уровнем распространенности – Замбии, Зимбабве, Лесото, Малави, Мозамбике и Свазиленде – более 15 миллионов человек нуждались в срочной продовольственной помощи в результате широко распространенной хронической и острой нехватки продуктов питания. По сути, эпидемия на юге Африки явилась живым примером растущего воздействия СПИДа на материальное положение, гендерное неравенство и слабые национальные институты.

«В этом регионе люди ходят по тонкой проволоке между жизнью и смертью. Сочетание широко распространенного голода, хронической нищеты и пандемии ВИЧ/СПИДа имеет опустошительные последствия и может вскоре привести к катастрофе. Неудачи в реализации политики и неэффективность управления лишь усугубили и без того серьезную ситуацию».

– Джеймс Моррис, Исполнительный директор Мировой продовольственной программы, июль 2002 года.

В странах с высокой распространенностью ВИЧ существует порочный круг между нехваткой продуктов питания, недоеданием и СПИДом (Продовольственная и сельскохозяйственная организация, 2001). В Зимбабве показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения составляет около 25%. К 2000 году СПИД унес примерно 5-10% ее сельскохозяйственных работников. В 2020 году, по прогнозу ФАО, потери сельскохозяйственной рабочей силы приблизятся к 25%. В Малави домохозяйства, где умерли женщины в возрасте до 60 лет, в два раза чаще испытывали дефицит продуктов питания по сравнению с домохозяйствами, где умерли мужчины до 60 лет (SADC 2003). Исследование, проведенное в 1990-х годах в Уганде, продемонстрировало, что отсутствие продовольственной безопасности и недоедание представляли собой наиболее серьезные проблемы для многих пострадавших от СПИДа домохозяйств, возглавляемых женщинами.

Первоначально нехватка продуктов питания была обусловлена плохими погодными условиями и рядом неудач в сфере политики и управления, которые серьезным образом повлияли на производство продуктов питания накануне продовольственного кризиса (Harvey, 2003; Wiggins, 2003). СПИД усугубил эту ситуацию. В Замбии, Зимбабве и Малави в домохозяйствах, где имелись хронически

СПИД усугубляет продовольственный кризис: удар иного рода

Голод и нехватка продовольствия по-разному ощущаются в домохозяйствах и семьях, пострадавших от СПИДа. Обычно имеются достаточные признаки того, что может наступить нехватка продовольствия. В рамках пределов своих ресурсов и возможностей большинство семей может использовать опыт и знания, передающиеся из поколения в поколение, чтобы гарантировать свою жизнеспособность в будущем.

В отличие от этого, домохозяйства, пострадавшие от СПИДа, имеют меньше возможностей для того, чтобы справиться с ситуацией. Например, СПИД, как правило, концентрируется в домохозяйствах, поражая людей в период расцвета их сил, необходимых для работы и ухода. Затем происходит инфицирование партнеров и детей, которые более не в состоянии компенсировать потери в результате заболевания основного кормильца и/или лиц, обеспечивающих уход (Baylies, 2002). В результате появления больного семья может выращивать лишь менее трудоемкие, нетоварные культуры, по этой причине в семье уменьшается объем наличных средств для покупки продуктов питания. Если продукты питания хранить, они теряют свою питательную ценность. Уход за больными членами домохозяйства еще более снижает возможности для поиска других источников продовольствия.

больные взрослые, незадолго до этого случились смерти и появились сироты, было отмечено заметное снижение производства сельскохозяйственной продукции и доходов (SADC, 2003).

Как реагируют домохозяйства

Домохозяйства справляются с тяготами эпидемии различными путями. В Кагере, Танзания, в домохозяйствах, где случилась смерть, добавился по крайней мере один новый член поскольку на помощь, вероятно, стали приходить расширенные семьи (Всемирный банк, 1999). В Ракаи, Уганда, число членов в домохозяйствах стало намного меньшим, возможно, по той причине, что дети были переданы родственникам или же взрослые покинули дом в поисках работы (Всемирный банк, 1999).

Воздействие СПИДа на домохозяйства может быть особенно сильным, когда инфицированной оказывается взрослая женщина. Во всех странах с низким и средним уровнем доходов женщины и девочки выполняют львиную долю социально полезной работы. Они растят и воспитывают детей, выполняют работу по дому и ухаживают за больными. В обществах, которые во многом зависят от рабочих-мигрантов – включая многие общества, наиболее пострадавшие от эпидемии СПИДа на юге Африки, – во главе большинства домохозяйств стоят женщины, особенно в сельских районах. В Южной Африке результаты одного обследования показали, что почти три четверти домохозяйств, пострадавших от СПИДа, возглавляют женщины. Значительная доля таких женщин сами вели борьбу с болезнями, связанными со СПИДом (Steinberg et al., 2002).

В Маникаленде, Зимбабве, если женщина умирала от СПИДа, в двух из трех случаев домохозяйства распадались (Mutangadura, 2000). Большая часть бремени, обусловленного смертью взрослой женщины, перекладывается на других, обычно более пожилых женщин, которые помогают растить детей. Часто новая фостерная мать имеет ограниченные возможности для найма и может получить доход для нового расширенного домохозяйства

«СПИД подрывает жизнеспособность, которая помогает домохозяйствам и общинам справиться в трудные времена. Сталкиваясь с угрозой извне, бедные домохозяйства используют различные стратегии, включая изменение видов деятельности, приносящих доход, и структуру потребления, а также обращаясь за помощью к семьям и общинам. СПИД поражает взрослых в продуктивном возрасте, наносит удар по тем, кто в первую очередь мог бы помочь во время кризиса».

(ЮНЭЙДС, 2003)

только благодаря неформальной работе с низкой оплатой (Mutangadura, 2000).

Исследование, проведенное недавно в Камбодже Кхмерским альянсом НПО по ВИЧ/СПИДу и «Фэмили хелс интернэшнл», показало, что примерно каждый пятый ребенок в семьях, пострадавших от СПИДа, отметил, что за последние шесть месяцев ему пришлось пойти на работу, чтобы поддержать свою семью. Каждый третий вынужден был обеспечивать уход и выполнять основную работу по дому. Кроме того, все эти дети испытывали сильную стигму и психосоциальный стресс. Девочки были более уязвимыми к этому по сравнению с мальчиками.

Ответные меры домохозяйств, пострадавших от СПИДа, зависят от имеющихся у них ресурсов. По мере возможности семьи тратят свои сбережения, занимают деньги или просят помощи у расширенной семьи (Продовольственная и сельскохозяйственная организация, 2003a). Однако часто такие домохозяйства имеют ограниченные сбережения, и у них нет возможности получить кредит или страховку. Это означает, что они должны целиком полагаться на собственную рабочую силу для пополнения утраченного дохода (Beegle, 2003). Ответные меры домохозяйств могут также быть различными в городских и сельских условиях. В городских условиях домохозяйства часто прибегают к неформальному способу занятия денег и используют свои собственные сбережения. Сельские домохозяйства, как правило, продают свое имущество, переезжают или полагаются на детский труд (Mutangadura, 2000:13).

Во время посевной или уборки экономические причины зачастую заставляют бедные семьи приостанавливать или откладывать свои обязанности по уходу, чтобы получить доход или вырастить продукты питания для домохозяйства. Когда такие насущные экономические соображения преобладают над обязанностями по обеспечению непрерывного ухода, это может поставить под угрозу жизнеспособность домохозяйства в долгосрочном плане (Sauerborn et al., 1996).

Некоторые исследования показывают, что семьи могут частично восстановить свой предыдущий уровень потребления. Это говорит о том, что домохозяйства способны постепенно вырабатывать механизмы защиты. Тем не менее это происходит в более широком контексте обнищания домохозяйств и социального остракизма (Barnett & Whiteside, 2002).

Часто домохозяйства, пострадавшие от СПИДа, перераспределяют задачи и обязанности между оставшимися в живых членами (Barnett & Whiteside, 2002). В Танзании женщины, у которых больны мужья, тратят до 45% меньше времени на выполнение сельскохозяйственных или иных приносящих доход работ по сравнению с периодом до болезни мужа (Отдел народонаселения ООН, 2003).

Рост потребностей в затратах

Для того чтобы покрыть увеличивающиеся медицинские затраты в связи со СПИДом, домохозяйства часто снижают расходы на продукты питания, жилье, одежду и туалетные принадлежности (Всемирный банк, 1999). В среднем затраты, связанные с уходом при СПИДе, могут поглотить третью часть ежемесячных доходов домохозяйства (Steinberg et al., 2002). Исследование в Южной Африке показало, что более 5% домохозяйств, пострадавших от СПИДа, вынуждены были тратить меньше на продукты питания, чтобы покрыть такие возросшие затраты. Эти данные тревожат еще более по той причине, что почти в 50% домохозяйств ранее отмечалась нехватка продуктов питания (Steinberg et al., 2002). В южноафриканской провинции Свободное государство результаты долгосрочного исследования показали, что домохозяйства, пострадавшие от СПИДа, чтобы поддержать свои затраты на продукты питания, здравоохранение и аренду, вынуждены были уменьшать затраты на одежду и образование (Bachmann & Booysen, 2003). Кроме того, семьи зачастую тратят больше на похороны и поминки чем на медицинский уход (Всемирный банк, 1999).

Положение усугубляется тем, что многие домохозяйства продают свое имущество,

чтобы покрыть затраты в связи со СПИДом. Ликвидация имущества обычно начинается с продажи неосновных предметов, однако может быстро привести к продаже ключевых производственных фондов. В Чангмаи, Таиланд, 41% домохозяйств, пострадавших от СПИДа, указали на то, что они продали землю, а 24% имели долги. Среди сельских домохозяйств в Буркина-Фасо обычные меры при серьезном заболевании включали продажу домашнего скота и реорганизацию рабочей силы в домохозяйстве (Sauerborn et al., 1996). После продажи производственных фондов шансы на то, что домохозяйства смогут восстановить свои источники доходов, снижаются. Это создает угрозу окончательного скатывания к состоянию обездоленности и краху.

Поддержка со стороны общины

Домохозяйства, пострадавшие от СПИДа, в значительной мере полагаются на родственников и системы помощи в общине для смягчения экономических последствий эпидемии. Эти сети ссужают деньги, предоставляют продовольствие и помогают рабочей силой, а также ухаживают за детьми. Когда сельские семьи сталкиваются с двойной проблемой СПИДа и нехватки продовольствия, члены городских домохозяйств часто посылают им деньги или продукты питания. В свою очередь сельские родственники предоставляют горожанам продукты питания или приглашают их воссоединиться с сельскими домохозяйствами.

Структуры оказания помощи через общину включают клубы для сбережения денежных средств, похоронные общества, схемы сбережения зерновых культур, клубы по выделению ссуд и схемы по обмену рабочей силой (Mutangadura, 2000). Однако родственники и системы оказания помощи через общину иногда недоступны для бедных домохозяйств, у которых нет средств и времени, чтобы вложить их в достаточном объеме в схемы взаимопомощи (Adams, 1993). В частности, доступ к этим сетям отсутствует для бедных домохозяйств, возглавляемых женщинами.

В целом, более богатые домохозяйства имеют более широкий доступ к сетям взаимопомощи по сравнению с бедными домохозяйствами (Baylies, 2002). Однако, даже если они функционируют хорошо, родственники и сети на уровне общин редко имеют возможности для того, чтобы обеспечить потребности уязвимого домохозяйства, пострадавшего от СПИДа. Например, в Маникаленде, Зимбабве, по данным домохозяйств, они получают помощь продуктами питания, одеждой и рабочей силой, но не имеют помощи для оплаты за школьное обучение и услуги здравоохранения или аренды (Mutangadura, 2000).

Принятие мер

Для расширения возможностей пострадавших от СПИДа домохозяйств справляться со сложными и взаимосвязанными проблемами, стоящими перед ними, необходимы различные инициативы (Nalugoda et al., 1997; Lundberg et al., 2000). Эксперты по вопросам развития давно дебатируют, что лучше – целенаправленные или широкие меры по снижению бедности. Эпидемия затрагивает оба аспекта: во многих случаях чрезвычайное положение в домохозяйстве требует целенаправленных действий, в то время как обнищание ведет к возникновению проблем развития в долгосрочном плане.

В Отчете Центрального исполнительного совета ООН за 2003 год (UNAIDS CEB, 2003) рекомендуются следующие одиннадцать программных действий для учреждений ООН в восточной и южной частях Африки:

- Действие 1: Реализация сетевых программ обеспечения безопасности в общинах;
- Действие 2: Улучшение процедуры сбора данных о воздействии на общины и о его динамике;
- Действие 3: Увеличение средств к существованию в сильно пострадавших общинах, а также для ключевых групп;
- Действие 4: Реализация специальных программ для расширения возможностей женщин;
- Действие 5: Реализация специальных программ для оказания помощи растущему числу сирот;

- Действие 6: Осуществление неотложных мер по расширению потенциала для борьбы со СПИДом, особенно в секторе здравоохранения;
- Действие 7: Осуществление неотложных мер по расширению потенциала для преодоления последствий СПИДа;
- Действие 8: Включение проблемы СПИДа в планы по развитию;
- Действие 9: Организация руководства для интерактивного обзора программ;
- Действие 10: Пропаганда и поддержка партнерских форумов;
- Действие 11: Вложение средств в системы мониторинга, сопровождения и оценки.

Программы социальной помощи могут помочь и должны быть специально нацелены на самые бедные и уязвимые домохозяйства и общины. Местные учреждения, такие как медицинские клиники, могли бы найти и получить помощь для беднейших домохозяйств, борющихся с серьезными заболеваниями. Специальная помощь могла бы включать посещение на дому, помощь в получении продуктов питания, отмену оплаты за школьное обучение и т. д. (Sauerborn et al., 1996). Другие необходимые целевые инициативы включают программы на уровне общин для оказания семьям прямой финансовой помощи, чтобы им не надо было продавать свои производственные фонды для покрытия затрат в связи со СПИДом.

Снижение стигмы и дискриминации должно осуществляться параллельно с предоставлением помощи домохозяйствам, пострадавшим от ВИЧ. Стигма иногда вызывает чувство стыда или страха перед остракизмом и не позволяет членам домохозяйства обратиться за получением помощи через общину. Исследование в Южной Африке показало, что лишь одна треть респондентов, раскрывших свой позитивный ВИЧ-статус, получили помощь через свои общины. Каждый десятый отметил, что он столкнулся с открытой враждебностью и остракизмом (Steinberg et al., 2002).

Программы необходимы для создания и усиления базовой инфраструктуры, особенно водоснабжения и канализации; снижения повседневной нагрузки на лиц, оказывающих уход; и расширения возможностей домохозяйств для того, чтобы они могли справиться с бременем СПИДа. Другие широкие стратегии включают программы выделения денежных средств для поддержки детей или предоставления школьных обедов. Кроме того, необходимы программы социальной помощи для пожилых людей, особенно для тех, которые растят своих внуков.

Частью мер в ответ на СПИД являются инициативы, направленные на получение доходов, которые помогают устранить сильную экономическую уязвимость женщин. Во-первых, для оказания помощи женщинам в бедных домохозяйствах, пострадавших от СПИДа, необходимы легко доступные программы чрезвычайной помощи. Далее, необходимо расширять программы микрофинансирования под разумные проценты. Другие стратегии для женщин включают: страхование на случай смерти, для того чтобы покрыть затраты на похороны больных, находящихся в терминальной стадии болезни; гибкие схемы сбережений и чрезвычайные займы. Такие инициативы поддерживают все домохозяйство – это является необходимостью, поскольку, как показывают исследования, женщины в странах с низким и средним уровнем доходов тратят все дополнительные доходы для удовлетворения потребностей своих детей (Hunter & Williamson, 1997).

Глубокое и многостороннее воздействие эпидемии на домохозяйства и общины диктует необходимость решать проблему СПИДа в контексте программ снижения бедности. На сегодняшний день немногие страны включили значимые компоненты по СПИДу в свои планы снижения бедности (см. главу «Финансы»).

Воздействие на развитие сельского хозяйства и сельских районов

Здоровый сельскохозяйственный сектор является основой для благополучия и самодостаточности стран с низким и средним уровнем доходов. От сельского хозяйства зависит продовольственная безопасность, судьба национальной экономики и

устойчивость экологических ресурсов. На него приходится 24% валового внутреннего продукта Африки, 40% доходов в иностранной валюте и 70% занятости. В 2000 году сельском хозяйством занималось около 56% африканцев (более 430 миллионов человек).

К сожалению, особенно в наиболее пострадавших странах, эпидемия разрушает основу сельского хозяйства – она заражает, а затем преждевременно уносит жизни многих сельскохозяйственных работников. Это приводит к потерям рабочей силы, снижению доходов от сельского хозяйства, уменьшению собственности домохозяйств и снижению продовольственной безопасности на уровне домохозяйств (Topouzis, 2003). По оценкам Продовольственной и сельскохозяйственной организации (ФАО) ООН, к 2020 году СПИД унесет жизни одной пятой или более сельскохозяйственных работников на юге Африке (Villareal/Продовольственная и сельскохозяйственная организация, 2003b).

Такая потеря работников является критической. Когда в определенное время необходимо посеять или собрать урожай одной-двух основных культур, потеря даже небольшого числа работников в этот период может сорвать производственный процесс (Bollinger & Stover, 1999). Домохозяйства стремятся приспособиться и для этой цели сокращают площадь возделываемой земли, меньше занимаются прополкой, ремонтом заборов и обслуживанием систем орошения или животноводством. Часто землю необходимо оставлять под паром, она подвергается эрозии, а ее качество ухудшается; кроме того, животные, остающиеся без присмотра, становятся жертвами болезней, хищников и воров (Barnett & Whiteside, 2002). При проведении обследования в Уганде почти половина респондентов отметили, что обусловленная СПИДом нехватка рабочей силы заставила их сократить сортовое разнообразие выращиваемых культур (Asingwire, 1996).

В сельских общинах гендерное неравенство также усиливает воздействие эпидемии на сельское хозяйство. В Танзании женщины, у которых мужья серьезно больны, иногда тратят на 50% меньше времени на сельскохозяйственные работы (Rugalema, 1998). После смерти взрослого мужчины домохозяйства часто переходят на ведение натурального сельского хозяйства и не выращивают высокоценные культуры, которые под силу мужчинам (Yamano & Jayne, 2002). Во многих обществах у женщин нет юридического или даже основанного на обычае права на землю, скот и другие ключевые фонды, то есть вдовы могут потерять все, что они помогали развивать и содержать.

Принятие мер

В сильно пострадавших странах причины отсутствия продовольственной безопасности многообразные, комплексные и взаимосвязанные. Критические факторы включают: сельскохозяйственную, торговую и макроэкономическую политику; системы землевладения и наследования земли; климатические условия; а также возможности государства оказать сельским районам жизненно важные услуги (Barnett & Whiteside, 2002). По мере развития эпидемии хроническое отсутствие продовольственной безопасности может только усилиться. При принятии любых ответных мер необходимо исходить из понимания того, как домохозяйства обеспечивают свой прожиточный минимум, нацеливать усилия на максимальное устранение усугубляющих факторов, а также включать проблему СПИДа в политику и программы по обеспечению продовольственной безопасности и сельского развития. Это позволит обеспечить долгосрочную защиту от голода и СПИДа.

Неотложные приоритеты включают инициативы, дающие людям, живущим с ВИЧ, возможность максимально долго оставаться здоровыми – такие как, антиретровирусная терапия, лечение от туберкулеза и продовольственная помощь. Эти инициативы помогают домохозяйствам, пострадавшим от СПИДа, сохранить или восстановить свои средства к существованию (Baylies, 2002). Другие имеющие ценность ответные меры будут включать выращивание менее трудоемких, но обладающих питательными свойствами культур, усиление программ питания в школах и гарантирование прав женщин и детей на землю

и имущество, тем самым повышая гарантии на владение землей. Соответственно необходимо реформировать законодательство, подтвердив права женщин на наследование земли. Кроме того, необходимы механизмы правоприменения на местном уровне, обеспечивающие соблюдение таких законов (Продовольственная и сельскохозяйственная организация, 2003а).

Воздействие на предложение, спрос и качество образования

Воздействие эпидемии на образование имеет далеко идущие последствия для долгосрочного развития. В глобальном масштабе СПИД является значительным препятствием, мешающим предоставлению детям всеобщего доступа к начальному образованию к 2015 году – это ключевая цель, включенная в инициативу «Образование для всех» (ЮНЕСКО, 2000) и в цели развития тысячелетия (Организация Объединенных Наций, 2001). По оценкам ЮНЕСКО, 55 стран, вероятно, не смогут обеспечить всеобщее начальное образование к 2015 году; из них 28 стран относятся к 45 странам, наиболее пострадавшим от СПИДа (ЮНЕСКО, 2002). По оценкам, чистые дополнительные расходы, необходимые для того, чтобы компенсировать последствия СПИДа (т. е. потерю учителей и их невыход на работу, а также необходимость выплачивать средства, чтобы сохранить сирот и уязвимых детей в школе), составят 1 миллиард долларов США в год.

Эпидемия снижает качество подготовки и обучения, что означает уменьшение числа людей, которые получают хорошее стандартное школьное и университетское образование. Она также ускоряет существовавший ранее процесс «утечки мозгов». Однако меры в ответ на эти проблемы принимаются разрозненно; министерства, испытывающие сильные трудности и имеющие ограниченные ресурсы, не в состоянии удовлетворять потребности. Многие министерства образования включают разделы профилактики ВИЧ в свои учебные программы – это ценный компонент успешных программ по борьбе со СПИДом. Однако лишь некоторые из них анализируют воздействие эпидемии на саму систему образования и осуществляют необходимые действия.

Наличие учительских кадров

Учителя и лекторы относятся к возрастной группе, наиболее пострадавшей от ВИЧ, хотя характер уязвимости варьируется в зависимости от страны. Например, в Ботсване, Малави и Уганде показатели смертности среди учителей в целом соответствовали тем же показателям среди широких слоев населения, однако они оказались более высокими среди учителей начальных школ и учителей-мужчин (Bennell et al., 2002). В Зимбабве показатели инфицирования среди учителей, мужчин и женщин, соответствуют тем же показателям среди населения в целом – около 19% для мужчин и 28% для женщин (Gregson et al., 2001). В южноафриканской провинции КваЗулу-Натал показатель смертности среди учителей значительно колебался в зависимости от возрастной группы (Badcock-Walters et al., 2003).

Ожидается, что в Замбии, Зимбабве, Кении, Свазиленде и Уганде эпидемия в значительной мере обусловит в будущем нехватку учителей начальных школ (Goliber, 2000, Malaney, 2000, Swaziland Ministry of Education, 1999). Без неотложного долгосрочного планирования эти страны столкнутся с большими трудностями в плане выполнения целевых показателей по охвату школьным образованием. Например, если темпы подготовки учителей в Намибии останутся на нынешнем уровне – 1000 учителей в год – и в стране сохранится требуемое соотношение между учителями и учениками – 1 учитель на 34 ученика в начальных классах, – в таком случае дефицит учителей увеличится с 1000 в 2001 году до более 7000 к 2010 году (Malaney, 2000).

Это имеет большое значение для лиц, занимающихся планированием, и усиливает потребность в том, чтобы системы образования собирали точные данные о воздействии эпидемии на персонал. Такие данные необходимы для планирования

стратегий по подготовке и найму персонала и для составления бюджетов для ухода за здоровьем персонала по мере увеличения возможностей для лечения и источников финансирования.

Однако СПИД не является единственной причиной потери учителей. Результаты недавно проведенного исследования показали, что уменьшению общей численности учителей способствуют низкая оплата и деморализованность – эта проблема уже стала серьезной для Малави, Намибии, Уганды и Южной Африки (Bennell et al., 2002). Очевидно, что многосторонние стратегии должны быть направлены на устранение последствий эпидемии, а также других факторов, которые лишают школьные системы учителей, необходимых для того, чтобы сохранить и в конечном итоге расширить охват детей школьным образованием.

Школьная посещаемость

Многие семьи, пострадавшие от СПИДа, могут забирать детей из школы, чтобы компенсировать потерю рабочей силы, обеспечить растущие потребности в уходе и покрыть другие затраты. Если мать умирает или умерла, дети, особенно девочки, нужны для выполнения обязанностей в домохозяйстве. Если умирает отец, вероятность того, что дети могут прекратить посещать школу, может быть ниже. Результаты обследования среди 771 домохозяйства, пострадавшего от СПИДа в трех провинциях Южной Африки, показали, что более 40% тех, кто обеспечивает основной уход, не выходили на работу или не посещали школу, для того чтобы ухаживать за больным членом семьи, инфицированным ВИЧ. Почти 10% домохозяйств забирали из школы девочек (для сравнения 5% домохозяйств забирали мальчиков) (Steinberg et al., 2002). Таким образом СПИД усиливает гендерное неравенство, углубляет бедность в домохозяйствах и угрожает будущим поколениям.

Охват детей образованием

Эпидемия может также отрицательно сказываться на охвате детей образованием. В определенной мере это обусловлено снижением способности к деторождению и тем, что молодые взрослые умирают от СПИДа – это означает уменьшение численности детей школьного возраста, тем самым уменьшая социальный запрос на образование в некоторых сильно пострадавших районах.

Дети, потерявшие родителей или ставшие уязвимыми в результате СПИДа, могут не посещать школу, поскольку им необходимо присматривать за хозяйством, ухаживать за младшими братьями и сестрами или просто они не могут оплатить за образование. В странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ число таких детей по-прежнему увеличивается. Критически важно, чтобы таким детям были предоставлены доступные, исключающие стигматизацию, инновационные программы для получения образования с учетом местных условий, например, обучение на дому или дистанционное обучение.

На сегодняшний день в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ лишь

Негативное влияние оплаты за школьное образование

Оплата за школьное образование также создает значительные проблемы для домохозяйств, пострадавших от СПИДа; семьям это просто не по карману. Это основанная причина, по которой детей забирают из школы (Mutangadura, 2000; Badcock-Walters, 2001). На уровне общества такая оплата также негативно сказывается на развитии и уменьшении бедности. Тем не менее школьные системы в странах с низким и средним уровнем доходов зачастую зависят от этой оплаты для выплаты зарплаты учителям и покрытия других критических расходов. Некоторые страны сейчас принимают меры для того, чтобы снизить это негативное влияние. Например, Кения и Уганда отменили оплату за образование. Другой подход предусматривает выделение семьям субсидий для того, чтобы возить детей в школу и из школы, оплачивать за школьное питание и учебные материалы. Ряд исследований указывают на необходимость оказания помощи для оплаты за среднее школьное образование (Mutangadura, 2000).

немногие правительства внедрили политику или выделили средства для того, чтобы дети из домохозяйств и общин, пострадавших от СПИДа, посещали школу. В то же время Министерство образования Замбии разработало широкую политику и планы, направленные на удовлетворение потребностей таких детей в образовании. Сейчас оно активно сотрудничает с Министерством развития общин для того, чтобы определить, какие дети нуждаются в субсидиях, обеспечивающих им доступ к образованию. Такие страны, как Кения, которые ввели бесплатное обязательное начальное образование, предоставляют бесценную возможность детям, которые в противном случае не смогли бы посещать школу.

Однако таким детям нужны не просто краткосрочные решения. Проблему влияния СПИДа на образование необходимо решать в контексте социально-экономического развития (Gould & Huber, 2002). Усилия по снижению уровня бедности являются критическими, поскольку макроэкономические факторы (напр., цены и влияние программ структурного регулирования) в той же мере, что и эпидемия СПИДа уменьшают возможности семьи сохранить своих детей в школе.

Влияние на качество

Качество образования может также пострадать по мере того, как учителя заболевают этой болезнью. Это объясняется тем, что привлечение менее опытных и менее квалифицированных учителей и увеличение размеров классов отрицательно сказывается на контактах между учащимися и учителями. В сельских районах, где школы зависят только от одного или двух учителей, болезнь или смерть учителя наносит особенно сильный урон. Однако существуют и не столь очевидные причины, которые могут сказаться на качестве образования, например, недостаточная мотивация или способность учить и учиться в связи с тем, что «СПИД присутствует в семье» или среди коллег (Harris & Schubert, 2001).

Более того, квалифицированных учителей заменить непросто. В сильно пострадавших странах необходимо готовить большее количество учителей, однако в настоящее время эта задача не под силу университетам или колледжам во многих странах. Другие возможные стратегии включают уменьшение сроков обучения, предоставление стимулов для того, чтобы бывшие учителя вернулись в систему образования, а также разрешение учителям продолжать работать после достижения пенсионного возраста.

Нужны чрезвычайные меры, для того чтобы эпидемия не нанесла необратимого ущерба системам образования и учащимся. Однако в Африке к югу от Сахары мало что делается для того, чтобы решить нынешнюю или будущую проблему нехватки учителей.

Принятие мер

В 2002 году в Монтеррее был достигнут консенсус относительно Инициативы о быстром обеспечении образования для всех (см. главу «Финансы»). Эта инициатива направлена на то, чтобы каждая страна, которая включила заслуживающий доверия план развития сектора образования в стратегию снижения уровня бедности, могла достичь цели развития тысячелетия по обеспечению всеобщего начального образования к 2015 году, невзирая на непредсказуемость финансирования в долгосрочном плане.

Партнеры в рамках Инициативы о быстром обеспечении образования для всех– включающие всех основных двусторонних доноров, Всемирный банк, ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО, ЮНЭЙДС, НПО и страны-получатели помощи, – стремятся реализовать здоровую политику в секторе образования, которая включает стратегии в отношении ВИЧ и гендера, поощряют выделение необходимых внутренних финансовых средств, повышают эффективность оказания помощи и увеличивают помощь для системы начального образования.

Воздействие на сектор здравоохранения

Для реализации эффективных стратегий по СПИДу требуются устойчивые и гибкие системы здравоохранения. Однако эпидемия нанесла удар в тот момент, когда многие страны уменьшали

затраты на общественное здравоохранение, чтобы погасить долги и обеспечить выполнение требований международных финансовых организаций. Помимо этого, эпидемия сама по себе способствовала быстрому ослаблению сектора здравоохранения, увеличивая нагрузку на сильно перегруженные системы и постоянно лишая страны столь необходимых им работников здравоохранения. Потеря работников и рабочего времени в результате болезни и смерти означает, что секторы здравоохранения вынуждены готовить и нанимать новых работников. В то же время большое число неинфицированных работников страдает от физического и эмоционального истощения.

В африканских странах, по оценкам, от СПИДа умирает от 19% до 53% всех работников государственной системы здравоохранения (Tawfik & Kinoti, 2001). Например, уровни заболеваемости и смерти среди работников здравоохранения Замбии и Малави выросли в 5-6 раз (ПРООН, 2001). Фактически, эпидемия быстро перекрывает увеличение численности работников сектора здравоохранения (Liese et al., 2003). Это происходит в тот момент, когда потребность в услугах здравоохранения во многих сильно пострадавших странах быстро растет.

Работники здравоохранения должны хорошо понимать последствия СПИДа, чтобы они могли обеспечить уход, исключающий стигматизацию. Однако СПИД также отрицательно влияет на качество ухода за неинфицированными пациентами, поскольку перегруженные секторы здравоохранения вынуждены использовать выборочный подход, при котором другим пациентам уделяется меньше внимания (АМР США, 2002).

Принятие мер

В большинстве стран с низким и средним уровнем доходов требуются неотложные меры для усиления хронически ослабленных систем здравоохранения и защиты здоровья и безопасности персонала. Варианты выбора стратегии остаются различными, однако на одном из форумов высокого уровня по целям развития тысячелетия в области здравоохранения появилось единое мнение относительно следующих ключевых действий:

- Инициативы в области политики, направленные на устранение различных факторов, которые побуждают работников здравоохранения переезжать в другие районы или страны, что ведет к хронической нехватке кадров. Другие широко пропагандируемые действия включают: целенаправленное проведение антиретровирусного лечения среди ВИЧ-инфицированных работников здравоохранения; повышение зарплаты и льгот, для того чтобы удержать или вернуть квалифицированных работников; а также менее строгое применение профессиональных правил, для того чтобы медработники и другой персонал могли брать на себя дополнительные функции.
- «Общесистемный подход», который делает более гармоничной помощь, оказываемую различными донорами, а также повышает роль стран с низким и средним уровнем доходов при определении приоритетов и развертывании ресурсов.
- Усиление в странах информационных систем для управления сектором здравоохранения и создание структур для контроля за достижением целей развития тысячелетия в области здравоохранения.
- Расширение систем начальной подготовки и подготовки без отрыва от производства.
- Обеспечение безопасности и здоровья работников на производстве через предоставление информации, защитной одежды и соответствующего оборудования.
- Усиление роли неправительственных организаций (НПО) и частного сектора при предоставлении услуг.

Воздействие на потенциал государственного сектора

Эффективно действующий государственный сектор играет жизненно важную роль в предоставлении важнейших товаров и услуг и в развитии успешных мер по борьбе со СПИДом на национальном уровне. До появления эпидемии несколько наиболее пострадавших

стран уже столкнулись с пугающими проблемами в сфере развития, огромным бременем задолженности и ухудшением условий торговли. Во многих странах с низким и средним уровнем доходов программы регулирования предусматривали резкое сокращение государственных расходов, поэтому в настоящее время правительства пытаются обеспечить основные социальные услуги, поддержку и инфраструктуру. В наиболее пострадавших странах СПИД еще более снизил эффективность государственного сектора (Cohen, 2002). Когда возникают перебои в сфере предоставления основных услуг, более всего страдают бедные и наиболее уязвимые слои.

Проведенное ЮНЭЙДС комплексное исследование «Воздействие ВИЧ/СПИДа на людские ресурсы в государственном секторе Малави» показало, что с 1990 по 2000 годы ежегодные потери персонала в государственном секторе увеличивались почти в шесть раз, главным образом в результате преждевременной смерти от СПИДа (ПРООН, 2002). За этот период смертность в государственном секторе увеличилась в 10 раз. Этот показатель был непропорционально высоким среди молодых взрослых обоих полов – это подтверждает тот факт, что основной причиной явился СПИД. В 2000 году более половины вакансий в отделах образования и водоснабжения были незаполненными (Институт управления Малави/ПРООН, 2002). Кроме того, по сведениям, половина или более вакансий не заполнены в ключевых министерствах других стран юга Африки (Cohen, 2002).

Исследования с целью анализа воздействия эпидемии на производительность государственного сектора проводятся редко. Однако можно с полным основанием полагать, что такой высокий уровень вакантных мест неизбежно приведет к уменьшению охвата и снижению качества государственных услуг.

Воздействие на работников и рабочее место

СПИД подрывает экономическую безопасность и развитие, поскольку в первую очередь наносит удар по населению трудоспособного возраста. Это может отразиться на выживании общин и предприятий, а также на поддержании производительного потенциала в долгосрочном плане. Эпидемия ослабляет экономический рост, воздействуя на предложение рабочей силы и ее производительность, уровень сбережений и предоставление важнейших услуг. ВИЧ-инфицированные теряют свою работу, доходы и сбережения. В результате они меньше потребляют и меньше тратят. Рабочие места – фермы, предприятия, торговые точки и государственные офисы – снижают уровень производительности, а иногда закрываются, что приводит к уменьшению объема продукции, прибыли, налоговых поступлений и капиталовложений.

В сильно пострадавших странах СПИД может привести к снижению темпов роста рабочей силы. По прогнозам Международной организации труда (МОТ), к 2020 году численность работников в 38 странах (все из них за исключением четырех находятся в Африке) уменьшится на 5-35%, если сравнивать с ситуацией, которая была бы в отсутствие СПИДа. Эпидемия также влияет на качество рабочей силы, поскольку на смену работникам, больным СПИДом, приходят более молодые и менее опытные мужчины и женщины. В то же время потеря учителей и инструкторов приведет к тому, что будущие поколения будут иметь

Персонал министерств сельского хозяйства и ВИЧ

Согласно данным отчета, составленного недавно по результатам обследования, на востоке и юге Африки заболеваемость и смертность среди работников государственного сельскохозяйственного сектора подорвали возможности правительства по борьбе с эпидемией. В Министерстве сельского хозяйства Кении за последние пять лет от СПИДа умерло 58% работников. В Министерстве сельского хозяйства и ирригации Малави около 16% работников инфицированы ВИЧ (Topouzis, 2003).

более низкий уровень навыков (Lisk, 2002). По оценкам Департамента труда Южной Африки, к 2010 году 3% работников в стране (около 500 тысяч человек) могут оказаться в терминальной стадии заболевания – это в три раза больше по сравнению с оценками за 2001 год.

Увеличение затрат на ведение дел

СПИД уменьшает объем производства – к этому ведет снижение производительности, увеличение издержек, отвлечение производственных ресурсов, снижение мастерства и нарушение рынка рабочей силы. Увеличиваются расходы работодателей на медицинское обслуживание и похороны, в то же время уменьшаются производительность и прибыли. В результате эпидемии увеличиваются потери рабочего времени, нарушается организация, утрачиваются навыки и «организационная память». Особенно сильные последствия может иметь потеря работников руководящего звена, поскольку приобретенные ими знания и навыки трудно заменить просто за счет найма других работников. В сильно пострадавших районах общая нехватка квалифицированных работников и руководителей может означать, что эти вакансии будут оставаться незаполненными в течение нескольких месяцев или даже лет – что сильно скажется на производительности.

Последствия могут оказаться еще более серьезными для малого бизнеса и неформального сектора экономики, которые являются источниками работы для большинства женщин и мужчин в странах с низким и средним уровнем доходов. Почти всегда работники в неформальном секторе экономики не имеют медицинской страховки или доступа к медицинским учреждениям по месту работы, а их средства к существованию в значительной мере зависят от их работы и навыков. Работники в неформальном секторе экономики также почти не имеют доступа к программам по СПИДу на рабочих местах.

Уменьшение воздействия на рабочих местах

Поддержка программ профилактики на рабочих местах для работников и руководителей имеет большой смысл с точки зрения экономики и развития. То же самое касается предоставления медицинских услуг на рабочих местах и реализации политики, исключающей дискриминацию работников, живущих с ВИЧ. Результаты обследования систем ухода за здоровьем, проведенного в 2003 году крупной южноафриканской страховой компанией, показали, что более двух третьих обследованных ведущих компаний, по их сообщениям, разработали стратегию по СПИДу. Действующая в Таиланде страховая компания «Американ интернэшнл иншуранс» осуществляет программу по оценке и аккредитации, в рамках которой проводится проверка и подтверждается факт наличия у компаний соответствующей политики по профилактике СПИДа. Компании, которые получают аккредитацию и проходят аудиторскую проверку в связи с реализацией ими политики профилактики, уплачивают взносы по групповому страхованию жизни по сниженной ставке.

Обследование, проведенное Всеафриканской конфедерацией работодателей, показало, что все национальные организации работодателей осуществляли политику по СПИДу и поощряли своих членов к тому, чтобы они осуществляли программы на рабочих местах и сотрудничали с национальными советами по СПИДу. Все чаще компании пропагандируют добровольное и конфиденциальное консультирование и тестирование и предоставляют своим работникам антиретровирусное лечение. В то же время они гарантируют, что положительный результат теста на ВИЧ не приведет к потере работы.

МОТ пропагандирует комплексный подход к политике и программам, реализуемым на рабочих местах, основанный на защите прав инфицированных и пострадавших работников и предоставлении услуг по профилактике и уходу. Разработанный МОТ Свод практических правил «ВИЧ/СПИД и сфера труда» является рамками для действий, которые устанавливают принципы разработки политики и дают практическое руководство по реализации программ, направленных на профилактику и изменение поведения; защиту прав и привилегий

работников; и удовлетворение потребностей в лечении, уходе и поддержке.

Сотрудничая с Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и с Глобальной коалицией предпринимателей по ВИЧ/СПИДу, МОТ проводит работу по расширению доступа к уходу и лечению через службы по защите здоровья на производстве и поддерживает информационно-просветительские программы для населения. Однако многие ВИЧ-инфицированные работники не стремяться участвовать в таких программах, потому что они боятся потерять работу или подвергнутся остракизму. Участие представителей профсоюзов и работников в планировании и реализации программ на рабочих местах может способствовать созданию климата, который поощряет участие работников.

Профсоюзы и конфедерации профсоюзов играют все более важную роль в усилении национальных мер в ответ на СПИД. Например, в период с 2002 по 2004 годы Профсоюз работников швейной и текстильной промышленности Южной Африки организовал обучение по вопросам ВИЧ/СПИДа для 1100 цеховых мастеров. Этот профсоюз также активно поддерживает программы добровольного и конфиденциального консультирования и тестирования и создает в рамках профсоюзов группы поддержки для ВИЧ-инфицированных работников. Кроме того, Профсоюз работников швейной и текстильной промышленности Южной Африки и другие профсоюзы динамично участвуют в Кампании за предоставление лечения, что позволило убедить правительство страны предоставлять антиретровирусную терапию через государственный сектор (см. главу «Лечение» и «Крупным планом: Роль людей, живущих со СПИДом»).

Макроэкономическое воздействие

В странах с высоким уровнем распространенности совокупные факторы отрицательного воздействия СПИДа на финансовое положение – домохозяйств, работодателей и ключевых секторов – могут иметь ощутимые макроэкономические последствия; однако в большинстве случаев результаты оценок такого воздействия оказываются относительно умеренными (см. Рис. 14).

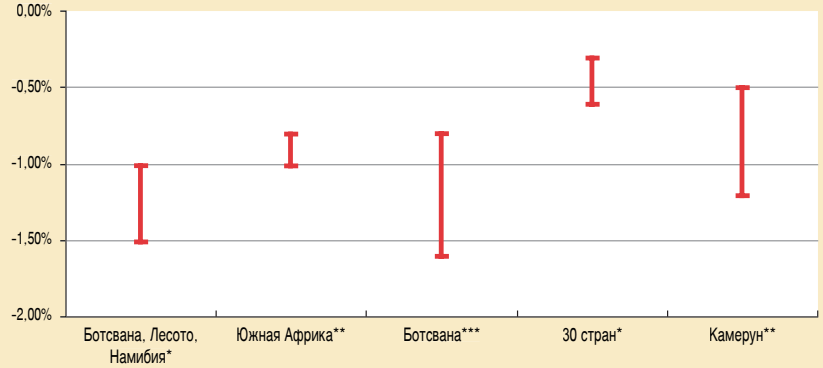
Эти оценки касаются стран с самым высоким показателем распространенности. Страны с более низкой распространенностью, например страны Латинской Америки и Карибского региона, Восточной Европы и Россия, Южной и Юго-Восточной Азии, вероятно, ощущают меньшие макроэкономические последствия. В основном имеющиеся оценки касаются краткосрочных и среднесрочных прогнозов (10-25 лет). За этот период, как показывает моделирование, воздействие СПИДа на рост валового внутреннего продукта (ВВП) примерно соответствует воздействию на население в целом за тот же период. То есть, отрицательное воздействие на производство уравновешивается аналогичным сокращением потребления ресурсов. В результате влияние эпидемии на валовой внутренний продукт на душу населения относительно невелико – а в некоторых рассмотренных сценариях имеет даже положительную величину.

Это вытекает из допущения, что большинство стран со средним и низким уровнем доходов имеют избыток неквалифицированной рабочей силы в формальном секторе, таким образом, воздействие чрезмерно высокой смертности в краткосрочном плане будет включать уменьшение уровня безработицы и повышение зарплаты для квалифицированных работников. Кроме того, снижение прироста населения уменьшает нагрузку на землю и физический капитал, в результате производство становится более капиталоемким, а производительность труда повышается. Используемые модели основаны на допущении, что экономика пострадавших стран обладает достаточной гибкостью и допускает такие изменения.

Такие оценки на основе моделирования могут занижать воздействие на экономический рост в сильно пострадавших странах в долгосрочном плане, если число пострадавших и инфицированных людей будет и далее быстро расти. Немногие модели позволяют определить экономические затраты, связанные, например, с нарушением функций учреждений, или

Рисунок 14

Примеры оценки воздействия СПИДа на экономический рост, 1992–2000



Методология:
* Демографическое и экономическое моделирование; ** Моделирование CGE; *** Экономическое моделирование

Источники: (1) Ботсвана, Лесото, Намибия: Sackey and Raparla, 2000. (2) Южная Африка: Arndt and Lewis, 2001. (3) Ботсвана: Greener, Jefferis and Siphambe, 2000. (4) 30 стран: Over, 1992 (5) Камерун: Kambou et al., 1992.

3

затраты, связанные с серьезными нарушениями в наличии и распределении рабочей силы, в передаче знаний и навыков от поколения к поколению или с нарушением порядка приобретения капитала в течение жизни и передачи его по наследству.

Пессимистические оценки макроэкономического воздействия в долгосрочном плане были отмечены в исследовании, проведенном недавно Гейдельбергским университетом и Всемирным банком (Bell et al., 2003), где в качестве субъекта анализа выступала Южная Африка. Долгосрочные экономические затраты в связи со СПИДом могут иметь «разрушительный» характер, учитывая кумулятивное ослабление человеческого капитала от поколения к поколению. Чтобы избежать этого, авторы исследования рекомендовали увеличить затраты на локализацию эпидемии, выделять больше средств на лечение и уход за инфицированными, увеличить размеры помощи сиротам через оказание помощи для получения доходов или субсидии, связанные с посещением школы, а также налоги на финансирование таких затрат.

Возможно, наиболее значительным будет воздействие эпидемии на государственные бюджеты. Правительства столкнутся с проблемой снижения темпов роста налоговых поступлений по мере замедления темпов экономического роста, в то время как потребность в бюджетных средствах на здравоохранение и социальное обеспечение будет расти. Правительства также столкнутся с таким же ростом расходов в сфере занятости в связи со СПИДом, что и частный сектор, включая повышение затрат на обучение и наем персонала и изменение структуры медицинского страхования и пенсий. Такие постоянные последствия могут препятствовать усилиям по сбалансированию государственных бюджетов в течение многих лет и будут в значительной степени мешать странам с высоким уровнем распространенности ВИЧ осуществлять адекватные ответные меры без привлечения внешней помощи.

Задачи «Следующей повестки дня»

Воздействие СПИДа на потенциал для развития бедных стран будет в значительной мере подрывать их возможности для обеспечения существенного прогресса в достижении целей развития тысячелетия, в частности, что касается целей в области снижения уровня бедности, целей в сфере образования и здравоохранения и ухода за сиротами. Эпидемия поставила перед мировым сообществом многочисленные задачи, которые касаются всех секторов. К этим задачам относятся:

- Включение информации о том, что СПИД представляет собой как глобальную чрезвычайную ситуацию, так и долгосрочный кризис в области развития, которые требуют исключительных и постоянных ответных мер, которые должны намного превышать по своим масштабы меры, осуществлявшиеся до сих пор.
- Обеспечение всеобщего признания того, что СПИД обращает вспять развитие, достигнутое за десятилетия в наиболее пострадавших странах. Следовательно, усиление мер по борьбе со СПИДом должно лежать в основе программ и практики в сфере развития.
- Переориентация систем оценки ситуации и раннего предупреждения на «человеческий фактор» с усилением акцента на последствия для домохозяйств.
- Разработка новых стратегий для ликвидации диспропорционального воздействия эпидемии на женщин, девочек и сирот, включая микрокредит, поддержку по школьным вопросам и программы продовольственной помощи.
- Разработка стратегий для реализации радикальных и инновационных подходов к восстановлению кадрового потенциала в наиболее пострадавших странах; например, внедрение массовых программ антиретровирусной терапии, полный пересмотр программ, направленных на выработку, сохранение и поддержание умений и навыков, оказание помощи для выплаты зарплаты, остановка утечки работников из сферы здравоохранения и управления и т.д.
- Разработка долгосрочных стратегий для замещения «временных» подходов, рассчитанных на короткий период, которые до сих пор преобладали при осуществлении ответных мер. Эпидемию невозможно устранить за короткий срок; стратегии должны быть рассчитаны на 10-20 лет, даже на 30 лет вперед.

Крупным планом

СПИД и сироты: перед лицом трагедии

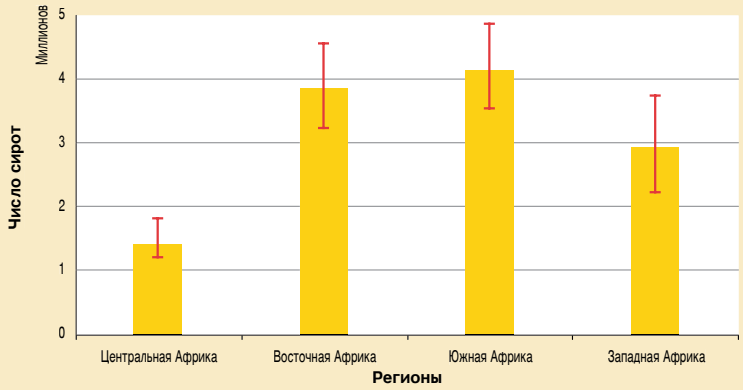
«Мы хотели остаться вместе после того, как наши родители, дедушка и бабушка умерли от СПИДа. Я хочу вернуться в школу, но нет денег… Мне надо много работать, чтобы была хорошая жизнь, и следить за собой, чтобы не заболеть той болезнью, которая была у моей матери и отца»
– Феликс, 15 лет, единственный, кто приносит доход в домохозяйстве, которое состоит из пяти младших братьев и сестер и 80-летнего двоюродного дедушки

Дети, осиротевшие в результате СПИДа, есть почти во всех странах мира. В некоторых странах их число составляет лишь несколько сотен или несколько тысяч. В Африке их несколько миллионов. Все они перенесли трагедию утраты одного или обоих родителей в результате СПИДа и многие растут в условиях, которые зачастую приносят им лишения и травму, не имея поддержки и ухода со стороны членов их родной семьи (см. Рис. 15).

Дети, осиротевшие в результате СПИДа, могут иметь различный возраст, от нескольких дней или месяцев до 18 лет. В странах с эпидемией низкого уровня и концентрированной эпидемией невозможно надежно оценить число детей, осиротевших в результате СПИДа, или определить, какой процент они составляют от общего числа сирот.

Самый тяжелый кризис, связанный с положением сирот, наблюдается в Африке к югу от Сахары; здесь живут 12 миллионов детей, потерявших одного или обоих родителей. Ожидается, что к 2010 году это число превысит 18 миллионов. Какими бы ужасными ни были эти цифры, этот кризис будет усугубляться, если родители, пораженные ВИЧ, не получат доступ к продляющим жизнь услугам по лечению и эффективной профилактике.

Дети-сироты по регионам в Африке к югу от Сахары, конец 2003 г.



Источник: ЮНЭЙДС, 2004

Рисунок 15

Некоторым странам еще предстоит испытать на себе все последствия смерти родителей. Например, ожидается, что в Южной Африке число сирот увеличится с 2,2 миллиона (12% всех детей) в 2003 году до 3,1 миллиона (18% всех детей) к 2010 году. Даже в странах, где показатель распространенности ВИЧ стабилизировался или снизился, число сирот продолжает увеличиваться, так как с момента инфицирования родителей до момента их смерти проходит некоторое время.

Несмотря на эти пугающие цифры, дети, осиротевшие в результате эпидемии, все же могут иметь безопасное, здоровое и продуктивное детство, но только если все секторы общества незамедлительно предпримут

Что такое «сирота»?

Сирота определяется как ребенок в возрасте до 18 лет, у которого умер хотя бы один родитель. Ребенок, у которого умерла мать, считается сиротой, потерявшей мать; ребенок, у которого умер отец, считается сиротой, потерявшей отца. Ребенок, который потерял обоих родителей, считается сиротой, потерявшей обоих родителей.

Многие учреждения сейчас избегают использовать термин «ребенок, осиротевший в результате СПИДа», поскольку этот термин содержит стигму. Широкие исследования показывают, что стигма мешает правительствам и общинам проводить эффективные меры для решения проблем сирот, а также препятствует эмоциональному восстановлению самих пострадавших детей (Stein 2003). Стигма и дискриминация способствуют также нарушению прав таких детей – в частности, препятствуют их доступу к образованию, социальным услугам, а также поддержке на уровне общин и семей (см. Крупным планом: права человека).

устойчивые и координированные усилия, уделив приоритетное внимание защите детей и сохранению семьи.

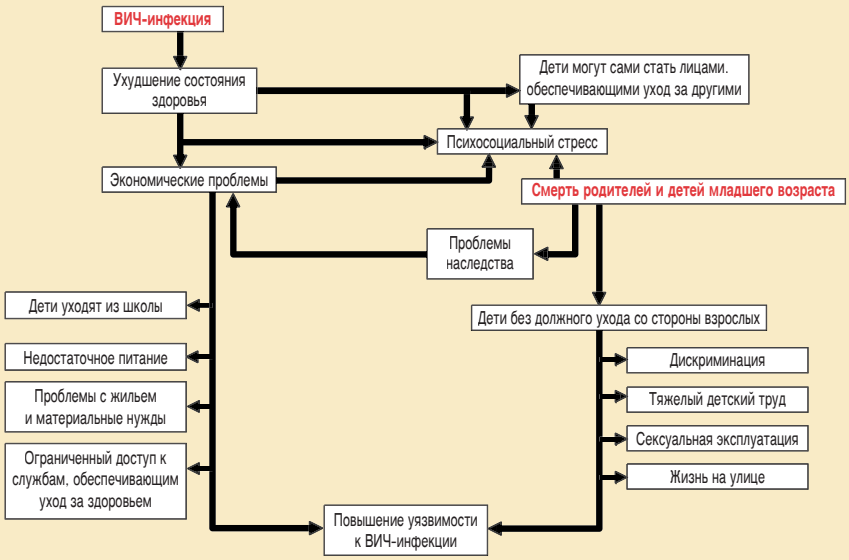
Воздействие на детей

Даже люди, работающие с детьми-сиротами, не могут понять эмоциональную боль, которую испытывает ребенок, когда он видит, как умирает его один или оба родителя. Если ВИЧ инфицирован один родитель, существует высокая вероятность того, что другой родитель тоже умрет. Поэтому дети часто теряют обоих родителей, которые умирают один за другим с небольшим интервалом. Те, кто ухаживает за сиротами, также могут стать жертвой СПИДа, в результате чего дети могут понести несколько тяжелых утрат. Детское горе часто усиливается тем, что ребенка разлучают с его братьями и сестрами.

Например, согласно результатам отчета из Замбии, разъединенные братья и сестры отмечают, что они видятся друг с другом

Рисунок 15а

Проблемы у детей и семей, пострадавших от ВИЧ/СПИДа



Источник: Williamson, J. (2004) *A Family is for Life* (draft), АМР США и проект "Синергия", Вашингтон

реже одного раза в месяц («Фэмили хелс интернэшнл», 2002). Многие испытывают депрессию, гнев, вину и страх за свое будущее. Все это может привести к серьезным психологическим проблемам, таким как посттравматический стрессовый синдром, употребление алкоголя или наркотиков, агрессия и даже самоубийство (Foster, 2002).

Бедность и социальная неустроенность также усиливают эмоциональный стресс для детей-сирот. Такие факторы, как утрата доходов домохозяйством, затраты в связи с лечением болезней, связанных с ВИЧ, и затраты на похороны, часто оставляют детей-сирот в сильной нужде. Смерть родителя лишает их также возможности учиться и тех ценностей, которые им необходимы, чтобы стать социально информированными и экономически продуктивными взрослыми. Последние исследования позволяют предположить, что такой разрыв в передаче знаний от поколения к поколению может играть свою роль в ухудшении экономического положения страны (Bell, Devarajan, Gersbach, 2003).

Сироты под угрозой

Не имея защиты в рамках своей семьи, дети-сироты сталкиваются с повышенным риском насилия и эксплуатации. К ним могут плохо относиться их опекуны; они также могут лишиться своего наследства и собственности. Дети, взятые на воспитание в приемные семьи, чаще недоедают и отстают в весе или росте от детей того же возраста, у которых есть родители (Monasch and Snoad, 2003). При наихудшем сценарии дети-сироты могут похищаться и использоваться как дети-солдаты или привлекаться к тяжелому труду, секс-бизнесу или могут оказаться на улице.

Результаты исследования, проведенного недавно в Камбодже Кхмерским альянсом НПО по ВИЧ/СПИДу и «Фэмили хелс интернэшнл», показали, что примерно каждый пятый ребенок в семьях, пострадавших от СПИДа, указал на то, что в последние полгода ему пришлось начать работать, чтобы помочь своей семье. Каждый третий вынужден был ухаживать за другими и выполнять основную работу по дому. Многим пришлось уйти из школы, отказаться от таких предметов первой необходимости, как питание и одежда, или покинуть свой дом. Всем детям, включенным в исследование, грозил высокий уровень стигмы и психосоциального стресса; при этом девочки были в более уязвимом положении по сравнению с мальчиками.

В то же время имеются многочисленные примеры успешного оказания помощи сиротам в такой ситуации. Начиная с 1998 года в Зимбабве организация «Мэйиз кэмп» Армии спасения оказывает психосоциальную помощь детям-сиротам. Недавно она расширила свои услуги по уходу для решения проблемы насилия и эксплуатации. Поскольку детям часто трудно получить медицинские, психосоциальные и юридические услуги, эта организация открыла «Мобильную юридическую службу» , которая предоставляет детям основные услуги. В Камбодже неправительственная организация «Друзья» (Mith Samlanh) осуществляет 12 не связанных между собой программ для 1500 уличных детей, которые включают профилактику и уход при ВИЧ, просвещение по вопросам репродуктивного здоровья и деятельность в целях получения доходов.

Обеспечение доступа к образованию является критически важным для разрешения кризиса детей-сирот. Сироты часто отстают в учебе или выбывают из школы, что сказывается на их психосоциальном развитии и перспективах на будущее. Это также сказывается на возможностях страны для восстановления от эпидемии в долгосрочном плане. Например, исследование, проведенное в Объединенной Республике Танзания, показало, что посещаемость школы среди сирот, потерявших одного родителя, составляла всего 71%. Этот показатель оказался еще ниже среди детей-сирот, потерявших обоих родителей – 52% (Monasch and Snoad, 2003).

Посещение школы предоставляет детям-сиротам наилучшие шансы избежать крайней нищеты и связанных с ней рисков. Таким образом, необходимо делать все возможное, для того чтобы они оставались в школе. Например, в провинции Хэнань в Китае недавно было объявлено о том, что сироты,

Бабушки приходят на помощь: организация «Вперед бабушки»

Организация “Вперед бабушки” – это группа бабушек в городе Александра, Южная Африка, которые помогают друг другу воспитывать своих внуков-сирот. Они потеряли своих детей в результате СПИДа и сейчас им трудно справиться с ситуацией как эмоционально, так и физически. Эта группа является частью проекта для детей, осиротевших в результате СПИДа, который ведет программы для групп поддержки детей и лиц, осуществляющих уход, живущих в условиях эпидемии или пострадавших от эпидемии. В настоящее время проект оказывает психосоциальную, финансовую и материальную помощь 30 бабушкам. Эта помощь включает выделение разовых грантов на строительство, чтобы обеспечить адекватное жилье для растущих семей, а также семян и удобрений для того, чтобы эти женщины могли иметь свой огород для получения продуктов питания и доходов для своих семей.

проживающие в своих расширенных семьях, будут получать бесплатное начальное и среднее школьное образование, а также финансовую помощь для продолжения учебы. Точно так же Национальный комитет по СПИДу Ямайки помогает некоторым детям-сиротам оплатить затраты, связанные с посещением школы, включая плату за обучение, школьную форму и учебники.

Усиление потенциала семей для защиты и ухода за детьми

Сохранение семейной жизни в том или ином виде очень важно для детей, которые потеряли одного или обоих родителей в результате СПИДа, независимо от того, кто стоит во главе семьи – оставшийся в живых родитель, дедушка или бабушка или другой родственник. Женщины и девочки всех возрастных групп несут на себе основную нагрузку в связи с кризисом сирот. Молодые девочки могут уходить из школы, чтобы ухаживать за больными родителями, выполнять обязанности по дому или ухаживать за младшими братьями и сестрами. Матери чаще, чем отцы продолжают ухаживать за своими детьми после смерти супруга; кроме того, женщины чаще выражают желание забрать к себе чужих сирот.

Помимо этого, есть еще бабушки – пожилые женщины, которые ухаживают за своими собственными детьми, если они заболели, и, в конце концов, становятся замещающими родителями для своих осиротевших внуков, зачастую имея ограниченные средства. Например, исследования, проведенные в Таиланде, показывают, что почти половина детей-сирот в стране живут со своими дедушками и бабушками. В ответ на эту проблему появились проекты по оказанию помощи пожилым людям, обеспечивающим уход. В Чиангмай «Фонд материнской заботы о детях» помогает объединениям пожилых людей, разрабатывает схемы для добровольцев по оказанию помощи людям, обеспечивающим уход, и предоставляет займы под низкие проценты для создания малых предприятий.

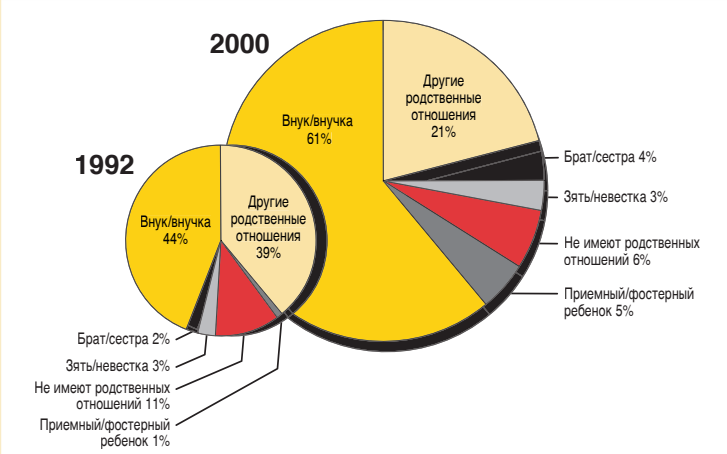
Официальные учреждения, такие как сиротские дома, могут быть использованы в качестве крайнего средства для оказания помощи ограниченному числу детей-сирот или больных детей. На раннем этапе развития кризиса сирот такие страны, как Зимбабве, создали ряд сиротских домов. Однако вскоре стало очевидно, что такое решение не является устойчивым и противоречит основному праву ребенка – расти в семейном окружении.

Если сохранение семьи представляет собой наилучший вариант для детей-сирот, в таком случае необходимо срочно усилить потенциал семьи для ухода и защиты таких детей. Это означает принятие программ, которые помогут родителям, больным СПИДом, оставаться живыми и здоровыми максимально длительное время, улучшат возможности для зарабатывания денег в домохозяйстве и окажут детям и лицам, ухаживающим за ними, психосоциальную и другую поддержку.

Таиланд – это одна из стран, где были укреплены возможности семей. В этой стране существует программа ПМР-Плюс, предоставляющая антиретровирусное лечение ВИЧ-инфицированным матерям, их инфицированным партнерам и детям (Beckerman 2002). Эта программа была начата ЮНИСЕФ и Школой общественного здравоохранения Мейлмана

Растущая роль бабушек и дедушек

Родственное отношение детей-сирот, потерявших обоих родителей, и детей-сирот, потерявших одного родителя (не живущих с живым родителем), к главе домохозяйства, Намибия, 1992 и 2000 гг.



Источник: UNICEF-MICS, Measure DHS, 1992 and 2000

Рисунок 16

Колумбийского университета и объединяет усилия по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку с программами лечения и ухода в дородовых консультациях. Эта программа также работает в Замбии, Кении, Кот-д'Ивуаре, Мозамбике, Руанде, Уганде и Южной Африке (ЮНИСЕФ 2003).

Улучшение качества питания и повышение продовольственной безопасности помогут улучшить состояние здоровья в семье в целом и увеличить время, когда родители и дети находятся вместе. Например, на Гаити международная НПО «Огород против голода» развивает новую микроинтенсивную систему садоводства, которая использует ограниченные жизненно важные земельные и водные ресурсы, инструменты и рабочую силу, чтобы обеспечить детям-сиротам и лицам, ухаживающим за ними, продовольственную безопасность и доходы.

Мобилизация ответных мер через общину

Общины способны принимать эффективные меры в ответ на бедственное положение сирот и детей, чьи родители умирают от СПИДа. Забота, проявляемая со стороны семей, соседей и религиозных групп, привела к возникновению целого ряда относительно формальных проектов. Примером этого является Камбоджа. Монахи храма Ват Киен Кес проводят для некоторых сирот и уязвимых детей в стране профессиональное обучение и помогают им приобрести навыки, необходимые для получения доходов, чтобы улучшить качество их жизни. Они также мобилизуют местные общины для выделения продуктов питания, земли и товаров пострадавшим семьям. Монахи также способствовали развитию диалога в рамках общины по проблеме ВИЧ, направленного на повышение уровня информированности по вопросам СПИДа, развитие чувства сострадания и уменьшение дискриминации (USAID 2004). Эти инициативы могут составить основу национальных стратегий, если они получат должное признание и поддержку (Foster 2002).

Требуются национальные планы действий

До сих пор большинство мер вмешательства для поддержки сирот проводилось разрозненно и не соответствовало масштабу этой проблемы. В Уганде официальные лица признали существование кризиса сирот на ранней стадии. Тем не менее правительственная помощь далеко не удовлетворяла потребностям – в период 1998-2002 годов, по оценкам, лишь 5% сирот получали некоторую помощь (Deininger, Garcia and Subbarao, 2003). Безусловно, необходимы срочные шаги для расширения масштабов и распространения успешных мер вмешательства, которые должны включать следующие «страновые обязательства» для:

- проведения интерактивного анализа ситуации;
- реализации национальной политики и пересмотра законодательства в целях повышения уровня защиты детей;
- создания национальных координационных механизмов для принятия мер в ответ на проблему сиротства;
- разработки и реализации национальных планов действий для решения проблемы предотвращения сиротства и удовлетворения потребностей сирот; и

- осуществления мероприятий по мониторингу и оценке на основе показателей, которые позволяют точно определить их влияние на благополучие сирот и детей, ставших уязвимыми в результате ВИЧ и СПИДа (ЮНИСЕФ и др., 2004).

В отчете 2003 г. о ходе достижения целей, поставленных в Декларации о приверженности Организации Объединенных Наций, отмечается, что 39% стран с «генерализованной эпидемией» не имеют национальной политики по оказанию важнейшей помощи детям-сиротам и уязвимым детям (ЮНЭЙДС, 2003). Примерно 14% таких стран разрабатывают политику, в то же время 25% из них не имеют таких планов.

Проблему сиротства необходимо решать на основе решительной политической воли, прежде чем она достигнет пропорций кризиса. Необходимо, чтобы в странах широкий круг правительственных участников и представителей гражданского общества оказывал финансовую помощь детям, семьям и общинам, а также проводилась работа по профилактике, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

Национальная политика, как, например, политика, разработанная в Гондурасе, Малави, Руанде, Свазиленде, Таиланде, Уганде и на Ямайке, является хорошей исходной точкой. Однако политика не будет иметь смысла, если отсутствует приверженность тому, чтобы претворить такую политику в практические действия. Семьи и общины часто демонстрируют сильную приверженность и жизнеспособность и возглавляют ответные меры, направленные на защиту детей, пострадавших в результате СПИДа. Рамки политики и национальные планы должны обеспечивать условия, способствующие реализации таких усилий, которые помогут сиротам выжить и преуспеть в будущем.

Расширение масштабов комплексной профилактики ВИЧ

4

Потребности девочек и женщин в профилактике

Невзирая на более высокую биологическую уязвимость женщин, в большинстве обществ именно невыгодное правовое, социальное и экономическое положение женщин и девочек в значительной степени повышает их уязвимость к ВИЧ. Поэтому при разработке программ профилактики ключевыми являются подходы, учитывающие гендерные факторы.

Все нет так просто как ВБП

В течение ряда лет программы профилактики для широких слоев населения были сфокусированы на стратегии «ВБП» – воздержание и более позднее начало половой жизни; повышение уровня безопасности благодаря сохранению верности или уменьшению числа сексуальных партнеров; и правильное и постоянное пользование презервативами. Для многих женщин и девочек такой подход имеет ограниченную ценность. У них нет социальных и экономических возможностей, и они живут, опасаясь насилия со стороны мужчин. Они не могут договариваться о том, чтобы воздержаться от секса, и не могут настаивать на том, чтобы их партнер хранил верность или использовал презерватив.

По иронии судьбы доверие и любовь в рамках брака и других долгосрочных отношений иногда составляют часть этой проблемы. Исследования в различных частях мира указывают на то, что супружеские пары чаще занимаются сексом по сравнению с не состоящими в браке лицами, однако реже пользуются презервативами. Глобальные исследования взаимосвязей между работниками секс-бизнеса и их клиентами показывают аналогичную картину: презервативами пользуются реже, если работники секс-бизнеса имеют определенный уровень интимности в отношениях с постоянными клиентами. Например, в провинции Ньянза, Кения, опрошенные клиенты работников секс-бизнеса отметили, что они реже пользуются презервативами, если они посещают своего постоянного работника секс-бизнеса (Helene et al., 2002).

Требуются различные подходы

Многие женщины не могут получить знаний и средств для защиты от ВИЧ. Исследования, проведенные в 38 странах, показали, что уровень знаний о передаче ВИЧ среди женщин в возрасте 15-24 лет очень низкий (ЮНФПА, 2002). Жизненно важную роль играют комплексные стратегии, включающие услуги, учитывающие гендерные и культурные аспекты и помогающие женщинам противодействовать дискриминационным социально-экономическим факторам. Ключевые компоненты включают: доступ к образованию (в частности к среднему образованию); усиление юридической защиты прав женщин на имущество и наследство; устранение насилия в отношении женщин и девочек; и обеспечение справедливого доступа к услугам по уходу и профилактике ВИЧ. Мужчины часто представляют значительную часть этой проблемы. Однако необходимо, чтобы они были существенной частью ее решения: они должны брать на себя ответственность в плане сохранения верности и безопасного секса; обеспечивать образование для своих дочерей; брать на себя часть бремени по уходу; и нетерпимо относиться к насилию в отношении женщин.

В июне 2002 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Международный научно-исследовательский центр по вопросам женщин провели консультацию экспертов с целью пересмотра классических подходов к профилактике ВИЧ на основе учета потребностей женщин и девочек. Также были даны рекомендации по улучшению мер вмешательства в связи с ВИЧ, направленных на мужчин (ВОЗ, 2003). Эксперты предложили совокупность подходов для включения гендерных вопросов в программы профилактики:

- *Подходы на основе учета гендерных факторов, которые как минимум признают*, что женщины и мужчины имеют различные потребности в профилактике, уходе и поддержке. Например, диагностика и лечение при инфекциях, передающихся половым путем, должны быть включены в программы планирования семьи/защиты репродуктивного здоровья. Это предоставит женщинам возможность получить доступ к таким услугам, не вызывая у них опасения общественного осуждения. Другим примером является пропаганда средств профилактики, контролируемых женщинами, таких как женские презервативы или микробициды.
- *Подходы, обеспечивающие преобразование гендерных ролей.* Такие подходы помогают мужчинам и женщинам пересмотреть гендерные нормы, создающие уязвимость к ВИЧ. Участие мужчин в реализации таких подходов является критически важным, для того чтобы их роль в защите сексуального и репродуктивного здоровья стала более конструктивной. Одним из наиболее известных примеров интерактивного подхода к решению проблемы ВИЧ, сексуального здоровья и гендерных вопросов является программа «Ступеньки» (‘Stepping Stones’). Она была впервые разработана в Уганде в середине 1990-х годов и сейчас применяется более чем в 100 странах. Создаются группы сверстников по 10-20 человек одного пола и возраста, члены которых обсуждают гендерные роли, денежные вопросы, отношения к сексу и сексуальности и отношение к смерти. Такая среда побуждает женщин и мужчин всех возрастов анализировать свои социальные, сексуальные и психосоциальные потребности, а также существующие проблемы в области коммуникации и вносить изменения в свои отношения.
- *Меры вмешательства, расширяющие возможности женщин и девочек*, направленные на то, чтобы уравнять возможности женщин и мужчин. Примеры включают расширение доступа женщин к имуществу и ресурсам, например, к правам на землю и получение наследства, развитие сетей для женщин и усиление организаций на уровне общин. Другие проекты направлены на удовлетворение не только насущных потребностей, обусловленных гендером. Они основаны на убеждении, что расширение возможностей является реальной задачей, только если женщины способны контролировать все аспекты своей жизни. Например, проект «Сонагачи», осуществляемый в Индии для работников секс-бизнеса, включает структуру самоуправление и использует инструкторов-сверстников, что превращает этот проект в международную модель для расширения возможностей женщин в целях профилактики ВИЧ среди работников секс-бизнеса и их клиентов.

Программы, построенные с учетом гендерных вопросов, часто можно реализовывать за короткий промежуток времени, поскольку лица, вырабатывающие национальную политику, и международные доноры понимают и принимают такие программы. Разработка отдельных, контролируемых женщинами средств профилактики, таких как микробициды, значительно усилит такие подходы. В долгосрочном плане изменение реалий, обусловленных гендерными факторами, которые способствуют развитию эпидемии, потребует применения широкомасштабных преобразующих подходов, расширяющих возможности. Чтобы увидеть наглядные результаты такой работы потребуется больше времени, однако это очень важно, чтобы остановить эпидемию.

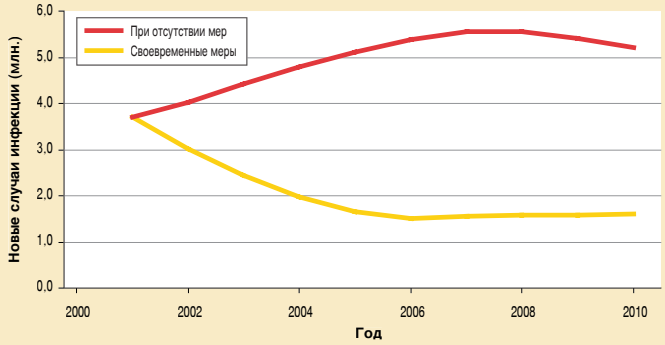
Расширение масштабов комплексной профилактики ВИЧ

Профилактика лежит в основе мер по борьбе со СПИДом, однако она редко осуществляется в масштабах, которые позволили бы обратить эпидемию вспять. Эффективные, недорогие и относительно простые меры вмешательства для профилактики ВИЧ существуют, однако темпы развития эпидемии, несомненно, опережают усилия, предпринимаемые странами для эффективной реализации программ профилактики. В глобальном масштабе менее одной пятой людей, нуждающихся в услугах по профилактике, имеют к ним какой-либо доступ (Policy Project, 2004).

Сегодня расширение доступа к антиретровирусной терапии дает надежду миллионам людей, живущих с ВИЧ; жизненно важно, чтобы этому соответствовало расширение программ профилактики. Резкое расширение программ профилактики сильно повлияло бы на уровни инфицирования ВИЧ. Комплексная профилактика позволила бы предотвратить 29 из 45 миллионов новых инфекций, прогнозируемых в этом десятилетии (Stover et al., 2002) (см. Рис. 17). Более того, если не произойдет резкого снижения уровня инфицирования ВИЧ, расширение доступа к лечению становится невозможным. Службы, которые предоставляют антиретровирусную терапию, не смогут удовлетворить спрос.

Рисунок 17

Прогнозируемые новые случаи инфекции среди взрослых при нынешнем уровне мероприятий и при своевременном расширении всеобъемлющего пакета мер



Источник: Stover et al. (2002). *Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response?* Lancet, 2002.

В Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой ООН в 2001 году, страны всего мира взяли на себя обязательства резко расширить масштабы программ профилактики. Целью Декларации является снизить к 2005 году распространенность ВИЧ среди молодых людей (в возрасте 15-24 лет) на 25% в наиболее пострадавших странах, а также снизить долю инфицированных ВИЧ младенцев на 20%.

Если нынешние тенденции будут сохранены, многие страны не смогут достичь таких целей. В наиболее пострадавших странах Африки к югу от Сахары лишь немногие имеют доступ к программам профилактики, невзирая на чрезвычайно высокие показатели инфицирования. В других регионах, где эпидемия начинает развиваться быстрыми темпами, все еще существуют возможности остановить ее развитие – но лишь при условии ускорения усилий по профилактике.

Решение новых задач в области профилактики

К счастью, ряд стран демонстрирует успешные результаты в снижении темпов инфицирования ВИЧ. Первыми успехов в профилактике ВИЧ добились Сенегал, Таиланд и Уганда. В последние годы аналогичный прогресс был отмечен в таких разных странах, как Бразилия, Камбоджа и Доминиканская Республика. Мировое сообщество может учиться на этих успешных примерах профилактики и

Информация о ходе глобальных мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа – 2004 г.

Профилактические программы охватывают менее одного человека из пяти, нуждающихся в них

- По оценкам из 70 стран, участвовавших в опросе 2003 года на тему охвата программ, доля беременных женщин, охваченных услугами по профилактике передачи инфекции от матери ребенку, колеблется от 2% в западной части Тихоокеанского региона, до 5% в странах Африки к югу от Сахары и до 34% в Северной и Южной Америке.
- Процент взрослых, нуждающихся в добровольном консультировании и тестировании и получивших эти услуги, колебался почти от нуля в Юго-Восточной Азии до 7% в Африке к югу от Сахары и до 1,5% в Восточной Европе.
- Использование презервативов при половом акте между случайными партнерами варьировалось от 13% в Юго-Восточной Азии до 19% в странах Африки к югу от Сахары.
- Менее 10% стран, участвовавших в опросе, в которых отмечался значительный уровень передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, обеспечивают доступ к программам снижения вреда.
- В Северной и Южной Америке примерно 30% мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, имеют доступ к профилактическим услугам, а странах Африки к югу от Сахары – всего 6%. В Юго-Восточной Азии 15% из примерно 2,2 миллиона работников секс-бизнеса получают базовые профилактические услуги, в то время как в Африке к югу от Сахары – около 32% из примерно 2,5 миллиона работников секс-бизнеса.
- В странах Африки к югу от Сахары примерно 60% учеников начальной школы получают базовое просвещение по вопросам СПИДа, в то время как в западной части Тихоокеанского региона это число составляет 13%.

Источник: Отчет о ходе работы – 2003 г.: Глобальный ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа, ЮНЭЙДС, 2003 г.; *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003, UNAIDS/USAID/WHO/CDC and the Policy Project, 2004.*

адаптировать их. Общий урок заключается в том, что в основе эффективных ответных мер лежат три стратегии, которые в значительной мере взаимосвязаны (UNAIDS, 2002):

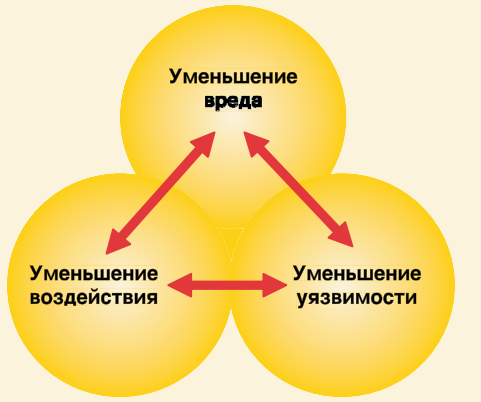
- уменьшение риска инфицирования в целях замедления темпов эпидемии
- уменьшение уязвимости в целях снижения как риска, так и воздействия
- снижение воздействия в целях уменьшения уязвимости.

В то же время профилактика ВИЧ должна меняться и становиться более инновационной в плане учета изменений в развитии эпидемии. Например, в ряде промышленно развитых стран отмечается новый рост рискованного поведения и новых инфекций среде групп населения, где показатель распространенности ранее стабилизировался или снизился – в частности, среди молодых мужчин, занимающихся сексом с мужчинами. Это связывают с надеждами на антиретровирусную терапию (Ostrow et al., 2002; Suarez et al., 2001), а также с «усталостью от профилактики» и тем, что многие молодые люди сейчас достигли совершеннолетия, не ощутив на себе опустошительных последствий эпидемии.

Требуются новые или значительно более интенсивные усилия для профилактики ВИЧ среди женщин и девочек, поскольку даже наиболее оптимально спланированные меры вмешательства дадут ограниченные результаты, если они не будут дополнены усилиями, направленными на устранение коренных причин их уязвимости (см. вставку на странице 70). В равной степени задача «устранения угрозы ВИЧ для следующего поколения» означает, что в профилактику ВИЧ среди молодых людей обоих полов необходимо вкладывать намного больше ресурсов.

Рисунок 18

Укрепить стратегии уменьшения риска, уязвимости и воздействия



Источник: ЮНЭЙДС. Глобальная стратегия по ВИЧ/СПИДу (Укрепить стратегии уменьшения риска, уязвимости и воздействия: расширенные меры в ответ на эпидемию), 2001

Уменьшение уязвимости среди работников горнорудной промышленности

Большая часть из 300 тысяч шахтеров, занятых на золотых и платиновых рудниках в Южной Африке, работает вдали от дома и видится со своей семьей лишь раз в году – эта система возникла во времена колониализма и расцвела в условиях апартеида. Эта система является одним из факторов, способствующих развитию эпидемии ВИЧ в стране, вследствие чего шахтеры могут оказаться в самых различных ситуациях, связанных с риском. Сегодня эта ситуация меняется для многих мужчин, по мере того как компании вместо переполненных мужских общежитий начинают строить недорогое семейное жилье, часто сотрудничая с местными органами управления в целях строительства домов и переоборудования старых общежитий.

Компания «Лонмин платинум» (Lonmin Platinum) является одним из лидеров в этой работе. Это третий в мире производитель металлов платиновой группы, где на постоянной основе работает 16 тысяч шахтеров. Компания уже построила более тысячи жилых домов и планирует построить в ближайшее время еще две тысячи домов. Эта компания пошла еще дальше. В 2003 году во Всемирный день борьбы со СПИДом она начала предоставлять антиретровирусное лечение ВИЧ-инфицированным работникам, а в настоящее время обсуждается возможность распространения этой программы и на членов их семей.

Расширение доступа к антиретровирусной терапии и другим видам лечения дает критическую возможность для усиления мер профилактики, побуждая намного большее число людей к тому, чтобы они знали свой ВИЧ-статус. Это может произойти по той причине, что надежда на лечение будет стимулировать к более широкому использованию услуг по добровольному консультированию и тестированию, а также поскольку службы, предоставляющие услуги по охране здоровья, будут все шире включать предложение о прохождении диагностического тестирования в стандартную клиническую практику. Это в сочетании с очевидными успехами лечения должно стимулировать к более открытому диалогу о ВИЧ. Призывы к проявлению заботы и сострадания со стороны политических, религиозных и общественных лидеров также помогут снизить стигму в отношении людей, живущих с ВИЧ.

