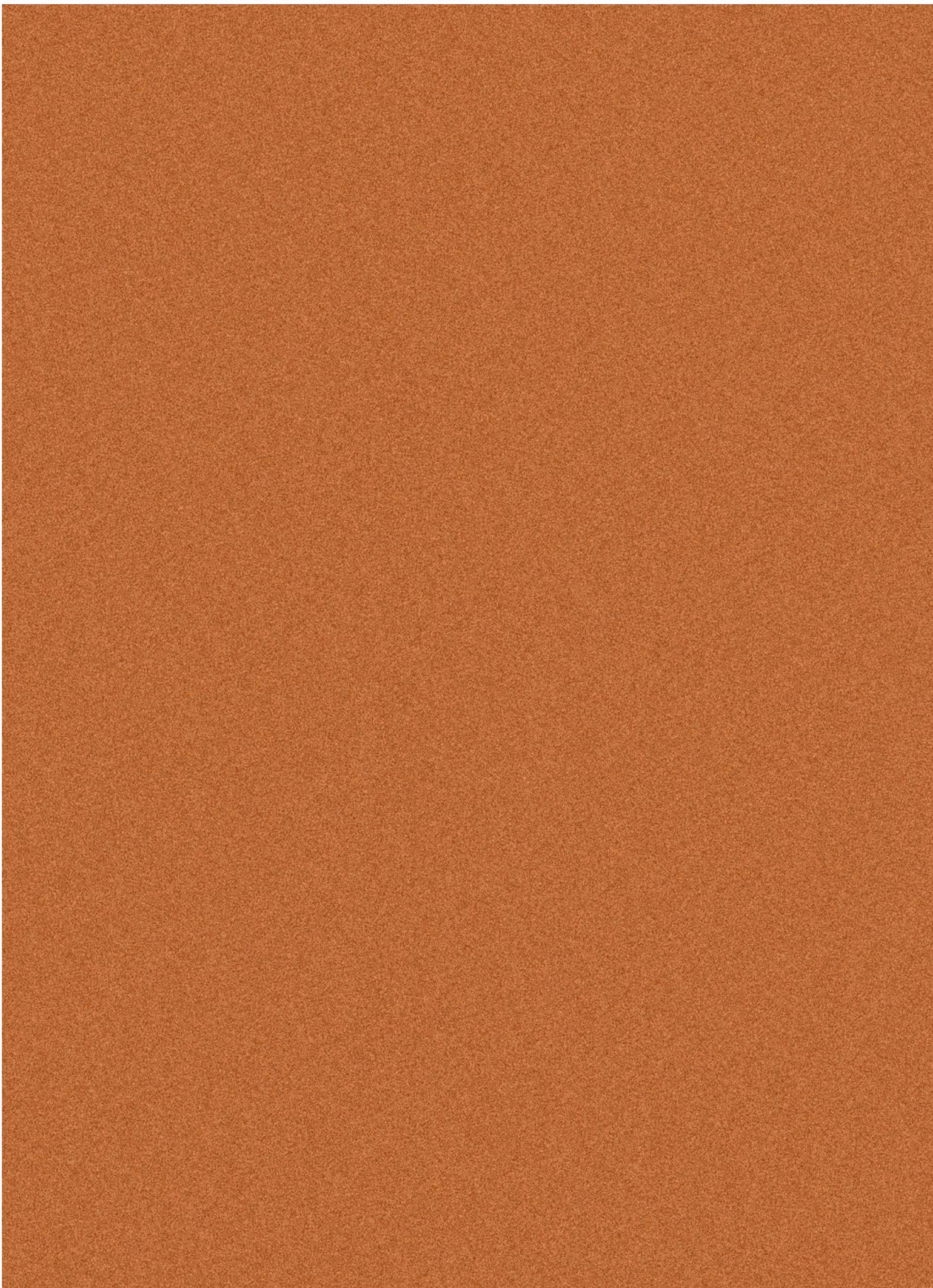


ДОКЛАД КО ВСЕМИРНОМУ ДНЮ  
БОРЬБЫ СО СПИДОМ | 2021



# НЕРАВНЫЕ, НЕПОДГОТОВЛЕННЫЕ, НЕЗАЩИЩЕННЫЕ

ПОЧЕМУ НЕОБХОДИМЫ РЕШИТЕЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ  
ПРОТИВ НЕРАВЕНСТВА, ЧТОБЫ ПОЛОЖИТЬ КОНЕЦ  
СПИДУ, ОСТАНОВИТЬ COVID-19 И ПОДГОТОВИТЬСЯ  
К БУДУЩИМ ПАНДЕМИЯМ



# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b>	4
<b>ВСТУПЛЕНИЕ</b>	5
<b>ВВЕДЕНИЕ И РЕЗЮМЕ</b>	7
<b>ГЛАВА 1:</b> Инфраструктура, управляемая сообществами и действующая на основе сообществ	21
<b>ГЛАВА 2:</b> Равный доступ к лекарствам, вакцинам и медицинским технологиям	30
<b>ГЛАВА 3:</b> Поддержка работников, находящихся на передней линии пандемии	38
<b>ГЛАВА 4:</b> Права человека в центре мер реагирования на пандемию	47
<b>ГЛАВА 5:</b> Социально ориентированные системы сбора данных, выявляющие неравенство	58

# ПРЕДИСЛОВИЕ

Этот доклад – сигнал тревоги в связи с чрезвычайной ситуацией в области борьбы со СПИДом и необходимостью совместного решения многочисленных проблем, связанных с пандемией. В нем подчёркивается, почему мы не можем не покончить со СПИДом, и убедительно показана необходимость для лидеров предпринять смелые шаги, которые позволят спасти жизни сейчас и сделать нас более подготовленными к пандемиям в будущем.

Если мы не предпримем срочных действий, пандемия СПИДа может унести жизни миллионов людей в ближайшие годы.

В период COVID-19 существует значительный риск того, что политическое внимание к ВИЧ и финансирование в этой области будут ослабевать. Если мы не предпримем шагов, необходимых для решения проблемы неравенства, способствующей распространению ВИЧ, мы не только не сможем покончить с пандемией СПИДа, но и оставим наш мир опасно неподготовленным к будущим пандемиям.

Как отмечается в докладе, эффективный пакет мер должен включать в себя услуги, предоставляемые с ведущим участием сообществ, доступ к самым современным медицинским технологиям, соблюдение прав человека, меры по защите работников здравоохранения и ключевых секторов, а также работу с данными для выявления неравенства.

Слишком часто такие ключевые вопросы отодвигаются на периферию. Однако преобразующие меры, необходимые для прекращения эпидемии СПИДа, имеют ключевое значение для обеспечения надлежащей готовности к пандемии и реагирования на неё. Данный доклад свидетельствует о необходимости всеобъемлющего подхода к борьбе с пандемиями, к которому призывает Независимая комиссия по обеспечению готовности к пандемиям и борьбе с ними.

Как отмечается в настоящем докладе, пандемии распространяются быстрее вдоль трещин, раскалывающих общество.

Замечательные учёные, врачи, медсестры и сообщества людей, вовлечённые в борьбу с пандемиями, не смогут покончить с ними, если только мировые лидеры со своей стороны не предпримут соответствующие усилия.

Мы должны трезво оценивать риски, возникающие, если «жить как обычно». Без решительных действий, направленных на ликвидацию неравенства, траектория, по которой мы движемся, приведёт нас в ловушку многочисленных пандемий. Мы постоянно будем находиться в зоне риска и испытывать страх. Это поставит под угрозу прогресс, мир и процветание.

Доклад выделяет две важные причины для оптимизма. Во-первых, у нас есть убедительные данные в пользу работающих подходов. И теперь мы должны применять полученный опыт в большем масштабе и повсеместно. Во-вторых, у нас есть глобальный план, согласованный на заседании высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДу, которое состоялось в начале этого года. Если меры, согласованные Генеральной Ассамблеей, будут претворены в жизнь, это позволит миру покончить с неравенством, которое является движущей силой ВИЧ и СПИДа, и проложить путь к обеспечению готовности к пандемиям.

Надежда зависит от смелых действий лидеров сейчас. Мы не можем ждать. Пандемии не исчезают сами по себе. Их побеждают решительными действиями, или они побеждают нас.

Мы можем победить в борьбе за искоренение пандемий, но только в том случае, если мы будем достаточно смелыми, чтобы покончить с неравенством, которое движет ими.

Крайне важно, чтобы все правительства прислушались к идее, содержащейся в настоящем докладе, и следовали ей не на словах, а на деле.

Положим конец неравенству. Покончим со СПИДом. Покончим с пандемиями.



**Хелен Кларк**

Сопредседатель Независимой комиссии по обеспечению готовности к пандемиям и борьбе с ними, бывший премьер-министр Новой Зеландии и бывший Администратор Программы развития Организации Объединённых Наций

Мы можем покончить со СПИДом к 2030 году. Некоторые страны добиваются потрясающего прогресса, демонстрируя нам, чего можно достичь в этой области. Но в глобальном масштабе мы действуем недостаточно быстро, чтобы остановить пандемию СПИДа.

В настоящем докладе Объединённая программа Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) делает серьёзное предупреждение. Расслабляться нельзя. Прогресс в борьбе со СПИДом, который и без того отставал от намеченного графика, теперь находится под ещё большим вопросом на фоне бушующего кризиса COVID-19, срывающего работу служб профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, школьного образования, программ по предотвращению насилия и т.д.

Проведённый в этом докладе анализ показывает, что СПИД унесёт миллионы жизней, если мы продолжим действовать в том же духе – если мы не сможем быстро расширить охват программ по предотвращению новых случаев инфицирования и смертей, и не положим конец пандемии.

СПИД, несомненно, остаётся пандемией. Для того, чтобы остановить её, нам нужно срочно найти более смелые решения, способные справиться с проблемой неравенства, которая затягивает пандемию СПИДа. Отсутствие многих компонентов противодействия ВИЧ приводит к дальнейшему развитию пандемии COVID-19 и делает нас опасно неподготовленными к пандемиям будущего.

В этом году на Генеральной Ассамблее Организации Объединённых Наций лидеры сделали большой шаг вперёд, согласовав смелый план по преодолению неравенства. Претворение этого плана в жизнь сейчас зависит от решительных и быстрых последующих действий.

Смело действуя вместе, лидеры объединяют передовую науку, услуги, удовлетворяющие потребности людей, защиту прав человека и непрерывное финансирование. Благодаря этим действиям смерти от СПИДа и новые случаи инфицирования ВИЧ случаются реже. Но так происходит не во всех регионах и не со всеми людьми.

Мировые лидеры должны в срочном порядке совместными усилиями решить эти проблемы. У нас есть очень чёткое представление о правильном направлении. Но сейчас мы зачастую движемся по этому пути недостаточно быстро. А некоторые даже идут в неправильном направлении.

Борясь с пандемией СПИДа, мы узнали многое о том, что необходимо для успешного противостояния СПИДу и всем пандемиям. Мир не должен выбирать между прекращением пандемии СПИДа, которая бушует сегодня, и подготовкой к пандемиям завтрашнего дня. По-настоящему успешный подход позволяет добиться и того, и другого. Однако сегодняшний путь не ведёт нас к этому результату.

Хорошая новость состоит в том, что борьба с неравенством доказала свою эффективность даже в самых сложных условиях. Теперь этот подход нужно быстро применить в масштабах всего мира.



**МЫ ПРИШЛИ К РАЗВИЛКЕ. ЛИДЕРЫ ДОЛЖНЫ СДЕЛАТЬ ВЫБОР МЕЖДУ СМЕЛЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ И ПОЛУМЕРАМИ. ИМЕЮЩИЕСЯ ДАННЫЕ ГОВОРЯТ ОБ ОДНОМ: МЫ НЕ МОЖЕМ СЕБЕ ПОЗВОЛИТЬ НЕРЕШИТЕЛЬНОСТЬ.**

В настоящем докладе рассматриваются пять важнейших элементов Глобальной стратегии по СПИДу, которым необходимо срочно придать универсальный характер, и которые также являются критически важными, но недостаточно финансируемыми и недостаточно приоритетными для предотвращения пандемий, обеспечения готовности к ним и реагирования на них.

- 1** **Инфраструктура, управляемая сообществами и действующая на основе сообществ;**
- 2** **Равный доступ к лекарствам, вакцинам и медицинским технологиям;**
- 3** **Поддержка работников, находящихся на передней линии пандемии;**
- 4** **Права человека в центре борьбы с пандемией;**
- 5** **Социально ориентированные системы сбора данных, выявляющие неравенство.**

Мы пришли к развилке. Лидеры должны сделать выбор между смелыми действиями и полумерами. Имеющиеся данные говорят об одном: мы не можем себе позволить нерешительность.

Мы можем победить, но только если будем смелыми, и только если будем действовать сообща.

Во время моего недавнего визита в Сенегал я увидела, как сила лидерства приводит к сокращению числа новых случаев инфицирования ВИЧ. В Дакаре я встретила вдохновляющую Мариаму Ба Тиам, инструктором по программе снижения вреда для людей, употребляющих инъекционные наркотики. Эта программа помогает им защитить своё здоровье и сохранить экономическую независимость. Подход Мариамы работает, потому что он принимает во внимание состояние человека во всей его полноте, включая медицинские и социальные факторы. Такой подход отвергает карательные и стигматизирующие методы, применяемые столь многими, и ставит достоинство каждого человека на первый план. Её подход успешен потому, что он вовлекает наиболее пострадавшие сообщества в предоставление услуг и отводит им лидирующую роль, а также потому, что доступ к лечению, основанному на передовых научных достижениях, признаётся правом человека и общественным благом. Мы знаем, как выглядит успех – его олицетворяет Мариама. Тысячи Мариам по всему миру указывают нам дорогу, пройдя её сами.

Каждую минуту мы теряем одну драгоценную человеческую жизнь из-за СПИДа. У нас нет времени.

Положим конец неравенству. Покончим со СПИДом. Покончим с пандемиями.



**Винни Бьянима**

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР ЮНЭЙДС



# ВВЕДЕНИЕ И РЕЗЮМЕ

# ПЕРЕСЕКАЮЩИЕСЯ ПАНДЕМИИ

Человечеству угрожает растущее число пандемий. Проблема СПИДа усугубляется эпидемией COVID-19 со смертельными последствиями, поскольку большая часть стран в мире остаются недостаточно подготовленными и не обеспеченными ресурсами для противостояния пандемиям сегодняшнего и завтрашнего дня.

На протяжении четырёх десятилетий достижения в области науки, прав человека и инвестиций в общественное здравоохранение привели к замечательным успехам в борьбе со СПИДом в некоторых регионах и среди определенных групп населения. Этот прогресс показал, что страны и сообщества способны работать вместе против смертоносной инфекции.

Вместе с тем, в этом направлении сохраняются существенные пробелы. Укоренившееся неравенство препятствует дальнейшему прогрессу в борьбе со СПИДом и делает мир уязвимым для будущих пандемий. Новые, грандиозные по масштабам вызовы, созданные COVID-19, ставят под угрозу достигнутые к настоящему времени завоевания.

В этом году всего за шесть месяцев до Всемирного дня борьбы со СПИДом государства-члены Организации Объединённых Наций (ООН) согласовали новый подход к решению проблемы неравенства, устранению разрыва в доступе к услугам по борьбе с ВИЧ к 2025 году и достижению глобальной цели — ликвидации СПИДа к 2030 году. При отсутствии запаса времени эти согласованные меры, тем не менее, осуществляются с недостаточной скоростью и в недостаточном масштабе.

Запаса времени не осталось. Системы здравоохранения и сообщества сейчас работают на пределе своих возможностей в связи с пандемией коронавируса, к которой мир, к большому сожалению, оказался совершенно не готов, несмотря на ясные предупреждения экспертов по инфекционным заболеваниям и даже голливудские фильмы-блокбастеры.

Данные ЮНЭЙДС показывают, что кривые инфицирования ВИЧ и смертности, связанной со СПИДом, снижаются недостаточно быстро, чтобы достичь конца пандемии. Неспособность развить достигнутые на сегодняшний день успехи приведёт к смерти от СПИДа 7,7 млн человек в течение этого десятилетия.<sup>1</sup> Большинство этих смертей можно было бы избежать, если бы мир следовал Глобальной стратегии по СПИДу на 2021–2026 годы и достиг целей, утверждённых Генеральной Ассамблеей ООН на 2025 год.

Во многих странах системы здравоохранения и медицинские работники работают сейчас на пределе возможностей из-за пандемии коронавируса, к которой мир оказался совершенно не готов, несмотря на чёткие предупреждения экспертов по инфекционным заболеваниям и даже голливудские фильмы-блокбастеры. Хуже того, два года кризиса из-за COVID-19 так и не смогли подтолкнуть мировое сообщество к единой реакции на новую пандемию: богатые страны накапливают вакцины и борются за то, чтобы убедить достаточную долю своего населения сделать прививку, в то время как страны с низким и средним уровнем дохода рискуют ощутить на себе всю силу следующей волны вирусной инфекции SARS-CoV-2.

Речь идёт не только о СПИДе. Действия и вмешательства, которые требуют большего политического лидерства, политического внимания и финансирования для того, чтобы покончить со СПИДом, также имеют решающее значение для того, чтобы обратить вспять тенденцию к распространению COVID-19. В то время как мировые лидеры и ведущие экономики стран «Группы двадцати» работают над созданием глобальной структуры для профилактики пандемий, обеспечения готовности к ним и реагирования на них, у нас есть опыт, накопленный с большим трудом в результате успехов и неудач борьбы со СПИДом, которым можно и нужно делиться. Этот опыт показывает, что критически важные элементы Глобальной стратегии по СПИДу практически отсутствуют в мероприятиях и планах по обеспечению готовности к пандемии, и которыми нельзя пренебрегать, если мир хочет исполнить своё намерение покончить со СПИДом в течение следующего десятилетия, быстро победить COVID-19 и с упреждением противодействовать пандемиям завтрашнего дня.

**КРИВЫЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ КОЛИЧЕСТВО СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СМЕРТНОСТИ ОТ СПИДА, СНИЖАЮТСЯ НЕДОСТАТОЧНО БЫСТРО. НЕСПОСОБНОСТЬ РАЗВИТЬ ДОСТИГНУТЫЕ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ УСПЕХИ ПРИВЕДЁТ К СМЕРТИ ОТ СПИДА 7,7 МЛН ЧЕЛОВЕК В ТЕЧЕНИЕ ЭТОГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ.**

1. Оценка в 7,7 миллиона смертей от СПИДа в период 2021–2030 годов является прогнозным показателем на основе моделей ЮНЭЙДС, при условии сохранения охвата услугами в связи с ВИЧ на уровне 2019 года. В случае реализации Глобальной стратегии по СПИДу и достижения целей на 2025 год, по оценкам ЮНЭЙДС, за десятилетие можно было бы сохранить по меньшей мере 4,6 млн жизней.

## Пять критически важных компонентов Глобальной стратегии по СПИДу, которые необходимо активизировать для того, чтобы положить конец СПИДу к 2030 году и укрепить глобальную архитектуру по предотвращению пандемий, обеспечению противодействия и готовности к ним

**Инфраструктура с ведущим участием и на основе сообществ.** В тех случаях, когда системы государственного здравоохранения привлекают общинные сети и организации и расширяют права и возможности тех, кто в наибольшей степени пострадал от пандемий, они добиваются большего успеха в борьбе с дезинформацией, обеспечении непрерывности медицинского обслуживания и защите прав и средств к существованию наиболее уязвимых групп населения.

**Равный доступ к лекарствам, вакцинам и медицинским технологиям.** Потребовались десятилетия для того, чтобы тесты на ВИЧ и лекарства стали широко- и легкодоступными для всех, кто в них нуждается. Миллионы людей погибли за это время. Неравенство в отношении вакцин в условиях сегодняшней пандемии COVID-19 перекликается с неравенством в области лечения при раннем реагировании на СПИД. В начале ноября 2021 года только 2% людей в странах с низким уровнем дохода были полностью вакцинированы против COVID-19 по сравнению с 65% в странах с высоким уровнем дохода (1). В середине ноября ежедневное количество вакцин-стимуляторов, вводимых во всем мире (главным образом в странах с высоким уровнем дохода), в шесть раз превышало ежедневное количество первичных доз в странах с низким уровнем дохода (2). Негодование, вызванное бессовестным сокрытием антиретровирусных препаратов от стран с низким уровнем дохода в 1990-х и начале 2000-х годов, привело к созданию таких механизмов, которые делают доступными и недорогими непатентованные версии передовых разработок в области ВИЧ. Необходимо и далее укреплять эти механизмы для того, чтобы все жизненно важные лекарства, вакцины, диагностические средства и другие медицинские технологии рассматривались в качестве общественных благ.

**Повышение значимости работников ключевых сфер.** Медицинские работники, работники социальной сферы, учителя и волонтеры являются героями мер реагирования на пандемию, рискуя своим здоровьем, чтобы обеспечить медицинскую помощь и гарантировать наличие базовых товаров и услуг. Однако они часто работают в небезопасных и эксплуататорских условиях, их труд недостаточно вознаграждается, они постоянно сталкиваются с нехваткой ресурсов, а их вклад в общество в большинстве случаев недооценён, за исключением самых острых фаз кризиса. Для удержания на рабочих местах важнейших сотрудников необходимо повысить их статус и предоставить им необходимые ресурсы и инструментарий.

**Права человека в центре борьбы с пандемией.** Нарушения прав человека подрывают доверие и отвлекают людей от мер общественного здравоохранения. Эта ситуация остаётся препятствием на пути к прекращению эпидемии СПИДа во многих регионах. Отсутствие уважения к правам человека также подрывает меры по борьбе с COVID-19. С другой стороны, факты и опыт показывают, что внимание к правам человека способствует улучшению состояния здоровья населения. Ключевые принципы реагирования на пандемию, основанные на соблюдении прав человека и укрепляющие общественное доверие, включают в себя ограничение применения уголовного права для соблюдения мер общественного здравоохранения, выявление нарушений прав людей на местах, эффективные судебные и правозащитные институты, а также независимые группы гражданского общества, способные привлечь к ответственности государственные органы и прочих исполнителей.

**Ориентированные на людей системы сбора и обработки данных, выявляющих неравенство.** В мире, изобилующем данными, легко выбрать те виды данных, которые усиливают предвзятость и защищают личные и политические интересы. Меры реагирования на пандемию должны формироваться на основе объективной триангуляции широкого спектра данных. Сбор, анализ и использование как количественных, так и качественных данных – с соблюдением этических принципов и конфиденциальности – имеет решающее значение для понимания того, какие группы населения в наибольшей степени затронуты вспышкой заболевания, кто получает услуги, а кто не получает их и почему.



Камбоджийскому мужчине, живущему с ВИЧ, дезинфицируют руки перед медицинским осмотром. Источник: ЮНЭЙДС/S. Dara

# ПЯТИЛЕТНЯЯ СТРАТЕГИЯ ЛИКВИДАЦИИ НЕРАВЕНСТВА И СПИДА

В 2021 году благодаря усилиям по поддержанию и активизации глобальных мер в ответ на ВИЧ были достигнуты две важные вехи: разработка пятилетней Глобальной стратегии борьбы со СПИДом и утверждение этой стратегии Генеральной Ассамблеей ООН с акцентом на решение проблемы неравенства наряду с комплексным перечнем глобальных целей на 2025 год.

Глобальная стратегия по СПИДу на 2021–2026 годы и глобальные цели на 2025 год указывают на то, что ВИЧ бурно распространяется по линиям разлома, вызванным неравенством как внутри, так и между общественными группами, и целенаправленное устранение этого неравенства сделает СПИД лишь одной из тем в учебниках истории. ВИЧ не является уникальным в этом отношении: неравенство лежит в основе неравномерных последствий эпидемии коронавируса, туберкулёза, малярии, лихорадки Эбола, холеры и других инфекционных заболеваний.

Несколько ключевых групп населения – в их числе работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, заключённые, трансгендеры, мужчины-геи, а также другие мужчины, имеющих секс с мужчинами, – подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ и другими опасными для жизни инфекциями в связи с их маргинализированным статусом в обществе, частой дискриминацией и насилия, а также карающими законами в отношении их действий. Новый анализ, проведённый ЮНЭЙДС, показывает, что данные, представленные многими странами, по-видимому, недооценивают численность ключевых групп населения, в результате чего десятки миллионов людей, испытывающих наибольшие потребности, остаются практически незамеченными в национальных планах и программах по борьбе с ВИЧ (см. главу 5).

**ВИЧ БУРНО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПО ЛИНИЯМ РАЗЛОМА, ВЫЗВАННЫМ НЕРАВЕНСТВОМ КАК ВНУТРИ, ТАК И МЕЖДУ ОБЩЕСТВЕННЫМИ ГРУППАМИ. И ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ УСТРАНЕНИЕ ЭТОГО НЕРАВЕНСТВА СДЕЛАЕТ СПИД ЛИШЬ ОДНОЙ ИЗ ТЕМ В УЧЕБНИКАХ ИСТОРИИ.**

В странах Африки к югу от Сахары число девочек-подростков и женщин по-прежнему намного превышает число мужчин и мальчиков среди людей, заражающихся ВИЧ. Однако мужчины в этом регионе имеют меньше шансов получить услуги по тестированию на ВИЧ и лечению. Нищета и отсутствие школьного образования являются дополнительными труднопреодолимыми барьерами для доступа к медицинской помощи и услугам в связи с ВИЧ. Существенные данные свидетельствуют о том, что расширение прав и возможностей девочек-подростков и молодых женщин может не только снизить риск инфицирования ВИЧ, но и обеспечить им широкий спектр преимуществ в области здоровья и социального благополучия на протяжении всей жизни. Образование, в частности, снижает уязвимость к ВИЧ, одновременно помогая строить сильные, устойчивые общества, что подчёркивает важность национальных инвестиций в систему образования в целом и в меры по удержанию девочек в школе, в частности.

Глобальная стратегия по борьбе со СПИДом включает в себя накопленный десятилетиями опыт и фактические данные, формирует комплексную систему преобразующих действий, направленных на: максимальное расширение справедливого и равного доступа к услугам и решениям в сфере противодействия ВИЧ; устранение барьеров на пути эффективного лечения ВИЧ-инфекции; выделение всесторонних ресурсов и поддержание эффективных мер в ответ на ВИЧ и их интеграцию в системы здравоохранения, социальной защиты, гуманитарной помощи и противодействия пандемиям.

Многие аспекты Глобальной стратегии борьбы со СПИДом также имеют важное значение для предотвращения пандемий и реагирования на них в будущем.

# GLOBAL AIDS STRATEGY 2021-2026 END INEQUALITIES. END AIDS.

GLOBAL AIDS STRATEGY 2021-2026

END INEQUALITIES.  
END AIDS.



GLOBAL AIDS STRATEGY 2021-2026

GLOBAL AIDS STRATEGY 2021-2026

# ВАЖНЕЙШИЕ ПРОГРАММЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ: АДАПТАЦИЯ И УСТОЙЧИВОСТЬ

Ущерб от пандемии COVID-19, нанесённый программам по борьбе с ВИЧ, различается в разных странах. Имели место существенные сбои, особенно в течение первых шести месяцев кризиса. Кроме того, люди, живущие с ВИЧ, подвержены повышенному риску инфицирования и смерти вследствие COVID-19 (см. вставку). Есть также много вдохновляющих примеров адаптации и устойчивости.

Почти две трети (65%) из 130 стран, включённых в исследование в 2020 году, сообщили о перебоях в предоставлении людям, употребляющим наркотики, услуг по снижению вреда, которые являются краеугольным камнем системы мер по профилактике ВИЧ среди этой ключевой группы, подверженной повышенному риску заражения ВИЧ (3). В 2020 году были также сорваны программы добровольного медицинского мужского обрезания, причём в некоторых странах эти процедуры были полностью остановлены. Целевые показатели, установленные для программ добровольного медицинского мужского обрезания в 15 приоритетных странах восточной и южной Африки, не были достигнуты в значительной степени, однако по мере ослабления социальных ограничений к концу 2020 года появились обнадеживающие признаки восстановления этих программ (4). В 2020 году были расширены программы доконтактной профилактики (ДКП), однако степень доступности ДКП по-прежнему далека от глобальной цели для этого относительно нового метода профилактики ВИЧ.

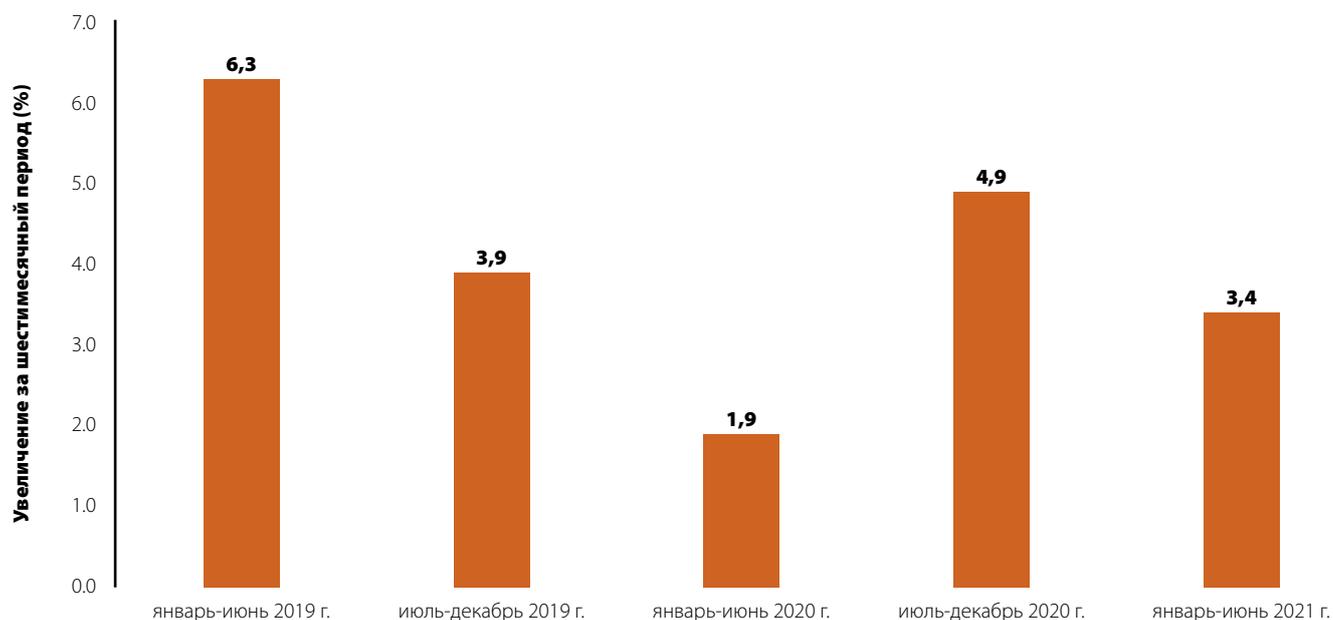
Темпы тестирования на ВИЧ снизились почти повсеместно, и имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в 2020 году в 40 из 50 стран, представивших соответствующие данные ЮНЭЙДС, сократилось число поставленных диагнозов ВИЧ-инфекция, а также число людей, живущих с ВИЧ и начавших лечение.

Наибольшие сбои произошли в первой половине 2020 года, когда многие страны впервые ввели ограничительные меры в связи с эпидемией коронавируса, а программы противодействия ВИЧ спешно пытались адаптироваться к новым условиям. Число людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, увеличилось всего на 1,9% с января по июнь 2020 года, с 25,5 млн человек до 26,0 млн человек. Затем последовал ускоренный рост на 4,9% с июля 2020 года по декабрь 2020 года, в результате которого охват лечением достиг 27,3 млн человек, а затем наблюдался рост на 3,4% в течение первых шести месяцев 2021 года. На конец июня 2021 года мире насчитывалось 28,2 млн человек, живущих с ВИЧ и получавших лечение.<sup>2</sup>

**НАИБОЛЬШИЕ СБОИ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ ПРОИЗОШЛИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ 2020 ГОДА, КОГДА МНОГИЕ СТРАНЫ ВПЕРВЫЕ ВВЕЛИ ЛОКДАУН, А ПРОГРАММЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ СПЕШНО ПЫТАЛИСЬ АДАПТИРОВАТЬСЯ К НОВЫМ УСЛОВИЯМ.**

2. Оценки по охвату лечением на середину этого года основаны на данных, полученных от 80 стран, в которых насчитывается 80% людей, живущих с ВИЧ в мире, и экстраполированы на все остальные страны.

**РИСУНОК 1.** Процентное изменение числа людей, живущих с ВИЧ и получающих АРТ, во всём мире, январь 2019 г. — июнь 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2021 год.

