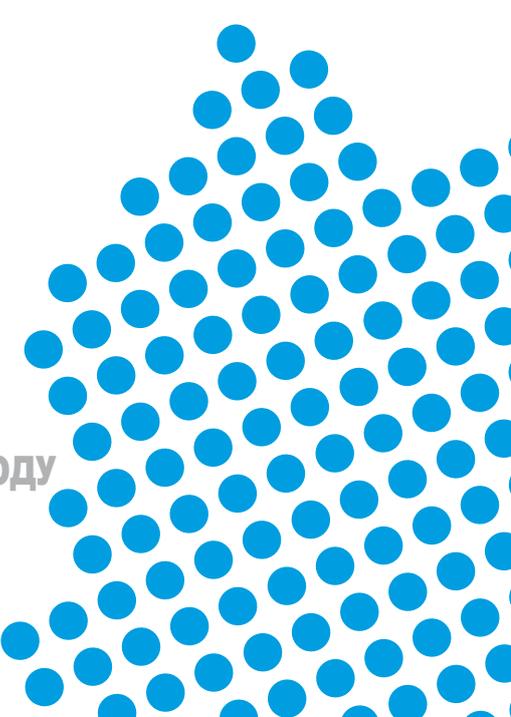


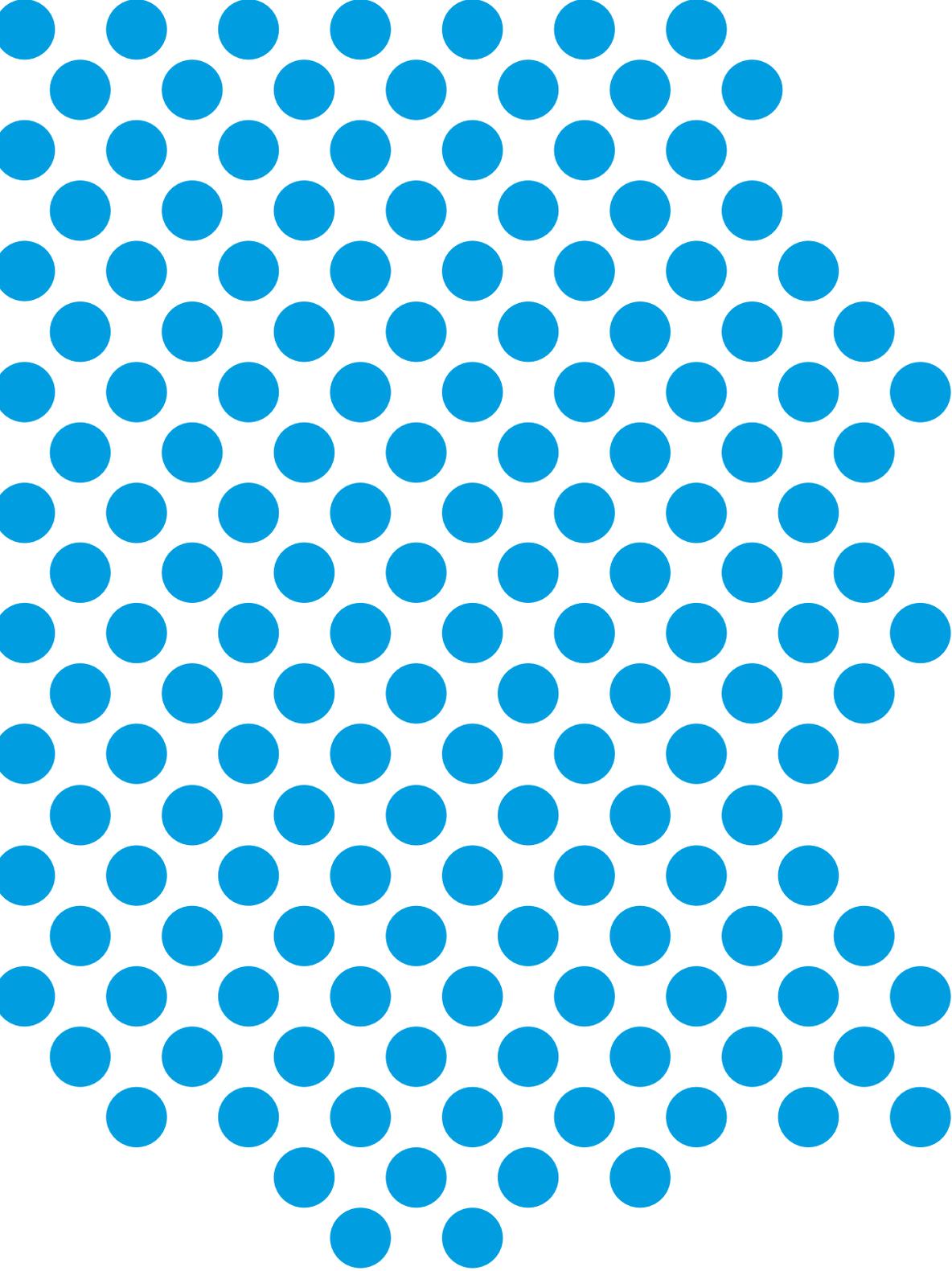


**ЖЕНЩИНЫ
ГОВОРЯТ ВО
ВЕСЬ ГОЛОС**

О ТОМ, КАК ЖЕНЩИНЫ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ,
ПОМОГУТ МИРУ ПОБЕДИТЬ СПИД

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ 10 ЦЕЛЕЙ, СФОРМУЛИРОВАННЫХ В
ПОЛИТИЧЕСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ПО ВИЧ/СПИДУ В 2011 ГОДУ
ГЕНЕРАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ ОРГАНИЗАЦИИ
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ







**ЖЕНЩИНЫ
ГОВОРЯТ ВО
ВЕСЬ ГОЛОС**

О ТОМ, КАК ЖЕНЩИНЫ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ,
ПОМОГУТ МИРУ ПОБЕДИТЬ СПИД

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ 10 ЦЕЛЕЙ, СФОРМУЛИРОВАННЫХ В
ПОЛИТИЧЕСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ПО ВИЧ/СПИДУ В 2011 ГОДУ
ГЕНЕРАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ ОРГАНИЗАЦИИ
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

ЮНЭЙДС / JC2416R (перевод на русский язык, июнь 2013 г.)

Оригинал: на английском языке, UNAIDS / JC2416E, декабрь 2012 г.:
Women out loud: How women living with HIV will help the world end AIDS.
Перевод – ЮНЭЙДС

Авторское право © 2013

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)
Все права защищены.

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.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и правильность содержащейся в данной публикации информации, и не несет ответственности за ущерб, связанный с ее использованием.

Библиотека ВОЗ: каталогизация публикаций

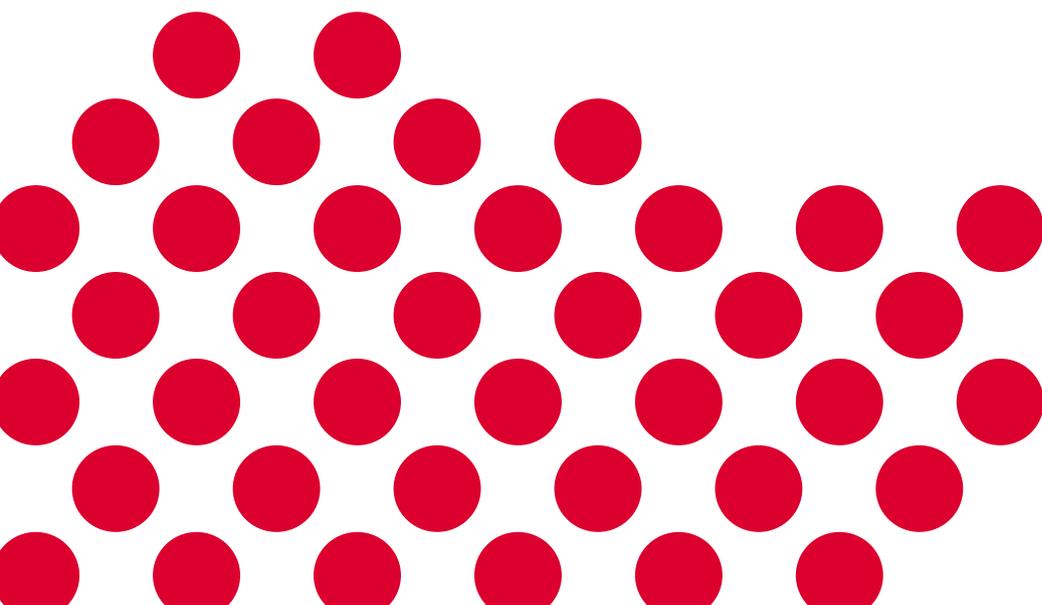
Женщины говорят во весь голос: О том, как женщины, живущие с ВИЧ, помогут миру победить СПИД.

«ЮНЭЙДС / JC2416R».

1.ВИЧ-инфекции – профилактика и контроль. 2.ВИЧ-инфекции – передача. 3.Синдром приобретенного иммунодефицита человека – профилактика и контроль. 4.Женщины. 1.ЮНЭЙДС.

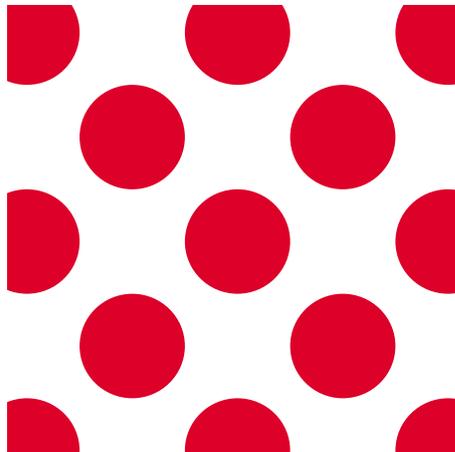
ISBN 978-92-9253-029-7

(Классификация NLM: WC 503.6)



СОДЕРЖАНИЕ

СНИЖЕНИЕ ПЕРЕДАЧИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	8
ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ	18
ИСКОРЕНЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СОХРАНЕНИЕ ЖИЗНИ МАТЕРЕЙ	26
ДОСТУП К ЛЕЧЕНИЮ ДЛЯ 15 МИЛЛИОНОВ ЛЮДЕЙ	34
ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА	42
ЛИКВИДАЦИЯ ДЕФИЦИТА РЕСУРСОВ	50
ИСКОРЕНЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА	60
ИСКОРЕНЕНИЕ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ	68
УСТРАНЕНИЕ СВЯЗАННЫХ С ВИЧ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ	78
УСИЛЕНИЕ ИНТЕГРАЦИИ ПРОГРАММ ПО ВИЧ	86



ПРЕДИСЛОВИЕ

Хотя женщины и составляют половину населения планеты, их положение нельзя назвать равноправным. Это особенно очевидно, когда речь заходит о ВИЧ. Половина всех людей, живущих с ВИЧ, – женщины, но многие из них не получают необходимой помощи или же не знают своего статуса. Несмотря на многочисленные свидетельства успехов, женщины по-прежнему сталкиваются с неравенством, которое препятствует полной реализации потенциала мер противодействия СПИДу.

Публикация «Женщины говорят во весь голос» предоставляет слово женщинам, живущим с ВИЧ, чтобы их опыт был востребован и использован. Это необходимо для достижения 10 целей, перечисленных в Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года.

Составители этого документа представляют здесь сообщества женщин, живущих с ВИЧ, во всем их разнообразии. Это – бабушки, жены, матери, трансгендерные лица, женщины-мигранты и студентки. Среди них – женщины, употребляющие наркотики, занятые в секс-бизнесе, находившиеся в тюрьмах и инфицированные ВИЧ при рождении. Это женщины, работающие в созданных по инициативе масс и международных неправительственных организациях, научных учреждениях и учреждениях системы ООН. Они состоялись как лидеры и являются живым доказательством того, что женщины, живущие с ВИЧ, способны обеспечить лучшее будущее для себя, своих близких и своих сообществ.

Этот документ призван поддержать усилия ЮНЭЙДС, направленные на расширение мер борьбы со СПИДом, предназначенных для женщин. Мы приветствуем тот факт, что структура «ООН-женщины» стала 11-м кооператором ЮНЭЙДС, и надеемся, что недавно созданная ЮНЭЙДС Платформа для диалога с женщинами, живущими с ВИЧ, позволит использовать опыт и влияние этих женщин в повседневной работе ООН.

Мы разделяем общую ответственность за продвижение необходимых изменений в законодательстве, политике, планировании и реализации программ, за искоренение продолжающихся нарушений прав человека и проявлений гендерного неравенства, способствующих распространению ВИЧ. Основную роль в этих усилиях должны играть мужчины, что подразумевает их полную вовлеченность в процесс и приверженность необходимым изменениям.

Эта публикация свидетельствует о том, что лидерство, гибкость и практические успехи женщин в деле преобразования общества широко распространены. На данном этапе необходимо оказать широкую поддержку полному участию женщин в мерах противодействия ВИЧ и обеспечить достоверную информацию о достижениях, имеющих отношение к женщинам. Для этого требуются согласованные усилия по пропаганде и защите прав женщин и всех людей, живущих с ВИЧ. Мы должны внимательно прислушиваться к словам женщин и вместе настойчиво работать над тем, чтобы слова стали делами.

Мишель Бачелет, исполнительный директор «ООН-женщины»

Дженнифер Гатси-Малле, исполнительный директор Намибийской сети по охране здоровья женщин

Мишель Сидибе, исполнительный директор ЮНЭЙДС



**СНИЗИТЬ
ПЕРЕДАЧУ
ПОЛОВЫМ ПУТЕМ!**

1 МИНУТА

Каждую минуту одна молодая женщина инфицируется ВИЧ.

49%

Женщины составляют 49% всех взрослых людей, живущих с ВИЧ.

13,5x

Женщины, занятые в секс-бизнесе, имеют в 13,5 раз больше шансов быть инфицированными ВИЧ, чем другие женщины.



ЦЕЛЬ 1

СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ НА 50% К 2015 ГОДУ

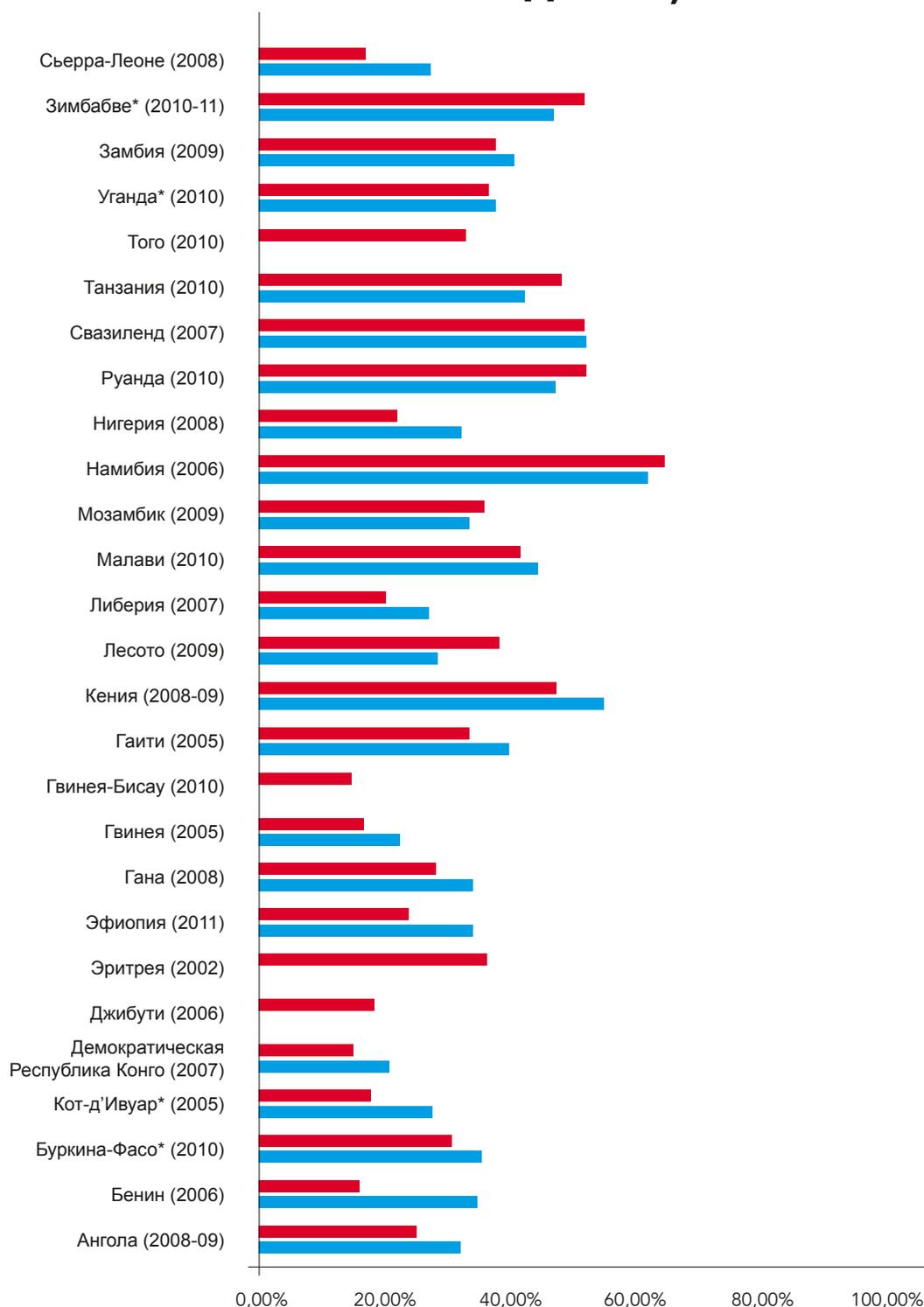
49% ВСЕХ ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ – ЖЕНЩИНЫ. В НАИБОЛЕЕ ПОСТРАДАВШИХ РЕГИОНАХ, ТАКИХ КАК АФРИКА И СТРАНЫ КАРИБСКОГО БАССЕЙНА, ОКОЛО 60% ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ – ЖЕНЩИНЫ.

Введение

Во всем мире молодые женщины в возрасте 15-24 лет наиболее уязвимы к ВИЧ – их заболеваемость в два раза выше заболеваемости юношей и составляет 0,6%. Эта диспропорция наиболее ярко выражена в странах Африки к югу от Сахары, где 3,1% молодых женщин являются ВИЧ-инфицированными, тогда как юноши составляют только 1,3%. Каждую минуту одна девушка инфицируется ВИЧ. 22% всех новых случаев инфицирования ВИЧ приходится на долю девушек (1), при этом чаще всего вирус передается половым путем (2). По-прежнему многое предстоит сделать, чтобы молодые люди могли правильно выбрать способы предохранения от инфицирования ВИЧ половым путем (Рисунок 1.1).

Даже если женщина информирована о ВИЧ, негативные гендерные нормы являются барьером, не позволяющим договариваться об использовании презерватива или иным способом защищать себя от ВИЧ (3, 4, 5, 6). Исследования показывают, что в 12 из 19 стран, предоставивших данные, менее 75% женщин считают, что они имеют право отказаться от секса с мужем, если известно, что он вступает в половые контакты с другими женщинами (Рисунок 1.2). Как показало межстрановое исследование (7), проведенное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2005 году, в данном случае существует тесная связь с насилием. Число женщин, физически принуждаемых к половому контакту, колеблется от 4% до 46%, тогда как от 6% до 59% женщин подвергаются сексуальному насилию со стороны партнера. Столь высокий уровень сексуального насилия вызывает особую тревогу в связи с эпидемией СПИДа и теми трудностями, которые испытывают многие женщины, стремящиеся защититься от ВИЧ.

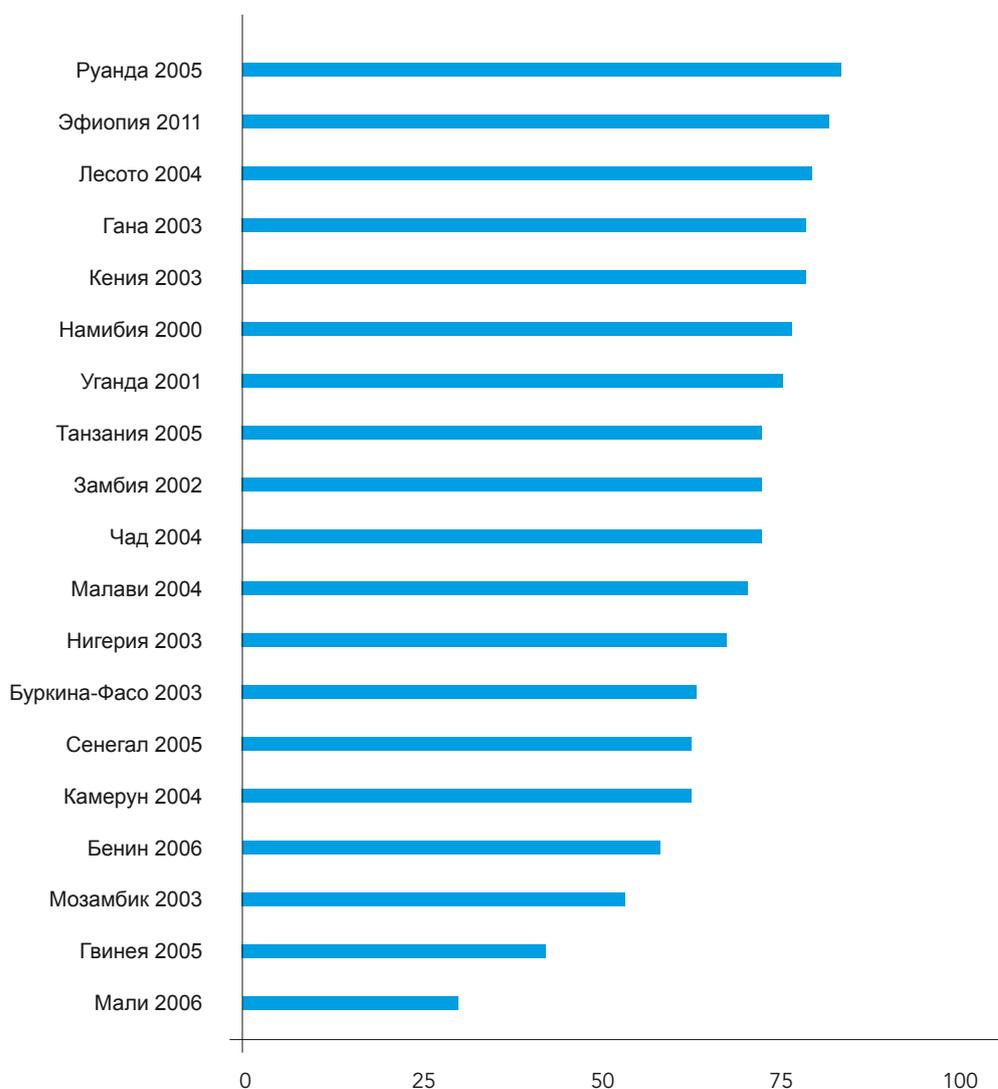
РИСУНОК 1.1. ПРОЦЕНТНОЕ СОТНОШЕНИЕ ДЕВУШЕК И ЮНОШЕЙ В ВОЗРАСТЕ 15–24 ЛЕТ, ИНФОРМИРОВАННЫХ О СПОСОБАХ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ОСНОВНЫХ ПРЕДРАССУДКАХ, КАСАЮЩИХСЯ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ (ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЭПИДЕМИЯ)



Источник: Исследования в области демографии и здоровья и другие данные исследований в области поведения населения.

■ Процентное соотношение (женщины 15-24 лет)
■ Процентное соотношение (мужчины 15-24 лет)

РИСУНОК 1.2. ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЖЕНЩИН, СОГЛАСНЫХ С УТВЕРЖДЕНИЕМ, ЧТО ЖЕНА ИМЕЕТ ПРАВО ОТКАЗАТЬСЯ ОТ СЕКСА С МУЖЕМ, ЕСЛИ У НЕГО ЕСТЬ И ДРУГИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПАРТНЕРЫ



Источник: Исследования в области демографии и здоровья, 2000–2011 гг.

Следует отметить, что отношение женщин к идее отказа от секса мало меняется в пределах различных возрастных групп; это свидетельствует об устойчивости социально и культурно обусловленных представлений о гендерных отношениях и поведении.

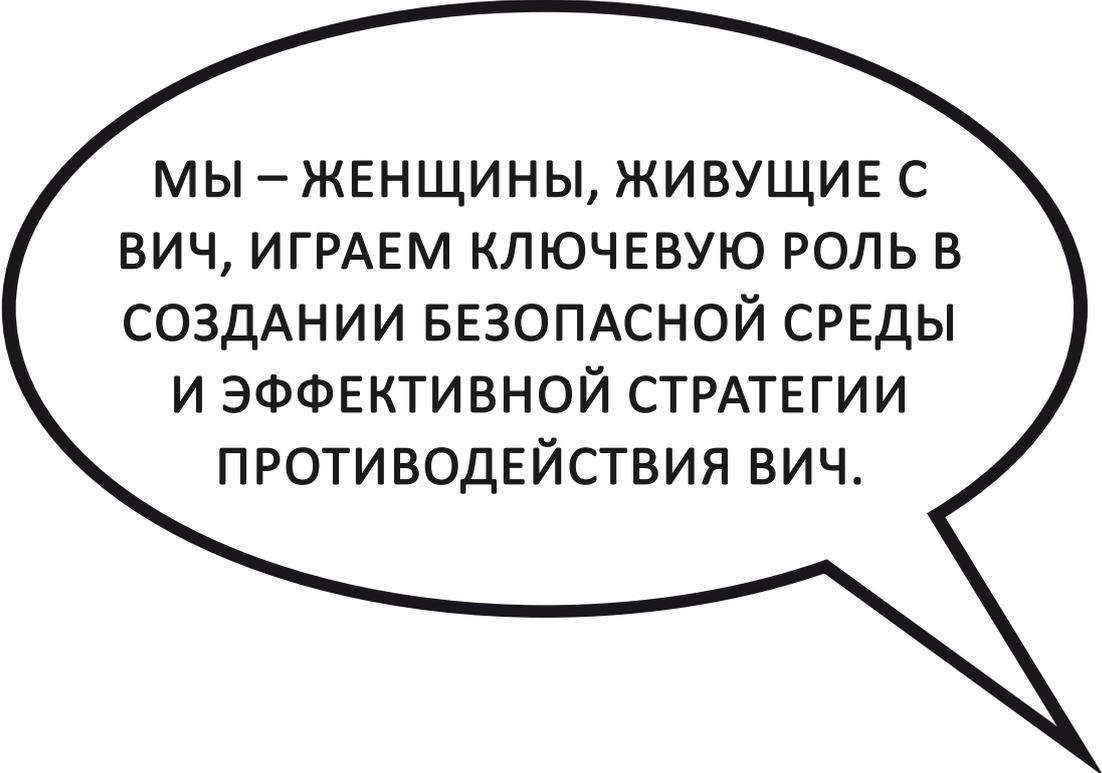
Отсутствие экономических возможностей также способствует повышению уязвимости женщин к передаче ВИЧ половым путем. Исследования в странах с низким и средним уровнем доходов показывают, что финансово самостоятельным женщинам проще договариваться с мужьями о защищенном сексе. Такие факторы, как опыт общения с партнером, состоящим в группе риска, желание сохранить благополучный социальный статус, страх инфицирования ВИЧ и родительская поддержка влияют на решимость женщин противостоять риску ВИЧ, несмотря на ограничивающие эту решимость гендерные нормы и существующий в замужестве дисбаланс

возможностей. Данные исследований говорят о том, что улучшение социального и экономического статуса женщин влияет на снижение риска инфицирования ВИЧ, поскольку уменьшается зависимость от партнеров-мужчин и повышается возможность самостоятельного принятия решений (8). Результаты денежных выплат среди учениц средней школы в Малави говорят о том, что такие выплаты не только помогали девушкам избегать рискованного сексуального поведения в краткосрочном плане, но также привели к снижению уровня подростковой беременности и сексуальной активности (9, 10).

Женщины, занятые в секс-бизнесе, зачастую особенно уязвимы к ВИЧ (Таблица 1.1) – по страновым данным, распространенность среди этой группы в столицах некоторых стран превышает 20%. Следует учитывать, что недавнее исследование данных, полученных из 50 стран, показало, что женщины, занятые в секс-бизнесе, в 13,5 раз чаще оказываются инфицированы ВИЧ, чем другие женщины (11). В глобальном масштабе имеющиеся данные свидетельствуют о том, что распространенность ВИЧ в трансгендерных сообществах достигает 68% (12). По определению ВОЗ, трансгендер является «зонтичным» термином, обозначающим людей, чья гендерная идентичность и выражение этой идентичности не соответствуют нормам и ожиданиям, традиционно ассоциирующимся с половыми признаками, полученными при рождении. Число новых случаев инфицирования среди трансгендерных лиц в некоторых странах колеблется от 3,4 до 7,8 на 100 человек в год (12). В США количество новых случаев инфицирования среди трансгендерных женщин в три раза превышает тот же показатель среди трансгендерных мужчин (13).

Расширение возможностей женщин

Растет понимание того, как именно социокультурные факторы, определяющие гендерное неравенство, критически влияют на риск инфицирования ВИЧ. Это в первую очередь относится к роли гендерных норм и их влиянию на распространение ВИЧ среди женщин, доступ женщин к услугам и социальной поддержке. Повышенная уязвимость женщин к ВИЧ требует лучшего понимания гендерных факторов, препятствующих передаче ВИЧ.



**МЫ – ЖЕНЩИНЫ, ЖИВУЩИЕ С
ВИЧ, ИГРАЕМ КЛЮЧЕВУЮ РОЛЬ В
СОЗДАНИИ БЕЗОПАСНОЙ СРЕДЫ
И ЭФФЕКТИВНОЙ СТРАТЕГИИ
ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ.**

ТАБЛИЦА 1.1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ СРЕДИ ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ СЕКС-БИЗНЕСОМ В СТОЛИЦАХ

>20%

10-20%

5-10%

<5%

Гвинея	Буркина -Фасо	Алжир	Азербайджан	Мексика
Гвинея-Бисау	Бурунди	Ангола	Аргентина	Монголия
Зимбабве	Гайана	Гаити	Армения	Непал
Кения	Гана	Индонезия	Афганистан	Нидерланды
Кот-д'Ивуар	Джибути	Кабо-Верде	Бангладеш	Никарагуа
Латвия	Камбоджа	Литва	Белоруссия	Пакистан
Маврикий	Папуа Новая Гвинея	Мавритания	Бельгия	Панама
Нигер	Сенегал	Мьянма	Болгария	Парагвай
Нигерия	Того	Португалия	Боливия	Румыния
Руанда		Сальвадор	Босния и Герцеговина	Сербия
Свазиленд		Украина	Вьетнам	Сомали
Танзания		Эритрея	Гватемала	Суринам
Уганда		Эстония	Германия	Таджикистан
Чад			Гондурас	Таиланд
			Грузия	Тимор-Лесте
			Иран	Тунис
			Испания	Узбекистан
			Казахстан	Филиппины
			Китай	Черногория*
			Колумбия	Чехия
			Куба	Шри-Ланка
			Кыргызстан	Южный Судан
			Лаосская НДР	Ямайка
			Мадагаскар	Япония
			Марокко	

Источник: Страновые отчеты 2012 г. (www.unaids.org/cpr)

Сокращение передачи ВИЧ половым путем на 50% к 2015 году требует расширения доступа к комплексным и непредвзятым услугам в связи с ВИЧ для женщин и девочек на протяжении всей жизни. Необходимо расширить доступность современного сексуального образования в школе и вне ее, а также ориентированных на нужды молодежи служб, помогающих молодым женщинам защищать себя (14, 15, 16). Последние данные показывают, что самая высокая эффективность достигается при сочетании программ сексуального просвещения и услуг в этой области (17).

Важным фактором является инвестирование в исследования в области технологий профилактики, контролируемых самими женщинами. Сюда относятся микробициды, до- и после-контактная профилактика, женские презервативы, а также работа с сетями женщин, живущих с ВИЧ, и женскими организациями для обеспечения доступа женщин и девочек к подобным методикам.

ВО ВЕСЬ ГОЛОС

ДЖЕЙН БРУНИНГ, ЭЛИША (РИНА) КОР, АННАХ
СИТЕМБИНКОСИ САНГО

Женщины и девочки составляют более половины всех людей, живущих с ВИЧ, и должны стать равными и ценными партнерами в процессе принятия решений, если мы рассчитываем сократить передачу ВИЧ половым путем на 50% к 2015 году. Но даже через 30 лет после начала эпидемии ВИЧ, все еще не удается обеспечить ведущую роль женщин, живущих с ВИЧ, в работе по профилактике.

Мы считаем, что критическим условием достижения цели по снижению передачи ВИЧ половым путем на 50% к 2015 году является расширение возможностей женщин, живущих с ВИЧ, обеспечение законов, защищающих наше право выбирать, с кем и как заниматься сексом, кого выбирать в мужа, когда рожать детей и рожать ли вообще. Однако, несмотря на десятилетия адвокации и сбора информации, женщин и девушек по-прежнему не слышат, и многие из нас по-прежнему не могут или не знают, как себя защитить.

Наша уязвимость к ВИЧ, укоренившаяся в различных культурах, объясняется нашим положением в обществе, и те из нас, кто еще молод, сталкиваются с повышенным риском инфицирования ВИЧ. Традиционные представления о мужественности поощряют мужчин к патриархальному обращению с женами, партнерами и дочерьми как со своей собственностью, и большинство мужей ожидают соблюдения или настаивают на своих «супружеских правах».

Между гендерно-укорененным насилием и ВИЧ существует непосредственная связь. Насилие или страх насилия иногда мешают женщинам, трансгендерным лицам и девушкам договариваться о безопасном сексе, обсуждать вопросы супружеской верности со своими партнерами или прекращать рискованные взаимоотношения. У мужчины нет права избивать жену, заставлять ее заниматься сексом или выгонять ее из дома ни с чем, только потому, что у нее первой был диагностирован ВИЧ. Тем не менее это происходит.

Нищета – еще один фактор, способствующий передаче ВИЧ. Многие женщины и девушки занимаются проституцией, рассматривая это занятие в качестве источника средств к существованию, а молодых девушек зачастую принуждают заниматься сексом с пожилыми мужчинами.

Женщины, занятые коммерческим сексом, уязвимы к насилию и, как результат, к ВИЧ, поскольку подвергаются преследованиям со стороны полиции и не имеют возможности защититься от клиентов, требующих незащищенного секса. Наличие при себе презервативов может стать поводом для обыска, что, в свою очередь, может привести к полицейскому преследованию за проституцию. Трансгендерные женщины (т.е. бывшие мужчины), обычно не имеющие жилья и работы, зачастую подвергаются двойной стигме из-за инфицированности ВИЧ и принадлежности к трансгендерным лицам. Многие страны не признают трансгендерных женщин, что не оставляет им иного выбора, кроме занятий коммерческим сексом в качестве единственного источника дохода.

Точно так же, женщины, употребляющие наркотики, и, как правило, не имеют доступа к услугам по снижению вреда и занимаются коммерческим сексом,

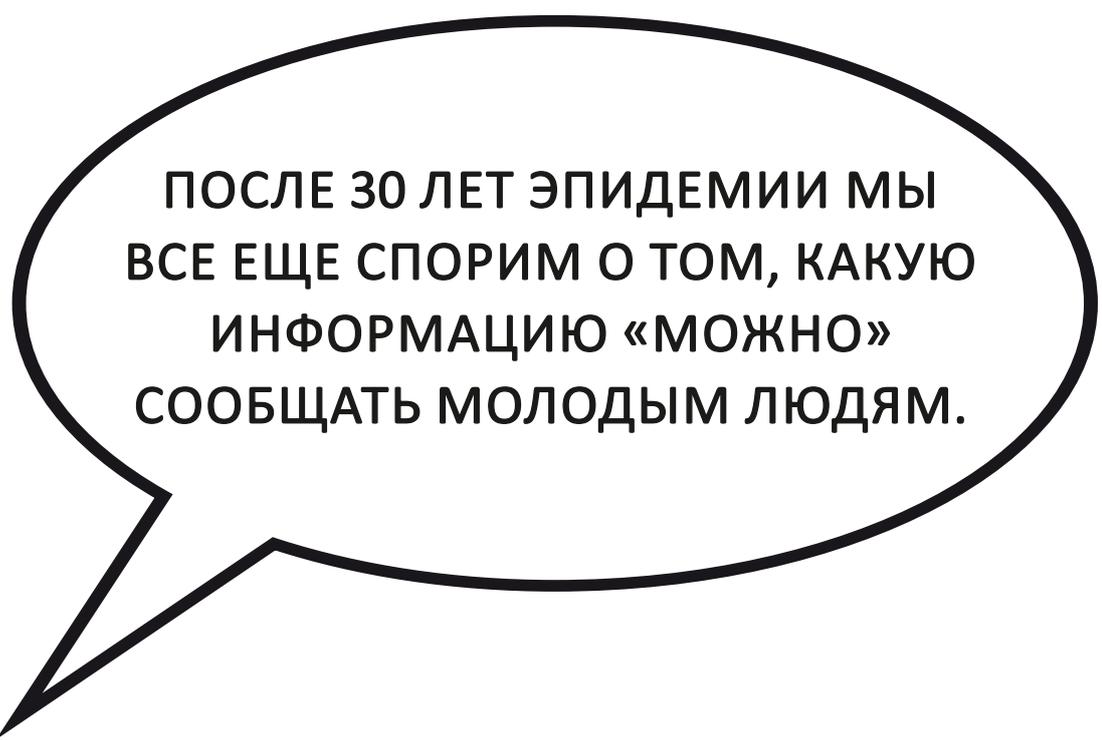
чтобы иметь средства на покупку наркотиков. Это, в свою очередь, повышает риск их инфицирования ВИЧ и, возможно, сопутствующего инфицирования гепатитом в результате передачи половым путем.

В настоящее время женщины и девочки, являющиеся мигрантами, работают в трудных условиях и подвергаются высокому риску инфицирования ВИЧ, поскольку разлучены со своими семьями и сообществами. Мигранты часто не имеют доступа к услугам здравоохранения, которые не приспособлены к нуждам людей, меняющих страну проживания.

После 30 лет эпидемии мы все еще спорим о том, какую информацию «можно» сообщать молодым людям. Молодежь занимается сексом по тем же самым причинам, что и взрослые. Среди этих причин – продолжение рода, получение удовольствия, дохода или страх перед насилием. Как молодые женщины научатся избегать ситуаций, чреватых причинением вреда, если мы не говорим с ними о сексе и о том, как можно договориться о безопасном сексе?

Мы знаем, что нам нужно

В некоторых странах профилактика лечением рассматривается в качестве панацеи в борьбе с эпидемией. Такой подход является преждевременным, поскольку существующие системы не способны обеспечить устойчивость лечения, а прием антиретровирусных препаратов ведет к долгосрочным побочным эффектам и осложнениям. Это особенно опасно для беременных женщин, которых – в некоторых странах – поощряют к приему антиретровирусных препаратов для предотвращения вертикальной передачи ВИЧ детям, а также к продолжению лечения независимо от показателя числа клеток CD4. Этот метод известен под названием «вариант В+». Хотя лечение позволяет нам снизить риск инфицирования еще не родившихся детей, а также наших ВИЧ-отрицательных партнеров, мы должны иметь возможность самостоятельно принимать решения о том, когда начинать лечение и начинать ли вообще. Решение о начале лечения – это индивидуальный выбор, и каждая женщина должна иметь право сделать его самостоятельно. Если женщина решает начать лечение, она должна иметь постоянный доступ к надежным и эффективным антиретровирусным препаратам, заботясь о своем собственном здоровье, а не потому что это правильно с точки зрения общественного здравоохранения.



