



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
6 April 2015
Russian
Original: English

Шестьдесят девятая сессия

Пункт 10 повестки дня

**Осуществление Декларации о приверженности
делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и политических
деклараций по ВИЧ/СПИДу**

Будущие меры по борьбе со СПИДом: развитие достигнутых успехов и ускорение прогресса в деле ликвидации эпидемии СПИДа к 2030 году

Доклад Генерального секретаря

Резюме

За период с 2000 года в глобальной борьбе со СПИДом достигнут выдающийся прогресс: удалось остановить эпидемию СПИДа и начать сокращение ее масштабов. В 2015 году число новых случаев заражения и уровень смертности от СПИДа продолжают снижаться по всему миру, а во многих частях мира все реже имеет место рискованное поведение. Благодаря информационно-пропагандистским кампаниям в поддержку доступности лекарств и расширения программ лечения доступ к антиретровирусным препаратам, позволяющим спасти жизнь людей, значительно улучшился, а показатели передачи инфекции от матери ребенку продолжают снижаться, что приводит к сокращению числа детей, зараженных ВИЧ.

Эти важные достижения, обусловленные имеющими историческое значение прорывами в науке и впечатляющей приверженностью, инициативностью и мобилизацией — прежде всего со стороны гражданского общества и людей, живущих с ВИЧ, — в сочетании с беспрецедентным совместным вложением ресурсов на местном уровне спасли миллионы жизней, позволив международному сообществу уверенно заявить о том, в ближайшие 15 лет можно будет покончить с эпидемией СПИДа как угрозой для общественного здоровья.

Однако работа, необходимая для достижения этой исторической цели, далеко не закончена. Хотя большинство стран добиваются успехов в достижении целей «Политической декларации по ВИЧ/СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИДа», содержащейся в приложении к резолюции 65/277 Генеральной Ассамблеи от 10 июня 2011 года, и соответствующих



целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, в некоторых странах и регионах прогресс идет медленно или откатывается назад.

Из-за пробелов в охвате, нехватки финансирования и недостаточной эффективности мер по борьбе со СПИДом возникает ситуация, при которой слишком много людей, живущих с ВИЧ или подверженных высокому риску заражения ВИЧ, не получают помощи. Женщины и девочки подвергаются большему риску заражения ВИЧ вследствие социально-экономического неравенства и гендерного насилия, а детям, подросткам и молодежи в рамках борьбы со СПИДом уделяется слишком мало внимания. Кроме того, во многих частях мира также остаются без помощи мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами; трансгендерные лица; люди, употребляющие инъекционные наркотики; заключенные; рабочие-мигранты; инвалиды; люди старше 50 лет; а также беременные женщины. Во многих странах сохраняются стигматизация и дискриминация людей, живущих с ВИЧ или подвергающихся повышенному риску заражения. Эти проблемы вкупе с нехваткой ресурсов, недостаточной развитостью инфраструктуры здравоохранения и карательными законами создают для основных групп населения в определенных местах значительные препятствия для получения доступа к жизненно важным услугам по борьбе с ВИЧ, социальной защите и юридическим услугам, а также трудоустройству и образованию.

Чтобы достичь глобальной цели покончить со СПИДом как угрозой для общественного здоровья к 2030 году, необходимо активизировать усилия, опираясь на имеющиеся впечатляющие успехи. По оценочным данным Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), в следующий пятилетний период открывается уникальное окно возможностей покончить со СПИДом к 2030 году на основе ускоренных мер и инвестиций. С учетом этой возможности ЮНЭЙДС помогает странам в определении и достижении широкомасштабных срочных целей на 2020 год. Эти цели включают расширение охвата тестированием на ВИЧ, с тем чтобы к 2020 году 90 процентов зараженных ВИЧ людей знали о том, что они инфицированы, подавление действия вируса у максимально возможной доли людей, живущих с ВИЧ, а также цели в области профилактики и недискриминации. Для достижения этих целей потребуется не только увеличить объем ресурсов и стратегических инвестиций на основе принципов глобальной солидарности и общей ответственности, но и принять инклюзивный, ориентированный на человека подход к оказанию помощи тем, кто ее сегодня не получает.

Ликвидация СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году потребует работы не только в области здравоохранения, но и включения мер по борьбе со СПИДом в более широкие цели в области устойчивого развития на период после 2015 года. Как показали 30 лет борьбы со СПИДом, инвестиции в эту борьбу могут способствовать реализации всей повестки дня в области развития на основе повышения интеграции и улучшения медицинского обслуживания, а также расширения прав и возможностей женщин и девочек. В период после 2015 года надо будет учесть опыт борьбы со СПИДом и выделить ресурсы, чтобы не только ликвидировать СПИД как угрозу для здоровья общества, но и активизировать глобальные усилия в области здравоохранения и развития в целом и повысить их эффективность.

I. Введение

1. 2015 год является сроком выполнения целого ряда глобальных обязательств, которые служили катализатором согласованных глобальных действий в различных областях в рамках борьбы с ВИЧ и СПИДом на протяжении 15 лет.

2. Первое четко выраженное глобальное обязательство в этой связи было включено в Цели развития тысячелетия в 2000 году, когда борьба с эпидемией ВИЧ была прочно закреплена в глобальной повестке дня в области развития в виде сформулированной в Декларации тысячелетия цели 6 в области развития, предусматривавшей скоординированные глобальные усилия международного сообщества, направленные на то, чтобы остановить к 2015 году распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости.

3. В 2001 и 2006 годах эти обязательства были подтверждены и дополнены, соответственно, в принятых Генеральной Ассамблеей Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу. В этих декларациях содержится всеобъемлющая рамочная программа достижения цели 6 и подчеркивается настоятельная необходимость обеспечения всеобщего доступа к лечению ВИЧ-инфекции, уходу и поддержке.

4. 10 июня 2011 года Генеральная Ассамблея приняла «Политическую декларацию по ВИЧ и СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ и СПИДа» (резолюция 65/277 Ассамблеи, приложение), которая основывалась на предыдущих обязательствах, содержащихся в Декларации 2001 года и Политической декларации 2006 года, и в которой было выделено 10 приоритетных целей и обязательств, касающихся обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке к 2015 году. Начиная с 2012 года Организация Объединенных Наций ежегодно представляет доклады о достижении этих целей, отслеживая прогресс в выполнении обязательств, предусмотренных в этой политической декларации, определяя проблемы и недостатки и рекомендуя меры, необходимые для ускоренного выполнения задач.

5. В 2015 году наступает срок достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и большинства целей Политической декларации 2011 года. В настоящем докладе содержится обзор прогресса в достижении целей, сформулированных в Политической декларации 2011 года, а также целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и указаны глобальные меры, необходимые для того, чтобы покончить с эпидемией СПИДа как угрозой для здоровья общества к 2030 году.

II. Глобальная эпидемия ВИЧ: обновленная информация о положении дел

6. В глобальной борьбе со СПИДом по-прежнему наблюдается значительный прогресс. За период 2001–2013 годов число новых случаев заражения сократилось на 38 процентов (до 2,1 млн. случаев), а за период с 2005 года, когда было зафиксировано самое высокое число новых случаев заражения, по 2013 год уровень смертности от СПИДа сократился на 35 процентов [1].

7. Доступ к средствам антиретровирусной терапии был расширен, и к июню 2014 года такие средства получали 13,6 миллиона человек [2]. Из них 12,1 миллиона человек являлись жителями стран с низким и средним уровнем дохода [3]. В странах Африки к югу от Сахары средства антиретровирусной терапии получают около 86 процентов (63–99 процентов) людей, живущих с ВИЧ и знающих о том, что они инфицированы, а около 76 процентов (53–89 процентов) людей, проходящих лечение, добились подавления действия вируса [1]. Благодаря более широкому обеспечению беременных женщин, живущих с ВИЧ, антиретровирусными препаратами число новых случаев заражения среди детей за период с 2002 года (когда был зафиксирован самый высокий показатель) по 2013 год сократилось на 58 процентов [1].

8. Несмотря на достигнутый прогресс, в борьбе со СПИДом возникают вызывающие беспокойство пробелы. Хотя число новых случаев заражения ВИЧ во всем мире в целом снижается, в некоторых регионах и странах оно увеличивается, особенно на Ближнем Востоке, в Северной Африке и некоторых странах Восточной Европы. Кроме того, хотя в некоторых странах показатели заражения ВИЧ представляются стабильными, если рассматривать их в общенациональном масштабе, в определенных районах тех же стран они возрастают.

9. Во многих странах ВИЧ в несоразмерно высокой степени поражает определенные группы. В некоторых регионах в непропорционально тяжелом положении оказываются женщины и девочки-подростки, которые подвержены повышенному риску передачи, ухаживают за людьми, живущими с ВИЧ, подвергаются насилию в связи с их ВИЧ-статусом и не имеют доступа к жизненно необходимым услугам по профилактике и лечению ВИЧ и соответствующему уходу. В странах Африки к югу от Сахары среди взрослых людей старше 15 лет, живущих с ВИЧ, доля женщин составляет 57 процентов, причем у женщин средний возраст, в котором происходит заражение, на пять-семь лет меньше, чем у мужчин [1].