Во многих районах потрясения, вызванные COVID-19, стимулировали изобретательность и способность к восстановлению, которые стали отличительными особенностями противодействия ВИЧ. Программы, хорошо обеспеченные ресурсами, готовые адаптироваться и опирающиеся на активную поддержку и участие местных сообществ, как правило, лучше всего справляются с этой задачей. Ограничения на передвижение в связи с COVID-19 потребовали ускоренной выдачи лекарств на несколько месяцев вперёд в рамках национальных программ лечения ВИЧ-инфекции. Этот подход, позволивший людям продолжать приём препаратов от ВИЧ несмотря на сбои в работе служб, имел огромный успех. Подобным образом, выдача доз для ведения опиоидной заместительной терапии на дому снизили стигматизацию и улучшили приверженность к лечению у людей, употребляющих инъекционные наркотики в Соединённом Королевстве Великобритании и Северной Ирландии (5).

Проявление доверия к затронутым сообществам неизменно оказывается победоносной стратегией. Лечение ВИЧ и предоставление других важнейших услуг были сохранены за счёт перехода на формы обслуживания внутри сообществ и другие формы дифференцированных услуг с использованием телемедицины и виртуальных платформ для информации и поддержки. Были созданы схемы и пункты приёма лекарств в общинах, организованы службы доставки лекарств на дом, а терапевтическая поддержка была перенесена в Интернет.

Например, в семи странах восточной и южной Африки в 2500 пунктах лечения ВИЧ-инфекции при поддержке Чрезвычайного плана президента США по оказанию помощи больным СПИДом (ПЕПФАР), обслуживающих 1,8 миллиона человек, живущих с ВИЧ, был пополнен запас антиретровирусных препаратов в общинных центрах медицинской помощи; большой объем лекарств был выдан на более продолжительный период лечения (шесть месяцев вместо обычных трёх) при этом в клиниках соблюдались требования социального дистанцирования и другие профилактические меры (6).<sup>3</sup> В шести из семи стран эти изменения действительно уменьшили долю пациентов, столкнувшихся с прерыванием лечения. Во всех семи странах число пациентов, прервавших лечение в квартале, предшествовавшем введению ограничений, оказалось на 23% больше, чем во время локдауна, а в квартале после введения ограничений число тех, кто прервал лечение, сократилось ещё на 10% по сравнению с числом пациентов, прервавших лечение во время локдауна.

3. Этими семью странами являются: Ботсвана, Эсватини, Намибия, Руанда, Уганда, Замбия и Зимбабве.

В Уганде использовалось сочетание подходов, ориентированных на местное сообщество, включая выдачу антиретровирусных препаратов на несколько месяцев вперёд, работу общинных пунктов приёма лекарств и пунктов коллективной выдачи препаратов (когда люди объединяются в небольшие группы и поочередно забирают антиретровирусные препараты на всю группу) (7). В Западной и Центральной Африке инициатива Нигерии по быстрому расширению применения АРТ (Antiretroviral Therapy Surge) позволила увеличить охват и качество лечения ВИЧ-инфекции несмотря на перебои, вызванные пандемией COVID-19 (см. тематический пример).

До кризиса, связанного с коронавирусом COVID-19, многие страны сопротивлялись рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выдавать антиретровирусные препараты на несколько месяцев, утверждая, что они слишком сложны и рискованны для выполнения. Эти причитания и проволочки напомнили о беспочвенных опасениях десятилетиями ранее, когда антиретровирусные препараты были жестоким образом не допущены к распространению в странах Африки к югу от Сахары и других странах с низким уровнем доходов из-за того, что системы здравоохранения в этих странах слишком слабы, а пациенты слишком мало образованы и дисциплинированы, чтобы им можно было бы доверить ежедневный приём препаратов для лечения ВИЧ-инфекции.

Связанные с COVID-19 сбои в производстве и распространении антиретровирусных препаратов угрожали привести к дефициту лекарств и сдерживали расширение многомесячной выдачи лекарств в некоторых странах. Таможенные данные из Индии показывают, что в марте–июне 2020 года, когда многие страны ввели первый локдаун, произошло значительное сокращение поставок антиретровирусных препаратов-генериков в страны с низким и средним уровнем дохода. Объёмы экспорта из Индии восстановились и увеличились в конце 2020 года (8). Влияние COVID-19 в 2020 году и появление дельта-штамма SARS-CoV-2 в Индии и его глобальное распространение в 2021 году, по-видимому, изменили порядок и объём заказов на антиретровирусные препараты-генерики из стран с низким и средним уровнем дохода по сравнению с предыдущими годами, но это не повлияло на поставку заказов, которые были размещены в первые восемь месяцев 2021 года (8).

## Получены доказательства того, что люди, живущие с ВИЧ, сталкиваются с более высоким риском заражения COVID-19

Появляется более полная картина взаимодействия между ВИЧ-инфекцией и инфекцией SARS-CoV-2, а также реакции на вакцину против COVID-19 у людей, живущих с ВИЧ. Значительное количество фактических данных — из ЮАР, Великобритании и США — указывает на то, что люди, живущие с ВИЧ, при инфицировании вирусом SARS-CoV-2 подвергаются повышенному риску тяжёлого течения заболевания и смерти (9–15). Риск особенно высок для людей, которые не контролируют ВИЧ с помощью антиретровирусной терапии (16, 17).

В ходе недавнего крупного исследования, основанного на данных 5,8 миллиона человек в 54 клинических центрах в США, были рассмотрены потенциально усугубляющие факторы с учётом сопутствующих заболеваний, демографических характеристик и факторов образа жизни. Было установлено, что наличие ВИЧ связано с повышенным на 20% риском госпитализации по поводу COVID-19 и на 29% более высоким риском смертности от COVID-19 (18). Результаты в целом повторяются в мета-анализе 84 исследований, проведённых в Африке, Азии, Америке и Европе (19).

Также появляется всё больше данных, свидетельствующих о том, что у людей, живущих с ВИЧ, риск неблагоприятных исходов наиболее высок среди больных коронавирусом, имеющих небольшое число клеток CD4 в крови или обнаруживаемую вирусную нагрузку (18, 20–22). Это подчёркивает важность и многочисленные преимущества успешного лечения ВИЧ-инфекции. Следует, однако, отметить результаты другого исследования, указывающие на то, что люди, живущие с ВИЧ и имеющие низкий показатель количества клеток CD4, вероятно подвержены более высокому риску неблагоприятного исхода при инфицировании COVID-19, даже если у них наблюдается вирусная супрессия (23). Есть основания предполагать, что люди, которые недавно начали лечение ВИЧ, или те, кто имел низкое количество клеток CD4 в течение длительного времени, могут нуждаться в более тщательном наблюдении при инфицировании COVID-19. Центры США по контролю и профилактике заболеваний рекомендуют бустерную вакцинацию против COVID-19 для людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции или тех, кто не лечит ВИЧ-инфекцию (24).

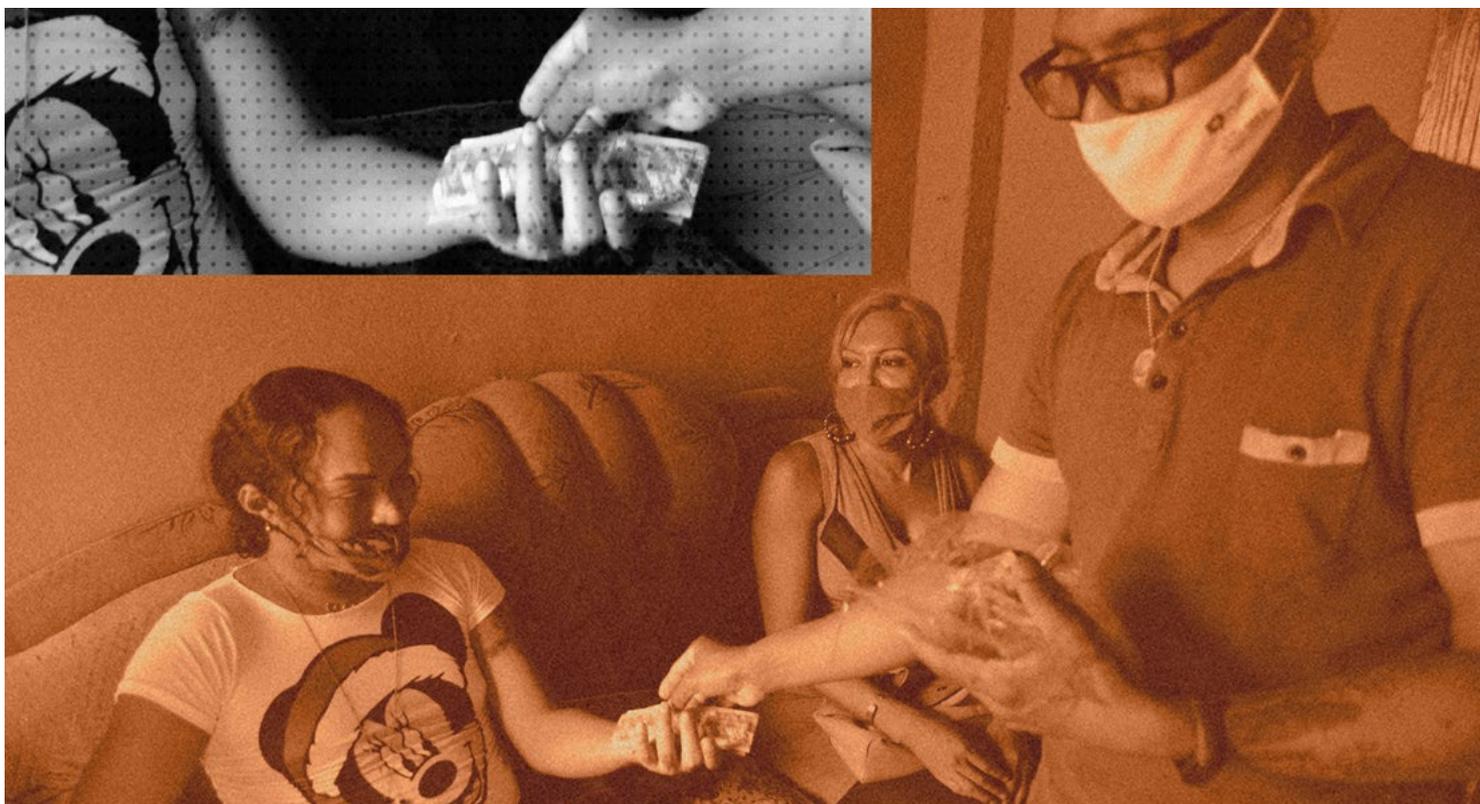
Нет доказательств того, что ВИЧ-инфекция может ассоциироваться с нежелательными реакциями на действующие вакцины против COVID-19. Тем не менее, существуют противоречивые данные исследований о том, могут ли люди, живущие с ВИЧ, иметь более слабый иммунный ответ на вакцину. Несколько исследований не обнаружили подобной разницы (25–28). Однако в недавнем исследовании, проведённом в США, сообщалось о более слабом иммунном ответе на вакцину у людей, живущих с ВИЧ, по сравнению с ВИЧ-отрицательными людьми, при этом эффект, по-видимому, различается в зависимости от вакцины (29). Иммунный ответ был самым слабым у людей, живущих с ВИЧ, с неподавленной вирусной нагрузкой. Антитела, однако, не являются единственным определяющим фактором иммунного ответа, и в упомянутом выше исследовании Т-клеточная иммунная реакция не измерялась.

# КРИЗИС COVID-19 УСУГУБЛЯЕТ НЕРАВЕНСТВО

В то время как многие программы по борьбе с ВИЧ продемонстрировали устойчивость в период кризиса COVID-19, более обширный ущерб, нанесённый пандемией — наиболее остро ощущаемый населением, которое уже относится к наиболее обездоленным слоям общества — угрожает подорвать глобальные усилия по прекращению пандемии СПИДа к 2030 году.

По данным Всемирного экономического форума, пандемия COVID-19 отбросила достижения в области гендерного равенства минимум на поколение назад. Исходя из текущих тенденций, потребуется почти 136 лет, чтобы ликвидировать глобальный гендерный разрыв, образовавшийся за 100 лет до появления COVID-19. Во время пандемии потери работы и дохода затронули женщин в наибольшей степени, в то время как бремя их неоплачиваемого труда по дому возросло (30). Десятки исследований задокументировали рост насилия в отношении женщин и девочек во время пандемии; рост насилия — помимо физического и эмоционального вреда — также ассоциирован с повышенным риском заражения ВИЧ и ухудшением здоровья женщин, живущих с ВИЧ (31–33). Оперативная оценка воздействия пандемии COVID-19 в шести странах в 2020 году показала, что доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья был нарушен (34).<sup>4</sup> Школьное обучение также было прервано в какой-то момент для большинства детей в мире, и, согласно прогнозам, 11 миллионов девочек могут никогда не вернуться в школу после пандемии COVID-19 (35).

Социальная защита была временно расширена во многих странах, поскольку закрытыми оказались целые секторы занятости, однако многие из беднейших и наиболее уязвимых слоёв населения не получили помощь. По мере падения доходов и роста цен на продовольствие усугубляется проблема отсутствия продовольственной безопасности: согласно данным Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН примерно каждый третий человек в мире (2,4 миллиарда человек) не имел доступа к достаточному питанию в 2020 году, что на 320 миллионов человек больше, чем в предыдущем году (36). Отсутствие продовольственной безопасности также негативно влияет на людей, живущих с ВИЧ, — в частности ухудшается их приверженность лечению ВИЧ-инфекции. (37).



Сотрудник организации гражданского общества Diálogo Diverso раздаёт презервативы мигрантам из Венесуэлы. Организация Diálogo Diverso, базирующаяся в Кито, Эквадор, занимается защитой и продвижением прав человека, уделяя особое внимание гендерным вопросам и проблемам лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (ЛГБТИ). Источник: ЮНЭЙДС

4. В числе этих стран были: Колумбия, Кения, Нигерия, Южная Африка, Уганда и США.

# УРОКИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГОТОВНОСТИ К ПАНДЕМИИ И РЕАГИРОВАНИЮ НА НЕЁ

За последние два года задача по прекращению пандемии СПИДа приобрела более масштабный характер. Проблемы, возникшие во время кризиса COVID-19, и усилия по их преодолению также высветили некоторые из ключевых элементов успеха для реагирования на пандемию. Корректировка курса, предусмотренная в Глобальной стратегии по СПИДу, не только положит конец этому заболеванию к 2030 году; она также необходима для защиты мира от будущих пандемий. В стратегии борьбы со СПИДом основное внимание уделяется неравенству; в ней признается, что люди и сообщества, подверженные наибольшему риску, должны находиться в центре усилий по борьбе с пандемией. Никто не будет в безопасности, пока каждый не окажется в безопасности.

История также подчёркивает фундаментальную важность достаточно надёжного финансирования для проведения и поддержания эффективных противопандемийных мер. Наиболее устойчивыми программами по борьбе с ВИЧ во время кризиса COVID-19 были программы с надёжным финансированием и мощным участием специалистов общественного здравоохранения, тесно сотрудничающих с лидерами сообществ. Увеличение, а не уменьшение расходов на здравоохранение является приоритетом, если мир хочет взять под контроль пандемию COVID-19 и положить конец пандемиям ВИЧ и туберкулёза (38).

Существует значительная опасность повторения ошибок прошлого, когда краткосрочный экономический рост, рыночные доли корпоративных гигантов и личное политическое будущее государственных лидеров приобретают приоритет над долгосрочным общественным благом, которое может быть достигнуто, когда системам общественного здравоохранения предоставляются ресурсы и поддержка, необходимые для реагирования на кризисы в области здравоохранения, и когда сообщества конструктивно вовлечены в борьбу с неравенством и обеспечивают, чтобы никто не остался не охваченным мерами реагирования на СПИД, COVID-19 и другие пандемии.

По мере продолжения переговоров в 2022 году по профилактике пандемий, обеспечению противодействия и готовности к ним, пять важнейших составляющих требуют повышенного внимания со стороны мировых лидеров: (1) инфраструктура, управляемая сообществами и основанная на сообществах; (2) справедливый доступ к лекарствам, вакцинам и медицинским технологиям; (3) поддержка работников на передовой линии борьбы с пандемией; (4) соблюдение прав человека должно занимать центральное место в противодействии пандемии; и (5) системы сбора и обработки данных, ориентированные на людей и выявляющие неравенство. Для людей, живущих с ВИЧ, и подверженных повышенному риску заражения, ставки невероятно высоки. Эти люди относятся к наиболее уязвимым группам населения, но они не одиноки в своей беде: быстрое распространение и масштабные последствия COVID-19 становятся глобальной трагедией, затрагивающей почти всех. Вместе с тем, этот кризис также предоставляет беспрецедентную возможность извлечь уроки из ошибок прошлого и мобилизовать политическую волю и инвестиции, необходимые для создания всеобъемлющей глобальной рамочной стратегии, которая сможет положить конец неравенству, СПИДу и пандемиям.

**COVID-19 – ЭТО УЖАСНЫЙ КРИЗИС. НО ОН ТАКЖЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ БЕСПРЕЦЕДЕНТНУЮ ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗВЛЕЧЬ УРОКИ ИЗ ОШИБОК ПРОШЛОГО И МОБИЛИЗОВАТЬ ПОЛИТИЧЕСКУЮ ВОЛЮ И ИНВЕСТИЦИИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ВСЕОБЪЕМЛЮЩЕЙ ГЛОБАЛЬНОЙ РАМОЧНОЙ СТРАТЕГИИ, КОТОРАЯ СМОЖЕТ ПОЛОЖИТЬ КОНЕЦ НЕРАВЕНСТВУ, СПИДУ И ПАНДЕМИЯМ.**

# РЕАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ: ГИБКАЯ АДАПТАЦИЯ И БОЛЬШИЕ ОПАСНОСТИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ В НИГЕРИИ

Пандемия COVID-19 поразила Нигерию в ходе интенсивных усилий по ускорению охвата антиретровирусной терапией людей, живущих с ВИЧ. Следующее событие стало вдохновляющим примером того, как эффективная, ориентированная на сообщество программа борьбы с ВИЧ может справиться с перебоями, вызванными пандемией COVID-19.

Поддерживаемая ПЕПФАР инициатива Нигерии по быстрому расширению применения АРТ (Nigeria Antiretroviral Therapy Surge) началась в апреле 2019 года. Была поставлена цель за 18 месяцев увеличить охват терапией людей, живущих с ВИЧ, на 500 000 человек в 10 штатах и территориях Нигерии, с использованием препаратов, предоставляемых ПЕПФАР (39).<sup>5</sup>

Диагностика людей, живущих с ВИЧ, является особенно сложной задачей в программе лечения Нигерии из-за низкой посещаемости медицинских учреждений, особенно в сельских районах с низким уровнем дохода. Для преодоления этой проблемы в рамках программы использовались данные недавнего национального обследования, с тем чтобы сосредоточить внимание на районах с большим числом недиагностированных людей, живущих с ВИЧ, применении инструмента для скрининга риска заражения ВИЧ и индексного тестировании для ускорения диагностики ВИЧ-инфекции, а также на нескольких стратегиях поддержки, позволяющих быстро назначить лечение людям с недавно установленным диагнозом ВИЧ-инфекция (40).

Тестирование на уровне общин, активное взятие на диспансерный учёт, немедленное начало лечения и предоставление 30-дневных «стартовых пакетов» антиретровирусных препаратов позволили добиться впечатляющих результатов в течение короткого периода времени. В 10 штатах и территориях еженедельное количество проведённых тестов на ВИЧ увеличилось на 518% с апреля 2019 года по март 2020 года, еженедельное количество положительных результатов тестов увеличилось на 239%, а еженедельное количество вновь выявленных людей, живущих с ВИЧ и начавших лечение, увеличилось на 272% (рисунок 11) (41). Общее число людей, получивших лечение в 10 штатах и территориях, увеличилось на 43% в течение первого года программы и составило в общей сложности 559 488 человек (41).



Медико-санитарные работники, не страшась расстояний, отправляются оказывать помощь людям в труднодоступных районах; по пути в больницу общего профиля, г. Нго, район местного управления Андони, штат Риверс, Нигерия. Источник: ПЕПФАР, Нигерия

5. Среди этих штатов были: Аква-Ибом, Бенуэ, Дельта, Энугу, федеральная столичная территория, Гомбе, Имо, Лагос, Насарава и Риверс.

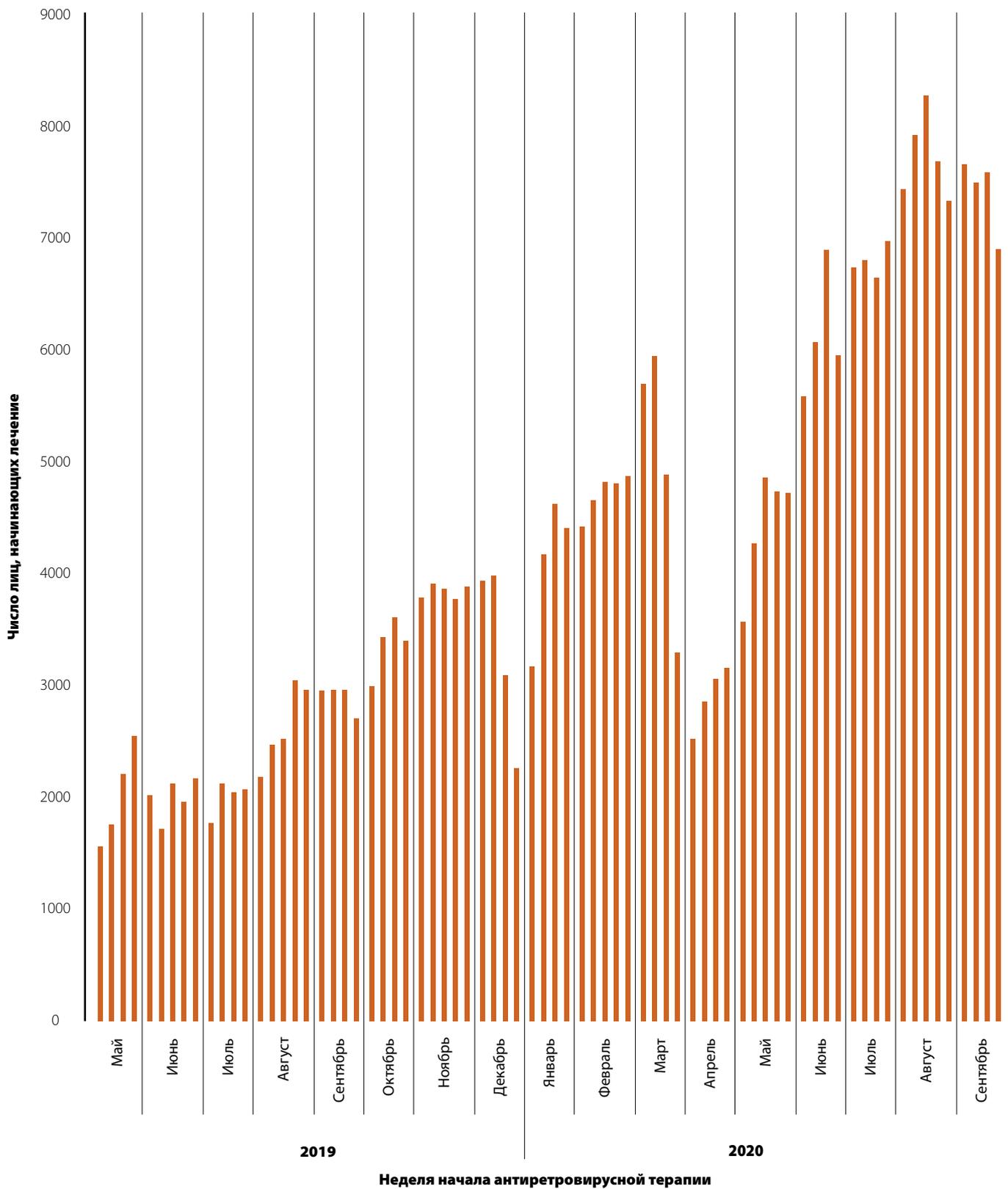
Когда ограничения, связанные с COVID-19, начали влиять на посещаемость медицинских учреждений в начале 2020 года, руководители программы существенно усилили компоненты работы, ориентированные на общины. Информационно-просветительские группы взаимодействовали с местными общественными организациями, адаптируя разъяснительную работу, скрининг, консультирование и тестирование на ВИЧ в условиях ограничений из-за COVID-19 с тем, чтобы облегчить получение препаратов и удержание на лечении (42). Для сокращения числа обращений в медицинские учреждения людям, начинающим лечение ВИЧ, были предоставлены антиретровирусные препараты на 90 дней вперёд. Были созданы дополнительные общинные пункты выдачи антиретровирусных препаратов, и людям отправлялись сообщения по мобильным телефонам с напоминаниями о пополнении запаса и адресами близлежащих пунктов. Практика выдачи антиретровирусных препаратов на несколько месяцев вперёд (от трех до шести) была также распространена на всех, кто уже получает лечение по поводу ВИЧ-инфекции. Меры по смягчению последствий COVID-19 включали в себя предоставление сотрудникам масок, соблюдение сотрудниками и клиентами более строгой гигиены рук во время посещения медицинских учреждений, а также меры физического дистанцирования (43). Большинство нововведений были внедрены к апрелю 2020 года (44).

Доля людей, получивших диагноз в своих общинах (а не в медицинских учреждениях), выросла с 67% в марте 2020 года до 80% в сентябре 2020 года; 90% людей, получавших лечение, имели многомесячные рецепты на антиретровирусные препараты, и почти всегда выдача лекарств происходила вовремя (41). К маю 2020 года активность программы вернулась к допандемийному уровню (т. е. уровню на конец марта 2020 года) и продолжала расти: в период с апреля по сентябрь 2020 года лечение начали 161 444 человека, а общее количество людей, получающих лечение, увеличилось ещё на 29% и составило 720 932 человека (41).



Тестирование на ВИЧ в общине, штат Южная Аква Ибом, Нигерия. Источник: ПЕПФАР, Нигерия

**РИСУНОК 2.** Число людей с недавно установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, которые начали антиретровирусную терапию, по неделям, десять нигерийских штатов, участвующих в инициативе Antiretroviral Therapy Surge, 4 мая 2019 года - 26 сентября 2020 года



Вновь выявленные люди, живущие с ВИЧ, которые начали антиретровирусную терапию

Примечание: Десять нигерийских штатов приняли участие в инициативе по антиретровирусной терапии: Аква-Ибом, Бенуэ, Дельта, Энугу, федеральная столичная территория, Гомбе, Имо, Лагос, Насарава и Риверс.

“Примечание: 27 февраля 2020 года Нигерийский центр по контролю и профилактике заболеваний подтвердил первый подтвержденный случай COVID-19. Он привел в действие Центр чрезвычайных операций 28 февраля. После этого правительство Нигерии приняло меры по смягчению последствий COVID-19, включая закрытие школ (с 19 марта), запреты на международные поездки (с 23 марта) и распоряжения о пребывании на дому по всем штатам (с 30 марта).”

Источник: Dirlikov E, Jahun I, Odafe SF, Obinna O, Onyenuobi C, Ifunanya M и соавт. Быстрое расширение программы антиретровирусной терапии до и во время пандемии COVID-19 — девять штатов, Нигерия, 31 марта 2019 года–30 сентября 2020 года. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(12):421-6.

## СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Our World in Data [database]. Our World in Data; c2021 (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>).
2. Kutlu O. WHO head says there is "scandal" in global coronavirus vaccine inequity. In: Anadolu Agency [Internet]. 13 November 2021. Anadolu Agency; c2021 (<https://www.aa.com.tr/en/health/who-head-says-there-is-scandal-in-global-coronavirus-vaccine-inequity/2419607>).
3. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services [Internet]. Geneva: WHO; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>).
4. Peck M, Ong K, Lucas T, Kiggundu V, Thomas A, Chandler S et al. Characterizing the effect of the COVID-19 pandemic on PEPFAR-supported voluntary medical male circumcision services, 2020. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract 760.
5. EuroNPUD. Take home opiate substitution therapies. Advocacy brief. 2020 (<https://www.dropbox.com/s/s0y4hrvacf4q1f2/EuroNPUD%20Take%20Home%20OST%20Advocacy%20Brief%20UK.pdf?dl=0>).
6. Mehta N, Stewart A, Fisher K, Ghosh S, Santos L, Harvey P et al. Impact of COVID-19 on HIV treatment interruption in seven PEPFAR countries, April–June 2020. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract 2641.
7. Zakumumpa H, Makobu K, Ntawihwa W, Maniple E. A mixed-methods evaluation of the uptake of novel differentiated ART delivery models in a national sample of health facilities in Uganda. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254214.
8. UNAIDS analysis of Indian customs data obtained from Seair Exim solutions, 2020–2021.
9. Western Cape Department of Health in collaboration with the National Institute for Communicable Diseases, South Africa. Risk Factors for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Death in a Population Cohort Study from the Western Cape Province, South Africa. *Clin Infect Dis*. 2021 Oct 5;73(7):e2005-e2015.
10. Sabin C, Raya R, Curtis H, Water L, Chadwick D; BHIVA COVID Registry Working Group. Coronavirus (COVID)-19 in people with HIV in the UK: initial findings from the BHIVA COVID-19 Registry. Fifth Joint Conference of the British HIV Association and the British Association for Sexual Health and HIV, 19–21 April 2021. Abstract 08.
11. Bhaskaran GA, Rentsch JA, Schlick KA, Schulze A, Mehrkar A, Bates CJ et al. HIV infection and COVID-19 death: a population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. *Lancet HIV*. 2021;8(1):e24-e32.
12. Geretti AM, Stockdale AJ, Kelly SH, Cevik M, Collins S, Waters L et al. Outcomes of COVID-19 related hospitalization among people with HIV in the ISARIC WHO Clinical Characterization Protocol (UK): a prospective observational study. *Clin Infect Dis*. 2020 Oct 5;73(7):e2095-e2106.
13. Yendewa KA, Perez JA, Schlick KA, Tribout HA, McComsey GA. Characterizing COVID-19 presentation and clinical outcomes in HIV patients in the US. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 548.
14. Spinelli MA, Brown LB, Glidden DV, Hunter K, Martin-Tuite P, Zheng J et al. SARS-CoV-2 incidence, testing rates, and severe COVID-19 outcomes among people with and without HIV. *AIDS*. 2021;35:2545-7.
15. Clinical features and prognostic factors of COVID-19 in people living with HIV hospitalized with suspected or confirmed SARS-CoV-2 infection. Geneva: WHO; 2021.
16. Ambrosioni J, Blanco JS, Reyes-Uruena JM, Davies M, Sued O, Marcos MA et al. Overview of SARS-CoV-2 infection in adults living with HIV. *Lancet HIV*. 2021;8(5):e294-e305.
17. Del Amo J. Does HIV impact COVID-19 susceptibility or severity? Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 31.
18. Yang X, Sun J, Patel RC, Zhang J, Guo S, Zheng Q et al. Associations between HIV infection and clinical spectrum of COVID-19: a population level analysis based on US National COVID Cohort Collaborative (N3C) data. *Lancet HIV*. 2021;8(11):e690-e700.
19. Wang Y, Feng R, Xu J, Shi L, Feng H, Yang H. An updated meta-analysis on the association between HIV infection and COVID-19 mortality. *AIDS*. 2021;35:1875-80.
20. Nomah DK, Reyes-Uruena J, Diaz Y, Moreno S, Aceiton J, Bruguera A et al. Sociodemographic, clinical and immunological factors associated with SARS-CoV-2 diagnosis and severe COVID-19 outcomes in people living with HIV: a retrospective cohort study. *Lancet HIV*. 2021;8(11):e701-e710.
21. Sigel K, Swartz T, Golden E, Paranjpe I, Somani S, Richter F et al. Coronavirus 2019 and people living with human immunodeficiency virus: outcomes for hospitalized patients in New York City. *Clin Infect Dis*. 2020;71(11):2933-8.
22. Jassat W, Cohen C, Tempia S, Masha M, Godstein S, Kufa T. Risk factors for COVID-19-related in-hospital mortality in a high HIV and tuberculosis prevalence setting in South Africa: a cohort study. *Lancet HIV*. 2021;8(9):e554-e567.
23. Dandachi D, Geiger G, Montgomery MW, Karmen-Tuohy S, Golzy M, Antar AAR et al. Characteristics, comorbidities and outcomes in a multicenter registry of patients with human immunodeficiency virus and coronavirus disease 2019. *Clin Infect Dis*. 2021;73(7):e1964-e1972.
24. COVID-19 Vaccines for Moderately to Severely Immunocompromised People. In: US Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 18 October 2021. Atlanta (GA): US CDC; c2021 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/immuno.html>).
25. Madhi S, Koen A, Fairlie L, Cutland C, Baillie V, Padayachee S et al. ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine in people living with and without HIV. 2021. Pre-print.
26. Frater J, Ewer K, Ogbé A, Pace M, Adele S, Adland E et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 (ZAD1222) vaccine against SARS-CoV-2 in HIV infection. *Lancet*. 2021;19 April. Pre-print.
27. Ruddy J, Boyarsky B, Baile J, Karaba A, Garonzik-Wang J, Jacqueline M et al. Safety and antibody response to two-dose SARS-CoV-2 messenger RNA vaccination in persons with HIV. *AIDS*. 2021;35(14):2399-401.
28. Woldemeskel B, Karaba A, Garliss C, Beck E, Wang K, Laeyendecker O et al. The BNT162b2 mRNA vaccine elicits robust humoral and cellular immune responses in people living with Human Immunodeficiency Virus (HIV). *Clin Infect Dis*. 2021;ciab648.
29. Spinelli M. Lower SARS-CoV-2 IgG and pseudovirus neutralization titers post-mRNA vaccination among people living with HIV. IDWeek 2021, 29 September–3 October. Abstract LB8.
30. Global gender gap report 2021. Geneva: World Economic Forum; 2021 ([https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GGGR\\_2021.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf)).
31. Bourgault S, Peterman A, O'Donnell M. Violence against women and children during COVID-19—one year on and 100 papers in. A fourth research round-up. Washington (DC): Center for Global Development; 2021 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/vawc-fourth-roundup.pdf>).
32. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
33. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183-94.
34. Missing in action: COVID-19 response funding for gender-based violence and sexual and reproductive health in five countries. New York (NY): Global Health Justice and Governance Programme at Columbia University; 2020 ([https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/multi-country\\_funding\\_2-pager\\_9\\_april\\_2021.pdf](https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/multi-country_funding_2-pager_9_april_2021.pdf)).
35. Addressing the gender dimensions of COVID-related school closures. Geneva: UNESCO; August 2020 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373379>).
36. The state of food security and nutrition in the world 2021. Rome: Food and Agriculture Organization; 2021 (<https://www.fao.org/3/cb4474en/online/cb4474en.html>).
37. McLinden T, Stover S, Hogg RS. HIV and food insecurity: a syndemic amid the COVID-19 pandemic. *AIDS Behav*. 2020;24:2766-9.
38. Korowski C, Evans DB, Tandon A, Eozenou PH-V, Schmidt M, Irwin A et al. From double shock to double recovery: implications and options for health financing in the time of COVID-19. Washington (DC): World Bank; 2021 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35298>).
39. Jahun I, Said I, El-Imam I, Ehoche A, Dalhatu I, Yakubu A et al. Optimizing community linkage to care and antiretroviral therapy initiation: lessons from the Nigeria HIV/AIDS Indicator and Impact Survey (NAIIS) and their adaptation in Nigeria ART Surge. *PLoS ONE*. 2021;16(9):e0257476.
40. Jahun I, Dirlikov E, Odafe S, Yakubu A, Boyd AT, Bachanas P et al. Ensuring optimal community HIV testing services in Nigeria using an enhanced community case-finding package (ECCP), October 2019–March 2020: acceleration to HIV epidemic control. *HIV AIDS (Auckl)*. 2021 Aug 25;13:839-50.
41. Data provided to UNAIDS by the PEPFAR team in Nigeria, 16 November 2021.
42. Boyd AT, Ogbanufe O, Onyenuobi C, Mgbakor I, Bachanas P, Olupitan O et al. Scale-up of antiretroviral treatment access among people living with HIV in Rivers State, Nigeria, 2019–2020. *AIDS*. 2021;35(7):1127-34.
43. Dirlikov E, Jahun I, Odafe SF, Obinna O, Onyenuobi C, Ifunanya M et al. Rapid scale-up of an antiretroviral therapy program before and during the COVID-19 pandemic—nine states, Nigeria, March 31, 2019–September 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(12):421-6.
44. Boyd AT, Jahun I, Dirlikov E, Greby S, Odafe S, Abdulkadir A et al. Expanding access to HIV services during the COVID-19 pandemic—Nigeria, 2020. *AIDS Res Ther*. 2021;18(1):62.

