

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2022 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.** Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2022. 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.



В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

В ОПАСНОСТИ

# СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
-------------	---

ВВЕДЕНИЕ	6
----------	---

РЕАГИРОВАНИЕ НА КРИЗИС: СООБЩЕСТВА В ОСНОВЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ В УКРАИНЕ И ЗА РУБЕЖОМ	22
--	----

<b>I — ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА 2025 ГОД</b>	<b>26</b>
--	-----------

<b>II — ПРИДАНИЕ НОВОГО ИМПУЛЬСА ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ</b>	<b>90</b>
---	-----------

ПОЭТАПНОЕ РАСШИРЕНИЕ МАШТАБОВ ДОКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В КАМБОДЖЕ	104
---	-----

БОРЬБА СО СТИГМАТИЗАЦИЕЙ ТРАНСГЕНДЕРОВ В БРАЗИЛИИ	108
--	-----

РАСШИРЕНИЕ МАСШТАБА ПРОГРАММ ДОМАШНЕГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАДОНА ВО ВЬЕТНАМЕ	120
---	-----

БОТСВАНА — ПЕРВАЯ СТРАНА С ВЫСОКИМ БРЕМЕНЕМ ВИЧ, ПОЛУЧИВШАЯ СЕРТИФИКАТ О ЛИКВИДАЦИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ	134
---	-----

<b>III — ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРАВ</b>	<b>150</b>
---------------------------------	------------

УСПЕШНАЯ ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЯ СЕКС-БИЗНЕСА В БЕЛЬГИИ И ШТАТЕ ВИКТОРИЯ, АВСТРАЛИЯ	156
---	-----

ПРОГРЕСС В ПРИНЯТИИ НОВОГО АНТИДИСКРИМИНАЦИОННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ЛИВАНЕ	166
---	-----

ЯМАЙКА ПРИНИМАЕТ МЕРЫ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И УСТРАНЕНИЮ БАРЬЕРОВ В СВЯЗИ С ВИЧ	168
--	-----

ВОЗДЕЙСТВИЕ COVID-19 НА ЖИЗНЬ ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН В НИГЕРИИ И ЮАР	178
---	-----

«ОБРАЗОВАНИЕ ПЛЮС»: РАЗВИТИЕ УСПЕХА	185
-------------------------------------	-----

УСТРАНЕНИЕ БАРЬЕРОВ ДЛЯ ДОСТУПА К УСЛУГАМ В ОБЛАСТИ ВИЧ И ОХРАНЫ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В КЕНИИ	188
--	-----

#### **IV — ВЕДУЩАЯ РОЛЬ СООБЩЕСТВ В ПРОТИВОДЕЙСТВИИ ВИЧ 200**

МОЛОДЁЖЬ ВЫСТУПАЕТ ЗА ТО, ЧТОБЫ ПОКОНЧИТЬ С ВИЧ РАЗ И НАВСЕГДА 208

ЗАМЕТНАЯ РОЛЬ МОНИТОРИНГА СИЛАМИ СООБЩЕСТВ В УГАНДЕ 218

#### **V — УСТОЙЧИВОЕ И СПРАВЕДЛИВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ 230**

ОТМЕНА СБОРОВ С ПАЦИЕНТОВ В КАМЕРУНЕ 234

COVID-19 И МЕРЫ ЖЁСТКОЙ ЭКОНОМИИ УГРОЖАЮТ БОРЬБЕ ЗАМБИИ СО СПИДОМ 250

#### **VI — РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР 256**

ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА 258

ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА 270

АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН 282

ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА 296

КАРИБСКИЙ БАССЕЙН 308

БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА 320

ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ 332

ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА 342

#### **ПРИЛОЖЕНИЕ С ОПИСАНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МЕТОДОВ 350**

# ПРЕДИСЛОВИЕ

За последние два года многочисленные и наслаивающиеся кризисы, потрясающие мир, оказали разрушительное воздействие на людей, живущих с ВИЧ и пострадавших от него, и свели на нет глобальные ответные меры на эпидемию СПИДа. Новые данные, представленные в этом докладе, пугают: прогресс замедляется, ресурсы сокращаются, а неравенство увеличивается. Недостаточные инвестиции и действия подвергают всех нас опасности: мы столкнёмся с миллионами смертей, связанных со СПИДом, и миллионами новых случаев инфицирования ВИЧ, если мы продолжим двигаться по нынешнему пути.

Вместе мировые лидеры могут покончить со СПИДом к 2030 году, как и было обещано, но мы должны быть откровенны: эти обещания и меры противодействия СПИДу находятся в опасности. Неустойчивый прогресс означает, что в прошлом году было зарегистрировано около 1,5 миллиона новых случаев ВИЧ-инфекции, что более чем на 1 миллион превышает глобальные целевые показатели. В слишком многих странах и слишком многих сообществах наблюдается рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции, тогда как требовалось их быстрое сокращение. Мы можем изменить ситуацию, но в текущих чрезвычайных условиях единственный безопасный ответ — быть смелым. Добиться победы можно только путём объединения усилий во всем мире.

Заметное неравенство внутри стран и между ними тормозит прогресс в противодействии ВИЧ, который ещё больше усугубляет это неравенство.

Каждые две минуты в 2021 году девочка-подросток или молодая женщина инфицировались ВИЧ. Пандемия COVID-19 привела к перебоям в предоставлении основных услуг в области лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Миллионы девочек перестали посещать школу. Отмечались вспышки подростковой беременности и гендерного насилия.

В 2021 году пандемия СПИДа уносила жизни каждую минуту: 650 000 смертей, обусловленных СПИДом, — несмотря на существование эффективного лечения ВИЧ-инфекции и инструментов профилактики, выявления и лечения оппортунистических инфекций. В 2021 году число людей, получающих лечение ВИЧ-инфекции, росло медленнее, чем за последние десять лет: в то время как три четверти всех людей, живущих с ВИЧ, имеют доступ к антиретровирусной терапии, примерно 10 миллионов человек лишены её. Только половина (52%) детей, живущих с ВИЧ, имеют доступ к жизненно важным препаратам, а неравенство в охвате лечением ВИЧ-инфекции между детьми и взрослыми увеличивается, а не сокращается.

Однако даже в условиях кризиса мы наблюдаем надёжное и устойчивое противодействие в самых разных странах — и в отдельных регионах многих других стран. Это особенно верно, когда требуемый уровень финансирования со стороны национальных правительств, Чрезвычайного плана президента США по борьбе со СПИДом (ПЕПФАР) или Глобального фонда борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд) сочетается с активными ответными мерами под руководством сообществ и передовой наукой. Эти примеры эффективных ответных мер на пандемию привели к заметному прогрессу в снижении числа новых случаев инфицирования ВИЧ и расширении доступа к лечению. Они доказывают, что это можно сделать, и указывают нам необходимость масштабирования таких мер по всему миру.

В этом докладе также приведено много примеров, что мы недостаточно быстро устраняем неравенство, подпитывающее пандемии, или когда мы движемся в неправильном направлении: создаём технологические монополии вместо обмена технологиями, вводим жёсткую экономию вместо инвестиций, подавляем маргинализированные сообщества вместо отмены устаревших законов и запретов, устанавливаем контроль вместо поощрения и обеспечения инклюзивной, ориентированной на сообщества реализации.

В момент, когда международная поддержка была нужнее всего, — глобальная солидарность застопорилась. Зарубежная помощь в целях развития в связи с ВИЧ, поступавшая от двусторонних спонсоров, помимо Соединённых Штатов Америки, за последнее десятилетие сократилась на 57%. Лидеры не должны ошибочно принимать большой красный аварийный сигнал за знак остановки.

Данные, приведённые в этом докладе, вызовут тревогу и шок, но не отчаяние. Доклад — это призыв к действию. Неудача была бы фатальной, но её можно избежать. Покончить со СПИДом будет гораздо дешевле, чем не покончить со СПИДом. Важно отметить, что действия, необходимые для ликвидации СПИДа, также лучше подготовят мир к защите от угроз будущих эпидемий.

То, что нам нужно предпринять, не является тайной. Мы это знаем и неоднократно видели, что приносит успех в различных контекстах: наука как общее достояние, надёжная система услуг и социальная солидарность. Именно такое обязательство была дано на Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДу в июне прошлого года: покончить с эпидемией СПИДа, положив конец неравенству, которое увековечивает эту эпидемию.

Мы можем покончить со СПИДом к 2030 году. Но кривая эпидемии не пойдёт вниз сама собой. Мы должны согнуть её.

**Винни Бьянима**  
Исполнительный директор  
ЮНЭЙДС



# ВВЕДЕНИЕ

Глобальные меры борьбы со СПИДом находятся под угрозой.

За последние два с половиной года столкновение пандемий СПИДа и COVID-19, а также экономический и гуманитарный кризисы поставили под угрозу глобальные меры борьбы с ВИЧ. COVID-19 и другие проблемы нарушили работу служб здравоохранения во многих странах мира, а миллионы учащихся не посещали школу, что повысило их уязвимость к ВИЧ. (1). Страны с низким и средним уровнем дохода столкнулись с проблемой принятия мер противодействия, поскольку 60% самых бедных стран мира либо находятся в бедственном положении, либо в них отмечается высокая вероятность его возникновения, и, по оценкам, от 75 до 95 миллионов человек оказались за чертой бедности — это беспрецедентный рост (2, 3). В результате меры борьбы со СПИДом столкнулись с серьезным давлением, в то время как сообщества, которые и так подвергались большему риску заражения ВИЧ, теперь стали еще более уязвимыми.

В некоторых частях мира и сообществах меры борьбы с пандемией СПИДа, несмотря на неблагоприятные периоды, оказались весьма устойчивыми, что помогло избежать наихудших последствий. Однако глобальный прогресс в борьбе с ВИЧ скорее замедляется, чем ускоряется: последние данные, собранные ЮНЭЙДС, показывают, что, хотя в прошлом году число новых случаев ВИЧ-инфекции в мире сократилось, снижение составило всего 3,6% по сравнению с 2020 годом — это наименьшее годовое снижение с 2016 года. В результате многим регионам, странам и сообществам приходится бороться с растущим числом ВИЧ-инфекций наряду с другими кризисами.

## Восточная Европа и Центральная Азия, Ближний Восток, Северная Африка и Латинская Америка в течение последнего десятилетия отмечали рост ежегодного числа ВИЧ-инфекций.

Восточная Европа и Центральная Азия, Ближний Восток, Северная Африка и Латинская Америка в течение последнего десятилетия отмечали рост ежегодного числа ВИЧ-инфекций (Рис. 0.1). В Азиатско-Тихоокеанском регионе — самом густонаселенном регионе мира — данные ЮНЭЙДС показывают, что число новых случаев ВИЧ-инфекции растет там, где оно снижалось в течение последних 10 лет. Филиппины и Малайзия входят в число стран с растущими показателями эпидемии среди ключевых групп населения, особенно в ключевых местах.<sup>1</sup> Темпы роста заболеваемости в этих регионах вызывают тревогу.

<sup>1</sup> ЮНЭЙДС относит мужчин, практикующих секс с мужчинами, работников секс-индустрии, трансгендеров, потребителей инъекционных наркотиков, а также лиц в тюрьмах и других заключенных к пяти основным ключевым группам населения, которые особенно уязвимы к ВИЧ, но часто не имеют надлежащего доступа к необходимым услугам.

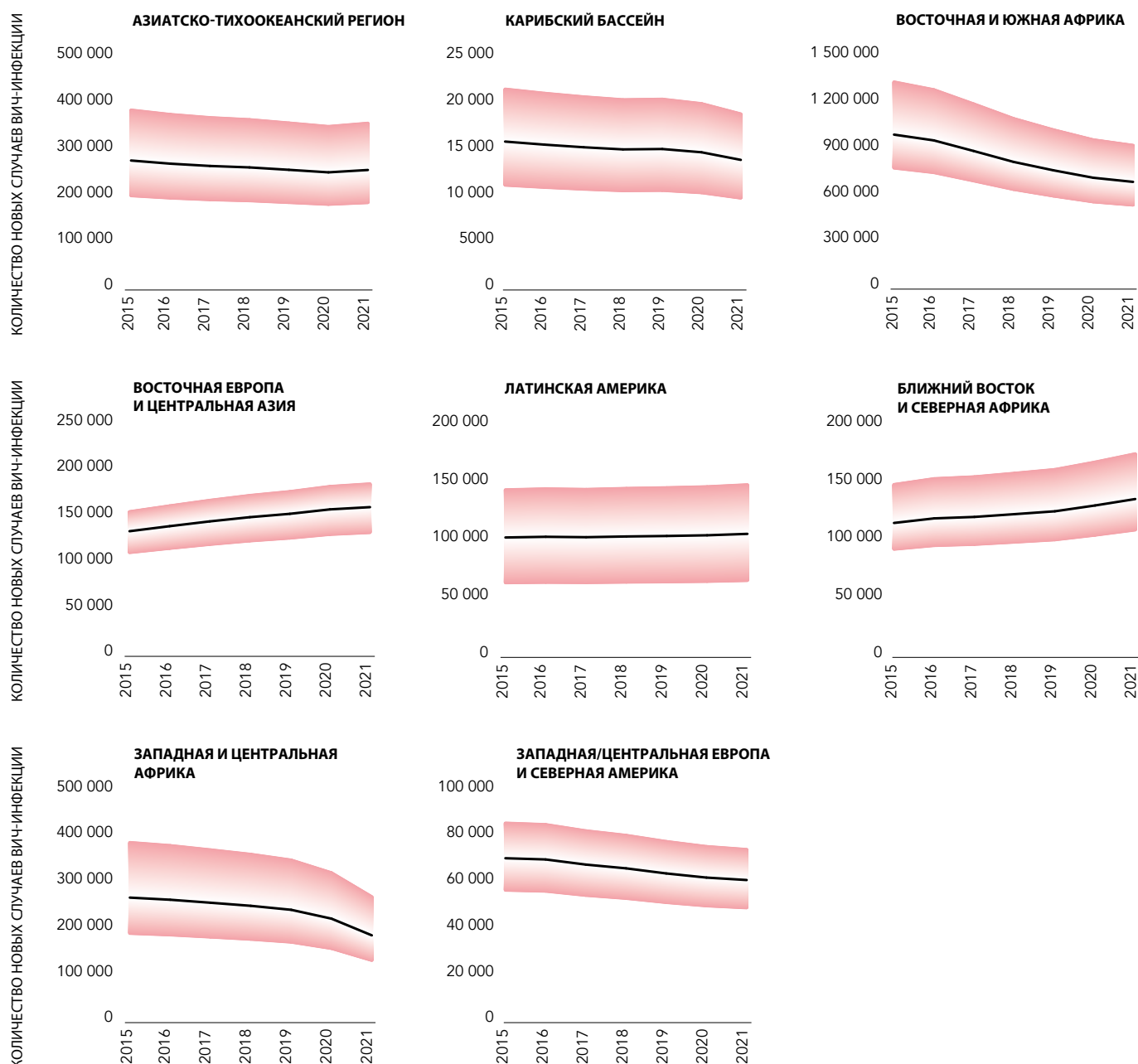


Латинская Америка, первой продемонстрировавшая успехи в развертывании лечения, утратила импульс, позволив эпидемиям возобновить свой рост среди молодых геев, других мужчин, практикующих секс с мужчинами, и других ключевых групп населения. В значительной части Восточной Европы и Центральной Азии отсутствуют услуги по снижению вреда, необходимые для того, чтобы переломить ход эпидемий, которые в основном затрагивают потребителей инъекционных наркотиков и сексуальных партнеров. В восточной и южной частях Африки, регионе с самой высокой распространенностью ВИЧ, меры борьбы со СПИДом, несмотря на трудности, продемонстрировали значительную устойчивость, поскольку программы лечения и профилактики ВИЧ адаптируются к усилиям по смягчению последствий COVID-19. Но даже там прогресс в снижении числа новых инфекций значительно замедлился, а не ускорился, как этого требуется для прекращения пандемии. Между тем данные ЮНЭЙДС показывают, что программы борьбы с ВИЧ в этом регионе встречают все больше препятствий, поскольку внутреннее и международное финансирование, которое обеспечило прогресс до сегодняшнего дня, теперь находится под угрозой.

Но есть и положительные моменты, в том числе резкое снижение ежегодного числа ВИЧ-инфекций в Карибском бассейне, Западной и Центральной Африке — последнее в значительной степени обусловлено улучшениями ситуации в Нигерии. Такое снижение числа инфекций свидетельствует об ускорении прогресса. Однако в глобальных цифрах этот прогресс затмевается отсутствием прогресса в других регионах: с 2015 года число новых случаев ВИЧ-инфекции увеличилось в 38 странах мира.<sup>2</sup>



<sup>2</sup> Страны, по которым имеются достоверные оценки роста числа новых случаев ВИЧ-инфекции с 2015 года: Афганистан, Алжир, Белиз, Бразилия, Кабо-Верде, Чили, Конго, Коста-Рика, Куба, Доминиканская Республика, Экваториальная Гвинея, Фиджи, Греция, Гватемала, Гайана, Гондурас, Ирландия, Ямайка, Казахстан, Мадагаскар, Малайзия, Мавритания, Оман, Папуа-Новая Гвинея, Парагвай, Перу, Филиппины, Сенегал, Сербия, Южный Судан, Судан, Суринам, Тимор-Лешти, Тунис, Уругвай и Йемен.

**РИСУНОК 0.1** Новые случаи ВИЧ-инфекции, по региону, 2015–2021 гг.Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).**4000****ЧЕЛОВЕК КАЖДЫЙ ДЕНЬ  
ЗАРАЖАЮТСЯ ВИЧ**

Ежедневно 4000 человек — из которых 1100 молодых людей (в возрасте от 15 до 24 лет) — заражаются ВИЧ. Если нынешние тенденции сохранятся, то в 2025 году 1,2 миллиона человек будут заражены ВИЧ, что в три раза больше, чем установленный на 2025 год целевой показатель в 370 000 новых случаев инфицирования.

Последствия застопорившегося прогресса в отношении ВИЧ для человека поистине леденят душу. В 2021 году 650 000 [500 000–860 000] человек умерли от связанных со СПИДом причин — одна смерть в минуту. При наличии передовых антиретровирусных препаратов и эффективных средств надлежащей профилактики, выявления и лечения оппортунистических инфекций, таких как криптококковый менингит и туберкулез, эти смерти можно предотвратить. Без принятия срочных мер по предотвращению развития ВИЧ-инфекции на поздних стадиях смертность от СПИДа останется основной причиной смертей во многих странах. Кроме того, продолжающийся рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции в некоторых регионах может остановить или даже обратить вспять прогресс, достигнутый в отношении связанной со СПИДом смертности.



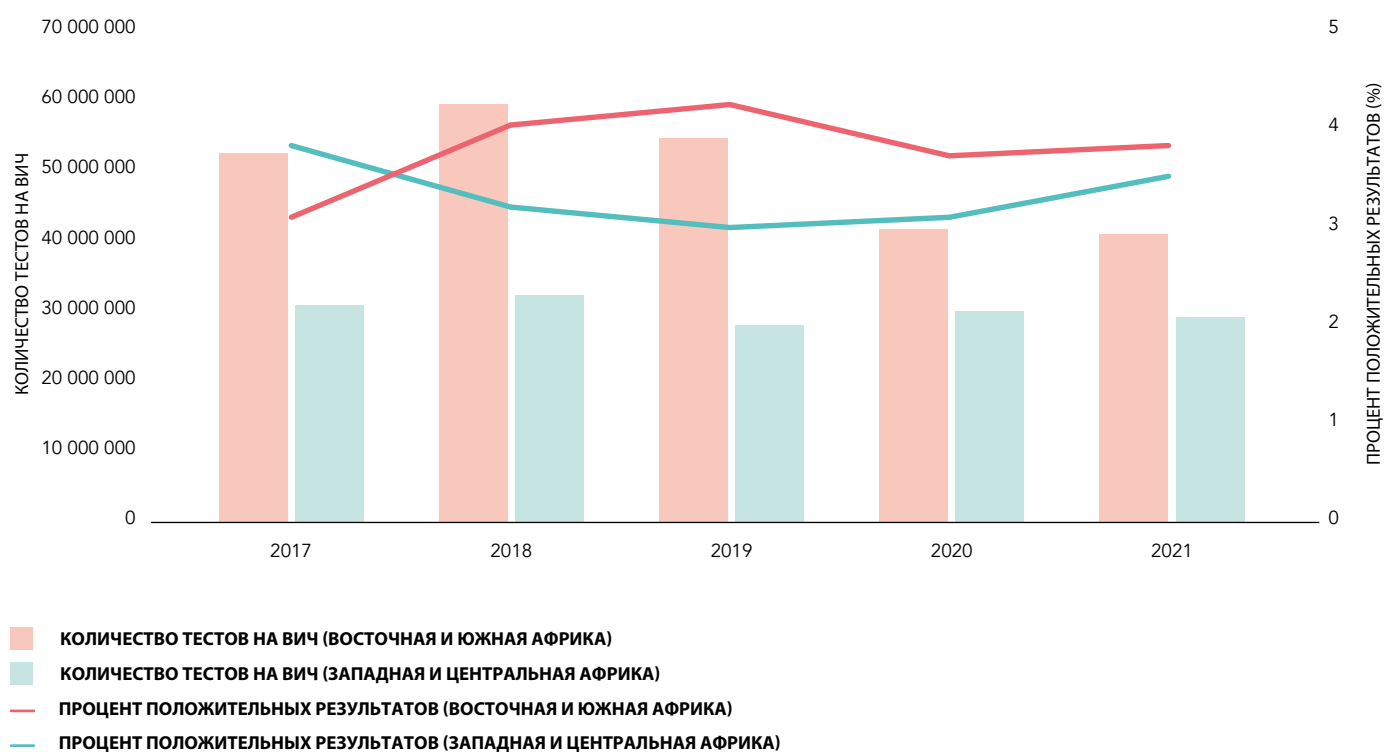
# 650 000

**ЧЕЛОВЕК УМЕРЛИ ОТ  
СВЯЗАННЫХ СО СПИДОМ  
ПРИЧИН В 2021 ГОДУ**

Тенденции в отношении ВИЧ-инфекции и связанных со СПИДом смертей обусловлены доступностью услуг в связи с ВИЧ. Здесь также отмечаются тревожные признаки, поскольку расширение услуг по тестированию на ВИЧ и лечению застопоривается. В 2021 году число людей, получающих лечение в связи с ВИЧ, увеличилось всего на 1,47 миллиона человек по сравнению с абсолютным ростом более чем на 2 миллиона человек в предыдущие годы. Это наименьший прирост с 2009 года (Рис. 0.2). В 2020 и 2021 годах в восточной и южной частях Африки было сделано меньше тестов на ВИЧ, чем в 2019 году (Рис. 0.3).

Число мужчин в 2020 и 2021 годах, подвергшихся добровольному медицинскому мужскому обрезанию — ключевому инструменту профилактики ВИЧ в 15 странах с высокой распространенностью ВИЧ, на которые приходится 43% новых случаев ВИЧ-инфекций среди взрослых в мире, — составило две трети от числа мужчин, прошедших обрезание в 2018 и 2019.<sup>3</sup>

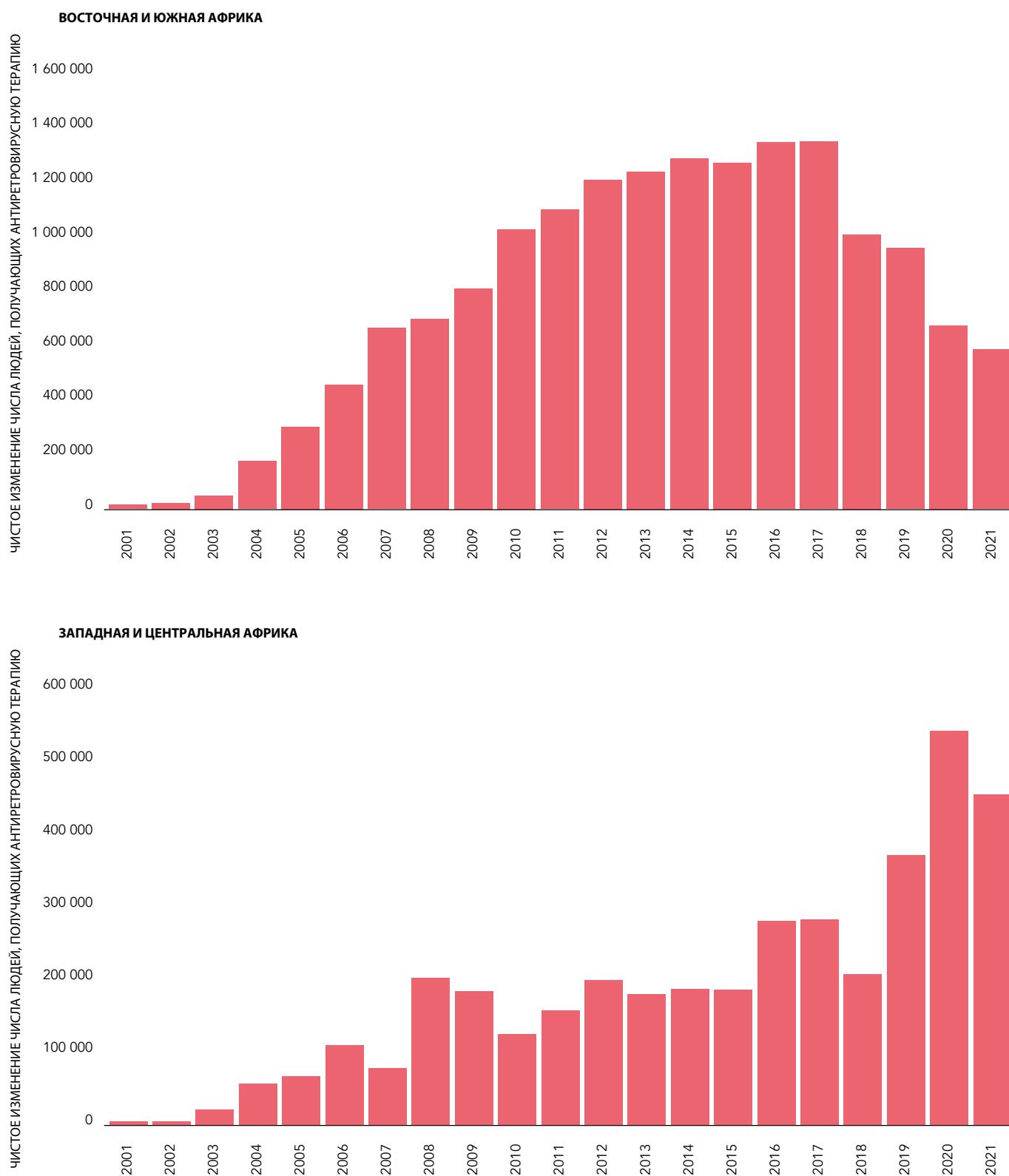
**РИСУНОК 0.2** Чистое изменение числа людей, получающих антиретровирусную терапию, по регионам, страны Африки к югу от Сахары, 2001–2021 гг.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

<sup>3</sup> 15 приоритетных стран по добровольному медицинскому мужскому обрезанию: Ботсвана, Эсватини, Эфиопия (только штат Гамбела), Кения, Лесото, Малави, Мозамбик, Намибия, Руанда, Южная Африка, Южный Судан, Уганда, Объединенная Республика Танзания, Замбия и Зимбабве.

**РИСУНОК 0.3** Количество тестов на ВИЧ и процент положительных результатов по регионам, страны Африки к югу от Сахары, 2017–2021 гг.



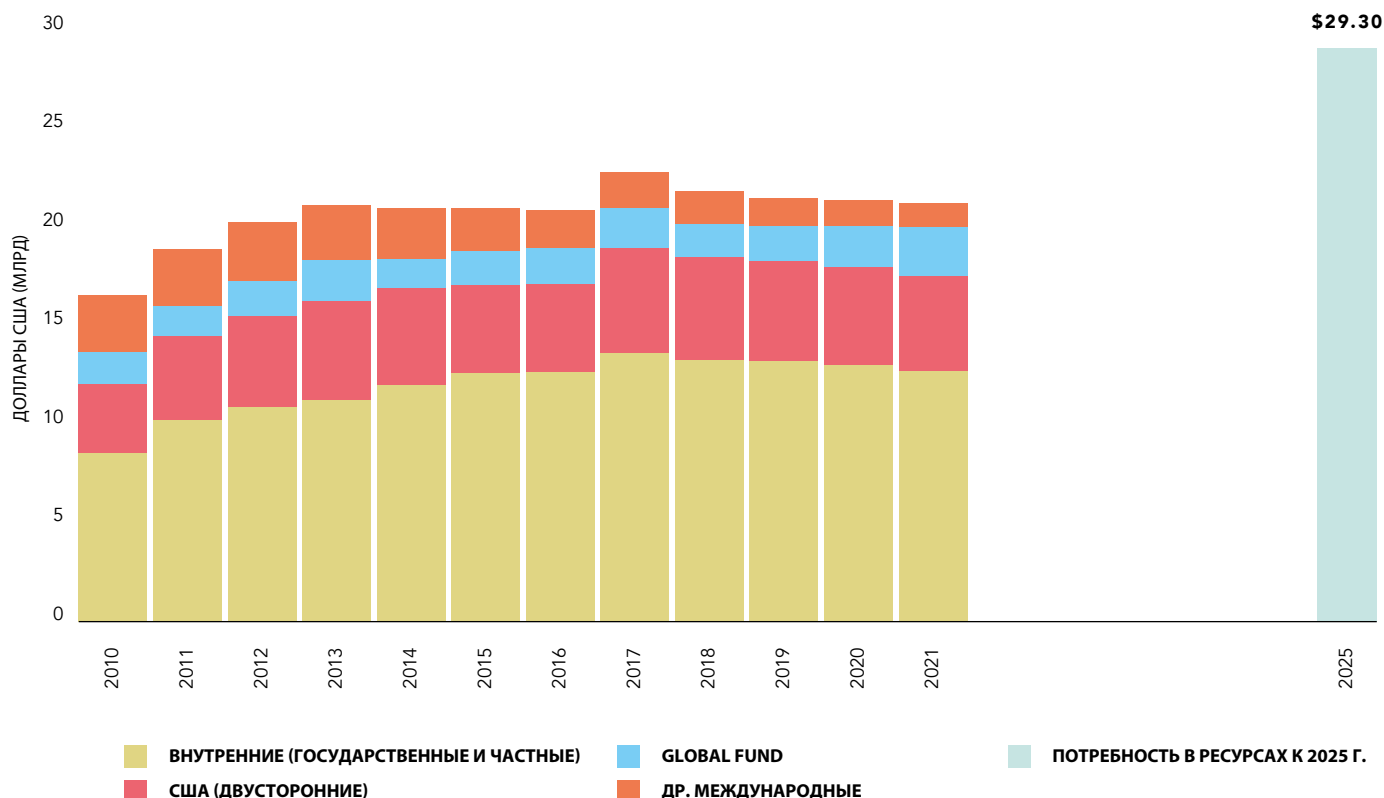
Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

## ФИНАНСОВЫЕ ТРУДНОСТИ МОГУТ ЕЩЕ БОЛЬШЕ ПОДОРВАТЬ МЕРЫ БОРЬБЫ С ВИЧ В УСЛОВИЯХ ВСЕ БОЛЕЕ НАПРЯЖЕННОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Прогресс замедляется по мере того, как сокращаются ресурсы, доступные для борьбы с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода (Рис. 0.4), в результате чего на их меры борьбы с ВИЧ выделяется на 8 миллиардов долларов США меньше, чем необходимо к 2025 году. Многие крупные двусторонние доноры сокращают международную помощь в связи со СПИДом; между тем, страны с низким и средним уровнем дохода борются с более серьезным финансовым бременем, вызванным пандемией COVID-19. COVID-19, а теперь и война в Украине, создают чрезвычайные препятствия.

## Многие крупные двусторонние доноры сокращают международную помощь на программы по противодействию СПИДу.

**РИСУНОК 0.4** Доступность ресурсов для борьбы с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, целевые показатели на 2010–2021 и 2025 годы



Источник: Финансовые оценки и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Примечание: Оценки ресурсов представлены в постоянных долларах США 2019 года. Включены страны, которые были классифицированы Всемирным банком в 2020 году как страны с низким и средним уровнем дохода.

**52**

**СТРАНЫ, ПО ПРОГНОЗАМ, К  
2026 ГОДУ ОТМЕТЯТ У СЕБЯ  
ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СОКРАЩЕНИЕ  
ГОСУДАРСТВЕННЫХ  
РАСХОДОВ**

Официальная помощь на цели развития в сфере ВИЧ от двусторонних доноров, помимо Соединенных Штатов Америки, за последнее десятилетие сократилась на 57%, что делает пополнение Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд) в 2022 году более актуальной задачей, чем когда-либо. В 2021 году объем международных ресурсов, доступных для борьбы с ВИЧ, оказался на 6% ниже, чем в 2010 году.

И в отличие от предыдущих лет, внутренние инвестиции в борьбу с ВИЧ не покрывают утраченное международное финансирование. Вместо этого внутреннее финансирование в странах с низким и средним уровнем дохода сокращалось два года подряд, в том числе на 2% в 2021 году. Глобальные экономические условия и уязвимость развивающихся стран, усугубляемая растущим неравенством в доступе к вакцинам и финансированию здравоохранения, угрожают как сохраняющейся устойчивости мер борьбы с ВИЧ, так и их способности устранять неравенство, связанное с ВИЧ. По прогнозам Всемирного банка, в 52 странах, где проживает 43% людей, живущих с ВИЧ, к 2026 году будет отмечено значительное сокращение государственных расходов (4).

Высокий уровень задолженности еще больше подрывает способность властей увеличивать инвестиции на борьбу с ВИЧ. Обслуживание долга беднейших стран мира достигло 171% всех расходов на здравоохранение, образование и социальную защиту вместе взятых (5). Выплата государственного долга все чаще имеет приоритет над инвестициями в здравоохранение и человеческий капитал, столь необходимыми для искоренения СПИДа (см. специальный материал о Замбии). Страны со средним уровнем дохода, в которых проживает 71% людей, живущих с ВИЧ, и 71% людей, недавно инфицированных ВИЧ, находятся под угрозой признания не имеющими права на получение грантов на здравоохранение и борьбу с ВИЧ, поскольку страны-доноры перенаправляют свои ресурсы на украинских беженцев и, по сути, перестраивают, а не расширяют международную помощь.

## **Чтобы покончить со СПИДом к 2030 году, необходимы новые инвестиции.**

Все это происходит в момент, когда люди переживают личные экономические потрясения. Резкий скачок цен на топливо и продукты питания привел к тому, что 180 миллионов человек во всем мире оказались неблагополучными в плане продовольственной безопасности (6). Эти и другие проявления неравенства повышают уязвимость к ВИЧ и ограничивают доступ к услугам. Например, по мере падения уровня продовольственной безопасности в Центрально-Африканской Республике новые данные показывают, что люди, живущие с ВИЧ и страдающие от недоедания, гораздо чаще сталкиваются с перерывами в лечении ВИЧ (7).

Чтобы покончить со СПИДом к 2030 году, необходимы новые инвестиции. Выполнение обещаний, данных Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций (ООН) в 2021 году, обойдется гораздо дешевле, чем недостаточные инвестиции сейчас и риск дальнейшего регресса. За последний год равнодушие превратилось в пренебрежение, и это отсутствие солидарности является одновременно аморальным и пагубным для всех стран. Если пандемия COVID-19 и преподала нам какой-то урок, так это то, что пандемии не могут быть прекращены где-либо, пока они не будут побеждены везде.

## **НЕРАВЕНСТВО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ И ПРИЧИНОЙ ЗАМЕДЛЕНИЯ ПРОГРЕССА В БОРЬБЕ СО СПИДОМ**

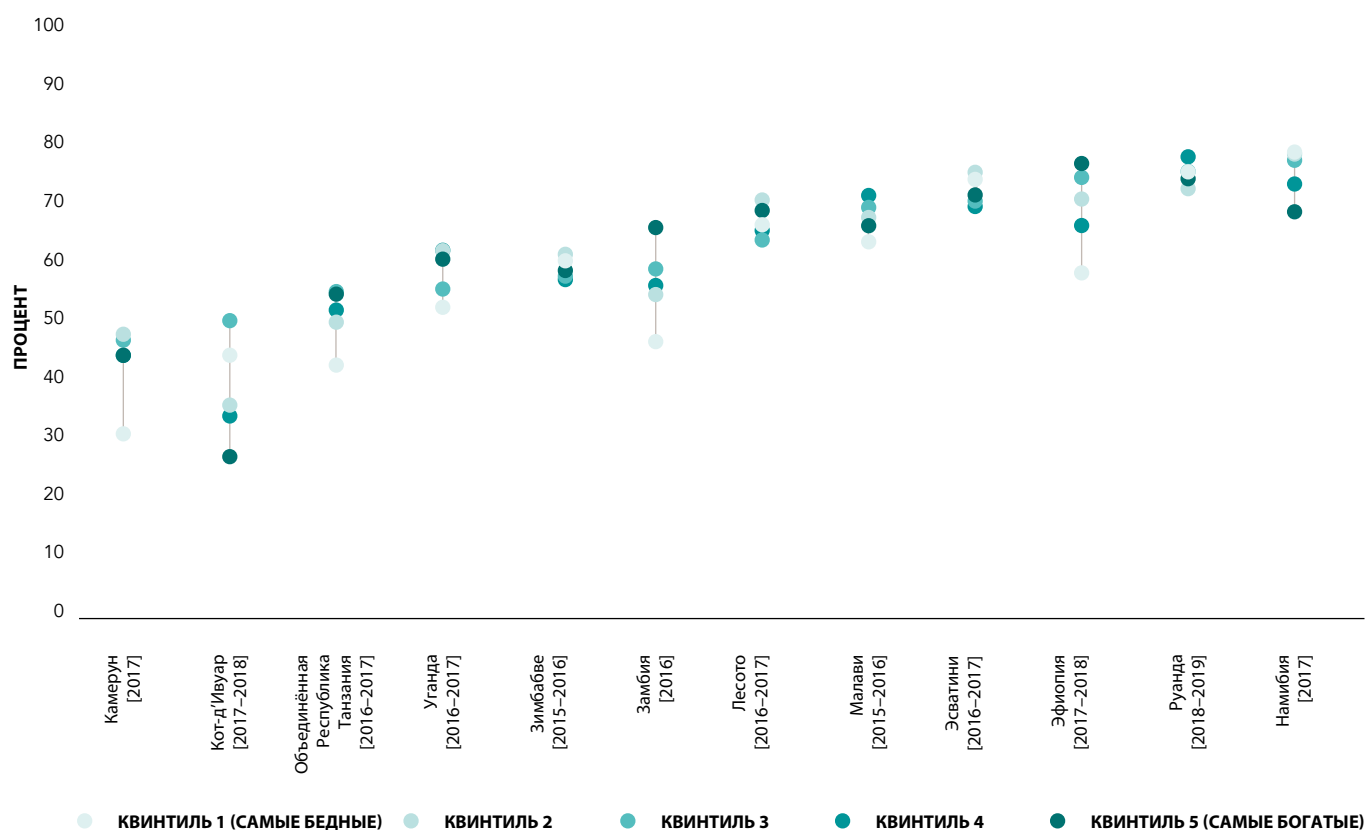
Более всего страдают самые уязвимые и маргинализированные группы населения. По словам Генерального секретаря ООН Антониу Гутерриша, «идеальный шторм» кризисов усиливает глобальное неравенство (8).

Примерно в половине стран, по которым имеются данные, люди, живущие с ВИЧ в домохозяйствах из беднейшего квинтиля, имели самые низкие уровни подавления нагрузки вируса ВИЧ (Рис. 0.5). В некоторых странах, таких как Камерун, Эфиопия, Объединенная Республика Танзания и Замбия, разрыв в уровне подавления вирусной нагрузки между самыми богатыми и самыми бедными квинтилями весьма значителен. Однако это не является неизбежным: в странах с хорошо финансируемыми программами лечения, ориентированными на наиболее уязвимых людей, таких как Эсватини, Лесото, Намибия и Зимбабве, беднейший квинтиль людей, живущих с ВИЧ, имеет более высокие уровни подавления вирусной нагрузки.

## **Выполнение обещаний, данных Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций (ООН) в 2021 году, обойдется гораздо дешевле, чем недостаточные инвестиции сейчас и риск дальнейшего регресса.**

Неравенство подрывает меры борьбы со СПИДом для всех. Страны с наименьшим разрывом в подавлении вирусной нагрузки между богатыми и бедными домохозяйствами добились одного из самых значительных в мире показателей снижения числа новых случаев ВИЧ-инфекции.



**РИСУНОК 0.5** Подавление вирусной нагрузки по квинтилям благосостояния, отдельные страны, 2015–2019 гг.

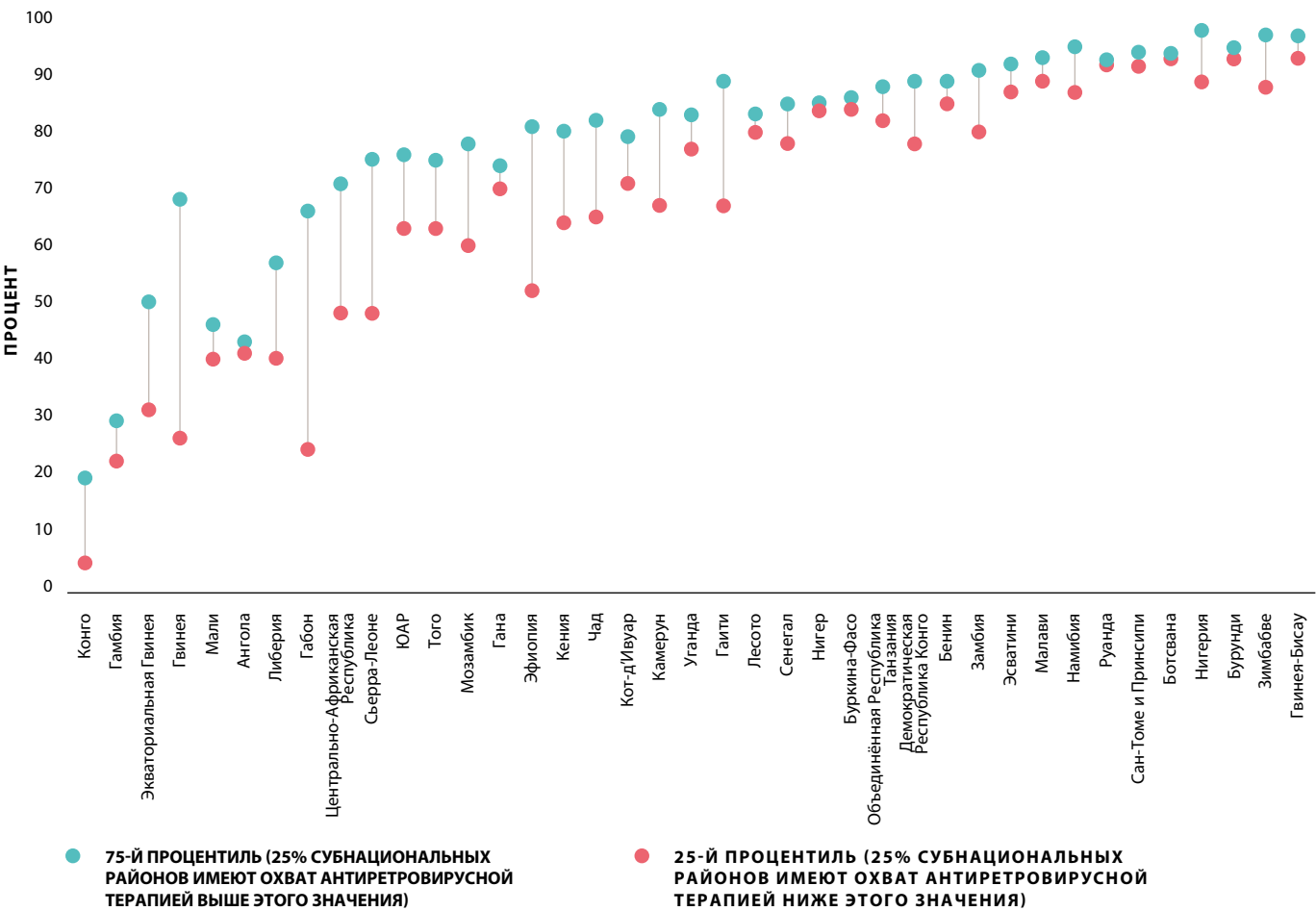
Источник: Оценка воздействия ВИЧ по группам населения (PHIA), 2015–2019 гг.; Проект PHIA [база данных]. New York (NY): ICAP; c2022 (<https://phia-data.icap.columbia.edu/>).

Примечание: Сведения для квинтиля 5 в Кот-д'Ивуаре основаны на данных 32 человек.

Аналогичным образом часто наблюдаются существенные различия в доступе к лечению ВИЧ между районами одной и той же страны, что позволяет предположить, что люди, живущие в некоторых частях страны, не пользуются равными преимуществами. Причины этих различий заключаются в разделении между городом и сельской местностью, а также в политических, экономических, культурных или иных разделениях (Рис. 0.6). Хотя такое неравенство ярко выражено в таких странах, как Центрально-Африканская Республика, Габон, Гвинея, Эфиопия, Гаити, Нигерия и Сьерра-Леоне, некоторые страны, которые свели к минимуму разрывы в охвате между районами (Лесото, Малави и Руанда), также достигли наибольших показателей сокращения числа новых случаев ВИЧ-инфекции и смертности в связи со СПИДом.

**Часто наблюдаются существенные различия в доступе к лечению ВИЧ между районами одной и той же страны, что позволяет предположить, что люди, живущие в некоторых частях страны, не пользуются равными преимуществами.**

**РИСУНОК 0.6** Неравенство в охвате антиретровирусной терапией на субнациональном уровне, отдельные страны с высокой распространенностью ВИЧ, 2021 г.



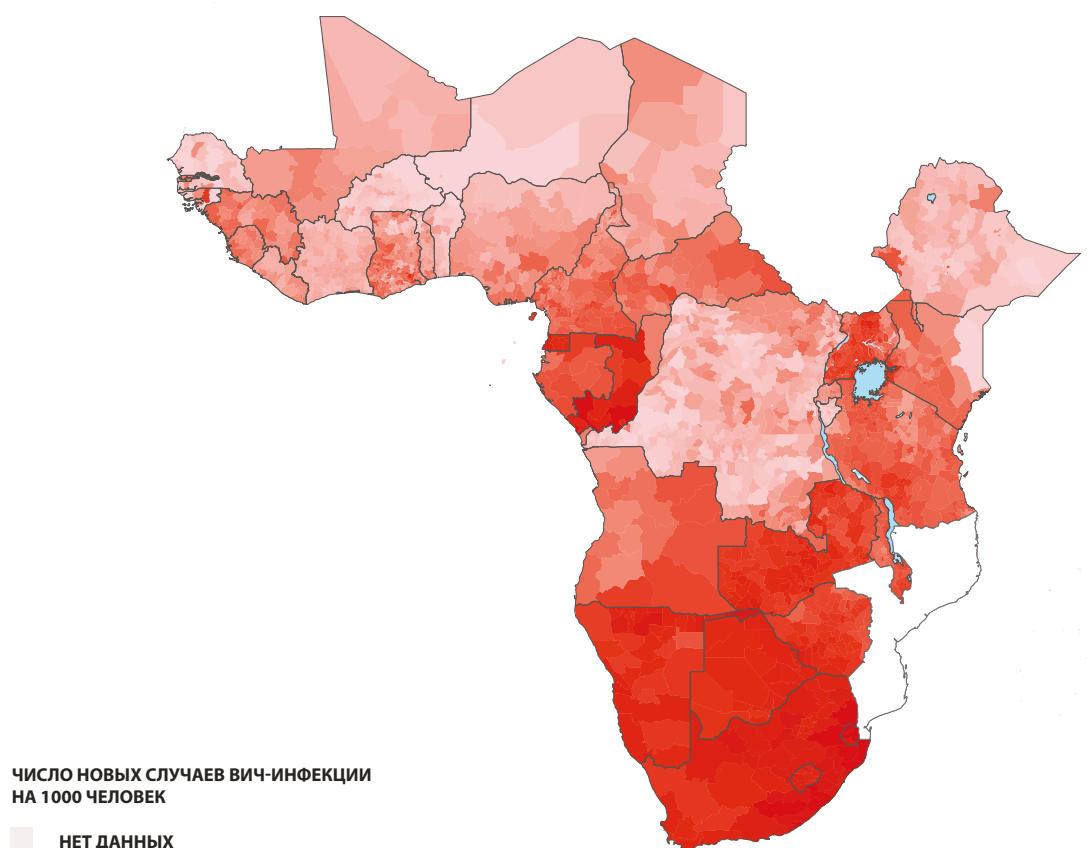
Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г.

По мере расширения программ тестирования и лечения ВИЧ дети, живущие с ВИЧ, часто обделены вниманием. В 2021 году порядка 800 000 [640 000–990 000] детей, живущих с ВИЧ, все еще не получают лечения. Дети составляли 4% людей, живущих с ВИЧ в 2021 году, но 15% смертей, связанных со СПИДом, и разрыв в охвате лечением ВИЧ между детьми и взрослыми увеличивается, а не сокращается (см. раздел с целевыми показателями).

## ЖЕНЩИНЫ, ДЕВОЧКИ И КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ, ПОДВЕРЖЕННЫЕ ПОВЫШЕННОМУ РИСКУ

Лица, обладающие меньшими социальными возможностями и менее защищенные законом, часто подвергаются более высокому риску заражения ВИЧ. Девочки-подростки и молодые женщины (в возрасте от 15 до 24 лет), из которых кто-то заражается ВИЧ каждые три минуты, втрое чаще подвержены риску заражения, чем мальчики-подростки и молодые мужчины той же возрастной группы в странах Африки к югу от Сахары (Рис. 0.7). Глобальные оценки, основанные на данных за 2000–2018 годы, также показывают, что более одной из 10 женщин в возрасте от 15 до 49 лет, когда-либо состоявших в браке или имевших партнера, подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны интимного партнера в течение предыдущих 12 месяцев. Кроме того, эпидемия домашнего насилия в отношении женщин во всем мире значительно усилилась во время пандемии COVID-19 (9).

**РИСУНОК 0.7** Заболеваемость ВИЧ среди молодых женщин (в возрасте 15–24 лет), субнациональные уровни, страны Африки к югу от Сахары, 2021 г.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г.

Примечание: Доступен анализ для 37 стран Африки к югу от Сахары с необходимыми данными на субнациональном уровне. Следующие из стран Африки к югу от Сахары не включены: Коморские острова, Джибути, Эритрея, Мадагаскар, Мавритания, Маврикий, Мозамбик, Сейшельские острова, Сомали, Южный Судан и Судан.



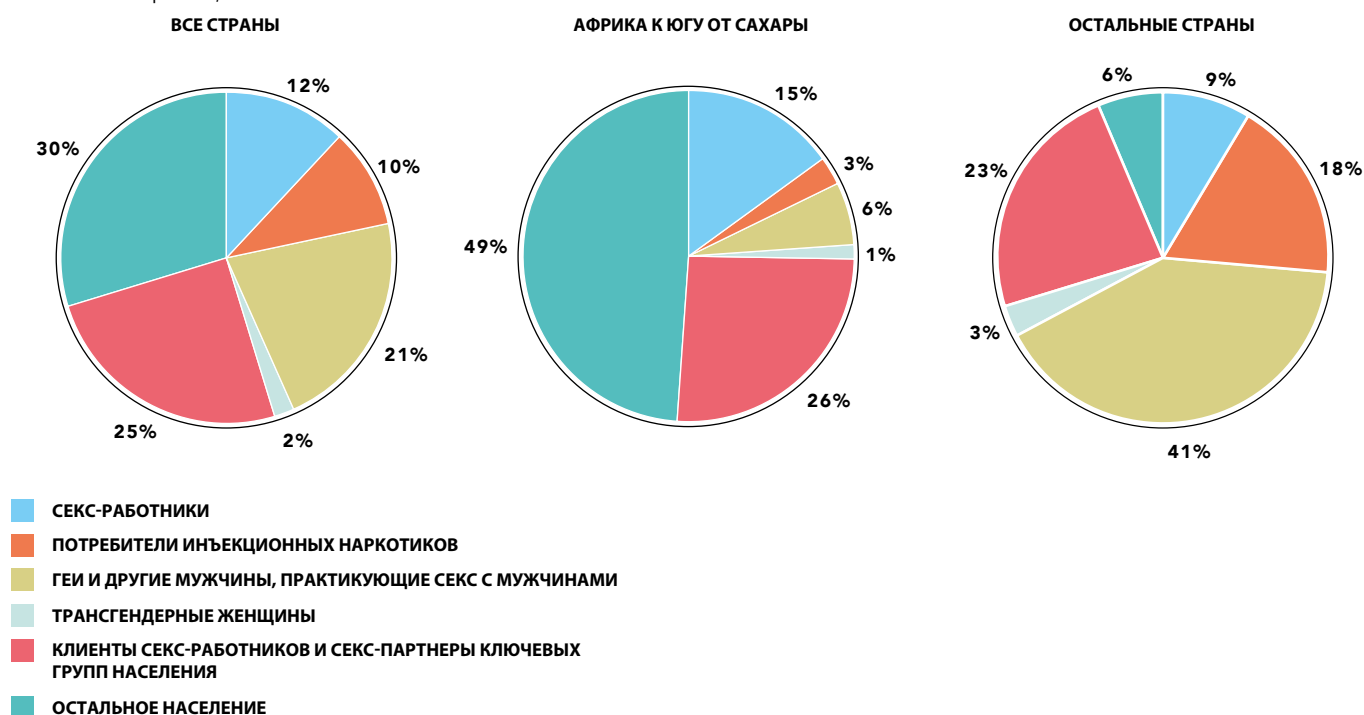
# 70%

**НА 70% КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ПРИХОДИТСЯ МЕНЕЕ 5% НАСЕЛЕНИЯ ПЛАНЕТЫ, НО В 2021 ГОДУ НА НИХ И ИХ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ ПРИХОДИЛОСЬ 70% НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

На ключевые группы населения приходится менее 5% населения планеты, но в 2021 году на них и их половых партнеров приходилось 70% новых случаев ВИЧ-инфекции (Рис. 0.8). В каждом регионе мира есть ключевые группы населения, которые особенно уязвимы к ВИЧ-инфекции (Рис. 0.9).

Расовые и этнические меньшинства часто сталкиваются с существенным неравенством, связанным с ВИЧ, например, в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии, а также в Соединенных Штатах Америки, где снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди темнокожих было менее выражено, чем среди белого населения (10, 11). В Австралии, Канаде и Соединенных Штатах Америки показатели заражения ВИЧ среди коренных народов выше, чем среди некоренных (12, 13).

**РИСУНОК 0.8** Распределение ВИЧ-инфекций по группам населения, глобально, в странах Африки к югу от Сахары и в остальных странах, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г. (см. Приложение с описанием использованных методов).

Примечание: Вследствие различий в доступности данных от года к году мы не показываем тенденции в этом распределении. См. описание расчета в Приложении с описанием использованных методов.

**РИСУНОК 0.9** Относительный риск заражения ВИЧ в мире, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г. (см. Приложение с описанием использованных методов).

## **У НАС ЕСТЬ СРЕДСТВА, ЧТОБЫ РЕШИТЬ ПРОБЛЕМУ СОХРАНЯЮЩЕГОСЯ НЕРАВЕНСТВА И НАПРАВИТЬ МЕРЫ БОРЬБЫ СО СПИДОМ В НУЖНОЕ РУСЛО**

Среди весьма тревожных показателей в тенденциях глобального противодействия СПИДу есть и хорошие новости. Национальные меры, которые были обеспечены достаточными ресурсами и в отношении которых принята разумная политика, сделавшая технологии профилактики и лечения широко доступными, продемонстрировали значительную устойчивость и результативность. Такие разные страны, как Италия, Лесото, Вьетнам и Зимбабве, добились сокращения числа новых случаев ВИЧ-инфекции более чем на 45% в период с 2015 по 2021 год.

## **Такие разные страны, как Италия, Лесото, Вьетнам и Зимбабве, добились сокращения числа новых случаев ВИЧ-инфекции более чем на 45% в период с 2015 по 2021 год.**

В разгар пандемии COVID-19 был достигнут устойчивый рост масштабов пероральной доконтрактной профилактики (ДКП), особенно в таких странах, как Кения и Южная Африка.. Поскольку решение об использовании ДКП остается за человеком и его не нужно обсуждать с партнером, у него есть огромный потенциал для снижения уровня заражения ВИЧ среди ключевых групп населения по всему миру, а также среди девочек и женщин в странах Африки к югу от Сахары. Однако доступ к пероральной ДКП по-прежнему сосредоточен в нескольких странах с высоким уровнем дохода и в пяти странах Африки к югу от Сахары — Кении, Нигерии, Южной Африке, Уганде и Замбии. По мере расширения охвата пероральной ДКП становится доступным больше вариантов профилактики ВИЧ, таких как ДКП пролонгированного действия в виде инъекций или вагинальных колец. Однако стоимость и наличие в настоящее время делают их недоступными для большинства тех, кто действительно нуждается в этих новых средствах.

Глобальная стратегия по СПИДу на 2021–2026 годы представляет собой четкий, основанный на фактических данных план действий по осуществлению мер противодействия СПИДу. Правительства стран мира обязались предпринять конкретные шаги для претворения этого плана в жизнь. Никакой чудодейственной «пилюли» не требуется: используя уже имеющиеся в его распоряжении инструменты, мировое сообщество просто обязано воплотить свои обязательства в конкретные результаты ради человечества.

Пандемия COVID-19 и война на Украине — вызовы для поколений, и их негативные проявления имеют далеко идущие последствия. Однако наряду с плохим приходит и хорошее: эти кризисы также продемонстрировали способность мира мобилизовать огромные ресурсы и быстро менять политику перед лицом чрезвычайных событий. Инновации и лидерство, вдохновленные опытом противостояния COVID-19, также подчеркивают ключевую роль, которую сообщества могут играть в сохранении доступа к услугам и охвате наиболее уязвимых и маргинализированных групп.

## **ЛИКВИДАЦИЯ ПРОБЕЛОВ В ОТВЕТНЫХ МЕРАХ: НАПРАВИТЬ ОСНОВНЫЕ УСИЛИЯ НА РЕАЛИЗАЦИЮ МЕР, ЧТОБЫ ПОКОНЧИТЬ СО СПИДОМ К 2030 ГОДУ**

- **Придание нового импульса профилактике ВИЧ.** Странам срочно необходимо повысить политические и финансовые приоритеты профилактики ВИЧ и перейти от разрозненных проектов к крупномасштабной реализации (см. специальный материал о Камбодже). Необходимо удвоить усилия для устранения неравенства в доступе к профилактике ВИЧ и пробелов в каскаде услуг для предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку. По мере появления новых средств профилактики, таких как инъекционная ДКП пролонгированного действия, потребуются целенаправленные усилия для их максимально быстрого и эффективного развертывания.
- **Реализация прав человека и гендерного равенства.** Карательные и дискриминационные законы и политика подрывают меры борьбы со СПИДом, отталкивая людей от услуг и подрывая усилия общественного здравоохранения по оказанию помощи тем, кто подвергается наибольшему риску заражения или смерти (см. специальный материал о Бельгии). Отмена этих законов поможет вернуть меры противодействия СПИДу в нужное русло. Права человека женщин и девочек, включая их сексуальное и репродуктивное здоровье и связанные права, являются ключом к эффективному ответу на пандемию. Крайне важно поставить их в центр противодействия СПИДу наряду с хорошо обеспеченными ресурсами усилиями по искоренению гендерного насилия.
- **Поддержка и эффективное финансирование мер реагирования под руководством сообщества.** Меры реагирования под руководством сообщества меняет правила игры в сокращении неравенства и поддержке эффективных и устойчивых мер борьбы с ВИЧ (см. специальный материал об Уганде). Они охватывают тех, кто в недостаточной мере получает основные услуги, и отслеживают качество услуг, чтобы поставщиков могли нести ответственность за успех. Обеспечение этих усилий необходимыми ресурсами и устранение политик, препятствующих способности общественных организаций предоставлять полный спектр услуг, будет иметь ключевое значение для ускорения прогресса.
- **Обеспечение достаточного и устойчивого финансирования.** Необходимы крупные новые инвестиции в меры реагирования на ВИЧ как со стороны международных доноров, так и со стороны правительств стран с низким и средним уровнем дохода. Необходимы согласованные действия на международном уровне, чтобы смягчить долговой кризис, с которым сталкиваются многие страны с низким и средним уровнем дохода, и избежать контрпродуктивной политики жесткой экономии. Также необходимо предпринять шаги для дальнейшего повышения эффективности инвестиций, направленных на борьбу с ВИЧ, в том числе за счет снижения цен, повышения рентабельности и увеличения инвестиций в профилактику ВИЧ. Необходимо устранить финансовые барьеры для пользования услугами (см. специальный материал о Камеруне).
- **Решение вопроса неравенства в отношении профилактики ВИЧ, тестирования и доступа к лечению, а также устранение пробелов, существующих в конкретных местах и для определенных групп.** В различных условиях страны и сообщества принимают меры, чтобы положить конец неравенству и сократить разрыв между группами населения (см. специальный материал о Кении). Используя этот импульс, заинтересованные стороны должны пользоваться более качественными и детализированными данными, чтобы сосредоточиться на решении вопроса неравенства, которое тормозит прогресс.

## **ЧТОБЫ ПОЛОЖИТЬ КОНЕЦ СПИДУ, ТРЕБУЕТСЯ ПОЛИТИЧЕСКОЕ МУЖЕСТВО**

Требуется еще больше политического мужества, чтобы положить конец неравенству, связанному с ВИЧ, возродить и укрепить глобальную солидарность вокруг этой цели. Есть импульс, на котором можно двигаться дальше. Сообщества людей, живущих с ВИЧ, и ключевые группы населения создают контекст, который побуждает политических лидеров к смелым и отважным действиям. Новые средства, такие как инъекционные антиретровирусные препараты пролонгированного действия, могли бы иметь революционные последствия, если бы они были широко распространены и справедливо распределены. Инновационные методы обработки данных расширили возможности стран и сообществ фокусировать внимание на неравенствах, которые тормозят прогресс в устранении существующих пробелов.

## **Сообщества людей, живущих с ВИЧ, и ключевые группы населения создают контекст, который побуждает политических лидеров к смелым и отважным действиям.**

Мы знаем, что нужно, чтобы покончить со СПИДом, и располагаем необходимыми средствами. Теперь наша задача состоит в том, чтобы набраться смелости, необходимой для устранения пробелов в ответных мерах и устранения связанного с ВИЧ неравенства.





# РЕАГИРОВАНИЕ НА КРИЗИС: СООБЩЕСТВА В ОСНОВЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ В УКРАИНЕ И ЗА РУБЕЖОМ

## ПРОДОЛЖАЮЩИЙСЯ МИРОВОЙ КРИЗИС

Ситуация в Украине не уникальна. Чрезвычайные ситуации в Боливарианской Республике Венесуэла, Эфиопии, Ливии, Мозамбике, Мьянме, Сирийской Арабской Республике, Сахельском регионе Африки и многих других частях мира унесли миллионы жизней с разрушительными последствиями. Многие страны периодически сталкиваются с чрезвычайными ситуациями: от гражданских конфликтов, засух и нехватки продовольствия до наводнений и массовых перемещений.

Для прогресса в глобальных мерах по противодействию ВИЧ необходимо, чтобы соответствующие службы продолжали функционировать в любых условиях. Одна из ключевых рекомендаций ЮНЭЙДС заключается в привлечении сообществ к подготовке и внедрению ответных мер. Реагирование должно осуществляться с учётом местных потребностей и строиться таким образом, чтобы обеспечить участие каждого члена сообщества на основе принципов инклюзивности, соблюдения прав, учёта гендерных факторов, коллегиальности и коллективности.

Война в Украине привела к перемещению более 12 миллионов человек и миллионам украинцев, ищущим убежища в соседних странах, включая Чехию, Венгрию, Польшу, Молдову, Румынию и Словакию.

Артобстрелы, ракеты и удары с воздуха уничтожили до 5000 жилых домов и более 250 учреждений здравоохранения. В настоящее время 52 из 403 объектов, которые обычно распространяют жизненно важные антиретровирусные препараты для лечения ВИЧ, не работают, а другие остаются повреждёнными. Международная помощь и финансирование приносят существенное облегчение, при этом ключевые спонсоры — ПЕПФАР и Глобальный фонд — предоставляют лекарства.

Чрезвычайный фонд ЮНЭЙДС выделил 250 000 долларов США на сохранение основных услуг в связи с ВИЧ в четырёх сильно пострадавших городах страны. ЮНЭЙДС также перераспределила средства, чтобы помочь наиболее уязвимым людям эвакуироваться или найти убежище. Однако сохраняется острая необходимость в финансировании перегруженных групп гражданского общества в Украине и соседних странах, которые помогают перемещённым лицам, живущим с ВИЧ, и ключевым группам населения.

В чрезвычайных обстоятельствах меры по противодействию ВИЧ были бы невозможны без местных поставщиков услуг. «Гражданское общество и общественные организации долгое время были и остаются сердцевиной всех мер противодействия ВИЧ в Украине, особенно после начала войны, — говорит Раман Хайлевич, региональный директор ЮНЭЙДС в Украине. — Они не только были на переднем крае предоставления услуг в связи с ВИЧ, но и предоставляли гуманитарную помощь, — поясняет он. — Офисы превратились в гуманитарные центры, работающие круглосуточно и без выходных».

До войны Украина реализовывала одну из самых заметных в регионе национальных кампаний по противодействию СПИДу: с 2010 по 2021 год число новых случаев ВИЧ-инфекции сократилось на 47%, по всей стране были распространены эффективные программы снижения вреда, начали появляться новые программы, учитывающие потребности геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, а также трансгендерных женщин. Для многих десятилетнее партнёрство государственных служб и с организациями сообществ, предоставляющими услуги, оказалось решающим фактором, спасшим жизнь. Выстроенные сети, партнёрства и наработанный опыт не только предотвратили коллапс в сфере противодействия ВИЧ, но и позволили ему — даже во время этого кризиса — сохранить устойчивость и эффективность. Но война берёт своё.



Мобильный проект по выявлению случаев ВИЧ в Украине, май 2022 г.

«Работа опасная, и волонтеры рискуют жизнью», — говорит Дмитрий Шерембей, глава Координационного совета «100% Лайф». Спустя четыре месяца конфликта он чувствует себя подавленным. «Если объем помощи нам не будет увеличен, я не уверен, как долго ещё мы сможем работать, особенно если речь идёт о помощи людям в прифронтовых зонах», — добавляет он.

Международная поддержка общественным организациям, занимающимся оказанием гуманитарной помощи, должна быть срочно усилена.

## СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. COVID-19 Scale of education loss 'nearly insurmountable', warns UNICEF. In: UNICEF.org [Internet]. 23 January 2022. New York: UNICEF; c2022 (<https://www.unicef.org/press-releases/covid19-scale-education-loss-nearly-insurmountable-warns-unicef>).
2. World economic outlook: war sets back the global recovery. April 2022. Washington (DC): International Monetary Fund; 2022 (<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2022/04/19/world-economic-outlook-april-2022>).
3. Mahler DG, Yonzan N, Hill R, Lakner C, Wu H, Yoshida N. Pandemic, prices, and poverty. In: World Bank Blogs [Internet]. 13 April 2022. Washington (DC): World Bank; c2022 (<https://blogs.worldbank.org/opendata/pandemic-prices-and-poverty>).
4. Global economic prospects. June 2022. Washington (DC): World Bank; 2022 (<https://reliefweb.int/report/world/global-economic-prospects-june-2022>).
5. World investment report 2022. Geneva: UNCTAD; 2022 (<https://unctad.org/webflyer/world-investment-report-2022>).
6. United Nations Global Crisis Response Group. Global impact of the war in Ukraine on food, energy and finance systems: the world is facing a global cost of living crisis. World Business Council for Sustainable Development; June 2022 (<https://www.wbcsd.org/download/file/14437>).
7. Inkoutiyo J, Yonli C, Tekpa G, Vallès X. Problématique des perdus de vue durant la prise en charge du VIH/Sida: étude sur les cas de perdus de vue dans les sites PEC (adulte et enfant) et PTPE dans la République Centrafricaine; Phase II: étude quantitatif. Croix Rouge Française, Ministère de la Santé et la Population de la Republique Centreafricaine et le Fonds Mondial; 2022.
8. McVeigh K. 'Perfect storm' of crises is widening global inequality, says UN chief. In: The Guardian. 2 July 2022. Guardian News & Media Limited; c2022.
9. The shadow epidemic: violence against women during COVID-19. In: UN Women.org [Internet]. UN Women; c2022 (<https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>).
10. Martin V, Shah A, Mackay N, Lester J, Newbigging-Lister A, Connor N et al. HIV testing, new HIV diagnoses, outcomes and quality of care for people accessing HIV services: 2021 report. London: UK Health Security Agency; 2021.
11. HIV in the United States and dependent areas. In: CDC.gov [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [updated 9 August 2021] (<https://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/ataglance.html>).
12. Ward J, Gilles M, Russel D. HIV infection in Aboriginal and Torres Strait Islander people. In: HIV Management in Australasia [Internet]. Last reviewed 9 June 2021. ASHM; c2019 (<https://hivmanagement.ashm.org.au/hiv-infection-in-aboriginal-and-torres-strait-islander-people/>).
13. The epidemiology of HIV in Canada. Toronto: Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE); 2021 (<https://www.catie.ca/sites/default/files/2021-07/epi-hiv-02242021-en.pdf>).





# ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА 2025 ГОД

Новая «Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: искоренение неравенства и становление на путь, позволяющий искоренить СПИД к 2030 году», принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединённых Наций (ООН) 9 июня 2021 года, обязывает главы государств и правительств установить ряд новых смелых и достижимых целей на 2025 год. Эти цели дополняют основанные на фактических данных цели «Глобальной стратегии по СПИДу на 2021–2026 годы. Ликвидировать неравенство. Покончить со СПИДом», которая была принята Координационным советом программы ЮНЭЙДС в марте 2021 года.

Новые целевые показатели требуют большего, чем общий прогресс: они требуют, чтобы 95% людей, подверженных риску инфицирования ВИЧ, использовали комплексную профилактику, а новые цели тестирования и лечения «95–95–95» должны быть достигнуты во всех подгруппах населения, возрастных группах и географических условиях, включая детей, живущих с ВИЧ (рис. 1.1). Достижение этих целевых показателей к концу 2025 года уменьшит неравенство, связанное с ВИЧ, значительно сократит число новых случаев инфицирования ВИЧ и смертей, обусловленных СПИДом, и позволит вернуться на путь, позволяющий искоренить СПИД к 2030 году.

Последние данные из стран показывают, что были достигнуты важные успехи в снижении смертности, связанной со СПИДом, и что некоторые страны добились успехов в отмене карательных законов и политики, которые блокируют эффективность мер противодействия ВИЧ. Однако прогресс на пути ликвидации пандемии СПИДа скорее замедляется, чем ускоряется.

## **Прогресс на пути ликвидации пандемии СПИДа скорее замедляется, чем ускоряется.**

Мир отклонился от достижения большинства целей к 2025 году. Усилия по профилактике ВИЧ-инфекции особенно неэффективны в большинстве стран за пределами Африки к югу от Сахары, а меры комплексной профилактики не достигают достаточного масштаба или интенсивности. Меры по противодействию ВИЧ по-прежнему не дают результатов в ключевых и наиболее уязвимых группах населения, а прогресс в отношении социальных инструментов остаётся недостаточным. В противодействии ВИЧ необходимо срочно активизировать усилия для устранения сохраняющегося неравенства и пробелов во всех странах.