**ПОСЛЕ 30 ЛЕТ ЭПИДЕМИИ МЫ
ВСЕ ЕЩЕ СПОРИМ О ТОМ, КАКУЮ
ИНФОРМАЦИЮ «МОЖНО»
СООБЩАТЬ МОЛОДЫМ ЛЮДЯМ.**

Для успешной работы по профилактике ВИЧ на основе прав человека необходимо привлекать женщин, живущих с ВИЧ, особенно молодых, на всех уровнях разработки и реализации политики и программ. И, хотя наши проблемы зачастую оказываются в рамках общих мер в ответ на ВИЧ не на первом месте, есть множество сильных и отважных женщин, живущих с ВИЧ, организовавших работу на уровне сообществ, а также в региональных и глобальных сетях.

Мы распространяем информацию о ВИЧ, используя свое лидерство в вопросах позитивного здоровья, достоинства и профилактики. Новый подход к разработке программ включает повышение и поддержание чувства собственного достоинства людей, живущих с ВИЧ, поддержание и улучшение их физического, умственного, эмоционального и сексуального здоровья. Все эти меры должны способствовать созданию среды, препятствующей новым случаям ВИЧ-инфицирования.

Женщины, живущие с ВИЧ, разработали обучающие программы по вопросам гендера, коммуникаций и взаимоотношений, позволяющих снизить уязвимость и гендерное насилие, для женщин и девушек, а также мужчин. В условиях патриархального общества и репрессивного отношения к молодым женщинам со стороны многих людей старшего возраста эти программы имеют критическое значение. Одним из примеров такой программы является реализованная в 100 странах программа «Ступеньки».

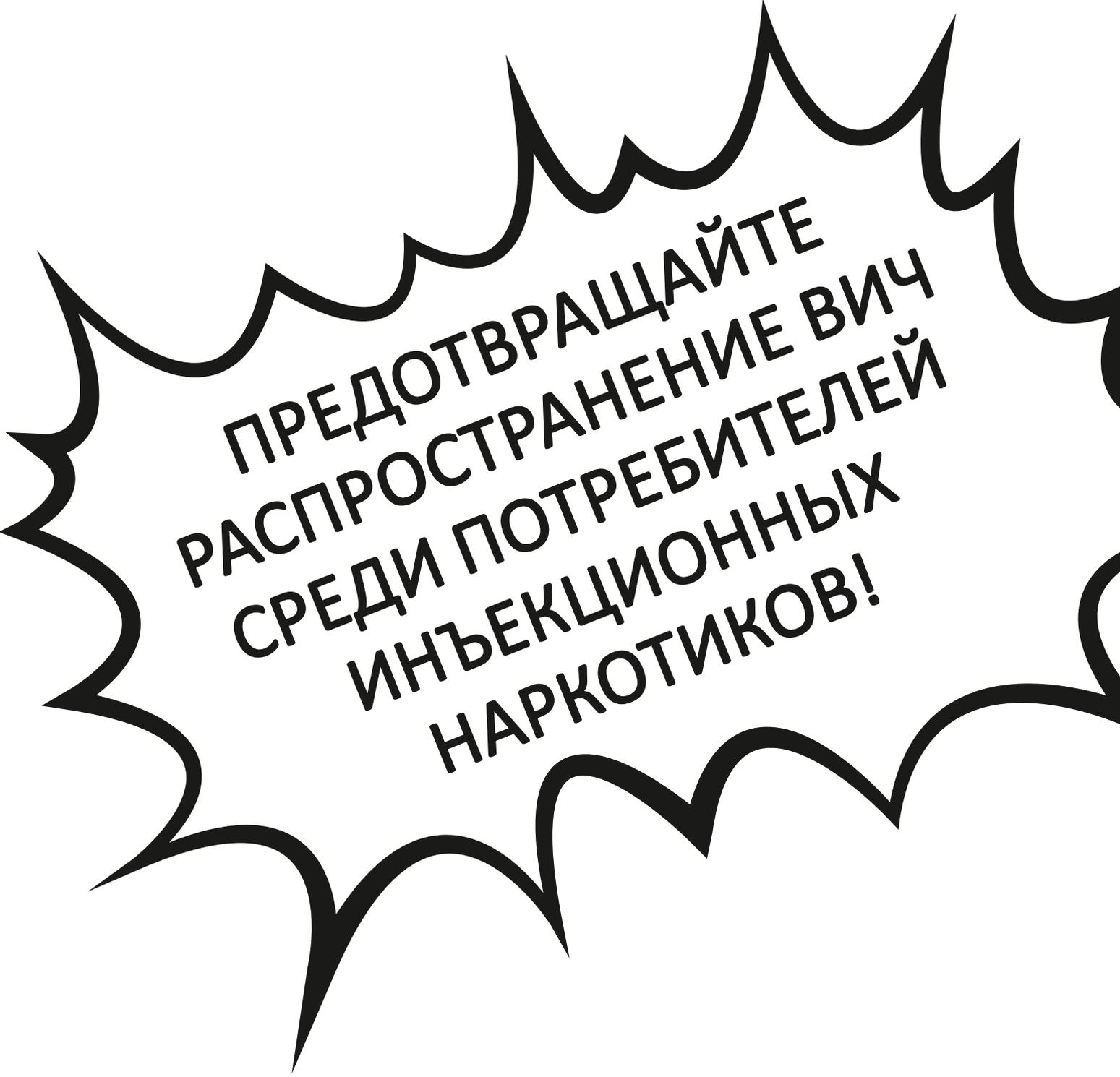
Многие из нас откровенно делятся своим опытом, в надежде, что другие смогут им воспользоваться, и помогают другим женщинам развивать подобные навыки, чтобы они могли последовать нашему примеру. Примером может служить набор обучающих материалов «Снимая завесу секретности», переведенных на восемь языков.

Подобные проекты, являясь низовыми инициативами, успешно применяются в глобальных масштабах. Все они включают элементы просвещения по вопросам ВИЧ и профилактики. Мы, женщины, живущие с ВИЧ, знаем, какие программы оказались неэффективными и почему. Мы – ключевое звено в создании безопасной среды и эффективных стратегий для противодействия ВИЧ и обеспечения всех женщин высококачественными услугами, независимо от места проживания, возраста, профессии или образа жизни.

Джейн Брунинг – национальный координатор организации «Позитивные женщины» (Новая Зеландия); Элиша (Рина) Кор – менеджер программы в «PT Foundation» (Малайзия); Аннах Ситембинкоси Санго – член Международного сообщества женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом (Южная Африка, Зимбабве).

РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ

- **Защищайте наши права и искореняйте законы и политику, препятствующие гендерному равенству.**
- **Обеспечивайте ресурсами наши сети в качестве ключевых партнеров в деле предотвращения новых случаев инфицирования.**
- **Организируйте стратегическое сотрудничество между нами и правительством, гражданским обществом и религиозными организациями по вопросам профилактики ВИЧ.**
- **Обеспечьте доступ к комплексному просвещению по вопросам сексуальных отношений и предохранения для всех женщин, особенно – молодых.**
- **Защищайте права работников секс-бизнеса на безопасную рабочую среду.**



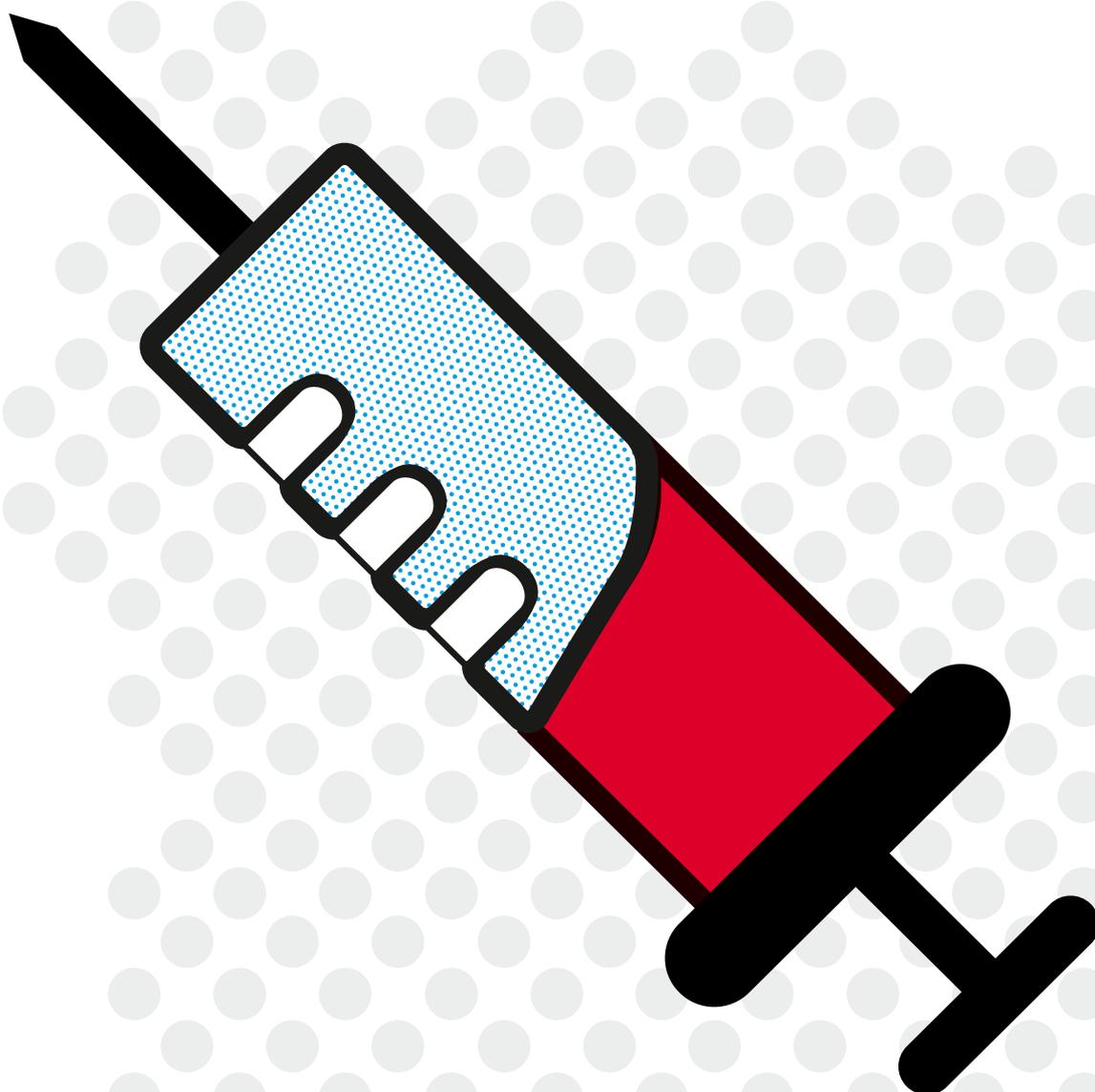
**ПРЕДОТВРАЩАЙТЕ
РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВИЧ
СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
ИНЪЕКЦИОННЫХ
НАРКОТИКОВ!**

50%

Распространенность ВИЧ среди женщин, потребляющих инъекционные наркотики, на 50% выше, чем среди мужчин.

8%

Во всем мире только 8% людей, потребляющих инъекционные наркотики, имеют доступ к программам обмена игл и шприцев.



ЦЕЛЬ 2

СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ НА 50% К 2015 ГОДУ

ЖЕНЩИНЫ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ, ПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИЛИ ПОТРЕБЛЯВШИЕ НАРКОТИКИ, МОГУТ СТАЛКИВАТЬСЯ С НАРУШЕНИЕМ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ, ЧТО, В СВОЮ ОЧЕРЕДЬ, МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ РОСТУ НАСИЛИЯ И ЖЕСТОКОСТИ (1).

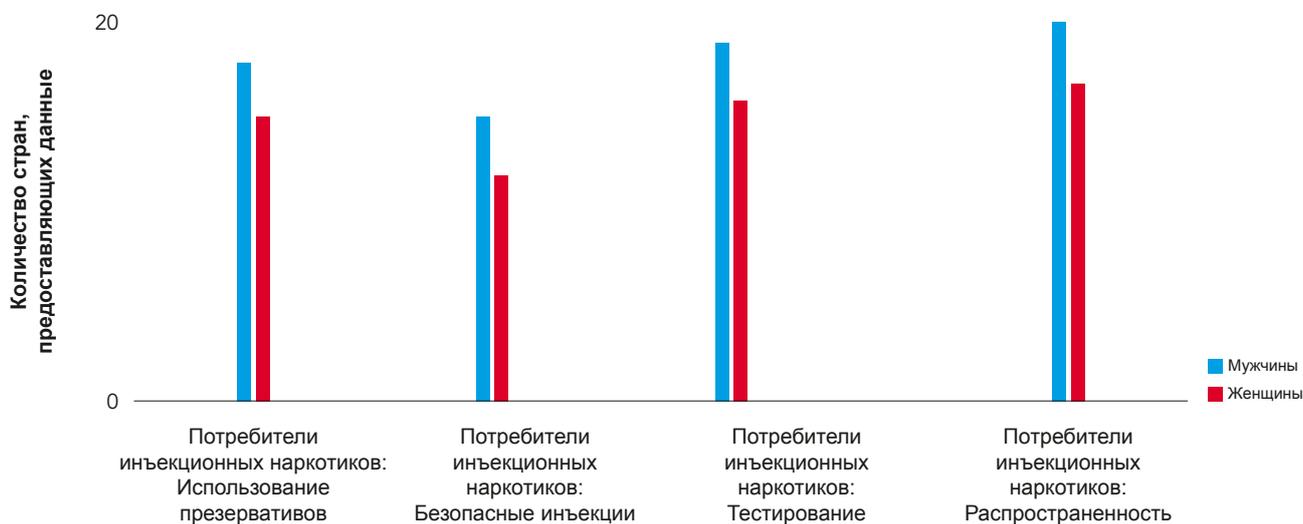
Введение

Несмотря на то, что все больше стран предоставляют информацию о потребителях инъекционных наркотиков, отчетность по этой группе ключевого населения все еще остается наименее доступной. Более того, данных о женщинах, потребляющих инъекционные наркотики в условиях концентрированной эпидемии, зарегистрировано меньше, чем о мужчинах, по всем показателям, представляемым странами для Глобального отчета о прогрессе в деле противодействия СПИДу 2012 года (см. Рисунок 2.1).

Исследования, проведенные в девяти странах Европейского Союза, показали, что средняя распространенность ВИЧ среди женщин, потребляющих наркотики, на 50% превышает тот же показатель для мужчин (2). На Филиппинах, по некоторым оценкам, почти 14% потребителей инъекционных наркотиков инфицированы ВИЧ, однако распространенность среди женщин, потребляющих инъекционные наркотики, составляет 27%, тогда как распространенность среди мужчин почти в два раза ниже и составляет 13% (3).

Доступ к безопасному инъекционному инструментарию, согласно страновым данным, одинаков для женщин и мужчин и составляет почти 80%. Однако эти данные, скорее всего, переоценивают количественный охват программами обеспечения иглами и шприцами. Согласно глобальному обзору, только 8% потребителей инъекционных наркотиков были охвачены программами обеспечения иглами и шприцами (показатель вычислен на основе данных об обеспеченности услугами, полученных из 102 стран). Кроме того, значительные расхождения в охвате программами отмечены на региональном и национальном уровне (4).

РИСУНОК 2.1. КОЛИЧЕСТВО СТРАН С КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЭПИДЕМИЕЙ, ОТЧИТЫВАЮЩИХСЯ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ, ИМЕЮЩИМ ОТНОШЕНИЕ К ПОТРЕБИТЕЛЯМ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ, С УКАЗАНИЕМ ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ



Источник: страновые отчеты 2012 г. (www.unaids.org/cpr).

Даже при наличии программ по снижению вреда женщины, употребляющие инъекционные наркотики, могут сталкиваться с разнообразными гендерными барьерами, препятствующими доступу к услугам в связи с ВИЧ (5). Последние исследования показывают, что женщины, употребляющие инъекционные наркотики, более подвержены риску насилия со стороны своих половых партнеров, полиции и лиц, покупающих сексуальные услуги (6). Кроме того, отсутствие жилья и психические заболевания могут дополнительно влиять на рост инфицирования ВИЧ (7, 8). По поступающей информации, женщины, употребляющие инъекционные наркотики, гораздо чаще сталкиваются со стигмой и дискриминацией, особенно во время беременности и после родов (9, 10, 11).

Исследования также сообщают о нерегулярном использовании презервативов женщинами, употребляющими наркотики, при контакте с долговременными и случайными партнерами, а также взаимосвязанности нерегулярного пользования презервативом и совместного использования инъекционного инструментария (12). Женщины, употребляющие инъекционные наркотики, могут быть неспособны договариваться об использовании презервативов из-за неравноправных взаимоотношений со своими партнерами. Когда секс предоставляется в обмен на наркотики и другие ресурсы, женщины часто не могут повлиять на решение партнера об использовании презерватива (10).

Необходимость политических изменений

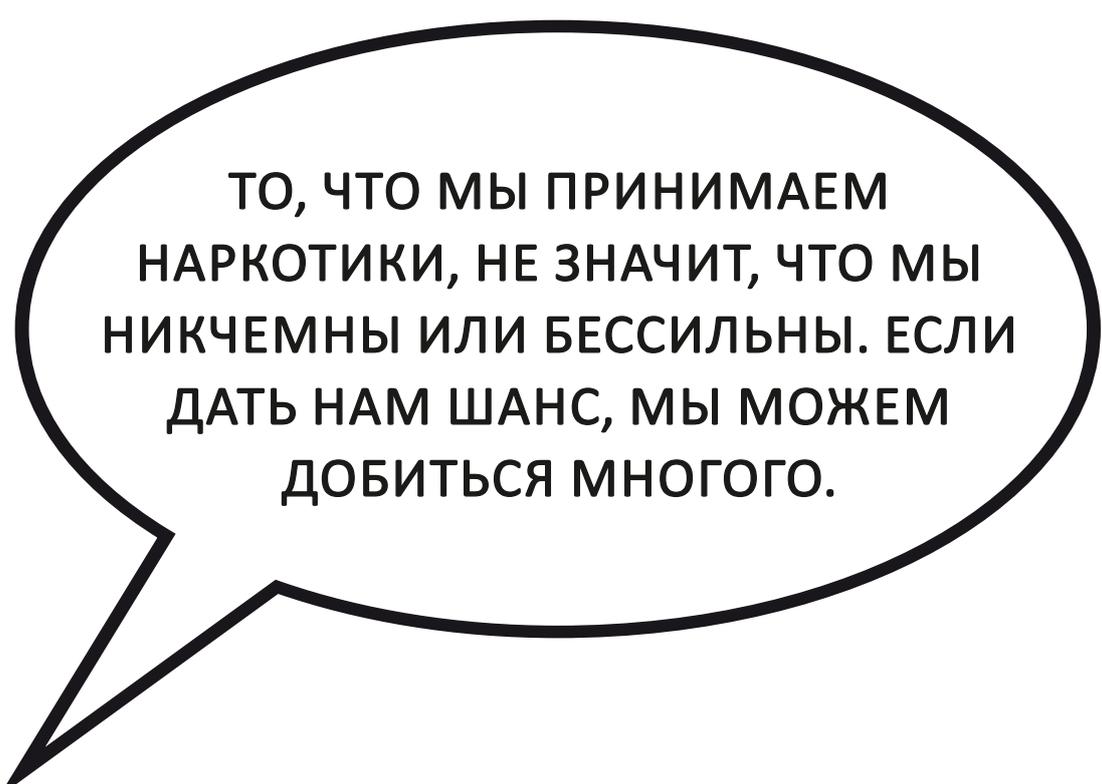
Обязательство снизить на 50% передачу ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, к 2015 году является историческим и учитывает особую уязвимость этой группы населения.

Для осуществления этой цели необходимо усилить системы мониторинга для потребителей инъекционных наркотиков, а также сбор информации о мужчинах и женщинах отдельно по потреблению и доступности услуг. Критическое значение имеет расширение услуг по снижению вреда, основанных на достоверной информации, включая услуги по опиоидной заместительной терапии и программам обеспечения иглами и шприцами. Женщины, живущие с ВИЧ, употребляющие инъекционные наркотики, должны активно привлекаться к концептуализации и реализации подобных услуг, чтобы обеспечить их «дружественность» для женщин и ориентированность на их зачастую многочисленные и сложные потребности.

Необходимо предпринять особые усилия по интеграции услуг по ВИЧ, охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также снижению вреда, используя такие механизмы, как: обучение персонала, оказывающего услуги по консультированию состоящих в сожительстве пар; расширение возможностей женщин по обсуждению безопасной инъекционной и сексуальной практики с партнерами; оказание услуг и поддержки, ориентированных на женщин, а также организация центров, имеющих условия для ухода за детьми, для женщин, несущих основное бремя по уходу за членами семьи (5).

Женщины, употребляющие инъекционные наркотики, должны иметь доступ к конфиденциальному и добровольному консультированию и тестированию в связи с ВИЧ. Они также нуждаются в достоверной информации и доступу к услугам по сексуальному и репродуктивному здоровью, чтобы предотвратить новые случаи инфицирования детей и сохранить материнские жизни, а также защитить свое собственное здоровье, без стигмы и дискриминации.

Законы и политика, преследующие, стигматизирующие и дискриминирующие женщин, живущих с ВИЧ, а также женщин, употребляющих наркотики, являются большим препятствием, мешающим доступу женщин как к услугам по снижению вреда, так и к услугам по ВИЧ. Необходимо добиться того, чтобы все политические решения и инициативы базировались на доказательной информации и защищали права и достоинство женщин.



**ТО, ЧТО МЫ ПРИНИМАЕМ
НАРКОТИКИ, НЕ ЗНАЧИТ, ЧТО МЫ
НИКЧЕМНЫ ИЛИ БЕССИЛЬНЫ. ЕСЛИ
ДАТЬ НАМ ШАНС, МЫ МОЖЕМ
ДОБИТЬСЯ МНОГОГО.**

ВО ВЕСЬ ГОЛОС

ФРИКА ИСКАНДАР, ФИЛИА ДЖУНГ, СИЛЬВИЯ ПЕТРЕТТИ

Снижение передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на 50% к 2015 году является критически важной целью, но эта цель не будет достигнута, если проблемы стигмы, дискриминации, криминализации и насилия останутся без внимания, и если женщины, живущие с ВИЧ, зачастую являющиеся и потребителями инъекционных наркотиков, не будут участвовать в разработке и реализации мероприятий.

В большинстве источников, посвященных проблемам потребителей инъекционных наркотиков, не учитываются различия между мужчинами и женщинами, тогда как женщины подвергаются специфическим рискам и имеют свои потребности. У женщин, употребляющих инъекционные наркотики, уровень смертности значительно выше: мы чаще сталкиваемся с проблемами, связанными с инъекциями, быстрее проходим путь от первого употребления до зависимости. Для нас «инъекционное» и сексуальное поведение чревато большими рисками, чем для мужчин, употребляющих инъекционные наркотики (10).

Наш риск быть инфицированными ВИЧ значительно выше, как и риск заражения другими инфекциями, передающимися половым путем, гепатитами В или С и туберкулезом (10). Наша уязвимость усугубляется гендерными проблемами, ограниченными возможностями и другими структурными тенденциями и дисбалансами.

Для того, чтобы снизить передачу ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на 50% к 2015 году на равноправных для женщин условиях, важно, прежде всего, добиться лучшего понимания нашей жизни. Мы сталкиваемся со значительной стигмой, дискриминацией и насилием, даже со стороны тех, кто оказывает услуги в связи с ВИЧ, употреблением наркотиков и другим проблемами. Поскольку наши права часто нарушаются, самый лучший способ выживания для нас – оставаться «невидимыми».

Употребление наркотиков и занятие коммерческим сексом уже криминализованы в большинстве стран, а криминализация передачи ВИЧ половым путем расширяется. Для нас раскрытие ВИЧ-статуса означает не только риск остракизма, но и тюремного заключения. Во время пребывания в тюрьме у нас почти нет доступа к опиоидной заместительной терапии, антиретровирусной терапии и другим видам медицинского лечения.

Профилактика в нашей среде – большая проблема. Многие из нас хотят прекратить употреблять инъекционные наркотики, но наш доступ к соответствующей опиоидной заместительной терапии и ориентированным на женщин услугам по реабилитации и детоксикации ограничен. Женщинам, употребляющим инъекционные наркотики, трудно получить безопасные, квалифицированные и доброжелательные услуги в области репродуктивного, а также материнского, до- и послеродового и детского здоровья.

Часто даже сотрудники организаций, занимающихся поддержкой в связи с ВИЧ, негативно относятся к тем из нас, кто забеременел, как будто мы неспособны быть хорошими матерями. Но женщины, употребляющие наркотики, испытывают те же самые желания и имеют те же права, что и

все остальные. Во многих странах семьи оказывают помощь мужчинам, употребляющим наркотики, но выбрасывают на улицу женщин за то, что те «дискредитировали» семью. До самого последнего времени в странах Ближнего Востока и большинстве стран Африки не существовало наркологических лечебных центров для женщин.

Просчеты системы здравоохранения

Забота о нашем собственном здоровье и жизни – проблема чрезвычайно сложная и неподъемная. Мы не только употребляем наркотики и имеем дело с ВИЧ. У нас может быть гепатит В или С, туберкулез или же туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью. Важно, чтобы услуги для женщин, живущих с ВИЧ, были непредвзятыми и учитывающими сложности, связанные с гендерными особенностями и насилием, употреблением наркотиков, ВИЧ, гепатитом и туберкулезом и сопутствующими коинфекциями. Мы имеем право на лечение и потребность в нем, но зачастую медработники не дают нам лекарство, полагая, что мы не будем соблюдать схему лечения. Мы сталкиваемся с дискриминацией и стигмой, когда пытаемся получить услуги, включая и антиретровирусную терапию.

Наши потребности часто игнорируются. Хотя есть свидетельства, что распространенность употребления наркотиков и алкоголя в среде лесбиянок и бисексуальных женщин выше, чем среди гетеросексуальных женщин, услуги для тех из нас, кто вступает в половые контакты с женщинами, малодоступны, а потребности трансгендерных лиц, ВИЧ-позитивных и использующих инъекционные наркотики женщин практически всегда игнорируются (13). Те из нас, кто употребляет инъекционные наркотики и занимается коммерческим сексом, сталкиваются с риском и уязвимостью, отличающимися от тех, что испытывают женщины, употребляющие наркотики, но не занимающиеся секс-бизнесом, или женщины, занятые в секс-бизнесе, но не употребляющие инъекционные наркотики.

Мы способны стать лидерами

Все вышесказанное означает – то, что если мы употребляем наркотики, не значит, что мы никчемны или бессильны. При наличии правильной структуры, хорошем отношении, признании и поддержке потребители наркотиков могут добиться многого, и мы знаем о многочисленных примерах успешного вовлечения и лидерства женщин, живущих с ВИЧ и употребляющих наркотики.



**ПОСКОЛЬКУ НАШИ ПРАВА
ЧАСТО НАРУШАЮТСЯ, САМЫЙ
ЛУЧШИЙ СПОСОБ ВЫЖИВАНИЯ
ДЛЯ НАС – ОСТАВАТЬСЯ
«НЕВИДИМЫМИ».**

Многие из нас, будучи наделены соответствующими возможностями, развили свои навыки и оказали помощь другим женщинам и мужчинам. Мы создали новые организации и внесли свой вклад в общее дело, ведя за собой и добиваясь того, чтобы проблемы женщин были озвучены и решены. Некоторые из нас стали профессионалами в этой области.

Например, сеть «Ikatan Perempuan Positif», занимающейся проблемой ВИЧ, в Индонезии руководит группа женщин, живущих с ВИЧ, в прошлом употреблявших инъекционные наркотики. Другим примером хорошей практики и организации женщин с ВИЧ, употребляющих или употреблявших наркотики, является Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ. Эта сеть собрала прекрасные подтверждения тому, что женщины, живущие с ВИЧ и принимающие опиоидную заместительную терапию, могут стать хорошими матерями и жить нормальной жизнью.

Однако существует очень мало документальных свидетельств наших успехов. Значимость и успешность лидерства женщин, живущих с ВИЧ и употребляющих наркотики, редко получает признание. Мы стремимся к дальнейшему развитию наших навыков и возможностей, чтобы контролировать собственные жизни и приносить пользу нашим сообществам. Мы нуждаемся в благоприятной среде и ресурсах, которые позволили бы продемонстрировать наилучшие способы работы с нами и представить доказательства нашей эффективности.

Фрика Искандар – член женской рабочей группы Азиатско-Тихоокеанской сети людей, живущих с ВИЧ (Индонезия); Фириа Джунг – член Международного сообщества женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом (США); Сильвия Петретти – заместитель исполнительного директора организации «Positively UK» и координатор «PozFem UK» (Великобритания).

РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ

- **Доверьте нам заботу о самих себе** и *позвольте стать неотъемлемой частью процесса разработки политических решений и программ, включая тех из нас, кто все еще употребляет наркотики.*
- **Финансируйте нашу работу и инвестируйте в мероприятия** и *политику, касающиеся конкретно женщин, употребляющих инъекционные наркотики, включая программы, разработанные и реализуемые экспертами из нашей собственной среды, в которых мы могли бы пройти обучение, получить поддержку и плату за нашу работу.*
- **Предоставьте нам комплексное, не унижающее нас лечение**, *оказывая интегрированные услуги в связи с ВИЧ, гепатитом, туберкулезом, сексуальным и репродуктивным здоровьем и потреблением наркотиков, включая опиоидную заместительную терапию, профилактику передозировки и доступ к чистому инъекционному инструментарию.*
- **Обратите внимание на нас и наши жизни**, *проводя мониторинг учитывающих гендерную специфику показателей в мероприятиях с участием людей, употребляющих инъекционные наркотики, чтобы выявить имеющиеся недостатки и собрать данные, позволяющие привлечь повышенное внимание к нашим нуждам и приоритетам.*
- **Окажите нам поддержку, особенно когда мы относимся к наиболее социально изолированным группам.** *Мы нуждаемся в доступе к услугам для лесбиянок, бисексуалов и трансгендерных лиц, употребляющих наркотики, работающих в секс-бизнесе и/или заключенных в тюрьму*



**ИСКОРЕНИТЬ
НОВЫЕ СЛУЧАИ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ
СРЕДИ ДЕТЕЙ И СОХРАНИТЬ
ЖИЗНИ МАТЕРЕЙ!**

2/3

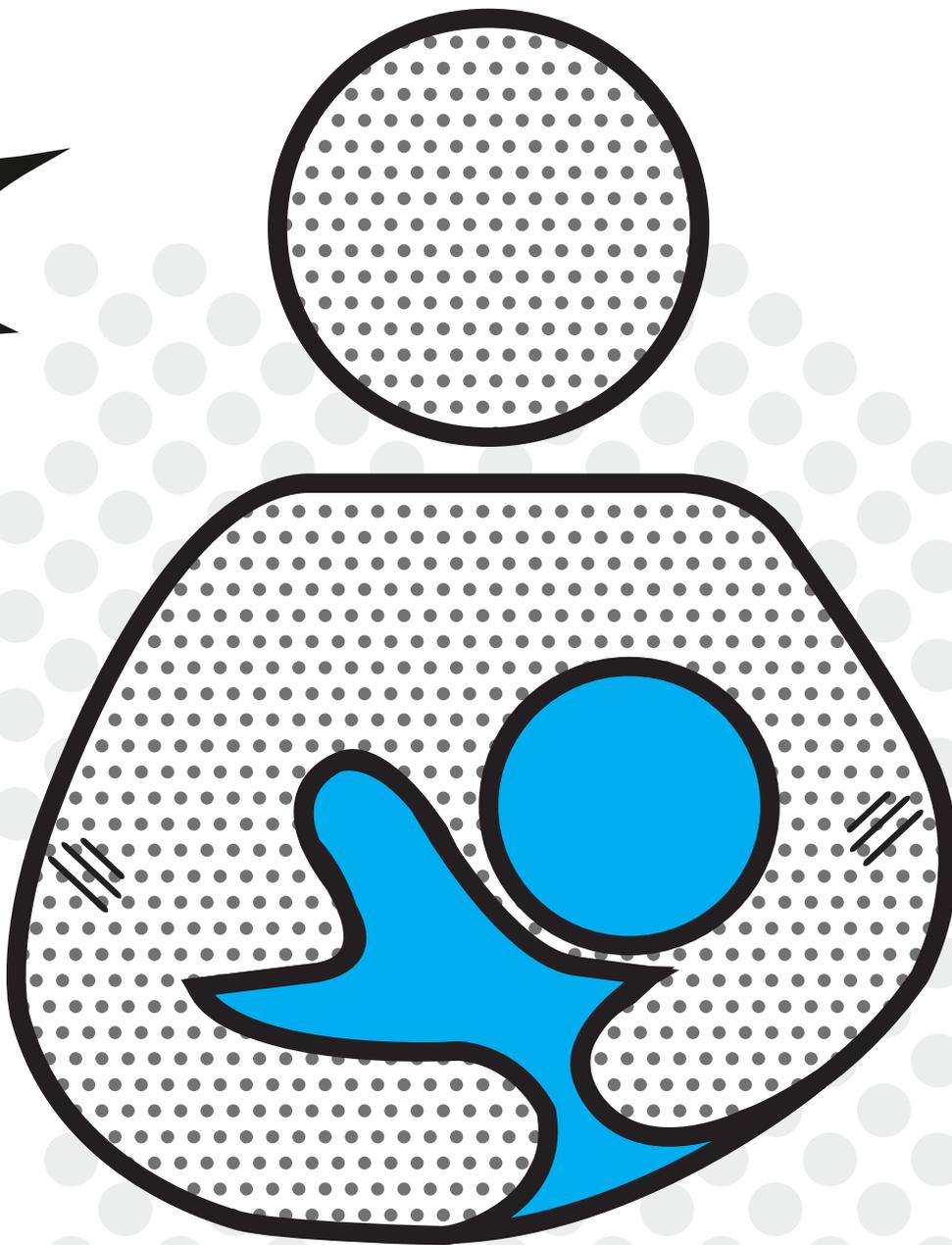
В странах с низким и средним уровнем доходов практически двое из каждых трех беременных женщин не знают своего ВИЧ-статуса.

57%

57% всех беременных женщин, живущих с ВИЧ, проходило профилактическое лечение для предотвращения передачи вируса от матери ребенку.

48%

В 21 приоритетной стране Африки к югу от Сахары, входящей в Глобальный план, 48% процентов беременных женщин, живущих с ВИЧ и нуждающихся в антиретровирусной терапии для сохранения здоровья, получили это лечение в 2011 году.



ЦЕЛЬ 3

ИСКОРЕНИТЬ НОВЫЕ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ К 2015 ГОДУ И ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ СПИДА

БЛАГОПОЛУЧИЕ ВСЕЙ СЕМЬИ ВОЗРАСТАЕТ, ЕСЛИ ПРАВА МАТЕРИ УВАЖАЮТ, А ЕЕ ЖИЗНЬ СОХРАНЯЮТ И ЦЕНЯТ.

Введение

ВИЧ по-прежнему остается основной причиной смертности среди женщин репродуктивного возраста (1). Обеспечение доступа к лечению для женщин, живущих с ВИЧ, важно не только для самих женщин, но и для их семей – исследования показывают, что смертность среди детей, оставшихся без матери, возрастает.

В 21 стране Африки к югу от Сахары, входящей в Глобальный план по искоренению новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей к 2015 году и сохранению жизни их матерям, доля беременных женщин, живущих с ВИЧ и нуждающихся в антиретровирусной терапии для сохранения здоровья, возросла с 16% (2009 г.) до 48% (2011 г.). Этот факт, хотя и свидетельствует о значительном успехе, означает также, что почти половина нуждающихся в лечении матерей по-прежнему не получает важных для сохранения их жизни препаратов, и что не все женщины получают эффективное антиретровирусное лечение.

В странах с низким и средним уровнем доходов практически двое из каждых трех беременных женщин по-прежнему не знают своего ВИЧ-статуса, включая многих беременных женщин, живущих с ВИЧ, которые могли бы получить пользу от дополнительных лечебных мер, таких как пожизненный уход и профилактика передачи вируса от матери ребенку (2). В мировых масштабах 57% беременных женщин, живущих с ВИЧ, прошли профилактику по предотвращению передачи ВИЧ их детям. В 2011 году это позволило предотвратить почти 180 тыс. новых инфекций и избежать проблем ухода за детьми, инфицированными ВИЧ.

Беременные женщины подвергаются повышенному риску ВИЧ-инфицирования (3). Инфицирование ВИЧ во время беременности выявляется все чаще, что повышает риск последующей передачи вируса младенцу, поскольку вирусная нагрузка при первичном инфицировании возрастает. Особенно важно, чтобы беременные женщины с отрицательным ВИЧ-статусом сохраняли этот статус – это позволит избежать передачи ВИЧ ребенку во время беременности, рождения и вскармливания.

Для женщин, живущих с ВИЧ, как и для всех других женщин, также важно иметь понятную, достоверную информацию о проблеме репродуктивного здоровья и ВИЧ. Кроме того, они должны иметь доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья и семейному планированию, чтобы осуществить намерение забеременеть или, в случае необходимости, прервать нежелательную беременность. Исследования позволяют сделать вывод, что женщины, живущие с ВИЧ, испытывают потребность – по крайней мере, такую же, если не выше чем у ВИЧ-отрицательных женщин – ограничить деторождение (4). Кроме того, моделирование ситуации свидетельствует о том, что обеспечение потребности женщин, живущих с ВИЧ, в услугах по планированию семьи имеет критическое значение для осуществления цели по снижению новых случаев ВИЧ-инфицирования детей на 90% (5).

Дискриминация затрудняет доступ к услугам

Исследования показывают, что женщины, живущие с ВИЧ, зачастую боятся обращаться за услугами в связи с беременностью, поскольку опасаются порицания со стороны медработников, осуждающих подобную беременность. Опрос 841 женщины, живущей с ВИЧ, проведенный в Аргентине, выявил, что работники здравоохранения отрицательно реагировали на то, что женщина хочет забеременеть или уже забеременела (6). Дополнительные исследования дали похожие результаты, при этом стигма и дискриминация иногда выражались и в форме принудительной или вынужденной стерилизации (7). Исследование доступа к услугам в области репродуктивного и материнского здоровья, проведенное в шести странах Азии силами лиц того же круга при участии более чем 750 женщин, живущих с ВИЧ, выявило, что из-за дискриминации со стороны медработников многие женщины, живущие с ВИЧ, предпочитают не посещать родовые клиники и не знают, как заботиться о себе и своем ребенке (8). Те же, кто получил доступ к услугам, могут столкнуться со стигмой и дискриминацией в различных формах. Одна из женщин, участвовавших в исследовании, рассказала:

«Во время родов доктор хотел надеть две пары перчаток. Он надел одну, но ребенок уже показался, и доктор попытался затолкать его обратно, чтобы надеть вторую пару». (Сару, Непал)

Право на уход, свободный от стигмы

Для искоренения новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей и сохранению материнских жизней важно защищать сексуальное и репродуктивное здоровье и права всех женщин, живущих с ВИЧ. Сюда относится и их право на доступ к добровольному и конфиденциальному тестированию на ВИЧ и консультированию, правдивой и объективной информации, качественному лечению и услугам, вынашиванию и рождению ребенка в безопасной среде, свободной от стигмы, дискриминации и насилия.