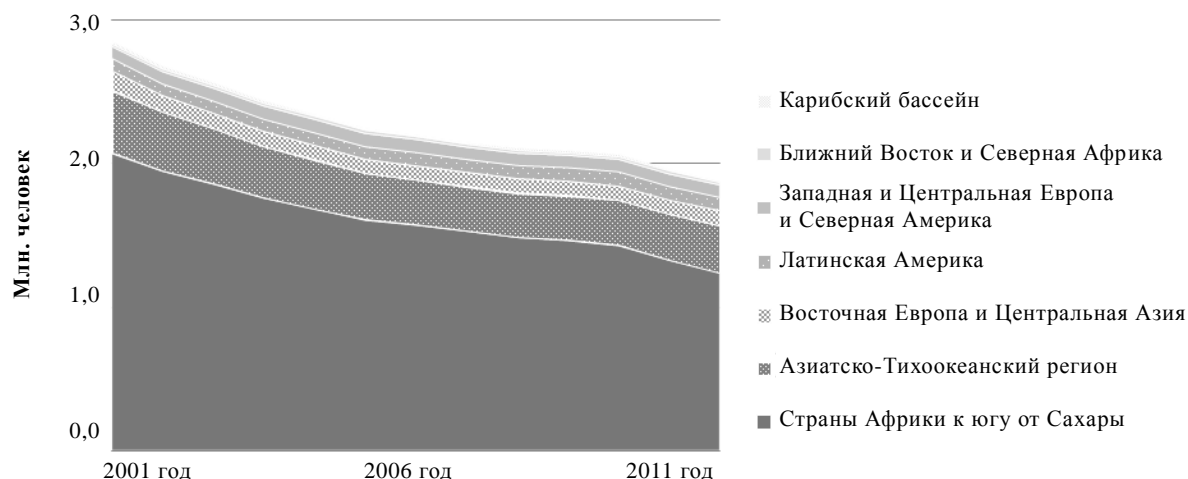
10. Повышенному риску заражения ВИЧ подвергаются также секс-работники; мужчины, вступающие в половые связи с мужчинами; трансгендерные лица; люди, употребляющие инъекционные наркотики; рабочие-мигранты; подростки и молодежь; заключенные; внутренне перемещенные лица; инвалиды; дети и беременные женщины; а также лица старше 50 лет. В рамках борьбы со СПИДом меньше всего внимания уделяется подросткам и молодежи. В 2013 году на долю молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет приходился 31 процент новых случаев заражения ВИЧ по всему миру, и 57 процентов новых случаев заражения среди этой возрастной группы приходилось на девочек-подростков и молодых женщин [1]. Также сохраняются пробелы в охвате лечением и низкий уровень соблюдения предписаний врачей и непрерывного лечения. Несмотря на достигнутый прогресс, антиретровирусные препараты получает менее 50 процентов людей, живущих с ВИЧ [1].

III. Оценка прогресса в достижении целей и задач на 2015 год

A. Сократить к 2015 году на 50 процентов показатели передачи ВИЧ-инфекции половым путем

Диаграмма I

Новые случаи заражения ВИЧ среди людей в возрасте от 15 лет и старше, с разбивкой по регионам, за 2001–2013 годы



Источник: Оценочные данные ЮНЭЙДС за 2013 год.

11. В большинстве частей мира число новых случаев заражения ВИЧ среди взрослых продолжает снижаться. В 2013 году в мире произошло в среднем 2,1 млн. случаев заражения ВИЧ (1,9–2,4 млн. случаев), что на 38 процентов меньше, чем в 2001 году (см. диаграмму I) [1].

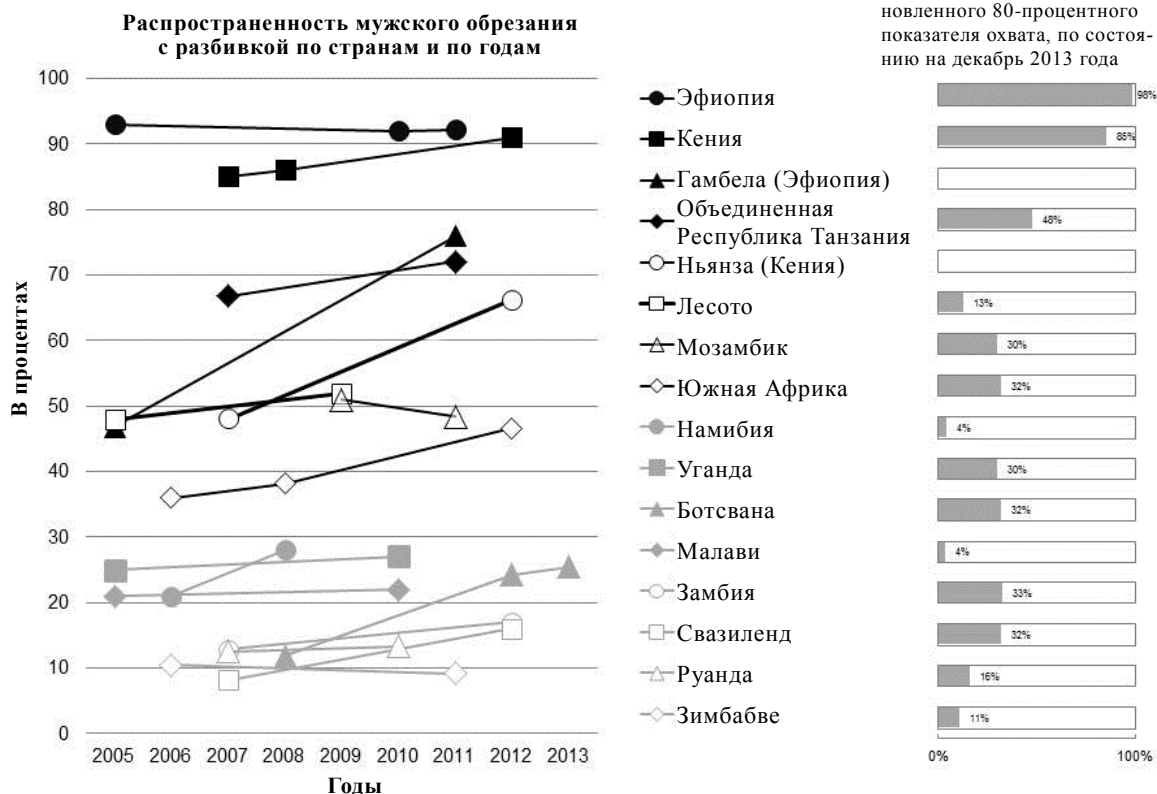
12. Благодаря распространению добровольного тестирования на ВИЧ увеличилась доля живущих с ВИЧ людей, которые осведомлены о своем статусе (48 процентов в 2013 году), особенно в странах с самой высокой распространенностью ВИЧ [1]. Все больше людей, которым известен их статус, получают доступ к антиретровирусной терапии, зарекомендовавшей себя в качестве мощного средства для снижения показателей передачи вируса половым путем. Благодаря эффективным методам антиретровирусной терапии, таким как профилактическое лечение и доконтактная профилактика, показатели заражения и передачи ВИЧ, по оценочным данным, снизились на 96 процентов [4] и 86 процентов [5], соответственно.

13. Увеличение объемов снабжения мужскими и женскими презервативами также позволило значительно сократить показатели передачи вируса половым путем, но здесь предстоит сделать еще больше. По данным опросов, проведенных по странам Глобальной системой отчетности о прогрессе в деле борьбы со СПИДом в 2014 году, отмечалось отрадное увеличение числа женщин и мужчин, пользующихся презервативами, в Конго, Малави, Мозамбике и Объеди-

ненной Республике Танзания. Однако в Южной Африке, где, по мнению авторов предыдущих исследований, сокращение числа случаев заражения ВИЧ объяснялось более широким использованием презервативов [6], последний национальный опрос выявил тревожную тенденцию к сокращению их использования.

14. За последние два года удалось добиться значительного прогресса в расширении практики добровольного мужского обрезания в медицинских целях, которая сама по себе может предотвратить, по оценкам, один из пяти случаев заражения ВИЧ в странах, которым уделяется приоритетное внимание (см. диаграмму II) [2]. В 2013 году обрезанию подверглись около 1 миллион мужчин, а к концу года за весь период действия программы добровольного мужского обрезания в медицинских целях в 14 приоритетных странах обрезание сделали в общей сложности почти 6 миллионов мужчин [2]. Хотя увеличение этого показателя произошло во всех приоритетных странах, уровень и темпы прогресса существенно различались. Наиболее значительный прогресс в достижении цели 80-процентного охвата процедурой мужского обрезания наблюдался в Эфиопии и Кении, где усилия были сосредоточены на конкретных провинциях. Однако в ряде других приоритетных стран темпы прогресса не столь высоки. Например, в Малави и Намибии целевые показатели достигнуты менее чем на 5 процентов.

Диаграмма II
**Распространенность мужского обрезания в 14 приоритетных странах
 в период 2005–2013 годов и процентный показатель достижения
 80-процентного охвата к 2013 году**



Достигнутая процентная доля от общего числа лиц, которых необходимо охватить процедурой добровольного мужского обрезания в медицинских целях для достижения установленного 80-процентного показателя охвата, по состоянию на декабрь 2013 года

Источник: Анализ, проведенный ЮНЭЙДС на основе данных Глобальной системы отчетности о прогрессе в деле борьбы со СПИДом и национальных опросов.

Примечание: Данные по Южному Судану и Центральноафриканской Республике отсутствуют.

15. Несмотря на общие успехи в сокращении показателя передачи ВИЧ половым путем, прогресс наблюдается не во всех странах и регионах, а целевой показатель сокращения передачи ВИЧ половым путем на 50 процентов, скорее всего, не будет достигнут в срок. В Центральной Азии и Восточной Европе число новых случаев заражения за период 2005–2013 годов увеличилось на 5 процентов, а на Ближнем Востоке и в Северной Африке число новых случаев заражения среди взрослых выросло на 31 процент [2].

16. Показатели заражения среди основных групп населения почти повсеместно высоки. Более того, около 40 процентов всех новых случаев заражения ВИЧ среди взрослых в мире происходит среди представителей основных групп населения и их сексуальных партнеров [7]. Из-за ряда социальных и структурных факторов, препятствующих получению доступа к профилактике ВИЧ, его

тестированию и лечению и услугам по уходу, во многих странах среди женщин наблюдаются более высокие показатели передачи ВИЧ, чем среди мужчин. Кроме того, изоляции определенных групп способствует неблагоприятное законодательство, создающее препятствия для получения доступа к услугам по профилактике и лечению ВИЧ и осуществления прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, что ведет к росту показателей передачи вируса среди основных групп населения.