**РИСУНОК 1.1** Ключевые обязательства и целевые показатели на 2025 год в рамках Политической декларации по СПИДу

Покончить со всеми видами неравенства, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, подверженные риску инфицирования и затронутые ВИЧ, и их сообщества, а также покончить с неравенством внутри стран и между ними, которое является препятствием на пути к искоренению СПИДа;

Признать, что ключевые группы населения — это группы людей, которые с большей вероятностью могут инфицироваться ВИЧ или живут с ВИЧ. Ключевые группы населения с повышенным риском инфицирования ВИЧ включают геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендеров, потребителей инъекционных наркотиков, секс-работников и их клиентов, а также людей в тюрьмах и других закрытых учреждениях.

Выразить обеспокоенность тем, что в странах Африки к югу от Сахары девочки-подростки и молодые женщины подвергаются повышенному риску инфицирования ВИЧ, и что СПИД является основной причиной смертности среди девочек-подростков и женщин в возрасте 15–49 лет.

**ПЕРЕКРЕСТНЫЕ  
ОБЯЗАТЕЛЬСТВА И  
ЗАДАЧИ, ИЗЛОЖЕННЫЕ  
В ПОЛИТИЧЕСКОЙ  
ДЕКЛАРАЦИИ ПО СПИДУ  
2021 ГОДА**



Источник: Ликвидация неравенства и продвижение к ликвидации СПИДа к 2030 году: краткое изложение обязательств и целей в рамках Политической декларации Генеральной Ассамблеи Организации Объединённых Наций по ВИЧ и СПИДу 2021 года. Женева: UNAIDS; 2022 г.

## КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ ДЛЯ ВСЕХ

**РИСУНОК 1.2** Детализация целей комплексной профилактики

Цели «95–95–95» в области тестирования, лечения и подавления вирусной нагрузки во всех демографических группах, включая детей и подростков, и всех географических условиях

все беременные и кормящие женщины, живущие с ВИЧ, получают пожизненную антиретровирусную терапию, а 95% достигают и поддерживают подавление вирусной нагрузки до родов и во время грудного вскармливания;

95% женщин и девочек репродуктивного возраста получают медицинские услуги, связанные с ВИЧ, а также услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая дородовой и материнский уход, информацию и консультирование;

обеспечение того, чтобы к 2025 году все ВИЧ-отрицательные беременные и кормящие женщины, проживающие в местах, где остро стоит проблема инфицирования ВИЧ, или имеющие партнёров-мужчин с высоким риском инфицирования ВИЧ независимо от условий и места проживания, имели доступ к комплексной профилактике, включая доконтактную профилактику, и чтобы 90% их партнёров-мужчин, живущих с ВИЧ, постоянно получали антиретровирусную терапию;

Цели «10–10–10» в создании социально благоприятных условий

### ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, СВЯЗАННЫЕ С ПРОФИЛАКТИКОЙ, В ДРУГИХ РАЗДЕЛАХ ПОЛИТИЧЕСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ПО СПИДУ 2021 ГОДА

Программы комплексной профилактики — это программы, основанные на соблюдении прав, на фактических данных и проводимые с привлечением сообществ; эти программы сочетают биомедицинские, поведенческие и структурные вмешательства, приоритетность которых учитывает текущие потребности отдельных лиц и сообществ в профилактике ВИЧ, с тем чтобы оказать максимальное устойчивое воздействие на снижение числа новых случаев инфицирования ВИЧ.

#### ЦЕЛИ, ИЗЛОЖЕННЫЕ В ПОЛИТИЧЕСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ

#### ЦЕЛИ, ИЗЛОЖЕННЫЕ В ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО БОРЬБЕ СО СПИДОМ

#### СОКРАЩЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ДО МЕНЕЕ 370 000 К 2025 ГОДУ

С учетом новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин — до менее 50 000

95% входящих в группу риска по ВИЧ людей во всех эпидемиологически значимых группах, возрастных группах и географических регионах имели доступ к соответствующим их потребностям, ранжированным по приоритетности, учитывающим интересы людей и эффективным методам комплексной профилактики и использовали их. В это число входят 95% затронутых гуманитарными кризисами людей, входящих в группу риска по ВИЧ;

ДКП доступна для (10 миллионов) людей с высоким риском инфицирования ВИЧ;

постконтактная профилактика доступна для лиц, которые могли недавно инфицироваться ВИЧ;

90% мальчиков и мужчин подросткового возраста в 15 приоритетных странах прошли добровольное медицинское мужское обрезание

постоянное использование презерватива/лубриканта при последнем половом акте людьми, не использующими ДКП и имеющими нерегулярного партнёра, чей статус вирусной нагрузки ВИЧ неизвестен (включая людей, которые заведомо ВИЧ-отрицательны).

- > 95% среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, потребителей инъекционных наркотиков, трансгендеров и серодискордантных пар;
- > 90% секс-работников, заключённых и других лиц в закрытых учреждениях (с клиентом или непостоянным партнёром) используют презервативы/лубриканты.
- > 95% среди тех, кто подвержен очень высокому риску инфицирования (зарегистрированное поведение с высоким риском и/или проживание в районе с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ).
- > 70% среди тех, кто считается подверженным умеренному риску инфицирования (зарегистрированное поведение с низким риском или проживание в районе с умеренным уровнем заболеваемости ВИЧ).
- > 50% среди тех, кто считается подверженным низкому риску инфицирования (зарегистрированное поведение с низким риском или проживание в районе с низким уровнем заболеваемости ВИЧ).

90% подростков и молодых людей получают всестороннее половое просвещение в школах в соответствии с международным техническим руководством ООН

80% геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, секс-работников и трансгендеров имеют доступ к скринингу и лечению инфекций, передающихся половым путем

Регулярный доступ к соответствующим медицинским услугам или услугам силами сообществ

- > 100% заключённых и других лиц, находящихся в закрытых учреждениях.
- > 90% для геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, секс-работников, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и трансгендеров.

90% случаев использования стерильных игл и шприцев во время последней инъекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, заключённых и других лиц, находящихся в закрытых учреждениях;

50% охват опиоидной заместительной терапией среди людей с опиоидной зависимостью;

### ОСНОВНЫЕ ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ В ПОЛИТИЧЕСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ПО ВИЧ И СПИДУ И ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СПИДУ 2021 Г.

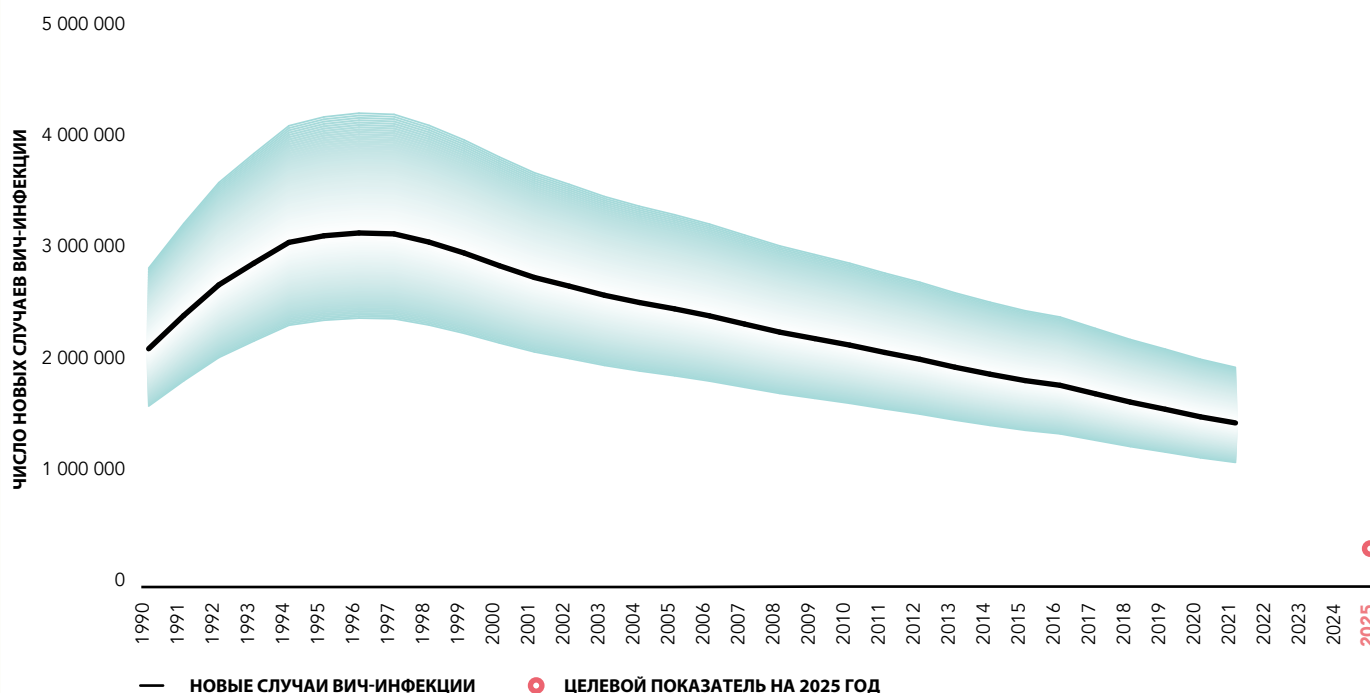
# ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**СНИЗИТЬ ЧИСЛО НОВЫХ СЛУЧАЕВ  
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ДО МЕНЕЕ 370 000.**

По состоянию на декабрь 2021 года международное сообщество не смогло достичь ни одной из поставленных на 2025 год задач по профилактике ВИЧ, поскольку 1,5 миллиона (1,1–2,0 млн) человек инфицировались ВИЧ в 2021 году (рис. 1.3). Каждый день 4 000 человек инфицируются ВИЧ; каждую неделю инфицируются 7 800 молодых людей (в возрасте от 15 до 24 лет).

Ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекции во всем мире снизилось на 32% с 2010 года, что намного меньше 83%-го снижения, необходимого для достижения целевого показателя на 2025 год – не более 370 000 новых случаев инфицирования. Хотя во время пандемии COVID-19 число новых случаев ВИЧ-инфекции во всем мире продолжало снижаться, в 2021 году сокращение числа новых случаев инфицирования было наименьшим годовым снижением с 2017 года. Исходя из текущих тенденций, в 2025 году 1,2 миллиона человек будут инфицированы ВИЧ, что почти в три раза больше целевого показателя на 2025 год.

**РИСУНОК 1.3** Число новых случаев ВИЧ-инфекции, все страны, 1990–2021 гг., и целевой показатель на 2025 г.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Хотя в 2021 году на страны Африки к югу от Сахары приходилось 59% новых случаев инфицирования ВИЧ, в последние годы снижение числа новых случаев инфицирования ВИЧ в остальном мире замедлилось. Это означает, что глобальная доля новых случаев ВИЧ-инфекции в неафриканских регионах увеличилась. В 2021 году на ключевые группы населения и их половых партнёров приходилось 94% новых случаев ВИЧ-инфекции в регионах за пределами Африки к югу от Сахары (см. рис. 0.04 во Введении).

Успехи в профилактике ВИЧ остаются разрозненными. Необходимо извлечь уроки из ситуации, когда надёжное сочетание услуг по профилактике ВИЧ позволяет охватить группы повышенного риска и добиться более широких и справедливых результатов; это поможет добиться более быстрого прогресса в снижении заболеваемости ВИЧ во всех группах населения и географических условиях.

## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**СНИЗИТЬ ЧИСЛО НОВЫХ СЛУЧАЕВ  
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕВОЧЕК-  
ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ  
ЖЕНЩИН ДО МЕНЕЕ 50 000.**

По оценкам, в 2021 году 250 000 (150 000–360 000) девочек-подростков и молодых женщин (в возрасте от 15 до 24 лет) были недавно инфицированы ВИЧ, что в пять раз превышает целевой показатель на 2025 год. Это соответствует 4900 новым случаям ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин каждую неделю. 82% девочек-подростков и молодых женщин, недавно инфицированных ВИЧ, в 2021 году проживали в странах Африки к югу от Сахары, в том числе две трети — в восточной и южной частях Африки. Многочисленные факторы уязвимости, включая вредные социальные нормы и обычаи, а также социальное, экономическое и гендерное неравенство (см. главу «Права»), препятствуют благополучию девочек-подростков и молодых женщин и требуют целенаправленных усилий по расширению профилактических программ.



Вансама Джонсон, молодая женщина, живущая с ВИЧ, проводит разъяснительную работу с клиентом (справа) в клинике по уходу и лечению. Кигамбони, Дар-эс-Салам, Объединённая Республика Танзания, 1 октября 2019 г.



## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ 95% ЛЮДЕЙ, ВХОДЯЩИХ В ГРУППУ РИСКА ПО ВИЧ ЛЮДЕЙ ВО ВСЕХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ГРУППАХ, ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ И ГЕОГРАФИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ ИМЕЛИ ДОСТУП К СООТВЕТСТВУЮЩИМ ИХ ПОТРЕБНОСТЯМ, РАНЖИРОВАННЫМ ПО ПРИОРИТЕТНОСТИ, УЧИТЫВАЮЩИМ ИНТЕРЕСЫ ЛЮДЕЙ И ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДАМ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ИСПОЛЬЗОВАЛИ ИХ.**

Охват и использование комплексной профилактики ВИЧ среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (исходя из использования не менее двух профилактических услуг за последние три месяца), в последние годы были низкими в каждом регионе, от 27 % в Азиатско-Тихоокеанском регионе до 53% в Западной и Центральной Африке (рис. 1.4). Охват профилактикой ВИЧ среди трансгендеров также был ниже целевых показателей на 2025 год во всех регионах, при этом в недавних страновых отчётах указывалось, что трансгендеры, пользующиеся как минимум двумя услугами по профилактике за последние три месяца, варьировались от 28% (в Восточной и Южной Африке) до 77% (в Восточной Европе и Центральной Азии).

В области охвата услугами по профилактике ВИЧ-инфекции действительно есть несколько обнадеживающих успехов. В 2021 году 24 из 83 стран, представивших отчётность, достигли 90-процентного охвата секс-работников использованием презервативов при последнем половом контакте. В восьми странах охват превышал 95%.<sup>1</sup> Восемнадцать стран сообщили о достижении целевого показателя 90% в использовании стерильных игл и шприцев при последней инъекции, а в шести странах охват превысил 95%.<sup>2</sup> Тем не менее, сохраняются серьёзные пробелы, и для полного достижения целей на 2025 год требуется использования полного спектра методов профилактики.

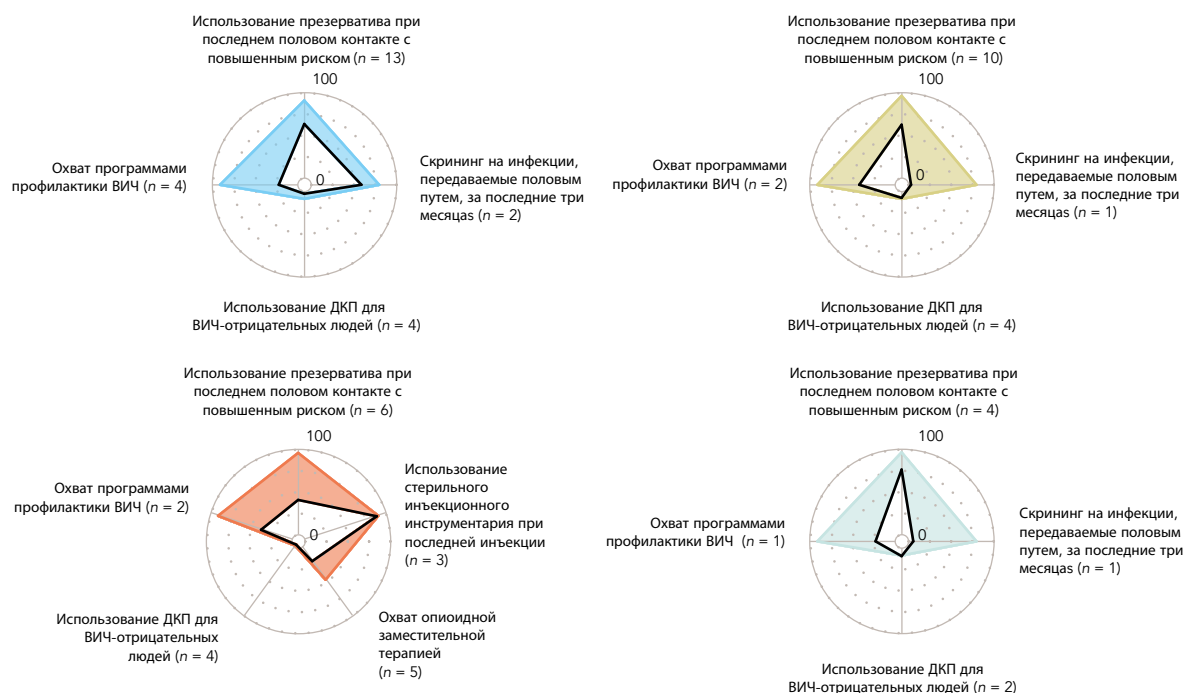


Консультант по вопросам наркозависимости общается с человеком, употребляющим наркотики, в медицинском центре «Мит Самлан», Пномпень, Камбоджа, 5 декабря 2019 года.

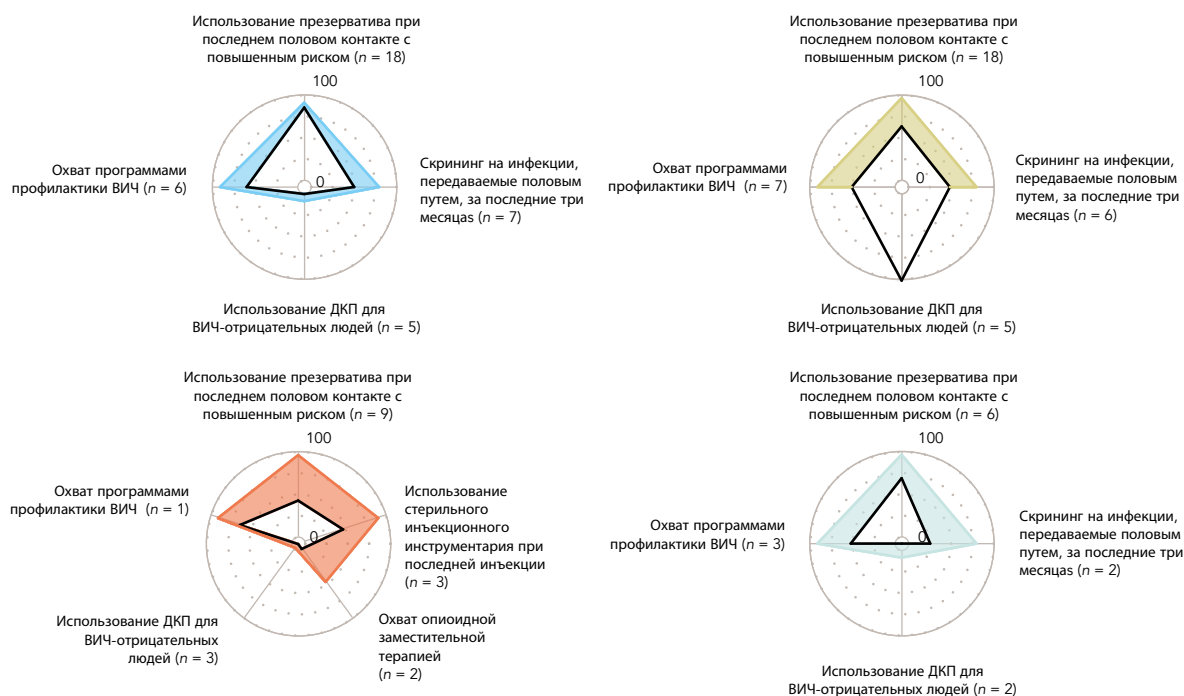
- 1 Этими странами являются Венесуэла, Эритрея, Казахстан, Мали, Парагвай, Молдова, Сербия и Сингапур.
- 2 Этими странами являются Армения, Бангладеш, Эстония, Индия, Непал и Украина.

**РИСУНОК 1.04** Разрыв в достижении целевых показателей в области комплексной профилактики среди ключевых групп населения, по видам вмешательства и регионам, 2017–2021 гг.

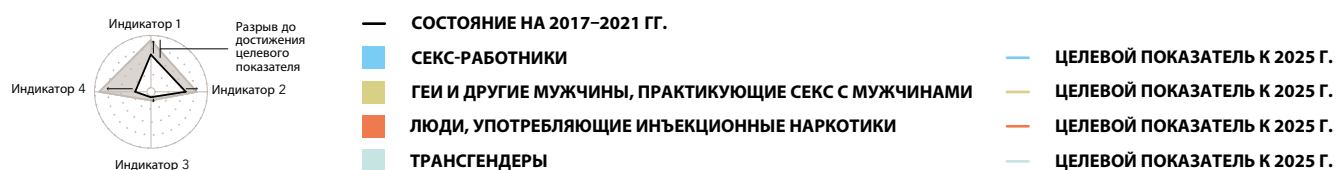
#### ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА



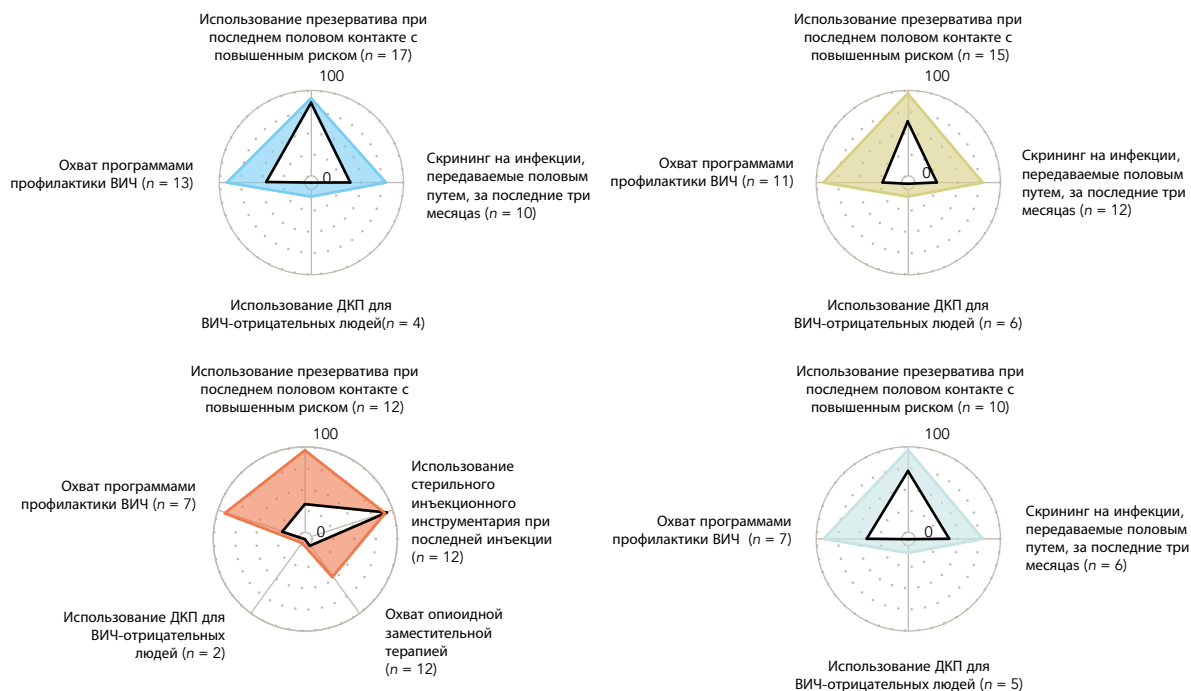
#### ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА



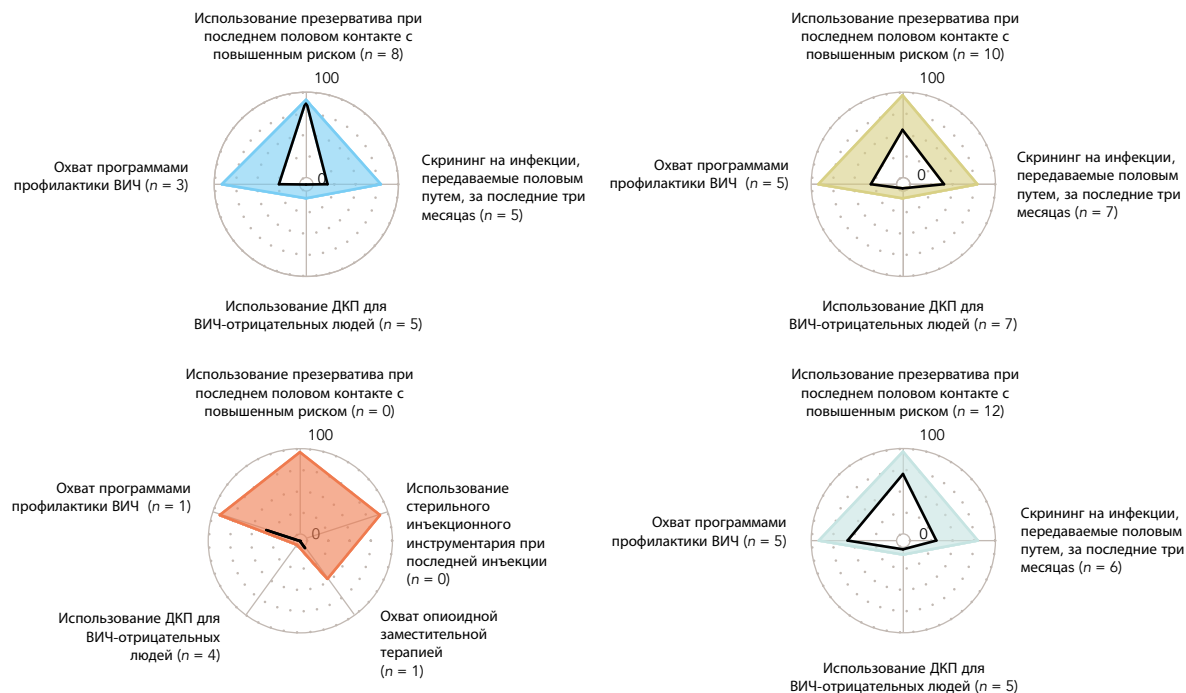
#### КАК ЧИТАТЬ



## АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН



## ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА



## КАК ЧИТАТЬ



## СОСТОЯНИЕ НА 2017–2021 ГГ.

СЕКС-РАБОТНИКИ

ГЕИ И ДРУГИЕ МУЖЧИНЫ, ПРАКТИКУЮЩИЕ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

ТРАНСГЕНДЕРЫ

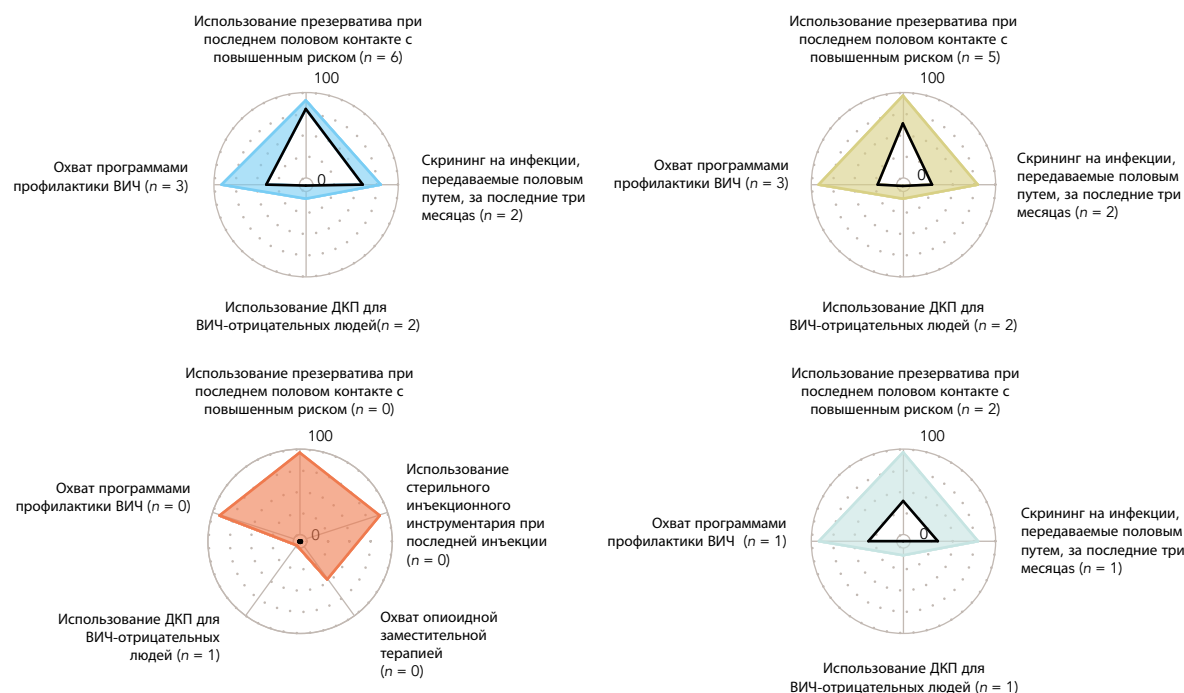
ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ К 2025 Г.

ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ К 2025 Г.

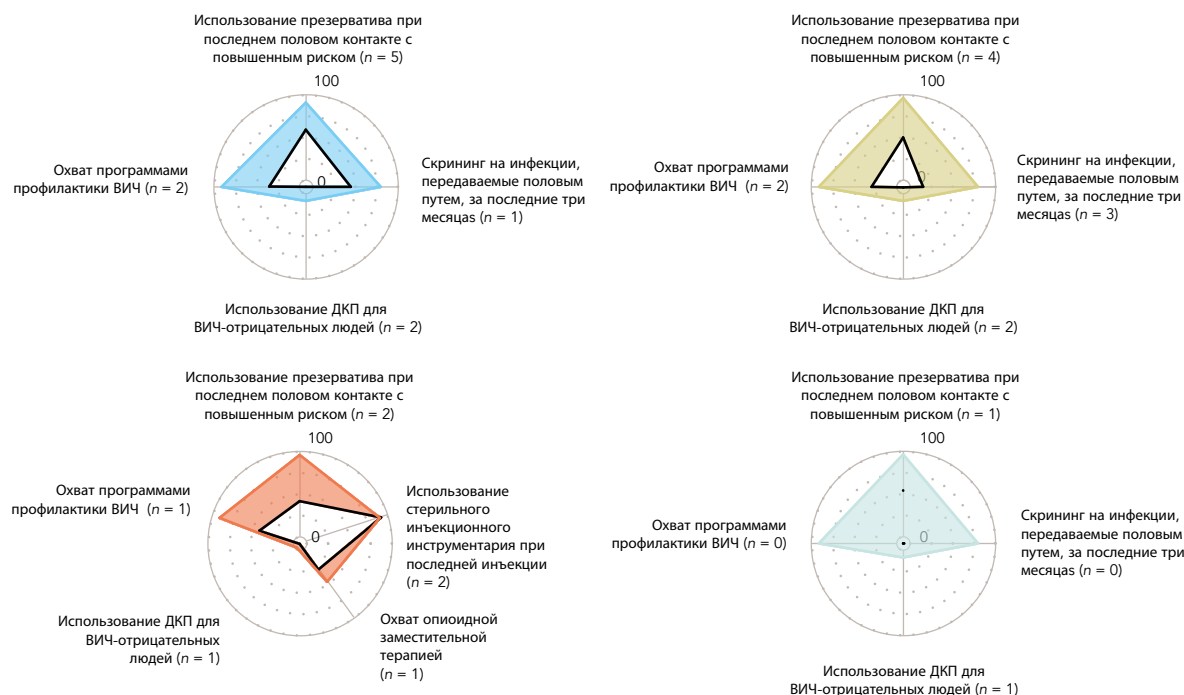
ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ К 2025 Г.

ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ К 2025 Г.

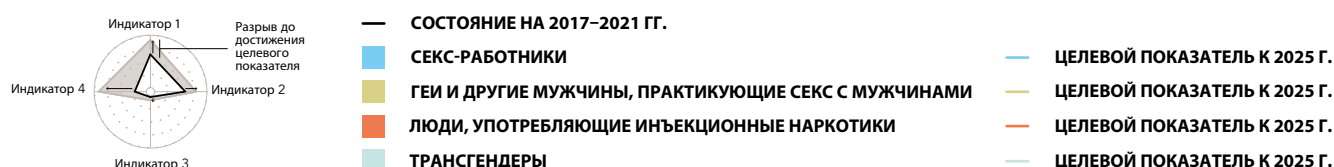
## КАРИБСКИЙ БАССЕЙН



## БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА



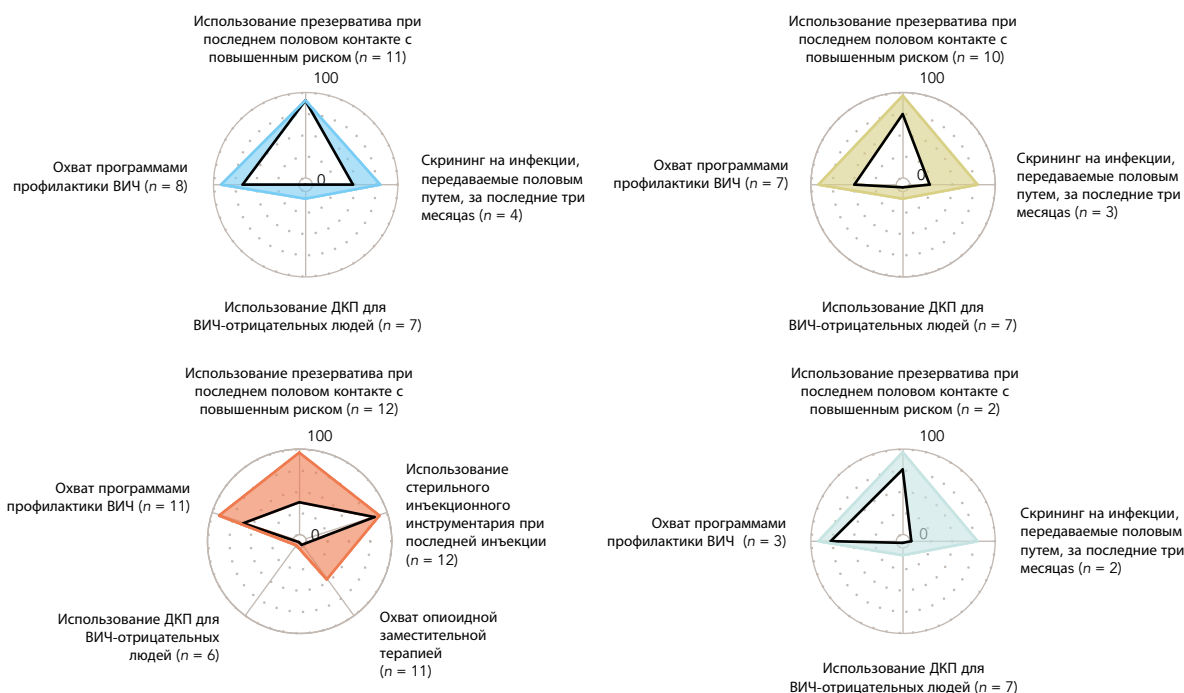
## КАК ЧИТАТЬ



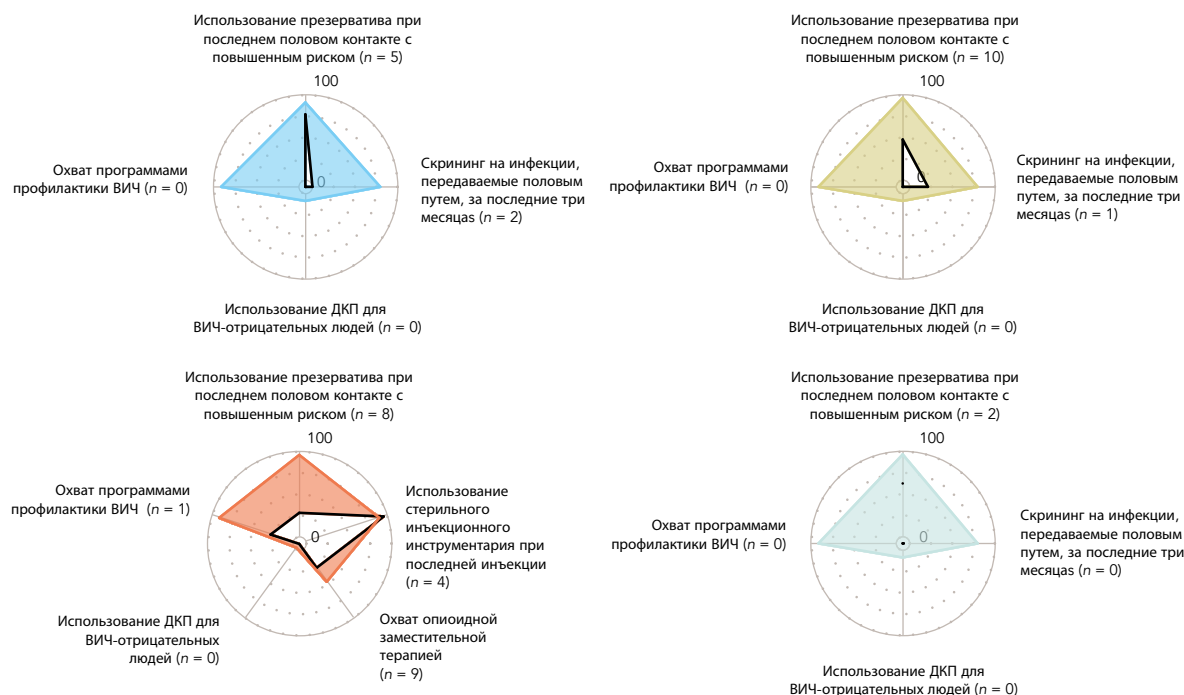
Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>); UNAIDS special analysis, 2022.

Note: "HIV prevention programmes coverage" refers to the key populations that reported receiving at least two prevention services in the past three months. Possible prevention services received included: condoms and lubricant and counselling on condom use and safer sex (all key populations); testing for sexually transmitted infections (sex workers, transgender people and gay men and other men who have sex with men; and sterile injecting equipment (people who inject drugs).

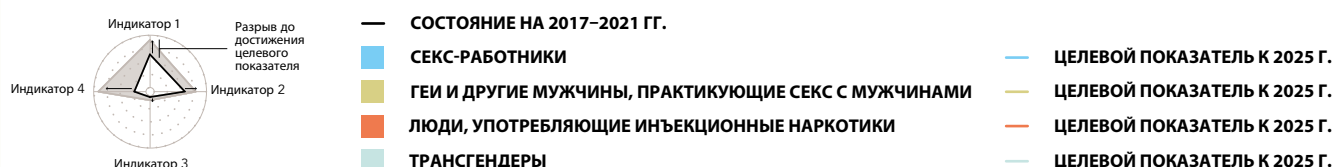
## ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ



## ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА



## КАК ЧИТАТЬ



Примечание: использование презервативов при последнем половом контакте с повышенным риском среди секс-работников, геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами; людьми, употребляющими инъекционные наркотики и трансгендеров не учитывает тех, кто получает ДКП, — следовательно, возможна недооценка. Показатели использования стерильных игл во время последней инъекции получены в ходе обследований, которые обычно проводятся в районах, где доступны соответствующие услуги, а значит такие показатели могут быть нерепрезентативными на национальном уровне.

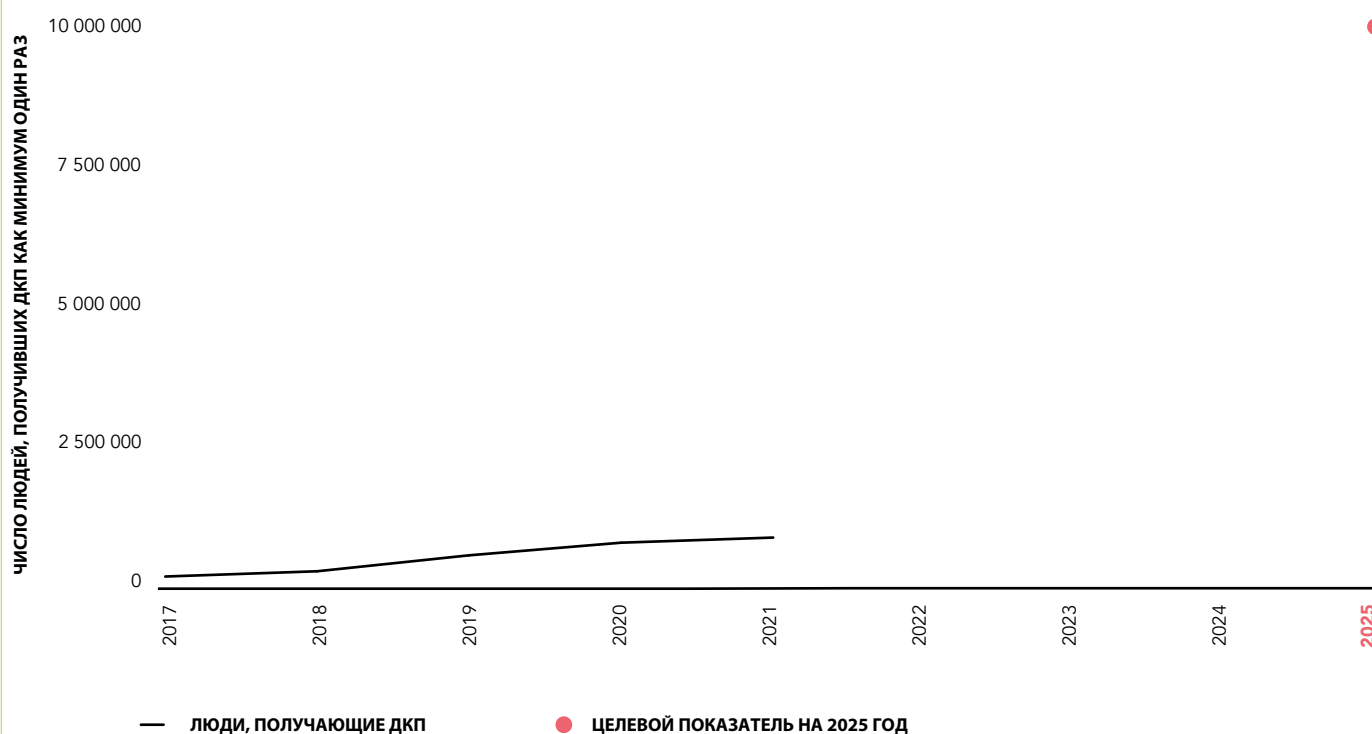
Целевые показатели по ДКП были рассчитаны на основе численности людей, которые наиболее нуждаются в использовании ДКП — людей, наиболее уязвимых к инфицированию ВИЧ, в каждой ключевой группе населения. Сообщаемое число людей, получающих ДКП, включает всех пользователей, независимо от степени уязвимости.

# ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

ОБЕСПЕЧИТЬ ДОСТУПНОСТЬ  
ДОКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ  
(ДКП) ДЛЯ 10 МИЛЛИОНОВ  
ЧЕЛОВЕК, ПОДВЕРЖЕННЫХ  
ЗНАЧИТЕЛЬНОМУ РИСКУ  
ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ,  
И ПОСТКОНТАКТНОЙ  
ПРОФИЛАКТИКИ (ПКП)  
ДЛЯ ЛЮДЕЙ, НЕДАВНО  
ПОДВЕРГШИХСЯ РИСКУ  
ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ.

В 2021 году более 1,6 миллиона человек во всем мире получали пероральную доконттактную профилактику (ДКП). Число людей, использовавших ДКП хотя бы один раз в течение отчетного года, увеличилось примерно вдвое: с 820 000 в 2020 году до 1,6 миллиона в 2021 году. Увеличение использования ДКП в 2021 году произошло на фоне пандемии COVID-19 и представляет собой продолжение расширяющегося использования ДКП с 2016 года, хотя этот показатель по-прежнему значительно ниже цели 2025 года, составляющей 10 миллионов человек, получающих ДКП (рис. 1.5).

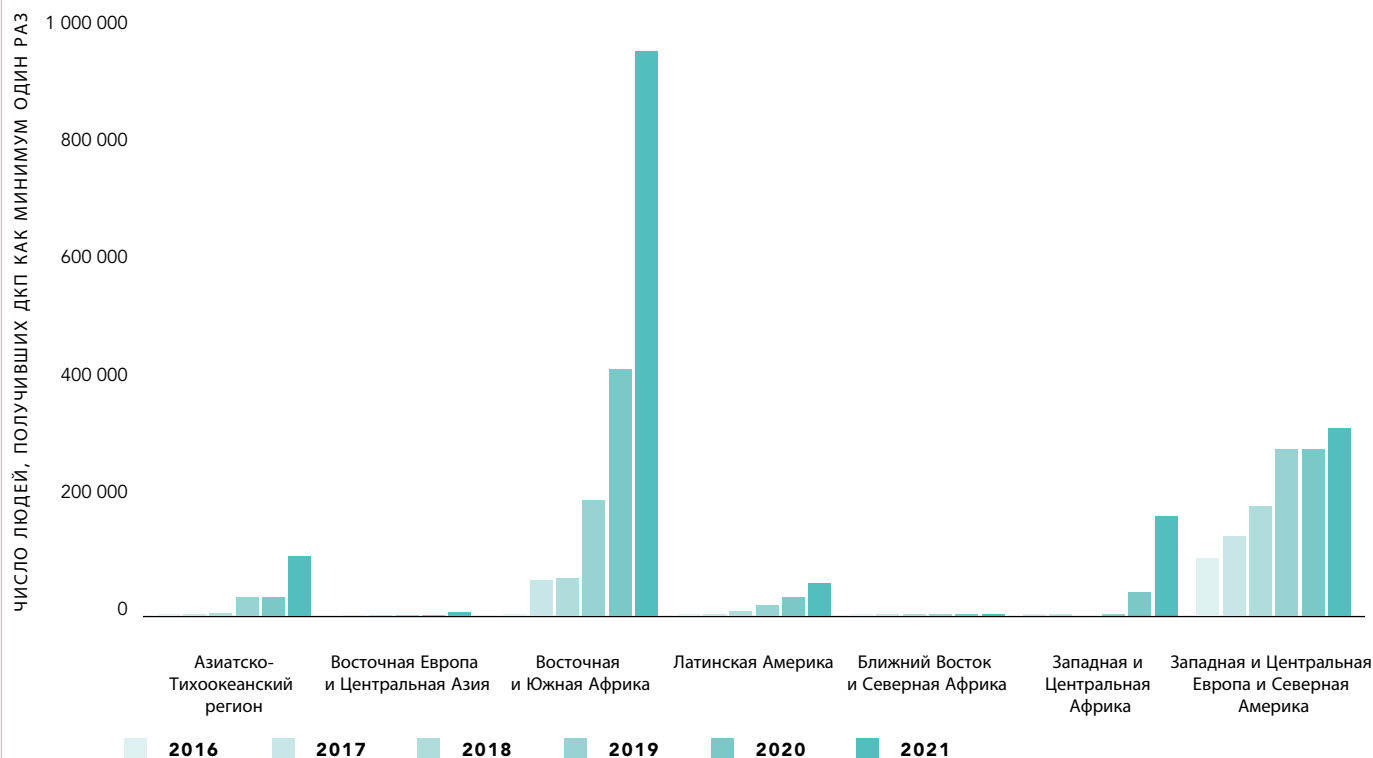
**РИСУНОК 1.5** Число людей, которые хотя бы раз получили доконттактную профилактику (ДКП) в течение отчетного периода, все страны, 2017–2021 гг., и целевой показатель на 2025 г.



Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

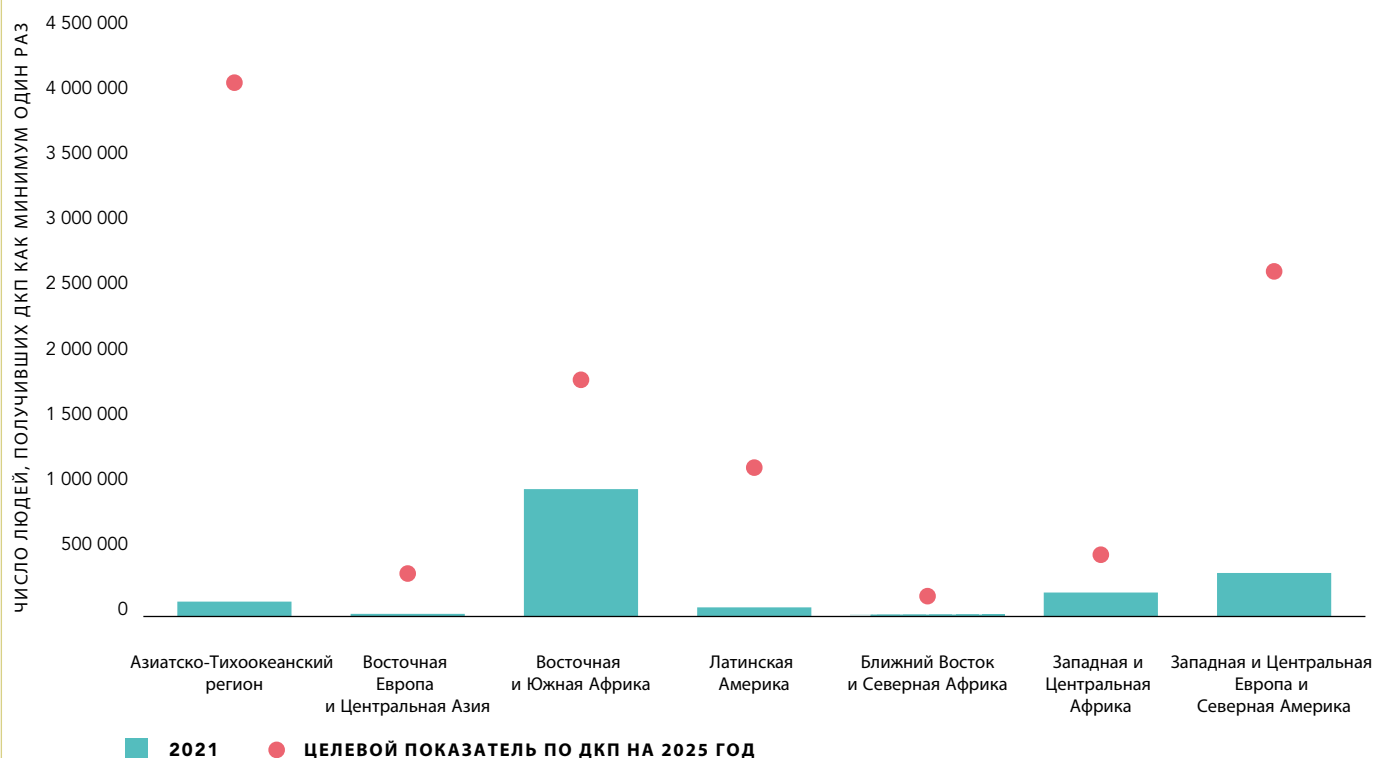
До недавнего времени использование ДКП было сосредоточено в странах с высоким уровнем доходов. Однако за последние два года в восточной и южной частях Африки наблюдалось заметный рост обращаемости за ДКП (рис. 1.6). В 2021 году Кения, ЮАР и Замбия лидировали по быстрому внедрению ДКП в восточной и южной частях Африки, при этом в других странах региона обращаемость за ДКП была намного скромней. Напротив, в других регионах стран с низким и средним уровнем дохода прогресс в расширении доступа к ДКП и его использования был минимальным (рис. 1.7).

**РИСУНОК 1.6** Число людей, которые хотя бы раз получили доконтактную профилактику (ДКП) в течение отчётного периода, по регионам, 2017–2021 гг.



Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**РИСУНОК 1.7** Число людей, которые хотя бы один раз получили доконтактную профилактику (ДКП) в течение отчётного периода, по регионам, 2021 г., и региональные целевые показатели на 2025 г.



Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

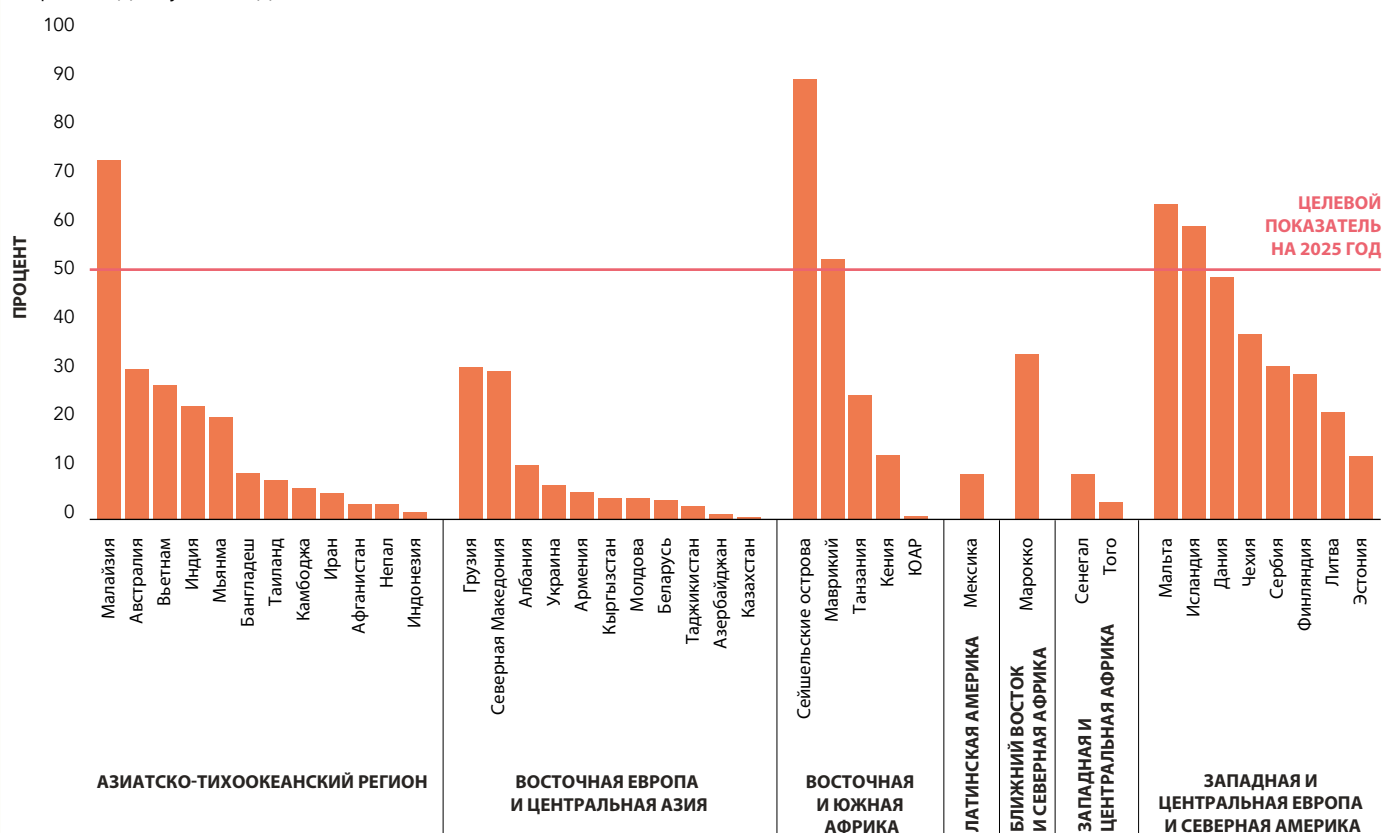


## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**50-ПРОЦЕНТНЫЙ ОХВАТ  
ТЕРАПИЕЙ ОПИОИДНЫМИ  
АГОНИСТАМИ СРЕДИ  
ЛЮДЕЙ С ОПИОИДНОЙ  
ЗАВИСИМОСТЬЮ.**

Применение терапии опиоидными агонистами для людей, употребляющих инъекционные наркотики, не достигает целевого показателя 50% ни в одном регионе, а в среднем среди стран, представивших отчётность, это значение было намного ниже целевого показателя в Азиатско-Тихоокеанском регионе (9%), Западной и Центральной Африке (7%), Восточной Европе и Центральной Азии (4%). Из 40 стран, представивших данные по этому показателю в 2017–2021 годах, только шесть — Дания, Ирландия, Малайзия, Мальта, Маврикий и Сейшельские Острова — обеспечивали терапию опиоидными агонистами не менее 50% людей с опиоидной зависимостью (рис. 1.8).

**РИСУНОК 1.8** Охват терапией опиоидными агонистами среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, страны с доступными данными, 2017–2021 гг.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**90-ПРОЦЕНТНЫЙ УРОВЕНЬ  
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТЕРИЛЬНОГО  
ИНЪЕКЦИОННОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ  
ВО ВРЕМЯ ПОСЛЕДНЕЙ ИНЪЕКЦИИ  
СРЕДИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ  
ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ, ЛЮДЕЙ  
В ТЮРЬМАХ И ДРУГИХ ЗАКРЫТЫХ  
УЧРЕЖДЕНИЯХ.**

С 2017 года из 54 стран, сообщивших о количестве игл и шприцев, выдаваемых в год на одного человека, употребляющего инъекционные наркотики, в рамках программ обмена игл и шприцев, только шесть сообщили о достижении рекомендованного показателя в 200 игл и шприцев, выдаваемых на одного человека, употребляющего инъекционные наркотики. За тот же период только 18 из 40 стран, представивших отчётность, достигли 90-процентного целевого показателя охвата безопасной инъекционной практикой.

Для достижения целевых показателей к 2025 году требуется более сильная политическая воля и устранение пробелов в финансировании для внедрения и расширения программ терапии опиоидными агонистами, а также программ обмена игл и шприцев, особенно в регионах, где эпидемии возникают преимущественно среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их сексуальных партнёров.



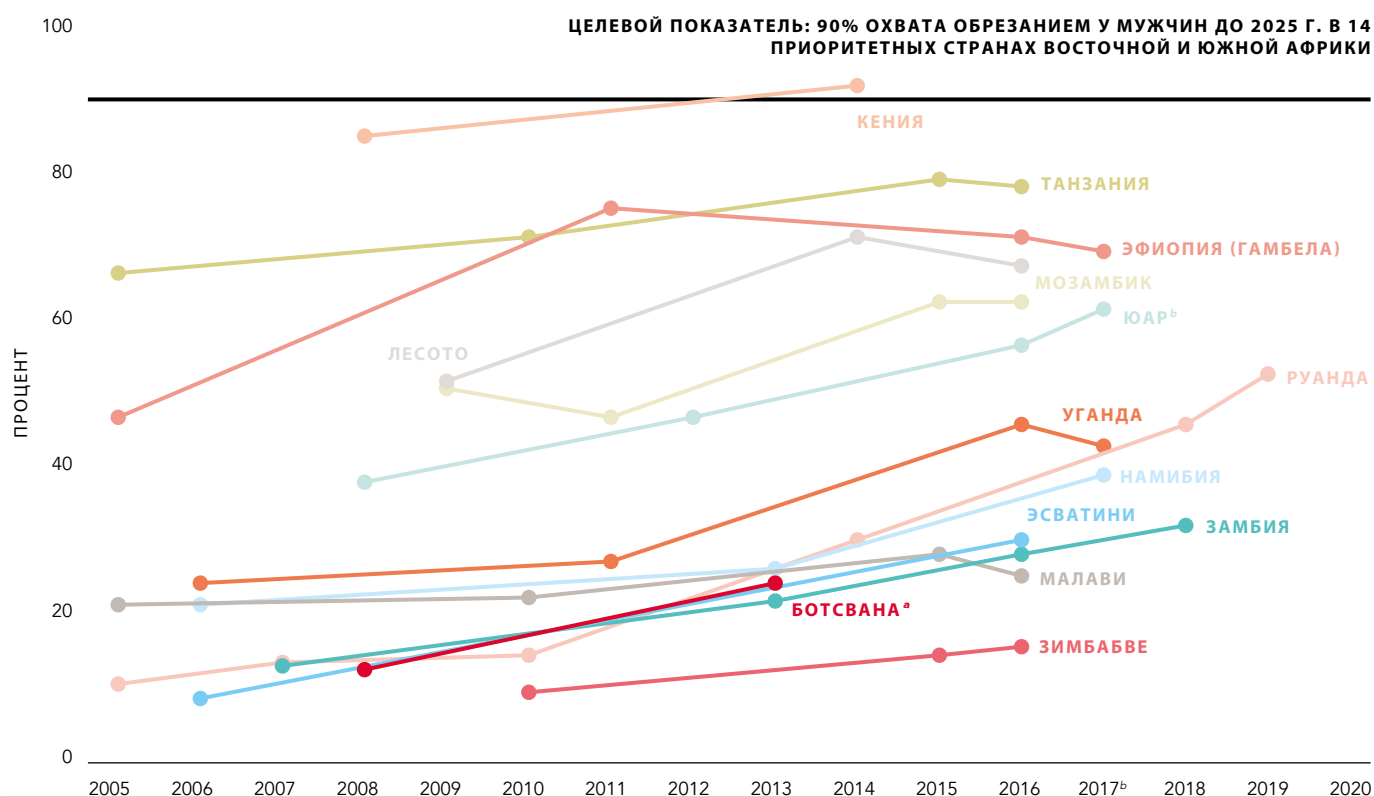
Азизи Лай, ВИЧ-позитивный водитель мотоциклетного такси. Темеке, Дар-эс-Салам, Объединенная Республика Танзания, 13 ноября 2020 г.

# ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**90% ПОДРОСТКОВ И МУЖЧИН  
В 15 ПРИОРИТЕТНЫХ  
СТРАНАХ ИМЕЮТ ДОСТУП К  
ДОБРОВОЛЬНОМУ МУЖСКОМУ  
МЕДИЦИНСКОМУ ОБРЕЗАНИЮ  
(ДММО), ВКЛЮЧЁННОМУ В  
МИНИМАЛЬНЫЙ ПАКЕТ УСЛУГ.**

Глобальная стратегия по противодействию СПИДу призывает к тому, чтобы 90% мужчин и мальчиков в 15 приоритетных странах восточной и южной частей Африки прошли добровольное медицинское мужское обрезание (ДММО), чтобы снизить риск инфицирования ВИЧ. Прогресс в достижении цели 90%, которая включает как ДММО, так и традиционное мужское обрезание, варьируется в зависимости от приоритетных стран (рис. 1.9). Судя по имеющимся данным, Кения является единственной приоритетной страной, достигшей 90-процентного уровня, хотя другие страны, в частности, Эфиопия и Танзания, находятся в пределах досягаемости целевого показателя. В то время как внедрение ДММО в Лесото и ЮАР быстро растёт, прогресс отстает в других приоритетных странах, имеющих гораздо более низкие уровни охвата — Эсватини, Уганда, Замбия и Зимбабве.

**РИСУНОК 1.9** Распространённость обрезания у мужчин, 14 приоритетных стран, 2005–2020 гг. и целевой показатель на 2025 г.



<sup>a</sup> Исследования воздействия СПИДа в Ботсване, лица мужского пола в возрасте от 10 до 64 лет.

<sup>b</sup> Исследование HSRC 2017 г.

Источник: недавнее медико-демографическое исследование (DHS) и Оценка воздействия ВИЧ по группам населения (PHIA) (2005–2020).

Note: Data for South Sudan not included.

В период с 2008 по конец 2021 года 32 миллиона мужчин и мальчиков прошли ДММО в 15 приоритетных странах. Как в 2020, так и в 2021 году от 2,5 до 3,0 миллионов мужчин и мальчиков ежегодно проходили процедуру добровольного обрезания, но для достижения целевого показателя по ДММО к 2025 году требуется в целом дополнительно 12 миллионов процедур в 2022–2025 годах. Вызывает озабоченность неспособность программ ДММО восстановить прежние масштабы в 2021 году после резкого спада во время ограничительных мер, связанных с пандемией COVID-19, а так как на сегодняшний день использование услуг непропорционально охватывает в основном мальчиков-подростков, достижение цели в области ДММО потребует больших усилий в охвате мужчин старшего возраста.

## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**СОКРАТИТЬ ЧИСЛО  
ЕЖЕГОДНЫХ СМЕРТЕЙ,  
СВЯЗАННЫХ СО СПИДОМ, ДО  
МЕНЕЕ 250 000.**

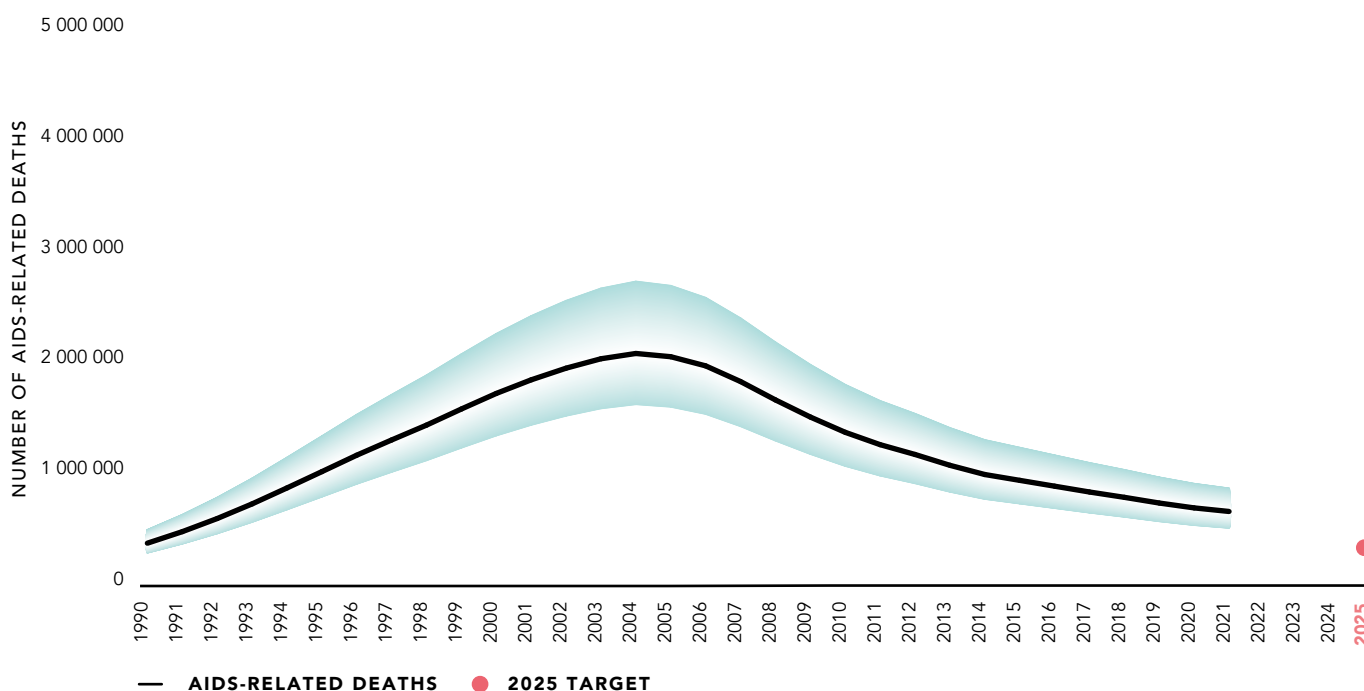
## ЦЕЛИ “95–95–95” В ОБЛАСТИ ТЕСТИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Сокращение смертности, связанной со СПИДом, за счет интенсивного расширения тестирования на ВИЧ и антиретровирусной терапии стало одним из самых больших успехов в эпоху глобального противодействия ВИЧ ускоренными темпами. Тем не менее, в 2021 году 650 000 (510 000–860 000) человек умерли по причинам, связанным со СПИДом. На детей (в возрасте от 0 до 14 лет) по-прежнему приходится непропорционально большая доля смертности, обусловленной СПИДом: в 2021 году дети составляли 4% людей, живущих с ВИЧ, однако доля смертности, обусловленной СПИДом, среди детей составила 15%.

При сохранении нынешних тенденций можно предположить, что в 2025 году от причин, связанных со СПИДом, умрут 460 000 человек. Это на 23% больше, чем целевой показатель на 2025 год, предусматривающий менее 250 000 смертей (рис. 1.10). Если международное сообщество собирается достичь цели к 2025 году, необходимо активизировать тестирование на ВИЧ и лечение ВИЧ-инфекции, целенаправленно охватывая услугами тех, кто все ещё остаётся без внимания, расширяя доступ к лечению и гарантируя, что каждый человек, получивший положительный результат теста на ВИЧ, будет быстро включён в систему оказания медицинской помощи, а также увеличивая долю пациентов, остающихся на лечении, и добиваясь лучших показателей в подавлении вирусной нагрузки.

Туберкулёз и криптококковый менингит являются ведущими причинами заболеваемости и смертности на поздних стадиях ВИЧ-инфекции: в 2014 году криптококковый менингит стал причиной 15% смертности, связанной со СПИДом, во всем мире (1). По-прежнему крайне важно, чтобы люди, подверженные риску инфицирования ВИЧ, были обеспечены доступом к комплексным услугам, учитывающим интересы людей и специфические условия, в том числе услуги диагностики, лечения и профилактического скрининга. Как подчёркивается в новых рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более ранняя диагностика и более эффективное лечение криптококковой инфекции и её осложнений имеют решающее значение для снижения заболеваемости и связанной с ней высокой смертности от криптококкового менингита в странах с низким и средним уровнем доходов (2).

**РИСУНОК 1.10** Смертность, обусловленная СПИДом, 1990–2021 гг., и целевой показатель на 2025 г.



## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**ОБЕСПЕЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ  
ОТ ВИЧ 34 МИЛЛИОНОВ  
ЧЕЛОВЕК.**

## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

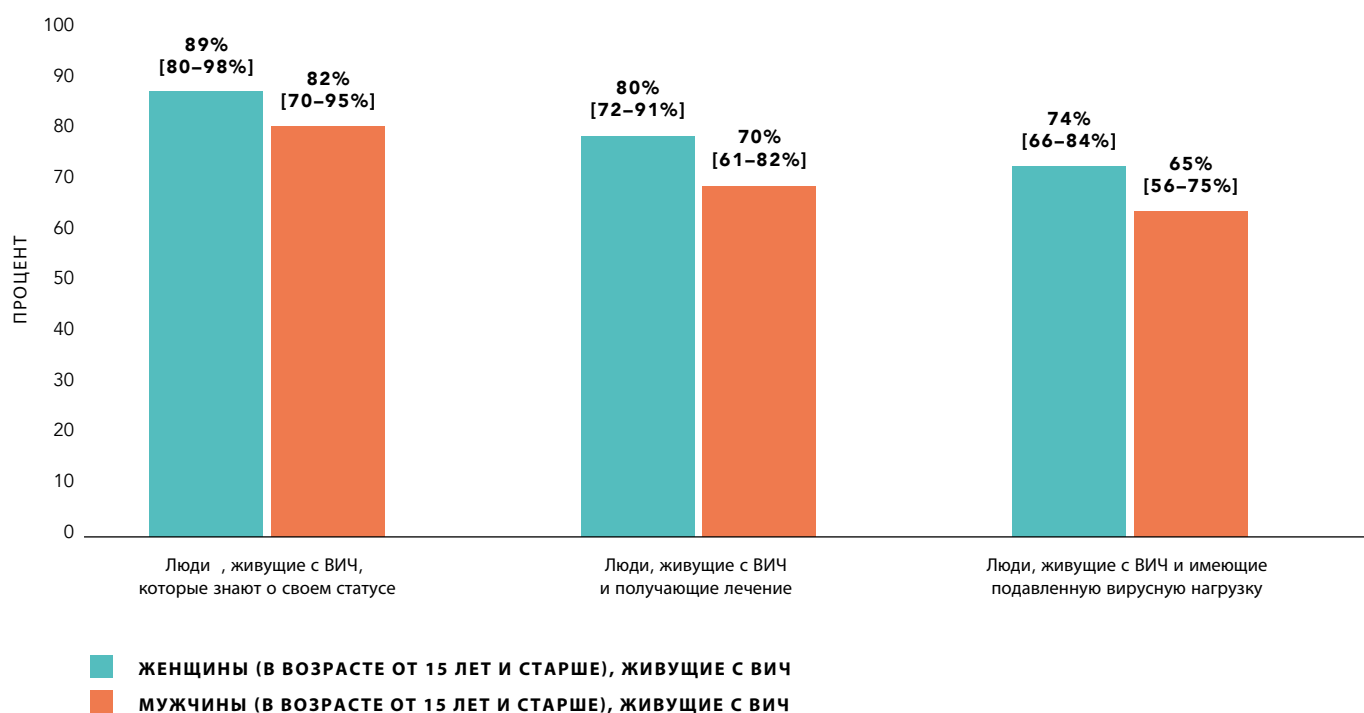
**ДОСТИЧЬ ЦЕЛЕВЫХ  
ПОКАЗАТЕЛЕЙ «95–95–95»  
В ОБЛАСТИ ТЕСТИРОВАНИЯ,  
ЛЕЧЕНИЯ И ПОДАВЛЕНИЯ  
ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ВО ВСЕХ  
ГЕОГРАФИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ  
И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ  
ГРУППАХ, ВКЛЮЧАЯ ДЕТЕЙ И  
ПОДРОСТКОВ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ.**

В 2021 году антиретровирусную терапию получали 28,7 миллиона человек, живущих с ВИЧ, — 75% (66–85%) от общего числа в мире. Это увеличение всего на 1,5 миллиона человек по сравнению с 2020 годом, и это наименьшее увеличение абсолютного числа людей, находящихся на лечении, с 2009 года. Чтобы к 2025 году достичь глобальной цели в 34 миллиона человек, получающих лечение, число людей, получающих антиретровирусную терапию, должно увеличиваться не менее чем на 1,3 миллиона человек в год.