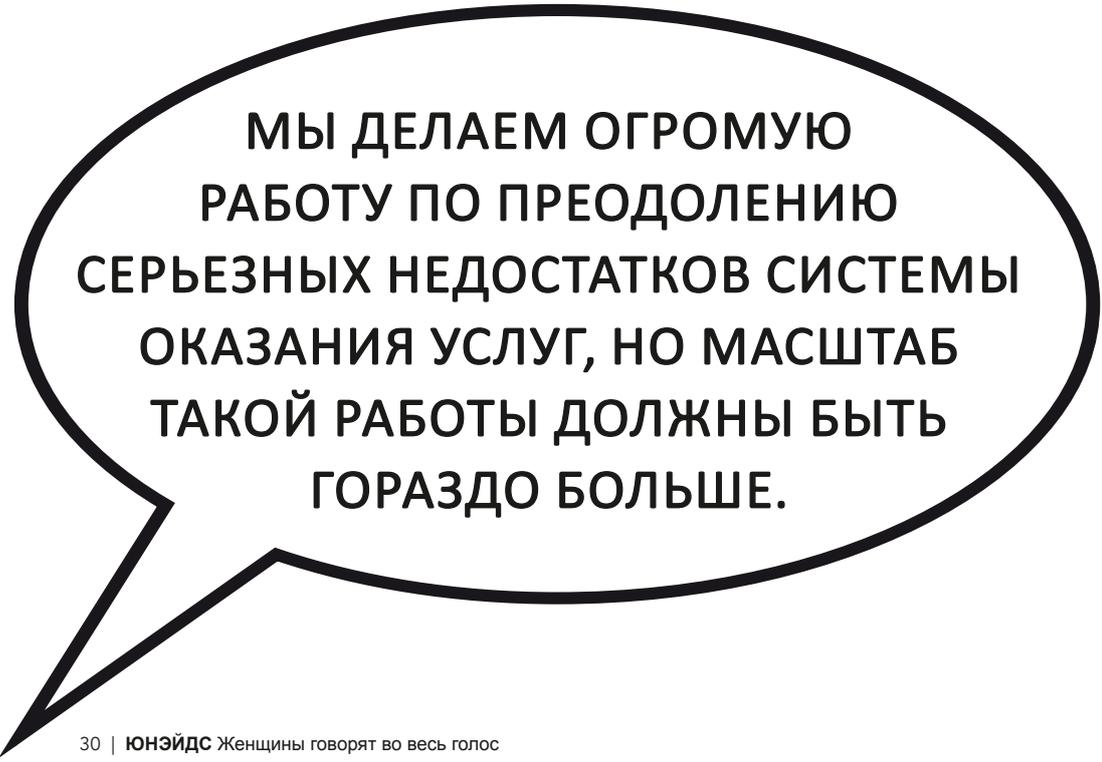
Необходимо расширить усилия, добиваясь, чтобы не нарушались права всех женщин без исключения – как через обязательное тестирование на ВИЧ, принуждение к аборту или стерилизации, так и через распространение мнения, что только определенные женщины, отвечающие определенным критериям социальной нормы, могут быть матерями и получать адекватное и необходимое

лечение, уход и поддержку. Женщины, живущие с ВИЧ, имеют право на достоинство и уважение. Они должны знать эти права и уметь их отстаивать, включая право на сексуальную активность и рождение детей. Кроме того, в системе здравоохранения все большее признание получает идея интеграции услуг в связи с ВИЧ с услугами в области сексуального и репродуктивного здоровья, что позволит обеспечить женщин, живущих с ВИЧ, нужными им услугами. Но недостаточно просто организовать услуги. Должны быть созданы условия, позволяющие женщинам воспользоваться ими. Женщины и девочки в условиях оказания гуманитарной помощи являются наиболее уязвимой группой и могут испытывать трудности при доступе к услугам в связи с ВИЧ.

Уважайте самостоятельность женщин

Все больше данных, свидетельствующих о преимуществах метода, в рамках которого женщины получают самое эффективное профилактическое лечение с момента постановки диагноза, во время беременности, родов и грудного вскармливания, после чего они принимают антиретровирусные препараты даже после прекращения кормления грудью (вариант В+). Эта схема имеет много плюсов, включая снижение уровня передачи вируса при последующих родах, снижение риска передачи вируса будущим партнерам, упрощение лечения и улучшение шансов матери на выживание (9). Хотя подобные данные и внушают оптимизм, важно добиться того, чтобы женщины, живущие с ВИЧ, сами решали, что для них лучше, и чтобы полученные результаты привели к организации конкретных услуг, а поддержка оказывалась на правовой основе.

Уважая право женщин на самостоятельность и конфиденциальность, медработники должны пропагандировать участие оказывающих поддержку мужчин-партнеров в услугах по профилактике передачи вируса от матери ребенку. Это может быть особенно важно в период беременности, когда существует повышенный риск инфицирования ВИЧ в результате физиологических изменений. Исследования показали, что гендерно-ориентированные мероприятия с участием пар способствовали расширению антиретровирусного лечения и тестирования на ВИЧ (10). Исследования в сельских районах Замбии и Руанды подтверждают, что эффективное расширение программ по добровольному и конфиденциальному консультированию и тестированию пар может снизить гетеросексуальную передачу ВИЧ на 35-80% (11).



МЫ ДЕЛАЕМ ОГРОМУЮ РАБОТУ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ СЕРЬЕЗНЫХ НЕДОСТАТКОВ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ, НО МАСШТАБ ТАКОЙ РАБОТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ГОРАЗДО БОЛЬШЕ.

Поощрение мужчин к участию в профилактике, консультировании и тестировании наряду с их партнерами необходимо для решения проблемы гендерного неравенства, мешающего доступу женщин к услугам, а также снижения риска передачи вируса (12). Более того – любые усилия по вовлечению мужчин и обеспечению их поддержки никогда не должны приниматься за счет ограничения доступа женщин к услугам системы здравоохранения и не должны ограничивать права и самостоятельность женщины, особенно в тех случаях, когда партнера у нее нет.

В работе по обеспечению нулевых показателей новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей и сохранению материнских жизней женщины, живущие с ВИЧ, являются незаменимыми партнерами. Они лучше, чем другие, знают направление работы и могут помочь тем, кто планирует и предоставляет услуги, в разработке наиболее отвечающих их потребностям услуг. Привлечение их к разработке и реализации программ способствует тому, что программы снижают связанную с ВИЧ дискриминацию в системе здравоохранения.

ВО ВЕСЬ ГОЛОС

КРИСТОФИНА МВАОНГЕЛАНГЕ МЕАМЕНО, ЛИЛИАН
КЪОМУХАНГИ МВОРЕКО, АНДЖЕЛИНА НАМИБА

Многие из нас, женщин, живущих с ВИЧ, особенно те, кто родился с ВИЧ, не могли и представить себе, что усилия по профилактике вертикальной передачи ВИЧ в отдельных странах сменятся борьбой за искоренение такой передачи в глобальном масштабе. Однако, мы озабочены тем, что очень немногие разработчики мировой политики понимают, насколько решение этой проблемы увязано с проблемой сексуального и репродуктивного здоровья и правами женщин, живущих с ВИЧ, и к каким последствиям оно приведет.

Профилактика вертикальной передачи является одним из наиболее значительных достижений глобальной борьбы со СПИДом, однако глобальные меры в ответ на СПИД не смогли обеспечить женщин, живущих с ВИЧ, комплексной и высококачественной информацией и услугами в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

Кроме того, программы по СПИДу не смогли создать среду, помогающую нам защищаться от других инфекций, передающихся половым путем, незапланированных беременностей и нежелательного секса. Поступают многочисленные свидетельства о нарушении прав женщин, живущих с ВИЧ, пытающихся осуществить свои сексуальные и репродуктивные права (13). Помимо этого, СПИД является основной причиной смерти и болезни женщин репродуктивного возраста.

Реальность для многих из нас заключается в том, что осуществление базового человеческого права на рождение ребенка – или сохранением беременности после дородового диагноза ВИЧ, или решением забеременеть после диагноза ВИЧ – влечет за собой множество клинических, психологических, социальных и практических проблем. Сюда относится осознание диагноза, решение тестировать других детей и неуверенность в доступности и возможности антиретровирусной

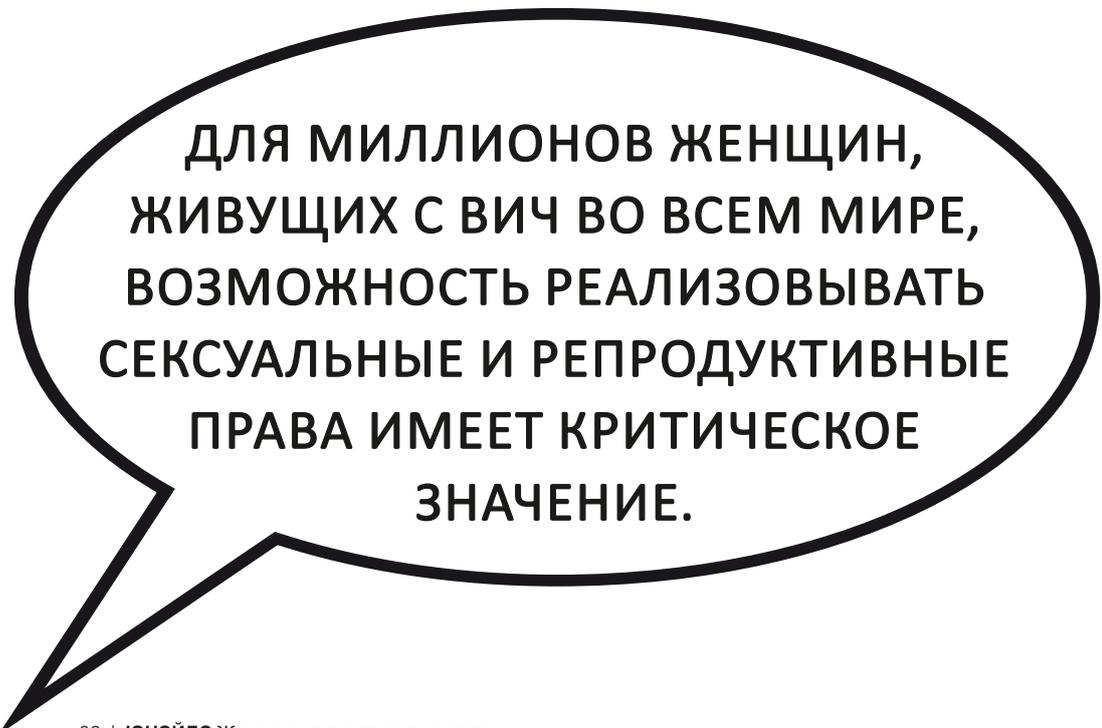
терапии. Раскрытие статуса ВИЧ членам семьи и партнеру может иметь многочисленные последствия, включая домашнее и институциональное насилие. Есть сообщения из Чили, Папуа – Новой Гвинеи, Намибии, Кении, Уганды и Танзании о том, что женщин, живущих с ВИЧ, принуждают к стерилизации (14, 15).

Лечение – наше право, наш выбор

Каждый год порядка 1,5 миллионов женщин, живущих с ВИЧ, беременеют, но только 57% имеют доступ к медицинским препаратам, снижающим вероятность инфицирования детей ВИЧ, при этом многие услуги игнорируют принципы защиты человеческих прав. Во всем мире для миллионов женщин, живущих с ВИЧ, возможность реализации сексуальных и репродуктивных прав имеет критическое значение. К сожалению, распределение возможностей зачастую оказывается не в нашу пользу, а в пользу тех, кто предоставляет услуги.

Одним из примеров подобного «перекоса» является настойчивая программная тенденция, подталкивающая страны к тому, чтобы лечить беременных женщин по «варианту В+» тремя антиретровирусными препаратами постоянно – от постановки диагноза и на протяжении всей жизни, независимо от показателей числа клеток CD4 и потребностей их собственного здоровья. Хотя мы ценим положительное воздействие варианта В+, мы, тем не менее, хотели бы иметь возможность выбирать, когда именно начинать лечение. Кроме того, приверженность лечению и его последовательность являются важными факторами. Женщины должны иметь возможность выбора и решать, какие именно сочетания компонентов лечения подходят им, а также располагать информацией, позволяющей решать, как именно они будут рожать и вскармливать своих детей.

Цели по искоренению новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей к 2015 году и сохранению материнских жизней, сформулированные в Глобальном плане, подтверждают, что вертикальную передачу ВИЧ можно предотвратить. Невозможно описать, насколько это важно для тех из нас, кто живет с ВИЧ и хочет иметь собственных детей. Мы приветствуем амбициозные цели и сформулированную в Глобальном плане необходимость сконцентрировать усилия на проблемах женщин, живущих с ВИЧ. Однако без значимого вовлечения сообщества женщин, живущих с ВИЧ, этот подход обречен на неудачу.



**ДЛЯ МИЛЛИОНОВ ЖЕНЩИН,
ЖИВУЩИХ С ВИЧ ВО ВСЕМ МИРЕ,
ВОЗМОЖНОСТЬ РЕАЛИЗОВЫВАТЬ
СЕКСУАЛЬНЫЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ
ПРАВА ИМЕЕТ КРИТИЧЕСКОЕ
ЗНАЧЕНИЕ.**

Помогая самим себе

Мы активно участвуем в разработке услуг и программ, посвященных решению основных проблем. Есть несколько хороших примеров лидерства женщин, живущих с ВИЧ. Например, в западной Уганде клуб послетестового консультирования «Giramatsiko Post Test Club», созданный женщинами, играет важную роль в профилактике вертикальной передачи, обучении наставников, ответственных за регистрацию и направление людей туда, где они могут получить услуги по профилактике, уходу, лечению и другие услуги.

В Великобритании программа «От беременности до ребенка и далее», организованная «Positively UK», обеспечивает экспертную поддержку женщинам, живущим с ВИЧ, в процессе беременности, родов и материнства. Женщины получают информацию, просвещение и практическую помощь. Эта программа, разработанная, реализуемая и контролируемая непосредственно женщинами, живущими с ВИЧ, наряду с клиницистами и поставщиками медицинских услуг, работает очень успешно.

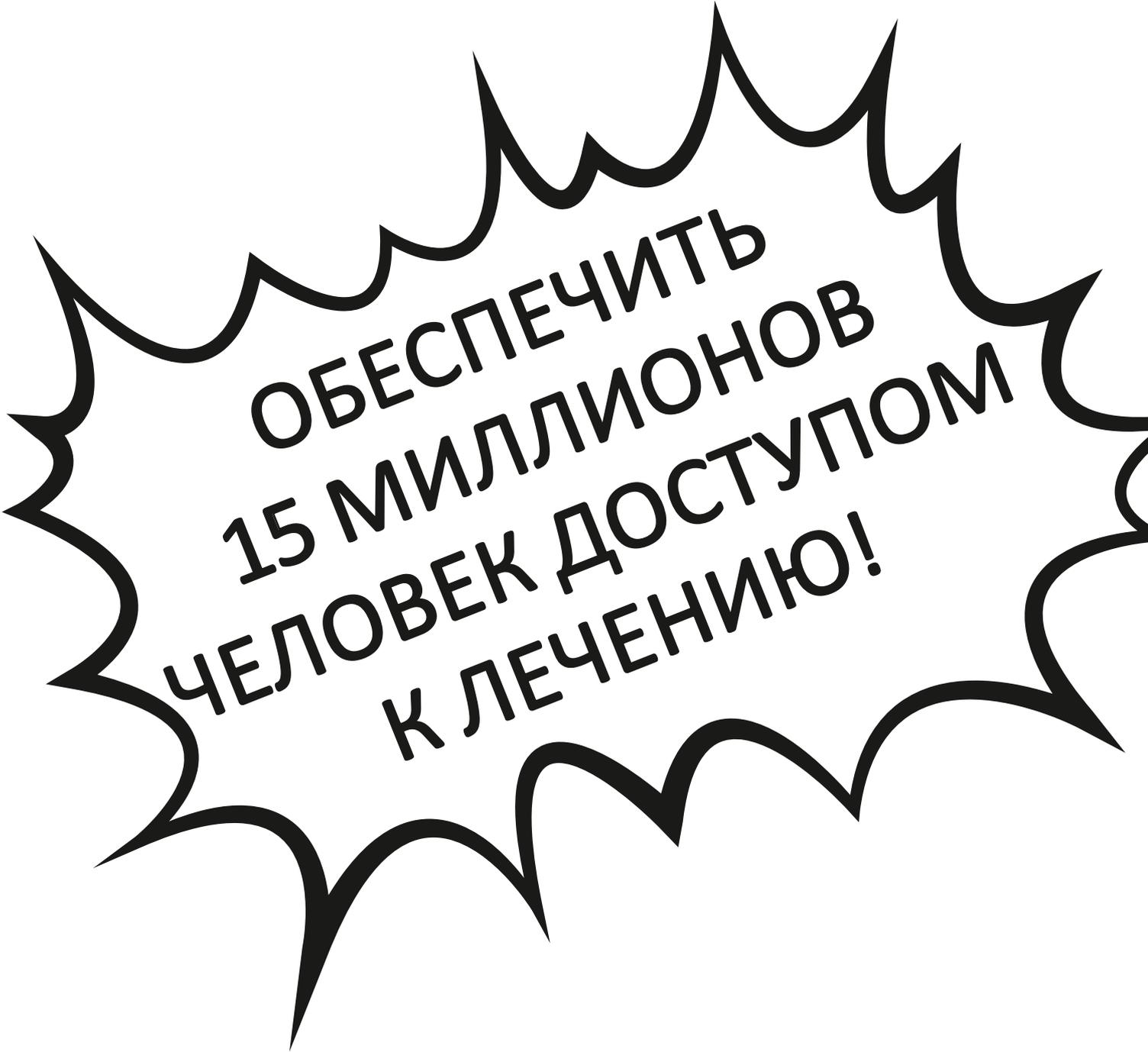
Однако, меры, принимаемые сообществом, позволяющие эффективно преодолевать структурные барьеры, сталкиваются с хронической нехваткой ресурсов. Мы делаем большую работу по устранению недостатков системы оказания услуг, но масштаб такой работы должен быть гораздо больше. До тех пор, пока мы не справимся с главными проблемами, такими как криминализация ВИЧ, принуждение к аборту и стерилизации, гендерное насилие со стороны сотрудников системы здравоохранения, стигма и дискриминация, перспектива появления на свет свободного от ВИЧ поколения будет оставаться неясной.

На пути к искоренению к 2015 году новых случаев передачи ВИЧ детям и значительному сокращению обусловленных СПИДом материнских смертей женщины, живущие с ВИЧ, должны быть вовлечены в общую работу на всех уровнях. Мы являемся и хотим оставаться участниками усилий по решению проблемы. У нас есть навыки, знания и практический опыт для того, чтобы переломить ситуацию.

Кристофина Мваонгеланге Меамено – член сети «Здоровье женщин Намибии» (Намибия); Лилиан Кьомуханги Мвореко – региональный координатор Международной сети женщин Восточной Африки, живущих с ВИЧ и СПИДом (Уганда); Анджелина Намиба – менеджер проекта программы «От беременности до ребенка и далее», «Positively UK» (Кения и Великобритания).

РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ

- **Защитите наше право, включая тех из нас, кто рожден с ВИЧ, на понимание наших сексуальных и репродуктивных прав.**
- **Сделайте комплексные услуги доступными для нас и оказывайте их в безопасной среде.**
- **Дайте нам возможность расширить модель наставничества, чтобы мы, женщины, живущие с ВИЧ, могли консультировать других женщин.**
- **Обучайте работников здравоохранения правам человека, чтобы они могли помочь нам в доступе к услугам.**
- **Инвестируйте в наши организации, чтобы расширить нашу вовлеченность – не только в качестве получателей, но и поставщиков услуг, привлекая нас к разработке политики и программ, их реализации, независимо от мониторингу и оценке.**



**ОБЕСПЕЧИТЬ
15 МИЛЛИОНОВ
ЧЕЛОВЕК ДОСТУПОМ
К ЛЕЧЕНИЮ!**

68%

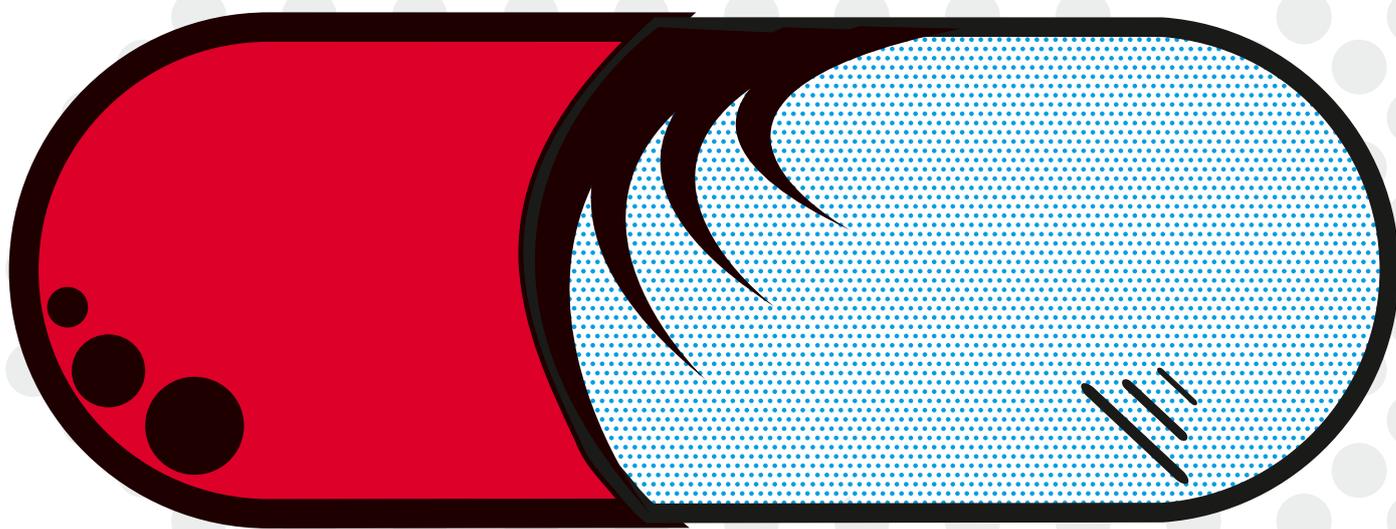
68% женщин охвачены лечением в связи с ВИЧ, тогда как охват мужчин составляет 47%.

14 СТРАН

В 14 странах Африки к югу от Сахары тестирование женщин распространено шире, чем тестирование мужчин.

20,5%

В США 20,5% женщин сообщили о том, что они столкнулись с вредным физическим воздействием после того, как им был поставлен диагноз ВИЧ.



ЦЕЛЬ 4

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

ЖЕНЩИНЫ ЧАЩЕ, ЧЕМ МУЖЧИНЫ, ОБРАЩАЮТСЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ АНТИРЕТРОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ОДНАКО В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ ОНИ ПО-ПРЕЖНЕМУ СТАЛКИВАЮТСЯ С СЕРЬЕЗНЫМИ БАРЬЕРАМИ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИМИ ДОСТУПУ.

Введение

Женщины, живущие с ВИЧ, которым показана антиретровирусная терапия, чаще, чем мужчины, обращаются за лечением (68% женщин против 47% мужчин) (1). Ряд исследований показали, что женщины в условиях ограниченных ресурсов, тем не менее, имеют возможность получить антиретровирусное лечение.

Частично это связано с тем, что существуют специальные пункты для обращения женщин, занимающиеся охраной материнского и детского здоровья, где можно получить доступ к тестированию на ВИЧ и лечению. В 14 странах Африки к югу от Сахары уровень тестирования женщин выше, чем тот же показатель среди мужчин. Возможно, это частично связано с большей доступностью тестирования в таких пунктах. Однако эта ситуация не является универсальной для всех женщин и во всех видах эпидемии, ключевых группах населения и возрастных группах. Это подтверждается тем, что, хотя центры дородового ухода служат основным поставщиком услуг в связи с ВИЧ, только 35% беременных женщин получают антиретровирусную терапию для улучшения собственного здоровья (2).

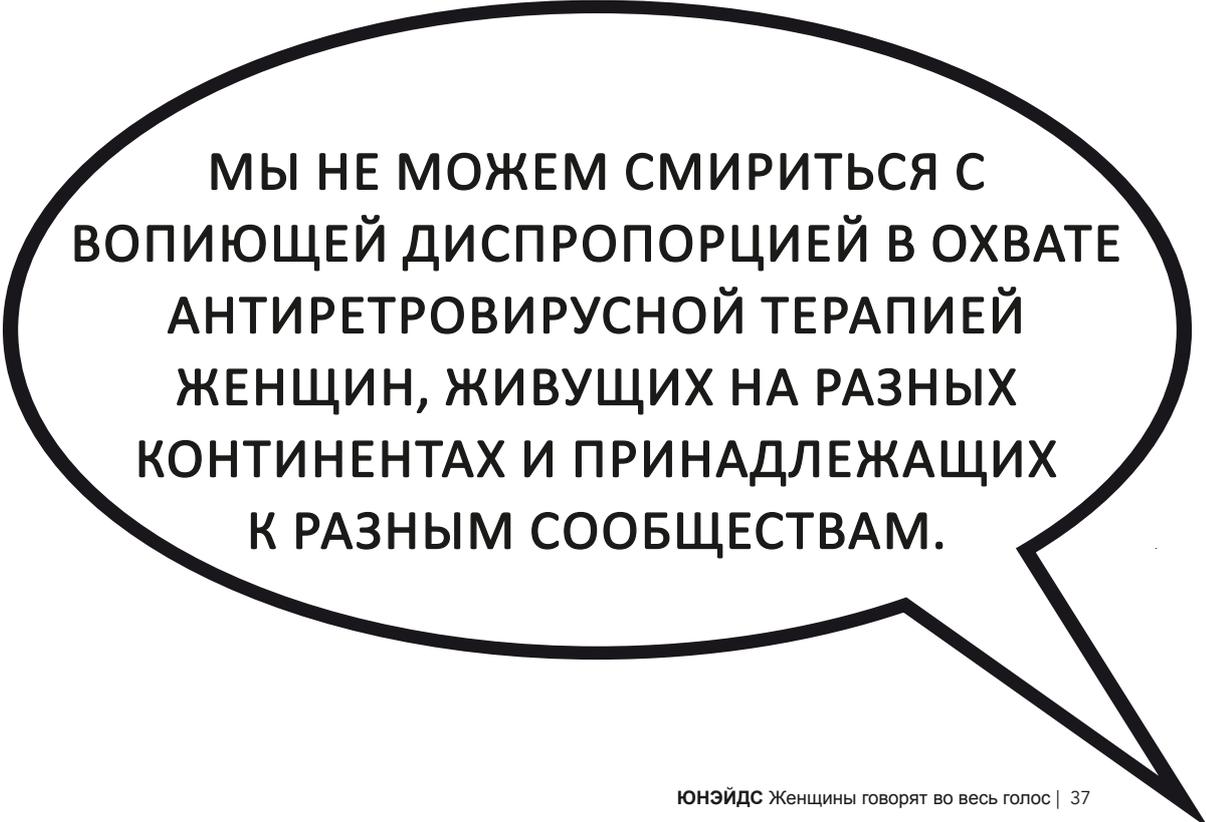
В некоторых местах женщины сталкиваются с различными препятствиями, мешающими доступу к услугам по ВИЧ. Женщины с низким доходом часто испытывают трудности доступа к лечению и уходу. Например, женщины, живущие с ВИЧ в Ченнаи (Индия), упомянули проблемы, связанные с удаленностью и/или транспортными затруднениями, мешающими доступу к услугам, а также финансовые расходы на уход за ребенком (3). Исследование, описывающее взаимосвязь между приверженностью антиретровирусной терапии среди женщин в США и тяготами ухода за ребенком, составом семьи и использованием медицинскими услугами, показывает, что большая нагрузка по уходу за детьми и количество в семье детей в возрасте 18 лет и младше напрямую влияют на приверженность лечению. Трудности пациента, связанные с уходом за детьми и их количеством, необходимо принимать во внимание, оценивая соблюдение лечения (4).

Криминализация инфицирования или передачи ВИЧ является еще одним серьезным препятствием на пути к услугам по тестированию на ВИЧ и

лечению. Криминализация ограничивает как мужчин, так и женщин в возможности выбирать, вступать ли в половой контакт или нет, и, если вступать, то как, когда и с кем. Более того, криминализация вертикальной передачи ВИЧ (5) делает женщин, живущих с ВИЧ, потенциальными нарушителями закона и еще больше маргинализует тех, кто уже и так уязвим в результате нищеты, нехватки образования, недоступности здравоохранения и гендерного неравенства.

Гендерное неравенство также влияет на возможность женщин получить доступ к лечению и уходу в связи с ВИЧ и соблюдать схему лечения. Недавнее исследование в Эфиопии выявило, что женщины, имеющие ограниченные экономические возможности и финансово зависимые от своих партнеров, чаще прерывают антиретровирусную терапию из страха раскрыть свой ВИЧ-статус мужу и столкнуться с возможными негативными последствиями для брака, включая развод (6).

Исследование также показывает, что пережитый опыт столкновения с гендерным насилием влияет на доступ и приверженность женщины лечению (7). Насилие и страх возможного насилия в будущем также могут играть серьезную роль в нежелании человека знать свой ВИЧ-статус, пройти тестирование на ВИЧ, обратиться за помощью и в последующем получить соответствующее лечение. В одном исследовании в США 20,5% женщин, 11,5% мужчин, вступающих в половые контакты с мужчинами, и 7,5% опрошенных гетеросексуальных мужчин сообщили о физическом воздействии, с которым они столкнулись после вынесения диагноза. Почти половина из этого числа назвала ВИЧ-позитивный статус в качестве причины насилия. В исследовании проблем ВИЧ-позитивных женщин, обращающихся за помощью в Бостоне и Род-Айленде 68% опрошенных сообщили о физическом или сексуальном насилии. Женщины, ставшие жертвами насилия, чаще других женщин отмечали предвзятость, раздражительность и неуважительность тех, кто оказывал им услуги, и испытывали трудности при обсуждении с ними личных и эмоциональных тем. Подобное восприятие, бытующее среди тех, кто подвергся насилию, может повлиять и на исход лечения (8). Другое исследование выявило, что женщины, испытывающие проблемы при соблюдении лечения, сталкиваются с непониманием со стороны поставщиков услуг, когда пытаются объяснить причину нарушения схемы лечения (8).



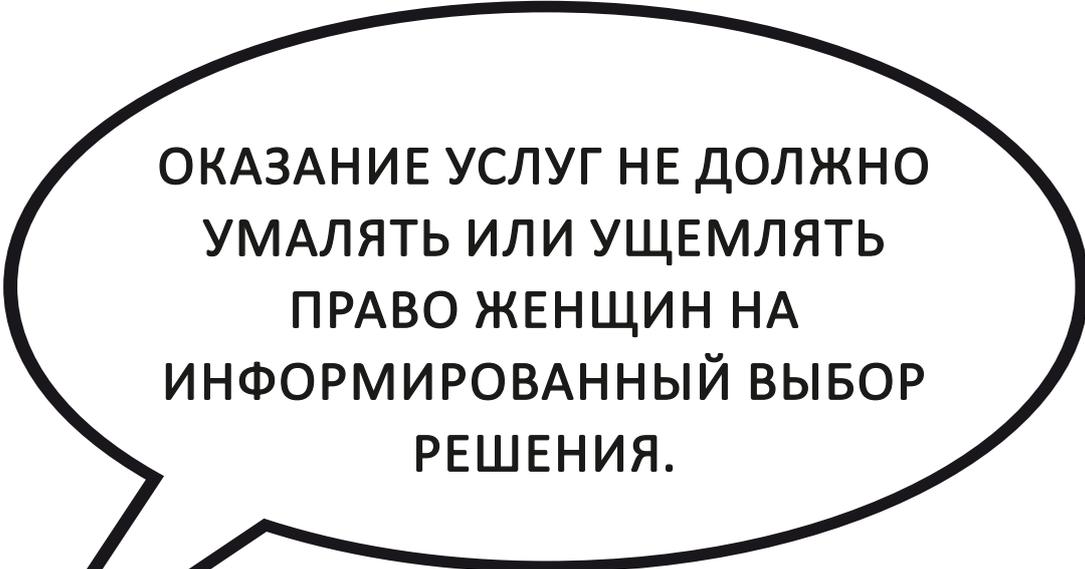
**МЫ НЕ МОЖЕМ СМИРИТЬСЯ С
ВОПИЮЩЕЙ ДИСПРОПОРЦИЕЙ В ОХВАТЕ
АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ
ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ НА РАЗНЫХ
КОНТИНЕНТАХ И ПРИНАДЛЕЖАЩИХ
К РАЗНЫМ СООБЩЕСТВАМ.**

Женщины из ключевых групп населения, включая работниц секс-бизнеса, трансгендерных лиц, женщин, употребляющих инъекционные наркотики, женщин в тюрьмах и перемещенных лиц, могут испытывать трудности с доступом к лечению и соблюдением схемы лечения из-за стигмы и дискриминации, угрозы насилия или ареста, страха раскрытия статуса, а также юридических и политических барьеров. Например, ВИЧ-позитивные женщины, употребляющие наркотики, являющиеся беременными или имеющие детей, могут не обращаться за антиретровирусным лечением из-за боязни враждебного отношения со стороны медработников или того, что у них заберут детей. Во многих случаях в разных странах мира услуги по профилактике ВИЧ и уходу, включая лечение от наркотической зависимости, не оказываются женщинам, особенно если они беременны, ВИЧ-позитивны или имеют детей. Среди причин такой избирательной политики допуска к лечению – отсутствие отдельных, приспособленных для женщин, помещений и услуг по присмотру за детьми. Негативное отношение к женщинам, употребляющим наркотики, со стороны медперсонала и организаций на уровне сообщества создает дополнительные препятствия на пути к лечению (9).

Даже в странах, где обеспечен всеобщий доступ к бесплатному лечению и медицинскому уходу в связи с ВИЧ, например, в Канаде, женщины, употребляющие инъекционные наркотики, реже обращаются за антиретровирусным лечением и не соблюдают схемы лечения (10).

Очевидно, что для охвата 15 миллионов людей лечением от ВИЧ к 2015 году необходимо интенсифицировать усилия, направленные на расширение пропаганды лечения среди женщин, особенно в группах населения, где доступ к уходу затруднен. Необходимо также выявить препятствия, мешающие мужчинам обращаться за лечением. В том, что касается дискордантных пар, необходимо позаботиться о том, чтобы мужчины, живущие с ВИЧ, получали лечение. Это позволит обеспечить равный доступ к лечебным программам для всех людей, живущих с ВИЧ.

Женщины должны иметь доступ к лечению для защиты собственного здоровья, как в условиях дородовых консультаций, так и вне них. Ключевые условия достижения поставленной цели – доступность услуг, их гендерная ориентированность, недискриминационность, соблюдение прав и конфиденциальности всех женщин, независимо от возраста, половой ориентации, социального и экономического статуса или работы.



**ОКАЗАНИЕ УСЛУГ НЕ ДОЛЖНО
УМАЛЯТЬ ИЛИ УЩЕМЛЯТЬ
ПРАВО ЖЕНЩИН НА
ИНФОРМИРОВАННЫЙ ВЫБОР
РЕШЕНИЯ.**

ВО ВЕСЬ ГОЛОС

ДОН АВЕРИТ БРИДЖ, ЛИЛИАН КЪОМУХАНГИ МВОРЕКО,
АННА ЗАКОВИЧ

Обеспечение 15 миллионов человек доступом к антиретровирусной терапии является важной целью, но добиваться этого нужно, думая, прежде всего, о здоровье, жизни и человеческих правах женщин. Мы, женщины, живущие с ВИЧ, сами являемся замечательным ресурсом для расширения, разработки и реализации стратегий, которые позволят помочь нашим сообществам.

За прошедшие два года были достигнуты заметные успехи в науке и разработке программ, что позволило охватить лечением и профилактикой большое количество людей в большем числе сообществ, чем когда-либо.

Опыт одного из наших соавторов, Лилиан Мвореко, которая получает антиретровирусное лечение на протяжении 10 лет и имеет неопределяемо низкий уровень вирусной нагрузки, подтверждает, что «цена», которую приходится платить за отсутствие всеобщего доступа к антиретровирусной терапии, очень высока:

«В 1999 году, когда мне был поставлен диагноз «ВИЧ-инфекция», мы, в Уганде, образовали сеть людей, живущих с ВИЧ. Из 10 наставников только один человек получал антиретровирусную терапию, основная же идея заключалась в том, что нужно «хорошо питаться, чтобы жить дольше». В 2003 году, когда, наконец, наши западные друзья безвозмездно предоставили нам лекарства, которые им стали не нужны, людям, живущим с ВИЧ, было трудно решить, кому начинать антиретровирусное лечение, а кого исключить из процесса. Нам пришлось выработать критерии, и мы договорились начать с тех, у кого болезнь была уже практически на последней стадии».

Услуги оказываются на разных континентах и в различных экономических условиях, но все мы должны иметь равный доступ к лечению. Это неотъемлемое право человека. Мы не можем смириться с вопиющей диспропорцией в охвате антиретровирусным лечением женщин, живущих на разных континентах и принадлежащих к разным сообществам. Женщины, употребляющие наркотики, продающие секс-услуги, трансгендерные лица, женщины, находящиеся в местах заключения и мигранты, девушки, живущие с ВИЧ, и женщины, живущие с ВИЧ и имеющие инвалидность – все они должны иметь одинаковый по уровню доступ к лечению.

Услуги по профилактике передачи вируса от матери ребенку важны не только сами по себе, но также и для тестирования на ВИЧ, которое определяет начало ухода и лечение. Однако важно, чтобы расширение лечения не ограничивалось только этим направлением. Женщины имеют право обращаться за лечением не только в центры охраны материнского здоровья, и это право необходимо отстаивать ради их собственного здоровья. Более того, оказание услуг не должно ущемлять или ущемлять право женщин на информированный выбор лечения, стратегий профилактики, беременности

и ухода. Мы имеем право быть полностью информированными и консультироваться по вопросам новых стратегий, рассматриваемых властями, таких как «Вариант В+», тогда как сейчас беременную женщину начинают лечить антиретровирусными препаратами непосредственно после постановки диагноза, независимо от показаний числа клеток CD4.

Мы, женщины и девочки, живущие с ВИЧ, остаемся матерями, друзьями, женами и дочерьми. Мы сами способствуем изменениям, происходящим в наших сообществах. Кроме ВИЧ мы испытываем и другие проблемы, такие как гепатит С, туберкулез и неинфекционные болезни, от которых нам также необходимо лечение и понимание того, как именно взаимодействуют предписанные препараты. Для женщин – трансгендерных лиц необходимо обеспечить доступ к информации о потенциальном взаимодействии антиретровирусной терапии и гормонов.

Каждый день мы стареем, живя с ВИЧ. Мы становимся жертвами насилия и дискриминации со стороны партнеров, членов семьи и даже поставщиков медицинских услуг в том, что касается планирования семьи и общей охраны здоровья, а также ВИЧ. Все это может негативно сказаться на нашем доступе к лечению и соблюдении схемы лечения.

И, несмотря на все это, мы предоставляем услуги по тестированию на ВИЧ, лечению и уходу, осуществляем, программы приверженности к лечению, адвокации, мониторингу и оказанию услуг на всех уровнях, а также создаем сети, позволяющие обмениваться информацией, поддерживать друг друга, мобилизовать и привлекать внимание наших сообществ.