Уменьшение уязвимости

Эффективная профилактика требует политики, которая способствует уменьшению уязвимости большого числа людей – фактически, создавая социальную, правовую и экономическую среду, которая делает профилактику возможной. Эффективные меры в ответ на СПИД находятся в тесной взаимосвязи с базовым социально-экономическим развитием. Исследования в Африке к югу от Сахары показали, что мужчины и женщины, живущие в районах с более высокими показателями развития, такими как продолжительность жизни и грамотность, намного чаще пользуются презервативами (Ukwuani et al., 2003). Мальчики в Зимбабве, которые посещают школу и имеют полные семьи, чаще практикуют более безопасный секс (Betts et al., 2003). Исследования в Африке к югу от Сахары и в Карибском регионе показали, что женщины реже пользуются презервативами по сравнению с мужчинами, что обусловлено различием в гендерных возможностях, в результате чего женщинам труднее предлагать использовать презерватив (Norman, 2003).

Инициативы, направленные на ускорение экономического и социального развития и расширение возможностей женщин и девочек, также способствуют осуществлению эффективных мер в ответ на СПИД. Такие ориентированные на профилактику усилия могут иметь различные формы и могут зачастую осуществляться как государственным, так и частным сектором. Например, в Южной Африке горнорудные компании строят жилье для семей рабочих-мигрантов, чтобы они не жили в переполненных мужских или женских общежитиях, которые в значительной мере способствовали распространению ВИЧ в регионе (см. вставку выше). Отмена оплаты за школьное обучение в Уганде и Кении помогает сохранить молодежь, особенно девочек, в школе. Законодательство, легализующее покупку и хранение при себе стерильного инъекционного инструментария, помогает снизить уровень передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, не способствуя при этом распространению наркомании. Точно так же международное сотрудничество в целях предупреждения торговли людьми позволяет

уменьшить число молодых людей, которым грозит очень высокий риск заражения ВИЧ, насилия и нарушения других прав человека.

Комплексная профилактика

Комплексная профилактика направлена на предупреждение всех путей передачи ВИЧ. Поскольку эпидемии ВИЧ носят исключительно разнообразный характер в регионах, в странах и во времени, те, кто планирует программы, должны уделять различное внимание компонентам стратегий:

- **В условиях низкой распространенности** профилактика среди ключевых групп населения (напр., работников секс-бизнеса и их клиентов, потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, занимающихся сексом с мужчинами) может оказаться эффективной мерой для удержания ВИЧ на низком уровне среди широких слоев населения;
- **В условиях высокой распространенности** профилактика среди ключевых групп населения также играет важную роль, однако для того чтобы обратить эпидемию вспять, требуются широкие стратегии, направленные на все слои населения; и
- **Во всех странах** профилактика протекает медленно, если в ответные меры не включаются такие составляющие, как обеспечение всеобщего доступа к лечению, а также меры, направленные на снижение воздействия и уязвимости.

Уязвимость к ВИЧ – неспособность контролировать риск заражения для отдельного человека или для общины – имеет много аспектов, таким образом, ни одна мера вмешательства в целях профилактики не будет эффективной сама по себе. Ключевые элементы комплексной профилактики ВИЧ включают:

- просвещение и информирование по вопросам СПИДа;
- программы, направленные на изменение поведения, особенно для молодежи и групп населения, которым грозит повышенный риск инфицирования ВИЧ, а также для людей, живущих с ВИЧ;
- пропаганду мужских и женских презервативов как средства защиты, а также пропаганду воздержания, верности и снижения числа сексуальных партнеров;
- добровольное консультирование и тестирование;
- профилактику и лечение инфекций, передающихся половым путем;
- первичную профилактику среди беременных женщин и профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку;
- программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков;
- меры по обеспечению безопасности запасов крови;
- контроль за инфекциями в условиях медицинских учреждений (универсальные меры предосторожности, безопасность медицинских инъекций, профилактика после контакта);
- просвещение среди населения и изменение законодательства и политики в целях противодействия стигме и дискриминации; и
- уменьшение уязвимости через социальные, правовые и экономические изменения.

Предупреждение передачи половым путем через «комбинированную профилактику»

Термин «комбинированная профилактика» использовался для обозначения комплексной профилактики. Однако в последнее время он стал использоваться для обозначения комбинации стратегий, необходимых для предупреждения передачи половым путем. Комбинированная профилактика включает различные стратегии, которые могут выбирать отдельные граждане в различное время в своей жизни с тем, чтобы снизить риск заражения вирусом через половые контакты.

Страны, которые достигли устойчивого прогресса в борьбе против распространения ВИЧ, использовали самые различные дополняющие друг друга подходы к профилактике, начиная с принципов «ВВПр» для профилактики передачи половым путем на индивидуальном уровне (см. вставку на

Азбучные принципы ВБП комбинированной профилактики

Точно так же как комбинированное лечение воздействует на ВИЧ в различных фазах репликации вируса, комбинированная профилактика включает различные стратегии более безопасного сексуального поведения, которые могут выбирать информированные лица, имеющие возможность принимать самостоятельные решения, в различное время в своей жизни, для того чтобы снизить риск контакта с ВИЧ для самих себя и для других (Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ, 2003). Такие принципы часто называют азбучными принципами ВБП комбинированной профилактики:

- **В означает воздержание** — воздержание от половых контактов или более позднее начало половой жизни. Независимо от того, означает ли воздержание более позднее начало половой жизни или период воздержания на последующем этапе, доступ к информации и просвещению по вопросам альтернативной и более безопасной сексуальной практики является критическим, для того чтобы избежать инфицирования ВИЧ после начала или возобновления половой жизни.
- **Б означает более высокий уровень безопасности** — сохранение верности своему партнеру или уменьшение числа сексуальных партнеров. Число сексуальных партнеров в течение жизни является очень важным показателем для прогнозирования вероятности заражения ВИЧ-инфекцией. Таким образом, уменьшение числа сексуальных партнеров снижает риск заражения ВИЧ. Однако стратегии, направленные на пропаганду верности среди пар, необязательно ведут к снижению частоты инфицирования ВИЧ, если только ни один из партнеров не является ВИЧ-инфицированным или оба постоянно хранят верность.
- **П означает правильное и постоянное использование презерватива** — презервативы позволяют снизить риск передачи ВИЧ для сексуально активных молодых людей, пар, где один партнер инфицирован ВИЧ, работников секс-бизнеса и их клиентов и для всех тех, кто занимается сексом с партнерами, которые могли иметь контакт с ВИЧ. Исследования показали, что если у людей нет доступа к презервативам, другие стратегии профилактики во многом теряют свою потенциальную эффективность.

Меры вмешательства В, Б и П могут адаптироваться и комбинироваться сбалансированным образом в зависимости от культурного контекста, целевых групп населения и стадии развития эпидемии.

стр.70) и включая интегрирование усилий по профилактике и уходу. Бразилия, Таиланд и Уганда являются примерами осуществления сильно отличающихся, но эффективных ответных мер, когда особое внимание уделялось правильному выбору комбинации мер вмешательства в соответствии с конкретными факторами риска и уязвимости, характеризующими эпидемию в каждой стране.

Уганда является одним из наиболее вдохновляющих примеров осуществления эффективных общенациональных ответных мер благодаря успешному снижению общего показателя распространенности ВИЧ с пикового значения, отмеченного в 1992 году. Этого удалось достичь за счет применения различных подходов к профилактике, включая мобилизацию населения, осуществление проектов через неправительственные организации (НПО) и проведение широких просветительских кампаний, с уделением особого внимания более позднему началу половой жизни, уменьшению числа партнеров и использованию презерватива. Сильное политическое руководство, устранение стигмы и открытое общение были основными аспектами мер в ответ на СПИД в Уганде. Изменения в поведении, отмеченные в начале 1990-х годов – в частности, более позднее начало половой жизни и снижение числа случайных партнеров, – оказались основой для снижения числа новых инфекций. После этих первоначальных изменений важную роль в стабилизации эпидемии, вероятно, сыграло расширение практики использования презервативов, что позволило сохранить и ускорить темпы применения мер вмешательства в последнее десятилетие (Singh et al., 2003; Shelton et al., 2004).

В Таиланде также применялись различные подходы, при этом с первой половины 1990-х годов начинается привлечение к руководству известных людей. Наряду с кампаниями в средствах массовой информации Таиланд начал проводить политику «За 100% использование презервативов» для работников секс-бизнеса

и их клиентов. Это привело к более широкому пользованию презервативами, в частности в сфере секс-бизнеса, и к уменьшению числа случайных партнеров (UNAIDS, 2000).

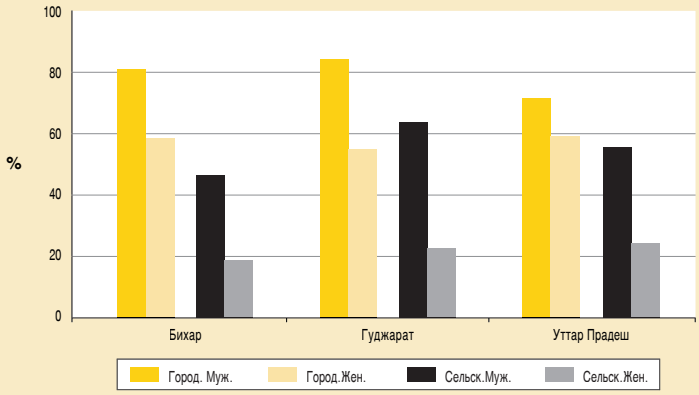
Бразилия добилась снижения общенациональных показателей инфицирования благодаря финансированию кампаний в средствах информации по распространению знаний о СПИДе, программ снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков, программ по изменению поведения для работников секс-бизнеса и мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, а также благодаря пропаганде добровольного консультирования и тестирования (Levi and Vitória, 2002). Существенно важным элементом явилось проведение сильной пропаганды через организации гражданского общества, в том числе через организации ВИЧ-инфицированных людей. Такая работа по пропаганде обеспечила поддержку и усиление мероприятий по профилактике под руководством органов управления и привела к интегрированию ухода и лечения в Национальную программу по СПИДу, включая обеспечение всеобщего доступа к антиретровирусной терапии.

Ответные меры в этих трех странах были основаны на правильной оценке специфических факторов, способствующих развитию эпидемии в каждой отдельной стране. Например, программа особого внимания использованию презервативов в сфере секс-бизнеса, реализованная в Таиланде, оказалась бы менее успешной в Уганде, поскольку секс-бизнес не является главным фактором, способствующим развитию эпидемии в этой стране.

Просвещение и информирование по проблеме СПИДа

Несмотря на то что эпидемия давно вступила в третье десятилетие своего развития, базовое просвещение по проблеме СПИДа остается основой для реализации ответных мер. Например, в Индии данные обследования поведения показали, что 30% женщин никогда не слышали о ВИЧ или СПИДе (NACO, 2003). Менее всего оказались информированными женщины, проживающие в сельских

Процентная доля респондентов, сообщавших, что ВИЧ может передаваться половым путем, отдельные штаты Индии



Источник: National AIDS Control Organization, *National Baseline General Population Behavioural Surveillance Survey 2001*

Рисунок 19

районах: менее 25% таких женщин в штатах Бихар (18,7%), Гуджарат (22,7%) и Уттар-Прадеш (24,3%) знали о том, что ВИЧ может передаваться половым путем. На рисунке 19 показана разница в уровне знаний относительно передачи ВИЧ между мужчинами и женщинами, а также между городскими и сельскими респондентами.

Результаты большинства исследований программ профилактики в странах с низким и средним уровнем доходов указывают на то, что эффективные проекты, направленные на изменение поведения, включают просветительские и коммуникационные составляющие с использованием различных средств информации, от традиционного театра и музыки до глобальных теле- и радиосетей (Merson et al., 2000). Страны, которые значительно снизили показатели новых инфекций, как правило, вкладывали большие средства в инициативы по просвещению и информированию по проблеме СПИДа.

Кампании в средствах информации стали все шире участвовать в программах в связи с ВИЧ и СПИДом. Национальные широковещательные корпорации, такие как CCTV в Китае и Широковещательная корпорация Южной Африки, провели огромную работу, равно как и мировые организации массовой информации, такие как «Бритиш бродкастинг корпорэйшн»,

французская TV5 и международная музыкальная вещательная компания Music Television (см. «Крупным планом: молодежь»).

Однако одной лишь информации недостаточно, чтобы обеспечить устойчивое изменение поведения.Недавнее исследование в Зимбабве показало, что многие молодые люди, которые прошли обучение по вопросам СПИДа и инфекций, передающихся половым путем, по-прежнему не пользовались презервативами во время половых контактов (Betts et al., 2003). Очевидно, что просвещение по проблеме СПИДа как инструмент профилактики имеет свои ограничения. Тем не менее информация играет критическую роль в плане оказания помощи людям для правильного понимания путей передачи ВИЧ и методов ее профилактики – это первый шаг для снижения риска.

Национальные советы по делам молодежи, сети, объединяющие службы по уходу за здоровьем, религиозные сети и другие структуры могут предоставить имеющиеся каналы коммуникации для передачи фактов. В Китайской провинции Аньхой применяется подход «обучение инструкторов» для распространения информации в связи с ВИЧ среди работников, обеспечивающих уход за здоровьем. Первоначально 55 человек персонала прошли обучение в различных учреждениях здравоохранения, после чего в провинциях были проведены семинары в местных учреждениях системы здравоохранения. Результаты обследования, проведенного через 18 месяцев после завершения обучения, показали, что базовые знания по проблеме ВИЧ были иногда на 100% выше в округах, где проводилась учеба, если сравнивать с округами, где персонал не получил такой подготовки (Wu et al., 2002).

Программы, направленные на изменение рискованного поведения, грозящего заражением ВИЧ, и выработку устойчиво здорового поведения

Десятки исследований продемонстрировали, что существуют различные стратегии, которые могут помочь людям изменить свое поведение и выработать устойчиво здоровое поведение для снижения риска. Документы с оценками программ подтверждают изменение сексуального поведения среди подростков и взрослых, мужчин и женщин, людей, живущих в развивающихся и промышленно развитых странах; а также среди групп, которые особенно уязвимы к инфекции (Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ, 2003).

Программы, направленные на обеспечение устойчивого изменения поведения, позволяют получить очень важную информацию о здоровье, мотивировать людей к уменьшению риска и выработке индивидуальных навыков для того, чтобы пользоваться презервативами и договариваться о более безопасном сексе.

4

Китай проводит профилактику среди групп населения

В Китае 840 тысяч человек живут с ВИЧ, причем более 50% инфекций являются результатом использования зараженного инструментария при употреблении инъекционных наркотиков. В последнее время отмечается значительный рост числа лиц, инфицированных в результате коммерческого секса, особенно в прибрежных районах на востоке и юге Китая и в больших городах. В ответ на это правительство объявило о проведении политики решительных мер вмешательства для изменения поведения среди групп, которым грозит повышенный риск инфицирования ВИЧ. Несмотря на то что некоторые из этих мер – включая пропаганду презервативов, обмен игл и поддерживающее лечение метадоном – вызвали противоречивое отношение со стороны определенных правительственных ведомств и населения, новая политика фактически направлена на поддержку мероприятий, которые уже осуществляются в различных частях страны. Например, в 2001 году в городах Ухань, провинция Хубэй, и Чжэньцзян, провинция Цзянсу, начали проводить пилотное исследование при поддержке со стороны Всемирной организации здравоохранения в целях пропаганды 100% использования презервативов в местах развлечений. В 2002 году в Гуанси-Чжуанском автономном районе и в провинции Гуандун был проведен пилотный проект по маркетингу шприцев и игл, при этом использовался персонал местных центров по контролю за заболеваниями (Министерство здравоохранения/ Тематическая группа ООН, 2003.)

Уникальные усилия по профилактике в Непале

В Непале организация «Международная служба в области народонаселения» (Population Services International) провела информационную кампанию, используя преимущества по охвату, которые дает национальная почтовая служба. Во время проведения кампании на каждое письмо или пакет, поступающий в страну или направляемый из страны, наклеивается этикетка «Защитите себя и других от ВИЧ/СПИДа». На этикетках имеется логотип марки презервативов «Номер один» (Number One), которые Международная служба в области народонаселения распространяет в Непале с 2003 года. Другие усилия по пропаганде сосредоточены на использовании нетрадиционных служб, предоставляющих услуги группам высокого риска, в том числе лицам, посещающим развлекательные учреждения, такие как различного рода рестораны и салоны массажа. За первый год работы было распространено почти 4 миллиона презервативов, что намного больше запланированного на первый год показателя в 1 миллион.

Эффективные подходы для молодежи и детей связаны с просвещением на основе жизненных навыков, способствующим принятию здорового поведения. Это включает повышение их ответственности за свою собственную жизнь, здоровый выбор, приобретение уверенности, чтобы противостоять негативному давлению, и минимизацию опасного поведения.

Успешные программы, направленные на изменение поведения, как правило, дополняются другими компонентами комплексной профилактики, указанными ранее. Их реализации также способствует сбор надежной информации о поведении, отношениях и социальных сетях целевых групп населения. Могут быть использованы самые разнообразные методы, от обследований до сложных географических информационных систем. Например, результаты исследования, проведенного недавно в Южной Африке в трех населенных пунктах и в деловом районе, показывают, каким образом формативные исследования играют полезную роль в разработке стратегий профилактики. Исследователи установили, что социальные сети в этих районах оказались относительно разбросанными, но что респонденты в основном могли указать общественные места, где люди находят новых сексуальных партнеров. Данное исследование показало, что в большинстве случаев в таких местах отсутствовали презервативы, а также помогло установить потенциально важные места для применения мер вмешательства (Weir et al., 2003).

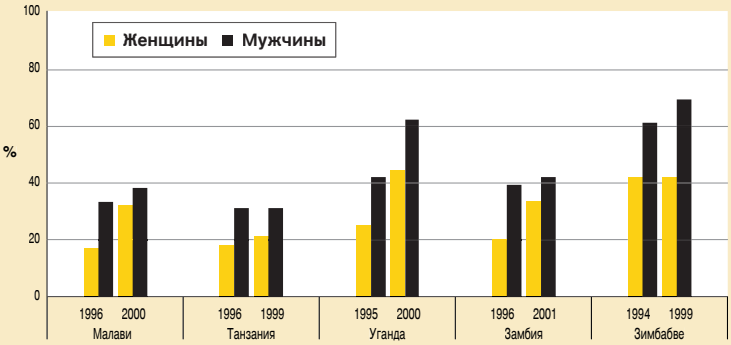
Пропаганда использования мужских презервативов

Усилия по профилактике ВИЧ уже давно нацелены на пропаганду правильного и постоянного использования презервативов в рамках стратегии комбинированной профилактики. Научные данные в подавляющем большинстве подтверждают тот факт, что мужские латексные презервативы оказываются весьма эффективными для профилактики передачи ВИЧ половым путем (CDC, 2002). Данные также указывают на то, что полиуретановый женский презерватив сравнительно эффективен для защиты от передачи инфекции половым путем (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 1997). Кроме того, презервативы позволяют предупредить передачу других

Рисунок 20

Тенденции в сексуальном поведении молодежи в отдельных странах Африки к югу от Сахары, 1994–2001

Процентное число молодых людей (15–24 лет), сообщивших об использовании презерватива во время последнего полового акта с парнером, с которым они не состояли в браке или сожительстве, среди тех, кто имел половой акт с таким партенром в течение последнего года



Источник: DHS data, 1994–2001

инфекций, передающихся половым путем, которые связаны с повышенным риском заражения и передачи ВИЧ.

Презервативы всегда играли ключевую роль в реализации успешных национальных программ профилактики. Однако, несмотря на очевидные преимущества для общественного здоровья, практика пользования презервативами все еще слабо распространена во многих странах. Обследования с участием почти 4300 взрослых в Кении, Танзании и Тринидаде показали, что лишь 19% пользовались презервативом во время контактов с последним сексуальным партнером (Norman, 2003). Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) определил более 200 мифов, неверных представлений и страхов, которые препятствуют доступу к презервативам и их использованию (UNFPA/ЮНЭЙДС, 2004).

Для эффективной пропаганды использования презервативов необходима четкая информация, которая рассеивает мифы и неправильные представления, например, что презервативами пользуются только люди, ведущие беспорядочную половую жизнь, или что ВИЧ настолько мал, что он проникает через латекс. Однако для этого требуется не только просвещение. Лица – в частности женщины и девочки, – которые хотят пользоваться презервативами, часто сталкиваются с трудностями при попытке договориться об этом со своим сексуальным партнером (Norman, 2003). Эти результаты подчеркивают необходимость решения гендерных вопросов в рамках усилий по пропаганде презервативов (см. Рис. 20).

В глобальном масштабе распространение презервативов в последние годы значительно увеличилось, однако сохраняется большой дефицит. В Южной Африке, в период с 2000 по 2002 годы, распространение презервативов увеличилось почти на 70%. В Бразилии, в период с 1996 по 2000 годы, общий объем продаж презервативов вырос примерно на 62% (Levi and Vitória, 2002). В Индии, в 2003-2004 годах, объем продаж презервативов вырос на 13%. В то же время правительство Китая в настоящее время закупает 1,2 миллиарда презервативов в год из источников внутри страны, главным образом для бесплатного распространения в качестве противозачаточного средства.

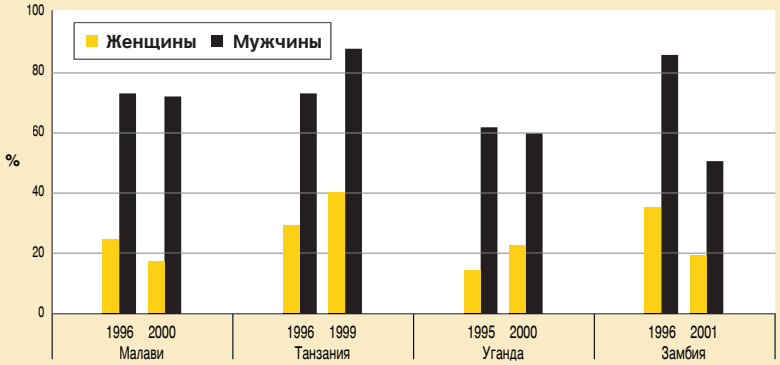
Несмотря на очевидную потребность во многих регионах, где свирепствует ВИЧ, презервативов по-прежнему нахватает. По оценкам ЮНФПА, в настоящее время запасы презервативов в странах с низким и средним уровнем доходов на 40% ниже по сравнению с потребностями. К сожалению, в последние годы международные средства, выделяемые на закупку презервативов, уменьшились. Межстрановая программа по СПИДу Всемирного банка и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией являются важными новыми каналами для оказания финансовой помощи в целях пропаганды презервативов. Несмотря на это существенный дефицит презервативов сохраняется и может увеличиться в ближайшие годы, если все заинтересованные стороны не примут мер для увеличения поставок презервативов.

Женские презервативы

Женский презерватив появился в начале 1990-х годов. Начиная с 1997 года его стали использовать более чем в 90 странах. Усилия по пропаганде иногда наталкивались на сопротивление на местном уровне по ряду причин, связанных как с теми, кто поставляет презервативы, так и с теми, кто ими пользуется. Однако министерства здравоохранения в Бразилии, Гане, Зимбабве и Южной Африке значительно увеличили число женщин, пользующихся женскими презервативами. Ключевые компоненты для успешного внедрения женских презервативов включают лиц, проводящих обучение и просвещение через лиц одного круга, коммуникацию один на один с потенциальными пользователями, обеспечение постоянных поставок и распределение через частный и государственный сектор. Другие критические факторы для расширения практики использования женских презервативов включают участие широкого круга лиц, принимающих решения (руководителей программ, лиц, предоставляющих услуги, лидеров на уровне общины и женских групп), а также политическое

Тенденции в сексуальном поведении молодежи в отдельных странах Африки к югу от Сахары, 1994–2001

Процентное число молодых людей (15–24 лет), сообщивших о том, что они имели половой акт с парнером, с которым они не состояли в браке или сожительстве, в течение 12 месяцев до проведения опроса



Источник: DHS data, 1995–2001

Рисунок 21

руководство и финансирование со стороны правительств и доноров.

Рыночные факторы также часто мешают эффективной пропаганде женских презервативов. С одной стороны, они стоят дороже мужских презервативов, что делает их недоступными во многих странах с ограниченными ресурсами. В ответ на эти проблемы страны-доноры стремятся получить льготные цены и увеличить финансовую помощь для пропаганды женских презервативов. Сейчас в Южной Африке начаты испытания женского презерватива второго поколения в рамках фазы II и III.

Молодежь

Молодые люди находятся в центре внимания программ, направленных на изменение поведения, поскольку на людей в возрасте от 15 до 24 лет, по оценкам, приходится половина всех новых инфекций. Однако молодые люди в различных частях мира сталкиваются с различными факторами риска, следовательно программы профилактики должны разрабатываться соответствующим образом. Например, в большинстве случаев меры вмешательства, направленные на детей, не посещающих школу, отличаются от мер вмешательства, предназначенных для детей, посещающих школу. В странах, где употребление инъекционных наркотиков представляет собой повышенный риск заражения ВИЧ по сравнению с половым путем, необходимо соответствующим образом построить программы обучения жизненным навыкам. К счастью, за последние два десятилетия был приобретен значительный опыт проведения профилактики среди молодежи, который применяется в различных частях мира (см. «Крупным планом: молодежь»).

Женщины и девочки

Особая уязвимость женщин и девочек достаточно хорошо подтверждена документально. Например, в Африке к югу от Сахары в целом вероятность инфицирования ВИЧ для женщин на 30% выше, чем для мужчин (см. главу «Глобальный обзор»). Среди молодых людей это гендерное различие в уровне распространения инфекции особенно заметно. Обследования домохозяйств в семи странах Африки к югу от Сахары показали, что вероятность инфицирования ВИЧ для женщин в возрасте 15-24 лет в 2,7 раза выше, чем для мужчин той же возрастной категории (ВОЗ, 2002а), несмотря на намного меньшую вероятность того, что они сообщили о наличии внебрачных и не проживающих с ними партнеров за предыдущие 12 месяцев (см. Рис. 21).

Начало профилактики в раннем возрасте лежит в основе большинства стратегий профилактики, а одним из наиболее оптимальных средств для защиты девочек от ВИЧ является посещение школы (см. главу «Воздействие»). В соответствии с международной инициативой «Образование для всех», были определены три ключевых направления для действий, которые составляют

Индия: использование презервативов среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами

Организация «Хумсафар траст» в Мумбаи, которая сотрудничает с муниципальной больницей «Локмания Тилак», является одним из двух учреждений, где проводится надзор за ВИЧ среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами. Во время обследования, проведенного среди клиентов этого Траста, 82% мужчин и 75% транссексуалов указали на то, что их сексуальные партнеры будут недовольны, если они станут настаивать на использовании презерватива. Около половины представителей в обеих группах указали, что презервативы стоят дорого, их трудно найти и их стыдно покупать, а также отметили факты преследования со стороны полиции, если у них находили презервативы. В равной мере настораживает то, что 85% в обеих группах считали, что презервативы не нужны во время секса с человеком, который выглядит здоровым (Mathur M et al., 2002.).

основу для осуществления мер в ответ на ВИЧ в секторе образования для защиты девочек:

1. Обеспечить посещение школы девочками, а также обеспечить для них безопасные условия, которые помогут сохранить их в школе для получения знаний.
2. Обеспечить просвещение по вопросам профилактики ВИЧ в рамках общего качественного образования, которое заслуживают все дети и молодые люди.
3. Обеспечить специальные меры для тех, кто не посещает школу, для получения образования в различных других внешкольных учреждениях, а также учитывать потребности работающих детей, детей улицы, детей, подвергающихся эксплуатации, и детей, уязвимых по причине бедности и плохих жизненных условий.

По мере того как девочки подрастают, все более важное место занимают другие виды профилактических мероприятий. Для уменьшения уязвимости женщин к ВИЧ необходимо устранить целый ряд правовых, социальных и экономических недостатков, обусловленных гендерными различиями.

Супружеские пары и пары, состоящие в сожительстве

Супружеские пары и пары, состоящие в сожительстве, чаще занимаются сексом по сравнению с людьми, которые не живут вместе, но они реже пользуются презервативами (Population Report, 1999). В определенной мере такое редкое пользование презервативом обусловлено доверием, однако это также отражает более низкие возможности женщин договариваться о безопасном сексе, даже когда женщина подозревает, что ее муж занимался опасным сексом до или во время супружеской жизни.

Более высокий уровень безопасности вследствие сохранения верности одному партнеру вытекает из принципов ВБП, однако идея о том, что при половых контактах с постоянными партнерами защита не нужна, может быть опасной. Верность защищает только тогда, когда ни один из партнеров не инфицирован ВИЧ и оба соблюдают верность постоянно. Например, исследование 1999 года в Таиланде показало, что, хотя три четверти ВИЧ-инфицированных женщин, вероятнее всего, заразились от своих мужей, почти половина респондентов считала, что им не грозил или почти не грозил риск заражения ВИЧ. Секс со своим мужем оказался единственным фактором риска заражения ВИЧ, на который указали эти женщины (Xu et al., 2000).

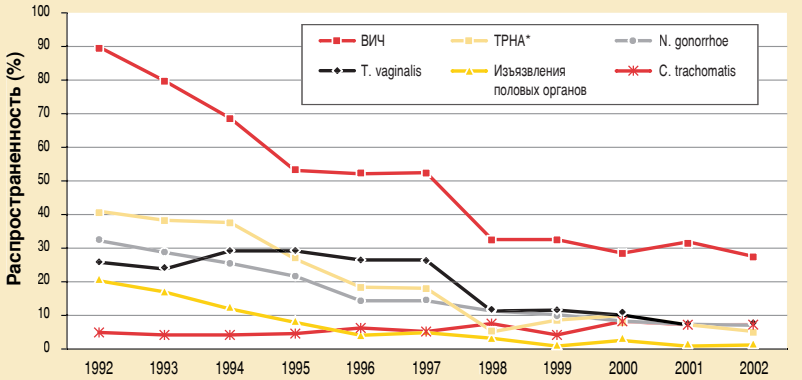
Это подчеркивает ценность услуг по добровольному консультированию и тестированию для пар, что позволяет повысить уровень знаний о ВИЧ-статусе и помогает партнерам вести беседу о сексе и планировать меры для снижения своего риска. Исследования показали, что после добровольного консультирования и тестирования серодискордантные пары (пары, где инфицирован только один партнер) и ВИЧ-инфицированные участники снижали уровень незащищенного секса и чаще пользовались презервативами по сравнению с неинфицированными и не прошедшими тестирование участниками (Weinhardt et al., 1999).

Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами

На эту группу населения приходится 5-10% всех случаев ВИЧ-инфекций во всем мире, в том числе самая высокая пропорция инфекций в большинстве развитых стран и в Латинской

Америке. В Центральной и Восточной Европе показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, намного выше аналогичного показателя среди населения в целом (Hamers & Downs, 2003). В Индонезии на мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, приходится 15% зарегистрированных случаев СПИДа; в Сингапуре 29%; в Гонконге 32%; и на Филиппинах 33% (Colby, 2003). Данные о распространенности ВИЧ в этой группе населения в Африке к югу от Сахары менее полные.

Ежегодные показатели распространенности ВИЧ и других заболеваний, передающихся половым путем, полученные в "Клинике доверия" в Абиджане (1992–2002 гг.)



* Выделение Treponema pallidum методом гемагглютинации

Источник: Ghys et al., AIDS 2003, Vol 17 (suppl 4)

Рисунок 22

Во многих частях мира мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, обычно не отождествляют себя с геями, гомосексуалами или бисексуалами. Такие обстоятельства, как тюремное заключение или военная служба, также могут побуждать к сексуальному выражению среди мужчин, которые не отождествляются с геями. Мужчины, занимающиеся незащищенным сексом с мужчинами, также имеют незащищенные половые контакты с женщинами и тем самым являются эпидемиологическим мостиком с широкими слоями населения. В Китае обследование среди более 800 мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, показало, что 59% опрошенных указало на то, что за предыдущий год у них был незащищенный секс с женщинами (Министерство здравоохранения/Тематическая группа ООН, 2003).

Программы профилактики должны учитывать, что эта группа подвергается сильной стигматизации в большей части мира. По состоянию на 2002 год, в 84 странах существовал юридический запрет на секс между мужчинами (International Lesbian and Gay Association World Legal Survey, 2002). В 13 странах Латинской Америки на них выделяют существенно меньше средств в рамках национальных программ профилактики, чем того требует их доля среди всех инфицированных (см. главу «Национальные ответные меры»).

В 1980-х годах мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, из Северной Америки, Западной Европы и Австралии были первыми, кто начал заниматься вопросами профилактики ВИЧ. Они разработали программы на уровне общин, которые заложили основу для норм более безопасного секса и способствовали существенному снижению числа новых ВИЧ-инфекций. Такое лидерство является также очевидным в развивающихся странах – можно назвать лишь несколько групп, таких как «Бело-розовый треугольник» (Pink Triangle), Малайзия, «Геи и лесбиянки» (Gay and Lesbians), Зимбабве, и “Amigos Siempre Amigos» (Друзья всегда)), Доминиканская Республика.

Во многих странах НПО играют критическую роль в оказании услуг по профилактике ВИЧ мужчинам, занимающимся сексом с мужчинами. Например, правительство Индонезии и «Фэмили хелс интернэшнл» реализовали специально разработанную программу просвещения для лиц одного круга – трансвеститов, занятых в сфере секс-бизнеса (вариа); при проведении обследования в Джакарте в 2002 году более одной пятой представителей этой группы имели положительную реакцию на ВИЧ (Министерство здравоохранения, 2003).

Меры вмешательства, осуществляемые через лиц одного круга, нацеленные на социальные сети мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, могут оказаться очень эффективными для содействия снижению риска. В последнее время работники программ профилактики привлекли и

обучили молодых мужчин в Санкт-Петербурге (Россия) и в Софии (Болгария) для проведения в этих городах профилактических мероприятий в рамках 14 социальных сетей, объединяющих мужчин, занимающихся сексом с мужчинами. Оценка показала, что программа способствовала обсуждению вопросов ВИЧ и СПИДа в этих сетях и позволила повысить уровень знаний и частоту пользования презервативами (Amirkhanian et al., 2003).

Работники секс-бизнеса

Показатель распространенности ВИЧ в целом выше среди работников секс-бизнеса, чем среди широких слоев населения. Обследования среди работников секс-бизнеса в некоторых городских районах с 1998 по 2003 годы продемонстрировали очень высокие уровни инфицирования: 74% в Эфиопии, 50% в Южной Африке, 45% в Гайане и 36% в Непале (ЮНЭЙДС, 2002). Рост уровней инфицирования ВИЧ среди работников секс-бизнеса может служить ранним предупреждением о том, что эпидемия, возможно, охватит широкие слои населения.

В то же время существует достаточно данных, свидетельствующих о том, что программы профилактики для работников секс-бизнеса являются очень эффективными с точки зрения затрат и что работники секс-бизнеса могут быть сильными партнерами при проведении профилактики, если такие программы учитывают их права человека. Признание широкого разнообразия работников секс-бизнеса играет важную роль при создании программ профилактики. Помимо женщин, работники секс-бизнеса могут включать мужчин или транссексуалов, молодых и пожилых, они могут работать в самых различных условиях – от публичных домов с высоким уровнем организации до придорожных баров или на улице.

Наиболее эффективные программы профилактики для работников секс-бизнеса включают раздачу презервативов, предоставление доступа к диагностике и лечению при инфекциях, передающихся половым путем, и ВИЧ, консультирование и другие услуги. Многие такие проекты принесли определенные успехи в плане повышения уровня безопасности сексуальной практики и снижения числа новых случаев инфицирования, о чем свидетельствуют исследования в Бенине, Кот-д'Ивуаре и на Филиппинах (Alary et al., 2002; Ghys et al., 2003). Например, с 1992 года среди клиентов в «Клинике доверия» в Абиджане было отмечено заметное уменьшение распространенности ВИЧ и других заболеваний, передающихся половым путем (см. Рис.22), причем в значительной мере это обеспечено за счет осуществления программ профилактики.

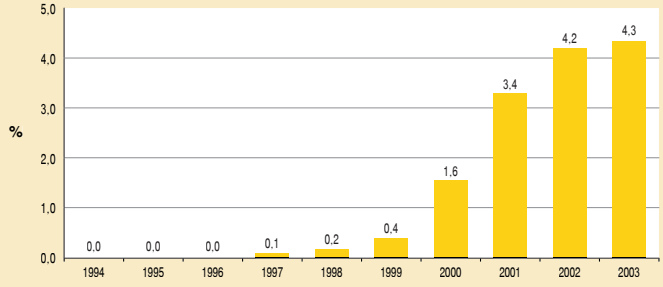
Программа по 100% использованию презервативов, впервые реализованная в Таиланде, является одним из наиболее известных мер вмешательства, связанных с секс-бизнесом, и была повторена в других странах, таких как Доминиканская Республика и Камбоджа. После реализации такой программы в Камбодже показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, достигший 3% в 1997 году, оставался устойчиво на том же уровне до 2002 года, в то время как показатель

4

Торговля женщинами и девочками

Торговля людьми в целях секс-бизнеса представляет собой растущую угрозу для женщин и девочек. В докладе Международной организации труда (МОТ) за 2002 год «Невыносимо для человеческого сердца: торговля детьми и усилия, направленные на ее ликвидацию» говорится, что в Южной Африке в проституцию, по оценкам, вовлечено 28-30 тысяч детей, причем половина из них в возрасте от 10 до 14 лет. В Европе, по оценкам Международной организации по миграции, каждый год от 2 до 6 тысяч женщин и детей поставляются в Италию; другими странами назначения являются Нидерланды, Соединенное Королевство, Франция и Швейцария. Во Вьетнаме наблюдается широкая продажа детей из сельских районов в сферу проституции в крупных городах. В Америке значительный размах приобрела внутренняя продажа девочек для секс-бизнеса в туристические центры Мексики (ILO/IPEC, 2002).

ВИЧ-инфицированные заключенные в пенитенциарной системе Министерства юстиции Российской Федерации, 1994–2003 гг.



	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Число ВИЧ-инфицированных заключенных	7	13	239	1 460	2 319	4 100	15 100	33 000	36 850	36 000
Общее число заключенных	929 000	1 018 000	1 048 000	1 018 300	1 014 500	1 060 400	925 100	980 200	877 400	830 400

Источник: На основании данных Главного управления исполнения наказаний (ГУИН) Министерства юстиции

Рисунок 23

распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса, занятых в публичных домах, снизился с 43% в 1997 году до 29% в 2002 году (Cohen, 2003).

В последнее время некоторые организации работников секс-бизнеса критиковали то, как эта программа применялась в некоторых странах (Wolffers & van Beelen, 2003). В ходе одного исследования было установлено, что некоторые особенности камбоджийской программы, такие как отсутствие консультаций с работниками секс-бизнеса, снизили эффективность программы, в то время как положения об обязательном тестировании вызывали значительную обеспокоенность в отношении прав человека (Lowe, 2002). Последующая оценка этой программы в 2003 году позволила учесть в программе некоторые из таких проблемных вопросов. В отличие от этого, добровольный подход, используемый в Доминиканской Республике, поощряет использование презервативов благодаря мобилизации и просвещению работников секс-бизнеса, руководителей и другого персонала заведений (Kerrigan et al., 2003).

Во многих странах большой процент работников секс-бизнеса составляют иностранцы. По оценкам, 30-40% работников секс-бизнеса в странах Европейского союза составляют выходцы из Восточной Европы (Brussa, 2002). В Абиджане (Кот-д'Ивуар) некоторые работники секс-бизнеса приехали из соседней Ганы, Либерии и Нигерии (Ghys et al, 2002). В таких обстоятельствах программы профилактики необходимо тщательно разрабатывать с учетом повышенной уязвимости иностранных работников – особенно тех, кто был вовлечен в эту сферу против их воли (см. вставку стр.83). Одним из примеров является Европейская сеть по профилактике ВИЧ/ЗПП в сфере проституции. Она действует в 24 европейских странах, включая 9 стран Центральной и Восточной Европы. «Культурные медиаторы» этой сети устанавливают контакты с работниками секс-бизнеса из развивающихся стран и помогают им связаться с теми, кто предоставляет услуги по защите здоровья, и с другими службами (Brussa, 2002).

Нарушения прав человека работников секс-бизнеса (включая высокий уровень насилия) со стороны полиции и преступников распространены так же широко, как сам секс-бизнес, что серьезно подрывает меры по профилактике (Human Rights Watch, 2003). Стратегии, направленные на решение этой проблемы, включают информационно-просветительскую работу среди сотрудников полиции, защитительные положения и применение действующих законов и санкций по месту работу, запрещающих дискриминацию и наказывающих за насилие.

Заключенные

В мировом масштабе число лиц, находящихся в заключении, постоянно составляет около 10 миллионов человек. Это имеет серьезные последствия для глобальной эпидемии, поскольку тюрьмы и другие места содержания под стражей являются источником для распространения таких заболеваний, как ВИЧ, туберкулез и гепатит. Тюрьмы пополняются заключенными в основном за счет наиболее маргинализованных групп общества – людей с плохим здоровьем или с хроническими нелеченными заболеваниями, уязвимых групп, а также тех, чья активность связана с

высоким риском заражения ВИЧ, например, потребителей инъекционных наркотиков и работников секс-бизнеса. Подавляющее большинство из них в какой-то момент выходят на свободу и оказываются в обществе.

Существует много данных, подтверждающих высокий уровень распространенности ВИЧ в тюрьмах. В Южной Африке, где показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди взрослого населения превышает 20%, этот же показатель в тюрьмах в два раза выше (Goyer, 2003). В Соединенных Штатах, по оценкам, пропорция подтвержденных случаев СПИДа в тюрьмах в четыре раза выше, чем среди населения в целом (Braithwaite & Arriola, 2003). В Европе зарегистрированные уровни распространенности ВИЧ достигают 26% в Испании; 17% в Италии; 13% во Франции; и 11% в Швейцарии и Нидерландах. Большое число случаев ВИЧ-инфекции в тюрьмах также зафиксировано в странах Восточной Европы, таких как Украина и, позднее, Литва, в то же время в Бразилии уровни инфицирования в тюрьмах колеблются от 11% до 22% (Jurgens, 2003).

Во всем мире большую часть заключенных составляют мужчины, в то же время заключенным женщинам также грозит риск заражения ВИЧ. В Бразилии, Канаде и Соединенных Штатах вероятность наличия ВИЧ у заключенных женщин выше, чем у заключенных мужчин, в основном по той причине, что высокий процент попадает в тюрьму за употребление наркотиков или занятие секс-бизнесом (De Groot et al., 1999; Human Rights Watch, 1998).

В Российской Федерации, поскольку употребление инъекционных наркотиков в обществе выросло, процент заключенных, употребляющих инъекционные наркотики, также вырос, как и число ВИЧ-инфицированных заключенных, как показано на Рисунке 23. В настоящее время ВИЧ-инфицированные заключенные составляют около 4,3% от общего числа заключенных.

Хотя тюремные власти это иногда отрицают, тем не менее поведение, которое влечет за собой риск передачи ВИЧ, широко распространено в тюрьмах, включая употребление инъекционных наркотиков, нанесение татуировки, половые контакты между мужчинами и насилие (в том числе изнасилование). В Южной Африке до 65% заключенных мужчин имеют секс с другими заключенными, и, по оценкам, 80% заключенных, ожидающих суда, подвергаются ограблению и изнасилованию со стороны осужденных заключенных, с которыми они находятся в одной камере (Goyer, 2003; International Centre for Prison Studies, 2003).

К счастью, все большее число тюрем проводит работу, чтобы защитить заключенных от ВИЧ. Многие страны ЕС в настоящее время предоставляют бесплатный доступ к презервативам, заместительному лечению и программам по обмену игл и шприцев в тюрьмах. Например, в Испании, по оценкам, 60% заключенных потребителей наркотиков получают метадон (Stöver, 2001). Российская Федерация сотрудничает с Фондом по СПИДу «Восток-Запад» для разработки модельной программы, которая включает просвещение по вопросам профилактики для заключенных и персонала, предоставление доступа к презервативам и дезинфицирующего средства для стерилизации инъекционного инструментария (AFEW, 2003). Среди стран с низким и средним уровнем доходов Уганда является лидером в предоставлении обучения по профилактике ВИЧ заключенным и персоналу тюрем и поделилась этим опытом с тюремной системой Южной Африки.

В некоторых тюрьмах в Европе сейчас проводят антиретровирусное лечение и заместительное лечение от наркомании. Это отражает принцип, что лечение и уход для заключенных должны быть равноценными лечению и уходу вне стен тюрьмы, о чем говорится в недавно принятой Дублинской декларации о ВИЧ/СПИДе в Европе и Центральной Азии (февраль 2004 года). Однако в конечном итоге некоторые наиболее эффективные меры вмешательства для данной группы будут представлять собой меры,

Право на въезд, лечение и уход

Все большое число ВИЧ-инфицированных мигрантов переезжает в страны Европы. Последние исследования показали, что среди этих лиц диагноз обычно устанавливается на поздней стадии развития инфекции и, следовательно, они не получают преимуществ, вытекающих из проведения ухода и лечения на ранней стадии (Haour-Knipe, 2002). В некоторых странах добровольное консультирование и тестирование, уход и лечение для ВИЧ-инфицированных мигрантов и лиц, ищущих убежище, является приоритетной задачей. Однако другие страны ввели обязательное тестирование и запрет на въезд. Это особенно касается мигрантов, которые планируют находиться в принимающей стране больше шести-двенадцати месяцев. Некоторые страны вообще запрещают въезд ВИЧ-инфицированным иммигрантам, в то время как другие требуют предоставления доказательств того, что у человека имеются средства для финансирования его/ее лечения и ухода во время пребывания в стране.

В Соединенном Королевстве эта дискуссия достигла критической точки в 2003 году, когда было обнаружено, что, по оценкам, 80% новых гетеросексуальных ВИЧ-инфекций были получены в Африке к югу от Сахары. Широкое освещение в средствах информации указывало на то, что лица, ищущие убежище, потребляли слишком большое количество социальных услуг, в результате чего появились призывы к проведению обязательного тестирования на ВИЧ среди иммигрантов.

В ответ на это Межпартийная парламентская группа по СПИДу, а также парламентская Группа по беженцам провели серию слушаний для расследования этого вопроса. В итоговом докладе содержится вывод о том, что тестирование и запрет на въезд были практически нецелесообразными и нежелательными с точки зрения прав человека и общественного здравоохранения. Правительству было рекомендовано придерживаться признанных руководящих принципов, не рекомендующих обязательное тестирование, и поощрять добровольное тестирование, чтобы обеспечить более широкий доступ к лечению и уходу. Эта группа также призвала ввести национальные руководящие принципы по обеспечению ухода за ВИЧ-инфицированными лицами, ищущими убежище, живущими в Соединенном Королевстве (Межпартийная парламентская группа по СПИДу, 2003).

направленные на то, чтобы разрушить порочный круг, включающий употребление наркотиков, преступность и тюремное заключение. Сюда входит расширение программ заместительного лечения для потребителей наркотиков в целом и более широкое применение приговоров, не связанных с лишением свободы.

Рабочие-мигранты и мобильные группы населения

В последние годы расчет число людей, которые перемещаются с места на место – из одного района в другой внутри своей страны или же в другие страны. По оценкам Международной организации по миграции, число международных мигрантов (тех, кто пересекает государственные границы) увеличилось со 105 миллионов в 1985 году до 175 миллионов в 2000 году (МОМ, 2003), в то же время такое же число людей может перемещаться внутри своих стран.

Существует сильная связь между различными видами мобильности и повышением риска заражения ВИЧ (см. главу «Глобальный обзор»). Однако, хотя существует широко распространенный предрассудок о том, что мигранты «несут с собой СПИД», факт заключается в том, что многие мигранты перемещаются из районов с низкими показателями распространенности ВИЧ в районы с более высокими показателями, что увеличивает для них риск заражения этим вирусом.

Риск, связанный с ВИЧ, часто зависит от причины миграции. Исследование, проведенное недавно в Индии, показало, что 16% водителей грузовиков, работающих на маршруте на юге страны, были инфицированы ВИЧ – для сравнения общенациональный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения ниже 1% (Manjunath et al., 2002). В Южной Африке показатель распространенности ВИЧ в два раза выше среди рабочих-мигрантов (26%), чем среди немигрирующих работников (Lurie et al., 2003). В Шри-Ланке на тех, кто вернулся домой после работы на Ближнем Востоке в качестве домашней прислуги, приходится около половины зарегистрированных случаев ВИЧ (ПРООН, 2001a). Вооруженные конфликты могут увеличивать риск заражения ВИЧ за очень короткий промежуток времени, поскольку тысячи людей вынуждены покидать

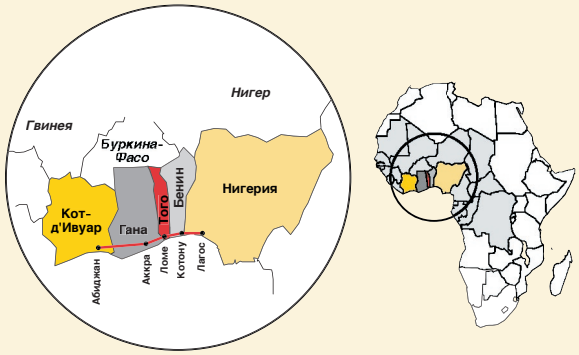
свои дома и общины (см. «Крупным планом: конфликты»).

Большое разнообразие условий, в которых оказываются мигранты, требует, чтобы при разработке программ профилактики ВИЧ учитывались все обстоятельства, специфические для различных групп. На глобальном уровне все большее внимание уделяется профилактике среди мобильных групп населения, регулярно пересекающих международные границы, таких как водители грузовиков, торговцы и работники секс-бизнеса. Проведенный недавно обзор показал, что в Африке осуществляется до 56 программ, а в Южной и Юго-Восточной Азии в этой сфере работают 27 различных организаций (МОМ/ЮНЭЙДС/ПРООН, 2002; ПРООН, 2001). Пять стран являются участниками недавно начавшейся совместной субрегиональной программы профилактики ВИЧ и ухода в связи со СПИДом вдоль миграционного коридора Абиджан-Лагос (см. Рис. 24).

Трансграничное сотрудничество усиливается в различных частях мира. Например, в октябре 2003 года страны АСЕАН сделали значительный шаг вперед, договорившись о включении программ профилактики ВИЧ в крупные строительные проекты. В качестве обязательного условия для участия в торгах по таким проектам подрядчики должны включать в свои заявки меры по профилактике ВИЧ среди строительных рабочих и местного населения.

Рисунок 24

Страны, участвовавшие в совместной субрегиональной программе профилактики и ухода в связи с ВИЧ вдоль миграционного коридора Абиджан-Лагос



Источник: Международная организация миграции

Потребители инъекционных наркотиков и их сексуальные партнеры

Использование зараженного инъекционного инструментария для употребления инъекционных наркотиков является очень действенным способом передачи ВИЧ, который по-прежнему играет важную роль в развитии эпидемий ВИЧ в ряде регионов мира (см. Рис. 25). Во всем мире число потребителей инъекционных наркотиков превышает 13 миллионов, причем в некоторых районах более 50% из них инфицированы ВИЧ. Сегодня употребление инъекционных наркотиков с использованием зараженного инструментария является основным способом передачи ВИЧ во многих странах Европы, Азии и Латинской Америки, а также способствует распространению ВИЧ в Северной Африке и на Ближнем Востоке. В последние годы передача инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков была причиной самого быстрого распространения ВИЧ-инфекций в мире, имевшего место в Восточной Европе и Центральной Азии (см. главу «Глобальный обзор»).

Однако опыт показывает, что принятие ряда мер вмешательства позволяет предупредить и даже обратить вспять крупные эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков. В таких городах, как Лондон (Соединенное Королевство) и Дакка (Бангладеш) показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков удалось удержать ниже 5%. В Нью-Йорке (Соединенные Штаты) Эдинбурге (Шотландия), и ряде городов Бразилии показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков фактически снизился (Burrows 2003).

Наиболее оптимальные ответные меры основываются на трех опорах – снижение предложения, снижение спроса и снижение вреда. Следует использовать различные возможности реализации программ: рекомендовать людям воздерживаться от употребления наркотиков, обеспечивать доступ к лечению потребителям наркотиков, предоставлять необходимое заместительное

Согласование мер вмешательства с местными условиями

Правительства часто опасаются, что предоставление доступа к стерильным иглам и шприцам может привести к росту потребления инъекционных наркотиков. Однако нет никаких доказательств, подтверждающих эту точку зрения. Исследования в Австралии, Канаде, Соединенном Королевстве, Соединенных Штатах и Швеции показали, что такие программы (особенно в сочетании с другими мерами вмешательства) помогают снизить частоту использования нестерильного инъекционного инструментария и уровень передачи ВИЧ. Не было получено никаких доказательств того, что они привели к увеличению числа потребителей инъекционных наркотиков или частоты употребления инъекционных наркотиков (Riehman, 1996). Однако программы должны соответствовать местным условиям. Например, исследование в Канаде показало, что потребители инъекционного кокаина, как правило, вводят наркотик намного чаще, чем потребители инъекционного героина, следовательно, им требуется намного больше игл и шприцев, чем это обычно предоставляют программы по обмену игл и шприцев (Strathdee & Vlahov, 2001).

лечение и гарантировать наличие стерильных игл и презервативов. Результаты обзора, включавшего сравнение показателей распространенности ВИЧ в различных городах мира, где действовали или отсутствовали программы обмена игл и шприцев, показали, что в городах, где такие программы были внедрены, среднегодовое снижение показателя распространенности ВИЧ составило 19%. Для сравнения, в городах, которые не осуществляли такие меры профилактики, этот показатель увеличился на 8% . Только в одной Австралии, по оценкам, такие программы позволили предупредить 25 тысяч ВИЧ-инфекций и сэкономить сотни миллионов долларов на лечении в связи с ВИЧ (Drummond, 2002).

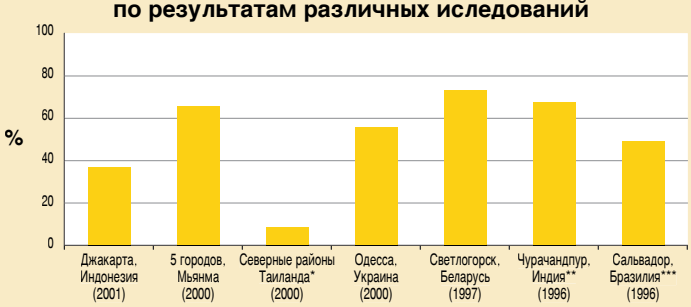
В настоящее время пропорция потребителей инъекционных наркотиков, охваченных мерами профилактики, очень низкая – менее 5% от общего их числа в странах, где такой способ передачи ВИЧ играет значительную роль (ЮНЭЙДС, 2003). Во многих странах по-прежнему существуют политические и правовые барьеры на пути к использованию подтвержденных практикой подходов, таких как доступ к стерильным иглам и заместительная терапия. И это невзирая на заявления со стороны международных органов, таких как Международный комитет по контролю над наркотиками, которые подтверждают, что эти меры не противоречат международным конвенциям по контролю над наркотиками (INCB, 2004). Более того, меры вмешательства редко проводятся с учетом сексуальных партнеров потребителей инъекционных наркотиков, что является важным фактором для предупреждения дальнейшего расширения эпидемии.

Меры профилактики также сдерживаются стигмой, которая ассоциируется с потреблением наркотиков. В некоторых странах службы здравоохранения активно избегают предоставлять услуги потребителям инъекционных наркотиков. В Российской Федерации более 90% из одного миллиона людей, которые, по оценкам, живут с ВИЧ, заразились в результате употребления инъекционных наркотиков. Тем не менее потребители инъекционных наркотиков составляют лишь 13% тех, кто получает АРВ-терапию (Malinowska-Sempruch et al., 2003).

Тестирование на ВИЧ

Знание ВИЧ-статуса является средством получения доступа к лечению при СПИДе и дает подтвержденные преимущества в плане профилактики; однако нынешний охват услугами по тестированию на ВИЧ слабый, а число

Процентная доля потребителей инъекционных наркотиков в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ, по результатам различных иследований



*13-24 лет; **14-24 лет; ***15-20 лет

Источники: (1) по Индонезии, Мьянме и Беларуси: Отчеты дозорного эпиднадзора (2) по Таиланду: Razak, MH et al. *High HIV Prevalence and Incidence among IDU and Potential Barriers for Prevention Programs in Northern Thailand*. (3) по Украине: Щербинская А.М. и др. Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Украине (1987-2000). (4) По Индии: *Eicher AD et al. A Certain Fate: Spread of HIV Among Young Injecting Drug Users in Manipur, North-East India*. AIDS Care, 2000. (5) по Бразилии: Dourado I et al. *Human retrovirus in a Brazilian city with a population predominantly of African origin: evidences for high prevalence of HTLV and HIV-1 among injection drug users (IDU).*

Рисунок 25

добровольцев зачастую низкое, главным образом из-за боязни стигмы и дискриминации.

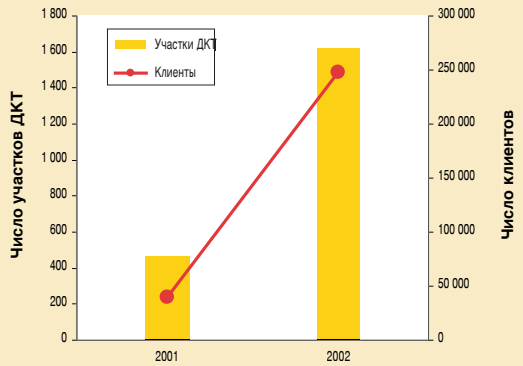
Основы для расширения тестирования на ВИЧ включают усиление защиты против стигмы и дискриминации, а также обеспечение доступа к интегрированным услугам по профилактике, лечению и уходу. Стратегии в области здравоохранения, направленные на повышение уровня знаний ВИЧ-статуса и защиту прав человека, взаимно дополняют друг друга и должны быть интегрированными для обеспечения максимального эффекта в плане снижения уровня передачи ВИЧ и повышения качества жизни людей, живущих с ВИЧ. Независимо от контекста, процесс тестирования должен оставаться добровольным, а результаты тестирования должны быть конфиденциальными. Тремя основными принципами, которые пропагандируются с 1985 года, когда начали проводить тестирование для отдельных граждан, являются принципы «ККС», которые включают:

- конфиденциальность
- тестирование, сопровождаемое консультированием
- тестирование только с информированного согласия, то есть добровольное тестирование.

Необходимо срочно и значительно расширить возможности для тестирования на ВИЧ, чтобы усилить доступ к лечению и профилактике. Услуги по добровольному консультированию и тестированию по инициативе клиента, где особое внимание уделяется повышению уровня знаний ВИЧ-статуса, особенно среди сексуально активных людей, оказывают НПО или государственные службы в независимых или специальных учреждениях. Для их быстрого расширения требуется:

Рисунок 26

Изменения в добровольном консультировании и тестировании в Южной Африке: больше участков = большее число тестированных



Источник: ВОЗ, 2004 (courtesy of Dr Fareed Abdullah)

- эффективный маркетинг знаний ВИЧ-статуса для лиц, которые могли подвергаться рису заражения ВИЧ тем или иным путем;
- консультирование до тестирования, предоставляемое либо индивидуально, либо в группе, с последующим индивидуальным сопровождением;
- применение быстрых тестов, которые позволяют получить результаты своевременно, чтобы начать консультирование сразу же после тестирования для лиц, имеющих как отрицательный, так и положительный результат теста на ВИЧ.

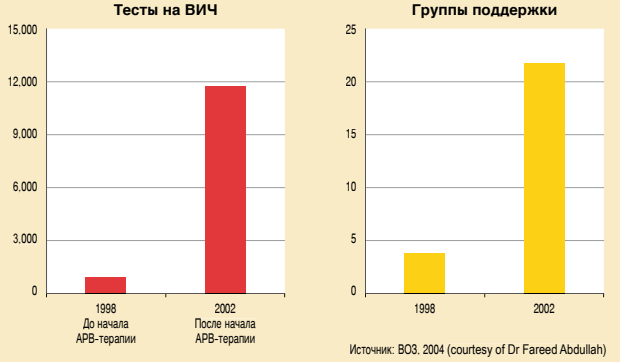
Новые стратегии повышения эффективности программ профилактики и лечения требуют наличия *инициируемой учреждениями* стандартной процедуры предложения о прохождении тестирования на ВИЧ и гарантированного направления в службы, обеспечивающие эффективную профилактику и лечение. Диагностическое тестирование на

Тестирование на ВИЧ

ЮНЭЙДС выступает за расширение доступа к добровольному и конфиденциальному тестированию на ВИЧ по инициативе клиентов и медицинских служб, проводимых с информированного согласия в сочетании с консультированием для ВИЧ-инфицированных и неинфицированных лиц. Что касается тестирования по инициативе медицинских служб, то при любых обстоятельствах клиенты сохраняют за собой право отказаться от тестирования, т. е. отказаться от стандартного предложения пройти тест. При проведении тестирования все лица, у которых результат теста оказался положительным, должны получить направление в медицинские и психосоциальные службы; также требуется просвещение на уровне общин и проведение правовой реформы и реформы политики для противодействия стигме и дискриминации.

Рисунок 27

Хайелитша: доступность услуг децентрализованной антиретровирусной терапии, пропагады и многодисциплинарной поддержки резко увеличивает спрос на тестирование и консультирование



Источник: ВОЗ, 2004 (courtesy of Dr Fareed Abdullah)

ВИЧ показано, если у человека имеются признаки или симптомы, совпадающие с заболеванием, связанным с ВИЧ, включая туберкулез, что помогает установить клинический диагноз и вести больного. Тестирование на ВИЧ в целях профилактики включает стандартное предложение о прохождении тестирования на ВИЧ в условиях учреждений здравоохранения, которое предоставляется всем пациентам в:

- венерологических клиниках – для облегчения целенаправленного консультирования на основе знания ВИЧ-статуса;
- родильных домах и детских медицинских учреждениях – для обеспечения возможности проведения антиретровирусной профилактики передачи инфекции от матери ребенку;
- и в медицинских учреждениях, где наблюдаются ВИЧ-инфицированные и имеется антиретровирусное лечение (службы, занимающиеся лечением потребителей инъекционных наркотиков, больницы скорой помощи, больничные палаты в терапевтических отделениях и т. д.).

Необходимо обеспечить направление всех проходящих тестирование для последующего консультирования, уделяя при этом особое внимание профилактике, а также направление всех имеющих положительный результат тестирования для получения медицинской и психологической поддержки – независимо от того, проводится ли диагностическое тестирование или же такое тестирование предлагается в рамках обычной процедуры (см. Рис.27). При этом применяются основные условия обеспечения конфиденциальности, согласия и консультирования, в то же время стандартное консультирование до тестирования, если тестирование проводится по инициативе клиента, применяется только для того, чтобы обеспечить информированное согласие без проведения полного просветительско-консультационного курса до тестирования.

Если тестирование проводится по инициативе медицинского учреждения – в целях диагностики или предложения пройти курс антиретровирусной профилактики, чтобы исключить передачу от матери ребенку, или чтобы побудить к тому, чтобы пациент узнал свой ВИЧ-статус, – пациенты сохраняют за собой право отказаться от прохождения тестирования, т. е. отказаться от систематического предложения пройти тестирование. Тестирование на ВИЧ без согласия может быть оправданным в редких обстоятельствах, если пациент находится без сознания, отсутствует его или ее родитель или опекун, а знание ВИЧ-статуса необходимо для выбора оптимального лечения. Все доноры крови должны быть проинформированы о том, что их кровь будет проверена на ВИЧ в условиях конфиденциальности, а ВИЧ-инфицированная кровь должна быть изъята из запасов крови.

Чтобы обеспечить *информированное согласие*, пациентов необходимо проинформировать:

- о клинических и профилактических преимуществах тестирования
- о праве отказаться от тестирования
- о последующих услугах, которые будут предложены
- о важности информирования, в случае положительного результата, других людей, которым в настоящий момент может грозить риск и которые в противном случае не подозревали бы, что им грозит такой риск.

Профилактика и лечение при инфекциях, передающихся половым путем

Профилактика, диагностирование и лечение при инфекциях, передающихся половым путем, являются важнейшими компонентами эффективной стратегии профилактики ВИЧ. Если лечение при инфекциях, передающихся половым путем, не проводится, это резко повышает риск передачи ВИЧ при незащищенном сексе. Большую часть таких инфекций, передающихся половым путем, можно предупредить, если пользоваться презервативами и обращаться за помощью на ранней стадии. Более того, существует простое и недорогое лечение при различных инфекциях, передающихся половым путем, вызываемых бактериями (напр., сифилис, гонорея и *Chlamydia*), и при паразитных инфекциях (напр., *trichomonas* infection) с помощью антибиотиков.

К сожалению, во многих странах плохо налаженное диагностирование и лечение при инфекциях, передающихся половым путем, препятствует осуществлению мер профилактики ВИЧ. В 2003 году во Вьетнаме лишь в 38% случаев инфекций, передающихся половым путем, была проведена правильная работа по диагностике, консультированию и лечению. Сопоставимые цифры для Ботсваны и Кении составили соответственно 30% и 50% (ЮНЭЙДС, 2003). В то же время в Котону (Бенин) фармацевты, которые были обучены методам диагностики передающегося половым путем уретрита у мужчин и могли порекомендовать лечение, намного чаще могли идентифицировать такие случаи и порекомендовать эффективное лечение по сравнению с другими фармацевтами.

Несмотря на общее согласие, что усилия по контролю за инфекциями, передающимися половым путем, необходимо значительно расширить – самыми различными путями, – среди исследователей имеется противоречие относительно того, какое именно воздействие такие программы оказывают на уровень распространенности ВИЧ. Масштабное испытание, проведенное в Мванзе (Танзания) в целях лечения больных с инфекциями, передающимися половым путем, позволило снизить частоту инфицирования ВИЧ на уровне общин. Однако два других исследования в Уганде (в Ракаи и Масаке) не дали никаких результатов (Kamali et al., 2003). Это, вероятно, объясняется относительно продвинутой стадией развития эпидемии, когда были проведены эти последние испытания. Контроль за инфекциями, передающимися половым путем, может быть более эффективным для снижения частоты заражения ВИЧ в условиях слабой и медленно нарастающей эпидемии (Hitchcock & Fransen, 1999).

Профилактика передачи от матери ребенку

В 2003 году, по оценкам, во всем мире ВИЧ заразились 630 тысяч детей – причем огромное большинство из них в период беременности или во время родов или же в результате грудного вскармливания. В то же время в 2003 году от заболеваний, связанных со СПИДом, умерли около 490 тысяч детей.

По крайней мере четверть новорожденных, инфицированных ВИЧ, умирают в возрасте до одного года. До 60% умирают до достижения двух лет. В целом большинство умирает в возрасте до пяти лет (Dabis and Ekpini, 2002). В 1999 году в Ботсване СПИД унес жизни 40% детей, которые умерли в возрасте до пяти лет. В Зимбабве СПИД убил более 35% детей в той же возрастной группе, в Намибии и Свазиленде до 25% и в Замбии, Кении и Южной Африке свыше 25% (Walker et al., 2002).

Многие такие дети заражаются ВИЧ в результате передачи от матери ребенку, что наглядно иллюстрирует существующее глобальное неравенство в сфере здравоохранения. В странах с низким и средним уровнем доходов вероятность передачи ВИЧ от инфицированной матери новорожденному ребенку в результате грудного вскармливания составляет не менее 30% (ЮНЭЙДС, 2003). В отличие от этого, в промышленно развитых странах передача ВИЧ младенцам является редкостью благодаря антиретровирусной профилактике, применению кесарева сечения и заменителей грудного вскармливания (Dabis & Ekpini, 2002; WHO,

Снижение передачи от матери ребенку … и другое

ПМР-Плюс – это инициатива с участием многих партнеров, финансируемая рядом частных фондов, а в последнее время Агентством международного развития Соединенных Штатов. Инициатива ПМР-Плюс, предпринятая в 2001 году, имеет целью ускорить процесс расширения программ профилактики за счет предоставления долгосрочного антиретровирусного лечения женщинам детородного возраста, которые в нем нуждаются (ВОЗ, 2003a). К ноябрю 2003 года в инициативу ПМР-Плюс было вовлечено более 900 матерей, детей и партнеров, нуждающихся в антиретровирусной терапии. Цель состоит в том, чтобы вовлечь 10 тысяч пациентов в 11 демонстрационных центрах в Замбии, Кении, Кот-д'Ивуаре, Мозамбике, Руанде, Уганде и Южной Африке. Еще 12 грантов были выделены на реализацию проектов в этих и других странах.

2003b). Уровни передачи ниже 2% могут быть достигнуты при отсутствии грудного вскармливания в условиях ограниченных ресурсов, если использовать комбинированное лечение с назначением невирапина с 28 недель беременности, разовой дозы невирапина в начале родов матери и разовой дозы невирапина и недельного курса зидовудина новорожденному.

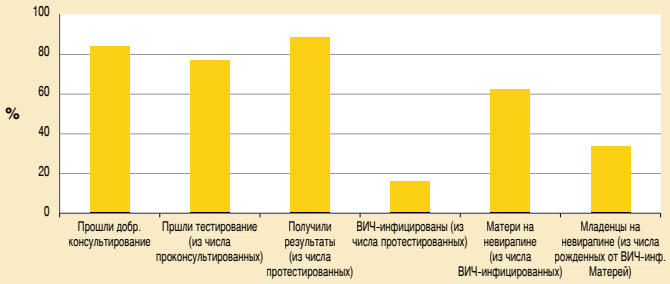
В Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой ООН в 2001 году, мир взял на себя обязательство уменьшить долю младенцев, инфицированных ВИЧ, на 20% к 2005 году; и на 50% к 2010 году. Для достижения таких целевых показателей потребуется немедленное и резкое расширение масштабов таких мероприятий, как расширение услуг по первичной профилактике ВИЧ для женщин детородного возраста, обеспечение доступа к добровольному консультированию и тестированию для беременных женщин, предоставление комплексных услуг в области репродуктивного здоровья и проведение антиретровирусной профилактики для профилактики передачи от матери ребенку.

С июля 2000 года компания «Боерингер Ингельхейм» предлагает невирапин странам с низким уровнем доходов для программ профилактики передачи от матери ребенку. В июле 2002 года «Эббот Лэбораториз» объявила о начале своей благотворительной программы быстрых тестов на ВИЧ для этой же цели. В рамках этих благотворительных программ быстрые тесты на ВИЧ были бесплатно предоставлены более чем 450 тысячам беременных женщин, и оба продукта были переданы 48 программам в 24 странах. Однако во многих странах-участницах инфраструктура для обеспечения этих мерпориятий остается проблематичной.

До настоящего времени прогресс в области расширения доступа к схемам антиретровирусной профилактики был медленным – лишь 10% беременных женщин получили такую услугу (Policy Project, 2004). В Буркина-Фасо, Малави, Нигерии, Эфиопии и Южной Африке менее 1% ВИЧ-инфицированных женщин, родивших в 2003 году, имели доступ к услугам для профилактики передачи от матери ребенку. Во Вьетнаме, Камбодже и Мьянме такой охват составляет менее 3% (ЮНЭЙДС, 2003). Многие барьеры препятствуют расширению таких программ профилактики, в том числе недостаточный охват услугами по уходу в дородовый период, отсутствие финансовых и кадровых ресурсов, низкий уровень знаний серологического статуса среди женщин детородного возраста, боязнь стигмы и дискриминации и тенденция к тому, что многие женщины в некоторых странах с низким и средним

Рисунок 28

Беременные женщины, посещающие дородовые консультации, обслуживаемые программой "Призыв к действию" в Афике, 2000–2003 (N= 416 498)**



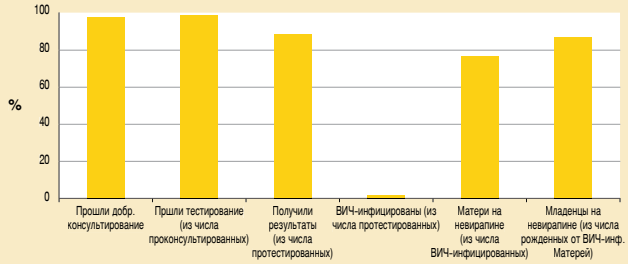
* Камеруун, Дем.Респ. Конго, Кения, Малави, Руанда, Южная Африка, Уганда, Замбия и Зимбабве.
** Кумулятивное число до июня 2003 г.
Источник: Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation

уровнем доходов предпочитают рожать дома, а не в учреждениях здравоохранения.

Начиная с 1999 года ЮНИСЕФ является международным лидером по организации проектов, направленных на снижение передачи ВИЧ от матери ребенку в развивающихся странах. С апреля 1999 года по июль 2002 года проекты, осуществляемые при поддержке ЮНИСЕФ и организаций-партнеров в 16 странах, позволили охватить почти 600 тысяч беременных женщин в центрах по уходу в дородовый период и предоставить антиретровирусное лечение более чем 12 тысячам ВИЧ-инфицированных женщин после проведения консультирования и тестирования. Педиатрический фонд по СПИДу Элизабет Глейзер внес ключевой вклад через инициативу «Призыв к действию», реализованную в 17 странах. На Рисунке 28 показан каскад услуг и охват ими в 9 странах Африки. В странах Африки 63% ВИЧ-инфицированных беременных женщин получили профилактику по сравнению с 77% вне Африки (см. Рис. 29).

Более комплексные подходы, увязывающие между собой профилактику и уход, являются очень перспективными для увеличения числа женщин, включаемых в программы профилактики передачи от матери ребенку, и снижения смертности среди детей в возрасте до пяти лет, которые в противном случае потеряли бы свою мать. Это включает предоставление дополнительных услуг по уходу для ВИЧ-инфицированных матерей и их семей – в частности, лечение при оппортунистических инфекциях и предоставление антиретровирусной терапии, оказание помощи в обеспечении питанием и уход за репродуктивным здоровьем, в том числе услуги по планированию семьи. Такой подход также может быть средством, обеспечивающим изменение отношения со стороны партнеров-мужчин, если им предлагаются услуги по уходу за здоровьем через их партнеров, когда они получают уход до и после родов (ЮНФПА, 2003).

Беременные женщины, посещающие дородовые консультации, обслуживаемые программой "Призыв к действию" за пределами Африки, 2000–2003 (N=243 103)**



* Доминиканская республика, Грузия, Индия и Таиланд
** Кумулятивное число до июня 2003 г.
Источник: Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation

Рисунок 29

Передача ВИЧ в медицинских учреждениях

К сожалению, ВИЧ очень эффективно передается при переливании зараженной крови. Согласно ВОЗ, на переливание крови может приходиться 5-10% всех случаев заражения в мире (ВОЗ, 2002). Однако частота такой передачи значительно снизилась благодаря применению такой практики, как обязательный скрининг донорской крови, использование доноров с низким риском инфицирования и внедрение соответствующей клинической практики переливания крови. Например, в Соединенных Штатах сочетание таких мер позволило снизить риск передачи ВИЧ примерно до уровня 1 на 500 000 переливаний.

Существенный прогресс также достигнут в плане пропаганды безопасности крови в странах с низким и средним уровнем доходов (ВОЗ, 2003). Однако некоторые страны по-прежнему не осуществляют в полной мере политику обеспечения безопасности крови. Им грозит риск передачи ВИЧ ввиду отсутствия постоянного скрининга крови и привлечения доноров на платной основе. Распространенность ВИЧ в таких группах выше, чем среди групп, которые сдают кровь добровольно и бесплатно (ВОЗ, 2003).

По оценкам, 5 % новых инфекций в мире и 2,5% ВИЧ-инфекций в Африке к югу от Сахары (Hauri et al., 2004) обусловлены использованием

нестерильных игл или шприцев в таких учреждениях, как больницы и клиники.

ЮНИСЕФ, ВОЗ и ЮНФПА рекомендуют всем странам использовать только саморазрушающиеся шприцы для иммунизации. Это шприцы, которые становятся непригодными для использования после одной инъекции. Партнерство «Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации» поддерживает широкое внедрение саморазрушающихся шприцев для иммунизации, требует, чтобы саморазрушающиеся шприцы использовались при проведении всех вакцинаций, обеспечиваемых через ЮНИСЕФ, и распространяет безопасные контейнеры для безопасной утилизации инъекционного инструментария.

Для предупреждения передачи ВИЧ и других передающихся с кровью инфекций работники здравоохранения должны выполнять «универсальные меры предосторожности» – такой подход основан на допущении, что все люди являются потенциальными носителями инфекций. Эти меры предосторожности предусматривают использование перчаток, если возможен контакт с какой-либо физиологической жидкостью человека, а также халатов, масок и очков, если возможно образование брызг.

Расширение масштабов комплексной профилактики

Программы комплексной профилактики могут стать реальностью, если будут предприняты координированные действия на нескольких фронтах, включая следующее:

- Финансирование. В 2003 году глобальные затраты на профилактику ВИЧ, по оценкам, составляли лишь одну треть от того, что потребуется для осуществления комплексных ответных мер к 2005 году (Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ, 2003) .
- Межведомственные действия. По-прежнему существует возможность для вовлечения в профилактику новых политических, социальных и экономических партнеров. Ключевыми партнерами являются религиозные организации, НПО, организации людей, живущих с ВИЧ, а также частные предприятия и организации работников.
- Реакция на изменения в развитии эпидемии. По мере развития эпидемий стратегии профилактики ВИЧ также должны развиваться с учетом новых проблем. Этот императив особенно важен в промышленно развитых странах, где рискованное поведение нарастает, и регистрируются новые случаи передачи ВИЧ, что совпадает с появлением антиретровирусного лечения и ростом «усталости от профилактики» (CDC, 2003; Valdisseri, 2003). Таиланд первым добился успехов в снижении уровня передачи ВИЧ половым путем, однако не смог эффективно решить проблему передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Уменьшение такой передачи ВИЧ стало более важным, как и уменьшение передачи ВИЧ среди супружеских или сожительствующих пар.
- Возможности для профилактики в эпоху лечения. Расширение доступа к лечению в развивающихся странах (см. главу «Лечение») повысит стимулы для добровольного тестирования. Это также может снизить уровень связанной с ВИЧ стигмы и позволит привлечь миллионы в медицинские учреждения для получения профилактических мер, которые помогут людям, живущим с ВИЧ, применять политику «ВИЧ? – Он дальше меня не пойдет».
- Исследования в целях поиска вакцин и микробицидов. Первое испытание вакцин в рамках фазы III не дало эффективных результатов, однако существует несколько потенциальных вакцин-кандидатов, которые проходят проверку в ходе клинических испытаний. Сюда входит комбинированная вакцина, которая будет проверена на 16 тысячах добровольцев в Таиланде в рамках испытаний фазы III. Темпы проведения исследований микробицидов также нарастают – в настоящее время разрабатывается более 50 продуктов; ожидается, что четыре из них пройдут проверку в рамках фазы III в 2004 году (Foss et al., 2003). Если эти испытания окажутся успешными, эффективные микробициды могут поступить в продажу через пять лет.

Задачи «Следующей повестки дня»

Если нынешние темпы распространения ВИЧ сохранятся, наиболее пострадавшим странам будет все труднее удовлетворять спрос на лечение и поддержку для детей, осиротевших в результате СПИДа. Кроме того, странам не удастся достичь целей развития тысячелетия и реализовать целевые задачи, поставленные в Декларации ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Если меры профилактики ослабнут, это окажется серьезной ошибкой и приведет к тяжелым последствиям для будущих поколений. Для решения проблемы профилактики у нас имеются как научные знания, так и эмпирические данные. Расширение доступа к лечению также открывает сейчас новые возможности для интегрирования профилактики и лечения.

Цель получить через 15-20 лет новое поколение, живущее без СПИДа, может быть достигнута, если политическое и социальное руководство будет проявляться во всех секторах и на всех уровнях общества, включая отдельных граждан и семьи. Предупреждение каждой новой инфекции сегодня позволяет разорвать потенциальную цепь передачи ВИЧ завтра.

Будущие задачи включают:

- Устранение «дефицита» профилактики – в 2004 году доступ к услугам по профилактике ВИЧ имеют менее 20% всех нуждающихся. Без эффективной комплексной профилактики для всех число людей, живущих с ВИЧ, будет расти, что чревато катастрофическими краткосрочными и долгосрочными последствиями.
- Обеспечение комплексной профилактики с использованием различных эффективных мер вмешательства, поскольку ни один отдельно взятый элемент не является достаточным. Реализация наиболее успешных стратегий и мероприятий будет зависеть от стадии и характера развития эпидемии в каждой стране, потребностей различных групп населения, которым грозит риск, а также от участия людей, живущих с ВИЧ.
- Полное интегрирование мер комплексной профилактики в инициативу «3 к 5» и другие программы расширения масштабов антиретровирусного лечения через использование клинических учреждений для убеждения людей, имеющих положительную и отрицательную реакцию на ВИЧ, в необходимости принять для себя более безопасное поведение.
- Эффективное устранение всех факторов уязвимости, способствующих развитию эпидемии, включая социальную несправедливость, отсутствие возможности пользоваться правами человека, социальный остракизм маргинализованных групп, а также недостаточное участие молодежи в процессе принятия решений в связи со СПИДом.
- Устранение стигмы и дискриминации, связанной со СПИДом, через эффективные правовые рамки и обеспечение защиты прав всех людей.
- Ускорение разработки, финансирование и обеспечение доступа к эффективным микробицидам и вакцинам против ВИЧ.
- Активизацию программ профилактики в странах с высоким уровнем доходов для снижения широко распространенного чувства «самоуспокоенности» в отношении профилактики и исключения нового роста эпидемии.

Крупным планом

СПИД и молодые люди: угроза нынешнему поколению молодежи

Сегодняшнее молодое поколение является самым многочисленным в истории: почти половине населения мира меньше 25 лет (ЮНФПА, 2003 г.). Они не знают мира без СПИДа.

Молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет одновременно подвергаются самой большой опасности – во всем мире на эту группу приходится половина всех новых случаев инфицирования ВИЧ – и воплощают самые большие надежды на обращение эпидемии вспять. Будущее эпидемии будет зависеть от их действий. Это подтверждено на практике. Те немногие страны, которым удалось успешно снизить национальную распространенность ВИЧ, смогли добиться этого, главным образом, путем пропаганды безопасного поведения среди молодежи.