В 2021 году были достигнуты дальнейшие успехи в достижении целевых показателей «95–95–95». В 2021 году 85% людей, живущих с ВИЧ во всем мире, знали свой ВИЧ-статус, 75% людей, живущих с ВИЧ, получали антиретровирусную терапию (что составляет 88% тех, кто знал о своем ВИЧ-положительном статусе), и 68% людей, живущих с ВИЧ, достигли подавления вирусной нагрузки (что составляет 92% людей, получающих лечение).

Прогресс в достижении целей «95–95–95» очевиден во всех регионах, при этом особенно заметны успехи в расширении масштабов лечения ВИЧ в Западной и Центральной Африке (см. региональные обзоры). В большинстве регионов самые большие пробелы в каскаде лечения приходятся на первые две цели «95»: знание своего ВИЧ-статуса и получение лечения.

**РИСУНОК 1.11** Каскад тестирования и лечения, дети (в возрасте 0–14 лет) по сравнению со взрослыми (в возрасте от 15 лет и старше), в мире, 2021 г.





80%

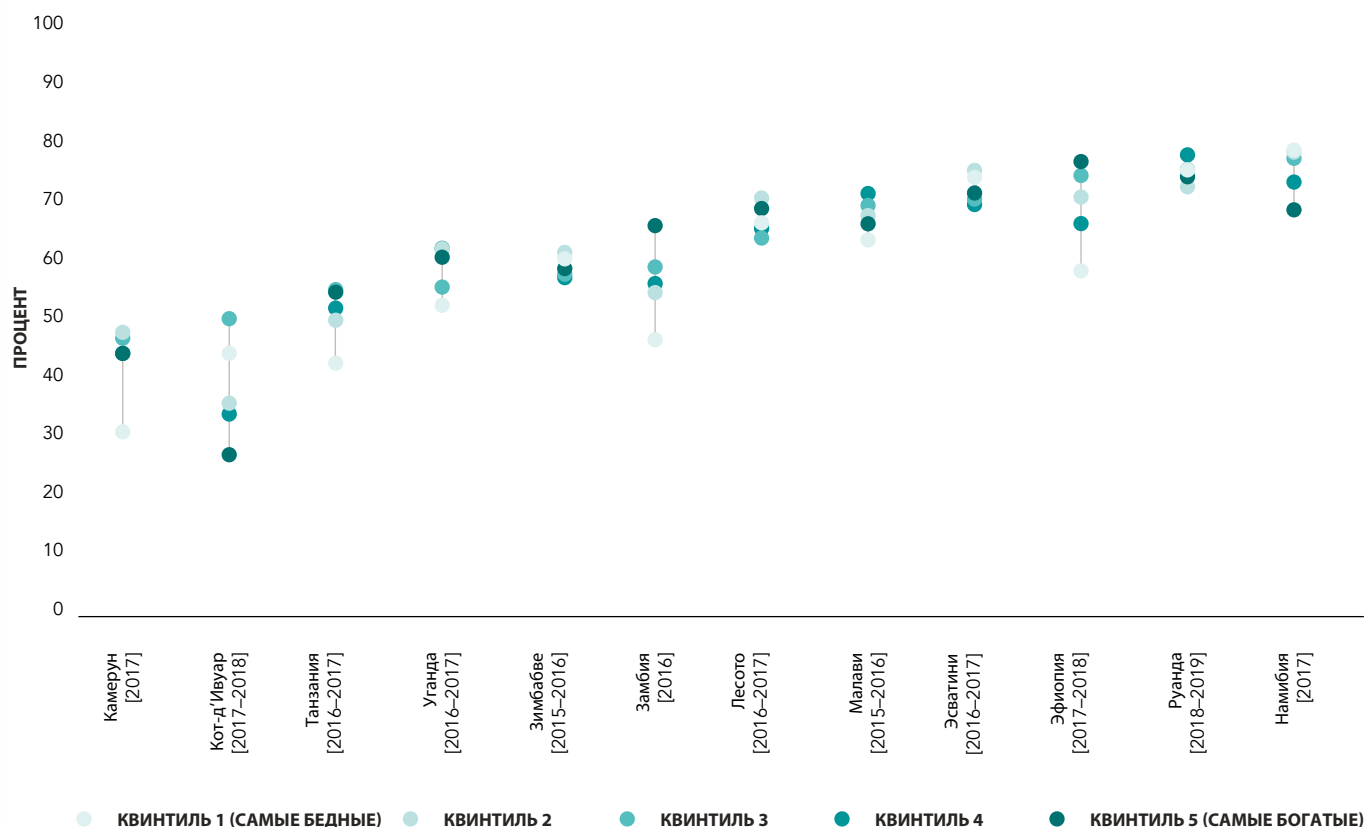
### ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПОЛУЧИЛИ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ В 2021 ГОДУ

В то время как продвижение к целям «95–95–95» наблюдается во всех регионах, прогресс идёт медленнее в тех регионах, где растёт число новых случаев ВИЧ-инфекции. В Восточной Европе и Центральной Азии, одном из регионов с растущим числом новых случаев ВИЧ-инфекции, в 2021 году только 51% людей, живущих с ВИЧ, получали лечение, а 48% (94% получавших лечение) имели подавление вирусной нагрузки. Хотя осведомлённость о ВИЧ-статусе среди людей, живущих с ВИЧ, заметно возросли на Ближнем Востоке и в Северной Африке, регион отстает по показателю лечения ВИЧ-инфекции: 50% людей, живущих с ВИЧ, получали антиретровирусную терапию в 2021 году, а 44% (89% получающих лечение) достигли подавления вирусной нагрузки. Латинская Америка и Карибский бассейн также отстают от среднемирового показателя охвата лечением ВИЧ-инфекции и подавления вирусной нагрузки.

Сохраняются существенные различия в доступе к антиретровирусной терапии. Во всем мире мужчины, живущие с ВИЧ, реже получают антиретровирусную терапию, чем женщины, живущие с ВИЧ: в 2021 году 80% женщин, живущих с ВИЧ, получали антиретровирусную терапию, тогда как лишь 70% мужчин, живущих с ВИЧ, получали лечение (рис. 1.11). Аналогичным образом показатели подавления вирусной нагрузки заметно выше среди женщин, живущих с ВИЧ, во всем мире (74%), чем среди мужчин, живущих с ВИЧ (65%).

Различия также очевидны при анализе подавления вирусной нагрузки на уровне населения по квинтилям благосостояния (рис. 1.12). Неравенство, связанное с благосостоянием, особенно очевидно в Камеруне, Кот-д'Ивуаре, Эфиопии, Танзании и Замбии. Данные свидетельствуют о том, что неравенство отражает лежащие в основе социальные и экономические детерминанты здоровья, влияющие на тестирование, связь с системой оказания медицинской помощи и приверженность людей, живущих с ВИЧ, к лечению.

**РИСУНОК 1.12** Viral load suppression among all people living with HIV, by wealth quintile, selected countries, 2015–2019



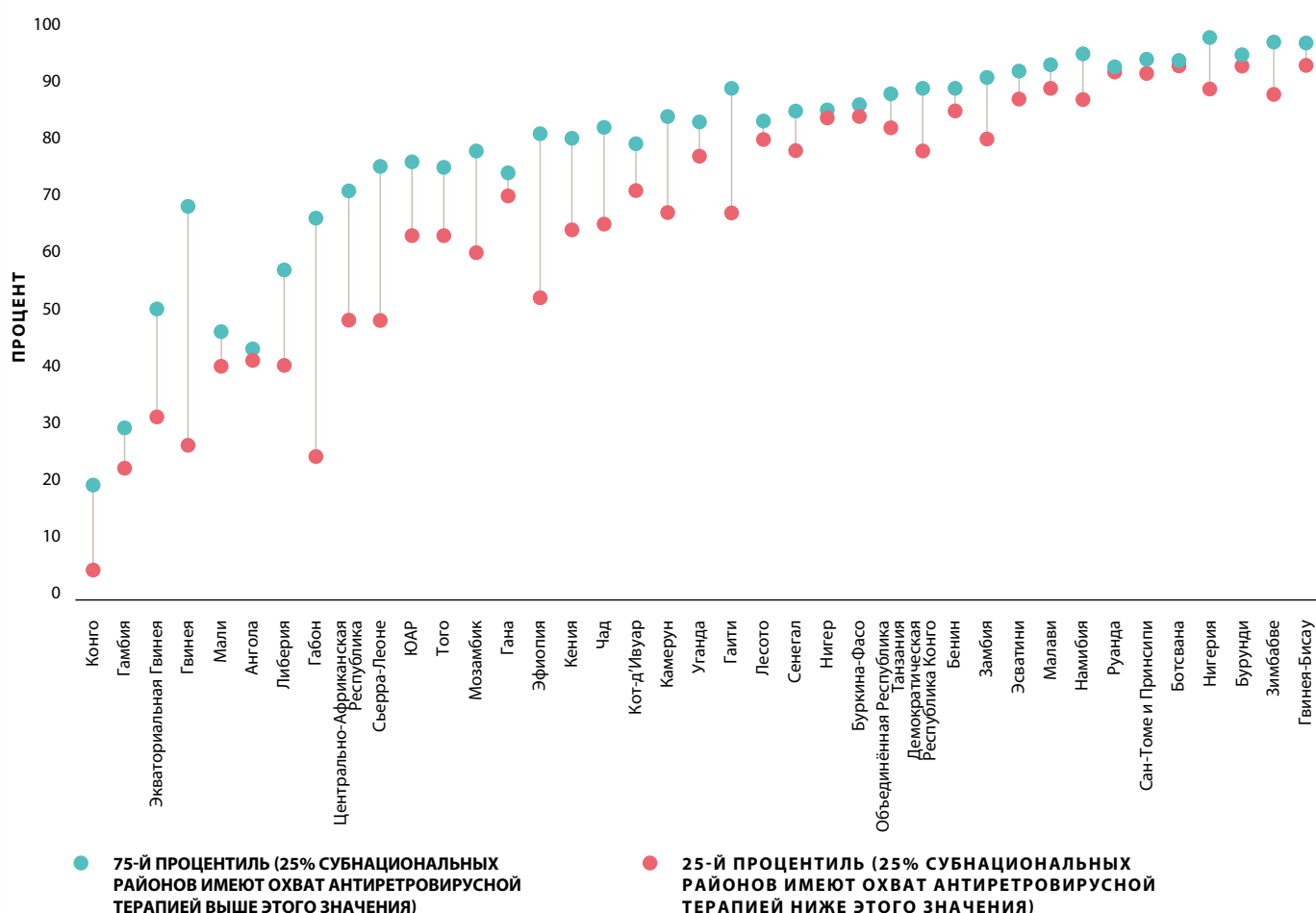
Source: Population-Based HIV Impact Assessment (PHIA) surveys, 2015–2019; PHIA Project [database]. New York (NY): ICAP; c2022 (<https://phia-data.icap.columbia.edu/>).

Note: Data for quintile 5 in Côte d'Ivoire is based on 32 individuals.

Часто между районами внутри стран существуют существенные пробелы в доступе к лечению ВИЧ. Это показано на рисунке 1.13, где отражены различия в охвате лечением ВИЧ-инфекции между районами с самым высоким и самым низким охватом лечением. Большие различия в охвате лечением между районами (разница  $\geq 15\%$ ) особенно очевидны в нескольких странах, в числе которых Камерун, Центральноафриканская Республика, Чад, Конго, Экваториальная Гвинея, Эфиопия, Габон, Гвинея, Гаити, Кения, Либерия и Сьерра-Леоне. Заметные различия в охвате лечением между районами подчёркивают важность целенаправленного планирования на основе данных на субнациональном уровне для устранения местных барьеров и ускоренных мер по расширению услуг, особенно в отстающих регионах.

## Часто между районами внутри стран выявляются существенные пробелы в доступе к лечению ВИЧ-инфекции.

**РИСУНОК 1.13** Inequalities in subnational antiretroviral therapy coverage, selected high HIV prevalence countries, 2021

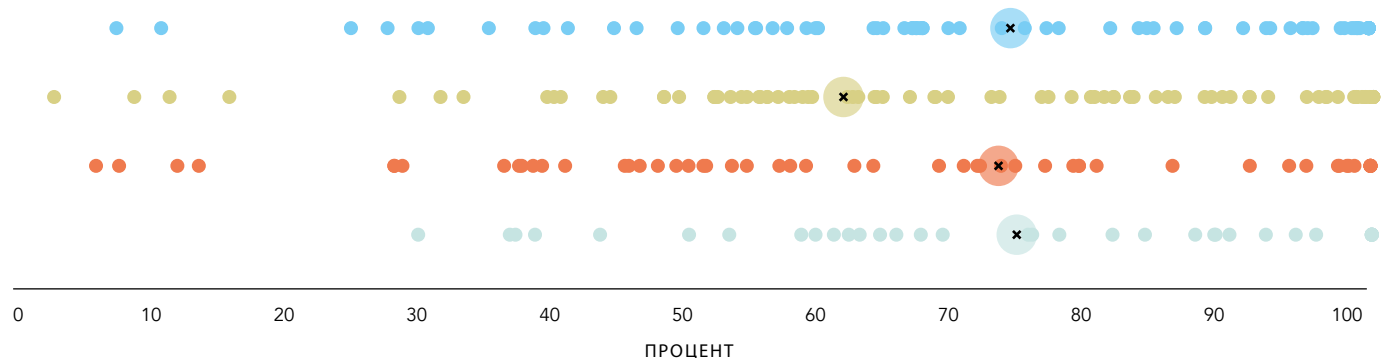




Доля представителей ключевых групп населения, недавно прошедших тестирование на ВИЧ и знающих свой статус, остаётся низкой. Последние опубликованные данные показывают, что в среднем во всем мире почти трое из четырёх работников секс-бизнеса, геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, а также трансгендеров либо за последние 12 месяцев прошли тест на ВИЧ и получили результат, либо ранее имели положительный результат теста на ВИЧ (рис. 1.14). Это означает, что примерно каждый четвёртый представитель ключевой группы населения не знает свой ВИЧ-статус.

## Доля представителей ключевых групп населения, недавно прошедших тестирование на ВИЧ и знающих свой статус, остаётся низкой.

**РИСУНОК 1.14** Тестирование на ВИЧ и знание своего статуса среди представителей ключевых групп населения, глобально, 2017–2021 гг.



- СЕКС-РАБОТНИКИ
- ГЕИ И ДРУГИЕ МУЖЧИНЫ, ПРАКТИКУЮЩИЕ СЕКС С МУЖЧИНАМИ
- ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЁМ
- ТРАНСГЕНДЕРЫ
- ✕ ГЛОБАЛЬНЫЕ МЕДИАНЫ

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

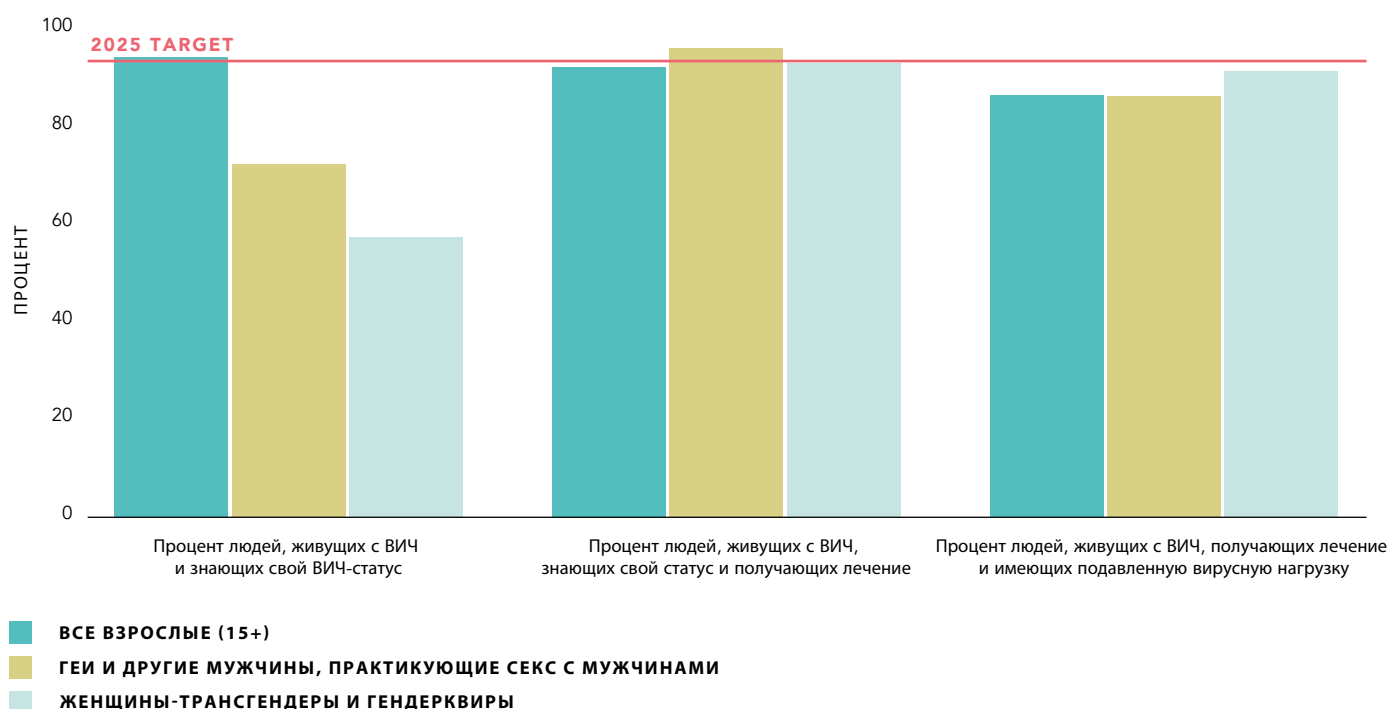
Примечание: данные включают представителей ключевых групп населения, прошедших тестирование в последние 12 месяцев и знающих об отрицательном результате, а также ранее прошедших тестирование представителей ключевых групп населения, знающих свой ВИЧ-положительный статус.

Эти пробелы в тестировании производят негативный каскадный эффект, ведущий к снижению числа представителей ключевых групп населения, начинающих лечение и достигающих подавления вирусной нагрузки. Данные по Зимбабве прямо указывают на эту проблему, хотя здесь также заметен потенциал, связанный с активизацией программ по тестированию внутри сообществ для устранения этих несоответствий на местах (рис. 1.15). В 2019 году в Зимбабве уровень осведомлённости о своём ВИЧ-статусе среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендерных женщин и гендерквиров, живущих с ВИЧ, был ниже чем в среднем среди людей, живущих с ВИЧ, однако представители ключевых групп населения, живущие с ВИЧ, знающие свой статус, достигали аналогичных уровней подавления вирусной нагрузки, если они начинали лечение и получали поддержку для удержания в системе помощи при ВИЧ-инфекции.

Заметные пробелы в охвате лечением касаются также заключённых, живущих с ВИЧ. Среди 41 страны, сообщившей данные об охвате заключённых антиретровирусной терапией за последние годы, только 14 стран сообщили об охвате свыше 95%, а у семи стран охват не достиг 35%.

## В 2019 году в Зимбабве уровень осведомлённости о своём ВИЧ-статусе среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендерных женщин и гендерквиров, живущих с ВИЧ, был ниже, чем в среднем среди людей, живущих с ВИЧ.

РИСУНОК 1.15 Неравенство в достижении целей "95–95–95", по группам населения, Зимбабве, 2019 г.

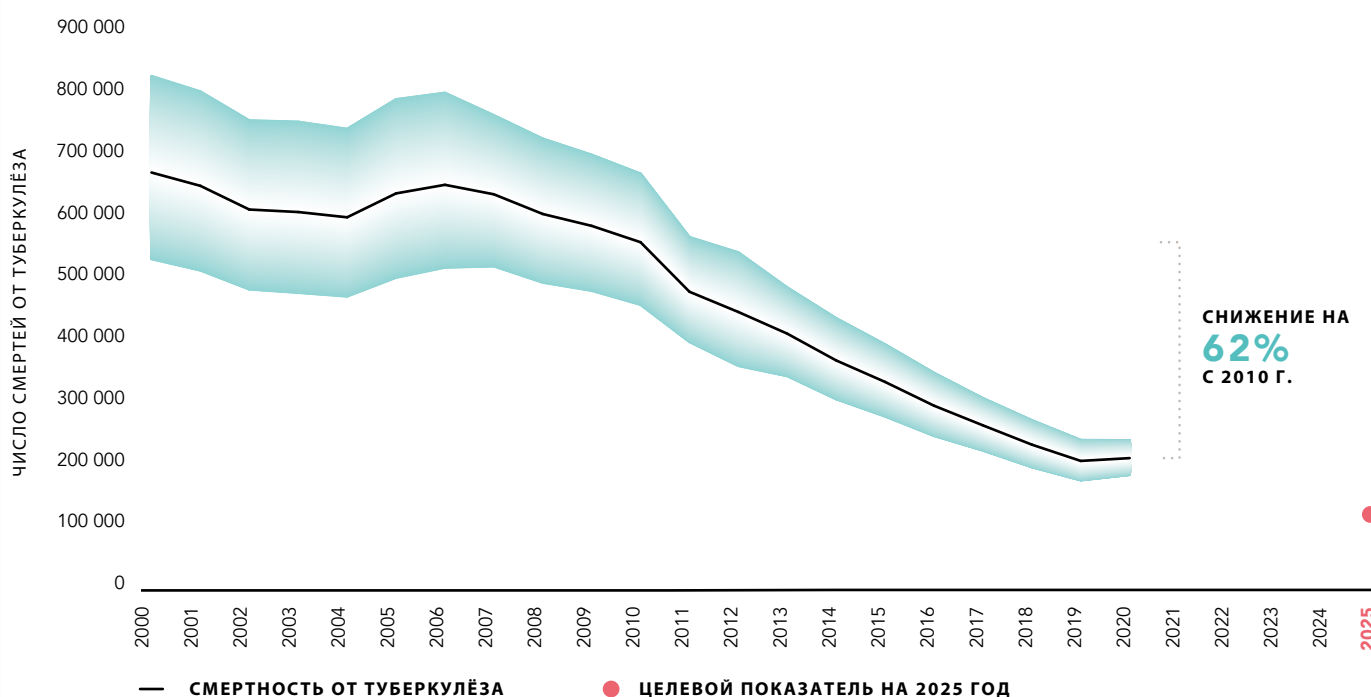


Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Harris TG, Wu Y, Parmley LE, Musuka G, Mapingure MP, Chingombe I et al. HIV care cascade and associated factors among men who have sex with men, transgender women, and genderqueer individuals in Zimbabwe: findings from a biobehavioural survey using respondent-driven sampling. The Lancet HIV. Онлайн-публикация: 9 февраля 2022 г., стр. 2352–3018.

По оценкам, в 2020 году 214 000 (187 000–242 000) людей, живущих с ВИЧ, умерли от туберкулёза. Эта цифра меньше аналогичной за 2010 год на 62%, но не достигает запланированного к 2025 году показателя сокращения смертности от туберкулёза на 80%. Тем не менее, эта цель остаётся потенциально достижимой (рис. 1.16). Среди 30 стран с высоким бременем туберкулёза и ВИЧ наибольшее снижение смертности от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, произошло в Эфиопии (снижение на 84%), Индии (снижение на 81%), Малави (снижение на 77%), ЮАР (снижение на 77%), Танзания (снижение на 75%), Таиланде (снижение на 74%), Эсватини (снижение на 72%) и Кении (снижение на 72%).

## По оценкам, в 2020 году 214 000 (187 000–242 000) людей, живущих с ВИЧ, умерли от туберкулёза.

**РИСУНОК 1.16** Смертность от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, в мире, 2004–2020 гг., и целевой показатель на 2025 г.



Источник: Глобальный доклад по борьбе с туберкулёзом. ВОЗ, Женева. 2021 г.

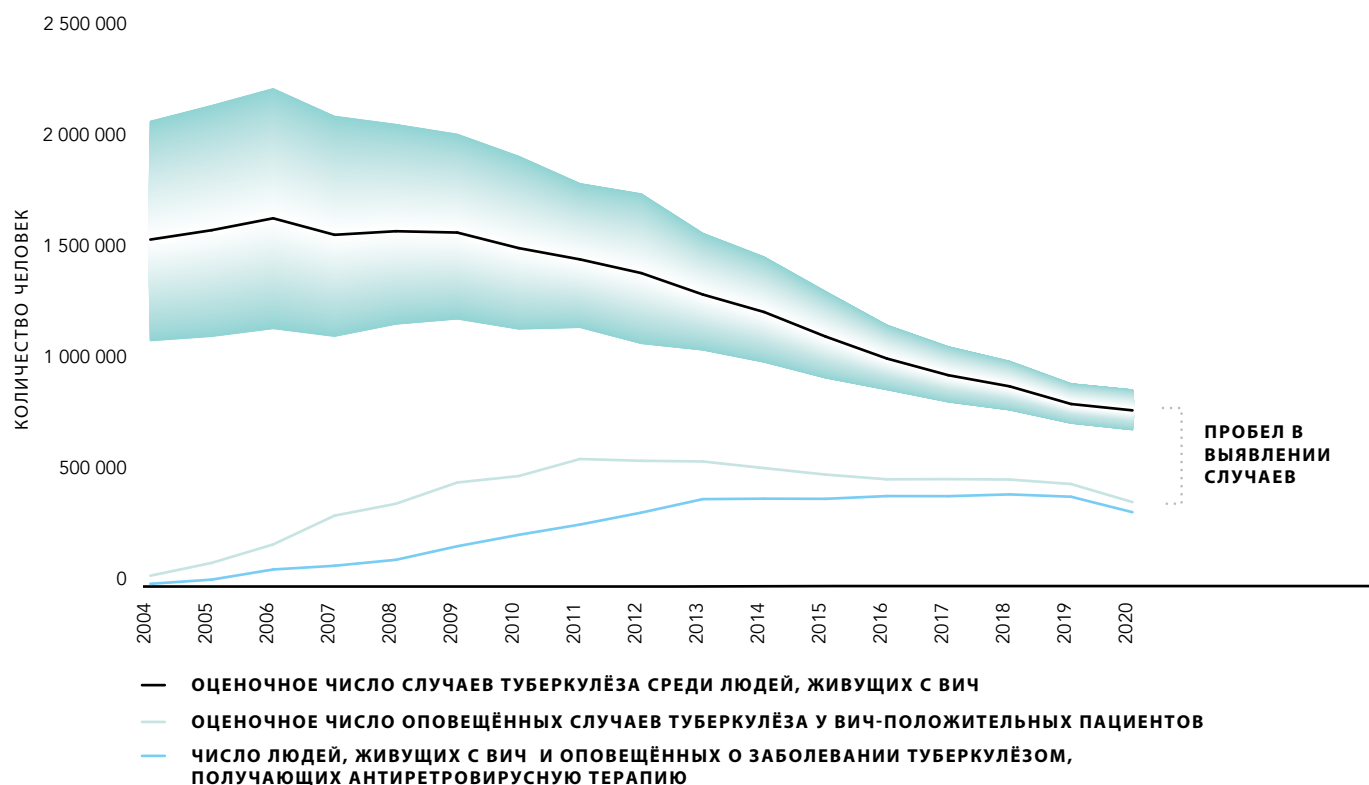
## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**СОКРАТИТЬ СМЕРТНОСТЬ ОТ  
ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ,  
ЖИВУЩИХ С ВИЧ, НА 80% К  
2025 ГОДУ (ПО СРАВНЕНИЮ С  
БАЗОВЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ 2010  
ГОДА).**

Более чем десятилетний устойчивый прогресс в борьбе с туберкулёзом среди людей, живущих с ВИЧ, находится под угрозой. В период с 2019 по 2020 год произошло небольшое увеличение смертности от туберкулёза, первое такое увеличение с 2006 года, вероятно, в результате перебоев в обслуживании, связанных с пандемией COVID-19. В 2020 году оценочная доля новых зарегистрированных случаев туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, снизилась по сравнению с предыдущим годом (с 56% до 48%) впервые с 2004 года. В 2020 году антиретровирусную терапию получали 42% от оценочного числа людей, живущих с ВИЧ и заболевших туберкулёзом, по сравнению с 49% в 2019 году, что стало первым таким снижением с 2004 годом. В 2020 году 88% людей, живущих с ВИЧ и имевших зарегистрированный эпизода туберкулёза, получали антиретровирусную терапию (рис. 1.17).

## В период с 2019 по 2020 год произошло небольшое увеличение смертности от туберкулёза, первое такое увеличение с 2006 года.

**РИСУНОК 1.17** Оценочное число случаев туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ; оповещённые случаи заболевания туберкулёзом у ВИЧ-положительных пациентов и число людей, живущих с ВИЧ с оповещёнными случаями заболевания туберкулёзом и получающих антиретровирусную терапию, 2004–2020 гг.



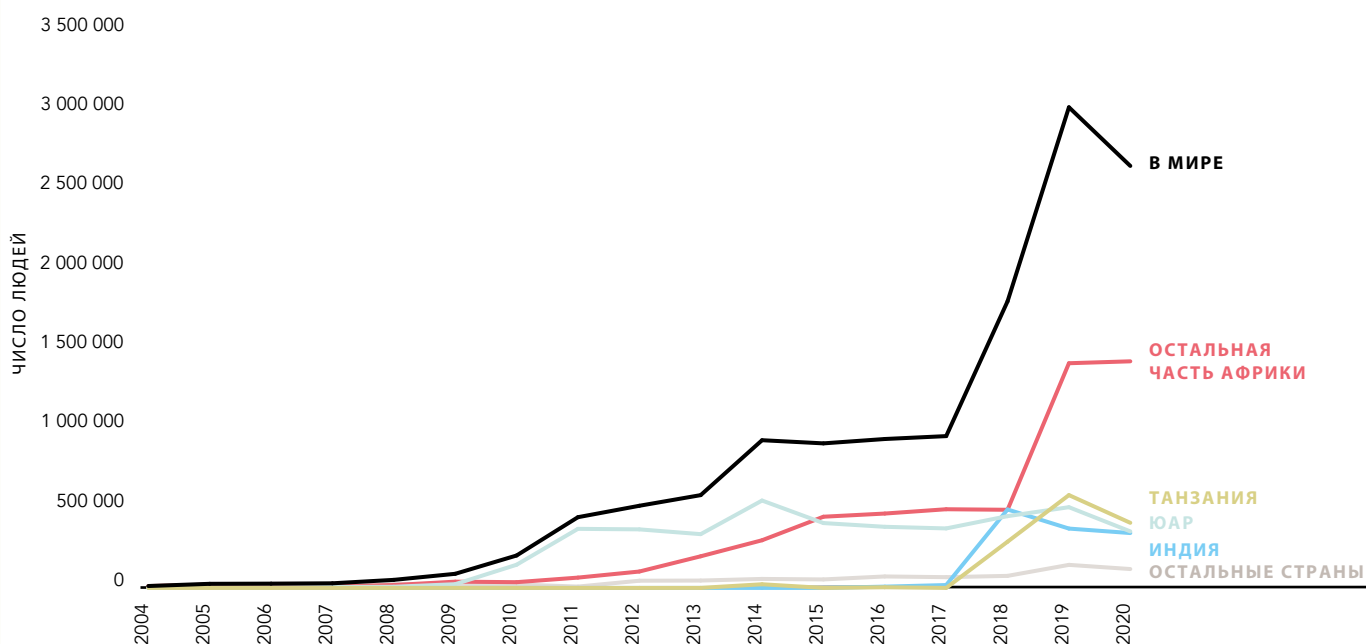
## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ К  
2025 ГОДУ 90% ЛЮДЕЙ,  
ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПОЛУЧИЛИ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ  
ЛЕЧЕНИЕ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА.**

С 2018 по 2020 год 7,5 миллиона человек, живущих с ВИЧ, прошли профилактическое лечение туберкулёза, что превышает целевой показатель в 6 миллионов человек, утверждённый на Сессии высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по ликвидации туберкулёза в 2018 году. В 2020 году профилактическое лечение туберкулёза прошли 2,7 миллиона человек, живущих с ВИЧ, что заметно больше, чем в 2002 году, когда их было 4 386 человек, но все же на 12% меньше, чем в 2019 году (3 миллиона). В период с 2005 по конец 2020 года профилактическое лечение туберкулёза было предоставлено 13 миллионам человек, живущих с ВИЧ. По сравнению с 38 миллионами людей, живущих с ВИЧ, становится ясно, что целевой показатель в 90% ещё не достигнут.

В 2020 году на семь стран приходилось 80% людей, живущих с ВИЧ, получавших противотуберкулёзную терапию.<sup>3</sup> В период с 2019 по 2020 год число людей, живущих с ВИЧ, получивших противотуберкулёзное профилактическое лечение, сократилось на 30% в ЮАР и Танзании, и на 8% — в Индии (рис. 1.18).

**РИСУНОК 1.18** Люди, живущие с ВИЧ, получавшие профилактическое лечение от туберкулёза, 2004–2020 гг.



Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, 2021 г.; Всемирная программа по борьбе с туберкулёзом (база данных). ВОЗ. Женева. 2022 г. (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>).

Примечание: до 2016 года страны сообщали о числе людей, живущих с ВИЧ, вставших на диспансерный учёт в связи с ВИЧ и получавших профилактическое лечение от туберкулёза. Начиная с 2017 года страны могли сообщать о числе людей, живущих с ВИЧ, начавших или продолжающих получать лечение в связи с ВИЧ-инфекцией и получавших профилактическое лечение от туберкулёза. Число людей, живущих с ВИЧ и получавших профилактическое лечение от туберкулёза в 2019 г., ниже значения, опубликованного в Докладе о глобальной эпидемии СПИДа 2021 г. и Глобальном докладе по борьбе с туберкулёзом 2020 г. Это связано с получением обновлённых данных из Индии.

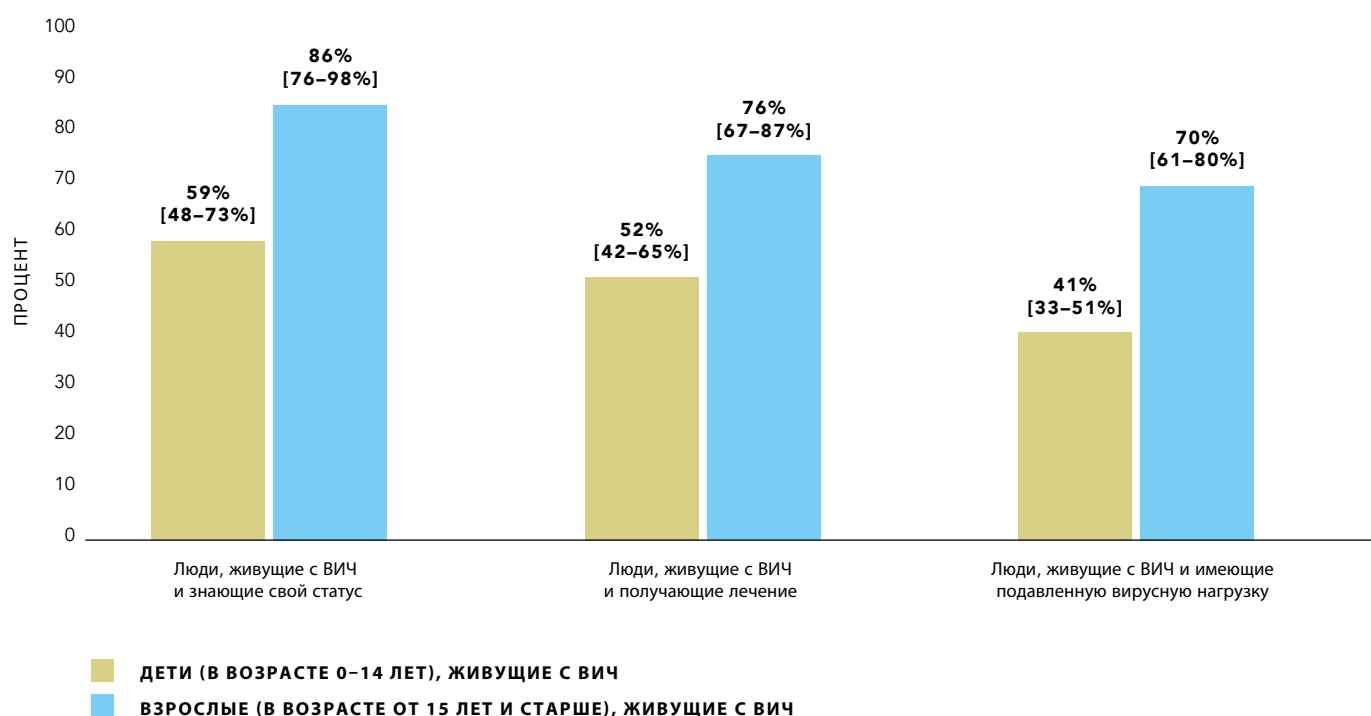
## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ 75% ВСЕХ ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ИМЕЛИ ПОДАВЛЕННУЮ ВИРУСНУЮ НАГРУЗКУ К 2023 ГОДУ И 86% — К 2025 ГОДУ, В СООТВЕТСТВИИ С ЦЕЛЕВЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ «95-95-95».**

## ПОЛОЖИТЬ КОНЕЦ ПЕДИАТРИЧЕСКОМУ СПИДУ И УСТРАНИТЬ ВЕРТИКАЛЬНУЮ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ

Меры противодействия ВИЧ не отвечают потребностям детей. В 2021 г. 41% (33–51%) детей, живущих с ВИЧ, во всем мире получали антиретровирусную терапию по сравнению с 70% (61–80%) взрослых, живущих с ВИЧ, что значительно ниже глобального целевого показателя охвата лечением, равного 95% (рис. 1.19).

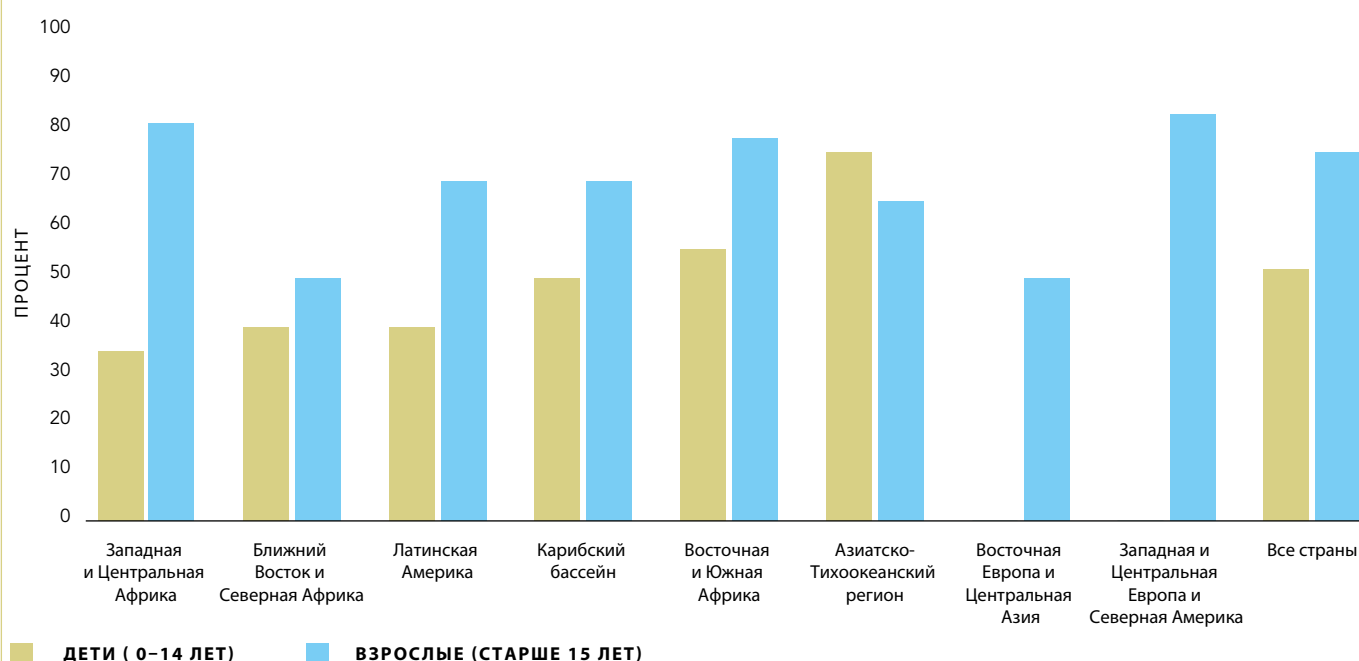
**РИСУНОК 1.19** Каскад тестирования и лечения, дети (в возрасте 0–14 лет) по сравнению со взрослыми (в возрасте от 15 лет и старше), в мире, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

Вызывают озабоченность медленные темпы сокращения этого разрыва во многих регионах. В регионах Восточной и Южной Африки, Латинской Америки, Карибского бассейна, Ближнего Востока и в Северной Африки недостаточность охвата лечением детей в последние годы, по-видимому, усугубилась (рис. 1.20). Учитывая огромные пробелы в тестировании и лечении детей, на текущий момент мы далеки от достижения запланированного показателя в отношении доли детей, живущих с ВИЧ и имеющих подавленную вирусную нагрузку, равного 75% к 2023 году и 86% к 2025 году — в 2021 году только 41% живущих с ВИЧ детей имели подавленную вирусную нагрузку.

**РИСУНОК 1.20** Охват антиретровирусной терапией, дети (в возрасте от 0 до 14 лет) по сравнению со взрослыми (в возрасте старше 15 лет), по регионам, 2021 г.



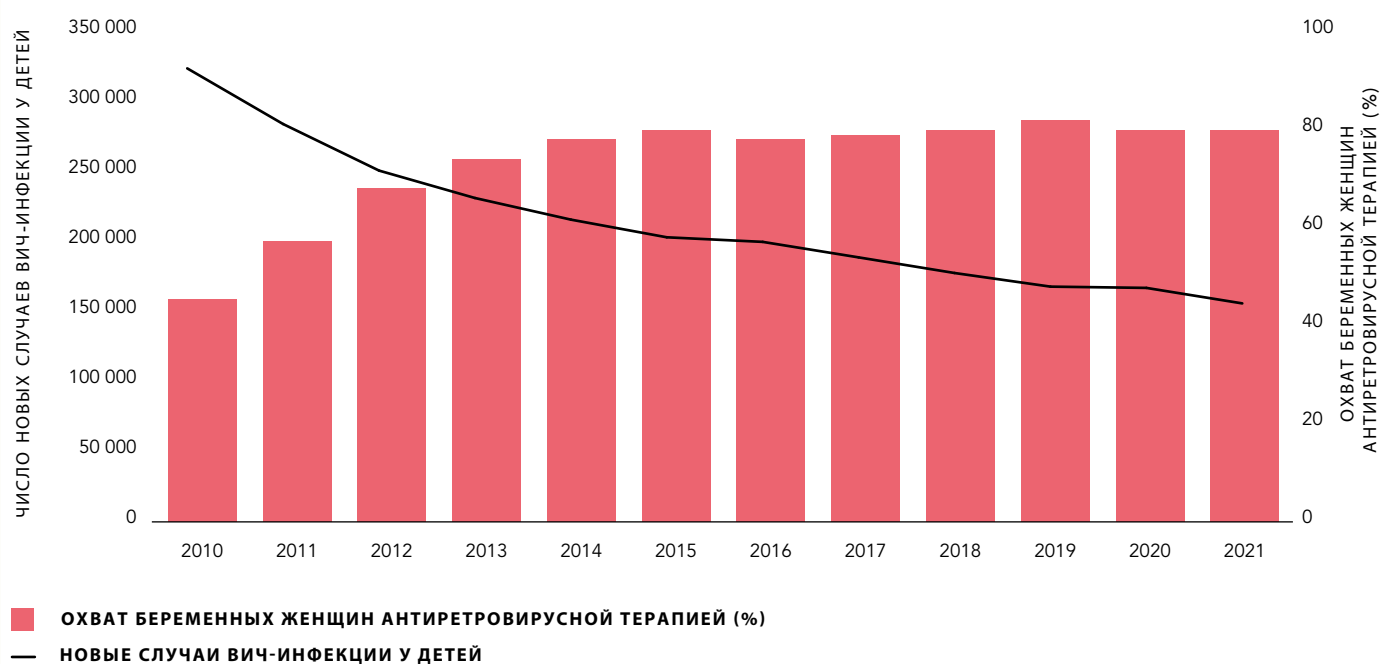
Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).



С 2010 года число новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей снизилось на 52%. Однако, несмотря на многолетние обещания на высоком уровне принять срочные меры по искоренению вертикальной передачи ВИЧ и устранению пробелов в тестировании детей на ВИЧ и их лечении, дети по-прежнему сталкиваются с одними из самых серьёзных видов неравенства, связанного с ВИЧ.

В 2021 году 160 000 (110 000–230 000) детей оказались недавно инфицированными ВИЧ. Почти 85% новых случаев вертикальной передачи ВИЧ произошли в странах Африки к югу от Сахары. Хотя десятки стран с любым уровнем доходов продемонстрировали возможность ликвидации новых случаев инфицирования ВИЧ среди детей, прогресс в предотвращении вертикальной передачи замедлился: с 2016 по 2021 год число новых случаев инфицирования снизилось всего на 22% (рис. 1.21).

**РИСУНОК 1.21** Новые случаи ВИЧ-инфекции у детей (в возрасте 0–14 лет) и охват беременных женщин антиретровирусной терапией, все страны, 2010–2021 гг.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ ВСЕ БЕРЕМЕННЫЕ И КОРМЯЩИЕ ЖЕНЩИНЫ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ, ПОЛУЧАЛИ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ И ЧТОБЫ ПРИ ЭТОМ 95 ПРОЦЕНТОВ ИЗ НИХ ДОБИВАЛИСЬ ПОДАВЛЕНИЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ДО РОДОВ И В ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.**

В 2021 году 82% беременных женщин, живущих с ВИЧ, получали антиретровирусную терапию (рис. 1.22). Однако с 2014 года охват антиретровирусной терапией беременных и кормящих женщин существенно не увеличился. Стагнация охвата вызывает особую озабоченность в Западной и Центральной Африке, поскольку текущий уровень охвата (60% в 2021 году) заметно ниже целевого показателя на 2025 год. Сорок три процента всех беременных женщин, живущих с ВИЧ, которые не получали антиретровирусную терапию в 2021 году, проживали в Западной и Центральной Африке.

**РИСУНОК 1.22** Процент беременных женщин, получающих лечение с целью профилактики вертикальной передачи ВИЧ, по регионам, 2010–2021 гг.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**СОКРАТИТЬ ДО УРОВНЯ НЕ ВЫШЕ 10% ЧИСЛО ЖЕНЩИН, ДЕВУШЕК И ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ РИСКУ ИНФИЦИРОВАНИЯ И ЗАТРОНУТЫХ ВИЧ, КОТОРЫЕ ИСПЫТЫВАЮТ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И СЕКСУАЛЬНОЕ И ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ.**

## ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО И РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК

**ПОДЦЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СПИДУ: СОКРАЩЕНИЕ ДОЛИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ФИЗИЧЕСКОМУ И/ИЛИ СЕКСУАЛЬНОМУ НАСИЛИЮ СО СТОРОНЫ ИНТИМНОГО ПАРТНЁРА-МУЖЧИНЫ, ДО УРОВНЯ НЕ ВЫШЕ 10% ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ К 2025 ГОДУ.**

Миру ещё далеко до цели по сокращению физического или сексуального насилия со стороны интимного партнёра до уровня ниже 10% к 2025 году. Данные из 156 стран показывают, что примерно 245 миллионов женщин в возрасте от 15 лет и старше, когда-либо состоявших в браке или имевших партнёра, подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны интимного партнёра за последние 12 месяцев. По определению ВОЗ, распространённость физического и сексуального насилия особенно высока в регионах Восточного Средиземноморья, Юго-Восточной Азии и Африки (рис. 1.23).

**РИСУНОК 1.23** Оценочная распространённость насилия со стороны интимного партнёра за последние 12 месяцев среди когда-либо состоявших в браке или имевших партнёров женщин в возрасте от 15 до 49 лет, по регионам ВОЗ, 2018 г.

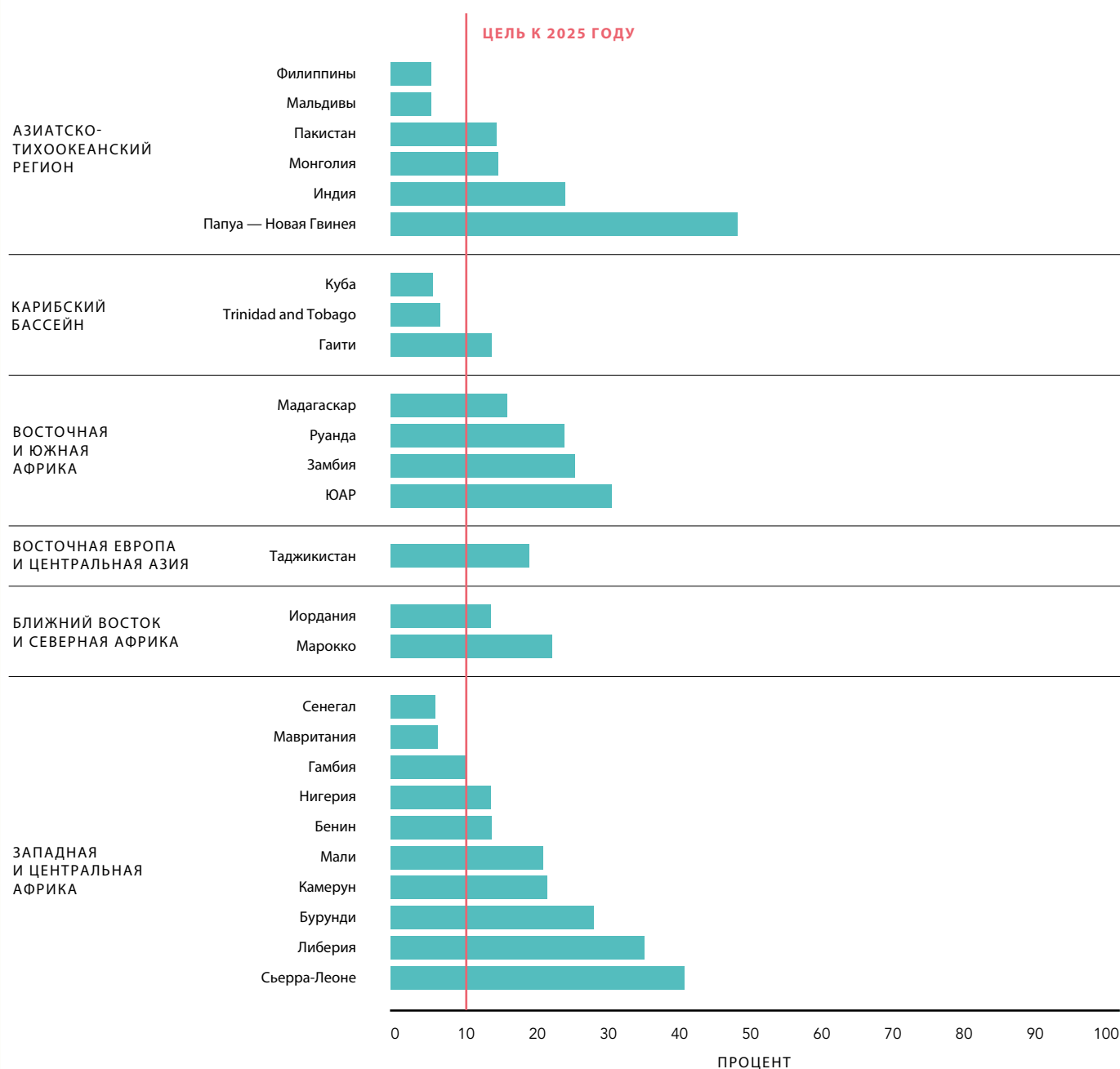


○ РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СЛУЧАЕВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ СО СТОРОНЫ ИНТИМНОГО ПАРТНЁРА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ (%)

Источник: Оценочная распространённость насилия в отношении женщин 2018 г.: глобальные, региональные и национальные оценки распространённости насилия со стороны интимного партнёра в отношении женщин, и оценки глобальной и региональной распространённости сексуального насилия со стороны людей, не являющихся партнёрами. ВОЗ. 2021 г. Женева..

В 26 странах, по которым имеются данные за период с 2017 по 2021 год, процент когда-либо состоявших в браке или имевших партнёра женщин в возрасте от 15 до 49 лет, подвергшихся сексуальному или физическому насилию со стороны интимного партнёра за последний год, варьировался от 5,5% на Филиппинах до 47,6% в Папуа-Новая Гвинея (рис. 1.24). В 20 из 26 стран, по которым имеются данные, более 10% когда-либо состоявших в браке или имевших партнёра женщин подвергались насилию со стороны интимного партнёра за последние 12 месяцев.

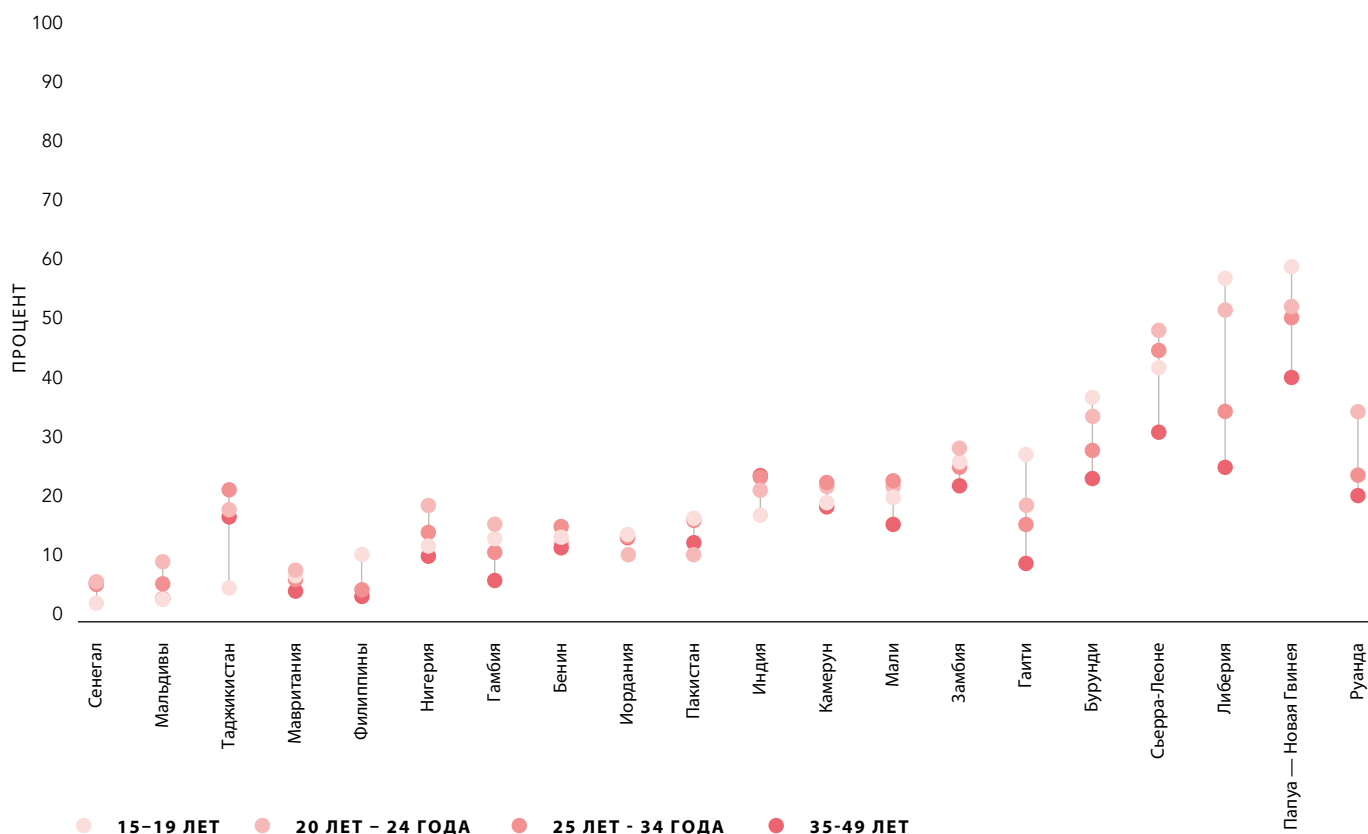
**РИСУНОК 1.24** Доля женщин, состоявших в браке или в партнёрстве, в возрасте 15–49 лет, которые за последние 12 месяцев подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны интимного партнёра; страны с доступными данными; по регионам; 2017–2021 гг.



Источник: обследования определённых групп населения, 2017–2021 гг.

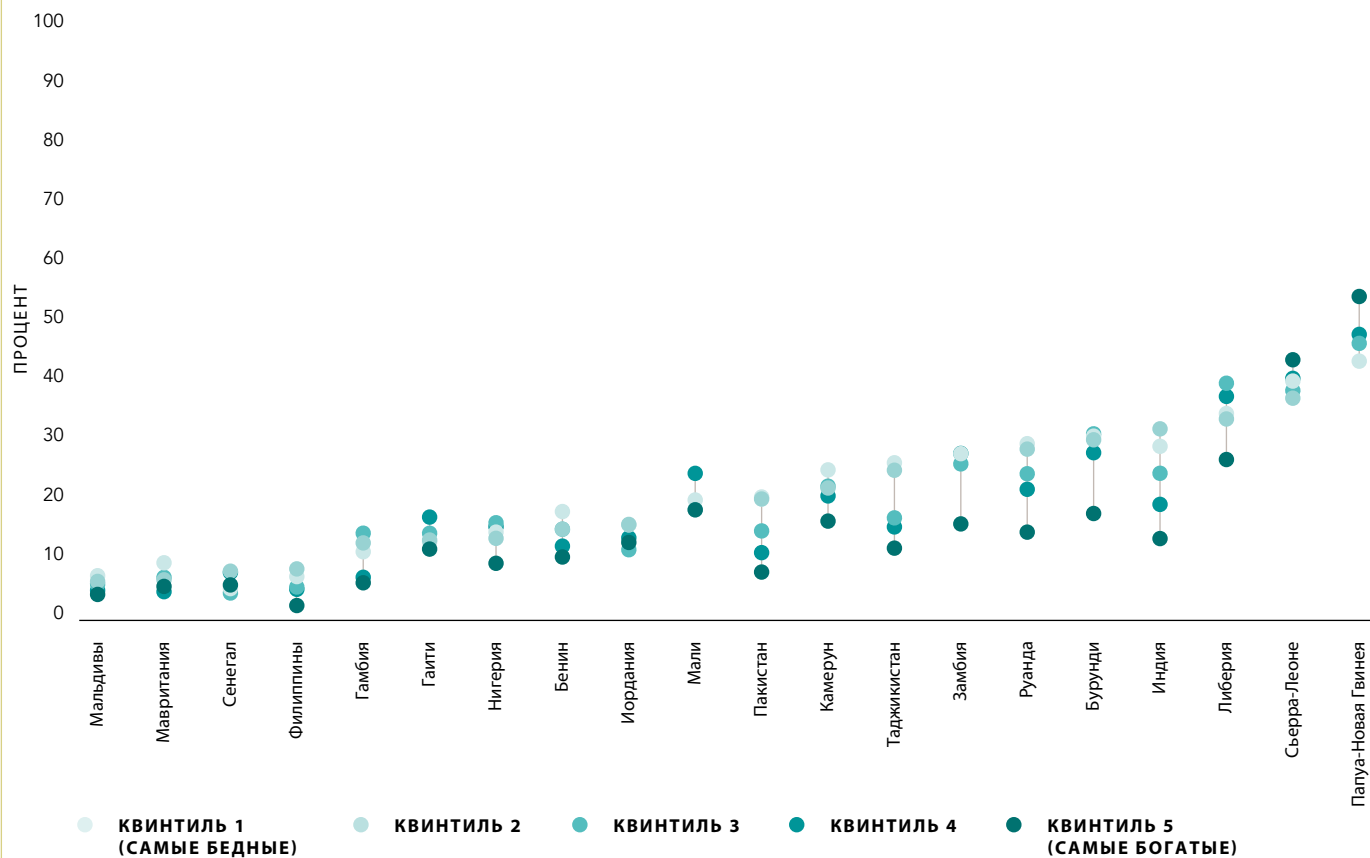
Данные из 20 стран показывают, что различия по характеристикам, таким как уровень образования, квинтиль благосостояния и место жительства, для женщин, подвергшихся насилию со стороны интимного партнёра за последние 12 месяцев, значительно различаются между странами (рис. 1.25, 1.26, 1.27).

**РИСУНОК 1.25** Процент женщин, состоявших в браке или в партнерстве, в возрасте 15–49 лет, которые за последние 12 месяцев подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны интимного



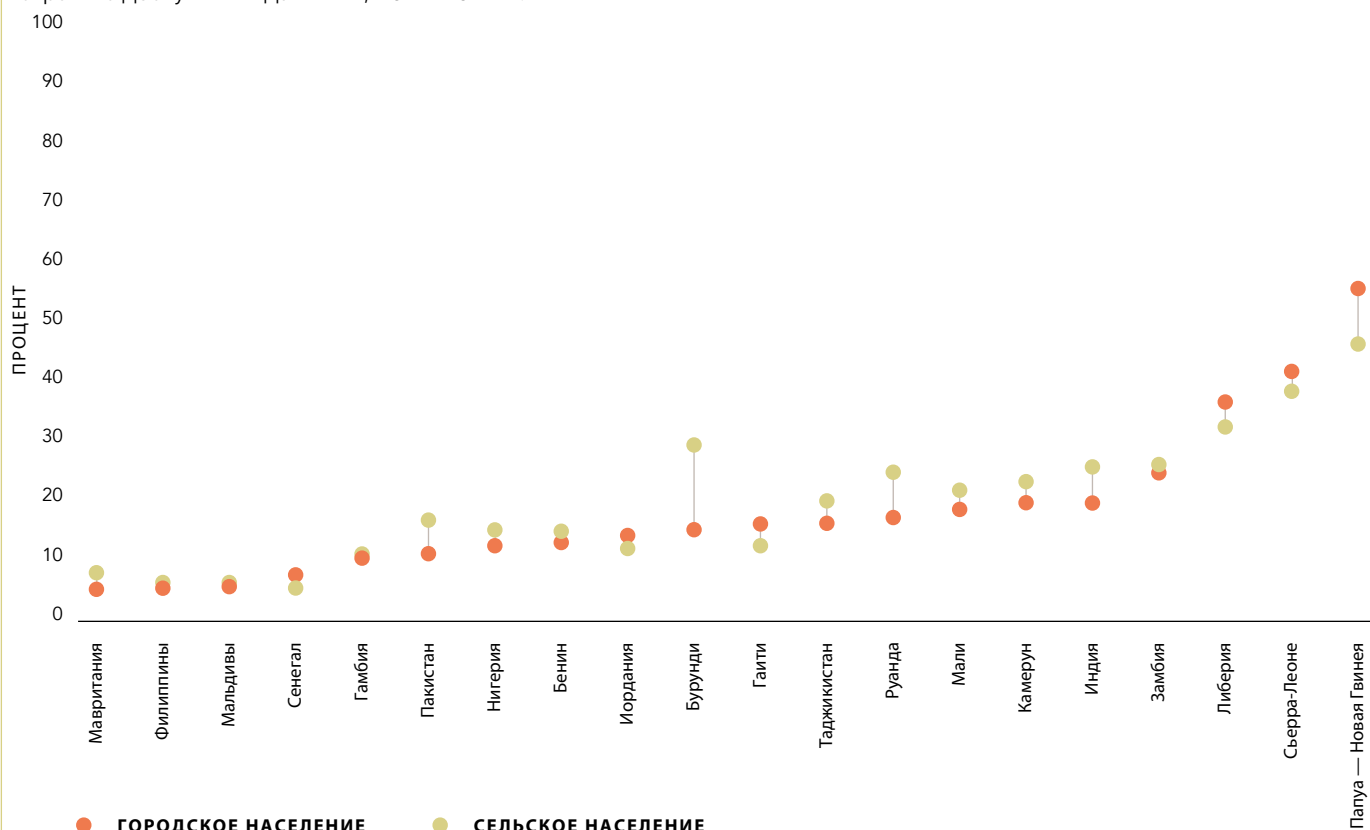
Источник: Исследования на основе опросов населения, 2017–2021 гг.

**РИСУНОК 1.26** Процент женщин, состоявших в браке или в партнерстве, в возрасте 15–49 лет, которые за последние 12 месяцев подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны интимного партнера, по квинтилю благосостояния, страны с доступными данными, 2017–2021 гг.



Источник: Исследования на основе опросов населения, 2017–2021 гг.

**РИСУНОК 1.27** Доля женщин, состоявших в браке или в партнёрстве, в возрасте 15–49 лет, которые за последние 12 месяцев подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны интимного партнёра, по месту жительства; страны с доступными данными; 2017–2021 гг.



Источник: обследования определённых групп населения, 2017–2021 гг.

**ПОДЦЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СПИДУ: К 2025 ГОДУ  
СОКРАТИТЬ ДО УРОВНЯ НЕ БОЛЕЕ 10% ДОЛЮ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ  
КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ, КОТОРЫЕ ПОДВЕРГЛИСЬ  
ФИЗИЧЕСКОМУ И/ИЛИ СЕКСУАЛЬНОМУ НАСИЛИЮ ЗА  
ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ.**

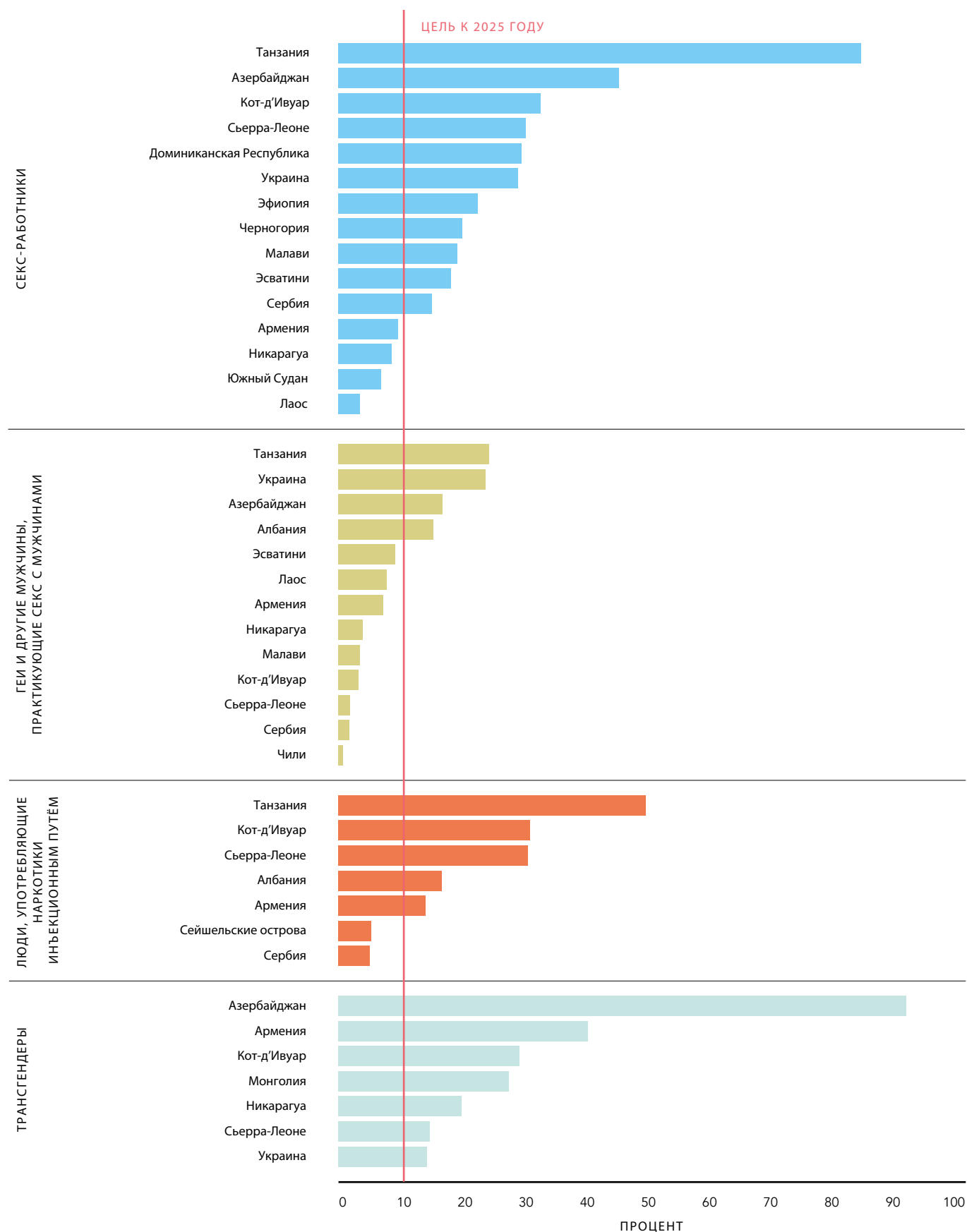
Последние данные показывают большие различия в опыте насилия среди ключевых групп населения (рис. 1.28). В среднем более чем каждый четвёртый трансгендер подвергался насилию за последние 12 месяцев (семь стран, представивших отчётность). То же самое верно для каждого пятого секс-работника (15 стран, представивших отчётность), каждого шестого человека, употребляющего инъекционные наркотики (семь стран, представивших отчётность) и каждого четырнадцатого гея и другого мужчины, практикующего секс с мужчинами (13 стран, представивших отчётность). Кроме того, значительная часть женщин, употребляющих наркотики, подвергается психологическому или физическому насилию со стороны партнёров, что указывает на гендерную уязвимость и необходимость применения гендерных подходов в программах снижению вреда (3).



Анна, трансгендерная женщина из Уганды.  
Кигали, Руанда, декабрь, 2019 г.



**РИСУНОК 1.28** Сообщения представителей ключевых групп населения о том, что они подвергались физическому и/или сексуальному насилию за последние 12 месяцев; страны с доступными данными, 2017–2021 гг.