Мы, женщины, живущие с ВИЧ, постоянно заняты поддержкой доступа к антиретровирусной терапии. Мы проводим смелые акции за отмену Соглашения о торговых аспектах прав интеллектуальной собственности (ТАПИС) в Индии, занимаемся мониторингом прерывания лечения в России, обеспечиваем уходом и заботой осиротевших детей в Африке, проводим мероприятия по обеспечению доступа к лечению в связи с ВИЧ для афроамериканских женщин – заключенных тюрем, а в Бразилии просвещаем женщин из числа трансгендерных лиц по вопросам лечения от ВИЧ.

Необходимо использовать опыт женщин, живущих с ВИЧ, и женщин из социально незащищенных слоев населения для разработки и реализации услуг по диагностированию, лечению и уходу с соблюдением прав женщин и с учетом реалий их жизни. Успехи, достигнутые к сегодняшнему дню, могли бы быть более впечатляющими, если бы женщины, живущие с ВИЧ, были более активно вовлечены в процесс. Подобное вовлечение, очевидно, по-прежнему не находит поддержки у многих видных лидеров, разработчиков политики и программ. Точно так же, объем финансирования работы, проводимой женщинами, живущими с ВИЧ, и организаций, обслуживающих их, непропорционален нашим потребностям и нашему вкладу в общее дело.

Решимость обеспечить лечение дает надежду на здоровье и выживание тем, кто иначе потерял бы жизнь – свою или своих близких. Чтобы добиться успеха, мы должны перейти от подсчета количества получающих лечение и отчетности к показателям качества услуг, а также диверсифицировать получаемые данные с учетом специфики групп.

Когда наши ежедневные проблемы, достигнутые успехи и полученные уроки будут достаточно документированы и преобразованы в практические руководства, все это, несомненно, значительно улучшит жизнь женщин с ВИЧ и результаты лечения.

Мы, женщины, живущие с ВИЧ, приветствуем научные идеи, такие как лечение в целях профилактики, но настаиваем на соблюдении нашего права на принятие самостоятельного решения о том, когда начинать лечение и начинать ли вообще, и выступаем против того, чтобы это право приносилось в жертву интересам общественного здравоохранения. В общем и целом, всеобщий и всеобъемлющий охват, включая диагностику, мониторинг вирусной нагрузки и лечение оппортунистических заболеваний, должен обеспечиваться с соблюдением человеческих прав.

Дон Аверит Бридж – основатель и председатель «The Well Project», Научно-исследовательской инициативы женщин по проблеме ВИЧ/СПИДа (США);
Лилиан Кьомуханги Мвореко – региональный координатор Международного сообщества женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, Восточная Африка (Уганда);
Анна Закович – сопредседатель Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ (Польша).

РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ

- **Увеличьте непрерывные инвестиции в Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, сосредоточив усилия на снижении стоимости препаратов и повышении доступности препаратов-генериков путем расширения конкуренции между производителями генериков, в настоящее время блокируемой соглашениями о торговых аспектах, эксклюзивностью данных и защитой монополий.**
- **Усиьте Патентный пул лекарственных средств путем разработки значимых индикаторов для женщин и расширения использования пула фармацевтическими компаниями.**
- **Снизьте стоимость новых комбинаций антиретровирусной терапии наряду с общим распространением доступных схем лечения второго ряда.**
- **Сделайте антиретровирусную терапию доступной для всех женщин, в ней нуждающихся, используя наиболее подходящую и простую в употреблении медикаментозную нагрузку.**
- **Расширьте инвестиции в просвещение по вопросам лечения для всех женщин, живущих с ВИЧ, чтобы обеспечить добровольность решений о начале лечения и поддержать соблюдение схемы лечения.**
- **Добивайтесь долгосрочного, устойчивого финансирования со стороны стран с высоким уровнем доходов, и требуйте, чтобы лидеры стран Африки придерживались своих обязательств, зафиксированных в Абуджийской декларации, и расходовали 15% общественных средств на здравоохранение.**



**СОКРАТИТЬ
СМЕРТНОСТЬ ОТ
ТУБЕРКУЛЕЗА!**

10x

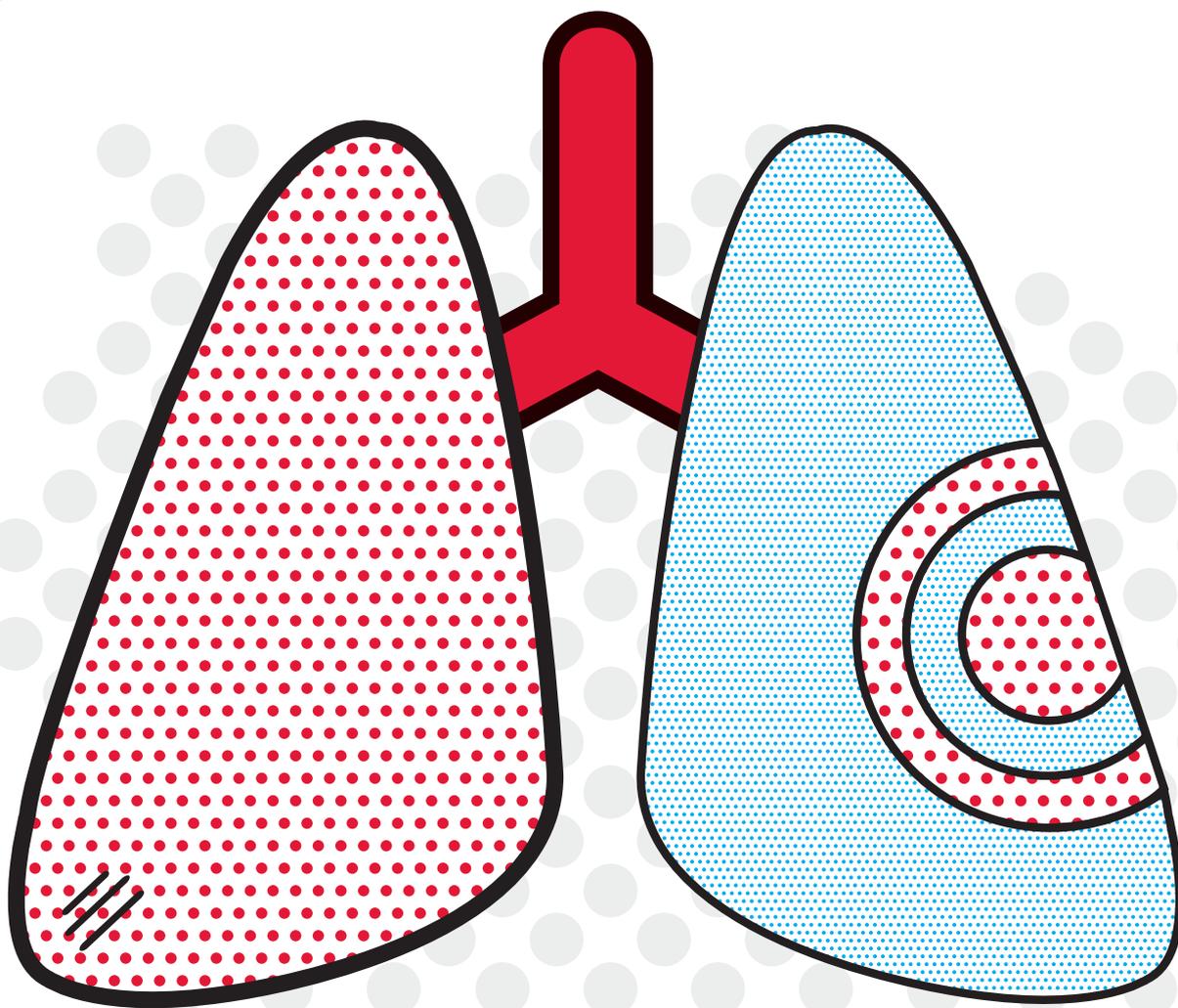
Риск развития активной формы туберкулеза у беременных женщин, живущих с ВИЧ, в 10 раз превышает риск ВИЧ-отрицательных беременных женщин.

2,5x

Туберкулез в 2,5 раза повышает риск инфицирования детей, рожденных матерями, живущими с ВИЧ.

20%

В Африке смертность женщин от заболеваний, связанных с туберкулезом, приблизительно на 20% выше, чем среди мужчин.



ЦЕЛЬ 5

СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, НА 50% К 2015 ГОДУ

ВИЧ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ БОЛЬШИМ ФАКТОРОМ РИСКА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА, А ТУБЕРКУЛЕЗ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ЕЖЕГОДНО ПРИВОДЯ К ГИБЕЛИ В СВЯЗИ С ВИЧ 200 ТЫСЯЧ ЖЕНЩИН.

Введение

Туберкулез и ВИЧ тесно связаны. В 2011 году почти 1,1 миллион (13%) из примерно 8,7 миллиона людей, заболевших туберкулезом во всем мире, были ВИЧ-позитивны, при этом в странах Африки было зафиксировано почти 80% всех случаев сопутствующих инфекций (1).

В глобальном масштабе случаев заболевания туберкулезом среди мужчин фиксируется больше, но в местах с высоким уровнем распространенности ВИЧ частота заболеваний и уровень смертности женщин выше (1, 2). Хотя коэффициент смертей от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза среди мужчин и женщин во всем мире относительно сбалансирован, в странах Африки в 2011 году было приблизительно на 20% больше подобных смертей среди женщин, чем среди мужчин. Среди женщин, живущих с ВИЧ, туберкулез почти в два раза повышает риск материнской смертности и более чем в три раза – риск смерти младенцев (по сравнению с такими же показателями у ВИЧ-отрицательных женщин) (3, 4).

От туберкулеза умирает больше женщин, чем от всех других причин, вызывающих материнскую смертность, вместе взятых (5). Из приблизительно 8,7 миллионов смертей, вызванных туберкулезом во всем мире в 2011 году, почти 2,9 миллионов приходится на долю женщин (1). В 2011 году от туберкулеза во всем мире умерло 500 тыс. женщин, включая около 200 тыс. (в пределах от 185 до 215 тыс.) ВИЧ-ассоциированных смертей (1).

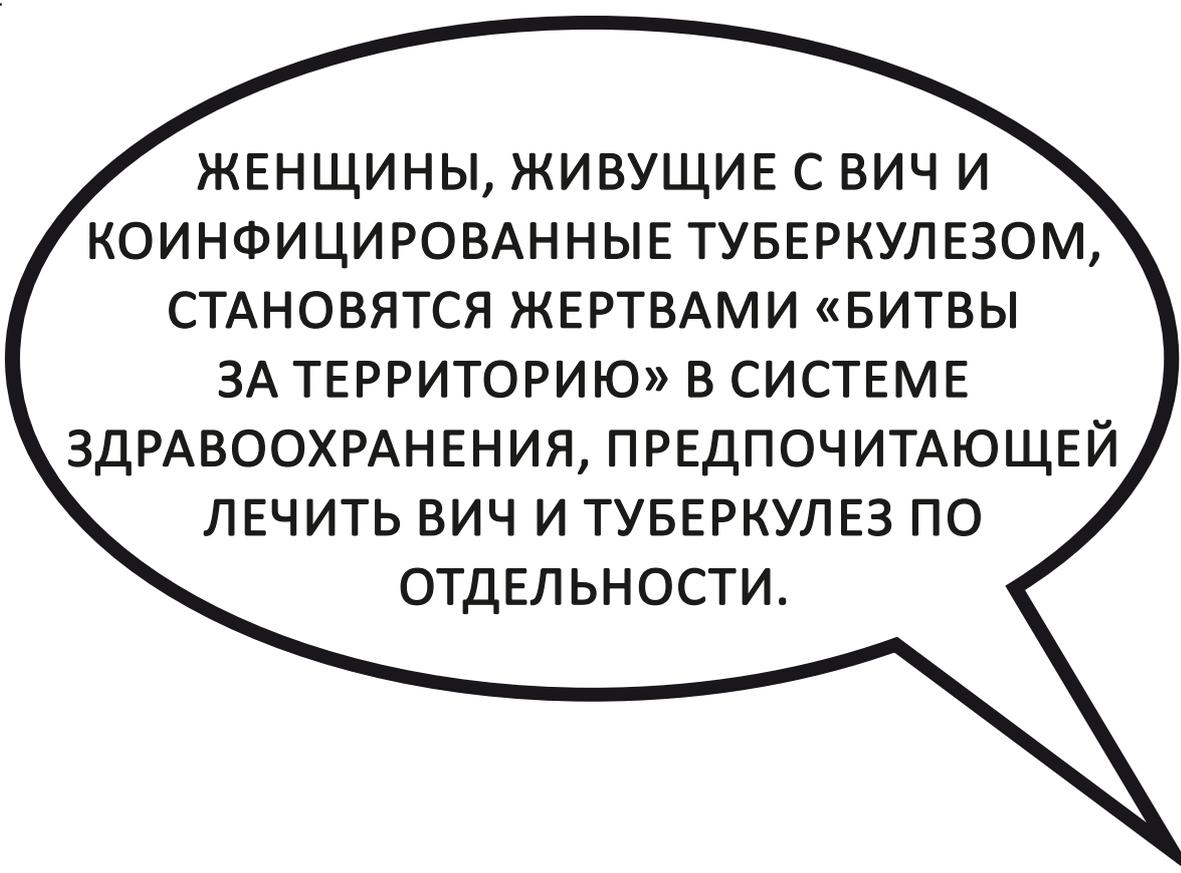
В то же время существует нарастающая тенденция выявления туберкулеза среди женщин в местах большой распространенности ВИЧ, особенно на юге Африки, что отражает растущее количество случаев заболевания туберкулезом среди местных женщин (2).

Недиагностированный активный туберкулез широко распространен среди беременных женщин. Как отмечается, ВИЧ является важным фактором заболевания туберкулезом во время беременности (3), и беременные женщины, живущие с ВИЧ, испытывают в 10 раз больший риск развития активного туберкулеза по сравнению с ВИЧ-отрицательными беременными женщинами (6).

Туберкулез в 2,5 раза повышает риск передачи ВИЧ от матери ребенку (7). Антиретровирусная терапия имеет решающее значение для профилактики распространения туберкулеза среди женщин. Недавно проведенный мета-анализ (8) исследований в странах с низким и средним уровнем доходов выявил, что антиретровирусная терапия на 65% снижает риск туберкулеза, независимо от показателя числа клеток CD4. Однако охват антиретровирусной терапией все еще недостаточен: 68% всех женщин в мире получили лечение в 2011 году, тогда как только 57% беременных женщин, живущих с ВИЧ, в странах с низким и средним уровнем доходов получило эффективные медикаменты для профилактики инфицирования их детей (9).

Добиваясь изменений

Очевидно, что социальные и экономические проблемы влияют на доступ женщин к информации о туберкулезе и соответствующих услугах, что, в свою очередь, приводит к позднему выявлению случаев заражения или к невыявлению вообще. Например, в условиях ограниченных ресурсов, когда женщины экономически зависимы от партнеров, они могут откладывать обращение за медицинской помощью. Некоторые исследования также показали, что женщинам требуется в два раза больше времени, чем мужчинам, прежде чем решиться на обращение за помощью по поводу туберкулеза, что может значительно осложнить течение заболевания, уменьшить шансы на успешное лечение и увеличить риск заражения окружающих (10). Женщины, живущие с ВИЧ, часто подвергающиеся стигме и дискриминации, боятся искать информацию и помощь в связи с ВИЧ и туберкулезом (11).



**ЖЕНЩИНЫ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ И
КОИНФИЦИРОВАННЫЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ,
СТАНОВЯТСЯ ЖЕРТВАМИ «БИТВЫ
ЗА ТЕРРИТОРИЮ» В СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРЕДПОЧИТАЮЩЕЙ
ЛЕЧИТЬ ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗ ПО
ОТДЕЛЬНОСТИ.**

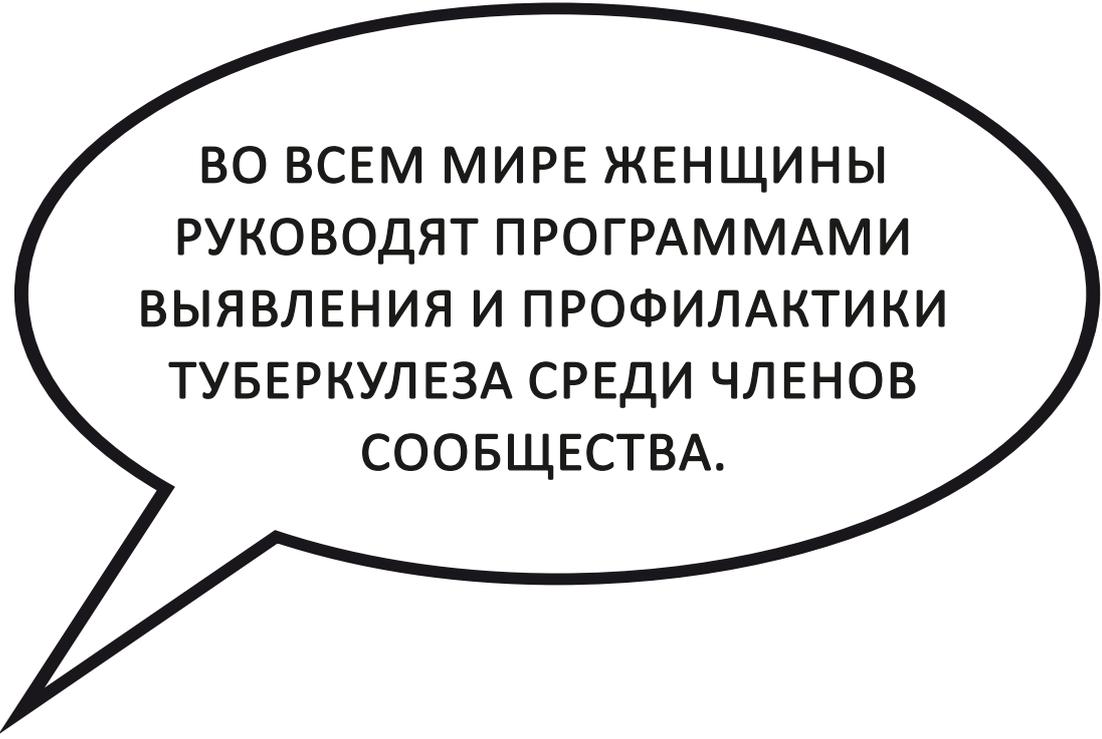
Чтобы добиться сокращения смертности от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% к 2015 году (что в полной мере затрагивает и женщин, живущих с ВИЧ), необходимо сделать профилактику туберкулеза, диагностику и лечение ключевыми компонентами мероприятий на всех этапах беременности, дородового и послеродового ухода, особенно в местах с большой распространенностью ВИЧ. В частности, женщинам необходимо предлагать пройти тестирование на ВИЧ и, если ВИЧ-инфекция подтверждается, рассматривать их в качестве кандидатов на получение так называемой терапии «Трех «И» в связи с ВИЧ/туберкулезом (интенсивное выявление случаев туберкулеза, профилактическая терапия изониазидом и инфекционный контроль), а также, в случае необходимости, раннюю антиретровирусную терапию.

Необходимо реформировать системы

Для проведения скрининга соответствия критериям для проведения антиретровирусной терапии, а также наличия туберкулеза и новой быстрой диагностики необходимо – там, где это возможно – создать определенные системы в рамках центров по ВИЧ или сексуального и репродуктивного здоровья. Если таких систем нет, должна быть эффективная система направлений, чтобы ускорить раннюю диагностику туберкулеза для женщин, живущих с ВИЧ. Кроме того, раннее лечение туберкулеза и антиретровирусная терапия должны быть доступны для всех женщин, у которых диагностированы эти заболевания.

В дополнение к этому, информация о раннем начале лечения ВИЧ и туберкулеза должна быть доведена до женщин, живущих с ВИЧ, особенно беременных, чтобы они могли обратиться за необходимыми услугами по скринингу на туберкулез, диагностики и лечения.

Нужны дополнительные исследования, сфокусированные на туберкулезе и ВИЧ среди женщин, живущих с ВИЧ. Необходимо мобилизовать и поддержать сети женщин, живущих с ВИЧ, чтобы распространять информацию и формировать спрос для расширения интеграции услуг в рамках центров материнского и детского здоровья, что позволит обеспечить ранний доступ к мероприятиям в связи с туберкулезом и ВИЧ.



**ВО ВСЕМ МИРЕ ЖЕНЩИНЫ
РУКОВОДЯТ ПРОГРАММАМИ
ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ЧЛЕНОВ
СООБЩЕСТВА.**

ВО ВЕСЬ ГОЛОС

КЭРОЛ НАВИНА НЬИРЕНДА, ГРАСИЯ ВИАЛОНА РОСС,
АЛЕКСАНДРА ВОЛГИНА

Мы, женщины, живущие с ВИЧ, видели успехи в борьбе с эпидемией, когда созданные по инициативе масс сообщества во всем мире заявили о своей готовности возглавить борьбу со СПИДом. Теперь пришла очередь туберкулеза.

Мы знаем о многих женщинах, живших с ВИЧ и умерших от туберкулеза. Нам также пришлось испытать ужасающие последствия стигмы, связанной с ВИЧ и туберкулезом: угрожающий жизни ошибочный диагноз, плохое отношение со стороны медработников и двойное бремя заботы о других и собственной болезни.

Туберкулез часто остается недиагностированным, особенно если речь идет об экстрапульмонарных инфекциях, ассоциированных с ВИЧ. В некоторых местах, таких как Россия, например, при повышении уровня передачи ВИЧ половым путем, и ВИЧ и туберкулез охватывают группы людей, которые обычно нельзя отнести к наиболее уязвимым, включая так называемых «социально интегрированных» женщин. Доктора редко допускают туберкулез или ВИЧ у таких пациентов и лечат их от пневмонии вместо того, чтобы предложить добровольное и конфиденциальное тестирование на ВИЧ и туберкулез. В результате этого болезнь диагностируется только когда она зашла уже слишком далеко.

С другой стороны, социально незащищенные женщины часто страдают от зависимостей, таких как алкоголь, потребление наркотиков и курение, которые, кроме очевидного вреда здоровью в целом и негативного влияния на результаты лечения от туберкулеза в частности, ведут к жестокой депрессии. Выявление туберкулеза может закончиться для нас печальным столкновением с системой здравоохранения, где врачи используют непонятный нам профессиональный язык, умаляющий наше человеческое достоинство, употребляя такие термины как «подозрение на туберкулез» и «нарушитель схемы лечения». С женщинами, коинфицированными в результате потребления инъекционных наркотиков, обращаются как с отбросами общества.

Имея диагноз «туберкулез», мы, будучи женщинами, обычно несем двойное бремя собственной болезни и заботы о членах своей семьи и своих близких. Когда болен муж, жена обычно ухаживает за ним, даже если она сама больна. Но когда заболевает жена, в большинстве случаев муж отправляет ее к родственникам, чтобы они заботились о больной, и такой уход также обеспечивает женщина. При коинфицировании ВИЧ и туберкулезом многие женщины с трудом справляются с двойной стигмой и двойным бременем болезни.

Лечение от туберкулеза может быть мучительным, оно требует от нас неоднократных посещений учреждений здравоохранения или длительного пребывания в больнице, в изоляции от наших семей и в разлуке с детьми. В некоторых странах нередко возникают перебои с поставками жизненно необходимых лекарств, что усугубляет и без того распространенную проблему туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью

Отсутствие реакции со стороны сообществ

Женщины, живущие с ВИЧ и коинфицированные туберкулезом, становятся жертвами «битвы за территорию» в системе здравоохранения, предпочитающей лечить ВИЧ и туберкулез по отдельности. Ведется так много разговоров об интеграции лечения, но и по сей день мы не видим реальных действий в этом направлении.

Мы, женщины, живущие с ВИЧ, знаем о том, как много делается для противодействия ВИЧ, включая специфические меры для женщин. У нас есть глобальные сети, многие из нас открыто говорят о своем ВИЧ-статусе и помогают в общей работе. Но в деле борьбы с туберкулезом роль женщин из сообществ не так заметна. В реальности, люди, живущие с туберкулезом, почти не чувствуют собственной общности.

Даже в ВИЧ-сообществе проблема коинфекций почти не обсуждается и не анализируется женщинами во всей ее полноте. Несмотря на многочисленные рекомендации по углублению гендерного анализа и выявлению слабых мест эпидемии ВИЧ-туберкулеза, практические шаги отсутствуют. Для нас это означает огромный пробел в понимании гендерных факторов обеих эпидемий.

Как можно говорить, что туберкулез является основной причиной смерти людей, живущих с ВИЧ (включая и женщин), но так и не добиться совместной работы программ по ВИЧ и ТБ? Как мы можем спасти жизни тех, кто живет с ВИЧ, и одновременно игнорировать усилия по борьбе с туберкулезом?

Из-за стигмы пациенты с ТБ не могут объединиться и открыто бороться за свои права. В этом контексте роль общинных организаций трудно переоценить. Женщины по всему миру реализуют программы по выявлению туберкулеза и профилактики ТБ среди членов сообщества, особенно в Африке. Некоторые женщины являются лидерами Партнерства «Остановить ТБ» и входят в состав делегаций сообществ, участвующих в работе Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также других международных органов здравоохранения. Но где же другие женщины? Почему не слышно представителей глобального феминистского движения? Почему молчат защитники материнского и детского здоровья?

Мы поднимаем голос

Женщины, живущие с ВИЧ, которым был поставлен диагноз ТБ и которые успешно прошли лечение, могут использовать и используют свой опыт, чтобы отстаивать улучшение услуг по лечению туберкулеза и ВИЧ, особенно для женщин и детей. Мы отстаиваем включение пострадавших сообществ в работу на всех уровнях, особенно процесс принятия решений, а также выделение дополнительных ресурсов для решения проблемы туберкулеза и демистификации болезни.

Скоординированные действия гражданского общества имеют большое значение. Об этом свидетельствует случай с нехваткой препаратов для лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Санкт-Петербурге. «Единство. Верность. Адвокация.» – сетевая организация женщин, пострадавших от ВИЧ и других социально значимых заболеваний,

поддерживала постоянный контакт с клиниками лечения туберкулеза, фармацевтическими компаниями и пациентами, тогда как инициативная группа «Пациентский контроль» избрала более жесткие формы адвокации, организовав уличные протесты, широко освещавшиеся в СМИ.

Нет необходимости заново «изобретать велосипед» – мировое сообщество, решающее проблему ВИЧ, имеет хорошие механизмы, способные помочь и облегчить тяготы женщин, страдающих от туберкулеза.

Кэрол Навина Ньиренда – исполнительный директор Общинной инициативы по проблемам ТБ, ВИЧ/СПИДа и малярии (Замбия); Грасиа Виолета Росс – национальный председатель Боливийской сети людей, живущих с ВИЧ/СПИДом; Александра Волгина – исполнительный директор женской сетевой ассоциации «Единство. Верность. Адвокация.» (Россия).

РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ

- **Выясните, как гендер связан с обеими эпидемиями, проанализировав распространенные проблемы, такие как бедность, болезнь, отсутствие доступа к услугам здравоохранения и информации, а также стигма.**
- **Облегчите наши жизни, обеспечив тройную интеграцию услуг в области защиты материнского и детского здоровья, ВИЧ и туберкулеза.**
- **Уважайте нас. Относитесь к тем из нас, кто имеет туберкулез и/или ВИЧ, как к партнерам, а не только как к пациентам.**
- **Расширьте наши возможности по решению проблемы эпидемии туберкулеза и ВИЧ в наших сообществах. В случае необходимости, мы можем стать самыми лучшими посредниками в поиске правдивой информации.**



**ЛИКВИДИРОВАТЬ
ДЕФИЦИТ
РЕСУРСОВ!**

30 СТРАН

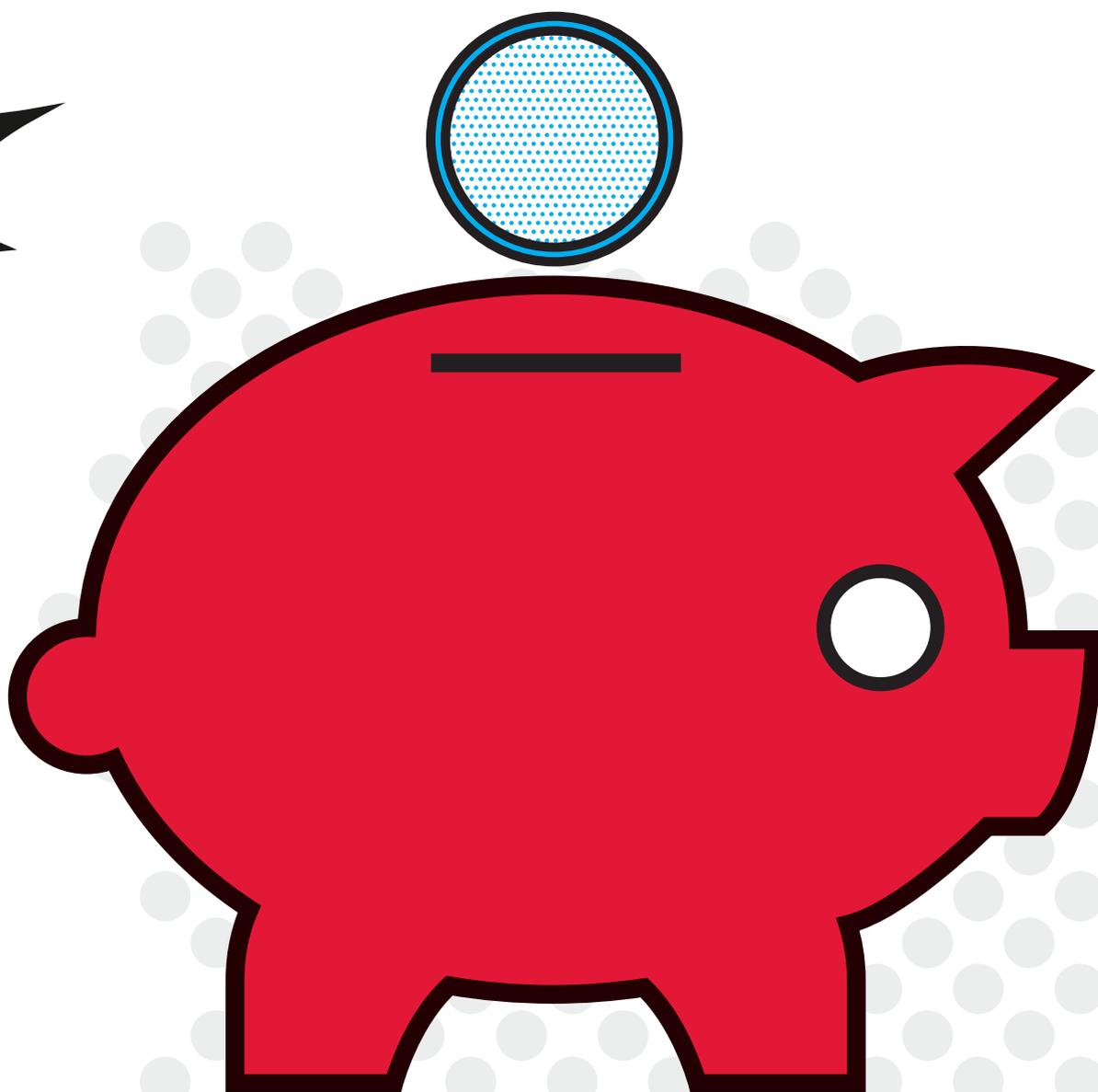
Только 30 стран с низким и средним уровнем доходов сообщило о финансировании программ по снижению гендерного насилия в рамках мер противодействия ВИЧ.

71%

71% зафиксированных инвестиций в решение проблем женщин в рамках мер противодействия ВИЧ являются целевым финансированием программ по искоренению новых случаев инфицирования детей и сохранению материнских жизней.

43%

По сообщениям национальных источников, в странах с низким и средним уровнем доходов 43% расходов на противодействие ВИЧ являются целевыми расходами на решение проблем женщин.



ЦЕЛЬ 6

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ К 2015 ГОДУ И ОБЕСПЕЧИТЬ ЕЖЕГОДНЫЕ ИНВЕСТИЦИИ НА УРОВНЕ 22-24 МЛРД ДОЛЛАРОВ США В СТРАНАХ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ

ГЛОБАЛЬНЫЕ ИНВЕСТИЦИИ В БОРЬБУ С ВИЧ В 2011 ГОДУ СОСТАВИЛИ 16,8 МЛРД ДОЛЛАРОВ США. ПО СРАВНЕНИЮ С 2010 ГОДОМ РАСХОДЫ ПОВЫСИЛИСЬ НА 11%, А НАЦИОНАЛЬНЫЕ РАСХОДЫ СТРАН С НИЗКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ ВОЗРОСЛИ НА 15%. ВПЕРВЫЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ НА ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ВИЧ ПРЕВЫСИЛИ ВНЕШНИЕ ИНВЕСТИЦИИ В МИРОВОМ МАСШТАБЕ.

Введение

В 2012 году 127 стран с низким и средним уровнем доходов сообщили о своих расходах на меры противодействия ВИЧ среди женщин (Таблица 6.1). Их отчеты включали программы по искоренению новых случаев инфицирования детей и сохранению материнских жизней, профилактике ВИЧ среди работников секс-бизнеса и их клиентов, снижению гендерного насилия, а также целевые программы борьбы со СПИДом для женщин. В общем и целом, 85 стран сообщили о расходах на определенные категории программ, а общие национальные расходы на мероприятия конкретно для женщин составили около 288 млн долларов США, из которых почти 42,4% составили средства из местных источников.

Однако для большинства мероприятий, проводившихся совместно для женщин и мужчин (например, антиретровирусная терапия), данные о расходах не разделяются по гендерным категориям. То же самое относится и к мероприятиям, по которым предполагается, что большая часть финансирования предназначена для женщин, таким как поддержка семей/ домохозяйств или социальная защита через денежные или натуральные пособия и проекты по обеспечению дохода. Таким образом, общий размер финансирования программ для женщин в связи с ВИЧ может быть выше, чем результаты, получаемые при анализе расходов только на мероприятия по гендерной проблематике.

ТАБЛИЦА 6.1. ОБЩИЙ ОБЪЕМ РАСХОДОВ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЦЕЛЕВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ЖЕНЩИН

МЕРОПРИЯТИЕ	КОЛ-ВО ОТЧИТЫВАЮЩИХСЯ СТРАН	ОБЩИЙ ОБЪЕМ ЦЕЛЕВЫХ РАСХОДОВ	% МЕСТНЫХ РЕСУРСОВ	ОБЩИЙ % РАСХОДОВ
ПРОГРАММЫ ПО ИСКОРЕНЕНИЮ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ИНФИЦИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ И СОХРАНЕНИЮ ЖИЗНИ МАТЕРЕЙ	79	203 млн долл. США	47%	70%
ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДЛЯ РАБОТНИКОВ СЕКС-БИЗНЕСА И ИХ КЛИЕНТОВ	73	65 млн долл. США	15%	23%
ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ ГЕНДЕРНОГО НАСИЛИЯ	30	16 млн долл. США	92%	6%
ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ СО СПИДОМ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ЖЕНЩИН	34	4 млн долл. США	5%	1%
ВСЕГО		288 млн долл. США	43%	100%

Источник: Страновые отчеты за 2012 год (www.unaids.org/cpr)

Представленные данные являются наиболее полной имеющейся информацией о гендерно-ориентированных расходах на противодействие ВИЧ на страновом уровне, однако определенные ограничения не позволяют выявить целевые инвестиции в меры противодействия ВИЧ для женщин. Например, некоторые страны с высоким бременем эпидемии (Малави, Мозамбик, Замбия) не подали отчеты, а во многих странах, которые не отчитались по целевым мероприятиям, распространенность ВИЧ низкая. Кроме того, полнота отчетности по включенным в нее мероприятиям разная – некоторые страны не включили информацию по всем целевым мероприятиям для женщин. Ощущается дефицит критериев, которыми можно было бы руководствоваться для определения показателей целевых мероприятий для женщин.

Кроме того, услуги по профилактике (включающие мероприятия для работников секс-бизнеса) и лечебные программы обычно работают как с мужчинами, так и с женщинами, но, как правило, большинство стран не сообщает данные по расходам с распределением их по гендеру. Профилактика новых случаев инфицирования детей и сохранение материнских жизней составляют большую часть гендерно-ориентированных мероприятий противодействия ВИЧ и имеют приоритетное значение. Эти услуги не всегда включают непрерывное лечение ВИЧ для женщин и мероприятия по охране их сексуального и репродуктивного здоровья, включая и первичную профилактику (Рисунок 6.1.)

Но, не принимая во внимание перечисленные выше ограничения, эти аналитические данные подтверждают значительные инвестиции в профилактику ВИЧ, услуги по лечению и уходу для женщин, с использованием как национальных, так и международных источников. Около половины всех гендерно-ориентированных расходов приходится на страны Африки к югу от Сахары, однако, в то же время, страны с доходами выше среднего инвестируют больше средств из национальных и международных источников по сравнению со странами с доходами ниже среднего или с низким уровнем доходов.

РИСУНОК 6.1. ОБЩИЕ РАСХОДЫ НА ПРОГРАММЫ ПО ВИЧ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ЖЕНЩИН, 2009-2011 Г.Г.



Источник: страновые отчеты за 2012 год (www.unaids.org/cpr).

Эффективность инвестиций в гендерное равенство подтверждается важным исследованием, проведенным в Южной Африке, согласно которому 13,9% новых случаев ВИЧ-инфекции могли быть предотвращены, если бы проблемы гендерного неравенства были решены (1). Помимо гендерного равенства, Повестка дня для женщин и девочек (ЮНЭЙДС) и Стратегия ЮНЭЙДС на 2011-2015 годы также подчеркивают важность решения проблемы насилия в отношении женщин и девочек в качестве неотъемлемой части эффективных мер в ответ на ВИЧ (2, 3). Однако доля инвестиций в решение проблемы гендерного насилия в рамках мер противодействия ВИЧ ограничена – только 30 стран с низким и средним уровнем доходов отчитались о финансировании программ по снижению гендерного насилия, входящих в общие меры по ВИЧ, что составило лишь 5% от расходов на целевые мероприятия для женщин (Таблица 6.1).

Данные Глобального фонда о гендерно-ориентированных мероприятиях

По оценкам, 44% инвестиций Глобального фонда идут на поддержку здоровья женщин и девочек в рамках выполнения четвертой (снижение детской смертности) и пятой (улучшение материнского здоровья) целей развития тысячелетия (4, 5). Тем не менее, финансовые запросы к Глобальному фонду свидетельствуют об ограниченных подходах к мерам в связи с ВИЧ для женщин и девочек (6). Например, страны, занимающиеся разработкой программ по искоренению новых случаев инфицирования детей и сохранению материнских жизней,

запросили финансирование, главным образом, для услуг по лечению во время беременности и/или родов. Есть только отдельные подтверждения тому, что проводится работа и в других основополагающих сферах профилактики передачи от матери ребенку, таких как обеспечение долговременных лечебных потребностей женщин, живущих с ВИЧ, комплексные медицинские услуги и планирование семьи.

Кроме того, оценка стратегии по вопросам гендерного равенства Глобального фонда продемонстрировала ограниченность масштаба стратегии и финансирования целевых программ по гендерному равенству в запрашиваемых странами грантах. Стратегия Глобального фонда на 2012-2016 годы поощряет и поддерживает страны, планирующие расширить программы по улучшению доступа к услугам здравоохранения для пострадавших сообществ и создать благоприятную социальную и политическую среду, которая могла бы охватить любую сильно затронутую эпидемией группу, включая женщин (7). Однако, недостатки, проявившиеся в подходе Глобального фонда в предыдущий период, вызывают опасения, что проблемы гендерного неравенства и гендерного насилия по-прежнему останутся без должного внимания при планировании финансирования в будущем.