A woman with a headband is sitting in a field of tall grass, looking towards the camera with a slight smile. The image has a warm, golden-yellow tint. A large white number '1' is overlaid on the right side of the image, partially covering a vertical strip of a dark, dotted pattern.

1

**ИНФРАСТРУКТУРА,  
УПРАВЛЯЕМАЯ  
СООБЩЕСТВАМИ И  
ДЕЙСТВУЮЩАЯ НА  
ОСНОВЕ СООБЩЕСТВ**

Социальные ландшафты, в которых распространяются вирусы и действуют меры реагирования на пандемию, разнообразны, сложны и беспокойны. Неспособность охватить критически важные группы населения способствует тому, что вспышки заболеваний становятся эпидемиями, а эпидемии — пандемиями. Когда санитарных меры принимаются сверху вниз и ведут к неудобствам для людей, лишению их средств к существованию или бросают вызов социальным устоям, эффективность таких мер может подрываться дезинформацией, страхами, сомнениями и стигмой, что парализует противодействие эпидемии (1).

Гражданское общество и общинные организации, особенно те из них, которые возглавляются людьми, чаще всего обездоленными или недостаточно охваченными услугами, могут дополнять противоэпидемические мероприятия, проводимые традиционными системами здравоохранения, по трём основным направлениям: предоставление услуг; учёт мнения сообществ или общин в планировании и принятии решений; укрепление подотчётности.

Как в борьбе со СПИДом, так и в борьбе с пандемией COVID-19 национальным программам приходится бороться со слухами, дезинформацией, недоверием и стигматизацией. В рамках многих наиболее эффективных мер по борьбе со СПИДом общинные организации привлекаются к распространению основанной на фактических данных информации о профилактике и лечении, имеющей отношение к различным аспектам, а также к предоставлению услуг в связи с ВИЧ для ключевых групп населения, сталкивающихся с дискриминацией. Люди, живущие с ВИЧ, и ключевые группы населения обеспечили себе место за столом принятия решений, а информационно-разъяснительная деятельность гражданского общества и мониторинг силами сообществ позволили повысить качество услуг по борьбе с ВИЧ. Со временем мозаика местных общественных организаций превратилась в развитую инфраструктуру организаций сообществ, необходимую для каждого аспекта реагирования на пандемию.

Необходимо обеспечить всеобщее и всестороннее участие инфраструктуры с ведущим участием сообществ для восстановления прогресса в противодействии СПИДу. В 2021 году Государства-члены Организации Объединённых Наций (ООН) обязались в Политической декларации Генеральной Ассамблеи ООН о прекращении СПИДа расширить участие сообществ в принятии решений и увеличить долю услуг в связи с ВИЧ, предоставляемых сообществами, укрепить общинный медицинский персонал и поддержать сбор данных силами сообществ для защиты прав и удовлетворения потребностей людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения и затронутых ВИЧ.

Инфраструктура, управляемая сообществами и работающая на базе сообществ, доказала свою действенность в решении ряда проблем, начиная с COVID-19 и заканчивая лихорадкой Эбола. Это не подмена государства, а эффективный способ увеличения масштабов и глубины вмешательства, делающий меры по борьбе с пандемиями более инклюзивными, справедливыми и устойчивыми.

Тем не менее, инфраструктура с ведущим участием сообществ и общин редко признается одним из ключевых элементов готовности к пандемиям.

**НАИБОЛЕЕ УСПЕШНЫЕ МЕРЫ ПО БОРЬБЕ С ПАНДЕМИЕЙ СПИДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ТОМ, ЧТО ЛЮДИ ДОВЕРЯЮТ СВОИМ СООБЩЕСТВАМ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ ОРГАНАМ. ОРГАНИЗАЦИИ ЗАТРОНУТЫХ СООБЩЕСТВ ДОЛЖНЫ РАССМАТРИВАТЬСЯ КАК ПОЛНОЦЕННЫЕ ПАРТНЁРЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В УПРАВЛЕНИИ, ПРОЕКТИРОВАНИИ, ПЛАНИРОВАНИИ И СОСТАВЛЕНИИ БЮДЖЕТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ, А ДЛЯ ЭТОГО ИМ НЕОБХОДИМА ТЕХНИЧЕСКАЯ И ФИНАНСОВАЯ ПОДДЕРЖКА.**

# ТЯЖЁЛЫЕ УРОКИ ЭБОЛЫ И ВИЧ

В первые дни кризиса 2014–2016 годов, вызванного лихорадкой Эбола в Западной Африке, меры по противодействию были навязаны сверху вниз, без привлечения местных сообществ. Некоторые из этих мер в области общественного здравоохранения нанесли экономический ущерб и вступали в противоречие с местными социальными обычаями, вызывая негативную реакцию. Со временем предложения, поступившие от медработников на уровне сообществ, были включены в стратегии реагирования, чему способствовали учёные-социологи, но драгоценное время и многие жизни были потеряны до того, как борьба с эпидемией перешла к более активным и действенным методам (2).<sup>1</sup> Более инклюзивный процесс, сосредоточенный на достижении понимания и доверия, мог бы ограничить недовольство и дезорганизацию (3).

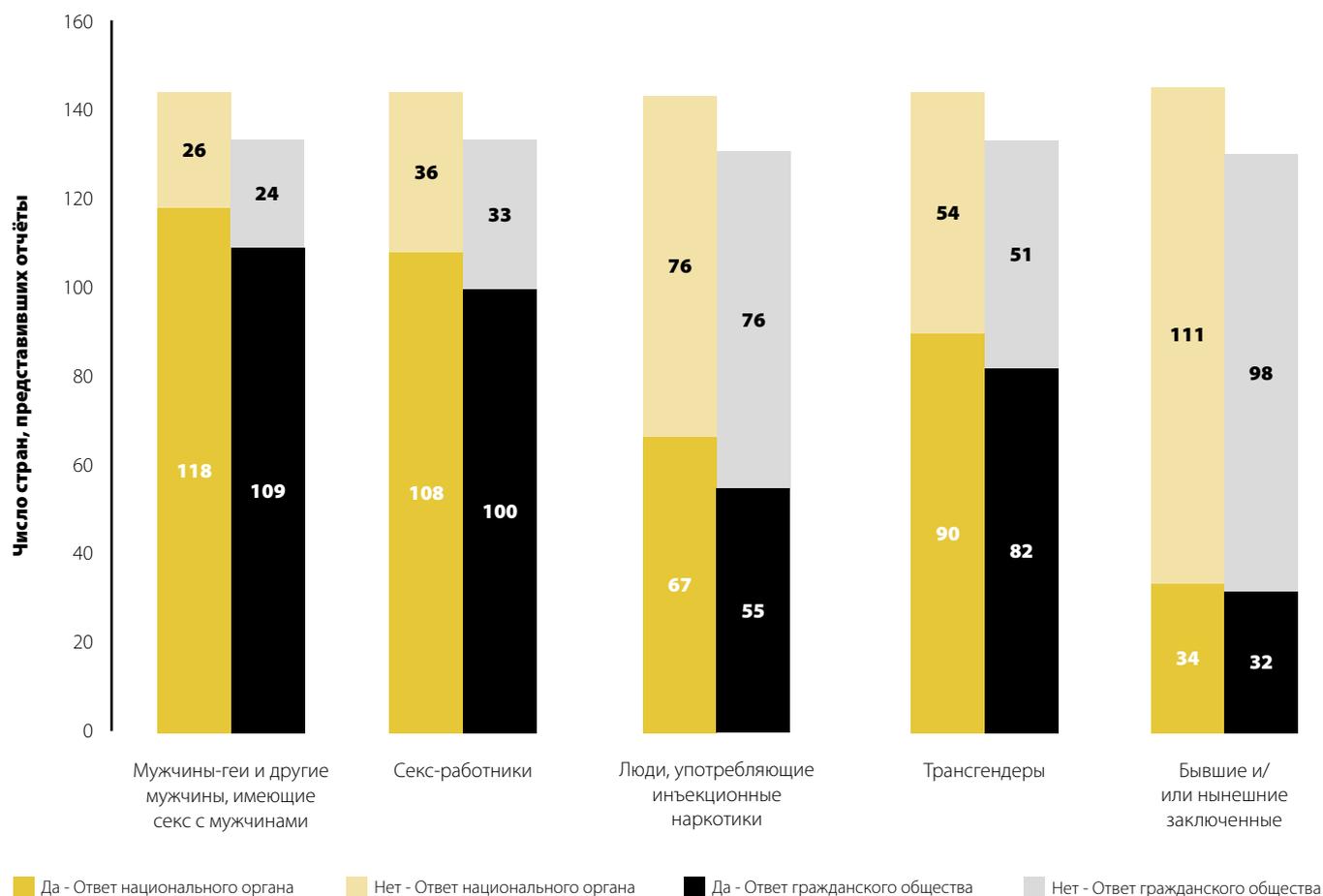
Десятилетиями ранее меры в ответ на ВИЧ терпели неудачу, потому что они не учитывали реалии и права затронутых сообществ и отдавали приоритет патентной защите, а не людям. Организации, возглавляемые сообществами, в конечном итоге добились участия в процессе принятия решений и на соответствующих площадках, как это сделали АСТ-UP в США и Европе, а также Treatment Action Campaign в Южной Африке. Как и их коллеги в других странах, эти организации оказывали давление на лиц, занимающихся планированием, с целью заставить их внедрить подходы, основанные на соблюдении прав человека, ускорить разработку и утверждение лекарств, осуществить вмешательства на уровне сообществ и общин, а также бороться с разрушительными последствиями стигмы и дискриминации. Они сделали так, чтобы суровая реальность недоступных цен и неравного доступа к жизненно важному лечению ВИЧ-инфекции оставалась в центре внимания до тех пор, пока не будут заключены новые ценовые соглашения, ослаблены патентные ограничения, увеличено производство менее дорогих непатентованных препаратов и созданы глобальные механизмы подотчётности.

Сегодня активное участие организаций сообществ в управлении, планировании и осуществлении национальных мер по борьбе с ВИЧ является правилом во многих странах. Затронутые ВИЧ сообщества входят в состав национальных советов по СПИДу и страновых координационных механизмов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд). Работники секс-бизнеса, трансгендеры и мужчины-геи, и другие мужчины, имеющие секс с мужчинами, участвуют в разработке национальной политики, руководящих принципов и стратегий, связанных с их здоровьем, в большинстве стран, которые в последние годы представляли доклады ЮНЭЙДС. Менее распространено вовлечение других ключевых групп населения — лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и лиц, находящихся в настоящее время или находившихся ранее в тюрьмах (рисунок 3). На глобальном уровне возглавляемые общинами организации и сети являются членами Программного координационного совета ЮНЭЙДС и Совета Глобального фонда и участвуют в процессах принятия решений в рамках Чрезвычайного плана президента Соединённых Штатов по оказанию помощи больным СПИДом (ПЕПФАР) — крупнейшей в мире двусторонней программы по борьбе с ВИЧ.

**МЕРЫ В ОТВЕТ НА ВИЧ ПОТЕРПЕЛИ НЕУДАЧУ, КОГДА ОНИ НЕ УЧИТЫВАЛИ РЕАЛИИ И ПРАВА ЗАТРОНУТЫХ СООБЩЕСТВ И ОТДАВАЛИ ПРИОРИТЕТ ПАТЕНТНОЙ ЗАЩИТЕ, А НЕ ЛЮДЯМ. ОРГАНИЗАЦИИ, ВОЗГЛАВЛЯЕМЫЕ СООБЩЕСТВАМИ, СДЕЛАЛИ ТАК, ЧТОБЫ СУРОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ НЕДОСТУПНЫХ ЦЕН И НЕРАВНОГО ДОСТУПА К ЖИЗНЕННО ВАЖНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОСТАВАЛАСЬ В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ.**

1. Для получения дополнительной информации см.: Jedwab R, Khan AM, Russ J, Zaveri ED. Epidemics, pandemics, and social conflict: lessons from the past and possible scenarios for COVID-19. World Development. 2021;147:105629.

**РИСУНОК 3.** Страны, сообщившие об участии ключевых групп населения в разработке национальной политики, руководящих принципов



Источник: National Commitments and Policy Instrument, 2017-2021.



Молодые люди собираются на мероприятии Teenergizer в Киеве, Украина. Teenergizer оказывает равную поддержку подросткам, живущим с ВИЧ, а также услуги по профилактике ВИЧ и консультированию молодежи в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Источник: Teenergizer

# МЕДЛЕННОЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ СООБЩЕСТВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Национальные меры реагирования на COVID-19 могут привести к недооценке опыта немедицинских и негосударственных структур, который способен раскрыть понимание вызовов, проблем и потребностей затронутых групп населения.

Поскольку большая часть мира вступила в первый локдаун в апреле 2020 года, быстрый анализ структур управления для реагирования на COVID-19 в 24 странах показал, что гражданское общество практически не участвовало в принятии решений и усилиях по реагированию на национальном правительственном уровне (4). Анализ показал, что в числе исследователей, с которыми проводились консультации, были в основном эпидемиологи и вирусологи, исключая специалистов в таких областях, как психическое здоровье, здоровье детей, хронические заболевания, профилактическая медицина, геронтология и другие немедицинские сферы. Помимо этого, было установлено, что в национальных целевых группах по COVID-19 был низкий процент экспертов-женщин несмотря на то, что большинство медицинского персонала на передней линии — это женщины (5).

Почти год спустя более глубокий анализ мер реагирования на COVID-19 в девяти странах показал, что некоторые из них использовали потенциал гражданского общества и эффективно смягчали последствия кризиса, одновременно усиливая чувство солидарности и принадлежности к своим обществам (6). В других странах правительство пыталось играть роль героического спасителя и единственного «решателя» проблем, приобретая как символические выгоды, так и повышенную концентрацию власти (6).<sup>2</sup>



Молодой человек из организации Let's Walk Uganda готовит необходимые предметы снабжения. В рамках осуществляемого местным сообществом проекта Jump Start мужчины-геи и другие мужчины, имеющие секс с мужчинами, проживающие в трех районах трущоб г. Кампала, получают необходимые навыки для организации, управления и ведения социально ориентированного бизнеса. Источник: ЮНЭЙДС

2. Исследования были проведены в следующих девяти странах: Австрия, Китай, Германия, Венгрия, Индия, Израиль, Республика Корея, Турция и Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

Подходы, игнорирующие различные реалии и неравенство в обществе, часто заводят в тупик из-за неучтённых факторов. Локдауны, ношение масок и меры социального дистанцирования в связи с COVID-19 относительно просты для людей, которые могут работать удалённо, которые живут и работают в малонаселённых местностях и которые не полагаются на общественный транспорт. Аналогичным образом, людям, имеющим свободный доступ к соответствующей информации и профилактическим услугам, контролирующим свою сексуальную жизнь и не сталкивающимся со стигмой и дискриминацией в своей повседневной жизни, легче избежать инфицирования ВИЧ. Напротив, те, кто с трудом сводят концы с концами, кто оказываются в положении жертвы, подвергаются преследованиям и вытесняются на обочину жизни, часто остаются за бортом и повергаются ещё большей маргинализации в связи с мерами реагирования на пандемию.

Организации с ведущим участием сообществ лучше понимают различные потребности и проблемы местных общин и сообществ. Имея социальные корни в этих сообществах и пользуясь их доверием, такие организации располагают более широкими возможностями при разработке и принятии эффективных коллективных мер противодействия и повышения подотчётности в рамках этих мер, особенно касающихся маргинализированных людей (7, 8). Организации сообществ также имеют решающее значение для поддержания и адаптации мер вмешательства при возникновении других кризисов.

В некоторых частях Африки и Азии возглавляемые сообществами организации служат связующим звеном с маргинализированными группами населения (9). Они проводят скрининг на COVID-19, тестирование и отслеживание контактов в районах с недостаточным уровнем обслуживания, предоставляя эти услуги с учётом различных реалий и проблем людей, и выступая в роли связующего звена между сообществами и официальными службами здравоохранения.

В Малави и на юге Мозамбика общинные организации сотрудничали с местными органами власти, с тем чтобы обеспечить доступ возвращающихся трудящихся-мигрантов к услугам по тестированию, предоставить им продовольствие и другую поддержку, пока те находятся на карантине, и при необходимости осуществлять отслеживание контактов (8, 10). В фавеле Параисополис в Сан-Паулу «президенты кварталов» следили за здоровьем и благополучием домохозяйств, а обученные местные добровольцы проводили разъяснительную работу по профилактике заболеваний и оказывали неотложную помощь (11). Обзор аналогичных усилий в 14 городах Латинской Америки показал, что многие инициативы стали сетевыми и образовали многоуровневые альянсы между организациями, позволяя им обмениваться информацией, ресурсами и опытом (12).



**КОГДА БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ МИРА ВСТУПИЛА В ПЕРВЫЙ ЛОКДАУН В АПРЕЛЕ 2020 ГОДА, ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО БЫЛО МАЛО ВОВЛЕЧЕНО В ПРОЦЕСС ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ И ПРИНЯТИЯ ОТВЕТНЫХ МЕР НА УРОВНЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА. В НАЦИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУППАХ ПО COVID-19 БЫЛ НИЗКИЙ ПРОЦЕНТ ЭКСПЕРТОВ-ЖЕНЩИН, НЕСМОТРИ НА ТО, ЧТО БОЛЬШИНСТВО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА ПЕРЕДНЕЙ ЛИНИИ — ЭТО ЖЕНЩИНЫ.**

Например, работая через сети местных руководителей общин и лидеров сообществ, «Филиппинская федерация бездомных людей» создала местные базы данных нуждающихся людей в 14 городах, распределяла продовольствие и другую помощь, создавала общественные кухни, предоставляла информацию и средства защиты для предотвращения распространения инфекции COVID-19 и координировала с местными органами власти меры по доставке больных бездомных в медицинские учреждения (13, 17). Аналогичным образом, организация Community Action Networks в Южной Африке направила добровольцев для укомплектования общественных кухонь-столовых и приобретению зимних наборов для бездомных, а также использовала социальные сети для поддержания контактов с нуждающимися людьми (14). Другие инициативы в Индии и Южной Африке были нацелены на взаимодействие между мелкими фермерами, общинными садово-огородными хозяйствами и местными ресторанами с привлечением добровольцев для доставки еды нуждающимся домохозяйствам (15, 16).

Ценности и подходы этих коллективных действий с акцентом на соблюдение прав людей, справедливость и солидарность играют важнейшую роль, с тем чтобы предотвратить умножение и усиление существующего неравенства при проведении противопандемийных мер. Но чтобы эти достойные восхищения усилия принесли максимальный эффект, они должны быть связаны и интегрированы в комплексные стратегии борьбы с пандемией, что свойственно некоторым из наиболее эффективных программ противодействия ВИЧ.



Бенефициары проекта «Балайо» получают пособия в пунктах распределения на уровне сообществ. В рамках проекта «Балайо», осуществляемого Культурным институтом Баронга при поддержке Программы Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) в Бразилии, людям, живущим с ВИЧ, в Сан-Паулу предоставляются антиретровирусные препараты, продукты питания, гигиенические комплекты, топливо и социальная помощь. Автор: A Bertini

# МЕСТНЫЕ СООБЩЕСТВА ПОДДЕРЖИВАЮТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ В ЭПОХУ COVID-19

Быстрые действия и изобретательность общественных организаций помогли многим службам по борьбе с ВИЧ адаптироваться к сбоям, вызванным эпидемией коронавируса. Взаимодействуя с государственными органами здравоохранения, организации на базе сообществ дополняли и адаптировали методы предоставления услуг в связи с ВИЧ на фоне перераспределения медицинского персонала, а также переполнения больниц и клиник пациентами с COVID-19.

От Колумбии до Кот-д'Ивуара, от Таиланда до Танзания группы, возглавляемые представителями местных сообществ, организовывали доставку антиретровирусных и противотуберкулёзных препаратов на дом или в местные центры помощи, доставляли презервативы и наборы для самотестирования на ВИЧ в безопасные общественные пункты распространения, связывали людей, попавших в беду, с пунктами экстренной поддержки, а также предоставляли продукты питания и другие предметы первой необходимости. Они предлагали новые формы и обеспечивали проведение консультаций со специалистами и постановку на учёт в медицинских учреждениях, перенесли очную поддержку равных на платформы социальных сетей и контакты по сотовой связи, а также использовали выездные группы для поиска и выявления пациентов, которые перестали получать лечение (18–24). Такие мероприятия помогли остаться на терапии миллионам людей в странах Африке, Азии, Латинской Америке и Карибского бассейна по мере распространения пандемии COVID-19. Большинство из этих примеров связаны с определённым уровнем сотрудничества или партнёрства с государственными органами, как правило, на городском или местном уровне, что является ещё одним подтверждением важности партнёрства и объединения ресурсов и возможностей (8).

Международная коалиция по готовности к лечению выдвинула свою модель «Обсерватории лечения по базе сообществ» для проведения быстрого краткосрочного мониторинга и адвокации при ведущем участии сообществ с целью определения влияния противоэпидемических мероприятий в связи с COVID-19 на доступ к лечению ВИЧ-инфекции и туберкулёза и качеству этого лечения, а также других аспектов в сфере здравоохранения и соблюдения прав человека (24).

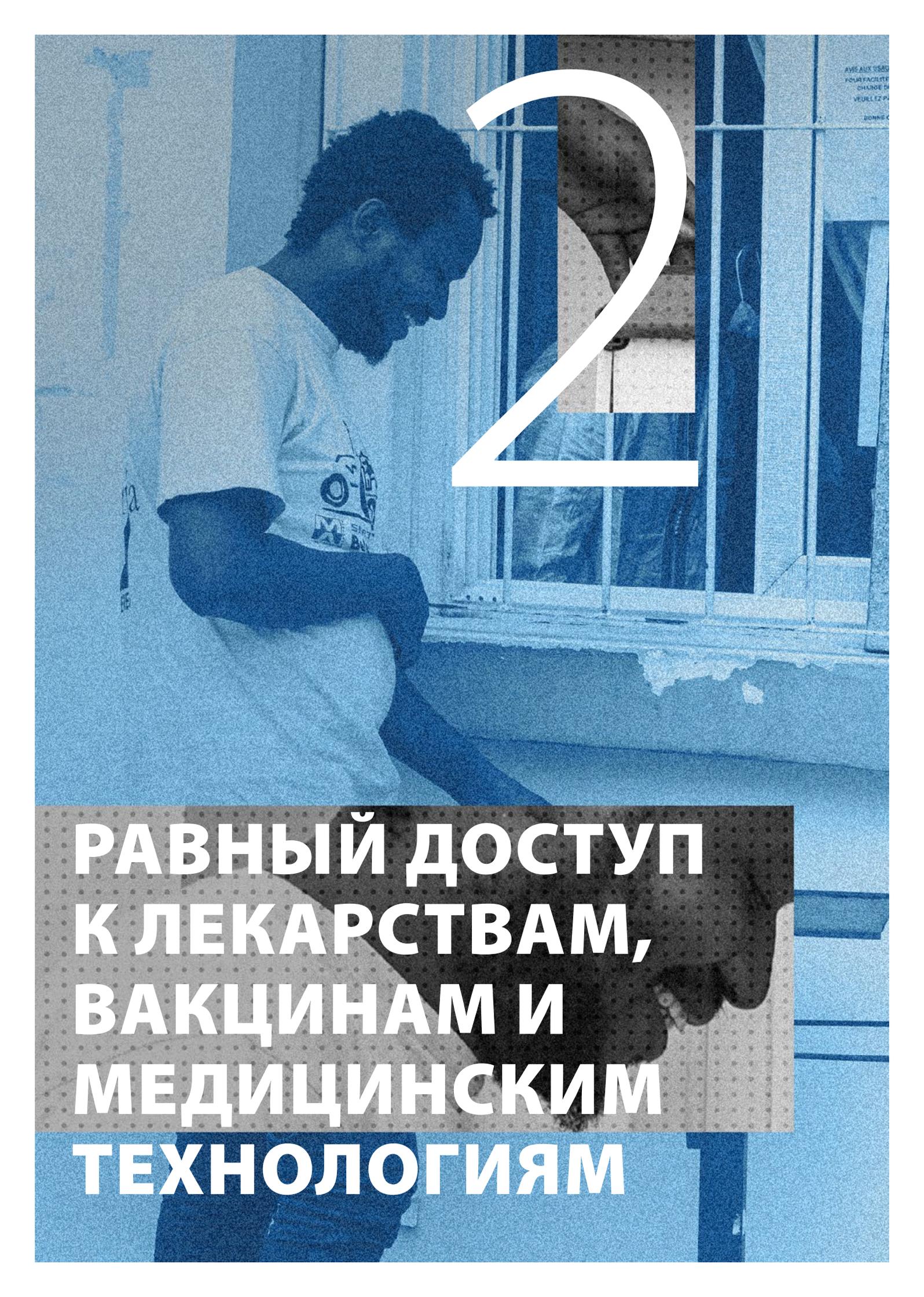
Организации сообществ и сети ключевых групп населения в десятках стран тесно сотрудничают со своими членами, обеспечивая их важнейшими предметами снабжения, информацией, а также услугами по тестированию на ВИЧ и лечению. Команда Iloilo Pride на Филиппинах доставляет антиретровирусные препараты и предоставляет пакеты помощи мужчинам-геям и другим мужчинам, имеющим секс с мужчинами. Они также содействуют направлению в центры тестирования и лечебные центры для тестирования и лечения ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путём (25). Организация Beirut Tauf, Ливан, открыла онлайн-психиатрическую клинику, а добровольцы, оснащённые средствами индивидуальной защиты, доставляют в гей-сообщества продовольственные корзины и санитарно-гигиенические принадлежности (25). В Перу организация Red Trans предоставляет продовольственные корзины трансгендерным женщинам, живущим с ВИЧ, и работникам секс-бизнеса — двум группам, которые живут в условиях нищеты и подвергаются повышенному риску заражения. Эта организация также координирует доставку медикаментов на дом в рамках программы экспресс-тестирования (25).

Проявление доверия к затронутым сообществам неизменно оказывается победоносной стратегией для программ по борьбе с ВИЧ. На фоне дополнительных проблем, связанных с коронавирусом, организации сообществ вновь доказывают свою важную роль в области общественного здравоохранения и борьбы с пандемией.