Молодые люди подвергаются опасности заражения ВИЧ разными способами. В Африке к югу от Сахары, где отмечается высокая распространенность инфекции, основной путь передачи – гетеросексуальный половой акт. В этом регионе проживает почти две трети всех ВИЧ-инфицированных молодых людей – примерно 6,2 миллиона человек, 75% из которых – девушки и женщины (ЮНЭЙДС, 2003 г.). В Восточной Европе и Центральной Азии распространенность ВИЧ среди молодежи стремительно растет вследствие потребления инъекционных наркотиков с использованием зараженного инструментария и, в меньшей степени, из-за небезопасного секса (см. Рис. 30 и главу «Профилактика»).

Высокий риск, высокая уязвимость

Молодежь особенно уязвима к ВИЧ из-за целого ряда факторов. Среди них отсутствие информации, просвещения и услуг в связи с ВИЧ, рискованные виды деятельности, которыми приходится заниматься, чтобы выжить, другие риски, сопровождающие подростковые эксперименты и любопытство.

Молодые люди (15–24 лет), живущие с ВИЧ, по регионам, конец 2003 г.

Источник: ЮНЭЙДС/ЮНИСЕФ/ВОЗ, 2004

Рисунок 30

Раннее начало половой жизни

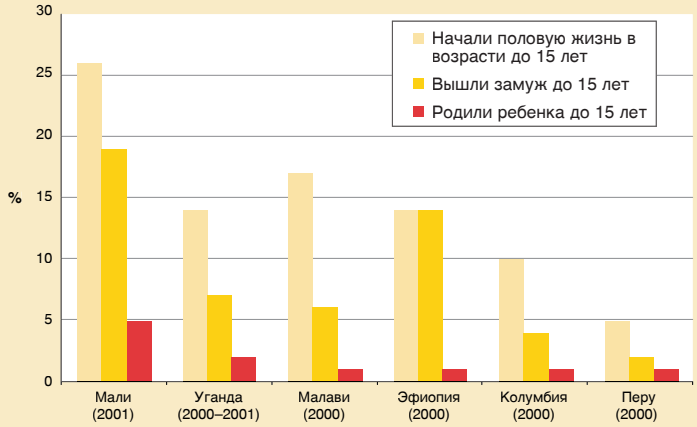
Большинство молодых людей становятся сексуально активными в подростковом возрасте, многие до достижения 15-летнего возраста. Такие факторы, как растущая урбанизация, нищета, воздействие противоречивых идей о сексуальных ценностях и поведении, нарушение традиционных каналов информации о половой жизни и репродуктивном здоровье способствуют добрачной сексуальной активности среди подростков.

Данные исследований показывают, что подростки, которые рано начинают половую жизнь, как правило, имеют больше сексуальных партнеров, включая тех, кто подвергался риску инфицирования ВИЧ. Маловероятно, что они используют презервативы (ВОЗ, 2000 г.). В Кисуму, (Кения) 25% сексуально активных юношей и 33% девушек указали, что не пользовались презервативами во время первого

Барьеры к получению профилактической информации в Индии

В Индии добрачный секс и беременность распространены гораздо более широко, чем это официально признается. Возможности страны по обеспечению услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья ограничены по двум причинам: из-за сопротивления открытому обсуждению вопросов сексуальности, что обусловлено культурными традициями, и из-за общей нехватки базовой информации по этим вопросам. Хотя половое воспитание является частью школьного просвещения по вопросам СПИДа, некоторые государственные чиновники изымают из программы информацию, с которой они не согласны, а учителя зачастую избегают разговоров на темы, вызывающие у них чувство неловкости. Если молодые люди пытаются найти информацию или услуги, они могут столкнуться с грубым или предубежденным обращением со стороны медработников. Более того, поскольку службы сексуального здоровья не всегда обеспечивают сохранность и конфиденциальность информации, девушкам зачастую приходится обращаться в нелегальные заведения, предоставляющие услуги низкого качества. (Greene et al., 2002).

Состояние сексуального и репродуктивного здоровья 15–19-летних девушек в 2000 и 2001 годах



Источник: Demographic and Health Surveys

Рисунок 31

и последующих половых актов (Glynn et al, 2001). Непостоянное использование презервативов с регулярными и случайными половыми партнерами отмечалось в ходе исследований, проведенных в Аргентине, Корее и Перу (ВОЗ, 2000 г.).

Гендерное неравенство

Если основным путем передачи ВИЧ являются гетеросексуальные половые отношения, то больше всего болезнь поражает молодых женщин. В Африке к югу от Сахары численность женщин старше 15 лет, живущих с ВИЧ, в 1,7 раза больше, чем в других регионах (Population Reference Bureau, 2003). В Тринидаде и Тобаго число ВИЧ-инфицированных женщин в возрасте 15-19 лет в пять раз выше, чем среди юношей того же возраста (Pisani, 2003) (см. главу «Глобальный обзор»).

Более высокая биологическая уязвимость девушек и женщин к ВИЧ-инфекции является одним из объяснений растущего числа женщин, инфицированных ВИЧ. Однако гендерное неравноправие, модели сексуальных отношений и разновозрастные половые связи являются важными факторами, которые еще больше усиливают неравноправие. В Африке к югу от Сахары девочки начинают вести половую жизнь раньше мальчиков, и их сексуальные партнеры обычно старше.

Более 45 количественных исследований, проведенных в Африке к югу от Сахары относительно разницы в возрасте между девушками 15-19 лет и их половыми партнерами, показали, что многие партнеры-мужчины на шесть и более лет старше (Luke and Kurz, 2002) (см. вставку на стр.99). Как правило, при таких разновозрастных отношениях у девушек не хватает прав, чтобы противостоять давлению, которое на них оказывают с целью принуждения к небезопасному сексу (Luke and

Экономика, сексуальные отношения и ВИЧ в Африке

Почему девушки в странах Африки к югу от Сахары зачастую имеют отношения с половыми партнерами, которые гораздо старше их? Чаще всего это объясняется тем, что нищета и лишения вынуждают девушек заниматься коммерческим сексом со старшими мужчинами. Однако в ходе регионального опроса было обнаружено, что экономическая необходимость – лишь один из нескольких факторов. Многие девушки вступают в отношения со старшими мужчинами, поскольку считается, что они выгодные партнеры для брака, могут обеспечить лучшие условия жизни, помогут девушкам получить образование или работу. Многие респонденты указывали, что полученные подарки – одежда, ювелирные украшения и парфюмерия – повышают их самооценку и статус среди ровесниц (Luke and Kurz, 2002).

Какими бы ни были эти причины, Целевая группа при Генеральном секретаре ООН по вопросам женщин, девушек и ВИЧ/СПИДа в южной части Африки обнаружила, что и коммерческий секс и половые отношения между партнерами разного возраста стали нормой во многих странах. Например, результаты исследования в Зимбабве показали, что почти 25% двадцатилетних женщин имеют половые отношения с мужчинами, которые старше их минимум на 10 лет. (ООН, 2003 г.). Также очевидно, что эти отношения являются основным фактором «феминизации» СПИДа в Африке. У африканских мужчин, как правило, несколько сексуальных партнеров, и в среднем, люди, живущие с ВИЧ были инфицированы в возрасте от 25 до 29 лет.

В отличие от мужчин, девушки обычно формируют долговременные сексуальные отношения с одним партнером. Несмотря на такую относительную верность, многие из девушек, живущих с ВИЧ, были инфицированы вскоре после начала половой жизни. Исследование, проведенное в Замбии, показало, что 18% женщин, указавших, что они начали активную половую жизнь в течение предыдущего года, были ВИЧ-инфицированы. В Южной Африке инфицировано 20% сексуально активных девушек в возрасте 16-18 лет. (Pisani, 2003). Разновозрастные сексуальные отношения, видимо, являются движущей силой эпидемии на юге Африки. Эти отношения базируются на неравноправии и экономических факторах, из-за которых девушки становятся уязвимыми к плохому обращению, эксплуатации, насилию и ВИЧ.

Kurz, 2002). Воздержание до брака – не очень удачная стратегия для девушек, поскольку они рано выходят замуж, и их взрослые мужья уже могут быть инфицированы.

Принудительные сексуальные отношения

Еще в юном возрасте многим женщинам доводится пережить изнасилование и принуждение к сексу. Например, 20% всех девушек, опрошенных в Кисуму (Кения) и Ндола (Замбия), указали, что их первый сексуальный опыт был связан с физическим насилием (Glynn et al, 2001). Точно так же, около 25% девушек в возрасте 15–24 лет в провинции Ква-Зулу Наталь рассказывали, что в первый раз их «обманули» или «заставили» заняться сексом (Manzini, 2001). Жестокий или принудительный секс может повысить риск передачи ВИЧ, поскольку насильственное проникновение во влагалище обычно приводит к ссадинам и царапинам, позволяющими вирусу свободно проникнуть в организм через слизистую оболочку влагалища.

Потребление инъекционных наркотиков: растущая угроза

Из Центральной Азии и Восточной Европы поступают сведения, что возраст начала потребления инъекционных наркотиков снижается (Rhodes et al., 2002). Более того, общий уровень потребления наркотиков, похоже, повышается вследствие стремительных социальных и политических перемен, резкого снижения уровня жизни и повышения доступности героина в регионе (ПРООН, 2003). Молодые потребители инъекционных наркотиков подвергаются особо высокому риску, поскольку не имеют ни знаний, ни навыков защиты от инфицирования из-за использования зараженного инъекционного инструментария (ЮНЙЭДС, 2003).

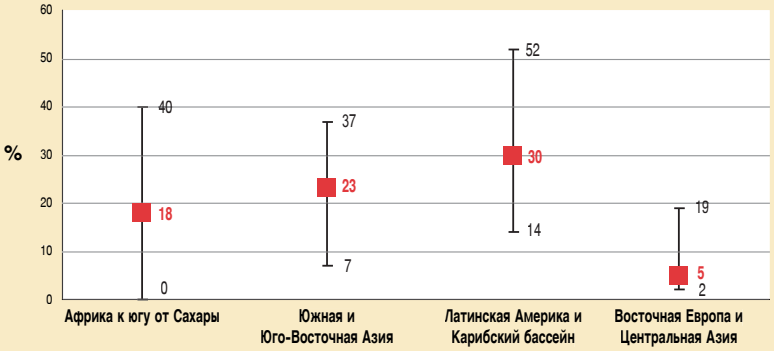
Установление связи между более высоким уровнем знаний и изменением поведения

Знания и информация формируют первую линию защиты для молодежи. В некоторых странах

предприняты смелые шаги, направленные на удовлетворение информационных потребностей молодежи в связи с ВИЧ/СПИДом, однако эта просветительская работа проводится еще далеко не везде. Например, в Африке к югу от Сахары только 8% молодежи, не посещающей школу, и чуть большее число школьников имеют доступ к профилактическому образованию. В Восточной Европе и Центральной Азии эти цифры составляют 3% для не посещающих школу и 40% - для школьников; в странах Карибского бассейна и Латинской Америки – 4% и 38% соответственно (Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ, 2003 г.). Результаты одного глобального исследования показали, что 44 из 107 стран не включают изучение вопросов СПИДа в школьные программы (Lopez, 2002).

Неудивительно, что данные из 20 стран с высокой распространенностью инфекции показывают, что хотя большинство молодых людей слышало о ВИЧ и СПИДе, они, как правило, не могут распознать три неверных представления о ВИЧ и назвать хотя бы два метода профилактики (см. Рис. 32). Недавний опрос в Египте показал такие же результаты. Большинство респондентов слышало о СПИДе и считает, что это опасное заболевание, но многие из них не имели никаких дополнительных знаний.

Процент молодых женщин (15–24 лет), обладающих всесторонними знаниями о ВИЧ и СПИДе, по регионам, на 2003 г.



Примечание: Для каждого региона процентная доля указана для стран с низким, средним и высоком значением

Источники: ПРООН (2002), *Botswana AIDS Impact Survey (BAIS 2001): Survey Results and Indicators Summary Report. Gaborone*; UNICEF, *Multiple Indicator Survey (2000)*; FHI, *Behavioural Surveillance Survey (2001)* and; Measure DHS+, *Demographic and Health Surveys (1998–2002)*.

Рисунок 32

Доступ к информации о СПИДе сам по себе не гарантирует изменения поведения, однако образование действительно оказывает влияние. Анализ 250 североамериканских программ показал, что просветительские программы о СПИДе среди сексуально активной молодежи эффективно способствовали снижению числа половых партнеров и повышению уровня использования презервативов (Kirby, 2002). В Танзании образовательный проект о СПИДе *Mema Kwa Vijana* был направлен на молодежь 15–19 лет в 20 сельских общинах (Obasi et al, 2003). Трехлетняя работа проекта помогла значительно повысить уровень знаний и использования презервативов по сообщениям молодежи, и теперь этот опыт будет использован в 600 общинах.

Поддерживающее окружение

Важный урок, полученный в ходе проекта *Mema Kwa Vijana*, заключался в том, что изменение общественных норм и представлений взрослых, особенно мужчин, повышает эффективность мероприятий, направленных на молодежь с целью изменения ее поведения. Деятельность программ и стратегий во многих странах затруднялась из-за представлений взрослых о том, что можно знать молодежи. Многим взрослым, включая политических лидеров, до сих пор трудно признать, что молодежь ведет половую жизнь, поэтому они опасаются, что половое воспитание приведет к распущенности.

Однако в ходе различных глобальных исследований не было обнаружено сколько-нибудь серьезных доказательств, что половое воспитание способствует сексуальным экспериментам или повышению сексуальной активности (Cowan, 2002). Успешные программы для молодежи о СПИДе и сексуальном здоровье помогли успокоить опасения взрослых, поскольку проводились с учетом общественных норм, культурных традиций, гендерных ролей и ожиданий.

Средства массовой информации, профилактика ВИЧ и молодежь

Средства массовой информации играют все более важную роль в жизни молодых людей, и во многих странах они представляют собой основные каналы, по которым молодежь получает информацию о профилактике ВИЧ. По результатам исследований кампании в СМИ дают наибольший эффект в сочетании с образовательной работой на местном уровне.

Для поощрения более позднего начала половой жизни кампания в СМИ на Ямайке использует целевой подход с учетом возраста молодых людей. Для десяти – двенадцатилетних основное внимание уделяется передаче информации о воздержании. Для детей от 13 до 15 лет разрабатываются информационные материалы о самоанализе и воздержании; молодежи постарше предназначается информация о предупреждении беременности, профилактике ВИЧ и инфекций, передаваемых половым путем.

По данным исследования в Южной Африке, передовые подходы СМИ и информация, распространяемая национальной программой профилактики ВИЧ среди молодежи «лавЛайф» («Люби жизнь»), помогли разрушить общественные табу относительно подростковой сексуальности, пропагандируя ответственное сексуальное поведение и более частое обращение за комплексными медицинскими услугами. В рамках «лавЛайф», работающей в 900 государственных клиниках для продвижения услуг для молодежи, существуют «М-центры» или молодежные центры, в которых в занимательной форме проводится обучение по вопросам, связанным с ВИЧ, и предоставляются услуги в области сексуального здоровья.

В 2003 году телевизионную версию кампании «Оставайся живым», проведенную международной сетью МТВ в партнерстве с ЮНЭЙДС, Всемирным банком и многими другими, увидели 942 миллиона семей в 171 стране. Во время телевизионных программ и концертов среди молодежи пропагандировались надежные способы профилактики ВИЧ, знания и умения в данной области. Кроме того, эти программы стали основой всесторонних кампаний, начатых в отдельных районах по всему земному шару. Например, организация «Фэмили хелс интернэшнл» использовала эту телевизионную кампанию для создания национальной кампании в средствах массовой информации Сенегала («Фэмили хелс интернэшнл», 2003 г.).

На Гаити работа организации *Fondation pour la Santé Reproductive et l'Education Familiale* (Фонд для репродуктивного здоровья и семейного образования) способствовала серьезному росту использования услуг в области репродуктивного здоровья в связи со СПИДом для молодежи, благодаря применению разносторонних подходов, сформировавших сеть поддержки среди ровесников, родителей и работников образования. Поддержка со стороны этих участников оказалась жизнеспособной стратегией, с помощью которой удалось успешно преодолеть общественное противодействие в Камеруне, на Мадагаскаре и в Руанде.

План действий

Молодежь особенно уязвима к ВИЧ, но в то же время она – наша главная надежда на изменение хода эпидемии СПИДа. Когда молодые люди получают соответствующие инструменты и поддержку, они могут стать основной движущей силой процесса перемен. Требуется разработать самую всестороннюю стратегию профилактики ВИЧ для молодежи. Раннее начало половой жизни, разновозрастной секс и гендерное неравенство наглядно показывают, что одно только образование не убережет молодежь всего мира от инфекции. Чтобы снизить распространенность ВИЧ среди молодежи, необходимо обеспечить доступ к конфиденциальным медицинским услугам и презервативам, а также защиту прав девушек и девочек.

Например, в Уганде политическая приверженность и активная мобилизация общества привели к возникновению динамичного молодежного движения против СПИДа. Между 1990 и 2000 годами распространенность ВИЧ среди беременных подростков (от 15 до 19 лет) в Кампале упала с 22% до 7%. Более позднее начало половой жизни, уменьшение числа партнеров и рост использования презервативов явились важными факторами в достижении такого успеха (Cohen, 2003 г.; ЮНИСЕФ/ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2002 г.).

В мире, где существует СПИД, многие молодые люди теряют возможность выбора жизненного пути. Повестка дня для молодежи относительно СПИДа требует претворить в конкретные действия Декларацию ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 года. Сюда относится:

- **Создание поддерживающего окружения**, чтобы молодежь могла получить информацию, обучение и услуги в связи с ВИЧ и репродуктивным здоровьем. Стратегии и законы должны гарантировать, что имеющиеся ресурсы будут направлены на расширение прав молодежи на медицинское обслуживание и на сокращение всех дискриминационных структур и процедур.
- **Охват людей, которые влияют на молодежь.** Родители, члены семей, учителя, политические и общественные лидеры и знаменитости оказывают сильное влияние на молодежь. Когда авторитетные для молодежи люди своими действиям дают пример для подражания и обеспечивают безопасное окружение, доверительные отношения и возможность для самовыражения, молодежь положительно воспринимает инициативы по формированию безопасного поведения.
- **Привлечение молодежи на руководящие роли в противодействии эпидемии.** Для лидерства не существует возрастных ограничений. Молодежь – это ресурс, а не олицетворение проблем; ее голос должен быть услышан, ее таланты следует развивать, чтобы она могла стать движущей силой перемен.
- **Мобилизация образовательной системы**, которая должна создать основу для всесторонних программ по профилактике и уходу для детей и молодежи школьного возраста.
- **Включение вопросов профилактики ВИЧ и ухода в связи со СПИДом для молодежи в деятельность других секторов.** Молодых людей часто интересует религия, трудоустройство, спорт и средства массовой информации. Эти секторы необходимо использовать для предоставления информации и услуг.
- **Преодоление гендерного неравенства** путем предоставления девушкам возможностей получить образование и профессию, путем защиты их прав и расширения перспектив для заработка. Кроме того, существует потребность изменить порочную концепцию «мужественности», которая определяет жизнь мальчиков – и отрицательно сказывается на жизни девушек и женщин. Органы власти должны четко донести информацию о недопустимости сексуальной эксплуатации и жестокого отношения к девочкам и мальчикам.
- **Инициирование диалога на деликатные темы.** И взрослые, и молодежь должны совместно решать вопросы половой жизни подростков, просвещения в области сексуального здоровья, сексуального насилия и оскорблений, гендерных ролей и общественных традиций.

Лечение, уход и поддержка для людей, живущих с ВИЧ

5

Лечение женщин и девушек и уход за ними

Биологические факторы

ВИЧ по-разному воздействует на женщин и мужчин, женская иммунная система может иначе реагировать на вирус (Farzadegan et al., 1998). Помимо множества болезней и недомоганий, связанных с ВИЧ, от которых страдают оба пола, у ВИЧ-положительных женщин чаще встречается рак шейки матки, чем у неинфицированных. Во время антиретровирусного лечения у женщин наблюдаются более сильные побочные эффекты. Проведенные исследования позволяют предположить, что это связано с воздействием женских гормонов, а также то, что оба пола принимают одинаковые дозы лекарств, несмотря на то, что в среднем женщины весят меньше, чем мужчины (Project Inform, 2001).

Несмотря на эти различия, при одинаковом лечении разница в показателях выживаемости мужчин и женщин исчезает. К сожалению, в большинстве частей света социальное и экономическое неравноправие женщин вызывает опасения по поводу того, что женщины не имеют равного и своевременного доступа к лечению.

Цели и препятствия

Во многих странах превалирующие гендерные отношения приводят к тому, что женщины и девочки получают медицинские услуги в последнюю очередь. Зачастую решение о том, тратить ли семейные средства на лечение, или может ли женщина оторваться от своих семейных обязанностей, чтобы посетить медицинское учреждение, принимают мужья и старейшины. СПИД еще более усугубил эту ситуацию. Когда в семье инфицированы мужчина и женщина, а средства ограничены, то зачастую в первую очередь лечение получают мужчины.

В соответствии с распределением ВИЧ в мире по половому признаку, а это примерно 50 на 50, женщины должны составлять как минимум половину из миллионов людей в странах с низким и средним уровнем доходов, которые в ближайшие годы должны получить доступ к антиретровирусным препаратам. Принимая во внимание региональные различия (такие, как в странах Африки к югу от Сахары, где, по подсчетам, ВИЧ-инфицированными являются 57% женщин), странам необходимо определить национальные цели лечения на основе распределения эпидемии по половому признаку. Кроме того, на общинном уровне следует преодолеть препятствия, мешающие женщинам проходить тестирование, включая риск жестокого обращения, которому они могут подвергаться, если окажутся ВИЧ-положительными.

Девушки-подростки сталкиваются с серьезными препятствиями при получении доступа к лечению. Во многих странах они подвергаются самому высокому риску инфицирования ВИЧ из-за гендерного неравноправия, ранних браков, сексуального насилия и разновозрастного секса. И тем не менее они имеют меньше всего возможностей требовать лечения. Кроме того, зачастую перед ними встают юридические препятствия, такие как законы о совершеннолетии. Эти законы предназначены для защиты молодежи, однако они могут также лишить их возможности принимать жизненно важные решения (Центр по проблемам здоровья и гендерного равенства, 2004 г.).

Обеспечение лечения с учетом гендерных аспектов

Недавно Центр по проблемам здоровья и гендерного равенства предложил основные принципы обеспечения доступа к лечению СПИДа с учетом гендерных аспектов, (Центр по проблемам здоровья и гендерного равенства, 2004 г.). Они включают следующее:

- **критерии определения права на лечение должны отражать биомедицинскую, и социально-экономическую уязвимость**—При определении права на лечение следует учитывать такие факторы, как неравенство в социальном статусе многих женщин и девочек, а также число клеток CD4.
- **критерии определения права на лечение не должны подвергать женщин дискриминации по причине их беременности и не отдавать предпочтение женщинам только в связи с их беременностью**—Во время работы по расширению доступа к услугам по профилактике передачи вируса от матери ребенку не следует оставлять без внимания небеременных женщин и девочек-подростков.
- **критерии и процедуры для расширения доступа к лечению должны быть прозрачными для целевых общин и подотчетными** им.
- **программы по соблюдению режима лечения должны учитывать гендерные аспекты**—Часы работы учреждений и персонала должны назначаться с учетом продолжительности рабочего дня женщин и их домашней занятости, а также обеспечивать сохранение конфиденциальности и достоинства женщин, которые обращаются за услугами.
- **следует провести серьезную работу для обеспечения качества лечения и искоренения предубеждений в системе здравоохранения**—Во многих местах необходимо улучшить инфраструктуру органов здравоохранения и процедуры оказания медицинских услуг с целью предоставления безопасного, всестороннего и устойчивого лечения. В то же время, медицинские работники в своей работе должны учитывать гендерные аспекты и избегать предубежденного отношения к пациентам по гендерному признаку, даже если такие недостойные отношения существуют в обществе.

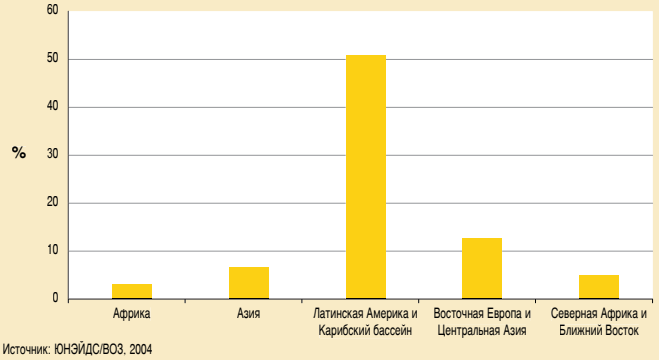
В Ботсване и Южной Африке программы лечения пробуждают надежду на то, что гендерное равенство может быть достигнуто. В обеих странах наблюдалось, что женщины численно превосходят мужчин в получении доступа к расширенным услугам по лечению. Для этого могут существовать различные причины. У обеих программ есть большой опыт работы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, которая не нацелена на мужчин. Возможно также, что поскольку у женщин обычно есть опыт обращения за услугами в такие учреждения общественного здравоохранения, как женские консультации, родильные дома и детские поликлиники, им легче обратиться за медицинскими услугами в связи с ВИЧ/СПИДом. До сих пор неясно, можно ли повторить опыт этих программ в других сильно пострадавших странах, особенно там, где инфраструктура общественного здравоохранения плохо развита и где женщины сталкиваются с более серьезными препятствиями при получении доступа к обычным медицинским услугам. (Fleischman, 2004).

Лечение, уход и поддержка для людей, живущих с ВИЧ

Мировое сообщество находится на перепутье, пытаясь расширить доступ к лечению и уходу в связи с ВИЧ. Еще никогда возможности не были так велики: сегодня в странах существует беспрецедентная политическая воля; беспрецедентные ресурсы для финансирования лечения, ухода и поддержки; беспрецедентно доступная цена на лекарства и средства диагностики.

Охват услугами антиретровирусной терапии для взрослых, конец 2003 г.

Лечением охвачено 400 000 человек: 7%-й охват



Источник: ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2004

Рисунок 33

Несмотря на эти чрезвычайно благоприятные условия, доступ к антиретровирусному лечению и уходу за больными другими заболеваниями, вызванными ВИЧ, остается крайне ограниченным. От пяти до шести миллионов людей, живущих в странах с низким и средним уровнем доходов, нуждаются в немедленном антиретровирусном лечении. Однако по оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в конце 2003 года лишь около 440 тысяч человек имели к нему доступ. Это означает, что девять из десяти человек, срочно нуждающихся в лечении ВИЧ, не охвачены таким лечением.

Расширение масштабов лечения и ухода

Тем не менее, за последние несколько лет глобальное движение по расширению доступа к лечению ВИЧ смогло добиться очень многого. Подписавшись под Декларацией о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом в 2001 году, страны-члены ООН взяли на себя обязательство постепенно обеспечить максимально высокие стандарты лечения ВИЧ-ассоциированных заболеваний, в том числе с помощью антиретровирусной терапии. Большинство стран, имеющих национальные планы борьбы со СПИДом, включили в них антиретровирусное лечение и наметили конкретные цели по охвату таким лечением. Тем временем ЮНЭЙДС и другие партнеры разработали методы измерения достижений в этой области и обеспечения отчетности о выполнении поставленных задач, и активно проводят мониторинг и оценку ситуации в странах.

Во всем мире правительства стран, система ООН, двусторонние доноры, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и гражданское общество уделяют повышенное внимание лечению и уходу в рамках своих политических обязательств расширить масштабы глобальных мер в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа. Так, например, Межстрановая программа по СПИДу Всемирного банка, в рамках которой выделен 1 миллиард долл. США для Африки и 155 миллионов долл. США для стран Карибского бассейна, позволяет правительствам и другим бенефициариям гибко использовать средства Всемирного банка для лечения ВИЧ, в том числе, для закупки лекарств, усиления инфраструктуры систем здравоохранения и обучения.

Всего один из 10 нуждающихся в антиретровирусном лечении получает его.

- По оценкам, от пяти до шести миллионов человек в странах с низким и средним уровнем доходов умрут в ближайшие два года, если не получат антиретровирусного лечения. По состоянию на декабрь 2003 года в этих регионах такое лечение получали примерно 440 тысяч человек.
- В среднем 80% стран, приславших ответы, сообщили, что имеют политику обеспечения или улучшения доступа к лекарствам для лечения от ВИЧ. Однако на самом деле оценки показывают, что доступ к антиретровирусному лечению ниже 10% во всех регионах, кроме Северной и Южной Америки.
- В нескольких странах Южной Америки, включая Аргентину, Бразилию, Кубу, Мексику, Уругвай и Чили, обеспечивается всеобщий доступ к антиретровирусной терапии. В некоторых других странах – Барбадосе, Колумбии, Коста-Рике и Парагвае - лечением охвачено примерно две трети нуждающихся.
- В странах Африки к югу от Сахары примерно 4,3 миллиона человек нуждаются в уходе на дому в связи со СПИДом, но только 12% получают его. В Юго-Восточной Азии охват еще ниже – всего 2%.
- В Южной Америке, Европе и западной части Тихоокеанского региона большинство пациентов получает хотя бы минимальный набор услуг по уходу, рекомендованных ВОЗ и ЮНЭЙДС. В Африке и Азии только треть людей получает минимальные услуги.

Источник: Отчет о ходе работы – 2003 г.: Глобальный ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа, ЮНЭЙДС, 2003 г.; *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003, UNAIDS/USAID/WHO/CDC and the Policy Project, 2004.*

В мае 2004 года Банк согласился выделить 60 миллионов долл. США в рамках новой Программы ускорения доступа к лечению с целью расширения лечения в трех пилотных странах: Буркина-Фасо, Гана и Мозамбик. Тем временем гранты на борьбу с ВИЧ/СПИДом, предоставляемые Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, означают, что 700 тысяч человек смогут получить доступ к антиретровирусному лечению (Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, 2003 г.). Около 80% заявок на получение грантов для борьбы с ВИЧ/СПИДом и объединенных программ по борьбе с ВИЧ/туберкулезом, одобренных Фондом, предусматривают усиление антиретровирусных программ и закупку лекарств от ВИЧ.

Двусторонние доноры проявляют все большую открытость относительно поддержки лечения и ухода, если они являются частью всесторонних планов борьбы со СПИДом, связанных с общими планами национального развития. Соединенные Штаты Америки ввели в действие объявленный президентом «Чрезвычайный план по оказанию помощи в связи со СПИДом» с целью охвата лечением от ВИЧ двух миллионов людей в приоритетных странах Африки и Карибского бассейна. Франция и семь других стран выступили с проектом «больниц-побратимов» под названием *«Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau»* для оказания помощи антиретровирусным программам в нескольких странах с низким и средним уровнем доходов.

Страны с низким и средним уровнем доходов также выделяют все больше средств из национальных бюджетов и средств, высвободившихся благодаря освобождению от долгов, на поддержку услуг по лечению. Например, в 2003-2004 гг. Камерун ассигновал более 30 миллионов долл. США из средств в рамках Инициативы в отношении бедных стран с высокой задолженностью в поддержку программ по борьбе со СПИДом – в основном эти средства были направлены на мероприятия по уходу. Тем временем, национальный план Южной Африки по уходу в связи со СПИДом финансируется, главным образом, за счет собственных средств страны.

Частный сектор

Усилия частного сектора также возрастают. Пропагандистскую работу, направленную на создание программ по профилактике и уходу на рабочих местах, в основном проводят сами компании. Под руководством посла Ричарда Холбрука Глобальная коалиция предпринимателей по ВИЧ/СПИДу расширилась, и сегодня в ее состав входит 145 крупных корпораций. Многие из них, а также другие крупные и малые предприятия создают программы по лечению ВИЧ для своих сотрудников, отвечая таким образом на призыв

Компании «Англо Америкэн» и «АнглоГолд» предоставляют антиретровирусное лечение шахтерам на юге Африки

В течение последних 15 лет компания «Англо Америкэн» осуществляет комплексные меры по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа, включая недискриминацию, профилактику, тестирование и уход. С середины 2002 и до конца 2003 гг. компания инициировала программу антиретровирусного лечения, которая стала одной из крупнейших в мире программ лечения от ВИЧ, организованных работодателем. К январю 2004 года в ее рамках лечение получали 1100 работников компании. Для того чтобы ускорить оказание всесторонних услуг в связи с ВИЧ в государственных клиниках первой помощи, расположенных в общинах, где проживают работники, «Англо Америкэн» расширяет услуги в связи с ВИЧ за пределы рабочих мест, работая в партнерстве с «ЛавЛайф» («Люби жизнь») и другими общинными организациями.

В ноябре 2002 года «АнглоГолд», крупная золотодобывающая компания, также признала, что кадровые и экономические факторы оправдывают инвестиции в создание программ в связи с ВИЧ на рабочих местах, и расширила программы для ВИЧ-положительных сотрудников, начав предоставлять им антиретровирусное лечение. Активисты в области лечения и интересующиеся этими вопросами в Южной Африке с одобрением восприняли эти инициативы. Однако они подчеркивают, что не менее важно предоставлять лечение и другим ВИЧ-инфицированным членам семьи, чтобы избежать неравенства в доступе к лечению в семьях и обеспечить получение лечения от заболевания в связи с ВИЧ для женщин и детей.

Международной организации труда (МОТ). Среди этих компаний - «Англо Америкэн» (см. вставку на стр.107), «ДаймлерКрайслер» (автомобильная промышленность), «Эском» (энергоснабжение), «Лафарж» (производство цемента), «Роял Датч/Шелл» (нефтедобыча) и Хайнекен (пивоварение). Компании «Тата Стил» в Индии и «Шеврон Тексако» в Нигерии также расширяют услуги по лечению для сотрудников и местных общин.

В марте 2004 года было получено сообщение от Инициативы по ускорению доступа к лечению (государственно-частное партнерство между шестью фармацевтическими компаниями, проводящими исследования, и ООН), что за последние шесть месяцев 2003 года число пациентов в Африке, получающих антиретровирусное лечение благодаря этим компаниям, удвоилось.

Снижение цен на антиретровирусные препараты

В последние годы цены на антиретровирусные препараты значительно снизились, и это помогло обеспечить возможность расширения доступа к лечению. В 2000 году цены на мировом рынке на антиретровирусные препараты первого ряда для проведения рекомендованной ВОЗ комбинированной терапии колебались от 10 до 12 тысяч долл. США на одного пациента в год. Снижению цен способствовало сочетание нескольких факторов – в частности, пропагандистская работа, проводимая людьми, живущими с ВИЧ, и мировыми лидерами. В начале 2002 года конкуренция со стороны производителей препаратов-генериков и практика дифференцированного ценообразования фармацевтических компаний привели к серьезному снижению цен, особенно в странах с низким уровнем доходов. Цена на некоторые комбинации генериков упала до 300 долл. США на человека в год.

Президентский фонд Уильяма Дж. Клинтона сыграл важную роль катализатора в процессе планирования в отдельных странах и в вовлечении производителей препаратов-генериков из Индии и Южной Африки в

Равный доступ к недорогим лекарствам – сильное средство пропаганды

«Больше нельзя мириться с тем, что люди, которые болеют и умирают просто потому, что живут в бедности, лишены доступа к лекарствам, изменившим к лучшему жизнь тех, кто лучше живет»

- Генеральный секретарь ООН Кофи Аннан.

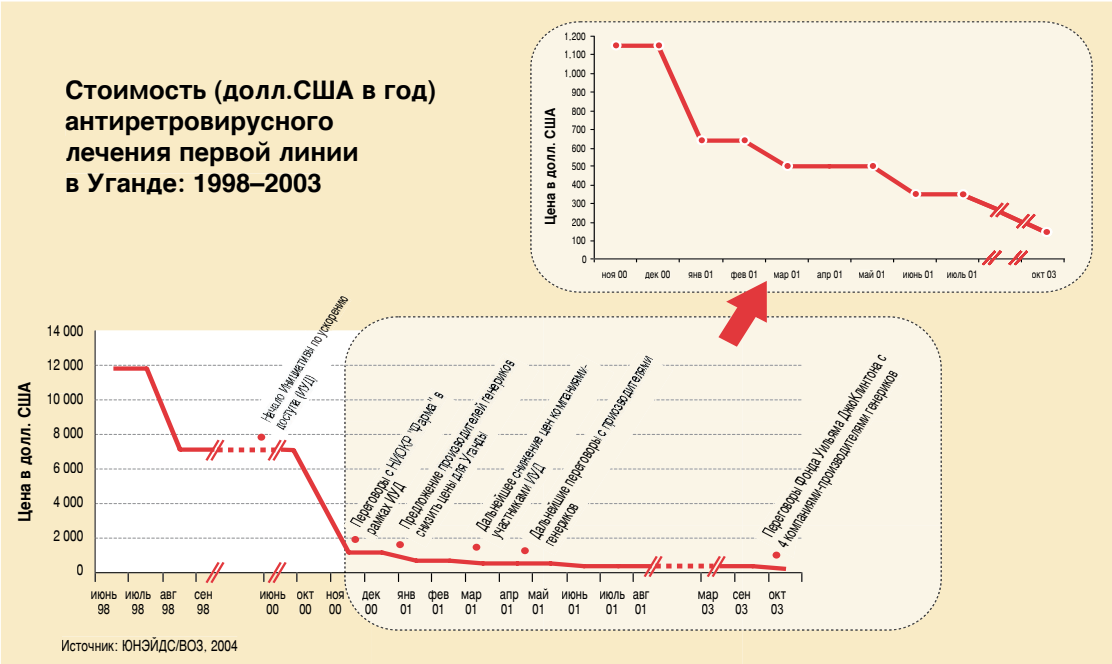


Рисунок 34

инициативу по снижению цен. К концу 2003 года Фонд объявил, что ему удалось договориться о снижении цены на антиретровирусные препараты до 140 долл. США на человека в год (меньше 50 центов США в день) при определенных условиях. Такие льготные цены на генерики доступны для рекомендованных ВОЗ схем лечения первого ряда в странах Африки и Карибского бассейна, в которых работает Фонд.

Недавно Фонд Клинтона предложил препараты по таким же ценам Детскому фонду ООН (ЮНИСЕФ) и бенефициариям Всемирного банка и Глобального фонда. Это серьезный шаг вперед, однако цены на антиретровирусные препараты остаются очень высокими в странах со средним уровнем доходов, включая Россию, Сербию и другие государства Центральной и Восточной Европы. Цены, предлагаемые фармацевтическими компаниями на рекомендованные ВОЗ препараты второго ряда, также высоки и превышают 1000 долларов США на человека в год даже в странах с низким уровнем доходов.

Тем временем, продолжается сотрудничество между странами, имеющими возможности производства антиретровирусных препаратов, и странами, желающими создать собственное производство. Бразилия, Индия и Таиланд, а также ряд крупных африканских стран недавно подписали соглашения о сотрудничестве. После этого, в январе 2004 года на совещании ВОЗ эти и другие страны с низким и средним уровнем доходов договорились сотрудничать с промышленно развитыми странами Европы и Северной Америки. Совместными усилиями они будут продвигать и осуществлять передачу технологии производства антиретровирусных препаратов странам с низким и средним уровнем доходов, заинтересованным в создании местных производственных мощностей и способным это сделать.

В Африке к югу от Сахары также много стран заявляют о своем намерении создать собственное производство. Среди них Замбия, Кения, Мозамбик, Нигерия, Танзания, Уганда и Эфиопия. Южная Африка уже начала выпуск своего первого антиретровирусного препарата в августе 2003 года. Все они планируют начать выпуск препаратов-генериков в течение 2004-2005 гг. (Dummett, 2003).

Лечение и профилактика: взаимное усиление

Некоторые возражают против расширения лечения, доказывая, что профилактика является более «эффективной с точки зрения затрат» по сравнению с лечением. Однако анализ экономической эффективности путем сравнения

профилактики и лечения ВИЧ отражает упрощеннсе и устаревшее мнение, согласно которому профилактические мероприятия следует финансировать, исключая лечение только потому, что профилактические программы могут обходиться дешевле.

В июле 2003 года специалисты Всемирного банка пришли к выводу, что большинство исследований недооценивают долгосрочные последствия эпидемии, и что СПИД приносит более масштабный долговременный ущерб национальной экономике стран, чем считалось раньше. По оценкам правительства Бразилии, внедрение антиретровирусного лечения помогло сэкономить около 2,2 миллиарда долл. США на услугах по больничному уходу, которые иначе могли бы потребоваться людям, живущим с ВИЧ. По мнению правительства, антиретровирусное лечение помогло на 50% снизить смертность, на 60–80% - заболеваемость и на 70% - госпитализацию ВИЧ-положительных людей.

Анализ экономической эффективности, противопоставляющий профилактику и лечение, не учитывает взаимного усиления при совместном применении и интеграции этих мероприятий. В конце концов, не существует некоего порогового значения для оценки эффективности лечения. Ни одна страна, пострадавшая от дорогостоящего ущерба для своей безопасности, не станет отказываться исправить ситуацию на том основании, что дешевле предотвратить будущий ущерб. Она будет восстанавливать разрушенное и примет профилактические меры. Таким же образом следует действовать и в отношении СПИДа.

Широкий доступ к антиретровирусному лечению мог бы обеспечить приток миллионов людей в медицинские учреждения, предоставив более широкие возможности для медицинских работников в плане оказания и усиления профилактической работы и мер вмешательства в связи с ВИЧ. Врачи, медсестры и медицинский персонал общин должны уметь пропагандировать меры по снижению риска в рамках поддержки соблюдения антиретровирусного лечения. Одновременное и агрессивное расширение профилактики ВИЧ и лечения СПИДа с действительно комплексным подходом может

5

Связь между профилактикой и уходом

Запоздалое внимание вопросам лечения СПИДа позволяет увидеть взаимосвязь между многими аспектами профилактики и лечения. Например, тот факт, что антиретровирусные препараты становятся все более доступными, означает, что многие люди будут обращаться за услугами по добровольному консультированию и тестированию, чтобы узнать свой ВИЧ-статус. Лечебные и профилактические мероприятия должны осуществляться одновременно, чтобы добиться успеха в противодействии эпидемии:

- В ходе медицинского исследования, проведенного после начала программы антиретровирусного лечения организации «Врачи без границ» в Хиалитше (Южная Африка), было обнаружено, что из восьми исследованных населенных пунктов самый высокий уровень использования презервативов и самая высокая готовность вступить в СПИД-клубы и пройти тестирование на ВИЧ был отмечен в этом городе (ВОЗ, 2003b).
- В Масаке (Уганда) пункт добровольного консультирования и тестирования, который закрылся из-за отсутствия клиентов, в 2002 году возобновил свою деятельность вместе с началом программы антиретровирусного лечения в той же больнице. Посещаемость стремительно возросла. К февралю 2003 года 5060 клиентов прошли добровольное консультирование и тестирование – это в 17 раз больше, чем в 2000 году. (Mpiima et al., 2003).
- В течение первого года реализации инициативы «За справедливость в вопросах ВИЧ» (HIV Equity Initiative), в рамках программы антиретровирусного лечения, осуществляемой организацией «Партнеры за здоровье» в Канге (Гаити), спрос на добровольное консультирование и тестирование возрос более чем в три раза (ВОЗ, 2003a).
- Опрос 700 ВИЧ-инфицированных в Кот-д'Ивуаре в 2000 году показал, что люди, имеющие доступ к антиретровирусному лечению, чаще использовали презервативы при половом акте, чем те, кто не имел доступа к лечению (Moatti et al., 2003).

Антиретровирусное лечение в Таиланде

В Таиланде понижение цен на лекарства способствовало пятикратному увеличению числа ВИЧ-положительных пациентов, получающих антиретровирусное лечение – с 2500 до более чем 15 тысяч пациентов к ноябрю 2003 г. Цель на 2004 год – охватить 50 тысяч человек. Сегодня в рамках правительственной программы антиретровирусного лечения в Таиланде обеспечивается бесплатное лечение ВИЧ-положительных пациентов с использованием комбинированного препарата ГПОвир (d4T, 3TC и невирапин) местного производства для стандартной схемы лечения первого ряда. Применение ГПОвира позволило снизить ежемесячные затраты на лечение одного пациента примерно с 300 долл. США до 29 долл. США. Все 92 провинциальные больницы, находящиеся в подчинении Министерства общественного здравоохранения, способны предоставлять антиретровирусное лечение, и в ближайшем будущем этот потенциал будет развиваться и в других больницах.

остановить эпидемию и начать обращать ее вспять.

Антиретровирусные препараты в условиях нехватки ресурсов

Учитывая беспрецедентные возможности для расширения лечения, существующие сегодня, практически во всем мире сложилось общее мнение, что антиретровирусные препараты можно безопасно и эффективно предоставлять в условиях нехватки ресурсов. Начиная с инициативы ЮНЭЙДС по улучшению доступа к лекарствам, реализация которой началась в 1997 году в Абиджане и Кампале, а затем в Африке, Азии и странах Карибского бассейна, небольшие пилотные проекты один за другим демонстрируют эффективность и надежность этой программы.

Гражданское общество уже давно находится на переднем крае лечения ВИЧ-инфекции. По сообщениям Католической Церкви, она обеспечивает 26% медицинских услуг во всем мире. Другие религиозные организации также все более активно работают в области ухода в связи с ВИЧ. Неправительственные организации (НПО) первыми начали предоставлять такое лечение. Среди них организация Zanmi Lasante (Партнеры по здоровью) на Гаити, San Eguidio в Мозамбике и организаторы международных кампаний, такие как «Врачи без границ» (см. вставку на стр.111). Их работа стала стимулом для более энергичных действий и повышения приверженности международного сообщества и принесла немало ценных уроков.

Во многих странах, в том числе тех, где отмечается высокая распространенность ВИЧ или где эпидемия начинает распространяться среди больших групп населения, уже идет мобилизация ресурсов в ответ на дефицит лечения ВИЧ. Некоторые страны Латинской Америки и Карибского бассейна сегодня обеспечивают всеобщий охват антиретровирусным лечением, в том числе Аргентина, Барбадос, Коста-Рика, Куба, Мексика, Уругвай и Чили. Багамские Острова и Гайана находятся на пути к обеспечению всеобщего доступа. Бразилия участвует в программе сотрудничества «Юг-Юг» с Боливией и Парагваем с целью достижения всеобщего доступа в этих странах. К другим странам, которые также добились значительного успеха относятся Ботсвана и Сенегал. Однако Бразилия до сих пор остается единственной среди стран с большим населением, которая уже обеспечивает всеобщий доступ к лечению СПИДа.

В Азии по состоянию на ноябрь 2003 года только в двух странах – Индии и Таиланде – в рамках национальных программ по СПИДу предлагались схемы лечения как первой, так и второй линии. Только три другие страны – Индонезия, Непал и Шри-Ланка – предоставляли, по крайней мере, одну схему лечения первой линии. Задача сегодня заключается в том, чтобы показать, что общенациональные программы по лечению можно сделать доступными для миллионов людей в других странах с низким и средним уровнем доходов.

Для специалистов по планированию в области развития эпидемия СПИДа является глобальной чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения. Продолжительность жизни людей, больных СПИДом, резко снижается, и эпидемия инфекции быстро трансформируется в эпидемию смертей

«Врачи без границ»: начало лечения ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов

С начала 90-х годов прошлого века организация «Врачи без границ» оказывает услуги по уходу за людьми, живущими с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов. Осуществление ее первых программ антиретровирусного лечения началось в 2001 году. В апреле 2004 года примерно 13 тысяч человек получали лечение в рамках 42 проектов организации в 19 странах Африки, Азии и Латинской Америки. Организация быстро расширяет охват своих программ: с 1500 человек в 10 странах в середине 2002 года до запланированных 25 тысяч человек к концу 2004 года. В то же время, организация «Врачи без границ» охотно делится уроками, полученными в ходе разнообразных проектов по лечению. Эти уроки включают следующее:

- «по одной таблетке два раза в день» — соблюдение режима лечения должно быть максимально облегчено; 80% пациентов организации получают рекомендованную ВОЗ тройную комбинированную терапию с фиксированными дозами препаратов;
- «децентрализация и адаптация» — организация «Врачи без границ» работает в регионах, испытывающих нехватку ресурсов и персонала. Поэтому она использует мобильные клиники, делегирует основные услуги по уходу медсестрам и общинным медработникам, зачастую начинает лечение на основе позитивного результата тестирования на ВИЧ и клинической оценки, проведенной обученными сотрудниками;
- «доступность для самых бедных» — стоимость никогда не должна быть препятствием для лечения, поэтому лечение должно предоставляться бесплатно большинству людей в беднейших странах;
- «цена имеет значение» — чем ниже цены на лекарства, тем выше число пациентов, которых можно будет лечить;
- «вовлекать общины» — поддержка со стороны общин помогает повысить соблюдение режима лечения и профилактических мероприятий, а также разрушить стену молчания относительно ВИЧ.

и болезней. Поэтому необходимо применять чрезвычайные подходы, чтобы изменить традиционный для сектора здравоохранения постепенный подход к вопросам развития. В то же время, очень важно, чтобы расширение охвата антиретровирусным лечением не привело к возврату к практике здравоохранения, направленной сугубо на лечение заболеваний; необходимо добиваться систематического развития и усиления систем здравоохранения во всех направлениях.

Программы добровольного консультирования и тестирования, профилактики и лечения ВИЧ, услуги в сфере сексуального и репродуктивного здоровья следует эффективно интегрировать как неотъемлемую часть первой медицинской помощи. Отличным примером интеграции профилактики и лечения являются программы профилактики передачи инфекции от матери ребенку, в рамках которых антиретровирусное лечение предоставляется нуждающимся в нем женщинам как во время беременности, так и после родов.

На XIV Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Барселоне, Испания, в 2002 году ключевые участники поставили глобальную цель: расширить масштабы антиретровирусного лечения, чтобы обеспечить им 3 миллиона человек в странах с низким и средним уровнем доходов к концу 2005 года. Секретариат ЮНЭЙДС, ВОЗ и другие партнеры пришли к выводу, что эта задача может быть выполнена, если будут собраны достаточные финансовые средства и приняты другие необходимые меры. Эти 3 миллиона человек в странах с низким и средним уровнем доходов представляют тех, кто может умереть через два года, если не получит антиретровирусного лечения сейчас.

Вскоре после конференции в Барселоне международное сообщество предприняло дополнительные шаги по мобилизации сил и ресурсов для достижения этой цели. Было, в частности, создано глобальное партнерство организаций, занятых вопросами расширения доступа к лечению – Международная коалиция по обеспечению доступа к лечению ВИЧ.

Коалиция расширилась до более 120 членов, однако оказалась нежизнеспособной в качестве механизма для координации поддержки со стороны мирового сообщества.

Инициатива «3 к 5»

В сентябре 2003 года на второй Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу произошло важное событие. На этой сессии Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения и Исполнительный директор ЮНЭЙДС выступили с заявлением о том, что отсутствие лечения в странах с низким и средним уровнем доходов является глобальной чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, и объявили о новой инициативе «3 к 5». Они обратились с призывом к мировому сообществу устранить дефицит лечения, назвав это одним из крупнейших кризисов нашего времени в области прав человека и общественного здравоохранения.

Во Всемирный день борьбы со СПИДом в 2003 году ВОЗ сделала еще один важный шаг, объявив о начале инициативы «3 к 5». В рамках этой инициативы ВОЗ и ЮНЭЙДС призвали партнеров, включая НПО и частный сектор, присоединиться к мобилизации поддержки правительствам в деле расширения программ по лечению в странах.

Инициатива «3 к 5» является промежуточной целью в рамках глобального движения по мобилизации поддержки для масштабного расширения доступа к лечению, который в конечном итоге должен стать всеобщим. С момента начала Инициативы многие страны провозгласили, подтвердили или повысили свои обязательства по обеспечению лечения ВИЧ для людей, которые в этом нуждаются. На сегодняшний день около 40 стран официально заявили о своем желании участвовать в Инициативе. При поддержке ЮНЭЙДС ВОЗ ведет поиск ресурсов для усиления технической поддержки странам с целью расширения их лечебных программ. В июне 2004 года правительства Канады, Соединенного Королевства и Швеции, вместе с ассигнованиями из Единого бюджета и рабочего плана ЮНЭЙДС, предоставили значительную финансовую поддержку ВОЗ для осуществления ее стратегии «3 к 5».

Стратегия

Стратегия ВОЗ « *Обеспечить лечением 3 миллиона человек к 2005 году: добиться результатов*» включает твердую приверженность ВОЗ безотлагательным действиям; привлечение людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, на ключевые позиции; работу в партнерствах; защиту справедливости и прав человека; обеспечение устойчивого лечения на протяжении жизни; и обеспечение того, чтобы Инициатива дополняла существующие услуги. Инициатива «3 к 5» должна осуществляться при непосредственном участии стран, что является основной отличительной чертой «Триединых принципов», провозглашенных ЮНЭЙДС (см. главу «Национальные ответные действия»). Стратегическая структура ВОЗ включает 14 ключевых элементов, распределяемых по пяти основным категориям: глобальное лидерство, сильное партнерство и пропаганда; безотлагательная и устойчивая поддержка странам; простые стандартизированные методы проведения антиретровирусной терапии; эффективное, надежное снабжение лекарственными препаратами и диагностическими средствами; и оперативное выявление и использование новых данных и достижений.

Глобальное лидерство, сильное партнерство и пропаганда

Основная работа в рамках Инициативы «3 к 5» проводится в странах и общинах. Однако глобальное лидерство и союзы с международными участниками помогают создать условия для успеха. Партнерство необходимо для результативной деятельности Инициативы. Цель «3 к 5» и более долговременная цель обеспечения всеобщего доступа к лечению значительно превосходят возможности любой отдельной организации. Сегодня формируются новаторские механизмы сотрудничества, объединяющие национальные правительства, международные организации, частный сектор, группы гражданского общества и общины.

Основополагающим принципом Инициативы «3 к 5» является то, что люди, живущие с ВИЧ, должны играть главную роль в разработке, осуществлении и мониторинге программ антиретровирусного лечения. Вовлечение инфицированных людей в

Нехватка медицинских работников: основное препятствие к успеху антиретровирусных программ

Численность медперсонала, включая административных сотрудников и преподавателей, очень важна для потенциала страны в сфере предоставления медицинских услуг. Зачастую медработники не получают обучения на работе и не имеют даже базового представления о ВИЧ/СПИДе. По данным недавнего отчета, в Китае работает меньше 200 врачей, имеющих элементарные навыки диагностики и лечения оппортунистических инфекций в связи со СПИДом.

Исследования показывают, что в странах, сильно пострадавших от СПИДа, недостаточный потенциал медицинских работников является серьезной проблемой для всех программ, но особенно для тех, в рамках которых планируется широкое распространение антиретровирусных препаратов. Например, в Танзании необходимо утроить численность медперсонала, чтобы осуществить приоритетные мероприятия для большинства населения к 2015 году. В Чаде их число необходимо увеличить в четыре раза. Официальные представители здравоохранения Ботсваны говорят, что только для достижения всеобщего охвата антиретровирусным лечением потребуется удвоить существующую численность медсестер, утроить число врачей и в пять раз увеличить число аптекарей.

К сожалению, в странах, наиболее сильно пострадавших от СПИДа, число незаполненных вакансий медицинского персонала очень велико. В 1998 году в Гане не было заполнено 43% вакансий врачей в государственных медицинских учреждениях; в Малави – 36%. По сообщениям из Лесото, в 1998 году в государственных клиниках было 48% свободных вакансий медсестер, а в Малави в 2001 году – 50%. Еще одной проблемой является то, что распределение медработников в стране не является равномерным. В Танзании на 100 тысяч человек приходится 160 медсестер в урбанизированном Дар-эс-Саламе, однако на остальной части территории страны есть районы, где на 100 тысяч человек приходится менее 6 медсестер. Разумеется, эта проблема встречается не только в странах с высокой распространенностью ВИЧ. В Никарагуа примерно 50% медработников сконцентрировано в столице страны Манагуа, где проживает всего 20% населения страны.

Миграция является основной причиной сокращения численности медработников в странах с низким уровнем доходов. Более высокие зарплаты и льготы, возможности для карьерного роста и активное приглашение на работу привлекают медицинских специалистов со степенями, признаваемыми за рубежом, в промышленно развитые страны. В Замбии после провозглашения независимости было обучено более 600 врачей, однако только 50 из них остались в стране. Более 50% врачей, получивших образование в Гане в 80-х годах прошлого века, работают в других странах. По оценкам ООН, около 56% всех врачей-мигрантов выехало из стран с низким и средним уровнем доходов, и только 11% вернулось обратно. Среди медсестер этот дисбаланс еще больше. И, наконец, следует прилагать гораздо больше усилий, чтобы улучшить условия труда и создать стимулы для медицинских и социальных работников в сельской местности.

мероприятия, связанные с лечением, помогает снизить стигму и обеспечить успех программам. (Farmer et al., 2001). Однако стигма продолжает оставаться препятствием к привлечению людей, живущих с ВИЧ, к участию в антиретровирусных программах. Таким образом, необходимы масштабные, творческие действия по борьбе со стигмой для создания поддерживающей среды, чтобы люди, живущие с ВИЧ, могли в полной мере играть свою роль в расширении лечения.

На глобальном и многостороннем уровнях поддержку странам в их действиях оказывают такие ключевые партнеры, как международные ассоциации активистов в области лечения и лечебных организаций; ВОЗ и другие коспонсоры ЮНЭЙДС, включая Межстрановую программу по СПИДу Всемирного банка; и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. С целью расширения доступа к антиретровирусному лечению в странах эти партнеры объединяются с ключевыми двусторонними инициативами, такими как объявленный президентом США «Чрезвычайный план по оказанию помощи в связи со СПИДом»; «Призыв к действиям по борьбе со СПИДом» Европейского союза и Соединенного Королевства, возглавляемый Департаментом международного развития Великобритании, а также с мероприятиями других доноров и частного сектора.

Усиление потенциала стран

Приводя национальные цели по лечению СПИДа в соответствие с целями Инициативы

«3 к 5», страны обращаются за сотрудничеством к ВОЗ и ее партнерам. В начале 2004 года специальные миссии ВОЗ работали со странами, международными партнерами, руководителями систем здравоохранения и другими участниками процесса, оказывая поддержку в разработке национальных планов и подготовке заявок на финансирование, а также в другой деятельности, направленной на расширенное осуществление программ антиретровирусного лечения.

Так, например, в связи с инициативой «3 к 5» Замбия повысила свои цели по лечению, намеченные на 2005 год, с 10 тысяч до 100 тысяч человек. Кения объявила о таком же повышении. Но для достижения этих амбициозных целей требуется преодолеть большие препятствия в области осуществления. Предстоит решить огромные проблемы: возможности медицинских учреждений многих стран сильно ослаблены из-за недостаточного финансирования в течение нескольких десятилетий и собственно из-за бремени СПИДа (ЮНЭЙДС, 2003а). Практически везде число медицинских работников гораздо меньше того, что необходимо для удовлетворения потребностей (см. главу «Национальные ответные действия»).

Если систематично не решать эти проблемы, то масштабное расширение антиретровирусного лечения останется лишь благим намерением; кроме того, это может привести к утечке кадров из всех секторов системы здравоохранения. С другой стороны, Инициатива «3 к 5» может послужить катализатором для привлечения новых сотрудников в медицину. Основные мероприятия по увеличению численности персонала включают интенсивный наем и обучение новых и уже работающих сотрудников; улучшение условий трудоустройства в государственном секторе; переоценку квалификационных требований и обязанностей и решение проблемы «утечки мозгов» из бедных стран, включая методы стимулирования для возвращения специалистов, уехавших за границу. Другим возможным решением проблемы может стать приглашение местных и иностранных добровольцев для безотлагательного устранения пробелов в предоставлении медицинских услуг.

Одним из способов восполнения нехватки медперсонала является активное обучение и вовлечение членов общин. Примеры успешных пилотных программ антиретровирусного лечения, осуществляемых в общинах на Гаити, в Южной Африке, Уганде и других странах, показывают, что общинные медработники могут выполнять ответственную работу в сфере консультирования, психологической поддержки пациентов и членов их семей, поддержки с целью соблюдения режима лечения, в вопросах правильного питания, ухода на дому, паллиативного ухода и проведения мониторинга пациентов относительно токсичности лекарств и клинических ошибок. Для успешной деятельности членам общин необходимы хорошее обучение и постоянная поддержка, а также четкие механизмы общения и сотрудничества с другими членами медицинской команды.

Простые, стандартизованные методы

Снижение сложности является основным фактором ускорения разворачивания лечения в районах, имеющих слаборазвитые системы здравоохранения и испытывающих серьезную нехватку квалифицированного медперсонала. Рациональные руководящие принципы Инициативы «3 к 5» сокращают количество рекомендованных схем лечения первого ряда с 35 до 4. Эти схемы просты и предусматривают прием меньшего числа таблеток, а четыре комбинации препаратов подходят для самых разных ситуаций, включая коинфицирование туберкулезом и беременность.

Схемы лечения, предусматривающие прием препаратов два раза в день, также помогают пациентам соблюдать режим лечения, благодаря чему больше людей сохраняют здоровье, действие лечения продолжается дольше, а возможности возникновения вирусов, устойчивых к лекарствам, снижаются. Точно так же, как быстрые тесты на ВИЧ должны стать ключевым компонентом разворачивания программ добровольного консультирования и тестирования (см. Главу «Профилактика»), методы лабораторного тестирования и диагностики, предназначенные для мониторинга здоровья людей, должны быть упрощены и более доступны для беднейших слоев

Приверженность обеспечению справедливости должна подкрепляться конкретными делами

Как можно гарантировать принятие справедливых решений о том, где разместить услуги и кому из пациентов предоставить их в первую очередь? В условиях нехватки ресурсов обеспечение действительной справедливости и равенства при доступе к антиретровирусному лечению предполагает умение сделать правильный выбор: каким образом и куда направить деньги для создания служб; кто должен получить приоритетное право на лечение в районе расположения лечебного учреждения. Для принятия этих решений не существует универсальной формулы, однако справедливый отбор пациентов должен происходить на основе беспристрастного, совещательного процесса, предполагающего принятие решений на разных уровнях общества. Процесс принятия решений должен основываться на следующих ключевых принципах:

- *широкое участие* – с вовлечением широкого круга участников, представляющих все заинтересованные группы;
- *беспристрастие* – следует избегать конфликта интересов;
- *прозрачность* – для обеспечения того, чтобы выбранные критерии и обоснования для определения того, кто получит право на лечение, были открытыми для проверки;
- *публичность* – для удовлетворения основного права людей знать, на чем основаны решения, которые серьезно влияют на их благополучие;
- *актуальность* – чтобы основные участники могли прийти к согласию о том, что выбранные приоритеты основаны на верных и относящихся к делу ситуационных факторах;
- *возможность корректировки* – чтобы можно было изменять решения в свете новой информации;
- *подотчетность* – для обеспечения максимальной честности соответственные сотрудники или организации должны нести ответственность перед общинами за принципы и процедуры, которые они применяют.

населения. В настоящее же время отсутствие таких сложных мониторинговых тестов, как измерение вирусной нагрузки, в условиях ограниченных ресурсов не должно стать препятствием к расширению лечения.

Эффективное, надежное снабжение лекарственными препаратами и диагностическими средствами

Обеспечение надежного, доступного по средствам снабжения качественными лекарственными препаратами и диагностическими средствами является одной из сложнейших задач, с которыми сталкиваются страны, расширяющие доступ к лечению. ЮНИСЕФ, голландская НПО «Международная распределительная ассоциация» и другие организации уже накопили опыт закупок антиретровирусных препаратов для стран с низким уровнем доходов. С целью оказания расширенной поддержки странам ВОЗ создает «Службу лекарственных препаратов и диагностики СПИДа», деятельность которой будут совместно обеспечивать ЮНЙЭДС, ЮНИСЕФ, Всемирный банк и другие партнеры системы ООН. Она будет выполнять функции информационного центра и помогать странам в получении доступа к качественным антиретровирусным препаратам и диагностическим средствам по наиболее выгодным ценам, в том числе путем предоставления информации о прогнозируемых потребностях и спросе, ценах, источниках, патентах, таможенных правилах и других нормативных вопросах. Кроме того, Служба будет распространять информацию о качестве, используя свои связи с программой ВОЗ по оценке качества – «Проектом предварительной оценки» – в сотрудничестве с ЮНИСЕФ, Секретариатом ЮНЭЙДС и при поддержке Всемирного банка.

Справедливое распределение антиретровирусных препаратов: кто, что и когда получает

Во многих случаях при нехватке ресурсов невозможно сразу достичь всеобщего доступа к лечению заболеваний, вызванных ВИЧ. Действительно, промежуточная цель расширения антиретровирусного лечения, чтобы охватить им 3 миллиона человек к 2005 году, основана на допущении, что всех людей, нуждающихся сегодня в лечении, не удастся

охватить. До тех пор пока ресурсы и программы не станут доступными для всех нуждающихся, обеспечение справедливого доступа к услугам – честного распределения лечения – будет главной задачей правительств и медицинских учреждений.

Некоторые органы государственной власти и руководители здравоохранения иногда неохотно принимают решения о том, кому следует предоставлять услуги в первую очередь, и могут не предвидеть этических последствий того, где будут размещены соответственные службы. При отсутствии ясного структурного подхода к развертыванию лечения ВИЧ с учетом этических моментов, решение о том, кто получит право на лечение, может быть принято без учета этических стандартов и процедур. Если нельзя обеспечить услугами всех нуждающихся, распределение услуг по лечению ВИЧ должно основываться на принципах справедливости и прав человека, таких как свобода от дискриминации, а также на согласованных процедурах.

Учитывая безотлагательный характер ситуации, антиретровирусное лечение неизбежно сначала будут предоставлять те учреждения, которые уже соответствуют базовым требованиям. В целях обеспечения того, чтобы это не просто сохраняло и усугубляло существующее неравенство в оказании медицинских услуг, потребуется одновременно направить значительные ресурсы на развитие инфраструктуры для обслуживания групп населения, считающихся «труднодоступными», или тех, чьи потребности до настоящего времени игнорировались, включая женщин, молодежь и неимущих.

Во многих странах для обеспечения равного доступа для женщин и девочек потребуется изменить общественное отношение, устранить структурные препятствия к лечению, такие как дискриминационные законы и нормы, внедрить практику мониторинга с целью отчетности. То же самое касается людей, чье поведение обычно подвергается стигматизации – потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и мужчин, занимающихся сексом с мужчинами. Необходимо принять конкретные активные меры для преодоления и окончательного искоренения гендерного неравенства и препятствий к уходу за представителями уязвимых групп населения. Лечение детей антиретровирусными препаратами также требует специального планирования (см. вставку на стр. 117).

Антиретровирусное лечение: часть комплексных мер

Воздействие антиретровирусных препаратов на жизнь людей часто сравнивают с чудом. Они не излечивают от болезни, но снижают вирусную нагрузку, таким образом продлевая жизнь людей, живущих с ВИЧ, на долгие годы, возможно, до того времени, когда будет найдено средство излечения от СПИДа. Однако антиретровирусная терапия должна стать частью интегрированного набора мероприятий, включающих профилактику, уход и поддержку, которые дополняют и усиливают друг друга (см. главу «Профилактика»).

Люди, принимающие эти лекарства, все же время от времени нуждаются в лечении от оппортунистических инфекций и болезненных

Куба: пример успеха комплексной системы ухода

Куба представляет редкий пример обеспечения комплексной, целостной системы ухода. В начале 90-х годов ситуация в стране была крайне противоречивой, поскольку ВИЧ-инфицированных людей помещали в карантин. Сегодня люди, у которых диагностирована ВИЧ-инфекция, проходят всестороннее клиническое и психологическое обследование, после чего им предлагают на выбор амбулаторное лечение, предоставляемое больницей или семейным врачом, или стационарное лечение в санатории по лечению СПИДа. Им обеспечивается специальное высококалорийное питание и восьминедельный учебный курс обо всех аспектах жизни с ВИЧ, включая прогрессирование болезни и вопросы безопасного секса. Состояние их иммунной системы и здоровья в целом регулярно проверяется, информация вносится в электронную базу данных, проводится своевременное лечение выявленных заболеваний. Антиретровирусные препараты входят в набор услуг; в настоящее время около 1500 человек имеют доступ к лечению (ВОЗ, 2003е).

Партнерство между государственным и частным сектором под твердым руководством правительства – Пример Ботсваны

В Ботсване зарегистрирован один из самых высоких в мире уровней распространенности ВИЧ – почти 40% взрослого населения ВИЧ-инфицировано. Она стала первой страной на юге Африки, начавшей активную деятельность по расширению антиретровирусного лечения. Сильная лидерская позиция президента Фестуса Могае (говоря об угрозе СПИДа для народности тсвана, он использовал слово «вымирание») способствовала мобилизации местной и иностранной помощи для программ по лечению. С 2000 года ботсванская национальная инициатива по лечению, получившая название «Маса» («Новый рассвет»), получает поддержку со стороны Африканского всестороннего партнерства по ВИЧ/СПИДу. Участниками этого сильного, уникального партнерства между государственными и частными организациями являются правительство Ботсваны, Фонд Билла и Мелинды Гейтс и Фонд компании «Мерк». Партнерство «Ботсвана-Гейтс-Мерк» поддерживает комплексные национальные ответные действия и улучшает местный потенциал путем укрепления инфраструктуры здравоохранения и передачи управленческих и технических навыков для непрерывного оказания медицинских услуг.

К началу 2004 года «Маса» была крупнейшей государственной программой по лечению ВИЧ в Африке, несмотря на то, что население Ботсваны составляет всего 1,7 миллиона человек и что стигматизация ВИЧ замедлила начало программы. В апреле 2004 года мероприятиями программы было охвачено более 24 тысяч человек, а более 14 тысяч больных получали антиретровирусную терапию. Однако нехватка потенциала для быстрого повышения информированности людей об их ВИЧ-статусе считается основным препятствием к расширению доступа. Поэтому пока желающим предлагается пройти обычное тестирование на ВИЧ в клинических условиях, а к работе привлекаются народные целители, которые потенциально могут дать людям направление в лечебные учреждения. Что касается обеспечения равного доступа женщинам и девочкам, то до сих пор лечение получало больше женщин, чем мужчин – соотношение составляет 3 к 2.

состояний, возникающих как побочный эффект приема этих препаратов. Некоторым требуется заместительная терапия при наркозависимости, а многим – постоянная психосоциальная поддержка, чтобы справиться с болезнью и серьезным воздействием на поведение и образ жизни. Им также необходимы услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья.

Антиретровирусная профилактика передачи инфекции от матери ребенку не должна помешать выбору женщинами других методов лечения в будущем; по возможности, следует применять комбинированную терапию с использованием двух или трех препаратов вместо назначения разовых доз невирапина (ВОЗ, 2004 г.). Более того, нельзя забывать, что, даже если Инициатива «3 к 5» достигнет всех намеченных целей, миллионы ВИЧ-инфицированных людей с прогрессирующим иммунным дефицитом не будут иметь доступа к антиретровирусным препаратам еще некоторое время.

Услуги для людей, живущих с ВИЧ-ассоциированными заболеваниями, необходимо координировать, чтобы обеспечить «непрерывную среду» ухода, то есть, такую систему ухода, которая сможет удовлетворять многочисленные и меняющиеся потребности инфицированных людей и членов их семей и будет действовать на всем протяжении от семьи и общины до клиники или больницы и обратно. Услуги должны предоставляться в наиболее удобное время для ВИЧ-инфицированных и

Необходимые лекарства трудно найти во многих бедных странах

У большинства ВИЧ-инфицированных в странах с низким и средним уровнем доходов нет доступа даже к относительно простым лекарствам. Более того, население некоторых стран, сильно пострадавших от СПИДа, имеет слабый и неравный доступ к необходимым лекарствам *от любых* заболеваний. (Всемирный банк, 2003 г.). Например, на Гаити, в Кении, Малави и Индии охват населения необходимыми лекарствами колеблется от 0 до 49%. ВОЗ сообщает, что, несмотря на удвоение масштабов доступа к необходимым лекарствам за последние 20 лет, более одной трети мирового населения до сих пор не имеет такого доступа, что приводит к тяжелым последствиям – плохому здоровью и высокой смертности. В беднейших регионах Африки и Азии более 50% населения не имеет доступа к самым элементарным лекарствам.

тех, кто за ними ухаживает, в удобных для них местах, с учетом их традиций и культуры. Кроме того, должны существовать эффективные и результативные механизмы выдачи направлений в другие лечебные учреждения и на другие уровни оказания услуг по уходу.

Комплексные подходы к уходу являются стандартом в Ботсване (см. вставку выше), Бразилии и других странах, обеспечивших всеобщий доступ или быстро продвигающихся в этом направлении. Однако, в целом, всесторонний уход в связи с ВИЧ до сих пор остается исключением.

По оценкам ВОЗ, в Африке менее 30% ВИЧ-инфицированных и одновременно больных туберкулезом – наиболее серьезной оппортунистической инфекцией – получают противотуберкулезные препараты (ВОЗ, 2003c). В 2001 году только около 1% нуждающихся в лечении в Замбии и Малави, и 2% - в Уганде получали препарат изониазид для профилактики туберкулеза (Garbus & Marseille, 2003; Garbus, 2003a; Garbus, 2003b; Garbus, 2003c).

Продовольствие – важная составляющая мероприятий в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа

Достаточное количество продуктов питания является одним из ключевых компонентов всестороннего ухода. Поиск еды является основной заботой многих людей, больных СПИДом. Болезнь быстро разоряет семьи, и людям приходится бороться, чтобы обеспечить себе нормальное питание (см. главу «Воздействие») Поэтому преодоление голода является приоритетной задачей, решение которой помогает людям справиться с болезнью. Однако хорошее питание играет также важную роль, помогая людям, живущим с ВИЧ, сохранять здоровье, преодолевать физическое истощение, вызванное ВИЧ-инфекцией, и поддерживать активный образ жизни. Более того, многие лекарства, включая некоторые противотуберкулезные и антиретровирусные препараты, нельзя принимать на пустой желудок. Поэтому продовольственная поддержка должна стать частью комплексных мер по уходу. Это важно и для моральной поддержки людей, ухаживающих за больными: многие из них рассказывают, что наиболее сильный стресс они испытывают, когда посещают дома, где людям нечего есть, и не могут ничего им предложить (ЮНЭЙДС, 2000 г.).

Для содействия в решении проблем продовольствия и питания Мировая продовольственная программа (9-й коспонсор ЮНЭЙДС) расширяет свои программы продовольственной помощи с целью охвата ВИЧ-положительных людей, проходящих лечение, и сильно пострадавших общин. Эта работа проводится в контексте программ по лечению СПИДа и профилактики ВИЧ, в сотрудничестве с ЮНЭЙДС и другими коспонсорами. Кроме того, Программа помогла привлечь внимание к проблеме СПИДа и продовольственной безопасности в наиболее сильно пострадавших странах.

Туберкулез и ВИЧ

Во многих странах, наиболее сильно пораженных эпидемией СПИДа, основной причиной смерти людей, живущих с ВИЧ, является туберкулез. Наибольшее влияние ВИЧ на туберкулез отмечалось в странах Африки к югу от Сахары, где до 70% больных туберкулезом одновременно инфицированы ВИЧ. Кроме того, вирус повышает уровень распространенности туберкулеза во многих странах Юго-Восточной Азии, Восточной Европы и Центральной Азии, особенно там, где подгруппы зачастую маргинализированных людей подвергаются высокому риску обеих болезней.

Около одной трети людей во всем мире являются носителями латентной туберкулезной инфекции (когда бактерии *Mycobacterium tuberculosis* находятся в организме в состоянии покоя, не вызывая болезни). Однако при отсутствии ВИЧ только примерно в 5% случаях из них когда-либо развивается болезнь в активной стадии. Заражение ВИЧ резко повышает вероятность развития активной болезни у носителей латентного туберкулеза до 5-10% в год.

Лечение туберкулеза недорогое. При правильном приеме лекарств, большинство случаев заболевания полностью излечивается. В 1991

году Всемирная ассамблея здравоохранения наметила к 2005 году достичь 85% излечения и 70% выявления случаев инфицирования. Рекомендованная ВОЗ стратегия ДОТС (лечение под наблюдением врача – короткий курс) является высокорентабельной стратегией для достижения этих целей. Было доказано, что ее можно широко применять как в странах с низким и средним уровнем доходов, так и в официальных, неофициальных и частных медицинских учреждениях (Raviglione, 2003). В 2001 году было создано Партнерство «СТОП ТБ» с целью расширить, адаптировать и усовершенствовать стратегии для контроля над туберкулезом и его искоренения. В его рамках ведется пропаганда, координируется мобилизация ресурсов и проводится мониторинг выполнения намеченных целей.

В странах Африки к югу от Сахары с приходом эпидемии ВИЧ число регистрируемых случаев туберкулеза стало увеличиваться на 6% в год, что подвергло серьезному риску перспективу контроля над туберкулезом (De Cock & Chaisson, 1999). В странах бывшего Советского Союза значительный рост случаев туберкулеза отмечается с середины 90-х годов. На сегодняшний день туберкулез представляет собой серьезную угрозу для возрастающего числа ВИЧ-положительных людей в данном регионе.

Программы по туберкулезу и ВИЧ дополняют друг друга

В 1998 году ВОЗ признала необходимость совместного осуществления программ по туберкулезу (ТБ) и ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары. Поэтому были начаты проекты «ПроТЕСТ» по совместному планированию программ по туберкулезу и ВИЧ в Малави, Замбии и Южной Африке (ВОЗ, 2004a). В других частях Африки и других странах также осуществлялись аналогичные инициативы совместного вмешательства, основанные на сотрудничестве между партнерством «СТОП ТБ» и «ПроТЕСТ» («Фэмили хелс интернэшнл», 2001 г., Piyaworawong et al., 2003). Они показали, что координация ключевых мероприятий программ по туберкулезу и ВИЧ дает важные преимущества. Например, в Малави, по оценкам, благодаря пилотному проекту «ПроТЕСТ» за четыре года удалось избежать 14 тысяч новых случаев инфицирования ВИЧ.

Членами Глобальной рабочей группы по ТБ/ВИЧ, созданной ВОЗ и Партнерством «СТОП ТБ», являются представители общин ВИЧ-инфицированных и больных туберкулезом. Группа сформулировала промежуточную политику, основанную на практическом опыте и содержащую рекомендации, в соответствии с которыми следует осуществлять совместные мероприятия (ВОЗ, 2004b). В соответствии с принципом, положенным в основу стратегии «Две болезни, один пациент», в каждом учреждении по лечению туберкулеза или ВИЧ/СПИДа рекомендуется предоставлять комбинированные услуги. В первую очередь, следует установить сотрудничество между национальными программами по туберкулезу и ВИЧ. После этого станет возможным предоставлять людям с ВИЧ-положительным статусом услуги по лечению и профилактике туберкулеза, относительно недорогие и с большой вероятностью успеха.

Людям с латентной формой туберкулеза для профилактики активной стадии болезни можно давать изониазид, а те, у кого активная форма туберкулеза, могут пройти шестимесячное лечение противотуберкулезными препаратами. Дополнительный прием котримоксазола служит для профилактики оппортунистических инфекций, связанных с ВИЧ, что снижает риск смерти для людей, одновременно инфицированных туберкулезом и ВИЧ. Кроме того, очень важно усилить работу по выявлению случаев туберкулеза в центрах по тестированию и консультированию и других учреждениях, оказывающих услуги в связи с ВИЧ. В настоящее время эта возможность обеспечить надлежащий уход практически не используется.

Необходимо эффективное сотрудничество по лечению ВИЧ и туберкулеза

Антиретровирусное лечение улучшает качество жизни и выживаемость среди туберкулезных

Дохийская декларация – приоритетность общественного здравоохранения в международной торговле

Декларация о Соглашении о торговых аспектах прав на интеллектуальную собственность (ТАПИС) и общественном здравоохранении была принята в Дохе на конференции ВТО на уровне министров в ноябре 2001 года. В ней провозглашается, что охрана общественного здоровья и обеспечение доступа к лекарствам для всех требуют первостепенного внимания при применении правил международной торговли. В Дохийской декларации подтверждается, что Соглашение ТАПИС предоставляет странам возможность гибких подходов к лицензированию использования патентованной продукции — часто это называют «обязательным лицензированием». В интересах общественного здравоохранения. Декларация продлила также срок действия переходного периода до 2016 года для наименее развитых стран относительно выдачи патентов в фармацевтическом секторе.

Участники конференции ВТО на уровне министров в Дохе признали (в параграфе 6 Декларации), что страны с недостаточными производственными мощностями в фармацевтическом секторе могут испытывать трудности в эффективном применении обязательного лицензирования в соответствии с Соглашением ТАПИС из-за ограничений на экспорт в соответствии с требованиями обязательного лицензирования.

В сентябре 2003 года, накануне своей очередной встречи на уровне министров в Канкуне, ВТО согласилась ввести индивидуальную систему отмены экспортных ограничений в рамках ТАПИС, чтобы страны, не имеющие возможности производить собственные лекарства, могли находить источники закупки препаратов-генериков. Однако до середины 2004 года эта система не применялась ни в одной стране. Необходимо, чтобы правительства и партнеры в гражданском обществе и частном секторе провели активную оценку гибкости, которую позволяет Соглашение ТАПИС, для обеспечения доступа к лекарствам от ВИЧ по приемлемым ценам в своих странах. Может быть, странам потребуется внести изменения в свое патентное законодательство, чтобы воспользоваться появившимися возможностями, такими как продление переходного периода до 2016 года и отмена ограничений в соответствии с параграфом 6.

больных точно так же, как и среди других людей, живущих с ВИЧ. В странах Африки к югу от Сахары туберкулезные больные, инфицированные ВИЧ, составляют значительную часть тех, кто имеет право на антиретровирусное лечение. Цели, изложенные в Декларации ООН о приверженности, в Инициативе ВОЗ/ЮНЭЙДС «3 к 5» и в Целях тысячелетия в области развития относительно туберкулеза и ВИЧ, невозможно будет выполнить без эффективного сотрудничества между программами по туберкулезу и ВИЧ в ситуациях с высоким уровнем обеих инфекций. Для обеспечения на уровне общины полного объема услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке требуется тесное сотрудничество.