Организации гражданского общества, включая сети женщин, живущих с ВИЧ, выразили обеспокоенность сокращением финансовой поддержки их работы, что негативно скажется на возможностях активного участия в мерах борьбы со СПИДом (8). В связи с тем, что Глобальный фонд разрабатывает новую модель финансирования, а страны – новые сферы инвестиций, важно добиться того, чтобы гражданское общество оставалось полностью вовлеченным в разработку и реализацию программ. Организации гражданского общества должны получить соответствующее финансирование для усиления общинных систем и оказания услуг силами сообществ, включая гендерно-ориентированные мероприятия. Критическим элементом подобных усилий будет оставаться двухканальное финансирование Глобальным фондом.

Чрезвычайный план президента США для оказания помощи в связи со СПИДом – данные о гендерно-ориентированных мероприятиях

Среди основных мировых доноров борьбы со СПИДом правительство США играет ведущую роль и финансирует целевые программы для женщин и девочек. Чрезвычайный план президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР) предусматривает следующие действия:

- расширение гендерного равенства в программах и услугах по ВИЧ/СПИДу, включая доступ к услугам в области репродуктивного здоровья;
- сокращение насилия и принуждения;
- вовлечение мужчин и мальчиков в работу по корректировке поведенческих норм;
- укрепление правовой защиты женщин и девочек;
- расширение доступа женщин и девочек к ресурсам для получения дохода, включая образование.

ПЕПФАР является важным источником финансирования программ по проблеме гендерного насилия, которое является, по общему признанию, как причиной, так и следствием ВИЧ. За последние два года США инвестировали в общей сложности 155 млн долларов США и возглавили усилия по решению проблемы гендерного насилия через существующие программы по ВИЧ (9). ПЕПФАР устраняет недочеты национальных программ по ВИЧ и вносит стратегический вклад в меры противодействия ВИЧ, уделяя внимание вредным гендерным поведенческим нормам. На протяжении 2010-2011 годов ПЕПФАР инвестировал порядка 8,5 млрд долларов США в поддержку мер борьбы со СПИДом, профинансировав

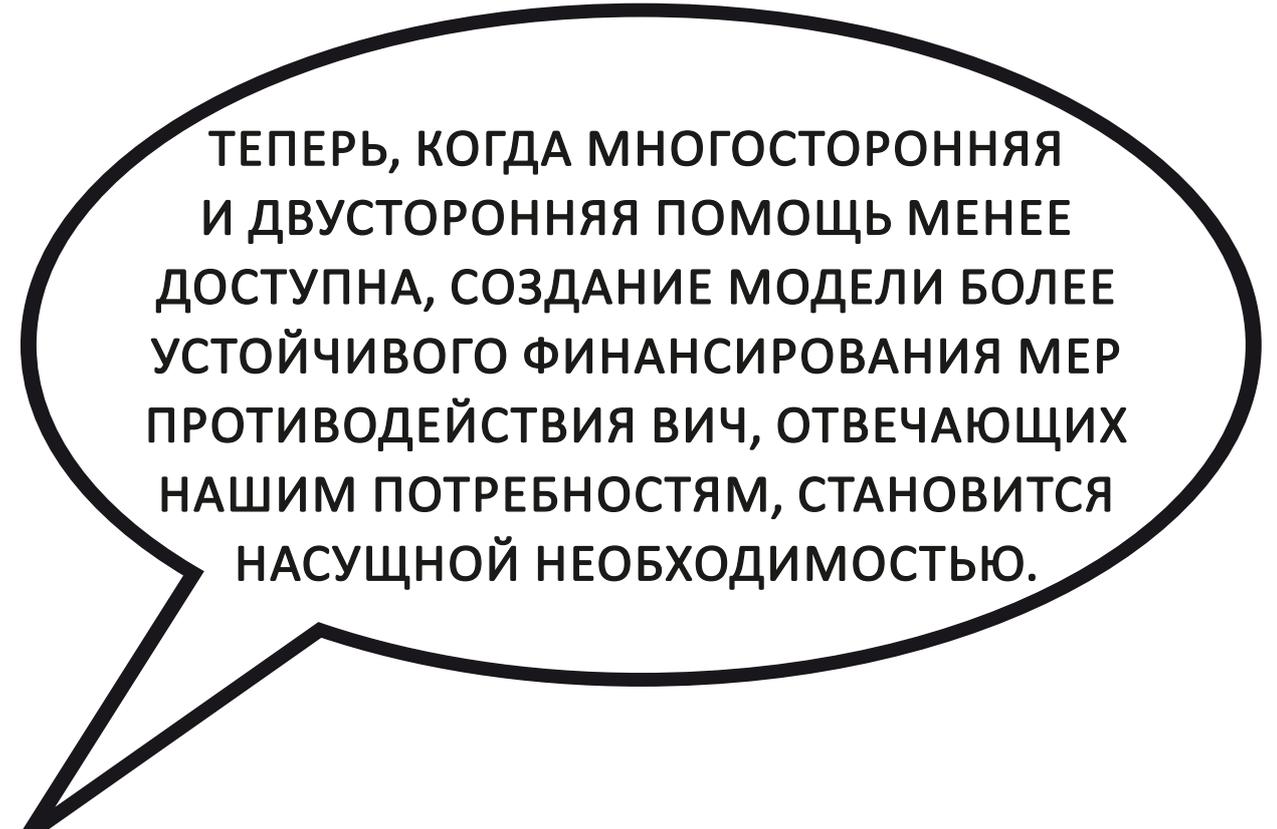
34 страновых и 3 региональных программы. Из этой суммы 155 млн долларов США были целенаправленно выделены на решение проблемы гендерного насилия.

Стремясь к достижению целей 2015 года

Ликвидация дефицита ресурсов будет зависеть от того, удастся ли странам усилить разделение ответственности для повышения эффективности принимаемых мер, наращивая при этом внутренние ресурсы и распределяя инвестиции целенаправленно и стратегически. В то же самое время СПИД остается препятствием для глобального развития и требует, чтобы все партнеры сохраняли готовность покончить с эпидемией в духе глобальной солидарности.

По мере роста внутренних затрат и национальной ответственности страны должны сосредоточить внимание на мерах борьбы со СПИДом, предназначенных для защиты прав всех женщин, живущих с ВИЧ или пострадавших от ВИЧ, включая право на сексуальное и репродуктивное здоровье, а также другие права, не ограничивающиеся потенциальным материнством. Поскольку стратегические инвестиции используются в настоящее время для того, чтобы сосредоточить усилия и оптимизировать национальные меры борьбы со СПИДом, следует воспользоваться критическим моментом и сконцентрировать меры противодействия ВИЧ на вопросах гендерного равенства и гендерного насилия.

Партнеры по развитию и национальные правительства должны инвестировать в сети и организации женщин, живущих с ВИЧ, расширяя их возможности по развитию и реализации инновационных стратегий, соответствующих потребностям женщин. Распределение ресурсов с учетом гендерно-ориентированных показателей эффективности и бюджетных мер является ключевым условием для разумного расходования и корректного отслеживания средств, выделяемых для женщин и девочек. Также, странам необходимо помочь в улучшении сбора данных о расходах на программы ВИЧ, соответствующие потребностям и приоритетам женщин



ТЕПЕРЬ, КОГДА МНОГОСТОРОННЯЯ И ДВУСТОРОННЯЯ ПОМОЩЬ МЕНЕЕ ДОСТУПНА, СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ БОЛЕЕ УСТОЙЧИВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ, ОТВЕЧАЮЩИХ НАШИМ ПОТРЕБНОСТЯМ, СТАНОВИТСЯ НАСУЩНОЙ НЕОБХОДИМОСТЬЮ.

ВО ВЕСЬ ГОЛОС

МОРОЛАКЕ ОДЕТОЙИНБО, РЭЙЧЕЛ ОНГ, КИМ НИКОЛС

Женщины должны убедить национальные правительства в том, что страна несет основную ответственность за успешную реализацию целей профилактики и лечения. Женщины, живущие с ВИЧ, должны быть признаны основной силой, способной осуществить призыв к мобилизации 24 млрд долларов США, необходимых ежегодно, вплоть до 2015 года, чтобы устранить глобальный дефицит финансирования мер по всеобщему доступу. Участвуя в переговорах о выделении необходимых ресурсов на равных, мы обретаем большую силу и громкий голос.

Когда обсуждался последний вариант проекта Политической декларации ООН в 2011 году, в дискуссии принимали участие только представители стран. Мы, женщины-активистки, нарушили запрет и распространили информацию о позициях различных правительств среди своих коллег в кулуарах. Хотя общая цель по глобальным инвестициям в размере 22-24 млрд долларов США в странах с низким и средним уровнем доходов была согласована, в Декларации предлагалось достичь ее, усилив национальную ответственность за меры борьбы со СПИДом, возложив бремя ответственности на правительства стран Юга, чтобы расширить инвестиции в борьбу с ВИЧ. Некоторые из нас восприняли это как начало отказа от финансовых обязательств со стороны стран «большой восьмерки».

Разработка некоторыми странами-донорами графика по выделению 0,7% ВВП для официальной помощи в развитии к 2015 году позволила увеличить имеющиеся ресурсы, но – хотя глобальный вклад в борьбу с ВИЧ растет год от года – они все равно не соответствуют скорости научных прорывов, позволяющих выпускать новые и более безопасные препараты. Расширение тестирования означает, что диагноз ВИЧ может быть поставлен в значительно более раннем возрасте, и те из нас, кто получит доступ к антиретровирусной терапии, столкнутся с самыми разнообразными «последствиями» более долгой жизни.

Теперь, когда многосторонняя и двусторонняя помощь менее доступна, создание модели более устойчивого финансирования мер противодействия ВИЧ, отвечающих нашим потребностям, становится насущной необходимостью. Как предписывает новый инвестиционный подход к глобальным мерам противодействия ВИЧ, страны, помимо поддержки извне, должны инвестировать в свои собственные проекты и располагать долгосрочными стратегиями развития услуг здравоохранения и усиления сообществ (10).

За последнее десятилетие ситуация изменилась и стоимостная ценность (value for money) возросла: поскольку медицинские патенты истекли, было введено обязательное и добровольное лицензирование на основные антиретровирусные препараты и производители генериков начали массовые поставки препаратов от ВИЧ в страны с низким и средним уровнем доходов.

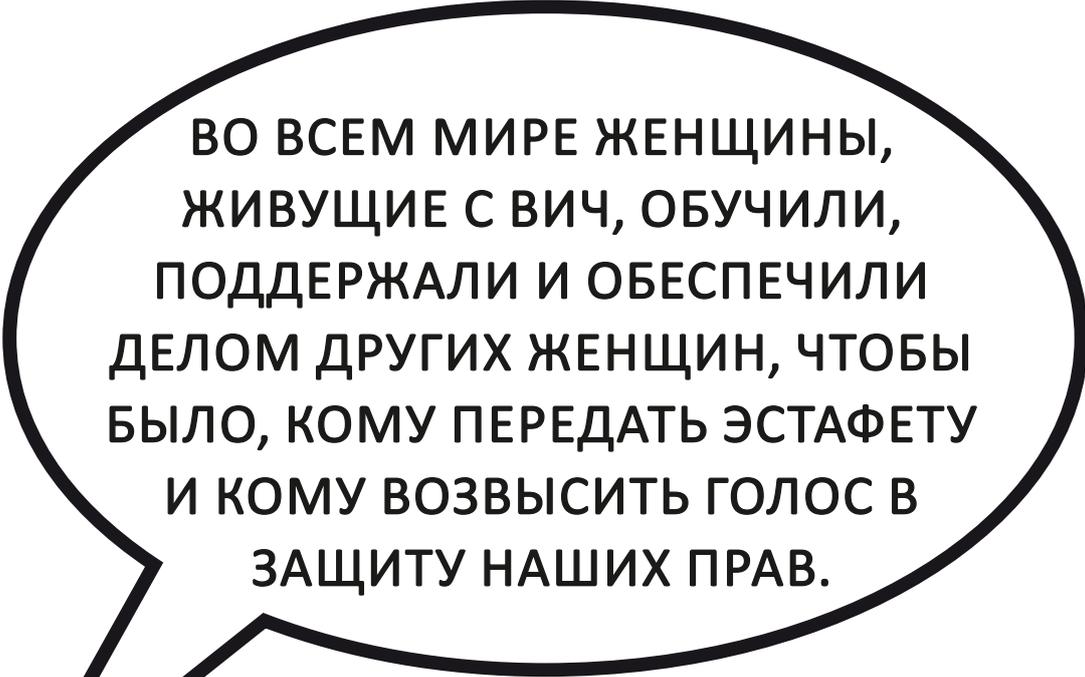
Мы ожидаем, что новые и более равноправные принципы защиты интеллектуальной собственности, такие как Патентный пул лекарственных средств, позволят напрямую пользоваться антиретровирусными препаратами

женщинам и детям, чье выживание зависит от них. Чтобы добиться всеобщего охвата лечением и свести количество новых случаев инфицирования к нулю в течение последующих десятилетий, мы также должны предусмотреть бюджет для схем лечения ВИЧ второго и третьего ряда, которые в два или три раза дороже применяемых сегодня схем первого ряда, в ожидании разработки справедливых правил патентного лицензирования для стран с низким и средним уровнем доходов.

Несмотря на внушительный прогресс в лечении мы по-прежнему ощущаем нехватку надежных мероприятий по профилактике ВИЧ, эффективных и доступных микробицидов для пред-контактной профилактики и эффективной вакцины от ВИЧ. Эффективность мероприятий по изменению поведения в рамках профилактики ВИЧ для женщин в значительной степени ниже уровня эффективности, необходимого для сокращения передачи ВИЧ половым путем на 50% к 2015 году.

Работая над снижением количества новых случаев инфицирования, мы не можем и дальше игнорировать проблемы гендерного неравенства, отсутствия самоуважения и унижения достоинства, насилия в отношении женщин. Пока гендерное насилие и секс ради выживания не позволяют женщинам и девушкам договариваться о безопасном сексе, предотвращение новых случаев ВИЧ-инфицирования потребует большего, чем просто доступ к презервативам и организация клубов девственниц для девушек. Чтобы защитить здоровье женщин и девочек, нам необходимо расширить инвестиции в исследования, чтобы разработать биомедицинские методы профилактики ВИЧ специально для женщин.

Говоря о сокращении дефицита ресурсов, мы не можем по-прежнему заниматься пустой болтовней о четырех «основах» профилактики передачи от матери ребенку (первичная профилактика ВИЧ для женщин детородного возраста; предотвращение нежелательных беременностей среди женщин, живущих с ВИЧ; безопасное вскармливание; лечение), тогда как на самом деле ресурсы расходуются, главным образом, на профилактику вертикальной



**ВО ВСЕМ МИРЕ ЖЕНЩИНЫ,
ЖИВУЩИЕ С ВИЧ, ОБУЧИЛИ,
ПОДДЕРЖАЛИ И ОБЕСПЕЧИЛИ
ДЕЛОМ ДРУГИХ ЖЕНЩИН, ЧТОБЫ
БЫЛО, КОМУ ПЕРЕДАТЬ ЭСТАФЕТУ
И КОМУ ВОЗВЫСИТЬ ГОЛОС В
ЗАЩИТУ НАШИХ ПРАВ.**

передачи. В предотвращение нежелательных беременностей среди женщин, живущих с ВИЧ, необходимо вкладывать те же усилия и инвестиции, что были вложены в обеспечение антиретровирусной терапией в качестве до- и после-контактной профилактики для женщин и детей. Позор, что в центрах лечения ВИЧ большинство женщин по-прежнему не имеют доступа к услугам по планированию семьи.

Женщины по-прежнему не входят в число лидеров, поскольку, как и раньше, отягощены бременем заботы о семье. В действительности, идея насущной необходимости заботы о женщинах в рамках борьбы со СПИДом никогда не находила отклика у лидеров государств, поэтому мы должны были отстаивать свое место в борьбе за ресурсы.

В Азии женщины инициировали создание групп взаимопомощи, занимающихся специфическими проблемами женщин. Африканские женщины активно участвуют в лоббировании мобилизации ресурсов для Глобального фонда. Женщины в Европе, Северной и Латинской Америке, странах Карибского бассейна научили нас тому, что лоббирование среди тех, кто принимает решения, позволяет привлечь политиков и бюрократов на нашу сторону. Во всем мире женщины, живущие с ВИЧ, обучили, поддержали и обеспечили делом других женщин, чтобы было кому передать эстафету и кому возвысить голос в защиту наших прав.

Мы должны стать уважаемыми партнерами в разработке страновых стратегий, планов и бюджетов, с тем, чтобы программы полностью соответствовали нашим потребностям и непосредственно защищали права женщин во всем их разнообразии. Чтобы ликвидировать дефицит ресурсов, надо удовлетворить наши нужды.

Моролаке Одетойинбо – исполнительный директор, «Позитивные действия для обеспечения доступа к лечению» (Нигерия); Рэйчел Оне – координатор коммуникаций с делегацией сообществ в Правлении Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Сингапур); Ким Николс – со-исполнительный директор Африканского комитета услуг (Нью-Йорк, США),

РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ

- **Относитесь к нам как к уважаемым партнерам и внимательно учитывайте наше мнение по вопросам повестки исследований проблем женщин, профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ.**
- **Привлекайте нас и финансируйте наше участие: мы являемся мощным инструментом влияния в правлениях многосторонних институтов.**
- **Задействуйте нас для поиска новых источников финансирования для здравоохранения, а также при разработке рамочных программ расходов на страновом и общинном уровнях.**
- **Сотрудничайте с нами в преодолении барьеров, мешающих доступу к дженерикам и другим дешевым препаратам.**
- **Используйте базовые принципы, объединяющие меры противодействия ВИЧ и усилия по реализации согласованных международным сообществом целей развития.**
- **Оперируйте собранными на национальном уровне данными, документально подтверждающими инвестиции в различные сообщества.**



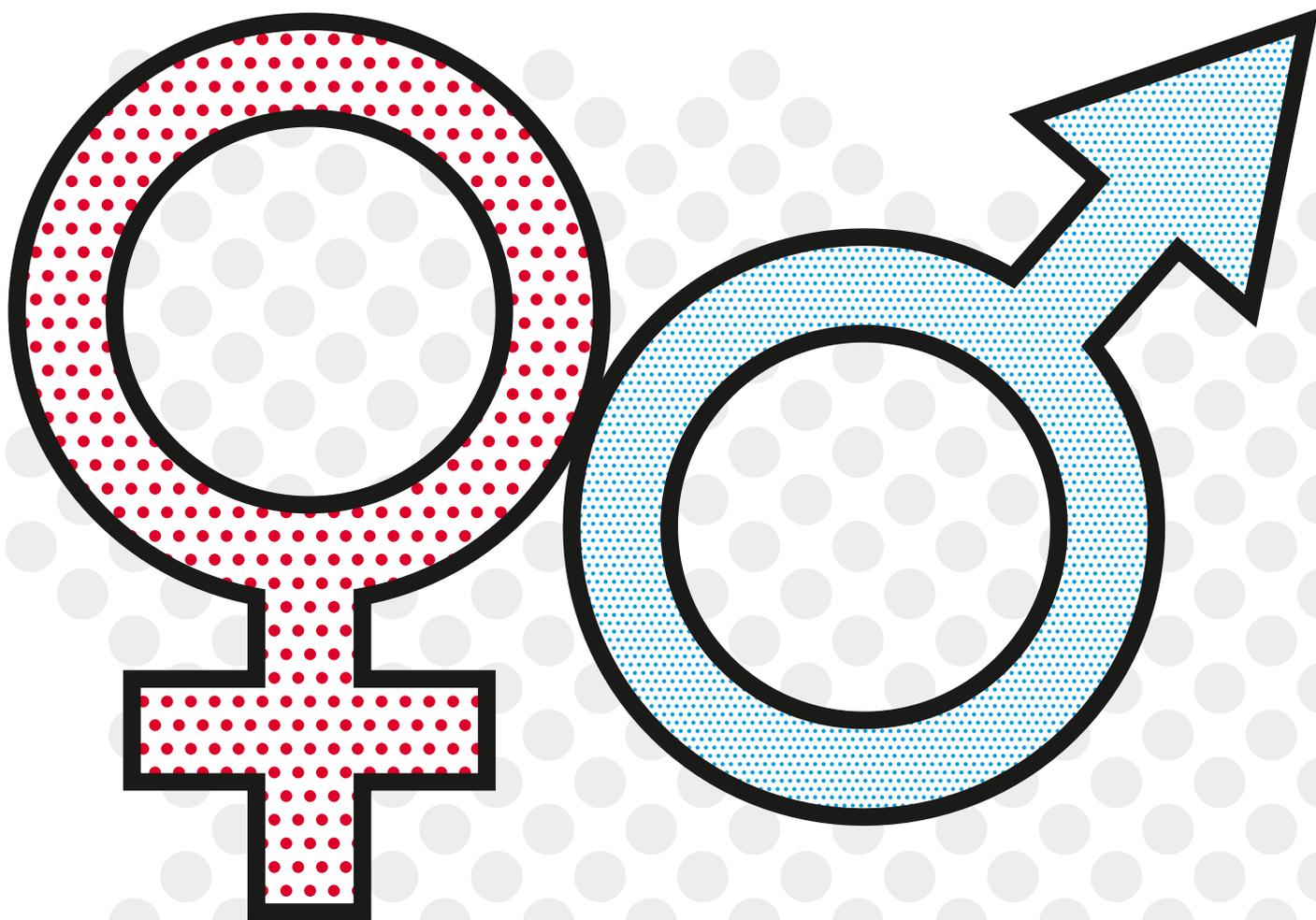
**ИСКОРЕНИТЬ
ГЕНДЕРНОЕ
НЕРАВЕНСТВО!**

29%

В Зимбабве уровень зарегистрированных случаев сексуального или физического насилия в отношении женщин, живущих с ВИЧ, на 29% превышает уровень насилия в отношении других женщин.

73%

Согласно одному из исследований, 73% трансгендерных женщин, прошедших тестирование и оказавшихся ВИЧ-положительными, не знали о своем статусе.



ЦЕЛЬ 7

ИСКОРЕНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО, ПЛОХОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ЖЕНЩИНАМИ И ДЕВОЧКАМИ И НАСИЛИЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К НИМ, А ТАКЖЕ РАСШИРИТЬ ИХ ВОЗМОЖНОСТИ В ПЛАНЕ ЗАЩИТЫ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ

СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС В СОЧЕТАНИИ С ГЕНДЕРНЫМ НЕРАВЕНСТВОМ В ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ МАРГИНАЛИЗУЕТ ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, — ФИЗИЧЕСКИ, СОЦИАЛЬНО И ЭКОНОМИЧЕСКИ (1).

Введение

Женщины составляют почти половину всех людей, живущих с ВИЧ. Воздействие эпидемии ВИЧ на женщин и девочек усиливается их физиологической восприимчивостью к ВИЧ и неравными – по сравнению с мужчинами – возможностями. Широко распространенный социальный и экономический остракизм увеличивает влияние последствий ВИЧ, среди которых – стигма и дискриминация, страх, насилие и предрассудки, связанные с болезнью.

В большинстве культур подобный остракизм, в сочетании с неравноправным доступом к образованию и ресурсам, ограничивает потенциал самых разных женщин, препятствуя их доступу к основным услугам и поддержке (2). Из-за гендерного неравенства многие женщины и девочки почти не имеют возможности защитить свое здоровье и права. Особенно это касается сексуальных и репродуктивных прав.

Трансгендерные женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются с самыми различными видами стигмы. Многие из них вынуждены заниматься крайне рискованными видами деятельности, такими как коммерческий секс, поскольку лишены других экономических возможностей. Согласно имеющимся данным, показатели заражения ВИЧ трансгендерных женщин, занятых секс-бизнесом, в четыре раза выше, чем у их коллег – женщин от рождения (3). В 2012 году только 43% стран сообщили о том, что программы для трансгендерных лиц включены в национальные стратегии противодействия ВИЧ.

Гендерное насилие

Гендерное насилие является одной из наиболее жестоких форм проявления гендерного неравенства. Женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются с насилием чаще из-за своего серологического статуса. Особенно уязвимы трансгендерные женщины, живущие с ВИЧ (4). Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие, с которым сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, может иметь место в интимном партнерстве, в более широком контексте – в семье или сообществе, даже в местах оказания медицинской помощи. Женщины, живущие с ВИЧ, особенно уязвимы к насилию – в Зимбабве,

например, уровень зарегистрированного сексуального или физического насилия в отношении женщин, живущих с ВИЧ, на 29% выше, чем среди других женщин (5).

Насилие, которому подверглась женщина, кроме нанесения прямого вреда физическому и эмоциональному здоровью, становится также причиной более долговременных проблем. Например, оно часто лежит в основе более рискованного сексуального поведения в последующие годы жизни (6). Исследования также выявили, что женщины и девочки, подвергшиеся насилию, часто неспособны рассказать о том, что им пришлось пережить, из-за стыда и боязни быть покинутыми или наказанными (7). Вынужденное молчание не позволяет им обратиться за необходимой помощью и усугубляет ситуацию с насилием в отношении женщин, живущих с ВИЧ (8, 9). Кроме того, женщины, живущие с ВИЧ, называют насилие или страх насилия главным препятствием, мешающим доступу к спасительным услугам по профилактике и лечению ВИЧ (10).

Насилие может также служить причиной повышенной уязвимости к ВИЧ. Исследование в Южной Африке показывает, что 11,9% новых случаев ВИЧ-инфицирования можно было бы избежать, если бы женщины не подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера (11). В Индии исследование, проведенное с участием более чем 28 тыс. замужних женщин выявило, что те из них, кто подвергался как физическому, так и сексуальному насилию со стороны интимных партнеров, в три раза чаще оказывались ВИЧ-позитивными, чем не подвергавшиеся насилию (12). В дополнение к человеческим и социальным издержкам, экономические издержки насилия также оцениваются как высокие (13).

Доступ к услугам и информации

Традиционные обращения, связанные со СПИДом, призывающие «воздерживаться, сохранять верность, предохраняться», в реальной действительности не работают и не соответствуют потребностям женщин, живущих с ВИЧ. Подтверждением тому являются моногамные женщины, инфицированные ВИЧ в замужестве. И действительно, для многих женщин секс с мужем является рискованным делом. По некоторым оценкам, только в Азии 50 миллионов женщин могут стать ВИЧ-инфицированными в результате контактов со своими интимными партнерами (14). Беременные женщины сталкиваются с повышенным риском изменения их серологического статуса во время беременности (15).

Проведенные под руководством ЮНЭЙДС интерактивные оценки (16) гендерных барьеров, мешающих доступу к услугам по профилактике новых случаев инфицирования среди младенцев и сохранению материнских жизней, выявили, что возможности по принятию собственных решений женщинами, живущими с ВИЧ, и доступ к ресурсам зачастую ограничены. В ходе исследования выяснилось, что страх насилия и опасение быть покинутой, традиционное для местной культуры отношение к сексу, беременности и ВИЧ также относятся к серьезным препятствиям.

Женщины и девочки, живущие с ВИЧ, сталкиваются с многочисленными помехами на пути к лечебным услугам. Отсутствие конфиденциальности и сочувствия со стороны работников здравоохранения часто становятся причиной отказа женщин от тестирования на ВИЧ и раскрытия своего статуса (17). Когда женщины все-таки проходят тестирование на ВИЧ и раскрывают свой статус, вину за ВИЧ-инфицирование часто возлагают на них самих, подвергают жестокому обращению и ущемляют их права в результате традиционных представлений об аморальности (18). Девушки, живущие с ВИЧ, особенно часто сталкиваются с проявлениями стигмы, когда обращаются за услугами по поводу своего сексуального здоровья.

Традиционные ценности и нормы, не позволяющие девушкам изучать и понимать свое тело, подвергают риску их жизни. Имеющиеся данные свидетельствуют о

том, что особые потребности девочек и девушек в сексуальном просвещении по большей степени остаются неудовлетворенными (19). Комплексное сексуальное просвещение важно для всех молодых людей и особенно – для девочек и девушек, живущих с ВИЧ, сталкивающихся с особыми проблемами в сексуальной и репродуктивной жизни, интимных взаимоотношениях.

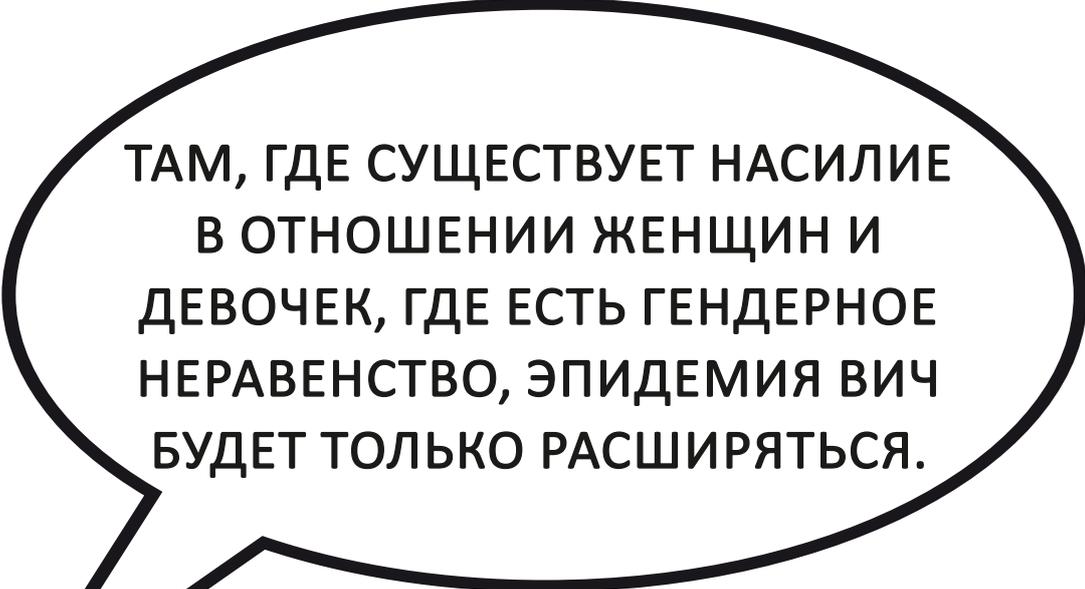
Трансгендерные женщины сталкиваются с серьезными трудностями, пытаются получить доступ к информации о ВИЧ и услугах, поскольку медработники часто относятся к ним с насмешкой и пренебрежением. Кроме того, они испытывают замешательство, не зная, куда именно обращаться за услугами, организованными отдельно для мужчин и женщин (4). Исследования, проведенные в США, показали, что 28% трансгендерных лиц откладывают обращение за помощью в случае болезни или травмы, опасаясь стигмы (20). Другое исследование выявило, что 73% трансгендерных женщин с ВИЧ-позитивным статусом не знали о нем (21).

Вовлечение женщин, живущих с ВИЧ

По всему миру женщины, живущие с ВИЧ, проявляют инициативу и находятся на переднем крае противодействия ВИЧ, изменяя ситуацию в своих собственных сообществах. Необходимо еще активнее вовлекать в борьбу со СПИДом женщин, живущих с ВИЧ, на всех уровнях и позаботиться о соответствующем финансировании их деятельности, чтобы услуги и мероприятия в связи с ВИЧ отвечали их потребностям.

Меры борьбы со СПИДом должны предусматривать интеграцию услуг по противодействию и решению проблемы гендерного насилия в услуги в связи с ВИЧ. Женщины, живущие с ВИЧ, нуждаются в поддержке, которая позволила бы им руководить социальными изменениями в пользу гендерного равенства, прав на сексуальное и репродуктивное здоровье и нулевой терпимости к насилию в их сообществах. Мужчины и мальчики должны быть вовлечены в это движение, и способствовать созданию положительной среды на уровне семьи, сообщества и страны.

Чтобы добиться большей подотчетности поставщиков услуг, правительств и других ответственных лиц в том, что касается потребностей и прав женщин, живущих с ВИЧ, включая ключевые группы населения и трансгендерные лица, требуется настойчивая адвокатура и распространение информации. Критически



**ТАМ, ГДЕ СУЩЕСТВУЕТ НАСИЛИЕ
В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН И
ДЕВОЧЕК, ГДЕ ЕСТЬ ГЕНДЕРНОЕ
НЕРАВЕНСТВО, ЭПИДЕМИЯ ВИЧ
БУДЕТ ТОЛЬКО РАСШИРЯТЬСЯ.**

важно обратить внимание на потребности в области ВИЧ, сексуального и репродуктивного здоровья, а также просвещения нового поколения девушек и девочек, которые ВИЧ-инфицированы от рождения или были инфицированы в раннем возрасте (22, 23). Эти девушки вполне справедливо отстаивают свои права на сексуальное и репродуктивное здоровье (24).

Привлечение и участие женщин и девочек, живущих и пострадавших от ВИЧ, имеет большое значение для обеспечения эффективности и устойчивости мер борьбы со СПИДом.

ВО ВЕСЬ ГОЛОС

ПРУДЕНС МАБЕЛЕ, ГРАСИЯ ВИАЛЕТТА РОСС КВИРОГА,
АНАНДИ ЮВАРАДЖ

Насилие в отношении женщин часто выдают за стигму и дискриминацию. Это попытка упрощения и отрицания ситуаций, являющихся ярким проявлением структурного, культурного и прямого насилия против женщин, живущих с ВИЧ. Исходя из нашего опыта, мы можем констатировать, что меры борьбы со СПИДом не помогли искоренить гендерное неравенство и полностью удовлетворить потребности женщин и девочек.

На протяжении многих лет терминология по ВИЧ развивается вместе с эпидемией. Кто-то ссылается на «феминизацию эпидемии», тогда как другие называют это преувеличением. В процессе этого «эпидемического спора» о том, кто подвергается самому большому риску, а кто рискует меньше, наши права – права женщин и личностей, принадлежащих к разным группам и выполняющих различные функции – оказались ограничены. Наша идентичность была сужена и сведена к роли матерей – в программах по проблеме вертикальной передачи, к роли вдов умерших от СПИДа – в программах ухода и поддержки, к роли работников секс-бизнеса – в программах по проблемам наиболее уязвимого населения, тогда как трансгендерные женщины оказались и вовсе не у дел.

Подобный подход к эпидемии является чрезвычайно патриархальным. Все, что нам предлагается, связано с мужчинами и нашими взаимоотношениями с ними, а не непосредственно с нами – женщинами и девочками, и с принципами гендерного равенства. Понимание роли гендерного неравенства в эпидемии ВИЧ также предполагает обсуждение и понимание самих мужчин – не только как группы нарушителей, но и как жертв общей гендерной системы, заставляющей мужчин вести себя определенным образом, чтобы доказать свою мужественность.

Там, где существует насилие в отношении женщин и девочек, где есть гендерное неравенство, там эпидемия ВИЧ будет только расширяться. Программы профилактики ВИЧ должны заниматься как факторами риска, так и нашей уязвимостью к ВИЧ. Например, к факторам риска относятся ситуации, которые один человек иногда может контролировать (например, принять решение об использовании презерватива), тогда как уязвимость подразумевает факторы, на которые мы не можем повлиять, изменив наше собственное поведение (примером может служить прогулка, результатом которой становится изнасилование). В этом случае требуется изменение общественного сознания.

Уязвимость к ВИЧ зависит от контекста и во многих случаях наш риск связан с культурой, социальным и экономическим статусом и распределением

возможностей между мужчиной и женщиной. В Латинской Америке, как и во многих частях света, неравноправные взаимоотношения между мужчиной и женщиной определяются доминирующей культурой «мачо» и пассивностью, предписываемой идеальной женщине. В то время как для мужчины приемлемо агрессивное и сексуально активное поведение, женщины, в общественном представлении, должны быть тихими и молчаливыми, сексуально пассивными и невежественными. Это только одна из многих форм, в которых насилие и гендерное неравенство закрепились в культурных нормах и представлениях.

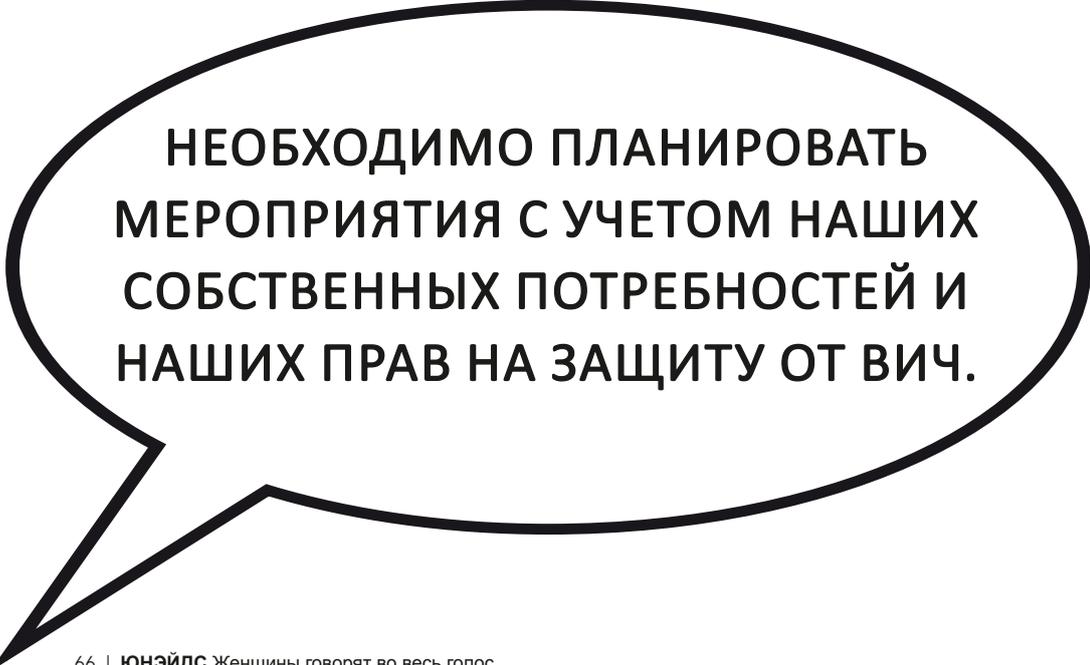
В Южной Африке мы ежедневно сталкиваемся со случаями, когда женщин, молодых и старых, насилуют и убивают. Мы задаемся вопросом, каким образом возникают такие ситуации, противоречащие нашим ценностям и культуре? Женщины спрашивают, почему услуги не обеспечивают нашей безопасности? Нам, женщинам, необходимы консультирование и пост-контактная профилактика, необходимо, чтобы полиция и власти прислушивались к нам и наказывали правонарушителей по справедливости.

Молодежь испытывает те же проблемы, сталкиваясь с нищетой, отсутствием защищающих ее права социальных сетей, лишаясь крова в результате потребления наркотиков. Девушки, оставшиеся без крыши над головой, могут столкнуться с насилием и жестокостью, а в некоторых странах женщины, потребляющие наркотики, не могут даже воспользоваться убежищем для женщин, подвергшихся насилию.

Учитесь у нас

Эпидемиология выявила различные факторы, увеличивающие нашу уязвимость к ВИЧ. Однако эпидемиологический анализ, результаты которого часто ложатся в основу политических решений, не учитывает факторов, благоприятно влияющих на женщин и девочек, не изучает личный опыт женщин во всем их разнообразии.