**ОРГАНИЗАЦИИ СООБЩЕСТВ И СЕТИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ДЕСЯТКАХ СТРАН ТЕСНО СОТРУДНИЧАЮТ СО СВОИМИ ЧЛЕНАМИ, ОБЕСПЕЧИВАЯ ИХ ВАЖНЕЙШИМИ ПРЕДМЕТАМИ СНАБЖЕНИЯ, ИНФОРМАЦИЕЙ, А ТАКЖЕ УСЛУГАМИ ПО ТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ И ЛЕЧЕНИЮ.**

## СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Johnson O, Goronga T. Why communities must be at the centre of the Coronavirus Disease 2019 response: lessons from Ebola and human immunodeficiency virus in Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2021;12(1):a2496.
2. Leach M, MacGregor H, Scoones I, Wilkinson A. Post-pandemic transformations: how and why COVID-19 requires us to rethink development. *World Dev*. 2021;138:105233.
3. Cohn S, Kutalek R. Historical parallels, Ebola virus disease and cholera: understanding community distrust and social violence with epidemics. *PLoS Curr*. 2016;8:recurrent.outbreaks.aa1f2b60e8d43939b43fbd93e1a63a94.
4. Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M et al. Governance of the COVID-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health*. 2020;5(5):e002655.
5. Women in Global Health. Operation 50/50: women's perspectives save lives, 2020 ([https://c8fbc10e-fb87-47e7-844b-4e700959d2d4.filesusr.com/ugd/ffa4bc\\_aa83e933b1294558a11df9172afd926a.pdf?index=true](https://c8fbc10e-fb87-47e7-844b-4e700959d2d4.filesusr.com/ugd/ffa4bc_aa83e933b1294558a11df9172afd926a.pdf?index=true)).
6. Kóvér Á. The relationship between government and civil society in the era of COVID-19. *Nonprofit Policy Forum*. 2021;12(1):1-24.
7. Marston C, Renedo A, Miles S. Community participation is crucial in a pandemic. *Lancet*. 2020;395(10238):1676-8.
8. Loewenson R, Colvin CJ, Szabzon F, Das S, Khanna R, Schattan V et al. Beyond command and control: a rapid review of meaningful community-engaged responses to COVID-19. *Glob Public Health*. 2021;6(8-9):1439-53.
9. Community-led package services in response to COVID-19 in high density settlements: resource needs. Geneva: UNAIDS; 2021.
10. Black S. Mozambican workers returning from South Africa engaged to check COVID-19's spread. In: *iom.int* [Internet]. Geneva: IOM; 2020 (<https://www.iom.int/news/mozambican-workers-returning-south-africa-engaged-check-covid-19s-spread>).
11. Osborn C. How Brazil's COVID-19 response has fallen to community leaders. In: *The New Humanitarian* [Internet]. 27 May 2020. *The New Humanitarian*; c2021 (<https://www.thenewhumanitarian.org/news/2020/05/27/Brazil-coronavirus-response-community-leaders>).
12. Duque Franco I, Ortiz C, Samper J, Millan G. Mapping repertoires of collective action facing the COVID-19 pandemic in informal settlements in Latin American cities. *Environment and Urbanization*. 2020;32(2):523-46.
13. Carampatana T, Tuazon RA. Community-led COVID-19 response: the work of the Philippines Homeless People's Federation. In: *iied.org* [Internet]. 9 June 2020. London: International Institute for Environment and Development; c2020 (<https://www.iied.org/community-led-covid-19-response-work-philippines-homeless-peoples-federation>).
14. Scheepers E, Lakhani I, Armstrong K. Making a community action net (work): organising in the times of COVID-19. In: *openglobalrights.org* [Internet]. 15 May 2020. *Open Global Rights*; c2020 (<https://www.openglobalrights.org/organising-in-the-times-of-covid-19/>).
15. Buxton N. Food flow: the initiative that's helping both farmers and families in need. In: *Eat Out* [Internet]. 16 April 2020. *iab.South Africa*; c2006–2021 (<https://www.eatout.co.za/arti<cle/food-flow-initiative-thats-helping-farmers-families-need/>).
16. Pol A. In lockdown, Satara farmers' revolutionary new model. In: *New Delhi Television* [Internet]. 17 April 2020. *NDTV Convergence*; c2021 (<https://www.ndtv.com/opinion/in-lockdown-satara-farmers-revolutionary-new-model-2213476>).
17. Papeleras R, Gaddi M. Community-led COVID-19 response: an update from the Philippines. In: *iied.org* [Internet]. 14 July 2021. London: International Institute for Environment and Development; c2021 (<https://www.iied.org/community-led-covid-19-response-update-philippines>).
18. Hong SY, Ashipala LSN, Bikinesi L, Hamunime N, Kamangu J, Boylan A et al. Rapid adaptation of HIV treatment programs in response to COVID-19—Namibia, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(42):1549-51.
19. Ensuring that people living with HIV in the Philippines have access to treatment during COVID-19. In: *UNAIDS.org* [Internet]. 8 April 2020. Geneva: UNAIDS; c2021 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200408\\_philippines](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200408_philippines)).
20. Nasuuna EM, Alex M, Namayanja G, Shamim N, Paul K, Mwondha RMN et al. Ensuring HIV service continuity during the COVID-19 pandemic in Kampala, Uganda. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 6–10 March 2021. Abstract 729.
21. Tukei BB, Fatti G, Tiam A, Ngorima-Mabhena N, Tukei VJ, Tshabalala I et al. Twelve-month outcomes of community-based differentiated models of multimonth dispensing of ART among stable HIV-infected adults in Lesotho: a cluster-randomized noninferiority trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(3):280-91.
22. Fatti G, Lopes J, Mabhena-Ngorima N, Tiam A, Tukei B, Pisa P et al. Community multimonth ART provision: pooled analysis of 2 cluster-randomized trials. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 6–10 March 2021. Abstract 182.
23. Odinga M, Kuria S, Muindi O, Mwakazi P, Njraini M, Melon M et al. HIV testing amid COVID-19: community efforts to reach men who have sex with men in three Kenyan countries. *Gates Open Res*. 2020;4:117.
24. Integrating community-led monitoring (CLM) into C19RM funding requests. Arusha (TZ): The Eastern Africa National Networks of AIDS and Health Service Organizations (EANNASO); n.d. (<https://eannaso.org/download/1020/reports/10875/integrating-community-led-monitoring-clm-into-c19rm-funding-requests.pdf>).
25. Positive living in the time of COVID-19. Breaking the silence. ICW, GNP+, the Global Network of Young People Living with HIV; 15 June 2020 ([https://gnpplus.net/wp-content/uploads/2020/06/June-15th-Newsletter-6th-Edition-Positive-Living-in-the-time-of-Covid-19-Special-edition\\_-\\_Transgender-community-living-with-HIV.pdf](https://gnpplus.net/wp-content/uploads/2020/06/June-15th-Newsletter-6th-Edition-Positive-Living-in-the-time-of-Covid-19-Special-edition_-_Transgender-community-living-with-HIV.pdf)).



2

**РАВНЫЙ ДОСТУП  
К ЛЕКАРСТВАМ,  
ВАКЦИНАМ И  
МЕДИЦИНСКИМ  
ТЕХНОЛОГИЯМ**

Противопандемийные меры терпят неудачу, когда медицинские технологии доступны для одних, но недоступны для других. Потребовалось много лет и миллионы случаев инфекций и смертей, которых можно было бы избежать, чтобы извлечь этот урок. Решительная поддержка со стороны гражданского общества, врачей и правительств стран с низким и средним уровнем дохода привела к созданию механизмов, которые помогают сделать лекарства и диагностику ВИЧ доступными финансово и физически во всём мире. Сегодня более 28 миллионов людей, инфицированных ВИЧ, проходят курс лечения, поскольку общие технологии и расширение производства непатентованных препаратов ведут к снижению цен, что позволяет приобретать и распространять среди людей, которые в них нуждаются, более значительные объёмы жизненно важных медицинских технологий.

Однако эти механизмы находятся под угрозой. Поскольку на рынок выходят новые мощные технологии для борьбы с ВИЧ, COVID-19 и другими заболеваниями, барьеры в сфере интеллектуальной собственности, ограничения в обмене и передаче технологий, географическая ограниченность фармацевтического производства, слабый регулятивный потенциал и заградительное ценообразование сдерживают предложение для стран с низким и средним уровнем дохода.

К концу октября 2021 года около 6% населения Африки было привито от SARS-CoV-2, по сравнению с не менее 40% на большинстве других континентов и более 60% в большинстве стран с высоким уровнем дохода (1, 2). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) прогнозирует, что пандемия COVID-19 продлится по крайней мере на год дольше, чем следовало бы, потому что более бедные страны не получают необходимые им вакцины (3). Генеральный секретарь Организации Объединённых Наций Антониу Гутерреш охарактеризовал стремительную разработку вакцин против COVID-19 и темпы их глобального распространения как «моральный обвинительный акт относительно состояния нашего мира. Это не вписывается ни в какие рамки приличия. Мы сдали экзамен по науке. Но мы получаем «двойку» по этике» (4).

Чрезвычайно важно обеспечить доступ к таким новым технологиям, которые могли бы решить проблему неравенства в области ВИЧ-инфекции, такие как новые лекарственные формы для лечения ВИЧ-инфекции для детей и взрослых, пероральная доконтрастная профилактика (ДКП) и вагинальные кольца для профилактики ВИЧ, а также антиретровирусные препараты длительного действия.

Ряд мер и инноваций, пропагандируемых «Народным альянсом по вакцинам», могут сделать доступ к медицинским технологиям более справедливым. Одной из первоочередных задач является заключение международного соглашения, гарантирующего справедливый и равноправный доступ к основным медицинским технологиям, особенно во время кризисов в области здравоохранения. Без этого люди в странах с низким и средним уровнем дохода будут по-прежнему лишены своего основного права – права на здоровье, а мир будет оставаться неподготовленным к сегодняшним и завтрашним пандемиям.



Медицинский работник, участвующий в программе Smart Girl, даёт тест на ВИЧ женщине в ходе аутрич-работы в Пномпене, Камбоджа. Источник: ЮНЭЙДС/Т. Браун

# ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СТАЛО ДОСТУПНЕЕ, НО БУДУЩЕЕ НЕИЗВЕСТНО

Потребовался широкий спектр действий со стороны людей, живущих с ВИЧ, и их союзников, чтобы сделать лечение ВИЧ-инфекции, спасающее жизнь, таким доступным, как и сегодня. Правительствам пришлось использовать гибкие возможности, предусмотренные в Соглашении Всемирной торговой организации по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТАПИС), для достижения более доступных цен для стран с низким и средним уровнем дохода. Для ведения переговоров с патентообладателями о заключении добровольных лицензионных сделок с целью создания условий для производства непатентованных препаратов для лечения ВИЧ, туберкулёза и гепатита С была создана система патентного пула (5). Усиление конкуренции со стороны производителей непатентованных лекарств привело к снижению цен, и спонсоры активизировали свою деятельность, финансируя новые инициативы по обеспечению доступа к лекарствам и программы лечения, в рамках которых используются непатентованные лекарства от ВИЧ.

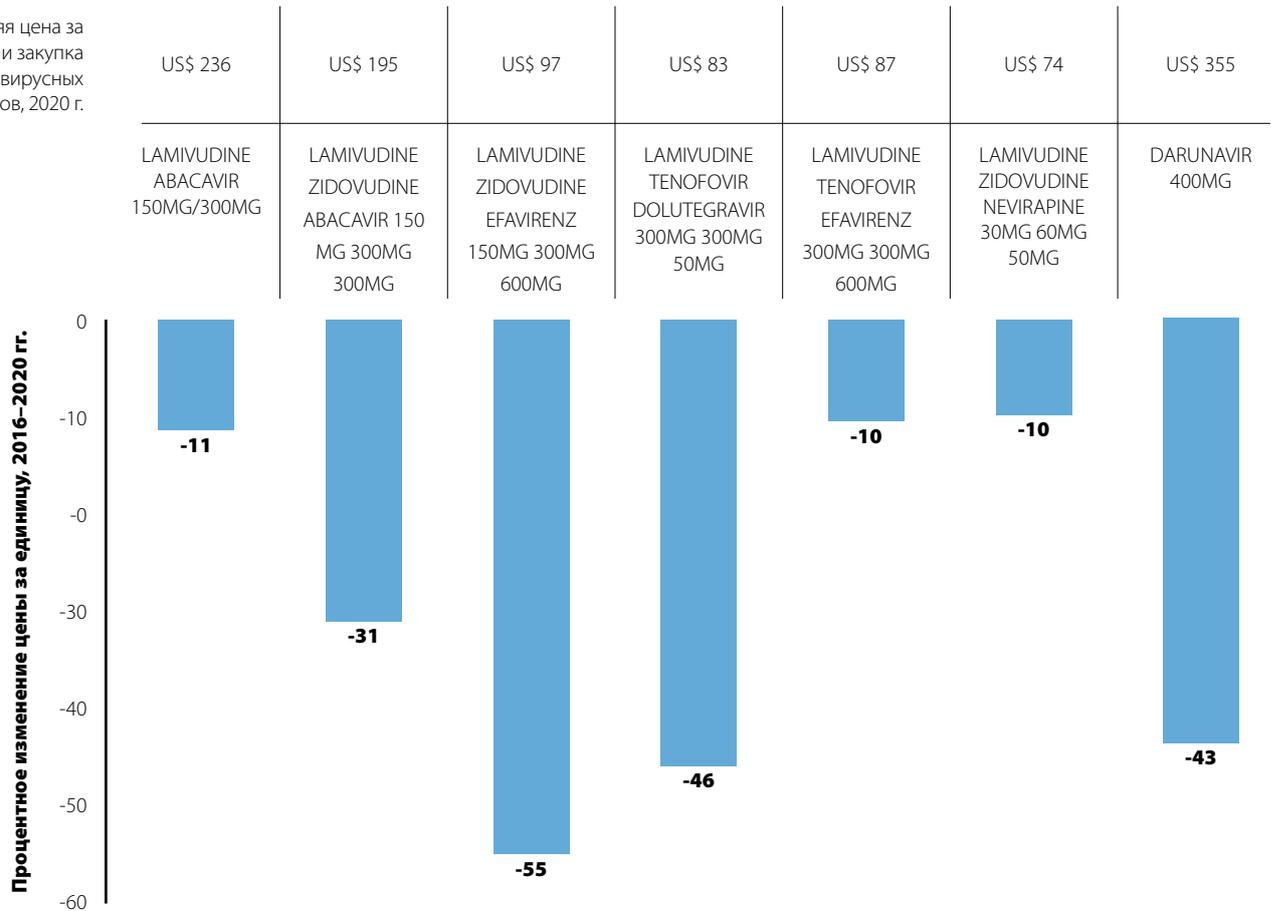
Цены на лекарства от ВИЧ в большинстве стран резко упали (см. рисунок 4). Схемы лечения ВИЧ-инфекции в 2000 году обошлись более чем в 10 000 долл. США на человека в год; в настоящее время рекомендованная схема лечения ВИЧ-инфекции первого ряда, включающая в себя долутегравир, ламивудин и тенофовир, доступна в 2020 году по средней цене 83 долл. США на человека в год в странах с низким и средним уровнем дохода, которые представили ЮНЭЙДС данные о ценах. Многие новые лекарственные препараты для лечения ВИЧ-инфекции в настоящее время поступают на рынок в более доступных по цене непатентованных лекарственных формах. Эксперты отмечают, что ориентированное на охрану здоровья управление правами интеллектуальной собственности с использованием гибких или добровольных механизмов Соглашения по ТАПИС не подрывает инновационную систему или прибыльность крупнейших фармацевтических компаний мира (6).

Однако не обошлось без заминок. Несмотря на то, что во многих странах с низким и средним уровнем дохода бесплатное тестирование на ВИЧ и лечение являются нормой, взимание платы с пользователей в клиниках и больницах в других странах по-прежнему лишает многих людей, особенно людей с низкими доходами, возможности пользоваться медицинскими услугами и препаратами для лечения ВИЧ-инфекции (7–9). Некоторые страны со средним уровнем дохода пытаются получить доступ к недорогим препаратам-дженерикам для лечения ВИЧ-инфекции; доконтактная профилактика всё ещё остаётся дорогостоящей во многих странах (из-за патентных ограничений и нормативных задержек), а доступность новейших решений в сфере ВИЧ (таких как антиретровирусные препараты длительного действия и вагинальные кольца) никоим образом не гарантирована. Инвестиции в педиатрические формы лечения считаются неприбыльными, поэтому их развитие идёт очень медленно.

**ОРИЕНТИРОВАННОЕ НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ УПРАВЛЕНИЕ ПРАВАМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИБКИХ ИЛИ ДОБРОВОЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ СОГЛАШЕНИЯ ПО ТАПИС, НЕ ПОДРЫВАЕТ ИННОВАЦИОННУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ИЛИ ПРИБЫЛЬНОСТЬ КРУПНЕЙШИХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КОМПАНИЙ МИРА.**

**РИСУНОК 4.** Средние удельные цены закупок антиретровирусных препаратов, 2020 г., и процентное изменение, 2016–2020 гг.

Средняя цена за единицу или закупка антиретровирусных препаратов, 2020 г.



■ Процентное изменение удельной цены закупок антиретровирусных препаратов, 2016–2020 гг.

Источник: Оценки ЮНЭЙДС, основанные на государственных отчётах для Глобального мониторинга СПИДа в 2021 году и данных об экспорте из государственных таможенных органов 69 стран с низким и средним уровнем дохода.



Отпуск метадона для опиоидной заместительной терапии, Сенегал. Источник: ЮНЭЙДС

# РАСШИРЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВА В СТРАНАХ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДА

Готовность к пандемиям и планы ответных действий наталкиваются на перебои в производстве, уязвимости в цепочках поставок и ценовые ограничения. Пандемия COVID-19 обнажила чрезмерную зависимость большинства африканских систем здравоохранения от импортируемых фармацевтических и медицинских товаров: по мере нарастания кризиса COVID-19 в 2020 году Африка пострадала от экспортных ограничений, наложенных странами-производителями, и снижения доступности медицинской продукции в результате закрытия производственных мощностей в Китае и Индии (10). Например, во втором квартале 2020 года наблюдалось значительное сокращение поставок лекарств от ВИЧ из Индии в страны с низким и средним уровнем дохода (11).

В настоящее время фармацевтические производственно-сбытовые цепочки сосредоточены в очень небольшом числе стран. В то время, как Европейский союз, США и Япония доминируют в фармацевтических исследованиях и разработках, Китай и Индия являются крупнейшими производителями активных фармацевтических ингредиентов и экспортёрами фармацевтической продукции.

Все африканские страны являются чистыми импортёрами медицинской и фармацевтической продукции, причём большинство из них импортируют от 70% до 90% потребляемых ими лекарств (10, 12). Исключениями являются Марокко и ЮАР (13). Фармацевтическая промышленность континента быстро развивается главным образом в Гане, Нигерии, ЮАР и нескольких странах восточной и северной Африки. В Африке насчитывается не менее 370 производителей лекарственных препаратов, но они сосредоточены только в девяти странах, причём около трети компаний ограничиваются переупаковкой таблеток и капсул, приобретённых у других компаний. Производство активных фармацевтических ингредиентов ограничивается лишь тремя компаниями в Африке: двумя в ЮАР и одной в Гане (13).

По мере того, как мир борется с текущей пандемией и готовится к будущим, приоритетное внимание следует уделять более широкому распространению производства медицинской продукции, фармацевтических препаратов и развитию других технологий в области здравоохранения. Локализация производства позволит снизить уязвимость систем здравоохранения к сбоям в цепочке поставок и созданию запасов важнейшей медицинской продукции для использования во время кризисов. Это может быть достигнуто путём создания региональных производственно-сбытовых цепочек и субрегиональных хабов, в которых производители работают совместно в рамках территориально-производственных комплексов, а также согласования нормативных механизмов в целях облегчения трансграничного сотрудничества и извлечения из него максимальной выгоды (13). Учреждение Африканского агентства по лекарственным препаратам является важным шагом на пути к созданию континентальной платформы для принятия регулятивных решений (14).

**ПО МЕРЕ ТОГО, КАК МИР БОРЕТСЯ С ТЕКУЩЕЙ ПАНДЕМИЕЙ И ГОТОВИТСЯ К БУДУЩИМ, ПРИОРИТЕТНОЕ ВНИМАНИЕ СЛЕДУЕТ УДЕЛЯТЬ БОЛЕЕ ШИРОКОМУ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИИ, ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И РАЗВИТИЮ ДРУГИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.**

## Основы справедливого и равноправного доступа к вакцинам против COVID-19 и другим базовым технологиям здравоохранения

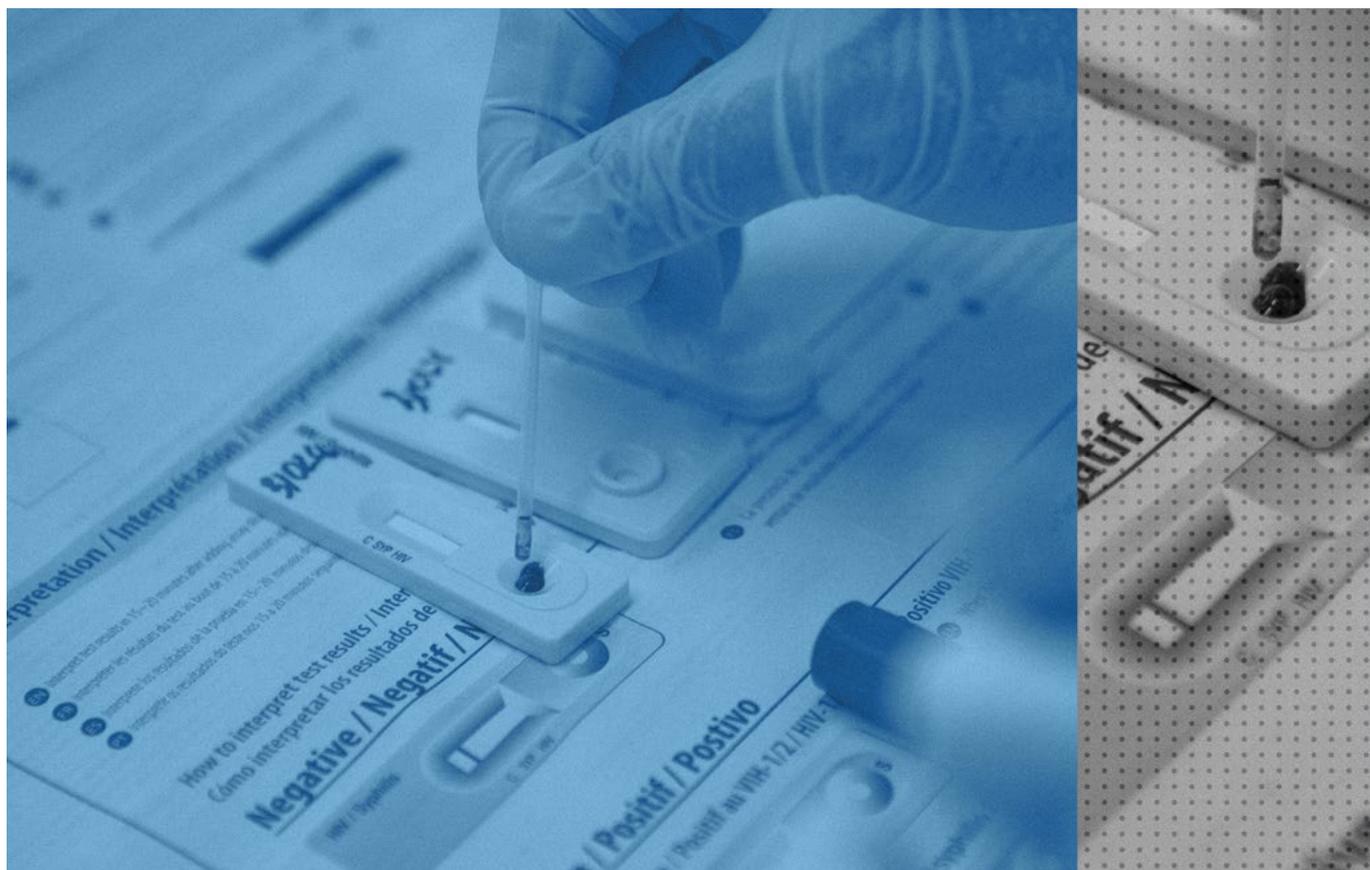
Технологии здравоохранения являются общемировыми общественными благами и должны быть доступны для всех; они не должны рассматриваться как обычные рыночные товары. Следующие действия ускорят глобальное производство, распределение и использование лекарств, вакцин, диагностических инструментов и других основных технологий здравоохранения в отношении COVID-19.

**Выборочный отказ от прав интеллектуальной собственности.** В конце 2020 года Индия и ЮАР предложили ВТО временный отказ от прав на инструменты диагностики COVID-19, терапевтические средства, вакцины и другие технологии на период пандемии COVID-19 (15). Это предложение было поддержано более чем 100 членами ВТО, однако некоторые значимые члены организации отказались от его поддержки.

**Более широкое использование Банка доступа к технологиям, связанным с COVID-19 (COVID-19 Technology Access Pool, C-TAP).** В середине 2020 года ВОЗ создала Банк доступа к технологиям, связанным с COVID-19, «для содействия добровольному лицензированию технологий транспарентным образом». Однако крупные фармацевтические компании всё ещё не приняли этот механизм (16).

**Немедленное выполнение обязательств, взятых на себя правительствами и фармацевтическими компаниями в рамках инициативы Предварительные обязательства по закупке вакцин COVAX (связанный с вакцинами этап Инициативы по ускорению доступа к средствам для борьбы с COVID-19/ACT-A).**<sup>1</sup> Следует также стимулировать объединённые региональные закупки, например, на основе сотрудничества между Африканскими центрами по борьбе с болезнями и возглавляемой ВОЗ Целевой группой Организации Объединённых Наций по снабжению, Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд) и другими организациями (17).

**Более широкое распространение изготовления и производства продукции медицинского назначения.** Для усиления конкуренции и снижения риска перебоев в цепочке поставок во время кризисов необходимо предотвращение образования монополий и увеличение производственных мощностей для производства медицинских товаров во всех регионах мира (15).



Пациент клиники Чхук Сар в Пномпене, Камбоджа, сдаёт кровь на анализ на ВИЧ и инфекции, передающиеся половым путём. Эта клиника – комплексный медицинский центр, который обслуживает в основном ЛГБТИ-сообщество. Источник: ЮНЭЙДС/de la Guardia

1. В рамках инициативы COVAX страны с высоким уровнем дохода обязались поставить 1,8 млрд доз вакцин в страны с низким и средним уровнем дохода к концу 2021 года; к октябрю 2021 года в эти страны поступило около 261 млн доз. Производители вакцин пообещали направить дополнительно 994 млн доз, из которых было поставлено 120 млн. См.: Malpanik R, Maitland A. «Доза реальности: как богатые страны и фармацевтические корпорации нарушают свои обещания по вакцинации». Лондон: «Народная вакцина», OXFAM; 2021 (<https://app.box.com/s/kygk0i850bo18l33vk5p3qwyq9umk527>).

# ШИРОКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ

Все противопандемийные меры зависят от наличия в странах качественной диагностики для выявления и отслеживания вспышек заболеваний и выявления людей, нуждающихся в лечении. За последние 10–15 лет произошли революционные изменения в области диагностических технологий и информационных систем, включая диагностику в пунктах оказания медицинской помощи, однако важное значение диагностики для достижения равенства в области здравоохранения зачастую остаётся незамеченным, что приводит к недофинансированию, перекосам в регулировании и другим проблемам.

В 2008 году в Мапутской декларации об укреплении лабораторных систем была подчеркнута необходимость расширения доступа к диагностическому тестированию. Более десяти лет спустя лишь немногие планы всеобщего охвата услугами здравоохранения, если таковые имеются в стране, прямо предусматривают финансирование диагностики (18). По данным Комиссии по диагностике Lancet, почти половина (47%) населения мира практически не имеет доступа к диагностике (18).

Во многих странах с низким и средним уровнем дохода доступ к диагностическим средствам остаётся неравномерным, причём в наибольшей степени страдают обедневшие и сельские общины. Во многих случаях диагностика фактически недоступна за пределами городских районов (19). Медицинские лаборатории также неравномерно распределены по странам. Например, в Соединённых Штатах насчитывается 260 000 аккредитованных медицинских лабораторий, в то время как в Индии, где в четыре раза больше жителей, таких лабораторий 1150. Существует также нехватка диагностического персонала: к 2030 году во всем мире потребуется дополнительно 840 000 – 1 миллион специалистов по диагностике (18). Это огромный недостаток как в борьбе с пандемиями, так и для повседневного медицинского обслуживания.

В первые месяцы пандемии COVID-19 отсутствие доступа к диагностике стало ахиллесовой пятой ответных мер в Африке. Когда были опубликованы геномные последовательности SARS-CoV-2, в Азии и Европе начали производить собственные тесты в течение нескольких недель. В Африке нет таких промышленных возможностей, и этим странам пришлось встать в очередь за импортом, причём зачастую они оказывались в самом конце очереди, поскольку ввиду ограниченного предложения возникла конкуренция за получение тестов между странами (20).

В ходе противодействия ВИЧ были созданы возможности для преодоления подобных трудностей. Доступ к диагностике ВИЧ был расширен за счёт применения упрощённых технологий, включая тестирование в пунктах оказания медицинской помощи, которые могут проводиться децентрализованно и непрофессиональными медико-санитарными работниками. Хотя в некоторых странах значительная доля людей, живущих с ВИЧ, все ещё не диагностирована, более широкое использование методов выявления случаев заболевания на уровне общин и появление комплектов для самотестирования на ВИЧ способны ещё больше сократить этот разрыв.

Доступ к скринингу и тестированию на рак шейки матки, диабет, артериальное давление или сифилис значительно ниже, чем для ВИЧ.<sup>2</sup> Ставки высоки: по оценкам Комиссии по диагностике журнала «Ланцет», сокращение диагностического разрыва для шести относительно распространённых состояний с нынешних 35–62% до 10% уменьшит ежегодное число преждевременных смертей в странах с низким и средним уровнем дохода на 1,1 миллиона (18).<sup>3</sup>

Стабильный и справедливый доступ к качественной диагностике требует долгосрочной расстановки приоритетов, твёрдой политической воли и инвестиций. Диагностика должна быть включена в планы всеобщего охвата услугами здравоохранения, а справедливый доступ к диагностике должен быть ключевым элементом планирования готовности к пандемиям.

2. Анализ национальных репрезентативных обследований, проведённых в отношении пожизненного доступа к скринингу на рак шейки матки в период с 2005 по 2018 год в 55 странах с низким и средним уровнем дохода (представляющих более 1,1 миллиона женщин), показал, что женщины, проживающие в сельских районах и имеющие низкий уровень образования или низкий уровень благосостояния домохозяйств, в целом реже всего сообщали о том, что когда-либо проходили скрининг.
3. Этими шестью заболеваниями являются диабет, гипертония, ВИЧ и туберкулёз среди общего населения, а также гепатит В и сифилис среди беременных женщин.

1. Less than 10% of African countries to hit key COVID-19 vaccination goal. In: WHO Africa [Internet]. 28 October 2021. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; c2021 (<https://www.afro.who.int/news/less-10-african-countries-hit-key-covid-19-vaccination-goal>).
2. Holder J. Tracking Coronavirus vaccinations around the world. In: New York Times [Internet]. 9 November 2021. New York (NY): New York Times Company; c2021 (<https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/covid-vaccinations-tracker.html>).
3. Malpanik R, Maitland A. A dose of reality. London: The People's Vaccine, OXFAM; 2021 (<https://app.box.com/s/kygk0i850bo18l33vk5p3qwyq9umk527>).
4. COVID-19: UN Secretary-General says the world has failed an ethics test. In: United Nations in Western Europe [Internet]. 21 September 2021. United Nations; c2021 (<https://unric.org/en/covid-19-un-secretary-general-says-the-world-has-failed-an-ethics-test/>).
5. Medicines Patent Pool [Internet]. Geneva: Medicine Patents Pool; c2021 (<https://medicinespatentpool.org>).
6. Garrett L. Stopping drug patents has stopped pandemics before. In: Foreign Policy. 7 May 2021. The Slate Group; c2021 (<https://foreignpolicy.com/2021/05/07/stopping-drug-patents-pandemics-coronavirus-hiv-aids/>).
7. Ahonkhai AA, Regan S, Idigbe I, Adeniyi O, Aliyu MH, Okonkwo P et al. The impact of user fees on uptake of HIV services and adherence to HIV treatment: findings from a large HIV program in Nigeria. *PLoS One*. 2020;15(10):e0238720.
8. Watson SI, Wroe EB, Dunbar EL, Mukherjee J, Squire SB, Nazimera L et al. The impact of user fees on health services utilization and infectious disease diagnoses in Neno District, Malawi: a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):595.
9. Yates R. Universal health coverage and the removal of user fees. *Lancet*. 2009;373(9680):2078-81.
10. Banga K, Keane J, Mendez-Parra M, Pettinotti L, Sommer L. Africa trade and Covid-19: the supply chain dimension. London: Overseas Development Institute; 2020 ([https://cdn.odi.org/media/documents/Africa\\_trade\\_and\\_Covid19\\_the\\_supply\\_chain\\_dimension.pdf](https://cdn.odi.org/media/documents/Africa_trade_and_Covid19_the_supply_chain_dimension.pdf)).
11. UNAIDS analysis of Indian customs data obtained from Seair Exim Solutions, 2020–2021.
12. Conway M, Holt T, Sabow A, Sun I. Should sub-Saharan Africa make its own drugs? In: McKinsey and Company [Internet]. 10 January 2019. McKinsey & Company; c1996–2021 (<https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/should-sub-saharan-africa-make-its-own-drugs>).
13. Bright B, Babalola CP, Sam-Agudu NA, Oneaghala AA, Olatunji A, Aduh U et al. COVID-19 preparedness: capacity to manufacture vaccines, therapeutics and diagnostics in sub-Saharan Africa. *Global Health*. 2021;17(1):24.
14. Ncube BM, Dube A, Ward K. Establishment of the African Medicines Agency: progress, challenges and regulatory readiness. *J Pharm Policy Pract*. 2021;14(1):29.
15. Editorial. A patent waiver on COVID vaccines is right and fair. In: *Nature* [Internet]. 25 May 2021. Springer Nature Ltd; c2021 (<https://www.nature.com/articles/d41586-021-01242-1>).
16. Zarocostas J. What next for a COVID-19 intellectual property waiver? *The Lancet*. 2021;397(10288):1871-2187.
17. Kavanagh MM, Erondu NA, Tomori O, Dzau VJ, Okiro EA, Maleche A et al. Access to lifesaving medical resources for African countries: COVID-19 testing and response, ethics, and politics. *Lancet*. 2020;395(10238):1735-8.
18. Fleming KA, Horton S, Wilson ML, Atun R, DeStigter K, Flanigan J et al. The Lancet Commission on diagnostics: transforming access to diagnostics. *The Lancet*. 2021;S0140-6736(21)00673-5.
19. Ndihekubwayo JB, Maruta T, Ndlovu N, Moyo S, Yahaya AA, Coulibaly SO et al. Implementation of the World Health Organization Regional Office for Africa stepwise laboratory quality improvement process towards accreditation. *Afr J Lab Med*. 2016;5:280.
20. Nkengasong J. Let Africa into the market for COVID-19 diagnostics. In: *Nature* [Internet]. 28 April 2020. Springer Nature Ltd; c2021 (<https://www.nature.com/articles/d41586-020-01265-0>).