В ходе осуществления программ по контролю над туберкулезом встают различные проблемы, связанные с выполнением задач по выявлению случаев инфицирования и лечению; проблемы, с которыми программы по ВИЧ стремятся справиться с помощью передовых стратегий. Сюда относятся следующие проблемы: как преодолеть стигму, как проводить аутрич-программы, как установить контакт с общинами, как вовлечь пациентов и их семьи в планирование и реализацию программ, и какие действия предпринять, чтобы преодолеть такие структурные барьеры на пути к профилактике туберкулеза, как бедность и маргинализация. Многие из этих проблем могут быть решены максимально эффективно, если программы по ВИЧ и туберкулезу работают совместно.

Лекарства для лечения СПИДа и правила глобальной торговли

Торговля медикаментами в мире регулируется как национальными законами и постановлениями, так и международными правовыми нормами, такими как Соглашение о торговых аспектах прав интеллектуальной собственности (ТАПИС) Всемирной торговой организации. Соглашение защищает права на интеллектуальную собственность, включая патенты, что дает важный стимул для создания новых и более совершенных лекарств для лечения ВИЧ, а, возможно, когда-нибудь и для создания вакцины от ВИЧ. В то же время монопольный контроль, обеспечиваемый патентами, может помешать доступу к недорогим препаратам, поэтому в Соглашении содержатся определенные «меры защиты» или гибкие подходы, которые национальные органы власти могут использовать для обеспечения

более доступного лечения. Как показано во вставке выше, Дохийская декларация Всемирной торговой организации обеспечивает еще большую гибкость подходов.

Помимо того, что некоторым странам с низким и средним уровнем доходов лекарства продаются по сниженным ценам, некоторые исследовательские компании объявили, что не будут применять патентное право на лекарства от ВИЧ в этих странах. Так, например, « Рош», крупная фармацевтическая компания, выпускает препараты саквинавир и нельфинавир, которые применяются в рекомендованных ВОЗ схемах лечения второго ряда. Компания приняла официальную политику относительно того, что не будет регистрировать или применять требования к регистрации патентов на препараты для лечения ВИЧ в Африке к югу от Сахары или других странах мира, не имеющих достаточных ресурсов. «Бристоль-Майерс Сквибб», производящая препарат d4T, применяемый в рекомендованных ВОЗ схемах лечения первого ряда, ранее объявила о принятии подобной политики, направленной на то, чтобы применение патентного права на ее препараты не помешало обеспечению доступного лечения ВИЧ в Африке к югу от Сахары.

В ряде стран уже начали принимать меры, чтобы более эффективно использовать возможности Соглашения ТАПИС. В мае 2004 года в Канаде была проведена реформа патентного законодательства, позволившая канадским производителям препаратов-генериков экспортировать их в страны, подпадающие под действие параграфа 6 Дохийской декларации ВТО. Тем временем, Малайзия и Мозамбик объявили, что начинают обязательное лицензирование некоторых антиретровирусных препаратов. Однако проблемы остаются, поскольку в некоторых региональных и двусторонних соглашениях – например, между США и Колумбией, США и Чили, а также в Соглашении стран Центральной Америки о свободной торговле – содержатся положения, чрезмерно защищающие патентные права, что во многом лишает эти страны гибкости, предусмотренной в рамках Соглашения ТАПИС.

Достижения в комбинированной терапии: упрощение в целях улучшения соблюдения

Трехкомпонентная комбинированная антиретровирусная терапия уже долгое время считается стандартом лечения ВИЧ-инфекции. Фармацевтическая промышленность вносит свой вклад в упрощение режимов лечения, разрабатывая и производя комбинированные препараты в фиксированных дозах. Такие комбинированные препараты позволяют объединить три отдельные молекулы в одной таблетке, капсуле или, в будущем, в жидком растворе, что особенно важно для детей.

Три комбинированных препарата в фиксированных дозах – выпускаемые индийскими производителями препаратов-генериков «Ципла» и «Рэнбакси», и препарат, производимый компанией «ГлаксоСмитКляйн» – одобрены ВОЗ в рамках программы предварительной квалификационной оценки качества лекарственных препаратов. Комбинированные препараты-генерики в фиксированных дозах применяются для рекомендованного ВОЗ лечения первого ряда. Зачастую патенты на отдельные компоненты препаратов принадлежат разным компаниям-разработчикам, поэтому исследовательские компании ведут работу по заключению соглашений между разными предприятиями, чтобы получить разрешение включить их патентованную продукцию в комбинированные препараты или выпускать их вместе в блистерной упаковке.

Комбинированные антиретровирусные препараты в фиксированных дозах обладают целым рядом преимуществ. Они позволяют:

- улучшить соблюдение режима приема лекарств пациентами;
- приостановить развитие резистентности;
- снизить общие расходы, в том числе, на производство, хранение, транспорт и

распространение, и другие затраты системы здравоохранения;
- снизить риск ошибки со стороны врачей, назначающих лечение, фармацевтов и самих пациентов;
- упростить функционирование системы снабжения и повысить безопасность;
- обеспечить консультирование и просвещение пациентов и сократить для них время ожидания.

Основываясь на своем опыте антиретровирусного лечения, организация «Врачи без границ» настоятельно рекомендует применение комбинации препаратов в фиксированных дозах. Пациенты, которым назначена наиболее распространенная комбинация препаратов в фиксированной дозе [d4T/3TC/невирапин (НВП)], могут принимать по одной таблетке два раза в день, а не шесть таблеток в день, если принимать по отдельности. Кроме того, цена фиксированных доз комбинированных препаратов может быть гораздо более доступной по сравнению с той же комбинацией лекарств, которые приходится покупать отдельно. По сообщениям организации «Врачи без границ», комбинация d4T/3TC/НВП обходится одному пациенту в 270 долл. США в год, а если закупать препараты, произведенные компаниями-разработчиками, по отдельности, то придется заплатить 562 долл. США (Medecins sans Frontieres, 2004).

Антиретровирусное лечение детей: особо важная задача

Обеспечение антиретровирусного лечения детей создает особые проблемы. Лишь немногие лекарства от ВИЧ выпускаются в детской дозировке, а препараты в виде сиропов имеют ряд ограничений. У них непродолжительный срок хранения, иногда детям не нравится их вкус, ухаживающим за детьми лицам бывает трудно отмерить правильные дозы, и они остаются очень дорогими.

Показания к применению антиретровирусного лечения для детей отличаются от показаний для взрослых, следовательно, необходимо установить другие критерии его применения. Однако самые большие проблемы в лечении детей не технические, а социальные и финансовые. Дети полностью зависят от взрослых, которые определяют их потребности в лечении, приводят их в больницу, а впоследствии смотрят за тем, чтобы дети принимали прописанные им лекарства и соблюдали схему лечения.

5

ВИЧ-инфицированные дети в Румынии – от трагедии к надежде

В Румынии зарегистрировано наибольшее количество детей, живущих с ВИЧ, в Европе – более 7500. Считается, что переливание не прошедшей скрининг крови и неоднократное использование для медицинских инъекций зараженного инструментария в период с 1987 по 1991 гг. привели к тому, что более 10 тысяч новорожденных и маленьких детей оказались ВИЧ-инфицированы. Стремясь решить эту проблему, Румыния одной из первых стран в Центральной и Восточной Европе ввела антиретровирусное лечение. Сильная приверженность румынского правительства делу расширения доступа привела к принятию в 2002 г. специального закона, гарантирующего уход и профилактику ВИЧ, включая бесплатное лечение и продовольственную помощь всем нуждающимся за счет государства. Начиная с 2001 года сильное партнерство между государственными организациями и частными кампаниями, созданное при поддержке ООН, привело к значительному снижению цен на лекарства шести фармацевтических компаний, участвующих в инициативе «Ускорение доступа к лечению». Сегодня в Румынии все те, кто, согласно международным рекомендациям, нуждается в лечении ВИЧ, имеют к нему доступ. Это распространяется на 5700 пациентов, включая 4350 детей. Румыния – это особый случай, здесь доступ к лечению для детей положил начало кампании, обеспечившей всеобщий доступ к лечению ВИЧ.

Иногда при наличии нескольких ВИЧ-положительных членов семьи лечению детей внимание уделяется в последнюю очередь. Кроме того, у многих ВИЧ-инфицированных детей матери умерли от СПИДа, и зачастую бывает сложно найти родственника или опекуна, который бы надлежащим образом следил за лечением ребенка. Так, например, в Ботсване опекун мальчика-сироты тщательно следил за его лечением. Потом опекун умер, оставив мальчика на попечении других родственников, которые ничего не знали о плане лечения и не понимали его требований. Когда показалось, что мальчику стало лучше, его родственники сочли ненужным водить его в клинику, и он бросил лечение (ЮНЭЙДС, 2003 г.).

Для решения этой проблемы удачный подход был найден в Уганде, в «Майлдмэй Интернэшнл Джаджа Хоум». Эта небольшая программа является пионером в лечении детей со СПИДом. Для каждого из 85 детей, охваченных проектом, существует план по уходу, составленный при участии родителей или опекунов, а антиретровирусное лечение предлагается только тем, в семьях которых создана поддерживающая обстановка (ЮНЭЙДС, 2003 г.).

В соседних странах требуется увеличение финансирования на специфические нужды детей, включая решение технических задач по разработке комбинированных антиретровирусных препаратов с фиксированными дозами. Национальные законодательства должны учитывать интересы детей и гарантировать им доступ к лечению ВИЧ как одно из прав человека. Лица, ответственные за выработку стратегии на национальном уровне, и руководители программ должны уделять гораздо больше внимания особым потребностям детей при разработке и реализации программ лечения. Еще одной важной проблемой является понимание того, когда ребенка следует вовлечь в процесс лечения, так как в большинстве случаев медицинские работники полагаются только на собственные суждения. Повсеместно существует настоятельная необходимость в национальных стратегиях в области здравоохранения и руководствах по лечению детей с ВИЧ.

Уход в общине

Почти везде родственники и друзья на 90% обеспечивают уход за людьми со СПИДом на дому у больного. Для поддержки их деятельности по всему миру возникло много программ на уровне общины, часто имеющих незначительные связи с государственными медицинскими учреждениями. В Уганде основным поставщиком услуг по лечению и уходу является СПИД-сервисная организация (TACO), которая предлагает все большему числу своих более чем 60 тысяч членов полный набор услуг – от социально-психологической поддержки и консультирования до лечения оппортунистических инфекций и паллиативного ухода.

Огромный вклад программ на уровне общин получил широкое признание – уход на дому является частью национальных планов в области здравоохранения почти во всех странах. Однако, несмотря на некоторые выдающиеся примеры передового опыта, успехи их внедрения в систему общественного здравоохранения крайне ограничены.

Как упоминалось выше, Инициатива «3 к 5» рассматривает уход на уровне общины как составную часть программ по лечению. Общины должны играть главную роль в пропаганде лечения, информированности и грамотности, а также в обеспечении лечения, контроле над пациентами, получающими антиретровирусные препараты, и их поддержке (ВОЗ, 2003d). Однако большинство программ на уровне общин работает в условиях изоляции и ненадежного финансирования. Для того, чтобы они смогли взять на себя и нести дополнительное бремя антиретровирусной терапии в течение долгого времени, им необходима поддержка.

Правительства должны гарантировать обеспечение благоприятных условий для людей, предоставляющих уход, что означает пересмотр и изменение существующих законов, таких как те, что касаются права женщин на собственность и наследование, а также других норм и правил, регулирующих их жизнь. Это также означает работу над такими структурными вопросами, как обеспечение поставки чистой воды и канализации, создание приютов, образование для девочек,

Морфин – важное лекарство для ухода в связи со СПИДом

К сожалению, инициативы по предоставлению паллиативного ухода охватывают только очень малую долю людей, которые в нем нуждаются. Кроме того, морфин до сих пор не везде входит в наборы для домашнего ухода. Во многих странах основным камнем преткновения является то, что морфин и другие сильные обезболивающие средства часто запрещены законом. Тем не менее, морфин рекомендован к применению в Примерном перечне основных лекарственных средств ВОЗ; в выпущенном ВОЗ руководстве указывается, что опиаты, включая морфин для перорального приема, необходимы для облегчения болевого синдрома.

Инструкции, устанавливающие, что только врачи могут назначать эти препараты, должны быть пересмотрены таким образом, чтобы ими могли свободно распоряжаться медсестры и другие сотрудники, работающие на уровне общины. Среди африканских стран только в Танзании и Уганде морфин для внутреннего применения доступен повсеместно, и только в Уганде паллиативный уход предусматривается в национальном плане развития здравоохранения отдельным пунктом (Ramsay, 2003). Совместный проект ВОЗ со странами Африки показывает, что для преодоления такой «опиофобии» необходимо сильное партнерство между регулирующими органами и медицинскими работниками (ВОЗ, 2002 г.).

занятость, пенсии по возрасту и другие вопросы социального обеспечения.

В то же время поддержка необходима и отдельным людям, осуществляющим уход, для того чтобы они не пали жертвой тяжелой утомительной работы и отчаяния. Им необходима информация и обучение относительно того, что ожидать от СПИДа, как ухаживать за пациентом и получить продовольственную помощь, где можно проконсультироваться по волнующим их вопросам. Эти «неофициальные сиделки» являются жизненно важным звеном. Если они не справятся, то начнет разваливаться вся система общинного ухода. Систематические исследования должны пролить свет на то, кто они, что именно они делают и как они вписываются в структуру ухода на уровне общины. Эта информация необходима для того, чтобы удовлетворить их потребности, усилить их возможности и интегрировать их в систему официального здравоохранения (Ogden & Esim, 2003).

Паллиативный уход

Из всех аспектов ухода в связи с ВИЧ наименьшее внимание уделяется паллиативному уходу, который представляет собой лечение, направленное на облегчение боли и других болезненных симптомов у людей, неизлечимо больных и часто находящихся в последней стадии болезни. Предположительно, в ходе болезни как минимум половина всех людей с ВИЧ будет страдать от различной боли (ВОЗ, 2002 г.). Это источник тяжелых переживаний для тех, кто осуществляет уход, родственников и друзей, которым приходится беспомощно наблюдать за этими страданиями. Крайне важно, чтобы люди, нуждающиеся в паллиативном уходе, могли получить его.

Облегчение боли – важная часть такого ухода, однако зачастую невозможно бывает получить морфин (см. вставку на стр. 119) и другие эффективные обезболивающие препараты. Даже если человек получает антиретровирусную терапию, он нуждается в паллиативном лечении, потому что ВИЧ рано или поздно приводит к серьезным болезням и смерти. Например, в Соединенных Штатах от СПИДа умерло около 14 тысяч человек. Помимо контроля над болью, паллиативный уход за людьми со СПИДом помогает осуществить:

- лечение других симптомов, таких как диарея, тошнота и рвота, кашель и одышка, усталость, температура, кожные проблемы и ухудшение психического состояния;
- психосоциальную поддержку, в том числе уменьшение депрессии, тревоги и душевной боли; и
- поддержку семьям и людям, осуществляющим уход, включая практическую помощь по уходу, предоставление возможности отдохнуть и консультирование с целью помочь им справиться с переживаниями и горем.

В Зимбабве и соседних странах обучение паллиативному уходу для общин и организаций предоставляет «Айлэнд Хоспис». В Кении в 1990 году был создан Найробийский хоспис, который

предлагает широкий спектр обучающих курсов и практического опыта в области паллиативного ухода для профессиональных медиков, специалистов других отраслей и волонтеров.

Хоспис при лютеранском госпитале «Бамалете» в деревне Рамотсва в Ботсване предлагает амбулаторным больным медицинские услуги, а также дневной уход за больными на последней стадии болезни, которым предоставляется транспорт для доставки их из дома в больницу и обратно. Эти облегчающие жизнь услуги хоспис начал предоставлять с 2002 года, и пациенты их очень высоко ценят (ЮНЭЙДС, 2003а). Кроме того, в настоящее время в семи африканских странах работает Инициатива по паллиативному уходу принцессы Дианы, основанная в 2000 году. В 2001 году ВОЗ начала реализацию пятилетней совместной инициативы по созданию системы паллиативного ухода для людей со СПИДом и раком. Она осуществляется через ее Региональное отделение для Африки, министерства здравоохранения и ключевых партнеров в пяти африканских странах – Ботсване, Зимбабве, Танзании, Уганде и Эфиопии.

Задачи «Следующей повестки дня»

Перед правительствами, гражданским обществом и их партнерами в странах встают огромные задачи по преодолению дефицита лечения: разрыва между желаемым и действительным в расширении охвата антиретровирусным лечением и всесторонним уходом в связи с ВИЧ. Многие вопросы до сих пор требуют ответа. Например, как решить, кто первым должен получить лечение, если охват антиретровирусным лечением все еще ограничен? Как лучше всего предоставлять услуги детям? Как правительствам найти правильный баланс между предоставлением услуг в связи со СПИДом и другими насущными проблемами в области здравоохранения?

Окончательные ответы на большинство этих вопросов будут найдены на национальном уровне, в соответствии с национальными приоритетами и обстоятельствами. Это сложные, спорные вопросы и решать их часто бывает мучительно трудно. Но нельзя позволить, чтобы они ослабляли глобальную политическую волю к значительному расширению лечения ВИЧ в странах с низким и средним доходом.

Еще никогда условия для значительного расширения доступа к лечению ВИЧ не были такими многообещающими. Были достигнуты очевидные успехи в политической приверженности на высшем уровне, финансировании со стороны международных доноров и доступности лекарств и других товаров, используемых в связи с ВИЧ, а также значительный прогресс в работе гражданского общества и частного сектора в разработке и осуществлении программ по лечению ВИЧ в странах и общинах. Инициатива ВОЗ/ЮНЭЙДС «3 к 5» будет успешной только в том случае, если работу возглавят правительства и партнеры в странах с низким и средним уровнем доходов. Предстоит решить следующие задачи:

- Наращивание потенциала в сильно пострадавших странах, переживающих растущий кризис кадровых ресурсов. Необходимо принять меры, чтобы быстро обеспечить доступ к лечению ВИЧ для докторов, медсестер и общинных медработников наряду с другими больными. Следует улучшить материальное стимулирование и условия труда в государственном секторе, увеличить охват обучающими и образовательными программами и их интенсивность, а также принять меры по активному вовлечению медсестер, младшего медперсонала и общинных работников в расширение услуг по уходу.
- Обеспечение того, чтобы как можно больше людей узнали свой ВИЧ-статус, поскольку это является «ключом» к лечению и профилактике ВИЧ. Должны быть расширены возможности для добровольного тестирования и консультирования; общепринятой практикой должно стать предложение пройти тестирование на ВИЧ всем пациентам с симптомами, характерными для болезней, связанных с ВИЧ, и тем, кто наблюдается в клиниках по лечению инфекций, передаваемых

половым путем, в женских консультациях и других медицинских учреждениях (см. главу «Профилактика»).

- Развертывание программ по антиретровирусному лечению таким образом, чтобы они не ослабляли, а усиливали систему здравоохранения в целом и соответствовали общему плану развития страны.
- Обеспечение большей поддержки передачи технологий и экспорта из стран, обладающих производственными мощностями для выпуска антиретровирусных препаратов, в страны, где они отсутствует. Все партнеры в рамках фармацевтической промышленности – производители оригинальных препаратов и генериков – должны участвовать в ответной деятельности против СПИДа, чтобы обеспечить наличие достаточного количества лекарств от ВИЧ и активных ингредиентов для создания готовых препаратов.
- Обеспечение того, чтобы страны воспользовались своим правом использовать условия торговых соглашений для расширения доступа к лекарствам и технологиям для лечения ВИЧ. Это также подразумевает изменение слишком жестких патентных положений в региональных торговых соглашениях, которые не позволяют использовать гибкие подходы, предусмотренные в глобальных торговых соглашениях и декларациях в отношении стран с низким и средним уровнем доходов.
- Уменьшение стигмы в связи с ВИЧ в результате работы общественных и общинных лидеров, пропагандистов, медицинских работников и общества в целом, с тем чтобы лечение могло достичь людей, которые в нем нуждаются. Группы по подготовке к лечению, работающие на международном, национальном и общинном уровнях, нуждаются в непрерывной поддержке для пропаганды получения знаний о лечении ВИЧ и о том, чтобы люди обращались за лечением от ВИЧ-инфекции.
- Выдвижение принципа равенства на передний план стратегий и программ с целью обеспечить справедливый доступ к услугам по лечению, а также открытость и прозрачность связанных с ними процедур. Препятствия к получению доступа к лечению для женщин, детей и других групп, таких как работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков и мужчины, имеющие секс с мужчинами, должны быть успешно устранены, если мы хотим воплотить в жизнь Инициативу «3 к 5» и, в конечном итоге, всеобщий доступ к лечению ВИЧ.

Крупным планом

СПИД и права человека: необходимость в защите

Защита прав человека является важной частью эффективного противодействия эпидемии СПИДа на личном, национальном и глобальном уровнях. Последствия СПИДа наиболее тяжелы там, где права человека наименее защищены, особенно среди людей и общин, живущих “на обочине” общества, в том числе работников секс-бизнеса, потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих секс с мужчинами. И наоборот, защита основных прав человека увеличивает их способность защитить себя и других от риска ВИЧ-инфекции, помогает снизить их уязвимость к ВИЧ и поддерживает их в борьбе с последствиями эпидемии.

В последнее время высказывалось мнение, что основанные на соблюдении прав человека подходы к профилактике ВИЧ с целью увеличения масштаба мероприятий в ответ на эпидемию СПИДа снизили роль общественного здравоохранения, которое предлагает более прикладные практические методы. Однако опыт однозначно показывает, что противопоставление общественного здравоохранения и защиты прав человека вредит делу. Стратегии общественного

Успехи, достигнутые на основе соблюдения прав человека

Подходы к эпидемии СПИДа, основанные на соблюдении прав человека, приносят положительные результаты в виде:

- Усиления эффективности работы общественного здравоохранения. Защита прав отдельного человека, особенно, если этот человек живет с ВИЧ, направленная на достижение максимально высоких стандартов физического и психического здоровья, приводит к повышению доверия к системам здравоохранения. В свою очередь, благодаря этому большее количество людей стало искать и получать соответствующую информацию о профилактике, консультировании и уходе в связи с ВИЧ.
- Обеспечения процесса участия всех заинтересованных сторон, объединяющего пациентов и медицинских работников, что повышает актуальность и приемлемость стратегий общественного здравоохранения.
- Создания недискриминационных программ, которые включают в себя обособленные группы, подвергающиеся повышенному риску ВИЧ-инфекции. Например, «Инициативы по борьбе с ВИЧ/СПИДом путем получения знаний и обучения» в Бангладеш, Проект Сонагачи в Колкате (Индия) учитывают права людей, занятых в секс-бизнесе, обеспечивая их участие в планировании, осуществлении и оценке всех соответствующих программ по СПИДу.
- Расширения деятельности в ответ на эпидемию СПИДа путем предоставления людям возможности требовать получения доступа к услугам по профилактике ВИЧ и уходу. В нескольких странах Латинской Америки, включая Бразилию, Коста-Рику, Мексику, Панаму и Сальвадор, это гарантируется благодаря свободному доступу к лечению и другим медицинским услугам для многих людей, живущих с ВИЧ.
- Повышения ответственности государств в результате действий людей, требующих компенсации за негативные последствия политики в области здравоохранения. Судебный иск на основании прав человека стал одним из способов осуществления права людей на получение доступа к медицинским услугам, включая антиретровирусную терапию. Например, в Южной Африке кампания по обеспечению доступа к лечению «Тритмент экшн кэмпейн» добилась судебного постановления, которое обязало правительство обеспечить выдачу антиретровирусного препарата невирапина ВИЧ-позитивным беременным женщинам в государственных медицинских учреждениях в рамках поэтапной реализации всесторонней национальной программы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

здравоохранения и защита прав человека взаимно усиливают друг друга. Их объединение дает максимальный эффект в снижении передачи ВИЧ и улучшении качества жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Прогресс на национальном уровне

Несмотря на трудности, в последнее время наблюдаются позитивные сдвиги в области обеспечения прав человека на национальном уровне. Привлечение к работе всех заинтересованных участников позволило включить вопросы прав человека в связи с ВИЧ, особенно принцип недискриминации, в компоненты программ, такие как национальная политика в области СПИДа, стратегии и законодательные рамки. Например, в январе 2003 года в Камбодже был принят Закон о ВИЧ/СПИДе; в январе 2004 года парламент Малави принял Стратегию борьбы с ВИЧ/СПИДом на основе соблюдения прав человека; подобные политические и правовые реформы были объявлены в Беларуси, Индии, Лесото, Либерии и Российской Федерации.

Тем временем, при поддержке Программы малых грантов, созданной Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) и ЮНЭЙДС, молодежь Малави, Шри-Ланки, Мозамбика, Замбии и Бангладеш разработала и осуществила программы, направленные на преодоление стигмы и дискриминации.

Права человека и доступ к информации о СПИДе и его профилактике

Право на поиск, получение и распространение информации является одним из основных прав человека и обязательным условием для обеспечения эффективной профилактики ВИЧ и лечения СПИДа. Люди имеют право знать, как защитить себя от ВИЧ-инфекции. Они также имеют право знать свой ВИЧ-статус и, если они инфицированы, они имеют право знать, где можно получить лечение, уход и поддержку.

Адекватная информация, тестирование и консультирование должны быть доступными для всех, кто в этом нуждается, и предоставляться с соблюдением прав человека и учетом этических и практических норм. Примеры реализации прав человека в разных странах мира включают проведение информационных кампаний, направленных на конкретные группы населения, такие как мужчины, имеющие секс с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков, медики и заключенные в тюрьмах (Гвинея, Италия, Кувейт, Португалия); включение вопросов СПИДа в школьные учебные программы (Аргентина, Куба, Маврикий, Сент-Винсент, Чехия); развитие образовательных и профилактических программ в общинах (Ливан, Таиланд); разработку образовательных и профилактических программ с учетом местных культурных особенностей для коренного населения, беженцев, людей, ищущих убежища, и мигрантов (Канада, Нидерланды, Норвегия).

В марте 2004 года Тематические группы ООН по ВИЧ/СПИДу провели ряд общенациональных консультаций по вопросам СПИДа и прав человека в Камбодже, Непале, Таиланде и на Фиджи. Кроме того, при поддержке ЮНЭЙДС, Управления Верховного комиссара ООН по правам человека (УВКПЧ ООН), Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), Международной организации труда (МОТ), Программы развития ООН (ПРООН), Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК) и Проекта «Полиси» было проведено совещание в Азиатско-Тихоокеанском регионе на тему СПИДа и прав человека. В нем приняли участие представители из 20 стран региона, в том числе государственные чиновники, сотрудники национальных советов по СПИДу, юристы, врачи, люди, живущие с ВИЧ, потребители инъекционных наркотиков, работники секс-бизнеса обоих полов, мужчины, имеющих секс с мужчинами, представители молодежи, мобильных групп населения и этнических меньшинств.

Рекомендации, выработанные в ходе этих консультаций, помогают пропагандистской деятельности, в частности, Форума лидеров стран Азиатско-Тихоокеанского региона. Они способствуют улучшению качества обучения и руководства, направленных на повышение понимания проблем прав человека в связи с

ВИЧ/СПИДом в регионе, а также помогают в определении примеров передового опыта.

В других регионах ЮНЕСКО и ЮНЭЙДС оказывают поддержку в проведении учебных занятий для молодежи по вопросам прав человека и СПИДа. Такие занятия проводились на Ближнем Востоке и в Северной Африке (Бейрут, Ливан); во франкоязычных странах Африки (Яунде, Камерун); в Восточной Европе (Хорватия). В ходе обучения учащиеся получили знания, навыки и выработали отношения, необходимые для формирования позитивных изменений поведения. Кроме того, на занятиях уделялось внимание роли средств массовой информации и коммуникации в информационных сообщениях на основе прав человека, в том числе тому, как рассеивать мифы и страхи, которые зачастую формируют и усиливают стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ/СПИДом. К концу 2003 года такое обучение прошли молодые люди более чем из 60 стран.

Включение вопросов ВИЧ/СПИДа в механизмы реализации прав человека

ООН и другие организации все более настойчиво подчеркивают, что все люди имеют право на максимально высокие стандарты физического и психического здоровья. Этот принцип усиливает права человека в связи с ВИЧ. В сентябре 2002 года Комиссия ООН по правам человека назначила специального докладчика по вопросам права на здоровье, который уделил пристальное внимание вопросам, связанным со СПИДом. В июне 2003 года ЮНЭЙДС и Управление верховного комиссара по правам человека провели совещание по специальным процедурам в связи с ВИЧ/СПИДом и правами человека с целью разработки стратегического подхода к включению вопросов СПИДа в свои мандаты, чтобы таким образом усилить работу в области прав человека в связи со СПИДом на уровне стран.

Вопросы СПИДа были также включены в работу других специальных докладчиков, независимых экспертов и специальных представителей по изучению ситуацию с правами человека на Гаити, в Йемене, Камбодже, Либерии, Мьянме, Сомали и Уганде. Кроме того, докладчики по отдельным темам проводят мониторинг прав человека в связи со СПИДом. Среди них – специальные докладчики по вопросам насилия в отношении женщин, по вопросам жилища и прав человека мигрантов.

Специальный докладчик по вопросам торговли детьми, детской проституции и детской порнографии указал на связь между сексуальной эксплуатацией детей и СПИДом и определил практические шаги, которые могут предпринять правительства для усиления защиты прав детей в этом отношении. Специальный докладчик по предупреждению пыток, жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания уделил особое внимание проблемам заключенных в тюрьмах.

Резолюции по вопросам СПИДа, принятые Комиссией ООН по правам человека, включая резолюцию о доступе к лечению СПИДа, послужили своеобразным катализатором вовлечения политических сил и помогли в проведении мониторинга прав человека в связи со СПИДом.

В январе 2003 года Комитет ООН по правам ребенка принял Общий комментарий о ВИЧ/СПИДе и правах ребенка, который стал первым Общим комментарием об эпидемии СПИДа, выпущенным механизмом для мониторинга договоров. В Общем комментарии определены примеры передового опыта и запрещается дискриминация детей на основе реального или предполагаемого ВИЧ-статуса. Здесь также содержится призыв к странам сообщать о мерах, которые они осуществили для защиты детей от ВИЧ.

Проблема сохраняется

Несмотря на эти достижения, в разных частях света до сих пор с удручающей регулярностью продолжается грубое нарушение прав человека в связи со СПИДом. Кроме того, слишком много времени проходит между принятием законов и стратегий правительством и их фактическим осуществлением. Относительно немногие страны могут выполнять свои обязательства относительно соблюдения прав человека.

Стигма и дискриминация

Стигма в связи со СПИДом остается одним из серьезнейших препятствий, не позволяющих людям, живущим с ВИЧ, реализовать свои права человека. Кроме того, стигма является основной помехой при создании и осуществлении программ по борьбе с ВИЧ. Стигматизация – многогранный процесс обесценивания человеческой личности, усиливающий негативные последствия, связывая ВИЧ и СПИД с и без того маргинализованными группами населения. Стигма лежит в основе дискриминационных действий, из-за которых люди, нуждающиеся в услугах в связи со СПИДом, не могут их получить.

Дискриминация – это нарушение прав человека, которое зачастую приводит к различным формам злоупотреблений в отношении людей. Так, например, “Азиатско-Тихоокеанская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом,” провела исследование среди ВИЧ-положительных людей в Индии, Индонезии, Таиланде и на Филиппинах. В ходе исследования были обнаружены широко распространенные и постоянные факты дискриминации людей, живущих или предположительно живущих с ВИЧ. Эти факты включали дискриминацию со стороны друзей, коллег по работе, в медицинских учреждениях, а также исключение из социальной жизни и отказ в предоставлении пособий, льгот и услуг.

Аналогичное исследование, проведенное в четырех штатах Нигерии, выявило факты дискриминационного и неэтичного поведения врачей, медсестер и акушерок в связи со СПИДом. Злоупотребления включали отказ в предоставлении ухода, нарушение конфиденциальности и проведение тестирования на ВИЧ без согласия пациентов. По сообщениям респондентов, каждый десятый медик отказывался предоставлять услуги ВИЧ-инфицированным пациентам, а еще 10% отказывались принимать их в больницы. Кроме того, 65% медиков сообщили, что видели, как другие коллеги отказывались ухаживать за пациентами с ВИЧ или СПИДом. Около 20% медиков считали, что многие люди, живущие с ВИЧ, вели аморальный образ жизни и сами виноваты в том, что инфицированы.

Эти исследования подтверждают, что необходимо разрабатывать и претворять в жизнь антидискриминационные стратегии и законодательство. Однако они должны быть подкреплены и другими мерами, такими как обучение на рабочем месте и предоставление адекватных ресурсов сектору здравоохранения.

Отказ в предоставлении женщинам права на наследство и владение собственностью

Около половины всех людей, живущих с ВИЧ, - женщины; им приходится сталкиваться с нарушениями самых разных прав человека в условиях эпидемии. Для решения двух вопросов необходимы безотлагательные действия со стороны правительств: это право собственности и право наследования. Когда умирает муж или отец женщины, другие родственники могут захватить всю собственность и выгнать сирот и вдову на улицу. Иногда в таких ситуациях у женщин отнимают все их имущество, заставляют их заниматься коммерческим сексом или продавать сексуальные услуги, чтобы выжить, в обмен на продовольствие, защиту или деньги.

Из-за гендерного неравенства женщины подвергаются гораздо более высокому риску ВИЧ-инфицирования по сравнению с мужчинами. И такая ситуация сохраняется, несмотря на то, что государства обязались соблюдать принципы Устава ООН, Всеобщей декларации прав человека, Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Конвенции о правах ребенка.

Сексуальная эксплуатация детей

Сексуальная эксплуатация детей является постоянным и вопиющим нарушением прав человека. Доказано, что в эпоху СПИДа девочки

Обеспечение подхода, основанного на правах человека

По мере расширения масштабов деятельности в ответ на эпидемию СПИДа во всем мире возникает необходимость ее осуществления на основе продуманной практики общественного здравоохранения, обеспечивая при этом уважение, защиту и реализацию норм и стандартов прав человека. Это особенно важно при проведении тестирования на ВИЧ как предпосылки для расширения доступа к лечению (см. главу «Профилактика»).

Концепция обеспечения добровольного тестирования на ВИЧ лежит в основе всех стратегий и программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Добровольность тестирования соответствует принципам прав человека и обеспечивает устойчивые преимущества для общественного здравоохранения. Необходимо вести работу для обеспечения совокупности следующих взаимно усиливающих ключевых факторов.

1. Соблюдение этических принципов при проведении тестирования: это включает определение цели тестирования и преимуществ для людей, которые его проходят, а также обеспечение связи между учреждением, проводящим тестирование, и соответствующими учреждениями, предоставляющими лечение, уход и другие услуги. Кроме того, тестирование должно проходить в обстановке, гарантирующей сохранение конфиденциальности всей медицинской информации.
2. Преодоление последствий в случае положительного результата тестирования: люди, получившие положительные результаты тестирования на ВИЧ, не должны подвергаться дискриминации и должны получить доступ к устойчивому лечению.
3. Снижение стигмы и дискриминации в связи со СПИДом на всех уровнях, особенно в медицинских учреждениях.
4. Обеспечение поддерживающей правовой и политической среды для расширения ответной деятельности, включая защиту прав человека тех людей, которые обращаются за услугами в связи со СПИДом.
5. Обеспечение адекватного уровня медицинской инфраструктуры для решения вышеупомянутых вопросов и достаточного количества обученного персонала, способного справиться с повышенным спросом на тестирование, лечение и другие соответствующие услуги.

Источник: Глобальная референс-группа ЮНЭЙДС по ВИЧ/СПИДу и правам человека

являются особенно уязвимыми к насилию, чаще становятся объектом торговли людьми или насильственного вовлечения в секс-бизнес, поскольку считается, что благодаря юному возрасту и непорочности они еще не успели заразиться болезнями. Уровни ВИЧ-инфекции среди детей, подвергающихся сексуальной эксплуатации, неизвестны. Однако в 1999 году в ходе исследования, проведенного в одной из азиатских стран, было обнаружено, что 69% детей, подвергавшихся сексуальной эксплуатации в Бангладеш, и 70% таких детей во Вьетнаме были инфицированы инфекциями, передающимися половым путем.

Повторное появление репрессивных законов и политики

В последние годы был принят целый ряд законов и политических решений, ограничивающих права человека людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или предположительно инфицированных.

Опыт показывает, что зашита прав человека снижает уязвимость людей к ВИЧ и уменьшает негативные последствия ВИЧ и СПИДа. В этой сфере достигнут значительный прогресс, однако мир должен быть начеку, чтобы не допустить возврата к практике, игнорирующей права человека.

Финансирование мер по борьбе со СПИДом

6

Экономика ухода

СПИД резко обнажил неравенство в разделении домашнего труда, в частности, что касается нагрузки по уходу в связи со СПИДом. Когда заболевает мужчина-глава домохозяйства, жена обеспечивает уход и берет на себя дополнительные обязанности по содержанию семьи. Когда заболевают женщины, на помощь приходят более пожилые или молодые женщины, которые ухаживают за ними и берут на себя ответственность за детей, пострадавших в результате СПИДа.

Например, в Южной Азии вследствие сильного гендерного неравенства, присущего этому региону, большая часть нагрузки по уходу в связи со СПИДом ложится на женщин (ПРООН, 2003). Результаты обследования домохозяйств, проведенного недавно во Вьетнаме, показали, что 75% всех тех, кто ухаживает за людьми, живущими с ВИЧ, составляют женщины. Матери составляют 51% от общего количества, в то время как отцы лишь 10% (ПРООН, 2003а).

Стоимость времени, энергии и ресурсов, которые затрачиваются на приготовление пищи, уборку, покупки, стирку или уход за молодыми, больными и пожилыми в семье, называется «экономикой ухода». Она составляет значительную и очень важную часть экономической жизни. Например, в Африке к югу от Сахары, по оценкам, 90% ухода в связи со СПИДом обеспечивается на дому (Ogden and Esim, 2003). Однако поскольку такая работа не оплачивается, ее часто рассматривают как нечто естественное и недооценивают.

Нагрузка на сельских женщин

В странах с низким и средним уровнем доходов присутствие «СПИДа в семье» налагает сильную нагрузку на женщин в сельскохозяйственных общинах. Помимо выполнения своей работы по дому, многие сельские женщины играют значительную роль в хозяйственной деятельности, которая позволяет их семьям иметь пропитание на своем столе. Уход за больными нарушает такую работу. В Танзании женщины, у которых больны мужья, тратят до 45% меньше времени на выполнение сельскохозяйственных или иных приносящих доход работ по сравнению с периодом до болезни мужа.

Эта нагрузка становится еще большей, когда приходится далеко ходить за водой или заниматься стиркой далеко от дома. Обследование домохозяйств, пострадавших от СПИДа, проведенное в 2002 году в Южной Африке, показало, что меньше половины из них имели водопроводную воду в доме и почти четверть сельских домохозяйств не имели туалетов (Steinberg et al., 2002). В то же время Южная Африка – это наиболее развитая страна на континенте.

Снижение нагрузки на женщин

Критически важно признать и поддержать экономику ухода за счет выделения адекватных ресурсов и реализации политики, расширяющей возможности. Существуют пути, помогающие облегчить диспропорциональную нагрузку по уходу, которая ложится на женщин в домохозяйствах, пострадавших от СПИДа, – многие из них аналогичны тем путям, которые используются для устранения общих факторов гендерного неравенства. Во многих местах были созданы неформальные группы по оказанию поддержки женщинам. Некоторые из них выполняют важную пропагандистскую функцию, такую как обеспечение платформы для привлечения в общины ресурсов, необходимых для ухода за здоровьем. Тем не менее существуют серьезные ограничения для работы групп поддержки: они являются добровольными; увеличивают объем работ для женщин, которые уже слишком загружены; и не вносят изменений в гендерные отношения или в обязанности мужчин.

Возможные варианты для решения проблем, связанных с экономикой ухода, включают:

- кооперативные дневные центры по уходу и питанию, помогающие женщинам выполнять их работу;
- помощь сиротам в получении продуктов питания и в учебе;
- уход на дому за людьми, живущими с ВИЧ или пострадавшими от ВИЧ, в том числе за сиротами;
- проекты, направленные на распределение рабочей нагрузки и получение доходов;
- клубы для сбережения средств и схемы кредитования для организации похорон;
- расширение доступа сельским домохозяйствам к получению работы, земли, капитала и приобретению навыков в сфере управления; и
- улучшение технологий для наиболее оптимального использования имеющихся ресурсов.

В странах с низким и средним уровнем доходов инициативы, направленные на получение доходов, являются составной частью мер по борьбе со СПИДом. Необходимо расширять доступ к таким инициативам. Последние новшества включают страхование на случай смерти для пациентов в терминальной стадии заболевания, гибкие схемы сбережения средств и чрезвычайные займы.

Финансирование мер по борьбе со СПИДом

Обеспечение достаточных средств для проведения глобальных эффективных мер в ответ на эпидемию СПИДа оказалось трудным делом. Однако в последние годы наблюдается беспрецедентное увеличение глобальных финансовых ресурсов. В 1996 году, когда была запущена программа ЮНЭЙДС, общий объем средств для борьбы со СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов составлял 300 миллионов долларов США. Эта сумма включала вклад со стороны двусторонних доноров, международных неправительственных организаций (НПО) и системы ООН, в особенности Всемирного банка.

К 2002 году эта сумма подскочила до 1,7 миллиарда долларов США. К 2003 году, по оценкам, сумма, выделенная на этот год для борьбы со СПИДом, составила 4,7 миллиарда долларов США. Эта последняя цифра также включает постоянно нарастающее финансирование со стороны правительств стран, а также прямые затраты, которые несут сами непосредственно пострадавшие граждане и семьи. Тем не менее эта сумма составляет меньше половины того, что потребуется к 2005 году, и лишь четверть от того, что потребуется к 2007 году для осуществления комплексных мер в ответ на СПИД в странах с низким и средним уровнем доходов.

В то же время, даже несмотря на то что объем денежных средств для борьбы со СПИДом постоянно увеличивается, очевидно, что во многих сильно пострадавших странах существуют серьезные узкие места, препятствующие эффективному расходованию таких денег. Эти препятствия включают отсутствие кадрового и институционального потенциала, устойчивые отрицательные последствия стигмы и дискриминации, постоянный дефицит политической приверженности, медленный перевод средств с национального уровня на местный уровень или уровень общины, неадекватные механизмы учета и проверки и чрезмерно бюрократические процессы финансирования, применяемые мировым сообществом доноров.

Нынешняя нехватка финансовых средств и указанные узкие места являются основными причинами неадекватности мер по борьбе со СПИДом. В странах с низким и средним уровнем доходов лишь 20% тех, кто нуждается в программах профилактики, имеют к ним доступ; средства не попадают к тем, кто может их использовать наиболее эффективным образом для борьбы со СПИДом; и только 7% людей, нуждающихся в антиретровирусном лечении в этих странах, могут его получить. Например, только 3% нуждающихся в лечении в Африке к югу от Сахары могут его получить.

Такой опыт несет миру одну очень важную идею: необходимо устранить эти узкие места, иначе эпидемия СПИДа никогда не будет обращена вспять или остановлена.

Неравномерность распределения расходов на СПИД

Расходы в связи со СПИДом в Латинской Америке и Карибском регионе выглядят значительными по сравнению с расходами в Африке к югу от Сахары, однако они оказываются небольшими, если их сравнивать с расходами в Соединенных Штатах Америки. В 2000 году правительство Соединенных Штатов внутри страны затратило на борьбу со СПИДом 10,8 миллиарда долларов США, что составляет более 13 000 долларов США на каждого человека, живущего с ВИЧ. Если добавить частные расходы, то затраты на одного человека увеличиваются до 30 000 долларов США (ВОЗ, 2000; ВОЗ, 2001). Проверкой достоверности такого кажущегося высокого уровня расходов являются результаты анализа расходов на больных СПИДом Соединенных Штатах, согласно

Информация о ходе глобальных мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа – 2004 г.

Финансирование деятельности в ответ на эпидемию СПИДа до сих пор далеко не соответствует необходимому уровню

- Значительного прогресса удалось достичь в мобилизации дополнительных финансовых средств на борьбу с эпидемией СПИДа. Однако сегодняшние расходы на эти мероприятия в мире составляют менее половины суммы в 12 миллиардов долларов США, необходимой к 2005 году, и меньше одной четверти средств, которые потребуются в 2007 году.
- В 2002 году национальные правительства стран с низким и средним уровнем доходов расходовали примерно 1 миллиард долларов США на программы борьбы со СПИДом, и размеры этой суммы продолжают расти. В Африке она составляет 6-10% от всех расходов на противодействие эпидемии. Еще 50% средств дает помощь двусторонних/многосторонних доноров, а остальные средства поступают из банков развития, таких как Всемирный банк, и за счет личных расходов отдельных граждан и семей.
- В 2003 году Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией обязался выделить на борьбу с ВИЧ/СПИДом 2,1 миллиарда долларов США путем предоставления 227 грантов 124 странам. В том же году официально обещанные взносы в Глобальный фонд до 2008 г. возросли более чем в 2 раза, и число стран, оказывающих финансовую поддержку, продолжает расти. Однако это сможет обеспечить лишь незначительную часть глобальных потребностей в финансовых ресурсах, необходимых для борьбы с ВИЧ/СПИДом.
- Вакцины и микробициды представляют собой глобальные социальные товары, требующие государственных и частных инвестиций. В 2002 году расходы на исследования по созданию вакцины от СПИДа составили 570 миллионов долларов США, а на исследования в области микробицидов в 2003 году было израсходовано 79 миллионов долларов США.

Источник: Отчет о ходе работы – 2003 г.: Глобальный ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа, ЮНЭЙДС, 2003 г.; *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003, UNAIDS/USAID/WHO/CDC and the Policy Project, 2004; IAVI and the Alliance for Microbicide Development at the UNAIDS Consortium on Resource Tracking Meeting, 2004.*

которым прогнозируется, что такие затраты составили бы в среднем почти 36 000 долларов США на пациента (Graydon, 2000).

В действительности, все указывает на огромную глобальную неравномерность распределения расходов в связи со СПИДом:

- расходы в Африке к югу от Сахары настолько мизерны, что миллионы людей остаются без ухода и поддержки;
- люди, живущие с ВИЧ в странах со средним уровнем доходов в Латинской Америке и Карибском регионе, находятся в намного лучшем положении по сравнению с такими же людьми в странах Африки к югу от Сахары, однако плохое целевое распределение средств приводит к тому, что набор предоставляемых услуг оказывается менее эффективным, чем это могло бы быть;
- в Соединенных Штатах расходы на одного человека, живущего с ВИЧ или СПИДом, превышают аналогичные расходы в Латинской Америке и Карибском регионе в 35 раз, и в 1000 раз по сравнению с Африкой.

Согласно оценкам ЮНЭЙДС, к 2005 году страны с низким и средним уровнем доходов должны будут тратить ежегодно на борьбу со СПИДом 12 миллиардов долларов США – причем ожидается, что к 2007 году эта цифра вырастет до 20 миллиардов долларов США в год (см. Рис.35) (Hankins et al., 2004). Хорошей новостью является то, что за период с 1996 по 2002 годы глобальные затраты на борьбу со СПИДом в этих странах выросли более чем в девять раз. Сейчас задача состоит в том, чтобы увеличить нынешние затраты более чем в два раза всего лишь за два года и чтобы сохранить высокий уровень обязательств в течение длительного срока (ЮНЭЙДС, 2003a).

Общая потребность в ресурсах

Была сделана оценка общего объема глобальных ресурсов, которые понадобятся к 2005 и 2007 годам для проведения комплексных ответных мер в каждой из 135 стран с низким и средним уровнем доходов. Такие ответные меры включали бы 19 видов мероприятий по профилактике, 6 видов услуг по лечению и уходу и 3 вида помощи сиротам. Данные о распространенности ВИЧ и другие эпидемиологические данные определяют численность и характеристики целевой группы населения для каждого вида услуг и позволяют установить реалистичные цели по охвату.

Мероприятия по профилактике ВИЧ

- Кампании в средствах массовой информации
- Добровольное консультирование и тестирование
- Социальный маркетинг презервативов
- Просвещение в школах по вопросам СПИДа
- Просвещение через лиц одного круга для молодежи, не посещающей школу
- Программы по методу аутрич для работников секс-бизнеса и их клиентов
- Программы по методу аутрич для мужчин, занимающихся сексом с мужчинами
- Программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков
- Профилактические программы для специальных групп населения (заключенные, мигранты, водители грузовиков и т.д.)
- Пропаганда и распределение презервативов через государственный сектор
- Лечение при заражении инфекциями, передающимися половым путем
- Профилактические программы для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом
- Профилактические программы по месту работы
- Профилактика передачи от матери ребенку
- Профилактика после контакта
- Безопасная медицинская инъекционная практика
- Универсальные меры предосторожности
- Безопасность крови
- Другие профилактические программы

Мероприятия по лечению и уходу в связи со СПИДом

- Паллиативный уход
- Диагностика ВИЧ-инфекции
- Лечение при оппортунистических инфекциях
- Профилактика оппортунистических инфекций
- Антиретровирусная терапия
- Лабораторные услуги для контроля за лечением

Помощь сиротам

- Поддержка на уровне общин для ухода за сиротами
- Приюты для сирот
- Оплата за школьное обучение сирот

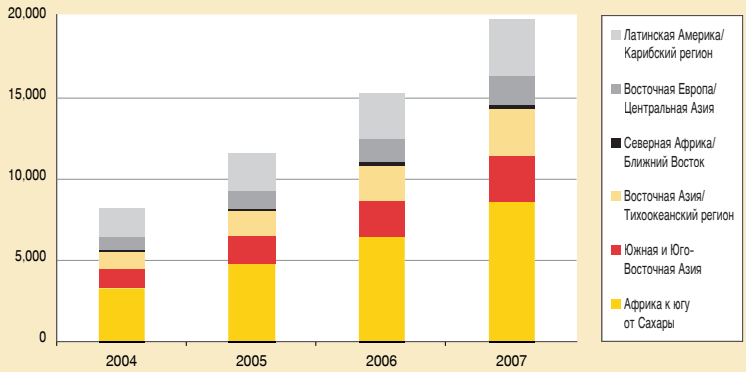
Оценка глобальных ресурсов

ЮНЭЙДС, в партнерстве с “Фьючерс групп” и при поддержке Межамериканского банка развития, Всемирного банка, и Азиатского банка, развития в период с января 2002 года по апрель 2004 года организовали 9 региональных и субрегиональных семинаров для подготовки страновых групп экспертов по вопросам методологии и моделей, используемых для оценки требуемых ресурсов. 78 страновых групп на этих семинарах, в которых участвовало более 155 специалистов, предоставили страновые оценки удельных расходов и численности ключевых групп населения с повышенным риском заражения ВИЧ. Специалисты стран и эксперты ЮНЭЙДС совместно оценили ресурсные потребности, определяя дефицит расходов и помогая установить новые приоритеты.

За исключением обучения учителей и медицинского персонала без отрыва от производства, а также некоторых мероприятий по укреплению лабораторий, эти оценочные цифры не предусматривают мер по дальнейшему развитию людских ресурсов или усилению инфраструктуры, необходимых для предоставления услуг. Таким образом, объединенные страновые оценки дают глобальную цифру, которая характеризует минимум, необходимый для достижения целей, согласованных в ходе Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 году (ЮНЭЙДС, 2003а).

Рисунок 35

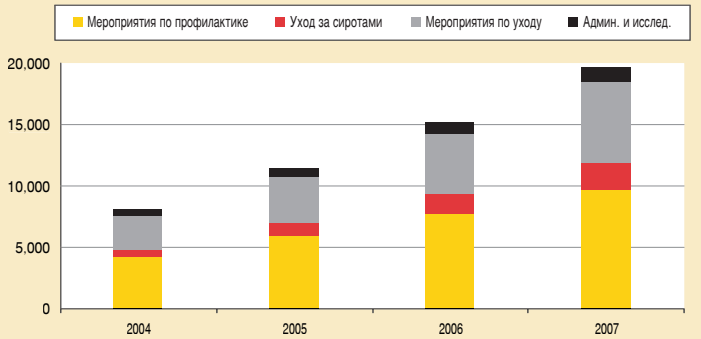
Прогнозные ежегодные потребности в финансировании на нужды ВИЧ и СПИДа по регионам (в миллионах долларов США)



Источник: ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2004

6

Глобальная потребность в ресурсах для профилактики, оказания помощи сиротам, ухода и лечения и административных расходов и научных исследований, 2004–2007 (в млн.долл.США)



Источник: ЮНЭЙДС, 2004

Рисунок 36

ВОЗ и ЮНЭЙДС устанавливают цель в отношении лечения

В ходе Генеральной Ассамблеи ООН в сентябре 2003 года Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Исполнительный директор ЮНЭЙДС назвали отсутствие доступа к лечению в связи с ВИЧ «глобальной чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения». В то время лишь 400 тысяч из 5-6 миллионов ВИЧ-инфицированных в странах с низким и средним уровнем доходов, которые нуждались в антиретровирусной терапии, получали такое лечение. Более того, такой низкий показатель охвата лечением означал, что к 2005 году лечение будут получать, вероятно, не более 1 миллиона человек.

Для того чтобы утроить это число до 3 миллионов человек, которые могли бы получать антиретровирусную терапию к концу 2005 года, ВОЗ и ЮНЭЙДС призвали к осуществлению международных усилий на основе видения и надежного фундамента, заложенного первыми программами в странах с низким и средним уровнем доходов. Чтобы достичь цели «3 к 5», в 2004-2005 годах потребуется 5,5 миллиарда долларов США – это около 80% средств, которые потребуются в глобальном масштабе на лечение и уход в 2004-2005 годах (см. главу «Лечение») (Gutierrez et al., 2004).

В эту сумму входит оказание непосредственной помощи программе лечения, включая:

- затраты на пациентов – консультирование и диагностическое тестирование, распространение презервативов среди пациентов, антиретровирусные препараты, лечение и профилактика оппортунистических инфекций, паллиативный уход и лабораторные тесты для пациентов, имеющих признаки интоксикации;
- затраты по программе – усиление следующих видов деятельности: обучение без отрыва от производства и наем врачей, медсестер, работников здравоохранения в общинах и добровольцев; надзор и мониторинг; системы распределения препаратов; универсальные меры предосторожности; профилактика после контакта; и – в некоторых странах – закупка диагностических технологий.

По состоянию на начало 2004 года национальные правительства, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Всемирный банк, Чрезвычайный план Президента Соединенных Штатов по оказанию помощи в связи со СПИДом и другие двусторонние доноры и фонды обязались выделить чуть более 2 миллиардов долларов США для расширения доступа к антиретровирусному лечению в 34 наиболее пострадавших странах к концу 2005 года, таким образом не хватает еще 3,5 миллиарда долларов США.

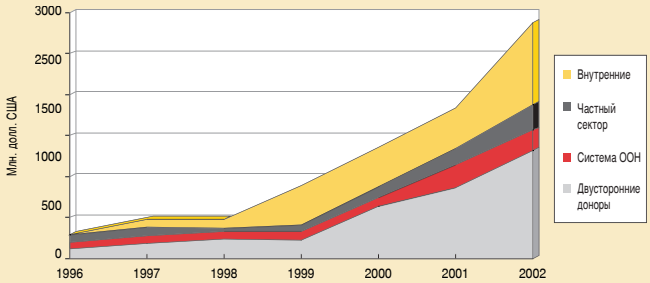
Однако существуют огромные расхождения между странами: некоторые страны уже располагают средствами для того, чтобы обеспечить реализацию предложенных ими целевых задач в области лечения, в то время как другие ощущают значительный дефицит средств. Требуется дальнейшая работа для оценки долгосрочных затрат на антиретровирусную терапию, а также прямых и косвенных преимуществ от вложения средств в расширение программ лечения и в механизмы для обеспечения устойчивости.

Для сравнения укажем, что, если исходить из затрат в 2002 году, только на 2005 год всем странам с низким и средним уровнем доходов на проведение профилактики, по оценкам, будет

Оплата за антиретровирусные препараты: отсутствие справедливости

«Я могу принимать эти таблетки, поскольку моя зарплата судьи позволяет мне их купить… Тем самым я существую как живое воплощение несправедливости с точки зрения наличия и доступности лекарственных препаратов в Африке… Мое присутствие здесь олицетворяет собой акты несправедливости СПИДа в Африке, поскольку на континенте, где 290 миллионов африканцев тратят на себя менее одного доллара США в день, я могу позволить себе купить здоровье и жизненную энергию. Я нахожусь здесь, потому что я могу позволить себе платить за саму жизнь», – заявил г-н Эдвин Камерон, судья Высшего суда Йоханнесбурга, Южная Африка

Институциональные затраты в связи с ВИЧ/СПИДом, 1996–2002 годы (Выделяемые суммы в миллионах долларов США)



Источник: ЮНЭЙДС, Консорциум по наблюдению за ресурсами

Рисунок 37

не доставать 3,8 миллиарда долларов США (Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ, 2003).

Как обеспечить глобальные потребности в ресурсах

Существует пять потоков финансовых средств, которые составляют ресурсы, необходимые для того, чтобы осуществлять комплексные меры по борьбе с эпидемией в странах с низким и средним уровнем доходов: внутренние затраты, двустороннее финансирование, поддержка со стороны системы ООН (включая Всемирный банк), Глобальный фонд, а также частный сектор, включая фонды. Предполагается, что две трети глобального финансирования на 2005 и последующие годы поступит от международного сообщества. Большая часть этих денег будет потрачена в беднейших и наиболее пострадавших странах Азии и Африки к югу от Сахары. Эти страны будут полагаться на внешних доноров, которые помогут покрыть до 80% их потребностей. В других местах основная доля финансирования в рамках борьбы со СПИДом, как ожидается, поступит из внутренних источников, включая национальные правительства, деловой сектор и собственные затраты пострадавших граждан и семей.

Внутренние затраты, включая затраты из государственного сектора и собственные затраты населения

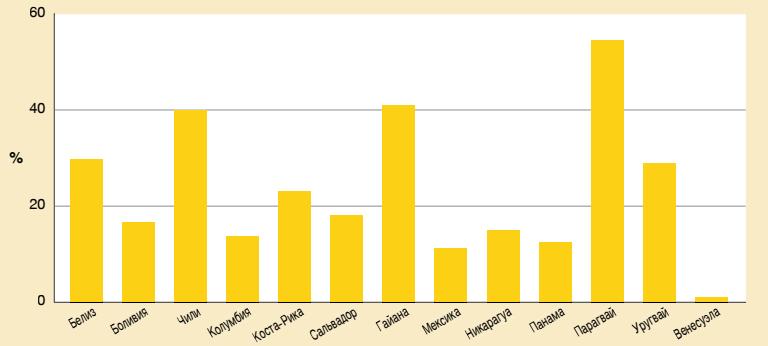
Государственный сектор

По оценкам ЮНЭЙДС, в 2002 году общие внутренние правительственные затраты на программы по СПИДу, понесенные 58 странами с низким и средним уровнем доходов, предоставившими данные за 3 года, составили около 995 миллионов долларов США – в два раза выше чем затраты, зафиксированные в 1999 году (ЮНЭЙДС, 2003c). Некоторые страны увеличили свои затраты в связи со СПИДом, иногда значительно.

Например, в Южной Африке живет самое большое число ВИЧ-инфицированных людей в мире, и эта страна увеличила свои расходы в связи с ВИЧ в национальном бюджете на 2003-2004 финансовый год на 86% в номинальном выражении по сравнению с предыдущим финансовым годом (Hickey, 2004). Провинции этой страны также увеличили долю средств, выделяемую на программы по СПИДу, которая остается после удовлетворения основных потребностей здравоохранения, с 0,74% в бюджете на 2002–2003 год до 1,22% в бюджете на 2003–2004 год (Hickey, 2003). Китай также значительно увеличил свои расходы в связи с ВИЧ. В 2001 году эта страна выделила примерно 300 миллионов долларов США на борьбу с эпидемией. В 2003 году эта сумма выросла до 1,2 миллиарда долларов США (ООН/Минздрав Китая, 2003).

Рисунок 38

Собственные затраты населения в виде процента от общих затрат в связи с ВИЧ/СПИДом в некоторых странах Латинской Америки в 2002 году



Источник: (1) для стран Латинской Америки и Карибского бассейна: СИДАЛАК, и (2) Abt Associates

В Восточной Европе и Центральной Азии потребуется лишь 2-3% от общих региональных затрат на здравоохранение, прогнозируемых на 2007 год, для того чтобы обеспечить достижение целей, поставленных на этот год в области профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ. Несмотря на то что страны начали проводить радикальное реформирование своих систем здравоохранения, приблизительно 8 из каждых 10 долларов США, затрачиваемых на здравоохранение, в настоящее время поглощает наследие прошлого – дорогостоящая и разваливающаяся система, работающая через больницы. Это оставляет ограниченные средства для проведения профилактики любых заболеваний. Если исходить из нынешнего положения, для того чтобы достичь целей в области затрат на борьбу со СПИДом, намеченных на 2007 год, этим странам потребуется увеличивать объем выделяемых в настоящее время средств примерно на 30% каждый год (The Futures Group, 2003).

По оценкам Глобальной рабочей группы по профилактике ВИЧ, странам Северной Африки и Ближнего Востока надо будет тратить в 10 раз больше средств по сравнению с 2004 годом, чтобы вести борьбу с эпидемией (Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ, 2003).

К 2000 году страны Латинской Америки и Карибского региона получали 98% всех средств на борьбу со СПИДом из своих внутренних источников, и у этого региона хорошие перспективы в плане обеспечения себя собственными ресурсами до 2007 года. Для того чтобы достичь целей по охвату программами по профилактике и уходу в связи с ВИЧ, поставленных на 2007 год, им потребуется лишь 1% от общих расходов на здравоохранение. Однако беднейшим странам региона, скорее всего, потребуется существенная внешняя донорская помощь (Межамериканский банк развития, 2003). В Африке, на Абуджийской встрече на высшем уровне Организации африканского единства, состоявшейся в 2001 году, страны взяли на себя обязательство постепенно увеличить расходы на здравоохранение и программы по СПИДу до 15% своих национальных бюджетов. Чтобы достичь этой цели к 2007 году, на борьбу со СПИДом в регионе потребуется около 3% от затрат на здравоохранение, намеченных на этот год. Однако в Африке, как и везде, СПИД представляет собой лишь один из многочисленных конкурирующих между собой приоритетов, а затраты на здравоохранение ежегодно колеблются. На данный момент лишь несколько стран (Мозамбик, Объединенная Республика Танзании, Уганда, Центрально-Африканская Республика и Чад) в какой-то момент достигли поставленной цели в 15%.

Во многих африканских странах иностранная помощь поддерживает национальный бюджет, таким образом, ассигнования на здравоохранение не обязательно представляют собой средства, получаемые только из внутренних источников. Например, в отчете Совета по проведению исследований в области гуманитарных наук говорится о том, что в Мозамбике половина всех правительственных затрат в связи со СПИДом поступает из внешних источников (Martin, 2003).

В конечном счете, опора на внешнюю финансовую поддержку при проведении мероприятий против СПИДа ставит вопрос об устойчивости в долгосрочном плане – это особенно важно учитывать при реализации программ антиретровирусного лечения.

Сколько люди платят из своего кармана?

Лишь несколько стран, в основном в Латинской Америке, систематически собирают информацию о собственных затратах населения в связи со СПИДом. Однако такая информация дает лишь

Личные затраты на лечение: история Ребекки

Ребекка живет в Кампале, Уганда, в большой семье, включающей еще 12 членов. В 1992 году ее муж умер от СПИДа после того, как много месяцев болел. Она все время ухаживала за ним и не осознавала, что у него был СПИД, потому что он это отрицал. Но когда ее младший сын Джулиус заболел туберкулезом, он и она прошли тестирование на ВИЧ, и было установлено, что они оба инфицированы. В 2001 году Ребекка тяжело заболела, и ее семья уговорила врачей начать лечение антиретровирусными препаратами; к тому моменту они уже потеряли четырех членов семьи в результате СПИДа.

Платить за лекарства означает вести борьбу. Одна женщина из Британии узнала о Ребекке через НПО и стала ей помогать, высылая пожертвования по мере возможности. Однако Ребекка по-прежнему живет в постоянной неопределенности, поскольку счета продолжают поступать. Один из последних счетов за лекарства составил 376 950 угандийских шиллингов (190 долларов США). Помимо лекарств ей приходится платить 10 000 шиллингов (5 долларов США) за каждую консультацию и 50 000 шиллингов (25 долларов США) за анализ крови на CD4. Поездка в клинику и обратно обходится ей в 3000 шиллингов (1,50 доллара США). Джулиус пока что не получает антиретровирусных препаратов, но ему время от времени надо проходить лечение против оппортунистических инфекций, а это также стоит денег. Эта большая семья в настоящее время живет за счет заработков брата Ребекки, который работает водителем, и ее сестры, которая работает учителем. Им также помогают две другие замужние сестры, которые живут не с ними (ЮНЭЙДС, 2003b).

часть общей картины и позволяет сделать вывод о том, что отдельные домохозяйства тратят огромные суммы денег, для того чтобы обеспечить уход за здоровьем своих членов в связи ВИЧ. В 2002 году в 14 странах Латинской Америки собственные затраты населения составляли от 17% до 24% от всех затрат в связи со СПИДом (см. Рис.38). В некоторых частях Африки эта цифра, по оценкам, является намного большей, даже несмотря на то что общие затраты далеко не покрывают оценочные потребности таких стран.

В любой стране с бедными ресурсами, где развивается генерализованная эпидемия, собственные затраты населения составляют существенную долю от общих затрат в связи со СПИДом в системе здравоохранения, варьируясь от 41% в Кении (2002 год) до 93% в Руанде (1998 год). Эти тревожные цифры свидетельствуют о серьезном финансовом бремени, которое налагает СПИД на домохозяйства. В Кении домохозяйства, где имеется хотя бы один ВИЧ-инфицированный, тратят в четыре раза больше средств на уход за здоровьем по сравнению с непострадавшими домохозяйствами. В Руанде 66% домохозяйств получали помощь от своих церквей или семей, 18% занимали средства у семьи или у друзей и 5% продавали свое имущество, чтобы выдержать затраты в связи с ВИЧ.

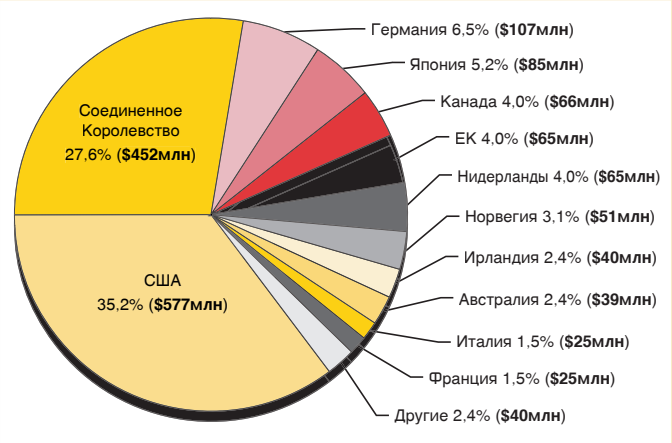
За средними цифрами скрывается несправедливость с точки зрения затрат, которые несут различные группы населения. В Руанде оценки собственных затрат в связи с ВИЧ и СПИДом показывают, что 20% самых богатых тратят в 13 раз больше по сравнению с 20% самых бедных, а мужчины тратят в 2,6 раза больше чем женщины. В Кении 20% самых богатых тратят в 10 раз больше чем самые бедные. Такая разница обусловливает сильное неравенство с точки зрения доступа к лечению и уходу.

В 2003 году собственные затраты населения в связи со СПИДом во всем мире, вероятно, превысили 1 миллиард долларов США (ЮНЭЙДС, 2003a). Региональные различия в том, какая доля потребностей в ресурсах по уходу за здоровьем была обеспечена за счет собственных затрат, вероятно, обратно пропорциональны правительственным затратам на здравоохранение. Это означает, что отдельные домохозяйства, скорее всего, платят из своего кармана, если инфраструктура общественного сектора здравоохранения оказывается слабой.

Двустороннее финансирование программ по СПИДу

В 2003 году, по прогнозам, страны с высоким уровнем доходов должны были потратить около 3,6 миллиарда долларов США на оказание помощи странам с низким и средним уровнем доходов в борьбе со СПИДом – на 20% больше чем в 2002 году. В начале 2003 года президент Джордж Буш предложил, чтобы Соединенные Штаты выделили 15 миллиардов долларов США для борьбы со СПИДом в странах с низким и

Прогноз выделений средств ведущими двусторонними донорами (в млн. долл. США) на 2003 год



Источник: Доклад о ходе выполнения глобальных мер в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа, 2003 г. Во исполнение решений Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН 2001 года.

Рисунок 39

средним уровнем доходов в течение пятилетнего периода до 2008 года. Из этой суммы около 9 миллиардов долларов США составляют новые денежные средства, предназначенные для 12 стран Африки плюс Гайана и Гаити. Остальные деньги пойдут на оказание помощи для проведения текущих мероприятий против СПИДа в других странах с низким и средним уровнем доходов. Из новых денежных средств один миллиард долларов США был обещан Глобальному фонду. Расходование денежных средств в рамках Чрезвычайного плана Президента США начато в 2004 году; на первый год было выделено 2,4 миллиарда долларов США.

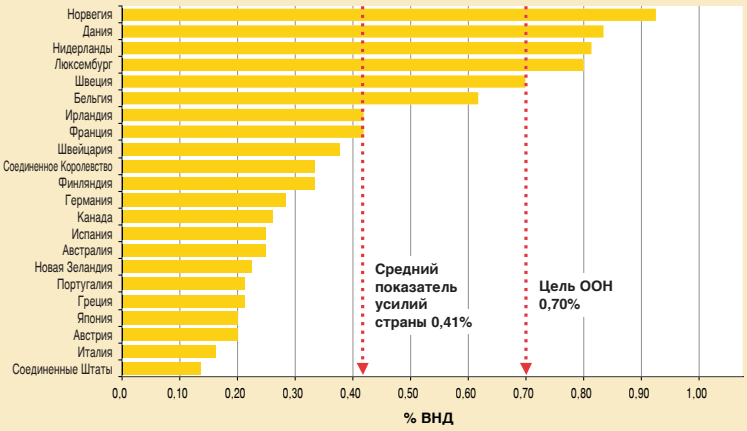
Выгода раннего вложения средств во избежание более высоких затрат в дальнейшем особенно очевидна в случае СПИДа. Большинству промышленно развитых стран необходимо будет резко увеличить прямую помощь, оказываемую ими бедным странам в рамках программ по ВИЧ и СПИДу. Для обеспечения максимального эффекта эта помощь должна включать дополнительные денежные средства, а не средства, отвлекаемые из существующих официальных бюджетов стран для оказания помощи в целях развития, поскольку в большинстве случаев такие бюджеты также нуждаются в увеличении.

Сорок лет назад Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) призвала страны с высоким уровнем доходов выделять не менее 0,7% своего валового национального продукта на оказание официальной помощи в целях развития. Это предложение в дальнейшем было принято государствами-членами ООН. Однако лишь пять стран выполнили эту целевую задачу: Дания, Люксембург, Нидерланды, Норвегия и Швеция. Появилось новое глобальное обязательство о проведении совместной партнерской работы для достижения целей развития тысячелетия и для устранения условий, способствующих развитию эпидемии СПИДа, таких как бедность, голод и неравенство. Однако дефицит ресурсов остается значительным.

Конференция по финансированию развития, проведенная в 2002 году в Монтеррее, ознаменовала собой новый шаг на пути международного разделения нагрузки в целях решения ключевых глобальных проблем развития. Страны-участницы взяли на себя обязательства, которые должны привести к увеличению ресурсов в рамках официальной помощи в целях развития с 58 миллиардов долларов США в 2002 году

Рисунок 40

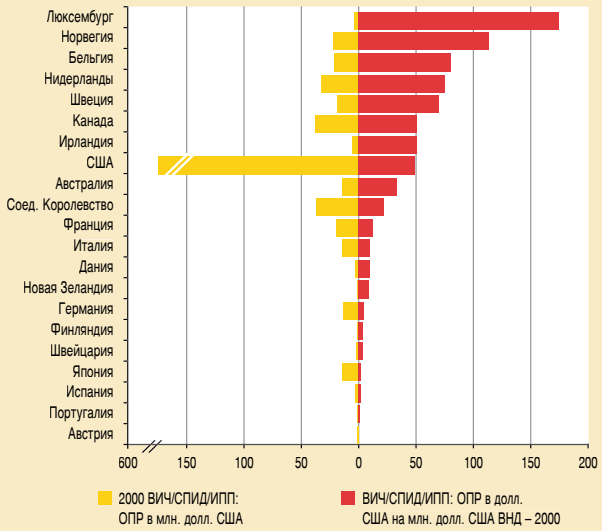
Чистая официальная помощь в целях развития (ОПР) в виде процента от валового национального дохода (ВНД): 2003 г.



Источник: Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)

Рисунок 41

ВИЧ/СПИД/ИПП: ОПР, 2002 г.:
Общая сумма обязательств в млн. долларов США и обязательства на основе ВНД в млн. долларов США



Источник: Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)

до 75 миллиардов долларов США в 2006 году (или с 0,23% до 0,29% валового национального дохода, который является совокупным внутренним и внешним доходом, получаемым в рамках национальной экономики). Это позволило бы получить значительные дополнительные средства, однако это по-прежнему чрезвычайно далеко от обязательства в размере 0,7% .

Все заинтересованные участники должны и далее искать новые пути для привлечения внутренних и международных ресурсов в целях решения общих проблем, касающихся последствий СПИДа для развития, а также его экономических, социальных и политических последствий. В наиболее пострадавших странах СПИД очень сильно сказался на развитии важнейших ресурсов и потенциала. Однако, как показал опыт, вложение средств в меры профилактики ВИЧ, лечение при СПИДе и смягчение последствий является хорошей практикой в сфере развития, а в некоторых странах императивом национального выживания.

Эффективное использование увеличивающихся ресурсов для официальной помощи в целях развития требует, чтобы все участники полностью признавали параметры воздействия СПИДа на процесс развития, а также параметр воздействия развития на СПИД. ЮНЭЙДС выступает за усиление национального потенциала для перехода к составлению бюджета с учетом проблемы СПИДа, а также за эффективное и рациональное использование средств. ЮНЭЙДС также поддерживает усилия доноров по гармонизации практических мер по снижению затрат на финансовые операции. Один ключевой элемент составляет основу фактически всех мер вмешательства в связи с ВИЧ – постоянная работа в целях развития, направленная на устранение бедности и неравенства, усиление физической инфраструктуры и расширение потенциала.

Источники в системе ООН, включая гранты Всемирного банка

В борьбе со СПИДом участвует 29 учреждений ООН, 9 из которых являются коспонсорами ЮНЭЙДС (см. главу «Преодоление эпидемии СПИДа»). Коспонсоры выделяют средства на борьбу со СПИДом и участвуют в Едином бюджете и рабочем плане ЮНЭЙДС.

Среди источников финансирования в рамках системы ООН наиболее крупным источником выделения средств в рамках программ по СПИДу для стран с низким уровнем доходов является Всемирный банк. Займы Всемирного банка на программы по ВИЧ могут быть значительными, как это имеет место в отношении Бразилии и Индии. Они рассматриваются как внутренние ресурсы, поскольку страны обязаны вернуть эти займы.

Гранты Всемирного банка представляют собой прямые многосторонние вклады в целях удовлетворения потребностей в ресурсах для реализации комплексного подхода к проблеме СПИДа. Начиная с сентября 2002 года такие гранты получают страны Международной ассоциации развития. Это относительно бедные страны (с уровнем валового национального дохода на душу населения менее 86 долларов США в год), которые нуждаются в ресурсах, предоставляемых на льготных условиях, и

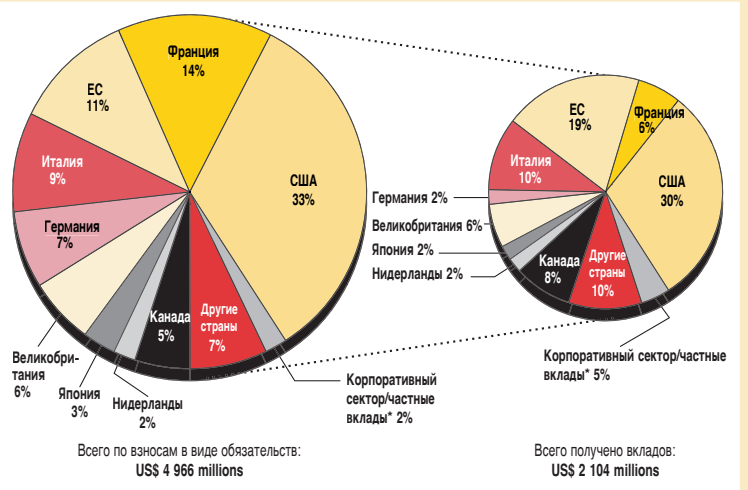
внедрили социальную политику, направленную на содействие росту и снижение бедности.

Через свою Межстрановую программу по СПИДу Всемирный банк одобрил выделение 1 миллиарда долларов США в виде грантов или беспроцентных займов для поддержки программ по СПИДу в Африке к югу от Сахары. Эта программа была начата в 2000 году в качестве первой фазы долгосрочного обязательства по прямому финансированию инициатив в области СПИДа. Она направлена на поиск новых творческих путей для предоставления средств тем исполнителям, которые находятся на переднем крае работы. Особое внимание в ней уделяется реализации проектов на уровне общин с минимальными бюрократическими препятствиями. К январю 2004 года 24 странам региона было обещано 822,3 миллиона долларов США; 170,6 миллиона долларов США было передано. Данная программа предусматривает выделение дополнительных 16,6 миллиона долларов США для реализации субрегиональных и транснациональных проектов.

В Карибском регионе Банк начал реализацию аналогичной инициативы, которая предусматривает предоставление 155 миллионов долларов США в виде пятилетних займов. К январю 2004 года было предусмотрено выделение 85 миллионов долларов США пяти странам; из этой суммы почти 10,5 миллиона долларов США было передано (Всемирный банк, 2003). В 2003 году Всемирный банк утвердил выделение займа в размере 100 миллионов долларов США Бразилии в рамках мер по борьбе со СПИДом и инфекциями, передающимися половым путем, благодаря чему общие обязательства банка для оказания помощи Бразилии по борьбе с эпидемией составили 430 миллионов долларов США. Правительство Бразилии также выделяет 100 миллионов долларов США.

Помимо Межстрановой программы по СПИДу, Банк помогает в финансировании широкого круга программ по СПИДу в 25 странах; только в 2003 году обязательства Банка превысили 213 миллионов долларов США. Большая часть таких денег выделяется в виде займов, а не грантов.

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
Взносы в виде обязательств и полученные вклады по сост. на 31 декабря 2003 г.



* Фонды и некоммерческие организации, корпорации и частные лица, группы и мероприятия
Источник: Ежегодный доклад Глобального фонда, 2003 г.

Рисунок 42

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

В январе 2002 года был создан Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, представляющий собой партнерство между правительствами, гражданским обществом и частным сектором. Его полномочия включают выделение новых денежных средств и создание новых путей для борьбы с этими тремя заболеваниями, которые сообща уносят жизни более 6 миллионов человек ежегодно.

К концу 2003 года Глобальный фонд утвердил 227 грантов на общую сумму 2,1 миллиарда долларов США в 124 странах и уже передал 232 миллиона долларов США (Глобальный фонд, 2004). Около 60% этих средств предназначено для программ по СПИДу, 23% для программ по малярии и 17% для программ по туберкулезу. Эти средства получили все страны с низким уровнем доходов, однако на настоящий момент 60% грантовых денег было передано странам Африки к югу от Сахары. Этот регион несет на себе самое тяжелое бремя заболеваний и имеет самые скудные ресурсы.

К январю 2004 года было обещано выделить почти 5 миллиардов долларов США на период до 2008 года и в последующем; на банковский счет Фонда было фактически переведено 2,1 миллиарда долларов США. В 2004 году планировалось, что Фонд получит еще 1,2 миллиарда долларов США обещанных денежных средств – примерно на 400 миллионов долларов США меньше суммы, которая, как прогнозировалось, потребуется Фонду для выполнения своих обязательств за год (Глобальный фонд, 2004a). Непосредственный дефицит должен быть покрыт странами с высоким уровнем доходов.

В долгосрочной перспективе Фонд также стремится к увеличению пожертвований от фондов, представляющих частный сектор, и частных лиц, для того чтобы обеспечить свои потребности (Cashel and Rivers, 2003). В настоящее время лишь 2% его средств поступает из частного сектора, остальные 98% выделяют правительства (Глобальный фонд, 2003).

Однако деньги из всех источников поступают очень медленно. Для того чтобы ослабить степень неопределенности, в которой работает Фонд, 100 НПО со всего мира создали коалицию «Финансируйте Фонд» (‘Fund the Fund’), кампанию для постоянных и приверженных сторонников Глобального фонда . Начиная с 2004 года Глобальный фонд будет проводить ежегодно один раунд грантовых предложений в зависимости от наличия средств.

Ключевым принципом Фонда является концепция «дополнительности». Это означает, что его средства дополняют, но никогда не подменяют собой бюджетное финансирование. Это подразумевает, что пожертвования должны представлять собой новые деньги, а не средства, отвлекаемые из существующих бюджетов, предназначенных для оказания помощи. На страновом уровне пожертвования должны дополнять средства, которые были получены из других источников, не используемых для выделения целевых средств на программы по СПИДу на другие приоритетные цели. Однако этот принцип не всегда соблюдался. Иногда вклад, внесенный Глобальным фондом, изымался из бюджетов, предназначенных для программ по оказанию помощи в целях развития, или же рассматривался некоторыми странами Африки как ассигнования на покрытие затрат.