В Южной Африке, например, в большинстве случаев женщин и девочек не воспринимают в качестве ключевой группы населения, хотя в этом регионе число женщин, живущих с ВИЧ, превышает число инфицированных мужчин. По всему миру программы, применяющие гендерно-ориентированные подходы для изменения среды (т.е., стремящиеся изменить вредные гендерные нормы и решить проблему неравенства путем создания равноправных социальных норм, структур и взаимоотношений), не получают необходимой финансовой поддержки и плохо интегрированы в национальные меры борьбы с ВИЧ. Многие страны по-прежнему предлагают женщинам и девочкам следовать таким правилам, как



**НЕОБХОДИМО ПЛАНИРОВАТЬ
МЕРОПРИЯТИЯ С УЧЕТОМ НАШИХ
СОБСТВЕННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ И
НАШИХ ПРАВ НА ЗАЩИТУ ОТ ВИЧ.**

«воздержание, сохранение верности и предохранение», игнорируя реальность, социально-культурный и религиозный контекст, в котором мы живем.

Мероприятия должны основываться на наших собственных потребностях и нашем праве на собственную защиту от ВИЧ. Реализуя меры борьбы со СПИДом, не следует относиться к нам, как к узкой категории, так как все мы очень разные. Женщина, занимающаяся коммерческим сексом, одновременно может быть женой, и, неизменно используя презерватив при контакте с клиентами, не делает того же со своим мужем или партнером. Точно так же, замужняя женщина, живущая с ВИЧ, может не раскрывать собственный ВИЧ-статус своему, возможно, ВИЧ-отрицательному мужу, поскольку боится его потерять или подвергнуться жестокому избиению. Девушка игнорирует свидетельства, предупреждающие ее о рискованности поведения, потому что она охвачена любовью к партнеру. Таков социальный контекст нашей реальности, именно поэтому нам необходимо пересмотреть все программы профилактики с точки зрения гендера и человеческих прав и изменить стратегию.

Мы работаем в среде, где руководят мужчины. Мы добились для себя места за общим столом переговоров и заняли ведущие позиции в национальных советах по СПИДу. Мы сотрудничаем с министрами по проблемам гендера и, кроме того, поддерживаем стратегические контакты с министерствами здравоохранения, добиваясь принятия мер, способствующих гендерному равенству, и расширения усилий по реализации гендерно-позитивных решений в рамках национальных мер борьбы со СПИДом.

Мы документируем наш опыт, анализируем существующие исследования в области гендерного равенства, а также призываем к расширению гендерно-ориентированных действий в национальной политике и планах. Женщины занимают лидирующие позиции на всех уровнях деятельности гражданского общества. Объединяя свои усилия, женщины меняются, но эти изменения могли бы происходить быстрее, если бы усилия женщин получили признание и поддержку.

Пруденс Мабеле – исполнительный директор Сети позитивных женщин (Южная Африка); Грасия Виолета Росс – национальный председатель Боливийской сети людей, живущих с ВИЧ (Боливия); Ананди Юварадж – региональный координатор Международного сообщества женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, в Азиатско-Тихоокеанском регионе (Индия).

РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ

- **Обеспечьте адекватные ресурсы** для расширения и реализации гендерно-трансформирующих программ, работающих в наших интересах.
- **Продвигайте исследования по проблеме гендерного неравенства, дискриминации и вредным культурным практикам, способствующим распространению ВИЧ, включая гендерное насилие, с которым столкнулись многие из нас.**
- **Привлекайте женщин к мониторингу и оценке достижений** для совершенствования инструментов оценки.
- **Инвестируйте в расширение нашего потенциала, обеспечивая нас образованием, здравоохранением, работой и ведущими позициями.**
- **Расширяйте программы для женщин, переходя от профилактики передачи вируса от матери ребенку к всеобъемлющим программам профилактики и ухода.**
- **Инвестируйте в наши сообщества, используя гендерно-ориентированный подход, чтобы изменить вредные гендерные нормы и повлиять на девочек и мальчиков в процессе их формирования.**



**ИСКОРЕНИТЬ
СТИГМУ И
ДИСКРИМИНАЦИЮ!**

80%

80% правительств отчиталось о принятии законов или нормативов, защищающих женщин от дискриминации.

22%

Почти 22% женщин, живущих с ВИЧ, думают о самоубийстве.

37%

Почти 37% женщин, живущих с ВИЧ, сообщили, что подвергались физическому насилию.



ЦЕЛЬ 8

ИСКОРЕНИТЬ СТИГМУ И ДИСКРИМИНАЦИЮ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ И ЗАТРОНУТЫМ ПРОБЛЕМОЙ ВИЧ, ПУТЕМ ПРИНЯТИЯ ЗАКОНОВ И ПОЛИТИК, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ПОЛНУЮ РЕАЛИЗАЦИЮ ВСЕХ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И ОСНОВНЫХ СВОБОД

ЖЕНЩИНЫ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ, СТАЛКИВАЮТСЯ С ПОТЕРЕЙ СРЕДСТВ К СУЩЕСТВОВАНИЮ, ПРИНУДИТЕЛЬНЫМ ЛИШЕНИЕМ СОБСТВЕННОСТИ, НАСМЕШКАМИ, ОСКОРБЛЕНИЯМИ, ДОМОГАТЕЛЬСТВАМИ, ИЗГНАНИЕМ, ФИЗИЧЕСКИМИ УГРОЗАМИ, НАСИЛИЕМ И ДАЖЕ УБИЙСТВАМИ. ТЕМ НЕ МЕНЕЕ, НЕСМОТРИ НА СТИГМУ И ДИСКРИМИНАЦИЮ, ОНИ СТАНОВЯТСЯ СИЛОЙ, НЕСУЩЕЙ ПЕРЕМЕНУ. (1).

Введение

Женщины зачастую являются основным объектом стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в различных эпидемиях и обстоятельствах, поскольку от них ожидают сохранения моральных традиций общества, к которому они принадлежат, а ВИЧ рассматривается как свидетельство того, что они не выполнили эту важную социальную функцию (2). Женщины, живущие с ВИЧ, по-прежнему ежедневно сталкиваются со стигмой, дискриминацией и другими нарушениями прав человека – в семьях и сообществах, в системе здравоохранения и в контексте правовых и социальных услуг, а также в профессиональной деятельности (Таблица 8.1).

Стигма и дискриминация негативно воздействуют на поведение женщин при обращении за медицинскими услугами и их способность воспользоваться доступом к услугам и поддержке. Нарушения прав человека в отношении женщин, живущих с ВИЧ, в системе здравоохранения широко распространены, включая отказ в предоставлении информации или же предоставление ложной информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, планировании семьи, профилактике и лечению в связи с ВИЧ. По словам женщин, живущих с ВИЧ, им приходится сталкиваться с отказом в услугах, грубым и предвзятым отношением, нарушением конфиденциальности и принципов информированного согласия (1). Недавно проведенное в Кении межсекторное исследование выявило, что боязнь стигмы и насилия в связи с ВИЧ иной раз заставляет беременных женщин отказываться от тестирования на ВИЧ (3).

ТАБЛИЦА 8.1. ИНДЕКС СТИГМЫ, УГРОЖАЮЩЕЙ ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ (РЕЗУЛЬТАТЫ)

СТРАНА	% СТИГМА В СЕМЬЕ И СООБЩЕСТВЕ		% СТОЛКНОВЕНИЕ С НАСИЛИЕМ		% СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЯ НА РАБОТЕ		% ПОВСЕМИСТНАЯ СТИГМА		ДОСТУП К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ											
	Изоляция в семье	Осуждение, сплетни	Словесные оскорбления	Физические воздействия	Отказ в работе	Потеря работы или дохода	Чувство стыда	Мысли о самоубийстве	Отказ в медобслуживании, включая стоматологические услуги	Отказ в услугах по сексуальному и репродуктивному здоровью										
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины		
КАМЕРУН	14,5	11	46,5	53,5	30,2	36,9	11,1	12,3	12,5	3,4	21,9	23,1	32,6	36,3	4,9	4,6	13,4	13,1	3,4	5,6
САЛЬВАДОР			21,5	37,4	7,3	17,4	2,3	4,6												
ЭСТОНИЯ	*	*	57	72	35	44	23	23	*	*	*	*	39	47	7	15	*	*	*	*
ЭФИОПИЯ	25,5	25,7	65,5	70,5	30,4	33,4	9,5	11,7	25,9	22,4	41,6	42,2	45,1	46,1	16,6	21,5	8,1	7	5,5	5,6
ГВАТЕМАЛА	4,2	3,1	18,2	20,4	10	9,9	2,3	4,3	2,3	5,2	9,3	6	37,6	50	15,3	12,7	5,2	5,7	2,1	1,3
ЯМАЙКА	*	*	53	56,6	25,7	33,2	5,9	9	*	*	10,6	15	*	*	13	24	7	5	*	*

Примечание: Эти страны представляют межрегиональный срез информации, собранной через Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ

Самым вопиющим нарушением прав человека в отношении женщин, живущих с ВИЧ, является принудительная стерилизация ВИЧ-позитивных женщин (4). Доклад, опубликованный в 2012 году Африканской инициативой в области гендера и СМИ (5), содержит свидетельства о том, что в государственных больницах Кении широко распространена принудительная стерилизация ВИЧ-позитивных женщин. Принудительная стерилизация была также зафиксирована в Чили (6), Аргентине (7), Мексике (8), в Азии (9) и южных регионах Африки (10).

Другой серьезной проблемой, с которой сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, является нарушение их права собственности и наследования, часто в результате смерти их мужей вследствие СПИДа. Это может привести к принудительному лишению собственности, потере крова, средств к существованию, а также отторжению со стороны семьи и сообщества. В таких условиях пострадавшие женщины и их дети могут испытывать повышенные трудности при доступе к лечению, уходу и поддержке (11). Исследование в Уганде и пригородных районах Южной Африки показало, что женщины, владеющие собственностью, значительно успешнее избегают чреватых насилием взаимоотношений и договариваются об условиях сексуальных контактов, включая использование презерватива (12).

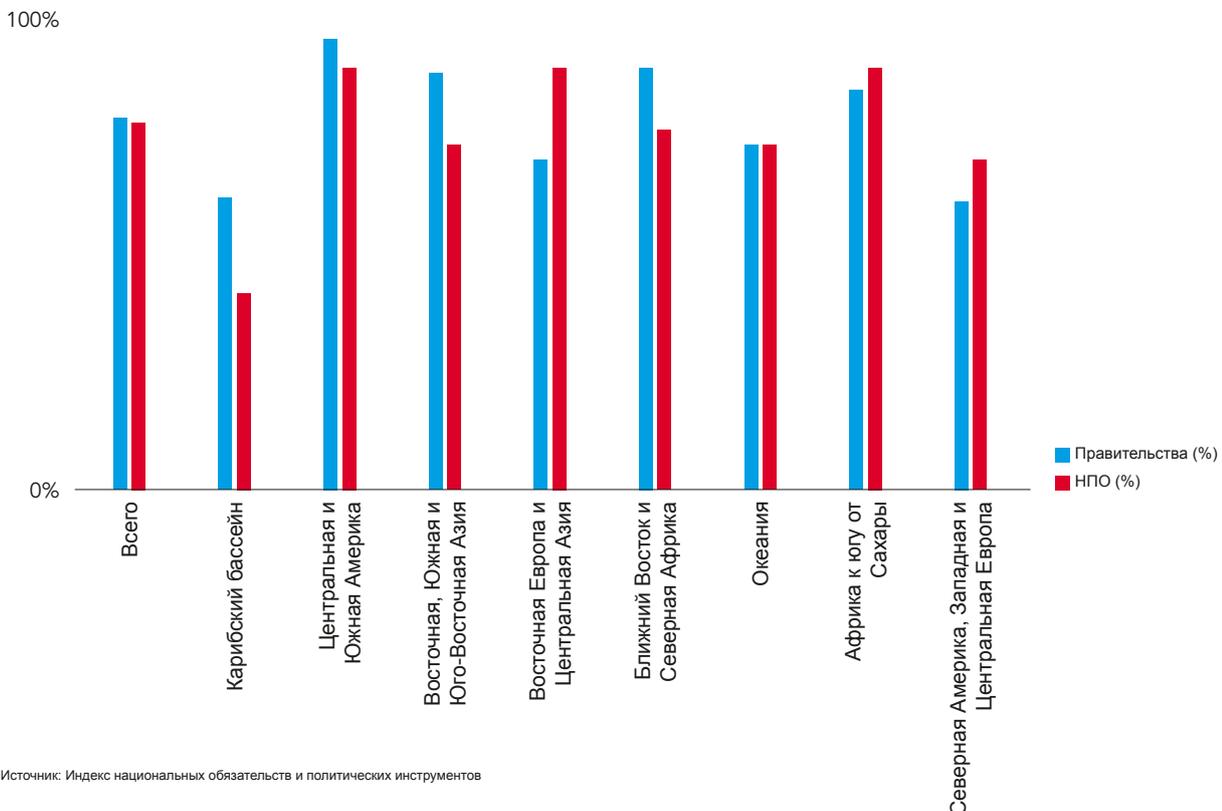
Женщины, живущие с ВИЧ, занимающиеся секс-бизнесом, потребляющие наркотики, лесбиянки или трансгендерные лица сталкиваются с серьезными дополнительными неблагоприятными факторами, особенно когда такое

поведение криминализовано. Уголовное законодательство и жестокость, проявляемая правоохранительными органами (угрозы, вымогательство, изнасилование и насилие), препятствуют доступу представителей этих групп населения к услугам в связи с ВИЧ, включая и лечение. Женщины, живущие с ВИЧ, и относящиеся к этим группам, претерпевают многочисленные проявления стигмы, дискриминации и маргинализации.

Прогресс в правоприменении

Представленные странами отчеты о глобальном прогрессе в деле борьбы со СПИДом за 2012 год свидетельствуют о некотором прогрессе в решении проблемы стигмы, дискриминации и репрессивных законов, воздействующих на женщин. Почти 80% правительств сообщают о законах или нормативах, защищающих женщин от дискриминации, хотя ситуация в различных регионах серьезно отличается (Рисунок 8.1). Однако, даже там, где такие законы существуют, правовые механизмы зачастую малодоступны и непозволительно дороги для женщин, живущих с ВИЧ. Кроме того, доступу к правосудию могут мешать местные власти и/или лидеры сообщества, если преобладающие традиционные нормы не предполагают оказание поддержки таким женщинам.

РИСУНОК 8.1. ПРАВИТЕЛЬСТВА И НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ИСТОЧНИКИ, СООБЩАЮЩИЕ О ДЕЙСТВУЮЩИХ В СТРАНЕ ЗАКОНАХ ИЛИ НОРМАТИВАХ, ЗАЩИЩАЮЩИХ ЖЕНЩИН, 2012 Г.

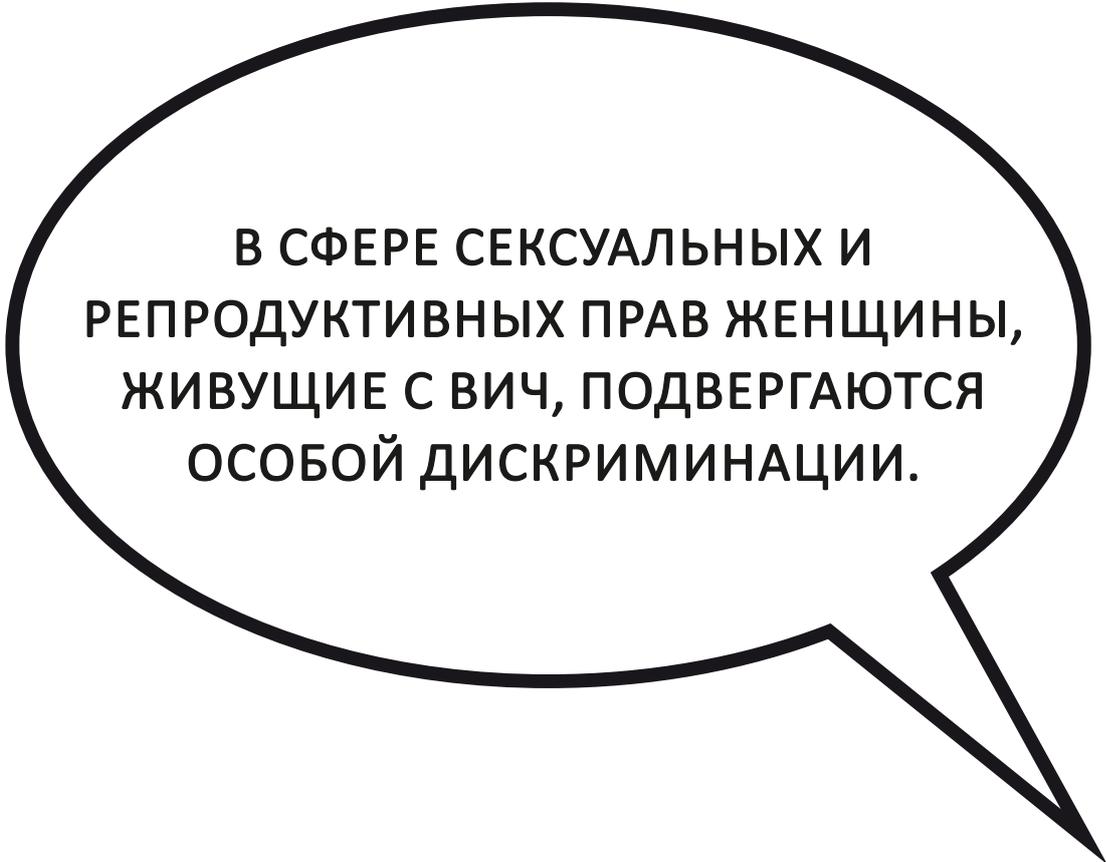


Источник: Индекс национальных обязательств и политических инструментов

В некоторых странах женщины, живущие с ВИЧ, и отстаивающие их права активисты противостоят репрессивным законам и практике. В Малави женщины, живущие с ВИЧ, работали в тесном контакте с другими группами женщин, добиваясь принятия парламентом в 2011 году нового Закона об имуществе умерших лиц, подтверждающего право женщины на наследование имущества, полученного в замужестве (13). Новый закон, принятый после 12 лет обсуждения, делает отъем собственности уголовным преступлением (13).

В Индии и Непале ВИЧ-позитивные женщины, потребляющие наркотики, работают с местными организациями, оказывая поддержку членам своего сообщества в доступе к профилактике ВИЧ и услугам по снижению вреда. Они также ведут пропагандистскую работу среди полицейских, убеждая их не применять репрессивные меры и насилие в отношении людей, потребляющих наркотики, и работников секс-бизнеса (14).

Последние успехи женщин в борьбе со стигмой, дискриминацией и репрессивными законами показывают, что негативная правовая и социальная среда может быть изменена. Для этого необходимо участие в работе женщин, живущих с ВИЧ, и активистов, а также использование их опыта при разработке мер в ответ на эпидемию. Эти усилия должны развиваться в соответствии с концепцией позитивного здоровья, достоинства и профилактики, которая посвящена вопросам улучшения и поддержания здоровья и благополучия людей, живущих с ВИЧ, на комплексной основе. Это, в свою очередь, идет на пользу здоровью и благополучию партнеров, семей и сообществ (15).



**В СФЕРЕ СЕКСУАЛЬНЫХ И
РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ ЖЕНЩИНЫ,
ЖИВУЩИЕ С ВИЧ, ПОДВЕРГАЮТСЯ
ОСОБОЙ ДИСКРИМИНАЦИИ.**

Несмотря на все вышесказанное, сети женщин, живущих с ВИЧ, по-прежнему не получают необходимой поддержки, которая могла бы обеспечить их значимое и устойчивое участие в борьбе со СПИДом, искоренении стигмы, дискриминации и насилия. Необходимо выделить ресурсы для поддержки женщин, живущих с ВИЧ, через конкретные программы, посвященные проблемам стигмы, дискриминации и репрессивных законов. Такие программы включают вопросы правовой реформы, просвещения по вопросам прав человека, юридических услуг, мониторинга и снижения стигмы и дискриминации, обучения полиции и работников здравоохранения, а также программы по снижению или искоренению вредных гендерных норм и насилия в отношении женщин. Особое внимание должно быть уделено потребностям женщин, живущих с ВИЧ, принадлежащих к ключевым группам населения.



**ЕСЛИ БЫ ЖЕНЩИНЫ, ЖИВУЩИЕ
С ВИЧ, НЕ РЕШИЛИСЬ ОБРАТИТЬСЯ
К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ВОЗГЛАВЛЯЕМЫМ
ИХ СОРАТНИЦАМИ, О НАСИЛИИ,
НАПРИМЕР, В НАМИБИИ НИКТО БЫ
И НЕ УЗНАЛ.**

ВО ВЕСЬ ГОЛОС

ДЖЕННИФЕР ГАТСИ, СЬЮЗАН ПЭКСТОН, РИТА ВАХАБ

Становится все очевиднее, что политика, законодательство и правоприменение оказывают значительное влияние на наш доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. Женщины, живущие с ВИЧ, остро чувствуют последствия репрессивных и дискриминационных законов, политики и практики. Стигма и дискриминация ограничивают нашу возможность отстаивать и пользоваться правами.

Хотя мы научились справляться с ВИЧ, и те из нас, кто имеет доступ к лечению, живут все дольше, мы по-прежнему сталкиваемся со стигмой и дискриминацией. В сфере сексуальных и репродуктивных прав женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются с особой дискриминацией. По всему миру существует множество примеров того, как именно стигма и дискриминация затрагивают нас. Мы испытываем криминализацию, оскорбления, принуждение и насилие, даже со стороны представителей правоохранительных органов, призванных защищать нас. Это мешает охватить основными услугами по ВИЧ многих женщин, боящихся раскрыть свой ВИЧ-положительный статус.

Более 60 стран приняли законы, криминализующие передачу ВИЧ, а в 24 странах более 600 человек, живущих с ВИЧ, были осуждены в соответствии с общим криминальным законодательством или по специальным законам, касающимся ВИЧ. Такие же законы вступили в силу или ждут принятия в некоторых регионах Азии, Латинской Америки и Карибского бассейна. Такие законы не способствуют расширению практики безопасного секса. Вместо этого они не позволяют людям обратиться за услугами из страха наказания (16). Подобное законодательство повышает риск насилия и злоупотреблений в отношении женщин, поощряет стигму в связи с ВИЧ, подрывает общественное здравоохранение и права женщин. Мы также испытываем структурное и правовое неравенство в том, что касается прав наследования собственности, опеки детей и содержания, а также стигмы на рабочем месте.

Существуют ограничения на доступ к информации о профилактике ВИЧ, товарах и услугах, особенно для девушек, которых убеждают в том, что они сами должны знать «что к чему», и не задавать вопросы о сексе или сексуальности. Девушкам, живущим с ВИЧ, часто заявляют, что они не должны вступать в половые контакты, поэтому девушки боятся спрашивать поставщиков услуг о существующем выборе доступных средств контрацепции.

Во многих странах женщины сталкиваются с растущей дискриминацией в результате официальной политики по тестированию всех беременных женщин на ВИЧ. Обязательное ВИЧ-тестирование существует в сфере миграции и трудоустройства (включая и секс-бизнес), при доступе к услугам здравоохранения и в условиях тюремного заключения. Более 20 стран только в Африке к югу от Сахары приняли законодательство с разделами, предписывающими обязательное тестирование на ВИЧ и раскрытие статуса. Из-за подобной политики мы часто узнаем о своем ВИЧ-статусе, не давая согласия на тестирование, не проходя консультирование и не получая понятной и точной информации по вопросам ВИЧ.

Женщина часто становится первой в семье, кому ставится диагноз ВИЧ, и чаще всего это происходит во время беременности. Когда ВИЧ-статус становится известен, многие женщины подвергаются насилию со стороны мужей или изгнанию из дома родственниками. Помимо этого, многие женщины, получившие диагноз ВИЧ во время беременности, сталкиваются с дискриминацией со стороны медработников, которые, кроме всего прочего, склоняют их к стерилизации и отказывают в помощи во время родов.

Многие страны подписали международные договоры в области защиты прав человека и приняли на себя политические обязательства по защите права женщин, живущих с ВИЧ, на равноправное обращение. Но зачастую эти обязательства не отражаются в соответствующих законах, политике, программах и услугах.

Добиваясь политических изменений

В некоторых странах женщины, живущие с ВИЧ, усомнились в существующем положении вещей и отстаивают политику, реализующую равные права всех женщин, независимо от ВИЧ-статуса. Оспаривать ответственность властей через суд довольно сложно, однако женщины, живущие с ВИЧ, начали прибегать и к этому способу. В июле 2012 года Высокий суд Намибии огласил решение против правительства Намибии и в пользу трех женщин, живущих с ВИЧ, заявивших, что их склоняли к принудительной стерилизации. Судья, однако, отверг обвинение со стороны пострадавших в том, что они были подвергнуты стерилизации из-за своего ВИЧ-положительного статуса. Таким образом, многочисленные проблемы, связанные с продолжающимися и широко распространенными нарушениями права женщин, живущих с ВИЧ, остаются нерешенными.

Исследования, проведенные нашими сетями в Азии и Африке, показывают, что женщины, живущие с ВИЧ, подвергаются сегрегации и дискриминации на протяжении беременности и во время родов (17, 18). Подобная практика загоняет многих женщин в «подполье» – они не получают предродовых медицинских услуг и, вследствие этого, оказываются лишены соответствующего ухода во время беременности.

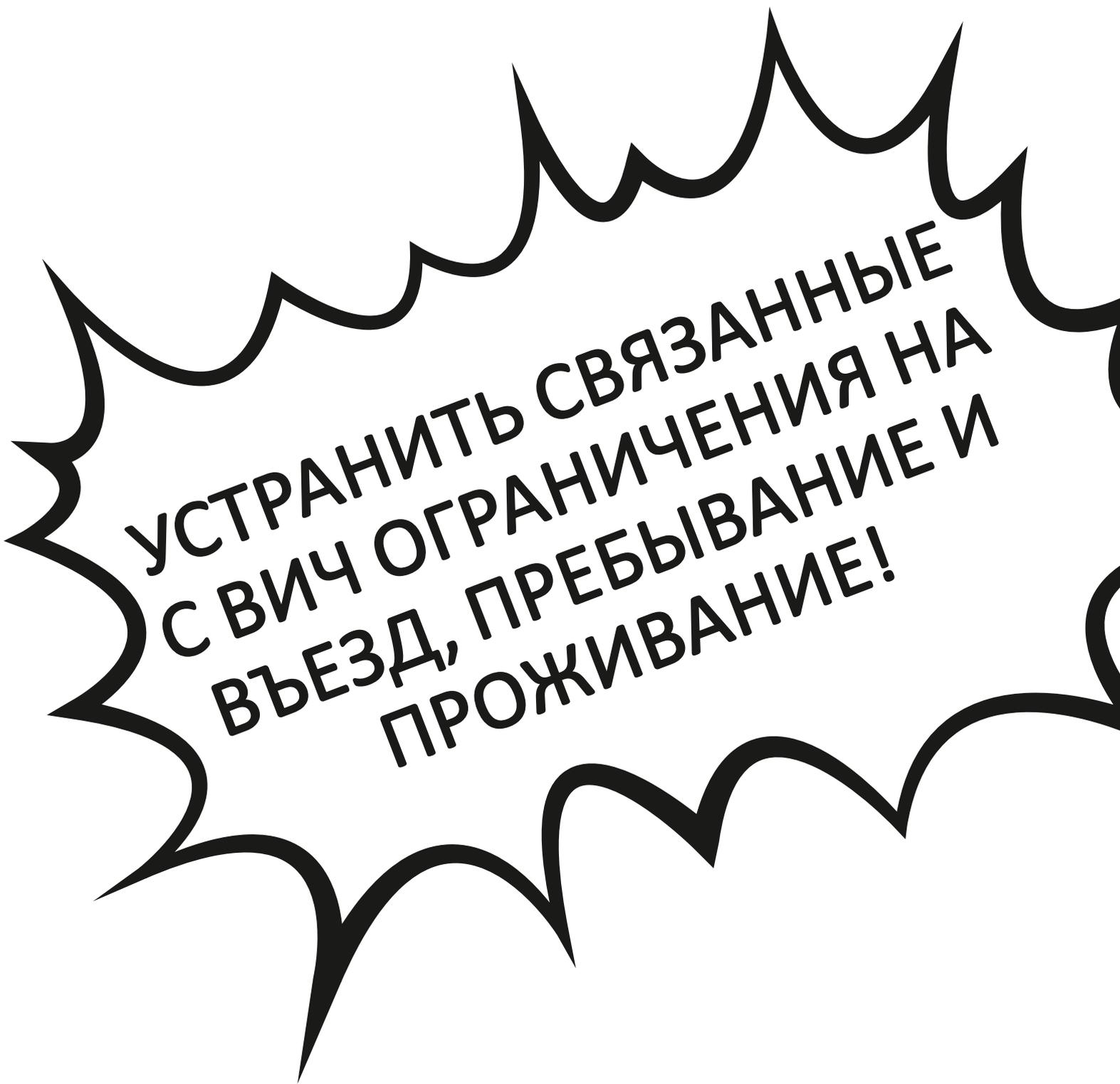
Нарушения прав беременных ВИЧ-позитивных женщин возникают в более широком контексте дискриминации в связи с ВИЧ. Пока правительства не признают этот факт, любая политика и программы по искоренению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ обречены на провал.

Кроме того, необходимо добиться деятельного участия женщин, живущих с ВИЧ, в мерах противодействия. Если бы женщины, живущие с ВИЧ, не решились обратиться к организациям, возглавляемым их соратницами, о насилии, например, в Намибии никто бы и не узнал. Это многое говорит о роли наших сетей, являющихся неотъемлемым компонентом мер противодействия стигме, дискриминации и нарушениям прав человека в связи с ВИЧ.

Дженнифер Гатси – исполнительный директор Намибийской сети по охране здоровья женщин; Сьюзан Пэкстон – советник Азиатско-Тихоокеанской сети людей, живущих с ВИЧ; Рита Вахаб – региональный координатор «MENA-Rosa» в Ливане.

РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ

- **Обеспечьте деятельное участие женщин, живущих с ВИЧ, во всех этапах разработки и реализации политических решений и программ в связи с ВИЧ.**
- **Защитите нас, немедленно предприняв на правительственном уровне меры по прекращению насильственной и вынужденной стерилизации, выработайте четкие рекомендации по обеспечению информированного согласия, предшествующего тестированию, лечению или другим процедурам в области сексуального или репродуктивного здоровья, а также обеспечьте нас широким выбором методов контрацепции.**
- **Уважайте наши права, задействовав законы и политику, поддерживающие права всех людей, живущих с ВИЧ, что позволит снизить связанную с ВИЧ стигму.**
- **Оказывайте финансовую и техническую поддержку нашим сетям, обеспечивая возможность активно пропагандировать и проводить мониторинг реформ в области законодательства, политики и разработки программ.**
- **Организируйте поддержку со стороны доноров и учреждений системы ООН нашим усилиям по документированию случаев дискриминации вследствие ВИЧ, делая особый упор на фиксации нарушений в области прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, а также по противодействию политике или законам, нарушающим наши права.**



**УСТРАНИТЬ СВЯЗАННЫЕ
С ВИЧ ОГРАНИЧЕНИЯ НА
ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И
ПРОЖИВАНИЕ!**

45 СТРАН

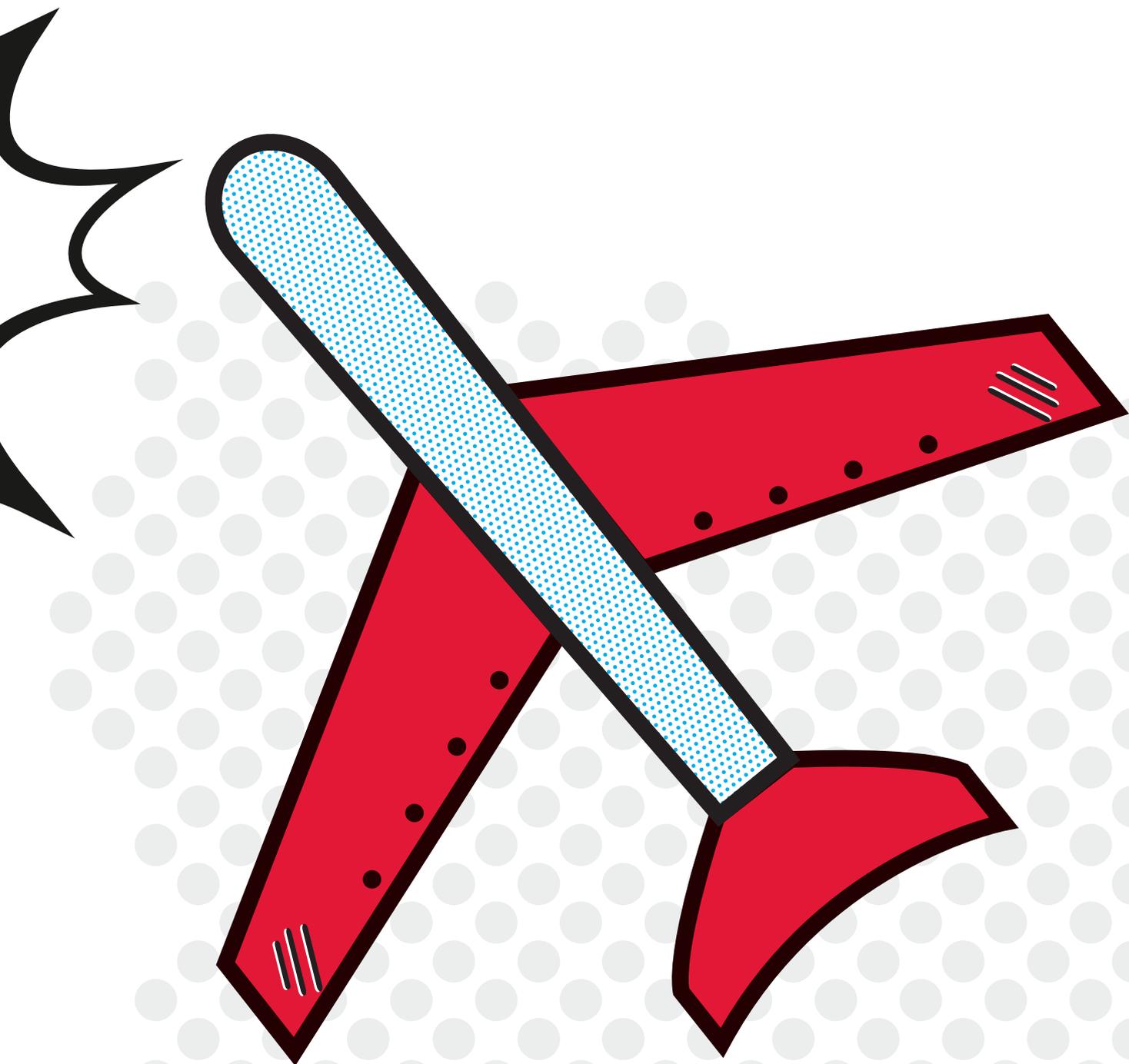
В июле 2012 года в 45 странах все еще действовали те или иные связанные с ВИЧ ограничения на въезд, пребывание или проживание.

214 МИЛЛИОНОВ

В период с 2005 по 2010 год количество мигрантов в мире возросло с 191 до 214 миллионов.

50%

Женщины составляют почти 50% от числа тех, кто мигрирует в поисках работы.



ЦЕЛЬ 9

УСТРАНИТЬ ОГРАНИЧЕНИЯ НА ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ НА ОСНОВАНИИ ВИЧ-СТАТУСА

СВЯЗАННЫЕ С ВИЧ ОГРАНИЧЕНИЯ НА ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ ВЫЗВАНЫ ОШИБОЧНЫМ ПРЕДПОЛОЖЕНИЕМ, ЧТО ЛЮДИ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ, ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ УГРОЗУ ЗДОРОВЬЮ НАЦИИ. НА САМОМ ЖЕ ДЕЛЕ ЭТИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ДИСКРИМИНАЦИОННЫМИ, ПОДДЕРЖИВАЮТ СТИГМУ И НЕ ЗАЩИЩАЮТ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ.

Введение

Усилия по устранению связанных с ВИЧ ограничений на въезд, пребывание и проживание дали результаты – с 2010 года Армения, Чили, Фиджи, Молдова, Намибия, Южная Корея, Украина и США устранили такие ограничения. Однако, по данным на июль 2012 года, в 45 странах все еще действовали те или иные ограничения.

Сведений о том, сколько именно людей было затронуто подобными ограничениями, нет. Однако можно предположить, что наиболее пострадавшими являются рабочие-мигранты, так как миллионы их стремятся въехать, найти работу и остаться в одной из ключевых стран – преимущественно в странах Персидского залива, которые применяют вышеупомянутые ограничения. В период с 2005 по 2010 год количество мигрантов в мире возросло с 191 до 214 миллионов. Женщины составляют почти 50% от числа тех, кто мигрирует в поисках работы (1).

Связанные с ВИЧ ограничения на въезд, пребывание и проживание затрагивают также человеческие права ищущих убежище и беженцев. Основная стратегия заключается в том, чтобы ВИЧ-статус ищущего убежище не препятствовал доступу к официальным процедурам при обращении за убежищем и не являлся основанием для высылки его на родину. С подобными проблемами сталкиваются и женщины-беженцы, живущие с ВИЧ.

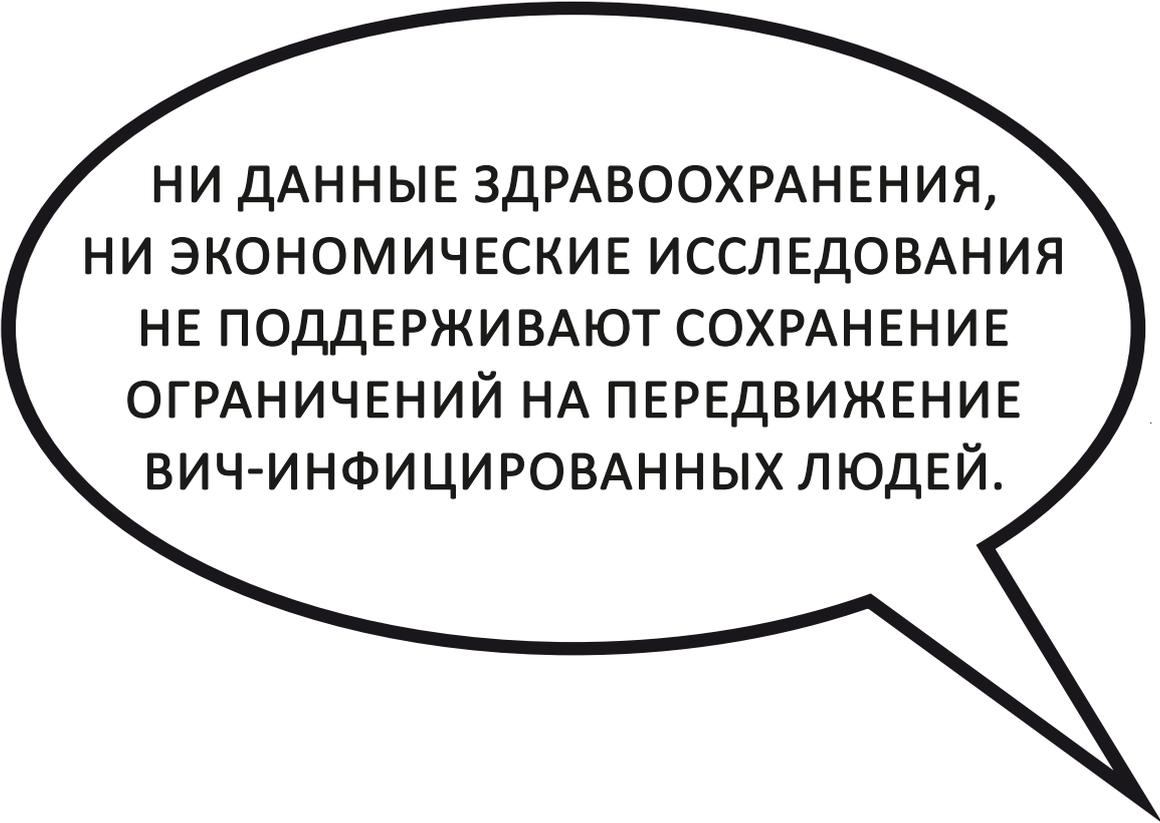
Связанные с ВИЧ ограничения на въезд, пребывание и проживание приобретают различные формы, влияющие на права и достоинство людей, живущих с ВИЧ. Некоторые страны требуют от людей прохождения тестирования на ВИЧ, прежде чем они смогут получить или возобновить визу, тогда как в других странах требуется медицинская справка, подтверждающая ВИЧ-отрицательный статус, или раскрытие ВИЧ-статуса при заполнении заявления на визу. Другие страны депортируют мигрантов, уже находящихся в стране, если они инфицируются ВИЧ и их ВИЧ-позитивный статус становится известен. Подобной депортации часто предшествует задержание, которое происходит с нарушениями закона и принципов конфиденциальности.