3

**ПОДДЕРЖКА  
РАБОТНИКОВ,  
НАХОДЯЩИХСЯ НА  
ПЕРЕДНЕЙ ЛИНИИ  
ПАНДЕМИИ**

Работники, находящиеся на передовой пандемии, являются героями борьбы с ней, рискуя своим здоровьем и безопасностью, оказывая медицинскую помощь людям и предоставляя им базовые услуги и необходимое обеспечение. Международные и национальные ресурсы, выделяемые на борьбу со СПИДом, используются для привлечения и подготовки миллионов медицинских работников на протяжении десятилетий, что позволяет расширить сферу услуг по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ-инфекции. Медицинские работники, а также члены организаций, действующих на основе сообществ людей, живущих с ВИЧ, и других ключевых групп населения, занимаются не только противодействием ВИЧ, но также играют важную роль в борьбе с COVID-19, особенно на уровне общин и оказания первичной помощи.

Несмотря на столь необходимое подкрепление, численность работников жизненно важных категорий хронически мала, они не обеспечены достаточными ресурсами и перегружены. Кризисы усугубляют эту нехватку. Зачастую работая в трудных и небезопасных условиях, эти работники вынуждены изобретать свои способы справиться с тяжёлой рабочей нагрузкой, нехваткой оборудования и дефектными системами. Однако преодоление трудностей – это не синоним устойчивости: изобретательность позволяет избежать катастрофы в краткосрочной перспективе, но скрывает более глубокие изъяны и недостатки, которые стоят на пути к реальной устойчивости (1).

Во время кризиса COVID-19 медицинские работники, сталкиваясь с чрезвычайной нагрузкой, подвергаются повышенному риску выгорания, психических расстройств, болезни и смерти (2, 3). Данные из 119 стран показывают, что к октябрю 2021 года только двое из пяти медицинских работников во всем мире были полностью вакцинированы. В Африке было полностью вакцинировано менее одного из десяти медицинских работников по сравнению с восемью из десяти в странах с высоким уровнем дохода (4). По оценкам Всемирной организации здравоохранения к октябрю 2021 года COVID-19 унёс жизни от 80 000 до 180 000 медицинских работников (5). Системы здравоохранения отчаянно нуждаются в большем количестве медицинских работников, и тем нужны ресурсы и инструменты для обеспечения своей безопасности.

Медико-санитарные работники общин и организации на базе сообществ становятся всё более важным ресурсом, так как они, предоставляя базовую медицинскую помощь своим членам, выступают в качестве жизненно важного моста между общинами и медицинскими учреждениями в противодействии ВИЧ, туберкулёзу и, всё чаще, COVID-19 во многих странах (6). Несмотря на их значимость, общинные медико-санитарные работники в настоящее время составляют лишь около 3% мирового медицинского персонала. В разных странах они привлекаются для выполнения разных задач, и во многих случаях эти работники плохо обучены, мало оплачиваются, а их труд слабо интегрирован в системы здравоохранения (7). В условиях, когда страны борются с нынешними пандемиями и готовятся к будущим пандемиям, необходимо расширить ряды работников жизненно важных категорий для решения этих проблем. Наряду с достаточным числом и справедливой оплатой труда таким работникам необходимо надлежащее профессиональное обучение, ресурсы и инструменты для выполнения своей работы, а также в механизмы соблюдения трудовых прав. Необходимо также предпринять ощутимые меры, чтобы компенсировать неоплачиваемый труд женщин по уходу за членами семьи.



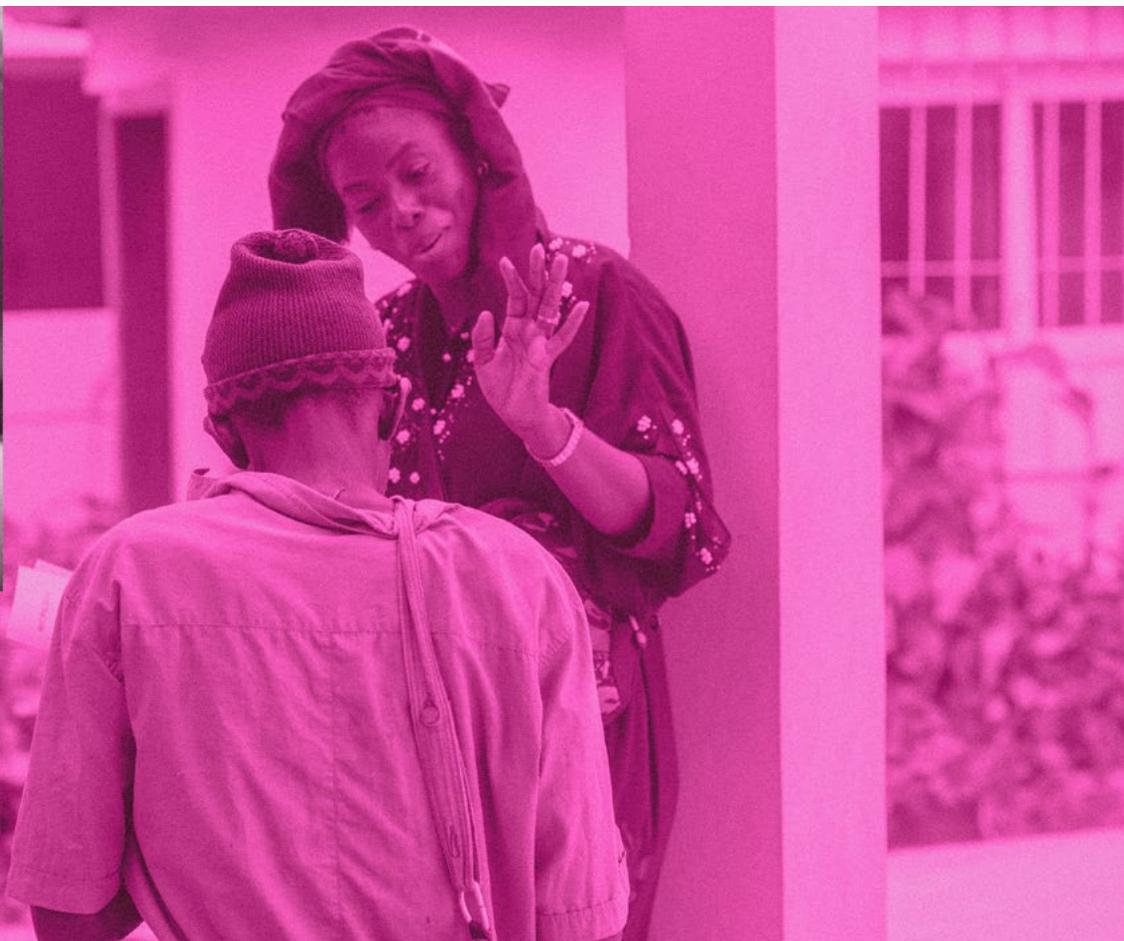
Пациент и его друг ждут встречи с медицинским персоналом клиники Чуок Сар в Пномпене, Камбоджа, 2019 год. Источник: ЮНЭЙДС/Т. Браун

# НЕХВАТКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПОДРЫВАЕТ УСИЛИЯ ПО БОРЬБЕ С ПАНДЕМИЯМИ

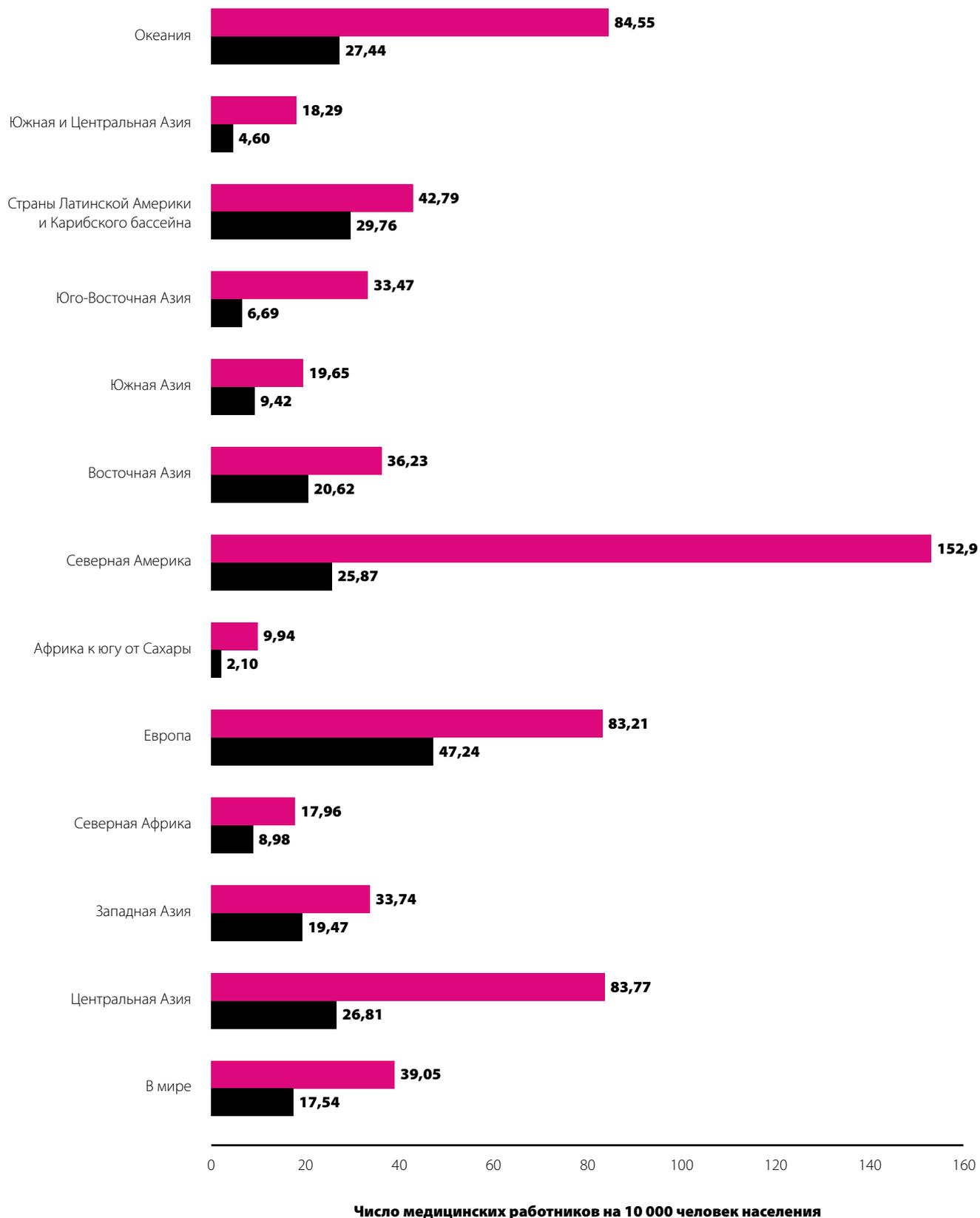
Для того чтобы справиться с пандемиями и преодолеть их, необходимы сильные системы здравоохранения. Но эти системы сильны лишь настолько, насколько сильны люди, которые приводят в действие эти системы.

Пожалуй, наиболее важным элементом в борьбе с пандемией является способность привлечь к ней достаточное количество медицинских работников, обеспечивая при этом бесперебойное функционирование обычных служб медицинской помощи. Кризис COVID-19 выявил сохраняющуюся опасность: многие страны, в том числе страны со средним и высоким уровнем дохода, не имеют достаточного количества медицинских работников для борьбы с пандемиями. Медицинские работники несправедливо распределены по всему миру с значительным дисбалансом между странами с высоким уровнем дохода и странами с низким и средним уровнем дохода, а также внутри стран с раздробленными государственными и частными системами здравоохранения (рисунок 5).

В глобальном масштабе к 2030 году прогнозируется нехватка 18 миллионов медицинских работников, главным образом в связи со старением населения и ростом показателей неинфекционных заболеваний (8). Эти прогнозы, сделанные в 2016 году, не учитывали пандемические кризисы, такие как пандемия коронавируса. Они также скрывают тяжёлое положение в некоторых регионах. Например, в то время как на Африку приходится 24% мирового бремени болезней, на континенте трудится лишь 3% от мировой численности работников здравоохранения (9). В 31 из 54 африканских стран соотношение врачей и пациентов составляет примерно 1 : 10 000, по сравнению с благоприятным соотношением в странах с высоким уровнем дохода, таких как Германия (1 : 417) и Италии (1 : 270) (10). Аналогичные диспропорции наблюдаются внутри стран, особенно между городскими и сельскими районами.



**РИСУНОК 5.** Численность представителей некоторых медицинских специальностей, на 10 000 человек населения, глобальные и региональные данные, 2013–2019 годы



■ Медсестринский и акушерский персонал ■ Врачи

Примечание: Последние имеющиеся данные (2013–2019 гг.).

Источник: Глобальная статистическая база данных по кадрам здравоохранения [база данных]. Женева: ВОЗ, с2021 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>).

# РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАДАЧ С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ ОБЩИННЫХ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ РАБОТНИКОВ ПОМОЖЕТ ЛИКВИДИРОВАТЬ ПРОБЕЛЫ

Медицинский персонал системы здравоохранения также может быть использован более эффективно. По некоторым оценкам, более трех четвертей медсестёр и врачей выполняют задачи, для которых они имеют слишком высокую квалификацию (11). Перераспределение задач в пользу медицинских работников с более коротким сроком обучения и низкой квалификацией, включая медико-санитарных работников общин, могло бы стать крупнейшим прорывом в борьбе с ВИЧ. Подобные изменения, уменьшающие нагрузку на врачей и медсестёр, позволяют децентрализовать услуги и процедуры и перенести их из больниц в клиники и другие пункты, более доступные для местных сообществ (12). Аналогичным образом, разрешение медсёстрам выписывать лекарства для лечения ВИЧ-инфекции, а медико-санитарным работникам-непрофессионалам оказывать помощь в распределении этих лекарств, способствовало быстрому расширению охвата лечением ВИЧ-инфекции с середины 2000-х годов (13–15).

Участие в противодействии ВИЧ и туберкулёзу, а также в программах иммунизации подчёркивает важность общинных медико-санитарных работников как для оказания базовых медицинских услуг, так и для борьбы с пандемиями, особенно в общинах, недостаточно охваченных системой здравоохранения (6). Например, при адекватной подготовке и поддержке непрофессиональные медработники предоставляют качественную диспансерную помощь людям, живущим с ВИЧ (16). Во всем мире сети людей, живущих с ВИЧ, и общинные группы поддержки расширили доступ к услугам по борьбе с ВИЧ и помогли адаптировать эти услуги к разнообразным потребностям людей. Благодаря этим дифференцированным услугам и поддержке многие люди смогли избежать заражения ВИЧ и соблюдают приверженность лечению ВИЧ-инфекции.



**ВО ВСЕМ МИРЕ СЕТИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, И ОБЩИННЫЕ ГРУППЫ ПОДДЕРЖКИ РАСШИРИЛИ ДОСТУП К УСЛУГАМ ПО БОРЬБЕ С ВИЧ И ПОМОГЛИ АДАПТИРОВАТЬ ЭТИ УСЛУГИ К РАЗНООБРАЗНЫМ ПОТРЕБНОСТЯМ ЛЮДЕЙ.**

Во время пандемии COVID-19 эти группы и сети взяли на себя жизненно важную роль, доставляя лекарства, продукты питания и другую поддержку нуждающимся, связывая их с медицинскими и социальными службами, ведя мониторинг нарушения прав людей и сообщая о них, а также помогая в тестировании на COVID-19 и отслеживании контактов. В рамках инициативы «Партнёрства Африканского союза по ускорению тестирования на COVID-19» группы людей, живущих с ВИЧ, в нескольких странах в настоящее время налаживают связи с общинными медико-санитарными работниками для усиления просветительской работы в отношении COVID-19, отслеживания контактов, а также сбора информации о сбоях в предоставлении услуг в связи с ВИЧ (17, 18).

В Нигерии около 50 000 общинных помощников, прошедших подготовку по выявлению полиомиелита, были использованы для помощи в отслеживании контрактов по мере распространения пандемии COVID-19 (19).

Власти штата Керала, Индия, направили около 30 000 общинных медработников для поддержки усилий по раннему обнаружению, отслеживанию контрактов и информированию о рисках (20). Около 28 000 общинных медработников в ЮАР были переведены с работы, связанной с помощью при ВИЧ-инфекции, для проведения обследований в общинах и отслеживания контактов (21). В Танзании использовался аналогичный подход (21).

Африканские центры по контролю и профилактике заболеваний сделали общинных медико-санитарных работников стержневым элементом в своих усилиях по поддержке программ противодействия COVID-19 в общинах, недостаточно охваченных обслуживанием. Такие работники проводят работу по информированию о рисках среди населения, осуществляют надзор за ранним выявлением случаев заболевания, отслеживают контакты и содействуют направлению пациентов на тестирование и лечение. К середине 2021 года 17 000 недавно обученных медико-санитарных работников в 24 странах направили на тестирование более 550 000 человек с подозрением на COVID-19 (22). В ходе недавнего обзора данных, полученных из Ботсваны, Ганы, Зимбабве, Нигерии, Уганды и ЮАР, была также отмечена ценность общинных медико-санитарных работников для доставки медикаментов и других предметов снабжения в дома, а также для последующего наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями (23).

Эти многообещающие примеры не должны привести к преувеличению нынешнего влияния общинных медико-санитарных работников, которые все ещё представляют собой лишь малую часть мирового персонала, занятого в сфере здравоохранения. В Африке и Азии, например, на 1 000 взрослых приходится примерно от 0,1 до 1 общинного медико-санитарного работника (24). В некоторых странах общинные медработники получают низкую заработную плату, проходят недостаточную подготовку, неэффективно распределяются и в недостаточной мере привлекаются к оказанию медицинских услуг. Системы здравоохранения не всегда ориентированы на эффективную и действенную связь с ними (7, 23, 25).

Борьба с нынешними и будущими пандемиями требует подготовки, развёртывания и вознаграждения большего числа общинных медико-санитарных работников и их интеграции в системы здравоохранения и общинные структуры (24, 26). Эти мероприятия нуждаются в большем финансировании. В настоящее время программы общинного здравоохранения в большинстве стран в значительной степени зависят от донорской поддержки, даже несмотря на то, что они представляют собой небольшую часть помощи в целях развития в области общественного здравоохранения (27, 28).<sup>1</sup>

## Женщины несут непропорционально тяжёлое бремя ухода за членами семьи

Женщины особенно часто оказываются на переднем крае борьбы с пандемией, на работе и дома, выполняя функции, которые повышают риск заражения. Они составляют не менее 70% работников здравоохранения (хотя и меньшинство врачей и специалистов) и предоставляют медицинские услуги примерно 5 миллиардам людей во всем мире (29). Исследования выявляют значимую степень морального истощения и психологической травмы среди медсестёр, занятых оказанием медицинской помощи в связи с COVID-19 (30). Женщины также составляют большинство общинных медико-санитарных работников в Африке и Азии. Кроме того, девочки и женщины несут основное бремя неоплачиваемой работы по уходу за членами семьи, включая детей и их обучение на дому, причём все это, как правило, недооценивается и не оплачивается. Ограничения, заставляющие людей оставаться дома, увеличили бремя неоплачиваемого труда женщин по уходу за близкими на фоне растущего числа случаев домашнего насилия (31).

Женщины также составляют большую часть занятых в экономических секторах, сильнее всего пострадавших от пандемии (32). По данным Международной организации труда (МОТ), с начала пандемии было потеряно 125 миллионов рабочих мест с полной занятостью, причём в непропорционально большой степени пострадали женщины (33). В 2020 году их уровень занятости снизился на 5% (по сравнению с 3,9% у мужчин) (34). Самозанятые работники и работники неформального сектора (например, помощники по хозяйству, 80% которых составляют женщины) очень редко учитываются в планах по борьбе с безработицей или медицинскому страхованию. Это ставит женщин перед незавидным выбором: вернуться на работу, рискуя своим здоровьем, или потерять возможность заработать хотя бы минимум, необходимый для выживания.

1. В период с 2007 по 2017 год на финансирование программ общинных медико-санитарных работников во всем мире приходилось примерно 2,5% от общего объёма помощи в целях развития на сектор здравоохранения. Большая часть этого финансирования направляется на программы в странах Африки к югу от Сахары, особенно на программы, связанные с противодействием инфекционным заболеваниям и охрану здоровья матери и ребёнка. Объёмы этих инвестиций снижаются.

# ВКЛАД СООБЩЕСТВ ЧАСТО ОСТАЁТСЯ НЕПРИЗНАННЫМ

Ответные меры на пандемию СПИДа в течение 40 лет включали в себя создание и развитие в каждом регионе мира организаций, которые представляют интересы ключевых групп населения. Их члены накопили существенные знания и потенциал, и теперь эти организации функционируют как важнейший элемент глобальных ответных мер в сфере общественного здравоохранения.

В июне и июле 2020 года ЮНЭЙДС провела опрос организаций сообществ, руководимых людьми, живущими с ВИЧ, работающих интересах этих людей или затронутых эпидемией ВИЧ. Этот преимущественно качественный опрос был направлен на более глубокое понимание влияния пандемии COVID-19 на связанную с ВИЧ работу сообществ, а также получение дополнительной информации о вкладе сообществ в борьбу с COVID-19 (35). В опросе приняли участие в общей сложности 225 организаций сообществ из 72 стран. Почти все респонденты (92,5%) сообщили о том, что они непосредственно участвуют в предоставлении связанных с ВИЧ услуг в своих сообществах.

По данным опроса в начале пандемии COVID-19 организации, возглавляемые сообществами, быстро приняли меры по смягчению влияния пандемии на членов своих сообществ, предприняв широкий спектр новых мер, направленных на обеспечение непрерывности услуг в связи с ВИЧ и укрепление здоровья и благополучия членов своих сообществ (35). В то же время эти организации внедрили инновации и предприняли новые шаги для реагирования на саму пандемию COVID-19. Они проводят информационно-просветительские кампании по COVID-19, предоставляют индивидуальные консультации и рекомендации, производят и распространяют маски, мыло и дезинфицирующие средства, а также оказывают помощь жертвам резко участившегося гендерного насилия (35).

Организации сообществ максимально использовали имеющиеся у них человеческие и финансовые ресурсы, и вскоре столкнулись с серьёзной нехваткой финансирования. На пределе своих сил сотрудники этих организаций работали по ночам и без выходных, пытались, обычно безуспешно, найти средства, при этом они часто тратили свои лично заработанные деньги и сбережения, чтобы помочь своим сообществам (35). Организации, возглавляемые сообществами, также неоднократно выражали глубокую обеспокоенность по поводу экономических последствий локдаунов и ограничений на поездки для их бенефициаров, а также по поводу перерывов в предоставлении услуг силами сообществ (35).

Пандемия COVID-19 подчеркнула огромную ценность этого глобального ресурса, готового к развёртыванию во время кризиса. Тем не менее, организации сообществ часто оставались вне поля зрения структур, отвечающих за реагирование на COVID-19, – эти организации исключали из планирования, разработки и оценки мероприятий, и в конечном итоге не признавали их роль в предоставлении важнейших услуг и достоверной информации.



Законодательство о правах человека допускает ограничение или умаление некоторых прав в законных целях, например, для защиты здоровья населения, но существуют строгие границы того, когда, как и в какой степени эти права могут быть ограничены. Поэтому эффективные усилия по обеспечению готовности к пандемии и реагированию на неё нуждаются в конкретной, финансируемой деятельности в области прав человека в качестве существенного компонента.

# ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА ДРУГИХ РАБОТНИКОВ ОСОБО ВАЖНОЙ КАТЕГОРИИ

Работники особо важной категории — это не только работники системы здравоохранения. Это понятие включает в себя учителей, работников пищевой промышленности и сельского хозяйства, сотрудников магазинов продовольственных товаров, а также полицейских и пожарных, и это лишь некоторые из них. К числу тех, кто играет ключевую роль в предотвращении более широкого неравенства между властью имущими и маргинализированными слоями общества во время пандемий, относятся поставщики услуг социальной защиты. Например, в рамках мер реагирования на пандемию СПИДа меры социальной защиты в связи с ВИЧ способствовали повышению доходов домохозяйств, укреплению продовольственной безопасности и улучшению питания, а также расширению доступа к образованию для людей, живущих с ВИЧ, и людей, подверженных повышенному риску инфицирования ВИЧ, в бедных и уязвимых домохозяйствах (36). Однако в первые месяцы пандемии COVID-19 социальные работники не получили повсеместного признания в качестве работников особо важной категории, несмотря на их решающую роль в предоставлении медицинских услуг и социальной помощи населению (36).

Как и в случае с медицинскими службами, организации с ведущим участием сообществ играют важную обеспечивающую роль в предоставлении услуг социальной защиты в связи с ВИЧ для людей, живущих с ВИЧ, и других ключевых групп населения. Маргинализированные, уязвимые и недостаточно обслуживаемые группы населения сталкиваются с институциональными препятствиями, которые ограничивают их доступ к услугам. Например, в Украине услуги социальной защиты стали предоставляться более широким слоям населения для смягчения последствий ограничений, вызванных COVID-19, и в этой связи поддержка представителям ключевых групп населения уменьшилась, главным образом, потому что многие из этих людей до пандемии работали неофициально. Аналогичные проблемы наблюдались в Непале, где многие представители ключевых групп населения не имели свидетельств о гражданстве или другой официальной регистрации. В обоих случаях сети, возглавляемые сообществами, были вынуждены вмешиваться в процесс обеспечения как можно большего числа людей продовольствием, медикаментами и другими важнейшими предметами снабжения, однако их потребности намного превосходили имеющиеся ресурсы (36).

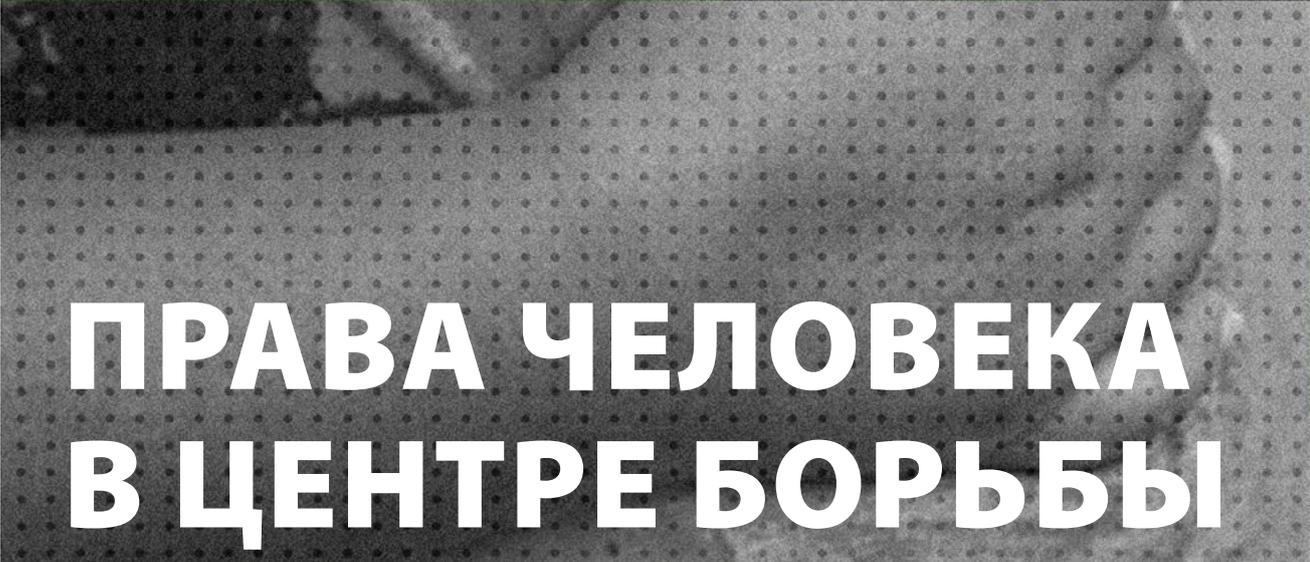


## СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Lee BY, Wedlock PT, Mitgang EA, Cox SN, Haidari LA, Das MK et al. How coping can hide larger systems problems: the routine immunisation supply chain in Bihar, India. *BMJ Glob Health*. 2019;4:e001609.
2. Kaushik D. COVID-19 and health care workers burnout: a call for global action. *EClinicalMedicine*. 2021;35:100808.
3. Anzaldua A, Halpern J. Can clinical empathy survive? Distress, burnout, and malignant duty in the age of COVID-19. *Hastings Cent Rep*. 2021;51(1):22-7.
4. Steering Committee for the International Year of Health and Care Workers in 2021. Joint statement on WHO's estimates of health and care worker deaths due to COVID-19. 2021 ([https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/year2021/english\\_joint-statement-health-care-health-deaths.pdf?sfvrsn=b3527728\\_50](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/year2021/english_joint-statement-health-care-health-deaths.pdf?sfvrsn=b3527728_50)).
5. The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Health Workforce Department, Working Paper 1. Geneva: WHO; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
6. Gichaga A, Masis L, Chandra A, Palazuelos D, Wakaba N. Mind the global community health funding gap. *Glob Health Sci Pract*. 2021;9(Suppl 1):S9-S17.
7. Gebremeskel AT, Otu A, Abimbola S, Yaya S. Building resilient health systems in Africa beyond the COVID-19 pandemic response. *BMJ Glob Health*. 2021;6:e006108.
8. High-level commission on health employment and economic growth: report of the expert group. Geneva: WHO; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250040>).
9. Health workers: a global profile. Geneva: WHO; 2006 ([https://www.who.int/whr/2006/06\\_chap1\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf?ua=1)).
10. Poppe A, Jirovsky E, Blacklock C, Laxmikanth P, Moosa S, De Maeseneer J et al. Why sub-Saharan African health workers migrate to European countries that do not actively recruit: a qualitative study post-migration. *Glob Health Action*. 2014;7:24071.
11. Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places. Paris: OECD; 2016 (<https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>).
12. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2021 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357089/retrieve>).
13. Callaghan M, Ford N, Schneider H. A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Hum Resour Health*. 2010;8:8.
14. Mbeye NM, Adetokunboh O, Negussie E, Kreda T, Wiysonge CS. Shifting tasks from pharmacy to non-pharmacy personnel for providing antiretroviral therapy to people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7:e015072.
15. Penazzato M, Davies MA, Apollo T, Negussie E, Ford N. Task shifting for the delivery of pediatric antiretroviral treatment: a systematic review. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;65:414-22.
16. Kreda T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(7):CD007331.
17. Partnering to strengthen community engagement in the HIV and COVID-19 responses in Namibia. In: UNAIDS.org [Internet]. 12 October 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/october/20211012\\_namibia](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/october/20211012_namibia)).
18. UNAIDS and its partners implement Partnership to Accelerate COVID-19 Testing in Madagascar. In: UNAIDS.org [Internet]. 18 May 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210518\\_madagascar](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210518_madagascar)).
19. Nigeria's polio infrastructure bolsters COVID-19 response. In: WHO in Africa [Internet]. 4 April 2020. Abidjan: WHO Regional Office for Africa; c2020 (<https://www.afro.who.int/pt/node/12495>).
20. Masih N. Aggressive testing, contact tracing, cooked meals: how the Indian state of Kerala flattened its coronavirus curve. In: Washington Post [Internet]. 14 April 2020. Washington (DC): Washington Post; c2021 ([https://www.washingtonpost.com/world/aggressive-testing-contact-tracing-cooked-meals-how-the-indian-state-of-kerala-flattened-its-coronavirus-curve/2020/04/10/3352e470-783e-11ea-a311-adb1344719a9\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/world/aggressive-testing-contact-tracing-cooked-meals-how-the-indian-state-of-kerala-flattened-its-coronavirus-curve/2020/04/10/3352e470-783e-11ea-a311-adb1344719a9_story.html)).
21. Nachega JB, Grimwood A, Mahomed H, Fatti G, Preiser W, Kallay O et al. From easing lockdowns to scaling up community-based Coronavirus Disease 2019 screening, testing, and contact tracing in Africa—shared approaches, innovations, and challenges to minimize morbidity and mortality. *Clin Infect Dis*. 2021;72(2):327-31.
22. The critical role of community health workers in COVID-19 vaccine roll out. Addis Ababa: Africa CDC; 2021 (<https://africacdc.org/download/the-critical-role-of-community-health-workers-in-covid-19-vaccine-roll-out/>).
23. Ray S, Mash R. Innovation in primary health care responses to COVID-19 in sub-Saharan Africa. *Prim Health Care Res Dev*. 2021;22:e44.
24. Community health workers (per 1,000 people). In: The World Bank Data [database]. Washington (DC): The World Bank Group; c2021 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.CMHW.P3>).
25. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: WHO; 2018 (<https://www.who.int/publications/item/9789241550369>).
26. LeBan K, Kok M, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities. *Health Res Policy Syst*. 2021;19(Suppl 3):116.
27. Lu C, Palazuelos D, Luan Y, Sachs SA, Mitnick CD, Rhatigan J et al. Development assistance for community health workers in 114 low- and middle-income countries, 2007–2017. *Bull World Health Organ*. 2020;98(1):30-9.
28. Masis L, Gichaga A, Zerayacob T, Lu C, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 4. Programme financing. *Health Res Policy Syst*. 2021;19(Suppl 3):107.
29. Delivered by women, led by men: gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: WHO; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322>).
30. Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC et al. A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(1):102-16.
31. Kabeer N, Razavi S, van der Meulen Rodgers Y. Feminist economic perspectives on the COVID-19 pandemic. *Feminist Economics*. 2021;27(1–2):1-29.
32. Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S et al. Women are most affected by pandemics—lessons from past outbreaks. *Nature*. 2020;583(7815):194-8.
33. ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. 8th edition. Geneva: ILO; 2021 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_824092.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_824092.pdf)).
34. World employment and social outlook: trends 2021. Geneva: ILO; 2021 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_795453.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_795453.pdf)).
35. Holding the line: communities as first responders to COVID-19 and emerging health threats. Geneva: UNAIDS; 2021 (forthcoming).
36. Life-changing HIV and social protection interventions in COVID-19 era. Geneva: UNAIDS; [pre-publication version].