Рисунок 43

15 ведущих организаций США, предоставивших гранты в 2002 г. (в млн.долл.США)	
Фонды Гейтсов	89.0
Фонды «Бристол-Майерс Скуибб»	16.9
Фонд Семьи Кайзер	16.2
Фонд Генри Дж. Форда	14.0
Фонд Рокфеллера	12.9
Фонд Организации Объединенных Наций	12.3
Педиатрический фонд по СПИДу Элизабет Глейзер	11.8
Фонды компании «Мерк»	11.4
Фонды Института открытого общества/Сороса	7.8
Фонд Роберта Вуда Джонсона	7.8
Фонд «Эбботт лэбрториз»	6.9
Фонд по СПИДУ ***М.А.С***	5.6
Фонда Старра	5.5
Фонд У.К. Келлогга	5.4
Фонд «Бродуэй кэйрс/Экуити файтс ЭЙДС»	5.4
ИТОГО	**228.9**

Source: Funders concerned about AIDS, *Report on HIV/AIDS grantmaking by US philathropy, 2003.*

Частный сектор, включая фонды и НПО

Фонды

Обзорный анализ ведущих организаций Соединенных Штатов, предоставляющих гранты, проведенный в 2002 году организацией «Финансисты, озабоченные проблемой СПИДа» (Funders Concerned about AIDS), дает общую картину вкладов, сделанных фондами (см. Рис. 43). Эти цифры включают пожертвования для внутренних и международных программ, однако примерно 63% денег, выделяемых ведущими 10 фондами, тратится за рубежом. Имеющиеся данные позволяют сделать вывод о том, что объем средств, выделенных в 2002 году, оказался значительно меньше по сравнению с 2001 годом – годом, когда был отмечен самый высокий уровень обязательств со стороны международных фондов. Однако пожертвования часто выделяются на

несколько лет, по этой причине трудно определить точно, какая сумма была потрачена за какой-то отдельно взятый период.

Международные неправительственные организации

В 2002 году некоторые международные НПО выделили, по оценкам, 95,5 миллиона долларов США для борьбы со СПИДом. Эти средства поступают от благотворительных организаций, частных домохозяйств, фондов (не входящих в число ведущих организаций Соединенных Штатов, предоставляющих гранты) и правительств.

Деловое сообщество

В странах, где показатель распространенности ВИЧ является высоким, некоторые отрасли промышленности несут большие потери рабочей силы и квалифицированных специалистов, по мере того как работники заболевают СПИДом и уходят из сферы занятости или умирают. На многие предприятия также ложится бремя растущих затрат в связи с уходом за здоровьем, выплатой пенсий и обучением новых работников.

Около 4% глобальных потребностей в ресурсах в связи со СПИДом выделяются на мероприятия, проводимые на рабочих местах. Здесь также трудно оценить уровень обязательств, поскольку информация о социальных расходах компаний предоставляется не систематически. В то же время согласно данным обследования, проведенного недавно Научно-исследовательским институтом социального развития Организации Объединенных Наций при поддержке ЮНЭЙДС, 21% ведущих транснациональных корпораций имеют определенные программы по СПИДу на рабочих местах. Как Глобальная коалиция предпринимателей по ВИЧ/СПИДу, так и Глобальная инициатива по здравоохранению Мирового экономического форума поощряют более широкое участие частного сектора в мероприятиях, направленных против эпидемии (см. главы «Национальные ответные меры» и «Лечение»). Эти две организации включают более 150 членов (ЮНЭЙДС, 2003d; Глобальная коалиция предпринимателей по ВИЧ/СПИДу, 2001).

Ресурсы для научных исследований и разработки вакцины и микробицидов

Частное финансирование само по себе не может обеспечить развитие научных исследований для разработки профилактических технологий, таких как вакцины и микробициды. Цены на эти продукты должны устанавливаться таким образом, чтобы люди во всем мире, имеющие незначительные доходы, могли себе их позволить. На начальном этапе требуются государственные инвестиции для разработки таких продуктов, а также для того, чтобы обеспечить рынки сбыта разработанной продукции.

Такие продукты, как вакцины и микробициды являются отличным примером «глобальных социальных товаров», т. е. товаров, которые идут на благо не только тем, кто непосредственно их использует. По этой причине глобальные социальные товары можно рассматривать как товары, которые вполне подходят для оказания государственной поддержки в дополнение к частным инвестициям. В случае технологий для профилактики ВИЧ каждый случай предупреждения инфекции прерывает потенциальную цепочку инфекций, вытекающих из первичной инфекции.

Основные государственные партнеры, которые в настоящее время финансируют клинические исследования в странах с низким и средним уровнем доходов, включают национальные институты здравоохранения (Соединенные Штаты Америки), Совет по проведению медицинских исследований (Соединенное Королевство), Национальное агентство исследований по проблеме СПИДа (Agence nationale de recherches sur le sida) (Франция), а также Партнерство европейских и развивающихся стран по проведению клинических исследований.

Невзирая на многочисленные проблемы при сборе данных, Международная инициатива по разработке вакцины против СПИДа сделала приблизительную оценку средств, которые в настоящее время используются во всем мире для проведения исследований и разработки вакцины против СПИДа. По предварительным оценкам, в 2002 году – последний год, включенный в анализ, – эти средства составили 540-570 миллионов долларов

Рисунок 44

Финансирование исследований для разработки микробицидов, в долларах США				
ИСТОЧНИК	2000	2001	2002	2003
Финансирование со стороны благотворительных организаций	$26 938 920	$24 036 874	$2 993 180	$63 000 000
Финансирование со стороны некоторых стран и учреждений*	$350 000	$0	$67 435 262	$4 822 117
Финансирование со стороны Соединенных Штатов	$34 635 492	$61 266 031	$75 280 722	$78 771 000

* Дания, Ирландия, Канада, Нидерланды, Норвегия, Соединенное Королевство, Франция, Всемирный банк, ЮНФПА

Источник: Lamphear TL. Funding for microbicides: An overview chart. Alliance for Microbicide Development, March 2004.

США, что примерно на 100 миллионов долларов США выше оценочной цифры за 2001 год. Из этой суммы доля частного сектора составляет менее одной четверти, на фармацевтическую промышленность приходится 14%, а на биотехнологическую - 7%.

Согласно информации, приведенной Международной инициативой по разработке вакцины против СПИДа, инвестиции государственного сектора в разработку вакцины определенно будут увеличиваться. Однако общее финансирование является недостаточным для решения существующих проблем. Согласно прогнозу Инициативы, инвестиции, вкладываемые компаниями, разрабатывающими инновационные препараты, и биотехнологической промышленностью, будут снижаться по мере роста затрат на научные исследования и разработки, ослабления позиций экономики США, а также в связи с трудностями поиска нового венчурного капитала для биотехнологических компаний, (Международная инициатива по разработке вакцины против СПИДа, 2003).

Ситуацию в связи с финансированием разработок микробицидов отслеживает Альянс за разработку микробицидов. Сфера разработки микробицидов отличается от других технологических сфер, которым уделяется недостаточное внимание в системе общественного здравоохранения. Это объясняется тем, что фактически все разработчики продуктов представляют собой небольшие биотехнологические компании, некоммерческие организации и академические институты, имеющие ограниченные финансы и возможности.

Из 40 потенциальных микробицидов, разрабатываемых в 2004 году, только одна разработка получала спонсорскую поддержку со стороны крупной фармацевтической компании («Тайботек», компания «Джонсон энд Джонсон»), которая сотрудничает с Международным партнерством по микробицидам. В 2003 году на исследования в области разработки микробицидов было выделено почти 79 миллионов долларов США, при этом более половины средств поступило из Соединенных Штатов, в то время как остальные средства были предоставлены благотворительными организациями и другими двусторонними донорами и многосторонними учреждениями.

Как преобразовать финансирование в действия – устранение проблем, связанных с ограниченными программными возможностями, и узких мест в системе финансирования

Чтобы идти впереди эпидемии, ресурсы должны направляться туда, где они больше всего нужны, и использоваться более «разумно», т. е. более рационально и эффективно. Однако получение ясной картины относительно того, куда уходят ресурсы, выделяемые для борьбы со СПИДом, и как они используются, равносильно проведению судебной экспертизы – это то же самое, что рыться в финансовых документах государственных отделов, институтов и организаций в поисках информации, касающейся СПИДа. Ведение систематической документации о входящих и исходящих финансовых потоках имеет жизненно важное значение в целях планирования. Однако в настоящее время в большинстве пострадавших районов отслеживанию ресурсов, выделяемых для борьбы со СПИДом, не уделяется особого внимания, и такая работа плохо организована или вообще не проводится.

Отслеживание финансовых потоков и увязывание этой деятельности с мероприятиями по мониторингу и оценке

Начиная с 1998 года ЮНЭЙДС стремится собирать критически важные данные об источниках финансирования, а также о том, как финансовые средства используются для борьбы со СПИДом. Ключевым фактором, стимулирующим регулярный и гарантированный поток средств из всех источников, является информация, которая показывает, что ресурсы используются эффективно и обеспечивают достижение результатов. В 2002 году, в рамках этих усилий, ЮНЭЙДС создала Глобальный консорциум для отслеживания ресурсов, выделяемых для борьбы со СПИДом, в который входят международные эксперты в этой сфере. Этот консорциум:

- разрабатывает стратегии для улучшения процесса сбора данных о глобальных финансовых потоках для достижения целей, поставленных в Декларации ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом от 2001 года, и целей развития тысячелетия;
- определяет пробелы, дублирование действий и сравнительные преимущества между организациями, собирающими данные;
- определяет ключевые стратегические приоритеты для отслеживания финансовых потоков в будущем;
- обеспечивает консенсус в отношении методик и определений, используемых в процессе сбора данных о потоках ресурсов, выделяемых для борьбы со СПИДом;
- рационализирует процедуру интерпретации и передачи данных;
- обеспечивает, чтобы методы и источники данных, используемые для оценки глобальных потоков ресурсов, соответствовали методам и источникам, используемым для экономического и эпидемиологического моделирования, и дополняли их.

В то же время ЮНЭЙДС призвала уделять больше внимания на страновом и глобальном уровне и вкладывать больше средств для отслеживания хода реализации и оценки результативности программ профилактики, лечения и смягчения последствий. В рамках этой стратегии пропаганды ЮНЭЙДС тесно сотрудничает с международными партнерами для идентификации, гармонизации и постоянного измерения наиболее полезной информации. Она также сотрудничает со странами при разработке информационных систем мониторинга ответных мер в странах для мониторинга хода исполнения. Декларация ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 года стимулировала мировое сообщество проводить мониторинг и сравнивать результаты, достигнутые в различных регионах и в отдельных странах. Увязывание полученных результатов с затратами будет играть все более важную роль по мере того, как мы будем получать информацию о том, как лучше всего можно использовать финансовые ресурсы.

СИДАЛАК, региональная инициатива по ВИЧ/СПИДу для Латинской Америки и Карибского бассейна, и организация «Абт Ассоушиэйтс – Партнеры за реформу здравоохранения» способствуют процессу принятия решений путем отслеживания ресурсов, затрачиваемых в странах для профилактики распространения ВИЧ и лечения связанных с ВИЧ заболеваний. В Южной Африке Институт за демократию стремится поощрять аналогичные процессы в африканском регионе, а также выполнил сравнительный анализ бюджетов с отслеживанием использования средств, выделяемых на борьбу со СПИДом, в пяти африканских и пяти латиноамериканских странах. В рамках проекта проводится обучение работников местных НПО правилам проведения независимого мониторинга за расходованием государственных затрат, выделяемых в связи со СПИДом.

Ограничение программных возможностей

Страны сталкиваются со значительными проблемами, пытаясь расширить меры в ответ на ВИЧ. Существует много факторов, которые ограничивают программные возможности в

странах с низким и средним уровнем доходов. Такие факторы можно сгруппировать в три широкие категории проблем: огромный спрос и конкуренция за ограниченные ресурсы; борьба против стигмы и дискриминации; и плохая координация среди внутренних и внешних партнеров.

Очевидно, что масштабы нового финансирования, необходимого для осуществления комплексных мер в ответ на эпидемию ВИЧ, потребуют очень значительного увеличения нынешних уровней внутренних расходов в пострадавших странах. Во многих из таких стран вполне вероятно, что расширение масштабов затрат в связи со СПИДом натолкнется на проблемы, обусловленные возможностями.

Как сказал д-р Ндуапи Ндуапи, руководитель антиретровирусной программы в больнице принцессы Марины, Ботсвана: «Многие думают, что самой большой проблемой является получение доступа к средствам, необходимым для приведения в действие плана. Однако как только у вас появятся деньги, вы вдруг обнаружите, что существуют проблемы, которые кажутся непреодолимыми. Серьезные недостатки в системе, которые представляли собой проблему в течение определенного времени, становятся настолько очевидными, когда вы пытаетесь, чтобы система сделала что-то большое … как, например, организовать лечение для 100 тысяч человек». (IRIN 2004)

Человеческий потенциал в Африке

Во многих африканских странах отмечены достижения в плане экономического роста и здравоохранения, однако многие переживают нарастающий кризис в сфере развития человеческого и институционального потенциала, который ограничивает их возможности для реализации стратегий и программ в области развития, чтобы добиться прогресса на пути достижения важных целей развития.

В секторе здравоохранения и образования отмечается нехватка персонала, ослабление институциональных структур, а также проблемы с подбором и направлением кадров в сельские районы. Более богатые страны привлекают квалифицированных и опытных работников из менее богатых стран, что еще более усугубляет их проблемы, связанные с нехваткой потенциальных возможностей (см. главу «Национальные ответные меры»). Помимо этого, десятилетний процесс сокращения социальных затрат в рамках программ структурного реформирования привел к сокращению численности персонала, занятого в социальных секторах, в результате чего эти секторы не способны быстро реагировать на спрос, обусловленный СПИДом. В результате высокая рабочая нагрузка на существующий персонал привела к ухудшению рабочих условий и к снижению морального духа работников.

Большинство африканских стран нуждается в усилении человеческого потенциала в каждом секторе – в государственном, частном и в гражданском обществе. В настоящее время в Африке расширение такого потенциала почти повсеместно рассматривается как обязательное условие для достижения целей развития тысячелетия в целом и для преодоления проблемы СПИДа в частности.

Степень проблем с человеческими ресурсами в решающей мере зависит от того, как распределяются финансовые средства как между странами, так и внутри стран. Справедливая стратегия позволит направлять средства для заполнения установленных пробелов в финансировании, т. е. она будет основываться на потребностях. В настоящее время существует соблазн направлять средства в первую очередь в страны, которые, как считается, имеют больше возможностей для того, чтобы потратить денежные средства в краткосрочном плане. Однако это может привести к тому, что некоторые страны, которые нуждаются больше других именно по причине более сильного воздействия СПИДа, останутся без такой помощи. Более справедливая стратегия должна быть направлена на решение связанных с потенциалом проблем в странах, имеющих самые большие потребности, через вложение целевых инвестиций в человеческий капитал и физическую инфраструктуру.

Если финансирование направлено на устранение ограничений с точки зрения наличия возможностей в наиболее нуждающихся странах, это обеспечит долгосрочные осязаемые результаты и устойчивые преимущества для благосостояния стран-партнеров.

Проблема вытеснения финансовых средств и потолок затрат

Реальность, к сожалению такова, что процедуры составления бюджетов слишком часто могут означать, что выделение новых средств на борьбу с ВИЧ и СПИДом может отвлекать ресурсы из других сфер деятельности – либо на уровне страны, либо на уровне доноров. По этой причине все стороны должны придерживаться принципа, что дополнительные финансовые средства, выделяемые на программы по ВИЧ и СПИДу, должны использоваться для осуществления дополнительных затрат, в противном случае неизбежно вытеснение средств в ущерб общему развитию.

Потолок государственных затрат – это пределы расходования средств в различных секторах экономики. В 1970-х и 1980-х годах верхние уровни социальных затрат, в частности, были одной из основных особенностей программ структурных реформ, к которым призывал Международный валютный фонд и Всемирный банк и которые являлись условием для предоставления заемных денег на льготных условиях странам с низким и средним уровнем доходов. Считалось, что верхние уровни являются необходимой дисциплинарной мерой для поправки больной экономики, содействия росту и ослабления бедности в конечном итоге за счет сдерживания инфляции. Однако если полагали, что они усиливают бремя для бедных, их подвергали серьезной критике и более не использовали в качестве особого условия для получения финансовой помощи.

Тем не менее они существуют де-факто во многих странах в виде побочного продукта структуры среднесрочных расходов. Эти структуры представляют собой подробные финансовые планы стран, которые необходимы для того, чтобы показать Фонду и Всемирному банку, что страны способны привести в порядок свою “бухгалтерскую отчетность” и поддержать макроэкономическое развитие. Они зачастую включаются в документы с изложением стратегии по сокращению масштабов нищеты или же на них делается ссылка в таких документах, которые являются основой для уменьшения бремени государственной задолженности и предоставления иностранной помощи. Правительства стран с низким и средним уровнем доходов оказываются в положении, когда на них давят противоборствующие интересы. Их побуждают ограничить социальные затраты, чтобы избежать отрицательных инфляционных последствий, и в то же время им рекомендуют игнорировать такое давление в отношении средств Глобального фонда или других целевых денежных средств.

Пришло время радикально пересмотреть принципы оптимального финансирования комплексных страновых программ по ВИЧ. Международным финансовым учреждениям необходимо создать механизмы, которые уменьшат платежи стран по обслуживанию долга и позволят им выделять дополнительные ресурсы на программы по СПИДу. Краткосрочные инфляционные последствия увеличения и выделения дополнительных ресурсов для борьбы с эпидемией ВИЧ бледнеют по сравнению с теми возможными долгосрочными последствиями для экономики сильно пострадавших стран, которые может повлечь за собой применение нерешительных ответных мер. СПИД – это исключительное заболевание; и оно требует исключительных ответных мер.

Вопрос стигмы и дискриминации – ограничение спроса

Проблема стигмы и дискриминации давно признается как ограничивающий фактор при определении лиц, которые нуждаются в услугах по профилактике, уходу или лечению. Большинство людей, инфицированных ВИЧ, не знают своего ВИЧ-статуса. Социальная стигма ведет к тому, что люди не хотят знать свой статус, а также не позволяет им реагировать на информацию о профилактике, поскольку они боятся того, что к ним будут относиться как к ВИЧ-инфицированным. Такие страны, как Ботсвана, где была внедрена программа бесплатного лечения,

Проблема реализации программ, обусловленных требованиями доноров

«В сфере СПИДа, как и в других сферах, руководители программ часто занимаются не более чем обработкой данных для доноров, тратя при этом недопустимое количество времени на то, чтобы попытаться выполнить десятки дублирующих друг друга требований в отношении отчетности, и принимая одну проверочную миссию за другой месяц за месяцем. Программы, обусловленные требованиями доноров, повышают затраты, связанные с финансовыми операциями, и снижают эффективность программ. Доноры несколько преувеличивают, когда они жалуются по поводу поглощения средств, поскольку они сами поглощают большую их часть».

–Д-р Питер Пиот, Исполнительный директор ЮНЭЙДС

первоначально столкнулись с тем, что по поводу лечения обращалось меньшее число людей, чем ожидалось.

Кроме того, стигма является фактором, который сдерживает процесс направления финансовых средств туда, где они нужны. Данные, полученные в Латинской Америке и Карибском регионе, а также в Восточной Европе, позволяют сделать вывод о том, что отношение со стороны населения и юридические ограничения могут сдерживать процесс направления финансовых средств людям, которые работают с группами, подвергаемыми стигматизации. Это усиливает основное препятствие, с которым сталкиваются общественные группы при составлении предложений, если такие группы не имеют опыта или знаний о том, как такая система работает. Это препятствие становится еще более труднопреодолимым, если доноры постоянно меняют свои правила и требования.

Такие группы также часто сталкиваются с проблемой, как выполнить требования в отношении учета и ведения документации; многие не имеют возможностей для эффективного использования выделяемых им денег. Также верно то, что основные доноры редко готовы выделить те крохотные суммы, которые для очень многих людей на переднем крае борьбы с эпидемией являются вполне достаточными или же которые могут быть ими освоены – например, для женщины, которая ведет домашнее хозяйство для нескольких детей-сирот своих соседей; для мужчины, который может обучить навыкам молодых людей, вынужденных уйти из школы; или же для парикмахера, который хочет распечатать информационные листки о ВИЧ, чтобы раздавать их в своем салоне.

Проблемы стигмы и социального отношения могут быть преодолены. Согласованные усилия в Бразилии наглядно продемонстрировали, что проведение устойчивой кампании за обеспечение доступа к лечению помогает уменьшить стигму, поскольку это дает людям надежду. Опыт Уганды также показывает, что уменьшению стигмы способствует приверженность со стороны руководителей. Это жизненно важные компоненты стратегии по усилению программного потенциала.

Вопрос координации: «триединые принципы»

Отслеживание потоков ресурсов имеет критическое значение для понимания того, как эти ресурсы используются, а также для определения ключевых препятствий. Препятствия могут возникать, когда ответственность за распределение средств, выделяемых на борьбу со СПИДом, лежит на подразделении, в котором отсутствуют навыки по управлению финансовыми средствами и программами или в котором не хватает работников или же такие работники перегружены работой, и где проблемой СПИДа занимаются параллельно с другими приоритетными проблемами. Существенная задержка может наблюдаться там, где нет четких планов проведения мероприятий в связи со СПИДом или где нет финансовых механизмов и/или нет никого, кто был бы подробно проинформирован или подготовлен к тому, чтобы взять на себя особые обязанности в связи со СПИДом (Hickey et al 2003).

Проблемы, связанные с административными возможностями, также могут создаваться донорами или усугубляться, в частности, когда правительства и доноры не обеспечивают максимально эффективную гармонизацию предоставляемой ими помощи. Минимизация дублирования в фидуциарных соглашениях, процедурах мониторинга и механизмах

отчетности, а также проведение совместных миссий в стране помогает рационализировать потоки финансовых средств и отчетности и усилить потенциал страны для использования средств максимально эффективно и своевременно.

Отсутствие гармонизации между донорами на уровне страны означает, что ресурсы тратятся впустую, а люди, нуждающиеся в помощи, их не получают. Фактически, отсутствие гармонизации убивает людей.

Применение этих «Триединых принципов» приведет к тому, что они будут адаптированы в зависимости от страны, ситуации и учреждения. Эти принципы полностью соответствуют Римской декларации о гармонизации от 25 февраля 2003 года и работе, которая ведется по обеспечению эффективности помощи и донорской практики в рамках Комитета по оказанию помощи в целях развития Организации экономического сотрудничества и развития. Эти принципы включают единый взгляд на неотложную потребность в принятии мер в ответ на СПИД исключительным образом, который поддерживает принцип национального исполнения и четко определенную систему отчетности.

Механизмы для преодоления ограничений и направления средств на уровень программ

Рационализация процедур

Все внутренние и международные финансирующие организации имеют общую цель – обеспечить эффективное использование их средств, с тем чтобы максимально изменить повседневную жизнь людей, которые нуждаются в услугах по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ, а также в мерах, направленных на снижение воздействия СПИДа на их жизнь. Однако в реальности в большинстве случаев в процессе финансирования на различных уровнях имеются узкие места.

Однако есть много примеров усилий, направленных на рационализацию процедур, устранение барьеров и содействие передаче финансовых потоков на уровень программ. Как Межстрановая программа по СПИДу Всемирного банка, так и созданный позднее Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией уделяют много внимания процедурам финансирования мероприятий, а также тому, как ослабить или обойти существующие общие препятствия. Всемирный банк предложил новые пути для быстрого направления денег на уровень исполнения программ – в настоящее время 40-60% грантов направляется непосредственно общинам (Cashel 2003).

Банк подчеркивает необходимость предоставления помощи широкому кругу участников на всех уровнях, для того чтобы реализовывать национальные планы действий и создавать «систему направления финансовых средств» для быстрой и эффективной передачи финансовых средств. Страны, обращающиеся в Глобальный фонд, создали свои страновые координационные механизмы, включающие представителей заинтересованных групп на всех уровнях общества. Эти механизмы разрабатывают заявки на получение грантов, осуществляют первоначальный отбор проектов и программ и вносят предложения в Фонд. Деньги направляются непосредственно «основному получателю», который отчитывается перед Фондом и направляет деньги организациям, выполняющим фактическую работу. Этот основной получатель играет ключевую роль в процессе обеспечения эффективного движения средств.

Перед правительствами стоит задача рационализировать официальные каналы путем определения узких мест и вложения средств в расширение административных и программных возможностей, необходимых для более эффективного использования ресурсов. Важным шагом в этом отношении является то, что ключевые заинтересованные стороны сейчас признают значение описанных выше «триединых принципов», а также то, что страны движутся в сторону улучшения координации национальных программ.

Перераспределение средств: потенциал для уменьшения бремени задолженности

Более одной трети всех ВИЧ-инфицированных в мире – или 14 миллионов человек – живут в странах, которые, согласно классификации Всемирного банка, относятся к странам с высоким

Вопрос приоритетов: затраты на обслуживание долгов

- Замбия имеет почти 1 миллион ВИЧ-инфицированных людей и тратит на 30% больше на обслуживание своих долгов, чем на здравоохранение. В 2000 году доля государственных доходов, затраченная на погашение долгов, составила 20%; ожидается, что к 2004 году эта доля увеличится до 32% (Oxfam, 2002; World Bank/IMF/IDA, 2003).
- Камерун тратит в 3,5 раза больше средств на погашение долгов, чем на здравоохранение; в Мали этот показатель в 1,6 раза больше (Oxfam, 2002).
- Кения тратит 0,76 доллара США на душу населения на борьбу со СПИДом и 12,92 доллара США на душу населения на погашение долгов (Kimalu, 2002).
- В Малави затраты на реализацию национального стратегического плана по СПИДу составляют около 2,40 доллара США на душу населения в год. В 2002 году страна перевела иностранным кредиторам 5 долларов США на душу населения (Oxfam, 2002).
- В 2001 году первые 14 стран, указанные как основные получатели помощи для облегчения бремени СПИДа в рамках Чрезвычайного плана Президента Соединенных Штатов, вместе потратили 9,1 миллиарда долларов США на обслуживание долгов (Ogden & Esim, 2003).

уровнем задолженности. В 2002 году совместный долг 42 наиболее бедных стран с самым высоким уровнем задолженности – 34 из них находятся в Африке к югу от Сахары – составлял 213 миллиардов долларов США (Hardstaff 2003). Многие из этих стран регулярно уплачивают богатым мировым кредиторам большие суммы за обслуживание своих долгов, чем они получают в виде иностранной помощи. Фактически, на погашение долгов уходит большая часть их бюджетов, чем на здравоохранение (Boyce 2002; Oxfam 2002).

Страны, включившие в свои документы с изложением стратегии по сокращению масштабов нищеты составляющие по СПИДу, включают Буркина-Фасо, Гвинею, Замбию, Камерун, Малави, Мозамбик и Уганду. Облегчение времени задолженности может быть полезным механизмом для программирования средств в рамках существующих структур расходов. Однако это обычно учитывается как часть официальной помощи в целях развития по полной номинальной стоимости и по этой причине зачастую не является «дополнительной» помощью. Облегчение задолженности не может играть значимую роль в снижении финансового дефицита в рамках программ по СПИДу, если оно не будет действительно являться помощью, дополняющей существующие уровни иностранной помощи.

Задачи «Следующей повестки дня»

Обращение вспять эпидемии в странах с низким и средним уровнем доходов означает мобилизацию адекватных финансовых средств для проведения комплексных мер в ответ на ВИЧ. Это означает усиление потенциала стран для определения потребностей в ресурсах на профилактику, уход и смягчение последствий. Это означает строгое и точное отслеживание ресурсов в глобальном масштабе и на уровне стран, для того чтобы постоянно контролировать тот разрыв, который существует между финансовыми средствами и потребностями в ресурсах. Организации гражданского общества, особенно на низовом уровне, где потребности являются самыми большими, нуждаются в поддержке, для того чтобы они могли получить доступ к финансовым средствам и эффективно их использовать. Кроме того, мировое сообщество должно вкладывать средства в глобальные социальные товары, которыми являются новые технологии профилактики.

Для обращения эпидемии вспять также требуются более согласованные и более эффективные действия в более широком масштабе по сравнению с тем, что имеет место сегодня. Донорам необходимо тщательно оценивать свою справедливую долю, которую они вносят в меры по борьбе с ВИЧ. Международному сообществу необходимо определить относительное распределение затрат между основными финансовыми потоками, которые можно использовать для направления ресурсов. Также необходимо иметь соглашение относительно распределения национальных и международных обязанностей по финансированию различных

аспектов ответных мер. Международным финансовым учреждениям следует широко и творчески подходить к созданию механизмов, для того чтобы передать больше денежных средств тем странам, которые в настоящее время платят огромные суммы для обслуживания долгов. В то же время проведение мероприятий по СПИДу не должно приводить к дальнейшему увеличению долгового бремени.

Необходимость принятия быстрых мер противодействия эпидемии, которая по-прежнему опережает глобальные ответные меры, означает, что все должны «учиться в процессе деятельности». В суматохе неотложных действий нельзя упустить некоторые критические элементы, в том числе необходимость фиксировать в письменном виде все имеющиеся знания, для того чтобы ими могли воспользоваться другие, а также обеспечить наличие процедур, которые помогут точно отрегулировать методы работы.

Пропаганда играет решающую роль, чтобы обеспечить мобилизацию адекватных и устойчивых финансовых ресурсов для расширения масштабов мер в ответ на СПИД. Однако успех зависит от демонстрации возможностей для творческого решения проблем расширения потенциала программ, эффективного использования денег, существенного улучшения качества жизни миллионов людей, которые в настоящее время живут с ВИЧ, а также для ослабления воздействия на домохозяйства, общины и страны. Будущие проблемы включают:

- Увеличение ресурсов, выделяемых на борьбу против пандемии СПИДа из всех источников, до необходимого уровня в 12 миллиардов долларов США ежегодно к 2005 году, достижение договоренности относительно «справедливой доли» и создание механизмов, обеспечивающих эффективное использование финансовых средств.
- Поощрение международного сообщества и нуждающихся стран к тому, чтобы они демонстрировали более высокий уровень политической приверженности, которая необходима, для того чтобы повернуть эпидемию вспять, посредством:

  — мобилизации общественного мнения в странах-донорах через Всемирную кампанию против СПИДа и другие меры пропаганды;

  — разработки способов и средств для того, чтобы страны могли больше вкладывать своих внутренних средств в борьбу со СПИДом и поддерживали гарантированное будущее развитие благодаря использованию таких механизмов, как облегчение бремени задолженности;

  — повышения обязательств по выделению средств и расширения усилий по борьбе с бедностью, дискриминацией, беспомощностью и другими социально-экономическими факторами, определяющими уязвимость к ВИЧ, а также с последствиями эпидемии СПИДа.
- Определение и устранение потенциальных узких мест в потоках финансирования, радикальное улучшение механизмов передачи средств на всех уровнях – международном, национальном, региональном, общинном и местном – и гармонизацию процессов через «Триединые принципы».
- Расширение потенциала программ для демонстрации результатов за счет рационального и эффективного использования средств, а также контроль за исполнением и последствиями (более разумная трата средств).
- Включение концепции «исключительности» СПИДа в процессы финансирования мер по борьбе со СПИДом в странах, испытывающих крайнюю нужду. Пришло время переписать правила, чтобы создать тщательную программу исключений из нормальных режимов финансирования, которые обеспечат защиту экономических перспектив стран в долгосрочном плане и будут содействовать осуществлению странами неотложных и эффективных мер в ответ на СПИД.

Национальные меры противодействия СПИДу: необходимы дополнительные усилия

7

Гендерный фактор в национальных мероприятиях по противодействию эпидемии СПИДа

Государства-члены ООН, принявшие в 2001 году Декларацию ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, обязались осуществить до 2005 года национальные стратегии, которые дадут женщинам возможность принимать решения относительно их сексуальной жизни и обеспечат им доступ к услугам по профилактике ВИЧ и лечению СПИДа, включая услуги в сфере сексуального и репродуктивного здоровья. ЮНЭЙДС подготовила «Отчет о ходе работы – 2003 г.: Глобальный ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа», в котором сообщается, что 69% стран имеют политику, обеспечивающую женщинам равный доступ к мероприятиям по профилактике ВИЧ, уходу в связи со СПИДом и другим услугам. На практическом уровне, в ходе подготовки «Отчета о ходе работы» странам было предложено подготовить данные по некоторым ключевым показателям с разбивкой по гендерному признаку. Среди них: точная диагностика инфекций, передающихся половым путем; охват антиретровирусным лечением; знания молодежи о мерах профилактики; уровень использования презервативов; процент ВИЧ-инфицированных молодых людей. Менее одной из пяти стран предоставили эти данные с учетом гендерных аспектов, а это указывает, что во многих странах гендерным проблемам уделяют минимум внимания при разработке национальных программ противодействия эпидемии СПИДа.

Необходимость лидерства и законодательства

Национальный прогресс в решении гендерных проблем зависит от решительного лидерства, тщательно разработанного законодательства, воодушевленной пропагандистской работы и серьезных материальных инвестиций. Одним из примеров успешного лидерства является Женская коалиция против ВИЧ/СПИДа, недавно созданная в Эфиопии. На одной из церемоний, в которой участвовали некоторые известные женщины-лидеры Эфиопии, премьер-министр Мелес Зенави выступил с речью о необходимости изменить отношения и подходы общества к гендерным проблемам, для того чтобы остановить эпидемию (ИРИС, 2003 г.).

В мире существует немало примеров законодательных реформ, снизивших уязвимость женщин к ВИЧ/СПИДу. Принятый в Бенине всеобъемлющий Закон о репродуктивном и сексуальном здоровье гарантирует целый ряд основных репродуктивных прав, включая равенство мужчин и женщин в вопросах репродуктивного здоровья; свободу выбора для заключения брака; доступ к услугам по репродуктивному и сексуальному здоровью, информации и образованию; недискриминацию при доступе к медицинским услугам и право на личную безопасность. Уход и недискриминация гарантированы людям с инфекциями, передающимися половым путем, в частности, ВИЧ. И, наконец, все формы сексуального насилия в отношении женщин и детей, включая увечья женских половых органов и принуждение к вступлению в брак, преследуются по закону (NWMI, 2003).

В других странах основное внимание уделяется развитию политики. Например, в Камбодже министерство по делам женщин и ветеранов способствует расширению прав женщин и девушек, подвергающихся риску ВИЧ-инфекции. Министерство также возглавляет работу по включению гендерных вопросов в планы национального развития. Его стратегии тесно связаны с такими инициативами, как Партнерство за программу гендерной справедливости, работа которого содействует выполнению страной положений Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (ПРООН, 2003).

Национальное лидерство по гендерным вопросам не ограничивается только государственными органами. С 1988 года Общество по проблемам женщин и СПИДа в Африке (СВАА) выступает от имени женщин, детей и семей в мероприятиях по противодействию эпидемии СПИДа. Действуя через свои полуавтономные представительства в странах, Общество усиливает потенциал женских групп, местных неправительственных организаций (НПО) и общин с целью профилактики, контроля и смягчения последствий эпидемии.

СПИД и образование для девочек: сближение национальных приоритетов

Просвещение молодежи по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья является одной из ключевых стратегий Декларации ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в 2001 году. Почти 88% стран сообщают, что разработали стратегии в поддержку этой работы. Однако эти стратегии могут упустить большое число детей, особенно девочек, если им не будет действительно обеспечен доступ к школьному обучению. Хотя зачисление девочек в школы растет, до сих пор среди детей, не посещающих школу, доля девочек составляет 57% (ЮНЕСКО, 2003 г.).

Обеспечение всеобщего доступа к школьному образованию имеет важнейшее значение для национального развития и закреплено в целях Декларации об образовании для всех 1990 года и Декларации тысячелетия 2000 года. В них обеих содержится призыв к обеспечению всеобщего начального образования к 2015 году (ООН, 2001 г.). Однако достижение этой цели находится под угрозой. По оценкам Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), 55 из беднейших стран мира не смогут обеспечить всеобщего начального образования к 2015 году (ЮНЕСКО, 2002 г.).

Двадцать восемь из этих стран переживают жестокие эпидемии СПИДа, которые еще больше тормозят деятельность в сфере образования. По результатам исследования, недавно проведенного Всемирным банком, международному сообществу необходимо ежегодно выделять около 2,5 миллиарда долларов, чтобы выполнить цель Декларации об образовании для всех по обеспечению всеобщего начального образования к 2015 году. В 33 странах Африки из-за тяжелого бремени расходов на борьбу со СПИДом потребуется примерно 450-560 миллионов долл. США в год, чтобы достичь намеченной цели (Mingat and Bruns, 2002). Эти суммы не включают расходы на уход за сиротами и уязвимыми детьми, или на мероприятия по профилактике ВИЧ.

Национальные меры противодействия СПИДу: необходимы дополнительные усилия

Страны с низким и средним уровнем доходов сталкиваются с четырьмя основными вопросами при формировании своих мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа, в том числе с необходимостью обеспечить:

- сильное лидерство и реальную приверженность всех секторов в правительстве и обществе;
- последовательность и эффективность при выделении и использовании национальных и внешних ресурсов, и отчетность об их использовании;
- усиление национального потенциала по освоению ресурсов и организации эффективных мероприятий по противодействию СПИДу;
- производство и использование стратегических информационных материалов с целью принятия решений по стратегии и программам.

С начала этого тысячелетия произошло заметное усиление руководства и увеличение ресурсов для борьбы со СПИДом. Но проблема огромна; в течение двух десятилетий тиски эпидемии сдерживали развитие. Нехватка ресурсов в странах с низким и средним уровнем доходов не позволяла им разработать эффективные мероприятия в ответ на эпидемию СПИДа. До сегодняшнего дня темпы мобилизации средств для борьбы с эпидемией не поспевают за темпами ее развития. Во многих странах с генерализованными эпидемиями проблема теперь заключается не в том, чтобы найти дополнительные ресурсы, а в том, чтобы суметь эффективно освоить новые ресурсы с целью расширения национальных мероприятий по противодействию СПИДу и обеспечения их устойчивости. Основным препятствием является недостаток возможностей в странах для расширения программ борьбы со СПИДом, чтобы добиться необходимого уровня охвата мероприятиями программ. В странах, наиболее сильно пострадавших от эпидемии, миграция, вызванная СПИДом, заболеваемость и смертность истощают и без того скудные ресурсы правительства. Это, в свою очередь, способствует распространению эпидемии, приводит к неудаче других мероприятий в области развития и создает порочный круг проблем.

В каждой стране профилактика ВИЧ, лечение и уход в связи со СПИДом представляют собой сложные проблемы, которые невозможно решить силами какого-нибудь одного сектора экономики. Для организации эффективной ответной деятельности необходимо обеспечить сильное национальное лидерство и участие всех заинтересованных сторон, надлежащее управление, мобилизацию ресурсов, межведомственное планирование и координацию, усилить потенциал по освоению ресурсов и осуществлению программ, проводить тщательный мониторинг и оценку мероприятий по борьбе со СПИДом и широко вовлекать в эти мероприятия гражданское общество и частный сектор.

Перед двусторонними и многосторонними донорами стоят свои задачи. Эффективности и устойчивости мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа нельзя добиться только путем предоставления многомиллионных долларовых грантов или направления иностранных специалистов. Национальные комиссии по СПИДу зачастую жалуются на «программы в интересах доноров», направленные на достижение незначительных, краткосрочных результатов и не принимающие во внимание широкие и долгосрочные вопросы

Информация о ходе глобальных мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа – 2004 г.

Национальная ответная деятельность: наметились улучшения, но необходимый уровень пока не достигнут

- Примерно в одной трети стран отсутствует политика обеспечения равного доступа женщинам к основным услугам по профилактике и уходу.
- Большинство стран ратифицировало международные конвенции о правах человека, однако эти соглашения реализуются неэффективно. Только 40% стран применяют правовые меры, направленные на запрет дискриминации групп населения, уязвимых к ВИЧ. Почти 50% стран Африки к югу от Сахары еще предстоит принять законодательные положения с целью недопущения дискриминации людей, живущих с ВИЧ.
- Три четверти стран сообщают, что мониторинг и оценка мероприятий и хода работы до сих пор являются для них серьезной проблемой. Только в 43% стран имеется национальный план мониторинга и оценки, и лишь 24% стран сообщают о наличии национального бюджета на проведение мониторинга и оценки.
- Всего 20% транснациональных компаний осуществляют комплексную политику по борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах. На уровне стран осуществление политики на рабочих местах, в основном, пребывает в полном упадке.
- Многие высокопоставленные политические лидеры из стран с низкой распространенностью ВИЧ и эпидемиями, сконцентрированными в основных группах высокого риска, самоустраняются от участия в мероприятиях по противодействию ВИЧ/СПИДом.

Источник: Отчет о ходе работы – 2003 г.: Глобальный ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа, ЮНЭЙДС, 2003 г.; *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003, UNAIDS/USAID/WHO/CDC and the Policy Project, 2004; The Level of Effort in the National Response to HIV/AIDS: The AIDS Program Effort Index (API) 2003 Round, UNAIDS/USAID/WHO and the Policy Project.*

национального планирования и национальные потребности. Кроме того, они говорят, что на персонал ложится дополнительная нагрузка в связи с требованиями к отчетности отдельных доноров, из-за чего сотрудникам программ приходится заниматься обременительным бумаготворчеством. Поскольку все больше внешних участников предлагают свою помощь, все большее значение приобретает вопрос гармонизации и согласования требований доноров с национальными структурами, стратегическими планами и системами мониторинга и оценки.

Глобализация лидерства в борьбе со СПИДом

В течение многих лет одним из главный препятствий для организации эффективной национальной деятельности в ответ на эпидемию СПИДа было отсутствие политической воли не только для борьбы с эпидемией, но даже для ее обсуждения. В последнее время политическая приверженность делу борьбы со СПИДом повысилась в странах, наиболее сильно пострадавших от эпидемии. И все же, во многих странах, где происходит быстрое распространение ВИЧ-инфекции, например в Азиатско-Тихоокеанском регионе или Восточной Европе, отсутствие лидерства вызывает опасения, что эти страны не смогут организовать эффективные меры по борьбе с эпидемией, пока не станет слишком поздно.

В странах Африки к югу от Сахары масштабы эпидемии убеждают все большее число лидеров принять на себя личную ответственность за осуществление национальных мероприятий по противодействию эпидемии СПИДу. Так, например, президент Кении Кваи Кибаки возглавил новый Комитет по борьбе со СПИДом при кабинете министров и призывает лидеров основных религий Кении бороться со стигмой и дискриминацией. Кроме того, правительство отменило оплату за школьное обучение, что немедленно помогло десяткам тысяч кенийских детей, осиротевших из-за СПИДа.

Президент Ботсваны Фестус Могае оказал большую помощь в предоставлении бесплатных антиретровирусных препаратов и разработке национальных программ профилактики передачи инфекции от матери ребенку. Президент Малави Бакили Мулузи назначил министра по вопросам СПИДа с целью улучшения координации национальных ответных мероприятий. В марте 2004 года в Лесото премьер-министр Пакалита Мосисили и более 80 руководящих государственных служащих открыто прошли

тестирование на ВИЧ, чтобы помочь преодолеть стигму и дискриминацию, которые мешают людям обращаться за услугами по добровольному консультированию и тестированию.

Кроме того, в 2003 году решительные шаги предприняли руководители двух самых населенных стран мира. В рамках мероприятий Всемирного дня борьбы со СПИДом 2003 года премьер-министр Китая Вэнь Цзябао посетил больницу, где встретился с больными СПИДом и пообещал, что правительство будет защищать их права, обеспечит бесплатное школьное обучение для их детей и бесплатное лечение для неимущих пациентов. В июле 2003 года прошел первый съезд индийского Парламентского форума по проблемам СПИДа, на котором была подчеркнута необходимость преодоления стигмы. Премьер-министр Атал Бихари Ваджпаи заявил, что проблема борьбы с эпидемией в Индии встала как никогда остро, и призвал к «открытости и полному отсутствию предрассудков в отношении пострадавших людей» (Kaiser Daily AIDS Report, 2003).

Ассоциация стран Юго-Восточной Азии разработала Программу деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2003-2005 гг. Правительства стран и донорские организации поддерживают и осуществляют основные инициативы Программы, включая межгосударственные мероприятия, направленные на мобильные группы населения и преодоление стигмы и дискриминации. В сентябре 2003 года министры и старшие должностные лица из 62 стран и территорий, входящих в Экономическую и социальную комиссию ООН для Азии и Тихого океана, приняли резолюцию о борьбе со СПИДом как с проблемой в области развития.

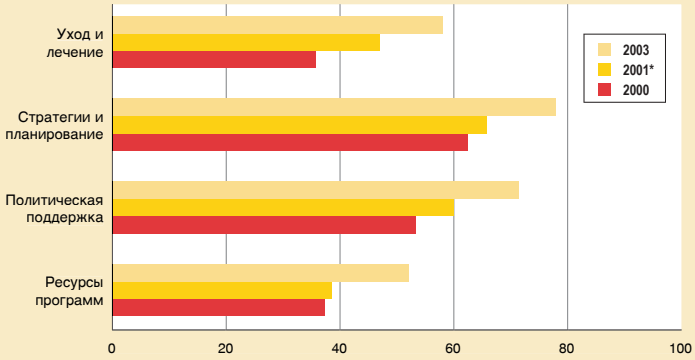
В качестве примера успешной работы в странах Карибского бассейна можно привести деятельность премьер-министра государства Сент-Киттс и Невис Дензина Дугласа (лидера Панкарибского партнерства против ВИЧ/СПИДа). В частности, он активно проводит международные переговоры, пропагандируя снижение стоимости медицинских услуг и расширение доступа к антиретровирусной терапии.

В 2002 году в Содружестве Независимых Государств на двух саммитах глав правительств (в Москве и Молдове) была принята Программа неотложных мер государств-участников СНГ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа, в рамках которой были созданы должности национальных координаторов для осуществления многосекторального противодействия эпидемии. В феврале 2004 года в Дублине высокопоставленные представители правительств 53 государств участвовали в конференции «Ломая преграды», организованной Европейским союзом, и приняли обязательства добиваться конкретных результатов по снижению уровней ВИЧ и СПИДа в Европе и Центральной Азии.

Традиционные лидеры тоже могут оказать положительное воздействие. Великий совет вождей Фиджи (конституционный орган, состоящий из 50 наследных лидеров) был одним из организаторов конференции «Ускорение действий против СПИДа в Тихоокеанских странах». Президент Фиджи и члены совета вождей выразили приверженность делу борьбы со СПИДом в своей стране и призвали лидеров общин, деловых кругов и религиозных организаций последовать их примеру.

Рисунок 45

Изменения значений Показателя результативности программ по борьбе со СПИДом, 2000, 2001 и 2003 гг.



* Анкета ПРПС была переработана в 2003 г. для обеспечения более содержательного сравнения данных по странам. В связи с изменением методологии респондентов в 2003 г. попросили посчитать каждый пункт дважды – за 2003 год и за 2001 год. Включение данных за 2001 год позволило измерить прогресс по сравнению с 2000 годом.

Источник: ЮНЭЙДС, АМР США, проект "Полиси" – Анкеты ПРПС

Стратегии, политика, законодательство и действия

В конечном счете, лидерство должно претворяться в реальные действия. ЮНЙЭДС проводит мониторинг хода глобальных мероприятий по противодействию СПИДу разными способами, и разработанный ею Показатель результативности программ по борьбе со СПИДом является одним из инструментов измерения прогресса, достигнутого на уровне стран. Показатель был разработан Агентством США по международному развитию, Секретариатом ЮНЭЙДС, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и американским проектом «Полиси». Он отслеживает деятельность стран по 10 различным программным категориям, но не определяет фактический результат, такой как охват конкретной услугой.

Результаты работы за период между 2000 годом (40 стран) и 2003 годом (54 страны) показывают общую тенденцию к улучшению (AMP США и др., 2003 г.). Многого удалось достичь в области лечения и ухода, политической поддержки, стратегий и планирования и выделения ресурсов для программ. Улучшения в предоставлении ресурсов, лечении и уходе особенно заметны, поскольку эти компоненты имели самые низкие показатели в 2000 году (см. Рис. 45). Созданием Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и повышением уровня финансирования, предоставляемого донорами, в значительной степени объясняется рост показателей по компоненту «Ресурсы». Рост показателей в области ухода, вероятно, отражает повышенное внимание, которое международные доноры стали уделять обеспечению доступа к лечению.

Приверженность и действия

В 2003 году был проведен сбор дополнительных данных по 103 странам с целью оценки национальной приверженности и действий, а также мероприятий по разработке и реализации стратегий (ЮНЭЙДС, 2003b). Данные показывают рост числа стран, имеющих комплексные, многосекторальные национальные стратегии борьбы со СПИДом и национальные координационные органы по борьбе со СПИДом под руководством правительства. Однако само по себе существование национальных органов и планов не обязательно приводит к эффективной и согласованной деятельности. В частности, было обнаружено, что, как ни удивительно, ресурсы зачастую не направляются на осуществление программ, способных обеспечить наиболее сильное воздействие. Так, например, в некоторых странах Латинской Америки осуществлялось крайне мало программ для потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих секс с мужчинами, в регионах, где эти группы населения страдали от высоких уровней ВИЧ-инфекции (См. главу «Финансирование»).

В некоторых странах удалось достичь определенного прогресса в области политики и стратегического планирования, однако законодательство за этим не поспевает, поскольку до сих пор продолжают действовать устаревшие или противоречивые законы. Тем не менее, в некоторых странах с подобным законодательством были осуществлены пилотные проекты по обмену игл и шприцев, внедрению заместительной метадоновой терапии, пропаганде презервативов в развлекательных учреждениях. Благодаря дополнениям к уголовному кодексу, недавно принятым в Российской Федерации, проекты снижения вреда получили легальный статус. К сожалению, определенные правовые барьеры все еще существуют, и наиболее заметный из них – запрет на заместительную терапию. (ЮНЭЙДС/ Министерство здравоохранения, 2003 г.).

Правовые барьеры существуют и в других областях. В отчете Программы развития ООН (ПРООН) за 2004 год «Как обратить эпидемию вспять: Состояние проблемы и возможности решения – ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и Содружества Независимых Государств» отмечается, что многие правительственные учреждения в регионе не могут перевести средства на счета неправительственных организаций (НПО) или заключить с ними договоры подряда на выполнение программных мероприятий. Более того, многие НПО имеют собственные проблемы, включая недостаточные профессиональные навыки и технические возможности, высокую текучесть кадров и зачастую неоправданное недоверие со стороны органов власти. Для

Улучшить руководство для повышения эффективности ответной деятельности

Демократическая и эффективная деятельность в области развития зависит от надлежащего руководства, полного участия всех заинтересованных сторон, верховенства права, прозрачности, положительной реакции со стороны общественности, умения добиться консенсуса, справедливости, результативности работы и подотчетности. Это сложные и взаимосвязанные вопросы, но они имеют конкретное применение. Например, в странах с высоким уровнем участия всех заинтересованных сторон, как правило, более динамично развивается деятельность в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа. Недавние изменения политики в области лечения и ухода в Южной Африке стали возможными благодаря постоянному давлению со стороны общины ВИЧ-инфицированных граждан страны, ведущих юристов и медиков, а также множества национальных и международных НПО. Открытая система руководства с привлечением к участию представителей заинтересованных сторон позволила гражданскому обществу добиться положительных изменений.

Таким же образом, верховенство права базируется на законах и нормах, на полной информированности граждан о своих правах и способах их защиты в рамках существующего законодательства и политики (ПРООН, 2002 г.). Применение концепций верховенства права и надлежащего руководства в мероприятиях по борьбе со СПИДом способствует их демократичному планированию и осуществлению. В 2002 году решением Генерального секретаря ООН была создана Комиссия по ВИЧ/СПИДу и управлению в Африке, объединившая прикладные исследования, политический диалог и пропагандистские мероприятия. Комиссия размешается на базе Экономической комиссии для Африки в Аддис-Абебе (Эфиопия). Она использует сегодняшние знания, полученные в ходе мероприятий по противодействию СПИДу, для устранения информационных пробелов и работает над тем, чтобы принципы надлежащего руководства, применялись в работе лиц, принимающих и осуществляющих решения в Африке.

Действуя в таком же духе, Программа ПРООН по вопросам ВИЧ и развития в Юго-Восточной Азии оказывает сильную поддержку обеспечению надлежащего руководства в мероприятиях по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа во Вьетнаме, Китае и Лаосской Народно-Демократической Республике (ПРООН, 2002 г.). В Восточной Европе ПРООН пропагандирует создание условий открытости и участия всех заинтересованных. Это включает разработку всесторонних, многосекторальных стратегий, создание передовых партнерств, направленных на формирование доверия и снижение стигмы с целью обращения эпидемии вспять.

решения этих вопросов в Отчете предлагается улучшить обучение персонала, наладить диалог между государственными и негосударственными организациями и усовершенствовать правовую базу для деятельности НПО.

Религиозное лидерство выдвигается на первый план

Политическое лидерство в области борьбы со СПИДом возникает во всех секторах общества. Например, во многих регионах мира большой вклад в работу вносят некоторые религиозные общины. В Западной Африке мусульманское руководство использует в работе моральный авторитет местных имамов. В Мали, при поддержке организации «Попьюлэйшн сервис интернешнл» и АМР США, Малийская лига имамов и исламских ученых разработала четыре урока для пятничных молитв, которые читают имамы, включая рекомендации о профилактике и послания о сочувствии к людям, живущим с ВИЧ (Портал развития, 2003 г.).

Тем временем в Аргентине лютеранский священник, отец Лисандро Орлов, обратился с призывом к церквям Латинской Америки о необходимости принятия более терпимого подхода к вопросам сексуальной жизни и ВИЧ. В 2003 году в Непале, в ходе Межконфессиональной консультации о проблемах детей, молодежи и СПИДа в Южной Азии, различные религиозные общины приняли обязательство присоединиться к непосредственной борьбе с ВИЧ/СПИДом и пообещали предоставлять услуги по уходу, защите и поддержке людей, инфицированных ВИЧ и пострадавших от эпидемии.

Англиканская церковь Южной Африки постоянно выступает в поддержку решения вопросов в связи со СПИДом. Во время проведения крупных церковных мероприятий епископ Англиканской церкви Нджонгонкулу Ндунгане подверг критике политику южноафриканского правительства в области предоставления антиретровирусных препаратов и мероприятий по противодействию

СПИДу в тюрьмах. Тем временем, НПО «Позитивные мусульмане» ведут борьбу со стигмой и дискриминацией в широких слоях южноафриканского общества.

Кроме того, религиозные группы начинают занимать лидирующие позиции в уходе. В Дурбане (Южная Африка) Свами Сарадананда из Центра Рамакришны уже много лет занимается консультированием и уходом за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, независимо от их религиозной принадлежности. Эту деятельность подхватили и другие индусские клиники, и сегодня Индусский совет Африки занимается решением вопросов, связанных с ВИЧ/СПИДом. В качестве еще одного примера можно привести программу по уходу на дому самаритянской миссии в Нассау, Багамские Острова. В рамках этой межконфессиональной программы проводится обучение добровольцев для работы с людьми, живущими с ВИЧ, членами их семей и близкими. Программа действует уже 14-й год, и с ее помощью обучено более 300 добровольцев.

Гражданское общество и мобилизация общин

Общинные группы и организации гражданского общества, созданные в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа, представляют все слои общества, пострадавшие от эпидемии. Все они играют ключевую роль в этой работе. Организации гражданского общества зачастую применяют передовые подходы в борьбе с эпидемией и могут ускорить выделение средств общинам, расширить услуги, предоставляемые государством, и провести мониторинг национальных правительственных стратегий. Людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, следует особенно широко вовлекать во все мероприятия по противодействию, начиная с планирования и принятия решений и заканчивая осуществлением и оценкой программ (см. главу «Крупным планом: РУЛС»).

Так, например, Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца сформировала партнерство с Глобальной сетью людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Их совместная деятельность сосредоточена на искоренении стигмы путем образования связей между национальными и местными обществами Красного Креста и Красного Полумесяца и организациями ВИЧ-положительных людей. Такой подход обеспечивает также людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, возможность играть важную роль в программах антиретровирусного лечения, в частности, оказывать помощь людям в получении доступа к уходу и помогать пациентам в соблюдении режима лечения.

Особенно велика ценность и эффективность организаций гражданского общества, если они работают вместе с правительством, а не параллельно с ним. Обе стороны должны быть открыты для партнерства, а правительство должно создать для этого благоприятную среду. Факторы, позволяющие этим группам вносить максимальный вклад в общее дело, включают юридическое признание, налоговые стимулы для деятельности, отработанные договорные нормы и согласованные базовые правила, позволяющие вовлекать их в процесс принятия решений и обмена информацией. Кроме того, обе стороны должны принять необходимые меры для обеспечения отчетности и прозрачности работы.

На уровне общин административные процедуры правительственных органов должны быть достаточно гибкими и предусматривать вовлечение местных НПО в работу. Оценка целевых мероприятий, проведенная в Индии, показала, что некоторым государственным учреждениям практически не удалось наладить совместную работу с общинными организациями из-за негибких правил, касающихся расчета расходов и отчетности. Так, например, к заявкам на получение грантов необходимо прилагать копии справок об официальной регистрации организации, годовые отчеты и проверенные финансовые отчеты за последние три года. Немногие общинные группы в состоянии предоставить такую информацию. (Lenton et al., 2003).

Некоторым правительствам удалось успешно расширить возможности общин по использованию их собственных ресурсов и специалистов в деятельности по борьбе со СПИДом. Например, в Малави в рамках национальной стратегии работы с детьми, осиротевшими из-за СПИДа, поощряется предоставление общинными группами услуг по уходу за сиротами. Сегодня в стране действует

97 общинных групп по уходу за сиротами, а некоторые группы помогают в обучении детей, охваченных этой работой. (ЮНЭЙДС, 2003d).

Партнерская работа по противодействию эпидемии СПИДа

Национальные органы, занимающиеся вопросами СПИДа, все чаще обращаются к созданию официальных партнерств с целью стимулирования участия неправительственных организаций, расширения национального участия в мероприятиях по противодействию и повышения прозрачности работы. Впервые такой подход был предпринят в Африке в рамках Международного партнерства против СПИДа в Африке. Сегодня эта концепция довольно распространена, но лучшие примеры ее применения до сих пор отмечаются в странах Африки к югу от Сахары. Например, Угандийское партнерство против СПИДа является национальным координационным механизмом для девяти «учредителей», работающих в области СПИДа, которые представляют всех участников на всех уровнях. Они обмениваются информацией, совместно планируют и координируют деятельность.

В соседней Кении с целью поддержки многосекторальной ответной деятельности страны ежегодно проводится рассмотрение Совместной программы по борьбе со СПИДом, в котором участвуют все заинтересованные стороны. Впервые такое рассмотрение проводилось в мае 2002 года Национальным комитетом по контролю над СПИДом, группами гражданского общества, донорами и другими участниками. Среди многих других преимуществ это дает возможность правительству связать воедино стратегический план и другие важные процессы принятия решений.

Межстрановая программа по СПИДу Всемирного банка и Глобальный фонд намереваются непосредственно вовлекать гражданское общество в работу. Программа работает с НПО через свои каналы финансирования, а Глобальный фонд требует обязательного участия НПО в Координационном механизме страны, который готовит предложения о проектах в связи со СПИДом. Например, в Марокко национальные НПО непосредственно отвечают за распоряжение 30% финансовых средств, предоставленных Фондом. Они участвуют в деятельности Министерства здравоохранения и работают с общественными организациями по предоставлению услуг на местах.

Работа с гражданским обществом предполагает постоянный процесс обучения и адаптации для всех участников. В одном из документов, недавно выпушенных Международным альянсом по ВИЧ/СПИДу, оценивается участие НПО в освоении первого транша финансирования, предоставленного Глобальным фондом. В документе указывается, что приверженность правительств работе с НПО на деле оказалась не совсем искренней. Многие правительственные учреждения работали с НПО только для того, чтобы получить финансирование, а после этого теряли интерес к сотрудничеству. В исследовании также было отмечено, что большинство НПО, приглашенных к участию в Координационном механизме страны, располагалось в столицах стран. Сельские организации или НПО, работающие с маргинальными группами населения, были представлены слабо. Кроме того, по сообщениям из некоторых стран, национальные комитеты по СПИДу не обладали достаточными возможностями, чтобы управлять средствами, которые Глобальный фонд выделял для НПО.

В то же время, многие НПО не имеют достаточных ресурсов, технических возможностей и управленческих навыков. Некоторые НПО уделяют больше внимания конкуренции между собой, чем формированию единого подхода в сообществе НПО. Все эти факторы отрицательно воздействуют на способность НПО к участию в процессах Глобального фонда. В документе Альянса неправительственным организациям рекомендуется получать техническую и финансовую помощь для улучшения потенциала к совместной работе и участию в мероприятиях. В нем также содержится призыв к правительственным партнерам более позитивно относиться к работе с НПО (Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, 2002 г.).

Глобальная коалиция предпринимателей по ВИЧ/СПИДу: корпоративный лидер в борьбе со СПИДом

Эпидемия СПИДа наносит большой ущерб бизнесу во всем мире, оказывая негативное воздействие на работников, клиентов и рынки. Основным игроком в этой сфере деятельности является Глобальная коалиция предпринимателей по ВИЧ/СПИДу, которая стремится расширить вовлечение деловых кругов в глобальные мероприятия по противодействию эпидемии. Коалиция сотрудничает с Глобальным фондом, ЮНЭЙДС и другими партнерами. В ее состав входит 130 корпоративных членов из разных секторов, включая горную промышленность, производство товаров широкого потребления, электронику, энергетику, финансовую отрасль, производство стали, средства массовой информации и коммуникации.

Коалиция помогает компаниям в осуществлении программ на рабочих местах, программ по профилактике, уходу и поддержке для сотрудников и в общинах; использует инновационный характер и гибкость бизнеса для обеспечения большей эффективности программ по борьбе со СПИДом; ведет пропаганду от имени бизнеса и обеспечивает лидерство с целью поддержки расширения борьбы со СПИДом и создания партнерств с правительствами и общинами. В 2003 году Коалиция и девять ее членов объявили о новой инициативе, направленной на расширение программ в связи со СПИДом на рабочих местах в тех общинах, где работают компании, и распространение корпоративного «ноу-хау» в государственном секторе, чтобы расширить доступ к услугам и снизить начальные и текущие расходы.

Вовлечение частного сектора

Частные предприятия могут внести свой вклад в деятельность по противодействию СПИДу на разных уровнях, в зависимости от их размера, отрасли и местоположения. Три основных вида их вклада включают программы профилактики на рабочих местах, лидерство и поддержку борьбы со СПИДом, а также партнерства с общинами для усиления противодействия эпидемии. Для вовлечения частного сектора на разных уровнях ЮНЭЙДС готовит технические рекомендации, способствует созданию партнерств, разрабатывает различные методы и инструменты. Ее стратегия – развивать эффективные подходы. Основное внимание уделяется вовлечению ассоциаций бизнесменов, которые включают такие организации, как Глобальная коалиция предпринимателей по ВИЧ/СПИДу и Всемирный экономический форум; общественные организации, такие как «Ротари клуб»; бизнес-ассоциации и коалиции; торгово-промышленные палаты; и профсоюзы.

В странах, наиболее сильно пострадавших от ВИЧ-инфекции, растет осуществление программ в связи со СПИДом на рабочих местах; однако работодатели и профсоюзы могут играть и более значительную роль в глобальных мероприятиях по противодействию эпидемии СПИДа. На сегодняшний день большинство проектов на рабочих местах уделяют основное внимание профилактике и уже накопили немалый опыт. Например, в Индонезии Международная организация труда (МОТ) и «Акси Стоп ЭЙДС» (проект организации «Фэмили хелс интернешнл») организовали кампанию «СПИД в мире труда», направленную на работников, работодателей и правительство. К концу 2004 года в рамках кампании планируется охватить профилактическими мероприятиями более 900 тысяч работников.

Некоторые транснациональные корпорации осуществляют программы на рабочих местах с глобальным охватом. Одним из примеров является «Стандард чартерд бэнк», который имеет около 30 тысяч сотрудников в более чем 50 странах. Это крупнейший международный банк в Китае и Индии, имеющий также более 5 тысяч сотрудников в 13 странах Африки. Его текущая программа обучения среди лиц одного круга «Жить с ВИЧ» осуществляется добровольными «активистами» и направлена на ВИЧ-инфицированных сотрудников. Она помогает им обсуждать необходимые действия, для того чтобы вести нормальную жизнь, и способы получения доступа к практической и эмоциональной поддержке.

В странах с высокой распространенностью инфекции мероприятия на рабочих местах объединяют стратегии профилактики, лечения и ухода. В Южной Африке горнодобывающие и другие компании стали лидерами в

Исследование о воздействии эпидемии СПИДа на работу частных компаний

В 2004 году Всемирный экономический форум опубликовал результаты глобального опроса лидеров бизнеса об их представлениях о воздействии СПИДа на их предпринимательскую деятельность и их ответных мерах. Подготовленный Форумом, АМР США и Гарвардским университетом опрос был озаглавлен «Бизнес и ВИЧ/СПИД: Кто, я?». Основные выводы опроса показали что:

- менее 6% фирм имеют официально утвержденную политику в области ВИЧ в письменном виде;
- 47% фирм ощущают некоторое воздействие СПИДа на их деятельность, или ожидают такого воздействия;
- 20% фирм считают, что СПИД серьезно воздействует или будет воздействовать на общины, в которых они работают;
- 16% всех фирм предоставляют информацию о риске ВИЧ-инфекции;
- 5% указали, что предоставляют антиретровирусные препараты своим ВИЧ-инфицированным сотрудникам.

Только 28% руководителей считают, что их деятельность в ответ на эпидемию недостаточна. При этом, 56% из тех, кто предполагает, что эпидемия нанесет серьезный ущерб их бизнесу, недовольны мероприятиями по противодействию, осуществляемыми их компаниями. В отчете сделаны следующие выводы:

- компании не слишком активны в борьбе со СПИДом, даже если они предполагают, что эпидемия создаст серьезные проблемы для их деятельности;
- компании принимают решения на основе крайне разрозненных оценок риска, которому они подвергаются;
- компании, похоже, поддерживают широкое общественное противодействие эпидемии, однако лишь немногие из них рассматривают себя как неотъемлемую часть этого противодействия.

Полный текст отчета (на английском языке) можно найти в Интернете по адресу: www.weforum.org/site/homepublic.nsf/Content/Global+Health+Initiative%5CGHI+Global+Business+Survey

обеспечении рабочих лекарствами. Возникают новые инициативы и в других частях Африки. В Камеруне Национальная комиссия по СПИДу и ассоциация работодателей страны помогают компаниям получить необходимые лекарства, презервативы, недорогие антиретровирусные препараты и другие поставки для своих сотрудников. Это партнерство получило четырехлетний кредит от Межстрановой программы Всемирного банка по ВИЧ/СПИДу, а, кроме того, сами компании вкладывают собственные средства в эту работу (ЮНЭЙДС, 2003).

Лидерство, пропаганда и партнерства в сфере бизнеса

Некоторые компании не ограничиваются мероприятиями на рабочих местах только на своих предприятиях, и начинают вести более широкую пропагандистскую работу в связи со СПИДом. Частные компании могут повлиять на своих партнеров по поставкам сырья, дистрибуторов, компании в других секторах, группы потребителей, общины и правительства. Таиландская коалиция предпринимателей по ВИЧ/СПИДу, Американская международная страховая компания (Таиланд) и Совет по народонаселению, предоставив компаниям, проводящим профилактическую работу на рабочих местах, страховые премии в размере 5-10%, непосредственно способствовали тому, что 125 таиландских компаний начали осуществлять программы профилактики ВИЧ.

Глобальная инициатива по отчетности (ГИО) объединяет мир труда с более широкими вопросами руководства. Южная Африка была выбрана для проведения первого этапа мероприятий по разработке международных стандартов отчетности в связи с ВИЧ для частных компаний и других организаций. Среди партнеров проекта – Йоханнесбургская фондовая биржа, Южноафриканский институт бухгалтеров, Страховое общество Южной Африки, некоторые крупнейшие компании страны и представители других заинтересованных сторон – профсоюзов, правительств и кампании по обеспечению доступа к лечению «Тритмент экшн кэмпейн» (газета «Кейп аргус», 2003 г.; ГИО, 2003 г.).

В последние годы в качестве одного из путей устранения дисбаланса ресурсов для

борьбы со СПИДом между странами с низким и средним уровнем доходов и промышленно развитыми странами возникают партнерства между государственным и частным секторами. Инициатива по ускорению доступа к уходу, поддержке и лечению в связи с ВИЧ, Глобальный альянс по проблемам вакцинации и иммунизации, Международная инициатива по разработке вакцины против СПИДа, Международная коалиция за доступ к лечению ВИЧ-инфекции и Партнерство «Остановить туберкулез» являются примерами такого международного партнерства.

Среди наиболее наглядных примеров программ партнерства по борьбе со СПИДом между государственными и частными организациями на национальном и региональном уровне можно назвать сотрудничество с крупнейшими фармацевтическими компаниями. В Ботсване Министерство здравоохранения, Фонд Билла и Мелинды Гейтс и Фонд компании «Мерк» создали программу антиретровирусного лечения под названием «Маса», что на языке сетсвана означает «новый рассвет». К началу 2004 года в рамках этой программы более 14 тысяч больных получали антиретровирусные препараты (см. главу «Лечение»).

Партнерство между государственным и частным сектором в Румынии, в котором участвовало правительство и шесть крупных фармацевтических компаний («Эббот лабораторис», «Берингер-Ингельхайм», «Бристоль-Майерс Сквибб», «ГлаксоСмитКляйн», «Хоффман-Ля Рош» и «Мерк энд Ко»), разрабатывает национальный план по обеспечению доступа к лечению и уходу в связи с ВИЧ/СПИДом. В соответствии с этим планом, правительство Румынии выделяет средства на лечение и уход за больными СПИДом из национального бюджета. Компании согласились снизить цены на отдельные препараты на 25 - 87% или бесплатно предоставить препараты и оборудование для измерения вирусной нагрузки и числа клеток CD4.

Частный сектор формирует также партнерства по борьбе со СПИДом с организациями гражданского общества. Например, в Намибии алмазная корпорация «Намдеб» оказывает поддержку организации людей, живущих с ВИЧ, «Лиронга эпару» («Учись выживать»).

Обеспечение действенности многосекторальной работы

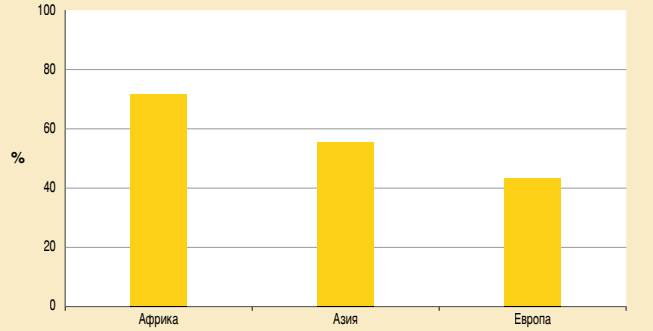
Если страны будут придерживаться многосекторального принципа деятельности путем вовлечения государства, частного сектора и гражданского общества, это позволит им максимально увеличить ресурсы – финансовые и прочие – для борьбы со СПИДом. Они смогут избавиться от зависимости от внешней поддержки мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа и перейти к независимой национальной деятельности. Декларация ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая в 2001 году, призывает различных участников принять активное участие в национальной ответной деятельности. К 2003 году страны должны были создать и усилить национальные механизмы ответной деятельности путем вовлечения представителей частного сектора, гражданского общества, людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и основных уязвимых групп в качестве партнеров.

Мониторинг ЮНЭЙДС показывает, что более 90% стран, приславших отчеты, сформировали национальные многосекторальные органы для координации деятельности в связи со СПИДом между правительством, частным сектором и гражданским обществом. Расширение масштабов национальных комиссий по СПИДу, партнерских форумов и рабочих групп под руководством

Рисунок 46

Отношения между Национальными советами по СПИДу и двусторонними донорами

Процент стран, приславших отчеты, в которых существовали официальные связи между НСС и двусторонними донорами (по данным Секретариата ЮНЭЙДС)



Источник: ЮНЭЙДС, 2004

правительства, расширенных Тематических групп ООН по ВИЧ/СПИДу и Координационных механизмов стран по проекту Глобального фонда указывает на беспрецедентные усилия по вовлечению самых разных участников в национальную ответную деятельность.

Тем не менее, во многих странах нечетко определенная роль министерств здравоохранения и национальных советов по СПИДу приводит к определенной неразберихе и конфликтам, что замедляет осуществление национальной стратегии. Зачастую у правительственных министерств нет стимула выполнять рекомендации национальных координационных механизмов. Многие рассматривают «сотрудничество» как угрозу, поскольку могут потерять влияние и контроль над бюджетными средствами. Иногда это приводит к неприкрытой борьбе за полномочия между национальными советами по СПИДу и министерствами здравоохранения. Более того, в очень многих странах представители гражданского общества не участвуют в принятии решений на высоком уровне.

Так, например, Национальный комитет по СПИДу в Бангладеш был создан как межведомственный орган. Однако его возглавляет Министерство здравоохранения и благосостояния семьи, и он не имеет четкой политики и структуры управления. Другие министерства считали комитет подразделением Министерства здравоохранения и не соглашались участвовать в процессе координации. Не имея реального влияния, комитет не мог эффективно функционировать; его последнее заседание состоялось в 2002 году.

В Шри-Ланке разворачивается похожая ситуация. Национальную комиссию по СПИДу возглавляет Министерство здравоохранения, которое основное внимание уделяет решению сугубо медицинских вопросов. Другие министерства участвуют в работе слабо и нерегулярно. Опыт Бангладеш и Шри-Ланки показывает, что высокопоставленные национальные лидеры должны оказывать политическую и правовую поддержку советам по СПИДу. Точно так же, когда двусторонние и многосторонние доноры поддерживают

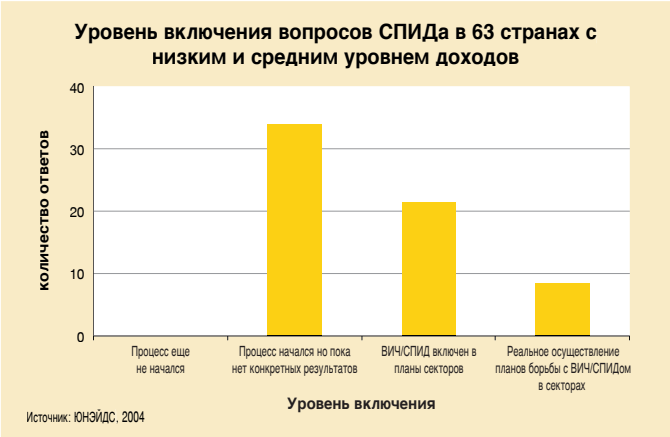


Рисунок 47

органы, координирующие деятельность по борьбе со СПИДом, и общаются с ними, это укрепляет позиции этих органов как лидеров в многосекторальной ответной деятельности.

Твердая поддержка со стороны доноров, кроме того, повышает возможности органов, отвечающих за борьбу со СПИДом, по созданию национальных систем мониторинга и оценки и получению стратегической информации. Глобальный фонд и Всемирный банк поддерживают эту концепцию в своей деятельности по противодействию эпидемии СПИДа, однако двусторонняя поддержка менее стабильна. Опрос, проведенный Секретариатом ЮНЭЙДС в 2004 году, показал, что в Африке 71% национальных органов по борьбе со СПИДом имели официальные связи с двусторонними инициативами. В то же время, в Азии эти связи были налажены только в 56% исследованных стран; в Восточной Европе – только в 43% (см. Рис. 46).

Поддержка двусторонних доноров имеет критическое значение для функционирования действительно национальных координационных органов. Этот принцип имеет особенно важное значение, поскольку министерства здравоохранения будут играть главную роль в глобальном расширении масштабов антиретровирусного лечения. В одиночку министерства здравоохранения с этой серьезной задачей не справятся. Для быстрого расширения доступа к антиретровирусному лечению национальные советы по СПИДу должны

обеспечить надежную координацию и вовлечь в работу правительства и гражданское общество.

Включение вопросов СПИДа во все институциональные мероприятия

В идеале, организации и ведомства должны заниматься проблемами СПИДа путем «включения» их в свою основную деятельность, обеспечивая присутствие компонента борьбы со СПИДом во всех своих соответствующих мероприятиях. Такая интеграция решает проблему четких ведомственных связей с ответной деятельностью в связи со СПИДом, а также обеспечивает преодоление основных причин распространения эпидемии. Например, министерства образования должны предусмотреть просвещение по вопросам СПИДа в школах. Кроме того, они должны обеспечить равный доступ к обучению для девочек, чтобы расширить их возможности в обществе и, таким образом, снизить их уязвимость к ВИЧ-инфекции.

Включение в основную деятельность является ключевой стратегией преобразования глобальной приверженности в национальные программы развития. Цели тысячелетия в области развития и Декларация ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая в 2001 году, легли в основу глобального плана действий. В целях ускорения осуществления такого включения в 2001 году Международный валютный фонд и Всемирный банк объявили включение вопросов СПИДа в основные программы развития приоритетной задачей. Однако в начале 2004 года в 44% стран, в которых Секретариат ЮНЭЙДС проводил исследование, национальные комиссии по СПИДу не были вовлечены в разработку документов о стратегиях сокращения масштабов нищеты, что являлось необходимым условием для программы Всемирного банка и Международного валютного фонда об облегчении бремени задолженности.

Даже в странах, которые сообщили о наличии такой связи, она, в лучшем случае, крайне несущественна. Дополнительный анализ, проведенный ЮНЭЙДС, четко указывает на необходимость обеспечения того, чтобы решение проблем СПИДа было включено в документы о стратегиях сокращения масштабов нищеты.

В конце 2003 года в ходе исследования, проведенного ЮНЭЙДС в 62 странах, все респонденты указывали, что ключевые секторы начали включение вопросов СПИДа в свою деятельность, однако только 13% достигли прогресса в осуществлении этих планов в своих секторах (см. Рис. 47).

Второй хронической проблемой является неадекватное финансирование многосекторальной деятельности. Правительство на высшем уровне должно принимать решение о выделении средств на борьбу со СПИДом, а министерства финансов должны обеспечить включение этих средств в бюджеты и их ассигнование приоритетным министерствам. Буркина-Фасо, Гвинея, Замбия, Камерун, Малави, Мозамбик и Уганда включили компонент борьбы со СПИДом в свои документы о стратегиях сокращения масштабов нищеты. Однако к программам по борьбе со СПИДом зачастую относятся крайне поверхностно. Исследование ЮНЭЙДС показало, что только 15 стран разработали документы о стратегиях сокращения масштабов нищеты, в которые были включены показатели в связи с ВИЧ и СПИДом.

В Замбии включение вопросов СПИДа в работу всех государственных секторов является приоритетом. Например, недавно правительство начало проводить тренинги для сотрудников Министерства сельского хозяйства и кооперации, чтобы обучить их, как можно учитывать проблемы СПИДа в своей деятельности. В этой работе участие также принимает Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН (ФАО), которая помогает изменить представления о том, что СПИДом должно заниматься только Министерство здравоохранения. В ходе тренинга подчеркивалась роль эпидемии в снижении продовольственной безопасности и те меры, которые могут принять руководители сельского хозяйства для смягчения последствий эпидемии путем применения трудосберегающих технологий и практики. Кроме того, участников тренинга обучили методам сохранения информации, расширения гендерного равенства, улучшения качества питания работников

сельского хозяйства, живущих с ВИЧ/СПИДом, и поддержки развития экономических и продовольственных социальных служб (ФАО и Правительство Замбии, 2003 г.).

В Гане, в рамках новаторского подхода к включению вопросов СПИДа в деятельность секторов, фонды на борьбу со СПИДом из разных секторов поступают в распоряжение Комиссии по СПИДу Ганы. Каждое министерство обязано внести 5% бюджетных расходов на включение какого-либо мероприятия в свою основную деятельность. Комиссия по СПИДу Ганы принимает решение о выделении оставшихся 95% бюджета только после получения такого согласия. Такой подход стимулирует министерства заниматься решением проблем СПИДа и обеспечивает определенный уровень их заинтересованности. (Elsey and Kutengule, 2003).

Однако многосекторальный подход не является неким универсальным решением, подходящим для всех участников. Многообразие типов эпидемии не позволяет решить этот вопрос путем разработки детальных глобальных рекомендаций. В странах с высокой распространенностью инфекции эпидемия затрагивает все общество. Национальные комиссии по СПИДу и другие координирующие органы должны действовать буквально как «военные советы» и непосредственно вовлекать в работу глав государств. Страны с более низкой распространенностью также нуждаются в сильных, многосекторальных мероприятиях по профилактике и уходу и должны использовать сравнительные преимущества отдельных министерств в борьбе с эпидемией.

В некоторых странах Азии и Восточной Европы с низкой распространенностью инфекции министерства здравоохранения все еще считают СПИД «своей» сферой деятельности. Однако они не обладают достаточной волей или потенциалом для того, чтобы инициировать, усилить или возглавить комплексные мероприятия по противодействию. В этих регионах существует множество межминистерских комиссий по СПИДу, однако они выполняют только консультативную роль.

Децентрализация дает расширенные возможности регионам, общинам и районам

Децентрализация является одной из основных стратегий улучшения надлежащего руководства и осуществления программ. В этом процессе центральные правительства делегируют власть и полномочия административным учреждениям низшего звена. Децентрализация направлена на то, чтобы процесс принятия решений стал более демократичным, справедливым и проводился с учетом местных потребностей. В результате этот процесс стимулирует чувство «национальной сопричастности» и способствует вовлечению гражданского общества и частного сектора в планирование стратегий.

Однако децентрализация в области борьбы со СПИДом зачастую заканчивалась неудачей (Lubben et al., 2002). Правительства привыкли работать в рамках жестких иерархических систем и не всегда понимают преимущества вовлечения общин в работу. В то же время, общины зачастую не имеют необходимых представительских структур или административных возможностей для эффективного участия в работе. Обеим сторонам следует уделить немало внимания обучению и взаимопомощи, если они хотят эффективно работать друг с другом (Mpanju-Shumbusho, 2003).