17. Необходимо срочно обеспечить более широкое наличие и доступность программ профилактики ВИЧ (включая биологические, поведенческие, структурные и социальные аспекты мер реагирования), предназначенных для основных групп населения, которым не оказывается достаточной помощи в рамках борьбы со СПИДом, и сосредоточить усилия на тех группах, среди которых прогресс замедлен. Как показывают результаты оценок национальных программ социальной защиты, профилактике ВИЧ могут способствовать денежные переводы, которые помогают сократить масштабы рискованного сексуального поведения, особенно среди женщин и девочек [8]. Например, в Малави программа денежных переводов в размере 10 долл. США в месяц, предназначенных для незамужних девушек и молодых женщин в возрасте от 13 до 22 лет, позволила сократить риск заражения ВИЧ на 60 процентов [9]. Также необходимо расширить применение традиционных подходов, направленных на изменение моделей поведения, таких как просвещение с участием сверстников на общинной основе при поддержке со стороны средств массовой информации, всестороннее половое просвещение и меры профилактики, в том числе увеличение снабжения презервативами.

В. Сократить вдвое к 2015 году показатели передачи ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики

18. По оценкам, в мире насчитывается около 12,7 миллиона человек, употребляющих инъекционные наркотики, и проблема употребления инъекционных наркотиков существует почти в каждой стране мира [10]. Среди них примерно 1,7 миллиона человек, или 13 процентов от общего числа, инфицированы ВИЧ [1]. В 30 странах, где были проведены соответствующие исследования в 2013 году, доля ВИЧ-инфицированных больше среди женщин, употребляющих инъекционные наркотики, чем среди мужчин, употребляющих такие наркотики (13 процентов против 9 процентов) [11].

19. Показатель распространенности ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, в настоящее время в 28 раз выше [1], чем среди остального взрослого населения, в связи с чем эти лица относятся к группе повышенного риска и остро нуждаются в принятии целенаправленных и согласованных мер, нацеленных на ускорение прогресса.

20. Сокращение числа новых случаев инфицирования среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, по-прежнему происходит в лучшем случае умеренными темпами, и за период 2010–2013 годов в мире отмечалось сокращение числа новых случаев на 10 процентов [1]. За этот период о наиболее значительном уменьшении числа новых случаев инфицирования ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, сообщили Вьетнам, Таиланд и

Украина, в то время как в некоторых странах Азиатско-Тихоокеанского региона, Центральной Азии и Восточной Европы медленный прогресс уступил место явному росту распространенности ВИЧ среди этой группы, уровень которой составил от 18 процентов до 31 процента [1].

21. Несмотря на наличие научных данных, достоверно свидетельствующих об эффективности программ сокращения вреда, в том числе программ по обеспечению наличия стерильных игл и шприцев и программ опиоидной заместительной терапии, в отношении профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, обеспечение приверженности и достаточного финансирования (особенно национального финансирования) по-прежнему является серьезной проблемой во многих странах. Восемьдесят из 192 стран сообщают о том, что они предлагают опиоидную заместительную терапию, но только в 33 процентах стран такие меры имеют достаточный охват [12]. Это означает, что только около 26 стран во всем мире обеспечивают возможности для опиоидной заместительной терапии в той мере, в какой это могло бы иметь воздействие на показатели передачи ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики [13].

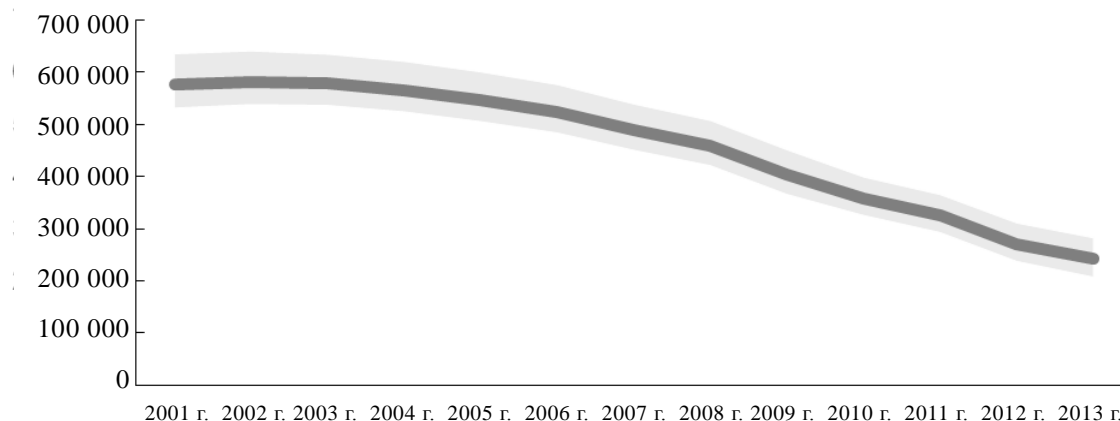
22. Во всем мире показатель доступности стерильных игл и шприцев составляет менее 20 процентов во всех регионах, а средний общемировой показатель снабжения этими предметами составляет менее двух стерильных игл и шприцев на каждого человека, употребляющего инъекционные наркотики. Реальная потребность в настоящее время превышает этот показатель в 100 раз и составляет 200 стерильных игл на человека, употребляющего инъекционные наркотики, в год [14].

23. В связи с установлением в большинстве стран мира уголовной ответственности за хранение и употребление наркотиков политика в отношении наркотиков относится, как правило, к кругу ведения правоохранительных, а не здравоохранительных органов. Это зачастую мешает, а иногда полностью запрещает лицам, употребляющим инъекционные наркотики, обращаться за медицинской помощью, включая связанные с ВИЧ профилактику, диагностику, лечение и уход, а также получать доступ к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и защиты соответствующих прав. По оценкам Всемирного банка, только примерно 1 из 10 человек, живущих с ВИЧ и употребляющих инъекционные наркотики, имеет доступ к антиретровирусной терапии [1]. Введение уголовной ответственности за наркотики во многих странах также привело к нарушениям прав человека. Во Вьетнаме, Камбодже, Китае и Малайзии многие лица, употребляющие наркотики, подвергаются принудительному лечению в тюрьмах и изоляторах для наркозависимых. В свою очередь, лишение свободы еще больше повышает риск передачи ВИЧ-инфекции. В некоторых ситуациях распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных может быть в 50 раз больше, чем среди населения в целом [14], и заключенные, которые не имеют или практически не имеют доступа к презервативам, стерильным иглам и шприцам и опиоидной заместительной терапии, зачастую вступают в незащищенные половые контакты и делают себе рискованные инъекции. Боязнь преследования со стороны полиции также вынуждает людей, употребляющих наркотики, избегать применения мер снижения риска, потому что это может вызвать подозрения и привести к их разоблачению.

24. Все эти факторы обуславливают низкие темпы прогресса в деле достижения целевого показателя, предусматривающего сокращение вдвое показателей передачи ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, к 2015 году. Необходимо в срочном порядке решить проблему нехватки доступных, адаптивных и высококачественных услуг по сокращению вреда для лиц, употребляющих инъекционные наркотики, как в общинах, так и местах заключения. Это требует еще большей приверженности выделению необходимых средств, а также привлечения лиц, употребляющих инъекционные наркотики, к разработке и осуществлению программ сокращения вреда для обеспечения того, чтобы эти услуги отвечали потребностям людей, употребляющих инъекционные наркотики. Специальная сессия Генеральной Ассамблеи по мировой проблеме наркотиков, запланированная на 2016 год, открывает жизненно важные возможности для достижения консенсуса по вопросу о политике в отношении наркотических средств, которая позволила бы более эффективно удовлетворять потребности лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Значительное расширение масштабов деятельности, связанной с обеспечением наличия стерильных игл и шприцев и осуществлением опиоидной заместительной терапии и других научно обоснованных методов оказания наркологической помощи, тестирования на ВИЧ, консультирования и антиретровирусной терапии для лиц, употребляющих инъекционные наркотики, также является крайне необходимым. Рекомендуется уделять особое внимание женщинам, употребляющим инъекционные наркотики, для решения таких проблем, как стигматизация, надругательство и насилие (в том числе насилие со стороны сексуального партнера).

С. Покончить с заражением детей ВИЧ и сократить масштабы материнской смертности

Диаграмма III
Динамика новых случаев заражения детей ВИЧ, 2001–2013 годы



Источник: оценочные данные ЮНЭЙДС за 2013 год.

25. Благодаря выполнению рекомендаций, содержащихся в Глобальном плане по предотвращению новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 года и сохранению жизни их матерей, был достигнут значительный прогресс в деле предупреждения новых случаев заражения ВИЧ среди детей и сокращения масштабов материнской смертности по причине СПИДа (см. диаграмму III) [14]. Эта деятельность включает скоординированное расширение сферы охвата комплексных услуг в следующих целях: а) предотвращение новых случаев заражения ВИЧ среди женщин репродуктивного возраста; б) предотвращение нежелательной беременности среди женщин, живущих с ВИЧ; в) предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку; а также д) предоставление долгосрочного лечения, ухода и поддержки женщинам, живущим с ВИЧ, и их детям и семьям.

26. В 2013 году 67 процентов беременных женщин, живущих с ВИЧ, прошли антиретровирусное лечение для предотвращения передачи вируса их детям, и в первом полугодии 2014 года этот показатель увеличился на 13 процентов [2]. Это, в свою очередь, привело к общемировому сокращению числа новых случаев инфицирования ВИЧ среди детей на 58 процентов за период 2002–2013 годов [1]. Расширение доступа к антиретровирусной терапии помогло предотвратить, по оценкам, более 900 000 новых случаев заражения ВИЧ среди детей за период 2009–2013 годов [1].

27. Вместе с тем прогресс был неравномерным, и по-прежнему сохраняются существенные пробелы в первичной профилактике ВИЧ среди женщин, в том числе неудовлетворенные потребности в услугах по планированию семьи для женщин репродуктивного возраста и женщин, живущих с ВИЧ, особенно в наиболее затрагиваемых странах. Кроме того, не все беременные женщины

имеют доступ к антиретровирусной терапии, и во многих странах не все беременные женщины имеют возможность пройти тестирование на ВИЧ.