A woman with dark hair, wearing a patterned dress with a lace-like collar, is shown in profile, looking towards the right. The image has a green tint. A large white number '4' is overlaid on the right side of the image.

4

A dark grey rectangular box with a white dotted pattern is positioned at the bottom of the page. It contains the title text in white, bold, uppercase letters.

**ПРАВА ЧЕЛОВЕКА  
В ЦЕНТРЕ БОРЬБЫ  
С ПАНДЕМИЕЙ**

Права человека занимают центральное место в эффективных стратегиях реагирования на пандемии. Десятилетия исследований показали, что подходы, основанные на правах человека, направлены на устранение дисбаланса сил и ведут к улучшению эффективности работы общественного здравоохранения, в том числе во время кризиса, вызванного пандемией.

В условиях пандемии СПИДа ситуация оборачивается не в пользу тех групп населения, которые и так постоянно сталкиваются с дискриминацией и несправедливостью, что повышает для них риск заражения ВИЧ, затрудняет доступ к лечению и приверженности к нему. В зависимости от страны и обстоятельств эти группы населения включают в себя женщин и девочек, мужчин-геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, транссексуалов, секс-работников, лиц, употребляющих наркотики, заключённых, мигрантов, беженцев и других перемещённых лиц.

Меры по борьбе с ВИЧ, лихорадкой Эбола и Зика, не базировавшиеся на правах человека, подрывают средне- и долгосрочный успех в борьбе с этими пандемиями.

Международное право в области прав человека налагает на государства-члены Организации Объединённых Наций обязательства по обеспечению права на наивысший достижимый уровень здоровья, а также требует, чтобы государства обеспечивали защиту свободы слова, доступа к информации, а также справедливости и недискриминации. Неспособность открыто учитывать неравенство в планировании противопандемических мер подрывает их эффективность. Планирование стратегий борьбы с пандемией должно включать анализ с учётом взаимосвязанных реалий, касающихся женщин и девочек во всем их многообразии, маргинализированных групп населения, людей, живущих в нищете, и других аспектов неравенства. Финансирование деятельности, направленной на изменение ситуации в гендерной области, а также предупреждения насилия в рамках противодействия пандемии может способствовать устранению гендерного неравенства при одновременном повышении эффективности противопандемических мер.

Иногда защита прав человека может, казалось бы, вступать в противоречие с соблюдением законов о здравоохранении. Однако прошлые и нынешние пандемии показывают, что права человека и общественное здравоохранение неразрывно связаны, и что правозащитный подход имеет решающее значение для обеспечения успешных результатов в сфере общественного здравоохранения. Нарушения прав, особенно тех из них, которые могут вытекать из принудительных, ограничительных подходов к здравоохранению или подходов, основанных на обеспечении общественной безопасности, зачастую имеют прямые негативные последствия для здоровья, подрывают доверие к общественному здравоохранению и снижают эффективность мер по борьбе с пандемией, особенно среди тех людей, которые уже находятся в уязвимом или маргинальном положении. И наоборот, правозащитные и стимулирующие подходы могут способствовать укреплению доверия, уменьшению стигматизации и созданию условий, позволяющих людям и сообществам защищать своё здоровье и благополучие, включая расширение доступа к тестированию, профилактике и лечению.

Хотя законодательство о правах человека допускает ограничение или умаление некоторых прав в законных целях, например, для защиты здоровья населения, но существуют строгие границы того, когда, как и в какой степени эти права могут быть ограничены (1). Любое ограничение должно преследовать законную цель и должно быть соразмерным этой цели, необходимым (эффективным и основанным на фактических данных), ограниченным по срокам, не произвольным (недискриминационным) и соответствовать закону (1). Правительствам следует также обеспечить, чтобы любые ограничения не приводили к дополнительным нарушениям прав человека, например путём принятия соответствующих мер и оказания дополнительной поддержки людям и общинам, находящимся в уязвимом положении.

Эффективные усилия по обеспечению готовности к пандемиям и реагированию на них нуждаются в конкретной финансируемой деятельности в области прав человека в качестве существенного компонента. Сюда входит создание благоприятных правовых и политических условий, укрепление независимых судебных и правозащитных учреждений и поддержка групп гражданского общества, способных обеспечить подотчётность правительств и других субъектов. Такая инфраструктура прав человека гарантирует, что неравенство не будет усиливать и продлевать пандемии, а пандемии не будут усугублять неравенство.

**ПОДХОДЫ, ОСНОВАННЫЕ НА ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА, НАПРАВЛЕННЫ НА УСТРАНЕНИЕ ДИСБАЛАНСА СИЛ И УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА, ВЫЗВАННОГО ПАНДЕМИЕЙ. ЭФФЕКТИВНЫЕ УСИЛИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГОТОВНОСТИ К ПАНДЕМИЯМ И РЕАГИРОВАНИЮ НА НИХ НУЖДАЮТСЯ В КОНКРЕТНОЙ ФИНАНСИРУЕМОЙ РАБОТЕ В ОБЛАСТИ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА В КАЧЕСТВЕ СУЩЕСТВЕННОГО КОМПОНЕНТА.**

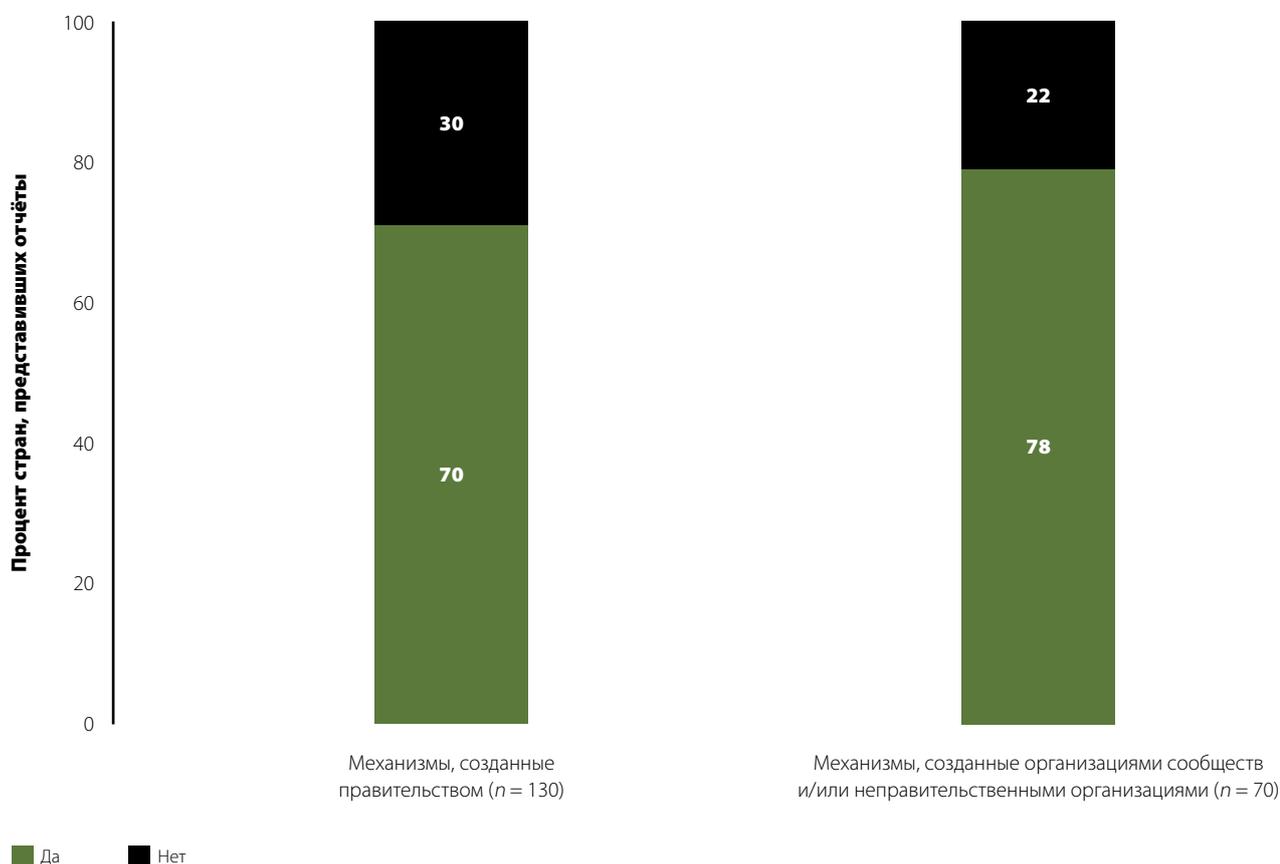
# СОЗДАНИЕ ПРАВозащитной ИНфраструктуры в рамках Обеспечения готовности к пандемиям

Правозащитные организации являются важнейшими партнёрами в создании эффективных ответных мер на пандемию, помогая упреждающе планировать эффективную политику в сфере общественного здравоохранения и быстро устранять нарушения прав, восстанавливая этим доверие к системе здравоохранения.

Когда уполномоченные лица превышают свои полномочия, механизмы подотчётности имеют решающее значение для корректировки курса и предоставления средств правовой защиты тем, чьи права нарушены. Суды, адвокаты и юридические службы играют решающую роль в обеспечении защиты прав человека во время пандемий, в том числе для ключевых групп населения и других уязвимых групп.

Например, в Египте неправительственная правозащитная организация «Фонд всестороннего развития Аль-Шехаб» помогла стимулировать тестирование на ВИЧ, когда успешно убедила суд, что люди, живущие с ВИЧ, не могут быть уволены работодателями из-за своего ВИЧ-статуса (2). Национальная комиссия по правам человека Индии помогла укрепить доверие и побудить людей, живущих с ВИЧ, к лечению, защищая их права на лечение, а Национальная комиссия по правам человека Таиланда боролась против скрининга на ВИЧ перед приёмом на работу и других форм обязательного тестирования, которые, как было доказано, вызывают у людей недоверие к органам здравоохранения (3).

**РИСУНОК 6.** Доля стран, сообщивших о наличии механизмов регистрации и рассмотрения индивидуальных жалоб на дискриминацию, связанную с ВИЧ, в мире, 2017–2021 годы



Правительства 92 из 130 стран, представивших данные ЮНЭЙДС, создали механизмы регистрации и рассмотрения индивидуальных жалоб на дискриминацию, связанную с ВИЧ. Аналогичная доля стран-респондентов (55 из 70) имеют механизмы, созданные сообществами и/или неправительственными организациями (рисунок 6). Один из ключевых уроков борьбы с ВИЧ заключается в том, что информационно-разъяснительная деятельность гражданского общества и юридические усилия, направленные на защиту общественных интересов, повышают потенциал подотчётности, обеспечивают платформу для выражения подлинных мнений представителей сообществ и позволяют правительствам получать важную информацию о том, что способствует или не способствует укреплению здоровья населения. Взаимодействие с гражданским обществом укрепляет доверие, обеспечивает целесообразность и эффективность мер, помогает избежать косвенного или непреднамеренного вреда и обеспечивает регулярность обмена информацией (4).

Гражданские деятели и общественные организации по всему миру сыграли решающую роль в борьбе с нарушениями прав человека со стороны правительств в противодействии COVID-19, в борьбе за возмещение ущерба пострадавшим сообществам и предотвращении дезинформации. В Уганде, например, давление со стороны гражданских групп предшествовало принятию правительством поправки к ограничениям на передвижение, позволяющей беременным женщинам обращаться за медицинской помощью без официального разрешения – распоряжение, ставшее причиной летальных исходов в начале пандемии. Аналогичным образом, Национальная комиссия Нигерии по правам человека в начале пандемии COVID-19 создала специальные горячие линии для получения сообщений о нарушениях прав человека после инцидентов внесудебных казней, совершенных полицией, военными и нигерийской исправительной службой, которые привели к гибели 18 человек (5, 6).

Активисты смогли дать критический анализ предлагаемых мер, помогая сформировать законодательство по реагированию на COVID-19 таким образом, чтобы защитить права граждан и увеличить потенциал для эффективного реагирования на пандемию. Гражданская активность также проложила путь к судебному разбирательству по делам, представляющим общественный интерес, которое подкрепило ответные меры, основанные на правах человека. Например, чилийские активисты помогли получить судебные приказы для реализации многомесячной политики правительства по распределению лекарств по всей стране, и они отслеживали дефицит препаратов для лечения ВИЧ-инфекции во время COVID-19 (4). Кенийские правозащитники смогли добиться включения адвокатов в категорию работников особой важности, что позволило адвокатам защищать людей, задержанных за нарушение запрета на передвижение – в противном случае этим людям пришлось бы томиться в тюрьмах, где они подвергались бы повышенному риску заражения COVID-19 (4).

Инвестирование в права человека и инфраструктуру гражданского общества должно быть одним из ключевых направлений финансирования и политических усилий в рамках противодействия пандемии СПИДа, а также для разработки более широких и справедливых планов обеспечения готовности к пандемиям и принятия ответных мер в связи с ними.

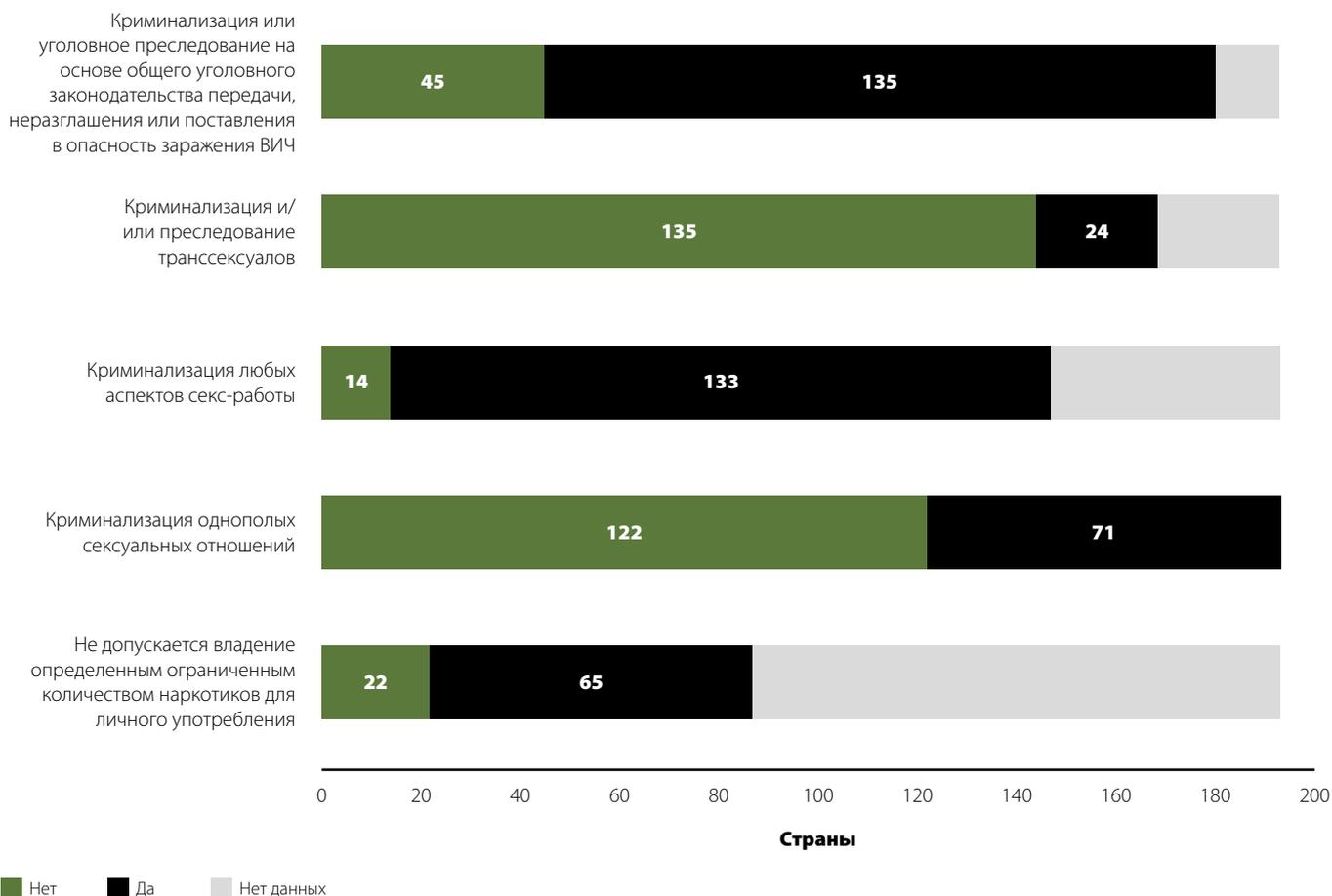


# ПРЕКРАТИТЬ ПРИМЕНЕНИЕ УГОЛОВНОГО ПРАВА В БОРЬБЕ С ПАНДЕМИЕЙ

Неоднократно было доказано, что применение уголовного законодательства в борьбе с пандемиями и для достижения целей общественного здравоохранения приносит гораздо больше вреда, чем пользы.

Применение уголовного права в целях общественного здравоохранения в большинстве случаев является несоразмерной и неэффективной мерой, чреватой произволом и дискриминацией. Такой подход часто препятствует получению необходимым людям услуг, повышает потенциальную угрозу заражения или передачи инфекции и подрывает эффективность обучения всех граждан (и расширение их возможностей). Принуждение может также отвлекать и без того ограниченные людские ресурсы и бюджеты от мер, которые могли бы помочь более эффективно реагировать на пандемию, таких как просвещение граждан, тестирование, отслеживание и лечение. Криминализация однополых сексуальных отношений, работы в сфере сексуальных услуг, хранения и употребления наркотиков, поставления другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией, неразглашение статуса и передачи ВИЧ, как уже доказано, блокирует доступ к услугам в связи с ВИЧ и повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией. Страны, криминализирующие ключевые группы населения, за последние пять лет добились меньшего прогресса в достижении целевых показателей по тестированию и лечению ВИЧ-инфекции, при этом в этих странах значительно меньший процент людей, живущих с ВИЧ, знает о своём статусе и добились подавления вируса, чем в странах, которые избежали криминализации (7). Ещё большие успехи были достигнуты в странах, где законодательство способствовало защите прав человека, особенно тех, которые защищали права на недискриминацию и реагировали на гендерное насилие (7). Несмотря на эти убедительные доказательства, дискриминационные и карательные законы по-прежнему распространены, и это вызывает тревогу (рисунок 7).

**РИСУНОК 7.** Число стран с дискриминационным и карательным законодательством, глобальные данные, 2021 год



Аналогичные закономерности появляются в ходе противодействия COVID-19. Криминализация секс-работы, например, означает, что во многих странах секс-работники исключены из программ временной социальной защиты, что негативно сказывается на их здоровье и благополучии, а также их способности помочь в борьбе с распространением SARS-CoV-2 (3). В начале реагирования на COVID-19 некоторые правительства ввели во время локдаунов «дни мобильности» отдельно для мужчин и женщин, что привело к насилию и дискриминации в отношении транссексуалов в «неправильный» день (4).

Чрезмерный упор на уголовные санкции в ходе противодействия COVID-19 во многих странах привёл к многочисленным нарушениям прав человека, которые не только подрывают усилия по сдерживанию пандемии, но и усугубляют существующие социальные проблемы маргинализации, дискриминации и нищеты. Недавнее исследование, проведённое среди секс-работников в восточных и южных странах Африки, показало, что COVID-19 совпал с высокой частотой притеснений и арестов со стороны полиции (почти половина респондентов подверглись нападению или вымогательству со стороны сотрудников полиции), наряду с ограниченным доступом к медицинским учреждениям и услугам в связи с ВИЧ (8). Лица, употребляющие наркотики, также не имеют безопасных возможностей для доступа к услугам по снижению вреда (4). Например, в США в период с апреля 2020 года по апрель 2021 года было зарегистрировано более 100 000 смертей от передозировки наркотиков, что соответствует росту на 28,5%. Органы здравоохранения отчасти связывают эту ситуацию с сокращением доступа к препаратам с доказанной эффективностью, таким как налоксон – важной составляющей комплексной программы снижения вреда (9).

Мужчины-геи и другие мужчины, имеющие секс с мужчинами, и транссексуалы также подвергаются арестам и жестокому обращению. Например, в Уганде в марте 2020 года чиновники арестовали по меньшей мере 23 молодых людей, среди которых были лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры и интерсексуалы (ЛГБТИ), которые жили в «безопасном доме» (10). Большинство из них были обвинены в соответствии с Уголовным кодексом в совершении «неосторожного деяния, способного распространить инфекционное заболевание», якобы с учётом общего числа людей, проживающих в доме. В конечном итоге они были освобождены, и все обвинения были сняты, причём этих людей так и не протестировали на COVID-19 во время их содержания под стражей, но им пришлось провести несколько недель в заключении, не имея доступа к адвокатам и подвергаясь чудовищным издевательствам как со стороны других заключённых, так и охранников (10).

Нет никаких доказательств того, что тюремное заключение является эффективным инструментом борьбы с пандемиями. Переполненность тюрем, плохие санитарно-гигиенические условия и вентиляция, а также отказ в предоставлении презервативов, шприцев с иглами и других средств для предотвращения передачи инфекций, передаваемых половым путём и через кровь, делают тюрьмы и другие закрытые учреждения идеальной средой для вспышек инфекционных заболеваний. Распространённость ВИЧ среди заключённых в шесть раз выше, чем среди взрослых в составе общего населения, и SARS-CoV-2 также быстро и с летальными последствиями распространяется в тюрьмах по всему миру (11).

**КРИМИНАЛИЗАЦИЯ, КАРАТЕЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ, СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИЯ И ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ, УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ И ВИЧ-СТАТУСА ЕЩЁ БОЛЬШЕ ПОДВЕРГАЮТ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ КРАЙНИМ УРОВНЯМ НАСИЛИЯ, СТИГМЕ И ДИСКРИМИНАЦИИ. ТАКИЕ ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА ТОЛЬКО ЕЩЁ БОЛЬШЕ ОТТАЛКИВАЮТ ЭТИХ ДЕВОЧЕК И ЖЕНЩИН ОТ НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ НИХ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ЭТИ ЛЮДИ ПРАКТИЧЕСКИ НИКОГДА НЕ ИЩУТ ГЕНДЕРНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ ПРИ НАРУШЕНИИ ИХ ПРАВ.**

ИРЭН ОГЕТА, АКТИВИСТКА ДВИЖЕНИЯ ЗА ПРАВА МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ИЗ КЕНИИ (12)

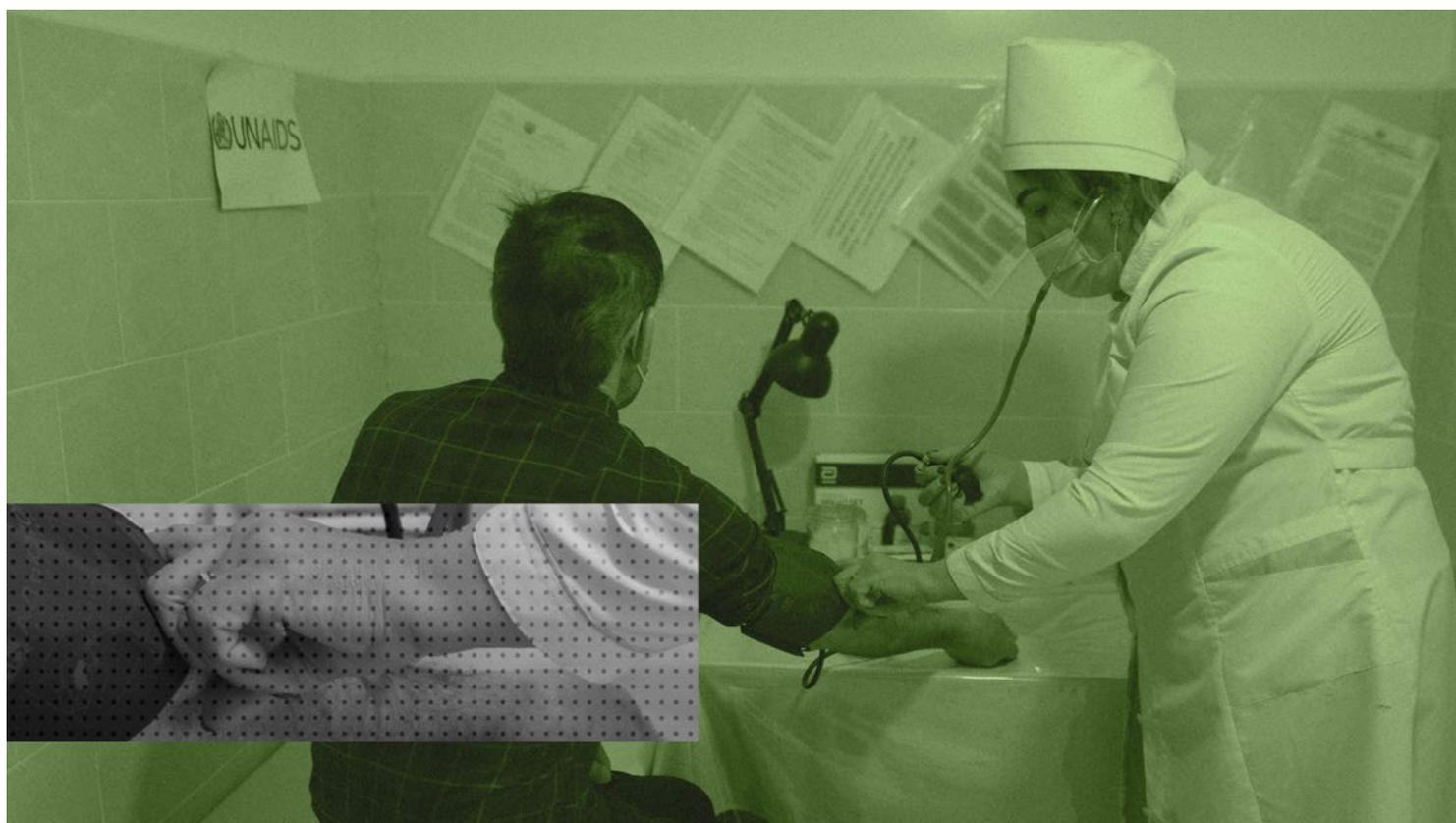
# ДИСКРИМИНАЦИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОТПУГИВАЮЩАЯ ЛЮДЕЙ ОТ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ

Когда те, кто наиболее уязвим к передаче болезней, избегают медицинского обслуживания, пандемии продолжают нарастать. Данные ЮНЭЙДС и других организаций свидетельствуют о том, что стигма и дискриминация в сфере здравоохранения — тревожно распространённое явление.

Страновые данные, представленные ЮНЭЙДС, свидетельствуют о том, что доля лиц, принадлежащих к ключевым группам населения, которые не пользуются медицинскими услугами из-за стигматизации и дискриминации, остаётся крайне высокой. Во всех ключевых группах населения по крайней мере одна из трех представивших информацию стран заявила, что более 10% респондентов избегают медицинского обслуживания, в том числе три из четырёх стран заявили об этом в отношении людей, употребляющих инъекционные наркотики. Такая ситуация оказывает негативное воздействие на весь комплекс услуг, начиная с профилактики и тестирования и заканчивая лечением.

Недопустимость дискриминации является одним из основополагающих принципов международного законодательства в области прав человека. Государства-члены Организации Объединённых Наций обязаны защищать граждан от дискриминации в частной и общественной жизни и отменять дискриминационные законы и политику. Как ВИЧ, так и COVID-19 показали реальные риски для здоровья населения, возникающие в результате дискриминационного предоставления медицинских услуг, отталкивающих людей от обращения за помощью и лечением.

Одним из ключевых элементов эффективного реагирования на пандемию является принятие правительствами незамедлительных мер по инвестированию в политику недискриминации и соответствующую подготовку медицинского персонала во всех медицинских учреждениях. Такая работа может подкрепляться публичными кампаниями по распространению информации, которые подчёркивают важность борьбы со стигматизацией и дискриминацией для улучшения состояния здоровья населения.



Медработник измеряет кровяное давление пациента в Бохтарском городском отделении АФИ, оказывающей медицинские, социальные и юридические услуги людям, живущим с ВИЧ, и ключевым группам населения в Таджикистане. Источник: ЮНЭЙДС/Н. Каландаров

# ПРИОРИТЕЗАЦИЯ МЕР ПО БОРЬБЕ С ПАНДЕМИЯМИ С УЧЁТОМ ГЕНДЕРНЫХ АСПЕКТОВ

Последствия СПИДа и других пандемий часто имеют серьёзные гендерные проявления. Эффективные противопандемийные меры требуют внимания как к гендерным аспектам болезней, так и к необходимости справедливых, основанных на правах человека усилий по борьбе с лежащим в их основе неравенством.

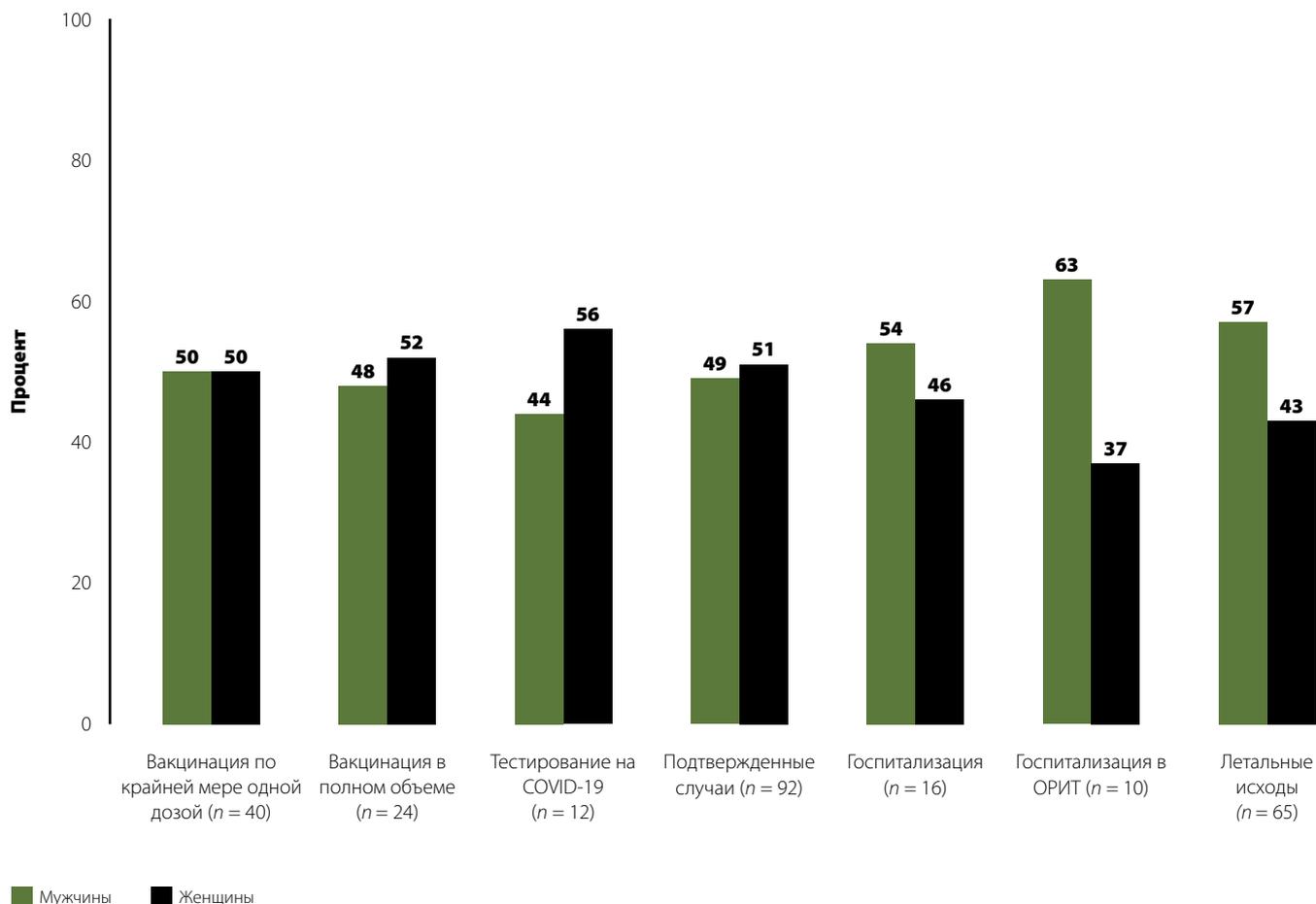
В странах Африки к югу от Сахары гендерное неравенство способствует повышению риска инфицирования ВИЧ девочек-подростков и молодых женщин: шесть из семи новых случаев инфицирования ВИЧ среди подростков (в возрасте от 15 до 19 лет) в регионе происходят среди девочек, а вероятность инфицирования ВИЧ среди молодых женщин (в возрасте от 15 до 24 лет) в два раза выше, чем среди молодых мужчин того же возраста. Насилие может ещё больше повысить риск инфицирования женщин ВИЧ, а насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, ведёт к снижению доступа к лечению и приверженности к нему, пониженному уровню лимфоцитов CD4 и более высокой вирусной нагрузке (13, 14). Однако мужчины, живущие с ВИЧ в этом регионе, реже, чем женщины, обращаются за тестированием на ВИЧ, реже начинают лечение и хуже придерживаются его, что приводит к ухудшению состояния здоровья.