Несмотря на эти проблемы, децентрализация деятельности в связи со СПИДом в некоторых странах стала уже реальностью. Объединенная Республика Танзания, Папуа-Новая Гвинея и Уганда успешно провели децентрализацию национальных мероприятий по противодействию, передав полномочия на уровень общин и домохозяйств. Таким же образом, в Марокко были созданы многосекторальные региональные и провинциальные комитеты по СПИДу с целью разработки стратегических планов, координации деятельности и мониторинга ее осуществления. В Буркина-Фасо, Кении, Уганде и Эфиопии Межстрановая программа Всемирного банка по ВИЧ/СПИДу (МПС) помогла охватить общины и домохозяйства мероприятиями по

профилактике и уходу. В Гане МПС оказывает финансовую поддержку Инициативе районного противодействия, в рамках которой деятельность в ответ на эпидемию СПИДа децентрализованно осуществляется в 27 районах страны.

ПРООН также подчеркивает важность децентрализации деятельности в связи со СПИДом. В Камбодже ее Программа развития общин сотрудничает с Министерством сельских вопросов, давая общинам (районам) возможность готовить собственные планы развития, не дожидаясь, пока правительство выделит фиксированные средства каждой общине на осуществление неких единых мероприятий. Эта Программа предусматривает развитие местного потенциала по сбору и анализу данных о СПИДе для поддержки планирования и мониторинга. В ходе последнего цикла планирования большинство членов общинных советов определили борьбу со СПИДом как местный приоритет и указали, что готовы разработать детальные планы по уходу и профилактике.

Опыт разных стран указывает на необходимость мощных финансовых и политических инвестиций для создания эффективных районных и местных координационных органов. На местном уровне недостаток потенциала создает проблемы, в большинстве своем такие же, как и на национальном уровне. Сегодня существует насущная потребность в разработке новаторских подходов к решению проблем с развитием потенциала на всех уровнях систем здравоохранения, особенно среди младшего и среднего медицинского персонала. Эта ситуация приобретает особенную остроту, учитывая расширение доступа к антиретровирусной терапии.

Гармонизация и согласованность

Отношения между странами-донорами и странами-реципиентами и отношения доноров между собой могут иметь значительное влияние на то, как осуществляются национальные меры по противодействию эпидемии. Некоторые доноры следуют своим собственным планам без учета национальных приоритетов или действий других доноров. Однако эта ситуация меняется, особенно, если страны и доноры вступают в конструктивный диалог. В феврале 2003 года был достигнут переломный момент во взаимопонимании, когда старшие должностные лица из почти 50 стран и 20 многосторонних и двусторонних организаций в области развития приняли Римскую декларацию о гармонизации, в которой было признано, что донорская помощь возлагает на реципиентов высокие операционные затраты.

Доноры могут уменьшить эту проблему путем координации своих стратегий и требований к отчетности, а также помогая странам-партнерам руководить процессом их собственного развития. Гармонизации способствует создание национальных структур по борьбе со СПИДом, которые уравнивают всех партнеров. Часто оказывается, что вовлечение всех отраслей способствует развитию в области здравоохранения, образования и сельского хозяйства. Такой подход позволяет координировать финансирование совместно разработанного национального стратегического плана с согласованной структурой управления финансами и системой отчетности.

В последнее время в Малави были значительно улучшены механизмы финансирования в связи со СПИДом – особенно в июне 2003 г., когда правительство страны и четыре международных донора (Канада, Норвегия, Соединенное Королевство и Всемирный банк) приняли «коллективное» соглашение по финансированию в размере 72 миллионов долларов США на 2003 – 2008 гг. Оно действует параллельно с традиционной адресной системой донорского финансирования. В его рамках Национальная комиссия по СПИДу может распределять средства по приоритетным для страны сферам деятельности.

Если требуется перераспределить средства, чтобы покрыть непредусмотренные изменения в планах, операционные расходы доноров уменьшаются, потому что все участники работают по общему плану, с использованием общего финансового механизма и формата технической отчетности. Малавийское соглашение впервые позволило Всемирному банку объединить средства для борьбы со СПИДом. Существует надежда, что

двойная система объединенного и адресного финансирования Национальной комиссии по СПИДу обеспечит достаточную систему сдержек и противовесов, которые помогут создать более эффективный национальный механизм финансирования борьбы со СПИДом.

Результаты работы Объединенной программы по СПИДу в Мьянме доказали, что можно гарантировать, координировать и обеспечить финансирование от различных доноров даже в сложной политической обстановке. Правящая партия страны и политическая оппозиция рассматривают СПИД как социальную катастрофу и поэтому обратились за донорской помощью. Благодаря своему уникальному положению, система ООН возглавила работу по созданию Объединенной программы на 2003-2005 гг. и связанного с нею Фонда ВИЧ/СПИДа в Мьянме. Через эти программы в общей сложности 24 миллиона долларов США (главным образом от Норвегии, Соединенного Королевства и Швеции) направляется в проекты по борьбе со СПИДом, которые являются частью комплексного рабочего плана, разработанного и осуществляемого государственными органами, гражданским обществом и учреждениями ООН.

Управление финансовыми потоками

На борьбу со СПИДом во всем мире направляется все больше средств, поэтому возрастает важность их эффективного использования (см. главу «Финансы»). Это неотъемлемая часть улучшения руководства – особенно обеспечения прозрачности (то есть, возможности увидеть, как и почему принимаются решения) и подотчетности (лица, принимающие решения, должны нести ответственность за свои решения и их последствия).

Во многих странах межведомственные соглашения о финансировании в связи со СПИДом столкнулись с серьезными проблемами. Их работе мешают неудовлетворительное планирование и отсутствие четкого распределения ролей и действующих соглашений между национальными органами по координации борьбы со СПИДом, министерствами, ответственными за реализацию большинства программ в связи с ВИЧ (обычно это министерство здравоохранения и министерство образования), и министерством финансов, которое распоряжается денежными средствами. В результате этого многие планы мероприятий не финансируются в полном объеме, а значит, никогда полностью не осуществляются.

Еще одну проблему представляет собой застывший или устаревший порядок распределения средств, который приводит к возникновению феномена «деньги формируют программы». Например, в некоторых постсоветских странах государственные правила бухгалтерского учета не изменялись со времен советской эпохи. В некоторых странах Центральной Азии в государственных больницах и клиниках могут расходоваться только государственные средства, выделенные для здравоохранения. Поэтому НПО, осуществляющие «аутрич-программы» не могут поставлять или раздавать индивидуальные средства профилактики ВИЧ, такие как шприцы, иглы, презервативы, средства дезинфекции или тест-системы.

Так, например, в Казахстане большинство центральных и местных государственных фондов по борьбе со СПИДом до сих занимаются программами массового тестирования. И это несмотря на то, что Национальная программа по противодействию эпидемии СПИДа на 2001 – 2005 гг. призывает к установлению равновесия между мероприятиями по профилактике ВИЧ, тестированию и лечению. Такое противоречие возникло потому, что в бюджете отсутствуют статьи расходов на профилактику; для изменения этого положения требуется специальное правительственное решение. Поэтому невозможно осуществить мероприятия по профилактике, находящиеся на государственном финансировании. С этим связано также стремление многих организаций, предоставляющих услуги в связи со СПИДом, уделять основное внимание тестированию – единственному виду деятельности, финансируемому государством. Несмотря на помощь недавно созданных внебюджетных фондов, в том числе двухлетнего гранта Глобального фонда на сумму 6,5 миллиона долларов США, который включает в себя

мероприятия по профилактике, общий дисбаланс сохраняется.

Для того чтобы финансирование было эффективным, оно должно быть непрерывным. В Парагвае, в рамках Национальной программы по борьбе со СПИДом, в настоящее время антиретровирусное лечение получают 300 человек. Однако из-за недостаточного финансирования ежегодно на насколько месяцев лечение прерывается (ЮНЭЙДС, 2003b). Согласно последней оценке, проведенной в индийском штате Андра Прадеш, местные НПО сталкиваются с серьезными задержками финансирования (Lenton et al., 2003 г.).

Триединые принципы

В апреле 2004 года на встрече в Вашингтоне, Округ Колумбия, проходившей под председательством ЮНЭЙДС, Соединенного Королевства и Соединенных Штатов, между донорами и странами с низким и средним уровнем доходов было достигнуто историческое соглашение о проведении более эффективной совместной работы в целях расширения масштабов национальных мер в ответ на СПИД. Они приняли три ключевых принципа для проведения согласованных действий на уровне страны, названных «Триединими принципами».

- единые согласованные рамки действий в связи с ВИЧ/СПИДом, обеспечивающие основу для координации работы всех партнеров;
- единый национальный координационный орган по СПИДу с широкими межсекторными полномочиями;
- единая согласованная система мониторинга и оценки на уровне страны.

Понятия национальной собственности, многосекторности, включения вопросов СПИДа в основную деятельность, гармонизации и согласованности были объединены в эти принципы, которые нацелены на повышение темпов деятельности в ответ на СПИД, а также на пропаганду более эффективного использования ресурсов путем четкого разъяснения существующих ролей и отношений. Этот проект включает в себя единую согласованную рамочную структуру деятельности, которая представляет собой разработанный страной стратегический план координации между партнерами и механизмами финансирования.

Для эффективной работы национальный координационный орган по СПИДу должен иметь правовой статус, мощные, широкие, многосекторные полномочия и демократический механизм контроля. Он отвечает за руководство деятельностью партнеров в рамках структуры. Кроме того, координационный орган должен обладать безоговорочным лидерством в области национальной политики и иметь партнерские отношения, позволяющие осуществлять и анализировать деятельность в структуре. Многие страны заявляют, что у них есть национальные советы по СПИДу и национальные стратегические планы, но лишь немногие из них соответствуют конкретным критериям, указанным выше.

Еще реже встречается наличие единой согласованной системы мониторинга и оценки, которая обеспечивает единый механизм для учета различных вариантов финансирования, отслеживает эффективность программ по СПИДу и предоставляет стратегическую информацию, необходимую для корректировки структуры деятельности (ЮНЭЙДС, 2003).

Усиление потенциала

Эпидемия СПИДа представляет собой порочный круг, и наиболее сильно она поражает страны с самыми слабыми возможностями для оказания ей противодействия. В настоящее время во многих странах СПИД разрушает технический и административный потенциал быстрее, чем он может быть восполнен. Это создает беспрецедентный кризис людских ресурсов и обращает вспять многие положительные результаты развития, достигнутые в предыдущие десятилетия. По данным Всемирного банка, в некоторых частях Уганды и Малави почти треть всех учителей инфицированы ВИЧ. В Центрально-Африканской Республике на долю СПИДа пришлось 85% из 340 случаев смерти среди учителей в период с 1996 по 1998 гг.

Даже до начала эпидемии ВИЧ государственным системам в странах с низким и средним уровнем доходов приходилось прилагать усилия, чтобы удовлетворить потребности граждан. Проблемы

в области здравоохранения включали в себя слаборазвитую инфраструктуру снабжения, недостаточные людские ресурсы, низкий уровень услуг, выполнения должностных обязанностей, квалификации и нормативных документов, а также не соответствующие требованиям руководство и управление. В большей части стран Африки к югу от Сахары из-за эпидемии СПИДа эти слабые стороны привели к кризису. По данным последнего исследования воздействия эпидемии в Малави, всего с 1990 по 2000 гг. умерло 1462 сотрудника системы здравоохранения. В обзоре по 50 странам с низким и средним уровнем доходов за 2004 г. 95% представительств Секретариата ЮНЭЙДС в африканских странах сообщили, что нехватка медицинского персонала серьезно затруднила ответную деятельность по борьбе со СПИДом (см. Рис. 48).

В Азии о проблемах с ресурсами в области здравоохранения сообщило 67% представительств, а в Латинской Америке и странах Карибского бассейна – 47% (см. Рис. 48). Эти страны столкнулись со значительно возросшим спросом на медицинские услуги. Они также сталкиваются с увеличением нагрузки в виде болезней вследствие возвращения других проблем здравоохранения, таких как туберкулез, недоедание, диарея и пневмония. Действительно, по сообщениям из некоторых стран Африки к югу от Сахары пациенты с ВИЧ занимают 60-70% койко-мест в больницах. Из-за этого пациентам с другими заболеваниями трудно получить необходимое лечение и уход.

Поддержание существующего потенциала и прекращение «утечки мозгов»

Для формирования потенциала требуется финансирование и политическая приверженность, а также более широкое представление о проблеме, сочетающее в себе кратковременные, срочные меры и долгосрочное, устойчивое усиление основных институтов современного государства. Самое насущное требование – сберечь существующий потенциал путем сохранения здоровья и жизни людей. В наиболее сильно пострадавших странах Африки никакая другая мера не может так быстро и непосредственно

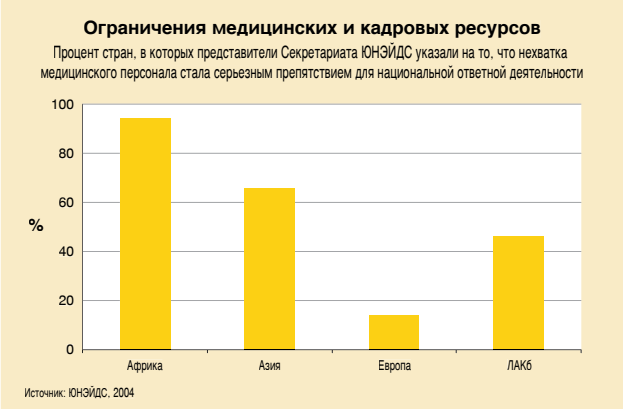


Рисунок 48

остановить снижение национального потенциала, как предоставление лечения и ухода. (Piot, 2003 г.). В то же время потребуется приложить усилия, чтобы в самой полной мере использовать существующий потенциал, когда инициативы по лечению ВИЧ наберут темп. Необходимо будет освоить широкий спектр неиспользованных общественных ресурсов (особенно людей, живущих с ВИЧ/СПИДом) для того, чтобы компенсировать отсутствие навыков в официальных структурах.

Кроме того, требуются дополнительные усилия для того, чтобы свести к минимуму «утечку мозгов» - эмиграцию образованных государственных служащих в более развитые страны. Этот феномен наиболее распространен в медицинских учреждениях южной части Африки, откуда врачи и медсестры эмигрируют в Австралию, Европу, страны Персидского залива, Японию и Соединенные Штаты. Эти страны делают таким специалистам очень заманчивые предложения по сравнению с неудовлетворительными условиями и низкой зарплатой, которые характерны для систем здравоохранения в их родных странах.

Южная Африка особенно пострадала от массовой эмиграции врачей и медсестер, уезжающих за границу ради высокооплачиваемой работы (Thomson, 2003; IOM, 2003a). По оценкам Южно-Африканской медицинской ассоциации, за последние годы страну покинули не менее 5 тысяч врачей. По сообщениям Демократической организации медсестер Южной Африки, каждый месяц из страны уезжает 300 дипломированных

Сотрудничество «Юг-Юг»: Передовой опыт Бразилии

Сотрудничество между странами с низким и средним уровнем доходов (сотрудничество «Юг-Юг») может оказать существенную помощь национальным мерам по противодействию эпидемии, особенно это касается формирования потенциала. Бразилия превосходит остальные страны в этом виде сотрудничества, особенно среди португалоязычных стран Африки и среди стран Центральной и Южной Америки. В 2001 г. Бразильское агентство по сотрудничеству установило партнерство с Организацией Объединенных Наций, чтобы передать опыт Бразилии в области репродуктивного здоровья и профилактики и лечения ВИЧ и инфекций, передаваемых половым путем, другим странам с низким и средним уровнем доходов (SELA, 2003).

Одним из примеров является трехлетний проект с Мозамбиком по улучшению качества информации о СПИДе и репродуктивном здоровье для молодежи, особенно через молодежные объединения и организации, которые с ней работают. Этот проект поддерживается Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и Агентством США по международному развитию (АМР США), а также имеет несколько НПО и двусторонних партнеров.

Бразилия сотрудничает также с Боливией, Доминиканской Республикой, Колумбией, Парагваем и Сальвадором, она помогла им получить антиретровирусные препараты на сумму около 1 миллиона долларов США для поддержки пилотных проектов по лечению людей, живущих с ВИЧ. В июне 2003 г. Бразилию посетили официальные лица и специалисты из России, чтобы изучить опыт по предоставлению лечения и сотрудничества между правительством и гражданским обществом в рамках школьных программ профилактики ВИЧ среди молодежи.

медсестер. Еще одной сильно пострадавшей страной является Замбия, в ней всего 400 практикующих врачей. А когда-то было 1600. (Lauring, 2002).

В некоторых странах, например, в Соединенном Королевстве, были приняты кодексы поведения для предотвращения такого «браконьерства». Улучшение условий труда и повышение заработной платы в пострадавших странах также могут удержать дипломированных медицинских работников от переезда за границу. Программа Международной организации по миграции (МОМ) под названием «Миграция в целях развития в Африке», помогает африканским странам создавать благоприятные условия для того, чтобы квалифицированные эмигранты возвратились на родину, а специалисты, которые иначе испытывали бы искушение уехать, остались на месте. Эта программа работает в Бенине, Гане, Кабо-Верде, Кении, Руанде и Уганде (МОМ, 2003).

Восстановление и наращивание потенциала

Еще одной большой проблемой является не отвечающее требованиям обучение новых медицинских работников. В некоторых случаях система профессионального обучения в наиболее пострадавших странах полностью развалилась. Например, в Малави государственное училище медсестер было закрыто в 2003 году в связи с недостаточным финансированием, а высшие медицинские учебные заведения переживают такой же финансовый кризис. В рамках Инициативы ПРООН по развитию потенциала юга Африки исследуются пути создания устойчивого межотраслевого потенциала. Инициатива содержит образовательный компонент, который помогает местным организациям в обучении специалистов в основных отраслях. Информационные технологии также помогают органам здравоохранения выполнять больший объем работы меньшим числом обученного персонала. Кроме того, ПРООН пропагандирует нетрадиционные способы возмещения потерь среди работников во всех отраслях. В качестве одного из примеров можно привести делегирование полномочий на предоставление государственных услуг организациям гражданского общества или международным НПО, чтобы добиться лучшего качества и более высокой мотивации. Аналогичным образом, можно заключить договор, по которому частный сектор сможет предоставлять коммунальные услуги.

В Ботсване используются различные стратегии, чтобы поддержать программу антиретровирусной терапии «Маса». В стране не хватает квалифицированных

специалистов, чтобы справиться с возрастающим объемом услуг. На работу приглашаются иностранные специалисты для того, чтобы обеспечить необходимое лечение и уход, а также сформировать местный потенциал с помощью обучающей программы, осуществляемой в сотрудничестве с Партнерством Ботсваны и Гарвардского института по СПИДу . Министерство здравоохранения Ботсваны также проводит обучающую программу «Китсо» («знание» на языке сетсвана). К середине 2003 г. специальное обучение по вопросам СПИДа прошло более 700 человек на всех уровнях (примерно 10% от числа работников системы государственного здравоохранения). Имеющие частную практику врачи и персонал больниц при крупных горнодобывающих компаниях также прошли обучение. Кроме того, специалисты по ВИЧ из ведущих международных организаций проводят обучение национальных кадров в рамках программы «наставничества» (ЮНЭЙДС, 2003).

ВОЗ сотрудничает с Немецким агентством технического сотрудничества с целью помочь африканским и европейским организациям стать «центрами знаний» по лечению и профилактике ВИЧ с целью распространения знаний и обучения в регионе. В Уганде такой центр знаний был создан при участии Объединенного центра клинических исследований и других ведущих учебных заведений. К настоящему моменту с его помощью практическое обучение получили сотни угандийских медработников, а недавно он начал предоставлять возможности для формирования потенциала другим странам этого региона. Аналогичные центры знания были основаны в Восточной Европе и Западной Африке.

Стратегическая информация для выработки обоснованной политики и создания программ

Стратегической информацией является любая информация, которая может оказаться полезной для принятия стратегических и программных решений. Всем лицам, принимающим решения, которым приходится делать трудный выбор и решать дилеммы в связи со СПИДом, необходимы стратегические рекомендации, основанные на реальных фактах. Так, для принятия решения о внедрении эффективных стратегий по снижению вреда или о сочетании различных методов профилактики передачи инфекции половым путем необходимо располагать четкой информацией о том, какие из них работают.

Например, хотя уже есть доказательства, что программы обмена игл приводят к снижению передачи ВИЧ, предотвращению новых случаев

Стратегическая информация

Вклад отдельных стран и мирового сообщества в создание и использование стратегической информации играет решающую роль для обращения эпидемии вспять. Лицам, занимающимся выработкой стратегии и планированием программ, а также общинам и странам необходимо иметь базу данных для принятия обоснованных решений относительно выбора оптимальных направлений их деятельности.

- Усиление систем эпиднадзора помогает четко определить место, которое СПИД занимает в программах развития стран, и может указать, что следует усовершенствовать и на чем сконцентрировать внимание при разработке программ, чтобы сделать их максимально эффективными.
- Подробные исследования деятельности выявляют ее сильные и слабые стороны, что позволяет улучшить реализацию программ для обеспечения их максимального воздействия.
- Мониторинг и оценка помогают странам и мировому сообществу определить, как выполняются цели и задачи Декларации ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Они также помогают странам в достижении Цели тысячелетия по остановке и обращению вспять эпидемии ВИЧ к 2015 году.
- Богатыми источниками информации для принятия решений могут быть фокусные группы, интервью с ключевыми носителями информации, определение потенциальных районов вмешательства, обследования, обзор научной литературы, тематические исследования и сбор практической информации при осуществлении программ.

ВИЧ-инфекции и к установлению контакта между потребителями инъекционных наркотиков и медицинскими и социальными службами, еще слишком рано оценивать эффективность работы центров для инъекций под наблюдением, которые обещают снизить передачу ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, наиболее подверженных риску заражения. В других случаях, решения о том, как сбалансировать пропаганду воздержания, более позднего начала половой жизни, уменьшения количества сексуальных партнеров и призыв использовать презервативы, требуют научно обоснованной информации об эффективности каждой стратегии в различных условиях, а также о том, какие из них будут оптимальными для молодежи, а какие для взрослого населения.

Для того чтобы стратегии и программы соответствовали реалиям эпидемии, страны должны обладать возможностями отслеживать развитие эпидемии и анализировать ее тенденции, понимать модели поведения, измерять социальные и экономические последствия, вести мониторинг программных показателей, оценивать ход работы и проводить исследования деятельности программ с целью их совершенствования. Как краткосрочная, так и долгосрочная эффективность программ зависит от знания того, какие данные необходимы и как их следует собирать, составлять, анализировать и преобразовывать в стратегическую информацию с целью реализации стратегического плана действий и обеспечения наиболее эффективной разработки программ. Во многих частях света этот потенциал «принятия решений на основе надежных данных» нуждается в усилении.

В течение 2003 года в целях создания и укрепления потенциала на уровне стран для моделирования и оценки эпидемии ЮНЭЙДС сотрудничал с такими партнерами, как ВОЗ, центрами по контролю за заболеваниями и профилактике США, «Фэмили хелс интернэшнл», Центром «Восток-Запад» и «Фьючерс Групп Интернэшнл». Более 300 представителей национальных программ по СПИДу и научно-исследовательских институтов из 130 стран были обучены навыкам получения, оценки и интерпретации связанных с ВИЧ данных, а также использованию современных методик моделирования в целях улучшения оценок по ВИЧ и СПИДу.

Совершенствование системы эпиднадзора

В рамках традиционного эпиднадзора происходит сбор информации о распространенности ВИЧ, случаях заболевания и смертности от СПИДа. Эпиднадзор второго поколения проводится для сбора информации о рискованном поведении. С их помощью страны оценивают ход эпидемии и принимают решения относительно стратегических мер по противодействию. В качестве примера, среди прочих, можно привести широкомасштабное национальное поведенческое исследование, проведенное в 2001-2002 гг. в Индии, и Проект ЮНЭЙДС по эпиднадзору второго поколения, профинансированный Европейским сообществом и осуществленный в сотрудничестве с ВОЗ в восьми странах Африки, Азии, Карибского бассейна и Латинской Америки.

Привлечение НПО к работе эпиднадзора помогает получить доступ к труднодоступным группам населения. Во Вьетнаме и Мексике НПО обеспечили доступ к потребителям инъекционных наркотиков для проведения поведенческого исследования. В Доминиканской Республике ассоциация работников секс-бизнеса МОДЕМУ и организация геев «Амигос сьемпре амигос» предоставили услуги интервьюеров из своей среды (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2003 г.).

Недавно в Индонезии было проведен поведенческий надзор, охвативший почти половину ее провинций и все основные группы населения повышенного риска – мужчин, покупающих сексуальные услуги, работников секс-бизнеса (женщин, мужчин и транссексуалов), потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих секс с мужчинами, и молодежь, подвергающуюся повышенному риску. Были получены достоверные оценки количества людей, подвергающихся риску инфицирования и уже инфицированных ВИЧ в провинциях. Это позволило лицам, принимающим решение, общинным группам, НПО и местным комиссиям по контролю за СПИДом привести существующие программы в соответствие с реальными условиями. Так, например, с тех пор, как выяснилось, что

многие потребители инъекционных наркотиков мужского пола – до 70% в одном из крупных городов – имеют незащищенный секс с работниками секс-бизнеса, программы снижения вреда стали уделять основное внимание риску передачи ВИЧ половым и инъекционным путем. Кроме того, в рамках программ по пропаганде презервативов было принято решение уделить дополнительное внимание охвату потенциальных клиентов работников секс-бизнеса.

Исследование деятельности

В процессе исследования деятельности проводится сбор и анализ информации о ходе реализации и расширении программ. В исследовании применяется систематический подход к «обучению на собственном опыте», а информация фиксируется таким образом, чтобы помочь менеджерам и разработчикам программ использовать ее наиболее эффективно.

Ключевые вопросы по расширению лечения включают следующее: как избежать дефицита складских запасов лекарственных препаратов; каковы наиболее полезные компоненты программ просвещения общин по вопросам лечения; как обеспечить соблюдение режима лечения; какие задачи могут решить лица, предоставляющие уход, и какое обучение им необходимо; как снизить расходы; какой вид лабораторного мониторинга нужнее всего; как измерить клинический эффект лечения и возвращения к нормальной жизни. Так, например, в Сенегале был проведен мониторинг соблюдения режима антиретровирусного лечения относительно расходов, которые несли сами пациенты. Чем больше пациенты платили по скользящей шкале в зависимости от уровня доходов, тем меньше они соблюдали режим. Эти данные повлияли на решение Сенегала ввести всеобщий доступ к бесплатной программе антиретровирусной терапии.

Исследование деятельности в сфере профилактики может быть сосредоточено на разных аспектах программ, например, на сравнении результатов различных методов предложения пройти тестирование на ВИЧ или на оценке воздействия профилактических программ на стигму. Объединение профилактики и лечения может повлиять на эффективность как профилактики, так и лечения. Например, программы антиретровирусной терапии, осуществленные в Хялитше (Южная Африка), Масаке (Уганда) и Канге (Гаити), помогли поддержать профилактические мероприятия, зарегистрировав повышение интереса и готовность членов общин пройти тестирование на ВИЧ (см. главу «Профилактика»).

Мониторинг и оценка национальных и местных мер противодействия

К главным приоритетам ЮНЭЙДС относится составление отчетов о воздействии глобальных мер по противодействию эпидемии и формирование потенциала стран для проведения достоверных мониторинга и оценки. Для выполнения этих задач ЮНЭЙДС устанавливает новые связи между мониторингом, исследованиями в области оценки и учетом финансовых средств.

Мониторинг и оценка необходимы, чтобы определить, доходят ли программы до целевых групп населения и выполняются ли поставленные в них задачи. Эта информация нужна для того, чтобы собрать дополнительные ресурсы, представив доказательство, что деньги расходуются надлежащим образом. Она также помогает совершенствовать мероприятия с целью достижения максимального воздействия; отслеживать расширение доступа к услугам и обеспечивать потребности в информации новых партнеров, таких как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Однако нехватка технических возможностей и ресурсов затрудняют работу в этой важной области.

В сентябре 2003 г. ЮНЭЙДС опубликовал свой первый «Доклад о ходе осуществления глобальных ответных действий на эпидемию ВИЧ/СПИДа». В нем сообщалось, что 75% из 103 стран, приславших отчеты, ощущают, что неадекватные возможности являются серьезным препятствием, которое не позволяет им готовить достоверные отчеты по национальным показателям, таким как политика борьбы с ВИЧ на рабочих местах, охват антиретровирусной

Информационная система мониторинга ответных мер в странах (КРИС) – Поддержка национальных систем управления информацией о СПИДе

ЮНЭЙДС возглавила работу по обеспечению стран удобным для пользователя инструментом управления базами данных, специально разработанным для улучшения обработки и анализа стратегической информации на уровне стран. Этот инструмент содержит перечень показателей, позволяет отслеживать ресурсы и работу проектов, а также результаты национальных исследований. Он размещается в национальных комиссиях по СПИДу (или аналогичных организациях). С октября 2002 г. по апрель 2004 г. была осуществлена насыщенная учебная программа, состоявшая из 18 семинаров, проведенных в более чем 100 странах, в ходе которой КРИС была представлена в качестве инструмента для национальных систем мониторинга и оценки.

Модульное устройство позволяет сохранять национальные и субнациональные показатели, а также информацию о программах. Первый модуль с показателями был подготовлен на английском, французском, испанском, русском и китайском языках и выпущен в июне 2003 года. В конце 2003 – начале 2004 гг. модуль отслеживания ресурсов был протестирован в Индонезии, Кении и Уганде. Модуль сбора информации об исследованиях, создание которого было профинансировано Национальными институтами здравоохранения США, был протестирован в Бангладеш и Уганде. После запланированного запуска этих модулей в работу в середине 2004 года специалисты получат завершенный интегрированный инструмент для работы с базами данных.

К концу 2003 года 25 стран уже использовали КРИС для хранения и анализа данных. Информация из отчетов стран будет отражена в Докладе о ходе осуществления Декларации ООН о приверженности за 2005 год.

В партнерстве с другими учреждениями ООН и стратегическими партнерами ЮНЭЙДС возглавила работу по обеспечению передачи данных между существующими и новыми системами. Общий формат передачи данных по показателям – XML - обеспечит легкую передачу данных между КРИС, системой «ДевИнфо» ЮНИСЕФ и «ХелсМэппер» ВОЗ.

терапией и доступ к услугам по профилактике передачи инфекции от матери ребенку. Только 43% стран, приславших отчеты, имели национальные планы мониторинга и оценки, и только в 24% стран на эти цели выделялись средства из национального бюджета (ЮНЭЙДС, 2003b).

Глобальные инициативы

В 2001 году, когда готовился проект Декларации ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, ЮНЭЙДС было поручено проанализировать ход работы по выполнению поставленных целей и задач. В тесном сотрудничестве с партнерами по Референс-группе ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке был разработан набор «ключевых показателей» для стран с целью измерения достигнутых результатов. Впервые появилась возможность сравнивать стандартизованные данные по странам во многих важнейших областях: уровень информированности о СПИДе, доступность услуг по профилактике и лечению, снижение рискованного поведения, уровни финансовых инвестиций и последствия для новых случаев инфицирования.

Удалось достичь определенного прогресса в политической приверженности и улучшении политического климата, однако многое еще предстоит сделать в области защиты прав человека и развитии человеческого потенциала. Охват услугами по профилактике и лечению также остается крайне низким. Второй доклад о ходе работы будет выпущен в 2005 году. В нем будет дана оценка прогресса в достижении расширенных целей в области предоставления услуг, включая инициативу ВОЗ/ЮНЭЙДС «3 к 5».

В течение последних трех лет, благодаря активной работе ЮНЭЙДС, различным участникам удалось прийти к согласию относительно глобальных показателей всесторонних мероприятий в ответ на эпидемию. Однако теперь акценты следует сместить в другую плоскость. Настало время сосредоточить внимание на потенциальных возможностях стран измерять эти показатели и использовать эту информацию для улучшения эффективности программ.

Развитие потенциала стран

Для развития потенциала требуются комплексные подходы, включающие обучение, техническую помощь, доступ к улучшенным

рекомендациям и инструментам, а также оказание помощи странам в привлечении национальных специалистов для проведения мониторинга и оценки. ЮНЭЙДС и другие партнеры, такие как правительство США, провели региональные тренинги во всем мире. В ходе этих тренингов применялась стандартная программа для обучения методам мониторинга, использованию компьютерных баз данных и способам представления комплексных данных различным аудиториям.

Глобальная группа по поддержке мониторинга и оценки эпидемии СПИДа (ГАМЕТ), размещенная во Всемирном банке, занимается оказанием помощи странам в поиске и найме специалистов по мониторингу и оценке и созданием действующих подразделений мониторинга и оценки. Для обеспечения общего руководства и помощи в этой работе ЮНЭЙДС и Центры по контролю над заболеваниями США направляют группу экспертов в ключевые страны. Они помогут развить существующую деятельность и заполнить основные пробелы в информации о мониторинге и оценке.

Хорошим примером расширения потенциала страны можно считать Районную информационную систему мониторинга ответных мер в Зимбабве, размещенную в районных комитетах по борьбе со СПИДом и проходящую проверку в 10 пилотных районах. Система связана с общинными подразделениями в районах и учреждениями-исполнителями (НПО, больницами при миссиях и министерствами и ведомствами), а также со штаб-квартирой Национальной комиссии по СПИДу и ее управлениями в провинциях страны. На местном уровне «полевые» сотрудники и сельские комитеты по борьбе со СПИДом собирают данные на уровне сел, которые проходят проверку на ежемесячных собраниях всех сельских «полевых работников». Национальная комиссия по СПИДу работала с ЮНЭЙДС, Центрами по контролю над заболеваниями США и Университетом Зимбабве для определения перечня стандартизованных национальных показателей. С помощью районной системы данные по показателям пересылаются в национальную Информационную систему мониторинга ответных мер в стране (см. вставку на стр.178).

Задачи «Следующей повестки дня»

Эффективный ответ на эпидемию возможен только в том случае, если страны «владеют» им и осуществляют на собственной территории. Разумеется, очень важна и международная помощь (от учреждений ООН, доноров, двусторонних финансовых и других организаций). Однако она будет эффективной только при интеграции в национальные мероприятия по противодействию. Основные принципы национальной ответной деятельности наилучшим образом отражает концепция, получившая название «Триединые принципы».

Ключом к успеху работы является национальное лидерство, возникшее в ходе процессов, в которые вовлекаются и в которых получают дополнительные возможности все слои гражданского общества, особенно женщины. Время от времени мы видим примеры успеха разных стран, которые наглядно демонстрируют преимущества такого широкого участия. Кроме того, ответная деятельность становится действительно эффективной, если *все* ее мероприятия согласованы со *всеми* участниками. К сожалению, слишком часто все происходит «с точностью до наоборот»: мероприятия на международном и национальном уровнях проводятся разрозненно, однобоко или вовсе бессистемно.

И, наконец, есть множество узких мест в международных и национальных системах, которые затрудняют перевод финансовых и других средств ключевым участникам, которые смогли бы использовать их с максимальной пользой. Зачастую финансирование блокируется на национальном уровне из-за бюрократических факторов. В других случаях попытки вовлечь в работу участников на уровне общин остаются просто благими намерениями, поскольку эти участники могут не иметь возможностей или навыков работы в ответных мероприятиях и зачастую не обладают достаточными правами для эффективного вовлечения в процессы принятия решений, от которых они сами могут страдать. В общем и целом, это означает, что энергия и приверженность людей, находящихся

«на переднем крае», не используется должным образом.

В будущем предстоит решить следующие задачи:

- укрепить и обеспечить устойчивость национального лидерства в борьбе со СПИДом;
- гармонизировать многосекторальные мероприятия, деятельность доноров и мониторинг и оценку, чтобы страны смогли успешно осуществлять национальные мероприятия по противодействию эпидемии;
- подготовить научно обоснованные данные и стратегическую информацию для направления курса ответной деятельности;
- повысить потенциал стран по использованию имеющихся в их распоряжении национальных и международных средств, направляемых на борьбу со СПИДом;
- создать механизмы отчетности для отслеживания ресурсов и демонстрации того, что они используются с максимальной отдачей;
- создать механизмы, позволяющие гражданскому обществу и предпринимателям вносить согласованный вклад в борьбу со СПИДом, на основе партнерств между государственным и частным секторами;
- рассмотреть и, при необходимости, изменить документы и стратегии в области развития (положения целого ряда документов, одобренных на международном уровне, применяются не полностью и непоследовательно — освобождение от задолженности, отмена тарифов, документы о стратегиях сокращения бедности, и т.п. — в то время как они имеют потенциал для улучшения политики здравоохранения, совершенствования руководства и работы организаций в связи со СПИДом); и
- обеспечить процесс децентрализации как основополагающего фактора национальных мероприятий по противодействию СПИДу (полномочия и возможности необходимо делегировать с центрального уровня на региональный, районный и местный/общинный уровни).

Крупным планом

ВИЧ в условиях конфликта: растущая мировая проблема

Во многих регионах мира регулярно возникают серьезные вооруженные конфликты. В 2003 году ситуация более чем в 72 странах считалась нестабильной, а различные конфликты привели к появлению более 42 миллионов беженцев и внутренних перемещенных лиц во всем мире (МУПК, 2003b).

Население, вынужденное спасаться бегством из-за сложных чрезвычайных ситуаций, таких, как вооруженные конфликты, как правило, сталкивается с лишениями и нехваткой продовольствия. Их положение ухудшается еще и потому, что часто они не имеют доступа к медицинской помощи либо из-за разрушения систем здравоохранения, либо просто из-за их отсутствия в местах расположения лагерей для беженцев. Например, в ходе войны 1998-2001 гг. в Демократической Республике Конго 80% из примерно 2,5 млн «избыточных смертей» наступило в результате недоедания, инфекционных заболеваний и других факторов, обострившихся в условиях кровопролитного конфликта (МКК, 2001 г.).

Такие конфликты могут также создать условия, которые повышают риск заражения инфекционными заболеваниями, например, ВИЧ, и привести к их распространению. Это может произойти как во время самого конфликта, так и после его окончания. В некоторых случаях вооруженные конфликты приводят к повышению уровня ВИЧ-инфекции или к изменению модели ее распространения.

В других случаях бывает, что конфликт служит сдерживающим фактором для эпидемии. В связи с этим возникло мнение, что наибольшая уязвимость на самом деле возникает во время зачастую нестабильного периода после конфликта. Различные сценарии развития ситуации показывают, что взаимосвязь ВИЧ и конфликта гораздо более сложна и разнообразна, чем считалось раньше, и, совершенно очевидно, зависит от конкретной ситуации.

В любом случае, странам, восстанавливающимся после вооруженного конфликта, следует включать в свои программы восстановления мероприятия по противодействию СПИДу – в первую очередь мероприятия по профилактике. Без этого, а также без значительного увеличения международной помощи может произойти быстрый рост ВИЧ-инфекции, который поставит под угрозу усилия страны по восстановлению после военных действий и по возвращению населения, покинувшего обжитые места. Точно так же мероприятия, связанные с ВИЧ, следует включать в программы помощи беженцам и другие гуманитарные программы.

Факторы конфликта, которые могут привести к распространению ВИЧ

Существуют данные, что сложные чрезвычайные ситуации, такие как вооруженный конфликт, иногда приводят к повышению уровней ВИЧ-инфекции в определенных группах населения и регионах страны. Считается, что геноцид 1994 г. в Руанде способствовал распространению ВИЧ в сельскохозяйственных районах, которые ранее были меньше поражены эпидемией. Это произошло из-за того, что городское и сельское население смешалось в лагерях беженцев, расположенных в соседних странах.

Из-за вооруженных конфликтов вероятность заражения ВИЧ может возрасти по следующим причинам:

- Перемещение населения: Часто в результате конфликта большие массы людей вынуждены спасаться бегством от военных действий, покидая места своего постоянного проживания. Если люди переезжают из поселений с низкой

распространенностью ВИЧ в поселения с высокой распространенностью, они неизбежно сталкиваются с повышенным риском ВИЧ-инфицирования. Кроме того, быстрые перемещения населения разрушают системы и учреждения социального обеспечения, которые обычно защищают и поддерживают людей. Более того, вследствие перемещения люди зачастую оказываются в условиях хаоса, в которых затрудняется доступ к презервативам и другим средствам профилактики (Spiegel, 2004 г.).

- Разрушение традиционных сексуальных норм: В условиях полного хаоса, связанных с конфликтом, часто происходит разрушение традиционных ценностей и норм, относящихся к сексуальному поведению, что способствует повсеместному повышению риска ВИЧ-инфицирования (Hankins et al., 2002).
- Женщины и девочки: Вооруженный конфликт может стать причиной таких тяжелых лишений, в особенности для женщин и девушек, что они бывают вынуждены вступать в сексуальные отношения в обмен на деньги, пищу или предоставление защиты. Зачастую наличие большого числа вооруженных людей в форме означает быстрый рост секс-индустрии, что повышает риск заражения ВИЧ для работников секс-бизнеса и военнослужащих (см. главу «Профилактика»).
- Изнасилование как «орудие войны»: Во многих недавних конфликтах – включая Боснию и Герцеговину, Демократическую Республику Конго, Либерию и Руанду – воюющие стороны использовали изнасилование как средство ведения войны. По результатам проведенного в Руанде исследования 17% изнасилованных женщин оказались ВИЧ-позитивными, а из тех, кто не подвергся изнасилованию – 11% (ЮНЭЙДС, 2003 г.). В некоторых конфликтах жертвами изнасилования были также молодые мужчины и мальчики.
- Разрушение систем здравоохранения: Когда вооруженный конфликт приводит к нарушению работы или разрушению систем здравоохранения, под угрозу ставится безопасность национальных запасов крови, а программы по профилактике и уходу в связи с ВИЧ могут прекратить существование.
- Рост потребления алкоголя и наркотиков: Для того, чтобы справиться с хаосом, вызванным конфликтом, некоторые люди, в том числе и дети, ищут утешения, увеличивая потребление алкоголя или обращаясь к другим психотропным веществам, включая клей и запрещенные наркотики. Потребление наркотиков инъекционным путем особенно вероятно, когда в ходе конфликта нарушаются каналы поставки наркотиков, которые обычно принимают внутрь, нюхают или курят. Это может привести к тому, что на рынке появляется больше наркотиков для употребления инъекционным путем (Smith, 2002, Strathdee et al., 2002, Hankins et al., 2002).

Ситуация в условиях конфликтов: профилактика среди силовых структур и миротворческих сил

Во всем мире в вооруженных силах служат более 25 миллионов человек; однако если принимать во внимание силы гражданской обороны и военизированные формирования, это число может приближаться к 50 миллионам. Большую часть персонала вооруженных сил составляют молодые мужчины и женщины от 20 до 40 лет, тем самым они являются одной из профессиональных групп, наиболее пострадавших от СПИДа.

Профессиональные традиции силовых структур обычно поощряют рискованное поведение, что может ставить их персонал в положение повышенного риска инфицирования ВИЧ. Зачастую солдаты и миротворческие силы базируются вдали от своих семей и общин в течение длительного времени, в результате чего они теряют связь с общественной дисциплиной, которая обычно доминирует среди их родного окружения. Во времена конфликтов, как правило, растет число половых контактов по согласию или без согласия, а мерам профилактики уделяется меньше внимания.

Данные о распространенности СПИДа среди силовых структур немногочисленны. Однако в целом оценочные данные позволяют сделать вывод о том, что уровни распространенности инфекций, передающихся половым

путем, среди персонала силовых структур могут быть как минимум в два раза выше, чем среди населения в целом. В некоторых странах, где ВИЧ присутствует уже более 10 лет, показатели распространенности инфекции среди силовых структур составляют 50-60%. Даже в мирной Ботсване каждый третий военнослужащий имеет положительный результат теста на ВИЧ. Показатель распространенности ВИЧ в вооруженных силах Камбоджи в 1995 году составлял 5,9%, а к 1997 году вырос до 7%. Такие уровни распространенности ведут к существенным потерям в плане преемственности командного состава, снижают уровень боеготовности, требуют высоких затрат на наем нового персонала и на его обучение и в конечном итоге приводят к ослаблению некоторых национальных силовых структур.

Ответные меры, осуществляемые в странах

К счастью, солдаты также представляют собой «несвободную аудиторию» – они привыкли овладевать новыми навыками, выполнять приказы и проявлять инициативу. В результате этого они потенциально являются отличными проводниками перемен и могут быть образцом для подражания для других молодых людей. Во всем мире военные и другие силовые структуры начали проводить мероприятия в ответ на СПИД в своих рядах. Все большее число стран, в том числе Ботсвана, Замбия, Таиланд, Украина, Филиппины, Чили и Южная Африка, осуществляют профилактические мероприятия в своих вооруженных силах, начиная от просвещения по вопросам профилактики до распространения презервативов. Бразилия, Доминиканская Республика, Мозамбик, Перу и Уругвай взяли на себя обязательства по проведению аналогичных видов деятельности, когда министерства обороны, внутренних дел и здравоохранения этих стран подписали декларации о партнерстве с ЮНЭЙДС.

Успешно используется целый ряд подходов. Народные силы обороны Уганды использовали «Клубы после тестирования» для повышения уровня информированности и уменьшения стигмы. Эти клубы открыты для всех, кто прошел тестирование на ВИЧ, независимо от результатов, а их цель заключается в том, чтобы вселить надежду через оказание поддержки людям, живущим с ВИЧ, и членам их семей. Показатель распространенности ВИЧ в вооруженных силах Уганды упал с 10% в 1990 году до менее 7% в 2003 году. В Камбодже начиная с 1997 года распространение одной марки презервативов специально среди военнослужащих позволило снизить частоту незащищенных половых контактов между камбоджийскими солдатами и работниками секс-бизнеса с 70% до 54%.

Аналогичные проекты также проводятся среди невоенного персонала. В Мьянме ЮНЭЙДС, ЮНОДК, «Кэйр интернэшнл» и Министерство внутренних дел осуществляют программу профилактики среди персонала полиции и членов их семей. Литва проводит подобные мероприятия среди своих пограничников и полиции.

В 2002-2003 годах ЮНЭЙДС активно способствовала реализации аналогичных новых инициатив более чем в 40 странах. В то же время Управление ЮНЭЙДС по СПИДу, безопасности и гуманитарным мерам разработало комплексный пакет по реализации программ, обучению и повышению уровня информированности. Обучение в основном нацелено на повышение уровня информированности о ВИЧ, поощрение мер профилактики, устранение сексуального насилия и содействие гендерному равенству, правам человека, распространению презервативов и предоставлению услуг по уходу и поддержке для ВИЧ-инфицированного персонала.

Профилактика среди персонала миротворческих сил

По состоянию на 2004 год Департамент операций по поддержанию мира ООН участвовал в 15 миссиях по всему миру; при этом около 89 стран направили более 45 тысяч человек. ЮНЭЙДС совместно с Департаментом проводят мероприятия против СПИДа при осуществлении всех крупных миротворческих операций. Эти мероприятия направлены на профилактику ВИЧ среди персонала и помогают членам миротворческих сил проводить информационную работу по вопросам ВИЧ в местах их базирования. Частью стратегии, разработанной ЮНЭЙДС и этим Департаментом, является Памятка по проблеме ВИЧ/СПИДа для миротворческих сил, которая была переведена на 11 языков. В ней содержится основная информация о ВИЧ, а также соответствующие нормы поведения для гражданских и военных сотрудников миротворческих сил.

В то же время по-прежнему существует ряд проблем в связи с реализацией стратегий по СПИДу в условиях работы миротворческих сил. Во-первых, программы обучения по ВИЧ должны быть составлены с учетом широкого многообразия культур, представленных в миротворческих силах. Во-вторых, обучение проводится для офицеров, однако нет механизмов, которые обеспечили бы передачу такой информации служащим более низкого ранга.

В 2004 году было создано пять новых миротворческих миссий; ЮНЭЙДС работает совместно с Департаментом, чтобы обеспечить решение проблемы СПИДа на уровне миссий, а также в каждой из стран, направляющих свои войска, до момента их развертывания.

ВИЧ и конфликт: сложная взаимосвязь

Повышенная уязвимость во время конфликтов

Специалисты, изучающие распространение ВИЧ в условиях конфликтных ситуаций, зачастую уверены, что существует прямая связь между конфликтом и уязвимостью к ВИЧ. Однако это не обязательно приводит к увеличению передачи ВИЧ. Тем не менее во время десятилетней гражданской войны в Сьерра-Леоне многие из косвенных показателей указывали на то, что повышенная уязвимость действительно привела к росту случаев ВИЧ-инфекции.

- Данные о высоких уровнях ВИЧ-инфекции: По оценкам правительства Сьерра-Леоне распространенность ВИЧ среди работников секс-бизнеса в 1995 году составляла примерно 27%, а в 1997 году – уже 71% (Kaiser et al., 2002). Между тем исследование, проведенное в тот же период времени в женских консультациях этой страны, показало, что распространенность ВИЧ возросла с 4% до 7%. Эти данные согласуются с исследованиями, в результате которых было установлено, что 11% миротворцев, возвратившихся в Нигерию из Сьерра-Леоне, оказались ВИЧ-позитивными – этот показатель более чем в два раза превысил тогдашний уровень распространенности ВИЧ в Нигерии (Smith, 2002).
- Низкая информированность о ВИЧ: Среди опрошенных миротворцев и солдат национальной армии только 23% смогли назвать хотя бы три пути передачи ВИЧ; 38% ответили, что СПИД их не волнует; и только 39% использовали презерватив во время последнего полового акта (McGinn et al., 2001).
- Высокий уровень сексуального насилия: Исследование, проведенное в 2001 г., показало, что 9% перемещенных в результате венного конфликта женщин подверглись изнасилованию (ЮНЭЙДС, 2003 г.). В других отчетах зафиксировано, что члены повстанческих армий систематически насиловали молодых девушек и женщин (Salama et al., 1999).

Может ли конфликт в некоторых случаях служить сдерживающим фактором для эпидемии?

В последнее время проводились более скрупулезные исследования связи между конфликтом, уязвимостью и риском инфицирования ВИЧ. В некоторых случаях высказывалось мнение, что иногда во время конфликта создаются условия, в которых передача ВИЧ действительно может быть снижена. После прекращения боевых действий в Сьерра-Леоне правительство сформировало партнерство с Всемирным банком и Центрами по контролю и профилактике заболеваний США, чтобы провести исследование распространенности ВИЧ и поведенческого риска в стране. Исследование 2002 г. подтвердило низкий уровень знаний о ВИЧ и высокий уровень сексуального насилия.

Но вопреки косвенным показателям, предполагающим рост ВИЧ-инфекции, исследование также обнаружило более низкие показатели ВИЧ-инфекции (1-4%), чем те, что были зафиксированы ранее, во время конфликта. Частично это можно объяснить тем, что во время войны передвижения внутри страны, переселение за границу и торговля стали чрезвычайно затруднительными. Это помогло «изолировать» Сьерра-Леоне от растущей эпидемии ВИЧ в Западной Африке. По данным исследования 2002 г. около 90% жителей остались в пределах страны в качестве внутренних перемещенных лиц, и только 10% бежали в соседние страны. Поэтому в данном случае повышенный риск ВИЧ-инфицирования, приведший к высокой распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса, действительно не привел к устойчивому росту случаев инфекции среди обычного населения.

Опыт других стран подтверждает эти выводы. Например, Босния и Герцеговина была зоной военных действий с 1992 по 1995 гг., но в ней до сих пор наблюдается очень низкая распространенность ВИЧ (0,0003% населения в 2001 г.). И это несмотря на то, что война привела к перемещению больших масс людей, и отмечался

очень высокий уровень сексуального насилия (Cavaljuga, 2002). Если ВИЧ не был широко распространен в стране, охваченной конфликтом, то даже благоприятные условия не смогут способствовать распространению вируса. К тому же конфликт может снизить мобильность населения, и, следовательно, уменьшить вероятность заражения ВИЧ по сравнению с мирным временем.

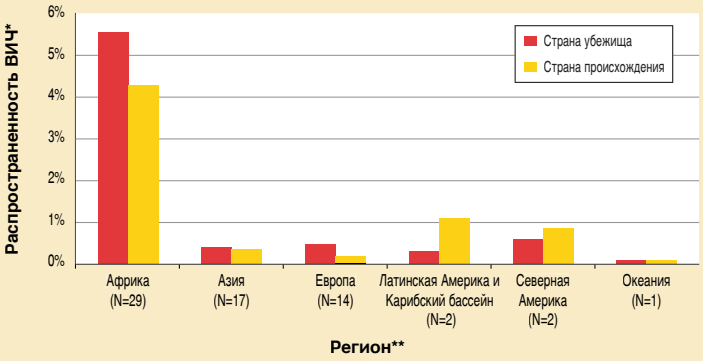
Беженцы и ВИЧ

Миллионы людей, спасающихся бегством из зон вооруженных конфликтов, находят пристанище в больших лагерях беженцев. К сожалению, многие из этих беженцев, особенно женщины и девочки, испытывают нужду, бесправие, социальную нестабильность и сексуальное принуждение (Lubbers, 2003). Поскольку беженцы уязвимы с социально-экономической и культурной точки зрения, считается, что они подвергаются более высокому риску ВИЧ-инфекции. Однако опыт некоторых длительных конфликтов показывает, что эти ситуации не всегда приводят к повышению уровня ВИЧ-инфекции.

В период между 2001 и 2003 гг. Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН) и его партнеры провели измерение распространенности ВИЧ среди беременных женщин в более чем 20 лагерях, расположенных в Кении, Руанде, Судане и Танзании, в которых проживало около 800 тысяч беженцев. Результаты оценки показали, что распространенность ВИЧ среди беженцев в трех из четырех этих стран была ниже, чем среди окрестного населения. Например, в лагерях северо-западной Кении около 5% беженцев были ВИЧ-позитивными, в то время как распространенность ВИЧ-инфекции среди окрестного населения составляла 18%. В четвертой стране – Судане – уровни инфекции в лагерях беженцев и среди местного населения были сопоставимыми (Lubbers, 2003).

Разницу в уровнях распространенности ВИЧ среди беженцев и среди местного населения можно объяснить разными факторами. Исторически сложилось так, что уровень распространенности ВИЧ в странах происхождения многих беженцев, расположенных в Азии и Африке, ниже, чем в странах, предоставивших им убежище (см. Рис. 49). Зачастую беженцы живут в лагерях, находящихся в отдаленных сельских районах, имеют ограниченную свободу передвижения, которая ограничивает их контакты с местным

Распространенность ВИЧ в стране, предоставившей убежище, и стране происхождения по регионам



* Средневзвешенные величины: страна убежища по численности населения; страна происхождения по численности беженцев
** N относится к странам убежища, в которых ≥ 10 тысяч беженцев
Источник: УВКБ, 2004

Рисунок 49

Проведение оценок распространенности ВИЧ в условиях конфликта

В странах с генерализованными эпидемиями большая часть национальных оценок распространенности ВИЧ основана на данных эпиднадзора за определенный период времени о распространенности среди беременных женщин, посещающих дозорные женские консультации. Если такая работа нарушается из-за конфликта или после его окончания, можно использовать опросы населения. Результаты таких опросов могут недооценивать уровни инфекции, если в них участвует мало респондентов. Однако с их помощью легче можно достичь сельского населения, распространенность ВИЧ среди которого обычно ниже, чем среди горожан. Кроме того, в опросах принимают участие респонденты-мужчины и небеременные женщины. Опрос в Сьерра-Леоне, который рассматривался выше, проводился среди населения в целом, что отчасти объясняет, почему уровень распространенности ВИЧ оказался ниже после конфликта, чем в ходе предыдущих дозорных эпиднадзоров. (Spiegel, 2003).

Рисунок 50

населением, особенно в сельских регионах с высокой распространенностью ВИЧ. Кроме того, международные организации и НПО проводят целый ряд профилактических программ для беженцев. Это потенциально снижает риск ВИЧ-инфицирования в результате сексуальных контактов, использования зараженного инструментария для инъекций и непроверенных запасов крови для переливания.

В качестве подходящего примера можно рассмотреть Анголу. В апреле 2002 года, после окончания конфликта, в стране отмечалась значительно более низкая распространенность ВИЧ (5–10% в Луанде и 1–3% в сельских районах), чем в других странах юга Африки. К тому же, по сравнению с соседними странами, продолжительный вооруженный конфликт мог подействовать как сдерживающий фактор для распространения ВИЧ-инфекции в Анголе. Когда из Намибии и Замбии в страну стали возвращаться беженцы, возникли ничем не подкрепленные слухи о том, что будто бы до 70% из них были ВИЧ-инфицированы. Эти слухи способствовали возникновению в обществе большого беспокойства по поводу того, что возвращающиеся беженцы будут распространять ВИЧ, что подвергнет опасности восстановление страны.

На самом деле, УВКБ ООН использовало косвенные показатели распространенности ВИЧ, чтобы показать, что распространенность инфекции среди беженцев значительно ниже, чем среди населения стран убежища – Намибии и Замбии. Осуществление эффективных программ профилактики ВИЧ в лагерях беженцев привело к тому, что возвращающиеся беженцы на деле знали о ВИЧ больше, чем средние граждане Анголы. И действительно, профилактическое обучение в лагерях беженцев реально помогло им стать важной силой для профилактики ВИЧ-инфекции в Анголе (Spiegel and de Jong, 2003).

Эпиднадзор за ВИЧ и чрезвычайные ситуации

Опыт Анголы и Сьерра-Леоне показывает, что в чрезвычайных ситуациях необходимо проводить более серьезные исследования, эпиднадзор и поведенческий мониторинг. Растущее понимание сложной взаимосвязи между ВИЧ и конфликтами показывает, что некоторые факторы, снижающие риск инфицирования ВИЧ (например, снижение мобильности, улучшение целевой профилактики), могут конкурировать с факторами, повышающими риск. Ключевые факторы, уравновешивающие эти противодействующие силы, включают степень взаимодействия между беженцами и населением принимающей страны; типы взаимодействия, включая масштабы сексуального насилия; относительный уровень распространенности ВИЧ в этих группах (см. Рис. 50). Таким образом, необходим тщательный мониторинг, который позволит выбрать надлежащую политику и мероприятия программ противодействия эпидемии в различных ситуациях.

Улучшение эпиднадзора за ВИЧ в чрезвычайных ситуациях – непростая задача, однако учреждения, работающие в таких ситуациях, должны определить ее в

качестве приоритетной. Для осуществления эффективного эпиднадзора необходимо владеть знаниями о распространенности ВИЧ в районах, где пострадавшее население проживало до перемещения. Кроме того, необходимо иметь поведенческую и биологическую информацию о случаях ВИЧ-инфекции среди беженцев после их перемещения с обжитых мест, а также среди населения принимающих стран. И, наконец, необходимо применять субрегиональный подход, основанный на улучшенной координации работы и обмене информацией; при этом следует принимать во внимание весь цикл перемещения, включая период репатриации и реинтеграции.

Биологический и поведенческий эпиднадзор помогает учреждениям лучше понять факторы, ускоряющие или замедляющие передачу ВИЧ, и подготовить более эффективные ответные мероприятия программ. Эпиднадзор за ВИЧ непросто проводить в периоды обострения чрезвычайных ситуаций. Однако и в такое время можно получить косвенные оценки распространенности ВИЧ-инфекции, проводя скрининг донорской крови и регистрируя результаты по возрастным группам и по полу. По окончании конфликта можно провести дозорный эпиднадзор, данные которого лучше отражают ситуацию среди населения в целом (Spiegel, 2003).

Осуществление эффективных действий

До недавнего времени учреждения, вовлеченные в конфликтные ситуации, не обращали достойного внимания на вопросы профилактики, ухода и надзора за ВИЧ в чрезвычайных ситуациях. Однако кризис 1994 года в Руанде помог им понять, что и люди, остававшиеся на месте, и перемещенные лица, пострадавшие от конфликта, нуждаются в мероприятиях в связи с ВИЧ. Для того, чтобы подчеркнуть важность этого вопроса, в 2002 году УВКБ ООН начало осуществлять Стратегический план помощи беженцам на 2002-2004 гг. В частности, подчеркивалась важность оказания основных услуг в области репродуктивного и сексуального здоровья, включая профилактику ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем, и уход за больными среди беженцев на самых ранних стадиях кризиса.

В 2003 году учреждения ООН и НПО возродили Межведомственную референс-группу постоянного комитета по вопросам ВИЧ в чрезвычайных ситуациях с целью координации действий в таких ситуациях. Были подготовлены рекомендации, в которых подчеркивалась важность межведомственных действий. Учреждения ООН также поддержали всестороннюю деятельность по профилактике ВИЧ в миротворческих контингентах в таких странах как Демократическая Республика Конго, Сьерра-Леоне, Эритрея и Эфиопия.

В Либерии Либерийский Красный Крест и Фонд ООН в области народонаселения в сотрудничестве с многочисленными местными НПО разработали профилактические и образовательные программы в связи с ВИЧ в лагерях для внутренних перемещенных лиц. Были созданы «подростковые» уголки, где можно было без помех провести откровенные беседы о проблемах ВИЧ, беспокоящих молодежь. Были созданы молодежные группы для мобилизации и проведения работы в группах внутренних перемещенных лиц и среди принимавшего их населения по вопросам ВИЧ. Кроме того, проводились совместные мероприятия по распространению презервативов среди перемещенных лиц.

НПО, работающие в лагерях беженцев, недавно начали осуществление более комплексных программ по борьбе с ВИЧ, включая добровольное консультирование и тестирование и профилактику передачи инфекции от матери ребенку. Так, например, в Танзании организация «Помощь норвежского народа» начала пилотную программу для беженцев в лагерях Луколе и Китали, вовлекая в нее также и окрестное население. В течение первых трех месяцев в рамках программы было проконсультировано около 3 тысяч беременных женщин, более 80%

из которых согласились пройти тестирование на ВИЧ («Помощь норвежского народа», 2002 г.).

После восстановления мира в Анголе учреждения ООН вместе с правительством и другими партнерами проводят мероприятия с целью сохранения низкого уровня распространенности. По прогнозам ООН, около 240 тысяч беженцев возвратится на родину из лагерей, расположенных в Демократической Республике Конго, Замбии и Намибии. Был разработан соответствующий план действий, утвержденный правительством Анголы. Все еще находясь в лагерях беженцев, люди будут проходить обучение по проблемам ВИЧ и получат доступ к презервативам. По прибытии в Анголу центры приема предоставят им обучение, презервативы и мероприятия среди лиц одного круга. План действий также предполагает проведение комплексных программ по борьбе с ВИЧ для всех ангольцев, живущих в районах возвращения беженцев. Эти новые планы отражают растущее понимание необходимости субрегиональных и интегрированных подходов к осуществлению мероприятий по борьбе с ВИЧ в условиях окончания конфликта и возращения беженцев.

Крупным планом

важнейшая роль людей, живущих с ВИЧ

Во всем мире, там, где распространяется ВИЧ, люди, живущие с ВИЧ, часто быстро создают сети для самопомощи, поддержки и расширения своих возможностей.

В июне 1983 года в Денвере, Соединенные Штаты Америки, во время проведения Второго национального форума по СПИДу возникло движение людей, живущих с ВИЧ. В «Денверских принципах», принятых на этом форуме, содержался призыв оказывать поддержку людям, живущим с ВИЧ, когда они сталкиваются со стигмой и дискриминацией в связи со СПИДом. В этих Принципах говорилось также о том, что люди, живущие с ВИЧ, должны «вовлекаться на всех уровнях в процесс принятия решений […], включаться в состав советов директоров организаций, предоставляющих услуги в связи со СПИДом, и участвовать во всех встречах по СПИДу с той же степенью доверия, что и другие участники, чтобы делиться своим собственным опытом и знаниями» (Senterfitt, 1998). К 1988 году в публикации «Новости лечения при СПИДе» было указано более 20 коалиций людей, живущих с ВИЧ в Соединенных Штатах, Канаде и Соединенном Королевстве.

Возникновение групп на национальном и глобальном уровне

В Уганде пионером была Организация по поддержке больных СПИДом (TACO). Она была создана в 1987 году в Кампале группой, в которую входили 16 добровольцев; из них 12 человек были ВИЧ-инфицированными. Такие группы часто создаются вокруг объединений лиц, ухаживающих за своими близкими. Например, Организация по поддержке больных СПИДом Ямайки неофициально возникла в 1991 году в результате того, что группа мужчин объединилась, чтобы помочь своему другу, умирающему от СПИДа. В других случаях появлялся смелый человек, готовый открыто рассказать о своей жизни с ВИЧ, и этим вдохновлял других на позитивные действия. В 1990 году в Кении Джо Муриити оказался одним из первых африканцев, открыто заявивших о своем положительном ВИЧ-статусе; он вместе со своей женой Джейн Муриити организовали общество «Знай о СПИДе» . В 1992 году Оксиллия Чимусоро – одна из основательниц Международного сообщества женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, – была одной из первых в Зимбабве, кто открыто признал свой серопозитивный статус; впоследствии она создала группу помощи «Батанайи» .

В 1989 году в Бразилии писатель и активист движения за гражданские права Херберт Даниель основал организацию Grupo pela Vidda, Рио-де-Жанейро. Декларация прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, предложенная членами этой группы, была принята единогласно более чем 50 организациями во время 2-й Национальной встречи НПО по ВИЧ/СПИДу, проходившей в 1989 году в г. Порту-Алегри, Бразилия. В Индии во время проведения национального семинара в 1997 году группа в составе около 35 человек с ВИЧ-позитивным статусом создала Индийскую сеть ВИЧ-инфицированных. Генеральным секретарем был избран Ашок Пиллаи, который взял на себя видную общественную роль, выступая от имени людей, живущих с ВИЧ. В настоящее время эта сеть включает более 1000 членов из 14 штатов, в нее также входит сеть ВИЧ-инфицированных женщин. К сожалению, как и многие пионеры движения больных СПИДом, Ашок Пиллаи ушел из жизни.

В глобальном масштабе первая международная сеть людей, живущих с ВИЧ, была создана в

1986 году, затем она превратилась в Глобальную сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. В июле 1992 года группа ВИЧ-инфицированных женщин из 30 стран, которые принимали участие в 8-й Международной конференции по СПИДу в Амстердаме, создала Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом. Это Сообщество в своей деятельности опиралось на растущее движение ВИЧ-инфицированных женщин в Африке, что привело к появлению активности нового типа, которая выходила за рамки решения ближайших задач по созданию групп самопомощи и поддержки.

Принцип РУЛС

Принцип расширения участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (РУЛС) был формально признан на Парижском саммите по СПИДу в 1994 году, когда 42 страны договорились поддержать инициативу по «усилению потенциала и координации сетей людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и организаций на уровне общин». Они также отметили, что «благодаря их более широкому участию в наших общих действиях против пандемии на всех уровнях – национальном, региональном и глобальном – эта инициатива будет, в частности, стимулировать создание благоприятной политической, правовой и социальной среды».

В Парижской декларации выражается также «решимость мобилизовать все общество – государственный и частный секторы, организации на уровне общин и людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, – в духе подлинного партнерства», а также обеспечить всестороннее участие «людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в выработке и реализации государственной политики [и] равноправную защиту людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в рамках закона».

В 2001 году Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая Организацией Объединенных Наций, утвердила принцип РУЛС, который также нашел поддержку в Руководящих принципах Инициативы по лечению «3 к 5», возглавляемой Всемирной организацией здравоохранения. Руководящие принципы гласят, что «эта Инициатива четко ставит потребности и участие людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в центр всей своей программной деятельности» (ВОЗ, 2003). ЮНЭЙДС пропагандирует РУЛС с самого начала работы Программы по ВИЧ/СПИДу путем привлечения людей, живущих с ВИЧ, к участию на всех уровнях, включая свой Координационный совет Программы.

Роли людей, живущих с ВИЧ: национальное руководство

Несмотря на такую поддержку, активное участие людей, живущих с ВИЧ, в процессе принятия решений имеет место далеко не везде. Кроме того, в большинстве частей мира участие ВИЧ-инфицированных женщин, молодых людей и детей сильно отстает от участия мужчин. Одним из ограничивающих факторов является то, что в мировом масштабе лишь около 10% людей, живущих с ВИЧ, знают о своем серопозитивном статусе. Другие не могут открыто признать свой статус, поскольку они боятся столкнуться с дискриминацией и стигмой. Тем не менее прогресс налицо.

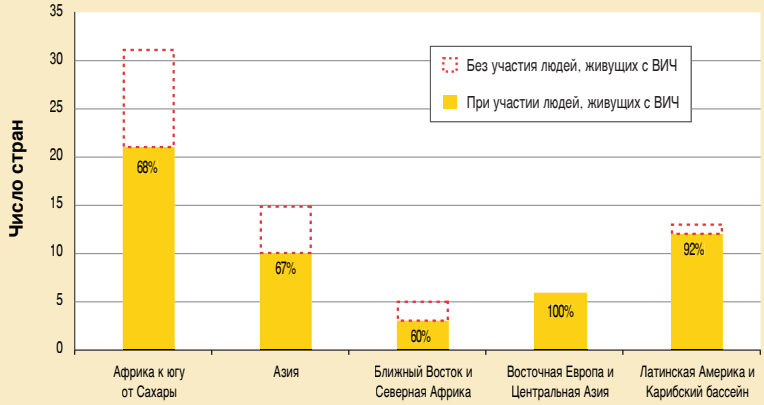
В Восточной Европе и Центральной Азии эпидемия по-прежнему является относительно новой, однако лишь немногие знают свой ВИЧ-статус. Еще меньше число тех, кто хотел бы его раскрыть, причем традиция участия гражданского общества неразвита. Однако в последние годы движение людей, живущих с ВИЧ, стало более сильным и влиятельным. Например, в Украине Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, помогала разрабатывать Национальную программу профилактики СПИДа и все шире участвует в оказании услуг по уходу в связи с ВИЧ (ПРООН, 2003).

Камбоджийская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, принимала активное участие в разработке политики. Являясь членом Странового координационного механизма, она помогала в выработке успешного предложения о финансировании, направленного этой страной в Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Точно так же во многих странах были созданы партнерские форумы, объединившие людей, живущих с ВИЧ, и других правительственных и неправительственных партнеров в процессе выработки мер по борьбе со СПИДом (см. Рис. 51).

Помимо этого, Азиатско-тихоокеанская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, объединила людей более чем из 20 стран Азии в рамках программы ПРООН «Лидерство во имя результатов» . Эта региональная сеть способствовала развитию национальных организаций людей, живущих с ВИЧ. Одной из них является организация Spiritia в Индонезии, которая также получила поддержку со стороны ЮНЭЙДС. В случае относительно недавно возникших эпидемий Тематические группы ООН по ВИЧ/СПИДу поощряли и оказывали помощь группам активистов по СПИДу, которые только начинают свою работу.

Рисунок 51

Участие в партнерских форумах людей, живущих с ВИЧ, 2003 г.



Источник: Страновые оделения ЮНЭЙДС, 2004

Предоставление услуг и поощрение участия на местном уровне

В других случаях люди, живущие с ВИЧ, уже давно участвуют в принятии решений на национальном уровне. Все чаще ВИЧ-инфицированные принимают активное участие в процессах принятия решений на местном уровне, а также в предоставлении услуг другим ВИЧ-инфицированным. Зачастую они находятся на переднем крае, проводя работу по уходу и поддержке. Например, в Камбодже, добровольцы из числа людей, живущих с ВИЧ, работают через отделения «Друг помогает другу» в районных центрах здравоохранения – они предоставляют информацию и оказывают поддержку в связи со СПИДом и помогают людям выполнять назначенные схемы лечения.

Связь между процессом предоставления услуг и пропагандой на национальном уровне стала наиболее заметной в связи с вопросом расширения доступа к лечению, что является одним из основных приоритетов массовой активности по проблеме СПИДа. Например, в Таиланде Таиландская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и Таиландская коалиция НПО по СПИДу добивались того, чтобы правительство предоставляло антиретровирусные препараты в рамках национального плана медицинского страхования. В декабре 2001 года правительство Таиланда объявило о том, что оно расширит оказание медицинского ухода, включив в него такие лекарственные препараты, и создало совет для надзора за реализацией планов с участием представителей этой сети.

В Казахстане 30% всех ВИЧ-инфицированных живут в городе Темиртау, где начиная с 1998 года их мнение выражает НПО «Шапагат». Местные городские власти выделили НПО «Шапагат» помещения; эта НПО сотрудничает с местным центром СПИДа, учреждениями Организации Объединенных Наций и Фондом открытого общества. НПО «Шапагат» регулярно выступает в местном парламенте и в исполнительном органе правительства. ВИЧ-инфицированные лица из города Темиртау входили в состав Национальной комиссии по СПИДу, а также участвовали в работе Странового координационного механизма Глобального фонда для Казахстана.

Трудоустройство и рабочие места

Присутствие людей, открыто живущих с ВИЧ, на рабочих местах демонстрирует возможность нормальной дальнейшей жизни и работы, что является критическим первым шагом для

решения проблемы дискриминации на рабочем месте. Программа добровольцев Организации Объединенных Наций поддержала принцип РУЛС в южной части Африки, оказывая помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, в поиске работы в горнорудных компаниях, полугосударственных организациях и, среди прочего, в учреждениях Организации Объединенных Наций. Участники Программы занимаются пропагандой, ведут просветительские программы и активно помогают при разработке планов действий на рабочих местах в связи со СПИДом. Аналогичным образом начиная с 2000 года около 50 ВИЧ-инфицированных членов Программы добровольцев Организации Объединенных Наций ведут работу в Карибском бассейне, направленную на устранение связанной со СПИДом дискриминации в семи странах региона.

ВИЧ-инфицированные редко получают плату за то, что они обеспечивают уход и поддержку другим людям, живущим с этим вирусом. Единственное исключение составляет Ботсвана, где член национальной Сети людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, работает в качестве сотрудника по связям общины с инфекционной больницей в столице страны Габороне. Ее личный опыт, накопленный в процессе жизни с ВИЧ, оказался особенно важным в том, что помогает пациентам (особенно тем, кто приезжает из удаленных деревень) рассказывать о трудностях, с которыми они сталкиваются при соблюдении схемы лекарственного лечения, или о том, какое давление оказывают родственники на ВИЧ-инфицированных матерей, заставляя их кормить грудью новорожденных (ЮНЭЙДС, 2003).

Поддержка программ по СПИДу на рабочих местах со стороны корпораций, профсоюзов и правительства существует во многих местах (см. главы «Воздействие» и «Профилактика»), однако неформальный рабочий сектор по-прежнему представляет значительную сложность. Примером этого является Индия. Около 92% населения Индии занято в неформальном экономическом секторе. Международная организация труда, а также организации работодателей и работников поддержали работу, проводимую Сетью ВИЧ-инфицированных людей Дели в неформальном секторе. Члены этой сети проводят профессиональное обучение, оказывают помощь в поиске работы, а также предоставляют уход и поддержку как ВИЧ-инфицированным работникам, так и семьям тех, кто умер от СПИДа.

Приверженность и смелость требуют поддержки

Вовлечение людей, живущих с ВИЧ, в национальные меры по борьбе со СПИДом оказалось чрезвычайно ценным. Однако для того чтобы это было эффективным, необходимо признать ряд потребностей. Многие программы зависят от приверженности и смелости ВИЧ-инфицированных людей. Диагноз ВИЧ уже сам по себе является поворотным событием в жизни, вызывая шок, горе и чувство утраты контроля над своей собственной жизнью. Открытое признание своего положительного ВИЧ-статуса может нанести травму даже в наиболее благоприятных условиях. Сделать это публично – как это сделали многие ВИЧ-инфицированные активисты – всегда нелегко, даже если при этом оказывает помощь организация, в которой они ведут активную работу. Многие инициативы Организации Объединенных Наций, правительств и НПО по всему миру направлены на то, чтобы поощрить такое открытое признание и предупредить дальнейшее распространение вируса, однако они зачастую не способны помочь ВИЧ-инфицированным подготовиться к этому и не оказывают достаточной поддержки активистам при проведении текущей работы.

Финансирование является критическим фактором. Людям, живущим с ВИЧ, необходим доступ к антиретровирусным препаратам и другим важнейшим мерам по уходу; причем им необходимо платить зарплату или другую компенсацию за потраченное ими время и за их вклад в работу. В противном случае их возможности для участия в мерах по борьбе со СПИДом окажутся серьезным образом ограничены. Один из примеров инновационного подхода для решения этой проблемы можно найти в Уганде. Фонд для лечения пропагандистов борьбы с ВИЧ/СПИДом в настоящее время выделяет шести таким

пропагандистам антиретровирусное лечение, и это финансируется организацией «Ротари интернэшнл» и ее отделениями в Бельгии и Уганде (Комиссия по СПИДу Уганды/ЮНЭЙДС, 2003). В руководстве этого Фонда участвует Форум людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, который объединяет все соответствующие сети и ассоциации Уганды.

ВИЧ-инфицированные африканские женщины, выступая в роли активисток, сталкиваются с огромными проблемами. Они очень расстроены в связи с оказываемым на них давлением, раскрывать свой статус в рамках кампаний профилактики, в то время как их собственные финансовые, медицинские и эмоциональные потребности игнорируются. Приверженность и волонтерский дух людей, живущих с ВИЧ, эксплуатируются в рамках программ НПО и правительств, которые используют эту дешевую или бесплатную рабочую силу вместо служб здравоохранения (Манчестер, 2003).

Анализ деятельности 17 НПО, предоставляющих услуги в связи с ВИЧ/СПИДом в четырех странах (Буркина-Фасо, Замбия, Индия и Эквадор), показал, что игнорирование потребностей ВИЧ-инфицированных людей снижает эффективность услуг. Участие людей, живущих с ВИЧ, в информационно-просветительной работе на местах до того, как они получат необходимую подготовку и постоянную поддержку, может оказывать отрицательное влияние на качество услуг, а также может наносить вред самим таким людям (Программа Horizons, 2002). Участие людей, живущих с ВИЧ, на международном уровне может сдерживаться ввиду трудностей в получении страховки во время поездок для покрытия любых связанных с ВИЧ заболеваний или ввиду ограничений при перемещении, вводимых во многих странах в отношении людей, живущих с ВИЧ.

Расширению участия способствует благоприятная среда

На эти проблемы нет простых ответов. В организациях, которые стремятся к реальному (а не символическому) участию, создание соответствующей, благоприятной обстановки требует значительного внимания и приверженности. ВИЧ-инфицированным требуется подготовка и поддержка, для того чтобы их участие было более активным, в то время как учреждениям следует сделать свои процедуры более благоприятными для участия и доступными для людей, которые, возможно, не привыкли к принятым формальностям проведения встреч и другим институциональным требованиям. Это особенно необходимо, если мы стремимся расширить возможности большего числа ВИЧ-инфицированных женщин и молодых людей – традиционно исключаемых из процессов принятия решений, – для того чтобы они могли внести существенный вклад.

Все это означает, что сейчас, как никогда ранее, важнейшей задачей является выделение новых средств для наращивания потенциала, выплаты финансовой компенсации за выполняемую работу и проведение лечения/оказание психологической помощи ВИЧ-инфицированным людям, участвующим в такой работе. Однако более формальное участие сетей и организаций людей, живущих с ВИЧ (в отличие от неформального личного участия), также поможет в реализации принципа РУЛС на устойчивой основе. Во многих странах произошел переход от групп самопомощи к представительским организациям, что создало дополнительные потребности в наращивании организационного, управленческого, пропагандистского и лидерского потенциала.

Тема Международной конференции людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, проведенной в сентябре 2003 года, – «Начало нового позитивного руководства» – служит признанием этих новых ролей. В Декларации, принятой на конференции, указывается, что «нашим общинам и организациям по-прежнему сильно не хватает ресурсов, необходимых для эффективной реализации их потенциала и выполнения роли, которую требуют от нас». В Декларации содержится требование: «Нам нужна поддержка в осуществлении усилий для наращивания потенциала, с тем чтобы внести эффективный вклад в ответные меры в качестве равноправного партнера».

Заключение

Опыт показал, что содержательное участие людей, живущих с ВИЧ, является ключевым элементом эффективных мер в ответ на эпидемию. Для усиления и придания устойчивости этой роли необходимо:

i) **чтобы люди знали свой ВИЧ-статус** (что в свою очередь требует значительного расширения доступа к услугам по добровольному консультированию и тестированию);

ii) **обеспечивать людям возможность оставаться в живых** благодаря антиретровирусному лечению и быть активными в выбранной ими сфере работы; и

iii) **создавать практическое и политическое пространство для людей, живущих с ВИЧ, для усиления их роли и вклада** путем устранения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ; способствовать созданию благоприятной правовой и политической среды; и поддерживать участие с помощью ресурсов, включая организационное развитие.

Уже сейчас организации, работающие в сфере СПИДа, существуют в различных формах – от органов, оказывающих поддержку и предоставляющих услуги, до организаций, занимающихся пропагандой и представлением интересов. Перед лицом давно существующей, но постоянно меняющейся эпидемии круг таких организаций необходимо еще более расширить. В частности, по мере того как все большее число людей узнает о своем ВИЧ-статусе, сфера деятельности выходит за пределы признанных сетей СПИДа и охватывает места, не связанные с медицинскими учреждениями, например, рабочие места, места богослужения, школы и другие учреждения. Сети людей, живущих с ВИЧ, демонстрируют свою приверженность идее создания партнерств нового типа; сейчас им нужна помощь для расширения их организационного потенциала и решения этих новых проблем.

Таблица оценок и данных по ВИЧ/СПИДу для стран мира, по состоянию на конец 2003 г.

Глобальный эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом и сексуально передаваемыми инфекциями (СПИ) осуществляется совместно Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИПП, созданная в 1996 году, представляет собой основной координационный механизм, посредством которого ЮНЭЙДС и ВОЗ собирают самую достоверную имеющуюся информацию в целях повышения качества данных, необходимых для информированного принятия решений и планирования на национальном, региональном и глобальном уровнях. Представленные в данной таблице оценки получены Рабочей группой в тесном сотрудничестве с национальными программами по СПИДу и многоми другими партнерами.