28. Необходимо более эффективно обеспечивать непрерывное предоставление антиретровирусной терапии для кормящих матерей в послеродовой период. По оценкам ЮНЭЙДС, больше половины случаев заражения младенцев ВИЧ в 2013 году произошло в период грудного вскармливания, в течение которого в настоящее время происходит больше случаев передачи вируса от матери ребенку, чем в период беременности и при родах. Предоставление антиретровирусной терапии в течение всего периода грудного вскармливания может снизить риск передачи ВИЧ младенцам в течение этого периода. Для обеспечения того, чтобы инфицированные ВИЧ матери могли без угрозы для своих детей кормить их грудным молоком и вести здоровый образ жизни, необходимо в ускоренном порядке внедрять наиболее эффективные меры по охране их здоровья, включая непрерывное предоставление доступа к антиретровирусной терапии в течение всей жизни и поощрение матерей к тому, чтобы они не прерывали лечение в медицинских учреждениях.

29. Дети, подверженные риску заражения ВИЧ или живущие с ВИЧ, зачастую не имеют доступа к необходимым услугам. В 2013 году лишь 42 процента детей, подверженных риску заражения ВИЧ, прошли диагностическое обследование для младенцев в течение первых двух месяцев жизни, и только половине детей, прошедших такое диагностическое обследование, были предоставлены его результаты [11]. Дети, живущие с ВИЧ, также не имеют доступа к лечению, поскольку доступ к антиретровирусной терапии для детей значительно более ограничен, чем для взрослых. Во всем мире лишь 24 процента от общего числа детей, живущих с ВИЧ, то есть 762 921 ребенок, имеют доступ к лечению, в то время как для взрослых этот показатель составляет 38 процентов [1]. По-прежнему остаются нерешенными вопросы, связанные с разработкой педиатрических схем лечения с применением антиретровирусных препаратов, включая подбор правильной дозировки и наиболее подходящего для детей вкуса. Рассматривая эти вопросы на своем тридцать пятом заседании в декабре 2014 года, Программный координационный совет ЮНЭЙДС просил ЮНЭЙДС создать совместно с соответствующими партнерами глобальную платформу для координации различных инициатив по оказанию педиатрической помощи с целью обеспечить их максимальную согласованность и эффективность.

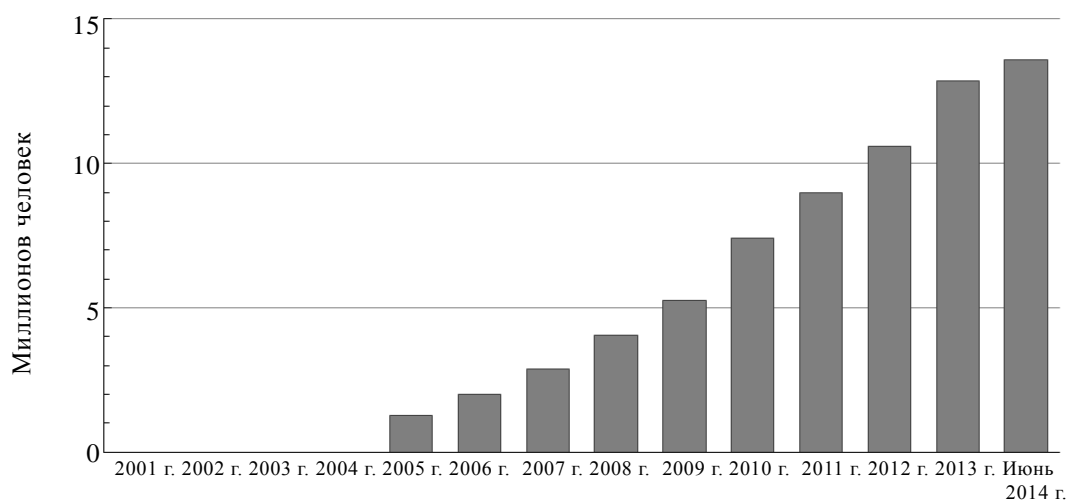
30. Сокращение числа новых случаев заражения детей ВИЧ произойдет только в том случае, если будут приняты дополнительные меры для предотвращения новых случаев инфицирования среди женщин детородного возраста и сокращения объема неудовлетворенных потребностей в услугах по планированию семьи среди женщин, живущих с ВИЧ. Срочное и эффективное внедрение разработанных в 2013 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) руководящих принципов по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, матерей и детей, а также существенное расширение охвата мер по предотвращению передачи инфекции от матери ребенку могут привести к значительному сокращению (до менее 5 процентов) риска передачи ВИЧ младенцам [15] и обеспечить выживание большего числа матерей. Эти меры должны дополняться расширением доступа к диагностике и лечению для младенцев и детей, что потребует укрепления систем здравоохранения и механизмов одновременного наблюдения за здоровьем матерей и их детей для обеспе-

чения того, чтобы ни дети, ни их матери не были лишены ухода в послеродовой период.

D. Обеспечить к 2015 году охват 15 миллионов человек, живущих с ВИЧ, необходимым для спасения жизни антиретровирусным лечением

Диаграмма IV

Количество лиц, прошедших антиретровирусное лечение, во всех странах в период с 2005 года по июнь 2014 года



Источник: Глобальная система отчетности о прогрессе в деле борьбы со СПИДом, ЮНЭЙДС, середина 2014 года.

31. Начиная с 1995 года благодаря антиретровирусной терапии удалось спасти жизни 7,6 миллиона человек во всем мире, что соответствует приблизительно 40,2 млн. лет жизни с начала эпидемии [1]. Благодаря интенсивной работе, направленной на поиск способов использования антиретровирусной терапии в терапевтических и профилактических целях, количество инфицированных ВИЧ людей, которые теперь имеют доступ к необходимому для спасения их жизни антиретровирусному лечению, значительно возросло. По состоянию на конец июня 2014 года в общей сложности 13,6 миллиона человек во всем мире имели доступ к антиретровирусной терапии (см. диаграмму IV), благодаря чему у человечества появился шанс достичь целевой показатель, составляющий 15 миллионов человек, к концу 2015 года. Расширение охвата антиретровирусным лечением имеет особое значение для тех регионов, в которых потребность в нем ощущается наиболее остро, в частности для стран Африки к югу от Сахары, где проживают три человека из четырех, которые в настоящее время проходят лечение от ВИЧ.

32. Хотя задача по обеспечению лечения 15 миллионов человек находится в пределах выполнимости, прогресс в разных странах мира не был последовательным, и по-прежнему сохраняются значительные пробелы. В общей слож-

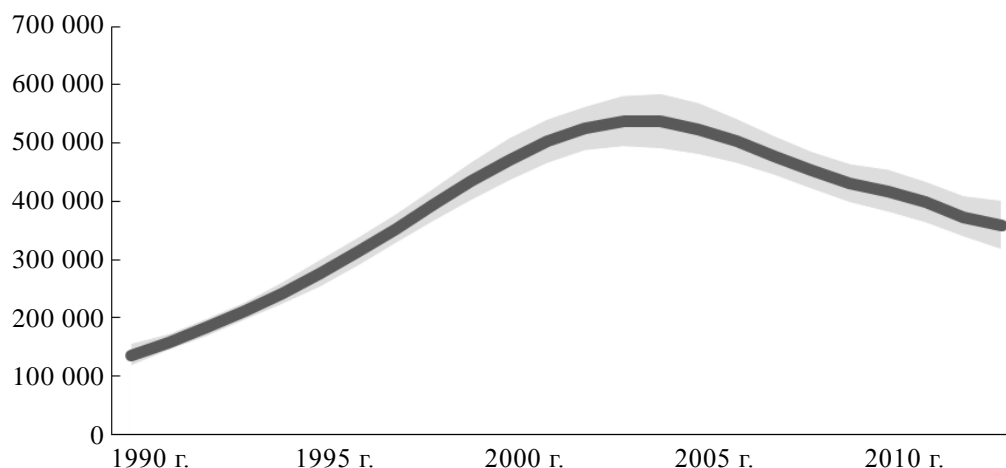
ности 22 миллиона человек, то есть каждые трое из пяти ВИЧ-инфицированных, не имеют доступа к антиретровирусной терапии [3]. Несмотря на общее улучшение показателей, дети и подростки в крайне недостаточной степени обеспечены услугами, и каждые трое из четырех детей, инфицированных ВИЧ, не проходят необходимого лечения. Некоторые основные группы населения, в частности женщины, также не имеют доступа к лечению или не пользуются им из-за преград, обусловленных недостаточным охватом услуг, карательными законами, криминализацией определенного поведения, гендерным неравенством, нищетой, страхом, стигматизацией и дискриминацией.

33. Ограничения, не позволяющие инфицированным ВИЧ лицам получать доступ к антиретровирусной терапии, связаны с высокими ценами (особенно на педиатрическую помощь), недостаточным обеспечением надлежащей и непрерывной закупки и поставки высококачественных и доступных антиретровирусных препаратов и наличием социальных и юридических препятствий и ограничений прав человека. В недостаточной мере также применяются средства диагностики. Пятьдесят два процента людей, живущих с ВИЧ, не знают о том, что они инфицированы [1], а те, кому был поставлен диагноз ВИЧ, не всегда имеют возможность пройти тестирование на вирусную нагрузку [11].

34. Для ускорения прогресса в борьбе с эпидемией СПИДа в течение следующих пяти лет необходимо обеспечить быстрое расширение доступа к непрерывному лечению, в частности для девочек и женщин (особенно кормящих женщин), детей и подростков, лиц, употребляющих инъекционные наркотики, мужчин, вступающих в половую связь с мужчинами, и работников секс-индустрии. В этой связи на двадцатой Международной конференции по СПИДу, состоявшейся в 2014 году, были озвучены новые цели в области лечения ВИЧ на период после 2015 года. Эти цели, получившие название «90-90-90», предусматривают обеспечение того, чтобы к 2020 году 90 процентов всех лиц, живущих с ВИЧ, знали о том, что они инфицированы; 90 процентов всех лиц, у которых был обнаружен ВИЧ, на постоянной основе проходили антиретровирусную терапию; и у 90 процентов лиц, проходящих антиретровирусную терапию, была отмечена вирусная супрессия. Достижение этих целей потребует значительного укрепления систем здравоохранения, разумного и целенаправленного инвестирования в мероприятия с наиболее высокой отдачей и расширения доступа к специальному обслуживанию для всех, кто в настоящее время оставлен без внимания.