Что касается COVID-19, то среди мужчин выше доля госпитализаций, реанимационных мероприятий и смертей (рисунок 8), в то время как женщины и девочки сталкиваются с более серьёзными социально-экономическими последствиями (15). Женщины особенно сильно страдают от потери работы и доходов, нарастающего кризиса из-за неоплачиваемого ухода за членами семьи, роста насилия со стороны интимного партнёра, вредной практики и других форм гендерного насилия, включая ранние, детские и принудительные браки, подростковую беременность и материнскую смертность (16–18).

В многочисленных исследованиях, посвящённых изучению влияния пандемии COVID-19 на женщин и детей, сообщалось о росте насилия (19). Женщины также, по-видимому, испытывают более тяжёлые неблагоприятные последствия для психического здоровья, включая более высокие уровни стресса, тревоги, депрессии и страха перед COVID-19, чем мужчины (20, 21). В этом контексте эффективные меры реагирования неизбежно должны включать расширение услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также меры по борьбе с насилием в качестве ключевого элемента противодействия пандемии.

**ЖЕНЩИНЫ И ДЕВОЧКИ СТАЛКИВАЮТСЯ С БОЛЕЕ СЕРЬЁЗНЫМИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПАНДЕМИИ COVID-19, ВКЛЮЧАЯ ПОТЕРЮ РАБОТЫ И ДОХОДОВ, НАРАСТАЮЩИЙ КРИЗИС НЕОПЛАЧИВАЕМОГО УХОДА, РОСТ НАСИЛИЯ СО СТОРОНЫ ИНТИМНОГО ПАРТНЁРА, ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ БРАКИ, ПОДРОСТКОВУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ И МАТЕРИНСКУЮ СМЕРТНОСТЬ.**

**РИСУНОК 8.** Гендерные различия по клиническому пути COVID-19, доступные глобальные данные по состоянию на октябрь 2021 года



Примечание: n = число стран, представивших дезагрегированные по признаку пола данные.

Примечание: Только две страны (Австрия и Индия) сообщают о вакцинации среди небинарных людей.

\*Источник: Дезагрегированный по признаку пола трекер данных о COVID-19. Октябрьский обновлённый доклад. Global Health 5050; 2021 (<https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/October-2021-data-tracker-update.pdf>).

В условиях пандемии разные формы неравенства, пересекаясь, влекут за собой различные последствия. Вспышки вируса Эбола в Западной Африке в 2014–2016 годах лишили многих людей средств к существованию, причём для женщин восстановление источников к существованию, как правило, потребовало больше времени, чем у мужчин. (22, 23). В Либерии и Сьерра-Леоне, например, карантинные меры привели к закрытию рынков продовольствия и других товаров, лишив средств к существованию торговцев, 85% которых составляли женщины, многие из которых относились к группам населения с самым низким уровнем дохода. Мужчины также потеряли работу, но уже через год после обнаружения первого случая Эболы 63% мужчин трудоустроились, что значительно выше аналогичного показателя у женщин — 17% (22, 23).

Во время вспышки лихорадки Зика в Латинской Америке в середине 2010-х годов женщинам было рекомендовано отложить беременность. Однако во многих странах эта рекомендация оказалась трудновыполнимой в связи с огромным дефицитом услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, от которого особенно страдают женщины и девочки, проживающие в районах с низким уровнем дохода, или принадлежащие к коренным народам или расовым меньшинствам (25).

Гендерно-ориентированная структура общественного здравоохранения может учесть и устранить подобное неравенство.

## Пандемии и нищета

Люди, живущие в нищете, несут на себе основное бремя многих пандемий. Почти два столетия назад, когда впервые весь мир был охвачен холерой, было быстро признано, что эта болезнь в первую очередь является болезнью бедных, и что неравенство в обществе ассоциируется с более низкими показателями выживаемости в определённых социальных группах (26).

Широкомасштабные кампании вакцинации способствовали прогрессу в борьбе с этим заболеванием, однако долгосрочные решения требуют устранения лежащего в их основе неравенства, включая санитарию, гигиену и доступ к чистой питьевой воде (27). Спустя более 170 лет после первой пандемии холеры случаи заболевания в странах с высоким уровнем дохода крайне редки (и почти всегда импортируются), однако холера остаётся эндемичной болезнью в десятках стран, причём почти все из них – страны с низким уровнем дохода или уровнем дохода ниже среднего (28, 29).

Нищета и отсутствие школьного образования не только значительно снижают возможность получения услуг в связи с ВИЧ, но лишает женщин способности отстаивать свои права, в том числе право на охрану сексуального и репродуктивного здоровья. Например, данные опросов, проведённых в 32 странах, показывают, что женщины из слоёв населения с более низким уровнем благосостояния и образования имеют меньше шансов получить необходимые им услуги по планированию семьи (30).

Аналогичным образом, в 11 странах Африки к югу от Сахары с высоким уровнем распространённости ВИЧ мужчины из слоёв населения с более низким уровнем благосостояния имели меньше шансов сделать добровольное мужское медицинское обрезание и таким образом снизить риск заражения ВИЧ, чем мужчины с более высоким уровнем благосостояния (31).



1. UN Commission on Human Rights, The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, 28 September 1984, E/CN.4/1985/4 (<https://www.refworld.org/docid/4672bc122.html>).
2. Landmark court ruling in Egypt prohibits HIV discrimination in the workplace. In: UNAIDS [Internet]. 1 July 2016. Geneva: UNAIDS; c2021 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/july/20160713\\_Egypt](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/july/20160713_Egypt)).
3. Handbook on HIV and human rights for national human rights institutions. OHCHR, UNAIDS; 2007 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/jc1367-handbookhiv\\_en\\_0.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1367-handbookhiv_en_0.pdf)).
4. Rights in a pandemic. Lockdowns, rights and lessons from HIV in the early response to COVID-19. Geneva: UNAIDS; 2020.
5. Coronavirus: security forces kill more Nigerians than COVID-19. In: BBC News [Internet]. 16 April 2020. London: BBC; c2021 (<https://www.bbc.com/news/world-africa-52317196>).
6. National Human Rights Commission press release on COVID-19 enforcement so far report on incidents of violations of human rights. In: National Human Rights Commission [Internet]. 15 April 2020. Abuja: National Human Rights Commission; c2021 (<https://www.nigeriarights.gov.ng/nhrc-media/press-release/100-national-human-rights-commission-press-release-on-covid-19-enforcement-so-far-report-on-incidents-of-violation-of-human-rights.html>).
7. Kavanagh M, Agbla SC, Joy M, Aneja K, Pillinger M, Case A et al. Law, criminalisation and HIV in the world: have countries that criminalise achieved more or less successful pandemic response? *BMJ Global Health*. 2021;6:e006315.
8. A rapid scoping of the impact of COVID-19 on sex worker programmes in east and southern Africa. Pretoria: UNFPA East and Southern Africa; 2020 ([https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/covid-19\\_sex\\_workers\\_report-ia.pdf](https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/covid-19_sex_workers_report-ia.pdf)).
9. Brooks B, Mishra M. U.S. drug deaths surpass 100,000 for first time, spurred by pandemic. In: Reuters [Internet]. 17 November 2021. Reuters; [updated 18 November 2021] (<https://www.reuters.com/world/us/us-drug-overdose-deaths-top-100000-annually-cdc-2021-11-17/>).
10. Press statement. 21 July 2020. Kampala: Human Rights Awareness and Promotion Forum; 2020 (<https://www.hrapf.org/index.php/resources/other-publications/159-20-07-20-press-statement-on-filing-of-the-cosf-case-7/file>).
11. Global Outbreaks. In: The COVID Prison Project [Internet]. c2021 (<https://covidprisonproject.com/additional-resources/global-outbreaks/#:~:text=Of%2083%20samples%20collected%20from,at%20the%20beginning%20of%20May>).
12. Gender equality and justice critical for ending AIDS. In: UNAIDS.org [Internet]. 10 June 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/june/20210614\\_gender-equality-and-justice](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/june/20210614_gender-equality-and-justice)).
13. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
14. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183-94.
15. The COVID-19 sex-disaggregated data tracker. October update report. *Global Health 5050*; 2021 (<https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/>).
16. Global gender gap report 2021. Geneva: World Economic Forum; 2021 ([https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GGGR\\_2021.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf)).
17. COVID-19: a threat to progress against child marriage. New York: UNICEF; 2021.
18. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Guroł-Urganci I et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2021;9(6):e759-e772.
19. Petermann A, O'Donnell M. COVID-19 and violence against women and children: a third research round-up for the 16 Days of Activism. Washington (DC): Center for Global Development; 2020 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/covid-and-violence-against-women-and-children-three.pdf>).
20. Krubiner C, O'Donnell M, Kaufmann J, Bourgault S. Addressing the COVID-19 crisis' indirect health impacts for women and girls. Washington (DC): Center for Global Development; 2021 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/COVID-Gender-Health-BRIEF.pdf>).
21. Gender dimensions of the COVID-19 pandemic. Washington (DC): World Bank; 2020 (<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/618731587147227244/gender-dimensions-of-the-covid-19-pandemic>).
22. Bandiera O, Buehren N, Goldstein M, Imran R, Smurra A. The economic lives of young women in the time of Ebola: lessons from an empowerment programme. Washington (DC): World Bank; 2018.
23. Neglected and unprotected: the impact of the Zika outbreak on women and girls in northeastern Brazil. *Human Rights Watch*; 2017.
24. Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S et al. Women are most affected by pandemics—lessons from past outbreaks. *Nature*. 2020;583(7815):194-8.
25. Cabal L. Tackling Zika: have we learned our lesson rights? In: Rewire [Internet]. 15 March 2016. Rewire News Group; c2021 (<https://rewirenewsgroup.com/arti-cle/2016/03/15/tackling-zika-learned-lesson-rights/>).
26. Williams AS. The rich man and the diseased poor in early Victorian literature. Atlantic Highlands (NJ): Humanities Press International; 1987.
27. Drop in cholera cases worldwide, as key endemic countries report gains in cholera control. In: WHO.int [Internet]. 19 December 2019. Geneva: WHO; c2021 (<https://www.who.int/news/item/19-12-2019-drop-in-cholera-cases-worldwide-as-key-endemic-countries-report-gains-in-cholera-control>).
28. Ali M, Nelson AR, Lopez AL, Sack DA. Updated global burden of cholera in endemic countries. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9(6):e0003832.
29. World Health Organization. Weekly epidemiological record. 29 November 2019. 94(48):561-80.
30. Demographic and Health Surveys, 2015–2020.
31. Population-based HIV Impact Assessments, 2015–2019.

5

**СОЦИАЛЬНО  
ОРИЕНТИРОВАННЫЕ  
СИСТЕМЫ СБОРА  
ДАННЫХ, ВЫЯВЛЯЮЩИЕ  
НЕРАВЕНСТВО**

Отслеживание случаев заражения SARS-CoV-2, смертей от COVID-19 и охвата вакцинацией на многочисленных сайтах общественного здравоохранения и крупных новостных агентств практически в режиме реального времени на протяжении последних двух лет было в центре внимания людей во всем мире. Скорость сбора, агрегирования и обмена данных о COVID-19 стало выдающимся достижением. Однако в этих данных часто отсутствуют подробности: кто наиболее уязвим к последствиям COVID-19, кому оказывается помощь, а кому нет, и почему.

Необходимо собирать более подробные данные для понимания базовых диспропорций и выявления неравенства, создаваемых пандемиями и их последствиями. В ходе глобального противодействия ВИЧ была создана одна из самых полных систем сбора данных в области глобального здравоохранения и развития, которая используется в десятках стран в отношении COVID-19 и других вызовов в сфере здравоохранения (1). Одна из наиболее часто используемых в мире систем управления информацией в области здравоохранения, DHIS2, которая финансируется в основном за счёт инвестиций в борьбу с ВИЧ, в настоящий момент используется для планирования и улучшения предоставления услуг в связи с COVID-19 и другими приоритетами в области здравоохранения в 73 странах (2).

Вовлеченность в сбор и использование данных по противодействию ВИЧ остаётся одной из главных инициатив сообществ. Мониторинг силами сообществ всё чаще используется как механизм подотчётности, который даёт возможность сетям ключевых групп населения, а также других затронутых групп или общественных организаций систематически и регулярно собирать и анализировать качественные и количественные данные о предоставлении услуг в связи с ВИЧ. Мониторинг позволяет руководителям программ по борьбе с ВИЧ и лицам, принимающим решения в сфере здравоохранения, получать информацию о том, что работает хорошо, что не работает, и что необходимо улучшить, с предложениями о целенаправленных действиях по улучшению результатов.

Некоторые страны по-прежнему не располагают потенциалом для сбора и эффективного использования своевременных дезагрегированных данных в области здравоохранения. Многие страны собирают недостаточно данных о приоритетных группах населения, отчего важные аспекты эпидемий могут оказаться неучтёнными при проведении ответных мер. Во многих странах с низким и средним уровнем дохода, например, мало достоверных данных о тенденциях развития COVID-19 спустя почти два года после начала пандемии. В Африке дополнительные задачи борьбы с COVID-19 ложатся тяжёлым бременем на непрочные системы здравоохранения. Они остро нуждаются в подготовленных кадрах, улучшении инфраструктуры, современном оборудовании и технической поддержке для перехода от бумажных к электронным системам сбора данных (3). Широкое распространение мобильной связи может быть использовано гораздо эффективнее для сбора и обмена жизненно важными данными о вспышках заболеваний (особенно если снизить непомерно высокие тарифы операторов связи).<sup>1</sup> При этом необходимо усилить контроль за сбором и использованием данных о здоровье людей с тем, чтобы защитить их частную жизнь и право на конфиденциальность.



Участник анализирует данные в ходе консультации в Пномпене, Камбоджа, используя оценочную таблицу Uproot. В рамках этой инициативы по мониторингу, осуществляемой силами сообществ, собирается количественная и качественная информация о действиях стран по достижению глобальных целей в борьбе со СПИДом. Источник: Кьонгми Ким / ЮНЭЙДС

1. Во время вспышек лихорадки Эбола в Западной Африке в 2014–2016 годах данные с мобильных телефонов использовались для моделирования маршрутов передвижения, а портативные устройства секвенирования позволяли более эффективно отслеживать контакты и лучше понимать динамику вспышек. См.: Gebremeskel AT, Otu A, Abimbola S, Yaya S. Building resilient health systems in Africa beyond the COVID-19 pandemic response. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6):e006108.

# МОНИТОРИНГ СИЛАМИ СООБЩЕСТВ ТРАНСФОРМИРУЕТ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Недостатки, сдерживающие осуществление программ в области здравоохранения, не всегда очевидны для тех, кто предоставляет услуги или ведёт обычный процесс мониторинга и оценки. Систематически документируя опыт и знания пользователей услуг, мониторинг силами сообществ добавляет недостающие жизненно важные аспекты и информацию, которые могут быть использованы для улучшения качества и предоставления медицинских услуг. Мониторинг с ведущим участием сообществ включается во всё большее число программ по борьбе с ВИЧ в Африке, Азии и Латинской Америке по мере того, как появляется всё больше свидетельств ценности и воздействия этого подхода. Эти инклюзивные модели мониторинга улучшают качество услуг и восстанавливают общественное доверие, способствуя формированию культуры коллективного решения проблем с участием чиновников систем здравоохранения. Например, комитеты медицинских учреждений в Зимбабве, Кении и Перу добились снижения платы с пациентов, увеличение численности персонала и других улучшений, которые привели к более широкому использованию медицинских услуг. Аналогичным образом, использование отчётов из общин и собранные ими оценочные карточки в некоторых частях Малави и Уганды привело к увеличению числа молодых людей и мужчин, посещающих медицинские учреждения, сокращению времени ожидания, улучшению санитарии и более высоким показателям иммунизации детей (4, 5).

Примером новаторского подхода является «Региональная обсерватория по общинному лечению в Западной Африке», которая была создана в 2017 году Международной коалицией по готовности к лечению для активизации пробуксовывающих программ лечения ВИЧ-инфекции.<sup>2</sup> Эта модель предполагает работу членов сообщества со структурой поддержки для сбора количественных и качественных данных о доступе к услугам в связи с ВИЧ и их качестве. Кураторы собирают, проверяют и подтверждают данные, которые затем анализируются и используются для адвокации и лоббирования, чтобы добиться необходимых изменений (6). Это нововведение привело к значительным улучшениям, включая сокращение перебоев с лекарствами и улучшение качества обслуживания, и способствовало снижению уровня вирусной нагрузки среди людей, получающих лечение по поводу ВИЧ-инфекции (7).

В ЮАР серьёзной проблемой являются низкие показатели удержания в системе помощи при ВИЧ-инфекции. Мониторинг силами сообщества под названием Ritshidze (что на языке венда означает “спасение наших жизней”) позволяет выявить недостатки, лежащие в основе низкого удержания в системе помощи, и найти решения, позволяющие большему числу людей оставаться на терапии (8). В рамках программы Ritshidze собираются данные в более чем 400 центрах по лечению ВИЧ-инфекции по всей стране с акцентом на самые бедные клиники.

Например, в провинции Свободное государство, ЮАР, в период с апреля по июнь 2021 года активисты Ritshidze привлекли внимание к целому ряду проблем, включая хроническую нехватку персонала, длительное время ожидания (в среднем пять часов), неподходящее время работы, небезопасную обстановку, грязь в клиниках, нехватку лекарств (в том числе многомесячных рецептов на антиретровирусные препараты) и неуважительное поведение некоторых медицинских работников. Для каждого наблюдаемого учреждения были предложены улучшения, и на должностных лиц из системы здравоохранения на уровне учреждения, района и провинции оказывалось воздействие, побуждающее их осуществить предложенные меры (8).

Во Вьетнаме также используются оценочные карточки сообществ для отслеживания и улучшения качества услуг. Члены сообществ и медицинский персонал совместно разрабатывают набор показателей, которые они используют для оценки услуг. Через пятнадцать месяцев после начала проекта в январе 2020 года люди, обращающиеся в наблюдаемые учреждения, сообщили о значительных улучшениях в предоставлении бесплатных средств профилактики ВИЧ-инфекции (включая презервативы и стерильное инъекционное оборудование), получении информации и консультирования (см. рисунок 9) (9).

2. «Обсерватория» функционирует в Бенине, Гамбии, Гане, Гвинее, Гвинее-Бисау, Кот-д'Ивуаре, Либерии, Мали, Сенегале, Сьерра-Леоне и Того.

## Как мониторинг силами сообществ помогает устранить недостатки в предоставлении услуг

Как показали меры реагирования на COVID-19, очень важно знать, почему люди избегают медицинских услуг или сопротивляются мерам общественного здравоохранения. Почти через год после появления вакцин против SARS-CoV-2 в странах с высоким уровнем дохода причины отказа от вакцинации и нерешительности среди значительной части населения остаются плохо изученными (10).

Мониторинг, осуществляемый силами сообществ, помогает преодолеть разрыв между прекрасно изложенными планами мероприятий в области здравоохранения и их безалаберным практическим исполнением. Такой подход, включающий оценку качества и адекватность услуг, выявление сохраняющихся препятствий и проблем, может вскрыть причины, почему некоторые люди избегают пользоваться медицинскими услугами, пропускают назначенные посещения, прерывают или прекращают приём лекарств или даже отказываются от вакцинации против опасных для жизни заболеваний.

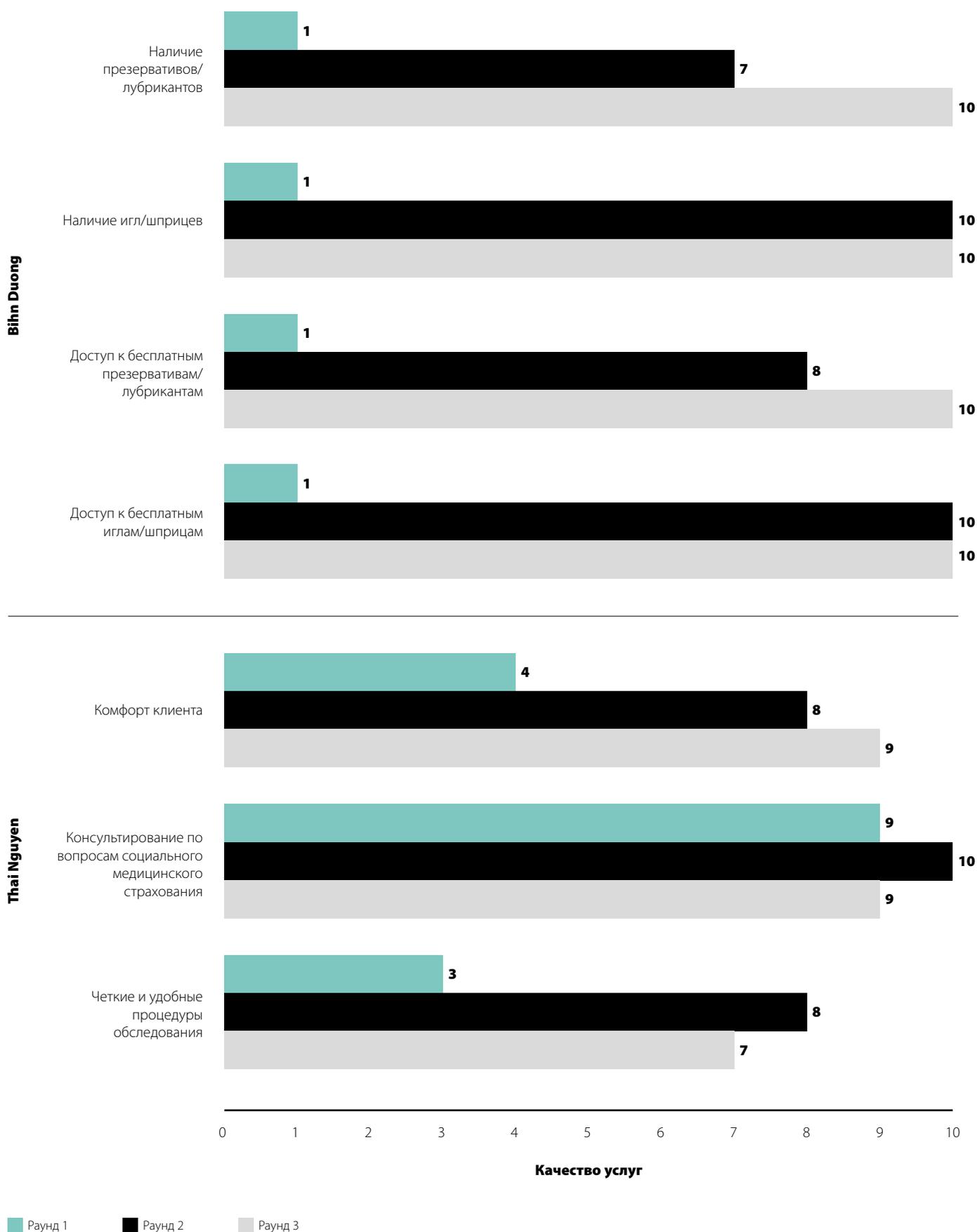
Чрезвычайно важно, чтобы мониторинг силами сообществ способствовал укреплению политической подотчётности за осуществление программ и услуг в области здравоохранения (11). Усиление подотчётности повышает общественное доверие и уверенность в системе здравоохранения, что является хронической проблемой во время пандемических кризисов.

В ходе мониторинга члены сообществ собирают информацию у пациентов и в центрах обслуживания. Затем эта информация используется в партнёрстве с поставщиками медицинских услуг и руководителями программ для быстрого решения выявленных проблем; она также может использоваться, при необходимости, для адвокации, с тем чтобы правительства, доноры и руководители программ здравоохранения несли ответственность за улучшение доступности и качества услуг (11).

Для успешной работы мониторинга, осуществляемого силами сообществ, необходимо обучать, поддерживать, оснащать и оплачивать работу сотрудников этих организаций сообществ, ведущих регулярный мониторинг качества и доступности медицинских услуг (11). Члены сообществ должны определять приоритеты работы, разрабатывать показатели или метрики, помогающие понять, соответствуют ли медицинские услуги этим приоритетам. Затем организации сообществ собирают данные, анализируют результаты, доводят свои выводы до сведения специалистов по планированию и руководителей служб, и оказывают давление на чиновников, с тем чтобы те внесли рекомендуемые улучшения (12).



**РИСУНОК 9.** Оценки качества обслуживания в рамках трех раундов мониторинга силами сообществ в клиниках Bihn Duong и Thai Nguyen, Вьетнам, январь 2020 года - апрель 2021 года



Примечание: Качество услуг: 1 = наихудшее качество; 10 = наивысшее качество.

Источник: Nguyen LH, Nhat Thi Dang V, Thi Do P, Pllack T, Tuyet Thi Vo N, Tra Dang M и соавт. Повышение качества услуг по борьбе с ВИЧ под руководством сообществ с использованием оценочных карточек во Вьетнаме. Международная конференция общества по СПИДу, 18–21 июля 20 года. Реферат OALD01LB02.

Мониторинг силами сообществ имел решающее значение для поддержки программ в сфере ВИЧ и других медицинских услуг на ранних этапах пандемии COVID-19. Например, в рамках осуществляемого силами сообществ проекта «Пять городов» отслеживалось воздействие пандемии на оказание услуг в связи с ВИЧ в крупных городах в Гватемале, Индии, Китае, Непале и Сьерра-Леоне. В рамках проекта, осуществляемого под руководством Международной коалиции по готовности к лечению и других партнёров, были определены и популяризированы способы сохранения этих услуг (например, доставка антиретровирусных препаратов и других лекарственных препаратов на дом, использование социальных сетей и других цифровых инструментов, а также выдача основных лекарственных препаратов на несколько месяцев вперёд). Несмотря на то, что под воздействием пандемии COVID-19 системы здравоохранения испытывали огромные перегрузки, подобные инициативы помогли сохранить оказание услуг в связи с ВИЧ в десятках стран по всему миру.



Клиенты стоят в очереди перед открытием клиники Намахали в Свободном штате, ЮАР. Источник: Ritshidze/R Horn

# МИЛЛИОНЫ ЛЮДЕЙ В КЛЮЧЕВЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ ОСТАЮТСЯ НЕОХВАЧЕННЫМИ МЕРАМИ БОРЬБЫ С ПАНДЕМИЕЙ

Новый анализ, проведённый ЮНЭЙДС, показывает, что миллионы людей, подверженных высокому риску инфицирования ВИЧ во всем мире, остаются практически невидимыми в ходе осуществления национальных планов и программ по борьбе с ВИЧ. Данные, представленные ЮНЭЙДС многими странами, по-видимому, недооценивают численность ключевых групп населения; в результате их программы по борьбе с ВИЧ могут оказаться несбалансированными, с потенциально серьёзными пробелами в оказании услуг для групп населения, которые больше всего в них нуждаются.

С 2016 года 52 страны представили ЮНЭЙДС оценку численности хотя бы одной ключевой группы населения, отвечающую стандартным критериям качества и охвата. Для каждой ключевой группы населения медиана этих адекватных оценок численности населения, полученных на национальном уровне, была сопоставлена со всеми оценками численности населения, сообщёнными ЮНЭЙДС за последние годы (рисунок 10).<sup>3</sup> По результатам анализа, более 15 миллионов человек, которые могли бы воспользоваться услугами по профилактике, уходу и лечению в связи с ВИЧ, не учитываются в оценках численности населения стран, представивших доклады. Иными словами, общее число секс-работниц, лиц, употребляющих инъекционные наркотики, мужчин-геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, и трансгендерных женщин вероятно вдвое превышает нынешние оценки, отражённые в планах и стратегиях по борьбе с ВИЧ в этих странах. Недооценка численности ключевых групп населения усугубляется другими недостатками в сборе данных по этим группам населения.

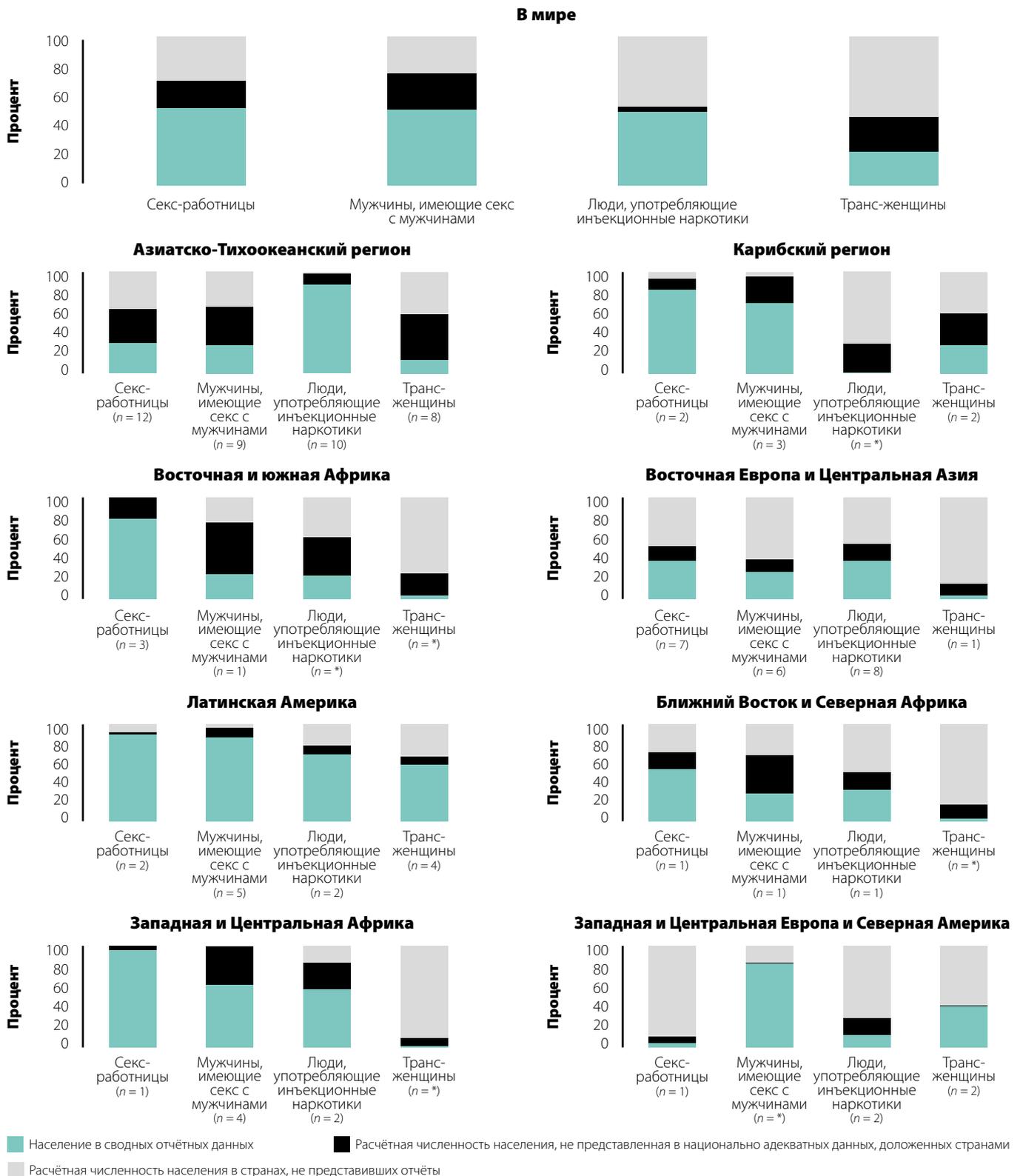
Биоповеденческие исследования предоставляют основную часть данных, связанных с ВИЧ, по ключевым группам населения (13, 14). Однако нехватка финансовых средств и другие решения приводят к сокращению числа таких опросов, и в настоящее время доноры и страны в большей степени полагаются на рутинные программные данные, которые упускают из виду большое число людей, которые избегают медицинских услуг из-за отсутствия доступа и опыта стигматизации, дискриминации и притеснений. Это может привести к появлению «слепых пятен» среди ключевых групп населения в странах со значительными масштабами распространения ВИЧ и других эпидемий (например, вирусного гепатита и инфекций, передаваемых половым путём). Устранение пробелов в данных по ключевым группам населения имеет решающее значение для оказания услуг, в которых они нуждаются (15).