	1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ					
	Взрослые и дети, по состоянию на конец 2003 г.		Взрослые и дети, по состоянию на конец 2001г.		Взрослые (15–49 лет), по состоянию на конец 2003 г.	
Страна	Оценка	[низкая оценка – высокая оценка]	Оценка	[низкая оценка – высокая оценка]	Оценка	[низкая оценка – высокая оценка]
Итоговое глобальное число	**37 800 000**	**[34 600 000 - 42 300 000]**	**34 900 000**	**[32 000 000 - 39 000 000]**	**35 700 000**	**[32 700 000 - 39 800 000]**
Африка к югу от Сахары	**25 000 000**	**[23 100 000 - 27 900 000]**	**23 800 000**	**[22 000 000 - 26 600 000]**	**23 100 000**	**[21 400 000 - 25 700 000]**
Ангола	240 000	[97 000 - 600 000]	220 000	[86 000 - 550 000]	220 000	[88 000 - 540 000]
Бенин	68 000	[38 000 - 120 000]	65 000	[36 000 - 110 000]	62 000	[35 000 - 110 000]
Ботсвана *	350 000	[330 000 - 380 000]	350 000	[330 000 - 380 000]	330 000	[310 000 - 340 000]
Буркина-Фасо *	300 000	[190 000 - 470 000]	280 000	[180 000 - 440 000]	270 000	[170 000 - 420 000]
Бурунди	250 000	[170 000 - 370 000]	240 000	[160 000 - 360 000]	220 000	[150 000 - 320 000]
Камерун *	560 000	[390 000 - 810 000]	530 000	[370 000 - 770 000]	520 000	[360 000 - 740 000]
Центральноафриканская Республика	260 000	[160 000 - 410 000]	250 000	[150 000 - 400 000]	240 000	[150 000 - 380 000]
Чад	200 000	[130 000 - 300 000]	190 000	[120 000 - 290 000]	180 000	[120 000 - 270 000]
Коморские острова	…	…	…	…	…	…
Конго	90 000	[39 000 - 200 000]	90 000	[39 000 - 200 000]	80 000	[34 000 - 180 000]
Кот-д'Ивуар	570 000	[390 000 - 820 000]	510 000	[350 000 - 740 000]	530 000	[370 000 - 750 000]
Дем. Республика Конго **	1 100 000	[450 000 - 2 600 000]	1 100 000	[430 000 - 2 500 000]	1 000 000	[410 000 - 2 400 000]
Джибути	9 100	[2 300 - 24 000]	8 100	[2 400 - 23 000]	8 400	[2 100 - 21 000]
Экваториальная Гвинея	…	…	…	…	…	…
Эритрея	60 000	[21 000 - 170 000]	61 000	[22 000 - 160 000]	55 000	[19 000 - 150 000]
Эфиопия	1 500 000	[950 000 - 2 300 000]	1 300 000	[820 000 - 2 000 000]	1 400 000	[890 000 - 2 100 000]
Габон	48 000	[24 000 - 91 000]	39 000	[19 000 - 78 000]	45 000	[23 000 - 86 000]
Гамбия	6 800	[1 800 - 24 000]	6 700	[1 800 - 24 000]	6 300	[1 700 - 23 000]
Гана *	350 000	[210 000 - 560 000]	330 000	[200 000 - 540 000]	320 000	[200 000 - 520 000]
Гвинея *	140 000	[51 000 - 360 000]	110 000	[40 000 - 310 000]	130 000	[48 000 - 330 000]
Гвинея-Бисау	…	…	…	…	…	…
Кения	1 200 000	[820 000 - 1 700 000]	1 300 000	[890 000 - 1 800 000]	1 100 000	[760 000 - 1 600 000]
Лесото *	320 000	[290 000 - 360 000]	320 000	[290 000 - 360 000]	300 000	[270 000 - 330 000]
Либерия	100 000	[47 000 - 220 000]	86 000	[37 000 - 190 000]	96 000	[44 000 - 200 000]
Мадагаскар	140 000	[68 000 - 250 000]	100 000	[50 000 - 180 000]	130 000	[66 000 - 220 000]
Малави *	900 000	[700 000 - 1 100 000]	850 000	[660 000 - 1 100 000]	810 000	[650 000 - 1 000 000]
Мали	140 000	[44 000 - 420 000]	130 000	[40 000 - 390 000]	120 000	[40 000 - 380 000]
Мавритания	9 500	[4 500 - 17 000]	6 300	[3 000 - 11 000]	8 900	[4 400 - 15 000]
Маврикий	…	…	…	…	…	…
Мозамбик	1 300 000	[980 000 - 1 700 000]	1 200 000	[930 000 - 1 600 000]	1 200 000	[910 000 - 1 500 000]
Намибия	210 000	[180 000 - 250 000]	200 000	[170 000 - 230 000]	200 000	[170 000 - 230 000]
Нигер	70 000	[36 000 - 130 000]	56 000	[28 000 - 110 000]	64 000	[34 000 - 120 000]
Нигерия	3 600 000	[2 400 000 - 5 400 000]	3 400 000	[2 200 000 - 5 000 000]	3 300 000	[2 200 000 - 4 900 000]
Руанда *	250 000	[170 000 - 380 000]	240 000	[160 000 - 360 000]	230 000	[150 000 - 350 000]
Сенегал *	44 000	[22 000 - 89 000]	40 000	[20 000 - 81 000]	41 000	[21 000 - 83 000]
Сьерра-Леоне	…	…	…	…	…	…
Сомали	…	…	…	…	…	…
Южно-Африканская Республика*	5 300 000	[4 500 000 - 6 200 000]	5 000 000	[4 200 000 - 5 900 000]	5 100 000	[4 300 000 - 5 900 000]
Свазиленд **	220 000	[210 000 - 230 000]	210 000	[190 000 - 220 000]	200 000	[190 000 - 210 000]
Того	110 000	[67 000 - 170 000]	100 000	[65 000 - 160 000]	96 000	[61 000 - 150 000]
Уганда *	530 000	[350 000 - 880 000]	620 000	[420 000 - 980 000]	450 000	[300 000 - 730 000]
Объединенная Респ. Танзания*	1 600 000	[1 200 000 - 2 300 000]	1 600 000	[1 100 000 - 2 200 000]	1 500 000	[1 100 000 - 2 000 000]
Замбия	920 000	[730 000 - 1 100 000]	890 000	[710 000 - 1 100 000]	830 000	[680 000 - 1 000 000]
Зимбабве	1 800 000	[1 500 000 - 2 000 000]	1 700 000	[1 500 000 - 2 000 000]	1 600 000	[1 400 000 - 1 900 000]
Восточная Азия	**900 000**	**[450 000 - 1 500 000]**	**680 000**	**[340 000 - 1 100 000]**	**900 000**	**[450 000 - 1 500 000]**
Китай	840 000	[430 000 - 1 500 000]	660 000	[320 000 - 1 100 000]	830 000	[430 000 - 1 400 000]
САР Гонконг	2 600	[1 300 - 4 400]	2 700	[1 300 - 4 400]	2 600	[1 300 - 4 300]
Корейская Народно-Дем. Республика	…	…	…	…	…	…
Япония	12 000	[5 700 - 19 000]	12 000	[5 800 - 20 000]	12 000	[5 700 - 19 000]
Монголия	<500	[<1 000]	<200	[<400]	<500	[<1 000]
Республика Корея	8 300	[2 700 - 16 000]	5 600	[1 800 - 11 000]	8 300	[2 700 - 16 000]
Океания	**32 000**	**[21 000 - 46 000]**	**24 000**	**[16 000 - 35 000]**	**31 000**	**[21 000 - 45 000]**
Австралия	14 000	[6 800 - 22 000]	12 000	[6 000 - 20 000]	14 000	[6 600 - 22 000]
Фиджи	600	[200 - 1 300]	<500	[<1 000]	600	[200 - 1 200]
Новая Зеландия	1 400	[480 - 2 800]	1 200	[420 - 2 400]	1 400	[500 - 2 800]
Папуа-Новая Гвинея	16 000	[7 800 - 28 000]	10 000	[4 900 - 17 000]	16 000	[7 700 - 26 000]

	1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ (продолжение)							
	Взрослые (15–49 лет), по сост. на конец 2001г.		Взрослые (15–49 лет) (%) по сост. на конец 2003 г.		Взрослые (15–49 лет) (%) по сост. на конец 2001 г.		Женщины (15–49 лет), по сост. на конец 2003 г.	
Страна	Оценка	[низкая оценка – высокая оценка]	Оценка	[низкая оценка – высокая оценка]	Оценка	[низкая оценка – высокая оценка]	Оценка	[низкая оценка – высокая оценка]
Итоговое глобальное число	**32 900 000**	**[30 200 000 - 36 700 000]**	**1,1**	**[1,0 - 1,2]**	**1,0**	**[0,9 - 1,1]**	**17 000 000**	**[15 800 000 - 18 800 000]**
Африка к югу от Сахары	**22 000 000**	**[20 400 000 - 24 500 000]**	**7,5**	**[6,9 - 8,3]**	**7,6**	**[7,0 - 8,5]**	**13 100 000**	**[12 200 000 - 14 600 000]**
Ангола	200 000	[78 000 - 490 000]	3,9	[1,6 - 9,4]	3,7	[1,5 - 9,1]	130 000	[50 000 - 300 000]
Бенин	59 000	[34 000 - 100 000]	1,9	[1,1 - 3,3]	1,9	[1,1 - 3,4]	35 000	[20 000 - 62 000]
Ботсвана *	330 000	[320 000 - 340 000]	37,3	[35,5 - 39,1]	38,0	[36,3 - 39,7]	190 000	[180 000 - 190 000]
Буркина-Фасо *	250 000	[160 000 - 390 000]	4,2	[2,7 - 6,5]	4,2	[2,7 - 6,5]	150 000	[98 000 - 240 000]
Бурунди	220 000	[150 000 - 310 000]	6,0	[4,1 - 8,8]	6,2	[4,3 - 9,0]	130 000	[85 000 - 180 000]
Камерун *	500 000	[350 000 - 700 000]	6,9	[4,8 - 9,8]	7,0	[4,9 - 9,9]	290 000	[200 000 - 420 000]
Центральноафриканская Республика	230 000	[140 000 - 360 000]	13,5	[8,3 - 21,2]	13,5	[8,3 - 21,2]	130 000	[83 000 - 210 000]
Чад	170 000	[110 000 - 260 000]	4,8	[3,1 - 7,2]	4,9	[3,2 - 7,4]	100 000	[66 000 - 150 000]
Коморские острова	…	…	…	…	…	…	…	…
Конго	80 000	[35 000 - 170 000]	4,9	[2,1 - 11,0]	5,3	[2,3 - 11,5]	45 000	[19 000 - 100 000]
Кот-д'Ивуар	480 000	[330 000 - 680 000]	7,0	[4,9 - 10,0]	6,7	[4,7 - 9,6]	300 000	[210 000 - 420 000]
Дем. Республика Конго **	950 000	[390 000 - 2 200 000]	4,2	[1,7 - 9,9]	4,2	[1,7 - 10,0]	570 000	[230 000 - 1 300 000]
Джибути	7 500	[2 200 - 21 000]	2,9	[0,7 - 7,5]	2,8	[0,8 - 7,9]	4 700	[1 200 - 12 000]
Экваториальная Гвинея	…	…	…	…	…	…	…	…
Эритрея	55 000	[20 000 - 150 000]	2,7	[0,9 - 7,3]	2,8	[1,0 - 7,6]	31 000	[11 000 - 85 000]
Эфиопия	1 200 000	[760 000 - 1 900 000]	4,4	[2,8 - 6,7]	4,1	[2,6 - 6,3]	770 000	[500 000 - 1 200 000]
Габон	37 000	[18 000 - 73 000]	8,1	[4,1 - 15,3]	6,9	[3,3 - 13,7]	26 000	[13 000 - 48 000]
Гамбия	6 300	[1 700 - 22 000]	1,2	[0,3 - 4,2]	1,2	[0,3 - 4,3]	3 600	[970 - 13 000]
Гана *	310 000	[190 000 - 500 000]	3,1	[1,9 - 5,0]	3,1	[1,9 - 5,1]	180 000	[110 000 - 300 000]
Гвинея *	100 000	[37 000 - 280 000]	3,2	[1,2 - 8,2]	2,8	[1,0 - 7,5]	72 000	[27 000 - 190 000]
Гвинея-Бисау	…	…	…	…	…	…	…	…
Кения	1 200 000	[830 000 - 1 600 000]	6,7	[4,7 - 9,6]	8,0	[5,8 - 11,1]	720 000	[500 000 - 1 000 000]
Лесото *	300 000	[270 000 - 330 000]	28,9	[26,3 - 31,7]	29,6	[27,0 - 32,3]	170 000	[150 000 - 190 000]
Либерия	80 000	[35 000 - 180 000]	5,9	[2,7 - 12,4]	5,1	[2,2 - 11,3]	54 000	[25 000 - 110 000]
Мадагаскар	98 000	[48 000 - 160 000]	1,7	[0,8 - 2,7]	1,3	[0,6 - 2,1]	76 000	[37 000 - 120 000]
Малави *	770 000	[610 000 - 960 000]	14,2	[11,3 - 17,7]	14,3	[11,4 - 17,9]	460 000	[370 000 - 570 000]
Мали	120 000	[37 000 - 350 000]	1,9	[0,6 - 5,9]	1,9	[0,6 - 5,8]	71 000	[23 000 - 210 000]
Мавритания	5 900	[2 900 - 9 700]	0,6	[0,3 - 1,1]	0,5	[0,2 - 0,7]	5 100	[2 500 - 8 300]
Маврикий	…	…	…	…	…	…	…	…
Мозамбик	1 100 000	[870 000 - 1 500 000]	12,2	[9,4 - 15,7]	12,1	[9,4 - 15,6]	670 000	[520 000 - 860 000]
Намибия	190 000	[160 000 - 220 000]	21,3	[18,2 - 24,7]	21,3	[18,2 - 24,7]	110 000	[94 000 - 130 000]
Нигер	51 000	[26 000 - 98 000]	1,2	[0,7 - 2,3]	1,1	[0,5 - 2,0]	36 000	[19 000 - 68 000]
Нигерия	3 100 000	[2 100 000 - 4 600 000]	5,4	[3,6 - 8,0]	5,5	[3,7 - 8,1]	1 900 000	[1 200 000 - 2 700 000]
Руанда *	220 000	[140 000 - 320 000]	5,1	[3,4 - 7,6]	5,1	[3,4 - 7,6]	130 000	[86 000 - 200 000]
Сенегал *	38 000	[19 000 - 76 000]	0,8	[0,4 - 1,7]	0,8	[0,4 - 1,6]	23 000	[12 000 - 47 000]
Сьерра-Леоне	…	…	…	…	…	…	…	…
Сомали	…	…	…	…	…	…	…	…
Южно-Африканская Республика*	4 800 000	[4 100 000 - 5 600 000]	21,5	[18,5 - 24,9]	20,9	[17,8 - 24,3]	2 900 000	[2 500 000 - 3 300 000]
Свазиленд **	190 000	[180 000 - 200 000]	38,8	[37,2 - 40,4]	38,2	[36,5 - 39,8]	110 000	[110 000 - 120 000]
Того	94 000	[61 000 - 140 000]	4,1	[2,7 - 6,4]	4,3	[2,8 - 6,6]	54 000	[35 000 - 84 000]
Уганда *	520 000	[370 000 - 810 000]	4,1	[2,8 - 6,6]	5,1	[3,5 - 7,9]	270 000	[170 000 - 410 000]
Объединенная Респ. Танзания*	1 400 000	[1 100 000 - 2 000 000]	8,8	[6,4 - 11,9]	9,0	[6,6 - 12,2]	840 000	[610 000 - 1 100 000]
Замбия	800 000	[660 000 - 970 000]	16,5	[13,5 - 20,0]	16,7	[13,6 - 20,2]	470 000	[380 000 - 570 000]
Зимбабве	1 600 000	[1 400 000 - 1 800 000]	24,6	[21,7 - 27,8]	24,9	[22,0 - 28,1]	930 000	[820 000 - 1 000 000]
Восточная Азия	**670 000**	**[340 000 - 1 100 000]**	**0,1**	**[0,1 - 0,2]**	**0,1**	**[0,1 - 0,2]**	**200 000**	**[100 000 - 320 000]**
Китай	650 000	[320 000 - 1 100 000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	190 000	[95 000 - 320 000]
САР Гонконг	2 600	[1 300 - 4 300]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	900	[400 - 1 400]
Корейская Народно-Дем. Республика	…	…	…	…	…	…	…	…
Япония	12 000	[5 800 - 19 000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	2 900	[1 400 - 4 800]
Монголия	<200	[<400]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	<200	[<400]
Республика Корея	5 600	[1 800 - 11 000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	900	[300 - 1 800]
Океания	**24 000**	**[16 000 - 34 000]**	**0,2**	**[0,1 - 0,3]**	**0,2**	**[0,1 - 0,3]**	**6 100**	**[3 600 - 9 200]**
Австралия	12 000	[5 900 - 20 000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,2]	1 000	[500 - 1 600]
Фиджи	500	[200 - 900]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	<200	[<400]
Новая Зеландия	1 200	[400 - 2 400]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	<200	[<400]
Папуа-Новая Гвинея	10 000	[4 900 - 16 000]	0,6	[0,3 - 1,0]	0,4	[0,2 - 0,7]	4 800	[2 400 - 7 900]

	1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ (продолжение)					
	Женщины (15–49 лет), по состоянию на конец 2001 г.		Дети (0–14 лет), по состоянию на конец 2003 г.		Дети (0–14 лет), по состоянию на конец 2001 г.	
Страна	Оценка	[низкая оценка – высокая оценка]	Оценка	[низкая оценка – высокая оценка]	Оценка	[низкая оценка – высокая оценка]
Итоговое глобальное число	**15 700 000**	**[14 600 000 - 17 400 000]**	**2 100 000**	**[1 900 000 - 2 500 000]**	**2 000 000**	**[1 800 000 - 2 300 000]**
Африка к югу от Сахары	**12 500 000**	**[11 600 000 - 13 900 000]**	**1 900 000**	**[1 700 000 - 2 200 000]**	**1 800 000**	**[1 600 000 - 2 100 000]**
Ангола	110 000	[44 000 - 280 000]	23 000	[8 600 - 61 000]	20 000	[7 500 - 54 000]
Бенин	34 000	[19 000 - 59 000]	5 700	[2 900 - 11 000]	5 100	[2 600 - 10 000]
Ботсвана *	190 000	[180 000 - 190 000]	25 000	[17 000 - 36 000]	22 000	[15 000 - 33 000]
Буркина-Фасо *	140 000	[91 000 - 220 000]	31 000	[18 000 - 56 000]	31 000	[18 000 - 56 000]
Бурунди	120 000	[84 000 - 180 000]	27 000	[16 000 - 45 000]	26 000	[15 000 - 44 000]
Камерун *	280 000	[200 000 - 400 000]	43 000	[26 000 - 72 000]	39 000	[23 000 - 64 000]
Центральноафриканская Республика	130 000	[80 000 - 200 000]	21 000	[11 000 - 38 000]	19 000	[10 000 - 35 000]
Чад	97 000	[64 000 - 150 000]	18 000	[10 000 - 32 000]	16 000	[9 400 - 29 000]
Коморские острова	…	…	…	…	…	…
Конго	45 000	[20 000 - 99 000]	10 000	[4 200 - 26 000]	11 000	[4 400 - 26 000]
Кот-д'Ивуар	270 000	[190 000 - 380 000]	40 000	[24 000 - 67 000]	38 000	[23 000 - 64 000]
Дем. Республика Конго **	540 000	[220 000 - 1 300 000]	110 000	[42 000 - 280 000]	100 000	[40 000 - 270 000]
Джибути	4 200	[1 200 - 12 000]	680	[210 - 2 400]	570	[200 - 2 300]
Экваториальная Гвинея	…	…	…	…	…	…
Эритрея	31 000	[11 000 - 84 000]	5 600	[1 900 - 17 000]	5 400	[1 800 - 16 000]
Эфиопия	670 000	[430 000 - 1 000 000]	120 000	[69 000 - 220 000]	110 000	[60 000 - 190 000]
Габон	21 000	[10 000 - 41 000]	2 500	[1 200 - 5 300]	2 000	[900 - 4 400]
Гамбия	3 500	[1 000 - 12 000]	500	[100 - 1 900]	<500	[<1 600]
Гана *	170 000	[110 000 - 280 000]	24 000	[9 600 - 36 000]	22 000	[12 000 - 41 000]
Гвинея *	59 000	[21 000 - 160 000]	9 200	[3 300 - 26 000]	7 300	[2 500 - 22 000]
Гвинея-Бисау	…	…	…	…	…	…
Кения	750 000	[540 000 - 1 000 000]	100 000	[61 000 - 170 000]	100 000	[63 000 - 170 000]
Лесото *	170 000	[150 000 - 180 000]	22 000	[15 000 - 32 000]	20 000	[13 000 - 29 000]
Либерия	45 000	[20 000 - 99 000]	8 000	[3 400 - 19 000]	6 400	[2 600 - 16 000]
Мадагаскар	55 000	[27 000 - 91 000]	8 600	[2 500 - 30 000]	6 000	[1 600 - 22 000]
Малави *	440 000	[350 000 - 540 000]	83 000	[54 000 - 130 000]	77 000	[50 000 - 120 000]
Мали	65 000	[21 000 - 200 000]	13 000	[3 900 - 42 000]	12 000	[3 500 - 38 000]
Мавритания	3 300	[1 600 - 5 500]	…	…	…	…
Маврикий	…	…	…	…	…	…
Мозамбик	640 000	[490 000 - 820 000]	99 000	[63 000 - 160 000]	87 000	[55 000 - 140 000]
Намибия	100 000	[90 000 - 120 000]	15 000	[10 000 - 22 000]	12 000	[8 200 - 18 000]
Нигер	29 000	[15 000 - 56 000]	5 900	[2 800 - 12 000]	4 500	[2 100 - 9 700]
Нигерия	1 800 000	[1 200 000 - 2 600 000]	290 000	[170 000 - 500 000]	260 000	[150 000 - 450 000]
Руанда *	120 000	[81 000 - 180 000]	22 000	[12 000 - 37 000]	20 000	[12 000 - 35 000]
Сенегал *	21 000	[10 000 - 43 000]	3 100	[1 400 - 6 800]	2 700	[1 200 - 5 900]
Сьерра-Леоне	…	…	…	…	…	…
Сомали	…	…	…	…	…	…
Южно-Африканская Республика*	2 700 000	[2 300 000 - 3 200 000]	230 000	[150 000 - 340 000]	190 000	[130 000 - 280 000]
Свазиленд **	110 000	[100 000 - 110 000]	16 000	[11 000 - 23 000]	14 000	[9 400 - 20 000]
Того	53 000	[34 000 - 82 000]	9 300	[5 200 - 17 000]	8 700	[4 900 - 15 000]
Уганда *	310 000	[210 000 - 460 000]	84 000	[46 000 - 150 000]	97 000	[54 000 - 160 000]
Объединенная Респ. Танзания*	820 000	[600 000 - 1 100 000]	140 000	[85 000 - 230 000]	130 000	[83 000 - 220 000]
Замбия	450 000	[370 000 - 550 000]	85 000	[56 000 - 130 000]	84 000	[55 000 - 130 000]
Зимбабве	900 000	[790 000 - 1 000 000]	120 000	[84 000 - 180 000]	120 000	[83 000 - 180 000]
Восточная Азия	**140 000**	**[69 000 - 220 000]**	**7 700**	**[2 700 - 22 000]**	**5 300**	**[1 800 - 16 000]**
Китай	130 000	[65 000 - 220 000]	…	…	…	…
САР Гонконг	800	[400 - 1 300]	…	…	…	…
Корейская Народно-Дем. Республика	…	…	…	…	…	…
Япония	2 700	[1 300 - 4 500]	…	…	…	…
Монголия	<200	[<400]	…	…	…	…
Республика Корея	600	[200 - 1 100]	…	…	…	…
Океания	**4 000**	**[2 400 - 5 900]**	**600**	**[<2 000]**	**400**	**[<1 200]**
Австралия	800	[400 - 1 300]	…	…	…	…
Фиджи	<200	[<400]	…	…	…	…
Новая Зеландия	<200	[<400]	…	…	…	…
Папуа-Новая Гвинея	2 900	[1 400 - 4 800]	…	…	…	…

	2. Число смертей от СПИДа				3. Дети, осиротевшие из-за СПИДа			
	Число смертей среди взрослых и детей, по сост. на конец 2003 г.		Число смертей среди взрослых и детей, по сост. на конец 2001 г.		Число сирот (0–17 лет), живших в 2003 г.		Число сирот (0–17 лет), живших в 2001 г.	
Страна	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**
Итоговое глобальное число	**2 900 000**	**[2 600 000 - 3 300 000]**	**2 500 000**	**[2 300 000 - 2 800 000]**	**15 000 000**	**[13 000 000 - 18 000 000]**	**11 500 000**	**[10 000 000 - 14 000 000]**
Африка к югу от Сахары	**2 200 000**	**[2 000 000 - 2 500 000]**	**1 900 000**	**[1 700 000 - 2 200 000]**	**12 100 000**	**[11 000 000 - 13 400 000]**	**9 600 000**	**[8 800 000 - 10 700 000]**
Ангола	21 000	[9 600 - 45 000]	18 000	[8 500 - 40 000]	110 000	[74 000 - 160 000]	87 000	[58 000 - 120 000]
Бенин	5 800	[3 400 - 10 000]	4 900	[2 800 - 8 600]	34 000	[23 000 - 48 000]	25 000	[17 000 - 36 000]
Ботсвана *	33 000	[25 000 - 43 000]	28 000	[21 000 - 37 000]	120 000	[84 000 - 180 000]	95 000	[63 000 - 140 000]
Буркина-Фасо *	29 000	[18 000 - 47 000]	30 000	[19 000 - 48 000]	260 000	[180 000 - 370 000]	240 000	[160 000 - 340 000]
Бурунди	25 000	[16 000 - 39 000]	25 000	[16 000 - 38 000]	200 000	[130 000 - 280 000]	170 000	[120 000 - 250 000]
Камерун *	49 000	[32 000 - 74 000]	41 000	[26 000 - 63 000]	240 000	[160 000 - 340 000]	170 000	[110 000 - 240 000]
Центральноафриканская Республика	23 000	[13 000 - 40 000]	20 000	[12 000 - 35 000]	110 000	[77 000 - 160 000]	90 000	[60 000 - 130 000]
Чад	18 000	[11 000 - 28 000]	16 000	[9 900 - 25 000]	96 000	[64 000 - 140 000]	73 000	[49 000 - 100 000]
Коморские острова	…	…	…	…	…	…	…	…
Конго	9 700	[4 900 - 20 000]	10 000	[5 100 - 20 000]	97 000	[65 000 - 140 000]	87 000	[59 000 - 120 000]
Кот-д'Ивуар	47 000	[30 000 - 72 000]	43 000	[28 000 - 66 000]	310 000	[200 000 - 440 000]	270 000	[180 000 - 390 000]
Дем. Республика Конго **	100 000	[50 000 - 220 000]	100 000	[48 000 - 210 000]	770 000	[520 000 - 1 100 000]	680 000	[450 000 - 970 000]
Джибути	690	[320 - 1 900]	550	[300 - 1 800]	5 000	[3 400 - 7 200]	4 100	[2 700 - 5 800]
Экваториальная Гвинея	…	…	…	…	…	…	…	…
Эритрея	6 300	[2 900 - 14 000]	5 800	[2 700 - 13 000]	39 000	[26 000 - 55 000]	28 000	[19 000 - 41 000]
Эфиопия	120 000	[74 000 - 190 000]	100 000	[58 000 - 180 000]	720 000	[480 000 - 1 000 000]	560 000	[370 000 - 790 000]
Габон	3 000	[1 500 - 5 700]	2 200	[1 100 - 4 500]	14 000	[9 300 - 20 000]	10 000	[6 900 - 15 000]
Гамбия	600	[200 - 1 500]	<500	[<1 200]	2 000	[1 500 - 3 200]	1 500	[990 - 2 100]
Гана *	30 000	[18 000 - 49 000]	26 000	[16 000 - 42 000]	170 000	[120 000 - 250 000]	140 000	[91 000 - 190 000]
Гвинея *	9 000	[4 000 - 20 000]	6 900	[3 000 - 16 000]	35 000	[23 000 - 50 000]	25 000	[17 000 - 35 000]
Гвинея-Бисау	…	…	…	…	…	…	…	…
Кения	150 000	[89 000 - 200 000]	140 000	[87 000 - 190 000]	650 000	[430 000 - 930 000]	500 000	[340 000 - 720 000]
Лесото *	29 000	[22 000 - 39 000]	24 000	[18 000 - 33 000]	100 000	[68 000 - 150 000]	68 000	[46 000 - 97 000]
Либерия	7 200	[3 500 - 15 000]	5 900	[2 800 - 12 000]	36 000	[24 000 - 52 000]	28 000	[19 000 - 40 000]
Мадагаскар	7 500	[3 200 - 16 000]	4 900	[2 100 - 11 000]	30 000	[20 000 - 42 000]	18 000	[12 000 - 25 000]
Малави *	84 000	[58 000 - 120 000]	75 000	[52 000 - 110 000]	500 000	[330 000 - 710 000]	390 000	[260 000 - 560 000]
Мали	12 000	[5 100 - 29 000]	11 000	[4 500 - 26 000]	75 000	[50 000 - 110 000]	59 000	[40 000 - 85 000]
Мавритания	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	2 000	[1 100 - 2 300]	1 000	[700 - 1 400]
Маврикий	…	…	…	…	…	…	…	…
Мозамбик	110 000	[74 000 - 160 000]	89 000	[60 000 - 130 000]	470 000	[310 000 - 670 000]	330 000	[220 000 - 470 000]
Намибия	16 000	[11 000 - 22 000]	11 000	[7 900 - 16 000]	57 000	[38 000 - 81 000]	33 000	[22 000 - 48 000]
Нигер	4 800	[2 300 - 9 800]	3 600	[1 700 - 7 600]	24 000	[16 000 - 35 000]	16 000	[11 000 - 23 000]
Нигерия	310 000	[200 000 - 490 000]	260 000	[160 000 - 410 000]	1 800 000	[1 200 000 - 2 600 000]	1 300 000	[890 000 - 1 900 000]
Руанда *	22 000	[14 000 - 36 000]	21 000	[14 000 - 34 000]	160 000	[110 000 - 240 000]	160 000	[110 000 - 230 000]
Сенегал *	3 500	[1 900 - 6 500]	2 800	[1 500 - 5 300]	17 000	[12 000 - 25 000]	12 000	[8 200 - 18 000]
Сьерра-Леоне	…	…	…	…	…	…	…	…
Сомали	…	…	…	…	…	…	…	…
Южно-Африканская Республика*	370 000	[270 000 - 520 000]	270 000	[190 000 - 390 000]	1 100 000	[710 000 - 1 500 000]	660 000	[440 000 - 940 000]
Свазиленд **	17 000	[13 000 - 23 000]	13 000	[9 900 - 18 000]	65 000	[43 000 - 93 000]	44 000	[30 000 - 63 000]
Того	10 000	[6 400 - 16 000]	8 900	[5 600 - 14 000]	54 000	[36 000 - 77 000]	37 000	[25 000 - 53 000]
Уганда *	78 000	[54 000 - 120 000]	94 000	[66 000 - 140 000]	940 000	[630 000 - 1 400 000]	910 000	[610 000 - 1 300 000]
Объединенная Респ. Танзания*	160 000	[110 000 - 230 000]	150 000	[98 000 - 220 000]	980 000	[660 000 - 1 400 000]	790 000	[530 000 - 1 100 000]
Замбия	89 000	[63 000 - 130 000]	88 000	[62 000 - 120 000]	630 000	[420 000 - 910 000]	570 000	[380 000 - 810 000]
Зимбабве	170 000	[130 000 - 230 000]	160 000	[120 000 - 220 000]	980 000	[660 000 - 1 400 000]	830 000	[560 000 - 1 200 000]
Восточная Азия	**44 000**	**[22 000 - 75 000]**	**31 000**	**[15 000 - 52 000]**				
Китай	44 000	[21 000 - 75 000]	30 000	[15 000 - 51 000]	…	…	…	…
САР Гонконг	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Корейская Народно-Дем. Республика	…	…	…	…	…	…	…	…
Япония	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Монголия	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Республика Корея	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Океания	**700**	**[<1 300]**	**400**	**[<800]**				
Австралия	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Фиджи	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Новая Зеландия	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Папуа-Новая Гвинея	600	[200 - 1 200]	<500	[<1 000]	…	…	…	…

	4. Распространенность ВИЧ (в %) среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичных городах		5. Распространенность ВИЧ (в %) в группах риска в столичных городах						6. Показатели об уровне знаний и поведении	
			Потребители инъекционных наркотиков		Работники секс-бизнеса		Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами		Знают, что здоровый на вид человек может быть инфицирован ВИЧ (в %) (15–24 лет)	
Страна	**Год**	**Медиана**	**Год**	**Медиана**	**Год**	**Медиана**	**Год**	**Медиана**	**Женщины**	**Мужчины**
Итоговое глобальное число										
Африка к югу от Сахары										
Ангола	…	…	…	…	2002	33,3	…	…	…	…
Бенин	2002	2,3	…	…	2001	60,5	…	…	56	69
Ботсвана *	2003	32,9	…	…	…	…	…	…	81	76
Буркина-Фасо *	2002	2,3	…	…	…	…	…	…	42 v	64 v
Бурунди	2002	13,6	…	…	…	…	…	…	66	…
Камерун *	2002	7,0	…	…	…	…	…	…	57	63
Центральноафриканская Республика	2002	14,0	…	…	…	…	…	…	46	…
Чад	2003	4,8	…	…	…	…	…	…	28	…
Коморские острова	…	…	…	…	…	…	…	…	55	…
Конго	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Кот-д'Ивуар	2002	5,2	…	…	…	…	…	…	64	67
Дем. Республика Конго **	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Джибути	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Экваториальная Гвинея	…	…	…	…	…	…	…	…	46	…
Эритрея	…	…	…	…	…	…	…	…	79	…
Эфиопия	2003	11,7	…	…	…	…	…	…	39	54
Габон	…	…	…	…	…	…	…	…	72	81
Гамбия	…	…	…	…	…	…	…	…	53	…
Гана *	2003	3,9	…	…	…	…	…	…	71	77
Гвинея *	…	…	…	…	2001	39,7	…	…	60	56
Гвинея-Бисау	…	…	…	…	…	…	…	…	31	…
Кения	…	…	…	…	2000	25,5	…	…	74	80
Лесото *	2003	27,8	…	…	…	…	…	…	46	…
Либерия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Мадагаскар	…	…	…	…	2001	0,2	…	…	27	…
Малави *	2003	18,0	…	…	…	…	…	…	84	89
Мали	2003	2,2	…	…	2000	21,0	…	…	46	59
Мавритания	…	…	…	…	…	…	…	…	30	39
Маврикий	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Мозамбик	2002	14,7	…	…	…	…	…	…	62	71
Намибия	…	…	…	…	…	…	…	…	82	87
Нигер	…	…	…	…	…	…	…	…	37	41
Нигерия	2003	4,2	…	…	…	…	…	…	45	51
Руанда *	2002	11,6	…	…	…	…	…	…	64	69
Сенегал *	2002	1,1	…	…	2002	14,2	…	…	46	…
Сьерра-Леоне	…	…	…	…	…	…	…	…	35	…
Сомали	…	…	…	…	…	…	…	…	13	…
Южно-Африканская Республика*	2002	24,0	…	…	…	…	…	…	54	…
Свазиленд **	2002	39,0	…	…	…	…	…	…	81	…
Того	2003	9,1	…	…	…	…	…	…	66	73
Уганда *	2001	10,0	…	…	…	…	…	…	76	83
Объединенная Респ. Танзания*	2002	7,0	…	…	…	…	…	…	65	68
Замбия	2002	22,1	…	…	…	…	…	…	74	73
Зимбабве	…	…	…	…	…	…	…	…	74	83
Восточная Азия										
Китай	…	…	2000	0,0	2000	0,2	…	…	…	…
САР Гонконг	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Корейская Народно-Дем. Республика	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Япония	…	…	…	…	…	…	2000	2,9	…	…
Монголия	…	…	…	…	…	…	…	…	57	…
Республика Корея	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Океания										
Австралия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Фиджи	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Новая Зеландия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Папуа-Новая Гвинея	…	…	…	…	2000	16,0	…	…	…	…

	6. Показатели об уровне знаний и поведении								
	Могут указать два метода профилактики и опровергнуть два неверных представления (в %) (15–24 лет)		Начали половую жизнь до 15 лет (%) (15–19 лет)		Сообщили, что имели сексуальные отношения высокого риска в течение последнего года (в %) (15–24 лет)		Пользовались презервативами при последнем сексуальном контакте высокого риска, из числа тех, кто имел такие контакты в течение последнего года (в %) (15–24 лет)		Год
Страна	**Женщины**	**Мужчины**	**Женщины**	**Мужчины**	**Женщины**	**Мужчины**	**Женщины**	**Мужчины**	
Итоговое глобальное число									
Африка к югу от Сахары									
Ангола	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Бенин	8	14	16	24	36	90	19	34	2001 d
Ботсвана *	40	33	…	…	…	…	75 x	88 x	2001 b
Буркина-Фасо *	…	…	12	8	19	82	41	55	1999 d
Бурунди	24	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Камерун *	16 c x	…	26	18	41	86	16	31	1998 d
Центральноафриканская Республика	5	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Чад	5	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Коморские острова	10	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Конго	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Кот-д'Ивуар	16 c x	…	22	14	51	91	25	56	1998 d
Дем. Республика Конго **	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Джибути	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Экваториальная Гвинея	4	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Эритрея	…	…	9	…	…	…	…	…	2002 d
Эфиопия	…	…	14	5	7	64	17	30	2000 d
Габон	24	22	24	48	53	75	33	48	2000 d
Гамбия	15	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Гана *	…	…	7	4	…	…	…	…	1998 d
Гвинея *	…	…	27	20	23	92	17	32	1999 d
Гвинея-Бисау	8	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Кения	26 c x	…	15	32	39	92	14	43	1998 d
Лесото *	18	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Либерия	…	…	32	12	…	…	…	…	1999 d
Мадагаскар	…	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Малави *	34	41	17	29	17	71	32	38	2000 d
Мали	9	15	26	11	18	85	14	30	2001 d
Мавритания	…	…	13	2	…	…	…	…	2000 d
Маврикий	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Мозамбик	…	…	…	…	…	…	…	…	2001 e
Намибия	31	41	10	31	80	85	48	69	2000 d
Нигер	5 c x	…	28	10	4	56	7	30	1998 d
Нигерия	…	…	16	8	…	…	…	…	1999 d
Руанда *	23	20	3	…	10	42	23	55	2000 d
Сенегал *	…	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Сьерра-Леоне	16	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Сомали	0	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Южно-Африканская Республика*	20	…	9	…	…	…	20	…	1998 d
Свазиленд **	27	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Того	20 c x	…	20	…	51	89	22	41	1998 d
Уганда *	28	40	14	16	22	59	44	62	2000 d
Объединенная Респ. Танзания*	26	29	15	24	40	87	21	31	1999 d
Замбия	31	33	18	27	19	50	33	42	2001 d
Зимбабве	…	…	3	6	20	82	42	69	1999 d
Восточная Азия									
Китай	…	…	…	…	…	…	…	…	…
САР Гонконг	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Корейская Народно-Дем. Республика	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Япония	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Монголия	32	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Республика Корея	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Океания									
Австралия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Фиджи	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Новая Зеландия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Папуа-Новая Гвинея	…	…	…	…	…	…	…	…	…

	1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ					
	Взрослые и дети, по состоянию на конец 2003 г.		Взрослые и дети, по состоянию на конец 2001г.		Взрослые (15–49 лет), по состоянию на конец 2003 г.	
Страна	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**
Южная и Юго-Восточная Азия	**6 500 000**	**[4 100 000 - 9 600 000]**	**5 900 000**	**[3 700 000 - 8 700 000]**	**6 300 000**	**[4 000 000 - 9 300 000]**
Афганистан	…	…	…	…	…	…
Бангладеш **	…	[2 500 - 15 000]	…	[2 200 - 13 000]	…	[2 400 - 15 000]
Бутан	…	…	…	…	…	…
Бруней Даруссалам	<200	[<400]	<200	[<400]	<200	[<400]
Камбоджа	170 000	[100 000 - 290 000]	170 000	[100 000 - 270 000]	170 000	[99 000 - 280 000]
Индия	5 100 000	[2 500 000 - 8 500 000]	3 970 000	[2 100 000 - 7 100 000]	5 000 000	[2 500 000 - 8 200 000]
Индонезия	110 000	[53 000 - 180 000]	58 000	[28 000 - 95 000]	110 000	[53 000 - 180 000]
Исламская Республика Иран	31 000	[10 000 - 61 000]	18 000	[6 000 - 36 000]	31 000	[10 000 - 60 000]
Лаосская Народно-Дем.Республика	1 700	[600 - 3 600]	800	[300 - 1 600]	1 700	[550 - 3 300]
Малайзия	52 000	[25 000 - 86 000]	42 000	[20 000 - 70 000]	51 000	[25 000 - 84 000]
Мальдивская Республика	…	…	…	…	…	…
Мьянма **	330 000	[170 000 - 620 000]	280 000	[150 000 - 510 000]	320 000	[170 000 - 610 000]
Непал	61 000	[29 000 - 110 000]	45 000	[22 000 - 78 000]	60 000	[29 000 - 98 000]
Пакистан	74 000	[24 000 - 150 000]	63 000	[21 000 - 130 000]	73 000	[24 000 - 140 000]
Филиппины	9 000	[3 000 - 18 000]	4 400	[1 400 - 8 700]	8 900	[2 900 - 18 000]
Сингапур	4 100	[1 300 - 8 000]	3 400	[1 100 - 6 700]	4 100	[1 300 - 8 000]
Шри-Ланка	3 500	[1 200 - 6 900]	2 200	[700 - 4 300]	3 500	[1 100 - 6 800]
Таиланд	570 000	[310 000 - 1 000 000]	630 000	[360 000 - 1 100 000]	560 000	[310 000 - 1 000 000]
Вьетнам	220 000	[110 000 - 360 000]	150 000	[75 000 - 250 000]	200 000	[100 000 - 350 000]
Восточная Европа и Центр. Азия	**1 300 000**	**[860 000 - 1 900 000]**	**890 000**	**[570 000 - 1 300 000]**	**1 300 000**	**[850 000 - 1 900 000]**
Армения	2 600	[1 200 - 4 300]	2 000	[990 - 3 400]	2 500	[1 200 - 4 100]
Азербайджан	1 400	[500 - 2 800]	…	…	1 400	[500 - 2 800]
Беларусь	…	[12 000 - 42 000]	…	[10 000 - 39 000]	…	[12 000 - 40 000]
Босния и Герцеговина	900	[300 - 1 800]	…	…	900	[300 - 1 800]
Болгария	<500	[<1 000]	…	…	<500	[<1 000]
Хорватия	<200	[<400]	…	…	<200	[<400]
Чешская Республика	2 500	[800 - 4 900]	2 100	[750 - 4 700]	2 500	[820 - 4 900]
Эстония	7 800	[2 600 - 15 000]	5 100	[1 700 - 10 000]	7 700	[2 500 - 15 000]
Грузия	3 000	[2 000 - 12 000]	1 500	[660 - 4 000]	3 000	[2 000 - 12 000]
Венгрия	2 800	[900 - 5 500]	…	…	2 800	[900 - 5 500]
Казахстан	16 500	[5 800 - 35 000]	10 400	[5 000 - 30 000]	16 400	[5 700 - 34 000]
Кыргызстан	3 900	[1 500 - 8 000]	1 500	[700 - 4 000]	3 900	[1 500 - 8 000]
Латвия	7 600	[3 700 - 12 000]	6 000	[2 900 - 9 800]	7 500	[3 700 - 12 000]
Литва	1 300	[400 - 2 600]	1 100	[400 - 2 200]	1 300	[400 - 2 600]
Польша	14 000	[6 900 - 23 000]	…	…	14 000	[6 900 - 23 000]
Республика Молдова	5 500	[2 700 - 9 000]	…	…	5 500	[2 700 - 9 000]
Румыния	6 500	[4 800 - 8 900]	4 000	[4 000 - 4 000]	2 500	[800 - 4 900]
Российская Федерация	860 000	[420 000 - 1 400 000]	530 000	[260 000 - 870 000]	860 000	[420 000 - 1 400 000]
Словакия	<200	[<400]	…	…	<200	[<400]
Таджикистан	<200	[<400]	…	…	<200	[<400]
Туркменистан	<200	[<400]	…	…	<200	[<400]
Украина	360 000	[180 000 - 590 000]	300 000	[150 000 - 490 000]	360 000	[170 000 - 580 000]
Узбекистан	11 000	[4 900 - 30 000]	3 000	[1 900 - 12 000]	11 000	[4 900 - 29 000]
Западная Европа	**580 000**	**[460 000 - 730 000]**	**540 000**	**[430 000 - 690 000]**	**570 000**	**[450 000 - 720 000]**
Албания	…	…	…	…	…	…
Австрия	10 000	[5 000 - 16 000]	10 000	[4 900 - 16 000]	10 000	[4 900 - 16 000]
Бельгия	10 000	[5 300 - 17 000]	8 400	[4 300 - 14 000]	10 000	[4 900 - 16 000]
Дания	5 000	[2 500 - 8 200]	4 600	[2 300 - 7 600]	5 000	[2 500 - 8 200]
Финляндия	1 500	[500 - 3 000]	1 200	[400 - 2 400]	1 500	[500 - 3 000]
Франция	120 000	[60 000 - 200 000]	110 000	[56 000 - 190 000]	120 000	[59 000 - 200 000]
Германия	43 000	[21 000 - 71 000]	41 000	[20 000 - 68 000]	43 000	[21 000 - 71 000]
Греция	9 100	[4 500 - 15 000]	8 900	[4 400 - 14 000]	9 000	[4 400 - 15 000]
Исландия	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	<200	[<400]
Ирландия	2 800	[1 100 - 5 300]	2 400	[800 - 4 900]	2 600	[900 - 5 100]
Италия	140 000	[67 000 - 220 000]	130 000	[65 000 - 210 000]	140 000	[66 000 - 220 000]
Люксембург	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]
Мальта	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]
Нидерланды	19 000	[9 500 - 31 000]	17 000	[8 500 - 28 000]	19 000	[9 300 - 31 000]
Норвегия	2 100	[700 - 4 000]	1 900	[600 - 3 600]	2 000	[700 - 3 900]
Португалия	22 000	[11 000 - 36 000]	21 000	[11 000 - 35 000]	22 000	[11 000 - 35 000]

	1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ (продолжение)							
	Взрослые (15–49 лет), по сост. на конец 2001г.		Взрослые (15–49 лет) (%) по сост. на конец 2003 г.		Взрослые (15–49 лет) (%) по сост. на конец 2001 г.		Женщины (15–49 лет), по сост. на конец 2003 г.	
Страна	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**
Южная и Юго-Восточная Азия	**5 800 000**	**[3 700 000 - 8 400 000]**	**0,6**	**[0,4 - 0,9]**	**0,6**	**[0,4 - 0,9]**	**1 800 000**	**[1 200 000 - 2 700 000]**
Афганистан	…	…	…	…	…	…	…	…
Бангладеш **	…	[2 200 - 13 000]	…	[<0,2]	…	[<0,2]	…	[400 - 2 500]
Бутан	…	…	…	…	…	…	…	…
Бруней Даруссалам	<200	[<400]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	<200	[<400]
Камбоджа	160 000	[100 000 - 260 000]	2,6	[1,5 - 4,4]	2,7	[1,7 - 4,3]	51 000	[31 000 - 86 000]
Индия	3 800 000	[2 100 000 - 6 900 000]	0,9	[0,5 - 1,5]	0,8	[0,4 - 1,3]	1 900 000	[710 000 - 2 400 000]
Индонезия	57 000	[28 000 - 94 000]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[<0,2]	15 000	[7 100 - 24 000]
Исламская Республика Иран	18 000	[6 000 - 36 000]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[<0,2]	3 800	[1 200 - 7 400]
Лаосская Народно-Дем.Республика	800	[300 - 1 500]	0,1	[<0,2]	<0,1	<0,2	<500	[<1 000]
Малайзия	41 000	[20 000 - 68 000]	0,4	[0,2 - 0,7]	0,4	[0,2 - 0,6]	8 500	[4 100 - 14 000]
Мальдивская Республика	…	…	…	…	…	…	…	…
Мьянма **	270 000	[140 000 - 500 000]	1,2	[0,6 - 2,2]	1,0	[0,6 - 1,9]	97 000	[51 000 - 180 000]
Непал	44 000	[22 000 - 72 000]	0,5	[0,3 - 0,9]	0,4	[0,2 - 0,6]	16 000	[7 200 - 24 000]
Пакистан	62 000	[20 000 - 120 000]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	8 900	[3 000 - 18 000]
Филиппины	4 300	[1 400 - 8 500]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	2 000	[700 - 4 000]
Сингапур	3 400	[1 100 - 6 600]	0,2	[0,1 - 0,5]	0,2	[0,1 - 0,4]	1 000	[300 - 2 000]
Шри-Ланка	2 200	[700 - 4 300]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	600	[200 - 1 200]
Таиланд	620 000	[360 000 - 1 100 000]	1,5	[0,8 - 2,8]	1,7	[1,0 - 2,9]	200 000	[110 000 - 370 000]
Вьетнам	150 000	[75 000 - 250 000]	0,4	[0,2 - 0,8]	0,3	[0,2 - 0,6]	65 000	[31 000 - 110 000]
Восточная Европа и Центр. Азия	**880 000**	**[570 000 - 1 300 000]**	**0,6**	**[0,4 - 0,9]**	**0,4**	**[0,3 - 0,6]**	**440 000**	**[280 000 - 650 000]**
Армения	2 000	[1 000 - 3 300]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	900	[400 - 1 400]
Азербайджан	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Беларусь	…	[10 000 - 38 000]	…	[0,2 - 0,8]	…	[0,2 - 0,7]	…	[3 100 - 14 000]
Босния и Герцеговина	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Болгария	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Хорватия	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Чешская Республика	2 100	[750 - 4 700]	0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	800	[300 - 1 700]
Эстония	5 000	[1 700 - 9 900]	1,1	[0,4 - 2,1]	0,7	[0,2 - 1,3]	2 600	[900 - 5 200]
Грузия	1 500	[700 - 3 900]	0,1	[0,1 - 0,4]	<0,1	[<0,2]	1 000	[700 - 4 000]
Венгрия	…	…	0,1	[0,0 - 0,2]	…	…	…	…
Казахстан	10 300	[5 000 - 30 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[<0,2]	5 500	[2 000 - 12 000]
Кыргызстан	1 500	[700 - 4 000]	0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	<800	[<1 500]
Латвия	5 900	[2 900 - 9 700]	0,6	[0,3 - 1,0]	0,5	[0,2 - 0,8]	2 500	[1 200 - 4 100]
Литва	1 100	[400 - 2 200]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	<500	[<1 000]
Польша	…	…	0,1	[0,1 - 0,2]	…	…	…	…
Республика Молдова	…	…	0,2	[0,1 - 0,3]	…	…	…	…
Румыния	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Российская Федерация	530 000	[260 000 - 870 000]	1,1	[0,6 - 1,9]	0,7	[0,3 - 1,2]	290 000	[140 000 - 480 000]
Словакия	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Таджикистан	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Туркменистан	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Украина	300 000	[150 000 - 490 000]	1,4	[0,7 - 2,3]	1,2	[0,6 - 1,9]	120 000	[59 000 - 200 000]
Узбекистан	3 000	[1 900 - 11 000]	0,1	[0,0 - 0,2]	<0,1	<0,2	3 700	[1 700 - 9 900]
Западная Европа	**540 000**	**[420 000 - 680 000]**	**0,3**	**[0,2 - 0,4]**	**0,3**	**[0,2 - 0,4]**	**150 000**	**[110 000 - 190 000]**
Албания	…	…	…	…	…	…	…	…
Австрия	9 900	[4 900 - 16 000]	0,3	[0,1 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,4]	2 200	[1 100 - 3 600]
Бельгия	8 100	[4 000 - 13 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	3 500	[1 700 - 5 700]
Дания	4 600	[2 300 - 7 500]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	900	[400 - 1 500]
Финляндия	1 200	[400 - 2 400]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	<500	[<1 000]
Франция	110 000	[55 000 - 180 000]	0,4	[0,2 - 0,7]	0,4	[0,2 - 0,6]	32 000	[16 000 - 52 000]
Германия	41 000	[20 000 - 67 000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,2]	9 500	[4 700 - 16 000]
Греция	8 800	[4 300 - 14 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	1 800	[900 - 3 000]
Исландия	<200	[<400]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	<200	[<400]
Ирландия	2 200	[700 - 4 300]	0,1	[0,0 - 0,3]	0,1	[0,0 - 0,2]	800	[300 - 1 500]
Италия	130 000	[64 000 - 210 000]	0,5	[0,2 - 0,8]	0,5	[0,2 - 0,8]	45 000	[22 000 - 74 000]
Люксембург	<500	[<1 000]	0,2	[0,1 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,3]	…	…
Мальта	<500	[<1 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[0,0 - 0,2]	…	…
Нидерланды	17 000	[8 300 - 28 000]	0,2	[0,1 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,3]	3 800	[1 900 - 6 200]
Норвегия	1 800	[600 - 3 500]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	<500	[<1 000]
Португалия	21 000	[10 000 - 34 000]	0,4	[0,2 - 0,7]	0,4	[0,2 - 0,7]	4 300	[2 100 - 7 100]

	1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ (продолжение)					
	Женщины (15–49 лет), по состоянию на конец 2001 г.		Дети (0–14 лет), по состоянию на конец 2003 г.		Дети (0–14 лет), по состоянию на конец 2001 г.	
Страна	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**
Южная и Юго-Восточная Азия	**1 600 000**	**[1 000 000 - 2 300 000]**	**160 000**	**[91 000 - 300 000]**	**130 000**	**[77 000 - 260 000]**
Афганистан	…	…	…	…	…	…
Бангладеш **	…	[300 - 2 100]	…	…	…	…
Бутан	…	…	…	…	…	…
Бруней Даруссалам	<200	[<400]	…	…	…	…
Камбоджа	48 000	[30 000 - 77 000]	7 300	[3 800 - 14 000]	6 400	[3 500 - 12 000]
Индия	1 500 000	[570 000 - 1 900 000]	120 000	[55 000 - 260 000]	100 000	[45 000 - 220 000]
Индонезия	6 900	[3 400 - 11 000]	…	…	…	…
Исламская Республика Иран	1 900	[600 - 3 800]	…	…	…	…
Лаосская Народно-Дем.Республика	<200	[<400]	…	…	…	…
Малайзия	6 300	[3 100 - 10 000]	…	…	…	…
Мальдивская Республика	…	…	…	…	…	…
Мьянма **	78 000	[42 000 - 140 000]	7 600	[3 600 - 16 000]	5 700	[2 800 - 12 000]
Непал	9 100	[4 500 - 15 000]	…	…	…	…
Пакистан	4 300	[1 400 - 8 500]	…	…	…	…
Филиппины	900	[300 - 1 800]	…	…	…	…
Сингапур	800	[300 - 1 500]	…	…	…	…
Шри-Ланка	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Таиланд	200 000	[110 000 - 340 000]	12 000	[5 700 - 24 000]	12 000	[6 200 - 23 000]
Вьетнам	41 000	[21 000 - 69 000]	…	…	…	…
Восточная Европа и Центр. Азия	**280 000**	**[180 000 - 410 000]**	**8 100**	**[6 600 - 12 000]**	**7 000**	**[5 800 - 9 700]**
Армения	700	[300 - 1 100]	…	…	…	…
Азербайджан	…	…	…	…	…	…
Беларусь	…	[2 800 - 12 000]	…	…	…	…
Босния и Герцеговина	…	…	…	…	…	…
Болгария	…	…	…	…	…	…
Хорватия	…	…	…	…	…	…
Чешская Республика	700	[300 - 1 600]	…	…	…	…
Эстония	1 600	[500 - 3 200]	…	…	…	…
Грузия	<600	[200 - 1 300]	…	…	…	…
Венгрия	…	…	…	…	…	…
Казахстан	3 500	[1 000 - 7 000]	…	…	…	…
Кыргызстан	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Латвия	1 900	[900 - 3 100]	…	…	…	…
Литва	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Польша	…	…	…	…	…	…
Республика Молдова	…	…	…	…	…	…
Румыния	…	…	…	…	…	…
Российская Федерация	170 000	[85 000 - 280 000]	…	…	…	…
Словакия	…	…	…	…	…	…
Таджикистан	…	…	…	…	…	…
Туркменистан	…	…	…	…	…	…
Украина	96 000	[47 000 - 160 000]	…	…	…	…
Узбекистан	1 000	[600 - 3 600]	…	…	…	…
Западная Европа	**130 000**	**[100 000 - 170 000]**	**6 200**	**[4 900 - 7 900]**	**5 800**	**[4 600 - 7 400]**
Албания	…	…	…	…	…	…
Австрия	2 200	[1 100 - 3 600]	…	…	…	…
Бельгия	2 900	[1 400 - 4 800]	…	…	…	…
Дания	800	[400 - 1 300]	…	…	…	…
Финляндия	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Франция	30 000	[15 000 - 49 000]	…	…	…	…
Германия	8 100	[4 000 - 13 000]	…	…	…	…
Греция	1 800	[900 - 3 000]	…	…	…	…
Исландия	<200	[<400]	…	…	…	…
Ирландия	700	[200 - 1 300]	…	…	…	…
Италия	42 000	[21 000 - 69 000]	…	…	…	…
Люксембург	…	…	…	…	…	…
Мальта	…	…	…	…	…	…
Нидерланды	3 300	[1 600 - 5 400]	…	…	…	…
Норвегия	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Португалия	4 200	[2 100 - 6 900]	…	…	…	…

	2. Число смертей от СПИДа				3. Дети, осиротевшие из-за СПИДа			
	Число смертей среди взрослых и детей, по сост. на конец 2003 г.		Число смертей среди взрослых и детей, по сост. на конец 2001 г.		Число сирот (0–17 лет), живших в 2003 г.		Число сирот (0–17 лет), живших в 2001 г.	
Страна	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**
Южная и Юго-Восточная Азия	**460 000**	**[290 000 - 700 000]**	**390 000**	**[240 000 - 590 000]**				
Афганистан	…	…	…	…	…	…	…	…
Бангладеш **	…	[<400]	…	[<400]	…	…	…	…
Бутан	…	…	…	…	…	…	…	…
Бруней Даруссалам	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Камбоджа	15 000	[9 100 - 25 000]	13 000	[7 800 - 21 000]	…	…	…	…
Индия	…	…	…	…	…	…	…	…
Индонезия	2 400	[1 100 - 4 100]	600	[300 - 1 000]	…	…	…	…
Исламская Республика Иран	800	[300 - 1 600]	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Лаосская Народно-Дем.Республика	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Малайзия	2 000	[1 000 - 3 600]	1 500	[700 - 2 900]	…	…	…	…
Мальдивская Республика	…	…	…	…	…	…	…	…
Мьянма **	20 000	[11 000 - 35 000]	14 000	[7 800 - 26 000]	…	…	…	…
Непал	3 100	[1 000 - 6 400]	2 000	[900 - 4 200]	…	…	…	…
Пакистан	4 900	[1 600 - 11 000]	3 900	[1 300 - 8 500]	…	…	…	…
Филиппины	<500	[<1 000]	<200	[<400]	…	…	…	…
Сингапур	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Шри-Ланка	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Таиланд	58 000	[34 000 - 97 000]	58 000	[34 000 - 96 000]	…	…	…	…
Вьетнам	9 000	[4 500 - 16 000]	5 000	[3 000 - 9 100]	…	…	…	…
Восточная Европа и Центр. Азия	**49 000**	**[32 000 - 71 000]**	**31 000**	**[21 000 - 45 000]**				
Армения	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Азербайджан	…	…	…	…	…	…	…	…
Беларусь	…	[900 - 3 300]	…	[800 - 3 000]	…	…	…	…
Босния и Герцеговина	…	…	…	…	…	…	…	…
Болгария	…	…	…	…	…	…	…	…
Хорватия	…	…	…	…	…	…	…	…
Чешская Республика	…	…	…	…	…	…	…	…
Эстония	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Грузия	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Венгрия	…	…	…	…	…	…	…	…
Казахстан	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Кыргызстан	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Латвия	<500	[<1 000]	<200	[<400]	…	…	…	…
Литва	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Польша	…	…	…	…	…	…	…	…
Республика Молдова	…	…	…	…	…	…	…	…
Румыния	…	…	…	…	…	…	…	…
Российская Федерация	…	…	…	…	…	…	…	…
Словакия	…	…	…	…	…	…	…	…
Таджикистан	…	…	…	…	…	…	…	…
Туркменистан	…	…	…	…	…	…	…	…
Украина	20 000	[9 600 - 33 000]	14 000	[7 000 - 24 000]	…	…	…	…
Узбекистан	<500	[<1 000]	<200	[<400]	…	…	…	…
Западная Европа	**6 000**	**[<8000]**	**6 000**	**[<8000]**				
Албания	…	…	…	…	…	…	…	…
Австрия	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Бельгия	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Дания	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Финляндия	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Франция	<1 000	[<2 000]	<1 000	[<2 000]	…	…	…	…
Германия	<1 000	[<2 000]	<1 000	[<2 000]	…	…	…	…
Греция	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Исландия	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Ирландия	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Италия	<1000	[<2 000]	<1000	[<2 000]	…	…	…	…
Люксембург	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Мальта	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Нидерланды	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Норвегия	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Португалия	<1000	[<2 000]	<1000	[<2 000]	…	…	…	…

	4. Распространенность ВИЧ (в %) среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичных городах		5. Распространенность ВИЧ (в %) в группах риска в столичных городах						6. Показатели об уровне знаний и поведении	
			Потребители инъекционных наркотиков		Работники секс-бизнеса		Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами		Знают, что здоровый на вид человек может быть инфицирован ВИЧ (в %) (15–24 лет)	
Страна	**Год**	**Медиана**	**Год**	**Медиана**	**Год**	**Медиана**	**Год**	**Медиана**	**Женщины**	**Мужчины**
Южная и Юго-Восточная Азия										
Афганистан	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Бангладеш **	…	…	1999	2,5	2000	20,0	1999	0,3	…	…
Бутан	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Бруней Даруссалам	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Камбоджа	…	…	…	…	2002	18,5	…	…	62	…
Индия	…	…	2002	7,2	…	…	…	…	…	…
Индонезия	…	…	…	…	2001	0,0	…	…	32	…
Исламская Республика Иран	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Лаосская Народно-Дем.Республика	…	…	…	…	2001	1,1	…	…	…	…
Малайзия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Мальдивская Республика	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Мьянма **	…	…	2000	37,1	2000	26,0	…	…	…	…
Непал	…	…	2000	50,0	2002	17,0	…	…	…	…
Пакистан	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Филиппины	…	…	…	…	…	…	…	…	67	…
Сингапур	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Шри-Ланка	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Таиланд	…	…	2002	53,7	2002	2,6	…	…	…	…
Вьетнам	…	…	2001	22,3	2001	11,5	…	…	63	…
Восточная Европа и Центр. Азия										
Армения	…	…	…	…	1999	7,5	…	…	53	48
Азербайджан	…	…	…	…	…	…	…	…	35	…
Беларусь	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Босния и Герцеговина	…	…	…	…	…	…	…	…	74	…
Болгария	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Хорватия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Чешская Республика	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Эстония	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Грузия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Венгрия	…	…	2000	2,2	…	…	…	…	…	…
Казахстан	…	…	2002	0,0	…	…	…	…	63 x	73 x
Кыргызстан	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Латвия	…	…	2002	17,3	…	…	…	…	…	…
Литва	…	…	…	…	2001	0,5	…	…	…	…
Польша	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Республика Молдова	…	…	…	…	…	…	…	…	79	…
Румыния	…	…	…	…	…	…	…	…	70	77
Российская Федерация	…	…	…	…	2002	3,0	…	…	…	…
Словакия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Таджикистан	…	…	…	…	…	…	…	…	8	…
Туркменистан	…	…	…	…	…	…	…	…	42	…
Украина	…	…	…	…	…	…	…	…	78	…
Узбекистан	…	…	…	…	…	…	…	…	41	…
Западная Европа										
Албания	…	…	…	…	…	…	…	…	40	…
Австрия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Бельгия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Дания	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Финляндия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Франция	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Германия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Греция	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Исландия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ирландия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Италия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Люксембург	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Мальта	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Нидерланды	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Норвегия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Португалия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…

	6. Показатели об уровне знаний и поведении								
	Могут указать два метода профилактики и опровергнуть два неверных представления (в %) (15–24 лет)		Начали половую жизнь до 15 лет (%) (15–19 лет)		Сообщили, что имели сексуальные отношения высокого риска в течение последнего года (в %) (15–24 лет)		Пользовались презервативами при последнем сексуальном контакте высокого риска, из числа тех, кто имел такие контакты в течение последнего года (в %) (15–24 лет)		Год
Страна	**Женщины**	**Мужчины**	**Женщины**	**Мужчины**	**Женщины**	**Мужчины**	**Женщины**	**Мужчины**	
Южная и Юго-Восточная Азия									
Афганистан	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Бангладеш **	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Бутан	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Бруней Даруссалам	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Камбоджа	37	…	1	…	1	…	…	…	2000 d
Индия	21 x	17 x	…	…	2	12	51	59	2001 a
Индонезия	7	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Исламская Республика Иран	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Лаосская Народно-Дем.Республика	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Малайзия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Мальдивская Республика	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Мьянма **	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Непал	…	…	9	20	…	…	…	…	2001 d
Пакистан	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Филиппины	…	…	1 d v	…	…	…	…	…	2000 c
Сингапур	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Шри-Ланка	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Таиланд	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Вьетнам	25	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Восточная Европа и Центр. Азия									
Армения	7	8	1	1	0	69	0	44	2000 d
Азербайджан	2	…	1 f y	…	…	…	…	…	2000 c
Беларусь	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Босния и Герцеговина	…	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Болгария	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Хорватия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Чешская Республика	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Эстония	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Грузия	…	…	3	…	…	…	…	…	1999 f
Венгрия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Казахстан	…	…	1	6	27	78	32	65	1999 d
Кыргызстан	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Латвия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Литва	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Польша	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Республика Молдова	19	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Румыния	…	…	3	12	…	…	…	…	1999 f
Российская Федерация	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Словакия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Таджикистан	…	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Туркменистан	…	…	0	…	…	…	…	…	2000 d
Украина	…	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Узбекистан	3	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Западная Европа									
Албания	0	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Австрия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Бельгия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Дания	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Финляндия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Франция	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Германия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Греция	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Исландия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ирландия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Италия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Люксембург	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Мальта	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Нидерланды	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Норвегия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Португалия	…	…	…	…	…	…	…	…	…

	1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ					
	Взрослые и дети, по состоянию на конец 2003 г.		Взрослые и дети, по состоянию на конец 2001г.		Взрослые (15–49 лет), по состоянию на конец 2003 г.	
Страна	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**
Сербия и Черногория	10 000	[3 400 - 20 000]	10 000	[3 400 - 20 000]	10 000	[3 300 - 20 000]
Словения	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]
Испания	140 000	[67 000 - 220 000]	130 000	[65 000 - 210 000]	130 000	[66 000 - 220 000]
Швеция	3 600	[1 200 - 6 900]	3 400	[1 100 - 6 600]	3 500	[1 200 - 6 900]
Швейцария	13 000	[6 500 - 21 000]	12 000	[6 000 - 20 000]	13 000	[6 400 - 21 000]
БЮР Македония	<200	[<400]	<200	[<400]	<200	[<400]
Соединенное Королевство	51 000	[25 000 - 82 000]	43 000	[21 000 - 69 000]	47 000	[24 000 - 81 000]
Сев. Африка и Ближн. Восток	**480 000**	**[200 000 - 1 400 000]**	**340 000**	**[130 000 - 910 000]**	**460 000**	**[190 000 - 1 300 000]**
Алжир	9 100	[3 000 - 18 000]	6 800	[2 200 - 14 000]	9 000	[3 000 - 18 000]
Бахрейн	<600	[200 - 1 100]	<500	[<1 000]	<600	[200 - 1 100]
Кипр	…	…	…	…	…	…
Египет	12 000	[5 000 - 31 000]	11 000	[3 600 - 22 000]	12 000	[5 000 - 30 000]
Ирак	<500	[<1 000]	…	…	<500	[<1 000]
Израиль	3 000	[1 500 - 4 900]	…	…	3 000	[1 500 - 4 900]
Иордания	600	[<1 000]	600	[<1 000]	<500	[<1 000]
Кувейт	…	…	…	…	…	…
Ливан	2 800	[700 - 4 100]	2 000	[400 - 2 500]	2 800	[700 - 4 000]
Ливийская Арабская Джамахирия	10 000	[3 300 - 20 000]	…	…	10 000	[3 300 - 20 000]
Морокко	15 000	[5 000 - 30 000]	…	…	15 000	[5 000 - 30 000]
Оман	1 300	[500 - 3 000]	1 000	[300 - 2 100]	1 300	[500 - 2 900]
Катар	…	…	…	…	…	…
Саудовская Аравия	…	…	…	…	…	…
Судан	400 000	[120 000 - 1 300 000]	320 000	[110 000 - 890 000]	380 000	[120 000 - 1 200 000]
Сирийская Арабская республика	<500	[300 - 2 100]	…	…	<500	[300 - 2 100]
Тунис	1 000	[400 - 2 400]	600	[200 - 1 200]	1 000	[400 - 2 300]
Турция	…	…	…	…	…	…
Объединенные Арабские Эмираты	…	…	…	…	…	…
Йемен	12 000	[4 000 - 24 000]	…	…	12 000	[4 000 - 24 000]
Северная Америка	**1 000 000**	**[520 000 - 1 600 000]**	**950 000**	**[490 000 - 1 500 000]**	**990 000**	**[510 000 - 1 600 000]**
Канада	56 000	[26 000 - 86 000]	49 000	[24 000 - 79 000]	55 000	[25 000 - 85 000]
Соединенные Штаты Америки	950 000	[470 000 - 1 600 000]	900 000	[450 000 - 1 500 000]	940 000	[460 000 - 1 500 000]
Карибский бассейн	**430 000**	**[270 000 - 760 000]**	**400 000**	**[270 000 - 650 000]**	**410 000**	**[260 000 - 720 000]**
Багамские острова	5 600	[3 200 - 8 700]	5 200	[3 300 - 8 300]	5 200	[3 100 - 8 400]
Барбадос	2 500	[700 - 9 200]	2 500	[800 - 7 300]	2 500	[700 - 9 100]
Куба	3 300	[1 100 - 6 600]	3 200	[1 100 - 6 500]	3 300	[1 100 - 6 400]
Доминиканская Республика	88 000	[48 000 - 160 000]	90 000	[52 000 - 150 000]	85 000	[47 000 - 150 000]
Гаити	280 000	[120 000 - 600 000]	260 000	[130 000 - 500 000]	260 000	[120 000 - 560 000]
Ямайка	22 000	[11 000 - 41 000]	15 000	[7 700 - 28 000]	21 000	[11 000 - 40 000]
Тринидад и Тобаго	29 000	[11 000 - 74 000]	26 000	[11 000 - 59 000]	28 000	[10 000 - 72 000]
Латинская Америка	**1 600 000**	**[1 200 000 - 2 100 000]**	**1 400 000**	**[1 100 000 - 1 800 000]**	**1 600 000**	**[1 200 000 - 2 000 000]**
Аргентина	130 000	[61 000 - 210 000]	120 000	[59 000 - 200 000]	120 000	[61 000 - 200 000]
Белиз	3 600	[1 200 - 10 000]	2 900	[1 100 - 7 200]	3 500	[1 200 - 9 800]
Боливия	4 900	[1 600 - 11 000]	4 200	[1 300 - 9 000]	4 800	[1 600 - 9 400]
Бразилия	660 000	[320 000 - 1 100 000]	630 000	[310 000 - 1 000 000]	650 000	[320 000 - 1 100 000]
Чили	26 000	[13 000 - 44 000]	25 000	[12 000 - 42 000]	26 000	[13 000 - 43 000]
Колумбия	190 000	[90 000 - 310 000]	130 000	[61 000 - 210 000]	180 000	[90 000 - 300 000]
Коста-Рика	12 000	[6 000 - 21 000]	11 000	[5 500 - 19 000]	12 000	[6 000 - 20 000]
Эквадор	21 000	[10 000 - 38 000]	20 000	[9 700 - 36 000]	20 000	[10 000 - 34 000]
Сальвадор	29 000	[14 000 - 50 000]	24 000	[12 000 - 43 000]	28 000	[14 000 - 46 000]
Гватемала	78 000	[38 000 - 130 000]	69 000	[34 000 - 110 000]	74 000	[36 000 - 120 000]
Гайана *	11 000	[3 500 - 35 000]	11 000	[4 300 - 30 000]	11 000	[3 300 - 33 000]
Гондурас	63 000	[35 000 - 110 000]	51 000	[29 000 - 90 000]	59 000	[33 000 - 100 000]
Мексика	160 000	[78 000 - 260 000]	150 000	[74 000 - 250 000]	160 000	[78 000 - 260 000]
Никарагуа	6 400	[3 100 - 12 000]	5 800	[2 700 - 10 000]	6 200	[3 000 - 10 000]
Панама	16 000	[7 700 - 26 000]	11 000	[5 500 - 19 000]	15 000	[7 500 - 25 000]
Парагвай	15 000	[7 300 - 25 000]	10 000	[5 000 - 17 000]	15 000	[7 300 - 24 000]
Перу	82 000	[40 000 - 140 000]	53 000	[26 000 - 88 000]	80 000	[39 000 - 130 000]
Суринам	5 200	[1 400 - 18 000]	4 100	[1 300 - 13 000]	5 000	[1 400 - 18 000]
Уругвай	6 000	[2 800 - 9 700]	5 600	[2 700 - 9 500]	5 800	[2 800 - 9 400]
Венесуэла	110 000	[47 000 - 170 000]	73 000	[35 000 - 120 000]	100 000	[47 000 - 160 000]
Итоговое глобальное число	**37 800 000**	**[34 600 000 - 42 300 000]**	**34 900 000**	**[32 000 000 - 39 000 000]**	**35 700 000**	**[32 700 000 - 39 800 000]**

	1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ (продолжение)							
	Взрослые (15–49 лет), по сост. на конец 2001г.		Взрослые (15–49 лет) (%) по сост. на конец 2003 г.		Взрослые (15–49 лет) (%) по сост. на конец 2001 г.		Женщины (15–49 лет), по сост. на конец 2003 г.	
Страна	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**
Сербия и Черногория	10 000	[3 300 - 20 000]	0,2	[0,1 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,4]	2 000	[700 - 3 900]
Словения	<500	[<1 000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	…	…
Испания	130 000	[64 000 - 210 000]	0,7	[0,3 - 1,1]	0,6	[0,3 - 1,0]	27 000	[13 000 - 44 000]
Швеция	3 300	[1 100 - 6 500]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	900	[300 - 1 800]
Швейцария	12 000	[5 900 - 20 000]	0,4	[0,2 - 0,6]	0,4	[0,2 - 0,6]	3 900	[1 900 - 6 400]
БЮР Македония	<200	[<400]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	…	…
Соединенное Королевство	39 000	[20 000 - 68 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	14 000	[7 100 - 24 000]
Сев. Африка и Ближн. Восток	**320 000**	**[130 000 - 860 000]**	**0,2**	**[0,1 - 0,6]**	**0,2**	**[0,1 - 0,5]**	**220 000**	**[70 000 - 690 000]**
Алжир	6 800	[2 200 - 13 000]	0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	1 400	[500 - 2 700]
Бахрейн	<500	[<1 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[0,0 - 0,2]	<500	[<1 000]
Кипр	…	…	…	…	…	…	…	…
Египет	11 000	[3 600 - 21 000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	1 600	[500 - 3 200]
Ирак	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Израиль	…	…	0,1	[0,1 - 0,2]	…	…	…	…
Иордания	<500	[<1 000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	…	…
Кувейт	…	…	…	…	…	…	…	…
Ливан	2 000	[400 - 2 400]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[<0,2]	<500	[<1 000]
Ливийская Арабская Джамахирия	…	…	0,3	[0,1 - 0,6]	…	…	…	…
Морокко	…	…	0,1	[0,0 - 0,2]	…	…	…	…
Оман	1 000	[300 - 2 000]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	<500	[<1 000]
Катар	…	…	…	…	…	…	…	…
Саудовская Аравия	…	…	…	…	…	…	…	…
Судан	300 000	[100 000 - 840 000]	2,3	[0,7 - 7,2]	1,9	[0,7 - 5,2]	220 000	[66 000 - 690 000]
Сирийская Арабская республика	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	<200	[<1 000]
Тунис	500	[200 - 1 100]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	<500	[<1 000]
Турция	…	…	…	…	…	…	…	…
Объединенные Арабские Эмираты	…	…	…	…	…	…	…	…
Йемен	…	…	0,1	[0,0 - 0,2]	…	…	…	…
Северная Америка	**940 000**	**[480 000 - 1 500 000]**	**0,6**	**[0,3 - 1,0]**	**0,6**	**[0,3 - 1,0]**	**250 000**	**[130 000 - 400 000]**
Канада	48 000	[24 000 - 79 000]	0,3	[0,2 - 0,5]	0,3	[0,2 - 0,5]	13 000	[6 400 - 21 000]
Соединенные Штаты Америки	890 000	[440 000 - 1 500 000]	0,6	[0,3 - 1,1]	0,6	[0,3 - 1,0]	240 000	[120 000 - 390 000]
Карибский бассейн	**380 000**	**[260 000 - 610 000]**	**2,3**	**[1,4 - 4,1]**	**2,2**	**[1,5 - 3,5]**	**200 000**	**[120 000 - 370 000]**
Багамские острова	4 900	[3 200 - 8 000]	3,0	[1,8 - 4,9]	3,0	[1,9 - 4,8]	2 500	[1 500 - 4 200]
Барбадос	2 500	[800 - 7 300]	1,5	[0,4 - 5,4]	1,5	[0,5 - 4,4]	800	[200 - 3 100]
Куба	3 200	[1 100 - 6 300]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	1 100	[400 - 2 100]
Доминиканская Республика	87 000	[51 000 - 150 000]	1,7	[0,9 - 3,0]	1,8	[1,1 - 3,1]	23 000	[13 000 - 41 000]
Гаити	240 000	[130 000 - 460 000]	5,6	[2,5 - 11,9]	5,5	[2,8 - 10,4]	150 000	[66 000 - 320 000]
Ямайка	14 000	[7 500 - 27 000]	1,2	[0,6 - 2,2]	0,8	[0,4 - 1,6]	10 000	[5 500 - 20 000]
Тринидад и Тобаго	26 000	[11 000 - 57 000]	3,2	[1,2 - 8,3]	3,0	[1,3 - 6,8]	14 000	[5 200 - 36 000]
Латинская Америка	**1 400 000**	**[1 000 000 - 1 800 000]**	**0,6**	**[0,5 - 0,8]**	**0,5**	**[0,4 - 0,7]**	**560 000**	**[420 000 - 730 000]**
Аргентина	120 000	[59 000 - 200 000]	0,7	[0,3 - 1,1]	0,7	[0,3 - 1,1]	24 000	[12 000 - 39 000]
Белиз	2 800	[1 100 - 6 900]	2,4	[0,8 - 6,9]	2,1	[0,8 - 5,2]	1 300	[400 - 3 600]
Боливия	4 000	[1 300 - 7 900]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	1 300	[400 - 2 500]
Бразилия	620 000	[300 000 - 1 000 000]	0,7	[0,3 - 1,1]	0,6	[0,3 - 1,1]	240 000	[120 000 - 400 000]
Чили	25 000	[12 000 - 41 000]	0,3	[0,2 - 0,5]	0,3	[0,2 - 0,5]	8 700	[4 300 - 14 000]
Колумбия	120 000	[61 000 - 200 000]	0,7	[0,4 - 1,2]	0,5	[0,3 - 0,8]	62 000	[30 000 - 100 000]
Коста-Рика	11 000	[5 400 - 18 000]	0,6	[0,3 - 1,0]	0,6	[0,3 - 0,9]	4 000	[2 000 - 6 600]
Эквадор	19 000	[9 500 - 32 000]	0,3	[0,1 - 0,5]	0,3	[0,1 - 0,5]	6 800	[3 400 - 11 000]
Сальвадор	24 000	[12 000 - 39 000]	0,7	[0,3 - 1,1]	0,6	[0,3 - 1,0]	9 600	[4 700 - 16 000]
Гватемала	65 000	[32 000 - 110 000]	1,1	[0,6 - 1,8]	1,1	[0,5 - 1,7]	31 000	[15 000 - 51 000]
Гайана *	11 000	[4 000 - 28 000]	2,5	[0,8 - 7,7]	2,5	[0,9 - 6,4]	6 100	[1 900 - 19 000]
Гондурас	48 000	[27 000 - 84 000]	1,8	[1,0 - 3,2]	1,6	[0,9 - 2,8]	33 000	[19 000 - 59 000]
Мексика	150 000	[74 000 - 250 000]	0,3	[0,1 - 0,4]	0,3	[0,1 - 0,4]	53 000	[26 000 - 87 000]
Никарагуа	5 500	[2 700 - 9 100]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	2 100	[1 000 - 3 400]
Панама	11 000	[5 400 - 18 000]	0,9	[0,5 - 1,5]	0,7	[0,3 - 1,1]	6 200	[3 100 - 10 000]
Парагвай	10 000	[5 000 - 17 000]	0,5	[0,2 - 0,8]	0,4	[0,2 - 0,6]	3 900	[1 900 - 6 400]
Перу	51 000	[25 000 - 84 000]	0,5	[0,3 - 0,9]	0,4	[0,2 - 0,6]	27 000	[13 000 - 44 000]
Суринам	4 000	[1 300 - 12 000]	1,7	[0,5 - 5,8]	1,3	[0,4 - 4,1]	1 700	[500 - 6 100]
Уругвай	5 500	[2 700 - 9 100]	0,3	[0,2 - 0,5]	0,3	[0,2 - 0,5]	1 900	[900 - 3 200]
Венесуэла	71 000	[35 000 - 120 000]	0,7	[0,4 - 1,2]	0,6	[0,3 - 0,9]	32 000	[16 000 - 53 000]
Итоговое глобальное число	**32 900 000**	**[30 200 000 - 36 700 000]**	**1,1**	**[1,0 - 1,2]**	**1,0**	**[0,9 - 1,1]**	**17 000 000**	**[15 800 000 - 18 800 000]**