Е. Сократить вдвое показатели смертности от туберкулеза среди лиц, инфицированных ВИЧ, к 2015 году

Диаграмма V
Динамика смертности среди лиц, инфицированных ВИЧ/туберкулезом, за период 1990–2012 годов



Источник: WHO, *Global Tuberculosis Report 2014*.

35. Во всем мире продолжают снижаться показатели смертности от туберкулеза среди лиц, инфицированных ВИЧ: в период с 2004 года, когда отмечался максимальный уровень, и до 2013 года эти показатели сократились на 36 процентов [1], составив 360 000 случаев смерти (см. диаграмму V). Вместе с тем маловероятно, что международное сообщество сможет выполнить задачу, заключающуюся в сокращении этих показателей вдвое к 2015 году.

36. В 2013 году насчитывалось 2,9 миллиона человек, которые были больны туберкулезом и прошли задокументированное тестирование на ВИЧ, и это свидетельствует о том, что по сравнению с 2004 годом охват тестированием увеличился в 15 раз. Охват людей, живущих с ВИЧ, тестированием на туберкулез значительно различается по странам и регионам — от 2 процентов в Индонезии до 98 процентов в Руанде. В период 2012–2013 годов глобальный прогресс в обеспечении охвата больных туберкулезом тестированием на ВИЧ замедлился [16].

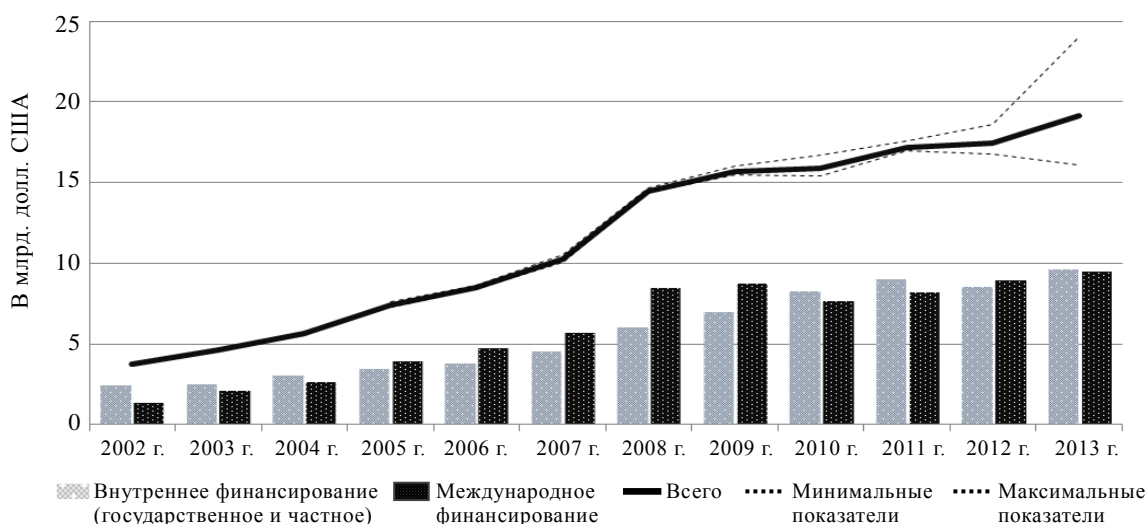
37. Лица, инфицированные ВИЧ, по-прежнему гораздо больше других рискуют заболеть туберкулезом: вероятность возникновения у них этого заболевания в 29 раз выше, чем у остальной части взрослого населения мира. В 2013 году во всем мире насчитывалось около 9 миллионов больных туберкулезом, а доля зараженных ВИЧ среди них составляла 1,1 миллиона человек (13 процентов). С учетом того, что спасающие жизнь антиретровирусные препараты принимали только 32 процента этих людей, необходимо активизировать усилия по расширению масштабов тестирования и лечения [16].

38. Необходимо активно и безотлагательно применять инновационные подходы, с тем чтобы бороться с эпидемиями туберкулеза и ВИЧ, расширяя сферу охвата и повышая своевременность и эффективность программ по тестированию и лечению туберкулеза среди лиц, инфицированных ВИЧ. Системы здравоохранения должны выполнять рекомендации ВОЗ относительно предоставления комплексных услуг по борьбе с туберкулезом и ВИЧ, использования антиретровирусных препаратов и профилактической терапии с применением котримоксазола для всех лиц, инфицированных ВИЧ и больных туберкулезом, а также оказания услуг по профилактике ВИЧ для лиц, больных туберкулезом, включая использование профилактической терапии с применением изониазида для лиц, инфицированных ВИЧ, но не болеющих туберкулезом.

Е. Устранить глобальный дефицит ресурсов для борьбы со СПИДом к 2015 году

Диаграмма VI

Динамика финансирования деятельности по борьбе со СПИДом из международных и внутренних источников (согласно оценкам для стран с низким и средним уровнями дохода), за период 2002–2013 годов



Источник: оценочные данные ЮНЭЙДС за 2014 год.

39. Несмотря на то, что в период 2011–2012 годов в странах с низким и средним уровнями дохода объем ресурсов, выделяемых на деятельность по борьбе со СПИДом, не увеличивался, в конце 2013 года годовой объем средств для борьбы с ВИЧ вырос на 250 млн. долл. США [2] и составил 19,1 млрд. долл. США. Это увеличение объема ресурсов было обусловлено незначительным ростом международного финансирования, обеспечиваемого правительством Соединенных Штатов и Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также стабильностью внутреннего финансирования.

40. В период 2006–2013 годов примерно в 75 странах с низким и средним уровнями дохода объем внутренних ресурсов, выделяемых на деятельность по борьбе со СПИДом, увеличился более чем на 50 процентов. Вместе с тем в ряде стран темпы роста общего внутреннего государственного финансирования замедлились в связи с сокращением расходов, вызванным снижением цен на сырьевые товары и экономическими трудностями.

41. По состоянию на декабрь 2014 года в ряде стран разрабатывались или осуществлялись планы стабильного финансирования деятельности по борьбе со СПИДом, в том числе перенаправлялись ресурсы на осуществление высокоэффективных мероприятий, в частности касающихся основных групп населения и ключевых районов, и расширялись обязательства по увеличению внутренних расходов на программы по борьбе со СПИДом и по рассмотрению инновационных механизмов финансирования. В ряде африканских стран, в частности в Лесото и Свазиленде, осуществляется успешное сотрудничество с частным и государственным секторами, в рамках которого к представителям различных секторов экономики обращается просьба о выделении заранее установленной суммы на деятельность по борьбе с ВИЧ [17].

42. Прогресс в этом направлении сдерживается тем, что во многих странах отсутствует стабильное финансирование деятельности по борьбе со СПИДом и прогнозируется сокращение объема международной помощи, в связи с чем усилия по расширению масштабов борьбы с ВИЧ могут сойти на нет. Поскольку в 2013 году фактический объем международного финансирования увеличился лишь незначительно, а обязательства по дополнительному финансированию из традиционных источников сократились на 3 процента [18], наблюдается значительный разрыв между необходимыми и выделяемыми ресурсами на деятельность по борьбе со СПИДом.

43. Необходимо активизировать усилия по обеспечению необходимого уровня финансирования, снижению расходов и повышению эффективности для ускоренной ликвидации эпидемии СПИДа. Для достижения целей в области финансирования нужно разработать инновационные финансовые механизмы, которые можно было бы использовать на стабильной, устойчивой, поэтапной и расширенной основе без каких-либо серьезных побочных последствий для экономического, политического и социального развития. С тем чтобы содействовать решению проблемы дефицита ресурсов, требуется также задействовать значительный потенциал частного инвестирования.

G. Искоренить гендерное неравенство и жестокое обращение и насилие по признаку пола, а также расширить возможности женщин и девушек по обеспечению своей защиты от ВИЧ

44. От ВИЧ по-прежнему в непропорционально большой мере страдают женщины, особенно проживающие в неблагополучных странах и регионах. В действительности, во всем мире ВИЧ является главной причиной смертности среди женщин репродуктивного возраста. В 2013 году во всем мире на девушек приходилось 64 процента от общего числа новых случаев инфицирования среди молодежи в возрасте 15–19 лет [1]. В странах Африки к югу от Сахары девушки в возрасте 15–24 лет имеют тенденцию к заражению ВИЧ в два раза чаще юношей. Еще более серьезно обстоит ситуация для женщин, работающих

в сфере сексуальных услуг; женщин-транссексуалов; женщин, употребляющих инъекционные наркотики; и женщин, партнерами которых являются мужчины, употребляющие инъекционные наркотики, поскольку по сравнению с остальными женщинами эти категории женщин чаще других заражаются ВИЧ и подвергаются насилию.

45. Применение пагубных гендерных норм и устаревших подходов приводит к тому, что в определенных условиях среди женщин увеличивается опасность заражения ВИЧ по причине того, что не используются средства контрацепции, женщины принуждаются к сексу, поведение женщин жестко контролируется, допускается жестокое обращение с женщинами, мужчины имеют одновременно несколько сексуальных партнеров, а женщины лишаются возможности заботиться о своем сексуальном здоровье, проходить тестирование на ВИЧ, получать услуги по охране своего сексуального и репродуктивного здоровья и осуществлять свои соответствующие права. Помимо этого, среди женщин опасность заражения ВИЧ повышается из-за отсутствия равенства в доступе к образованию, включая всестороннее половое воспитание и информирование по вопросам ВИЧ, существования трудностей с получением регулярных доходов и трудоустройством, отсутствия экономической безопасности, а также актов насилия и боязни им подвергнуться. Все это, в свою очередь, приводит к тому, что некоторые женщины начинают заниматься опасными видами деятельности, например, оказывать платные сексуальные услуги, не имея при этом возможности получить информацию о своем ВИЧ-статусе.

46. Высокий уровень жестокого обращения и насилия по признаку пола сохраняется во многих частях мира, особенно во многих странах с низким и средним уровнями дохода, а также в регионах с периодически возобновляющимися конфликтами. Согласно докладу ВОЗ за 2013 год, во всем мире каждая третья женщина, имеющая сексуального партнера, сообщает о том, что подвергается с его стороны физическому или сексуальному насилию или обоим видам насилия [19]. Жестокое обращение и насилие по признаку пола также затрагивает мужчин и мальчиков (в том числе мужчин-транссексуалов), которые, как считается, нарушают установленные нормы полового поведения. В некоторых странах на почве гомофобии в отношении мужчин и женщин по причине их сексуальной ориентации и гендерной идентичности совершаются так называемые «исправительные изнасилования».