Сбор этих данных должен проводиться с соблюдением конфиденциальности и уважением частной жизни этих людей. Использование медицинских данных для других целей, таких как правоохранительная деятельность, подрывает доверие к услугам и системам данных, нарушает права пациентов и снижает вероятность сбора всеобъемлющей и точной информации. Персоналифицированная информация, касающаяся ключевых групп населения и криминализованного поведения, не должна включаться в реестры услуг по борьбе с ВИЧ или сообщаться субнациональным или национальным подразделениям по управлению данными. В национальных базах данных следует также использовать уникальные идентификаторы, а не имена и фамилии для укрепления конфиденциальности и безопасности данных (16).

**МНОГИЕ СТРАНЫ, ПО-ВИДИМОМУ, НЕДООЦЕНИВАЮТ ЧИСЛЕННОСТЬ СВОИХ ОСНОВНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ; В РЕЗУЛЬТАТЕ ИХ ПРОГРАММЫ ПО БОРЬБЕ С ВИЧ МОГУТ ИМЕТЬ ГЛУБОКИЕ ПРОБЕЛЫ В УСЛУГАХ ДЛЯ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ, КОТОРЫЕ БОЛЬШЕ ВСЕГО В НИХ НУЖДАЮТСЯ.**

3. ЮНЭЙДС, ВОЗ и Глобальный фонд провели обзор всех оценок численности населения, представленных странами. Оценка численности населения считается адекватной на национальном уровне, если она имеет достаточное качество и масштабы для использования при планировании и составлении бюджета национальных мер по борьбе со СПИДом. Медианная оценка численности женщин, оказывающих сексуальные услуги, основана на соответствующих национальных условиях данных из 29 стран, что составляет 17% от общей численности взрослого женского населения в мире. Медианная оценка для гомосексуалистов и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, основана на данных из 29 стран, что составляет 12% взрослого мужского населения мира. Медианная оценка для людей, употребляющих инъекционные наркотики, основана на данных из 25 стран, на которые приходится 57% взрослого населения во всем мире. Медианная оценка для женщин-трансгендеров основана на данных 17 стран, в которых проживает 17% от общей численности взрослого женского населения мира. Более 15 миллионов человек из ключевых групп населения, неучтённых в странах, представивших оценки численности, составляют следующие проценты от общей численности населения: работницы секс-бизнеса — 48% взрослого женского населения; геи и другие мужчины, имеющие секс с мужчинами, — 70% взрослого мужского населения; лица, употребляющие инъекционные наркотики, — 80% взрослого населения (мужчины и женщины); трансгендерные женщины — 46% взрослого женского населения. Предполагается, что страны, не представившие данные, не располагают своими официальными данными, и на рисунке 10 они показаны серым цветом.

**РИСУНОК 10.** Доля расчётной численности ключевых групп населения, которая не была включена в доложенные странами оценки численности, в мире и по регионам, 2020 год



\* Использована глобальная медиана, основанная на данных из 29 стран в отношении секс-работников, 29 стран в отношении мужчин-геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, 25 стран в отношении людей, употребляющих инъекционные наркотики и 17 стран в отношении транс-женщин.

n = число стран в регионе, имеющих национально адекватные оценки численности.

Примечание: Оценка численности населения считается национально адекватной, если она имеет достаточное качество и масштабы для использования при планировании и составлении бюджета национальных мер по борьбе со СПИДом. Медианная оценка численности секс-работниц основана на национально адекватных данных из 29 стран, в которых проживает 17% мирового женского населения. Медианная оценка численности мужчин-геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, основана на данных из 29 стран, в которых проживает 12% мирового мужского населения. Медианная оценка численности людей, употребляющих инъекционные наркотики, основана на данных из 25 стран, в которых проживает 57% взрослого населения во всем мире. Медианная оценка для транс-женщин основана на данных 17 стран, в которых проживает 17% от общей численности взрослого женского населения мира. Численность ключевых групп населения, не учтенная в доложенных оценках численности, соответствует 48% мирового женского населения в отношении секс-работниц, 70% мужского населения в отношении мужчин-геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, 80% мужчин и женщин в отношении людей, употребляющих инъекционные наркотики, и 46% женщин в отношении транс-женщин. Предполагается, что страны, не представившие данные, не располагают официальными данными. Эти страны отражены отдельно в столбцах.\*

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2021 год.

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУБНАЦИОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПРОБЕЛОВ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ

Субнациональные геолокационные данные имеют важное значение для сосредоточения усилий там, где риск инфицирования и потребность в лечении являются самыми высокими, особенно в условиях ограниченности ресурсов. В результате все большее количество программ по борьбе с ВИЧ используют эти данные.

В начале эпидемии ВИЧ большинство стран отслеживали распространение ВИЧ, создавая системы дозорного эпиднадзора, включающие тестирование беременных женщин, посещающих определённые дородовые клиники, в течение двух-трех месяцев каждые два года. С тех пор страны перешли от использования данных спорадического дозорного эпиднадзора к использованию рутинных данных о распространённости ВИЧ, собираемых каждый раз, когда беременные женщины обращаются в клинику для получения услуг в дородовой период. Эти рутинные данные доступны по всем клиникам страны, что позволяет использовать важные детализированные сведения для лучшего понимания процесса распространения эпидемии в стране.

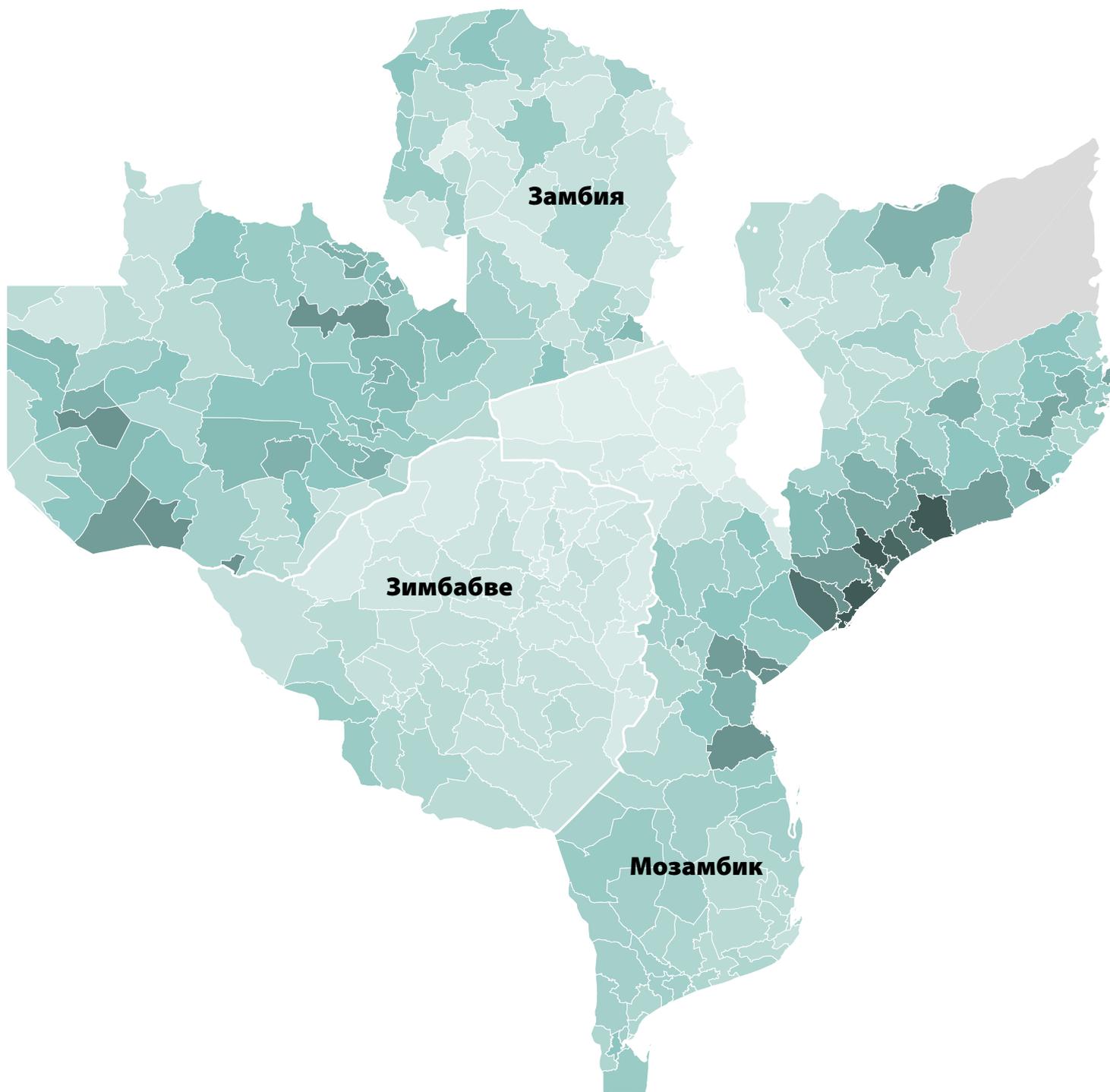
Страны также все чаще собирают и анализируют данные, полученные в ходе программ, с указанием географического местоположения с целью оптимизации мер по противодействию ВИЧ. В ходе сбора эпидемиологических оценочных данных по ВИЧ, проведённых при поддержке ЮНЭЙДС в 2021 году, 38 стран использовали инструмент моделирования «Наоми» для подготовки субнациональных оценок по ВИЧ-инфекции (рисунок 11), который также применяется при планировании и принятии решений в ПЕПФАР (17).

По мере расширения доступа к субнациональным данным становится легче оптимизировать мероприятия, а также отслеживать и обнаруживать различия в результатах (рисунок 11). Затем эта информация может быть использована для повышения точности и эффективности вмешательств (18, 19).



Двое коллег рассматривают данные в колл-центре в Кутабиле в Зимбабве. Центр, которым руководит «Зимбабвийская национальная сеть людей, живущих с ВИЧ», собирает данные об удовлетворённости клиентов, роли партнёров-исполнителей, а также о тенденциях и моделях доступа к таким услугам, как профилактика ВИЧ, выдача антиретровирусных препаратов на несколько месяцев вперёд и тестирование на вирусную нагрузку. Источник: ЮНЭЙДС

**РИСУНОК 11.** Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди девушек-подростков и молодых женщин (в возрасте 15–24 лет), с разбивкой по субнациональным административным территориям, Замбия, Зимбабве и Мозамбик, 2020 год



0 23



Заболеваемость на 1000 человек с риском заражения в год

Нет данных

Примечание: Заболеваемость ВИЧ-инфекцией оценивалась по числу новых случаев ВИЧ-инфекции на 1000 человек с риском заражения в год.

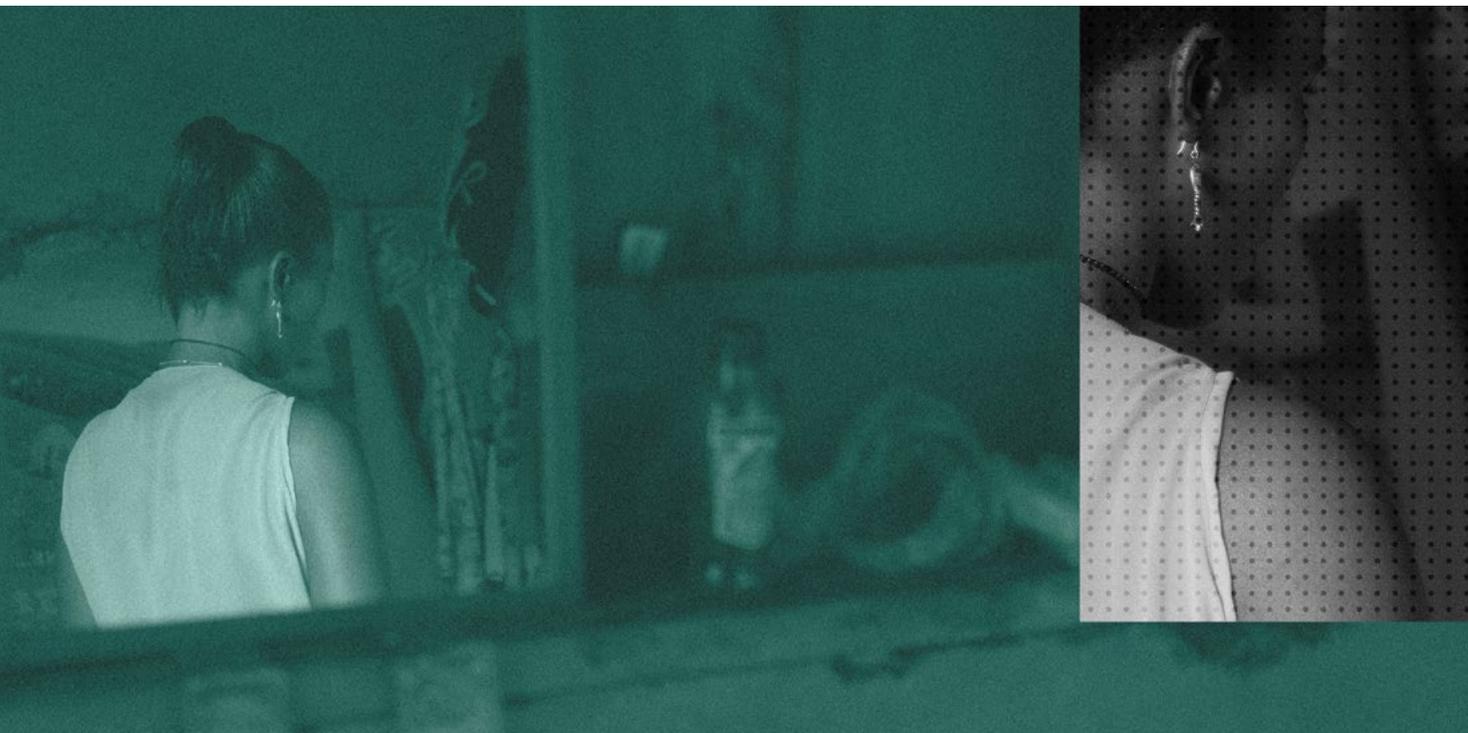
Примечание: Нет данных по провинции Кабу-Делгаду в Мозамбике.

Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2021 год

# ДЕЗАГРЕГИРОВАННЫЕ ДАННЫЕ УЛУЧШАЮТ МЕРЫ РЕАГИРОВАНИЯ НА ВИЧ В СТРАНАХ АФРИКИ К ЮГУ ОТ САХАРЫ

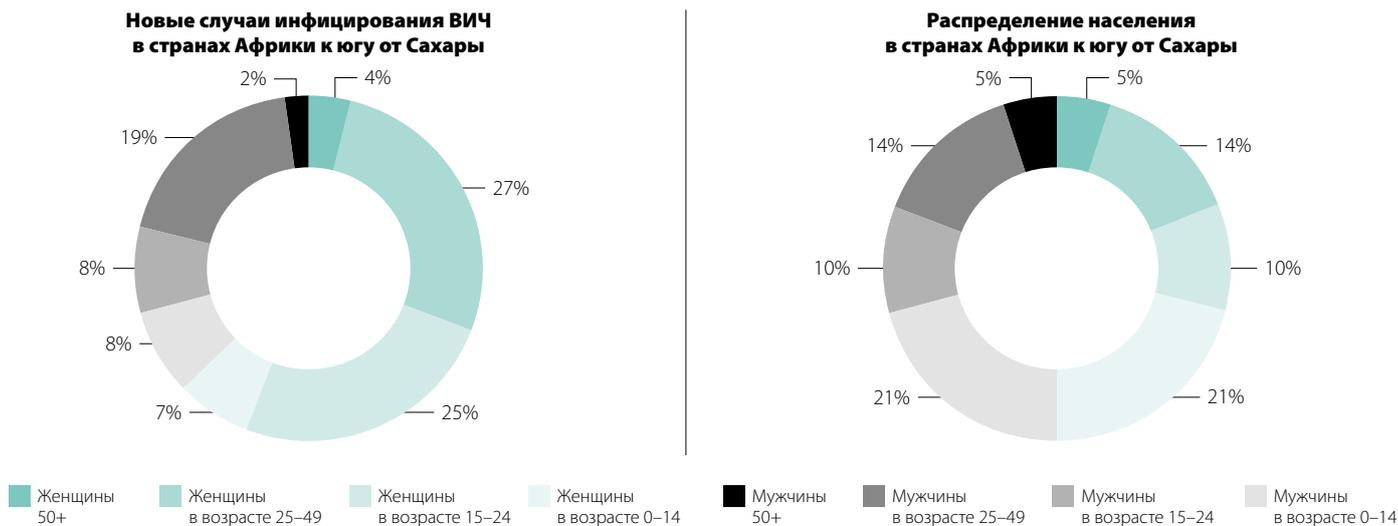
Данные по ВИЧ-инфекции, дезагрегированные по полу и возрасту, выявляют глубинные закономерности пандемии СПИДа и вносят коррективы в меры противодействия, особенно в странах Африки к югу от Сахары. Например, подготовленные странами эпидемиологические оценки и данные исследований показывают, что женщины и девочки-подростки в странах Африки к югу от Сахары подвергаются значительно большему риску заражения ВИЧ, чем мужчины и мальчики (рисунок 12).<sup>4</sup> Существенные данные также свидетельствуют о том, что расширение прав и возможностей девочек-подростков и молодых женщин может не только снизить их риск инфицирования ВИЧ, но и обеспечить широкий спектр медицинских и социальных преимуществ на протяжении всей жизни. Образование, в частности, снижает уязвимость к ВИЧ: данные по нескольким странам Африки к югу от Сахары ясно показывают, что более длительное обучение в школе снижает риск инфицирования ВИЧ, и что повышение уровня образования женщин связано с усилением их контроля за сексуальным и репродуктивным здоровьем и соблюдением своих прав (20–22). Эти выводы подчёркивают важность национальных инвестиций в систему образования для построения сильного, жизнеспособного общества и вдохновляют на более активные усилия по расширению прав и возможностей женщин в области образования и экономики, включая предоставление им денежных пособий, которые помогают им продлить школьное образование.

В то же время данные, собранные в рамках Глобального мониторинга эпидемии СПИДа и эпидемиологических оценок, показывают, что мужчины, живущие с ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары, имеют меньше шансов, чем женщины, получить диагноз ВИЧ-инфекции или начать и продолжить лечение ВИЧ-инфекции (рисунок 13). Признание этого разрыва способствовало активизации усилий по улучшению охвата тестированием и лечением мужчин в этом регионе, с участием многосторонней коалиции MenStar. К сентябрю 2021 года в странах южной части Африки коалиция MenStar подключила к лечению около 1,3 миллиона мужчин, живущих с ВИЧ, причём у 91% из них отмечалось снижение вирусной нагрузки до очень низкого уровня.<sup>5</sup>



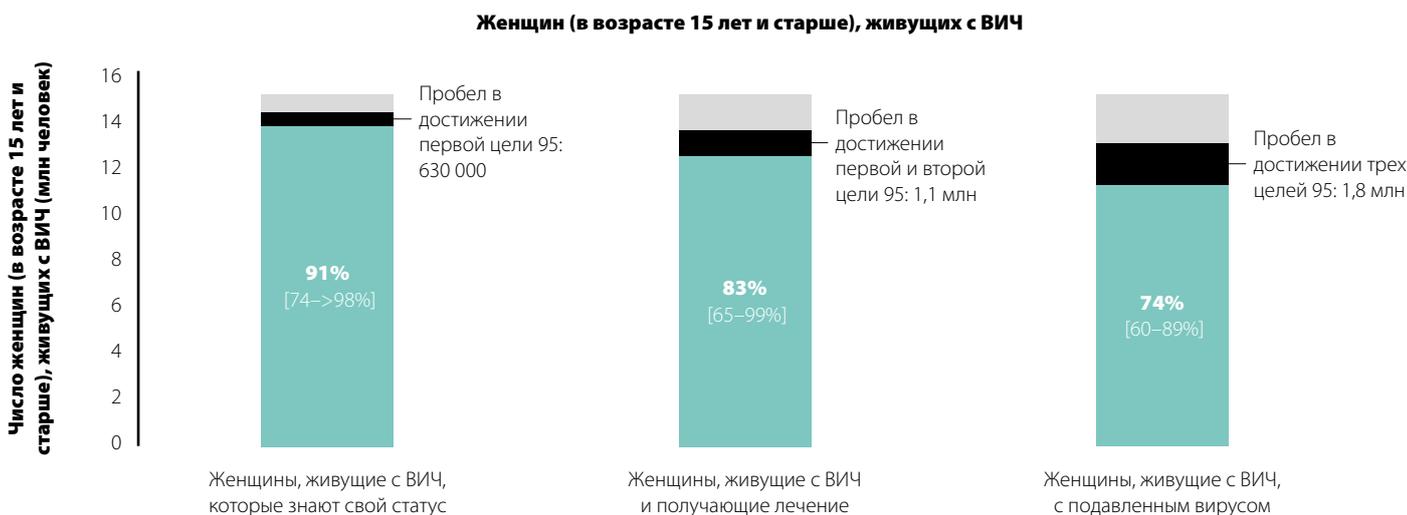
4. Хотя девочки-подростки и молодые женщины составляют лишь 10% населения, на них (в возрасте от 15 до 24 лет) приходилось 25% новых случаев инфицирования ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары в 2020 году (на основе оценок ЮНЭЙДС в 2021 году).  
5. Подробнее: <https://menstarcoalition.org/about-menstar/>.

**РИСУНОК 12.** Распределение новых случаев инфицирования ВИЧ по возрасту и полу в сравнении с аналогичным распределением населения, страны Африки к югу от Сахары, 2020 год



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2021 год (см. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

**РИСУНОК 13.** Каскад тестирования и лечения на ВИЧ, женщины (15+) по сравнению с мужчинами (15+), Африка к югу от Сахары, 2020 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2021 год.

Принято считать, что господствующие представления о мужественности поощряют мужчин следовать более рискованной модели поведения и удерживают их от обращения за медицинской помощью (23). Однако тщательный анализ данных о посещаемости организаций здравоохранения создаёт более сложную картину и указывает на некоторые простые практические решения (24).

Например, исследования, проведённые в Малави, показывают, что на самом деле мужчины в этой стране регулярно приходят в медицинские учреждения. Они посещают амбулаторные отделения неотложной помощи, а также другие отделения, сопровождая детей или супругов (24, 25). Недавнее исследование, проведённое в 36 деревнях, показало, что 70% мужчин, нуждающихся в тестировании на ВИЧ, посещали медицинские учреждения в течение предыдущих 12 месяцев. По данным одного из предыдущих исследований, почти четверть мужчин в сельской местности (22%) обращались за медицинской помощью в связи с проблемами своего здоровья в течение предыдущих двух месяцев (26). Но этим мужчинам редко предлагают пройти тестирование на ВИЧ даже в тех районах, где ВИЧ широко распространён: как показало одно из недавних исследований, только 7% мужчин, нуждающихся в тестировании на ВИЧ, были приглашены пройти такое тестирование (26). Кроме того, большинство услуг по борьбе с ВИЧ организовано на базе клиник, специализирующихся на охране репродуктивного здоровья и здоровья детей, что также характерно и для других стран (27).

Данные обычных программ показали, что информационно-разъяснительные стратегии, продвигающие самотестирование на ВИЧ, обследование контактных и тестирование на рабочем месте, увеличили показатели тестирования среди мужчин (28). Анализ данных по Малави позволяет предположить, что можно было бы также более эффективно использовать другие имеющиеся в настоящее время варианты. Например, амбулаторные отделения и другие клиники могут извлечь выгоду из посещений мужчин, фактически предлагая тестирование на ВИЧ и внося другие базовые изменения, включая более удобные часы работы (выходящие за рамки обычного рабочего дня), сокращение времени ожидания, а также большую приватность и конфиденциальность (24, 25). Во многих случаях эти изменения также принесут пользу женщинам.



**ДАННЫЕ ЮНЭЙДС ПОКАЗЫВАЮТ, ЧТО МУЖЧИНЫ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ, В СТРАНАХ АФРИКИ К ЮГУ ОТ САХАРЫ, ИМЕЮТ МЕНЬШЕ ШАНСОВ, ЧЕМ ЖЕНЩИНЫ, ПОЛУЧИТЬ ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, А ТАКЖЕ НАЧАТЬ И ПРОДОЛЖИТЬ ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ИНФОРМАЦИОННО-РАЗЪЯСНИТЕЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ, ПРОДВИГАЮЩИЕ САМОТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ, ОБСЛЕДОВАНИЕ КОНТАКТНЫХ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ, УВЕЛИЧИЛИ ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТИРОВАНИЯ СРЕДИ МУЖЧИН.**

1. Achrekar A. Our global plan to fight HIV has been a strategic weapon against COVID. In: The Hill [Internet]. 20 September 2021. Washington (DC): The Hill; c2021 (<https://thehill.com/opinion/healthcare/573056-our-global-plan-to-fight-hiv-has-been-a-strategic-weapon-against-covid>).
2. DHIS2 [Internet]. Oslo: University of Oslo (<https://dhis2.org>).
3. Gebremeskel AT, Otu A, Abimbola S, Yaya S. Building resilient health systems in Africa beyond the COVID-19 pandemic response. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6):e006108.
4. Gullo S, Galavotti C, Sebert Kuhlmann A, Msiska T, Hastings P, Marti CN. Effects of a social accountability approach, CARE's Community Score Card, on reproductive health-related outcomes in Malawi: a cluster-randomized controlled evaluation. *PLoS One*. 2017;12(2):e0171316.
5. Danhoundo G, Nasiri K, Wiktorowicz ME. Improving social accountability processes in the health sector in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):497.
6. The Community Treatment Observatory model explained. Summary brief. International Treatment Preparedness Coalition; 2019 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/itpc-community-treatment-observatory-model-explained-2019-summary.pdf>).
7. "They keep us on our toes": how the Regional Community Treatment Observatory in West Africa improved HIV service delivery, strengthened systems for health, and institutionalized community-led monitoring. International Treatment Preparedness Coalition; September 2020 (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/10/ITPC-2020-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf>).
8. Free state of health. Johannesburg: Ritshidze; 2021 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2021/09/Ritshidze-State-of-Health-Free-State-2021.pdf>).
9. Nguyen LH, Nhat Thi Dang V, Thi Do P, Pllack T, Tuyet Thi Vo N, Tra Dang M et al. Community-led quality improvement of HIV services using community scorecards in Vietnam. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract OALD01LB02.
10. Tufekci Z. The unvaccinated may not be who you think. In: New York Times [Internet]. 15 October 2021. New York (NY): The New York Times Company; c2021 (<https://www.nytimes.com/2021/10/15/opinion/covid-vaccines-unvaccinated.html>).
11. O'Neill Institute, Treatment Action Campaign, Health Gap, ITPC, ICW, Sexual Minorities Uganda (SMUG) et al. Community-led monitoring of health services: building accountability for HIV service quality. Washington (DC): O'Neill Institute for National and Global Health Law; 2020 (<https://healthgap.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led-Monitoring-of-Health-Services.pdf>).
12. Yawa A, Rambau N, Rutter L, Honermann B, Norato L, Kavanaugh M. Using community-led monitoring to hold national governments' and PEPFAR HIV programmes accountable to the needs of people living with HIV for quality, accessible health services. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract PED453.
13. Volkman T, Chase M, Lockard AM, Henningham D, Albalak R. Lessons learned from the implementation of biological-behavioural surveys of key populations in the Caribbean. *AIDS Educ Prev*. 2019;30:528–41.
14. Hakim A, Macdonald V, Hladik W, Zhao J, Burnett J, Sabin K et al. Gaps and opportunities: measuring the key population cascade through surveys and services to guide the HIV response. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(55):e25119.
15. Davis SLM. *The Uncounted: Politics of Data in Global Health*. Cambridge Studies in Law and Society. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
16. Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva: WHO; June 2017.
17. PEPFAR 2021 Country and Regional Operational Plan (COP/ROP) guidance for all PEPFAR countries. Washington (DC): U.S. Department of State (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/12/PEPFAR-COP21-Guidance-Final.pdf>).
18. Local Burden of Disease HIV Collaborators. Subnational mapping of HIV incidence and mortality among individuals aged 15–49 years in sub-Saharan Africa, 2000–2018, a modelling study. *Lancet HIV*. 2021;8:e363–e375.
19. Van Schalkwyk C, Dorrington RE, Seathodi T, Velasquez C, Feizadeh A, Johnson LF. Modelling of HIV prevention and treatment progress in five South African metropolitan districts. *Sci Rep*. 2021;11(1):5652.
20. Behman JA. The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: universal primary education as a natural experiment. *Soc Sci Med*. 2015;127:108–15.
21. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidemiol*. 2008;37:1266–73.
22. Santelli JS, Mathur S, Song Z, Huang TJ, Wei Y, Lutalo T et al. Rising school and enrollment and declining HIV and pregnancy risk among adolescents in Rakai District, Uganda, 1994–2013. *Global Soc Welf*. 2015;2:87–103.
23. Sileo KM, Fielding-Miller R, Dworkin SL, Fleming PJ. What role do masculine norms play in men's HIV testing in sub-Saharan Africa? A scoping review. *AIDS Behav*. 2018;22(8):2468–79.
24. Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(Suppl 2):e25517.
25. Dovel K, Balakasi K, Gupta S, Mphande M, Robson I, Khan S et al. Frequency of visits to health facilities and HIV services offered to men, Malawi. *Bull World Health Organ*. 2021;99(9):618–26.
26. Yeatman S, Chamberlin S, Dovel K. Women's (health) work: a population-based, cross-sectional study of gender differences in time spent seeking health care in Malawi. *PLoS One*. 2018;13(12):e0209586.
27. Chikovore J, Gillespie N, McGrath N, Orne-Gliemann J, Zuma T. Men, masculinity, and engagement with treatment as prevention in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care*. 2016;28 Suppl 3:74–82.
28. Sharma M, Barnabas RV, Celum C. Community-based strategies to strengthen men's engagement in the HIV care cascade in sub-Saharan Africa. *PLoS Med*. 2017;14:e1002262.

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2021 г.

Некоторые права защищены. Эта работа доступна по лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

В соответствии с условиями настоящей лицензии вы можете копировать, распространять и адаптировать работу для некоммерческих целей при условии надлежащего цитирования работ, как указано ниже. Ни при каких обстоятельствах не следует допускать возникновения предположений о том, что ЮНЭЙДС выражает поддержку каким-либо конкретным организациям, продукции или услугам. Использование логотипа ЮНЭЙДС запрещено. Если вы адаптируете работу, вам необходимо получить на нее такую же или эквивалентную лицензию Creative Commons. Если вы переводите эту работу на другой язык, вы должны добавить следующее заявление об отказе от ответственности вместе с рекомендуемой цитатой: «Этот перевод не был создан ЮНЭЙДС. ЮНЭЙДС не несет ответственности за содержание или точность данного перевода. Оригинальная версия на английском языке является юридически обязывающей и оригинальной».

Любое посредничество, связанное со спорами, возникающими в связи с лицензией, должно осуществляться в соответствии с правилами посредничества Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

**Рекомендуемая цитата.** [Заголовок]. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2021. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Материалы третьих лиц.** Если вы хотите повторно использовать материалы, связанные с этой работой и ассоциированные с третьими лицами, например таблицы, рисунки или фотографии, вы несете ответственность за определение необходимости получения разрешения на такое повторное использование, а также за получение разрешения от владельца авторского права. Риск претензий, возникающих в результате нарушения авторских прав на компоненты, принадлежащие третьим лицам, в полной мере несет пользователь.

Используемые обозначения и презентация материалов в данной публикации не подразумевают никакого мнения со стороны ЮНЭЙДС относительно юридического статуса любой страны, территории, города или области, равно как и их властей, а также относительно определения их границ. Пунктирные линии на картах представляют примерные границы, для которых еще не достигнуто полное соглашение.

Упоминание компаний или отдельных товаров производителей не подразумевает, что они одобрены или рекомендованы ЮНЭЙДС в отличие от других неупомянутых компаний такого же типа. Исправленные ошибки и упущения, а также названия фирменных товаров выделяются начальными заглавными буквами.

ЮНЭЙДС приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в данной публикации. Однако опубликованный материал распространяется без каких-либо гарантий, явных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование материала несет читатель. Ни при каких обстоятельствах ЮНЭЙДС не несет ответственности за ущерб, возникший в результате его использования.

ЮНЭЙДС/JC3041R