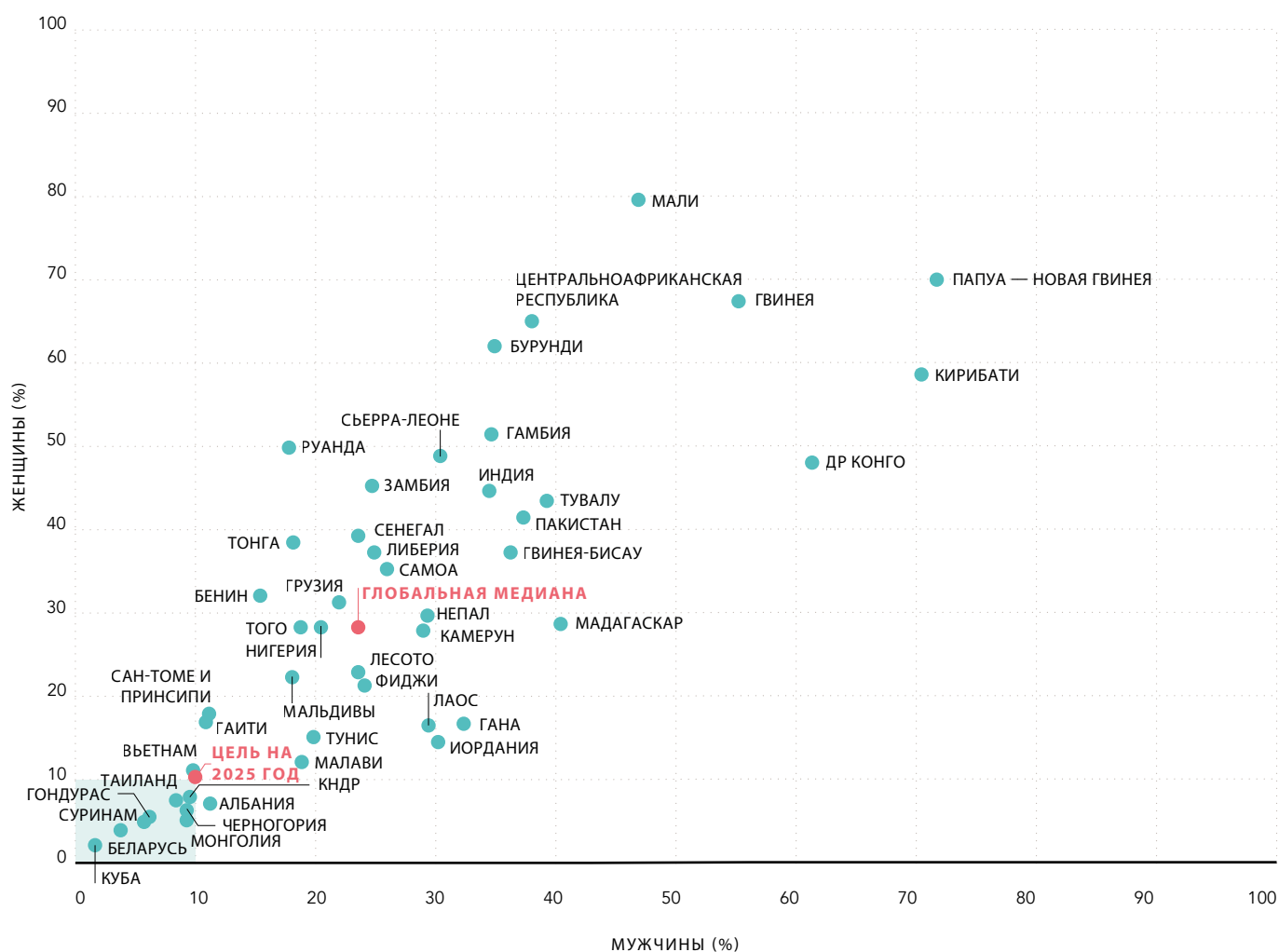


Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**ПОДЦЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СПИДУ: К 2025 ГОДУ СОКРАТИТЬ ДО УРОВНЯ НЕ БОЛЕЕ 10% ДОЛЮ ЛЮДЕЙ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ НЕСПРАВЕДЛИВЫЕ ГЕНДЕРНЫЕ НОРМЫ.**

По данным опроса в 46 странах как среди мужчин, так и среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в среднем 28,3% женщин и 23,9% мужчин заявили, что муж вправе ударить или побить жену по определённой причине (рис. 1.29).<sup>4</sup> Преобладание таких убеждений существенно превышает цель 2025 года — сузить распространённость несправедливых гендерных норм среди населения до уровня, не превышающего 10%.

**РИСУНОК 1.29** Процент мужчин и женщин (в возрасте 15–49 лет), согласных с тем, что муж в праве ударить или избить свою жену по конкретной причине,<sup>a</sup> страны с доступными данными, 2017–2021 гг.



<sup>a</sup> К конкретным причинам относятся следующие: если женщина уходит из дома, не сказав об этом мужчине, если она мало заботится о детях, если она спорит с ним, если она отказывается заниматься с ним сексом, или если приготовленная ею пища подгорела.

Источник: обследование определённых групп населения, 2017–2021 гг.

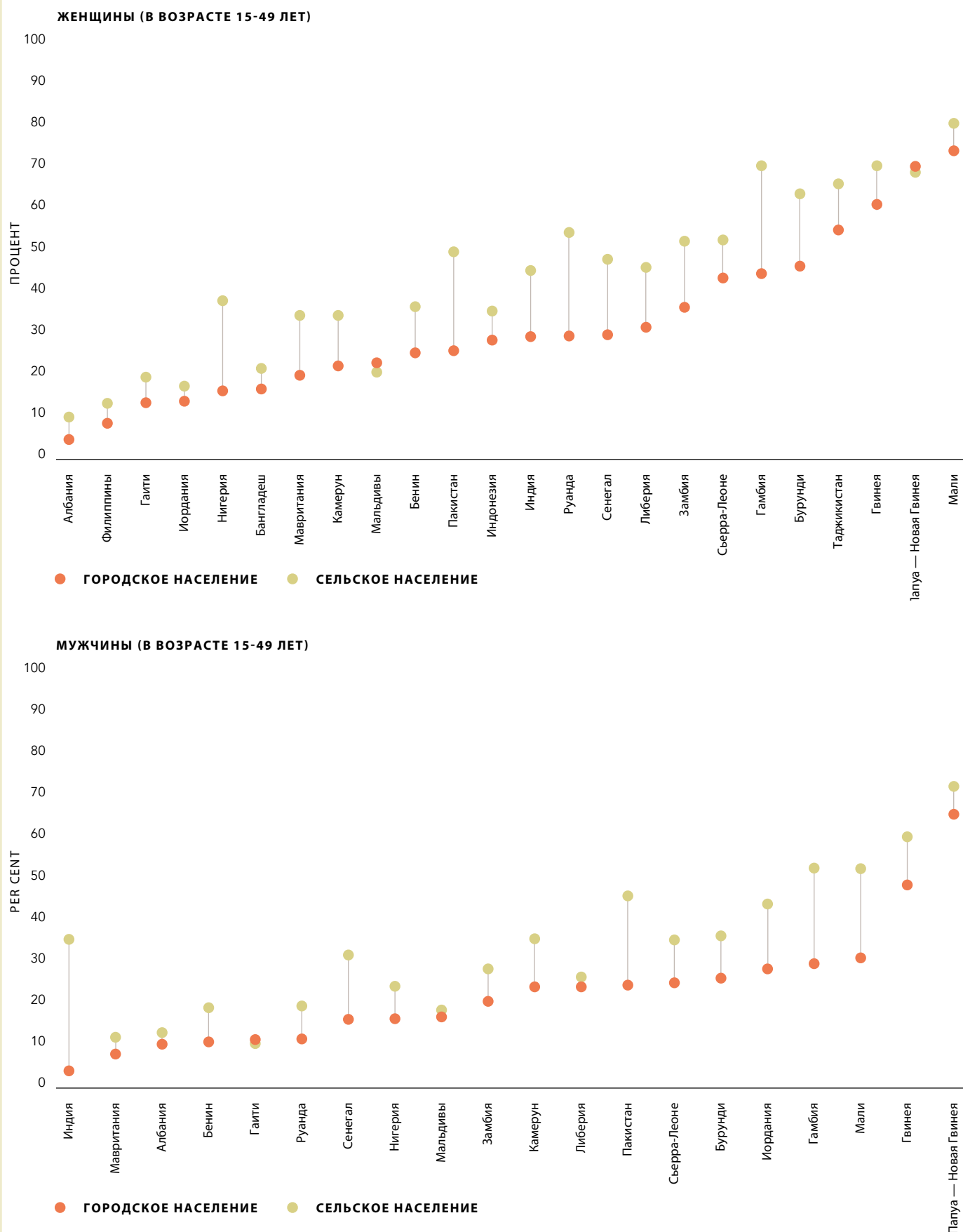
4 К конкретным причинам относятся следующие: если женщина уходит из дома, не сказав об этом мужчине, если она мало заботится о детях, если она спорит с ним, если она отказывается заниматься с ним сексом, или если приготовленная ею пища подгорела.

Восемь стран — Беларусь, Куба, Корейская Народно-Демократическая Республика, Гондурас, Монголия, Черногория, Суринам и Таиланд — достигли целевого показателя 10% к 2025 году. Среди 46 стран, по которым имеются данные по убеждениям мужчин, процент мужчин, согласных с тем, что муж имеет право ударить свою жену по конкретным причинам, варьировался от 1,7% на Кубе до 71,9% в Папуа — Новой Гвинее. Среди 61 страны, по которым имеются данные об отношении женщин, процент женщин, считающих, что муж имеет право ударить или побить свою жену по конкретным причинам, варьировался от 1,6% в Сербии до 79,4% в Мали.

Среди мужчин в 15 из 20 стран, по которым имеются данные, более молодые мужчины и мальчики (в возрасте от 15 до 19 лет) чаще считали, что муж имеет право ударить или побить свою жену по конкретным причинам, чем мужчины старшего возраста (в возрасте от 35 до 49 лет). Люди из квинтиля с самым низким уровнем благосостояния и жители сельской местности с большей вероятностью отвечают на этот вопрос утвердительно, по сравнению с представителями квинтиля с самым высоким уровнем благосостояния и жителями городских районов соответственно (рис. 1.30).



Линео Цикоане, юрист и сторонник гендерного равенства. Ноябрь 2019 г., Лесото.

**РИСУНОК 1.30** Процент людей в возрасте 15–49 лет, которые согласны с тем, что муж имеет право ударить или избить свою жену<sup>а</sup>; по полу и месту жительства, страны с доступными данными, 2017–2021 гг.

Источник: обследование определённых групп населения, 2017–2021 гг.

<sup>а</sup>Как минимум по одной конкретной причине. К конкретным причинам относятся следующие: если женщина уходит из дома, не сказав об этом мужчине, если она мало заботится о детях, если она спорит с ним, если она отказывается заниматься с ним сексом, или если приготовленная ею пища подгорела.



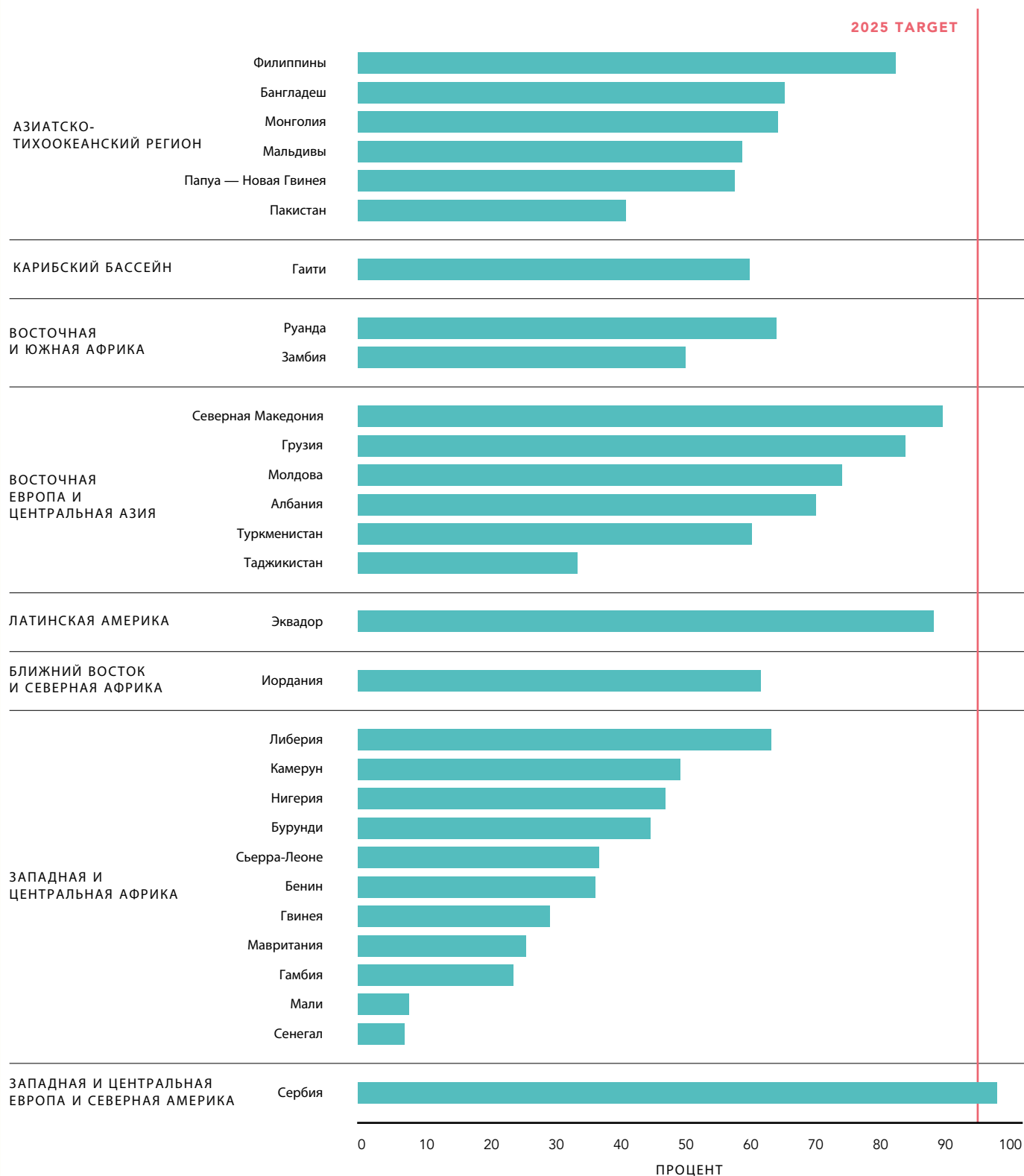
## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ К 2025 ГОДУ 95% ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ИМЕЛИ ВОЗМОЖНОСТЬ УДОВЛЕТВОРЯТЬ СВОИ ПОТРЕБНОСТИ В УСЛУГАХ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ОХРАНЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, ВКЛЮЧАЯ ДОРОДОВЫЙ И МАТЕРИНСКИЙ УХОД, ИНФОРМАЦИЮ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ.**

Согласно опросам населения, проведённым в 29 странах в период с 2017 по 2021 год, в среднем только 58% женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в настоящее время в браке и использующих противозачаточные средства, сообщили о том, что они принимают осознанные решения в отношении сексуальных отношений, использования противозачаточных средств и заботы о собственном здоровье (рис. 1.31). В странах Африки к югу от Сахары, где в 2021 году проживало 74% женщин, недавно инфицированных ВИЧ, женщины борются за соблюдение своих прав на принятие решений в отношении сексуального и репродуктивного здоровья. Например, в 10 из 11 стран Западной и Центральной Африки менее половины опрошенных женщин сообщили, что они сами могут принимать решения в отношении сексуальных отношений, использования противозачаточных средств и собственного здоровья.



**РИСУНОК 1.31** Доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые в настоящее время состоят в браке или в союзе и используют противозачаточные средства, но принимают собственные информированные решения относительно сексуальных отношений, использования противозачаточных средств и собственного здоровья; страны с доступными данными, 2017–2021 гг.



Источник: обследование определённых групп населения, 2017–2021 гг.; Глобальная база данных ЮНФПА (база данных). ЮНФПА; 2022 г. (<https://www.unfpa.org/data>).

## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**К 2025 ГОДУ ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ ОРГАНИЗАЦИИ СООБЩЕСТВ ПРЕДОСТАВЛЯЛИ 30% УСЛУГ ПО ТЕСТИРОВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ С УПОРОМ НА РАСШИРЕНИЕ ДОСТУПА К ТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ, СОКРАЩЕНИЕ РАЗРЫВА МЕЖДУ ПОСТАНОВКОЙ ДИАГНОЗА И НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ, ПОДДЕРЖКУ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ И УДЕРЖАНИЕ В СИСТЕМЕ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, А ТАКЖЕ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЛЕЧЕНИЯ. .**

## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ К 2025 ГОДУ ОРГАНИЗАЦИИ СООБЩЕСТВ ПРЕДОСТАВЛЯЛИ 80% УСЛУГ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ СРЕДИ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ СРЕДИ ЖЕНЩИН, ПРИНАДЛЕЖАЩИХ К ЭТИМ ГРУППАМ.**

## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**К 2025 ГОДУ ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ ОРГАНИЗАЦИИ, ВОЗГЛАВЛЯЕМЫЕ СООБЩЕСТВАМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЛИ 60% ПРОГРАММ ПО УКРЕПЛЕНИЮ ФАКТОРОВ ОБЩЕСТВЕННОГО СОДЕЙСТВИЯ.**

## ЛИДИРУЮЩАЯ РОЛЬ СООБЩЕСТВ

Глобальная стратегия по СПИДу делает сообщества ключевыми игроками в противодействии СПИДу, устанавливая конкретные цели в отношении той части услуг и программ по профилактике, тестированию и лечению, которые осуществляются силами и под руководством сообществ, для достижения социально благоприятных условий. Поскольку существующие системы мониторинга, как правило, не отслеживают долю услуг и программ, предоставляемых силами сообществ, ЮНЭЙДС в настоящее время изучает варианты и проводит консультации с заинтересованными сторонами по разработке показателей для отслеживания прогресса в достижении целей «30–80–60».

ЮНЭЙДС модифицирует свои системы отслеживания ресурсов, привлекаемых для противодействия ВИЧ, чтобы чётко определять финансовые потоки и расходы организаций, возглавляемых сообществами. Эта информация, возможно, может быть получена в рамках программы «Национальных оценок затрат на противодействие СПИДу» или в виде отдельных мероприятий, проводимых силами сообществ или внешними экспертами. Эти отдельные мероприятия направлены на выявление неоплачиваемой работы, пожертвований в натуральной форме и стандартных затрат по программам, таких как заработная плата и закупленные товары. Пилотные проекты для отдельных мер находятся на начальных этапах, и ожидается, что они подтвердят концепцию и дадут информацию о нормативном руководстве по реализации, которое затем будет определять цикл глобальной отчётности 2023 года. Более точные данные о ресурсах для услуг и программ с ведущим участием сообществ помогут планировать и мобилизовать ресурсы донорами, национальными и местными органами власти, а также самими организациями под руководством сообществ.

Имеющаяся в настоящее время ограниченная информация свидетельствует о том, что необходима значительная работа для достижения целевого показателя предоставления услуг по профилактике ВИЧ ключевым группам населения на уровне 80% силами сообществ.<sup>5</sup> В странах, по которым имеются данные за 2019–2021 годы, организации, возглавляемые представителями ключевых групп населения, охватили 40% секс-работников (35 стран), 31% геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (35 стран), 26% людей, употребляющих инъекционные наркотики (26 стран) и 37% трансгендеров (17 стран) с профилактическими вмешательствами, разработанными специально для них.

Организации с ведущим участием ключевых групп населения также предоставили 19% всех игл и шприцев, распространённых в предыдущие 12 месяцев в 35 странах с доступными данными в период с 2019 по 2021 год. В 18 странах, предоставивших данные о численности потребителей инъекционных наркотиков, получавших терапию опиоидными агонистами, не было сообщено о роли организаций с ведущим участием ключевых групп населения.

Некоторая осторожность оправдана при интерпретации данных об услугах профилактики, предоставляемых силами сообществ в ключевых группах населения: представленные на сегодняшний день значения этих показателей могут занижать уровень профилактических вмешательств в зависимости от механизмов сбора и сопоставления данных, доступных в отдельных странах.

<sup>5</sup> Существующие механизмы в рамках Глобальной системы мониторинга эпидемии СПИДа для мониторинга доли услуг по профилактике ВИЧ, предоставляемых организациями, возглавляемыми ключевыми группами населения, описаны в Главе 5 (стр. 33–35) Глобальной системы мониторинга эпидемии СПИДа, 2022 2026 гг.: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_GAM\\_Framework\\_2022\\_EN.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_GAM_Framework_2022_EN.pdf).



## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

### ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ МЕНЕЕ 10% СТРАН ИМЕЛИ ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫЕ ПРАВОВЫЕ И ПОЛИТИЧЕСКИЕ РАМКИ, НЕСПРАВЕДЛИВЫЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ РИСКУ ИНФИЦИРОВАНИЯ И ЗАТРОНУТЫХ ВИЧ, ТАКИХ КАК ЗАКОН О ВОЗРАСТЕ СОГЛАСИЯ ИЛИ ЗАКОНЫ В ОТНОШЕНИИ СОКРЫТИИ ВИЧ-СТАТУСА, СОЗДАНИЯ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ИЛИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ, А ТАКЖЕ ЗАКОНЫ, НАЛАГАЮЩИХ ОГРАНИЧЕНИЯ НА ПОЕЗДКИ И ПРЕДПИСЫВАЮЩИХ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПРОХОЖДЕНИЕ ТЕСТИРОВАНИЯ В СВЯЗИ С ВИЧ, ИЛИ ВЕДУЩИХ К ОТКАЗУ В ДОСТУПЕ К УСЛУГАМ ИЛИ К ЕГО ОГРАНИЧЕНИЮ.

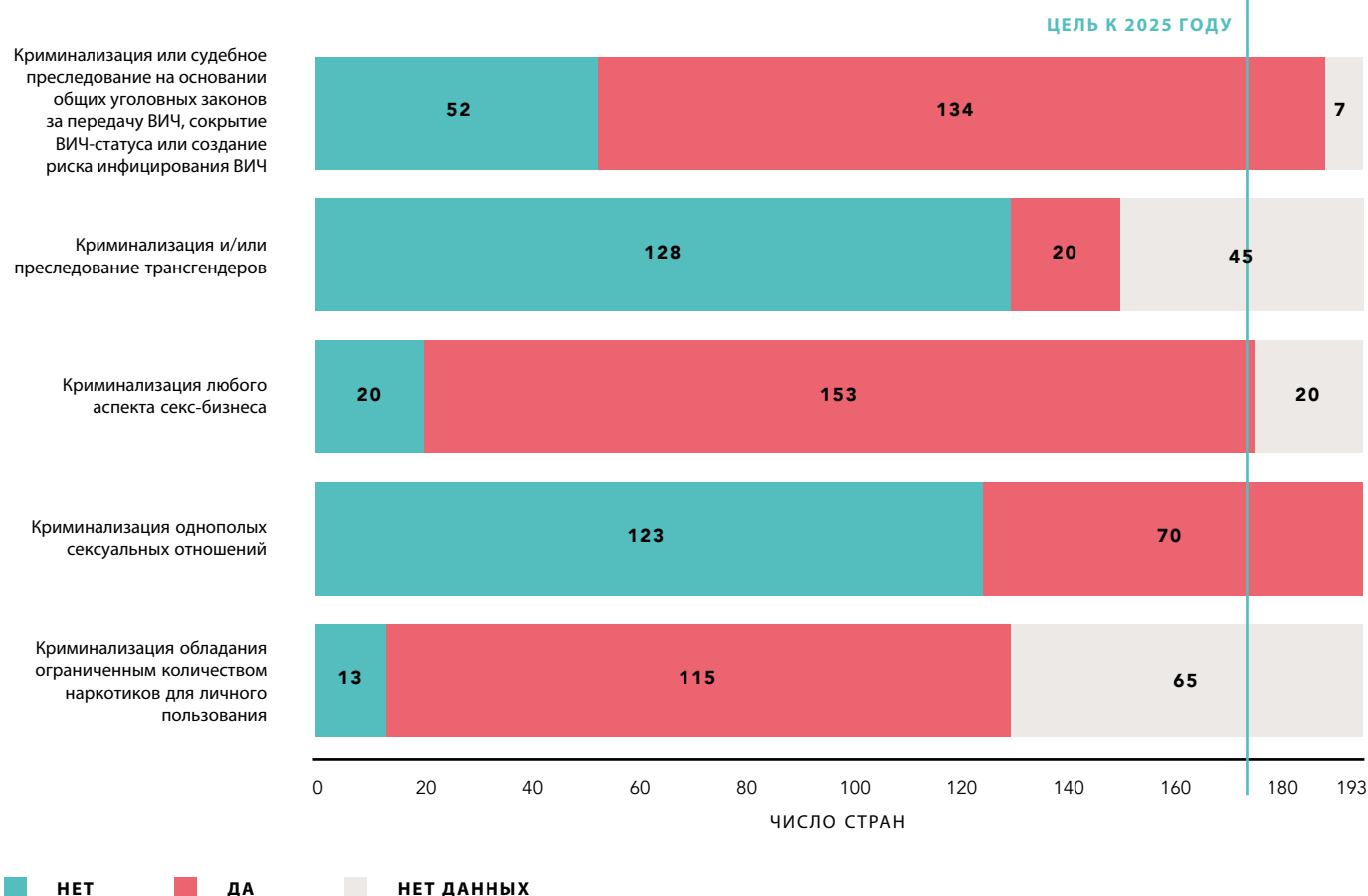
## РЕАЛИЗОВАТЬ ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И ИСКОРЕНИТЬ СТИГМУ И ДИСКРИМИНАЦИЮ

**ПОДЦЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СПИДУ: К 2025 ГОДУ МЕНЬШЕ 10% СТРАН КРИМИНАЛИЗУЮТ СЕКС-РАБОТУ, ХРАНЕНИЕ НЕБОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА НАРКОТИКОВ, ОДНОПОЛЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ, А ТАКЖЕ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ, СОЗДАНИЕ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ИЛИ СОКРЫТИЕ ВИЧ-СТАТУСА.**

Мир не встал на путь, ведущий к тому, чтобы менее 10% стран имели карательную правовую и политическую среду (рис. 1.32). Только в отношении криминализации трансгендеров или однополых сексуальных отношений в большинстве стран отсутствуют карательные законы: в большинстве стран по-прежнему криминализован как минимум один аспект секс-работы, преследуется по закону хранение небольшого количества наркотиков для личного употребления, передача ВИЧ, создание риска заражения или сокрытие ВИЧ-статуса.

Однако в последние годы был достигнут определённый прогресс. Доля населения мира, проживающего в юрисдикции, криминализирующей однополые сексуальные отношения, заметно снизилась; в 2022 году одна страна и одна провинция декриминализовали секс-работу (см. специальный материал о Бельгии и Австралии в Главе 3), а в ряде стран предприняты шаги по отмене законов, предусматривающих уголовную ответственность за передачу ВИЧ, создание риска заражения или сокрытие ВИЧ-статуса. Две новые страны, Мозамбик и Уганда, также начали внедрять программы терапии опиоидными агонистами в 2020 году (4).

**РИСУНОК 1.32** Страны с дискриминационным и карательным законодательством, в мире, 2022 г.

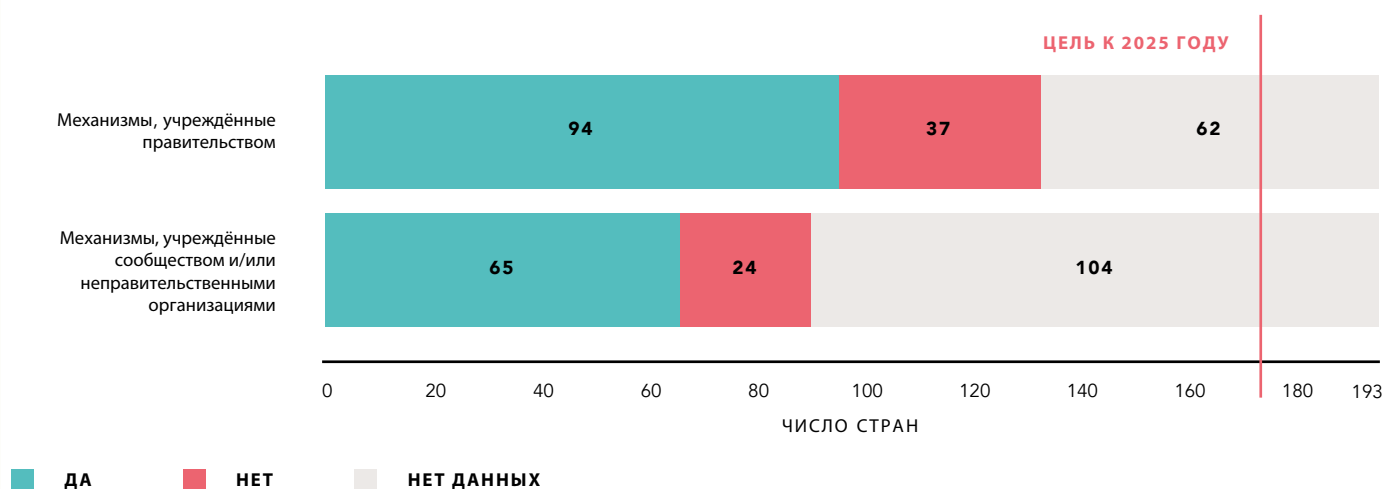


Источники: ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2017–2022 гг. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>); сведения из дополнительных источников (см. справочные данные на рис. «Оценочные карты законов и политики» в соответствующих региональных обзорах).

**ПОДЦЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СПИДУ: МЕНЕЕ ЧЕМ В 10% СТРАН ОТСУТСТВУЮТ МЕХАНИЗМЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ, И ПРЕДСТАВИТЕЛЯМ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ СООБЩАТЬ О СЛУЧАЯХ ГРУБОГО ОБРАЩЕНИЯ И ДИСКРИМИНАЦИИ, А ТАКЖЕ ДОБИВАТЬСЯ КОМПЕНСАЦИИ УЩЕРБА, К 2025 ГОДУ.**

Необходимы заметные изменения в национальных правовых и политических подходах, чтобы все люди, живущие с ВИЧ, и ключевые группы населения, подвергшиеся жестокому обращению и дискриминации, могли добиваться возмещения ущерба (рис. 1.33). В 2021 году 107 стран (или 61% стран) имели механизмы, созданные либо правительством, либо общественными или неправительственными организациями для оказания помощи людям в подаче жалоб и возмещении ущерба в случае дискриминации на основании предполагаемого ВИЧ-статуса или принадлежности к какой-либо ключевой группе населения. В 94 странах (54% стран) есть установленные государством механизмы, а в 65 странах (37% стран) есть механизмы, созданные сообществом или неправительственными организациями, для сообщения о случаях дискриминации и получения возмещения.

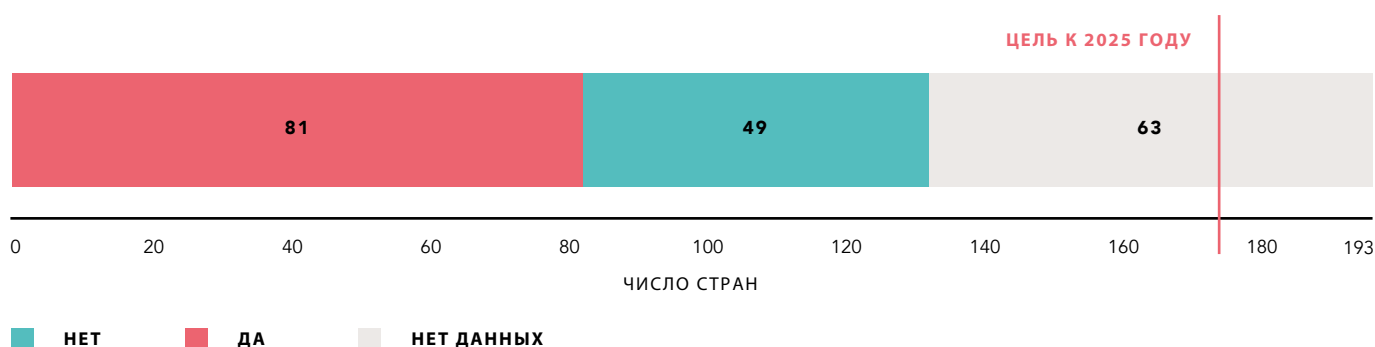
**РИСУНОК 1.33** Страны с действующими механизмами регистрации и рассмотрения случаев дискриминации по ВИЧ-статусу, 2017–2022 гг.



Источник: ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2017–2022 гг.

**ПОДЦЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СПИДУ: К 2025 ГОДУ МЕНЕЕ 10% ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, И ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ НЕ БУДУТ ИМЕТЬ ДОСТУП К ЮРИДИЧЕСКИМ УСЛУГАМ.**

Большая часть людей, живущих с ВИЧ, и представители ключевых групп населения по-прежнему не имеют доступа к юридической поддержке, необходимой им для защиты своих прав. В 2017–2022 годах 41% стран, в которых в 2021 году проживало примерно 78% всех людей, живущих с ВИЧ, сообщили о наличии механизмов, позволяющих людям, живущим с ВИЧ, или ключевым группам населения получать доступ к юридическим услугам (рис. 1.34). Согласно сообщениям, поступающим в ЮНЭЙДС от гражданского общества и организаций сообществ, основные препятствия для доступа к юридическим услугам включают: отсутствие оперативного механизма (15 стран), неспособность существующих механизмов учитывать специфику в сфере ВИЧ (21 страна), ограничения доступности по стоимости услуг, с которыми сталкиваются люди из маргинализированных и затронутых групп (35 стран) и отсутствие осведомлённости или знаний о том, как использовать такие механизмы (47 стран).

**Только 41% стран сообщили о наличии механизмов, позволяющих людям, живущим с ВИЧ, или ключевым группам населения получать доступ к юридическим услугам.****РИСУНОК 1.34** Страны, имеющие механизмы, обеспечивающие доступ к недорогим юридическим услугам, 2017–2022 гг.

Источник: Национальные обязательства и меры реализации политики, 2017–2022 гг.

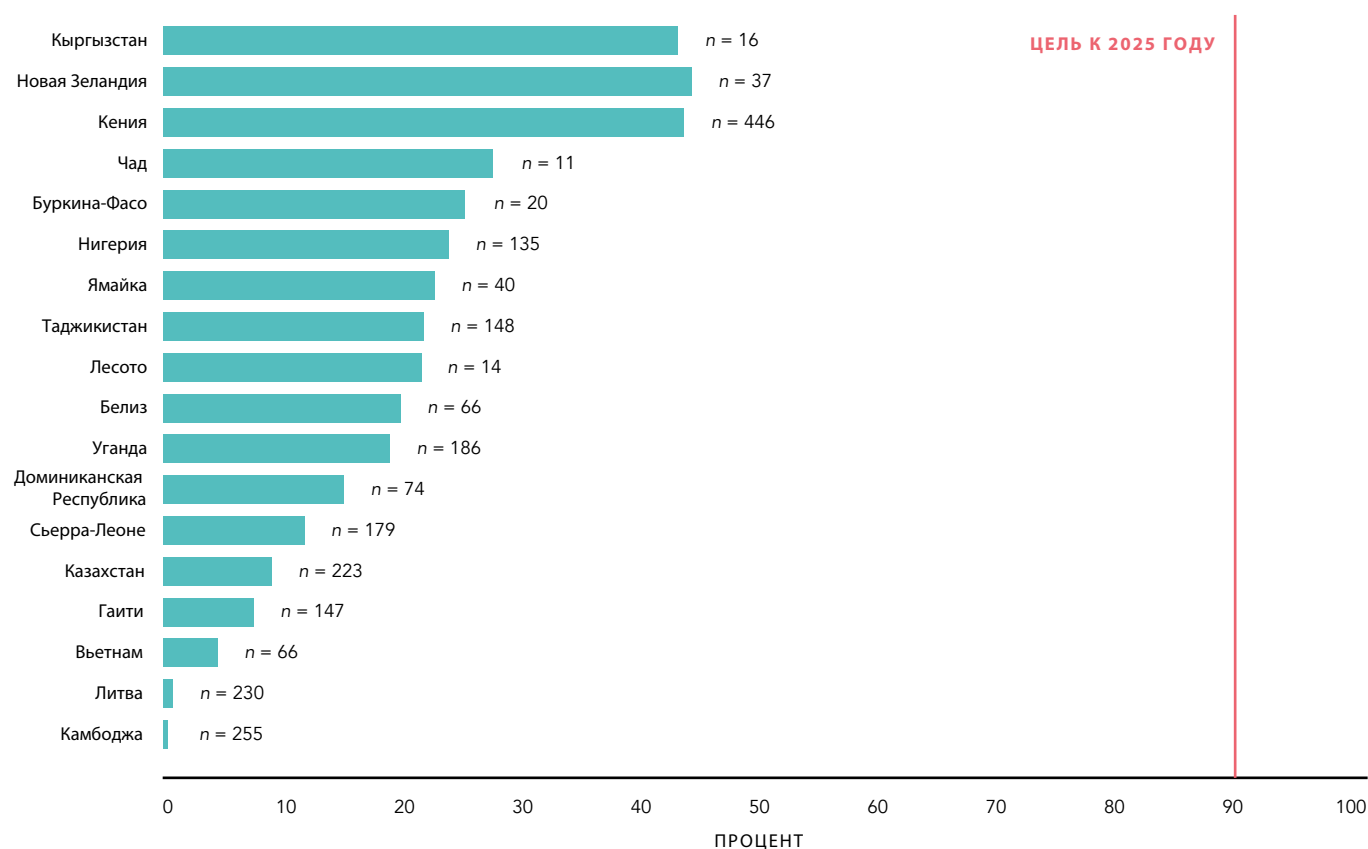
Примечание: страны считаются имеющими механизмы доступа к юридическим услугам, если в страновых отчётах указано на наличие систем юридической помощи, занимающихся рассмотрением дел, связанных с ВИЧ, и при наличии по крайней мере одного из следующих условий: существуют бесплатные юридические услуги, предоставляемые частными юридическими фирмами, юридические услуги, предоставляемые юридическими консультациями, общественными или другими юридическими работниками.

**ПОДЦЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СПИДУ: К 2025 ГОДУ БОЛЕЕ 90% ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, СТОЛКНУВШИХСЯ С НАРУШЕНИЕМ ПРАВ, ОБРАТЯТСЯ ЗА ВОЗМЕЩЕНИЕМ УЩЕРБА.**

Враждебная правовая среда и недостаточная доступность юридических услуг приводят к тому, что правовая система редко используется для возмещения ущерба. Согласно исследованиям Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, проведённым в 18 странах в 2018–2021 годах, менее 50% людей, живущих с ВИЧ, столкнувшихся с нарушениями своих прав за последние 12 месяцев, обратились за правовой помощью (рис. 1.35). В девяти странах менее чем каждый пятый обращался за такой помощью.

**В 18 странах, по которым имеются данные за период с 2018 по 2021 год, менее 50% людей, живущих с ВИЧ, которые за последние 12 месяцев столкнулись с нарушениями прав, обращались за юридической помощью.**

**РИСУНОК 1.35** Процент людей, живущих с ВИЧ, чьи права нарушались за последние 12 месяцев, и которые обращались за восстановлением нарушенных прав; страны с доступными данными, 2018–2021 гг.



Источник: исследования «Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ», 2018–2021 гг.

Примечание: факт поиска официального или неофициального восстановления нарушенных прав означает одно из следующих действий: подача жалобы, обращение к адвокату, обращение к государственному служащему или политику, публичное высказывание, обращение в общинную организацию/сеть лиц, живущих с ВИЧ, за поддержкой, либо предпринятое другое действие. Стратегия выборки, рекомендованная для определения индекса стигмы у людей, живущих с ВИЧ, является комбинацией выборки на основании места и сетевой выборки по типу «снежный ком». Другие стратегии выборки были применены в Белизе, Доминиканской Республике, Гаити, Ямайке и Новой Зеландии.

# ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТО МЕНЕЕ 10% ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПОДВЕРЖЕННЫХ РИСКУ ИНФИЦИРОВАНИЯ И ЗАТРОНУТЫХ ВИЧ, ИСПЫТЫВАЛИ СТИГМУ И ДИСКРИМИНАЦИЮ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОТЕНЦИАЛА U = U (НЕОБНАРУЖИВАЕМЫЙ = НЕПЕРЕДАВАЕМЫЙ).**

## ПОДЦЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СПИДУ: К 2025 ГОДУ МЕНЕЕ 10% НАСЕЛЕНИЯ ЗАЯВЛЯЮТ О ДИСКРИМИНАЦИОННОМ ОТНОШЕНИИ К ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ.

Дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ, остаётся тревожным явлением во всех регионах, несмотря на десятилетия адвокации и просвещения. В 55 странах, по последним данным опроса, в среднем 59,1% людей придерживаются дискриминационных взглядов — уровень, который почти в шесть раз превышает глобальную цель к 2025 году. В 34 из 55 стран, по которым имеются данные обследований общего населения в 2017–2021 годах, более 50% опрошенных сообщили о дискриминационном отношении к людям, живущим с ВИЧ (рис. 1.36). В 11 странах более 75% опрошенных проявляли дискриминационные чувства.

Тревожно высокая распространённость дискриминационных взглядов среди широкой общественности очевидна во всех регионах, хотя самые низкие региональные показатели наблюдались в Латинской Америке, а также в Восточной и Южной Африке. Согласно опросам, проведённым Международной организацией труда (МОТ), почти четверо из 10 опрошенных в 50 странах в 2021 году в той или иной степени выступают против разрешения людям, живущим с ВИЧ, работать непосредственно с людьми, не инфицированными ВИЧ (5).

**РИСУНОК 1.36** Процент людей (в возрасте 15–49 лет), сообщающих о дискриминационном отношении к людям, живущим с ВИЧ; страны с доступными данными, 2016–2021 гг.



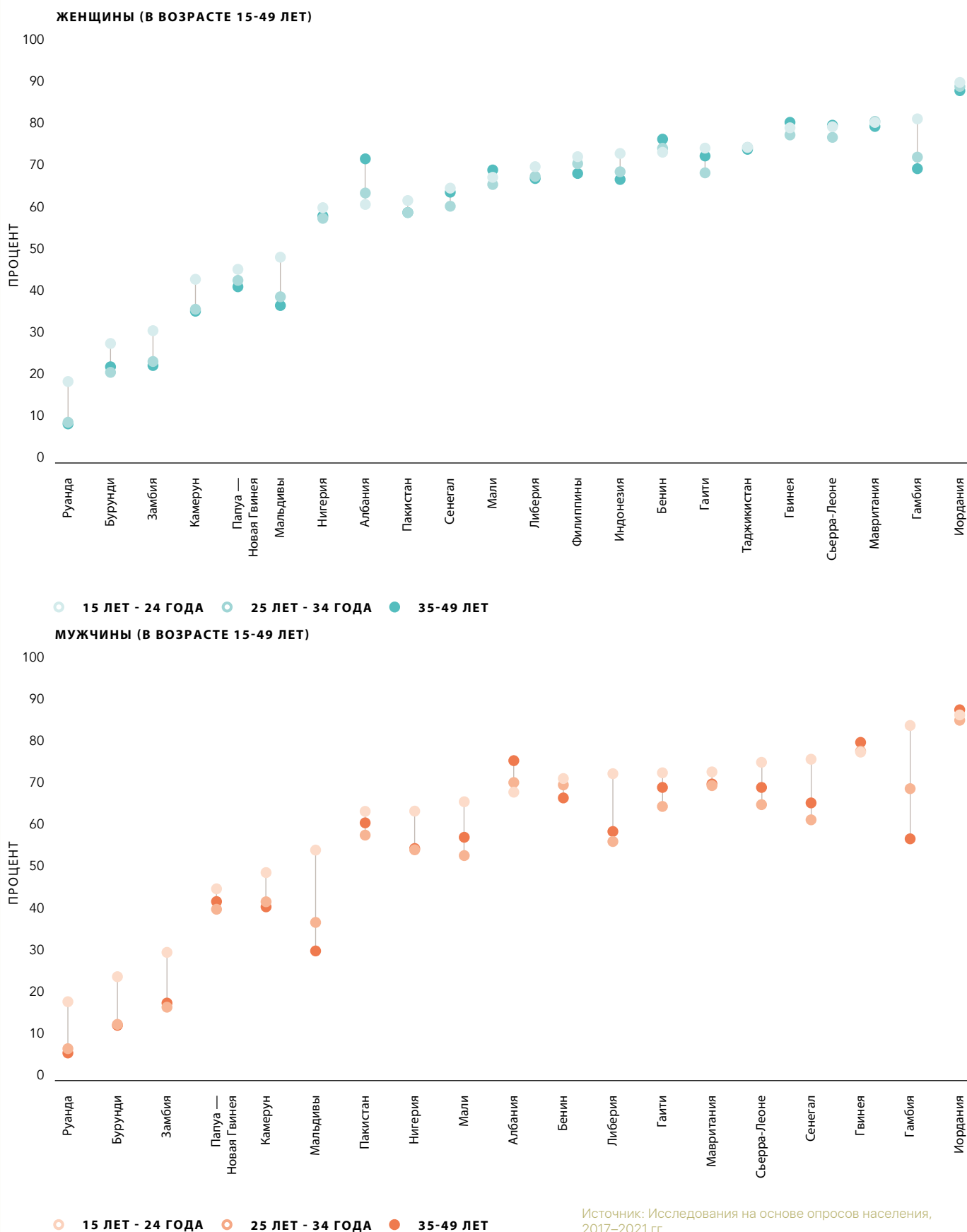
\* Данные только по женщинам в возрасте от 15 до 49 лет.

Источник: обследование определённых групп населения, 2017–2021 гг.

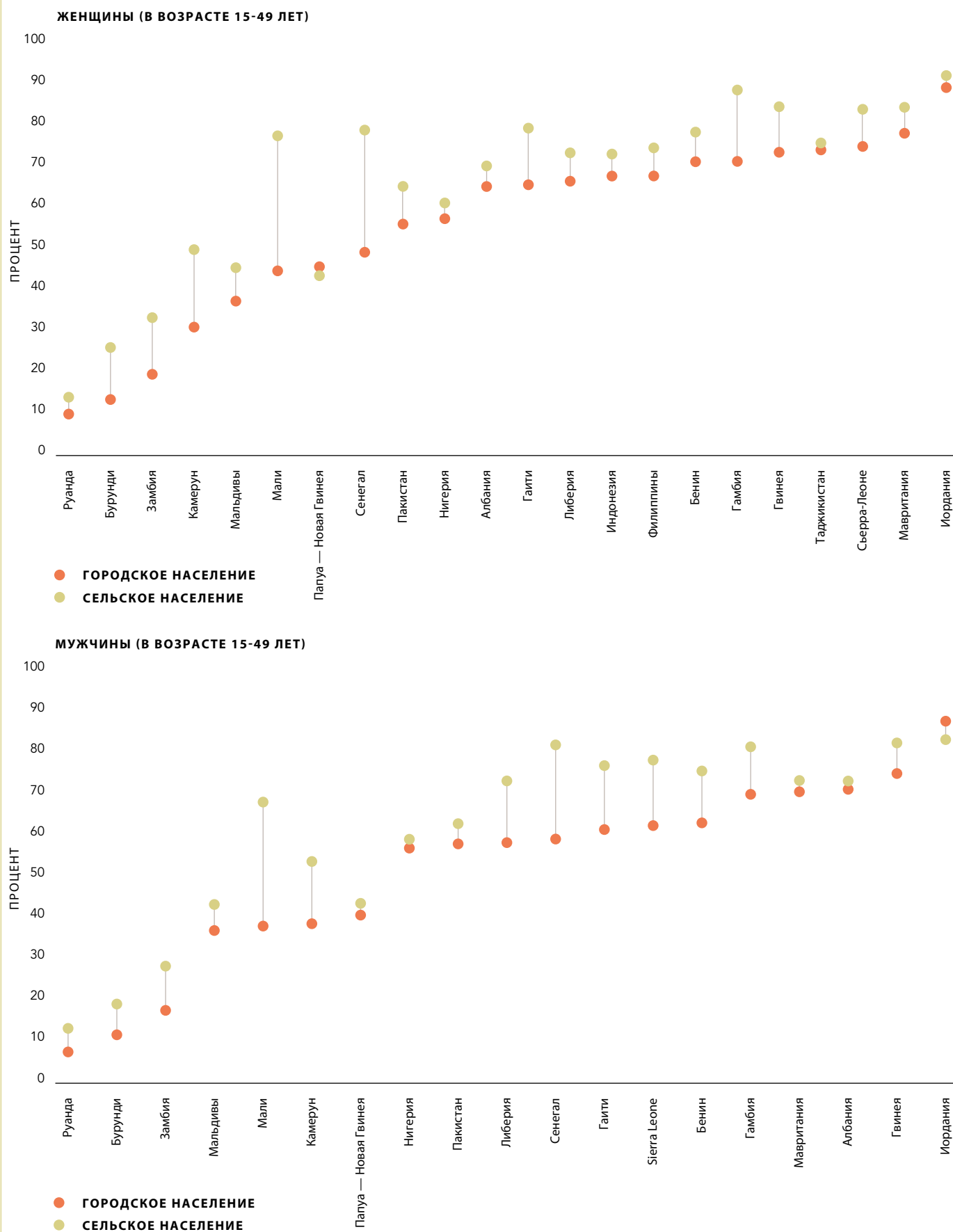
Примечание: дискриминационное отношение измеряется ответами "Нет" на любой из двух вопросов: (1) Вы бы купили свежие овощи у продавца или поставщика, если бы знали, что у этого человека ВИЧ?; и (2) Считаете ли вы, что дети, живущие с ВИЧ, должны иметь возможность посещать школу вместе с ВИЧ-отрицательными детьми? Региональные показатели являются взвешенными агрегированными данными, собранными в странах данного региона.

Дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ, более распространено среди малообеспеченных слоёв населения и лиц, проживающих в сельской местности, по сравнению с людьми из самого высокого квинтиля благосостояния и проживающими в городах (рис. 1.37, 1.38, 1.39).

**РИСУНОК 1.37** Процент людей (в возрасте 15–49 лет), сообщающих о дискриминационном отношении к людям, живущим с ВИЧ, страны с доступными данными, 2017–2021 гг.



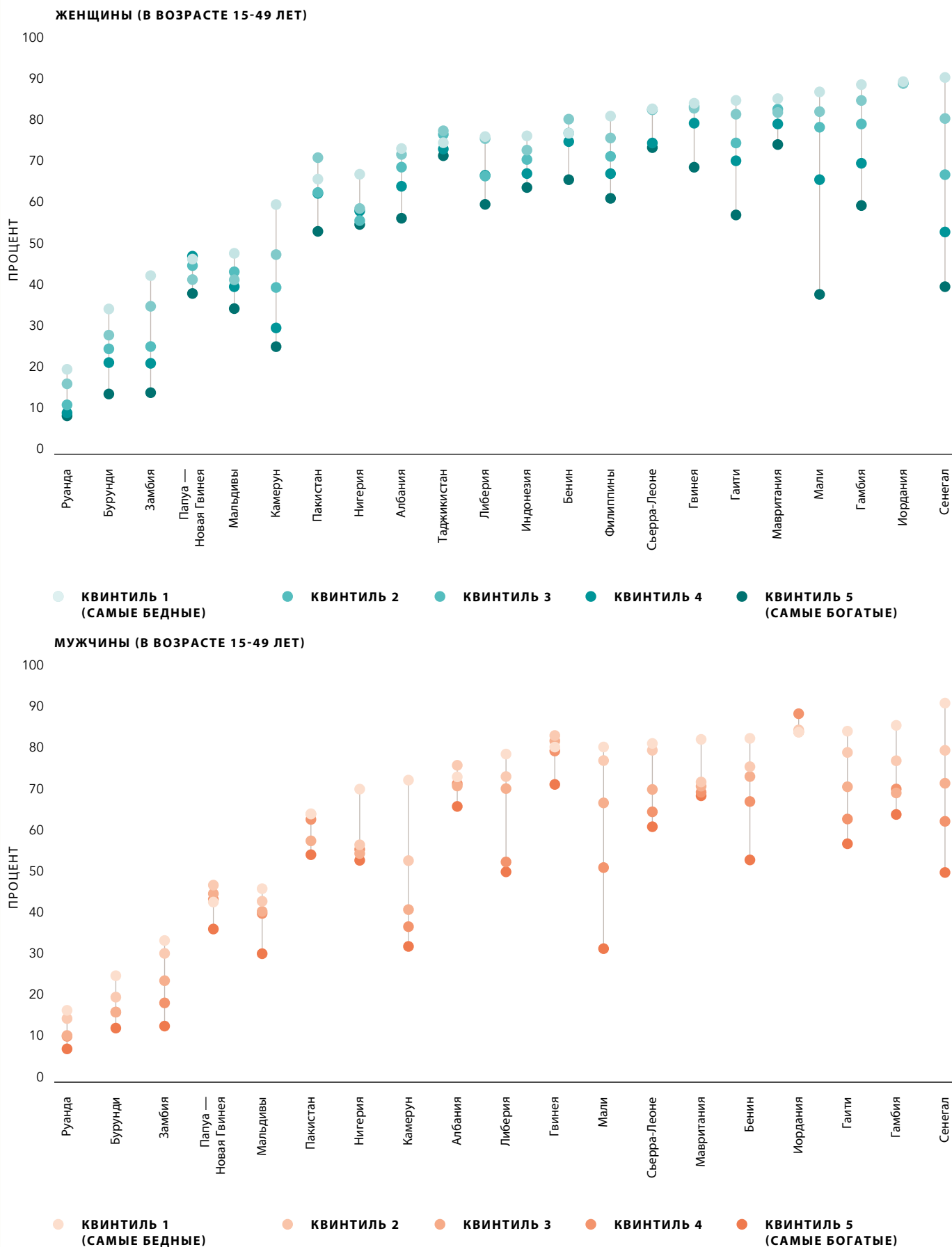
Источник: Исследования на основе опросов населения, 2017–2021 гг.

**РИСУНОК 1.38** Процент людей (в возрасте 15–49 лет), сообщающих о дискриминационном отношении к людям, живущим с ВИЧ, по половому признаку и месту жительства, страны с доступными данными, 2017–2021 гг.

Источник: Исследования на основе опросов населения, 2017–2021 гг.



**РИСУНОК 1.39** Процент людей (в возрасте 15–49 лет), сообщающих о дискриминационном отношении к людям, живущим с ВИЧ; по полу и уровню благосостояния; страны с доступными данными, 2017–2021 гг.

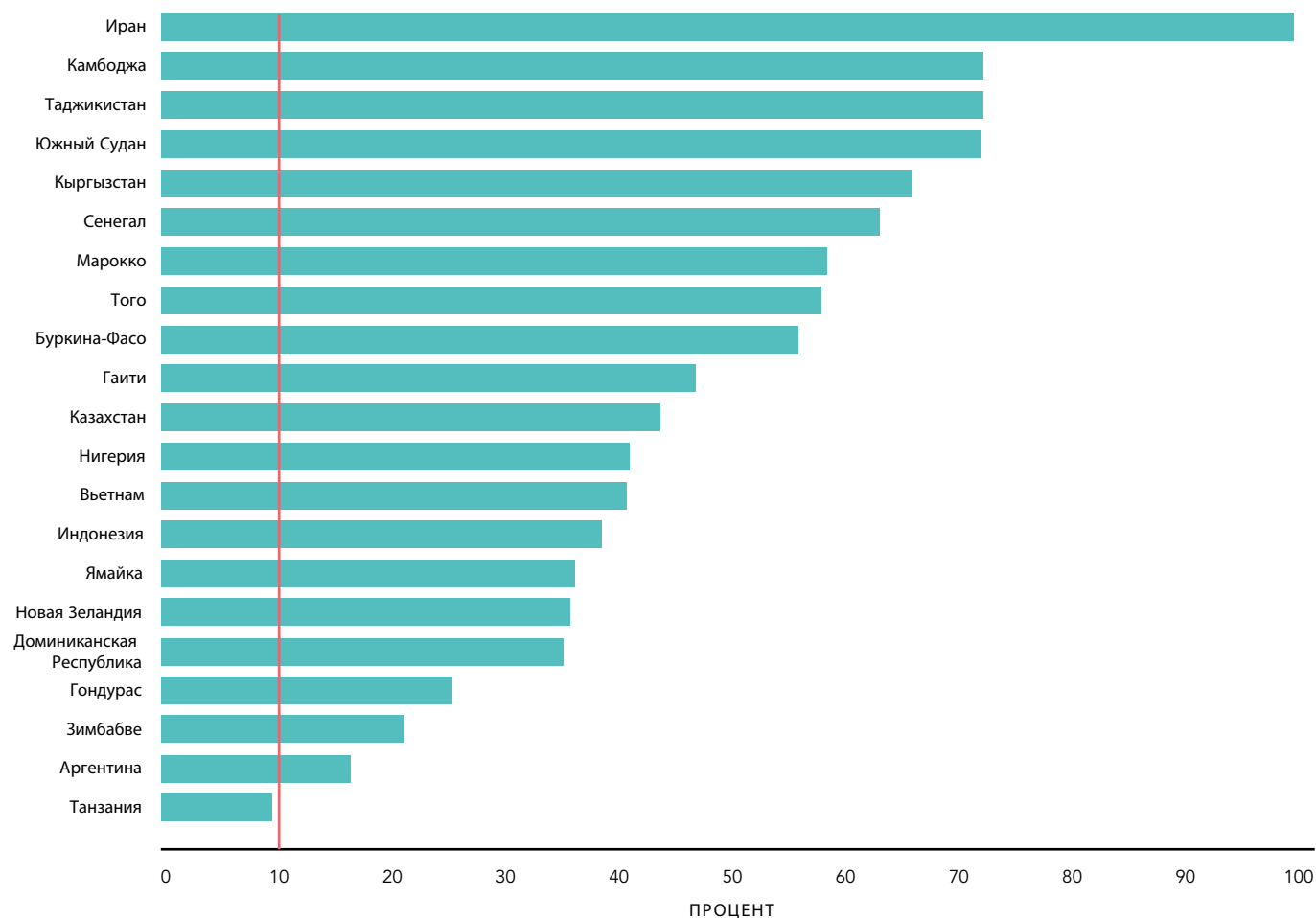


Источник: обследование определённых групп населения, 2017–2021 гг.

**ПОДЦЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СПИДУ: МЕНЕЕ 10% ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, СООБЩАЮТ О САМОСТИГМАТИЗАЦИИ К 2025 ГОДУ.**

Распространённость самостигматизации среди людей, живущих с ВИЧ (т. е. сообщения о том, что им стыдно быть ВИЧ-положительными) остаётся высокой во многих странах. В 20 из 21 страны, в которых имеется соответствующая информация, полученная в ходе исследований индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, в 2018–2021 гг. процент людей, живущих с ВИЧ и сообщивших о самостигматизации, превышал целевой показатель к 2025 г., равный в 10% (рис. 1.40). В девяти из 21 страны более половины опрошенных людей, живущих с ВИЧ, сообщили, что им стыдно за то, что они ВИЧ-инфицированные.

**РИСУНОК 1.40** Процент людей, живущих с ВИЧ, сообщивших о самостигматизации; страны с доступными данными, 2017–2021 гг.



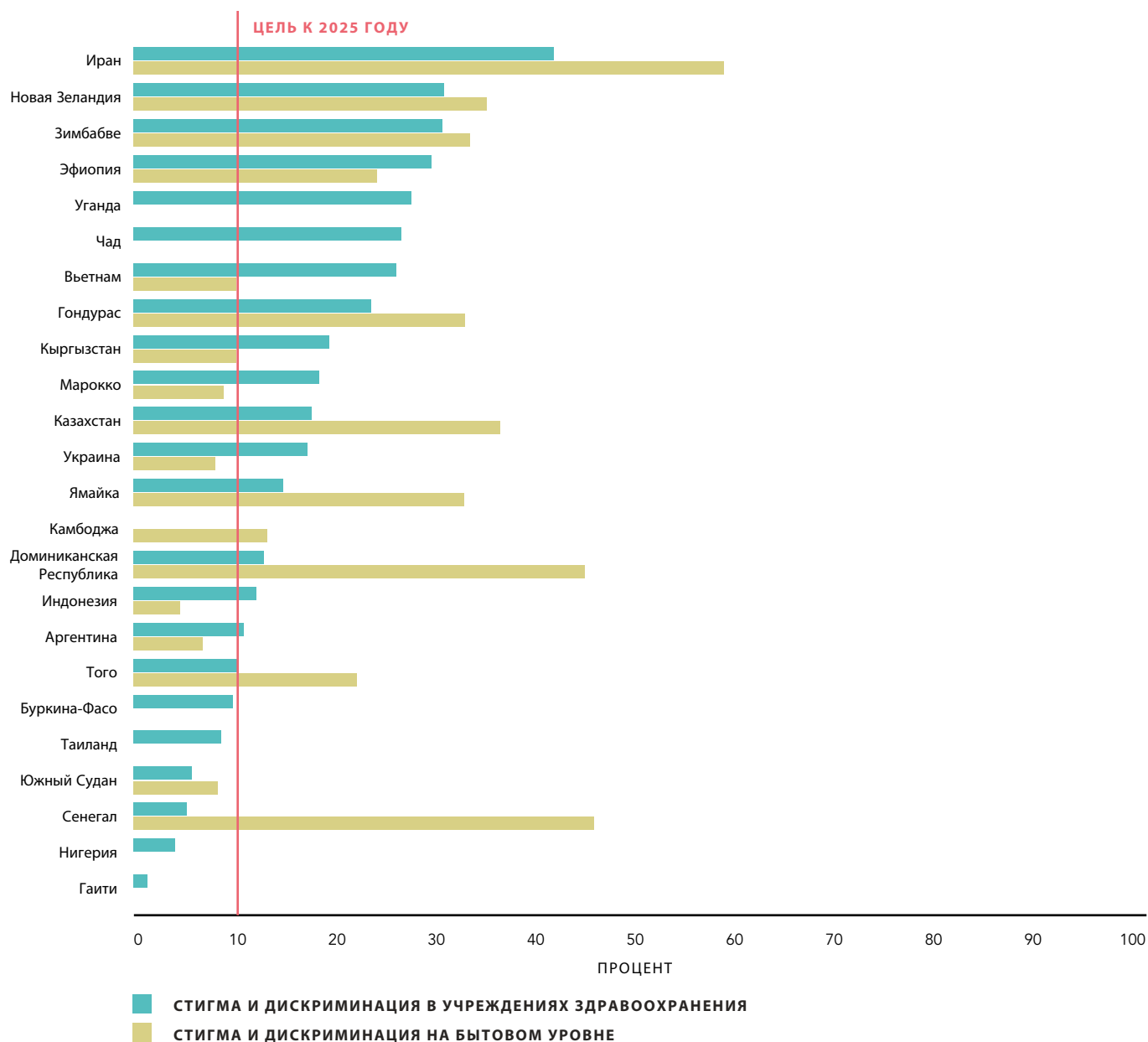
Источник: исследования "Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ", 2018–2021 гг.

Примечание: самостигматизация измеряется по числу людей, живущих с ВИЧ, заявляющих о чувстве стыда из-за своего ВИЧ-положительного статуса.

**ПОДЦЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СПИДУ: МЕНЕЕ 10% ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, СООБЩАЮТ О СТИГМЕ И ДИСКРИМИНАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕ К 2025 ГОДУ.**

Одним из наиболее важных мест для создания атмосферы, свободной от стигмы, являются учреждения здравоохранения и сообщества, куда люди, живущие с ВИЧ, должны обращаться за жизненно важными услугами и поддержкой. По данным опросов 2017–2021 годов, более 10% людей, живущих с ВИЧ, подвергаются стигматизации и дискриминации в общественных местах в 13 из 18 стран и в медицинских учреждениях в 17 из 23 стран (рис. 1.41).

**РИСУНОК 1.41** Процент людей, живущих с ВИЧ и сталкивавшихся со стигмой и дискриминацией в учреждениях здравоохранения и на бытовом уровне, страны с доступными данными, 2018–2021 гг.



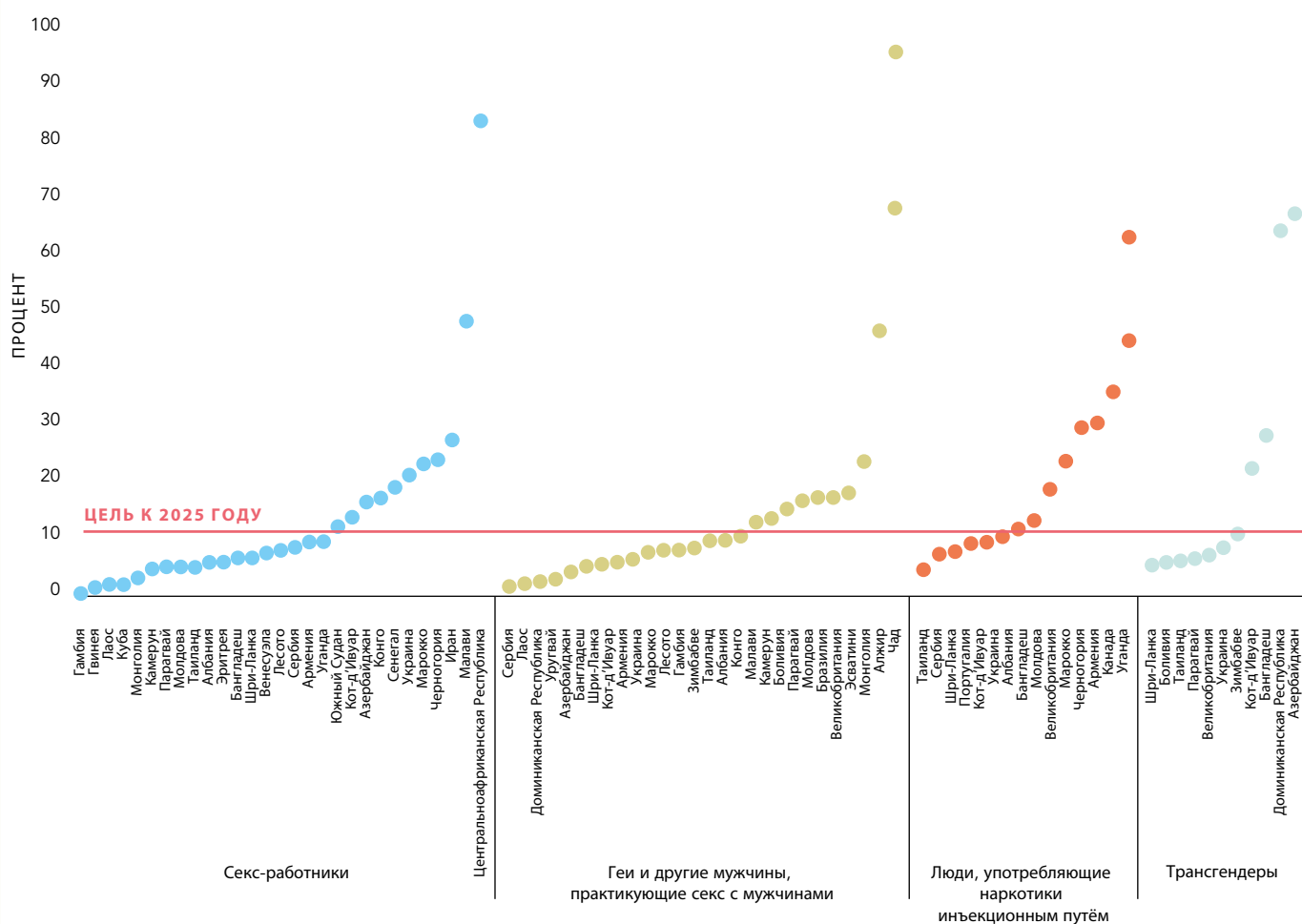
Источник: исследования «Индекс стигматизации людей с ВИЧ», 2018–2021 гг.

Примечание: стигма и дискриминация в учреждениях здравоохранения включает любые из следующих случаев, связанных с ВИЧ-статусом, за последние 12 месяцев: отказ в лечении из-за ВИЧ-статуса; получение совета отказаться от секса; сплетни и негативные разговоры за спиной; словесные оскорбления, физическое насилие, избегание физического контакта и разглашение ВИЧ-статуса без согласия. Стигма и дискриминация на бытовом уровне включает любые из следующих случаев, связанных с ВИЧ-статусом, за последние 12 месяцев: чувство отстранения от социальных собраний или мероприятий, чувство отстранения от религиозных мероприятий или мест отправления культа, чувство отстранения от семейных мероприятий, отказ в трудоустройстве или возможности получить работу, потеря источника дохода или работы.

Примечание: данные о стигме и дискриминации в учреждениях здравоохранения относятся к конкретным услугам, связанным с ВИЧ, только в Доминиканской Республике, Нигерии, Сенегале, Южном Судане, Того, Уганде и Зимбабве.

Стигма и дискриминация являются одними из основных барьеров, которые необходимо преодолеть ключевым группам населения, чтобы получить доступ к качественным медицинским услугам. По данным недавних опросов в ключевых группах населения, более 10% респондентов избегают медицинской помощи из-за стигмы и дискриминации в более 38% стран (рис. 1.42). Это особенно беспокоит людей, употребляющих инъекционные наркотики, что указано в отчётах 67% стран.

**РИСУНОК 1.42** Представители ключевых групп населения, сообщившие о том, что они избегали обращения за медицинской помощью в течение последних 12 месяцев; страны с доступными данными, 2017–2021 гг.



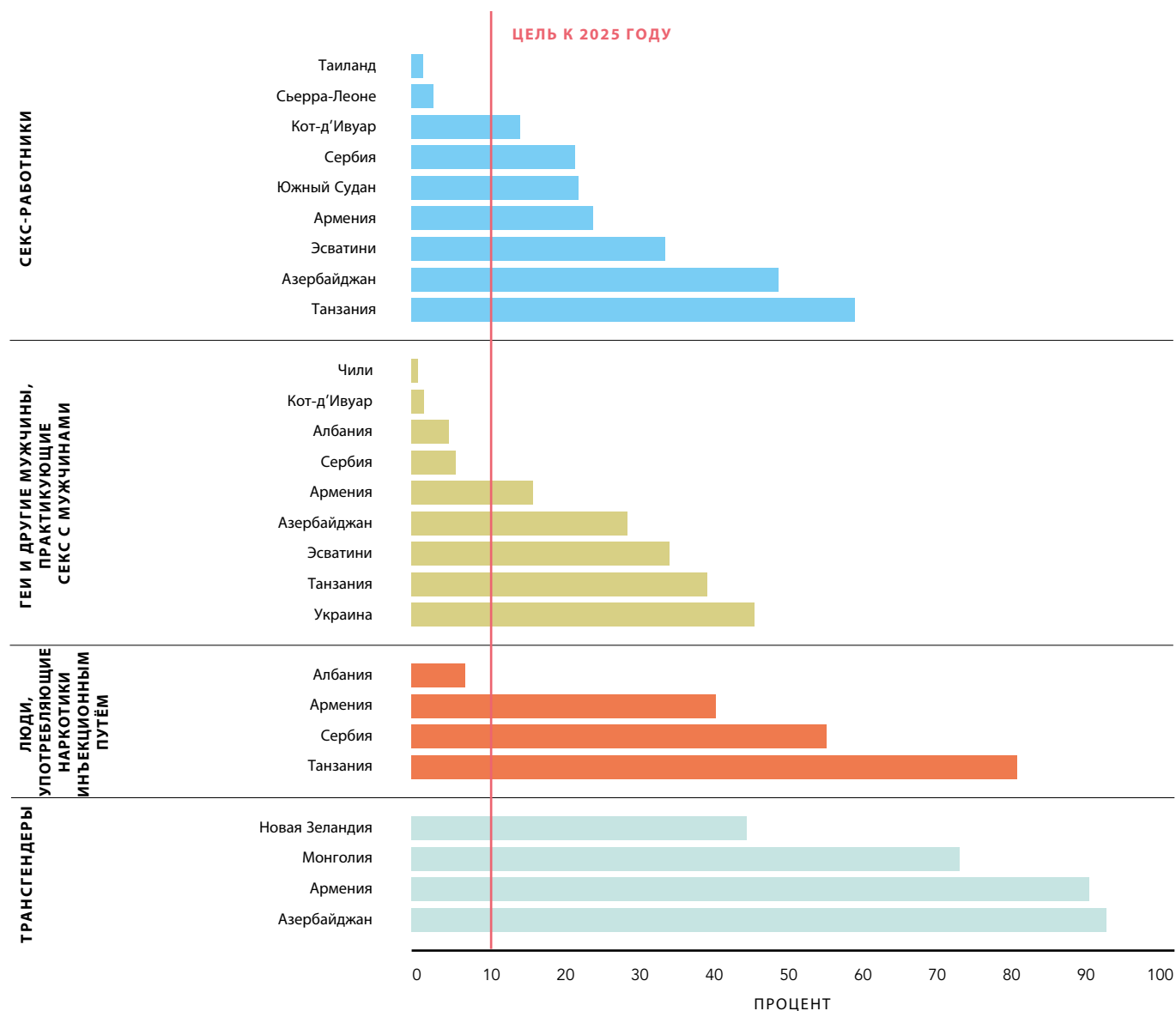
Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: большинство представленных данных получены в результате опросов, которые обычно проводятся в районах, где имеются соответствующие услуги, и, следовательно, эти данные не могут быть полностью репрезентативными на национальном уровне.

**ПОДЦЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СПИДУ: К 2025 ГОДУ МЕНЕЕ 10% ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ СООБЩАЮТ, ЧТО ОНИ СТАЛКИВАЮТСЯ СО СТИГМОЙ И ДИСКРИМИНАЦИЕЙ.**

Данные показывают различия в уровнях стигмы и дискриминации, с которыми сталкиваются различные ключевые группы населения, что отражает разнообразие социальных и правовых условий в разных регионах и странах (рис. 1.43). В то время как в среднем 16% мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (девять стран, представивших отчётность), и 22% секс-работников (девять стран, представивших отчётность) говорят, что сталкивались со стигмой и дискриминацией за последние шесть месяцев, 47% людей, употребляющих инъекционные наркотики (четыре страны-респондента), и 81% трансгендеров (четыре страны-респондента) сообщают об аналогичном опыте. Даже в странах и регионах, которые добились значительного прогресса в противодействии эпидемии СПИДа, стигма и дискриминация продолжают мешать более быстрому и справедливому прогрессу. Кроме того, отсутствие доступных данных по ключевым группам населения во многих условиях подрывает усилия по информационно-пропагандистской деятельности и программным действиям, основанным на фактических данных.

**РИСУНОК 1.43** Доля представителей ключевых групп населения, сообщивших о случаях стигмы и дискриминации за последние 6 месяцев, страны с доступными данными, 2017–2021 гг.



## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

ИНВЕСТИРОВАТЬ В СОЗДАНИЕ К 2025 ГОДУ НАДЁЖНЫХ, УСТОЙЧИВЫХ, СПРАВЕДЛИВЫХ И ФИНАНСИРУЕМЫХ ГОСУДАРСТВОМ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ, КОТОРЫЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТ 90% ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПОДВЕРЖЕННЫХ РИСКУ ИНФИЦИРОВАНИЯ И ЗАТРОНУТЫХ ВИЧ, КОМПЛЕКСНЫМИ УСЛУГАМИ, ОРИЕНТИРОВАННЫМИ НА ИНТЕРЕСЫ ЛЮДЕЙ И УЧИТЫВАЮЩИМИ КОНКРЕТНЫЕ УСЛОВИЯ.

## ИНТЕГРАЦИЯ И ВСЕОБЩИЙ ОХВАТ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Крайне важно, чтобы потребности людей, живущих с ВИЧ и подвергающихся риску инфицирования, удовлетворялись на протяжении всей их жизни посредством предоставления ориентированной на нужды людей, приемлемой, доступной, справедливой, недорогостоящей и качественной медицинской помощи. Это включает в себя все сопутствующие услуги для обеспечения наивысших достижимых стандартов их физического и психического здоровья и благополучия, включая профилактику и лечение сопутствующих заболеваний и сопутствующих инфекций.

Растущее бремя неинфекционных заболеваний несоразмерно затрагивает людей, живущих с ВИЧ. Сердечно-сосудистые заболевания, депрессия, диабет и рак особенно распространены среди людей, живущих с ВИЧ, в странах с низким и средним уровнем дохода: в некоторых странах до половины людей, получающих лечение от ВИЧ, также страдают неинфекционными заболеваниями (6). Это побудило к усилиям по увязыванию и интеграции лечения неинфекционных заболеваний с услугами в связи с ВИЧ и лечению сопутствующих заболеваний (7, 8).

Рак шейки матки является четвёртым наиболее распространённым видом рака среди женщин во всем мире: в 2020 году было зарегистрировано более 600 000 случаев заболевания и более 341 000 случаев смерти (9). Это самый распространённый вид рака среди женщин, живущих с ВИЧ, во всем мире и основная причина смерти от рака среди женщин в странах Африки к югу от Сахары: из примерно 110 000 женщин, у которых ежегодно диагностируется этот вид рака, примерно 66% умирают от данного заболевания (9–11).

Женщины, живущие с ВИЧ, в шесть раз чаще заболевают раком шейки матки, часто с более агрессивными формами и более высокой смертностью (12). Рак шейки матки является предотвратимым и излечимым заболеванием, и его можно ликвидировать как проблему общественного здравоохранения, но необходимые услуги распределены и интегрированы неравномерно и несправедливо как между странами, так и внутри них (10).

## Женщины, живущие с ВИЧ, в шесть раз чаще заболевают раком шейки матки, часто с более агрессивными формами и более высокой смертностью.

Был достигнут некоторый прогресс в расширении масштабов вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ) — причины 70% случаев рака шейки матки — во всем мире, но страны с низким и средним уровнем доходов все ещё отстают: только трое из десяти девочек вакцинированы против ВПЧ (по сравнению с девятью из 10 девочек в странах с высоким уровнем дохода) (13). Инициатива «Движение вперёд» (Go Further Initiative) — партнёрство Чрезвычайного плана президента США по оказанию помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), Института Джорджа Буша-младшего, ЮНЭЙДС, компании Мерк и Рош — обеспечила проведение 3,4 миллиона обследований на предмет рака шейки матки для женщин, живущих с ВИЧ. Эти обследования были интегрированы в учреждения по оказанию помощи при ВИЧ-инфекции в 12 странах Африки к югу от Сахары с 2018 года, при этом общий охват лечением составил 71% (14).

Из 80 стран с низким и средним уровнем дохода, представивших данные, 66 уже рекомендуют интегрированный скрининг рака шейки матки и лечение женщин, живущих с ВИЧ, в национальные стратегии или политику. Пятьдесят две из 78 стран, представивших отчётность, включили скрининг рака шейки матки и лечение женщин, живущих с ВИЧ, в свои национальные планы по СПИДу (15).

Рак анального канала — ещё один вид рака, вызванный ВПЧ, — чаще встречается среди людей, живущих с ВИЧ, чем среди населения в целом, и является четвёртым по распространённости видом рака среди людей, живущих с ВИЧ. Недавнее крупное клиническое исследование в США показало, что лечение предраковых поражений анального канала снижает вероятность развития рака анального канала более чем наполовину (16). Это ещё раз подчёркивает необходимость интегрированной помощи при ВИЧ-инфекции и услуг по лечению анального рака для людей, живущих с ВИЧ.

Точно так же психические службы должны быть более системно интегрированы со службами по противодействию ВИЧ. Каждый восьмой человек в мире имеет то или иное психическое расстройство; это ведущая причина многих лет жизни с инвалидностью во всем мире. Психические расстройства более распространены среди людей, живущих с ВИЧ, чем среди общего населения, при этом женщины, живущие с ВИЧ, особенно подвержены депрессии и тревоге (17). Недавний систематический обзор показал, что риск смерти в результате самоубийства среди людей, живущих с ВИЧ, в 100 раз выше, чем среди общего населения (18).

Профилактика и лечение депрессии и других состояний и расстройств психического здоровья также могут улучшить удержание в системе медицинской помощи и клинические результаты для людей, живущих с ВИЧ (19, 20).

Взаимосвязь между ВИЧ и психическим здоровьем, а также пересекающиеся факторы риска обосновывают создание интегрированных, ориентированных на нужды людей услуг в области психического здоровья и ВИЧ (7, 20, 21). Однако лечение и уход при психических, неврологических состояниях и состояниях, связанных с употреблением психоактивных веществ, по-прежнему редко интегрируются в комплекс вместе с другими основными услугами и медицинской помощью, в том числе в области ВИЧ-инфекции (22).

Отсутствие доступных данных часто не позволяет провести актуальную оценку доступа к комплексным услугам в связи с ВИЧ среди людей в условиях гуманитарных кризисов. Однако быстрый рост природных, климатических и/или конфликтных гуманитарных чрезвычайных ситуаций вызывает серьёзную озабоченность: в 2022 году число людей, перемещённых в результате войны, актов насилия, преследований или нарушений прав человека, впервые превысило 100 миллионов человек (23).

По оценкам, 1,8 миллиарда человек во всем мире — примерно четверть населения планеты — проживают в районах, затронутых конфликтами (24). Конфликты оказывают глубокое воздействие на здоровье человека и его способность реагировать на угрозы здоровью и благополучию, такие как повышенный риск инфицирования ВИЧ. Конфликты часто приводят к частичному или полному разрушению инфраструктуры здравоохранения, включая потерю медицинских работников и ограничение доступа к основным медицинским услугам (25, 26). Например, ЮНЭЙДС и партнёры по исследованиям задокументировали, как вынужденная миграция в результате конфликтов, преследований или нарушений прав человека повышает личную уязвимость и препятствует доступу к основным услугам (27). В ситуациях неопределённости, сопровождаемых нарушениями общественного порядка, гражданские конфликты могут привести к всплеску сексуального насилия и передачи ВИЧ, особенно среди девочек-подростков и молодых женщин. Гражданский конфликт также разрывает или нарушает важнейшие цепочки поставок лекарств, средств диагностики и других товаров медицинского назначения (24).

## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ 90% ЛЮДЕЙ, ЗАТРОНУТЫХ ГУМАНИТАРНЫМИ КРИЗИСАМИ, ИМЕЛИ ДОСТУП К КОМПЛЕКСНЫМ УСЛУГАМ, СВЯЗАННЫМ С ВИЧ.**



## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

**ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ К  
2025 ГОДУ 45% ЛЮДЕЙ,  
ЖИВУЩИХ С ВИЧ И СПИДОМ,  
ПОДВЕРЖЕННЫХ РИСКУ И  
СТРАДАЮЩИХ ОТ СПИДА,  
ИМЕЛИ ДОСТУП К МЕРАМ  
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ.**

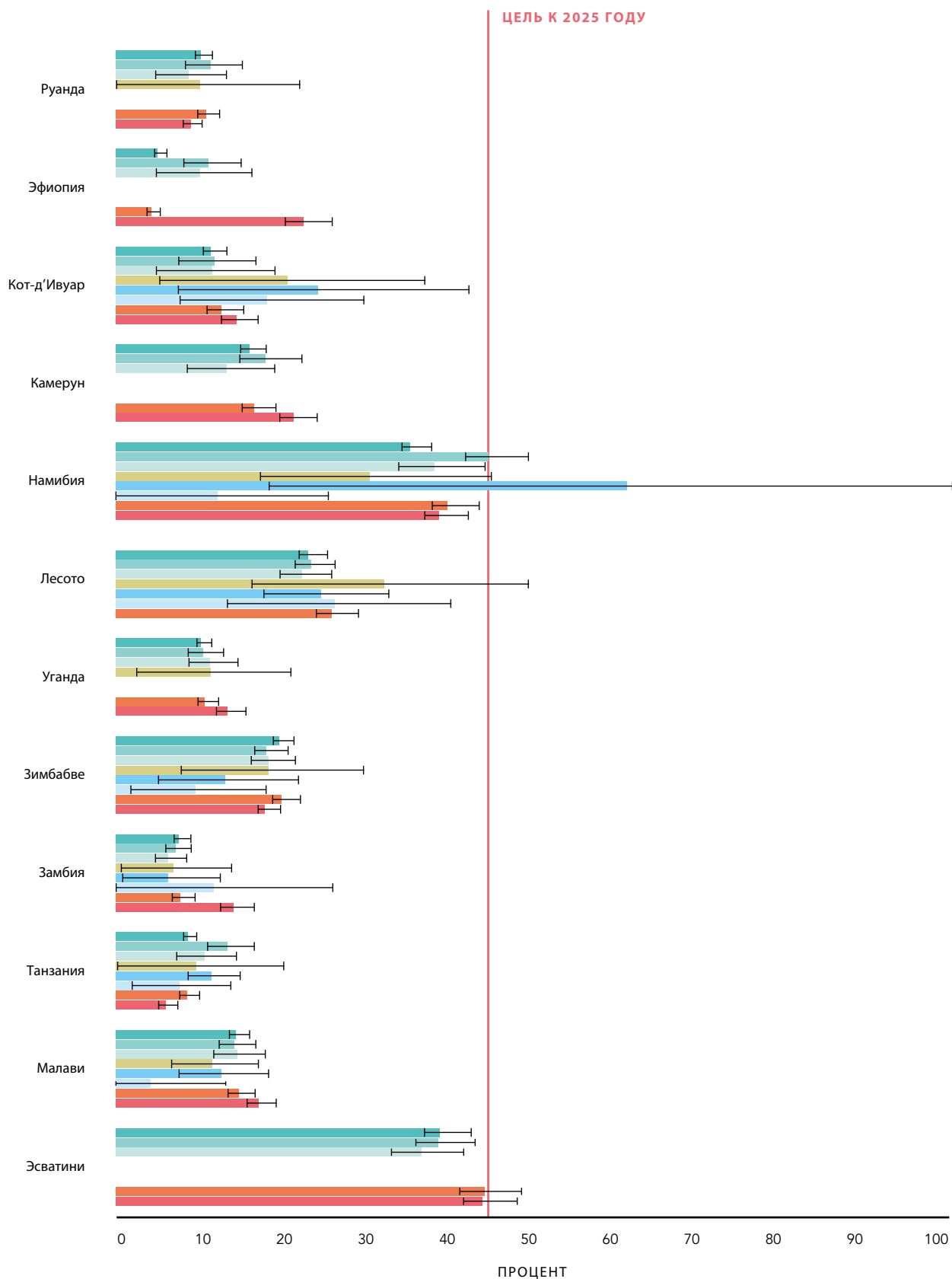
Воздействие социальной защиты может быть мощным инструментом, особенно в условиях, когда люди сталкиваются с многочисленными угрозами своему здоровью и благополучию. Социальная защита укрепляет структурные детерминанты здоровья в противовес бедности, отсутствию образования, безработице и несправедливости (28, 29). Она также позволяет людям переносить жизненные потрясения, улучшает психологическое самочувствие и увеличивает количество и качество пищи, доступной получателям помощи (30–34).

По оценке МОТ, целевой показатель глобального охвата 45% населения социальной защитой обеспечит доступ к социальной защите людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску инфицирования и затронутых ВИЧ (35). Охват социальной защитой в странах с высоким уровнем дохода в несколько раз выше, чем в странах Африки к югу от Сахары (36).

Исследования по оценке воздействия ВИЧ на группы населения (PHIA), которые были проведены в ряде стран, стали источником наиболее полных данных по данному показателю. Согласно опросам PHIA, проведенным в 12 странах с высоким бременем ВИЧ в 2015–2018 гг., только две группы населения в Эсватини (девочки-подростки и молодые женщины, сироты и уязвимые дети) и две группы населения в Намибии (секс-работницы и женщины, живущие с ВИЧ) охвачены как минимум на 45% экономической поддержкой извне (рис. 1.44). В Малави, Танзании и Замбии доступ к внешней экономической поддержке намного ниже, охват составляет менее одной трети от целевого показателя к 2025 году. Данные о доступе к пособиям из фонда социальной защиты, выделяемых людям, живущим с ВИЧ, подверженным риску инфицирования и затронутым ВИЧ, помогают составить более точную оценку охвата социальной защитой этой категории населения (37).



**РИСУНОК 1.44** Оценочная распространённость любой внешней экономической поддержки домохозяйств за последние 12 месяцев, по странам и группам населения, 2015–2017 гг.



ВСЁ НАСЕЛЕНИЕ  
(В ВОЗРАСТЕ 15-59 ЛЕТ)

ГЕИ И ДРУГИЕ МУЖЧИНЫ,  
ПРАКТИКУЮЩИЕ СЕКС С  
МУЖЧИНАМИ

ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКИ  
И МОЛОДЫЕ ЖЕНЩИНЫ

ЛЮДИ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ (ЖЕНЩИНЫ)

СЕКС-РАБОТНИКИ (ЖЕНЩИНЫ)

СИРОТЫ И УЯЗВИМЫЕ ДЕТИ (В)

ЛЮДИ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ (МУЖЧИНЫ)

СЕКС-РАБОТНИКИ (МУЖЧИНЫ)

<sup>a</sup> Общая внешняя экономическая поддержка домохозяйства в течение последних 12 месяцев включала следующее: выплату социальной пенсии; материальную и финансовую помощь в обеспечении жильем; продовольственную помощь, предоставлявшуюся на дому или в каком-либо учреждении; помощь наличными деньгами или необходимыми материалами для генерации доходов (например, сельскохозяйственными материалами); помощь в получении образования (например, школьная форма, учебники, оплата учебы и стипендии); помощь в несении школьных расходов; перевод денежных средств (например, пенсии, выплат по инвалидности и выплат на детей); а также другие виды помощи. Примечание: данные по Эсватини, Намибии и Руанде относятся к последним трем месяцам; набор данных не включает в себя динамику показателей за 12 месяцев. Знаменатель: все интервью с взрослыми в возрасте 15 лет и старше, соответствующими определению ключевой группы населения. Числитель: те, кто сообщили о получении социальной защиты.

<sup>b</sup> Общая поддержка на уровне школы, а также социальная, материальная, эмоциональная и медицинская помощь. Знаменатель: дети младше 18 лет в том случае, если ребенок, родная мать и/или родной отец были тяжело больны в течение последних 12 месяцев (слишком больны, чтобы работать или заниматься обычной деятельностью). Числитель: те, кто сообщили о получении помощи на ребенка в течение последних 12 месяцев.

Источник: обзоры Оценки влияния ВИЧ на различные группы населения (PHIA), 2015–2017 гг.

Примечание: подсчеты в отношении мужчин секс-работников в Малави и Замбии основаны на данных/наблюдениях по 25–49 случаям, и к ним следует относиться с осторожностью. Результаты по мужчинам-геям и другим мужчинам, практикующим секс с мужчинами, и секс-работникам (женщинам и мужчинам) в Эсватини не приводятся, так как в каждой группе было идентифицировано менее 25 взрослых. Ассоциативные тесты Рао-Скотта хи-квадрат, обеспечивающие сложную структурную выборку, были проведены для того, чтобы определить, различается ли доступ к социальной защите между женщинами, живущими с ВИЧ, и женщинами, не живущими с ВИЧ; мужчинами, живущими с ВИЧ, и мужчинами, не живущими с ВИЧ; женщинами секс-работниками и женщинами, не являющимися секс-работниками; мужчинами секс-работниками и мужчинами, не являющимися секс-работниками; геями и другими мужчинами, практикующими секс с мужчинами, и мужчинами, не являющимися геями и не практикующими секс с другим мужчинами; девочками-подростками и молодыми женщинами, а также женщинами 25 лет и старше. Ассоциативные тесты Рао-Скотта хи-квадрат дали высокий показатель в  $\alpha=0,10$  для девочек-подростков и молодых женщин по сравнению с женщинами 25 лет и старше в Эсватини, а также для секс-работников по сравнению с теми, кто не является секс-работниками (мужчины и женщины) в Объединенной Республике Танзания.



Эль Хадж Диалло, пациент и садовник в центре комплексного лечения наркозависимости CEPiAD в Дакаре, Сенегал, 2021 г.

## ЦЕЛЬ К 2025 ГОДУ:

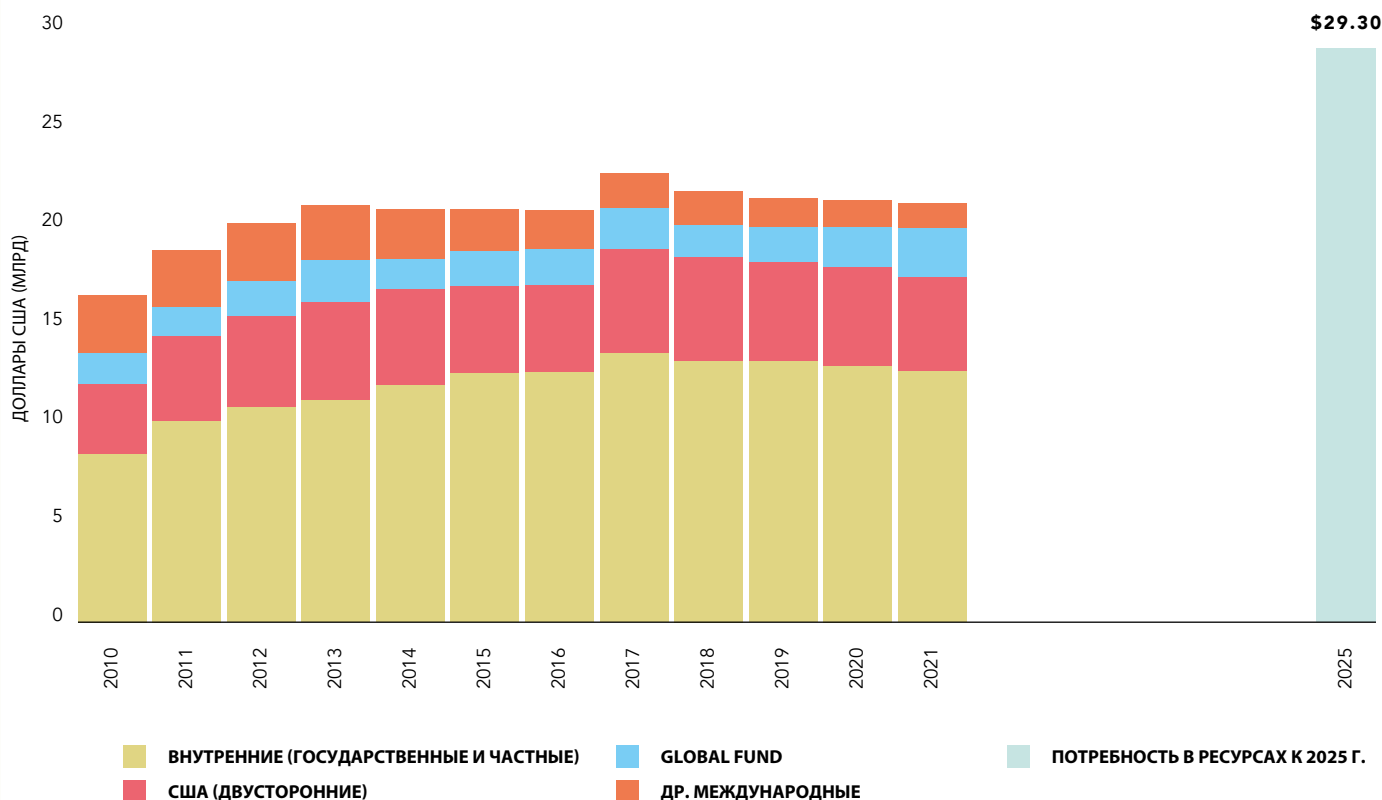
**ПОЛНОСТЬЮ ФИНАНСИРОВАТЬ МЕРЫ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ВИЧ, УВЕЛИЧИВ ЕЖЕГОДНЫЕ ИНВЕСТИЦИИ В СТРАНАХ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ ДО 29 МЛРД ДОЛЛАРОВ США К 2025 ГОДУ.**

## ИНВЕСТИЦИИ И РЕСУРСЫ

Финансирование, выделяемое на противодействие ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода, продолжает медленно сокращаться, несмотря на новые обязательства, взятые государствами-членами ООН в Политической декларации о ВИЧ и СПИДе 2021 года. В 2021 году финансирование из всех источников составило 21,4 млрд долларов США (рис. 1.45), что на 27% ниже целевого показателя мобилизации ресурсов в размере 29,3 млрд долларов США к 2025 году. Финансовые средства, доступные для противодействия ВИЧ в 2021 году, были на 1% меньше, чем средства, доступные в 2020 году, что продолжает тенденцию с 2017 года. В 2021 году из внутренних источников поступило 60% ресурсов, доступных для противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов. Двустороннее финансирование из США как крупнейшего донора глобальных мер в ответ на СПИД оставалось стабильным, в то время как помощь других двусторонних доноров сократилась на 81% после долгового кризиса в еврозоне в 2012–2013 годах. Тем не менее, выделение внутренних ресурсов за последнее десятилетие увеличились на 25%. Дополнительные ассигнования из Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд), выделенные странам для поддержания уровня услуг в связи с ВИЧ во время пандемии COVID-19, способствовали небольшому увеличению затрат на противодействие ВИЧ, финансируемых из Глобального фонда в 2021 году.

**РИСУНОК 1.45** Наличие ресурсов для борьбы с ВИЧ в странах с низкими и средним уровнями доходов, 2009–2021 гг. и цель к 2025 г.

Источник: Финансовые расчеты и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S,



Brown T, Hallett TB et al. Моделирование и эпидемиологическое воздействие сформулированных ЮНЭЙДС целей к 2025 году для ликвидации СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году. PLoS Med. 2021;18(10): e1003831.

Примечание: Размеры ресурсов рассчитаны в постоянных долларах США за 2019 год. Включенные страны в 2020 году были отнесены Всемирным банком к категории имеющих низкий и средний уровни доходов

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Tenforde MW, Shapiro AE, Rouse B, Jarvis JN, Li T, Eshun-Wilson I et al. Treatment for HIV-associated cryptococcal meningitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(7):CD00564.
2. Guidelines for diagnosing, preventing and managing cryptococcal disease among adults, adolescents and children living with HIV. Geneva: WHO; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052178>).
3. Valencia J, Alvaro-Meca A, Troya J, Gutiérrez J, Ramón C, Rodríguez A et al. Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting. *PLoS ONE*. 2020;15(3):e0230886.
4. Global State of Harm Reduction - 2021 Update. In: Harm Reduction International [Internet]. Harm Reduction International; c2022 (<https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-2021>).
5. The ILO global HIV discrimination in the world of work survey, 2021. Geneva: ILO; 2021.
6. Improving quality of life for communities living with HIV/AIDS, TB and Malaria. Briefing note. NCD Alliance; 2020 (<https://ncdalliance.org/resources/improving-quality-of-life-for-communities-living-with-hiv-aids-tb-and-malaria>).
7. The Global AIDS Strategy 2021–2026: end inequalities, end AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021.
8. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2021.
9. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71:209–49. doi:10.3322/caac.21660.
10. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020.
11. Jedy-Agba E, Joko WY, Liu B, Buziba NG, Borok M, Korir A et al. Trends in cervical cancer incidence in sub-Saharan Africa. *Br J Cancer*. 2020;123(1):148–54.
12. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Ibrahim Khalil A, Baussano I, Shah ASV et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*. 2021;9(2):e161–e169.
13. WHO/IVB Database [database]. June 2022. Geneva: WHO; c2022 (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoibNDIxZTFkZGZUtMDQ1Ny00MDZkLThtZDktYWFIYTdkOGU2NDcwliwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQ0NGl3OS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIslmMiOjh9>).
14. GoFurther: program-wide highlights. Go Further; May 2022 ([https://gwbcenter.imgix.net/Publications/Resources/Go\\_Further\\_Highlights/2022\\_May/GoFurther\\_GlobalHighlights\\_v2\\_16\\_MAY\\_2022.pdf](https://gwbcenter.imgix.net/Publications/Resources/Go_Further_Highlights/2022_May/GoFurther_GlobalHighlights_v2_16_MAY_2022.pdf)).
15. NCPI data, 2022.
16. Palefsky JM, Lee JY, Jay N, Goldstone SE, Darragh TM, Dunlevy HA et al. Treatment of anal high-grade squamous intraepithelial lesions to prevent anal cancer. *N Engl J Med*. 2022;386(24):2273–82.
17. Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychy*. 2001;158(5):725–30.
18. Pelton M, Ciarletta M, Wisnousky H, Lazzara N, Manglani M, Ba DM et al. Rates and risk factors for suicidal ideation, suicide attempts and suicide deaths in persons with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Gen Psychiatry*. 2021;34:e100247.



19. *World Mental Health Report: transforming mental health for all*. In: WHO.int [Internet]. Geneva: WHO; 2022 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>).
20. *Integration of mental health and HIV interventions: key considerations*. Geneva: UNAIDS; 2022 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/integration-mental-health-hiv-interventions\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/integration-mental-health-hiv-interventions_en.pdf)).
21. *2022–2030 WHO global health sectors strategies for HIV, hepatitis and STIs*. Geneva: WHO; 2022.
22. Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Smith CM, Von Isenburg M, Akimana B, Shakarishvili A et al. Mental health interventions for persons living with HIV in low- and middle-income countries: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(S2):e25722.
23. UNHCR: Global displacement hits another record, capping decade-long rising trend. In: UNHCR.org [Internet]. 16 June 2022. UNHCR; c2022 (<https://www.unhcr.org/en-us/news/press/2022/6/62a9d2b04/unhcr-global-displacement-hits-record-capping-decade-long-rising-trend.html>).
24. *Building peace in fragile and conflict settings through health*. Geneva; WHO; 2022 (<https://www.who.int/activities/building-peace-in-fragile-and-conflict-settings-through-health>).
25. *A Decade of Destruction: Attacks on health care in Syria*. In: International Rescue Committee [Internet]. 2 March 2021. International Rescue Committee; c2022 (<https://www.rescue.org/report/decade-destruction-attacks-health-care-syria-0>).
26. WHO records 100th attack on health care in Ukraine. In: WHO.int [Internet]. 7 April 2022. Geneva: WHO; c2022 (<https://www.who.int/news/item/07-04-2022-who-records-100th-attack-on-health-care-in-ukraine>).
27. Nöstlinger C, Cosaert T, Van Lendeghem E, Vanhamel J, Jones G, Zenner D et al. HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and the European Economic Area. *Lancet HIV* 2022;9:e428-e437.
28. Munodawafa D, Sookram C, Nganda B. *A strategy for addressing the key determinants of health in the African region*. Brazzaville: WHO, Regional Office for Africa; 2010.
29. Owusu-Addo E, Renzaho AMN, Smith BJ. The impact of cash transfers on social determinants of health and health inequalities in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2018;33(5):675-96.
30. Handa S, Halpern CT, Pettifor A, Thirumurthy H. The Government of Kenya's cash transfer program reduces the risk of sexual debut among young people age 15–25. *PLoS ONE*. 2014;9(1):e85473.
31. Pettifor A, Wamoyi J, Balvanz P, Gichane MW, Maman S. Cash plus: exploring the mechanisms through which a cash transfer plus financial education programme in Tanzania reduced HIV risk for adolescent girls and young women. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(S4):e25316.
32. Schaefer R, Thomas R, Robertson L, Eaton JW, Mushati P, Nyamukapa C et al. Spillover HIV prevention effects of a cash transfer trial in East Zimbabwe: evidence from a cluster-randomised trial and general-population survey. *BMC Public Health*. 2020;20:1599.
33. Haushofer J, Shapiro J. The short-term impact of unconditional cash transfers to the poor: experimental evidence from Kenya. *Q J Econ*. 2016;131(4):973-2042.
34. Hidrobo M, Hoddinott J, Kumar N, Olivier M. Social protection, food security and asset formation. *World Dev*. 2018;101:88-103.
35. *World social protection report. Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals, 2017–2019*. Geneva: ILO; 2017

36. *SDG Indicator 1.3 [database]. United Nations Department of Economic and Social Affairs; c2022 (<https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>).*
37. *Chipanta D, Pettifor A, Edwards J, Giovenco D, Topazian HM, Bray RM. Access to social protection by people living with, at risk of, or affected by HIV in Eswatini, Malawi, Tanzania, and Zambia: results from population-based HIV impact assessments. AIDS Behav. 2022 Mar:1-11.*





# ПРИДАНИЕ НОВОГО ИМПУЛЬСА ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ



Число новых случаев инфицирования ВИЧ во всем мире продолжает снижаться, но в 2021 году наблюдалось наименьшее снижение за последние пять лет. В некоторых регионах, особенно в Восточной Европе и Центральной Азии, Латинской Америке, на Ближнем Востоке и в Северной Африке, динамика новых случаев инфицирования ВИЧ с 2010 по 2021 год следует в неправильном направлении. Кроме того, профилактические программы во всех регионах являются неполными, в них отсутствуют приоритетные группы населения, или они слишком малы, чтобы оказать значимое воздействие. Обычными препятствиями являются непоследовательное политическое руководство, нехватка средств и нерациональное финансирование, а также препятствующая правовая и политическая среда.

## ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ, ДЕЙСТВУЮЩАЯ В РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ

Страны с различными эпидемиями и ресурсами добились заметных успехов в сокращении числа случаев инфицирования ВИЧ среди взрослых с помощью программ комплексной профилактики. Например, несмотря на то, что в Зимбабве в 1990-х годах произошло значительное снижение числа новых случаев инфицирования среди взрослых, отчасти благодаря пропаганде использования презервативов, в период с 2010 по 2021 год число новых случаев инфицирования ВИЧ в стране продолжило снижаться более чем на 70%, причём ранний рост числа программ, нацеленных на ключевые группы населения, и увеличение охвата антиретровирусной терапией способствовали снижению числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых на 75% в 2010–2021 годах. В Малави число новых случаев ВИЧ-инфекции снизилось на 61% за тот же период, поскольку страна расширила охват лечением ВИЧ-инфекции, сосредоточив внимание на дородовых услугах женщинам, а затем и их партнёрам. В Кении использовался тот же подход наряду с широким охватом профилактическими услугами ключевых групп населения с целью сократить число новых случаев инфицирования среди взрослых на 48%.

В других регионах несколько стран добились резкого сокращения числа новых случаев ВИЧ-инфекции, сосредоточив внимание на потребностях ключевых групп населения. В 2010–2021 годах число новых случаев ВИЧ-инфекции сократилось более чем на 60% в Италии и Вьетнаме, и примерно наполовину в Шри-Ланке. В Эстонии, благодаря расширенному доступу к услугам снижения вреда, количество новых диагнозов среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, в период с 2007 по 2016 год сократилось на 97%.

Необходимы гораздо более обширные и справедливые профилактические программы для ключевых групп населения и их сексуальных партнёров, на долю которых в настоящее время приходится более двух третей новых случаев инфицирования ВИЧ в мире и более 90% новых случаев инфицирования за пределами Африки к югу от Сахары. Программы должны намного лучше поддерживать гендерно-чувствительные услуги в связи с ВИЧ, в том числе для ключевых групп населения. Вмешательства на уровне сообществ и при лидерстве сообществ имеют огромный потенциал для заполнения этого пробела, но они не используются в полной мере.

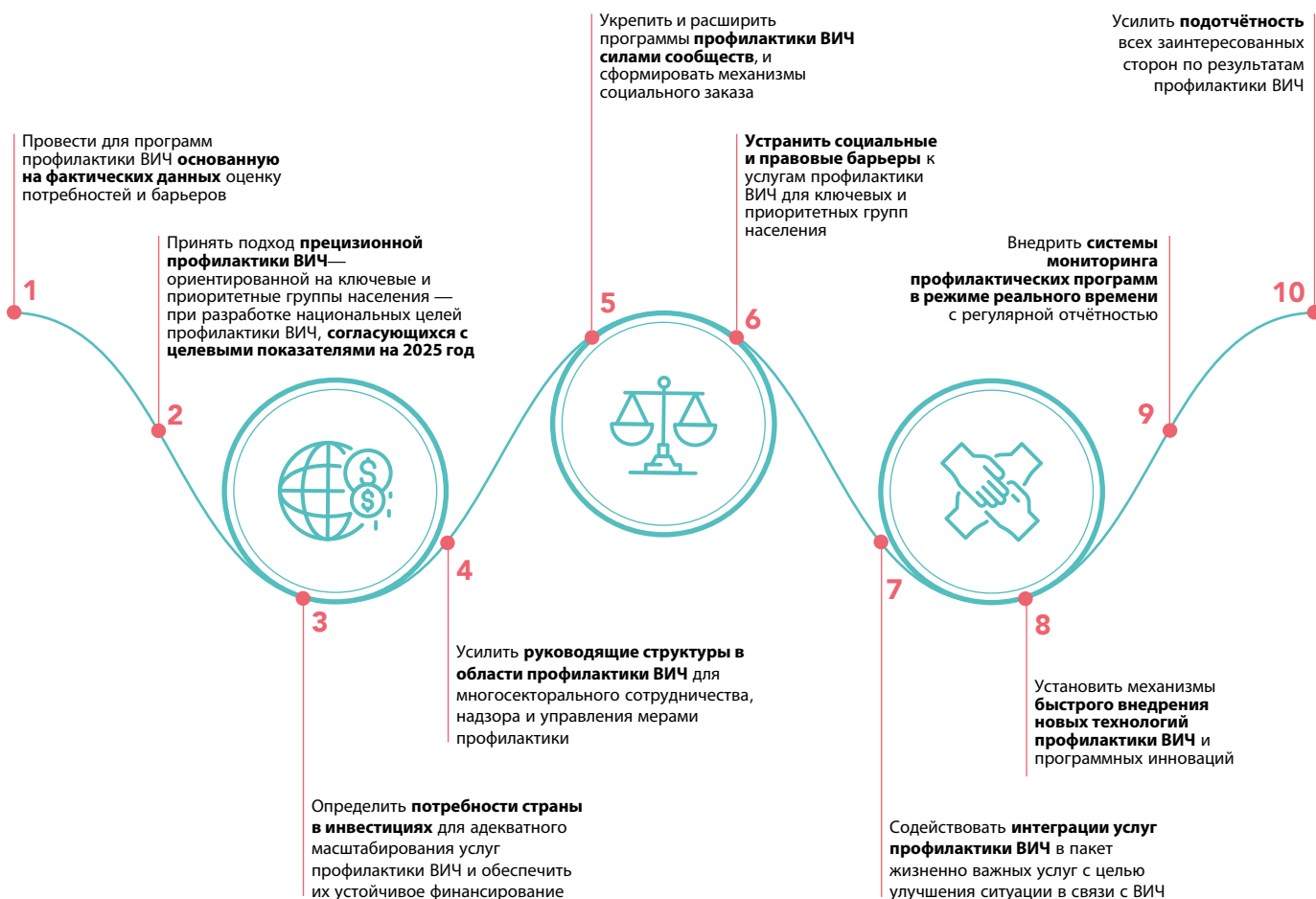
Сорокалетний опыт показал, что ВИЧ не поддаётся быстрым и нисходящим мерам. Правильное сочетание услуг должно быть доступно в нужных местах и для людей, которые больше всего в них нуждаются (см. вставку). Это означает: приоритизацию вмешательств для людей, подвергающихся наибольшему риску, с использованием подходов, основанных на фактических данных и правах; справедливость и эффективность при перераспределении инвестиций с уходом от неэффективных и малоэффективных вмешательств. Это также означает расширение глобального доступа к новым технологиям противодействия ВИЧ, таким как инъекционные антиретровирусные препараты длительного действия, путём обеспечения их доступности главным образом для людей, которые больше всего в них нуждаются. Этого можно добиться, только обеспечив более решительное руководство и достаточное финансирование, устранив правовые и политические барьеры и избавив службы от стигмы и дискриминации.

Также как никогда ясно, что стратегии должны избегать противопоставления профилактики тестированию и лечению, или биомедицинских вмешательств — поведенческим и структурным. При совместном использовании эти подходы оказывают наибольшее влияние. Поэтому решающее значение имеет постоянное продвижение и усиление первичной профилактики ВИЧ (1). Это требует перезапуска программ предоставления презервативов, получения максимальной отдачи от вмешательств, основанных на применении антиретровирусных препаратов, включая расширение масштабов доконтактной профилактики (ДКП) и расширение охвата программ добровольного медицинского мужского обрезания (ДММО) в приоритетных странах.

## ДЕСЯТЬ ДЕЙСТВИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ ИЗМЕНИТЬ СИТУАЦИЮ С ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ: ДОРОЖНАЯ КАРТА ГЛОБАЛЬНОЙ КОАЛИЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ ДО 2025 ГОДА

В новой дорожной карте «Профилактика ВИЧ-2025» изложены действия, которые приблизят страны к достижению целей профилактики ВИЧ к 2025 году (2). Карта показывает, как страны могут реформировать свои национальные профилактические меры, расставить приоритеты в правильном сочетании вмешательств для своих условий и сосредоточить программы там, где они нужны больше всего. Центральное место в Дорожной карте на период до 2025 года занимают 10 приоритетных действий (рис. 2.1), описывающих основные шаги, которые необходимо предпринять странам для достижения целевых показателей по профилактике к 2025 году.

**РИСУНОК 2.1** Дорожная карта по профилактике ВИЧ 2025, состоящая из 10 пунктов



Источник: Дорожная карта «Профилактика ВИЧ 2025: остановить эпидемию СПИДа как угрозу общественному здоровью к 2030 году». Женева. Глобальная коалиция по профилактике ВИЧ; 2022 г. (готовится к публикации).

В Дорожной карте на период до 2025 года описывается точный подход к профилактике с использованием подробной информации о заболеваемости ВИЧ, рисках и уязвимостях, чтобы сфокусировать профилактические программы на достижении максимальных результатов. В соответствии с этим подходом в Дорожной карте на период до 2025 года особое внимание уделяется высокоэффективным профилактическим программам для ключевых и приоритетных групп населения, использованию надёжных сервисных платформ и действиям, направленным на сокращение неравенства в доступе к профилактике ВИЧ. Для этих целей требуется более широкая доступность и использование проверенных существующих средств профилактики ВИЧ, наряду с новыми (такими как вагинальная и инъекционная ДКП длительного действия) и обновлёнными подходами (такими как информационно-разъяснительная работа через онлайн-платформы и другие виртуальные службы). Необходимо отметить, что в Дорожной карте также подчёркивается важность политического лидерства, рационального управления и повышенного внимания к взаимной подотчётности правительств, сообществ и исполнителей.

Лилиан Намиро, секс-работница из Уганды, активистка и сторонница профилактики ВИЧ. В новой Глобальной стратегии по СПИДу на 2021–2026 годы уделяется беспрецедентное внимание мерам профилактики ВИЧ среди ключевых и приоритетных групп населения.



## ПОЛУЧЕНИЕ ВСЕХ ПРЕИМУЩЕСТВ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕЗЕРВАТИВОВ И ЛУБРИКАНТОВ

Презервативы остаются наиболее широко используемым методом профилактики ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путём (ИППП), а также методом предотвращения нежелательной беременности (3). Они недороги и рентабельны: по данным Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), стоимость одного мужского презерватива составляет менее 0,03 доллара США, а одного женского презерватива — около 0,30 доллара США (4). Презервативы также являются методом профилактики, который знаком большинству людей. По оценкам, более широкое использование презервативов с 1990 года предотвратило 117 миллионов новых случаев инфицирования ВИЧ во всем мире (5).

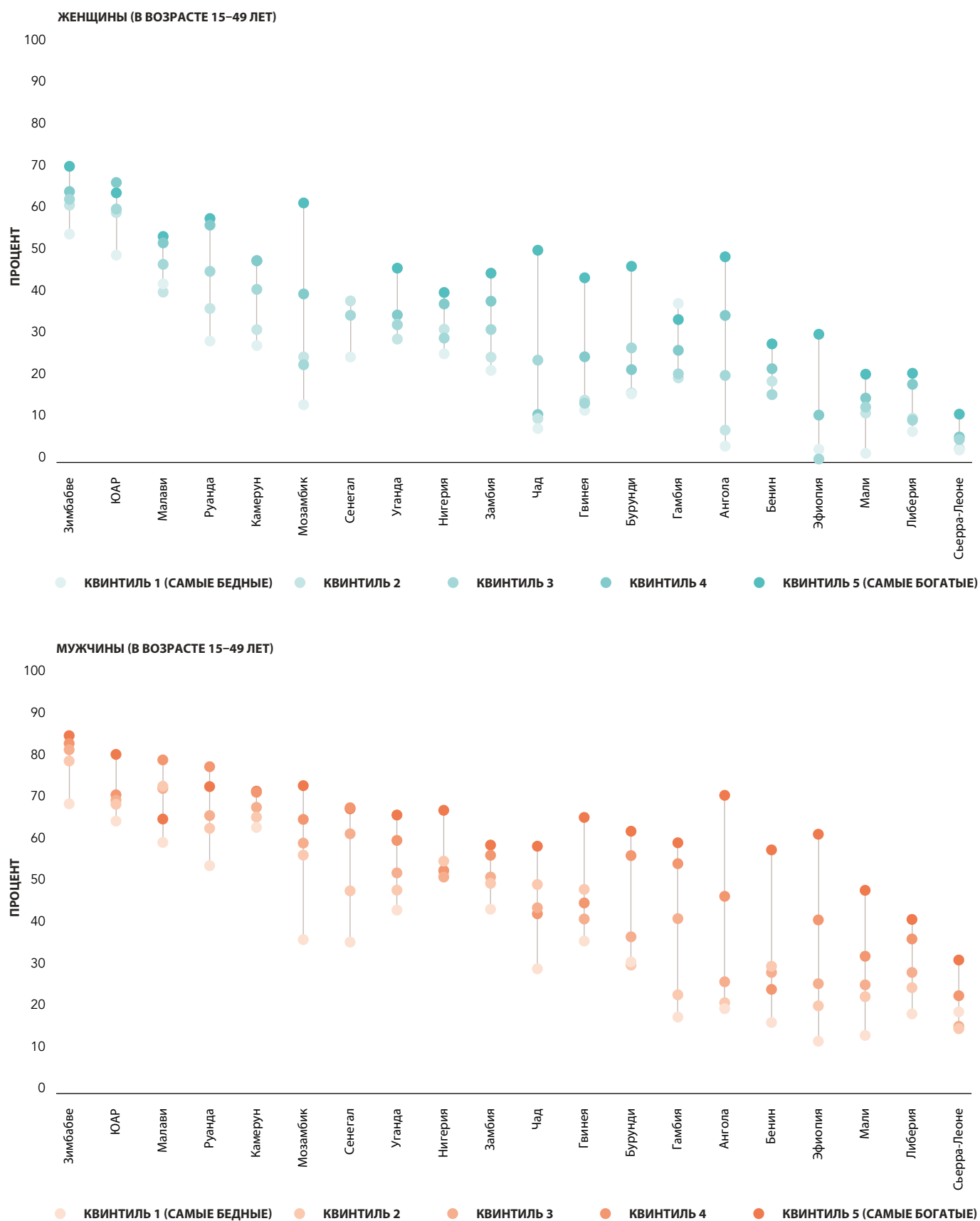
Несмотря на десятилетия эпидемии ВИЧ, мир все ещё не полностью осознал многие преимущества этого метода профилактики. Пробелы и неравенство в доступе и использовании презервативов по-прежнему сохраняются, и в некоторых странах этот разрыв увеличивается на фоне сокращения инвестиций в программы обеспечения презервативами. Программы социального маркетинга презервативов перестают финансироваться в странах Африки к югу от Сахары; таким образом, недостаточная доступность и слабая реклама презервативов остаётся основным препятствием (6).<sup>1</sup>

В большинстве стран, по которым имеются данные, использование презервативов, как правило, более распространено среди людей с более высоким уровнем образования (рис. 2.03а). Тем не менее, такие страны, как Малави, ЮАР и Зимбабве, показывают, что неравенство в уровне благосостояния и образования не должно сдерживать программы распространения презервативов. В Зимбабве, например, использование презервативов даже среди самых бедных мужчин выше, чем среди их самых богатых мужчин во многих других странах Африки к югу от Сахары. Программа распространения презервативов в Зимбабве получает постоянное финансирование и в высокой степени децентрализована, с использованием подхода «тотального рынка», который опирается на соответствующие сильные стороны государственного и социального маркетинга для охвата людей в различных социально-экономических условиях (7).

## Программы социального маркетинга презервативов перестают финансироваться в странах Африки к югу от Сахары.

<sup>1</sup> Пандемия COVID-19 также оказала влияние: по сообщениям, спрос на презервативы во всем мире упал на целых 40% в первый год пандемии, когда многие правительства приостановили или сократили программы распространения презервативов. Спрос снова начал расти в 2021 году. См.: Kumar PP. Malaysia's Karex: COVID lockdowns dented condom demand. B: Financial Times (Интернет). 10 января 2022. The Financial Times; c2022 (<https://www.ft.com/content/7cd804e0-62d9-4eee-9cee-be8af763b114>).



**РИСУНОК 2.2** Использование презерватива во время последнего секса с непостоянным партнёром, с разбивкой по полу и благосостоянию, отдельные страны, 2015–2020 гг.

## 11

**ИЗ 83 СТРАН ИМЕЮТ ПОКАЗАТЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕЗЕРВАТИВА СЕКС-РАБОТНИКАМИ ВО ВРЕМЯ ПОСЛЕДНЕГО СЕКСА <50%**

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВОВ В КЛЮЧЕВЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ

Дискриминация, притеснения и карательные законы особенно затрудняют доступ ключевых групп населения к презервативам и их использованию, что повышает риск инфицирования ВИЧ для ключевых групп. Карательные законы ограничивают возможности секс-работников договариваться с клиентами об использовании презервативов: полиция нередко рассматривает владение презервативами и лубрикантами как «доказательство» секс-работы и основание для преследований, вымогательства, ареста или насилия (8, 9).

В ключевых группах населения показатель использования презерватива во время последнего полового акта, как правило, наиболее высок среди работников секс-бизнеса (>90% в 24 из 83 стран, представивших последние данные), хотя в некоторых местах этот показатель остаётся на удивление низким (<50% в 11 в странах). Условия, в которых осуществляется секс-бизнес, социальная стигма и правовая среда оказывают значительное влияние на способность секс-работников договориться с клиентом об использовании презерватива (10). Во многих странах мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, по-прежнему имеют ограниченный доступ к презервативам, лубрикантам на водной основе и соответствующему обучению безопасному сексу (11): использование презервативов во время последнего секса варьируется от >70% в 25 из 82 стран, представивших отчёты до <50% в 15 странах. Только в одной из 49 стран показатель использования презервативов среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, составил >70%, в то время как показатель использования презервативов среди трансгендеров варьируется от >70% в 19 из 39 стран, представивших эти данные, до <50% в девяти странах.

Очевидна необходимость возродить широкомасштабную раздачу бесплатных презервативов и лубрикантов приоритетным группам населения, особенно нуждающимся в них, в том числе в сельской местности (12). Эти усилия окупятся в наибольшей степени, если они будут сопровождаться изменениями в законах и полицейской практике, которые облегчат людям получение, ношение и использование презервативов, когда они в них нуждаются.

Молодёжный посол Сихле Мкхизе беседует с девочками в возрасте 12–17 лет, на семинаре по контрацепции и профилактике ВИЧ в семинарской клинике в посёлке Инанда к северу от Дурбана, ЮАР, 20 декабря 2021 г.



## МАКСИМАЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ЛЕЧЕНИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКИ

Помимо спасения жизней, антиретровирусная терапия является мощным инструментом профилактики ВИЧ-инфекции, хотя её полный потенциал ещё не реализован. Услуги тестирования не охватывают большое число людей, живущих с ВИЧ, или неудобны для них, особенно для людей, принадлежащих к маргинализированным группам населения, и мужчин, которые по-прежнему реже знают о своём статусе, чем женщины, живущие с ВИЧ (см. Главу 1). Кроме того, прерывание лечения среди людей, которым удастся начать антиретровирусную терапию, становится всё более важным пробелом в цепочке услуг профилактики, тестирования и лечения.

Программы тестирования и лечения восстанавливаются после сбоев, имевших место в начале пандемии COVID-19 (13). Однако теперь приходится бороться с другими, более устойчивыми трудностями. Враждебная правовая и социальная среда делает тестирование и лечение недоступными для многих представителей ключевых групп населения: использование услуг может быть пугающим и разочаровывающим опытом для этих людей, как и для многих молодых людей и мужчин в целом. Охват лечением детей значительно ниже, чем взрослых; охват также ниже среди взрослых мужчин по сравнению со взрослыми женщинами (см. Главу 1). Преодоление этого разрыва критично как для достижения равенства, так и для разрыва цикла передачи ВИЧ (14).

## Охват лечением у детей значительно ниже, чем у взрослых, как и у взрослых мужчин по сравнению со взрослыми женщинами.

Почти в каждой стране всё ещё есть неиспользованные возможности, связанные с использованием тестирования на ВИЧ в качестве отправной точки для профилактики, а также использования профилактики ВИЧ в качестве отправной точки для тестирования и лечения. Дифференцированные услуги, адаптированные к особенностям местных эпидемий и потребностям затронутых групп, являются важной частью решения. Они включают в себя тестирование силами сообществ, самотестирование, перераспределение задач, децентрализацию и мероприятия, проводимые затронутыми сообществами. Эти подходы ставят людей в центр внимания, способствуют эффективному распределению ресурсов и могут улучшить качество и эффективность лечения в связи с ВИЧ. В частности, вмешательства при лидерстве сообществ имеют решающее значение для обеспечения того, чтобы ключевые группы населения могли получить доступ к лечению ВИЧ и в полной мере воспользоваться им. Программы по противодействию ВИЧ (и другие медицинские программы) также могут более широко применять инновации, которые помогли поддерживать службы лечения во время пандемии COVID-19, включая более широкое использование самотестирования на ВИЧ, выдачу антиретровирусных препаратов на несколько месяцев вперёд и использование цифровых платформ и виртуальных мест для встреч с целью консультирования и поддержки.

## НЕИСПОЛЬЗОВАННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПРОФИЛАКТИКИ НА ОСНОВЕ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Антиретровирусные препараты являются основным и высокоэффективным компонентом комбинированной профилактики, используемым для антиретровирусной терапии, ДКП или постконтактной профилактики (ПКП). Полный и равноправный доступ к этим мощным инструментам профилактики ВИЧ значительно приблизит мир к цели покончить со СПИДом как угрозой общественному здравоохранению к 2030 году.

# 9,7

**МИЛЛИОНОВ (5,2–15,1 МЛН) ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, НЕ ПОЛУЧАЛИ ЛЕЧЕНИЕ В 2021 ГОДУ**

Массовое расширение тестирования на ВИЧ и доступ к более совершенным антиретровирусным препаратам с начала 2000-х годов спасли миллионы жизней и помогают предотвратить бесчисленное число новых случаев инфицирования ВИЧ, включая резкое сокращение вертикальной передачи ВИЧ. Постоянное использование эффективных схем лечения ВИЧ-инфекции позволяет людям снизить вирусную нагрузку до неопределяемого уровня, тем самым останавливая дальнейшую передачу инфекции половым путём (15). Дополнительные варианты профилактики для женщин, подвергающихся значительному риску инфицирования ВИЧ, включают вагинальное кольцо с дапивирином. Поскольку Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) условно рекомендовала его использование в январе 2021 года, Управление по контролю за лекарственными средствами Зимбабве и Управление по регулированию товаров медицинского назначения ЮАР одобрили вагинальные кольца для использования в своих странах (16, 17). Долгосрочное наблюдение за людьми, живущими с ВИЧ и имеющими неопределяемую вирусную нагрузку, показывает, что вирусная супрессия редко утрачивается, что подчёркивает обоснованность идеи «неопределяемый = непередаваемый», а более широкое использование антиретровирусных препаратов в качестве ДКП приводит к резкому снижению заболеваемости ВИЧ в определённых условиях (18).

Но прогресс по этим направлениям весьма неравномерен — при сохранении множества пробелов. По состоянию на 2021 год 9,7 миллиона (5,2–15,1 миллиона) людей, живущих с ВИЧ, ещё не получали лечения, которое могло бы защитить их здоровье и, в случае успешного соблюдения режима лечения, предотвратить дальнейшую передачу инфекции.

Неправительственная организация на базе сообщества SWING (Service Workers in Group) работает с секс-работниками всех полов, культур и национальностей в трех туристических «горячих точках» Таиланда.



## НЕРАВЕНСТВО ОГРАНИЧИВАЕТ ДОСТУП К ПЕРОРАЛЬНОЙ ДОКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

Прошло десять лет с тех пор, как ВОЗ впервые рекомендовала пероральную доконтрактную профилактику в качестве профилактического средства для людей с высоким риском инфицирования ВИЧ. Несмотря на некоторые сбои из-за COVID-19, использование пероральной ДКП продолжало расти (рис. 2.3): в 2021 году примерно 1,6 миллиона человек как минимум в 86 странах получили её хотя бы один раз. Такие новшества, как выдача препаратов на несколько месяцев вперёд, деятельность по созданию спроса через интернет и децентрализованное, общинное и виртуальное предоставление услуг, совпали с увеличением на 157% численности людей, начавших ДКП в 21 стране в период с апреля 2020 по март 2021 года, по сравнению с тем же периодом годом ранее.<sup>2,3</sup>

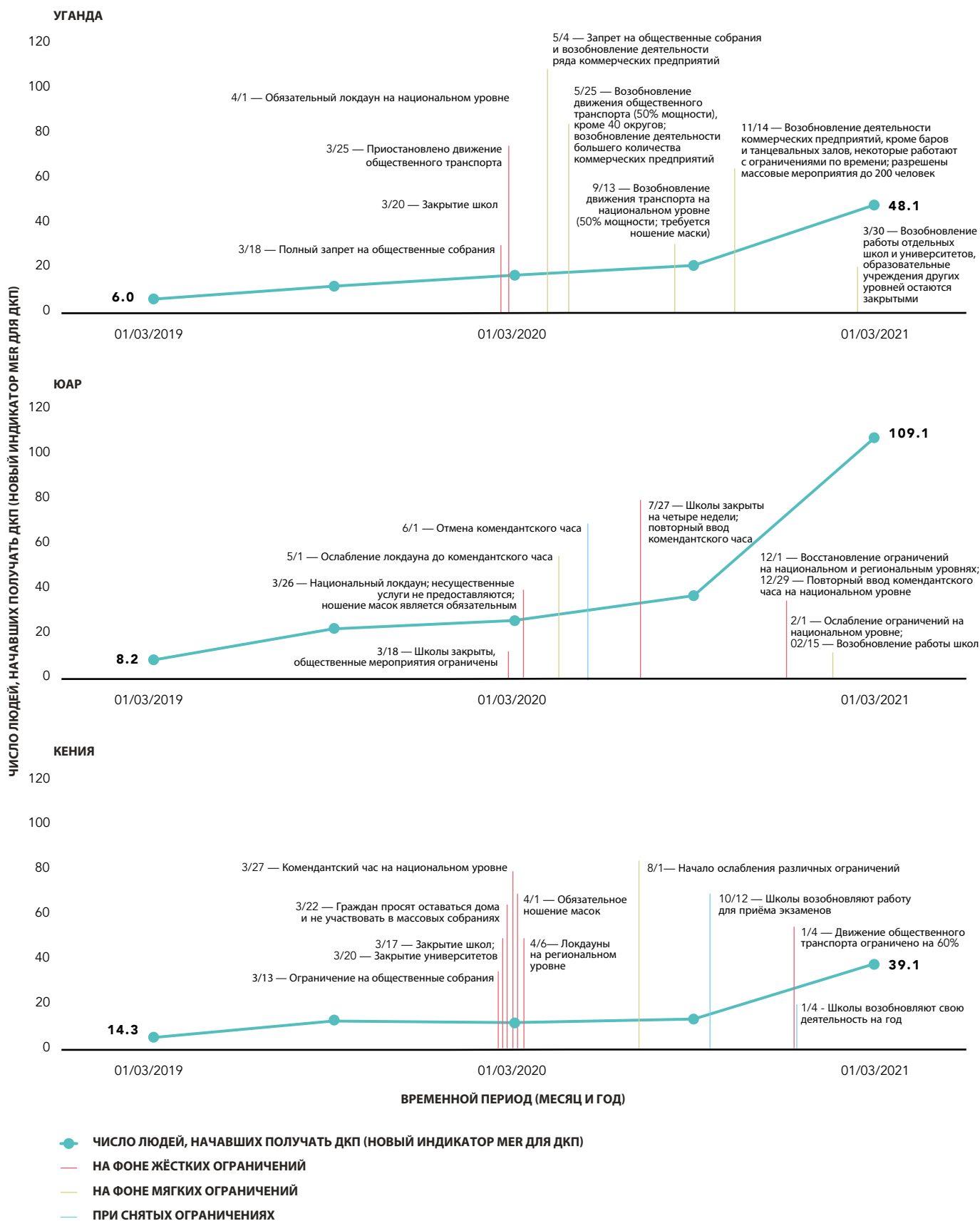
В указанных странах, большинство из которых находится в странах Африки к югу от Сахары, общее число людей, использующих ДКП, выросло с немногим более 233 000 в год, предшествовавший пандемии COVID-19, до почти 600 000 в первый год пандемии (19).<sup>4</sup>



Клиника Центра сексуального здоровья  
и исследований ВИЧ/СПИДа в Зимбабве  
(CeSHHAR Zimbabwe), Мутаре, Зимбабве, 6  
ноября 2019 г.

- 2 Пользователи смогли принимать ДКП как участники программы, поддерживаемой Чрезвычайным планом президента США по борьбе со СПИДом (ПЕПФАР).
- 3 21 страна, финансируемая ПЕПФАР: Ботсвана, Камерун, Демократическая Республика Конго, Доминиканская Республика, Эсватини, Эфиопия, Кения, Лесото, Малави, Мозамбик, Намибия, Нигерия, Руанда, ЮАР, Танзания, Таиланд, Уганда, Украина, Вьетнам, Замбия и Зимбабве.
- 4 Исключение составили Доминиканская Республика, Таиланд, Украина и Вьетнам.

**РИСУНОК 2.3** Обращаемость за доконтактной профилактикой (ДКП), по странам и периоду отчётности, на фоне ограничений, связанных с COVID-19



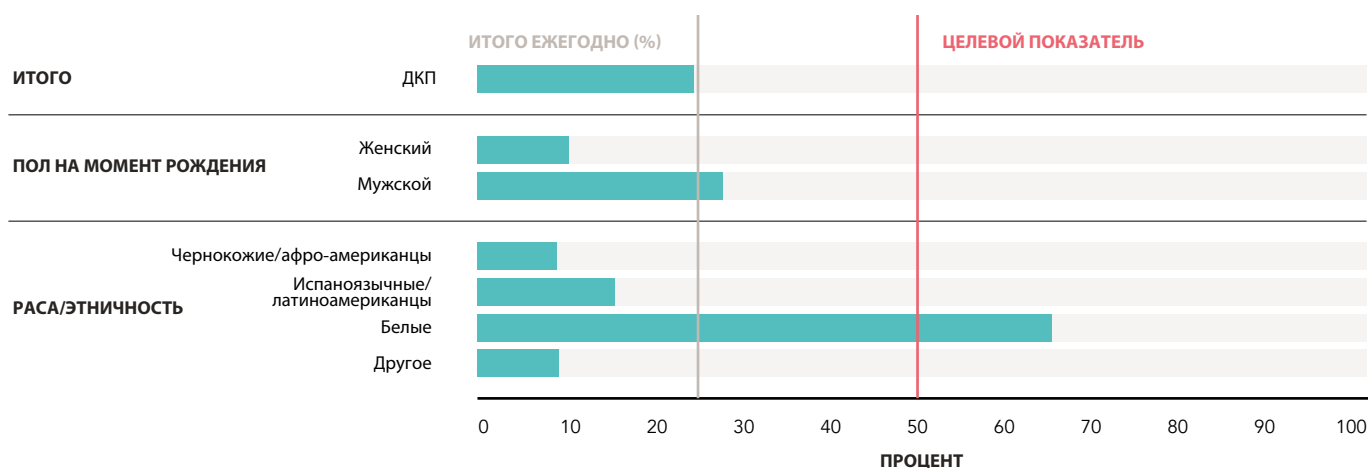
Источник: Kerzner M, De AK, Yee R, Keating R, Djomand G, Stash S et al. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake and service delivery adaptations during the first wave of the COVID-19 pandemic in 21 PEPFAR-funded countries. PLoS One. 2022;17(4):e0266280.



Поскольку решение об использовании ДКП остаётся за человеком, и такое решение не нужно обсуждать с партнёром, у этого способа профилактики есть огромный потенциал для снижения уровня инфицирования ВИЧ среди ключевых групп населения по всему миру, а также среди девочек и женщин в странах Африки к югу от Сахары. Высокий охват и широкомасштабное развёртывание пероральной ДКП привели к заметному снижению числа новых случаев ВИЧ-инфекции в некоторых регионах с высоким уровнем доходов, особенно в Австралии, Англии и Шотландии, а также в городах США на фоне общего снижения заболеваемости благодаря лечению ВИЧ-инфекции, особенно среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (17–23).

Тем не менее доступность пероральной ДКП остаётся слишком низкой, чтобы она могла повлиять на ход глобальной эпидемии. Несмотря на недавний рост, использование пероральной ДКП сконцентрировано в нескольких странах с высоким уровнем доходов и пяти странах Африки к югу от Сахары: Кении, Нигерии, ЮАР, Уганде и Замбии. В странах с высоким уровнем доходов расовые и социально-экономические различия искажают показатель осведомлённости о ДКП и уровне её использования (24–26).

**РИСУНОК 2.4** Охват доконтактной профилактики (ДКП) в 2020 г. на фоне пандемии COVID-19 среди лиц в возрасте от 16 лет и старше, по отдельным характеристикам, США и Пуэрто-Рико



Источник: Отчёт по эпиднадзору за ВИЧ, 2020 г., том 33, Атланта (штат Джорджия): Центры по контролю и профилактике заболеваний (США); 2022 г. (<https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance/vol-27-no-3/content/national-profile.html>).



**22–  
60%**

**ГРУППЫ ПОДДЕРЖКИ ДКП  
В ПУНКТАХ ДОВЕРИЯ В  
НАЙРОБИ, КЕНИЯ, ПОМОГЛИ  
ПОДНЯТЬ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ  
ДКП СРЕДИ СЕКС-РАБОТНИЦ  
С 22% ДО 60% В ТЕЧЕНИЕ 12  
МЕСЯЦЕВ**

## **ДОКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАБОТАЕТ ДЛЯ КАЖДОГО, КТО В ЭТОМ НУЖДАЕТСЯ**

Достижение широкого и эффективного использования ДКП может оказаться сложной задачей. Повышение осведомлённости и знаний среди потенциальных пользователей, в том числе через социальные сети, имеет жизненно важное значение, поскольку ДКП должна стать нормальным средством профилактики ВИЧ. Такая работа включает в себя содействие пониманию и приемлемости ДКП в различных сообществах с целью уменьшить стигму, связанную с её использованием (27). Прежде всего, для этого требуется крупномасштабное предсказуемое финансирование, чтобы ДКП стала реалистичным и доступным вариантом для большего числа людей, которые в ней нуждаются. Это особенно сложно в странах со средним уровнем доходов, в которых велика численность ключевых групп населения, но строго ограничено донорское финансирование.

Там, где ДКП доступна, надлежащее использование дифференцированных методов предоставления услуг (с помощью «равных», среднего медперсонала или фармацевтов) поможет людям получить максимальную отдачу от этого варианта профилактики (28). Доступ к ДКП упростится, если услуги будут разрабатываться и предлагаться гибкими способами, соответствующими потребностям и условиям жизни потенциальных пользователей, например, с использованием удобных мест и часов работы. Услуги ДКП также могут быть децентрализованы и связаны с другими службами и поддержкой с ведущим участием сообществ, доказавших способность предоставлять дифференцированные услуги, в которых люди нуждаются, и которые они используют. Например, группы поддержки ДКП, базирующиеся в центрах доверия в Найроби, Кения, помогли повысить приверженность ДКП и удержание в системе помощи секс-работниц с 22% до 60% через 12 месяцев (29). ЮАР и Вьетнам внедрили мобильные клиники ДКП; в других странах важными точками обслуживания были общественные центры доверия. Такие адаптации, как выдача препаратов на продолжительный срок, использование информационных технологий и повышение роли общественных организаций, имеют жизненно важное значение для увеличения охвата ДКП, и внедрение таких новых подходов в традиционную систему позволит охватить услугами больше людей (19). Однако какой бы ни была стратегия, важно понимать, что доконтактная профилактика не является изолированным вмешательством: её лучше всего предлагать как часть пакета услуг в связи с ВИЧ и охраной сексуального здоровья.

Наличные расходы также должны быть устранены или сведены к минимуму, а медицинский персонал должен быть информирован о преимуществах этого метода профилактики (30). Законы о возрасте согласия следует изменить (или следует изучить обходные пути), если они мешают молодым людям из ключевых групп населения получать и использовать ДКП (31, 32). Исследования показывают, что ключевым и приоритетным группам населения, особенно молодым людям из этих групп, иногда трудно последовательно использовать ежедневный режим ДКП, или они прекращают его использовать и заменяют другим методом профилактики. Страх стигмы, неполные знания о ВИЧ и ДКП, а также опасения по поводу возникновения побочных эффектов являются одними из причин прерывания или прекращения использования ДКП (28, 33, 34).

Стратегии, направленные на то, чтобы дать людям возможность соизмерять использование ДКП с потенциальным риском инфицирования ВИЧ (т.е. использование ДКП «по требованию»), могут помочь людям выбирать свои варианты профилактики (35). Эта услуга не должна быть необсуждаемой, — ДКП должна рассматриваться как расширение прав и возможностей, а не только как способ избежать инфицирования ВИЧ. Это особенно важно для молодых людей из ключевых и приоритетных групп населения, которым необходим свободный от стигмы доступ к ДКП вместе с возможностью получить информацию при соблюдении конфиденциальности (27).

# ПОЭТАПНОЕ РАСШИРЕНИЕ МАШТАБОВ ДОКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В КАМБОДЖЕ

Камбоджа добилась значительного прогресса в противодействии ВИЧ. К 2017 году страна достигла целевых показателей ускоренного выполнения целевых показателей «90–90–90» в отношении тестирования на ВИЧ и лечения ВИЧ-инфекции. С 2010 года число людей, недавно инфицированных ВИЧ, сократилось на 50%.

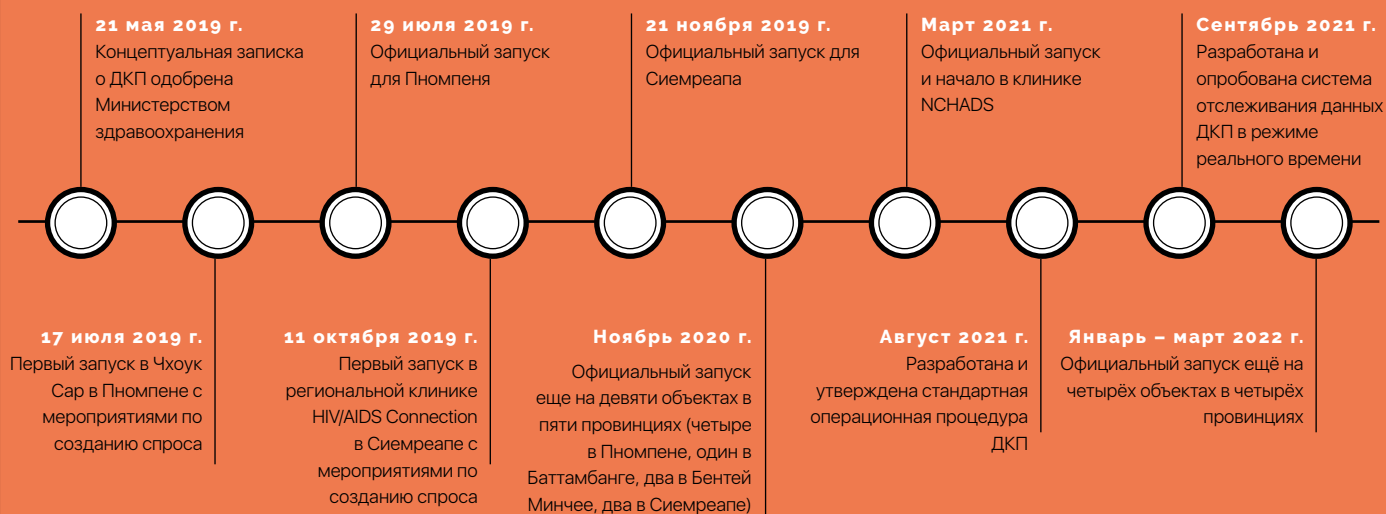
Теперь Камбоджа стремится пройти «последнюю милю» на пути к окончательной победе над СПИДом как угрозой общественному здравоохранению к 2025 году — на пять лет раньше глобальной цели. Расширение масштабов ДКП является краеугольным камнем стратегии Камбоджи по достижению этой важной цели.