Женщины-мигранты испытывают еще большие проблемы, включая связанные с ВИЧ ограничения на въезд, пребывание и проживание. Они более уязвимы к проявлениям физической, сексуальной и словесной жестокости, а также чаще становятся объектами торговли людьми (2).

Профилактика и лечение для всех

Исследование показало, что женщины-мигранты, нанимаемые для помощи по дому, являются более уязвимыми вследствие повышенного риска сексуального принуждения и насилия, а также отсутствия правовой защиты (3). Для женщины-мигранта, живущей с ВИЧ, ограничения на въезд, пребывание и проживание усугубляют различные виды испытываемой стигмы. Такая стигма может быть связана со статусом мигранта, гендером, тем, что она стала жертвой сексуального насилия и/или ВИЧ-позитивна.

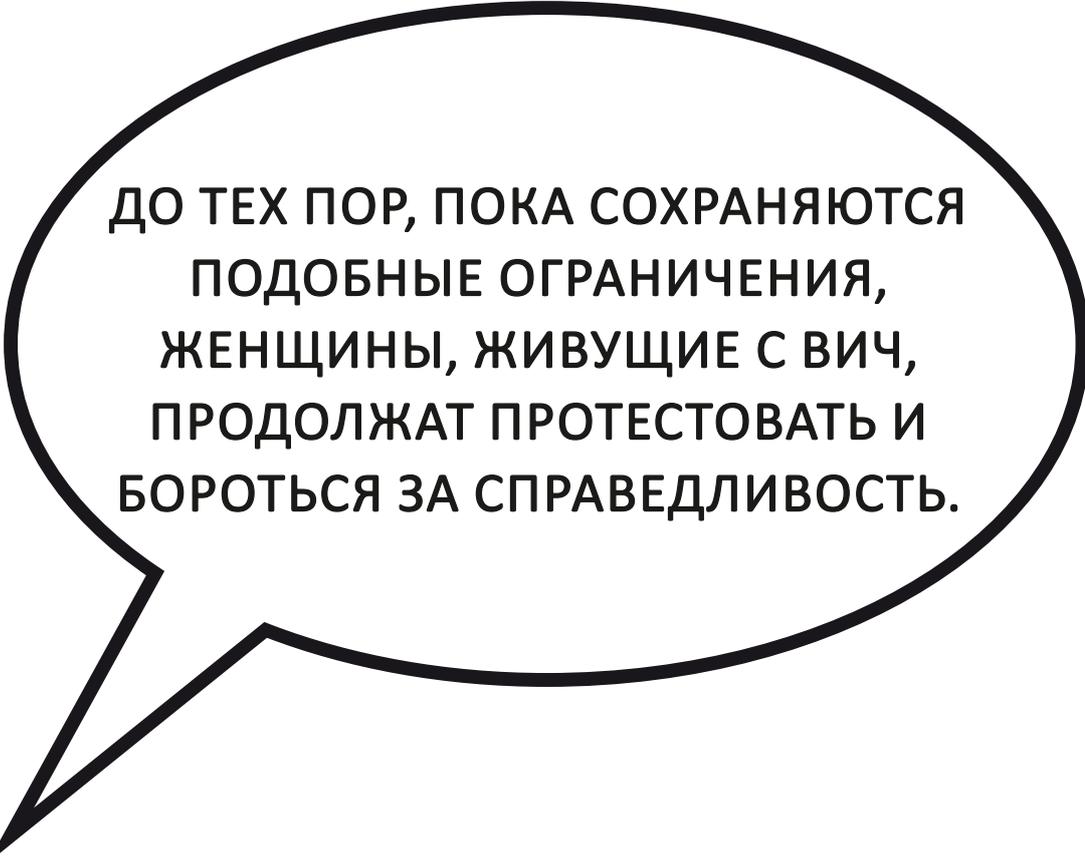
Депортированные рабочие-мигранты, живущие с ВИЧ, также могут подвергаться стигме и дискриминации со стороны своих семей и сообществ по возвращении на родину (3). Для женщин-мигрантов, обычно изначально испытывающих проблемы с трудоустройством и имеющих низкий социальный и экономический статус, подобная стигма и дискриминация могут оказаться ужасающими.



**НИ ДАННЫЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
НИ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
НЕ ПОДДЕРЖИВАЮТ СОХРАНЕНИЕ
ОГРАНИЧЕНИЙ НА ПЕРЕДВИЖЕНИЕ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ.**

Рациональным и эффективным способом защиты общественного здоровья в контексте ВИЧ и мобильности является обеспечение доступа к информации о профилактике ВИЧ, лечении и услугах для всех, кто въезжает в страну и покидает ее, как граждан, так и не имеющих гражданства. Аргентина и Бразилия являются хорошими примерами стран, предлагающих всеобщий доступ к лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. Обе страны обеспечивают антиретровирусной терапией, уходом и поддержкой людей из граничащих с ними стран, независимо от их национальности или иммиграционного статуса. Великобритания также отменила плату за лечение и уход в связи с ВИЧ для мигрантов, не имеющих документов и гражданства.

Ключевым условием успешной охраны здоровья на глобальном и национальном уровнях в условиях возрастающей миграции и глобализации является решение многочисленных проблем в области здравоохранения и человеческих прав мигрантов, включая проблемы женщин-мигрантов и тех, кто живет с ВИЧ. Успехи в устранении ограничений на въезд, пребывание и проживание стали возможны благодаря совместной работе коалиций людей, живущих с ВИЧ, защитников прав мигрантов, групп, объединяющих женщин, и организаций, защищающих права человека. Страны, граждане которых подпадают под действие таких ограничений, также должны выступать в качестве стороны двусторонних переговоров.



**ДО ТЕХ ПОР, ПОКА СОХРАНЯЮТСЯ
ПОДОБНЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ,
ЖЕНЩИНЫ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ,
ПРОДОЛЖАТ ПРОТЕСТОВАТЬ И
БОРОТЬСЯ ЗА СПРАВЕДЛИВОСТЬ.**

ВО ВЕСЬ ГОЛОС

ЛУИЗА БИНДЕР, МАРИЯ ЛОРЕНА ДИ ДЖИАНО, БЕЙБИ РИВОНА

Свобода передвижения должна быть всеобщей. Ограничения на передвижения нарушают основные человеческие права, ограничивают право на образование, работу, конфиденциальность и максимально высокий уровень здравоохранения. Наконец-то, после почти 30 лет сбора информации, накопления опыта и проведения исследований, мы поняли, что эта эпидемия в основе своей является глобальной, социально-экономической и правовой проблемой, а не только вопросом здравоохранения.

Хотя ограничения передвижений дискриминируют всех людей, живущих с ВИЧ, мы, женщины, живущие с ВИЧ, составляющие половину от общего количества людей с ВИЧ во всем мире, подвергаемся наибольшему воздействию. Располагая знаниями о ВИЧ и имея доступ к антиретровирусной терапии, сокращающей опасность инфицирования на 96%, люди, живущие с ВИЧ, не являются источником опасности для здоровья окружающих. Ни данные здравоохранения, ни экономические исследования не поддерживают сохранение ограничений на передвижение ВИЧ-инфицированных людей.

Тем не менее, мы непосредственно сталкиваемся с последствиями таких ограничений. Мы лишились работы из-за ВИЧ-статуса, и – без направления в лечебное учреждение, были депортированы. Мы на себе почувствовали несправедливость, когда пришлось прервать антиретровирусную терапию, чтобы воспользоваться возможностью обучения в стране, где существуют ограничения на передвижения в отношении людей, живущих с ВИЧ.

Больше чем туризм

Передвижение – это больше чем туризм. Многие люди из развивающихся стран, особенно женщины, путешествуют в поисках возможностей получения дохода. В некоторых странах только рабочие-мигранты обязаны пройти тестирование на ВИЧ, особенно женщины, поскольку они воспринимаются в качестве источника передачи ВИЧ. Однако, в реальности все наоборот – мы, женщины, зачастую становимся уязвимыми к ВИЧ, как только въезжаем в страну. Женщины-мигранты во время пребывания за рубежом часто становятся жертвами сексуального насилия или эксплуатации. Например, одно исследование в Онтарио (Канада) показало, что женщины из стран Африки и Карибского бассейна, инфицированные ВИЧ, обычно получили ВИЧ после въезда в страну, а не наоборот. Многие женщины почти не имеют возможности повлиять на то, когда и как они занимаются сексом, что увеличивает уязвимость к ВИЧ.

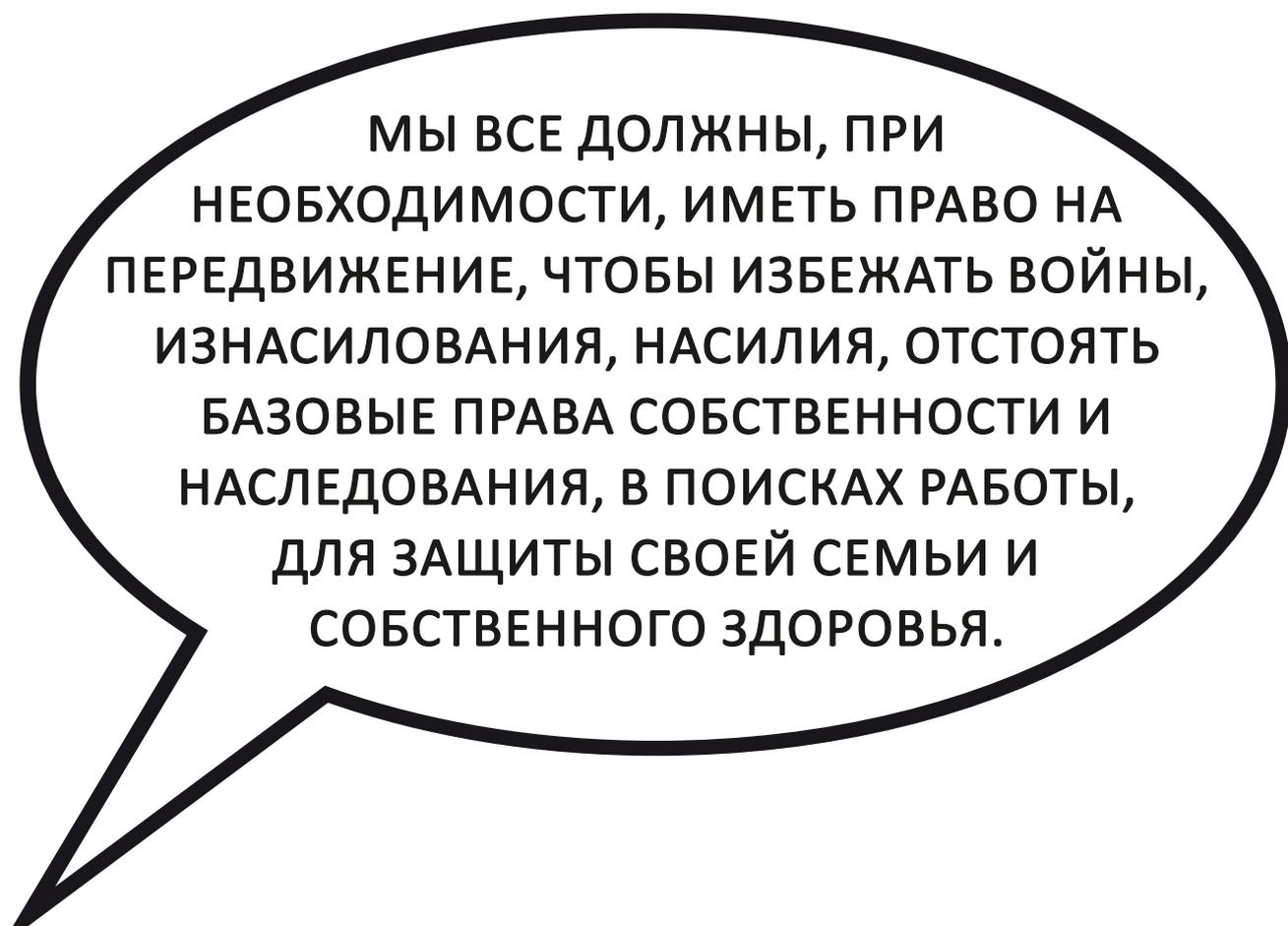
Мы все должны иметь право на переезд, в случае необходимости, чтобы избежать войны, изнасилования, насилия, отстоять базовые права собственности и наследования, в поисках работы, для защиты своей семьи и собственного здоровья. Ограничение передвижений в значительной степени снижает нашу мобильность. Но что еще хуже, так это то, что подобные ограничения могут усилить и закрепить подчиненный статус женщины. Женщины зачастую не могут найти работу или же соглашаются на низкооплачиваемую работу без каких-либо социальных льгот, а также не имеют страховки на родине. Женщины часто попадают в другую страну в качестве беженцев. Беременные женщины, нуждающиеся в уходе, подвергаются огромному риску. Дискриминация

трансгендерных женщин настолько велика, что они часто даже не пытаются въехать в страну, имеющую ограничения на передвижение.

Каждая страна с ограничениями на передвижение имеет свои собственные правила, обычно включающие обязательное, неконфиденциальное тестирование на ВИЧ без консультирования до или после него и без направления для получения услуг по профилактике и лечению ВИЧ. Ограничения также включают требование сообщить свой ВИЧ-статус при заполнении заявления на визу. Раскрытие статуса влечет за собой задержание и депортацию людей, живущих с ВИЧ, отказ в разрешении на работу, невозможность участия в деловых встречах, обучения за рубежом, воссоединения с семьей и общения с друзьями.

Почему люди, живущие с ВИЧ, должны подвергаться обязательному, неконфиденциальному тестированию, чтобы эмигрировать или учиться за границей? Требование тестирования практически исключает для женщины возможность путешествовать – из-за страха быть отвергнутой своей семьей и своим сообществом, угрозы насилия, остракизма и даже смерти, если статус станет известен окружающим. Тех из нас, кому повезло больше и кто может путешествовать, страх разоблачения вынуждает оставлять лекарства дома, что грозит обострением заболевания или возникновением резистентности к препаратам и серьезными проблемами в будущем. В качестве аргумента приводится довод, что люди с ВИЧ могут дорого обойтись стране, если позволить им въехать, и станут тяжелым бременем, однако это неверно.

Не существует подтверждения тому, что мы не можем стать полноправными членами общества, способствующими экономическому и социальному благополучию принявшего нас дома. Доступ к лечению позволяет нам вести долгую, продуктивную жизнь и вносить свой вклад в экономику принявшей нас страны.



**МЫ ВСЕ ДОЛЖНЫ, ПРИ
НЕОБХОДИМОСТИ, ИМЕТЬ ПРАВО НА
ПЕРЕДВИЖЕНИЕ, ЧТОБЫ ИЗБЕЖАТЬ ВОЙНЫ,
ИЗНАСИЛОВАНИЯ, НАСИЛИЯ, ОТСТОЯТЬ
БАЗОВЫЕ ПРАВА СОБСТВЕННОСТИ И
НАСЛЕДОВАНИЯ, В ПОИСКАХ РАБОТЫ,
ДЛЯ ЗАЩИТЫ СВОЕЙ СЕМЬИ И
СОБСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ.**

На переднем правозащитной деятельности

Женщины, живущие с ВИЧ, участвуют в работе и возглавляют многие инициативы по борьбе с подобной дискриминацией. Одним из таких примеров является Комитет за доступное лечение СПИДа в Онтарио (Канада), организация, в которую входят люди, занимающиеся проблемами права, здравоохранения, урегулирования и ВИЧ. В 2001 году Комитет провел силами сообщества новаторское исследование по улучшению доступа к лечению для людей, живущих с ВИЧ, являющихся иммигрантами, беженцами, людьми без статуса. Результаты этого исследования легли в основу работы и общественной политики Комитета. Канадская правовая сеть по вопросам ВИЧ/СПИДа также провела прекрасное исследование в области иммиграционной политики, результаты которого используются в общественной политике по всему миру. Правовой проект сети оказывает помощь таким людям, как, например, Хайдемари Ф. Кремер, врачу из Германии, живущей с ВИЧ, которой в 2012 году было отказано во въезде в США для участия в Международной конференции по СПИДу, проходившей в Вашингтоне.

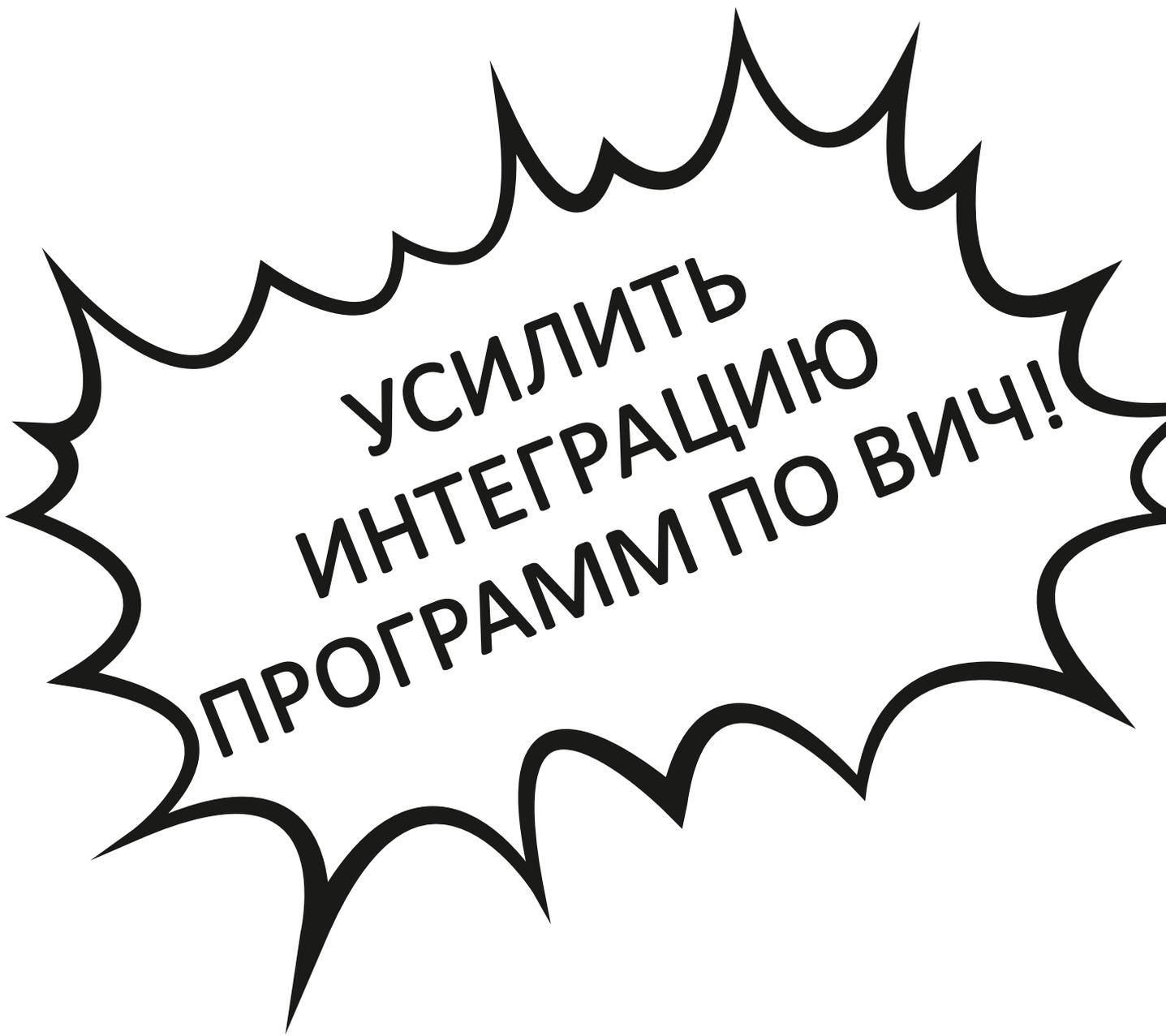
Аргентинская сеть женщин, живущих с ВИЧ, находится на переднем крае борьбы за права мигрантов, живущих с ВИЧ, работая в сотрудничестве с женскими группами мигрантов и уделяя особое внимание вопросам права на доступ к лечению и уходу. Это только несколько примеров из числа многих местных и международных организаций, отважно борющихся с дискриминацией в отношении людей, живущих с ВИЧ.

До тех пор пока сохраняются подобные ограничения, женщины, живущие с ВИЧ, продолжают протестовать и бороться за справедливость.

Луиза Биндер – член Международного сообщества женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом (Северная Америка); Мария Лорена Ди Джуано – член Аргентинской сети женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом; Бейби Ривона – сооснователь Индонезийской сети ВИЧ-позитивных женщин.

РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ

- **Присоединяйтесь к нашим требованиям немедленной отмены правительствами ограничений на передвижение в отношении людей, живущих с ВИЧ.**
- **Защищайте тех из нас, кто пострадал от связанных с ВИЧ ограничений на въезд, пребывание и проживание, и предпринимайте дипломатические усилия для убеждения стран, ограничивающих наши передвижения.**
- **Работайте с нами вместе, убеждая правительства принять политические решения, гарантирующие права мигрантов и беженцев, живущих с ВИЧ, на доступ к услугам здравоохранения.**
- **Уважайте наши права. Тестирование на ВИЧ должно быть анонимным, добровольным и конфиденциальным, и должно включать консультирование до и после тестирования.**
- **Дайте возможность тем, кто забеременел, воспользоваться полным комплексом медицинских услуг для нас самих и наших детей в случае легального въезда в страну.**
- **Привлекайте сети людей и женщин, живущих с ВИЧ, к разработке соответствующей политики и законов.**
- **Мы, женщины, живущие с ВИЧ, должны мобилизовать свои силы и создать коалиции со СПИД-сервисными организациями, сетями людей, живущих с ВИЧ, и ЮНЭЙДС, чтобы добиться отмены ограничений, существующих в законодательстве, правилах, политике и практике.**



**УСИЛИТЬ
ИНТЕГРАЦИЮ
ПРОГРАММ ПО ВИЧ!**

81%

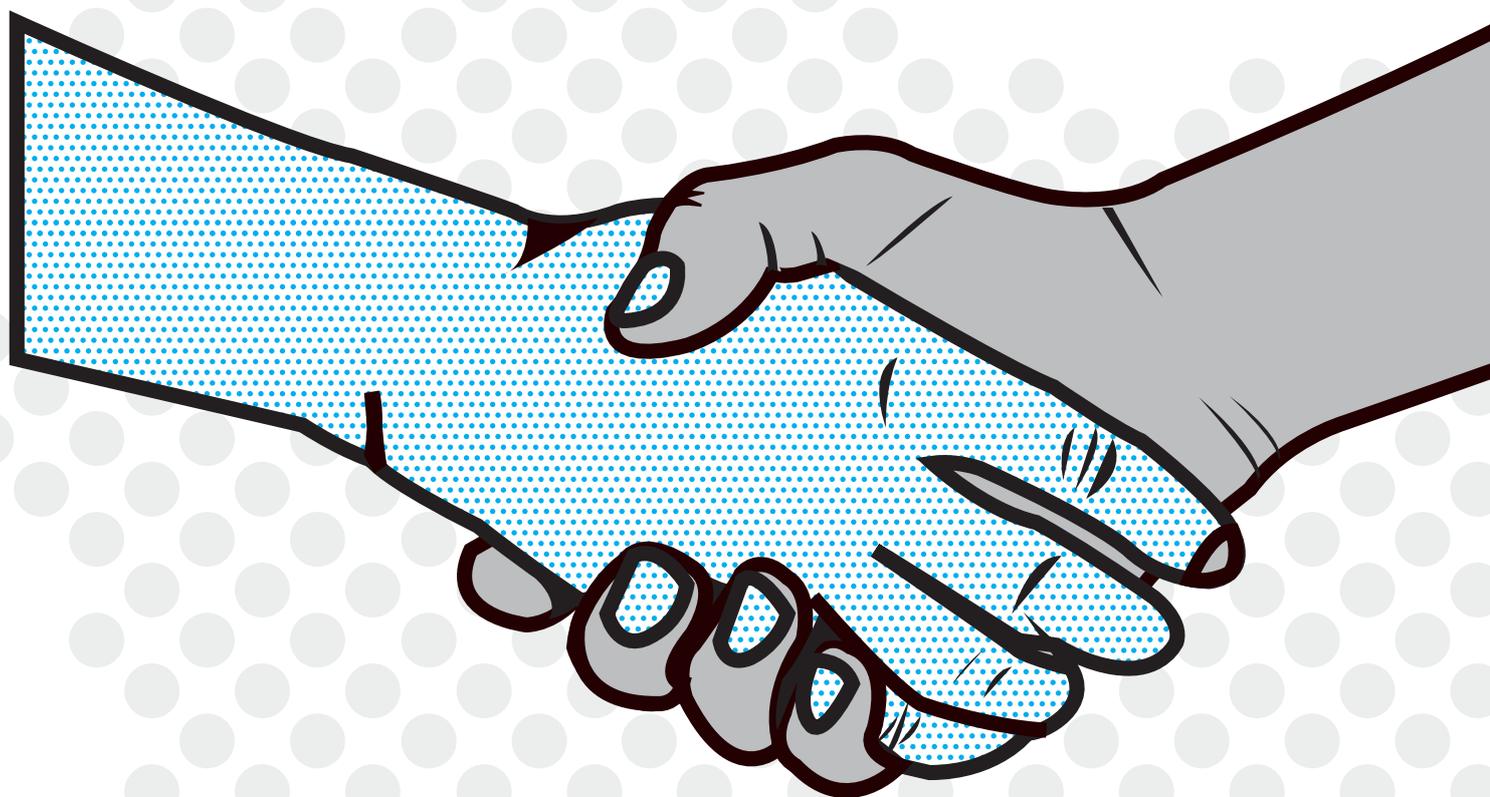
В 2012 году число стран, сообщивших о программах по проблемам женщин в качестве отдельного компонента многосекторных стратегий по ВИЧ, составило 81%.

41%

Только 41% стран, сообщивших о включении проблем женщин в качестве отдельного компонента многосекторных стратегий по ВИЧ, выделяют специальный бюджет для решения этих проблем.

3 МИЛЛИОНА

В Африке к югу от Сахары живет почти 3 миллиона ВИЧ-инфицированных людей в возрасте 50 и более лет.



ЦЕЛЬ 10

ЛИКВИДИРОВАТЬ ПАРАЛЛЕЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ С ЦЕЛЬЮ УСИЛЕНИЯ ИНТЕГРАЦИИ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД В ОБЛАСТИ ГЛОБАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РАЗВИТИЯ

УСИЛЕНИЕ ИНТЕГРАЦИИ ПРОГРАММ ПО ВИЧ И ДРУГИХ ГЛОБАЛЬНЫХ УСИЛИЙ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РАЗВИТИЯ, ОСОБЕННО СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, ПОЗВОЛИТ РАСШИРИТЬ ОХВАТ, ПОВЫСИТЬ ДОЛГОВРЕМЕННУЮ УСТОЙЧИВОСТЬ И ДОСТИЧЬ НОВЫХ УСПЕХОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И РАЗВИТИИ, ОСОБЕННО В СФЕРЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ПРАВ (1).

Введение

Задача интеграции вопросов гендера в программы по ВИЧ зафиксирована в различных международных соглашениях и декларациях, включая Программу действий, принятую на Международной конференции по народонаселению и развитию в 1994 году, Пекинскую декларацию и Платформу действий, принятые Четвертой всемирной конференцией по положению женщин в 1995 году (2), а также Политическую декларацию по ВИЧ/СПИДу 2011 года.

Правительства все чаще признают большое значение гендерного равенства в национальных мерах противодействия ВИЧ, включая особое воздействие эпидемии на женщин и девочек. В 2012 году число стран, сообщивших об организации программ по проблемам женщин в качестве отдельного компонента многосекторных стратегий по ВИЧ, составило 81%. Однако это означает, что каждая пятая страна не имеет конкретной стратегии по проблемам женщин. Из тех же, что уже имеют подобную стратегию, только 41% выделяет специальный бюджет для решения этих проблем (3).

В регионе Африки к югу от Сахары, эпицентре глобальной эпидемии, гендерное неравенство по-прежнему приводит к тому, что женщины и девочки несут непропорционально высокое бремя ВИЧ, при этом, по некоторым оценкам, 60% женщин в регионе инфицированы ВИЧ.

Насилие со стороны интимного партнера и финансовая зависимость от партнеров-мужчин, низкий образовательный уровень девочек напрямую связаны с ростом уязвимости к ВИЧ (4). Критически важно интегрировать гендерные и ВИЧ-ориентированные меры противодействия, поскольку гендерное насилие, как показывают исследования, является как причиной, так и следствием ВИЧ. Положительный опыт такой интеграции существует и может быть широко использован (5).

Интеграция мер профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ в услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья будет способствовать осуществлению целей развития тысячелетия (ЦРТ).

Пример такой интеграции можно видеть в Малави, где количество центров по предоставлению интегрированных услуг по ВИЧ, сексуальному и репродуктивному здоровью увеличилось с нуля (2011 г.) до 15 – в 2012 году (1). Такая интеграция упрощает доступ женщин к полному комплексу необходимых им услуг. Около 40 стран использовали Инструмент для экспресс-оценки связей в области сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ, чтобы выяснить, насколько эффективно их политика, системы здравоохранения и оказания услуг интегрируют вопросы ВИЧ, сексуального и репродуктивного здоровья, включая вопросы гендерного равенства, и разработать рекомендации по усилению законодательства, политики, механизмов координации, партнерств, совместного планирования, человеческих ресурсов и интегрированных услуг.

Есть убедительные доказательства, подтверждающие взаимосвязь уровня образования и поведенческих изменений. Исследования неизменно выявляют более высокие показатели применения презервативов женщинами с более высоким образовательным уровнем (6). Исследование в Замбии показало, что программы, способствующие посещению девочками школы, выявили взаимосвязь между посещением школы и сниженным уровнем инфицирования ВИЧ (7). Программы в Южной Африке тестируют эффективность инструментов социальной защиты и денежных выплат на определенных условиях для пропаганды школьного образования, имеющих конечной целью сокращение передачи ВИЧ (8).

Удовлетворение потребностей женщин на протяжении всей жизни

Число людей в возрасте 50 лет и старше, живущих с ВИЧ, растет и, по некоторым оценкам, только в регионе Африки к югу от Сахары достигает 3 миллионов человек (9).



**СТАНДАРТНЫЕ УСЛУГИ ПО
УХОДУ ДЛЯ ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С
ВИЧ, ДОЛЖНЫ БЫТЬ КОМПЛЕКСНЫМИ
И ТАКОГО ЖЕ ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА,
КАК И ДЛЯ ВСЕХ ОСТАЛЬНЫХ
ЛЮДЕЙ.**

Несмотря на это, усилия по профилактике ВИЧ игнорируют тот факт, что женщины старшего возраста остаются сексуально активными, занимаясь проблемами только женщин репродуктивного возраста (15-49 лет). Данные по сексуальности в старшем возрасте показывают, что способность женщин договариваться о сексе ограничена, что увеличивает риск ВИЧ-инфицирования. Более того, доступ к профилактике у них ниже, чем у молодых женщин (10). Услуги здравоохранения плохо приспособлены для специфических потребностей женщин старшего возраста и способствуют развитию чувства стыда, мешающего раскрытию статуса или обращению за услугами по лечению (11).

Для повышения эффективности ответных мер с учетом потребностей женщин, живущих с ВИЧ, необходимо направить интеграционные усилия на решение проблем гендерного неравенства, борьбу с гендерным насилием, улучшение доступа к образованию для всех девочек и женщин, а также удовлетворение потребностей женщин в области сексуального и репродуктивного здоровья на протяжении всей их жизни.

Кроме того, очень важно продвигать и инвестировать в лидерство женщин и их участие, чтобы повысить эффективность и интеграцию мер в ответ на ВИЧ. Важно инвестировать в расширение возможностей женщин по организации и руководству программами, не ограничиваясь при этом только сферой услуг по уходу и поддержке, а также обеспечить полный охват женщин и девочек.

ВО ВЕСЬ ГОЛОС

АЛЕХАНДРА ТРОССЕРО, ЭЛИС ВЕЛБУРН

Решение проблемы ВИЧ на основе соблюдения прав человека зависит от самих людей. Такой подход имеет целью создание систем здравоохранения, общественной поддержки и социальной защиты, которые бы соответствовали потребностям людей, а не диктовали людям свои условия. Для того чтобы стать эффективными, существующие системы должны быть гибкими, способными приспосабливаться и реагировать на сложные проблемы женщин, живущих с ВИЧ, на протяжении всей их жизни.

Гибкие системы услуг в связи с ВИЧ позволяют в любой момент оказать помощь женщинам, живущим с ВИЧ, и защитить их права. Интеграция услуг достижима и эффективна, когда ответные меры хорошо скоординированы и обеспечивают уважение к нашим правам.

Мы приветствуем достигнутые во многих странах мира успехи по интеграции ВИЧ-ориентированных услуг в услуги здравоохранения по охране сексуального и репродуктивного здоровья, здоровья матери и ребенка, лечению туберкулеза. Такая интеграция позволила снизить частоту обращений в лечебные центры, помогла женщинам заняться и другими проблемами, понять, что ВИЧ-позитивный статус не ставит крест на их здоровье.

Исследование, недавно проведенное Азиатско-Тихоокеанской сетью людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, показывает, что в Индии, Индонезии, Камбодже и Вьетнаме женщины, живущие с ВИЧ, получают услуги в связи с ВИЧ, репродуктивным, материнским и детским здоровьем в едином учреждении здравоохранения, подобно многим женщинам в регионе Африки к югу от Сахары.

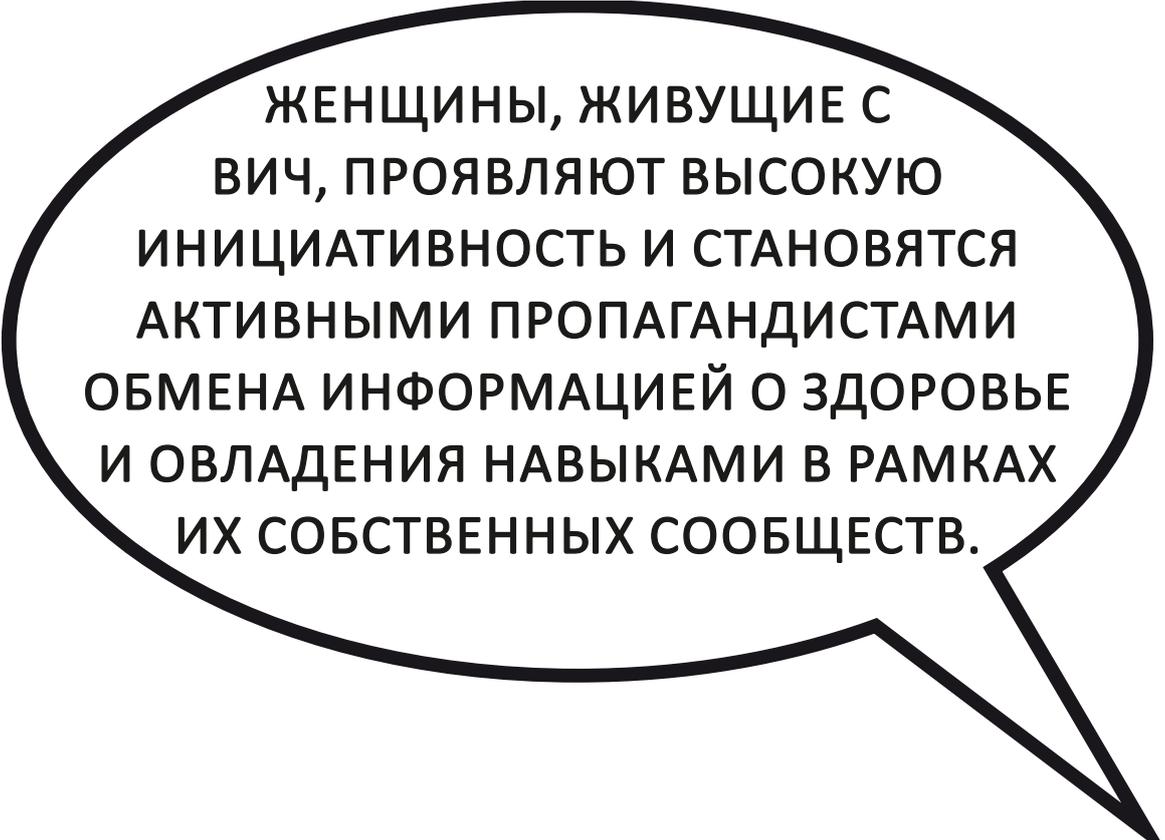
Тем не менее, услуги, которые мы получаем, не всегда соответствуют нашим реальным потребностям – из-за нашего ВИЧ-статуса, наличия других проблем со здоровьем, потребления наркотиков, занятия секс-бизнесом, различной сексуальной или гендерной идентификации, пребывания в тюрьме или любой комбинации перечисленных факторов. Полностью избавиться от параллельных систем оказания услуг в связи с ВИЧ пока не удалось.

Слишком много препятствий

Наши возможности по доступу к услугам здравоохранения ограничены существующими структурными и институциональными барьерами. Качество получаемой помощи также вызывает сомнения, особенно когда речь идет об услугах, не связанных с ВИЧ. Нас по-прежнему игнорируют, обращают на нас внимание в последнюю очередь или отказывают нам в оказании услуг только потому, что мы ВИЧ-позитивны.

Одна из проблем – существование неравноправных параллельно действующих систем – наследие того периода, когда основное внимание уделялось программам по вертикальной передаче ВИЧ, являвшимся приоритетными для доноров ответных мер. Обучение персонала и организация системы поставок, обеспечивающие оказание услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, обеспечены ресурсами совсем не так хорошо, как услуги в связи с ВИЧ. Об этом ясно свидетельствуют частые перебои с поставками средств для планирования семьи, случающиеся в сельских районах Кении, в тех же самых центрах, где антиретровирусная терапия проводится без особых сбоев. Точно так же, в Буркина-Фасо и Марокко министерства здравоохранения используют отдельные процедуры для закупок и распределения товаров, используемых для профилактики ВИЧ и для защиты сексуального и репродуктивного здоровья.