47. Исследования свидетельствуют о взаимосвязи между высоким уровнем насилия в отношении женщин, особенно сексуального и физического насилия со стороны сексуальных партнеров, и повышенным риском инфицирования ВИЧ среди женщин [20]. Исследования также свидетельствуют о том, что женщины, инфицированные ВИЧ, чаще подвергаются насилию в результате своего серологического статуса. В одном обследовании, которое было проведено в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии с участием 191 ВИЧ-инфицированной женщины, сообщалось, что половина из этих женщин подвергаются насилию со стороны своих сексуальных партнеров [21]. ВИЧ-инфицированные женщины подвергаются и другим формам насилия, включая нарушения прав человека в медицинских учреждениях, такие как совершение насильственной или принудительной стерилизации и абортов (иногда в качестве одного из условий прохождения антиретровирусной терапии) и отказ в предоставлении услуг по охране репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи.

48. Хотя обязательство по искоренению гендерного неравенства и насилия и жестокого обращения по признаку пола еще не выполнено, ситуация в этом отношении медленно, но верно улучшается. В 2013 году в общей сложности 100 из 109 представивших доклады стран сообщили о том, что преодоление гендерного неравенства входит в число их национальных первоочередных задач, а среди стран, постоянно представляющих доклады, с 90 процентов в 2012 году до 92 процентов в 2014 году увеличилось число государств, принимающих директивные указания, законы и положения по сокращению масштабов насилия в отношении женщин, в том числе сексуального насилия [22]. За период 2012–2013 годов в 68 странах повысилась руководящая роль женщин и девушек, инфицированных или затронутых ВИЧ, в то время как в других странах расширяются масштабы национального финансирования в целях обеспечения участия мужчин в программах поощрения гендерного равенства. Вместе с тем с 66 процентов в 2010 году до 61 процента в 2012 году сократилось число стран, сообщающих об участии женщин, инфицированных ВИЧ, в работе официальных механизмов планирования и обзора национальной деятельности по борьбе со СПИДом [22].

49. Хотя принятие обязательств национальными правительствами дает некоторые основания для оптимизма, крайне необходимо добиваться того, чтобы эти обязательства более последовательно проводились в жизнь и выражались в конкретных действиях. Кроме того, крайне необходимо активизировать национальные и международные усилия по защите женщин и девушек от сексуального и гендерного насилия, а также осуществлять инвестиции в укрепление руководящей роли женщин и расширение их участия в разработке будущих стратегий по борьбе со СПИДом. Исследования свидетельствуют о том, что благодаря расширению экономических прав и возможностей женщин повышается их способность договариваться о безопасном сексе, улучшается финансовая и физическая доступность тестирования на ВИЧ и расширяются их возможности в плане получения консультационных услуг и прохождения антиретровирусной терапии [23]. В этой связи следует уделять первоочередное внимание расширению прав и возможностей женщин в качестве «движущей силы преобразований» за счет создания условий для их участия в определении основной повестки дня и деятельности на низовом уровне.

Н. Искоренять стигматизацию и дискриминацию в отношении лиц, инфицированных ВИЧ, а также применение к ним карательных законов и методов (на основе поощрения законов и программ, обеспечивающих полное осуществление всех прав человека и основных свобод)

50. Данные по странам, в которых было проведено более одного обследования по вопросам демографии и здравоохранения, свидетельствуют о том, что средний показатель доли лиц, положительно относящихся к людям, инфицированным ВИЧ, немного повысился: с 37 процентов до 51 процента среди женщин и с 45 процентов до 55 процентов среди мужчин, но вместе с тем во многих странах мира лица, инфицированные ВИЧ, продолжают довольно часто подвергаться стигматизации и дискриминации.

51. Существование стигматизации и дискриминации, а также применение карательных законов, стратегий и методов приводит к серьезным нарушениям прав человека, нагнетает атмосферу страха и препятствует лицам, зараженным и сталкивающимся с угрозой заражения ВИЧ, получать доступ к правовой защите, добиваться возмещения ущерба и пользоваться необходимыми информационными ресурсами и услугами. По причине стигматизации и дискриминации лица, инфицированные ВИЧ, в том числе представители основных групп риска, сталкиваются с отказами в оказании медицинской помощи, устройстве на работу и предоставлении образования, становясь изгоями для своих семей и общин. Каждый восьмой инфицированный ВИЧ сообщает о случаях отказа в оказании медицинской помощи из-за своей зараженности этим вирусом, а каждый девятый — о случаях отказа в трудоустройстве по той же причине. По данным издания «Индекс стигматизации лиц, инфицированных ВИЧ», среди лиц, живущих с ВИЧ, уровень безработицы в три раза выше, чем в целом по той или иной стране [1].

52. По-прежнему широко распространено такое явление, как криминализация основных групп населения. Шестьдесят процентов стран сообщают о том, что в них действуют законы, положения и программы, препятствующие эффективной профилактике и лечению ВИЧ, осуществлению ухода и оказанию поддержки основным группам населения и группам высокого риска. Сексуальные отношения между лицами одного пола преследуются по закону в общей сложности в 79 странах, а некоторые виды секс-индустрии и наркомании являются незаконными в большинстве государств. В более чем 60 странах действуют законы, устанавливающие конкретную уголовную ответственность за сокрытие информации о ВИЧ-статусе, а также за заражение этим вирусом и его передачу. По меньшей мере в 49 странах лица, инфицированные ВИЧ, часто преследуются в судебном порядке, в том числе за совершение действий, не представляющих опасности с точки зрения распространения ВИЧ.

53. Данные исследований показывают, что страх подвергнуться стигматизации и дискриминации, который может быть связан с боязнью стать жертвой насилия, не позволяет многим лицам, инфицированным ВИЧ, рассказать о своем заражении даже членам семьи и сексуальным партнерам, что ограничивает их способность и готовность проходить курс лечения. Кроме того, по данным исследований, принятие законов по борьбе с секс-индустрией приводит к тому, что возможности работников этой сферы получать информацию о ВИЧ и соответствующие услуги уменьшаются, а масштабы распространения ВИЧ увеличиваются [24].

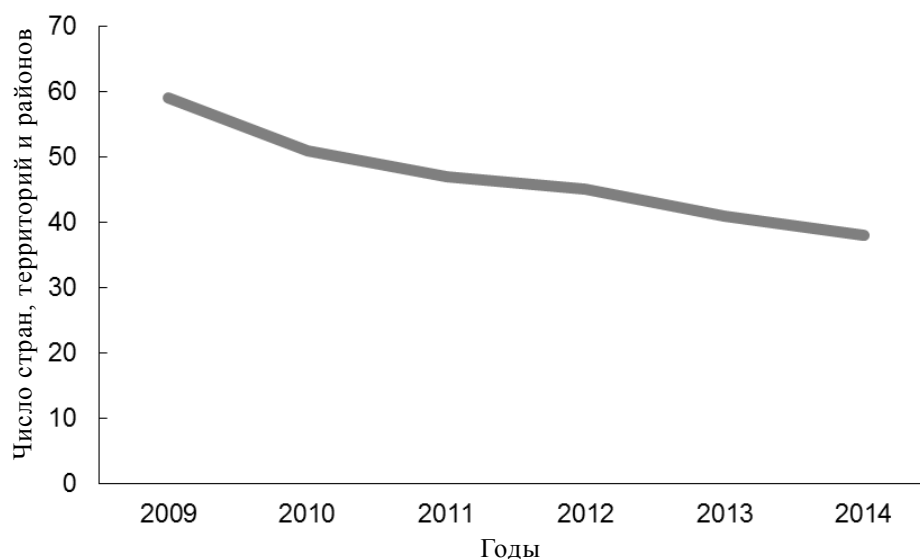
54. Во многих странах разработаны национальные программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией, в которых уделяется повышенное внимание вопросам прав человека и ставится задача полностью покончить с дискриминацией. Например, в Марокко и Таиланде были разработаны национальные планы по борьбе с ВИЧ, в которых были определены конкретные цели по борьбе со стигматизацией и дискриминацией, предотвращению нарушений прав человека и реализации ключевых программ в области прав человека, предусмотренных в Политической декларации по ВИЧ и СПИДу 2011 года. В общей сложности в 103 из 109 стран искоренение стигматизации и дискриминации было определено в качестве одной из первоочередных национальных задач, а 61 процент стран сообщили о наличии антидискриминационных законов по защите лиц, инфицированных ВИЧ [25].

55. Необходимо принять безотлагательные меры в целях обеспечения возможностей для проведения обзора правовых и политических рамок, с тем чтобы привести их в соответствие с обязательствами в области прав человека и международными соглашениями о трудовых правах. Программы по борьбе со стигматизацией и дискриминацией в отношении лиц, инфицированных ВИЧ, должны способствовать расширению социально-экономических прав и возможностей лиц, инфицированных или затронутых ВИЧ, особенно женщин и девочек, которые часто подвергаются одному или нескольким видам стигматизации и дискриминации. Программы должны осуществляться таким образом, чтобы способствовать укреплению равенства, недискриминации, подотчетности, участия и вовлеченности основных групп населения и лиц, инфицированных ВИЧ.

I. Отменить связанные с ВИЧ ограничения на въезд, пребывание и проживание

Диаграмма VII

Число стран, территорий и районов, в которых действуют ограничения на поездки, за ряд лет



Источник: ЮНЭЙДС, 2014 год.

56. Согласно Политической декларации 2011 года, отмена всех связанных с ВИЧ ограничений на въезд, пребывание и проживание является ключевой задачей в рамках усилий по полной ликвидации дискриминации (см. диаграмму VII). Благодаря технической поддержке и политическим усилиям ЮНЭЙДС, три страны из различных регионов (Австралия, Коморские Острова и Таджикистан) отменили действовавшие в них ограничения или подтвердили отсутствие ограничений в 2014 году, присоединившись таким образом к 140 странам, территориям и районам, свободным от связанных с ВИЧ ограничений на поездки.