	1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ (продолжение)					
	Женщины (15–49 лет), по состоянию на конец 2001 г.		Дети (0–14 лет), по состоянию на конец 2003 г.		Дети (0–14 лет), по состоянию на конец 2001 г.	
Страна	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**
Сербия и Черногория	2 000	[700 - 3 900]	…	…	…	…
Словения	…	…	…	…	…	…
Испания	26 000	[13 000 - 43 000]	…	…	…	…
Швеция	900	[300 - 1 700]	…	…	…	…
Швейцария	3 600	[1 800 - 5 900]	…	…	…	…
БЮР Македония	…	…	…	…	…	…
Соединенное Королевство	11 000	[5 500 - 19 000]	…	…	…	…
Сев. Африка и Ближн. Восток	**170 000**	**[62 000 - 480 000]**	**21 000**	**[6 300 - 72 000]**	**16 000**	**[5 400 - 48 000]**
Алжир	800	[300 - 1 600]	…	…	…	…
Бахрейн	<200	[<400]	…	…	…	…
Кипр	…	…	…	…	…	…
Египет	1 200	[400 - 2 300]	…	…	…	…
Ирак	…	…	…	…	…	…
Израиль	…	…	…	…	…	…
Иордания	…	…	…	…	…	…
Кувейт	…	…	…	…	…	…
Ливан	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Ливийская Арабская Джамахирия	…	…	…	…	…	…
Морокко	…	…	…	…	…	…
Оман	<200	[<400]	…	…	…	…
Катар	…	…	…	…	…	…
Саудовская Аравия	…	…	…	…	…	…
Судан	170 000	[59 000 - 470 000]	21 000	[6 000 - 72 000]	16 000	[5 200 - 48 000]
Сирийская Арабская республика	…	…	…	…	…	…
Тунис	<200	[<400]	…	…	…	…
Турция	…	…	…	…	…	…
Объединенные Арабские Эмираты	…	…	…	…	…	…
Йемен	…	…	…	…	…	…
Северная Америка	**190 000**	**[100 000 - 310 000]**	**11 000**	**[5 600 - 17 300]**	**11 000**	**[5 500 - 17 200]**
Канада	12 000	[5 900 - 20 000]	…	…	…	…
Соединенные Штаты Америки	180 000	[88 000 - 300 000]	…	…	…	…
Карибский бассейн	**180 000**	**[120 000 - 310 000]**	**22 000**	**[11 000 - 48 000]**	**22 000**	**[12 000 - 42 000]**
Багамские острова	2 500	[1 600 - 4 000]	<200	[<400]	<200	[<400]
Барбадос	800	[300 - 2 400]	<200	[<400]	<200	[<400]
Куба	1 000	[300 - 2 000]	…	…	…	…
Доминиканская Республика	23 000	[13 000 - 39 000]	2 200	[1 100 - 4 400]	2 100	[1 100 - 4 100]
Гаити	140 000	[71 000 - 260 000]	19 000	[7 900 - 45 000]	18 000	[8 700 - 39 000]
Ямайка	7 200	[3 700 - 14 000]	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]
Тринидад и Тобаго	13 000	[5 600 - 28 000]	700	[300 - 2 100]	600	[300 - 1 500]
Латинская Америка	**480 000**	**[360 000 - 640 000]**	**25 000**	**[20 000 - 41 000]**	**24 000**	**[19 000 - 40 000]**
Аргентина	23 000	[11 000 - 37 000]	…	…	…	…
Белиз	1 000	[400 - 2 500]	<200	[<400]	<200	[<400]
Боливия	1 100	[300 - 2 100]	…	…	…	…
Бразилия	230 000	[110 000 - 380 000]	…	…	…	…
Чили	8 000	[3 900 - 13 000]	…	…	…	…
Колумбия	40 000	[20 000 - 65 000]	…	…	…	…
Коста-Рика	3 500	[1 700 - 5 700]	…	…	…	…
Эквадор	6 200	[3 000 - 10 000]	…	…	…	…
Сальвадор	7 700	[3 800 - 13 000]	…	…	…	…
Гватемала	27 000	[13 000 - 45 000]	…	…	…	…
Гайана *	6 100	[2 300 - 16 000]	600	[200 - 2 000]	700	[200 - 1 900]
Гондурас	27 000	[15 000 - 47 000]	3 900	[2 000 - 7 800]	3 200	[1 600 - 6 200]
Мексика	49 000	[24 000 - 80 000]	…	…	…	…
Никарагуа	1 800	[900 - 2 900]	…	…	…	…
Панама	4 100	[2 000 - 6 700]	…	…	…	…
Парагвай	2 700	[1 300 - 4 400]	…	…	…	…
Перу	16 000	[8 000 - 27 000]	…	…	…	…
Суринам	1 300	[400 - 3 900]	<200	[<800]	<200	[<800]
Уругвай	1 800	[900 - 2 900]	…	…	…	…
Венесуэла	23 000	[11 000 - 37 000]	…	…	…	…
Итоговое глобальное число	**15 700 000**	**[14 600 000 - 17 400 000]**	**2 100 000**	**[1 900 000 - 2 500 000]**	**2 000 000**	**[1 800 000 - 2 300 000]**

	2. Число смертей от СПИДа				3. Дети, осиротевшие из-за СПИДа			
	Число смертей среди взрослых и детей, по сост. на конец 2003 г.		Число смертей среди взрослых и детей, по сост. на конец 2001 г.		Число сирот (0–17 лет), живших в 2003 г.		Число сирот (0–17 лет), живших в 2001 г.	
Страна	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**	**Оценка**	**[низкая оценка – высокая оценка]**
Сербия и Черногория	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Словения	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Испания	<1000	[<2 000]	<1000	[<2 000]	…	…	…	…
Швеция	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Швейцария	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
БЮР Македония	<100	[<200]	<100	[<200]	…	…	…	…
Соединенное Королевство	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Сев. Африка и Ближн. Восток	**24 000**	**[9 900 - 62 000]**	**17 000**	**[7 500 - 40 000]**				
Алжир	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Бахрейн	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Кипр	…	…	…	…	…	…	…	…
Египет	700	[200 - 1 600]	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Ирак	…	…	…	…	…	…	…	…
Израиль	…	…	…	…	…	…	…	…
Иордания	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Кувейт	…	…	…	…	…	…	…	…
Ливан	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Ливийская Арабская Джамахирия	…	…	…	…	…	…	…	…
Морокко	…	…	…	…	…	…	…	…
Оман	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Катар	…	…	…	…	…	…	…	…
Саудовская Аравия	…	…	…	…	…	…	…	…
Судан	23 000	[8 700 - 61 000]	16 000	[6 800 - 39 000]	…	…	…	…
Сирийская Арабская республика	<200	[<400]	…	…	…	…	…	…
Тунис	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Турция	…	…	…	…	…	…	…	…
Объединенные Арабские Эмираты	…	…	…	…	…	…	…	…
Йемен	…	…	…	…	…	…	…	…
Северная Америка	**16 000**	**[8 300 - 25 000]**	**16 000**	**[8 300 - 25 000]**				
Канада	1 500	[740 - 2 500]	1 500	[740 - 2 500]	…	…	…	…
Соединенные Штаты Америки	14 000	[6 900 - 23 000]	14 000	[6 900 - 23 000]	…	…	…	…
Карибский бассейн	**35 000**	**[23 000 - 59 000]**	**32 000**	**[22 000 - 50 000]**				
Багамские острова	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Барбадос	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Куба	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Доминиканская Республика	7 900	[4 700 - 13 000]	7 000	[4 200 - 12 000]	…	…	…	…
Гаити	24 000	[12 000 - 47 000]	22 000	[13 000 - 40 000]	…	…	…	…
Ямайка	900	[500 - 1 600]	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Тринидад и Тобаго	1 900	[900 - 4 100]	1 500	[800 - 2 900]	…	…	…	…
Латинская Америка	**84 000**	**[65 000 - 110 000]**	**63 000**	**[50 000 - 81 000]**				
Аргентина	1 500 ***	[1 400 - 3 000] ***	1 500 ***	[1 400 - 3 000] ***	…	…	…	…
Белиз	<200	[<400]	<200	[<400]	…	…	…	…
Боливия	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Бразилия	15 000 ***	[14 000 - 22 000] ***	14 600 ***	[13 000 - 20 000] ***	…	…	…	…
Чили	1 400	[700 - 2 500]	800	[400 - 1 500]	…	…	…	…
Колумбия	3 600 ***	[2 200 - 6 000] ***	3 300 ***	[2 000 - 5 800] ***	…	…	…	…
Коста-Рика	900	[400 - 1 600]	800	[400 - 1 400]	…	…	…	…
Эквадор	1 700	[800 - 3 600]	1 600	[700 - 3 200]	…	…	…	…
Сальвадор	2 200	[1 000 - 4 100]	2 000	[1 000 - 3 800]	…	…	…	…
Гватемала	5 800	[2 900 - 10 000]	4 900	[2 400 - 8 400]	…	…	…	…
Гайана *	1 100	[500 - 2 600]	1 300	[600 - 2 700]	…	…	…	…
Гондурас	4 100	[2 300 - 7 200]	3 100	[1 700 - 5 500]	…	…	…	…
Мексика	5 000 ***	[4 500 - 10 000] ***	4 200 ***	[4 000 - 9 000] ***	…	…	…	…
Никарагуа	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Панама	<500	[<1 000]	<200	[<400]	…	…	…	…
Парагвай	600	[300 - 1 000]	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Перу	4 200	[2 100 - 7 300]	3 700	[1 800 - 6 400]	…	…	…	…
Суринам	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Уругвай	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	…	…	…	…
Венесуэла	4 100	[1 900 - 8 000]	2 600	[1 200 - 5 300]	…	…	…	…
Итоговое глобальное число	**2 900 000**	**[2 600 000 - 3 300 000]**	**2 500 000**	**[2 300 000 - 2 800 000]**	**15 000 000**	**[13 000 000 - 18 000 000]**	**11 500 000**	**[10 000 000 - 14 000 000]**

	4. Распространенность ВИЧ (в %) среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичных городах		5. Распространенность ВИЧ (в %) в группах риска в столичных городах						6. Показатели об уровне знаний и поведении	
			Потребители инъекционных наркотиков		Работники секс-бизнеса		Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами		Знают, что здоровый на вид человек может быть инфицирован ВИЧ (в %) (15–24 лет)	
Страна	**Год**	**Медиана**	**Год**	**Медиана**	**Год**	**Медиана**	**Год**	**Медиана**	**Женщины**	**Мужчины**
Сербия и Черногория	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Словения	…	…	…	…	…	…	1999	1,7	…	…
Испания	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Швеция	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Швейцария	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
БЮР Македония	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Соединенное Королевство	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Сев. Африка и Ближн. Восток										
Алжир	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Бахрейн	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Кипр	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Египет	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ирак	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Израиль	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Иордания	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Кувейт	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ливан	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ливийская Арабская Джамахирия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Морокко	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Оман	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Катар	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Саудовская Аравия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Судан	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Сирийская Арабская республика	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Тунис	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Турция	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Объединенные Арабские Эмираты	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Йемен	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Северная Америка										
Канада	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Соединенные Штаты Америки	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Карибский бассейн										
Багамские острова	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Барбадос	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Куба	…	…	…	…	…	…	…	…	91	…
Доминиканская Республика	…	…	…	…	1999	3,5	…	…	92	91
Гаити	…	…	…	…	…	…	…	…	68	78
Ямайка	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Тринидад и Тобаго	…	…	…	…	…	…	…	…	95	…
Латинская Америка										
Аргентина	…	…	2001	44,3	…	…	2001	24,3	…	…
Белиз	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Боливия	…	…	…	…	…	…	…	…	64	74
Бразилия	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Чили	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Колумбия	…	…	…	…	…	…	…	…	82	…
Коста-Рика	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Эквадор	…	…	…	…	2002	14,0	…	…	58 w	…
Сальвадор	…	…	…	…	2002	4,0	2002	17,7	68	…
Гватемала	…	…	…	…	2002	3,3	2002	11,5	…	…
Гайана *	…	…	…	…	…	…	…	…	84	…
Гондурас	…	…	…	…	2002	8,1	2002	8,2	81	90
Мексика	…	…	…	…	1999	0,3	…	…	…	…
Никарагуа	…	…	…	…	2002	0,0	2002	9,3	73 z	…
Панама	…	…	…	…	2002	1,8	2002	10,6	…	…
Парагвай	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Перу	…	…	…	…	…	…	2002	22,0	72	…
Суринам	…	…	…	…	…	…	…	…	70	…
Уругвай	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Венесуэла	…	…	…	…	…	…	…	…	78	…
Итоговое глобальное число										

	6. Показатели об уровне знаний и поведении								
	Могут указать два метода профилактики и опровергнуть два неверных представления (в %) (15–24 лет)		Начали половую жизнь до 15 лет (%) (15–19 лет)		Сообщили, что имели сексуальные отношения высокого риска в течение последнего года (в %) (15–24 лет)		Пользовались презервативами при последнем сексуальном контакте высокого риска, из числа тех, кто имел такие контакты в течение последнего года (в %) (15–24 лет)		Год
Страна	**Женщины**	**Мужчины**	**Женщины**	**Мужчины**	**Женщины**	**Мужчины**	**Женщины**	**Мужчины**	
Сербия и Черногория	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Словения	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Испания	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Швеция	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Швейцария	…	…	…	…	…	…	…	…	…
БЮР Македония	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Соединенное Королевство	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Сев. Африка и Ближн. Восток									
Алжир	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Бахрейн	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Кипр	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Египет	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ирак	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Израиль	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Иордания	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Кувейт	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ливан	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ливийская Арабская Джамахирия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Морокко	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Оман	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Катар	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Саудовская Аравия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Судан	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Сирийская Арабская республика	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Тунис	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Турция	…	…	…	0	…	…	…	…	1998 d
Объединенные Арабские Эмираты	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Йемен	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Северная Америка									
Канада	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Соединенные Штаты Америки	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Карибский бассейн									
Багамские острова	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Барбадос	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Куба	52	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Доминиканская Республика	…	…	13	18	16	49	…	…	2002 d
Гаити	14	24	12	28	59	93	19	30	2000 d
Ямайка	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Тринидад и Тобаго	33	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Латинская Америка									
Аргентина	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Белиз	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Боливия	22 c x	…	5	15	…	…	…	…	1998 d
Бразилия	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Чили	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Колумбия	…	…	10	…	49	…	29	…	2000 d
Коста-Рика	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Эквадор	…	…	7	…	…	…	…	…	2001 f
Сальвадор	…	…	…	…	…	…	…	…	1998 f
Гватемала	…	…	7	15	…	…	…	…	2002 f
Гайана *	36	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Гондурас	…	…	13	19	…	…	…	…	2001 f
Мексика	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Никарагуа	…	…	11	…	10	…	17	…	2001 d
Панама	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Парагвай	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Перу	…	…	5	…	29	…	19	…	2000 d
Суринам	27	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Уругвай	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Венесуэла	…	…	…	…	…	…	…	…	2000 c
Итоговое глобальное число									

Приложение

Оценки и данные по ВИЧ и СПИДу по состоянию на конец 2003 года и конец 2001 года

Оценки и данные, содержащиеся в следующих таблицах, относятся к концу 2003 года и концу 2001 года, если не указано иначе. Эти оценки были подготовлены и составлены ЮНЭЙДС/ВОЗ. Они были направлены в национальные программы по СПИДу для рассмотрения и комментирования, но они не обязательно являются официальными оценками, используемыми национальными правительствами. В таблицу не были включены оценки по отдельным странам, если по ним не было последних данных. Чтобы произвести минимальные оценки для таких стран, при подсчете итоговых цифр по регионам использовались более старые данные или региональные модели.

Оценки даны в округленных числах. Однако при подсчете процентов и итоговых цифр по регионам числа не округлялись, поэтому между региональными/глобальными итоговыми цифрами и суммой цифровых данных по странам могут существовать незначительные расхождения.

Общая методика и способы, использованные для составления оценок по отдельным странам в данной таблице, описываются в ряде документов в выпуске «Заболевания, передаваемые половым путем», 2004 г., 80 (Прил. 1). Оценки, составленные ЮНЭЙДС/ВОЗ, основаны на методах и параметрах, разработанных по рекомендации Референс-группы ЮНЭЙДС по оценке, моделированию и прогнозированию в области ВИЧ/СПИДа.

Эта группа состоит из ведущих исследователей в области ВИЧ и СПИДа, эпидемиологии, демографии и родственных областях. Референс-группа проводит анализ большинства последних опубликованных и неопубликованных работ, написанных по результатам исследований в разных странах. Она также анализирует успехи в понимании эпидемий ВИЧ и предлагает методы по повышению качества и точности оценок.

На основе предложений Референс-группы разрабатывается новое программное обеспечение для моделирования течения эпидемий ВИЧ и их последствий. Такие изменения в процедурах и допущениях привели к улучшению оценок ситуации с ВИЧ и СПИДом за 2003 год. Чтобы читатели смогли оценить последние тенденции эпидемии, мы также приводим оценки по состоянию на конец 2001 года, при составлении которых использовались такие же методика и данные, что и для оценок по состоянию на конец 2003 года.

В данном отчете новые оценки представлены с указанием диапазона возможных отклонений, называемого «границами достоверности». Эти границы отражают степень достоверности каждой оценки. Чем они шире, тем большие сомнения может вызвать достоверность оценки. Степень сомнений зависит, главным образом, от типа эпидемии и качества, масштаба действий и последовательности системы эпиднадзора страны. Полное описание методов, используемых для определения границ достоверности можно найти в выпуске «Заболевания, передаваемые половым путем», 2004 г., 80 (Прил. 1).

Согласно данному докладу взрослыми являются мужчины и женщины в возрасте от 15 до 49 лет. В эту группу входят люди в возрасте наибольшей сексуальной активности. Подавляющее большинство людей, которые заразятся ВИЧ, скорее всего, заразятся именно в этом возрасте, хотя риск ВИЧ-инфицирования остается и после 50 лет.

Поскольку структура населения значительно отличается от страны к стране, особенно, что касается детей и людей старшего возраста, ограничение возрастной группы «взрослых» в диапазоне от 15 до 49 лет удобно тем, что лучше позволяет сравнивать данные по населению разных стран. Этот возрастной диапазон использовался в качестве знаменателя при вычислении уровня распространенности ВИЧ среди взрослых. Он также не противоречит предыдущим оценкам.

Примечания о конкретных показателях, перечисленных в таблице

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ, по состоянию на конец 2003 и 2001 года

В эти оценки включены все люди, живущие с ВИЧ, независимо от степени развития симптомов СПИДа, которые были живы в конце 2003 и 2001 гг. В странах, отмеченных одной звездочкой (*), общенациональные исследования с измерением уровня распространенности инфекции будут проведены в ближайшем будущем. В странах, отмеченных двумя звездочками (**), новые дозорные исследования были проведены недавно, однако их результаты еще не поступили и потому не были включены в процесс оценки. По некоторым странам, из которых за последние шесть месяцев не поступало достаточных данных, оценки не составлялись.

Взрослые и дети

Оценочное число взрослых и детей, живших с ВИЧ в конце 2003 и 2001 гг. К детям относится возрастная группа от 0 до 14 лет.

Взрослые (15–49 лет)

Оценочное число взрослых, живших с ВИЧ в конце 2003 и 2001 гг.

Уровень распространенности (в %) среди взрослых (15–49 лет)

Для расчета уровня распространенности ВИЧ среди взрослых, оценочное число взрослых, живших с ВИЧ в конце 2003 года, было поделено на общее число взрослого населения (в возрасте 15-49 лет); такая же операция была произведена для расчета данных за 2001 год.

Женщины (15–49 лет)

Оценочное число женщин (в возрасте 15-49 лет), живших с ВИЧ в конце 2003 и 2001 гг.

Дети (0–14 лет)

Оценочное число детей в возрасте до 15 лет, живших с ВИЧ в конце 2003 и 2001 гг.

2. Смертность от СПИДа

Взрослые и дети

Оценочное число взрослых и детей, умерших от СПИДа в течение 2003 и 2001 гг.

Оценки и диапазоны значений, отмеченные тремя звездочками (***), составлены по данным записей актов гражданского состояния.

3. Дети, осиротевшие из-за СПИДа

Сироты (в возрасте 0–17 лет), живущие в настоящее время

Оценочное число детей в возрасте от 0 до 17 лет, потерявших одного или обоих родителей из-за СПИДа, в конце 2003 года.

4. Границы достоверности вышеуказанных показателей

В зависимости от надежности имеющихся данных все оценки могут вызывать определенные сомнения. Хотя все оценки могут иметь определенные погрешности, в данном отчете представлены определенные границы достоверности по следующим оценкам:

- Оценочное число взрослых(15–49 лет) и детей (0–14 лет), живших с ВИЧ в конце 2003 и 2001 гг.
- Оценочное число взрослых(15–49 лет), живших с ВИЧ в конце 2003 и 2001 гг.
- Оценочное число женщин (15–49 лет), живших с ВИЧ в конце 2003 и 2001 гг.
- Оценочное число детей (0–14 лет), живших с ВИЧ в конце 2003 и 2001 гг.
- Оценочное число смертей от СПИДа среди взрослых(15–49 лет) и детей (0–14 лет) в течение 2003 и 2001 гг.
- Число детей (0-17 лет), осиротевших из-за СПИДа в 2003 и 2001 гг.

5. Уровень распространенности ВИЧ (в %) среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичных городах, по данным женских консультаций

Эти показатели взяты из материалов Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу 2001 года, и позволяют получить приемлемую оценку относительно недавних тенденций распространения ВИЧ-инфекции в странах с генерализованными эпидемиями (где распространенность превышает 1%), движущей силой которых является, главным образом, гетеросексуальный секс. Число беременных женщин в возрасте 15-24 лет, посещающих женские консультации (ЖК), получивших положительные результаты тестирования, поделено на число беременных женщин в возрасте 15-24 лет, прошедших тестирование на ВИЧ. Медианные значения, полученные в пунктах обследования в столичных городах и данные последнего отчета включаются в оценку.

6. Уровень распространенности ВИЧ (в %) в отдельных группах населения, подвергающихся высокому риску инфицирования ВИЧ в столичных городах

Применение этих показателей рекомендовано для подготовки отчетов о достижении целей, поставленных в 2001 году на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, в странах с эпидемиями низкого уровня (где распространенность менее 1%, а распространенность в отдельных группах высокого риска ниже 5%), или с концентрированными эпидемиями (где распространенность ниже 1%, а распространенность в конкретных группах высокого риска выше 5%). Большая часть этих данных получена в ходе регулярного дозорного эпиднадзора. Для каждой группы населения в таблице указаны год составления последнего отчета и медианные значения, полученные с участков дозорного эпиднадзора в столичном городе. В данной таблице перечислены следующие группы населения, подвергающиеся высокому риску инфицирования ВИЧ:

- Потребители инъекционных наркотиков
- Работники секс-бизнеса
- Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами

7. Показатели уровня знаний и поведения

До 2000 года определения «высокорискованных сексуальных отношений» в разных исследованиях различалось, поэтому представленные значения следует рассматривать как приблизительные данные об уровне риска в соответственных странах. Были сделаны определенные попытки представить стандартизованные данные, однако представленные значения не следует использовать для сравнения уровней риска между странами.

Использовались следующие источники информации: «a» Надзорное обследование поведения (FHI[U31]), «b» Ботсванское исследование о последствиях эпидемии СПИДа ([U32]2001), «c» Многоиндикаторные кластерные обследования (ЮНИСЕФ[U33]), «d» Исследования в области демографии и здравоохранения, «e» Исследование в области репродуктивного здоровья и сексуального поведения подростков и молодежи в Мозамбике (INJAD, 2001[U34]); «f» Исследование в области репродуктивного здоровья (ЦКЗ[U35]). Для показателей, полученных в ходе дополнительных исследований, год проведения исследования обозначен следующим образом: «v» 1998, «w» 1999, «x» 2000, «y» 2001, «z» 2002.

Знание о том, что человек, выглядящий здоровым, может быть инфицирован вирусом, вызывающим СПИД (в %) (15-24 лет)

Процент респондентов в возрасте 15–24 лет (женщин и мужчин), которые знают, что человек, выглядящий здоровым, может быть инфицирован вирусом, вызывающим СПИД.

Могут назвать два метода профилактики и не согласны с тремя неверными утверждениями (в %) (15-24 лет)

Процент респондентов в возрасте 15–24 лет (женщин и мужчин), которые смогли назвать два метода избежать инфицирования ВИЧ (использование презервативов и ограничение числа сексуальных партнеров) и не согласны с тремя неверными утверждениями (то есть, знают, что здоровый на вид человек может быть инфицирован ВИЧ, и два местных неверных представления, например, о том, что ВИЧ может передаваться через комариные укусы).

Начали вести половую жизнь до 15 лет (в %) (15-19 лет)

Процент респондентов в возрасте 15–19 лет (женщин и мужчин), которые указали, что начали вести половую жизнь до достижения возраста 15 лет.

Случаи сексуальных отношений высокого риска по сообщениям респондентов (15-24 лет) за последний год (в %)

Процент респондентов в возрасте 15–24 лет, которые имели сексуальные отношения вне брака со случайным партнером за последние 12 месяцев [U36], от общего числа респондентов, сообщивших, что жили половой жизнью в течение последний 12 месяцев.

Доля тех, кто использовал презерватив во время последнего полового акта высокого риска из числа тех, кто имел сексуальные отношения высокого риска за последний год (в %) (15-24 лет)

Процент респондентов в возрасте 15-24 лет, указавших, что пользовались презервативами во время последнего полового акта вне брака со случайным партнером за последние 12 месяцев, от общего числа респондентов, имевших подобные сексуальные отношения с такими партнерами за последние 12 месяцев.

Год

Год проведения исследования, в ходе которого были собраны данные об уровне знаний и поведении.

Литература

Глава 1 – Преодоление эпидемии СПИДа: «Следующая повестка дня»

Policy Project (2004). Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low and middle income countries in 2003. (in press).

Глава 2 – Эпидемия СПИДа: глобальный обзор

Вставка: Рост инфицированности ВИЧ среди женщин

Dunkle et al. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection among women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 363:1415–21.

UNDP (2003). *Regional human development report: HIV/AIDS and development in South Asia*. New York. Available at www.undp.org.np/publications/reghdr2003

Остальная часть главы

Dhaka (2003). HIV in Bangladesh: is time running out? National AIDS/STD Programme of the Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of the People's Republic of Bangladesh.

French K (2004). *Report for UNAIDS scenarios for Africa: the future of the HIV/AIDS epidemic in China, India, Russia and Eastern Europe*. London, Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College, March.

Girault et al. (2004). HIV, STIs, and sexual behaviours among men who have sex with men in Phnom Penh, Cambodia.

Gisselquist et al. (2002). *International Journal of STD & AIDS*, 13:657–66.

Lydié N et al. (2004). Mobility, sexual behaviour and HIV infection in an urban population in Cameroon. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(1).

Lurie M et al. (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, 17(15).

Schmid G et al. (2004). Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 363.

Stover, J (2004). *STI*, 80(Suppl. 1).

VanLandingham M, Trujillo L (2002). Recent changes in heterosexual attitudes, norms and behaviors among unmarried Thai men: a qualitative analysis. *International Family Planning Perspectives*, 28(1):6–15.

Глава 3 – Воздействие СПИДа на людей и общество

Вставка: Женщины более уязвимы к ВИЧ по сравнению с мужчинами

Cambodian National Institute of Statistics/Orc International (2000). *Cambodia demographic and health survey 2000: preliminary report*. Available at www.childinfo.org/MICS2/natlMICSrepz/Cambodia/PRELIMrj.pdf

Glynn et al. (2001). Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *AIDS*, 15(Suppl. 4):S51–60.

HelpAge International and International HIV/AIDS Alliance (2003). Forgotten families: older people as carers of orphans and vulnerable children. Brighton, United Kingdom.

Human Rights Watch (2003). Policy paralysis: a call for action on HIV/AIDS-related human rights abuses against women and girls in Africa. New York, Human Rights Watch USA. Available at http://www.hrw.org/reports/2003/africa1203/africa1203.pdf

Maman S, Mbwambo J K, Hogan N M et al. (2002). HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. American Journal of Public Health, 92(8): 1331–7.

UNICEF (2003). *Africa's orphaned generations, 2003*. New York.

WHO (2001). *Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda*. Meeting report, 23–25 October 2000. Geneva. Available at whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.08.pdf

Xu et al. (2000). HIV-1 seroprevalence, risk factors, and preventive behaviors among women in northern Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 25(4):353–9.

Остальная часть главы

Adams A (1993). Food insecurity in Mali: exploring the role of the moral economy. *Institute for Development Studies Bulletin*, 24(4):41.

Akintola O, Quinlan T (2003). *Report of the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socioeconomic impact of HIV/AIDS*. Durban, 26–28 March.

Asingwire N (1996). *AIDS and agricultural production: its impact and implications for community support in ACORD programme areas, Mbabara district*. Consultancy report, cited in Mutangadura G B. 2000. *Household welfare impacts of mortality of adult females in Zimbabwe: Implications for policy and program development*. Paper presented at The AIDS and Economics Symposium (IAEN Network). Durban, 7–8 July.

Bachmann M O, Booysen F L R (2003). Health and socioeconomic impact of HIV/AIDS on South African households: cohort study. *BioMedCentral*, 3(14).

Badcock-Walters P (2001). The impact of HIV/AIDS on education in KwaZulu-Natal. Durban, KZNDEC Provincial Education Development Unit.

Badcock-Walters P, Desmond C, Wilson D, Heard W (2003). Educator mortality in-service in KwaZulu-Natal: a consolidated study of HIV/AIDS impact and trends. Paper presented to Demographics and Socio-Economic Conference. Durban, 28 March.

Barnett T, Whiteside A (2002). *AIDS in the 21st century: disease and globalization*. New York, Macmillan.

Baylies C (2002). The impact of AIDS on rural households in Africa: a shock like any other? Development and Change 33(4):611–632.

Beegle K (2003) Labor effects of adult mortality in Tanzanian households. World Bank Policy Research Working Paper 3062. Washington, May.

Bell C, Devarajan S, Gersbach H (2003). The long-run economic costs of AIDS: theory and application to South Africa, June draft. University of Heidelberg, World Bank.

Bennell P, Hyde K, Swainson N (2002). *The impact of the HIV/AIDS epidemic on the education sector in sub-Saharan Africa: A synthesis of findings and recommendations of three country studies*. University of Sussex, February.

Bollinger L, Stover J (1999). The economic impact of AIDS in Kenya. The Futures Group International in collaboration with: Research Triangle Institute (RTI). The Centre for Development and Population Activities (CEDPA).

Cohen D (2002). Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. Geneva, UNDP.

Food and Agriculture Organization (2001). The impact of HIV/AIDS on food security. FAO: Committee on World Food Security, Twenty-seventh Session, Rome, 28 May–1 June 2001.

Food and Agriculture Organization (2003a). *Measuring impacts of HIV/AIDS on rural livelihoods and food security*. Rome.

Food and Agriculture Organization (2003b). *Mitigating the impact of HIV/AIDS on food security and rural poverty*. Rome.

Food and Agriculture Organization (2003c). *State of food insecurity in the world 2003* (summary). Rome.

Food Economy Group (2001). *Food economy baseline training and assessment in Siavonga district, Zambia*. April.

Goliber T J (2000). Exploring the implications of the HIV/AIDS epidemic for educational planning in selected African countries: the demographic question. New York, World Bank, AIDS Campaign Team for Africa (ACT). Available at wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/0/9631986c0c414a8085256a33004f1e23?OpenDocument

Gould B, Huber U (2002). HIV/AIDS, poverty and schooling in Tanzania and Uganda. British Society for Population Studies meeting on Poverty and Well-being in HIV/AIDS affected African countries. London, 8 January. Available at www.socstats.soton.ac.uk/choices/Gould%20Paper.doc

Gregson S, Waddell H, Chandiwana S (2001). School education and HIV control in sub-Saharan Africa: from discord to harmony? 3 March 2001. Available at www.zimaids.co.zw/hae/webfiles/Electronic%20Versions/SchooleducationandHIVcontrolfromdiscord.doc

Harris A M, Schubert J G (2001). Defining "Quality" in the midst of HIV/AIDS: ripple effects in the classroom. 44th annual meeting of the Comparative and International Education Society, Washington, March. Available at www.zimaids.co.zw/hae/webfiles/Electronic%20Versions/Defining%20Quality%20In%20the%20midst%20of%20HIV%20.doc

Harvey P (2003). *HIV/AIDS: what are the implications for humanitarian action? A literature review*. London, Overseas Development Institute. Available at http://www.aidsalliance.org/_res/reports/CAA_Cambodia.pdf

Hunter S, John Williamson (1997). *Children on the brink: strategies to support HIV/AIDS*. Washington, USAID.

Liese B, Blanchet N, Dussault G (2003). The human resource crisis in health services in sub-Saharan Africa. Washington, World Bank.

Lisk F (2002). Labour market and employment implications of HIV/AIDS. Working Paper 1. ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work. Geneva.

Lundberg M, Over M, Mujinja P (2000). Sources of financial assistance for households suffering an adult death in Kagera, Tanzania. Paper. World Bank.

Malaney P (2000). The impact of HIV/AIDS on the education sector in southern Africa. CAER II Discussion Paper. Boston. Available at www.hiid.harvard.edu/caer2/htm/content/papers/paper81/paper81.htm

Malawi Institute of Management/UNDP (2002). The impact of HIV/AIDS on human resources in the public sector in Malawi.

Mutangadura G B (2000). Household welfare impacts of mortality of adult females in Zimbabwe: Implications for policy and program development. Paper presented at The AIDS and Economics Symposium (IAEN Network). Durban, 7–8 July.

Nalugoda F et al. (1997). HIV infection in rural households, Rakai District, Uganda. *Health Transition Review*, 7 (Suppl. 2): 127–140.

Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: Bringing carers into focus*. (desk review draft). International Center for Research on Women.

Pitayanon S, Kongsin S, Janjareon W S (1997). The economic impact of HIV/AIDS mortality on households in Thailand. In: Bloom D, Godwin P, eds. *The economics of HIV and AIDS: the case of South and South East Asia*. Delhi, Oxford University Press, 66.

Porter K, Zaba B (2004). The empirical evidence for the impact of HIV on adult mortality in the developing world: data from serological studies. *AIDS*.

Rugalema G (1998). It is not only the loss of labour: HIV/AIDS, loss of household assets and household livelihood in Bukoba district, Tanzania. Paper presented at the East and Southern Africa Regional Conference on Responding to HIV/AIDS: Development Needs of African Smallholder Agriculture. Harare, 8–10 June.

Rugalema G (2000). Coping or struggling? A journey into the impact of HIV/AIDS in Southern Africa. *Review of African Political Economy*, 86:537–545.

Sackey J, Raparla T (2000). *Namibia: the development, impact of HIV/AIDS—selected issues and options*. World Bank Report No. 22046 –NA.

SADC FANR Vulnerability Assessment Committee (2003). Towards identifying impacts of HIV/AIDS on food security in Southern Africa and implications for response: findings from Malawi, Zambia and Zimbabwe. Harare, SADC.

Sauerborn R, Adams A, Hien M (1996). Household strategies to cope with the economic costs of illness. *Social Science & Medicine*, 43(3):291–301.

Steinberg M, Johnson S, Schierhout S, Ndegwa D (2002). *Hitting home: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic*. Cape Town, Henry J Kaiser Foundation & Health Systems Trust. October.

Swaziland Ministry of Education (1999). Impact assessment of HIV/AIDS on the education sector. In *Education International* (2001) “Education in the Era of HIV/AIDS” Dossier of Education International Magazine, December 2001 edition.

Tawfik L, Kinoti S (2001). The impact of HIV/AIDS on the health sector sub-Saharan Africa: the issue of human resources. USAID: Support for Analysis and Research in Africa Project USAID, Bureau for Africa, Office of Sustainable Development, October.

Timaeus I, Jassen M (2003). Adult mortality in sub-Saharan Africa: evidence from the demographic and health surveys. Paper presented to Conference on Empirical Evidence for the Demographic and Socio-Economic Impact of AIDS. Durban, 26–28 March.

Topouzis D (2003). Addressing the impact of HIV/AIDS on ministries of agriculture: focus on eastern and southern Africa. Rome, FAO/UNAIDS.

UNAIDS Central Executive Board, CEB/2003/HLCP/CRP.27 (2003). Organizing the UN Response to the Triple Threat of Food Insecurity, Weakened Capacity for Governance and AIDS, particularly in Southern and Eastern Africa. Geneva.

UNDP (2001). *HIV/AIDS: implications for poverty reduction*. New York.

UNDP (2002). *Conceptual shifts for sound planning: towards an integrated approach for HIV/AIDS and poverty*. Concept paper. UNDP Regional Project on HIV and Development. August.

UNDP (2003). *Disease, HIV/AIDS and capacity implication: a case of the public education sector in Zambia*. Research paper 2. February.

UNESCO (2000). The Dakar framework for action, education for all: meeting our collective commitments. World Education Forum. Dakar, 26–28 April.

UNESCO (2002). *EFA global monitoring report, 2002: is the world on track?* Paris. Available at http://www.unesco.org/education/efa/monitoring/monitoring_2002.shtml

United Nations (2001). United Nations Millennium Development Goals [webpage]. http://www.un.org/millenniumgoals/)

United Nations Conference on Trade and Development (2002). *The least developed countries report 2002: escaping the poverty trap*. Geneva.

United Nations Population Division (2003). *The HIV/AIDS epidemic and its social and economic implications*. New York. September.

USAID Report to Congress (2002). USAID'S Expanded Response to HIV/AIDS. June.

Villareal M (2003). Mitigating the impact of HIV/AIDS on food security and rural poverty. Food and Agriculture Organization, HIV/AIDS Programme.

Wiggins S (2003). Lessons from the current food crisis in Southern Africa. The forum for food security in Southern Africa and other initiatives. Scott Drimie and Micheal Lafon. IFAS/HSRC/SARPN, June.

World Bank (1999). *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, revised ed. New York, Oxford University Press.

Yamano T, Jayne T S (2002). Measuring the impacts of prime-age adult death on rural households in Kenya. Tegemeo Working Paper 5. Tegemeo Institute of Agricultural Policy and Development, Nairobi, Kenya. October 2002.

Yuan J et al. (2002). *The Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in China*. UN Theme Group on HIV/AIDS in China, August.

Крупным планом - СПИД и сироты: перед лицом трагедии

Beckerman K (2002). Mothers, orphans and prevention of paediatric AIDS. *Lancet*, 359:1168–1169.

Bell C, Devarajan S, Gerbach H (2003). *The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa*. Washington, World Bank.

Deininger K, Garcia M, Subbarao K (2003). AIDS-induced orphanhood as a systemic shock: magnitude, impact and program interventions in Africa. *World Development*, 31(7):1201–1220.

Family Health International (2002). Results of the orphans and vulnerable children head of household baseline survey in four districts in Zambia. (draft).

Foster G (2002). Understanding community responses to the situation of children affected by AIDS: lessons for external agencies. Geneva, UNRISD.

Monasch R, Snoad N (2003). The situation of orphans in a region affected by HIV/AIDS. A review of population-based household surveys from 40 countries in sub-Saharan Africa.

Stein J (2003). Sorrow makes children of us all: a literature review on the psycho-social impact of HIV/AIDS on children. Cape Town, Centre for Social Science Research Working Paper 47. Cape Town.

UNAIDS (2003). *Progress report on the global response to the HIV/AIDS epidemic 2003*. Geneva.

UNICEF (2003). *Africa's orphaned generations, 2003*. New York.

UNICEF et al. (2004). Draft framework for the protection, care and support of orphans and vulnerable children living in a world with HIV/AIDS. New York.

USAID (2004). Monks as change agents for HIV/AIDS care and support. Success stories. Available at www.fhi.org/en/HIVAIDS/Publications/SuccessStories.htm.

Williamson J (2004). *A family is for life*. (draft). Washington, USAID/the Synergy Project.

Глава 4 – Расширение масштабов комплексной профилактики ВИЧ

Вставка: Потребности девочек и женщин в профилактике

Helene A et al. (2002). Clients of female sex workers in Nyanza province, Kenya. *Sexually transmitted diseases*, 29(8): 444–452.

UNFPA (2002). Strategy for prevention [webpage]. http://www.unfpa.org/hiv/2002update/1d2.htm

WHO (2003). Integrating gender into HIV/AIDS programmes: expert consultation 3-5 June 2002, Geneva. WHO/International Center for Research on Women (ICRW). Available at http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/Gender_hivaidsreviewpaper.pdf

Остальная часть главы

AFEW (2003). HIV prevention and health promotion in prisons: Russian Federation [webpage]. AIDS Foundation East-West (AFEW). http://www.afew.org/english/projects_prison_rus.php

Alary M et al. (2002). Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993–1999. *AIDS*, 16(3):463–470.

All-Party Parliamentary Group on AIDS (2003). *Migration and HIV: improving lives in Britain. An inquiry into the impact of the UK nationality and immigration system on people living with HIV*. London, All-Party Parliamentary Group on AIDS. Available at http://www.appg-aids.org.uk/Publications/Migration%20and%20HIV%20Improving%20Lives.pdf

Amirkhanian Y A, Kelly J A, Kabakchieva E, McAuliffe T L, Vassileva S (2003). Evaluation of a social network HIV prevention intervention program for young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS Education & Prevention*, 15(3):205–20.

Betts S C, Peterson D J, Huebner A J (2003). Zimbabwean adolescents' condom use: what makes a difference? Implications for intervention. *Journal of Adolescent Health*, 33(3):165–71.

Braithwaite R, Arriola K (2003). Male prisoners and HIV prevention: a call for action ignored. *American Journal of Public Health*, 93(5):759–763.

Brussa L (2002). Migrant sex workers in Europe: STI/HIV prevention, health and human rights, *Research for Sex Work*, 5.

Burrows D (2003). *HIV prevention among injecting drug users in transitional and developing countries*. (draft). UNAIDS Best Practice Report.

CDC (2002). Fact sheet for public health personnel: male latex condoms and sexually transmitted diseases [webpage]. http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/condoms.htm

CDC (2003). Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic—United States 2003. *MMWR Weekly*. Available at www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5215a1.htm

Cohen J (2003). Two hard-hit countries offer rare success stories. *Science*, 19.

Colby D (2003). HIV knowledge and risk factors among men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 32(1):80–85. Available at www.thebody.com/cdc/news_updates_archive/2003/mar17_03/vietnam_msm_aids.html

Dabis F, Ekpini E R (2002). HIV-1/AIDS and maternal and child health in Africa. *Lancet*, 359(9323):2097–2104.

De Groot A et al. (1999). *Women in prisons: the impact of HIV*. HIV Education Prisons Project. June.

Drummond M (2002). *Return on investment in needle and syringe programs in Australia*. Commonwealth of Australia. ISBN 0 642 821178.

Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (2003). Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation [webpage]. http://www.pedaids.org/

Foss A, Vickerman P, Heise L, Watts C H (2003). Shifts in condom use following microbicide introduction: should we be concerned? *AIDS*, 17:1227–1237.

Ghys P et al. (2002). Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted disease among female sex workers in Abijan, Côte d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS*, 16(2):251–258.

Ghys P et al. (2003). Best of AIDS 2003, *AIDS* 17(Suppl. 4):S121–122.

Global HIV Prevention Working Group (2003). *Access to HIV prevention: closing the gap*. Available at http://www.kff.org/hivaids/200305-index.cfm

Goyer K (2003). *HIV/AIDS in South African prisons*, Monograph 79, February 2003, Institute for Security Studies.

Hamers F, Downs A (2003). HIV in central and Eastern Europe. *Lancet*, 361:1035–1044.

Haour-Knipe M (2002). HIV-infected migrants in Europe: missing out on the benefits of early care. *A&M News*, 4:3–4.

Hauri A M , Armstrong G L, Hutin Y J (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD & AIDS*,15:7–16.

Hitchcock L, Fransen B (1999). Preventing HIV infection: lessons from Mwanza and Rakai. *Lancet*, 353:513–514.

Human Rights Watch (1998). Just die quietly: domestic violence and women's vulnerability to HIV in Uganda.

Human Rights Watch (2003). Ravaging the vulnerable. *Abuses against persons at high risk of HIV infection in Bangladesh*. Human Rights Watch Report, August. Available at www.hrw.org

ILO/IPEC (2002). Unbearable to the human heart: child trafficking and action to eliminate it. Geneva.

INCB (2004). *Report of the International Narcotics Control Board for 2003*. Vienna.

International Centre for Prison Studies (2003). World prison brief: prison brief for South Africa [webpage]. London, Kings College. Available at http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/worldbrief/africa_records.php?code=45

International Lesbian and Gay Association (2002). World Legal Survey, Updated 21.07/02. Available at www.ilga.org/Information/legal_survey/Summary%20information/

IOM (2003). *World migration 2003: managing migration— challenges and responses for people on the move*. Geneva.

IOM/UNAIDS/UNDP (2002). *HIV/AIDS prevention and care programmes for mobile populations in Africa: an inventory*. Geneva.

Jürgens R (2003). HIV/AIDS prevention for drug dependent persons within the criminal justice system. Paper presented at the Commission on Narcotic Drugs Ministerial Segment: Ancillary Meeting on HIV/AIDS and Drug Abuse. Vienna, 16 April.

Kamali A et al. (2003). Sydromic management of sexually transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *Lancet*, 361:645–652.

Kerrigan D et al. (2003). Environmental-structural factors significantly associated with consistent condom use among female sex worker in the Dominican Republic. *AIDS*, 17 (3):415–423.

Levi G C, Vitória M A (2002). Fighting against AIDS: the Brazilian experience. *AIDS*, 16(18):2373–83.

Lowe D (2002). *Perceptions of the Cambodian 100 per cent condom use program*. (draft report). Washington, Policy Project, the Futures Group. Available at www.nswp.org/safety/CUP-REPORT.DOC.

Lurie et al. (2003). The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(2): 149–156.

Malinowska-Sempruch K, Hoove, J, Alexandrova A (2003). *Unintended consequences: drug policies fuel the HIV epidemic in Russia and Ukraine*. New York, International Harm Reduction Development Program/OSI. Available at http://www.harm-reduction.org/pub_files/unintended_consequences.pdf

Manjunath J, Thappa D, Jaisankar T (2002). Sexually transmitted diseases and sexual lifestyles of long-distance truck drivers: A clinico-epidemiological study in south India. *International Journal of STD & AIDS*, 13:612–617.

Mathur M, Kumta S, Setia M et al. (2002). An experience of MSM surveillance in a tertiary care center in Mumbai. Abstract no. TuPeG568. Barcelona, XIV International Conference on AIDS.

Merson M H, Dayton J M, O'Reilly K (2000). Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. *AIDS*, 14 (Suppl. 2):S68–84.

Ministry of Health (2003). National estimates of adult HIV infection. Ministry of Health of the Republic Of Indonesia Directorate General of Communicable Disease Control and Environmental Health.

Ministry of Health/UN Theme Group (2003). A joint assessment on HIV/AIDS prevention, treatment and care in China. Geneva.

NACO (2003). National baseline general population behavioural surveillance survey (BSS). New Delhi, Ministry of Health.

Norman L R (2003). Predictors of consistent condom use: a hierarchical analysis of adults from Kenya, Tanzania and Trinidad. *International Journal of STD/AIDS*, 14(9):584–90.

Ostrow et al. (2002). Attitudes towards highly active antiretroviral therapy are associated with sexual risk taking among HIV-infected and uninfected homosexual men. *AIDS*, 16(5):775–80.

Policy Project (2004). *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003*. (in press).

Population Report Volume XXVII (1999). Number 1, April. Available at http://www.infoforhealth.org/pr/h9/h9chap1_1.shtml

Riehman K S (1996). Injecting drug use and AIDS in developing countries: determinants and issues for policy consideration. New York, World Bank Policy Research Department. Available at http://www.worldbank.org/aids-con/confront/backgrnd/riehman/indexp6.htm.

Shelton J D et al. (2004). Partner reduction is crucial for balanced 'ABC' approach to HIV prevention. *British Medical Journal*, 328(10).

Singh S, Darroch J E, Bankole A (2003). *A, B and C in Uganda: the roles of abstinence, monogamy and condom use in HIV decline*. Washington, The Alan Guttmacher Institute. Available at http://www.synergyaids.com/documents/UgandaABC.pdf

Stöver H (2001). *An overview study: assistance to drug users in European prisons*. The United Kingdon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. ISBN 1 902114035.

Stover J, Walker N, Garnett G P et al. (2002). Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response. *Lancet*, 360:73–77. Available at http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12114060

Strathdee S A, Vlahov D (2001). The effectiveness of needle exchange programs: a review of the science and policy. *AIDScience*, 1(16). Available at http://www.aidscience.org/Articles/aidscience013.asp.

Suarez T P, Kelly J A, Pinkerton S D et al. (2001). Influence of a partner's HIV serostatus, use of highly active antiretroviral therapy, and viral load on perceptions of sexual risk behavior in a community sample of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 28(5):471–7.

Ukwuani F A, Tsui A O, Suchindran C M. (2003). Condom use for preventing HIV infection/AIDS in sub-Saharan Africa: a comparative multilevel analysis of Uganda and Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 34(2): 203–13.

UNAIDS and Ministry of Public Health, Thailand (2000). Evaluation of the 100% condom programme in Thailand. UNAIDS Case Study. Available at http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc275-100pcondom_en_pdf.pdf

UNAIDS (2002). *Report on the global HIV/AIDS epidemic, July 2002*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva. Available at http://www.unaids.org/html/pub/Global-Reports/Barcelona/BRGlobal_AIDS_Report_en_pdf.pdf

UNAIDS (2003). Progress Report on the Global Response to HIV/AIDS, 2003. Geneva.

UNDP (2001). Mobile populations and HIV vulnerability: inventory of organizations. Bangkok. UNDP South East Asia HIV and Development Programme. Available at http://www.hiv-development.org/publications/Inventory.htm

UNDP (2001a). Regional Update—Sri Lanka [webpage]. UNDP HIV and Development Programme. http://www.hivanddevelopment.org/regionalupdate/srilanka/index.asp

UNFPA (2003). *Prevention of HIV transmission to pregnant women, mothers and their children (PMTCT)*. Inputs for the Bangkok Report. Geneva.

UNFPA/UNAIDS (2004). Myths, perceptions, and fears: addressing condom use barriers (in print).

Valdiserri R O (2003). The roots of HIV/AIDS complacency: implications for policy development. Conference paper for international policy dialogue on HIV/AIDS, organized by the government of Poland, Health Canada, UNAIDS, Open Society Institute and Canadian International Development Agency. Warsaw. Available at http://www.ceehrn.lt/EasyCEE/sys/files/Roots%20of%20HIV%20AIDS%20Complacency_Valdiserri.doc

Walker N, Schwartlander B, Bryce J (2002). Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet*, 360 (9329):284–9.

Weinhardt L S, Carey M P, Johnson B, Bickam N L (1999). Effects of HIV counselling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research 1985–1997. *American Journal of Public Health*, 89(9):1397–1404.

Weir S, Pailman C, Mahlalela X, Coetzee N, Meidany F, Boerma J T (2003). From people to places: focusing AIDS prevention efforts where it matters most. *AIDS*, 17(6):685–903.

WHO/UNAIDS (1997). The female condom: an information pack. Geneva.

WHO (2002). Blood and Clinical Technology: Progress 2000-2001. WHO/BCT/02.10. Geneva.

WHO (2002a). Regional Office for Africa 2002: HIV/AIDS Epidemiological Surveillance Update for the WHO African Region.

WHO (2003). Educate, motivate, recruit and retain blood donors from low risk populations [webpage]. http://www.who.int/bct/Main_areas_of_work/BTS/Blood%20Donors.htm

WHO (2003a). Saving mothers, saving families: the MTCT-plus initiative: perspectives and practice in antiretroviral treatment. Case Study. Geneva. Available at http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/pub40/en/

WHO (2003b). Strategy for the prevention of HIV infections in infants in Europe. (draft).

Wolffers I, van Beelen N (2003). Public health and human rights of sex workers. *Lancet*, 361, 7:1981.

Wu Z et al. (2002). Diffusion of HIV/AIDS knowledge, positive attitudes, and behaviors through training of health professionals in China. Available at http://aids.cdc.gov.tw/EN/international02.asp?sno=75

Xu F et al. (2000). HIV-1 seroprevalence, risk factors, and preventive behaviors among women in Northern Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 25(4):353–359.

Крупным планом - СПИД и молодые люди: угроза нынешнему поколению молодежи

Cohen A (2003). *Beyond slogans: Lessons of Uganda's experience of ABC and HIV/AIDS*. New York, Alan Guttmacher Institute.

Cowan F (2002). Adolescent reproductive health interventions. *Sexually Transmitted Infections*, 78:315–318.

Family Health International (2003). *MTV: 'Staying Alive' 2002. A global HIV mass media campaign*. Available at www.fhi.org/en/Youth/Youthnet/Pubications/YouthIssuesPapers.htm

Global HIV Prevention Working Group Report (2003). *Access to HIV prevention: closing the gap*.

Glynn J R et al. (2001). The study group on heterogeneity of HIV epidemics in African cities. Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *AIDS*, 15 (Suppl. 4): S51–60.

Greene M, Rasekh Z, Amen K-H (2002). *In this generation: sexual & reproductive health policies for a youthful world*. Washington, Population Action International. Available at www.populationaction.org/resources/publications/InThisGeneration

Kirby D (2002). The impact of schools and school programmes upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sexual Research*, 39:27–33.

Luke N, Kurz K (2002). *Cross-generational and transactional sexual relations in sub-Saharan Africa*. Washington, AIDSmark. Available at www.icrw.org/docs/crossgensex_Report_902pdf

Lopez V (2002). *HIV/AIDS and young people. A review of the state of the epidemic and its impact on world youth*. (unpublished report). Geneva, UNAIDS.

Manzini N (2001). Sexual initiation and childbearing among adolescents in KwaZulu Natal. *Reproductive Health Matters*, 9(17):44–52.

Obasi A et al. (2003). *Mema Kwa Vijana. A randomised controlled trial of an adolescent sexual and reproductive health intervention programme in rural Mwanza, Tanzania. Intervention and Process Indicators*.

Pisani E (2003). *The epidemiology of HIV at the start of the 21st century: reviewing the evidence*. Geneva, UNICEF.

Population Reference Bureau (2003). HIV/AIDS Demographics, Africa.

Rhodes T et al. (2002). *Behavioural risk factors in HIV transmission in Eastern Europe and Central Asia*. (unpublished draft). Geneva, UNAIDS.

UNAIDS (2003). *AIDS epidemic update*. Geneva.

UNDP (2003). *Ukraine human development report special edition 2003*. Kiev.

UNFPA (2003). *The state of the world population, 2003. Making one billion count: investing in adolescents' health rights*. New York.

UNICEF/UNAIDS/WHO (2002). *Young people and HIV/AIDS. Opportunity in crisis*. New York.

United Nations (2003). *Facing the future together*. Report of the United Nations Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa.

WHO/Progress in Reproductive Health Research (2000). *Sex and youth— misperceptions and risk*. Available at http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/53/news53_1.en.html

Глава 5 – Лечение, уход и поддержка для людей, живущих с ВИЧ

Вставка: Лечение женщин и девушек и уход за ними

Center for Health and Gender Equity (2004). Gender, AIDS, and ARV Therapies: ensuring that women gain equitable access to drugs within U.S. funded treatment initiatives. Available at http://www.genderhealth.org/pubs/TreatmentAccessFeb2004.pdf.

Farzadegan H, Hoover D, Astemborski J et al. (1998). Sex differences in HIV-1 viral load and progression to AIDS. *Lancet*, 352:1510–1514.

Fleischman J (2004). Breaking the cycle: ensuring equitable access to HIV treatment for women and girls. Washington, Center for Strategic and International Studies. Available at http://www.csis.org/africa/0402_breakingcycle.pdf

Project Inform (2001). Women and AIDS at twenty. *Project Inform Perspective*, August. Available at http://www.projinf.org/pub/33/women.html

Остальная часть главы

De Cock K M, Chaisson R E (1999). Will DOTS do it? A reappraisal of tuberculosis control in countries with high rates of HIV infection. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3:457–65.

Dummett H (2003). *African manufacturers gear up for generic ARV production*. World Markets Analysis, 11 November 2003, World Markets Research Centre.

Family Health International (2001). Tuberculosis control in high HIV prevalent areas. A strategic framework. Arlington.

Farmer P, Leandre F, Mukherjee J S et al. (2001). Community-based treatment of advanced HIV disease: Introducing DOT-HAART. *Bull World Health Organ*, 79.

Garbus L (2003a). *HIV/AIDS in Ethiopia*. Country AIDS Policy Analysis Project. San Francisco, University of California. AIDS Policy Research Center.

Garbus L (2003b). *HIV/AIDS in Malawi*. Country AIDS Policy Analysis Project. San Francisco, University of California. AIDS Policy Research Center.

Garbus L (2003c). *HIV/AIDS in Zambia*. Country AIDS Policy Analysis Project. San Francisco, University of California. AIDS Policy Research Center.

Garbus L, Marseille E (2003). *HIV/AIDS in Uganda*. Country AIDS Policy Analysis Project. San Francisco, University of California. AIDS Policy Research Center.

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2003). *Annual Report 2003*. Geneva.

Moatti J P et al. (2003). Antiretroviral treatment for HIV infection in developing countries: an attainable new paradigm. *Nature Medicine*, 9(12).

Mpiima S et al. (2003). *Increased demand for VCT services driven by introduction of HAART in Masaka District, Uganda*. Poster presentation to the Second IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Paris, 13–17 July.

Médecins sans Frontières (2004). *Briefing Note, MSF Campaign for Access to Essential Medicines*. February.

Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: bringing carers into focus*. International Center for Research on Women.

Piyaworawong S et al. (2003). Responding to tuberculosis and HIV epidemic in a general health service setting, Chiang Rai, Thailand. 3rd Global TB/HIV Working Group Meeting. Montreux, 4–6 June. Available at www.who.int/gtb/TBHIV/montreux_june03/presentations/wed/piyaworawang_Thailand.pdf

Project Inform (2001). Women and AIDS at Twenty. *Project Inform Perspective*, August. Available at http://www.projinf.org/pub/33/women.html

Ramsay S (2003). Leading the way in African home-based palliative care: free oral morphine has allowed expansion of home-based palliative care in Uganda. *Lancet*, 362(9398):29.

Raviglione M C (2003). The TB epidemic from 1992 to 2002. *Tuberculosis*, 83(1–3). Proceedings from the 4th World Congress on Tuberculosis, 3–5 June 2002. Available at www.who.int/gtb/publications/refsubject.html.

UNAIDS (2000). *Caring for the carers: managing stress in those who care for people with HIV/AIDS*. Best Practice Collection. Geneva.

UNAIDS (2003). *Where there's a will there's a way: nursing and midwifery champions in HIV/AIDS care in Southern Africa*. Best Practice Collection. Geneva.

UNAIDS (2003a). *Stepping back from the edge: The pursuit of antiretroviral therapy in Botswana, South Africa and Uganda*. Best Practice Collection. Geneva.

WHO (2002). *Community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in Africa*. Progress Report of WHO Joint Project Cancer and HIV/AIDS Programmes, August.

WHO (2003a). *Access to antiretroviral treatment and care: the experience of the HIV Equity Initiative, Cange, Haiti*. Perspectives and Practice in Antiretroviral Treatment, May.

WHO (2003b). *Public health approaches to expand antiretroviral treatment*. (draft).WHO/HIV, 07 May.

WHO (2003c). *WHO calls for widespread free access to anti-TB drugs for people living with HIV*. WHO Press Release 15 July 2003.

WHO (2003d). *Technical and operational recommendations for emergency scale up of ART in resource-limited settings.* Report from the WHO/UNAIDS Consultation, Lusaka, Zambia, November.

WHO (2003e). Approaches to the management of HIV/AIDS in Cuba. Perspectives and practice in antiretroviral treatment. (draft). October.

WHO (2004). Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-constrained settings, recommendations for use, 2004 Revision. Available at http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/pmtct_2004.pdf

WHO (2004a). Report on the "lessons learnt" workshop on the six ProTEST pilot projects in Malawi, South Africa and Zambia. (document in preparation). Durban, 3–6 February 2003. Geneva.

WHO (2004b). The Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. Geneva, WHO/HTM/TB.

World Bank (2003). World Development Indicators. April.

Глава 6 – Финансирование мер по борьбе со СПИДом

Вставка: Экономика ухода

Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: bringing carers into focus*. (desk review draft). International Center for Research on Women. October.

Steinberg M, Johnson S, Schierhout S, Ndegwa D (2002). *Hitting home: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic*. Cape Town, Henry J Kaiser Foundation & Health Systems Trust. October.

UN Population Division (2003). *The HIV/AIDS epidemic and its social and economic implications. New York.*

UNDP (2003). *Regional human development report: HIV/AIDS and development in South Asia.* New York. Available at www.undp.org.np/publications/reghdr2003

UNDP (2003a). *The socio-economic impact of HIV/AIDS in Viet Nam: a preliminary note.* Available at http://www.undp.org.vn/undp/docs/2003/seimpact/seimpacte.pdf

Остальная часть главы

Boyce J (2002). Africa's debt: who owes whom? Working Paper Series N. 48. Amherst, University of Massachusetts, Political Economy Research Institute.

Cashel J (2003). *AIDS and the World Bank*. Transcript of interview with Dr Debrework Zewdie of the World Bank, 29 April. IAEN Global Dialogue Series. Available at http://www.iaen.org/globdial/zewdie/index.php

Cashel J, Rivers B (2003). Transcript of interview with Dr Richard Feacham, Executive Director of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 14 March. Available at http://www.iaen.org

The Futures Group (2003). *Funding required for the response to AIDS in Eastern Europe and Central Asia*. Report prepared for UNAIDS and the World Bank.

Global Business Coalition on HIV/AIDS (2001). *Business action on HIV/AIDS—a blueprint.*

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2003). *Annual Report 2002/2003. Geneva.*

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2004). *Progress Report,* 14 January 2004. Geneva.

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2004a). *Update: Resource Mobilization and Resource Needs*, 14 January 2004. Geneva.

Global HIV Prevention Working Group (2003). *Access to HIV prevention: closing the gap.* Available at: www.gatesfoundation.org or www.kaisernetwork.org

Graydon T R (2000). Medicaid and the HIV/AIDS epidemic in the United States. *Health care financing review* 22(1): 117–122.

Gutiérrez J P et al. (2004). Achieving the WHO/UNAIDS antiretroviral treatment '3 by 5' goal: what will it cost? *Lancet* (in press).

Hardstaff P (2003). *Treacherous conditions: how IMF and World Bank policies tied to debt are undermining development.* London, World Development Movement.

Hickey A (2003). *What are provincial health departments allocating for HIV/AIDS from their own budgets?* Budget Brief No. 135. IDASA, South Africa.

Hickey A (2004). *New allocations for ARV treatment: an analysis of 2004/5 national budget from an HIV/AIDS perspective.* The Institute for Democracy in South Africa, AIDS Budget Unit.

Hickey A, Ndlovu N, Guthrie T (2003). *Budgeting for HIV/AIDS in South Africa: report on intergovernmental funding flows for an integrated response in the social sector.* IDASA, South Africa. Available at www.bis.idasact.org.za

International AIDS Vaccine Initiative (2003). Slide presentation at AIDS Vaccine 2003 Conference, 18 September 2003.

Inter-American Development Bank (2003). *Resources required to fight HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean.* Report prepared for the IDB by the *Instituto Nacional de Saluda Publica* (INSP), Mexico and The Futures Group.

IRIN (2004). Transcript of interview with Dr. Ndwapi Ndwapi, director of the Princess Marina Hospital Antiretroviral Programme in Botswana, *IRIN PlusNews*, 11 March.

Kimalu P (2002). *Debt relief and health care in Kenya.* WIDER Discussion Paper No. 2002/65. Finland, United Nations University.

Martin G (2003). *A comparative analysis of the financing of HIV/AIDS programmes in Botswana, Lesotho, Mozambique, Swaziland and South Africa*. Human Sciences Research Council, South Africa, October 2003.

Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: bringing carers into focus.* International Center for Research on Women.

Oxfam (2002). Debt relief and the HIV/AIDS crisis in Africa: does the heavily indebted poor country (HIPC) initiative go far enough? Oxfam Briefing Paper 25.

UNAIDS (2003). *Report on the State of HIV/AIDS Financing.* UNAIDS/PCB (14)/03 Conference Paper 2a. Geneva.

UNAIDS (2003a). *Progress on the Development of a Global Resource Mobilization Strategy for HIV/AIDS*, UNAIDS/PCB (14)/03 Conference Paper 2b. Geneva.

UNAIDS (2003b). *Stepping back from the edge: vision, activism and risk-taking in pursuit of antiretroviral therapy*. Best Practice Collection. Geneva.

UNAIDS (2003c). *Progress report on the global response to the HIV/AIDS epidemic, 2003*. UNAIDS, Geneva.

UN/MOH China (2003). *Joint assessment of HIV/AIDS treatment and care in China*. Ministry of Health and UN Theme Group on HIV/AIDS in China, 1 December.

WHO (2000). *Health systems: improving performance.* World Health Report. Geneva.

WHO (2001). *Mental health: new understanding, new hope*. World Health Report. Geneva.

World Bank (2003). *Sustainable development in a dynamic world: transforming institutions, growth and quality of life.* The World Development Report 2003. New York.

World Bank/IMF/IDA (2003). *HIPC Initiative—statistical update, 2003*. Available at www.worldbank.org/hipc/

Глава 7 – Национальные меры противодействия СПИДу: необходимы дополнительные усилия

Вставка: Гендерный фактор в национальных мерпориятиях по противодействию эпидемии СПИДа

IRIN (2003). Women's coalition on HIV/AIDS launched [webpage]. UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, Integrated Regional Information Networks (IRIN). www.aegis.com/news/irin/2003/IR030627.html

Mingat A, Bruns B (2002). Achieving education for all by 2015: simulation results for 47 low-income countries. Washington, World Bank, Human Development Network, Africa Region and Education Department. Available at www1.worldbank.org/education/pdf/EFA%20Complete%20Draft.pdf

NWMI (2003). Global population policy update [webpage]. Network of Women in Media, India (NWMI). http://www.nwmindia.org/resources/research/global_pop_policy.htm (accessed 5 March 2004).

UNDP (2003). Gender equality [webpage]. UNDP Cambodia Country Office. http://www.un.org.kh/undp/index.asp?page=gender/pge.asp (accessed 5 March 2004).

UNESCO (2002). *EFA global monitoring report, 2002: is the world on track?* Paris. Available at http://www.unesco.org/education/efa/monitoring/monitoring_2002.shtml

UNESCO (2003). *EFA global monitoring report, 2003–2004: gender and education for all—the leap to equality.* Paris. Available at portal.unesco.org/education/ev.php?URL_ID=23023&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201

United Nations (2001). United Nations millennium development goals [webpage]. www.un.org/millenniumgoals/

Остальная часть главы

Cape Argus (2003). Eskom pledges R5m to provide HIV training to medics. *Cape Argus*, 1 May 2003, Cape Town.

Development Gateway (2003). Muslim religious leaders in Mali join the fight against AIDS [webpage]. www.psi.org/news/0703d.html (accessed 8 September 2003).

Elsey H, Kutengule P (2003). *AIDS mainstreaming: a definition, some experiences and strategies.* Durban, University of Natal, Health Economics and AIDS Research Division (HEARD). Available at www.und.ac.za/und/heard/papers/DFID%20mainstreaming%20report_Jan031.pdf

FAO/Government of Zambia (2003). Draft TCP Proposal: strengthening institutional capacity in mitigating AIDS impact on the agricultural sector in Zambia. Lusaka.

GRI (2003). *Reporting guidance on AIDS: a GRI resource document.* Amsterdam. Available at http://www.globalreporting.org/guidelines/HIV/hivaids.asp

International AIDS Alliance (2002). *Participation in the Global Fund: a review paper.* London. Available at www.aidsalliance.org/_docs/_languages/_eng/_content/_3_publications/download/Policy/NGO%20Participation.pdf

IOM (2003). Migration for Development in Africa (MIDA). Available at www.iom.int/MIDA/

Kaiser Daily AIDS Report (2003). Indian Prime Minister Calls for 'Undelayed Response' to AIDS at Indian AIDS Convention, 28 July. Available at www.thebody.com/kaiser/2003/jul28_03/india_aids.html

Lauring H (2002). Action needed on brain drain. Globaleyes. Available at http://manila.djh.dk/global/stories/storyReader$98

Lenton C, Hawkins K, Jani R (2003). *Evaluation of targeted interventions in reduction of HIV transmission in five states in India*. London, Department for International Development (DFID).

Lubben M et al. (2002). Reproductive health and health sector reform in developing countries: establishing a framework for dialogue. *Bulletin of the World Health Organization,* 80(8):667–74.

Mpanju-Shumbusho W (2003). Presentation by Winnie Mpanju-Shumbusho, Director, Strategy and Partnerships, AIDS Department, WHO. Planning Workshop for Increasing Access to Care and Treatment for PLWHA, Harare, 7–10 June.

Piot P (2003). *AIDS: The need for an exceptional response to an unprecedented crisis.* Presidential Fellows Lecture, Washington. Available at http://www.unaids.org/html/pub/Media/Speeches02/Piot_WorldBank_20Nov03_en_pdf.pdf

SELA (2003). Brazilian Intervention [webpage]. Latin America Economic System (SELA). lanic.utexas.edu/~sela/AA2K3/ENG/docs/Coop/south/Di16.htm

Thomson A (2003). Medical exodus saps South Africa's war on AIDS. *Reuters AlertNet*, 3 February.

UNAIDS (2003). *Coordination of national responses to AIDS: guiding principles for national authorities and their partners.* Available at www.unaids.org/html/pub/UNA-docs/coordination_national_responses_pdf.pdf

UNAIDS (2003a). *Partenariat entre le gouvernement et le secteur privé pour la lutte contre le Sida.* Republique of Cameroon, Yaoundé, UNAIDS Cameroon/National AIDS Control Programme.

UNAIDS (2003b). *Progress report on the global response to the AIDS epidemic*, 2003. Geneva.

UNAIDS (2003c). *Stepping back from the edge: vision, activism and risk-taking in pursuit of antiretroviral therapy*. Best Practice Collection. Geneva.

UNAIDS/Ministry of Health (2003). *Joint assessment on AIDS prevention, treatment and care in China.* UN Theme Group on AIDS/Ministry of Health, Republic of China, Beijing.

UNDP (2002). *Introducing governance into AIDS programmes: People's Republic of China, Lao PDR and Viet Nam.* UNDP South-East Asia HIV and Development Programme, Bangkok. Available at www.hiv-development.org/publications/introducing-Governance.htm

USAID et al. (2003). *The level of effort in the national response to AIDS: the AIDS Program Effort Index (API)—the 2003 Round.* Washington, Futures Group International.

WHO (2003). Human capacity-building plan for scaling up AIDS treatment [web page]. http://www.who.int/3by5/publications/documents/capacity_building/en/index.html (accessed 6 January 2004).

WHO/UNAIDS (2003). *Second generation HIV surveillance: lessons learned in 8 countries*. (in press). Geneva.

Крупным планом - СПИД в условиях конфликта: растущая мировая проблема

Cavaljuga S (2002). Federation of Bosnia and Herzegovina, in HIV prevention and care among mobile groups in the Balkans. Rome, IOM.

Hankins C, Friedman S, Zafar T et al. (2002). Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *AIDS*, 16:2245–2252.

IASC (2003). Interagency Agency Task Force on HIV in Emergency Settings (2003). May.

International Rescue Committee (2001). Mortality in Eastern Democratic Republic of Congo. May.

Kaiser R, Spiegel P, Salam P et al. (2002). *HIV seroprevalence and behavioural risk factor survey in Sierra Leone*. Report, Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, April.

Lubbers R (2003). HIV and refugees. Misperceptions and new approaches. UNHCR Press statement.

McGinn T et al. (2001). Forced migration and transmission of HIV and other sexually transmitted infections: policy and programmatic responses. HIV InSite Knowledge Base Глава 2001. Available at http://hivinsite.ucsf.edu/

Norwegian People's Aid (2002). *Prevention of mother-to-child transmission of HIV program*. Progress Report. (unpublished report).

Salama P, Laurence B, Nolan M L (1999). Health and human rights in contemporary humanitarian crises: is Kosovo more important than Sierra Leone? *British Medical Journal*, 319:1569–1571.

Smith A (2002). HIV and emergencies: analysis and recommendations for practice. Humanitarian Practice Network. ODI.

Spiegel P (2003). HIV surveillance in situations of forced migration. (currently submitted for publication). Presented at Workshop on Fertility and Reproductive Health in Humanitarian Crises, Roundtable on the Demography of Forced Migration/Committee on Population, The National Academies of Science, Washington, 23–24 October 2002.

Spiegel P, de Jong E (2003). HIV and refugees/returnees. Mission to Luanda, Angola. 30 March–3 April 2003. UNHCR.

Spiegel P, Nankoe A (2004). UNHCR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned. *Forced Migration Review*, 19:21–23.

Strathdee S A, Zafar T, Brahmbhatt H, ul Hassan S (2002). Higher level of needle sharing among injection drug users in Lahore, Pakistan, in the aftermath of the US-Afghan war. Presented at XIV International Conference on AIDS, Barcelona, July.

UNAIDS/UNHCR (2003). HIV and STI prevention and care in Rwandan refugee camps in The United Republic of Tanzania. Geneva.

Крупным планом - важнейшая роль людей, живущих со СПИДом молодые люди: угроза нынешнему поколению молодежи

Horizons Program (2002). *Greater involvement of PLHA in NGO service delivery: findings from a four-country study*. Washington, Population Council. Available at http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/plha4cntrysum.pdf

Manchester J (2003). *Hope, involvement and vision: reflections on positive women's activism around HIV*. (in press).

Senterfitt W (1998). The Denver Principles: the original manifesto of the PWA self-empowerment movement. *Being Alive*, May 1998. Available at http://www.aegis.com/pubs/bala/1998/Ba980509.html

Uganda AIDS Commission/UNAIDS (2003). The Uganda HIV/AIDS partnership. Draft partnership information note 31/07/03. Kampala.

UNAIDS (2003). *Stepping back from the edge: vision, activism and risk-taking in pursuit of antiretroviral therapy*. Best Practice Collection. Geneva.

UNDP (2003). *Ukraine and HIV/AIDS: time to act*. Ukraine Human Development Report Special Edition. Kiev.

WHO (2003). *Treating 3 million by 2005. Making it happen: the WHO strategy*. Geneva. Available at http://www.who.int/3by5/publications/documents/isbn9241591129/en/

Для заметок

Для заметок

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) объединяет девять учреждений ООН в общем деле борьбы с эпидемией: Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Мировую продовольственную программу (МПП), Программу развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Международную организацию труда (МОТ), Организацию Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Всемирную Организацию Здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк.

ЮНЭЙДС, представляющая собой коспонсорскую программу, объединяет меры борьбы с эпидемией, предпринимаемые девятью организациями-коспонсорами, а также дополняет их конкретными инициативами. Цель ЮНЭЙДС – возглавлять и способствовать расширению международных ответных мер на ВИЧ/СПИД на всех фронтах. ЮНЭЙДС работает с широким кругом партнёров – правительственными и неправительственными организациями, представителями деловых и научных кругов и общественностью – в деле повсеместного и не знающего границ распространения знаний, навыков и передового опыта.

При печати настоящего издания использовались материалы, не наносящие ущерб окружающей среде

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) объединяет девять организаций системы ООН

В течение 58 лет **Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ)** проводит работу с партнерами по всему миру, способствуя признанию и соблюдению прав человека в отношении детей. Этот мандат, установленный в Конвенции о правах ребенка, реализуется через партнерство с правительствами, неправительственными организациями и отдельными гражданами в 162 странах, районах и территориях. ЮНИСЕФ предоставляет ЮНЭЙДС доступ к своей широкой сети, а также свои возможности для эффективной коммуникации и пропаганды. Приоритетные сферы деятельности ЮНИСЕФ в борьбе против эпидемии СПИДа включают проведение профилактики среди молодежи, снижение уровня передачи ВИЧ от матери ребенку, а также обеспечение ухода и поддержки для сирот, уязвимых детей, молодых людей и родителей, живущих с ВИЧ или СПИДом.

Мировая продовольственная программа (МПП) является крупнейшей в мире гуманитарной организацией. Она помогает бедным домохозяйствам, пострадавшим от голода и СПИДа, используя для этого продовольственную помощь и другие ресурсы для обеспечения профилактики, ухода и поддержки. Продовольственная помощь МПП позволяет продлить жизнь родителей, дает возможность сиротам и уязвимым детям посещать школу, позволяет обеспечить необходимые жизненные средства для молодых людей, не посещающих школу, и пройти полный курс лечения больным туберкулезом. МПП работает в партнерстве с правительствами, другими учреждениями Организации Объединенных Наций, неправительственными организациями и общинами и помогает обеспечить пропитание и продовольственную безопасность для людей, которым не хватает продуктов питания, независимо от их ВИЧ-статуса.

Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), которая занимается вопросами развития и проводит активную работу внутри отдельных стран, способствует созданию благоприятной среды в области политики, законодательства и ресурсов в целях принятия эффективных мер по борьбе со СПИДом. ПРООН поддерживает страны, помогая им уделять особое внимание проблеме СПИДа в рамках программ национального развития; содействует обеспечению сильного руководства на уровне правительства, гражданского общества, частного сектора и общин; помогает странам в наращивании потенциала для реализации действий, а также для планирования, управления и реализации мер в ответ на эпидемию. ПРООН также помогает расширять возможности женщин и людей, живущих с ВИЧ, и активно вовлекает их в мероприятия по борьбе со СПИДом.

Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) использует свой более чем 30-летний опыт работы в области репродуктивного здоровья и народонаселения, нацеливая свои усилия по борьбе с эпидемией – более чем в 140 странах – на профилактику ВИЧ среди молодежи и беременных женщин, реализацию комплексных программ по распределению мужских и женских презервативов, а также на более тесное объединение усилий в области репродуктивного здоровья и борьбы со СПИДом. ЮНФПА также вносит свой вклад в обеспечение прав на репродуктивное здоровье и потребностей ВИЧ-инфицированных женщин и подростков, пропагандирует добровольное консультирование и тестирование, а также услуги, направленные на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку, расширение доступа к информации и просветительским программам в связи с ВИЧ и СПИДом, и к получению товаров, предназначенных для профилактики, в том числе к товарам, которые требуются в чрезвычайных ситуациях. Этот Фонд также проводит демографические и социально-культурные исследования в целях обеспечения руководства в процессе разработки программ и политики.

Управление по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций (ЮНОДК) имеет полномочия по координации и обеспечению руководства всей деятельностью Организации Объединенных Наций, связанной с контролем над наркотиками, а также по осуществлению международного сотрудничества в области предупреждения и борьбы с транснациональной преступностью и терроризмом. В этом контексте ЮНОДК поддерживает всесторонние подходы к профилактике ВИЧ и обеспечению ухода за потребителями инъекционных наркотиков. ЮНОДК оказывает содействие в реализации международных документов, норм и стандартов, которые обеспечивают предоставление всем заключенным медицинского ухода, в том числе в связи с ВИЧ и СПИДом. ЮНОДК помогает правительствам бороться с торговлей людьми и предоставляет рекомендации в целях уменьшения для тех, кто стал жертвой торговли людьми, последствий для здоровья, в частности последствий, обусловленных ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

Международная организация труда (МОТ) содействует обеспечению благоприятных рабочих условий и продуктивной занятости для всех на основе принципов социальной справедливости и отсутствия дискриминации. Вклад МОТ в деятельность ЮНЭЙДС включает: трехстороннее членство в этой организации, способствующее мобилизации правительств, работодателей и работников в борьбе против СПИДа; непосредственный доступ к рабочему месту; длительный опыт по созданию международных стандартов в сфере защиты прав работников; а также глобальную программу технического сотрудничества. МОТ разработала Свод практических правил по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда» – международное руководство по разработке национальной политики и программ в этой сфере.

Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) отвечает в структуре ООН за сферу образования. Поскольку отсутствие знаний является одним из основных факторов в развитии эпидемии СПИДа, просвещение по вопросам профилактики является одним из приоритетов в работе ЮНЕСКО. Просвещение необходимо, для того чтобы люди понимали, что им грозит риск или что они являются уязвимыми, а также для выработки навыков и мотивации, которые необходимы для принятия поведения, направленного на снижение риска и уязвимости, и для защиты прав человека. ЮНЕСКО сотрудничает с правительствами и организациями гражданского общества для реализации политики и программ просвещения в области профилактики, а также для смягчения воздействия СПИДа на системы образования.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) стремится обеспечить для всех людей максимально достижимый уровень здоровья. Ее работа по борьбе с ВИЧ и СПИДом нацелена на скорейшее расширение масштабов лечения и ухода, а также на ускорение реализации мер профилактики и усиление систем здравоохранения, для того чтобы меры, принимаемые в секторе здравоохранения в ответ на эпидемию, были более эффективными и комплексными. ВОЗ определяет и разрабатывает эффективные технические нормы и руководящие принципы, содействует развитию партнерства и оказывает стратегическую и техническую помощь странам-членам. Организация также вносит свой вклад в развитие глобальной базы знаний по вопросам СПИДа через оказание поддержки системам эпиднадзора, мониторинга и оценки, проведение анализа данных о мерах вмешательства и содействие включению научных исследований в практику предоставления услуг в области здравоохранения.

Миссия **Всемирного банка** заключается в том, чтобы с самоотдачей и профессионализмом бороться с бедностью. В рамках борьбы со СПИДом, который грозит обратить вспять достижения в сфере развития, банк выделил более 2 миллиардов долларов США для реализации проектов по ВИЧ/СПИДу во всем мире. Выделение таких средств в основном проводилось на льготных условиях, включая гранты для беднейших стран. В целях преодоления опустошительных последствий СПИДа для процесса развития Всемирный банк усиливает ответные меры в сотрудничестве с ЮНЭЙДС, донорскими организациями и правительствами. Меры, принимаемые банком, носят комплексный характер и включают профилактику, уход, лечение и смягчение последствий.

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНЭЙДС
ЮНИСЕФ • МПП • ПРООН • ЮНФПА • ЮНОДК
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)
UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland
Telephone: (+41 22) 791 36 66 – Fax: (+41 22) 791 41 87
E-mail: unaids@unaids.org – Internet: http://www.unaids.org