Другая серьезная проблема, с которой сталкиваются женщины и девочки, заключается в том, что учреждения системы здравоохранения уделяют основное внимание вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, игнорируя комплексные потребности женщин в услугах здравоохранения. Девочки в возрасте



**ЖЕНЩИНЫ, ЖИВУЩИЕ С
ВИЧ, ПРОЯВЛЯЮТ ВЫСОКУЮ
ИНИЦИАТИВНОСТЬ И СТАНОВЯТСЯ
АКТИВНЫМИ ПРОПАГАНДИСТАМИ
ОБМЕНА ИНФОРМАЦИЕЙ О ЗДОРОВЬЕ
И ОВЛАДЕНИЯ НАВЫКАМИ В РАМКАХ
ИХ СОБСТВЕННЫХ СООБЩЕСТВ.**

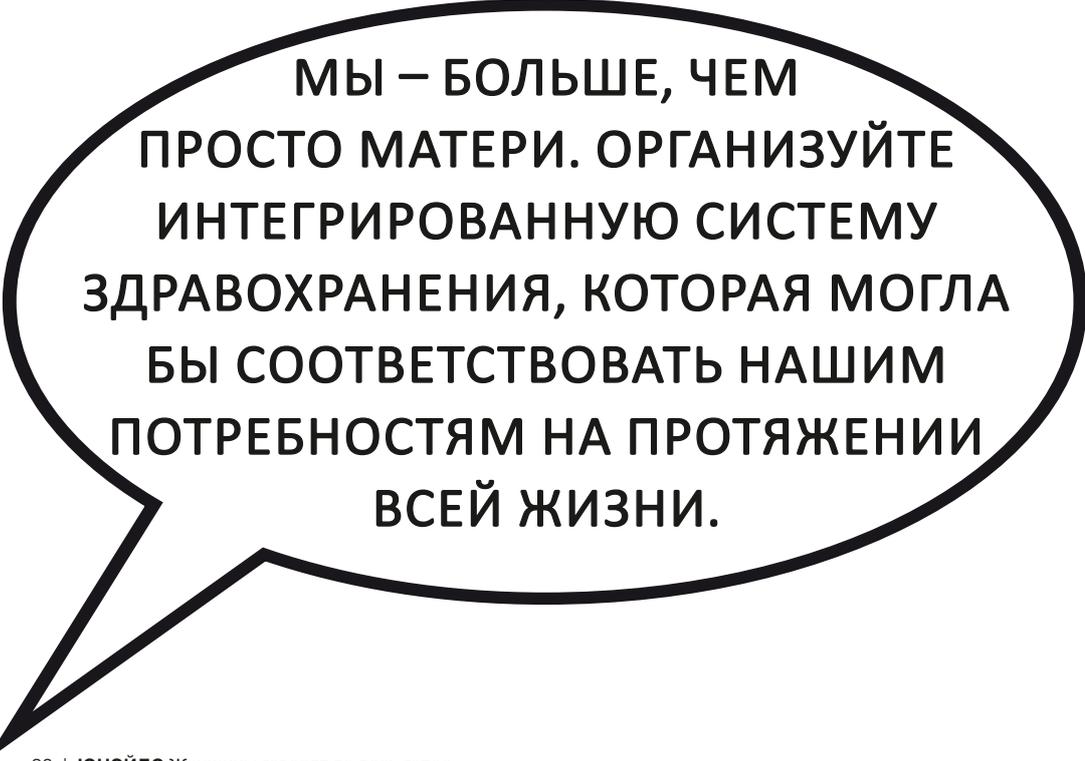
5-15 лет, девушки в возрасте 15-25 лет, женщины, не имеющие детей и женщины после менопаузы, в основном, остаются вне поля зрения системы здравоохранения. Оказывающие услуги учреждения здравоохранения чаще всего не занимаются проблемами, возникающими в результате развивающейся параллельно и тесно связанной с эпидемией глобальной пандемией гендерного насилия в отношении женщин и девочек.

Женщин, живущих с ВИЧ, часто считают переносчиками ВИЧ, не имеющими права иметь детей, вместо того, чтобы считать их просто женщинами, имеющими проблемы со здоровьем. Подход, основанный на уважении прав, должен учитывать все разнообразие потребностей женщин и девочек в области физического, сексуального, физиологического и материнского здоровья на протяжении всей их жизни.

Экономические, продовольственные, правовые, жилищные, образовательные, социальные и другие услуги являются неотъемлемыми факторами, определяющими нашу возможность решать собственные проблемы со здоровьем. Различные сектора услуг должны работать сообща и обеспечить крепкие интерактивные связи с сообществами. Для этого необходимо обеспечить финансирование нашей работы в сообществах и усилить саму систему сообществ. Этот сектор играет важную роль, но редко получает доступ к ресурсам. Поскольку зачастую проблемы не ограничиваются ВИЧ, такое межсекторное сотрудничество приобретает особое значение, затрагивая правовую систему, полицию, местные органы управления и тюрьмы.

Перемены зависят от нас

Женщины, живущие с ВИЧ, проявляют высокую инициативность и становятся активными пропагандистами обмена информацией о здоровье и овладения навыками в своих собственных сообществах. Например, в Камбодже и Вьетнаме некоторые женщины, живущие с ВИЧ и решившие родить ребенка, занимались самообразованием по проблеме ВИЧ и нашли сочувствующих врачей в системе общественного здравоохранения. Прогрессивные системы здравоохранения воспользовались возможностью наладить связи с сетями ВИЧ-инфицированных женщин в их сообществах, а также поддерживать женщин, раскрывших свой ВИЧ-статус, и нанимать их в качестве персонала для оказания соответствующих услуг.



**МЫ – БОЛЬШЕ, ЧЕМ
ПРОСТО МАТЕРИ. ОРГАНИЗУЙТЕ
ИНТЕГРИРОВАННУЮ СИСТЕМУ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КОТОРАЯ МОГЛА
БЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ НАШИМ
ПОТРЕБНОСТЯМ НА ПРОТЯЖЕНИИ
ВСЕЙ ЖИЗНИ.**

Несмотря на широко распространенную несправедливость, женщины, будучи инфицированы ВИЧ, не теряют волю к жизни. На протяжении последних двух десятилетий это неоднократно подтверждалось многочисленными стратегиями социальной защиты, созданными женщинами, живущими с ВИЧ, для обеспечения дохода и поддержки своих семей и сообществ. Примеры включают получившие широкое распространение местные инициативы по микрокредитованию в Кении, а также сети и неформальные объединения ВИЧ-инфицированных женщин в Южной Африке и Камбодже, развивающие инициативы в сфере малого бизнеса, такие как экспорт предметов прикладного искусства ручной работы, изделий из текстиля и модных аксессуаров.

Программы денежной поддержки и ваучеров, начатые государственными организациями или НПО для оплаты медицинских и других услуг, также внушают оптимизм. Сюда относятся ваучеры материнского здоровья в Камбодже, поддерживающие роды в медучреждениях для бедных женщин, а также денежные выплаты для оплаты транспортных услуг при получении медицинских препаратов в Кении и Уганде. Однако чудес не бывает, и подобные инициативы нуждаются в осторожном независимом мониторинге силами женщин, живущих с ВИЧ. Например, денежные выплаты девочкам, поощряющие их посещать школу и избегать инфицирования ВИЧ, могут привести к нежелательным результатам, если сама школа не оказывает таким инициативам необходимой поддержки.

Жизнь любой женщины сложна, разнообразна и богата опытом, обогащающим общество. Мы, женщины, живущие с ВИЧ, имеем такое же право на получение высококачественных комплексных медицинских услуг, как и другие люди. Мы можем многое предложить обществу, если оно окажет нам справедливую поддержку. Мы знаем проблемы. У нас есть решения. Мы готовы действовать. А вы?

Элис Велбурн – основатель и директор «Salamander Trust» (Великобритания); Александра Троссеро – директор программ в Международной федерации планируемого родительства, региональное бюро для Восточной и Юго-Восточной Азии и Океании.

РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ

- **Уважайте наши права, объедините услуги по ВИЧ с другими услугами здравоохранения, используя целостный подход на основе прав человека.**
- **Мы – больше, чем просто матери. Организуйте интегрированную систему здравоохранения, которая могла бы соответствовать нашим потребностям на протяжении всей жизни.**
- **Пропагандируйте многосекторный подход к уходу и поддержке, включая финансирование систем и инициатив, создаваемых нашими собственными сообществами.**
- **Сотрудничайте с нами для улучшения координации мер противодействия ВИЧ, признавая и справедливо оценивая наш весомый вклад в общее дело.**
- **Защищайте наши права, пропагандируя интегрированные ответные меры, обеспечивающие наши равные права, независимо от образа жизни и предпочтений.**

ССЫЛКИ

СНИЖЕНИЕ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

1. Всемирный день борьбы со СПИДом, доклад. Женева, ЮНЭЙДС, 2011 г.
2. Оценки ЮНЭЙДС. Женева, ЮНЭЙДС, 2011 г.
3. Джама Шай Н. и др. Маскулинность и особенности использования презервативов среди молодых мужчин в сельских районах Южной Африки. Межсекторное базовое исследование. Биомедицинский журнал общественного здравоохранения, 20 июня 2012 г., 12(1):462.
4. Лэнг Д.Л. и др. Гендерное насилие как фактор риска в случаях ВИЧ-ассоциированного рискованного поведения среди женщин, занятых в секс-бизнесе в Армении. СПИД и поведение, 4 июля 2012 г.
5. Свейн С.Н. и др. Насилие и побочные результаты для репродуктивного здоровья, риска ВИЧ среди мобильных женщин, занимающихся коммерческим сексом, в Индии. Биомедицинский журнал общественного здравоохранения, 20 мая 2011 г., 11:357.
6. Декер М.Р. и др. Виктимизация насилием, сексуальный риск и симптомы передающихся половым путем инфекций среди женщин, занимающихся коммерческим сексом, в Таиланде. Половые инфекции, июнь 2010 г., 86(3):236–40.
7. Гарсиа-Морено С. и др. Мультикультурное исследование здоровья женщин и домашнего насилия в отношении женщин. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.
8. Дворкин Л.С. и др. Расширение гендерных возможностей и профилактика ВИЧ. Политические и программные условия успеха в регионе Ближнего Востока и Северной Африки. Журнал СПИД, июль 2009 г., 1:51 Приложение 3: S111–8. Авторская рукопись; размещена в архиве РМС 19 апреля 2012 г. Опубликовано в отредактированном виде в Журнале СПИД, 1 июля 2009 г.; 51 (Приложение 3):S111–S118. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181aafd78
9. Кёлер Х.П., Торнтон Р.Л. Обусловленные денежные выплаты и профилактика ВИЧ/СПИДа: безусловно многообещающие? Обзор экономики Всемирного банка, впервые опубликовано в сети 2 ноября 2011 г., doi:10.1093/wber/lhr041.
10. Бэйрд С., Чирва И. и др. Кратковременное влияние программы обусловленных денежных выплат, поощряющих посещение школы, на сексуальное поведение девушек. Экономика здравоохранения, 2010 г., том 19, выпуск S1, 2010 г.
11. Барал С. и др. Бремя ВИЧ среди женщин, занимающихся коммерческим сексом, в странах с низким и средним уровнем доходов. Системный обзор и мета-анализ. Инфекционные болезни, «Ланцет», 2012 г., 12:538–549.
12. Профилактика и лечение ВИЧ и других передающихся половым путем инфекций среди мужчин, вступающих в половые контакты с мужчинами, и трансгендерных лиц. Рекомендации для общественного здравоохранения, 2011 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.
13. Винтер С. Потерявшиеся в процессе перехода. Трансгендерные лица: права и уязвимость к ВИЧ в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Нью-Йорк, Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), 2012 г.
14. Вирусный гепатит, профилактика ЗППП и ТБ. Атланта, штат Джорджия, Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, 2011 г.
15. Международное техническое руководство по половому просвещению. Париж, ЮНЕСКО, 2009 г. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>
16. Комплексное половое просвещение: проблемы и перспективы расширения. Париж, ЮНЕСКО, 2012 г. <http://www.grid-fr.fr/home/dev/Doc/EN/Scaling-up.pdf>
17. Половое просвещение в Азии и Тихоокеанском регионе. Париж, ЮНЕСКО, 2012 г. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

1. Анализ гендерных вопросов в программах по снижению вреда и ВИЧ в Юго-Восточной Азии. Бангкок, Азиатская региональная программа по ВИЧ/СПИДу, 2010 г.
2. Ситуация с наркотиками в Европе. Годовой отчет, 2006 г. Лиссабон, Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании, 2006 г. Восстановлен 31 мая 2007 г. (<http://ar2006.emcdda.europa.eu/en/home-en.html>).
3. Глобальная ситуация в сфере снижения вреда: К интеграции ответных мер. Международная ассоциация снижения вреда, 2012 г., стр.32. (http://www.ihra.net/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf).
4. Мэзерс Б.М. и др. Услуги по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков. Системный обзор глобальных, региональных и национальных программ. «Ланцет», 2010 г., 375:1014–1028.
5. Женщины, потребляющие наркотики, снижение вреда и ВИЧ. Женева, Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИДа, 2011 г.
6. Стразди С.А. и др. Социальные и структурные факторы, сопровождающие ВИЧ-инфекцию среди женщин, занимающихся коммерческим сексом и потребляющих инъекционные наркотики, в регионе, граничащим с Мексикой и США. Проект «Публичная научная библиотека» (PLoS), 2011 г., 6:e19048.
7. Браун К.Л. и др. Проблема бездомности и торговля сексом среди беременных женщин, проходящих лечение от наркозависимости. Журнал лекарственных препаратов, 2011 г.; 1–7.
8. Кавана С.И., Лэтимер В.В. Новые данные о торговле сексом и потреблении инъекционных наркотиков среди беременных женщин, проходящих лечение от опиоидной и кокаиновой зависимости: значение психиатрической коморбидности. Аддитивные расстройства и их лечение, 2010 г., 9:32.
9. В сумерках. Базовое исследование проблем женщин, потребляющих инъекционные наркотики, в Чанура-Кол. Дели, Индийский альянс по ВИЧ/СПИДу и Сервисная организация по общественной осведомленности, 2011 г.
10. Робертс А., Мэзерс Б.М., Дегенхардт Л. Женщины, потребляющие инъекционные наркотики. Обзор испытываемых ими рисков, опыта и потребностей. Кейптаун, Референс-группа по ПИН, 2010 г.
11. Пинкхэм С., Малиновски Семпра К. Женщины, снижение вреда и ВИЧ. Нью-Йорк, Институт Открытого общества, 2007 г.
12. Рецепт на перемену: здоровье лесбиянок и бисексуальных женщин, 2008. Лондон Стоунволл, 2007 г. (http://www.stonewall.org.uk/what_we_do/research_and_policy/3101.asp).

ИСКОРЕНЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СОХРАНЕНИЕ ЖИЗНИ МАТЕРЕЙ

1. Женщины и здоровье: сегодняшние проблемы, повестка дня на завтра. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.
2. Доклад о глобальных мерах в ответ на ВИЧ/СПИД – основные факты об эпидемии ВИЧ и достигнутом прогрессе. Женева, Всемирная организация здравоохранения, ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС, 2011 г., стр. 150.
3. Маго Н.Р. и др. Повышенный риск передачи ВИЧ-1 во время беременности: перспективное исследование среди африканских серодискордантных пар с ВИЧ-1. СПИД, 2011 г., 25:1887–1895.
4. Джонсон К.Б. и др. Предпочтения фертильности и потребность в контрацепции среди женщин, живущих с ВИЧ. Базовая основа повестки совместных действий. СПИД, 2009 г., 23 (Приложение 1):S7–S17.
5. Махи М. и др. Что нужно для достижения реального искоренения передачи ВИЧ от матери ребенку? Оценка текущего прогресса и будущих потребностей. Половые инфекции, 2010 г., 86(Приложение 2):ii48–ii55.
6. Гогна и др. Репродуктивные потребности и права людей, живущих с ВИЧ, в Аргентине: перспективы потребителей и провайдеров медицинских услуг. Социальные науки и медицина, 2009 г., 69(6):813–20.
7. Сатанде Л.Т. Нарушение прав на сексуальное и репродуктивное здоровье через принудительную стерилизацию женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом. Результаты предметных исследований в Намибии и Южной Африке. Торонто, интернет-сообщество «Taking It Global», 2010 г. (<http://www.tigweb.org/images/resources/tool/docs/2649.doc>).
- Лишение достоинства: нарушения прав ВИЧ-положительных женщин в чилийских медицинских учреждениях. Нью-Йорк, «Виво Позитиво», Центр по репродуктивным правам, 2010.
- Борьба с принудительной стерилизацией ВИЧ-положительных женщин: новые данные о развитии ситуации в Чили и Намибии. Журнал по вопросам прав человека, Гарвардская школа права, 2010 г., т. 23 (<http://harvardhrj.com/wp-content/uploads/2010/10/223-232.pdf>).
- Бьянко М., Ре М.И. Защита прав на сексуальное и репродуктивное здоровье женщин, пострадавших от ВИЧ, в Аргентине. Буэнос-Айрес, Фонд просвещения и изучения женщин, 2008 г. (http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1419 (основано на материалах качественного исследования, проведенного Фондом)
- Позитивные женщины: мнения и решения. Лондон, Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, 2002 г.
8. Женщины Азиатско-Тихоокеанской сети людей, живущих с ВИЧ. Позитивные и беременные: да как вы посмели! Бангкок, Азиатско-Тихоокеанская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, март 2012 г. (http://www.asiapacificalliance.org/images/stories/resources/apn_positive_and_pregnant_2012.pdf).
9. Применение антиретровирусных препаратов для лечения беременных женщин и профилактики передачи ВИЧ младенцам. Обзор программ. Женева, Всемирная организация здравоохранения, апрель 2012 г. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012_6_eng.pdf).
10. Дегре дю Лу А и др. Благоприятное влияние предродового консультирования и тестирования в связи с ВИЧ на развитие ВИЧ-превентивного отношения у партнеров. Абиджан, 2002-2005 гг. СПИД и поведение, 2007 г. DOI:10.1007/s10461-007-9316-6.
11. Данкл Л. и др. Новые случаи передачи половым путем ВИЧ-инфекции среди женатых или сожительствующих пар в городах Замбии и Руанды. Анализ результатов исследования и клинических данных. «Ланцет», 28 июня 2008 г., т. 371. www.thelancet.com
12. Ганотакис И., Пикок Д., Вилчер Р. Важное значение решения проблемы гендерного неравенства для искоренения вертикальной передачи ВИЧ. Журнал Международного общества борьбы со СПИДом, 2012 г., т. 15 (Приложение 2) (<http://www.ijasociety.org/index.php/ijas/article/view/17385>).
13. Фельдман Р., Мапошер С. Безопасный секс и репродуктивный выбор. Опыт позитивных женщин Зимбабве: мнения и решения. Вопросы репродуктивного здоровья, 2003 г., т. 11, No.22.
14. Сепульведа Л. Принудительная стерилизация лишает прав женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом. Нью-Йорк, Центр репродуктивных прав, 2012 г. (<http://reproductiverights.org/en/press-room/chile-forced-sterilization-lilian-hiv-aids-oped>).
15. В болезни и здравии. Софийский форум, 2009 г., выпуск 3 (<http://sophiaforum.net/resources/SophiaNewsletter3Sept2009.pdf>).

ДОСТУП К ЛЕЧЕНИЮ ДЛЯ 15 МИЛЛИОНОВ ЛЮДЕЙ

1. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа 2012. Женева, ЮНЭЙДС, 2012 г.
2. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа 2010. Женева, ЮНЭЙДС, 2010 г.
3. Ньямати А.М. и др. Проблемы, испытываемые женщинами, живущими со СПИДом, в сельских регионах Индии и последствия для услуг по уходу в связи с ВИЧ/СПИДом. Международный журнал здравоохранения для женщин, апрель 2011г.;32(4):300–13.
4. Меренстайн Д. и др. Взаимосвязь тягот по уходу за детьми и состава семьи с соблюдением лечения в рамках высокоактивной антиретровирусной терапии. Межучрежденческое исследование ВИЧ (WHNS). Уход за пациентами со СПИДом и ИППП, апрель 2009 г.; 23(4):289–96.
5. Криминализация передачи/инфицирования ВИЧ. Заставить законы работать в интересах мер противодействия ВИЧ: обзор некоторых законов, поддерживающих или препятствующих всеобщему доступу к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. Женева, ЮНЭЙДС, 2010 г. (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20100728_HR_Poster_en.pdf).
- Обзор глобальной криминализации 2010. Амстердам, Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ, 2010 г. (http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/2010_Global_Criminalisation_Scan.pdf).
6. Оценка потребностей ВИЧ-положительных женщин в услугах по сексуальному и репродуктивному здоровью и профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку: данные по городам Аддис-Абеба и Адама. Аддис-Абеба, Национальная сеть ВИЧ-положительных женщин, Эфиопия, 2011 г.
7. Хейл Ф., Вазкез М. Насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом: справочный документ. Вашингтон, округ Колумбия, организация «Связи для развития», 2011, р.18 (http://www.dvsn.org/uploads/client_70/files/VAPositiveWBkgrdPaper2011.pdf).
8. Азиз М., Смит К. Проблемы и успехи в охвате уходом ВИЧ-инфицированных женщин в США. Клинические инфекционные болезни, 2011 г., 52(Приложение 2): S231–S237. doi: 10.1093/cid/ciq047.
9. Паске С., Майерс Б., Лув Дж. Отношение персонала и услуги, оказываемые общинными организациями потребителям препаратов в Кейптауне, Южная Африка: выводы для обучения и просвещения. Наркотики: просвещение, профилактика и политика, 2008 г.; 15(6): 532–544.
10. Тэпп С. и др. Принадлежность к женскому полу определяет низкий уровень доступа к антиретровирусной терапии и соблюдения схемы лечения в условиях бесплатного здравоохранения. Биомедицинский журнал инфекционных болезней, 2011 г.; 11:86 doi:10.1186/1471-2334-11-86.

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА

1. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом – 2012. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 г. (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/).
2. Гетахун Х. и др. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза у детей и матерей. Руководство к действию в сфере услуг по охране материнского, дородового и детского здоровья. Журнал инфекционных болезней, 2012 г., 205 (Приложение 2):S216–S227. Epub 2012 Mar 22. doi: 10.1093/infdis/jjs009.
3. Гупта А. и др. Послеродовая заболеваемость туберкулезом и смертность среди ВИЧ-инфицированных женщин и их новорожденных детей в Пуне, Индия, 2002-2005 гг. Клинические инфекционные болезни, 2007 г.; 45:241–9.
4. Хан М. и др. Материнская смертность вследствие туберкулеза и ВИЧ-1 в качестве сопутствующих инфекций в Дурбане, Южная Африка. СПИД, 2001 г., 28 сентября;15(14):1857–63.
5. «Борись со СПИДом, борись с ТБ, борись сейчас»: информационный пакет по ТБ/ВИЧ. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.
6. Пиллаи Т. и др. Растущее бремя туберкулеза среди беременных женщин, новорожденных и младенцев младше 6 месяцев в Дурбане, Квазулу-Натал. Южно-Африканский медицинский журнал, ноябрь 2001 г.; 91:983–7.
7. Гупта А. и др. Материнский туберкулез: фактор риска при передаче ВИЧ от матери ребенку. Журнал инфекционных болезней, 1 февраля 2011 г.; 203(3):358–63.
8. Сутар А.Б. и др. Антиретровирусная терапия для профилактики туберкулеза у взрослых, инфицированных ВИЧ: Системный обзор и мета-анализ. Общественная научная библиотека, Медицина, июль 2012 г.;9(7): e1001270. doi: 10.1371/journal.pmed.1001270. Epub 2012 Jul 24.
9. Вместе мы победим СПИД. Женева, ЮНЭЙДС, 2012 г.
10. ТБ и женщины. Брайтон, Благотворительная организация «TB Alert», 2012 г. (<http://www.tbalert.org/worldwide/TBAndwomen.php>. доступ 21 сентября 2012 г.).
11. Преодоление ТБ и ВИЧ у женщин: неотложная повестка дня. Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИДа, июль 2010 г.

ЛИКВИДАЦИЯ ДЕФИЦИТА РЕСУРСОВ

1. Джейкес Р. и др. Насилие со стороны интимного партнера, неравенство возможностей в отношениях и заболеваемость ВИЧ среди девушек в Южной Африке: когортное исследование. «Ланцет», 2010 г., т. 376, № 9734, стр. 41–48.
2. Повестка для ускорения страновых действий с целью решения проблем женщин, девочек, гендерного равенства и ВИЧ. Женева, ЮНЭЙДС, 2009 г.
3. В направлении цели «ноль». Стратегия ЮНЭЙДС на 2011-2015 гг. Женева, ЮНЭЙДС, 2010 г.
4. Информационная записка Глобального фонда по инвестициям фонда в ГПМР в 22 странах с высоким бременем (сентябрь 2012 г.).
5. Информационная записка Глобального фонда по поддержке фондом целей развития тысячелетия 4 и 5 (июнь 2012 г.).
6. Информационный проект по поддержке в связи со СПИДом (ASAP): анализ реализации стратегии Глобального фонда по гендерному равенству в программах по ВИЧ 8 и 9 раундов. ASAP, август 2012 г.
7. Стратегия Глобального фонда на 2012-2016 гг.: Инвестировать в целях воздействия. Женева, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, 2011 г. (www.theglobalfund.org/.../strategies/core_GlobalFund_Strategy_en/).
8. Открытое обращение к лидерам стран G8 и другим донорам. Сообщество «Нам не все равно» (WeCare+). (http://wecareplus.net/index.php/page/Global_Fund_Petition_to_G8/en доступ 24 сентября 2012 г.).
9. Проблемы гендера и ВИЧ/СПИДа. Вашингтон, округ Колумбия, Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), 2012 г. (<http://www.pepfar.gov/documents/organization/185947.pdf> доступ 7 октября 2012 г.)
10. Швартландер Б. и др. На пути к улучшению инвестиционного подхода для эффективного противодействия ВИЧ/СПИДу. «Ланцет», 2011 г., т.377, стр. 2031-2041.

ИСКОРЕНЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА

1. Исплен И. Женщины и девочки, живущие с ВИЧ/СПИДом. «BRIDGE» – Информационная программа по гендеру и развитию, Институт исследований в области развития, Великобритания, в сотрудничестве с Международным сообществом женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, 2007 г.
2. Блум С.С., Блум Д.В., Дас Гупта М. Аспекты независимости женщин и влияние на услуги по охране материнского здоровья в городских условиях на севере Индии. Демография, 2001 г., 38:67–78.
3. Операрио Д., Сомма Т., Андерхилл К. Секс-бизнес и ВИЧ-статус трансгендерных женщин. Системный обзор и мета-анализ. Журнал СПИД, 2008 г., 48(1): 97–103.
4. Винтер С. Потерявшиеся в процессе перехода. Трансгендерные лица: права и уязвимость к ВИЧ в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Нью-Йорк, Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), 2012 г.
5. Ньямайемомбе и др. Связь между насилием в отношении женщин и ВИЧ: результаты общенационального обследования населения в Зимбабве. Публикация до издания, серия «Рабочие документы Зимбабве», 2010 г.
6. Хиллис С.Д. и др. Негативный опыт детского возраста и рискованное сексуальное поведение женщин: ретроспективное когортное исследование. Перспективы семейного планирования, 2001 г., 33(5):206–211.
7. Монталво-Лиендо Н. Межкультурные факторы в раскрытии факта насилия со стороны интимного партнера: комплексный обзор. Журнал квалифицированного медицинского ухода, январь 2009 г.; 65(1):20–34. Epub 2008 Nov 15.
8. Миллер И. и др. Насилие со стороны интимного партнера и особенности обращения за медицинской помощью среди пациенток городских подростковых консультаций. Журнал по проблемам материнского и детского здоровья, 2009 г.; 14(6): 910–917.

9. Женщины для женщин. Новые подходы к снижению вреда в России. Нью-Йорк, Фонд «Открытое общество», 2011 г. (доступно по адресу: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4e424d1e2.html> доступ 26 октября 2012 г.).
10. Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом. Краткий документ: Насилие в отношении ВИЧ-позитивных женщин (<http://www.icw.org/files/Violence.pdf>).
11. Джейкес Р. и др. Насилие со стороны интимного партнера, неравенство возможностей в отношениях и заболеваемость ВИЧ среди девушек в Южной Африке: когортное исследование. «Ланцет», 2010 г., 3 июля, т. 376, № 9734, стр. 41-48.
12. Силверман Дж.Г. и др. Насилие со стороны интимного партнера и ВИЧ-инфекция среди замужних женщин в Индии. Журнал Американской медицинской ассоциации, 2008 г., 300(6):703–710.
13. МакКенна К. и др. Экономические издержки насилия в отношении женщин: обзор литературы. Женева, ООН, 2005 г.
14. Комиссия по СПИДу в Азии. Переоценка СПИДа в Азии, разработка эффективных мер борьбы. Нью-Дели, Издательство Оксфордского университета, 2008 г.
15. Ванд Х. и др. Комплексное влияние рискованного сексуального поведения на ВИЧ-сероконверсию среди женщин в Дурбане, Южная Африка: выводы для политики профилактики и планирования. СПИД и поведение, февраль 2011 г.; 15(2):479–86.
16. Экспресс-оценка гендерных барьеров, препятствующих услугам по предотвращению вертикальной передачи ВИЧ. Женева, ЮНЭЙДС, 2012 г.
17. Проблемы конфиденциальности, грубости персонала и других препятствий на пути к ВИЧ-тестированию. Журнал по проблемам равенства в здравоохранении, 2008 г.
18. Женщины и девочки, живущие с ВИЧ/СПИДом: обзор и аннотированная библиография. Брайтон, Великобритания, Институт исследований в области развития, Университет Сассекса, 2007 г. (http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/BB18_HIV.pdf).
19. Бакира-Китак С. и др. Потребности в снижении сексуального риска у подростков, живущих с ВИЧ, в условиях клинического ухода. Уход в связи со СПИДом: психологические и социально-медицинские аспекты СПИДа/ВИЧ, 2008, 20(4), 426–433.
20. Национальное исследование дискриминации трансгендерных лиц, 2009 г. Вашингтон, округ Колумбия, Национальный центр по проблемам трансгендерного равенства и Национальная целевая группа по проблемам геев и лесбиянок, 2009 г.
21. Распространенность ВИЧ и ассоциированное рискованное поведение в нью-йоркской общине «House Ball». Американский журнал общественного здоровья, июнь 2008 г.; 98(6):1074–1080.
22. Возможности в условиях кризиса: профилактика ВИЧ с раннего подросткового возраста до начала взросления. Нью-Йорк, ЮНИСЕФ, 2012 г.
23. Здоровые, счастливые и страстные: справочник по правам молодежи. Лондон, Международная федерация планируемого родительства, 2010 г.
24. Позитивное обучение: удовлетворение потребностей молодых людей, живущих с ВИЧ, в области образования. Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ и ЮНЕСКО, 2012 г.

ИСКОРЕНЕНИЕ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ

1. Белл С.С. и др. Комментарий по триадической концепции теории влияния как руководство для адаптации программ профилактики ВИЧ к новым условиям и группам населения: южно-африканская история «СНАМР». Опубликовано в: Сотрудничающие партнерства на уровне общин: основа для исследовательской деятельности в сфере профилактики ВИЧ. Под ред. МакКей М.М., Пайков Р.И. Бингемптон, шт. Нью-Йорк, издательство «Haworth Information Press», 2007 г.:243–61.
2. Огден Дж., Найблейд Л. Общераспространенные по сути: стигма и дискриминация в связи с ВИЧ. Вашингтон, округ Колумбия, Международный центр исследования проблем женщин, 2005 г.
3. Лишенные выбора. Найроби, Африканская инициатива по проблемам гендера и СМИ 2012 г. (<http://gem.or.ke/documenting-experiences-of-forced-and-coerced-sterilization>, доступ 6 сентября 2012 г.).
4. Отстаивая человеческие права и право на сексуальное и репродуктивное здоровье людей, живущих с ВИЧ. Амстердам, ГНП+, МСЖ, «Young Positives», НКО «EngenderHealth», МФПР, ЮНЭЙДС, ЮНФПА, Всемирная организация здравоохранения, 2009/2010 г. (<http://www.gnpplus.net/en/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights/item/16-srhr-guidance-package>).
5. Лишенные выбора. Найроби, Африканская инициатива по проблемам гендера и СМИ, 2012 г. (<http://gem.or.ke/documenting-experiences-of-forced-and-coerced-sterilization>, доступ 6 сентября 2012 г.).
6. Лишение достоинства: нарушения прав ВИЧ-позитивных женщин в чилийских медицинских учреждениях. Сантьяго, Центр репродуктивных прав, «Виво Позитиво», 2010 г. (http://www.genderaids.org/index.php?option=com_content&view=article&id=861:dignity-denied-violations-of-the-rights-of-hiv-positive-women-in-chilean-health-facilities&catid=38:latin-america-and-the-caribbean&Itemid=118).
- Nair P. Борьба с принудительной стерилизацией ВИЧ-позитивных женщин: новые данные о развитии ситуации в Чили и Намибии. Журнал по вопросам прав человека, Гарвардская школа права, 2011 г., т. 23:223–231 (<http://harvardhrj.com/wp-content/uploads/2010/10/223-232.pdf>).
7. Бьянко М., Ре М.И. Защита прав на сексуальное и репродуктивное здоровье женщин, затронутых ВИЧ, в Аргентине. Буэнос-Айрес, Фонд просвещения и изучения женщин, 2008 г. (http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1419).
- Фельдман Р., Манчестер Дж., Мапошер С. Позитивные женщины: мнения и решения в Зимбабве. Мнения и решения. Лондон, Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, 2002 г.
8. Кендэлл Т. Нарушения репродуктивных прав мексиканских ВИЧ-инфицированных женщин. Здоровье и права человека, 2009 г. (<http://www.hhrjournal.org/index.php/hhr/article/viewArticle/175/260>).
9. Позитивные и беременные: да как вы посмели! Исследование доступа к услугам по охране репродуктивного и материнского здоровья для женщин, живущих с ВИЧ, в Азии. Результаты по шести странам: Бангладеш, Камбоджа, Индия, Индонезия, Непал, Вьетнам. Бангкок, Женщины Азиатско-Тихоокеанской сети людей, живущих с ВИЧ, март 2012 г. (http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/APN_Reproductive_and_Maternal_Health_Report_A4_29_March.pdf).
10. Сатанде Л.Т. ВИЧ/СПИД: результаты тематических исследований в Намибии и Южной Африке, 2010 г. (<http://www.tigweb.org/images/resources/tool/docs/2649.doc>).
11. Женщины: права собственности, ВИЧ и СПИД, домашнее насилие. Результаты исследований в двух сельских районах Южной Африки и Уганды. Вашингтон, округ Колумбия, Международный научно-исследовательский центр по вопросам женщин/Гуманитарный научно-исследовательский совет, совместное исследование, 2008 г. (<http://www.hspress.ac.za/product.php?productid=2232>).
12. Езер Т. Победа женщин Малави. Нью-Йорк, Фонд «Открытое общество», 2011 г. (<http://www.soros.org/voices/victory-women-malawi>).

13. Аналитический доклад: Женщины – потребители инъекционных наркотиков и наркоманы в южной Азии: озабоченности, меры, успехи и проблемы. Нью-Дели, Международное азиатско-тихоокеанское сообщество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, 2011 г. (http://www.icwap.org/wp-content/docs/FIDU_desk_review_report_March_2011.pdf, see page 13).
14. Позитивное здоровье, достоинство и профилактика. Рамочная политическая программа. Женева, ЮНЭЙДС/ГНП+, 2011 г. (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701_phdp.pdf).
15. В больнице права человека не существуют. Нарушения репродуктивных и сексуальных прав женщин, живущих с ВИЧ, в Намибии. Совместная публикация: Сеть здоровья намибийских женщин, Школа права Северо-восточного университета и Международная клиника прав человека (Гарвардская школа права), 2012 г. (http://www.law.harvard.edu/news/2012/07/30_ihrc-namibian-health-care-report.html).
16. 10 причин, по которым криминализация передачи ВИЧ вредит женщинам. Сеть «Афина», 2010 г. (<http://www.athenanetwork.org/index.php?id=39>).

УСТРАНЕНИЕ СВЯЗАННЫХ С ВИЧ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ

1. Тенденции в международном составе мигрантов: обзор 2008 г. Нью-Йорк, Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам, 2008 г. (<http://esa.un.org/migration/index.asp?panel=1>).
2. Международная организация по миграции (МОМ): новости гендера и миграции. Женева, МОМ, март 2011 г. (http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/periodicals_and_newsletters/gender_bulletin_mar11.pdf).
3. Связанные с ВИЧ уязвимости женщин, мигрировавших из Азии в арабские страны. Нью-Йорк, ПРООН, 2008 г. (http://hdr.undp.org/resource_centre/pub_pdfs/P1105.pdf).

УСИЛЕНИЕ ИНТЕГРАЦИИ ПРОГРАММ ПО ВИЧ

1. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа – 2012. Женева, ЮНЭЙДС, 2012 г. (в процессе подготовки).
2. Интеграция вопросов гендера в программы по ВИЧ/СПИДу в здравоохранении. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г. (<http://www.who.int/gender/documents/hiv/9789241597197/en/index.html>).
3. Страновые отчеты о прогрессе – 2012. Женева, ЮНЭЙДС, 2012 г. (www.unaids.org/cpr).
4. Джейкес Р.К. и др. Насилие со стороны интимного партнера, неравенство возможностей в отношениях и заболеваемость ВИЧ среди девушек в Южной Африке: когортное исследование «Ланцет», 2010 г., т. 376, № 9734, стр. 41-48.
5. Харгривс Дж. и др. Оценка мероприятий по микрофинансированию в сфере гендерного равенства и ВИЧ в сельских районах Южной Африки. Исследования просвещения в области здравоохранения, 2010 г., 25(1):27-40.
6. Харгривс Дж. и др. Системный обзор частотных тенденций взаимозависимости между последовательным посещением школы и риска инфицирования ВИЧ в регионах Африки к югу от Сахары. СПИД, 2008 г., 22:403-414.
7. Кайеи Н. и др. Снижение распространенности ВИЧ среди девушек в Замбии: национальные оценки тенденций скрывают географические и социально-демографические отличия. Общественная научная библиотека, 2012 г., (4):e33652 (Epub 2012, Apr 4. PubMed PMID:22496759, PubMed Central PMCID:PMC3319534).
8. Петтифор А. и др. Могут ли деньги предотвратить распространение ВИЧ? Обзор денежных выплат в целях профилактики ВИЧ. СПИД и поведение, 4 июля 2012 г. (Epub ahead of print. PubMed PMID: 22760738). См. также Лутц Б. и др. Примеры хорошей политики и практики. Буклет № 7: гендерное равенство, ВИЧ и просвещение. Париж, ЮНЕСКО, 2012 г.
9. Арье С. ВИЧ-инфицирование среди людей старше 50 лет растет по всему миру. Статистика. Британский медицинский журнал, 2011 г., т. 34, стр. 4064 (доступ 2 октября 2011 г).
10. Старение в 21-м веке: прогресс и проблемы. Нью-Йорк, ЮНФПА и Международная организация «HelpAge», 2012 г.
11. Шолтен Ф. и др. Стратегия инвестиций в борьбу с ВИЧ и меры здравоохранения для людей пожилого возраста в регионах Африки к югу от Сахары, с упором на гендерные проблемы. Женева, Всемирная организация здравоохранения, Департамент по вопросам старения и жизненного цикла (неопубликованные данные).



ЮНЭЙДС
Объединенная Программа
ООН по ВИЧ/СПИДу

УВКБ ООН
ЮНИСЕФ
ВПП
ПРООН
ЮНФПА
ЮНОДК
ООН ЖЕНЩИНЫ
МОТ
ЮНЕСКО
ВОЗ
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org