57. Хотя люди, являющиеся носителями ВИЧ, пользуются все большей свободой передвижения, связанные с ВИЧ ограничения на поездки в той или иной форме продолжают действовать в 38 странах, территориях и районах. В 18 из этих стран иностранец может быть депортирован, если обнаружится, что он является носителем ВИЧ [26]. Особенно страдают от связанных с ВИЧ ограничений на въезд, пребывание и проживание работники-мигранты. Так, например, во многих странах Ближнего Востока работники-мигранты обязаны проходить обязательную проверку на ВИЧ для получения или продления рабочей визы. Такие порядки не только подрывают возможность открытого найма работников на международной основе и отрицательно сказываются на национальных усилиях по борьбе с ВИЧ, но и приводят к ущемлению прав на здоровье, неприкосновенность частной жизни и человеческое достоинство.

58. В странах, где сохраняются указанные ограничения, требуется ускорить прогресс в осуществлении реформ в областях законодательства и нормативного регулирования.

Ж. Укрепить интеграцию мер по борьбе с ВИЧ (в контексте более широкой работы в областях здравоохранения и развития на глобальном уровне)

59. Были достигнуты значительные успехи в ликвидации параллельных систем посредством включения связанных с ВИЧ услуг в более широкие усилия в областях здравоохранения и развития. Во многих странах была начата работа по интеграции связанных с ВИЧ услуг в деятельность по борьбе с туберкулезом и охране сексуального и репродуктивного здоровья и обеспечению сексуальных и репродуктивных прав — включая охрану материнского здоровья, планирование семьи, лечение заболеваний, передающихся половым путем, и рака шейки матки и борьбу с гендерным насилием — и в услуги по охране здоровья детей. В Руанде в рамках мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ от матери ребенку была проведена интеграция услуг по борьбе с ВИЧ с другими услугами, связанными с сексуальным и репродуктивным здоровьем и правами, в результате чего услуги по охране здоровья матерей и новорожденных, планированию семьи, консультированию по вопросам ВИЧ и тестированию на ВИЧ, антиретровирусной терапии, оказанию помощи пострадавшим от гендерного насилия и лечению заболеваний, передающихся половым путем, предоставляются на базе единого медицинского учреждения.

60. Несмотря на внушающую надежду приверженность интеграции указанных услуг, требуется дальнейшая работа в данном направлении с учетом того, что многие страны находятся на различных этапах этого процесса. Требуется более эффективное руководство и твердая приверженность ликвидации параллельных систем, а также совместное планирование и осуществление, инвестиции в целях оказания комплексных услуг (включая инфраструктуру, учебную подготовку, управление и контроль за осуществлением и оценкой) и более эффективное межсекторальное сотрудничество. Требуется обеспечить большую степень увязки связанных с ВИЧ услуг, включая антиретровирусную терапию, с лечением неинфекционных заболеваний. Также требуется укрепить взаимосвязь между услугами по борьбе с ВИЧ и несвязанными со здравоохранением направлениями работы, включая обеспечение социальной защиты, занятости и

продовольственной безопасности, защиту прав человека, обеспечение правопорядка, отправление правосудия, сокращение масштабов нищеты, образование и оказание социальных услуг.

61. По мере обеспечения интеграции связанных с ВИЧ услуг в более широкую программу действий в областях здравоохранения и развития необходимо и далее прилагать целенаправленные усилия для продолжения принятия надлежащих мер в связи с особыми потребностями людей, живущих с ВИЧ, и удовлетворения таких потребностей. Также важно, чтобы в подходах к интеграции услуг учитывались особенности конкретных стран, а именно возникающие в них вспышки заболеваний и затронутые группы населения, в целях адаптации комплексных мер реагирования к местным условиям.

IV. Вносить вклад в достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия

Цель 3: поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин

62. Поощрение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин является неотъемлемой частью глобальных мер по борьбе со СПИДом. Хотя предстоит еще многое сделать для осуществления задач, связанных с обеспечением гендерного равенства и расширением прав и возможностей женщин, мероприятия по борьбе с ВИЧ начинают приносить свои плоды в этой области. Так, например, денежные переводы в целях расширения экономического потенциала женщин и девочек и обеспечения для них возможностей в плане продолжения обучения непосредственно способствуют снижению распространения опасного сексуального поведения. Вместе с тем требуются дальнейшие усилия для расширения прав и возможностей женщин и устранения обусловленных гендерными факторами структурных препятствий и неблагоприятной расстановки сил, которые влияют на способность женщин и девочек бороться с проблемой ВИЧ. Необходимо принять решительные меры, с тем чтобы девушки и девочки имели возможность поступать в учебные заведения и продолжать обучение; чтобы женщины чувствовали себя в безопасности и могли принимать самостоятельные решения в отношении своего собственного сексуального здоровья; чтобы женщины в большей степени участвовали в осуществлении руководящих функций, принятии решений и предоставлении услуг; и чтобы обеспечить более широкую поддержку юридических прав женщин и их доступа к правосудию.

Цель 4: сокращение детской смертности и цель 5: улучшение охраны материнства

63. Деятельность по борьбе со СПИДом способствовала достижению целей сокращения детской смертности и улучшения охраны материнства благодаря осуществлению ряда мероприятий в области здравоохранения. Комплексные услуги по борьбе со СПИДом и охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав имеют крайне важное значение для выполнения задачи 5В целей Декларации тысячелетия, заключающейся в обеспечении всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья. Хотя наблюдается сокращение смертности среди детей в возрасте до 5 лет благодаря сокращению передачи

ВИЧ от матери ребенку, по-прежнему предстоит многое сделать для обеспечения того, чтобы дети, уже инфицированные ВИЧ, могли проходить необходимое лечение.

Цель 6: борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями

64. Более широкое использование презервативов и повышение информированности по вопросам ВИЧ благодаря более масштабному осуществлению программ, направленных на изменение моделей поведения, обусловили значительный прогресс в осуществлении задач 6А и 6В. Хотя число детей, один или оба родителя которых умерли от СПИДа, остается крайне высоким (в 2013 году общий показатель составил 17,7 миллиона человек, 15,1 миллиона из которых проживают в странах Африки к югу от Сахары [3]), недавние инвестиции в мероприятия, направленные на смягчение последствий заболевания СПИДом для домохозяйств и общин, принесли впечатляющие результаты. На сегодняшний день посещаемость школы детьми-сиротами в возрасте от 10 до 14 лет почти сравнялась с посещаемостью школы остальными детьми этого возраста.

V. Борьба со СПИДом на период после 2015 года

Усилия в целях ускоренной ликвидации эпидемии СПИДа к 2030 году

65. Достигнут глобальный консенсус в отношении того, что на сегодняшний день существуют средства для обеспечения возможности ликвидации эпидемии СПИДа к 2030 году. Согласно прогнозам ЮНЭЙДС, в следующие пять лет будет иметься крайне важная возможность для достижения этой цели посредством принятия ускоренных мер и осуществления инвестиций. Вместе с тем неравномерный прогресс, сохраняющаяся стигматизация и дискриминация, гендерное неравенство, карательные законы, недостаточное и нестабильное финансирование и отсутствие надлежащих адресных мер по профилактике, лечению и уходу, ориентированных на ключевые группы населения, приводит к тому, что значительная часть населения не получает необходимой помощи. Существует опасность того, что если международное сообщество не сможет должным образом адаптировать принимаемые им меры в целях удовлетворения потребностей наиболее нуждающихся в помощи групп населения, должным образом активизировав свои усилия, то эпидемия возвратится и примет еще большие масштабы, чем когда-либо ранее.

66. Как показывает опыт, смелые цели являются движущей силой прогресса и способствуют повышению подотчетности и объединению заинтересованных сторон. В этой связи в дополнение к проведению работы со странами в целях определения и достижения целевого показателя в области лечения «90-90-90» Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу разрабатывает дополнительные целевые задачи на 2020 год в области профилактики заболевания и ликвидации дискриминации. Выполнение этих смелых, но реалистичных задач позволит фактически ликвидировать к 2030 году эпидемия СПИДа как угрозу здоровью населения, предотвратив 18 млн. новых случаев заражения ВИЧ и 11,2 млн. летальных исходов [2].

67. В целях создания импульса, необходимого для обеспечения возможности исключения СПИДа из числа угроз для здоровья населения, в течение следующих пяти лет будет необходимо удовлетворить острую потребность в капиталовложениях с выделением основного объема средств на начальном этапе и ускоренном процессе разработки и осуществления профилактических программ, ориентированных на ключевые места проживания и основные группы населения. Эти программы включают информационно-просветительскую работу по вопросам правильного и последовательного использования презервативов, программы добровольного обрезания мужчин в медицинских целях, программы денежной помощи и информационно-просветительскую работу с работниками секс-индустрии, мужчинами, вступающими в половой контакт с другими мужчинами, транссексуалами и людьми, употребляющими инъекционные наркотики. Кроме того, следует обеспечить доступ к доконтактной профилактике для работников секс-индустрии, мужчин, вступающим в половой контакт с другими мужчинами, серодискордантных супружеских пар, проживающих в условиях высокой распространенности инфекции, и молодых женщин, проживающих в условиях крайне высокой распространенности инфекции.

68. Для удовлетворения соответствующих потребностей к 2020 году в странах с низким уровнем дохода, согласно оценкам, требуется обеспечить ежегодные инвестиции в объеме 9,7 млрд. долл. США, в то время как в странах со средним уровнем дохода объем инвестиций должен составлять 8,7 млрд. долл. США. Для обеспечения указанного объема инвестиций всем странам с низким и средним уровнем дохода необходимо увеличить финансирование мер реагирования за счет внутригосударственных ресурсов соразмерно тяжести бремени ВИЧ в каждой конкретной стране. Странам с доходом ниже среднего уровня будет необходимо увеличить долю расходов на меры реагирования за счет внутренних ресурсов страны, хотя страны с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции по-прежнему будут нуждаться в значительной донорской помощи. Странам с доходом выше среднего уровня следует незамедлительно предпринять шаги, чтобы начать переход на самофинансирование мер реагирования.