**Теперь Камбоджа стремится пройти  
«последнюю милю» на пути к окончательной  
победе над СПИДом как угрозе  
общественному здравоохранению к 2025  
году — на пять лет раньше глобальной цели.**

Камбоджа, убедившись в большом количестве доказательств эффективности доконтактной профилактики (ДКП), решила не проводить небольшой пилотный проект ДКП, а вместо этого с самого начала сосредоточиться на широкомасштабной реализации. Национальный центр по противодействию ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ИППП (NCHADS) применил совместный и партнёрский подход в планировании, работая в тандеме с ЮНЭЙДС, ВОЗ, FHI360-EpiC и затронутыми сообществами для ускоренного расширения масштабов ДКП и обеспечения качества обслуживания (рис. 2.5).

Руководство NCHADS и при поддержке ЮНЭЙДС оценила различные механизмы предоставления услуг ДКП и создания спроса, чтобы определить оптимальные подходы. В ходе этого этапа был выработан ряд рекомендаций по расширению масштабов, включая предоставление услуг ДКП силами сообществ. В январе 2022 года в Камбодже было принято руководство по предоставлению ДКП, включающий порядок выдачи ДКП в день обращения организациями на базе сообществ.



**РИСУНОК 2.5** Поэтапное внедрение доконтактной профилактики в Камбодже, 2019–2022 гг.

Источник: Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, презентация по дерматологии и STD (NCHADS), май 2022 г., Камбоджа.

В соответствии со Стратегическим планом по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и ИППП в секторе здравоохранения на 2021–2025 годы (HSSP 2021–2025) Камбоджа утвердила национальную цель по суммарному охвату 10 000 клиентов в 15 приоритетных провинциях к 2023 году. Расходы на ДКП для оставшихся клиентов будут покрыты за счёт дополнительно привлекаемого финансирования.

Программа внедрения ДКП в Камбодже опирается на научные данные. Ключевые группы населения, подверженные наибольшему риску, были определены в качестве приоритетных для программы ДКП, а приоритетные провинции были выбраны на основе оценки численности ключевых групп населения с особым акцентом на геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных женщин. Поддержка ЮНЭЙДС национальной программе по противодействию ВИЧ выразилась в оценке медицинских учреждений в приоритетных провинциях на предмет достаточности инфраструктуры, персонала, оборудования и ресурсов для плавного начала и реализации программы ДКП.

**Национальная техническая группа проводила инструктаж и оказывала техническую поддержку для поставщиков услуг ДКП на местах, чтобы поддерживать внедрение и устранять узкие места по мере их выявления.**

Национальная техническая группа проводила инструктаж и техническую поддержку на местах для поставщиков услуг ДКП, чтобы поддерживать внедрение и устранять узкие места по мере их выявления. В ходе обучения уделялось особое внимание техническим аспектам услуг ДКП, а также сбору и использованию данных в режиме реального времени для мониторинга программы.

# 3 023

**ЧЕЛОВЕКА НАЧАЛИ ПОЛУЧАТЬ  
ДКП В КОНЦУ МАРТА 2022 ГОДА**

# 30%

**ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ДКП – МОЛОДЫЕ  
ЛЮДИ В ВОЗРАСТЕ ОТ 15 ДО 24  
ЛЕТ**

Для повышения осведомлённости в сообществах и стимулирования спроса на услуги ДКП были привлечены организации на базе сообществ и социальные сети. На каждом сайте службы ДКП с помощью приложения Telegram были созданы группы провайдеров и аутрич-работников, которые позволяют общаться без задержек и обмениваться информацией о ДКП. Кроме того, аутрич-работники используют эти группы в Telegram для записи своих клиентов на приём по вопросам ДКП. Мероприятия по созданию спроса, ориентированные на сообщества, включали информационно-разъяснительную работу в ходе личных встреч, специальные мероприятия, а также использование Интернета и социальных сетей (через влиятельных блогеров и лидеров сообществ). Одновременно через социальные сети Национальный центр NCHADS проводил социальную кампанию по изменению моделей поведения. Организации на базе сообществ также направляют своих членов для работы в службах ДКП и принимают меры, чтобы облегчить экономическое бремя клиентов (например, транспортные расходы), связанное с получением ДКП.

К концу марта 2022 года ДКП получали 3 023 человека, а в настоящее время ДКП используют 1 944 человека. Среди пользователей ДКП 69% составляют мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, 17% — трансгендеры и 12% — женщины, работающие в сфере развлечений.<sup>1</sup> Молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет составляют 30% пользователей ДКП. 78% пользователей ДКП живут в столице Пномпень. Здесь показатель удержания очень высок: 70% среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами и работниками индустрии развлечений, и 80% среди трансгендерных женщин и партнёров людей, живущих с ВИЧ.

Доконтактная профилактика оказалась мощным и долгожданным дополнением к усилиям по профилактике ВИЧ, ориентированным на группы населения, подвергающиеся наибольшему риску. «Я получаю ДКП, потому что я продаю секс и у меня много партнёров, а мои партнёры не всегда используют презерватив, — говорит Пен, 34-летняя трансгендерная женщина, живущая в Пномпене. — ДКП помогает защитить меня от ВИЧ-инфекции».

Удобство предоставления ДКП является важным привлекательным качеством для представителей ключевых групп населения в Камбодже. «Я не сталкиваюсь с большими трудностями при получении ДКП, так как эта услуга доступна по выходным, поэтому мне не нужно просить отгул на работе, — говорит 24-летний Хэй, чей партнёр — ВИЧ-положительный мужчина. — Мне легко принимать ДКП, у этой процедуры нет побочных эффектов. Я могу выполнять свою повседневную работу, как обычно».

В настоящее время Камбоджа использует программные данные для выявления и решения текущих проблем. Предпринимаются дальнейшие шаги по повышению спроса, созданию в клиниках максимально дружелюбной для пользователей атмосферы, наращиванию потенциала провайдеров, сбору более качественных данных, чтобы понять, почему люди прекращают использовать ДКП, и укреплению систем управления цепочками поставок, чтобы избежать дефицита лекарств. В стране идёт работа над обеспечением долгосрочной устойчивости ДКП путём интеграции этого вида профилактики в качестве постоянной услуги в государственных клиниках.

<sup>1</sup> Работники индустрии развлечений определяются как женщины или девушки, которые регулярно или время от времени обменивают сексуальные услуги на деньги или товары.

# БОРЬБА СО СТИГМАТИЗАЦИЕЙ ТРАНСГЕНДЕРОВ В БРАЗИЛИИ

Трансгендерные женщины, чей риск инфицирования ВИЧ в 14 раз выше, чем у женщин среди взрослого населения в возрасте от 15 до 49 лет, остро нуждаются в доступе к ДКП и другим видам комплексной профилактики. Однако социальная изоляция — наряду со стигмой, дискриминацией и риском насилия — затрудняет получение многими трансгендерами информации и услуг, в которых они нуждаются.

В 2021 году ЮНЭЙДС запустила проект FRESH в партнёрстве с Casa Florescer — новаторским «центром гостеприимства» для трансгендеров в Сан-Паулу, Бразилия. В проекте используются методика «управления срывами» — процесс положительного подкрепления для поощрения здорового поведения. В основе проекта лежат данные о том, что различные виды стимулов могут улучшить состояние здоровья, включая подавление вирусной нагрузки при ВИЧ-инфекции (36).

Проект FRESH начался с семинара для трансгендерных женщин, посвящённого управлению срывами в борьбе с зависимостью, самопомощи и комплексной профилактике. Были определены «послы» и влиятельные лица среди жителей Casa Florescer, которые помогают популяризовать цели проекта.

В течение 10 дней после семинара фотограф Шон Блэк, который специализируется на портретах лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (ЛГБТИ), особенно людей, живущих с ВИЧ, научил участников приёмам фотографии, которые они затем использовали для документирования своего собственного повседневного опыта. Двадцать четыре трансгендерные женщины, завершившие 10-дневную программу, были отмечены за свои фотографии приглашением на День красоты, в рамках которого предлагались услуги профессионального стилиста и проводилась фотосессия Шона Блэка.

**«Было невероятно осознавать, после этих нескольких дней, что у многих женщин очень негативное мнение о себе, отражающее стигму, которой они подвергаются в обществе».**





«Было невероятно осознавать, после этих нескольких дней, что у многих женщин было очень негативное мнение о себе, отражающее стигму, которой они подвергаются в обществе, — сказал Блэк. — Они сделали открытие, насколько они красивые и уникальные люди, и поняли, как важно заботиться о себе».

Фотографии с фотосессии были выставлены на мероприятии в Сан-Паулу, посвящённом Международному дню борьбы с гомофобией, трансфобией и бифобией. В ходе мероприятия участники проекта FRESH поделились своими мыслями и эмоциями об участии в инициативе и уроках, которые они извлекли.

Сообщается, что по крайней мере один из участников проекта начал ДКП. «Дискуссия о комплексной профилактике и ДКП очень актуальна и эффективна, — сказала Аманда Феликс из Casa Florescer. — Я забочусь о себе [и] о своём муже тоже. Мы вместе уже пять лет. Подобные инициативы должны проводиться чаще и в разных местах».

В рамках проекта FRESH в Сан-Паулу, Бразилия, трансгендерные женщины, проживающие в Casa Florescer, прошли обучение технике фотографирования у американского фотографа Шона Блэка в 2021 году.



## МОГУТ ЛИ ИНЪЕКЦИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ВЫВЕСТИ ПРОФИЛАКТИКУ ВИЧ НА НОВЫЙ УРОВЕНЬ?

Антиретровирусные препараты длительного действия для ДКП могут существенно повысить эффективность профилактики ВИЧ, если будут преодолены ценовые и другие барьеры, ограничивающие их использование.

Как пероральная, так и инъекционная ДКП длительного действия безопасны, хорошо переносятся и высокоэффективны для профилактики ВИЧ-инфекции (37). В то время как пероральная ДКП принимается ежедневно или перед половым актом, инъекционный каботегравир (новое антиретровирусное лекарство, которое также используется для лечения людей с ВИЧ) обеспечивает восьминедельную непрерывную защиту от ВИЧ-инфекции после одной внутримышечной инъекции. Такой подход может решить некоторые проблемы, связанные с пероральной ДКП, в том числе трудности с постоянным приёмом пероральных таблеток и страх людей перед стигмой в связи с приёмом антиретровирусных препаратов.

Два рандомизированных контролируемых исследования, в которых сравнивали инъекционный каботегравир длительного действия с пероральной ДКП, выявили снижение риска инфицирования ВИЧ на 79% среди участников исследования, получающих каботегравир длительного действия (CAB-LA) инъекционным путём, по сравнению с участниками, получающими пероральную ДКП. Следует подчеркнуть, что как пероральная ДКП, так и CAB-LA очень эффективны в снижении риска инфицирования ВИЧ. В обоих исследованиях более эффективное снижение риска, наблюдаемое у людей, получающих CAB-LA, было в значительной степени обусловлено гораздо более низкой приверженностью к пероральной ДКП (38–40).<sup>5,6</sup>

**Два рандомизированных контролируемых исследования, в которых сравнивали инъекционный каботегравир длительного действия с пероральной ДКП, выявили снижение риска инфицирования ВИЧ на 79% среди участников исследования, получающих инъекционный каботегравир длительного действия (CAB-LA), по сравнению с участниками, получающими пероральную ДКП.**

5 В исследовании HPTN 084 приняли участие более 3 200 женщин из Ботсваны, Эсватини, Кении, Малави, ЮАР, Уганды и Зимбабве.

6 Анализ данных исследования показывает, что число новых случаев ВИЧ-инфекции среди людей, получавших CAB-LA инъекционным путём, было в три раза меньше, чем среди тех, кто принимал ДКП перорально (тенофовира дизопроксила фумарат плюс эмтрицитабин, или TDF/FTC). Общее число случаев ВИЧ-инфекции среди людей, получавших любую из версий ДКП, было очень низким.

**79%**

**СНИЖЕНИЕ РИСКА  
ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ  
СРЕДИ УЧАСТНИКОВ  
ИССЛЕДОВАНИЯ,  
ПОЛУЧАВШИХ  
ИНЪЕКЦИОННЫЙ  
КАБОТЕГРАВИР  
ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ**

Таким образом, инъекционные препараты длительного действия вместо пероральной ДКП предлагают дополнительный выбор, который может увеличить число людей, использующих эффективные методы профилактики ВИЧ-инфекции. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США предоставило официальное разрешение на использование CAB-LA для ДКП в США в декабре 2021 года, одобрение регулирующих органов в ряде других стран ожидается (37). ВОЗ выпустит руководство по применению CAB-LA для профилактики в июле 2022 года.

Однако у инъекционных препаратов длительного действия есть свои проблемы. Например, требуется клиническая поддержка для проведения и отслеживания инъекций (41). Быстро развивающаяся наука о внедрении должна облегчить широкомасштабное введение инъекционной ДКП длительного действия, прийти к пониманию предстоящих проблем и наилучших подходов к внедрению этого вида услуг группам населения, которым срочно нужны эффективные варианты профилактики.

Доступность по цене также является серьёзной проблемой: в начале 2022 года годовой курс CAB-LA стоил в США примерно 22 200 долл. США (1850 долл. США в месяц), а модельные исследования, проведённые в ЮАР и США, показывают, что текущие цены резко ограничивают потенциальное воздействие этого варианта профилактики на здоровье населения (42–45).

**Исследования в ЮАР и США показывают, что текущие цены резко ограничивают потенциальное воздействие этого варианта профилактики на здоровье населения.**

Это не означает, что CAB-LA нельзя продавать по доступной цене: анализ, сделанный Clinton Health Access Initiative, показывает, что в долгосрочной перспективе можно добиться значительного снижения стоимости препарата совместными усилиями и привлечением производителей дженериков. ЮНЭЙДС, общественные сети и неправительственные организации призывают производителей лекарств предоставить лицензию на производство дженериков, а также передачу поддерживающих технологий (46). Производитель выразил готовность изучить возможные механизмы добровольного лицензирования для стран с низким и средним уровнем дохода (47, 48).

## **В АФРИКЕ К ЮГУ ОТ САХАРЫ ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКИ И МОЛОДЫЕ ЖЕНЩИНЫ ПОДВЕРГАЮТСЯ ВЫСОКОМУ РИСКУ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ**

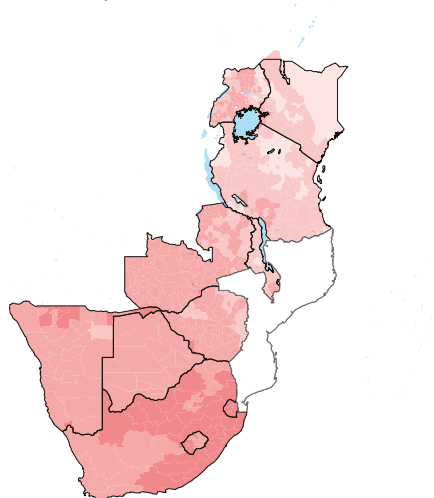
Во всем мире среди молодёжи почти трое из пяти — или 250 000 (150 000–360 000) из 400 000 (250 000–570 000) —инфицированных ВИЧ в 2021 году, были девочками-подростками и молодыми женщинами. В странах Африки к югу от Сахары на них приходилось почти четыре из пяти новых случаев инфицирования среди молодёжи. В этой группе есть подгруппы девочек-подростков и молодых женщин, которые подвергаются более высокому риску инфицирования ВИЧ, чем другие (рис. 2.6).

## **Среди молодёжи почти трое из пяти инфицированных ВИЧ в 2021 году — девочки-подростки и молодые женщины.**

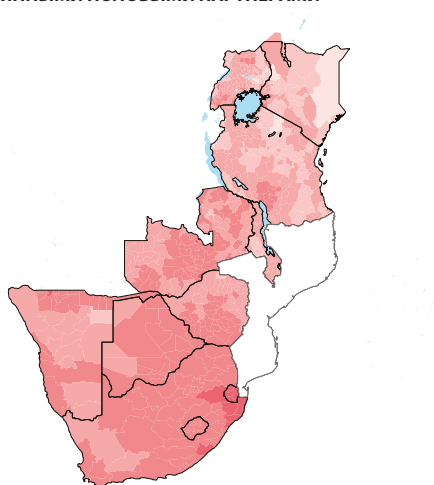
В районах, где заболеваемость ВИЧ превышает 1%, необходима интенсивная комплексная профилактика, включающая презервативы, тестирование на ВИЧ, доступ к антиретровирусным препаратам («неопределяемый = непередаваемый»), работа с населением и доступность ДКП для людей, подверженных высокому риску инфицирования. Глобальное руководство предполагает, что в тех случаях, когда заболеваемость ВИЧ превышает 3%, также следует широко пропагандировать и расширять охват ДКП, а также способствовать укреплению прав и возможностей наиболее уязвимых групп населения.

**РИСУНОК 2.6** заболеваемость ВИЧ среди девочек-подростков и молодых женщин (в возрасте 15–24 лет) на районном уровне, по сексуальным рискам

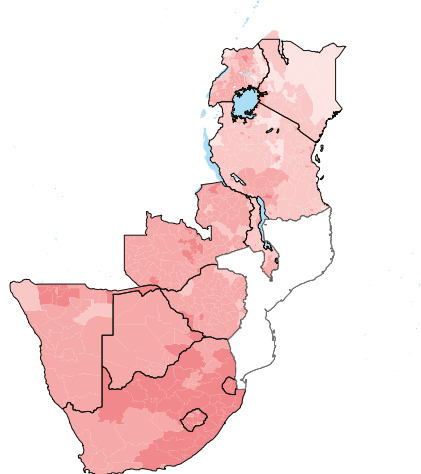
**ВСЕ ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКИ И МОЛОДЫЕ ЖЕНЩИНЫ  
(В ВОЗРАСТЕ 15–24 ЛЕТ)**



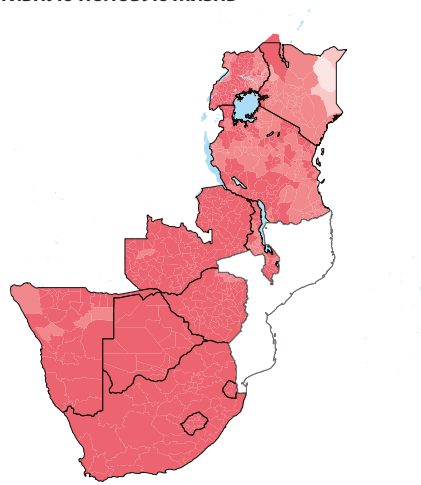
**ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКИ И МОЛОДЫЕ ЖЕНЩИНЫ  
(В ВОЗРАСТЕ 15–24 ЛЕТ), ВЕДУЩИЕ ПОЛОВУЮ ЖИЗНЬ  
С НЕПОСТОЯННЫМИ ПОЛОВЫМИ ПАРТНЕРАМИ**



**ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКИ И МОЛОДЫЕ ЖЕНЩИНЫ  
(В ВОЗРАСТЕ 15–24 ЛЕТ), ВЕДУЩИЕ ПОЛОВУЮ ЖИЗНЬ  
С ОДНИМ ПАРТНЁРОМ-СОЖИТЕЛЕМ**



**ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКИ И МОЛОДЫЕ ЖЕНЩИНЫ  
(В ВОЗРАСТЕ 15–24 ЛЕТ) ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ,  
ВЕДУЩИЕ АКТИВНУЮ ПОЛОВУЮ ЖИЗНЬ**



< 1 (ОЧЕНЬ НИЗКАЯ)
  1–3 (НИЗКАЯ)
  > 3–10 (ВЫСОКАЯ)
  > 10–30 (ОЧЕНЬ ВЫСОКАЯ)
  > 30 (ЧРЕЗВЫЧАЙНО ВЫСОКАЯ)

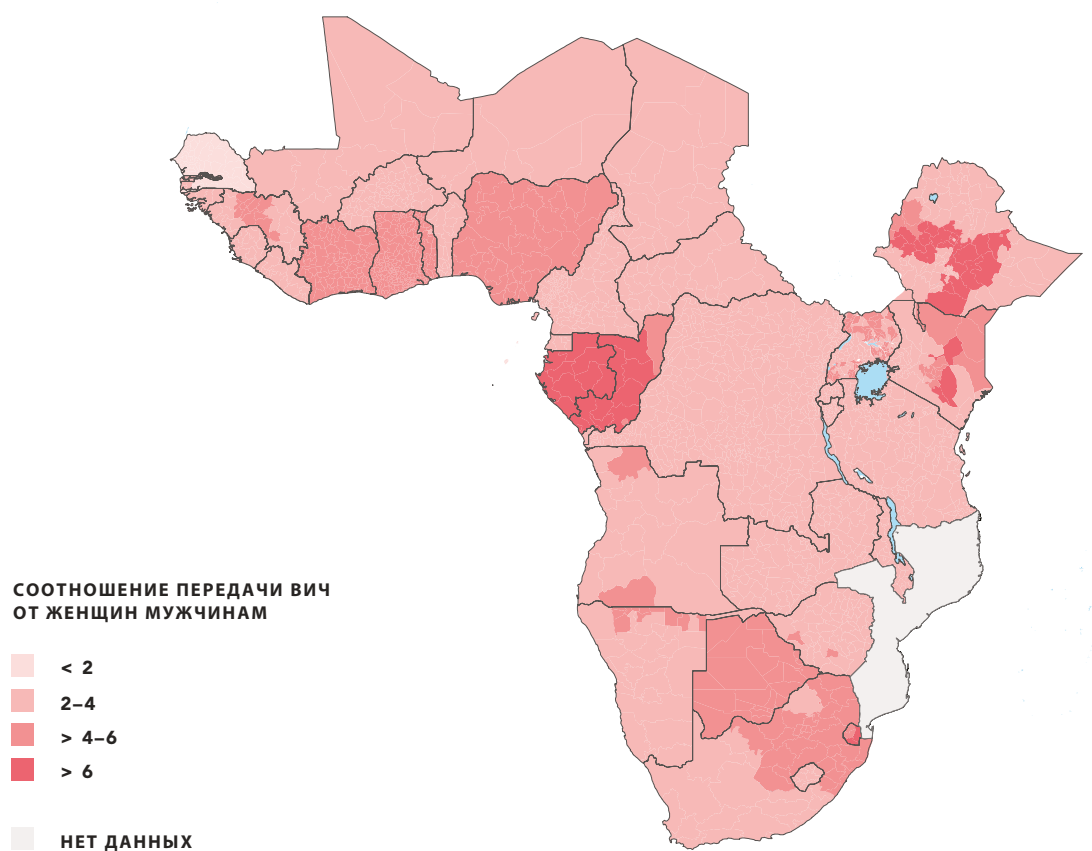
Источник: Howes A, Risher KA, Kinh Nguyen V, Stevens O, Jia KM, Wolock TM, et al. Spatio-temporal estimates of HIV risk group proportions for adolescent girls and young women across 13 priority countries in sub-Saharan Africa. medRxiv. 2022:2022.2007.2012.22277551.

Примечание: число новых случаев ВИЧ-инфекции на 1000 человек неинфицированного населения.

Примечание: на карте указаны двенадцать стран.

Эпидемия ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары определяется резкими различиями по половому признаку. В среднем уровень новых случаев инфицирования в регионе среди девочек-подростков и молодых женщин более чем в три раза выше, чем среди их сверстников-мужчин, и с 2000 года этот показатель увеличивается. На субнациональном уровне заболеваемость ВИЧ среди девочек-подростков и молодых женщин в некоторых странах более чем в шесть раз выше, чем среди мальчиков и мужчин (рис. 2.7).

**РИСУНОК 2.7** Соотношение передачи ВИЧ от женщин к мужчинам среди взрослого населения (возраст от 15 до 24 лет), национальный уровень, страны Африки к югу от Сахары, 2021 г



Источник: Эпидемиологический анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

Примечание: анализ проведен для 37 стран Африки к югу от Сахары на основе данных, полученных на национальном уровне. Сюда не входят такие страны, как: Коморские острова, Джибути, Эритрея, Мадагаскар, Мавритания, Маврикий, Мозамбик, Сейшельские острова, Сомали, Южный Судан и Судан.

Профилактические программы, ориентированные на девочек-подростков и молодых женщин, оказывают своё влияние: во всем мире в период с 2000 по 2021 год число новых случаев инфицирования ВИЧ среди них сократилось на 55%, и темпы этого снижения ускорились за последнее десятилетие. Специализированные программы комплексной профилактики для девочек-подростков и молодых женщин действуют более чем в 40% районах с высокой заболеваемостью в 19 странах Африки к югу от Сахары, но эти программы необходимо расширить, чтобы обеспечить охват профилактическими мероприятиями 95% районов, где заболеваемость ВИЧ остаётся высокой (49).

## **ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ДИСКРИМИНАЦИЯ СПОСОБСТВУЮТ ЭПИДЕМИИ ВИЧ**

Гендерное неравенство замедляет прогресс в снижении заболеваемости ВИЧ среди девочек-подростков и молодых женщин (50, 51). Такие виды неравенства лишают женщин и девочек их основных прав на образование, здоровье и экономическую автономию, а также лишают их контроля над своей сексуальной жизнью в то время, как насилие по половому признаку представляет для них постоянную угрозу. Кроме того, законы и политика зачастую отрицают тот факт, что во всем мире значительная часть девочек-подростков начинает половую жизнь в раннем возрасте (52, 53). В результате девочки-подростки во многих странах не могут получить доступ к информации о ВИЧ, презервативам и другим противозачаточным средствам или услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья без согласия родителей или опекунов (см. главу 3).

Профилактика ВИЧ наиболее эффективна, когда женщины и девочки имеют возможность самостоятельно распоряжаться своим телом и сексуальной жизнью, свободны от насилия и могут пользоваться услугами и получать необходимую им поддержку. Таким образом повышается ценность объединения биомедицинских инструментов и поведенческих и структурных вмешательств, а также их сосредоточение там, где заболеваемость ВИЧ наиболее высока (46, 49). Эти комбинированные вмешательства вдвойне важны для женщин, принадлежащих к ключевым группам населения, поскольку они, как правило, сталкиваются с множественными формами дискриминации, гендерным насилием и несправедливостью, а также подвергаются очень высокому риску инфицирования ВИЧ (47, 50). Кроме того, комбинированные профилактические программы достигают наилучших результатов, когда молодые женщины активно участвуют в их формировании и реализации, что повышает актуальность увеличения инвестиций в организации, возглавляемые женщинами, и организации сообществ.

## **Комбинированные профилактические программы достигают наилучших результатов, когда молодые женщины активно участвуют в их формировании и реализации.**

Масштаб остаётся насущной проблемой: профилактика ВИЧ должна перейти от разрозненных проектов к крупномасштабным программам, сочетающим профилактику ВИЧ, предотвращение гендерного насилия и доступ к комплексным услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья с компонентами, которые помогают девочкам оставаться в школе, расширяют возможности женщин и девочек и создают равноправные гендерные отношения. Например, в проекте HERStory в ЮАР особое внимание уделяется окончанию средней школы, средствам профилактики, таким как презервативы и ДКП, услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, а также вмешательствам, направленным на борьбу с гендерным насилием (48).

Биомедицинские инструменты также остаются критически важными. Такие технологии, как ДКП (включая инъекционные версии длительного действия и вагинальные кольца), открывают большие перспективы, но их ещё предстоит масштабировать и сделать доступными для большинства женщин и девочек-подростков, подверженных высокому риску инфицирования ВИЧ (47).

85%

ИЗ 155 СТРАН,  
ПРЕДСТАВИВШИХ  
ОТЧЁТНОСТЬ, ИМЕЮТ  
ПОЛИТИКУ ИЛИ ЗАКОНЫ,  
РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ  
ВЕДЕНИЕ ПОЛОВОГО  
ПРОСВЕЩЕНИЯ В ШКОЛАХ,  
СОГЛАСНО НЕДАВНЕМУ  
ИССЛЕДОВАНИЮ ЮНЕСКО

78

СТРАН СДЕЛАЛИ  
ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ОБУЧЕНИЕ  
ЖИЗНЕННЫМ НАВЫКАМ В  
НАЧАЛЬНОЙ И СРЕДНЕЙ  
ШКОЛАХ

## ВСЕСТОРОННЕЕ ПОЛОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

Качественное всестороннее половое просвещение позволяет молодым людям приобретать знания, взгляды и навыки, необходимые им для принятия разумных решений в отношении своей сексуальной и репродуктивной жизни — и оставаться свободными от ВИЧ (51). Было показано, что это просвещение отсрочивает начало половой жизни, увеличивает использование презервативов и противозачаточных средств, снижает подростковую беременность и способствует профилактике ВИЧ и других ИППП (52–55). Когда половое просвещение направлено на решение проблем гендерного неравенства и динамики властных отношений, оно может быть в пять раз эффективнее для предотвращения ИППП и незапланированной беременности, чем учебные программы, игнорирующие эти вопросы (61).

Несмотря на это, всестороннее половое просвещение поддерживается не повсеместно, а взрослые в некоторых сообществах утверждают, что оно поощряет распушенность и риск. Фактические данные не подтверждают эти убеждения, и, по крайней мере, 85% из 155 стран, представивших отчётность, в настоящее время имеют политику или законы, регламентирующие ведение полового просвещения в школах. Этот факт подтверждает недавнее исследование ЮНЕСКО, изучавшего состояние всестороннего полового просвещения во всем мире (56). В общей сложности 78 стран регламентируют ведение обязательного обучения жизненным навыкам, вопросам, связанным с ВИЧ, и вопросам полового воспитания как в начальной, так и в средней школе (56).

Однако наличие политики и нормативно-правовой базы не гарантируют согласованного или качественного осуществления; действительно, анализ ЮНЕСКО показал, что учебные программы во многих странах преподаются плохо (56). В результате, информация, которую получают молодые люди, часто бывает неполной и неоднозначной. Например, данные опроса в странах Африки к югу от Сахары (2015–2020 годы) показывают, что только 37,6% молодых людей (в возрасте от 15 до 24 лет) обладали всесторонними знаниями о ВИЧ (62, 63). Эти пробелы в знаниях распространяются и на другие аспекты сексуального и репродуктивного здоровья, включая инфекции, передаваемые половым путём, и контрацепцию.

Качественное всестороннее половое просвещение должно быть доступно для всех подростков и молодых людей в школе и за её пределами, и оно должно включать вопросы пола, прав и сексуальной идентичности. В идеале учебные программы должны отражать тот факт, что секс связан с поиском удовольствий, любопытством и самовыражением, как это делается, например, в некоторых программах в Гане и Кении (64, 65). Для обновления учебных программ можно использовать консультативные подходы с участием учителей, учащихся, родителей и представителей гражданского общества, как это делается в таких разных странах, как Ямайка, Лаос и Швеция. Важная часть качественного всестороннего полового просвещения — это надёжная связь со службами охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав, ориентированными на молодёжь, а в условиях, когда ВИЧ представляет собой повышенную угрозу — со службами по профилактике, тестированию и лечению в связи с ВИЧ (56).



## НЕРАВНОМЕРНЫЙ ОХВАТ ПРОФИЛАКТИКОЙ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

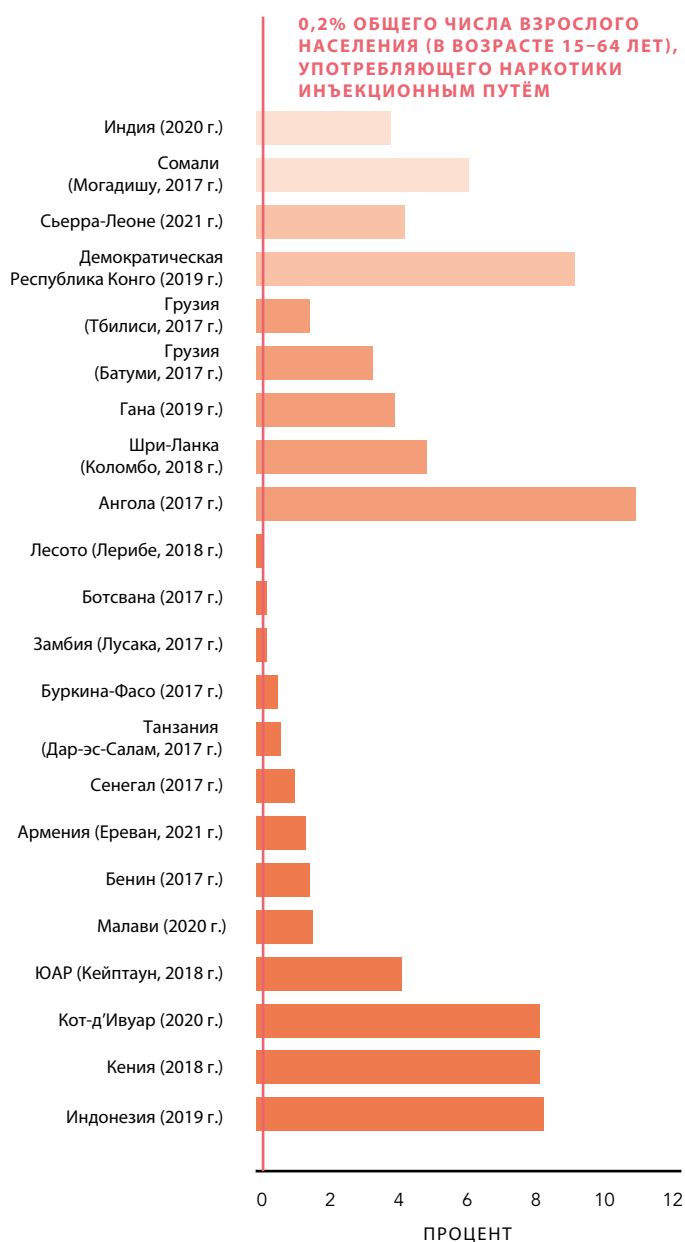
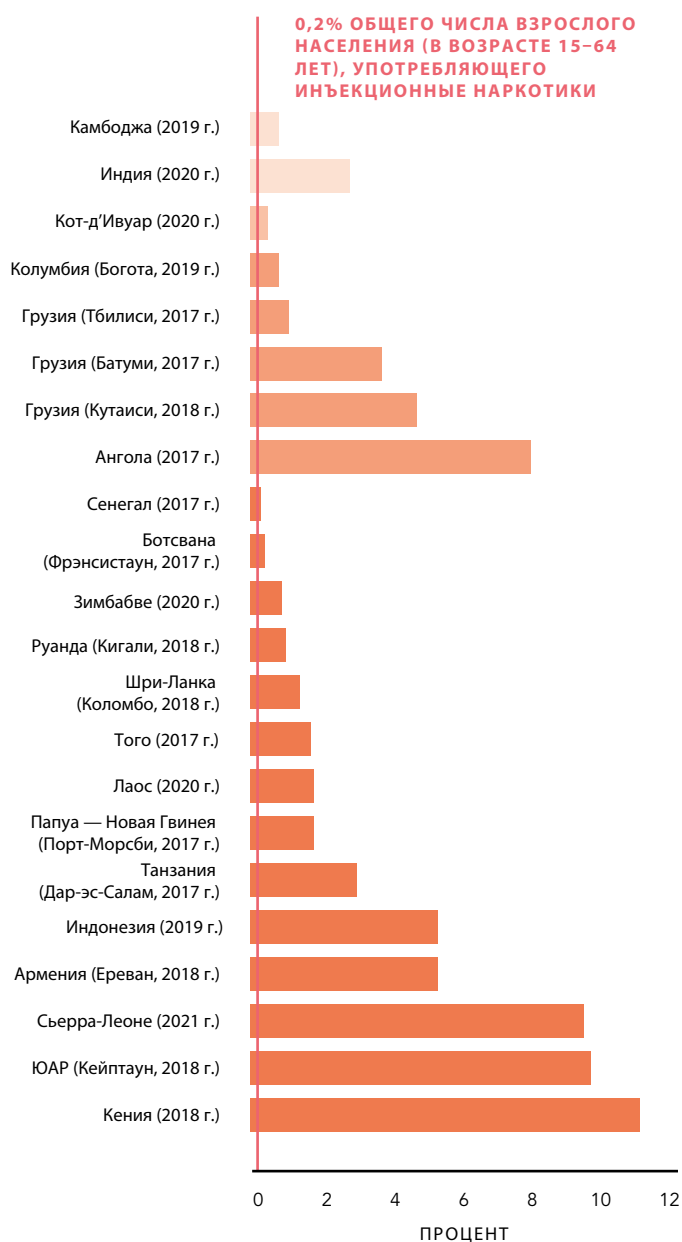
Доступ к комплексным услугам профилактики ВИЧ среди ключевых групп населения остаётся ограниченным в большинстве стран мира (см. рис. 1.4 в Главе 1). В некоторых районах услуги профилактики для определённых ключевых групп полностью отсутствуют, даже несмотря на то, что они подвергаются значительно большему риску инфицирования ВИЧ, чем население в целом (рис. 0.9 во Введении). В 2021 году на ключевые группы населения и их половых партнёров приходилось 70% случаев инфицирования ВИЧ во всем мире и 94% случаев инфицирования за пределами Африки к югу от Сахары (см. рис. 0.8 во Введении). Их уязвимость иногда пересекается: обзор недавних опросов показал, что в среднем 3,6% секс-работников и 1,8% геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, употребляли наркотики инъекционным путём по сравнению с 0,2% взрослого населения мира (в возрасте от 15 до 64 лет) (рис. 2.8).

### РАСШИРЕНИЕ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

Услуги по снижению вреда для людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, редко предоставляются в значительных масштабах. В 2021 году услуги по снижению вреда были доступны в 87 странах, в основном в небольших масштабах и преимущественно в городах. В Азиатско-Тихоокеанском регионе, а также в Восточной Европе и Центральной Азии, регионах, где употребление наркотиков инъекционным путём является важной движущей силой многих национальных эпидемий, лечение опиоидными агонистами проводилось только у 9% и 4% людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, соответственно. Напротив, в 2021 году на долю людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, приходилось 10% новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых во всем мире, причём эта доля увеличилась почти до 20% за пределами Африки к югу от Сахары. В большинстве регионов, предоставивших данные, относительно высокий процент (>70%) людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, сообщили об использовании стерильной иглы и шприца при последней инъекции, но только около 42% были охвачены полным спектром соответствующих услуг профилактики ВИЧ.

Во всем мире 64 страны имеют чёткие формулировки в поддержку снижения вреда в своих национальных стратегиях. Несмотря на то, что внедрение стратегий снижения вреда внутри стран идёт медленно, есть обнадеживающие примеры изменений. Например, в 2021 году Уганда внедрила общенациональные услуги по терапии опиоидными агонистами (66). Алжир, Египет и Пакистан также одобрили терапию опиоидными агонистами в 2021–2022 годах, а Вьетнам одобрил расширение своей метадоновой программы, разрешив получения метадона для использования на дому (см. специальный материал о Вьетнаме в Главе 2) (67, 68).

В ключевых группах населения стигма и дискриминация, а также карательные законы и политика повышают уязвимость к ВИЧ и ограничивают доступ к профилактическим услугам. В случае с людьми, употребляющими наркотики инъекционным путём, необходимы незамедлительные действия по замене всех форм принудительного тестирования на наркотики и ВИЧ, а также принудительного лечения от наркозависимости добровольными подходами, не носящими принудительного характера.

**РИСУНОК 2.8** Накладывающиеся факторы уязвимости среди секс-работников и геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, 2017–2021 гг.**СЕКС-РАБОТНИКИ****СЕКС-РАБОТНИКИ СЕКС-РАБОТНИКИ**

- УПОТРЕБЛЕНИЕ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА
- УПОТРЕБЛЕНИЕ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ
- УПОТРЕБЛЕНИЕ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ
- УПОТРЕБЛЕНИЕ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ КОГДА-ЛИБО

<sup>a</sup> Только подростки и молодые люди<sup>b</sup> Включая женщин-трансгендеровИсточник: интегрированные биологические и поведенческие исследования (см. ссылки в конце главы); Всемирный доклад о наркотиках 2021 г. Вена: Управление по наркотикам и преступности ООН; 2021 г. (<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>).



Семинар по снижению вреда в Центре доверия  
Угандийской сети снижения вреда в Муконо,  
Уганда, 24 октября 2019 г.

# РАСШИРЕНИЕ МАСШТАБА ПРОГРАММ ДОМАШНЕГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАДОНА ВО ВЬЕТНАМЕ

Когда карантин из-за COVID-19 поставил под угрозу доступ людей к метадону, Министерство здравоохранения Вьетнама при активной поддержке ЮНЭЙДС и других учреждений Организации Объединённых Наций (ООН) внедрило новую политику в отношении метадона для домашнего пользования. Национальный пилотный проект в трех провинциях, а также отдельная программа в городе Хошимине продемонстрировали эффективность предоставления метадона для домашнего пользования в качестве стратегии обеспечения постоянного доступа к услугам и улучшения состояния здоровья людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Несмотря на заблаговременные действия на национальном уровне, предотвратившие взрывоопасные вспышки инфекции COVID-19 во время первых волн пандемии, в августе и сентябре 2021 года во Вьетнаме наблюдался подъём заболеваемости COVID-19 (69). Пик 2021 года увеличил нагрузку на систему здравоохранения, при этом строгие ограничения одновременно нарушили предоставление услуг и заставили людей отказаться от ежедневного посещения медицинских клиник.

Подобная ситуация затруднила доступ людей к метадону. Во Вьетнаме поддерживающая терапия метадоном разрешена с 2008 года; по состоянию на март 2021 года более 51 000 человек получали метадоновую терапию в 341 клинике и 232 пунктах выдачи наркотиков в 63 провинциях и городах.

**Эти программы достигли устойчивого уровня удержания: 88% людей, зачисленных в пилотный проект в нескольких провинциях, по-прежнему получают метадон на дом спустя шесть месяцев.**

Следующая страница  
Г-жа Оанх, 56-летняя женщина, живущая с ВИЧ, с 2017 года находится на поддерживающей терапии, получая как антиретровирусные препараты, так и метадон. Дьенбьен, Вьетнам, май 2022 г.

Во время национального пилотного исследования метадон для домашнего пользования был предоставлен 232 людям в семи центрах в провинции Лайчау, 355 людям в девяти центрах в Дьенбьене и 361 человеку в пяти центрах в Хайфоне. В рамках отдельной программы в Хошимине метадон для домашнего пользования получили 4 415 человек в 23 клиниках. Среди получателей метадона для многодневного домашнего пользования распространённость ВИЧ была высокой — 18,1% в пилотной программе в трех провинциях и 30,1% в Хошимине, а распространённость гепатита С была ещё выше (70, 71).





Эти программы достигли устойчивого уровня удержания: 88% людей, зачисленных в пилотный проект в нескольких провинциях, по-прежнему получают метадон на дом спустя шесть месяцев. В то время, как количество доз, принимаемых на дому, со временем увеличивалось, показатели прерывания терапии, изначально низкие, продолжали снижаться. Также сообщается о низкой частоте нежелательных явлений: ни у одного из участников программы в Хошимине не было симптомов передозировки, и только 3,2% участников намеренно уменьшили дозу или пропустили её.

«Независимый среднесрочный анализ показал, что эта инициатива соответствовала потребностям клиентов [находящихся на поддерживающей метадоновой терапии], — сказал д-р Фан Тхи Тху Хыонг, генеральный директор Управления Вьетнама по противодействию ВИЧ/СПИДу. — Указанный пилотный проект также показал, что при надлежащем мониторинге метадоновая терапия на дому безопасна. Инициатива была особенно значимой и получила высокую оценку клиентов на фоне вспышки COVID-19, из-за которой было очень сложно ежедневно посещать метадоновые клиники».

«Мы удвоили географический охват пилотного проекта в 2022 году и планируем включить инструкцию по выдаче доз для домашнего использования в обновлённое национальное руководство по опиоидной заместительной терапии в 2023 году».

## 99% людей, охваченных терапией в рамках проекта как в провинциях, так и в Хошимине, выразили удовлетворение программой.

99% людей, охваченных терапией в рамках проекта как в провинциях, так и в Хошимине, выразили удовлетворение программой. Предоставление метадона для домашнего использования помогло преодолеть ряд основных препятствий в работе служб, на которые ссылались клиенты, включая расходы, транспорт и время, необходимое для посещения клиники. Согласно опросу участников проекта и клиницистов, предоставление метадона для домашнего использования также укрепило приверженность лечению и снизило материальные расходы за счёт снижения необходимости для работающих клиентов ежедневно посещать клинику.

Эти преимущества были очевидны для г-жи Оанх, 56-летней женщины, живущей с ВИЧ в Дьенбьене, которая с 2017 года получает поддерживающую терапию, сочетающую как антиретровирусные препараты, так и метадон. До пандемии COVID-19 г-жа Оанх каждый день проезжала на велосипеде четыре километра до метадоновой клиники в любую погоду. Поддерживающая терапия метадонном позволила ей избежать употребления героина и улучшила её общее состояние здоровья и самочувствие. Получив право на максимальное предоставление шести доз для домашнего использования во время пилотного проекта, г-жа Оанх теперь посещает клинику только раз в неделю, что оставляет ей больше времени для себя, и позволяет ей оставаться дома в плохую погоду. Она надеется на продолжение и расширение программы выдачи метадона на дом, и она призывает к тому, чтобы этот подход оставался доступным и не требовал дополнительных затрат для людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые, как и она, имеют ограниченный доход.

Эта важная реформа является ключевым шагом в отношении к употреблению наркотиков, основанном на комплексных мерах по снижению вреда, устранению стигмы, охране здоровья и соблюдению прав людей. Необходимы дальнейшие усилия для поддержки и расширения этой новаторской инициативы, связанной с выдачей поддерживающей терапии метадонном на дом на несколько дней вперёд, с тем чтобы улучшить качество жизни людей, употребляющих наркотики, во Вьетнаме.



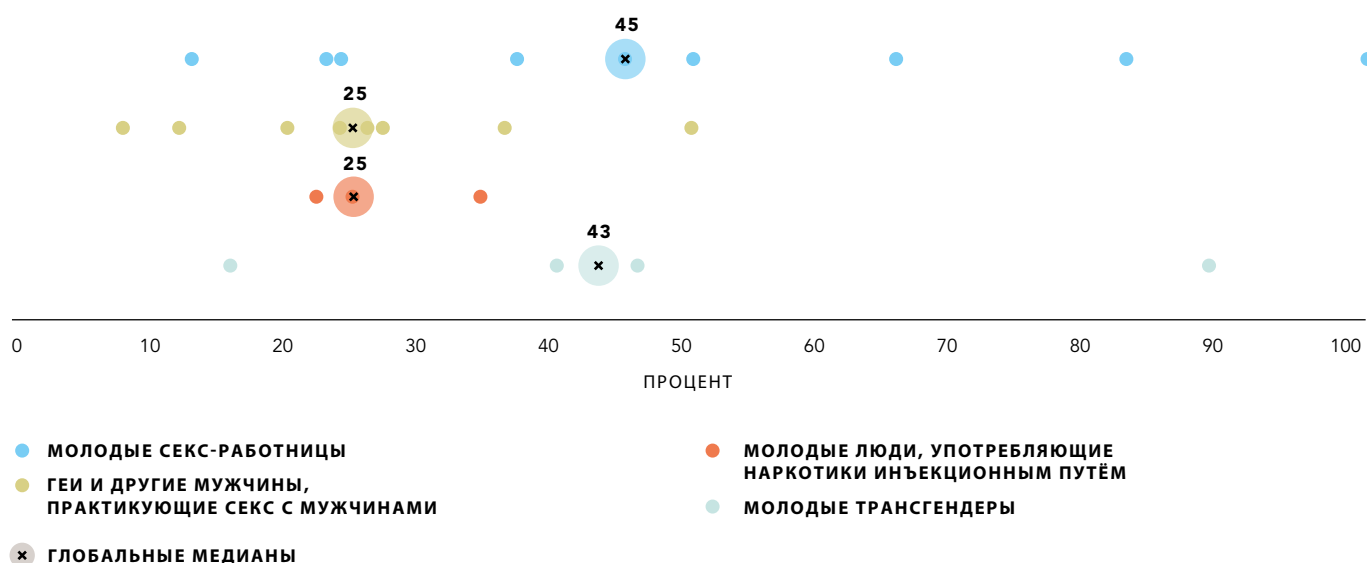


## МОЛОДЁЖЬ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП ОСТАЛАСЬ В ТЕНИ

Связанные с ВИЧ потребности молодых людей из ключевых групп населения игнорируются особенно часто. Во многих районах отсутствуют данные о динамике распространения ВИЧ и охвате услугами молодых людей из ключевых групп населения, но, когда страны собирают и изучают эти данные, они обнаруживают, что за пределами Африки к югу от Сахары большинство новых случаев инфицирования среди молодёжи приходится на молодых людей из ключевых групп. В Азиатско-Тихоокеанском регионе, например, почти все новые случаи инфицирования ВИЧ среди молодёжи происходят среди представителей ключевых групп населения и их половых партнёров (72).

Имеющиеся данные указывают на то, что молодые люди из ключевых групп населения сталкиваются как минимум с теми же препятствиями на пути к услугам профилактики ВИЧ, включая доступ и использование ДКП, что и более старшие представители ключевых групп. В Азиатско-Тихоокеанском регионе в среднем менее половины молодых людей из ключевых групп населения получали комплексные услуги профилактики ВИЧ в период с 2017 по 2021 год, при значительных различиях между странами и ключевыми группами (рис. 2.9) (72). Криминализация их поведения, преследование и насилие со стороны сотрудников правоохранительных органов, повседневная стигма и дискриминация отталкивают этих молодых людей от услуг и поддержки, в которых они нуждаются. Дополнительными препятствиями являются требования в отношении возраста согласия и осуждающее отношение медицинских работников, а также опасения по поводу неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности (73).

**РИСУНОК 2.9** Охват мерами комплексной профилактики ВИЧ молодых представителей ключевых групп населения (в возрасте 15–24 лет), отдельные страны, Азиатско-Тихоокеанский регион, 2017–2021 гг.



Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: степень охвата профилактическими мерами измеряется долей людей, принадлежащих к ключевым группам населения, сообщивших о получении ряда услуг по профилактике ВИЧ за последние три месяца (как минимум двух из трех услуг): (1) получение презервативов и лубрикантов; (2) консультирование по вопросам безопасного секса и использования презервативов; (3) тест на ИППП (для трансгендеров, секс-работников, геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами) или получение стерильных игл или шприцов (для людей, употребляющих инъекционные наркотики).

Примечание: медиана охвата молодых представителей ключевых групп населения мерами профилактики рассчитана на основе отчётов из девяти стран, представивших данные по секс-работницам, геям и другим мужчинам, практикующим секс с мужчинами; четырех стран, представивших данные по трансгендерам; и трёх стран, представивших данные по людям, употребляющим инъекционные наркотики.

Все эти барьеры преодолимы. Мероприятия по противодействию ВИЧ для молодых людей из ключевых групп населения, вероятно, будут более эффективными, если они будут включать поддержку «равных», и будут разрабатываться и осуществляться общественными организациями, в которые входят подростки и молодёжь (74). Правовые реформы или альтернативные пути помогут обойти препятствующие законы и практики, в то время как обучение и более тщательный мониторинг могут уменьшить стигму и дискриминацию в медицинских учреждениях. Часы работы клиник и услуги также могут быть адаптированы к реалиям жизни молодых людей из ключевых групп населения.

Услуги электронного здравоохранения — это многообещающая инновация, которая особенно удобна и актуальна для молодых людей из ключевых групп населения. Программы по ВИЧ могут эффективнее использовать Интернет, социальные сети и платформы знакомств для обмена информацией и подключения молодых людей из ключевых групп населения к соответствующим службам (73). Например, проект LoveYourSelf на Филиппинах управляет онлайн-службой распространения презервативов на основе приложения под названием SafeSpacesPH, которая позволяет молодым людям получать презервативы, не испытывая стыда или стигмы. В Таиланде система TestMeNow позволяет молодым людям легко записаться на тест на ВИЧ через Интернет, а затем пройти этот тест в местной или частной клинике (75).



# В 5 РАЗ

**СРЕДИ ЗАКЛЮЧЁННЫХ ДОЛЯ  
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ  
В 5 РАЗ БОЛЬШЕ, ЧЕМ У  
ВЗРОСЛЫХ ИЗ ОБЩЕГО  
НАСЕЛЕНИЯ**

## ЗАКЛЮЧЁННЫЕ: С ГЛАЗ ДОЛОЙ, ИЗ СЕРДЦА ВОН

ВИЧ, туберкулёз, вирусный гепатит (особенно гепатит С), а теперь и COVID-19 представляют собой серьёзную опасность для почти 12 миллионов человек во всем мире, постоянно находящихся в тюрьмах и следственных изоляторах (76). У заключённых в пять раз больше шансов заразиться ВИЧ, чем у взрослых в общем населении; данные, предоставленные ЮНЭЙДС за последние годы, показывают, что в среднем более 3% заключённых в мире живут с ВИЧ. Переполненность, плохая вентиляция и недоедание подвергают людей, живущих и работающих в тюрьмах, а также других людей в учреждениях закрытого типа, более высокому риску инфицирования ВИЧ и туберкулёзом, а также вирусом SARS-CoV-2. В этой группе населения перечисленные инфекции имеют особенно серьёзные последствия для здоровья (77, 78).

Хотя женщины составляют меньшинство (7%) среди заключённых в мире, некоторые исследования показывают, что у женщин-заключённых вероятность инфицирования ВИЧ выше, чем у мужчин в тюрьмах или женщин, находящихся в более широком сообществе (79–81). Группы, подвергающиеся наибольшему риску инфицирования ВИЧ, часто также подвержены повышенному риску лишения свободы, как, например, люди, употребляющие наркотики инъекционным путём, и секс-работники, поскольку во многих странах их поведение криминализировано. Средняя распространённость ВИЧ среди женщин в тюрьмах составляла на конец 2021 года почти 4% (n = 25 стран) по сравнению с почти 3% (n = 50 стран) среди мужчин.

Небольшое, но неуклонно растущее число стран предоставляют, по крайней мере, некоторые услуги, связанные с ВИЧ, в местах лишения свободы: в период с 2017 по 2022 год 52 страны сообщили о предоставлении презервативов и лубрикантов, семь имели программы обеспечения иглами и шприцами, а 27 предоставляли заключённым и другим лицам, лишённым свободы, терапию опиоидными агонистами. Многие из этих услуг в значительной степени зависят от донорского финансирования и поддержки. Они также неравномерно распределены по тюрьмам и, как правило, слабо связаны с национальными программами противодействия ВИЧ, проводимыми в рамках общественного здравоохранения или службами по охране труда и технической безопасности. Отсутствие политической воли является самым большим препятствием (82–84).

Однако есть обнадеживающие примеры перемен. В 2020 году Кения открыла свой первый центр терапии опиоидными агонистами в тюрьмах для женщин, мужчин, персонала и близлежащих общин. В 2021 году программы профилактики ВИЧ, включая раздачу презервативов, действовали в тюрьмах Казахстана. В 2021 году Украина запустила небольшую программу терапии опиоидными агонистами в тюрьмах, и по состоянию на сентябрь 2021 года 72 человека получали лечение в шести учреждениях; при этом сохраняются планы расширения программы. Канада внедрила программы обмена игл в 11 федеральных исправительных учреждениях. В Республике Молдова в 2021 году национальная тюремная администрация предоставила тюрьмам 142 000 игл и шприцев, а пять организаций гражданского общества объединились, чтобы предложить тестирование на ВИЧ в тюрьмах. В настоящее время 15 из 17 тюрем сертифицированы как предлагающие тот же уровень медицинских услуг заключённым, какой имеют широкие слои населения. В Малави при поддержке Управления Организации Объединённых Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) тюремные клиники оказывают медицинскую помощь примерно 1 200 людям, находящимся и работающим в четырёх тюрьмах.

## КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДЛЯ МАЛЬЧИКОВ И МУЖЧИН

Во всем мире число мужчин и мальчиков (в возрасте от 15 до 49 лет), инфицированных ВИЧ, с 2010 года снизилось на 27% по сравнению с 32% среди женщин и девочек. Однако большинство новых случаев ВИЧ-инфекции за пределами Африки к югу от Сахары происходит среди мальчиков и мужчин, главным образом во время незащищённого секса с другими мужчинами или небезопасного употребления наркотиков инъекционным путём. В странах Африки к югу от Сахары большинство мужчин инфицируются ВИЧ во время незащищённого гетеросексуального секса.

Знания о ВИЧ среди мальчиков и мужчин по-прежнему остаются низкими: почти во всех странах Азии и Тихоокеанского региона, а также в странах Африки к югу от Сахары менее половины мальчиков и мужчин имеют базовые знания о ВИЧ. В большинстве регионов взрослые мужчины с меньшей вероятностью, чем взрослые женщины, знают о своём ВИЧ-статусе и, в случае положительного результата тестирования, начинают антиретровирусную терапию и придерживаются её (85). Эти тенденции частично формируются преобладающими традициями мужественности, которые подчёркивают стоицизм, независимость и силу — стереотипы, которые вводят в заблуждение как мужчин, так и медицинских работников. Подходы, использованные в проектах One Man Can (в ЮАР), MAISHA (в Танзании) и других проектах, продемонстрировали потенциал для улучшения гендерных норм, изменения вредных кодексов мужественности и поддержки участия мальчиков и мужчин в противодействии ВИЧ и оказании других услуг по охране здоровья (86–90). Есть и другие значимые факторы. Многие модели медицинского обслуживания создают представление, что здравоохранение — это преимущественно женская сфера забот, и сами мужчины так её и воспринимают. К тому же, медицинские работники часто плохо подготовлены для решения проблем мужского здоровья (91). В некоторых регионах услуги в связи с ВИЧ на базе медицинских учреждений зачастую организуются на базе услуг по охране репродуктивного здоровья, здоровья матери и ребёнка (14, 92–94). Геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, а также трансгендеры сталкиваются с дополнительными препятствиями из-за стигмы и дискриминации или откровенной гомофобии и трансфобии.

Услуги в связи с ВИЧ недостаточно интегрированы в службы здравоохранения, которые посещают мужчины, независимо от того, обращаются ли они от своего имени или в качестве лиц, осуществляющих уход. Исследования, проведённые в Малави, показывают, что 82% мужчин посещали медицинские учреждения за последние 12 месяцев, часто в сопровождении детей или супругов, но большинство из этих посещений приходилось на амбулаторные отделения, где услуги в связи с ВИЧ предлагаются редко (95, 96). По оценкам, в Бразилии девять из 10 будущих отцов сопровождают своих партнёров-женщин по крайней мере один раз на приём врача в дородовой период (97). Это идеальная возможность предложить мужчинам информацию о ВИЧ, а также другую информацию и услуги в области здравоохранения. Доступ к услугам также можно улучшить, продлив часы работы клиник в определённые дни недели, сократив время ожидания, предоставив места для консультаций, обеспечивающих конфиденциальность, и обучив медицинских работников организовывать предоставление услуг таким образом, чтобы не отпугивать мужчин (94). Необходимо усилить аутрич-работу, нацеленную на больший охват мальчиков-подростков и мужчин в местах их массового появления (98, 99).

Для большего воздействия программам следует избегать отношения к мужчинам как к однородной группе. Мужчины разнообразны, и причины, по которым они не пользуются услугами, различаются в зависимости от социальных классов, групп и контекстов (14). Стратегии, использующие подход, ориентированный на нужды людей, и предоставляющие услуги в связи с ВИЧ актуальным, уважительным и удобным образом, будут более эффективными для профилактики ВИЧ среди мальчиков и мужчин и улучшат результаты для всех (100).

**82%**

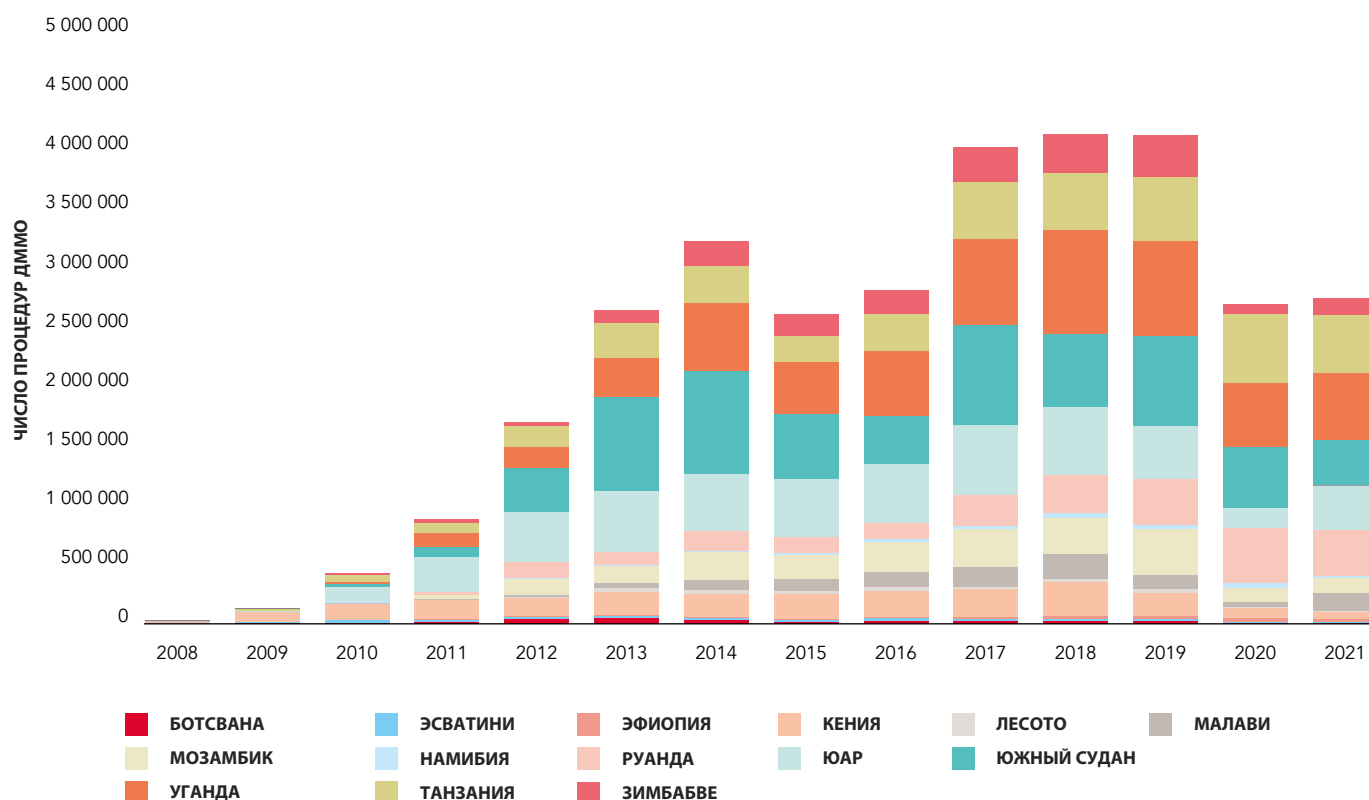
**МУЖЧИН В МАЛАВИ  
ПОСЕТИЛИ МЕДИЦИНСКИЕ  
УЧРЕЖДЕНИЯ ЗА  
ПРЕДЫДУЩИЕ 12 МЕСЯЦЕВ**

## ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ МУЖСКОЕ ОБРЕЗАНИЕ: ЭФФЕКТИВНОЕ И ДОСТУПНОЕ ОДНОРАЗОВОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Высокий охват ДММО может способствовать значительному сокращению числа новых случаев ВИЧ-инфекции в восточной и южной частях Африки (где расположены все 15 приоритетных стран для программ ДММО), особенно в сочетании с высоким уровнем антиретровирусной терапии среди женщин и девочек (101). В качестве одноразового вмешательства ДММО значительно более рентабельно, чем профилактические вмешательства, требующие повторного применения (1).

Более десятка африканских стран осуществляют программы ДММО с 2007 года, но этот процесс был основательно нарушен в первый год пандемии COVID-19 (рис. 2.10). Согласно одной из оценок, в 2020 году в 15 приоритетных странах количество ДММО сократилось на 34% по сравнению с 2019 годом (102). С тех пор страны возобновили свои программы, но обращаемость, как правило, не вернулась к уровням, существовавшим до начала пандемии COVID-19, отчасти из-за сокращения финансирования.

**РИСУНОК 2.10** Ежегодное число процедур добровольного медицинского мужского обрезания, 15 приоритетных стран, Восточная и Южная Африка, 2008–2021 гг.





Тем не до сих пор программы ДММО охватывали более молодые возрастные группы, что замедляло их воздействие на передачу ВИЧ (103). В настоящее время акцент сместился на расширение охвата взрослых мужчин, подвергающихся более высокому риску инфицирования ВИЧ, что может оказаться более сложной задачей. Это требует инвестиций в адаптацию, которая устраняет барьеры для доступа и повышает спрос, особенно для мужчин с более низкими доходами и тех, кто живёт в сельской местности. К препятствиям относятся боязнь мужчин возможной боли и неблагоприятных последствий, низкое восприятие риска инфицирования ВИЧ и опасения, что обрезание может быть воспринято как аномальное явление в их сообществах (104–107). Озабоченность в связи с возможной потерей дохода во время прохождения процедуры и восстановления после неё, а также транспортные расходы, по-видимому, также являются препятствующими факторами (108). Услуги ДММО, которые предлагаются в основном в городских районах, на рабочих местах и в школах, могут также оказаться недоступными для многих мужчин с низким уровнем доходов, особенно проживающих в сельской местности.

Было показано, что мобильная информационно-разъяснительная работа позволяет охватить больше мальчиков и мужчин в районах с недостаточным обслуживанием. Например, аутрич-услуги, оказываемые в партнёрстве с общественными организациями в Замбии, показали десятикратное увеличение использования ДММО среди мужчин в возрасте от 19 до 34 лет (109). Имеются также признаки того, что финансовая компенсация может увеличить использование ДММО: когда в Малави для покрытия потерянной заработной платы предлагался эквивалент в размере двухдневной минимальной оплаты труда (около 6 долларов США), мужчины в возрасте 20 лет и старше с гораздо большей охотой принимали это предложение по ДММО (110, 111). Точно так же введение финансовых стимулов в исследовании, проведённом в Замбии, совпало с увеличением обращаемости за ДММО с 3% до 37% (108).

## **Аутрич-услуги, оказываемые в партнёрстве с общественными организациями в Замбии, показали десятикратное увеличение использования ДММО среди мужчин в возрасте от 19 до 34 лет.**

Увязывание ДММО с услугами для партнёров женщин также оказалось многообещающим подходом (111). В Руанде программа ДММО ориентирована на партнёров девочек-подростков и молодых женщин, участвующих в инициативе ПЕПФАР DREAMS, а проект в Ботсване ориентирован на мужчин — партнёров женщин, прошедших обследование на рак шейки матки (111). Устойчивые программы ДММО требуют постепенного перехода к интеграции службы в национальные системы здравоохранения.

**160 000****НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-  
ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ  
(В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 14  
ЛЕТ) В 2021 ГОДУ**

## **МЫ МОЖЕМ ЛУЧШЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ПРОФИЛАКТИКУ И ЛЕЧИТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ У ДЕТЕЙ**

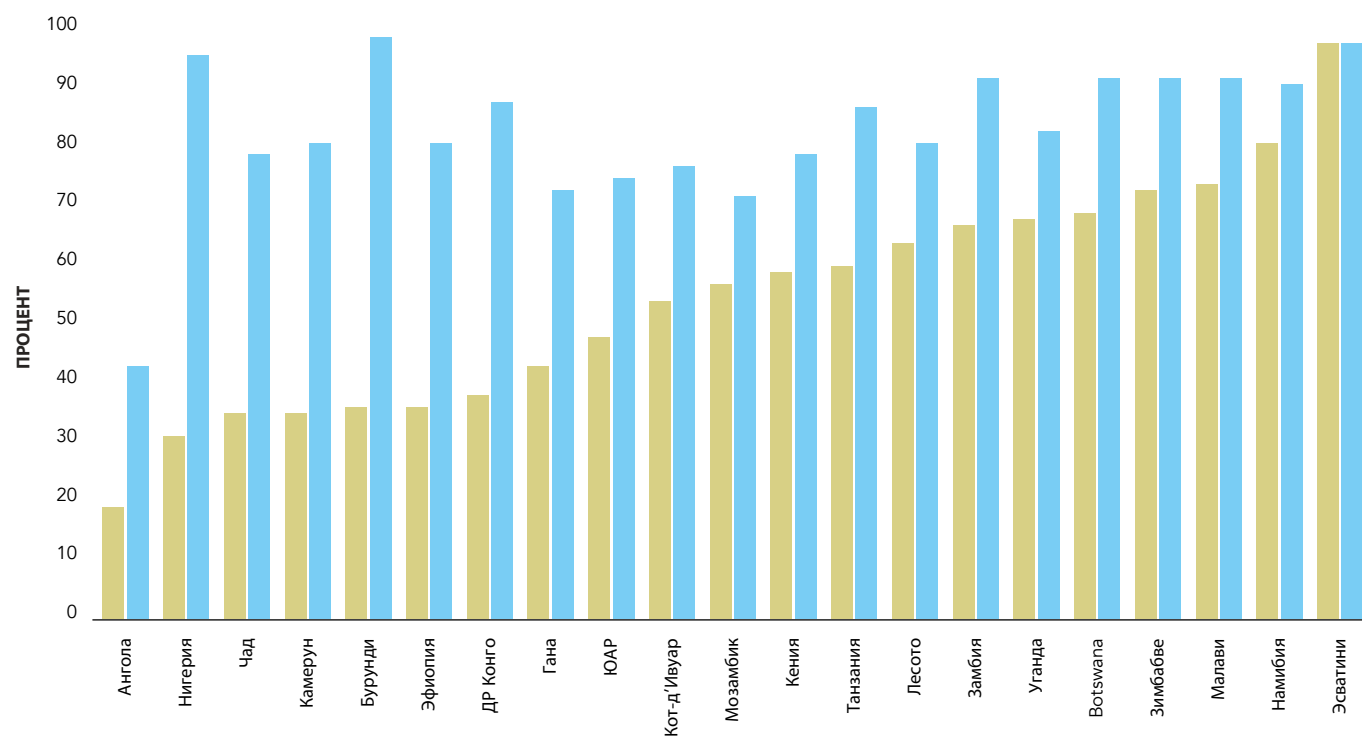
Меньше детей инфицируется ВИЧ, чем десять лет назад, но в 2021 году всё ещё было зарегистрировано 160 000 [110 000–230 000] новых случаев инфицирования среди детей в возрасте от 0 до 14 лет. Анализ данных помогает понять, почему и где эти случаи все ещё происходят. Страны, которые резко сократили вертикальную передачу ВИЧ, сделали это за счёт очень высокого охвата тестированием на ВИЧ и лечением ВИЧ-инфекции беременных женщин, живущих с ВИЧ, что частично было достигнуто путём перехода к политике «лечить всех» (см. специальный материал о Ботсване в этой главе). Этот подход позволяет женщинам, живущим с ВИЧ, начать антиретровирусную терапию задолго до зачатия и добиться низкой вирусной нагрузки во время беременности и в последующий период.

Матери и беременные женщины должны иметь возможность безопасного и удобного доступа к медицинским услугам. Таким образом, права человека, гендерное равенство и участие сообществ должны лежать в основе национальных стратегий по элиминации вертикальной передачи ВИЧ. Это подтверждается сообщениями о том, что женщины, живущие с ВИЧ, в некоторых странах (включая Ботсвану, Кению, Малави, Уганду, США, Замбию и Зимбабве) подвергались судебному преследованию за грудное вскармливание и предположительное инфицирование ВИЧ новорождённых (112, 113).