69. Для прекращения эпидемии требуются целенаправленные, динамичные и последовательные ответные меры, в результате которых никто не должен оставаться неохваченным. Это включает приверженность всех заинтересованных сторон формированию надежных и гибких систем здравоохранения, использованию инновационных механизмов финансирования и затратоэффективному и стратегическому выделению средств на цели финансирования мер с высоким коэффициентом отдачи, ориентированных на наиболее остро нуждающиеся в помощи или подверженные наибольшему риску группы населения. Необходимо выйти за рамки краткосрочных политических приоритетов в целях обеспечения принятия политики и программ, направленных на достижение долгосрочных результатов в областях здравоохранения, развития и экономики. Эти подходы в свою очередь должны основываться на защите и поощрении прав человека и гендерного равенства, а также на принципах глобальной солидарности и разделения ответственности. Заседание высокого уровня Генеральной Ассамблеи по ВИЧ/СПИДу, которое должно пройти в 2016 году, представляет собой потенциальную возможность для осуществления преобразований в це-

лях укрепления глобальной решимости и активизации стратегических усилий по прекращению эпидемии.

СПИД и повестка дня в области устойчивого развития на период после 2015 года

70. Будущие результаты ускоренного финансирования мер по борьбе со СПИДом не ограничиваются прекращением эпидемии СПИДа. Инвестиции в интеграцию и укрепление систем здравоохранения по линии борьбы со СПИДом оказывают непосредственное воздействие на выполнение ряда других задач в области устойчивого развития. В связи со вспышкой лихорадки Эбола в Западной Африке особое значение приобрели связанные с ВИЧ инвестиции в развитие системы здравоохранения и усовершенствования системы здравоохранения, а также профессиональный опыт сторон, участвующих в осуществлении мер по борьбе с ВИЧ. Опыт, извлеченный из реализации мер по борьбе со СПИДом, был оперативно задействован в 2014 году посредством добровольного перевода персонала Объединенной программы в страны, в наибольшей степени затронутые эпидемией, а также на основе миссий Генерального секретаря и Директора-исполнителя и заместителя Директора-исполнителя Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу. В своей резолюции 2013/11 от 22 июля 2013 года Экономический и Социальный Совет признал ценность уроков, усвоенных в ходе глобальной борьбы со СПИДом, для реализации более широкой повестки дня в области устойчивого развития (пункт 8), а также указал, что деятельность ЮНЭЙДС является примером того, как следует повышать стратегическую согласованность, координацию, ориентированность на результаты и отдачу на страновом уровне в период после 2015 года (пункт 9).

VI. Рекомендации

71. В целях дальнейшего развития достигнутых в прошлом успехов и реализации будущих возможностей необходимо обеспечить приверженность осуществлению нижеуказанных мер со стороны международных источников финансирования, национальных правительств, гражданского общества, системы Организации Объединенных Наций и других ключевых партнеров:

- В рамках мер по борьбе со СПИДом на период после 2015 года следует уделять особое внимание тем местам проживания и группам населения, которые до сих пор были в недостаточной степени охвачены помощью, при этом необходимо обеспечивать адресность выделяемых ресурсов и программ и их соответствие потребностям, а также учет прав человека и принципа гендерного равенства. Необходимо, чтобы люди, живущие с ВИЧ, и ключевые группы населения принимали полноценное участие в мерах по борьбе со СПИДом посредством внесения активного вклада в определение приоритетов и осуществление программ.
- В период после 2015 года необходимо продолжать уделять первоочередное внимание борьбе со СПИДом в целях сохранения и развития нынешних достижений и реализации возможности прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году. Это включает обеспечение увязки мероприятий по

борьбе со СПИДом с различными направлениями деятельности, предусмотренными в повестке дня в области развития на период после 2015 года, особенно в том, что касается сокращения масштабов нищеты, создания рабочих мест и расширения прав и возможностей женщин и девочек.

- Необходимо неустанно стремиться к достижению цели ликвидации дискриминации. Требуется разработать и отслеживать показатели для оценки сокращения уровня стигматизации, дискриминации и нарушений прав человека. Необходимо также создать механизмы выявления нарушений прав человека и принятия надлежащих мер в связи с такими нарушениями в целях обеспечения возможности лечения ВИЧ-инфекций и профилактики новых заражений и защиты достоинства лиц, живущих с ВИЧ или затронутых этой инфекцией. Крайне важное значение имеет также подготовка специалистов по правовым вопросам, в том числе для оказания помощи людям, являющимся носителями ВИЧ или затронутыми этой инфекцией [27].
- В целях достижения максимального эффекта необходимо расширить масштабы программ социальной защиты, способствующих профилактике заражения ВИЧ, лечению, уходу за больными и их поддержке, с уделением особого внимания программам денежной помощи молодым женщинам, проживающим в странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции [28].
- Там, где это возможно, необходимо стремиться к повышению результативности усилий для обеспечения эффективного использования ресурсов и достижения наибольшей отдачи для тех, кто нуждается в помощи. Это включает работу по улучшению контроля за осуществлением мероприятий и обеспечению следования плану лечения на последовательной основе.
- Будущий успех мер по борьбе со СПИДом на период после 2015 года зависит от предоставления соответствующего финансирования в полном объеме. Следует рекомендовать странам увеличить объем выделяемых внутренних ресурсов в соответствии с их экономическим статусом и уровнем распространенности заболевания. В странах с низким уровнем дохода основная часть ресурсов по-прежнему должна будет предоставляться странами-донорами. Международные источники финансирования должны подтвердить свое обязательство поддерживать меры по борьбе со СПИДом на период после 2015 года в соответствии с принципами глобальной солидарности, разделения ответственности и благого управления. В этом контексте страны с уровнем дохода выше среднего уровня должны в свою очередь начать переход на самофинансирование большей части своих национальных мер реагирования.
- Следует увеличивать объем инвестиций со стороны частного сектора посредством увеличения числа и расширения масштаба хорошо зарекомендовавших себя государственно-частных партнерств, созданных в рамках мер по борьбе со СПИДом.
- Профессиональный опыт, знания и уроки, усвоенные в ходе реализации глобальных мер по борьбе со СПИДом, должны быть задействованы в период после 2015 года для решения других сложных задач в области

устойчивого развития. Это предусматривает учет уроков, извлеченных из опыта применения уникального подхода на основе Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, в том, что касается повышения стратегической согласованности, координации, ориентированности на результаты, основанной на широком участии системы управления и обеспечения результативности усилий на страновом уровне.

Примечания

1. UNAIDS, *The Gap Report* (Geneva, September 2014).
2. UNAIDS, *Fast-Track: World AIDS Day Report 2014* (Geneva, October 2014).
3. Согласно оценкам ЮНЭЙДС за 2013 год.
4. M. S. Cohen and others, "Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy", *New England Journal of Medicine*, vol. 365, No. 5 (2011), pp. 493-505.
5. S. McCormack and D. Dunn, "Pragmatic open-label randomised trial of preexposure Prophylaxis", Abstract 22LB, PROUD Study, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, 23 and 24 February, 2015; and M. Molina and others, "Pragmatic open-label randomised trial of preexposure prophylaxis", Abstract 23LB, PROUD Study, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, 23 and 24 February, 2015.
6. L. F. Johnson and others, "The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis", *Journal of the Royal Society*, 18 January 2012. Available from <http://rsif.royalsocietypublishing.org/content/early/2012/01/11/rsif.2011.0826.full>.
7. World Health Organization, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations* (Geneva, 2014), p. 8. Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1.
8. UNICEF, "Social protection programmes contribute to HIV prevention", HIV-sensitive social protection policy brief. January 2015.
9. S. J. Baird and others, "Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial", *Lancet*, vol. 379, No. 9823 (7 April 2012), pp. 1320-1329. Available from <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961709-1/abstract>.
10. United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2014* (Vienna, June 2014).
11. UNAIDS, Report of the Executive Director of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (Geneva, January 2015).
12. Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014* (London, 2014).
13. UNAIDS Programme Coordinating Board, "Halving HIV transmission among people who inject drugs", background note (UNAIDS/PCB 35/14.27), December 2014. Available from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141125_Background_Note_Thematic_Segment_35PCB.pdf.

14. United Nations Office on Drugs and Crime, International Labour Organization, United Nations Development Programme, World Health Organization and UNAIDS, “HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions”, policy brief (Vienna, June 2013). Available from http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf.
15. UNAIDS, *Countdown to Zero: Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections among Children by 2015 and Keeping their Mothers Alive, 2011-2015* (Geneva, 2011).
16. World Health Organization, *Global Tuberculosis Report 2014* (Geneva, 2014).
17. UNAIDS, *AIDS Dependency Crisis: Sourcing African Solutions* (Geneva, October 2014).
18. Henry J. Kaiser Family Foundation and UNAIDS, “Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries: international assistance from donor governments in 2013” (Menlo Park, California, July 2014).
19. Claudia Garcia-Moreno and others, “The health-systems response to violence against women”, *Lancet* online, 20 November 2014.
20. D. Durevall and A. Lindskog, “Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us?” *Lancet* online, 20 November 2014.
21. UNAIDS, “Unite with women: unite against violence and HIV”, (Geneva, 2014). Available from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2602_UniteWithWomen_en_0.pdf.
22. UNAIDS, “Global AIDS response progress reporting: national commitments and policy instrument (NCPI)”, 2014.
23. P. Pronyk and others, “Effect of a structured intervention for the prevalence of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial”, *Lancet*, vol. 368, No. 9551 (2 December 2006), pp. 1973-1983.
24. S. Gruskin and others, “Realigning government action with public health evidence: the legal and policy environment affecting sex work and HIV in Asia”, *Culture, Health and Sexuality*, vol. 16, No. 1 (2014), pp. 14-29.
25. UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic* (Geneva, 2013).
26. UNAIDS, “Welcome(not)”, 2015. Available from http://www.unaids.org/sites/default/files/UNA064Infographics_7%20v6.pdf.
27. International Labour Organization, *HIV and AIDS and Labour Rights: A Handbook for Judges and Legal Professionals*, 2nd ed. (Geneva, 2015).
28. UNAIDS, 35th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, 9-11 December 2014: decisions. Available from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141212_Decisions_35_PCB_meeting_EN.pdf.