Кроме того, примерно 800 000 (640 000–990 000) детей, живущих с ВИЧ, до сих пор не получают лечения ВИЧ-инфекции, при этом охват детей антиретровирусной терапией особенно низок в Западной и Центральной Африке — 35% (28–41%), а также в Восточной и Южной Африке — 56% (45–71%) (см. рис. 2.11). Это происходит главным образом из-за того, что не удаётся протестировать всех детей, подвергшихся риску инфицирования ВИЧ, и направить тех, кто инфицирован ВИЧ, на лечение. Репрезентативные данные из семи стран Восточной и Южной Африки за 2015–2017 годы показывают, что 10% детей с диагнозом ВИЧ-инфекция не получали лечения, а у 48% подавление вирусной нагрузки не наблюдалось (114). Обеспечение тестированием по месту оказания медицинской помощи, снижение стоимости наборов для тестирования и упрощение процедур скрининга могут повысить шансы на выявление недиагностированных детей, живущих с ВИЧ, и обеспечить получение ими жизненно необходимого лечения.



**РИСУНОК 2.11** Охват антиретровирусной терапией детей (в возрасте от 0 до 14 лет) и взрослых (в возрасте от 15 лет и старше), живущих с ВИЧ, отдельные страны, 2021 г.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

## ПОЧЕМУ ТАК МНОГО ДЕТЕЙ ПО- ПРЕЖНЕМУ ИНФИЦИРУЮТСЯ ВИЧ

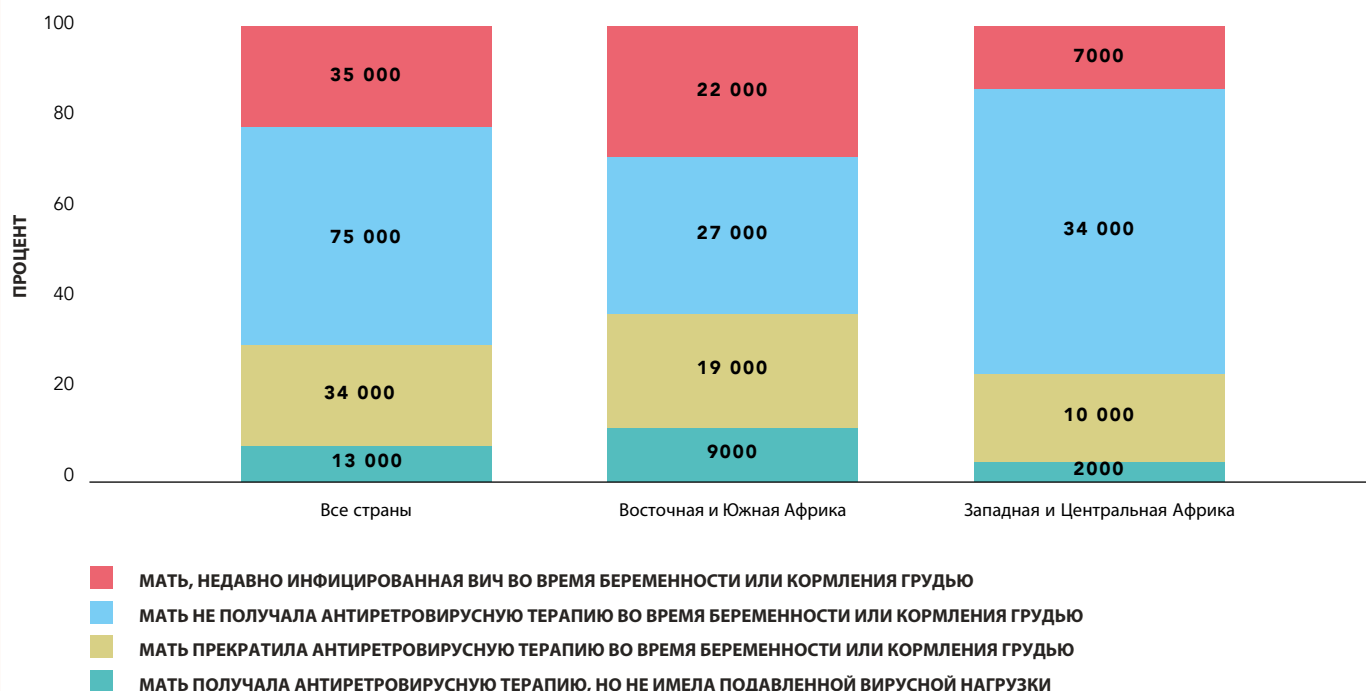
Постепенно становится ясным, почему так много детей все ещё инфицируются ВИЧ. Анализ данных, полученных в ходе программ по ВИЧ и в результате моделирования (рис. 2.12) показывает, что почти половина новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей (75 000 из примерно 160 000 случаев инфицирования) связана с тем, что ВИЧ-положительные женщины не получают антиретровирусную терапию. Многие женщины не появляются в службах противодействия ВИЧ и избегают услуг в связи с ВИЧ из-за опасений стигмы и дискриминации. Юридические барьеры, такие как законы о возрасте согласия и законы, криминализирующие ключевые группы населения, также затрудняют тестирование женщин на ВИЧ и начало антиретровирусной терапии до беременности. Такая ситуация приводит к большему числу невыявленных случаев и дальнейшей передаче ВИЧ. Указанные юридические препятствия должны быть устранены.

## Почти половина новых случаев ВИЧ- инфекции среди детей происходит из-за того, что ВИЧ-положительные женщины не получают антиретровирусную терапию.

Кроме того, более 34 000 новых случаев ВИЧ-инфекции детей происходят из-за того, что матери не могут продолжить лечение во время беременности или кормления грудью. Ограниченный доступ к учреждениям, непредвиденные расходы (включая плату за услуги), стигма и дискриминация в связи с ВИЧ, побочные эффекты лекарств и трудности с приверженностью — все эти факторы приводят к слабому удержанию матерей в системе оказания медицинской помощи. Отмена платы за услуги (см. специальный материал о Камеруне в Главе 5) и повышение качества лечения и ухода, включая использование оптимизированных схем лечения и надёжную поддержку со стороны матерей-наставниц и других «равных» помощниц, помогают устранить эти препятствия (115).

Ещё 35 000 новых случаев инфицирования происходят в тех случаях, когда программам не удаётся выявить женщин и девочек, недавно инфицированных ВИЧ во время беременности или кормления грудью. Это основной фактор вертикальной передачи ВИЧ в Восточной и Южной Африке, и причина почти половины новых случаев инфицирования детей. Беременных и кормящих женщин, а также их партнёров в районах с высокой заболеваемостью ВИЧ, следует убеждать использовать проверенные варианты профилактики ВИЧ, включая ДКП. Беременных и кормящих женщин, которые не знают свой ВИЧ-статус, следует убеждать и поддерживать в решении пройти тестирование и, при необходимости, быстро начать лечение. Наконец, оставшиеся 13 000 случаев вертикальной передачи происходят тогда, когда мать получает лечение, но вирусную нагрузку подавить не удаётся.

**РИСУНОК 2.12** Процент новых случаев вертикальной передачи ВИЧ-инфекции; пути передачи; все страны и отдельные регионы, 2021 г.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Насилие со стороны интимного партнёра остаётся неизменной угрозой. Помимо вреда, причинённого женщинам, насилие становится для женщин, живущим с ВИЧ, преградой к продолжению лечения или получению услуг, что в свою очередь, подвергает женщин риску заболеваний, связанных с ВИЧ, а их детей — инфицированию ВИЧ. Согласно недавнему систематическому обзору 14 исследований, проведённых в странах Африки к югу от Сахары, распространённость насилия в отношении ВИЧ-положительных беременных женщин колебалась от 18% до 63% (116, 117). Все женщины, в том числе беременные и кормящие матери, должны быть защищены от насилия со стороны интимного партнёра и получать более значимую поддержку и возмещение ущерба в случаях имевшего место насилия (118).

# БОТСВАНА — ПЕРВАЯ СТРАНА С ВЫСОКИМ БРЕМЕНЕМ ВИЧ, ПОЛУЧИВШАЯ СЕРТИФИКАТ О ЛИКВИДАЦИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ

В декабре 2021 года Ботсвана добилась важного успеха, став первой страной с высоким бременем ВИЧ, получившей сертификат о ликвидации вертикальной передачи ВИЧ, выданный Глобальным консультативным комитетом ВОЗ по валидации (GVAC). Однако необходимо отметить не только поразительный прогресс Ботсваны, но и то, каким образом она зафиксировала своё достижение — был использован необходимый для сертификации процесс, одновременно расширяющий возможности женщин, живущих с ВИЧ, и укрепляющий их основные права.<sup>1</sup>

Ботсвана первой среди стран с высоким бременем ВИЧ получила сертификат за достижение Серебряного статуса по критериям «Путь элиминации ВИЧ», которые были введены в 2017 году (рис. 2.13) (119). Серебряный статус требует наличия заболеваемости ВИЧ на уровне менее 500 случаев на 100 000 живорождений, коэффициента вертикальной передачи ВИЧ менее 5% и предоставления дородового ухода и антиретровирусной терапии более чем 90% беременных женщин.

<sup>1</sup> По состоянию на декабрь 2021 г. 15 стран и территорий — Ангилья, Антигуа и Барбуда, Армения (только ВИЧ), Беларусь, Бермудские острова, Каймановы острова, Куба, Доминика, Малайзия, Мальдивы, Республика Молдова (только сифилис), Монтсеррат, Шри-Ланка, Сент-Китс и Невис и Таиланд — были сертифицированы за ликвидацию вертикальной передачи ВИЧ и сифилиса. Страны применяют стандартизированные критерии для оценки эффективности программ, данных и лабораторных систем и обеспечивают интеграцию прав человека, гендерного равенства и участия сообщества в рамках процесса, контролируемого Детским фондом Организации Объединённых Наций (ЮНИСЕФ), ЮНФПА, ВОЗ и ЮНЭЙДС.





**РИСУНОК 2.13** Путь к ликвидации передачи ВИЧ от матери ребёнку

Источник: Глобальное руководство по критериям и процессам валидации: устранение передачи ВИЧ, сифилиса и вируса гепатита В от матери ребёнку. Женева: ВОЗ; 2021.

<sup>a</sup> МТСТ — показатель передачи ВИЧ от матери ребёнку.

# 95%

## БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В БОТСВАНЕ ПОЛУЧАЛИ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ В 2021 ГОДУ

Данные ЮНЭЙДС показывают, что более 95% беременных женщин в Ботсване получали антиретровирусную терапию в 2021 году по сравнению с 77% в 2010 году. Скорость вертикальной передачи составила всего 2,2% по сравнению с 9,0% десятью годами ранее. Рассказывает женщина, живущая с ВИЧ, в Южном Кгалагади: «У меня трое детей... Я всех троих кормила грудью, и всем давали лекарства для профилактики ВИЧ».

Ботсвана сделала женщин, живущих с ВИЧ, главными действующими лицами в процессе документирования успехов страны в области профилактики. При поддержке ЮНЭЙДС Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ, ориентировало сетевые объединения ВИЧ-позитивных женщин на применение инструмента оценки прав человека в своих сетях в 10 округах Ботсваны.<sup>2</sup> Эти сети возглавили процесс, а правительство Ботсваны предоставило материально-техническую поддержку и обеспечило безопасные условия для работы женщин, живущих с ВИЧ. Проект национального отчёта по валидации был рассмотрен в Национальном комитете по валидации также с участием женщин, живущих с ВИЧ, являющихся членами этого комитета. у

GVAC подтвердил, что программы и службы Ботсваны по ликвидации вертикальной передачи ВИЧ соответствуют международным, региональным и национальным стандартам в области прав человека, гендерного равенства и участия сообществ. Как заметила одна женщина, живущая с ВИЧ, в Квененг-Вест: «Медсестры и медицинские работники предоставляют всем возможность пройти тестирование и лечение. Это всегда осознанный выбор, а не вынужденный».

В мае 2022 года Министерством здравоохранения Ботсваны при участии женщин, живущих с ВИЧ, и при поддержке ЮНЭЙДС был организован семинар, чтобы стимулировать участие партнёров и заинтересованных сторон для обеспечения того, чтобы основанные на правах подходы использовались для поддержания сертификации страны для достижения Серебряного статуса — и её возможного продвижения к Золотому статусу.

### Следующая страница

«Не знаю точно, сколько я уже живу с ВИЧ — 13 или 14 лет. У меня замечательный мальчик, который родился без ВИЧ. Его зовут Люс. Мой муж тоже живёт с ВИЧ. Мы оба знали, что однажды у нас появится возможность растить детей, свободных от ВИЧ». Кесего Баша-Мупели, Ботсвана, декабрь 2014 г.

<sup>2</sup> В их число входили Ботсванская сеть людей, живущих с ВИЧ (BONEPWA+), Bomme Isago (местный партнёр Международного сообщества женщин, живущих с ВИЧ) и Ботсванская сеть по вопросам этики, права и ВИЧ/СПИДу (BONELA).





## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Kripke K, Eakle R, Cheng A, Rana S, Torjesen K, Stover J et al. The case for prevention—primary HIV prevention in the era of universal test and treat: a mathematical modeling study. *EClinicalMedicine*. 2022;46:101347.
2. HIV Prevention 2025 Road Map: getting on track to end AIDS as a public health threat by 2030. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; 2022 [forthcoming].
3. Stover J, Rosen JE, Carvalho MN, Korenromp EL, Friedman HS, Coogan M et al. The case for investing in the male condom. *PLoS One*. 2017;12(5):e0177108.
4. UNFPA Product Catalogue [database]. New York (NY): UNFPA; c2021 (<https://www.unfpaprocurement.org/products>).
5. Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic [version 1]. *Gates Open Res*. 2022;5:91.
6. Developing effective condom programmes. Geneva: UNAIDS; 2020 ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_UNAIDS\\_Tech-Brief.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_UNAIDS_Tech-Brief.pdf)).
7. Zimbabwe condom case study. Mann Global Health; 2017 ([https://mann-globalhealth.com/wp-content/uploads/2017/11/MGH\\_Condom-Case-Study\\_Zimbabwe\\_Final\\_091117.pdf](https://mann-globalhealth.com/wp-content/uploads/2017/11/MGH_Condom-Case-Study_Zimbabwe_Final_091117.pdf)).
8. Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza J. National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries. *Lancet HIV*. 2017;4(3):E134-E140.
9. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med*. 2018;15(12):e1002680.
10. Tan SY, Melendez-Torres GJ. A systematic review and metasynthesis of barriers and facilitators to negotiating consistent condom use among sex workers in Asia. *Cult Health Sex*. 2016;18(3):249-64.
11. AIDSinfo [database]. Geneva: UNAIDS; c2022 (AIDSinfo.unaids.org).
12. Developing effective condom programmes. Geneva: UNAIDS; 2020 ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_UNAIDS\\_TechBrief.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_UNAIDS_TechBrief.pdf)).
13. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report, November–December 2021. Geneva: WHO; 2022 ([https://www.who.int/publications/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2022.1](https://www.who.int/publications/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1)).
14. Cornell M, Majola M, Johnson L, Dubula-Majola V. HIV services in sub-Saharan Africa: the greatest gap is men. *Lancet*. 2021;397(10290):2130-2.
15. Havlir D, Lockman S, Ayles H, Larmarange J, Chamie G, Gaolathe T et al. What do the Universal Test and Treat trials tell us about the path to HIV epidemic control? *J Int AIDS Soc*. 2020;23(2):e25455.
16. Gwarisa M. #BREAKING: Dapivirine, Vaginal Ring Approved For Use in Zimbabwe. In: HealthTimes [Internet]. 14 July 2021. HealthTimes; c2021 (<https://healthtimes.co.zw/2021/07/14/breaking-dapivirine-vaginal-ring-approved-for-use-in-zimbabwe/>).
17. Fokazi S. More HIV prevention options for SA women as vaginal ring is approved. In: Sunday Times Live [Internet]. 16 March 2022. Arena Holdings (Pty) Ltd; c2022 (<https://www.timeslive.co.za/news/south-africa/2022-03-16-more-hiv-prevention-options-for-sa-women-as-vaginal-ring-approved/>).

18. Madeddu G, De Vito A, Cozzi-Lepri A, Cingolani A, Maggiolo F, Perno CF et al. Time spent with HIV-RNA $\leq$ 200copies/ml in a cohort of people with HIV during the U=U era. *AIDS*. 2021;35(7):1103-12.
19. Kerzner M, De AK, Yee R, Keating R, Djomand G, Stash S et al. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake and service delivery adaptations during the first wave of the COVID-19 pandemic in 21 PEPFAR-funded countries. *PLoS One*. 2022;17(4):e0266280.
20. Holt M, Broady T, Mao L, Chan C, Rule J, Ellard J. Increasing pre-exposure prophylaxis use and "net prevention coverage" in behavioural surveillance of Australian gay and bisexual men, 2014–19. *AIDS*. 2021;35(5):835-40.
21. Estcourt C, Yeung A, Nandwani R, Goldberg D, Cullen B, Steedman N et al. Population-level effectiveness of a national HIV preexposure prophylaxis programme in MSM. *AIDS*. 2021;35(4):665-73.
22. Smith DK, Sullivan PS, Cadwell B, Waller LA, Siddiqi A, Mera-Giler R et al. Evidence of an association of increases in pre-exposure prophylaxis coverage with decreases in human immunodeficiency virus diagnosis rates in the United States, 2012–2016. *Clin Infect Dis*. 2020;71(12):3144-51.
23. Celum C, Baeten JM. Lesson on PrEP from the SEARCH study in east Africa. *Lancet HIV*. 2020;7:e219-e220.
24. Hanum N, Cambiano V, Sewell J, Phillips A, Rodger A, Speakman A et al. Use of HIV pre-exposure prophylaxis among gay, bisexual and other men who have sex with men in England. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Poster PEC0367.
25. Hojilla JC, Hurley LB, Marcus JL, Silverberg MJ, Skarbinski J, Satre DD et al. Characterization of HIV preexposure prophylaxis use behaviors and HIV incidence among US adults in an integrated health care system. *JAMA Netw Open*. 2021;4(8):e2122692.
26. Kifetew CA, Mukiwa T, Sparrowhawk A. HIV pre-exposure prophylaxis and Black people in England: addressing health information inequities through a national campaign. Fifth Joint Conference of the British HIV Association and the British Association for Sexual Health and HIV, 19–21 April 2021. Abstract O015.
27. Hillis A, Germain J, Hope V, McVeigh J, Van Hout MC. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention among men who have sex with men (MSM): a scoping review on PrEP service delivery and programming. *AIDS Behav*. 2020;24(11):3056-70.
28. Celum CL, Delany-Moretlwe S, Baeten JM, van der Straten A, Hosek S, Bukusi EA et al. HIV pre-exposure prophylaxis for adolescent girls and young women in Africa: from efficacy trials to delivery. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(Suppl 4):e25298.
29. Mwangi S, Miloyo C, Gacheru J, Kwala D, Oiyi L, Mwangi P. Structured support groups improves PrEP uptake among female sex workers in Nairobi: a case study of BHESP. International AIDS Conference, 18–21 July 2021. Abstract OAD0504.
30. Lau JY, Hung CT, Lee SS. A review of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) programmes by delivery models in the Asia-Pacific through the healthcare accessibility framework. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(7):e25531.
31. Chinbunchorn T, Nampaisarn O, Ramautarsing R, Sanyam S, Sangpasert T, Chanlearn P et al. Factors associated with accessing free PrEP services in Thailand. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PED1282.
32. PrEP innovation and implementation in Asia and the Pacific: virtual regional discussion, 15–16 December 2020. Meeting report. Geneva; 2021 (<https://unitaid.org/assets/PrEP-innovation-and-implementation-in-Asia-and-the-Pacific-Meeting-Report-2020.pdf>).

33. Velloza J, Khoza N, Scorgie F, Chitukuta M, Mutero P, Mutiti K et al. The influence of HIV-related stigma on PrEP disclosure and adherence among adolescent girls and young women in HPTN 082: a qualitative study. *J Int AIDS Soc.* 2020;23(3):e25463.
34. Atukunda EC, Owembabazi M, Pratt MC, Psaros C, Muyindike W, Chitneni P et al. A qualitative exploration to understand barriers and facilitators to daily oral PrEP uptake and sustained adherence among HIV-negative women planning for or with pregnancy in rural southwestern Uganda. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(3):e25894.
35. Reed JB, Shrestha P, Were D, Chakare T, Mutegei J, Wakhutu B et al. HIV PrEP is more than ART-lite: longitudinal study of real-world PrEP services data identifies missing measures meaningful to HIV prevention programming. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(10):e25827.
36. Pollock S, Toegel F, Holtyn AF, Rodewald AM, Leoutsakos J, Fingerhood M et al. Effects of incentives on viral suppression in people living with HIV who use cocaine or opiates. *Drug and Alcohol Dependence.* 2020;212:108000.
37. Delany-Moretlwe S, Hughes JP, Bock P, Ouma SM, Hunidzarira P, Kalonji D et al. Cabotegravir for the prevention of HIV-1 in women: results from HPTN 084, a phase 3, randomised clinical trial. *Lancet.* 2022;399(10337):1779-89.
38. Eshleman SH, Fogel JM, Piwowar-Manning E, Chau G, Cummings V, Agyei Y et al. Characterization of human immunodeficiency virus (HIV) infections in women who received injectable cabotegravir or tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine for HIV prevention: HPTN 084. *J Infect Dis.* 2022;225(10):1741-9.
39. Landovitz RJ, Donnell D, Clement ME, Hanscom B, Cottle L, Coelho L et al. Cabotegravir for HIV prevention in cisgender men and transgender women. *N Engl J Med.* 2021;385(7):595-608.
40. Landovitz RL, Donnell D, Tran H, Kallas EG, Magnus M, Marzinke M et al. Updated efficacy, safety and case studies in HPTN 083: CAB-LA vs TDF/FTC for PrEP. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 12–16 February 2022. Abstract 96.
41. Scott H. Preparing for the plate of prevention options: how can we deliver. Conference on Retroviral and Opportunistic Infections, 12–16 February 2022. Abstract 57.
42. MSF response: ViiV will not license new game-changing long-acting HIV prevention drug to generic manufacturers. In: *Médecines Sans Frontières* [Internet]. 4 March 2022. Geneva: Médecines Sans Frontières; c2022 (<https://msf-access-campaign.prezly.com/msf-response-viiv-will-not-license-new-game-changing-long-acting-hiv-prevention-drug-to-generic-manufacturers#>).
43. Pillay Y, Venter F, Hassan F. What is the use of anti-HIV injections when those who need it most can't use it? In: *Bhekisisa.org* [Internet]. 30 March 2022. Johannesburg: Bhekisisa; c2022 (<https://bhekisisa.org/article/2022-03-30-what-is-the-use-of-anti-hiv-injections-when-those-who-need-it-most-cant-use-it/>).
44. Neilan AM, Landovitz RJ, Le MH, Grinsztejn B, Freedberg KA, McCauley M et al. Cost-effectiveness of long-acting injectable HIV preexposure prophylaxis in the United States: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med.* 2022;175(4):479-89.
45. Jamieson L. The relative cost-effectiveness of long-acting injectable cabotegravir versus oral pre-exposure prophylaxis: a modelled economic evaluation and threshold analysis in South Africa based on the HPTN 083 and 084 trials. *The Lancet.* 2022;1 March. Preprint.

46. Community position statement: CAB-LA must be immediately licensed to generic suppliers to enable affordable, widespread access for all people at risk of HIV. Afrocab; 2022 (<http://www.afrocab.info/wp-content/uploads/2022/03/CAB-LA-Community-Statement-Final.pdf>).
47. CADO 4/PADO 5: approach to delivery of LA ARVs for HIV treatment and prevention in LMICs: cabotegravir as a precedent-setting case study. Video presentation by Clinton Health Access Initiative (<https://www.longactin-ghiv.org/files/inline-files/DavidRipin-LEAP2022.mp4>).
48. ViiV Healthcare open to voluntary licensing as part of approach to enable greater access to Cabotegravir LA for PrEP in low- and middle-income countries. Media release. In: ViiV Healthcare [Internet]. 4 April 2022. Brentford (UK): ViiV Healthcare; c2021 (<https://viiivhealthcare.com/hiv-news-and-media/news/company-statements/viiiv-healthcare-and-medicines-patent-pool/>).
49. Key findings from the 2021 scorecards of the Global HIV Prevention Coalition. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
50. Mabaso M, Makola L, Naidoo I, Mlangeni LL, Jooste S, Simbayi L. HIV prevalence in South Africa through gender and racial lenses: results from the 2012 population-based national household survey. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):167.
51. McKinnon LR, Karim QA. Factors driving the HIV epidemic in southern Africa. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2016;13(3):158-69.
52. We've got the power: women, adolescent girls and the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020\\_women-adolescent-girls-and-hiv\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_women-adolescent-girls-and-hiv_en.pdf)).
53. HERStory2: process evaluation of the combination HIV prevention intervention for adolescent girls and young women (AGYW), Global Fund grant period 2019 to 2022. Pretoria: South African Medical Research Council; 2021 (<https://www.samrc.ac.za/sites/default/files/attachments/2021-07-27/HERStory2%20Process%20Evaluation%20Report%20Overview.pdf>).
54. Muthoni CN, Kneipp SM, Gichane MW, Caiola CE, Pettifor AE, Williams JR. A systematic review of HIV interventions for young women in sub-Saharan Africa. *AIDS Behav*. 2020;24(12):3395-413.
55. Lacombe-Duncan A, Kia H, Logie CH, Todd KP, Persad Y, Leblanc G et al. A qualitative exploration of barriers to HIV prevention, treatment and support: perspectives of transgender women and service providers. *Health Soc Care Community*. 2021;29(5):e33-e46.
56. The journey towards comprehensive sexuality education. Paris: UNESCO; 2021 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/The%20journey%20towards%20comprehensive%20sexuality%20education%20C%20Global%20status%20report.pdf>).
57. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School-based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(3):e89692.
58. Goldfarb ES, Lieberman LD. Three decades of research: the case for comprehensive sex education. *J Adolesc Health*. 2021;68(1):13-27.
59. Mark NDE, Wu LL. More comprehensive sex education reduced teen births: quasi-experimental evidence. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2022;119(8):e2113144119.
60. Facing the facts: the case for comprehensive sexuality education. Policy paper 39. Paris: UNESCO; 2019 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368231>).

61. Haberland N. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2015;41(1):31–42.
62. The DHS Program STATcompiler [database]. The DHS Program; c2022 (<http://www.statcompiler.com>).
63. Population-based surveys, 2015–2020.
64. Logie CH, Perez-Brumer A, Parker R. The contested global politics of pleasure and danger: sexuality, gender, health and human rights. *Glob Public Health*. 2021;16(5):651–63.
65. Singh A, Both R, Philpott A. "I tell them that sex is sweet at the right time" – a qualitative review of "pleasure gaps and opportunities" in sexuality education programmes in Ghana and Kenya. *Glob Public Health*. 2021;16(5):713–88.
66. Global state of harm reduction: 2021 update [Internet]. Harm Reduction International; 2021 (<https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-2021>).
67. Algeria: Addressing the Needs of People who Inject Drugs. In: UNODC.org [Internet]. 7 June 2022. Vienna: UNODC; c2022 ([https://www.unodc.org/romena/en/Stories/2022/June/algeria\\_addressing-the-needs-of-people-who-inject-drugs.html](https://www.unodc.org/romena/en/Stories/2022/June/algeria_addressing-the-needs-of-people-who-inject-drugs.html)).
68. UNODC. Unified budget results and accountability framework (UBRAF), 2016–2021. Geneva: UNAIDS; 2020 ([https://open.unaids.org/sites/default/files/documents/UNODC\\_Organizational%20report\\_2020.pdf](https://open.unaids.org/sites/default/files/documents/UNODC_Organizational%20report_2020.pdf)).
69. Pollack T, Thwaites G, Rabaa M, Choisy M, van Doorn R, Van Tan L et al. Emerging COVID-19 success story: Vietnam's commitment to containment. In: *Our World in Data* [Internet]. 5 March 2021. Global Change Data Lab; c2022 (<https://ourworldindata.org/covid-exemplar-vietnam>).
70. Assessment of the emergency multiday take-home dose methadone distribution in Ho Chi Minh City in the context of COVID-19. Ho Chi Minh City: UNAIDS, HCDC, UMP Vietnam; 2021.
71. Results after 6 months of the pilot implementation of the methadone take-home program on patients undergoing opioid—type drug addiction treatment in three provinces of Vietnam in 2021. Hanoi: Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Center for Training and Research on Substance Abuse—HIV (Hanoi Medical University); 2021.
72. Putting young key populations first: HIV and young key populations in Asia and the Pacific, 2022. Bangkok: UNAIDS Regional Support Team; 2022 [forthcoming].
73. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(2 Suppl 1):19833.
74. Confronting inequalities: lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS—Global AIDS Update 2021. Geneva: UNAIDS; 2021.
75. Doing it from a distance: how telehealth is preserving HIV service delivery during COVID-19. In: *EpiC Blog* [Internet]. 21 October 2020. EpiC Blog; c2021 (<https://epicproject.blog/2020/10/21/doing-it-from-a-distance-how-tele-health-is-preserving-hiv-service-delivery-during-covid-19/>).
76. Walmsley R. World prison population list. 12th ed. London: Institute for Crime and Justice Policy Research; 2018.
77. Kim H, Hughes E, Cavanagh A, Norris E, Gao A, Bondy SJ et al. The health impacts of the COVID-19 pandemic on adults who experience imprisonment globally: a mixed methods systematic review. *PLoS One*. 2022;17(5):e0268866.



78. Mitigating the disruptive impact of infection prevention and control measures in prisons: core principles and recommendations. COVID-19 guidance note. Vienna: UNODC; July 2021.
79. Data matters. Vienna: UNODC; 2021 ([https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/DataMatters1\\_prison.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/DataMatters1_prison.pdf)).
80. Pillay N, Chimanga D, Van Hout MC. Gender inequality, health rights and HIV/AIDS among women prisoners in Zimbabwe. *Health Hum Rights*. 2021;23(1):225–36.
81. Women in prison, HIV and hepatitis C. Ottawa (ON): Canadian HIV/AIDS Legal Network; 2020 (<https://whai.ca/wp-content/uploads/2020/01/Women-in-Prison-HIV-and-Hepatitis-C.pdf>).
82. Van Hout MC, Stöver H, Benamara K, Bauer P, Salah E. 90–90–90: catalysing the response to HIV by enhancing prison visibility in the Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) strategy beyond 2021. *Public Health*. 2021;190:e5–e6.
83. World drug report 2019. Booklet 2. Vienna: UNODC; 2019.
84. The Joint WHO–ILO–UNAIDS policy guidelines on improving health workers' access to HIV and TB prevention, treatment, care and support services: a guidance note. Geneva: WHO, ILO, UNAIDS; 2011 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/publication/wcms\\_149714.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_149714.pdf)).
85. Kusemererwa S, Akena D, Nakanjako D, Kigozi J, Nanyunja R, Nanfuka M et al. Strategies for retention of heterosexual men in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246471.
86. Gottert A, Pulerwitz J, Haberland N, Mathebula R, Rebombo D, Spielman K et al. Gaining traction: promising shifts in gender norms and intimate partner violence in the context of a community-based HIV prevention trial in South Africa. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237084.
87. Leddy AM, Gottert A, Haberland N, Hove J, West RL, Pettifor A et al. Shifting gender norms to improve HIV service uptake: qualitative findings from a large-scale community mobilization intervention in rural South Africa. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260425.
88. Lees S, Marchant M, Selestine V, Mshana G, Kapiga S, Harvey S. The transformative effects of a participatory social empowerment intervention in the MAISHA intimate partner violence trial in Tanzania. *Cult Health Sex*. 2021;23(10):1313–28.
89. Park E, Wolfe SJ, Nalugoda F, Stark L, Nakyanjo N, Ddaaki W et al. Examining masculinities to inform gender-transformative violence prevention programs: qualitative findings from Rakai, Uganda. *Glob Health Sci Pract*. 2022;10(1):e2100137.
90. Global sexual and reproductive health package for men and adolescent boys. New York (NY): UNFPA; 2017 ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/IPPF\\_UNFPA\\_GlobalSRHPackageMenAndBoys\\_Nov2017.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/IPPF_UNFPA_GlobalSRHPackageMenAndBoys_Nov2017.pdf)).
91. Sileo KM, Fielding-Miller R, Dworkin SL, Fleming PJ. A scoping review on the role of masculine norms in men's engagement in the HIV care continuum in sub-Saharan Africa. *AIDS Care*. 2019;31(11):1435–46.
92. 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.
93. Dovel K, Yeatman S, Watkins S, Poulin M. Men's heightened risk of AIDS-related death: the legacy of gendered HIV testing and treatment strategies. *AIDS*. 2015;29(10):1123–5.



94. Beia T, Kielmann K, Diaconu K. Changing men or changing health systems? A scoping review of interventions, services and programmes targeting men's health in sub-Saharan Africa. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):87.
95. 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.
96. 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.
97. Barker G, Contreras M, Heilman B, Singh A, Verma R, Nascimento M. Evolving men: initial results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES). Washington (DC): International Center for Research on Women; 2011 (<http://www.icrw.org/sites/default/files/publications/Evolving-Men-Initial-Results-from-the-International-Men-and-Gender-Equality-Survey-IMAGES-1.pdf>).
98. 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(4):e1002262.
99. Atkins K, Yeh PT, Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD, O'Reilly KR et al. Service delivery interventions to increase uptake of voluntary medical male circumcision for HIV prevention: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(1):e0227755.
100. Makusha T, van Rooyen H, Cornell M. Reframing the approach to heterosexual men in the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(Suppl 2):70-71.
101. Vandormael A, Akullian A, Siedner M, de Oliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nat Commun*. 2019;10(1):5482.
102. 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 Conference, 18–21 July 2021. Abstract PEC281.
103. Davis SM, Hines JZ, Habel M, Grund JM, Ridzon R, Baack B et al. Progress in voluntary medical male circumcision for HIV prevention supported by the US President's Emergency Plan for AIDS Relief through 2017: longitudinal and recent cross-sectional programme data. *BMJ Open*. 2018;8:e021835.
104. Palmer E. The factors that affect the low uptake of voluntary medical male circumcision among adult males (20–39 years of age) in Gauteng Province, South Africa. 22nd International AIDS Conference, 23–27 July 2018. Poster THPED419.
105. Mejia C, Swai M, Zimmerman E, McElwee E, Mphuru L, Lweno Z. Behavior design methodology for uptake of voluntary medical male circumcision among fisherfolks in the lake zone of Tanzania. 22nd International AIDS Conference, 23–27 July 2018. Poster PDD0504.
106. Odero K, Otenyo J, Odima S, Akolong G, Ophwette A, Pulkol S. Barriers to uptake of voluntary medical male circumcision (VMMC) among men aged above 24 years in Turkana West Subcounty, Kenya. ICASA 20th Conference, 2–7 December 2019. Poster FRPEC217.
107. Sangweni PN, Mavundla TR, Moab PS. Factors hindering effective uptake of medical male circumcision at Untunjambili area in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health SA*. 2019;24:a1305.
108. Carrasco MA, Wilkinson J, Kasdan B, Fleming P. Systematic review of barriers and facilitators to voluntary medical male circumcision in priority countries and programmatic implications for service uptake. *Glob Public Health*. 2019;14(1):91-111.

109. Durrell M, Aladesanmi L, Laube C, Mohan D, Kaira F, Chituwo O et al. Financial compensation increases voluntary medical male circumcision uptake among high-risk men in Zambia. ICASA 20th Conference, 2–7 December 2019. Abstract FRPEC209.
110. Kennedy CE, Yeh PT, Atkins K, Fonner VA, Sweat MD, O'Reilly KR et al. Economic compensation interventions to increase uptake of voluntary medical male circumcision for HIV prevention: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2020;15(1):e0227623.
111. Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: enhancing uptake of VMMC among adolescent boys and men at higher risk for HIV—evidence and case studies. Technical brief. Geneva: WHO; 2021.
112. Cameron S. It takes more than a village to end HIV criminalisation. In: HIV Justice Network [Internet]. 23 September 2021. HIV Justice Network; c2022 (<https://www.hivjustice.net/news/feature-it-takes-more-than-a-village/>).
113. HIV Justice Network. Beyond blame. Challenging criminalization for HIV Justice Worldwide [webinar]. In: You Tube [Internet]. 9 December 2021 ([https://www.youtube.com/watch?v=NztI96PINck&ab\\_channel=HIVJusticeNetwork](https://www.youtube.com/watch?v=NztI96PINck&ab_channel=HIVJusticeNetwork)).
114. Teasdale CA, Zimba R, Abrams EJ, Sachathep K, Ndagije F, Nuwagaba-Biribonwoha H et al. Estimates of the prevalence of undiagnosed HIV among children living with HIV in Eswatini, Lesotho, Malawi, Namibia, Tanzania, Zambia, and Zimbabwe from 2015 to 2017: an analysis of data from the cross-sectional Population-based HIV Impact Assessment surveys. Lancet HIV. 2022;9(2):e91–e101.
115. One hundred and fifty thousand preventable new HIV infections among children in 2020. In: UNAIDS.org [Internet]. 31 January 2022. Geneva: UNAIDS; c2022 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022/january/20220131\\_preventable-new-HIV-infections-among-children](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022/january/20220131_preventable-new-HIV-infections-among-children)).
116. Omonaiye O, Kusljic S, Nicholson P, Manias E. Medication adherence in pregnant women with human immunodeficiency virus receiving antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review. BMC Public Health. 2018;18(1):805.
117. Yonga AM, Kiss L, Onarheim KH. A systematic review of the effects of intimate partner violence on HIV-positive pregnant women in sub-Saharan Africa. BMC Public Health. 2022;22(1):220.
118. No responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines; Geneva: WHO; 2013 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595\\_e](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_e)).
119. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Geneva: WHO; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360>).

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПУНКТА 2.8

### Материалы о секс-работниках

Biological and behavioural surveillance survey of HIV/STIs among select key populations, Botswana. 2017.

Cartographie programmatique, estimation de la taille et enquête biocomportementale parmi les populations clés (PS, HSH, UD) au Burkina Faso.

Enquête bio-comportementale et cartographique en direction des travailleuses de sexe dans cinq localités de la Côte d'Ivoire. 2020.

Enquête de Surveillance de Deuxième Génération Relative aux IST, VIH et SIDA au Bénin (ESDG-2017). Travailleuses de sexe, serveuses de bar et restaurants et clients PS. 2017.

Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les professionnelles du sexe et leurs clients au Togo. 2017.

Integrated bio-behavioral surveillance and population size estimation survey among female sex workers in Tbilisi and Batumi, Georgia. 2017.

HIV Prevention 2.0 (HP2). Achieving an AIDS-free generation in Senegal. 2017.

Integrated bio-behavioral surveillance survey among female sex workers in Dar es Salaam, United Republic of Tanzania. 2017

Integrated bio-behavioural surveillance survey (IBBSS2) report for key populations in Lesotho. 2019.

Integrated bio-behavioral surveillance surveys and key population size estimations among people who inject drugs, female sex workers, men who have sex with men and transgender persons, Armenia. 2021.

Integrated bio-behavioural survey and key population size estimation among female sexual workers (FSW), men who have sex with men (MSM), persons who inject drugs (PWID), transgender (TG) and people in closed settings (PCS) in Sierra Leone. 2021.

Integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) survey among key populations at higher risk of HIV in Sri Lanka. 2018.

Integrated biological and behavioural survey among female sex workers in Zambia. 2016–2017.

Integrated biological-behavioural surveillance survey among adolescent and young people who inject drugs, female sex workers, males who have sex with males and male to female transgender persons in Indonesia. 2018–2019.

Integrated HIV and sexually transmitted infections (STIs) bio-behavioural survey (IBBS) amongst key populations in Somalia.

Malawi biological and behavioural surveillance survey. 2019–2020.

National AIDS Control Support project. India; 2020.

Population size estimates and integrated biological and behavioural survey among female sex workers and their intimate partners in Ghana. 2019.

Rapport de l'enquête sur la cartographie programmatique et estimation de taille des populations clés exposées aux risques du VIH/SIDA et des IST dans 12 provinces de la RDC.

Relatório final: mapeamento programático e prevalência de VIH e outras ITS entre Populações Chave de Angola: Estudo PLACE 2017. Chapel Hill, NC: UNC, INLS, FHI360; 2018.

South African Health Monitoring Survey: a biological and behavioural survey among female sex workers in South Africa. 2018.

Third National Behavioural Assessment of Key Populations in Kenya. Polling booth survey report. 2018.

### **Gay men and other men who have sex with men references**

Behavioral and biological assessment and population size estimation for men who have sex with men (MSM) in Kigali, Rwanda. 2018.

Biological and behavioural surveillance survey of HIV/STIs among select key populations, Botswana. 2017.

Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia. 2019.

Enquête bio comportementale chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) dans les villes de Divo, Daloa, Abengourou, Bouaflé et Korhogo, Côte d'Ivoire. 2020.

Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Togo. 2017.

HIV and STI biobehavioural survey among men who have sex with men, transgender women and genderqueer individuals in Zimbabwe. 2020.

HIV Prevention 2.0 (HP2). Achieving an AIDS-free generation in Senegal. 2017.

HIV risk and prevention behaviors among men who have sex with men in Tbilisi, Batumi and Kutaisi, Georgia. 2018.

Integrated bio-behavioral surveillance survey among men who have sex with men in Dar es Salaam, United Republic of Tanzania. 2017.

Integrated bio-behavioral surveillance surveys and key population size estimations among people who inject drugs, female sex workers, men who have sex with men and transgender persons, Armenia. 2021.

Integrated bio-behavioural survey and key population size estimation among female sexual workers (FSW), men who have sex with men (MSM), persons who inject drugs (PWID), transgender (TG) and people in closed settings (PCS) in Sierra Leone. 2021.

Integrated biological and behavioural survey among men who have sex with men and transgender women in Cambodia. 2019.

Integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) survey among key populations at higher risk of HIV in Sri Lanka. 2018.

Integrated biological-behavioural surveillance survey among adolescent and young people who inject drugs, female sex workers, males who have sex with males and male to female transgender persons in Indonesia. 2018–2019.

Integrated biological-behavioral surveillance survey among female sex workers and men who have sex with men in Lao People's Democratic Republic. 2020.

Key findings from the Key Population Integrated Bio-Behavioural Survey, Port Moresby, Papua New Guinea. 2017.

National AIDS Control Support project. India; 2020.

Relatório final: mapeamento programático e prevalência de VIH e outras ITS entre Populações Chave de Angola: Estudo PLACE 2017. Chapel Hill, NC: UNC, INLS, FHI360; 2018.

South African Men's Health Monitoring Survey: a biological and behavioural survey among men who have sex with men in South Africa. 2019.

Third National Behavioural Assessment of Key Populations in Kenya. Polling booth survey report. 2018.





# ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРАВ



Всепроникающая дискриминация и структурное неравенство вынуждают подвергаемые остракизму группы населения оставаться в тени и саботировать усилия по прекращению эпидемии СПИДа. Эта несправедливость, встроенная в социальные отношения и закрепленная в законах и политике, лишает миллионы людей надежды на здоровую и полноценную жизнь и подпитывает глобальную эпидемию ВИЧ, которая продолжается уже пятое десятилетие. Пандемия COVID-19 еще больше усилила и усугубила это неравенство и системную дискриминацию, особенно в период прекращения работы многих организаций, что особенно сильно ударило по женщинам и маргинализированным группам населения (1, 2).

Наряду с расширением доступности биомедицинских инструментов для сдерживания пандемии ВИЧ страны должны принять меры для выполнения своих более широких обязательств в области прав человека и сокращения неравенства и пересекающихся форм дискриминации, которые сдерживают прогресс в противодействии глобальной эпидемии ВИЧ. Для этого требуются реформы в правовой сфере, изменение пагубных социальных норм, расширение распределения ресурсов и возможностей между обществами и расширение участия общественных организаций в планировании, предоставлении и мониторинге услуг (3). Эти реформы лежат в основе целей «10–10–10» на 2025 год, которые касаются важнейших изменений, необходимых для устранения социальных и правовых препятствий на пути к созданию благоприятной среды для услуг в связи с ВИЧ.

**«Полная реализация всех прав человека и основных свобод для всех является важным элементом глобального реагирования на эпидемию ВИЧ, в том числе в областях профилактики, тестирования, диагностики, лечения, ухода и поддержки. Такой ответ снижает уязвимость человека к ВИЧ».**

– Резолюция Совета ООН по правам человека 47/14,  
Права человека в контексте ВИЧ и СПИДа, 27 июля 2021 г.

#### **ЭКСПЕРТЫ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА ПРИЗЫВАЮТ ЗАКОНЧИТЬ ВОЙНУ С НАРКОТИКАМИ**

В июне 2022 года 25 независимых экспертов Организации Объединённых Наций (ООН) по правам человека опубликовали заявление, в котором призвали положить конец так называемой войне с наркотиками, а правительствам рекомендовали проводить политику, учитывающую гендерные аспекты и основанную на правах человека (21). Эксперты отметили, что политика в условиях войны с наркотиками имеет «далеко идущие негативные последствия для самого широкого круга прав человека», включая право на здоровье. Они подчеркнули, что употребление наркотиков и зависимость от них не следует рассматривать как уголовно наказуемое деяние, и призвали закрыть центры принудительного лечения от наркозависимости.

## ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЯ

Криминализация определённых видов деятельности или моделей поведения наносит вред ключевым группам населения и людям, живущим с ВИЧ, заставляя их отказываться от поддержки и услуг, которые могут помочь им защитить своё здоровье (4, 5). Криминализация касается секс-бизнеса, однополых сексуальных отношений, гендерного разнообразия и самовыражения, создания риска инфицирования ВИЧ или сокрытия ВИЧ-статуса, а также использования наркотических средств или их хранения для личного пользования.

Например, исследование, проведённое в 10 странах Африки к югу от Сахары, показало, что суровые уголовные наказания за однополые сексуальные отношения были связаны с почти в восемь раз более высоким риском инфицирования ВИЧ среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, по сравнению со странами, где нет таких законов (6). Точно так же мета-анализ исследований показал, что риск сексуального или физического насилия почти в три раза выше в условиях, где секс-работа преследуется полицией (7). Другое исследование, проведённое в странах Африки к югу от Сахары, показало, что распространённость ВИЧ среди секс-работников была в семь раз ниже в странах, где секс-бизнес был хотя бы частично декриминализован, по сравнению со странами, в которых секс-бизнес оставался уголовно наказуемым (4). Имеются также доказательства, связывающие криминализацию употребления наркотиков с усилением внутренней стигмы и насилия, ухудшением доступа к услугам и негативным влиянием на профилактику и лечение ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики (8, 9).

Глобальная комиссия по ВИЧ и законодательству рекомендует странам применять принципы прав человека и общественного здравоохранения для отмены или реформирования законов и политики, препятствующих доступу людей к услугам в связи с ВИЧ и другим необходимым им медицинским услугам здравоохранения (10). Вот почему странам необходимо предпринять немедленные шаги для полной декриминализации и принять правоохранные меры, которые поддерживают, а не препятствуют мерам противодействия ВИЧ. Кроме того, также необходимо положить конец использованию более общих законов, направленных против людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, таких как законы, касающиеся бродяжничества или мелких правонарушений.

Десятки стран перешли к созданию более благоприятной правовой среды (см. Главу 1), как правило, в ответ на адвокацию и активность маргинализированных слоёв общества и их организаций. Бельгия — самый недавний пример страны, декриминализовавшей секс-бизнес (см. специальный материал о Бельгии в этой главе). Аналогичные реформы были проведены в некоторых частях Австралии: Новый Южный Уэльс, Северная территория и Виктория (11).<sup>1</sup> В Новой Зеландии, которая в 2003 году стала первой страной, отменившей уголовную ответственность за секс-бизнес, секс-работники имеют те же права, что и другие работники, включая охрану здоровья и безопасность труда и защиту прав человека (12). Верховный суд Индии также недавно подтвердил, что секс-работники имеют право на равную защиту в соответствии с законом, издав директивы о защите секс-работников от насилия и преследований со стороны полиции и обеспечив им доступ к социальным услугам (13).

С 2016 года как минимум шесть стран отменили законы, предусматривающие уголовную ответственность за однополые сексуальные отношения,<sup>2</sup> и по крайней мере девять ввели юридические возможности для изменения гендерных маркеров и имён без необходимости проведения операции по смене пола (14).<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Другие страны, где секс-бизнес легален или декриминализован: Австрия, Эквадор, Германия, Греция, Нидерланды, Новая Зеландия, Боливия, Швейцария и Уругвай.

<sup>2</sup> Страны: Ангола, Бутан, Ботсвана, Габон, Индия и Сейшельские острова.

<sup>3</sup> Бельгия, Чили, Франция, Греция, Исландия, Люксембург, Пакистан, Португалия и Уругвай.

Другие страны, совсем недавно Зимбабве, реформировали свои законы, предусматривающие уголовную ответственность за передачу ВИЧ или сокрытие своего статуса (15). К сожалению, в этот период другие страны изменили свои законы, с тем чтобы разрешить более суровые приговоры в случаях создание риска инфицирования ВИЧ (16).<sup>4</sup>

Неравенство глубоко укоренилось в глобальной политике контроля над наркотиками, которая несоразмерно затрагивает людей, маргинализированных по признаку пола, этническому происхождению, сексуальной ориентации и социально-экономическому статусу. Глобальный индекс наркополитики, который документирует, измеряет и сравнивает политику в отношении наркотиков на национальном уровне, выявляет глубокий разрыв в подходах государств к наркотикам: баллы пяти стран, занимающих верхние строчки рейтинга, в три раза выше, чем у пяти стран с самым низким рейтингом (17).<sup>5</sup>

Некоторые юрисдикции уже внесли это изменение. В ноябре 2020 г. Орегон стал первым штатом в США, отменившим уголовную ответственность за хранение любых наркотиков и расширившим доступ к поддерживающим медицинским услугам (18). Совсем недавно канадская провинция Британская Колумбия добилась освобождения от исполнения федеральных законов о наркотиках, что позволило декриминализовать хранение небольших количеств более сильных наркотиков, а Таиланд стал первой страной в Азиатско-Тихоокеанском регионе за пределами Австралии, декриминализовавшей хранение марихуаны для личного употребления (19, 20).

**"Общественность в целом довольна этим вердиктом (Верховного суда Индии), и мы надеемся, что все рекомендации будут исполняться, особенно полицией и прессой, которые были упомянуты особо. Мы надеемся, что центральное правительство и правительства штатов будут оказывать поддержку всем секс-работникам всеми возможными способами. Надеемся, что рекомендации... уменьшат стигму и дискриминацию, с которыми часто сталкиваются члены этого сообщества."**

– Г-жа Бхарати Дей и г-жа Бишаха Ласкар из Комитета Дурбар Махила Саманвая — организации, состоящей из примерно 65 000 секс-работников в Западной Бенгалии, Индия, — из комментария о постановлении Верховного суда Индии о том, что секс-работники имеют равную защиту перед законом.

4 Страны, которые приняли более суровые приговоры в отношении создания риска инфицирования ВИЧ, включают Колумбию, Мексику, Мозамбик и Филиппины.

5 Страны с наивысшими баллами — это страны, которые разработали и осуществляют политику в отношении наркотиков в соответствии с принципами ООН в области прав человека, здоровья и развития.



В марте 2022 года ЮНЭЙДС запустила кампанию Unbox Me для защиты прав трансгендерных детей в преддверии Международного дня видимости трансгендеров. В Индии более 90% трансгендеров покидают свои дома или их выгоняют в возрасте до 15 лет. Многие из них неизбежно оказываются на улице, не имея ни денег, ни образования, часто полагаясь на секс-бизнес. Стигма, дискриминация и криминализация, как правило, делают трансгендеров и людей с разнообразной гендерной самоидентификацией невидимыми, а крайние формы дискриминации приводят даже к отрицанию существования гендерно разнообразных людей.



# УСПЕШНАЯ ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЯ СЕКС- БИЗНЕСА В БЕЛЬГИИ И ШТАТЕ ВИКТОРИЯ, АВСТРАЛИЯ

**В 30  
РАЗ**

**ВЕРОЯТНОСТЬ  
ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ У  
СЕКС-РАБОТНИЦ В 30 РАЗ  
ВЫШЕ, ЧЕМ У ЖЕНЩИН В  
ОБЩЕМ НАСЕЛЕНИИ**

В последние месяцы были отмечены важные успехи в декриминализации секс-бизнеса: секс-работники добились законодательной победы в Бельгии и австралийском штате Виктория. По иронии судьбы, пандемия COVID-19, которая нанесла такой ущерб секс-работникам по всему миру, на самом деле побудила их к действиям по защите своего здоровья, прав и благополучия.

Глобальная стратегия по СПИДу требует достижения амбициозных, но достижимых целей среди ключевых групп населения. Среди наиболее затронутых ВИЧ категорий — секс-работники, у которых в 30 раз больше шансов заразиться ВИЧ, чем у женщин в общем населении. Исследования показывают, что декриминализация секс-бизнеса предотвратит 33–46% новых случаев инфицирования ВИЧ среди секс-работников и их клиентов в течение 10 лет (21).

В марте 2022 года Бельгия стала первой страной в Европе, отменившей уголовную ответственность за секс-работу (см. вставку), и единственной страной в мире, сделавшей это после Новой Зеландии. Стремление декриминализировать секс-работу получило мощную и влиятельную поддержку со стороны академических экспертов и министра юстиции Бельгии Винсента Ван Квикенборна. Согласно новому закону, самозанятые секс-работники имеют те же права, что и другие самозанятые, включая доступ к тем же мерам социальной защиты, которые предоставляются в других секторах. Новый закон также отменяет уголовную ответственность для третьих лиц, которые больше не получают наказание за открытие банковского счета или сдачу помещения в аренду секс-работникам. Закон также позволяет секс-работникам рекламировать свои услуги.

Убедительное голосование в пользу декриминализации — 71 голос против 4, при 40 воздержавшихся — стало прямым результатом адвокации секс-работников за усиление социальной защиты во время COVID-19, что повысило осведомленность правительства и общественности. «В Бельгии высокий уровень жизни благодаря мощной системе социальной защиты, которой мы действительно можем гордиться», — сказал Даан Баувенс, директор организации секс-работников Utsopi. — Люди были на самом деле весьма шокированы [узнав], что секс-работники не имели государственной поддержки [во время пандемии COVID-19] в отличие от работников любого другого сектора. На улицах можно было увидеть очереди из секс-работников, ожидавших раздачи еды».

Г-н Ван Квикенборн сказал, что почувствовал облегчение и удовлетворение после голосования. «Существование секс-бизнеса — это неоспоримая реальность в любом обществе. И не должно существовать табу, когда взрослые секс-работники добровольно решают заниматься этим. Предоставление законодательной базы не только является признанием секс-работников и знаком уважения, этот шаг значительно улучшает их жизнь», — сказал министр. — Мы стали второй страной в мире, которая обеспечивает такое широкое признание работников секс-бизнеса и их прав. Я надеюсь, что вскоре многие другие страны последуют нашему примеру».

## Следующая страница

Appéro Pute — ежемесячное собрание, проводимое Utsopi для сообщества секс-работников в безопасном месте — там, где они могут поговорить о своей работе со своими коллегами, поделиться проблемами, высказать идеи относительно необходимых коллективных действий внутри организации. Брюссель, Бельгия, июль 2022 г.





**ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЯ  
ИЛИ ЛЕГАЛИЗАЦИЯ СЕКС-  
БИЗНЕСА**

Термин легализация часто путают с декриминализацией. По данным «Глобальной сети проектов секс-бизнеса», декриминализация означает отмену или отсутствие уголовных или других законов, притесняющих секс-работников, тогда как легализация — это введение законов, направленных на государственное регулирование и контроль секс-бизнеса (2). Примеры легализации включают местные законы о планировании, которые ограничивают количество, местонахождение и правила работы секс-бизнеса, или законы об общественном здравоохранении, которые требуют обязательной регистрации и/или обязательного для секс-работников тестирования на инфекции, передающиеся половым путём (ИППП), или на ВИЧ. Это приводит к двухуровневой системе легальных и нелегальных секс-работников, что может привести к эксплуататорским условиям труда и нарушениям прав человека для нелегалов. За несоблюдение условий легализации также могут быть применены уголовные санкции (22). Декриминализация не обязательно подразумевает отсутствие какой-либо формы регулирования, направленной на уважение и защиту прав человека и трудовых прав секс-работников, таких как стандарты гигиены труда и техники безопасности. Этим декриминализация отличается от легализации, при которой государственное регулирование нацелено на контроль и ограничение секс-бизнеса — часто с помощью полиции.

Секс-работники и политики стоят перед зданием парламента в Мельбурне, Австралия, в момент принятия Закона о декриминализации секс-бизнеса 2022 года Верхней палатой парламента штата Виктория 10 февраля 2022 г.

**Следующая страница**

Даан Баувенс, директор организации секс-работников Utsopi, поправляет парик Рут перед её интервью для французского телевидения. Брюссель, Бельгия, июнь 2022 г.

Решение законодателей Бельгии последовало за ранее принятым в 2022 году решением парламента австралийского штата Виктория о декриминализации секс-бизнеса и введении правовой защиты для секс-работников. Закон штата Виктория отменяет правонарушения и уголовные наказания, связанные с секс-бизнесом, упраздняет существовавшую систему регистрации и лицензирования, отменяет уголовную ответственность за передачу ВИЧ и отменяет положения об обязательном тестировании и использовании презервативов. Закон штата Виктория стал результатом открытых, прозрачных и инклюзивных консультаций и сотрудничества между правительственными активистами и организациями секс-работников.

«Отмена этих законов окажет положительное влияние на секс-работников, уменьшит дискриминацию и улучшит доступ к взаимному обучению, профилактике ВИЧ и услугам тестирования и лечения, что повысит эффективность работы общественного здравоохранения в отношении всего сообщества», — сказал Жюль Ким, генеральный директор австралийской ассоциации секс-работников Scarlet Alliance. Законопроект стал важным шагом вперёд для секс-работников, тем не менее, Дилан О'Хара, исполняющий обязанности менеджера Vixen, организации секс-работников в штате Виктория, обещает, что секс-работники «продолжат выступать за другие жизненно важные реформы, необходимые для того, чтобы декриминализация коснулась всех секс-работников».

Отмена этих законов является важным этапом на пути к защите и укреплению здоровья и благополучия секс-работников. Даже когда аресты секс-работников, в соответствии с уголовным законодательством, случаются редко, неопределённость, возникающая при наличии уголовных наказаний, вызывала беспокойство у секс-работников. «Применение закона [до декриминализации] было довольно произвольным, — вспоминает Даан Баувенс из Utsopi. — Иногда секс-работники становились целью и подвергались судебным преследованиям за рекламу своих услуг. Это негативно сказывалось на соблюдении их прав или психологическом состоянии».

Декриминализация не только снимает эти опасения, но и признает секс-работников неотъемлемыми членами общества. «Можно сказать, что Бельгия считает вас работником, человеком с такими же правами, как и любой другой! — говорит Лаис, член правления и один из президентов Utsopi. — Это огромный шаг вперёд! Для меня это не просто практический шаг. Это нечто значимое для каждого из нас на личном уровне. Нас заметили».





100

**СТРАН ЗАВЕРШИЛИ  
ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕ  
ВВЕДЕНИЯ В 2008 ГОДУ  
ИНДЕКСА СТИГМЫ ЛЮДЕЙ,  
ЖИВУЩИХ С ВИЧ**

## **СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЯ ПО- ПРЕЖНЕМУ БЛОКИРУЮТ ПУТЬ ВПЕРЁД**

Более чем за 40 лет эпидемии ВИЧ стигма и дискриминация продолжают разрушать жизни и подрывают усилия по ликвидации СПИДа. Совпадающие формы дискриминации унижают людей, удерживают их от использования медицинских и других основных услуг и наносят вред их здоровью. Люди, которые уже маргинализированы, в том числе принадлежащие к ключевым группам населения, особенно уязвимы и регулярно подвергаются дискриминации и жестокому обращению, даже когда обращаются за медицинской помощью (24–27).

Исследования индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, являются информативным источником данных о стигме и дискриминации среди людей, живущих с ВИЧ.<sup>6</sup> Более 100 стран завершили исследования с момента введения Индекса стигмы в 2008 году, и в этом процессе приняли участие более 100 000 человек, живущих с ВИЧ.<sup>7</sup> Результаты этих исследований подтверждают другие данные о повсеместном и пагубном характере стигмы и дискриминации и их влиянии на людей, живущих с ВИЧ, и ключевые группы населения во всем мире (см. Главу 1). Комплексные биологические и поведенческие исследования также сыграли важную роль в предоставлении эпидемиологических данных о стигме и дискриминации, чтобы помочь политикам, планировщикам программ и исполнителям управлять мерами противодействия ВИЧ.

## **Исследования индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, являются информативным источником данных о стигме и дискриминации среди людей, живущих с ВИЧ.**

6 Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ, — это исследовательская инициатива, проводимая сообществом и собирающая данные о различных формах стигмы и дискриминации, которым подвергаются люди, живущие с ВИЧ. Этой работой управляет «Международное партнерство ЛЖВ» (коалиция, возглавляемая Глобальной сетью людей, живущих с ВИЧ, PLHIV International Partnership), Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ, и ЮНЭЙДС при поддержке Университета Джона Хопкинса.

7 В настоящее время проводится ещё один цикл исследований «Индекс стигмы 2.0». Восемь стран (Бенин, Буркина-Фасо, Кот-д'Ивуар, Кения, Лесото, Нигерия, Того и Украина) завершили его, а ещё 40 находятся в процессе его реализации.



## СОЗДАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПРОСТРАНСТВ, СВОБОДНЫХ ОТ СТИГМЫ

Люди, живущие с ВИЧ или подверженные риску инфицирования ВИЧ, продолжают сообщать об осуждающем и враждебном отношении со стороны медицинских работников, нарушении конфиденциальности, некачественном лечении и консультировании и даже прямом отказе в предоставлении лечения (28–29). Этот опыт подрывает доверие к медицинским советам и удерживает людей, живущих с ВИЧ, от обращения за помощью или продолжения лечения, когда они в нём нуждаются, что ставит под угрозу их здоровье и подрывает усилия по прекращению эпидемии СПИДа (30).

Услуги здравоохранения должны предлагаться с уважением, пониманием и доброжелательностью ко всем, включая ключевые группы населения и людей, живущих с ВИЧ. Чтобы услуги здравоохранения были свободны от стигмы и дискриминации, необходима политика, обязывающая поставщиков услуг здравоохранения предоставлять своевременную и качественную медицинскую помощь всем без дискриминации, а также обучение персонала пониманию реалий и потребностей людей, особенно молодёжи, и реагированию на них должным образом (31, 32). Мероприятия по мониторингу силами сообществ, такие как проект Ритшидзе в ЮАР, имеют жизненно важное значение для обеспечения подотчётности поставщиков услуг здравоохранения (33).

**“Что касается меня, они не знают, что я секс-работник. Я не хочу, чтобы они знали, потому что лечение будет плохим для меня. Они плохо относятся к другим секс-работникам”**

– Секс-работник в клинике Блумспруит в южноафриканской провинции Фри Стейт в интервью в ходе проекта Ритшидзе в марте 2021 года



## 81

**СТРАНА РАСПОЛАГАЕТ  
МЕХАНИЗМАМИ ДЛЯ  
ДОСТУПА К НЕДОРОГИМ  
ЮРИДИЧЕСКИМ УСЛУГАМ**

## РАЗВИТИЕ УСПЕХА В ЛИКВИДАЦИИ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ, СВЯЗАННЫХ С ВИЧ

Страны активизируют свои усилия по искоренению стигмы и дискриминации. Из 131 страны, представившей отчёты за период с 2017 по 2022 год, 94 страны заявили о наличии установленных государством официальных механизмов, позволяющих ключевым группам населения и людям, живущим с ВИЧ, сообщать о насилии и дискриминации и добиваться возмещения ущерба. В 2022 году представители сообщества и неправительственные партнёры в 84 странах сообщили о препятствиях для доступа к правосудию через формальные и неформальные механизмы. Эти препятствия включают в себя ограничения доступности (35 стран) и ограниченную осведомлённость или знание того, как использовать такие механизмы (47 стран). Организации сообществ и другие неправительственные организации создали процедуры в 53 странах для регистрации и рассмотрения индивидуальных жалоб, а в 81 стране действуют механизмы для доступа к недорогим юридическим услугам.

Многие из этих усилий предпринимаются в 30 странах, присоединившихся к Глобальному партнёрству действий по искоренению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ с момента его запуска в 2018 году.<sup>8</sup> Глобальное партнёрство объединяет усилия правительств, гражданского общества, доноров, научных кругов и ООН, направленные на искоренение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ посредством политических обязательств в отношении вмешательств, основанных на фактических данных. Для этого он оказывает техническую помощь и поддерживает усилия по устранению стигмы и дискриминации в сфере здравоохранения, правосудия, образования, на рабочем месте, в гуманитарных и общественных учреждениях.

Усилия Партнёрства привели к тому, что 19 стран ускорили сокращение стигмы и дискриминации в приоритетных областях.<sup>9</sup>

8 К Партнёрству присоединились 30 стран: Ангола, Аргентина, Ботсвана, Центральноафриканская Республика, Коста-Рика, Кот-д'Ивуар, Демократическая Республика Конго, Эквадор, Гамбия, Гватемала, Гвинея, Гайана, Иран, Ямайка, Казахстан, Кыргызстан, Лаос, Лесото, Либерия, Мозамбик, Непал, Папуа — Новая Гвинея, Филиппины, Молдова, Сенегал, ЮАР, Таджикистан, Таиланд, Уганда и Украина.

9 Страны: Центральноафриканская Республика, Кот-д'Ивуар, Демократическая Республика Конго, Гамбия, Иран, Ямайка, Казахстан, Кыргызстан, Лаос, Либерия, Непал, Папуа — Новая Гвинея, Молдова, Сенегал, ЮАР, Таиланд, Уганда и Украина.



**«Отношение к большинству людей плохое. Из-за плохого отношения я всегда буду скрывать, что я секс-работник. Я видел, как на людей (секс-работников) кричали, поэтому я не хочу, чтобы на меня кричали. Секс-работники всегда жалуются, что их обслуживают последними, и им говорят, что ваша работа — ночная, так что спешить некуда... большинство секс-работников решили больше не ходить в клинику... к геем тоже плохо относятся. На них всегда кричат»**

– Секс-работник, пользующийся услугами клиники Phuthaditjhaba в ЮАР, в интервью в ходе проекта Ритшидзе в августе 2021 года

Восемнадцать стран также провели правовые реформы и/или расширили доступ к правосудию для ключевых групп населения.<sup>10</sup> Например, в Центральноафриканской Республике министерства здравоохранения и юстиции сотрудничают с парламентариями в целях декриминализации передачи ВИЧ, лучшей защиты прав человека людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, а также снижения возраста согласия при тестировании на ВИЧ. Аналогичным образом, в конце 2020 года Исламская Республика Иран обнародовала своё первое в истории антидискриминационное постановление, которое требует, чтобы как государственные, так и частные медицинские учреждения защищали людей, живущих с ВИЧ, и ключевые группы населения от стигмы и дискриминации. Персонал соответствующих служб проходит обучение по этим вопросам, а должностные инструкции были обновлены для реализации заявленной политики.

Ямайка, Непал, Папуа — Новая Гвинея, ЮАР и Таиланд входят в число стран, которые в настоящее время направляют более согласованные усилия на снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, а Кот-д'Ивуар, Малави и Уганда установили правила, не допускающие дискриминацию в связи с ВИЧ на рабочих местах. Типовой план действий для Западной и Центральной Африки также способствовал составлению планов и расчёту бюджета в отношении действий по снижению стигмы и дискриминации в шести странах этого региона.<sup>11</sup>

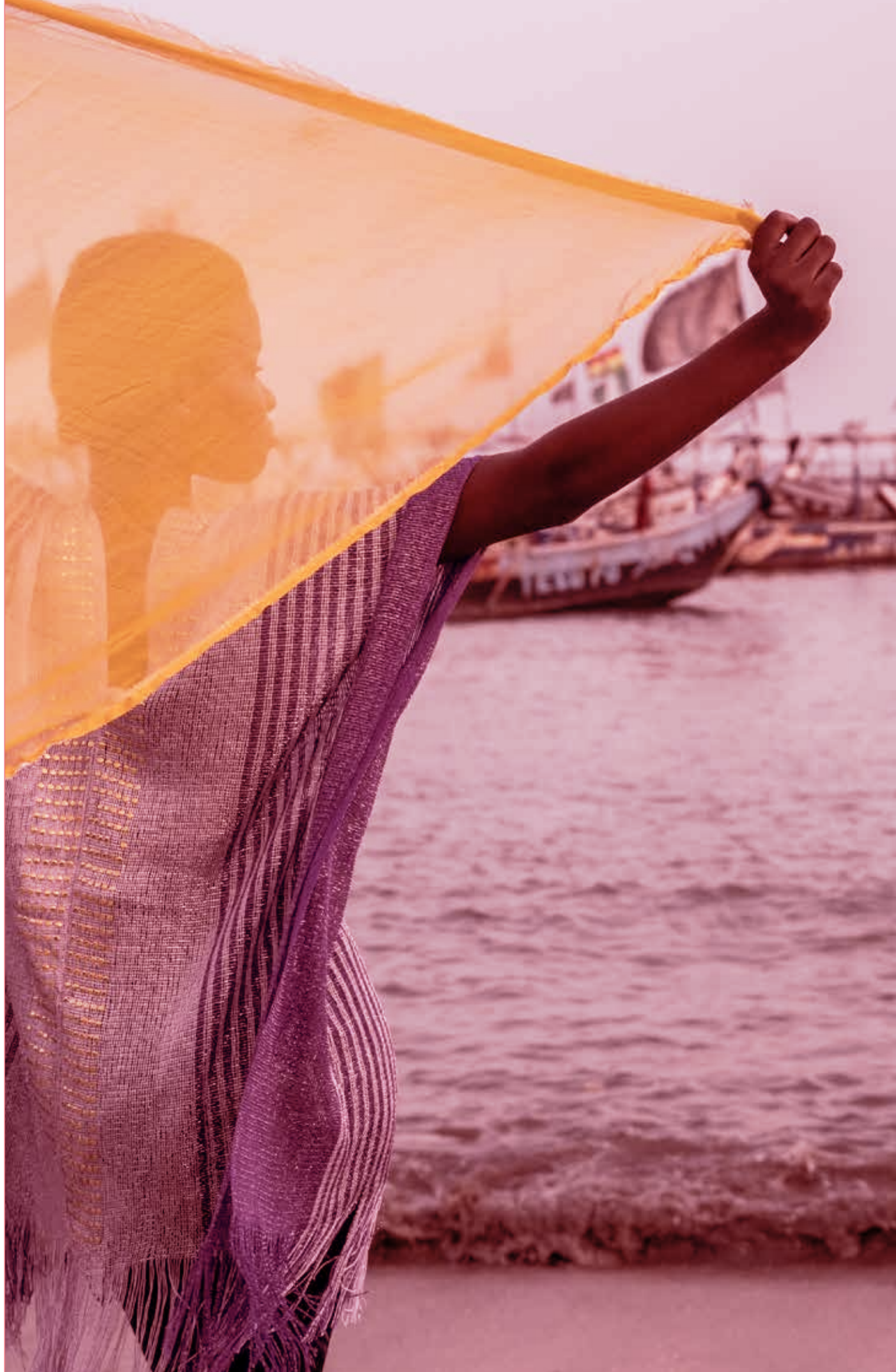
Следующая страница

Сусана Дарти, выросшая в Джеймстауне — одном из старейших районов Аккры Гана, — видела, как секс-работницы ежедневно сталкиваются с насилием и эксплуатацией. Это вдохновило её на создание «Альянса женского достоинства» (WODA), нацеленного на расширение возможностей женщин — работниц секс-бизнеса в борьбе с неравенством, с которым они сталкиваются. Аккра, Гана, февраль 2022 г.

<sup>10</sup> Страны: Ангола, Аргентина, Центральноафриканская Республика, Демократическая Республика Конго, Гамбия, Гвинея, Ямайка, Казахстан, Кыргызстан, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Либерия, Непал, Республика Молдова, Сенегал, ЮАР, Таиланд, Украина и Уганда.

<sup>11</sup> Страны: Кот-д'Ивуар, Демократическая Республика Конго, Гамбия, Гвинея, Либерия и Сенегал.





# ПРОГРЕСС В ПРИНЯТИИ НОВОГО АНТИДИСКРИМИНАЦИОННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ЛИВАНЕ

# 12%

**БРЕМЯ ВИЧ СРЕДИ ГЕЕВ  
И ДРУГИХ МУЖЧИН,  
ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С  
МУЖЧИНАМИ В ЛИВАНЕ**

Декриминализация сферы ВИЧ и образа жизни ключевых групп населения является главной целью активистов гражданского общества на Ближнем Востоке и в Северной Африке. Общественные организации в этом регионе избрали путь правовых реформ для борьбы со стигмой и дискриминацией в стремлении повлиять на умы и сердца людей.

В Ливане неправительственная организация Soins Infirmiers et Développement Communautaire (SIDC), занимающаяся профилактикой ВИЧ и лечением ВИЧ-инфекции, в течение 10 лет документировала нарушения прав человека в отношении людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения. Цель этой работы — усиление мер реагирования на неравенство и лучшее понимание того, как различные виды неравенства подстёгивают эпидемию ВИЧ. В настоящее время SIDC занимается продвижением всеобъемлющего закона о борьбе с дискриминацией, что должно обеспечить более инклюзивные и эффективные национальные меры противодействия ВИЧ в Ливане.

Усилия SIDC как никогда актуальны. На фоне низкой распространённости ВИЧ в Ливане, бремя ВИЧ среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, велико (12%). Национальные меры в ответ на ВИЧ в стране принимаются после десятилетий политической нестабильности, недавних народных протестов и обвала национальной валюты. Уровень бедности с 2019 года удвоился, в результате чего в 2021 году более 80% населения оказалось за чертой бедности, при этом приток миллионов беженцев из Ирака, Палестины и Сирийской Арабской Республики создал дополнительную нагрузку на медицинские и социальные службы страны.

Более того, стигма и дискриминация людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения закреплены в национальных законах и политике Ливана. Однополые сексуальные отношения криминализированы, равно как и секс-работа, употребление и хранение наркотиков, а более широкое социальное клеймо, которое отражают и усиливают эти законы, ограничивает доступ к услугам для ключевых групп населения.

В то время как гражданское общество Ливана мобилизует общественность и предлагает инновации в сфере профилактики ВИЧ и тестирования в ключевых группах населения, SIDC также выступает за изменение политики и проведение правовой реформы. В 2020 году эта организация собрала команду юристов для анализа законов и статей Конституции Ливана, которые содержат или подразумевают дискриминацию в связи с полом, возрастом, расой, религией, сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью, лишением свободы и статусом беженца. Чтобы разработать закон о борьбе с дискриминацией и заручиться поддержкой его принятия, SIDC провела серию встреч и круглых столов с различными группами, включая организации гражданского общества, министерства и национальные органы власти с привлечением юристов, судей и активистов.





Разработанный законопроект направлен на ликвидацию всех форм дискриминации. Один из парламентариев согласился возглавить инициативу по проведению правовой реформы и претворить антидискриминационный законопроект в закон, который будет представлен кабинету министров. Предлагаемый закон будет представлен в новоизбранный парламент на фоне растущей поддержки прогрессивной правовой реформы в стране, что создаст потенциальную возможность привести соответствие с принципами соблюдения прав человека нормативно-правовую базу страны в сфере ВИЧ.

Успехи SIDC подтверждают важность увязки дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, с другими проявлениями неравенства, над устранением которых также работают активисты сообщества.

«В борьбе с дискриминацией нельзя говорить только о ней и не учитывать остальные факторы. Борьба должна быть всеобъемлющей», — сказала Надя Бадран, исполнительный директор SIDC.

Широкомасштабные союзы в обществе и правительстве, которые выходят за рамки сектора здравоохранения и включают такие сферы, как правосудие и образование, дают наибольшую надежду на достижение значимых изменений.

Тренинг «равных консультантов» по аутич-работе с ключевыми группами населения по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав, организованный «Обществом за инклюзивность и развитие в сообществах и заботу обо всех» (SIDC). Бейрут, Ливан, 17 марта 2022 г.



# ЯМАЙКА ПРИНИМАЕТ МЕРЫ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И УСТРАНЕНИЮ БАРЬЕРОВ В СВЯЗИ С ВИЧ

65%

**МУЖЧИН-ГЕЕВ И  
ДРУГИХ МУЖЧИН,  
ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С  
МУЖЧИНАМИ, НА ЯМАЙКЕ  
ПОДВЕРГАЛИСЬ СЛОВЕСНЫМ  
ОСКОРБЛЕНИЯМ ЗА  
ПРЕДЫДУЩИЕ 12 МЕСЯЦЕВ.**

Приходит время конкретных действий по созданию социально благоприятных условий противодействия ВИЧ. В 2020 году Ямайка стала одной из первых стран, присоединившихся к Глобальному партнёрству действий по искоренению всех форм стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. С тех пор новаторское партнёрство между гражданским обществом, государственным министром здравоохранения и благополучия и лидерами парламента функционировало на страновом уровне для воплощения этого обязательства в конкретные действия.

Необходимость принятия основанных на фактических данных мер в отношении прав человека и барьеров в области ВИЧ, а также других медицинских и социальных услуг на Ямайке очевидна: хотя общий показатель распространённости ВИЧ среди взрослого населения Ямайки составляет 1,3%, более половины (51%) трансгендерных женщин и 30% геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, живут с ВИЧ.

Стигма и дискриминация также остаются серьёзными препятствиями на пути к искоренению СПИДа на Ямайке. Почти половина (48%) людей, живущих с ВИЧ, сообщают о стигме и дискриминации из-за своего ВИЧ-статуса; 38% указали, что они отложили тестирование, а 30% отложили начало лечения из-за боязни стигмы и дискриминации (34). По данным опросов, 83% трансгендерных женщин и 65% мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, подвергались словесным оскорблениям в течение предшествующих 12 месяцев, при этом почти половина трансгендерных женщин подвергались физическому насилию (34). «Страх стигмы заставляет некоторых людей уходить в подполье и отказываться от столь необходимых медицинских услуг», — сказала Джульет Катберт-Флинн, государственный министр здравоохранения и благополучия.

Организация Ямайское партнёрство работает над оптимизацией координации, согласованности и подотчётности между государственными и неправительственными субъектами и международными партнёрами по развитию. Его цель – устранение социально-политических, культурных и других барьеров на пути эффективного реагирования. Для этого Партнёрство разработало оперативный план, оценочные листы по правам человека для всех заинтересованных сторон в национальных ответных мерах, годовые отчёты, среднесрочные и итоговые отчёты о результатах в оценочных листах, а также онлайн-платформу для отчётности.



Чтобы воплотить своё видение в конкретные действия по искоренению стигмы и дискриминации, Партнёрство уделяет особое внимание обеспечению политической поддержки необходимых реформ. Более 140 человек прошли обучение тому, как привлекать политических деятелей и создавать альянсы с участием многих заинтересованных сторон. Партнёрство также провело 11 встреч с политическими деятелями и влиятельными лицами на национальном и местном уровнях с целью возвращения сторонников искоренения СПИДа и борьбы со стигмой и дискриминацией.

В результате парламентской встречи на высоком уровне, организованной государственным министром здравоохранения и благополучия и представителем оппозиции по вопросам здравоохранения, было достигнуто соглашение о создании двухпартийной парламентской группы по борьбе со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ. Помимо обязательства регулярно анализировать данные о стигме и дискриминации, парламентская рабочая группа согласилась разработать и поддержать законы о защите однополых сексуальных отношений и секс-работы. Рабочая группа также согласилась оспаривать вредные законы и консультироваться с людьми, живущими с ВИЧ, и затронутыми сообществами.

«Укрепление прав людей и коллективные усилия, направленные на то, чтобы каждый гражданин Ямайки мог жить без стигмы, дискриминации и насилия, касается не только одного человека, одной организации или одной политической партии, — заявил Мораис Гай, официальный представитель оппозиции по вопросам здравоохранения. — Все мы должны работать сообща во имя поддержания достоинства всех ямайцев».

Сотрудники неправительственной организации Jamaica AIDS Support for Life (JASL). С 2020 года ЮНЭЙДС и ПРООН оказывают техническую и финансовую поддержку JASL для проведения национального обследования о взглядах и опыте общественности в отношении стигмы и дискриминации на Ямайке. Кингстон, Ямайка, январь 2022 г.

## «ГЕНДЕРНО-СЛЕПЫЕ» ПРОГРАММЫ НЕ РАБОТАЮТ

Несмотря на успехи в достижении гендерного равенства в большинстве регионов, дискриминация женщин и девочек во всем их многообразии по-прежнему существует повсеместно, нанося вред их здоровью и благополучию и подвергая их повышенному риску инфицирования ВИЧ. Во многих обществах преобладающие пагубные гендерные нормы ведут к очернению сексуальных меньшинств и подпитывают стигму, дискриминацию и насилие в отношении сообщества лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (ЛГБТИ).

Дискриминационные законы и практика, пагубные гендерные нормы и широко распространённое гендерное неравенство подрывают самостоятельность женщин и представителей ЛГБТИ, подвергают их насилию, лишают их контроля над своей сексуальной и репродуктивной жизнью и ограничивают их доступ к услугам в связи с ВИЧ и другим услугам, которые могут защитить их здоровье. Эти факторы способствуют повышению риска инфицирования ВИЧ для женщин и девочек-подростков, как это наблюдается в странах Африки к югу от Сахары, а также для молодых людей из числа ЛГБТИ во всем мире.

## Права человека, включая права на сексуальное и репродуктивное здоровье должны соблюдаться.

Права человека, включая права на сексуальное и репродуктивное здоровье, должны соблюдаться. Законы и политика, подрывающие общественное здоровье и дискриминирующие по признаку пола и сексуальности, должны быть заменены законами, способствующими равенству. Сюда входят законы, требующие согласия родителей или законных опекунов для женщин и подростков на доступ к услугам в связи с ВИЧ и другим услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья. Эти законодательные изменения должны сопровождаться повышением осведомлённости, мобилизацией сообщества, правовой грамотностью и доступом к правосудию, и эти действия также должны охватывать женщин из ключевых групп населения и приносить им пользу.

Социальные нормы, увековечивающие гендерное неравенство, не являются фиксированными: их можно оспаривать и изменять, а гендерно-преобразовывающие программы, доказавшие свою эффективность, должны реализовываться в масштабе, способном оказать влияние на общество. Даже в ограниченном масштабе некоторые из этих вмешательств оказываются эффективными в снижении уровня гендерного насилия, содействии диалогу и совместному принятию решений в отношении практики безопасного секса, а также в повышении обращаемости за услугами в связи с ВИЧ как среди женщин, так и среди мужчин (35–40). Тем не менее, зачастую программы и услуги в сфере ВИЧ остаются «гендерно слепыми» и не учитывают гендерную проблематику. Можно и нужно сделать гораздо больше, чтобы вывести гендерное неравенство и гендерную справедливость на первый план в ответных мерах на ВИЧ и вовлечь в эти усилия мужчин и мальчиков. Это также требует укрепления женских организаций и инвестирования в них, а также обеспечения их значимого участия в разработке, осуществлении и мониторинге программ по противодействию ВИЧ.

## СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРАВА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИВИЛЕГИЯМИ

Способность свободно принимать решения о своём сексуальном и репродуктивном здоровье лежит в основе расширения прав и возможностей женщин и играет ключевую роль в их перспективах вести здоровый образ жизни и избегать ВИЧ. Несмотря на это, миллионы женщин и девочек-подростков не получают услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья.<sup>12</sup> В результате около 257 миллионов женщин и девочек-подростков (в возрасте от 15 до 49 лет) во всем мире, которые хотят избежать беременности, не используют современные методы контрацепции (40). Исследование данных из 47 стран, проведённое в 2019 году, показало, что около 40% сексуально активных женщин, желающих избежать беременности, не использовали никаких методов контрацепции, а по оценкам Фонда Организации Объединённых Наций в области народонаселения (ЮНФПА), ежегодно во всем мире происходит примерно 121 миллион незапланированных беременностей (40, 41).

# 40%

**ЖЕНЩИН,  
ВЕДУЩИХ  
АКТИВНУЮ  
ПОЛОВУЮ ЖИЗНЬ  
И ЖЕЛАЮЩИХ  
ИЗБЕЖАТЬ  
БЕРЕМЕННОСТИ,  
В 47 СТРАНАХ НЕ  
ИСПОЛЬЗОВАЛИ  
НИКАКИХ  
СПОСОБОВ  
КОНТРАЦЕПЦИИ**

Дело не только в отсутствии или недостатке услуг: женщинам и девочкам часто не дают права принимать собственные решения о сексуальных отношениях, использовании противозачаточных средств и потребностях в медицинском обслуживании. Особенно страдают женщины из ключевых групп населения, в том числе те, кто обращаются за медицинской помощью. Данные из 57 стран (большинство из них в странах Африки к югу от Сахары) показывают, что немногим более половины (55%) женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в браке или живущих с партнёром, самостоятельно принимают решения в отношении своего сексуального и репродуктивного здоровья (42). В некоторых странах такие ограничения до сих пор кодифицированы: в семи странах требуется согласие супруга для замужних женщин для доступа к любым услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, а в пяти странах замужние женщины должны получить согласие супруга для прохождения теста на ВИЧ.<sup>13</sup>

Другие виды неравенства усиливают эти ограничения: данные медико-демографических исследований за 2017–2021 гг., полученные в 22 странах в пяти регионах, показывают, что право принятия решений в отношении собственного медицинского обслуживания, как правило, является самым слабым среди женщин и девочек с наименьшим уровнем образования и в квинтиле с самым низким уровнем благосостояния (43). Девочки-подростки и молодые женщины, как правило, имеют наименьший контроль: они сталкиваются с препятствиями, в том числе законами, требующими согласия родителей или опекунов сексуально активных молодых женщин и девочек-подростков для доступа к услугам в связи с ВИЧ или охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также стигматизирующим отношением в службах, предлагающих услуги в основном замужним женщинам (44–46).

В своём отчёте за 2021 год о Найробийском саммите МКНР-25 Независимая комиссия высокого уровня, выразила сожаление по поводу «морального и политического провала, [что] проявилось в разрушении сферы услуг, потере финансирования и снижении политической ответственности за охрану сексуального и репродуктивного здоровья и прав» (47).<sup>14</sup>

<sup>12</sup> Услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья включают всестороннее половое просвещение, контрацепцию, планирование семьи, дородовое и безопасное родовспоможение, послеродовой уход, услуги по профилактике ИППП (включая ВИЧ), а также услуги, направленные на профилактический скрининг, диагностику и лечение заболеваний репродуктивного здоровья, включая рак молочной железы и шейки матки.

<sup>13</sup> Страны, где замужние женщины должны получить согласие супруга для доступа к любым услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья: Афганистан, Ботсвана, Китай, Куба, Эсватини, Кувейт и Литва. Страны, где замужние женщины должны получить согласие супруга для прохождения теста на ВИЧ: Афганистан, Ботсвана, Куба, Гондурас и Польша.

<sup>14</sup> Обязательства, взятые на Найробийском саммите 2019 года, являются частью международных усилий по обеспечению выполнения Программы действий МКНР и Повестки дня на период до 2030 года, а также предоставлению женщинам права принимать самостоятельные решения относительно своего тела и своей жизни. См.: Найробийское заявление о МКНР-25 — Ускорение выполнения обещаний. Нью-Йорк: ЮНФПА. 2020 ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Corrected\\_Final\\_copy\\_2nd\\_June\\_2020\\_UNFPA-NairobiSummitReport.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Corrected_Final_copy_2nd_June_2020_UNFPA-NairobiSummitReport.pdf)).

## 57

**СТРАН, В БОЛЬШИНСТВЕ  
СВОЕМ РАСПОЛОЖЕННЫЕ  
В АФРИКЕ К ЮГУ ОТ  
САХАРЫ, ПОКАЗАЛИ,  
ЧТО НЕМНОГИМ БОЛЕЕ  
ПОЛОВИНЫ (55%) ЖЕНЩИН  
В ВОЗРАСТЕ ОТ 15 ДО 49 ЛЕТ,  
ЗАМУЖНИХ ИЛИ ИМЕЮЩИХ  
ПАРТНЁРА, ПРИНИМАЛИ  
САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ  
РЕШЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ  
СВОЕГО СЕКСУАЛЬНОГО  
И РЕПРОДУКТИВНОГО  
ЗДОРОВЬЯ**

Жестокое обращение и нарушения прав, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, в медицинских учреждениях, включая принудительную стерилизацию и противозачаточные методы, также должны быть прекращены. Публичное признание Чили в мае 2022 года международной ответственности за стерилизацию женщин, живущих с ВИЧ, без их согласия стало важным прецедентом (48).

Данные из стран Африки к югу от Сахары показывают, что отмена или смягчение законов, требующих согласия родителей на тестирование на ВИЧ, улучшает обращаемость за медицинской помощью среди подростков и молодых людей (49). Страны, которые недавно пересмотрели свои законы или политику, чтобы облегчить подросткам доступ к тестированию на ВИЧ и другим услугам в связи с ВИЧ, включают Лаос, Мьянму, Непал, Новую Зеландию, Папуа — Новую Гвинею, Филиппины, Шри-Ланку, Таиланд и Вьетнам (50, 51).

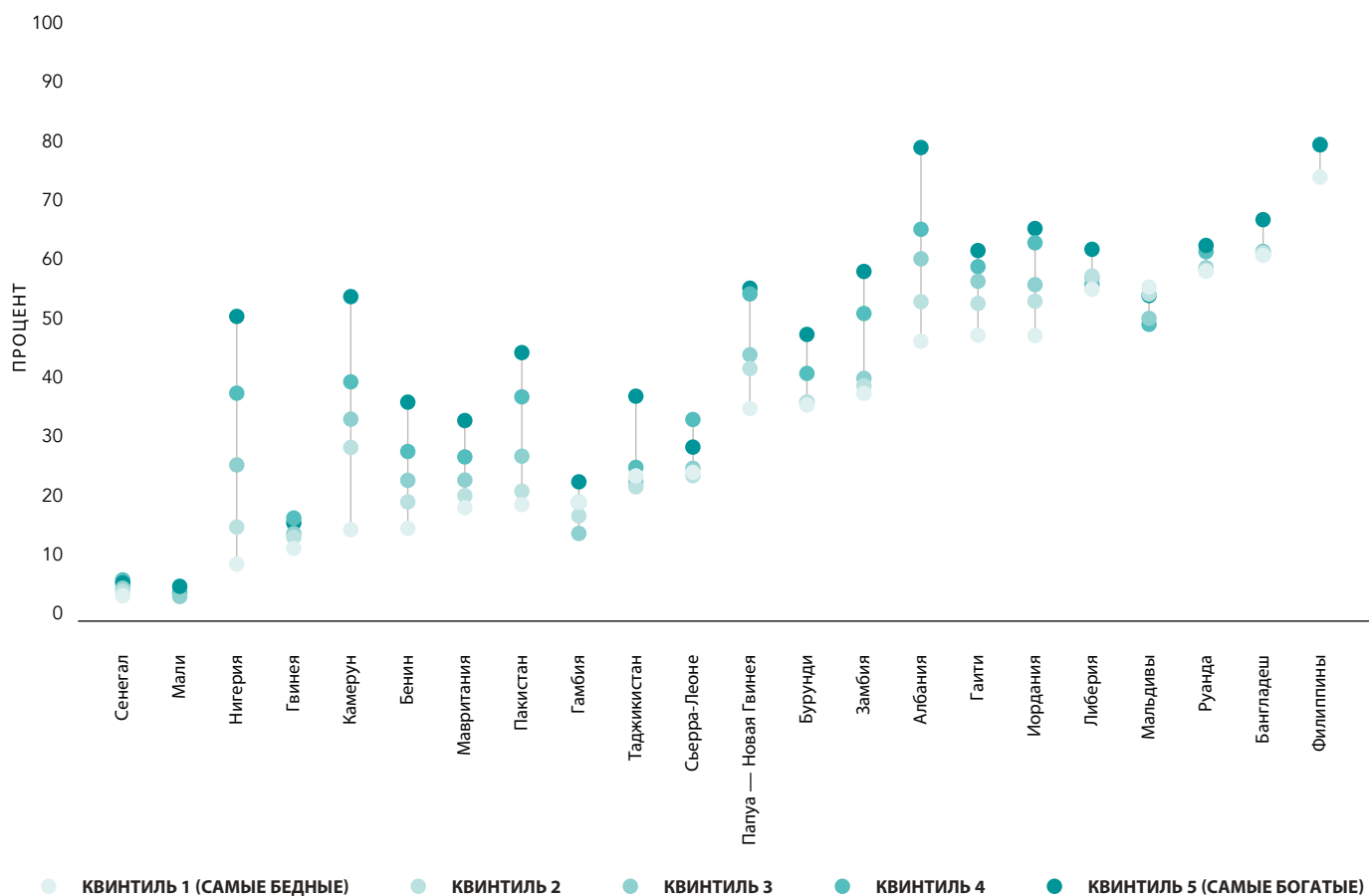
Программы могут и должны удовлетворять разнообразные потребности девочек-подростков и молодых женщин, в том числе живущих с ВИЧ и/или принадлежащих к ключевым группам населения (47). Вмешательства силами сообществ могут иметь огромное влияние, как это видно, когда организация «Ашодая самити» организовала предоставление комплексных услуг в связи с ВИЧ и охране сексуального и репродуктивного здоровья для секс-работников в Майсоре, Южная Индия (52).<sup>15</sup> Мониторинг силами сообществ, связанный с механизмами подачи жалоб и возмещения ущерба, также может позволить женщинам и девочкам привлечь поставщиков медицинских услуг к ответственности за услуги, которые они предоставляют или в которых отказывают.

Доступ можно ещё больше улучшить, интегрируя и связывая услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, ВИЧ и гендерного насилия, предлагая их в центрах доверия, используя работу с населением и поддержку сверстников, а также пользуясь преимуществами мобильных телефонов и платформ социальных сетей (53). Услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав, которые в большей степени ориентированы на подростков и молодёжь, основанные на сексуально-аффирмативных (или сексуально-позитивных) подходах, большей вероятностью будут доступны и использованы, если они предоставляются с поддержкой и без осуждения. Такие услуги также более эффективны: недавний мета-анализ исследований показал, что сексуально-аффирмативные подходы, ориентированные на получение удовольствия, способствовали снижению заболеваемости ВИЧ и другими ИППП среди участников программ распространения презервативов (54–56).

Неравенство ограничивает доступ женщин к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья. Бедные женщины и женщины в сельской местности, как правило, имеют наименьший доступ к информации и услугам в области контрацепции (рис. 3.1 и 3.2) (57). Обзоры исследований показывают, что неудовлетворенная потребность в планировании семьи, охране материнства и других услугах в области сексуального и репродуктивного здоровья особенно высока среди женщин из ключевых групп населения, включая работников секс-бизнеса и женщин, употребляющих инъекционные наркотики (58). Криминализирующее законодательство, стигма и дискриминация в медицинских учреждениях, а также экономические трудности ограничивают доступ этих женщин к услугам и подрывают их способность безопасно осуществлять свои репродуктивные намерения (53).

<sup>15</sup> Доля секс-работников, пользующихся услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в прошлом году удвоилась и составила 51%, охват скринингом и лечением рака шейки матки значительно увеличился с 12% до 56%, а тестирование на ВИЧ за предыдущие три месяца увеличилось с 26% до 73%.

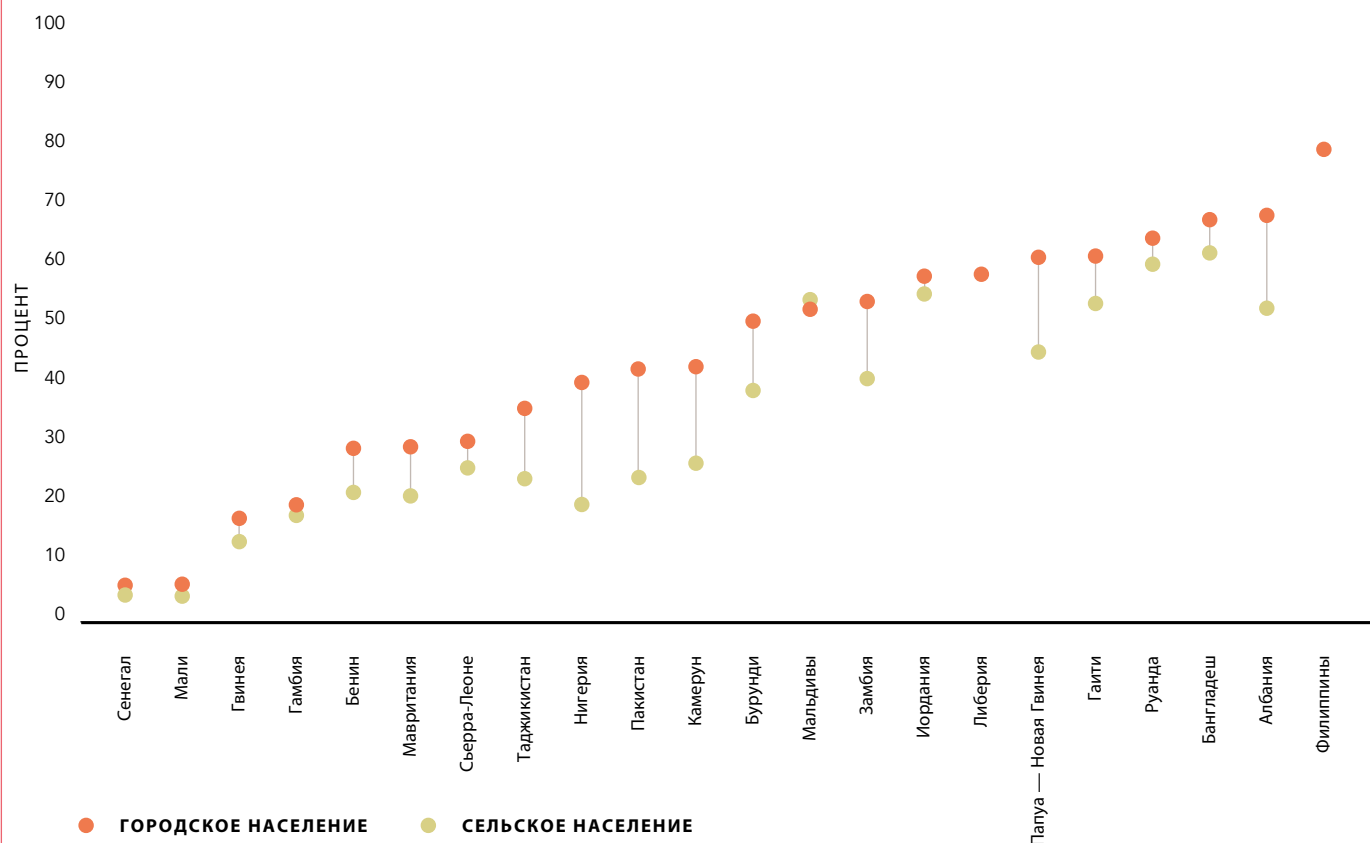
**РИСУНОК 3.1** Доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые в настоящее время состоят в браке и используют противозачаточный метод и принимают собственные решения относительно сексуальных отношений, использования противозачаточных средств и собственного здоровья, с разбивкой по квинтилю благосостояния, страны с доступными данными, 2017–2021 гг.



Источник: Исследования на основе опросов населения, 2017–2021 гг.



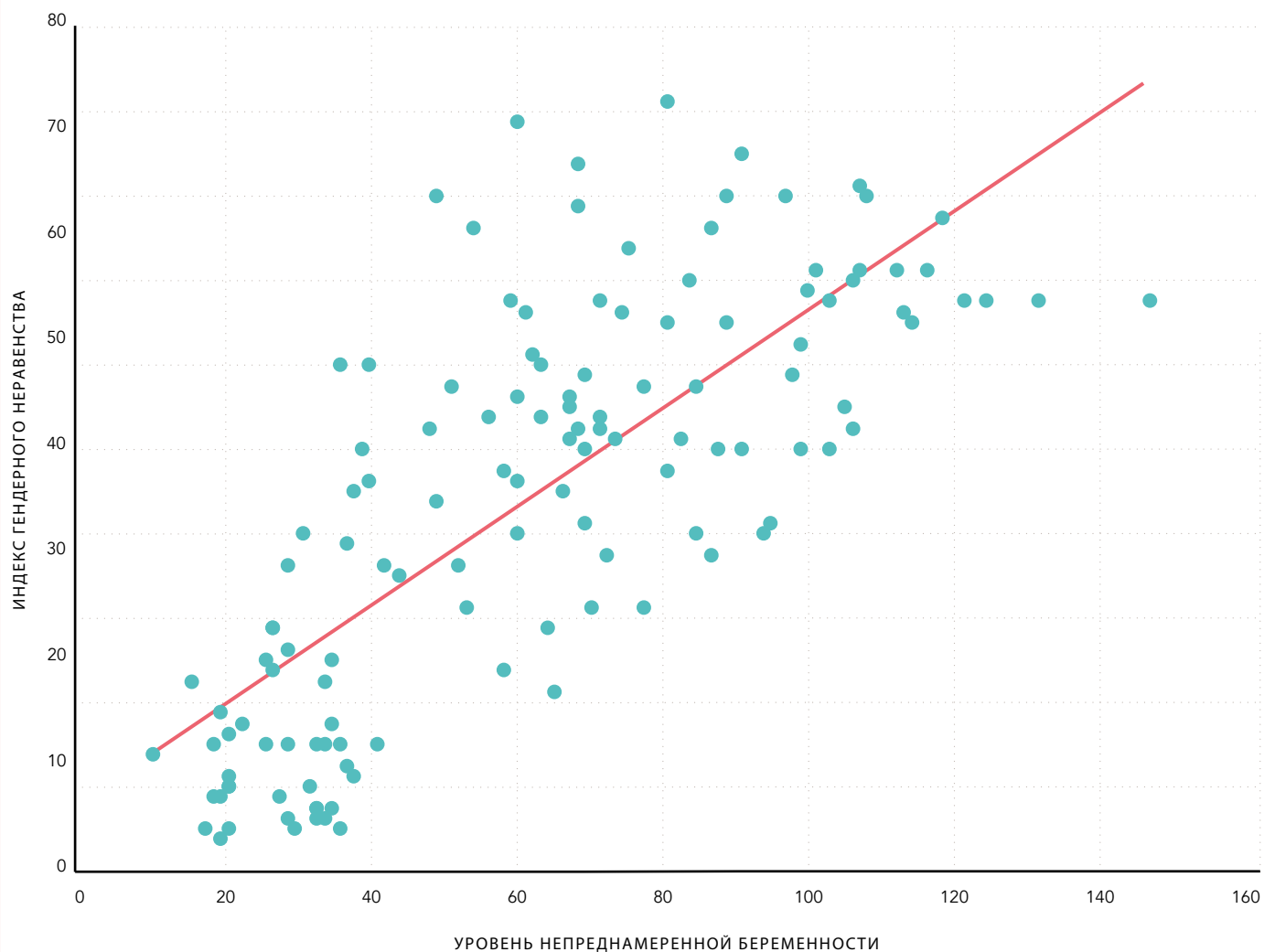
**РИСУНОК 3.2** Доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые состоят в браке в настоящее время, используют один из методов контрацепции, принимают собственные решения относительно сексуальных отношений, использования противозачаточных средств и здоровья; по месту проживания; страны с доступными данными, 2017–2021 гг.



Источник: обследования определённых групп населения, 2017–2021 гг.

Анализ, проведённый ЮНФПА, показывает, что в странах и на территориях с более высоким уровнем гендерного неравенства, измеряемым Индексом гендерного неравенства Программы развития Организации Объединённых Наций (ПРООН), в 2015–2019 годах были более высокие показатели нежелательной беременности (рис. 3.3). Независимо от группы доходов страны, гендерное неравенство оказалось самым сильным предиктором нежелательной беременности. Программы, направленные на расширение и укрепление доступа женщин к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав, должны бороться с этим основополагающим неравенством и изменять его.

**РИСУНОК 3.3** Корреляция между частотой непреднамеренной беременности в 2015–2019 годах и индексом гендерного неравенства, 2019 год



Источник: Доклад "Народонаселение мира в 2022 году: видеть невидимое — обоснование действий в случае игнорируемого кризиса непреднамеренной беременности". ЮНФПА. Нью-Йорк, 2022 г. ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN\\_SWP22%20report\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf)); Bearak, Jonathan et al, 2022. По странам.

Прогнозы относительно количества незапланированных беременностей и абортов: Глобальный сравнительный анализ уровней в 2015–2019 гг. BMJ Global Health, в печати. Методологическая информация доступна по адресу <https://data.guttmacher.org/countries>.

## НЕПРЕРЫВНЫЙ КРИЗИС ГЕНДЕРНОГО НАСИЛИЯ

Гендерное насилие продолжает оставаться глобальным кризисом. Анализ, проведённый Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), показывает, что примерно 736 миллионов женщин и девочек-подростков в возрасте 15 лет и старше в 2018 году хотя бы раз в жизни подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны интимного партнёра и/или партнёра, не являющегося интимным (59).

Женщины, живущие с ВИЧ, и те, кто принадлежит к ключевым группам населения и гендерно разнообразным сообществам, сталкиваются с ещё более высоким риском насилия. Согласно одной оценке, от 45 до 75% взрослых секс-работниц подвергались физическому и/или сексуальному насилию на рабочем месте (59). По оценкам, репрессивные действия полиции в три раза увеличивают риск физического или сексуального насилия для секс-работников и в два раза увеличивают риск инфицирования ВИЧ или другими ИППП (7). Трансгендерные женщины и женщины, употребляющие наркотики инъекционным путём, также сообщают о высоких показателях физического насилия, особенно со стороны партнёров, а также со стороны сотрудников правоохранительных органов (61–63). Исследования, проведённые в странах Африки к югу от Сахары, показали, что ВИЧ-положительные женщины подвергаются значительному риску насилия со стороны своих партнёров-мужчин после раскрытия своего ВИЧ-статуса (61). Другой обзор 14 исследований, проведённых в странах Африки к югу от Сахары, показал, что от 18% до 63% женщин, живущих с ВИЧ, подвергались насилию со стороны интимного партнёра во время беременности (65). Физическое, сексуальное и другие формы насилия в отношении ЛГБТИ, включая сексуальное насилие в условиях конфликта также остаются неизменно высокими во многих частях мира, хотя данные о них часто занижаются (66–70).

Насилие и страх перед насилием усугубляют чрезмерный риск инфицирования ВИЧ и других рисков для здоровья, которому подвергаются многие женщины и девочки, особенно из маргинализированных сообществ (71). Эти страхи могут заблокировать их попытки договориться об использовании презервативов и помешать им получить доступ к услугам в связи с ВИЧ и другим видам помощи, включая прохождение доконтактной профилактики (ДКП), тестирование на ВИЧ, постановку на диспансерный учёт, начало и приверженность антиретровирусной терапии, а также достижение подавленной вирусной нагрузки (72–77). Многие женщины также избегают раскрытия своего ВИЧ-положительного статуса своим партнёрам или членам семьи, опасаясь возможного насилия (71, 75, 78). Жестокое обращение во время беременности снижает вероятность того, что женщины обратятся за тестированием на ВИЧ или услугами для предотвращения вертикальной передачи ВИЧ своим новорождённым (65, 79). Мужчины, виновные в насилии в отношении женщин, также, как правило, подвергаются более высокому риску передачи или инфицирования ВИЧ, как показали исследования, проведённые в Камеруне и Непале (80, 81).

**736****МЛН**

**ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ  
ОТ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ В  
2018 ГОДУ ПОДВЕРГЛИСЬ  
ФИЗИЧЕСКОМУ ИЛИ  
СЕКСУАЛЬНОМУ НАСИЛИЮ  
КАК МИНИМУМ ОДИН РАЗ В  
ЖИЗНИ**

# 40%

**МОЛОДЫХ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 15–24 ЛЕТ В 11 СТРАНАХ ЗАЯВИЛИ, ЧТО МУЖ В ПРАВЕ ПРИМЕНЯТЬ ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ К СВОЕЙ ЖЕНЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЁННЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ**

## НАСТОЯТЕЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ БОЛЕЕ РЕШИТЕЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ И ПОДОТЧЁТНОСТИ НА ПУТИ К ПРЕКРАЩЕНИЮ ГЕНДЕРНОГО НАСИЛИЯ

Вмешательства, направленные на сокращение масштабов гендерного насилия и устранение его связи с ВИЧ, должны стать приоритетными и быть интегрированы в национальные меры в ответ на ВИЧ с соответствующими бюджетными ассигнованиями (3). Странам предстоит пройти долгий путь; государства направляют на решение проблемы недостаточно ресурсов и усилий. Исследование ВОЗ, опубликованное в 2021 году, показало, что менее половины (42%) из 153 стран выделяют средства на политику, направленную на борьбу с насилием в отношении женщин (82).<sup>16</sup> Подсчитано, что менее 1% всей глобальной международной помощи в целях развития направляется на программы по борьбе с насилием в отношении женщин (83).

Несмотря на это, существует множество действий и межсекторальных подходов, которые могут изменить неравное соотношение сил, лежащее в основе насилия, защитить людей, которым угрожает насилие, и поддержать выживших. Их следует сделать неотъемлемой частью мер по противодействию ВИЧ (84–86). Важным компонентом такого подхода является инвестирование в предотвращение насилия в отношении детей, девочек и мальчиков и среди них, в том числе посредством образования (87). Кроме того, усилия по изменению отношения к гендерному насилию необходимо начинать как можно раньше: во многих странах молодые поколения так же, как и поколение их родителей, оправдывают насилие в отношении женщин (88–89). Данные демографического и медицинского исследования из 24 стран за 2017–2021 годы показывают, что не менее 40% молодых мужчин и женщин (в возрасте 15–24 лет) в 11 из этих стран заявили, что физическое насилие мужа над женой при определённых обстоятельствах может быть оправданным (43).

Школы и другие учебные заведения должны обеспечивать безопасные условия и давать образование, основанное на нулевой терпимости к гендерному насилию и справедливых гендерных нормах.

Передовая практика гендерно-преобразующих и расширяющих права вмешательств существует, и её следует применять в гораздо большем масштабе и с увеличением инвестиций, чтобы снизить уровень заболеваемости ВИЧ и насилия в отношении женщин (39, 90–92).

Вмешательства, адаптированные к потребностям подростков, и меры, направленные на расширение социальных и экономических прав и возможностей женщин, требуют большего внимания и поддержки, равно как и групповое обучение и мобилизация сообщества, направленные на изменение вредных гендерных норм и практик (93). Подходы, основанные на инициативе сообществ и объединяющие различные мероприятия, как правило, более эффективны в борьбе с гендерным насилием (94, 95). Организованная социальная поддержка и направления для обеспечения безопасности, консультирование и обращение за правовой помощью, а также более широкие меры социальной защиты — все это жизненно важные элементы конструктивного реагирования. Поставщики медицинских услуг нуждаются в обучении и ресурсах для надлежащего реагирования, как и сотрудники правоохранительных органов (94, 96, 97).

В конечном счёте, требуется гораздо большая подотчётность. Неспособность привлечь виновных к ответственности, несовершенные механизмы отчётности, нежелание уделять гендерному насилию приоритетное внимание в качестве проблемы прав человека и недостаточные усилия для системного решения этой проблемы создают культуру безнаказанности, в результате чего насилие продолжается (98).

<sup>16</sup> Для стран за пределами Америки данные были приведены за 2018–2019 годы; для жителей Америки — за 2020 год.

# ВОЗДЕЙСТВИЕ COVID-19 НА ЖИЗНЬ ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН В НИГЕРИИ И ЮАР

Всплеск гендерного насилия во время пандемии COVID-19, вызванный возросшим социальным и экономическим стрессом на фоне изоляции и ослабления мер социальной и экономической защиты, поставил под угрозу достижения в области прав женщин и их благополучия, завоёванные в борьбе на протяжении многих десятилетий.

В 2021 году ЮНЭЙДС совместно с организациями на базе сообществ и партнёрами по исследовательской работе провела кросс-секционные исследования среди девочек и женщин, живущих с ВИЧ или подверженных риску инфицирования ВИЧ, в Нигерии и ЮАР, чтобы оценить влияние пандемии COVID-19 на их жизнь. Участницы были набраны с июня по декабрь 2021 года с использованием комбинации методов выборки респондентов в «местах встречи» и метода снежного кома.<sup>1</sup> В Нигерии исследователи опросили 4 541 женщину и девушку старше 15 лет в 10 штатах с высокой заболеваемостью ВИЧ; 62% были моложе 30 лет, а 47% жили с ВИЧ. В ЮАР приняли участие 2 812 женщин и девочек в возрасте старше 15 лет из четырёх провинций с высокой заболеваемостью ВИЧ, в том числе 61% в возрасте до 30 лет и 45%, живущих с ВИЧ.

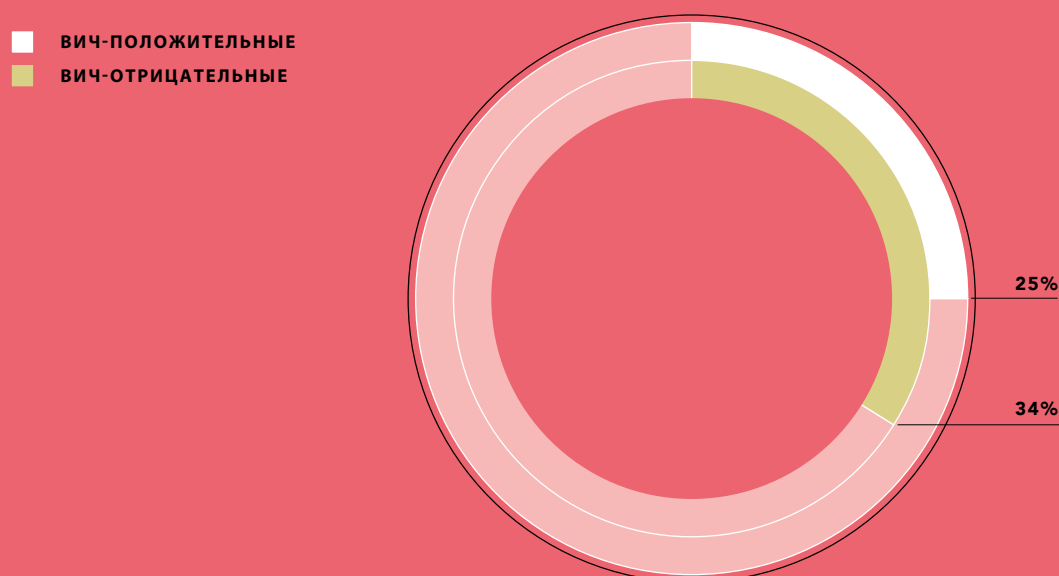
Треть (30%) из 6 689 женщин и девочек сообщили, что подвергались гендерному насилию с начала пандемии COVID-19, при этом девочки-подростки и женщины, живущие с ВИЧ, подвергались насилию в большей степени (рис. 3.3). Тринадцать процентов из 6 689 респондентов сообщили, что столкнулись с большим насилием, чем до пандемии COVID-19. По сравнению с женщинами старшего возраста, девочки-подростки и молодые женщины в возрасте от 15 до 24 лет неизменно чаще подвергались каждой из исследуемых форм насилия или жестокого обращения: физическому и сексуальному насилию или эмоциональному и экономическому насилию со стороны интимных партнёров или людей, не являющихся интимными партнёрами.

<sup>1</sup> Исследуемая популяция включала давших согласие женщин в возрасте старше 15 лет, которые сообщили о том, что живут с ВИЧ или подвергались высокому риску заражения ВИЧ, а также из ключевых и уязвимых групп. Сюда входили девочки-подростки и молодые женщины (определяемые как лица в возрасте от 15 до 24 лет), секс-работники (определяемые как женщины, занимающиеся коммерческим сексом), ЛГБТИ-женщины (женщины, идентифицирующие себя как занимающиеся сексом исключительно с женщинами, занимающиеся сексом с женщинами и мужчинами, имеющими негетеросексуальную ориентацию или являющимися трансгендерами), люди, меняющие место жительства (определяемые как мигранты, беженцы, лица, ищущие убежища, возвращающиеся мигранты и перемещённые лица), женщины с ограниченными физическими возможностями (определяемые как лица с длительными физическими или сенсорными нарушениями) и женщины, употребляющие наркотики (определяемые в данном исследовании как женщины, употребляющие инъекционные или запрещённые наркотики).



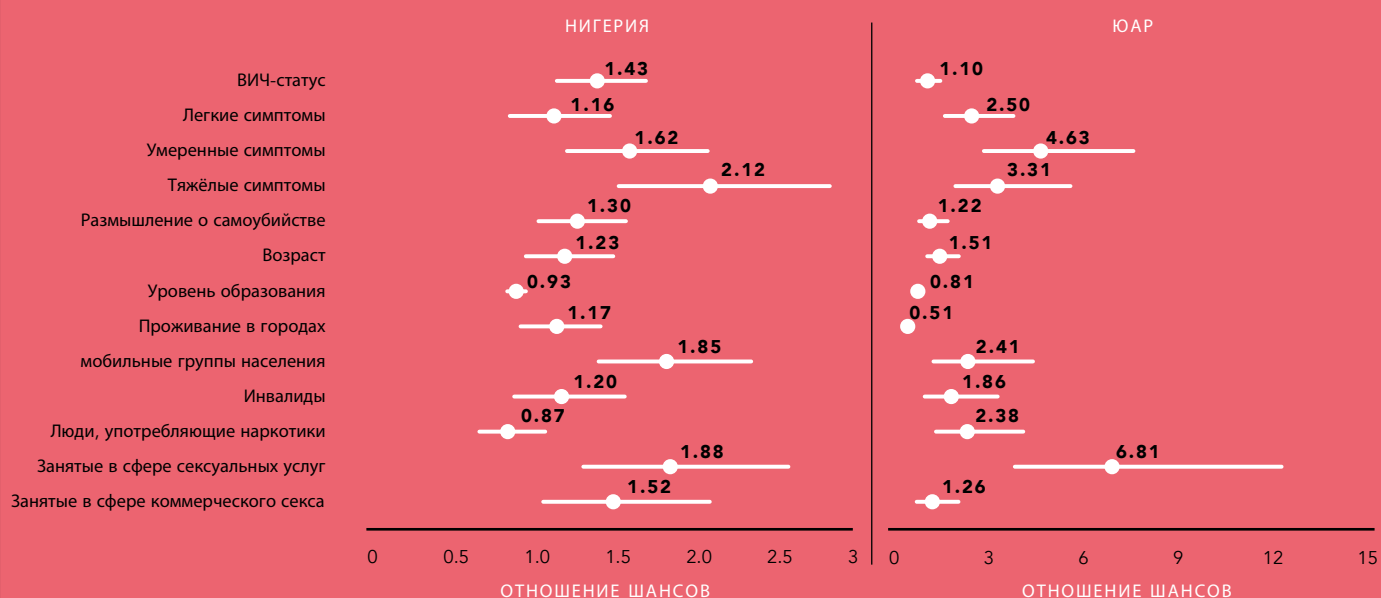




**РИСУНОК 3.4** Доля населения, принявших участие в исследовании и сообщавших о том, что сталкивались с насилием по половому признаку с начала пандемии COVID-19, по ВИЧ-статусу

Источник: Lamontagne E, Yakusik A, Humphries H, Lewis L, Choonara S, Arjie O et al. Сексуальное, физическое, экономическое и эмоциональное насилие, с которым сталкиваются женщины и девочки-подростки, живущие с ВИЧ и подверженные высокому риску инфицирования ВИЧ, в ЮАР и Нигерии во время пандемии COVID-19. 24-я Международная конференция по СПИДу, 29 июля – 2 августа.

Примечание: число респондентов (n = 5922); отсутствующие (n = 452). Данные, собранные в период с июня по декабрь 2021 г. в Нигерии и ЮАР.

**РИСУНОК 3.5** Связь насилия по половому признаку с другими факторами в исследуемых группах населения, по странам, 2021 г.

Источник: Lamontagne E, Yakusik A, Humphries H, Lewis L, Choonara S, Arjie O et al. Сексуальное, физическое, экономическое и эмоциональное насилие, с которым сталкиваются женщины и девочки-подростки, живущие с ВИЧ и подверженные высокому риску инфицирования ВИЧ, в ЮАР и Нигерии во время пандемии COVID-19. 24-я Международная конференция по СПИДу, 29 июля – 2 августа.

Примечание: нигерийские участники — 2413 чел. Данные собраны в период с июня по октябрь 2021 г. в 10 штатах Нигерии. Южноафриканские участники — 1290 чел. Данные собраны в период с сентября по декабрь 2021 г. в провинциях Восточной Кейп, Гаутенг, КваЗулу-Натал и Западный Кейп.

Исследование показало, что девочки и женщины, живущие с ВИЧ, чаще, чем ВИЧ-отрицательные девочки и женщины, подвергаются гендерному насилию. Кроме того, жертв гендерного насилия в Нигерии и ЮАР, соответственно, больше в два (aOR 2,12; 95% ДИ: 1,56–2,88) и в три (aOR 3,31; 95% ДИ: 1,97–5,58) раза чаще сообщают о тяжёлых симптомах депрессии и тревоги, чем те, кто не является жертвой насилия. Те, кто меняет место жительства, и те, кто занимается секс-бизнесом, имеют самые высокие шансы стать жертвами гендерного насилия (рис. 3.4).

С начала пандемии COVID-19 больше женщин (10% в Нигерии и 15% в ЮАР) сообщили об использовании секс-бизнеса или коммерческого секса для поддержания своего существования, а также 9% секс-работниц в Нигерии и 5% в ЮАР стали чаще заниматься сексом без презерватива. Женщины, которые продают или обменивают сексуальные услуги, сообщили о значительном падении доходов (53% в Нигерии и 38% в ЮАР) с начала пандемии.

Наконец, опросы показали, что, по сравнению с ВИЧ-отрицательными девочками-подростками и молодыми женщинами, девочки-подростки и молодые женщины, живущие с ВИЧ, чаще ели меньше или пропускали приёмы пищи с начала пандемии COVID-19 из-за нехватки денег на еду. Они также с большей вероятностью получали специальный грант на помощь в связи с COVID-19 или другие меры поддержки. Тем не менее, эти специальные меры поддержки в связи с COVID-19 охватили лишь 4% и 10% тех девочек-подростков и молодых женщин, живущих с ВИЧ, которым приходилось меньше есть или пропускать приёмы пищи в Нигерии и ЮАР соответственно.

## **Девочки-подростки и молодые женщины, живущие с ВИЧ, чаще стали меньше есть или пропускать приёмы пищи с начала пандемии COVID-19.**

Негативные социальные и экономические последствия пандемии COVID-19, в том числе обострение гендерного насилия, особенно ощущаются среди наиболее маргинализированных членов общества. Необходимо разработать и проводить больше феминистских программ для устранения этих вредных явлений в сотрудничестве с группами с ведущим участием секс-работниц и женскими организациями, а также организациями людей, живущих с ВИЧ.

Результаты этого кросс-секционного исследования дают некоторое предварительное представление о том, как пандемия COVID-19 могла усугубить ранее существовавшую незащищённость женщин с высоким риском инфицирования ВИЧ и женщин, живущих с ВИЧ, в уязвимых группах населения. Экологический подход указывает на то, что не обязательно учитывать воздействие отдельных факторов, а важнее установить, как многочисленные факторы пересекаются между собой, усиливая уязвимость. Традиционные факторы риска, такие как возраст, опыт гендерного насилия, социальный статус, бедность и жизнестойкость домохозяйства в сочетании с ограничениями на передвижение, карантин и вызванным этим экономическим потрясением повысили риск уже подверженных опасности женщин из ключевых и уязвимых групп населения. Изучение и понимание этих пересекающихся рисков поможет разработать более устойчивые и своевременные меры реагирования общественного здравоохранения на будущие пандемии

## ОБРАЗОВАНИЕ ДЕВОЧЕК ИЗМЕНЯЕТ МИР

Каждый ребёнок имеет право закончить школу и получить качественное образование. Соблюдение этого права снижает бедность, улучшает показатели здоровья и стимулирует социально-экономическое развитие. Последствия особенно сильны для девочек: их заработок в течение жизни увеличивается, неравенство сокращается, а социальная интеграция усиливается (99–101). Как показывают исследования, проведённые в Индии и на юге Африки, у них также снижается риск инфицирования ВИЧ и другими ИППП (102–110). Например, когда Ботсвана расширила обязательное среднее образование, выяснилось, что каждый дополнительный год обучения после 9-го класса был связан со снижением риска инфицирования ВИЧ для девочек на 12% (108).

## Инициатива ЮНИСЕФ «Образование плюс» призывает правительства предоставить девочкам и мальчикам бесплатное всеобщее среднее образование, которое расширит возможности девочек-подростков и молодых женщин.

# 12

**СТРАН ПРИСОЕДИНИЛИСЬ  
К ИНИЦИАТИВЕ  
«ОБРАЗОВАНИЕ ПЛЮС»**

Несмотря на это, каждая третья девочка-подросток (в возрасте от 10 до 19 лет) из беднейших домохозяйств по всему миру никогда не ходила в школу (109). Бедность, гендерная дискриминация, политические конфликты и гуманитарные кризисы являются основными факторами, не позволяющими детям посещать школу (110).

Барьеры на пути образования девочек должны быть устранены. Инициатива «Образование плюс», выдвинутая Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), ЮНФПА, Структурой ООН по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин (ООН-женщины), Организацией ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) и ЮНЭЙДС была запущена в 2021 году с целью обеспечить всем девочкам-подросткам и молодым женщинам в странах Африки к югу от Сахары доступ к качественному среднему образованию наряду с другими жизненно важными знаниями, социально-экономическими возможностями и услугами здравоохранения. Инициатива включает адвокацию на высоком уровне для расширения прав и возможностей девочек-подростков и молодых женщин и продвижение гендерного равенства в странах Африки к югу от Сахары, при этом среднее школьное образование является стратегической отправной точкой. Эта инициатива также помогает мобилизовать широкие коалиции и сети, в том числе на уровне общин, с привлечением женских, молодёжных организаций и организаций гражданского общества, сетей женщин и девочек, живущих с ВИЧ, ассоциаций учителей и родителей, культурных и религиозных лидеров, для объединения их вокруг общей цели.

### Следующая страница

О начале инициативы Education Plus объявила первая леди Гамбии, Её Превосходительство Фатумата Бах Бэрроу в Международном конференц-центре сэра Дауда Кайраба Джавара 7 июля 2022 года.

## ПРЕДЫДУЩИЕ УСПЕХИ СНОВА ПОД УГРОЗОЙ

До пандемии COVID-19 за последние 20 лет число девочек, не посещающих школу, во всем мире сократилось на 79 миллионов человек. Таков был результат усилий на протяжении десятилетий, направленных на то, чтобы привлечь больше девочек в школу и сократить гендерный разрыв в доступе к образованию (111). Несмотря на этот прогресс, девочек по-прежнему больше, чем мальчиков среди детей школьного возраста, не посещающих начальную школу (32,3 миллиона против 26,8 миллиона во всем мире), их показатели окончания школы ниже, и они чаще, чем мальчики, навсегда исключаются из системы образования (111). В странах Африки к югу от Сахары около 38% девочек и 35% мальчиков среднего школьного возраста в 2018 году не посещали школу, а в большинстве стран Западной и Центральной Африки девочки школьного возраста чаще, чем мальчики, не посещали как начальные классы, так и среднюю школу (112, 113). Кроме того, качество образования девочек во многих странах по-прежнему страдает из-за дискриминации, с которой они сталкиваются в своих школах и общинах (111). Из-за пандемии COVID-19 девочкам стало ещё труднее ходить в школу и не бросать её. По оценкам ЮНИСЕФ, к концу 2021 года закрытие школ из-за COVID-19 затронуло более 1,6 миллиарда учащихся во всем мире. Оценки на уровне стран (например, из Италии, Мексики, Пакистана и ЮАР) показывают, что потери в обучении были более значительными для девочек, чем для мальчиков (114). Пандемия угрожает свести на нет достижения последних двух десятилетий, в результате чего, по оценкам, ещё 20 миллионов девочек среднего школьного возраста в развивающихся странах (большинство из них в Африке) останутся вне школы после того, как кризис COVID-19 минует (115).

Инициатива «Образование плюс» содержит призыв к правительствам предоставить бесплатное всеобщее среднее образование девочкам и мальчикам, что расширит возможности девочек-подростков и молодых женщин. Основными направлениями инициативы являются: всеобщий доступ к всестороннему половому просвещению, охрана сексуального и репродуктивного здоровья и прав, свобода от гендерного и сексуального насилия, переход от учёбы к работе, а также экономическая безопасность и расширение прав и возможностей женщин. Некоторые из мероприятий уже предприняли конкретные формы (см. тематический материал «Образование плюс» в этой главе), и в Бенине, Камеруне, Лесото и Сьерра-Леоне ведётся проработка инвестиционной привлекательности проектов. Политические рамки также включают: в ЮАР — предотвращение беременности среди учащихся и поддержка политики и мероприятий по удержанию учащихся в школах для беременных девочек, в Лесото — удержание учащихся в школах, в Малави и Сьерра-Леоне — общесекторальные стратегии.





ЮАР приступила к осуществлению политики профилактики беременности среди молодых девушек, предотвращения отсева и поддержки беременных учащихся, а также предоставления им необходимой социальной защиты и психосоциальной поддержки в рамках усилий по сокращению гендерного неравенства в сфере образования.

**«Очень важно, чтобы девочки научились заботиться о себе, а также чтобы им были предоставлены все необходимые для этого средства, — говорит Кетча Пертулла Эзигха, основатель Leap Girl Africa. — Знания и расширение прав и возможностей имеют решающее значение для защиты молодых девушек и подростков от отсева из школ, жестокого обращения и инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ».**



Кампания Education Plus, направленная на поощрение девочек к посещению средней школы, Камерун, 2022 г.

# «ОБРАЗОВАНИЕ ПЛЮС»: РАЗВИТИЕ УСПЕХА

«Образование плюс» способствует важным изменениям в Африке. Сьерра-Леоне — одна из первых стран, присоединившихся к этой инициативе, — вводит бесплатное образование в начальных и средних школах, чтобы способствовать достижению гендерного равенства. Радикальная политика инклюзии гарантирует, что беременные учащиеся продолжают получать образование с дополнительным предоставлением услуг социальной поддержки. Разработан учебный план всестороннего полового воспитания для младших классов средней школы. Кроме того, школы становятся более доступными, например, за счёт установки пандусов и предоставления других вспомогательных средств учащимся с ограниченными физическими возможностями. В этой стране внедрена программа стипендий в области естественных наук, технологий, инженерии и математики для более активного привлечения девочек к работе в науке и промышленности.

Кроме того, министерства образования и здравоохранения разработали новую стратегию охраны здоровья в школах и оперативный план, регулирующие оказание медицинских услуг в учебных заведениях, включая услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Оба министерства сотрудничают с Министерством по делам молодёжи, чтобы обеспечить доступность услуг, ориентированных на молодых людей, в молодёжных центрах. Цели программы «Образование плюс» были также включены в «План сектора образования Сьерра-Леоне».

В Камеруне только 49% девочек школьного возраста посещали среднюю школу в 2019 году, а показатель отсева из школы оставался высоким отчасти из-за бедности, большого числа ранних и незапланированных беременностей и ранних браков. Правительство Камеруна в настоящее время координирует деятельность в области образования в 10 министерствах и работает с более чем 70 организациями гражданского общества над определением и планированием приоритетных изменений. Только что была принята новая политика работы с беременными учащимися, чтобы обеспечить беременным девочкам доступ к школе и многоуровневую межсекторальную поддержку.

В Бенине инициативой «Образование плюс» руководит комитет из восьми министерств, и правительство утвердило ряд мероприятий, направленных на достижение основных приоритетов инициативы.<sup>1</sup> Бесплатное среднее образование является ключевой задачей, и правительство изучает необходимые правовые и политические реформы, в то время как агентства ООН помогают ему заручиться поддержкой спонсоров для достижения поставленных целей.

Лесото разрабатывает политику удержания учащихся в школах. В этой стране приняты меры с целью помочь девочкам вернуться к учёбе после долгого перерыва в работе школ в связи с COVID-19 в 2020–2021 годах. Начата кампания в поддержку бесплатного среднего образования, подкреплённая инвестиционным обоснованием.

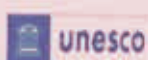
<sup>1</sup> Основными направлениями программы «Образование плюс» являются: завершение качественного среднего образования; всеобщий доступ к всестороннему половому просвещению; предоставление услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав; свобода от гендерного и сексуального насилия; успешный переход от школы к работе; экономическая безопасность и расширение прав и возможностей молодых женщин.



African  
Union



# EDUCATION PLUS INITIATIVE



## ОСВОИТЬ ПОДХОДЫ, ВКЛЮЧАЮЩИЕ ИНВАЛИДОВ

Несмотря на то, что примерно 1 миллиард человек (15% населения мира) живут с инвалидностью, такие люди не учитываются многими программами противодействия ВИЧ (116).<sup>17</sup> Данные из стран Африки к югу от Сахары показывают, что риск инфицирования ВИЧ может быть в 1,5 раза выше у мужчин и в 2,2 раза выше у женщин с инвалидностью по сравнению с людьми, не имеющим инвалидности (117). Этот повышенный риск связан с несколькими факторами, как показано в исследованиях, проведённых в Бурунди, Эфиопии и ЮАР (118–120). Дискриминация и общее игнорирование потребностей людей с инвалидностью может поставить под угрозу их знания о ВИЧ, ограничить их доступ к услугам в связи с ВИЧ и охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также повлиять на качество получаемой ими помощи (121, 122). На их доступ к услугам влияют и другие факторы, в том числе физическая недоступность услуг, неверные предположения о том, что инвалиды не ведут половую жизнь, а также отсутствие у медицинских работников навыков обслуживания и общения с инвалидами. Недостаток дезагрегированных данных, плохое управление и отсутствие финансирования усугубляют эту ситуацию (116, 122–125).

Как показывают исследования, инвалиды примерно на 10% реже знают свой ВИЧ-статус и получают антиретровирусную терапию, чем люди без инвалидности (116, 126). Приверженность лечению также, как правило, ниже среди инвалидов, живущих с ВИЧ, а исследования, проведённые в США, выявили повышенный уровень смертности, связанной со СПИДом, среди этой группы населения (116, 127–129). Будет сложно достичь целей по тестированию на ВИЧ и лечению ВИЧ-инфекции без полного охвата инвалидов (116).

Хоть и с опозданием, растёт признание важности проблем, связанных с инвалидностью, и их включения в комплекс мер противодействия ВИЧ. Например, в настоящее время в 14 из 18 национальных стратегических планов по противодействию ВИЧ в странах восточной и южной Африки инвалиды считаются маргинализированной группой населения, которая подвержена высокому риску инфицирования ВИЧ, а национальные и мониторинговые исследования только недавно начали собирать данные с разбивкой по инвалидности. В частности, национальный стратегический план ЮАР в значительной степени учитывает интересы инвалидов и может служить примером для других стран (130, 131). Организации гражданского общества также могут содействовать инклюзии, обеспечивая участие инвалидов в разработке национальных стратегических планов и страновых координационных механизмах Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд). Инклюзивность в области всестороннего полового просвещения, например, в рамках подхода «Нарушая молчание» в ЮАР, и обучение медицинских работников по вопросам инвалидности может помочь снизить уязвимость и риск инфицирования (132, 133). Кроме того, программы по противодействию ВИЧ должны укреплять связи со службами реабилитации, с тем чтобы инвалиды, живущие с ВИЧ, могли преуспевать (116).

<sup>17</sup> Конвенция Организации Объединённых Наций о правах инвалидов требует, чтобы страны защищали права людей с ограниченными физическими возможностями на участие во всех сферах жизни. Эти права также включают право на доступ к услугам здравоохранения.

# УСТРАНЕНИЕ БАРЬЕРОВ ДЛЯ ДОСТУПА К УСЛУГАМ В ОБЛАСТИ ВИЧ И ОХРАНЫ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В КЕНИИ

Один миллиард человек или 15% населения мира имеют один или несколько видов инвалидности (117). Во многих частях мира потребности этих людей часто не учитываются в полной мере при оказании услуг в связи с ВИЧ и в системе медицинского обслуживания, что создаёт препятствия в доступе к услугам и некоторым видам медицинской помощи, ведёт к отсутствию услуг, адаптированных к нуждам инвалидов, и порождает стигматизирующее отношение со стороны медицинских работников (118).

Обеспечение потребностей женщин с ограниченными физическими возможностями в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья отличается особенно серьёзными недостатками. Вот почему некоммерческая организация с ведущим участием женщин This Ability Trust в Кении занимается продвижением прав и участия в жизни общества женщин и девочек с ограниченными физическими возможностями, а также работает над тем, чтобы интересы и права этих групп населения также учитывались в области ВИЧ и охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

Недавний опрос, проведённый This Ability Trust, показал, что 53% медицинских работников не уделяют первоочередного внимания запросам женщин с ограниченными физическими возможностями в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. «Общество считает, что женщины с инвалидностью не ведут половую жизнь, и [оно] лишает их доступа к информации и медицинскому обслуживанию, — говорит Энн Ванджиру, активистка по делам инвалидов из прибрежного города Момбаса. — Бедность усугубляет эту проблему. В результате многие женщины принимают неверные решения относительно своего сексуального и репродуктивного здоровья или, скорее, решения об их сексуальности принимаются без их согласия».

Данный опрос также выявил, что в большинстве медицинских учреждений инфраструктура недоступна для женщин-инвалидов, и только 20% опрошенных представителей медицинских служб заявили, что процедуры для лиц с ограниченными физическими возможностями были включены в предварительную подготовку медицинского и немедицинского персонала.





Однако This Ability Trust не просто указывает на проблемы. При поддержке ЮНФПА эта организация работает над ликвидацией серьёзных пробелов в обслуживании женщин-инвалидов.

Hesabika — мобильная платформа, разработанная This Ability Trust, — распространяет информацию об охране сексуального здоровья, ВИЧ, гендерном насилии и COVID-19 два раза в неделю на суахили и английском языке среди более чем 17 000 пользователей. В 2021 году в течение кампании «16 дней гражданской активности против насилия в отношении женщин», организация This Ability Trust также координировала проведение пятидневного арт-фестиваля, посвящённого инвалидности, сексуальности и телесной автономии. Наконец, This Ability Trust использовала платформу электронного обучения SKILLS для проведения тренинга среди 90 медицинских работников из девяти округов по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья женщин-инвалидов и их прав.

Наряду с этой деятельностью This Ability Trust управляет бесплатной телефонной линией в восьми из 47 округов Кении. По этой телефонной линии восемь женщин-инвалидов, известные как «Мама Сирис» (от слова «Сири», что означает «секрет» на суахили), предоставляли информацию и консультации по вопросам сексуального здоровья, ВИЧ и гендерного насилия более чем 8000 абонентов с момента запуска программы в 2020 году.

Данная программа не только служит важным источником информации и поддержки для женщин с ограниченными физическими возможностями, но и расширяет возможности самих «Мам Сирис». «Изменения в жизни мам Сирис поразительны», — говорит Лиззи Киама, основатель и управляющий попечитель This Ability Trust. — Их навыки и уверенность выросли, они приобрели легитимность в своих сообществах и укрепили свои лидерские качества — до такой степени, что некоторые из них рассматривают возможность баллотироваться в местные органы власти на следующих выборах».

Эти ориентированные на сообщества инициативы теперь необходимо дополнить более широкими реформами. Необходимы ощутимые улучшения в инфраструктуре здравоохранения, типе медицинской информации, доступной для женщин-инвалидов, и в отношении медицинских работников к услугам в области ВИЧ и охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав людей с ограниченными физическими возможностями.

## СПИСОК СПРАВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Amnesty International report, 2020/21. London: Amnesty International; 2021.
2. Flor LS, Friedman J, Spencer CN, Cagney J, Arrieta A, Herbert ME et al. Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *Lancet*. 2022;399(10344):P2381-P2397.
3. We've got the power—women, adolescent girls and the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2020 ([https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/2020\\_women-adolescent-girls-and-hiv](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/2020_women-adolescent-girls-and-hiv)).
4. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. *Nat Commun*. 2020;11(1):773.
5. Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza JC. National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries. *Lancet HIV*. 2017;4(3):e134-e140.
6. Lyons C. Utilizing individual level data to assess the relationship between prevalent HIV infection and punitive same sex policies and legal barriers across 10 countries in sub-Saharan Africa. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract OAF0403.
7. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med*. 2018;15:e1002680.
8. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e357-e374.
9. Batchelder AW, Foley JD, Wirtz MR, Mayer K, O'Cleirigh C. Substance use stigma, avoidance coping, and missed HIV appointments among MSM who use substances. *AIDS Behav*. 2021;25(5):1454-63.
10. Global Commission on HIV and the Law. Risks, rights and health: supplement. New York (NY): UNDP; 2018 ([https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement\\_EN\\_2020.pdf](https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf)).
11. Global mapping of sex worker laws [Internet]. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects; c2021 (<https://www.nswp.org/sex-work-laws-map>).
12. How sex work laws are implemented on the ground and their impact on sex workers. Briefing paper. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects; 2019 ([https://www.nswp.org/sites/default/files/how\\_sw\\_laws\\_are\\_implemented\\_their\\_impact\\_-\\_nswp\\_2019\\_0.pdf](https://www.nswp.org/sites/default/files/how_sw_laws_are_implemented_their_impact_-_nswp_2019_0.pdf)).
13. Order dated 19 May 2022 in the case of Budhadev Karmaskar v The State of West Bengal. No 135 of 2010. Supreme Court of India; 2022 ([https://main.sci.gov.in/supremecourt/2007/37388/37388\\_2007\\_5\\_20\\_35996\\_Order\\_19-May-2022.pdf](https://main.sci.gov.in/supremecourt/2007/37388/37388_2007_5_20_35996_Order_19-May-2022.pdf)).
14. Legal and policy trends: impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific, 2014–2019. Geneva: UNAIDS; 2021 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf)).

15. UNAIDS welcomes parliament's decision to repeal the law that criminalizes HIV transmission in Zimbabwe. In: UNAIDS.org [Internet]. 18 March 2022. Geneva: UNAIDS; c2022 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/march/20220318\\_law-hiv-transmission-zimbabwe](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/march/20220318_law-hiv-transmission-zimbabwe)).
16. Report on progress on actions to reduce stigma and discrimination in all its forms. Report submitted to the 49th meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, 7–10 December 2021, Geneva.
17. The global drug policy index, 2021. Harm Reduction Consortium; 2021 (<https://globaldrugpolicyindex.net/wp-content/themes/gdpci/uploads/GDPI%202021%20Report%20EN.pdf>).
18. Drug Decriminalization in Oregon, One Year Later: Thousands of Lives Not Ruined by Possession Arrests, 300 Million+ in Funding for Services. In: Drugpolicy.org [Internet]. 3 November 2021. Drug Policy Alliance; c2022 (<https://drugpolicy.org/press-release/2021/11/drug-decriminalization-oregon-one-year-later-thousands-lives-not-ruined>).
19. Ghousoub M. B.C. will decriminalize up to 2.5 grams of hard drugs. Drug users say that threshold won't decriminalize them. In: CBC News [Internet]. 3 June 2022. Toronto (ON): CBC; c2022 (<https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/drug-decrim-threshold-1.6477327>).
20. Vejpongsa T, Peck G. Thailand makes marijuana legal, but smoking discouraged. In: IDPC.net [Internet]. 9 June 2022. International Drug Policy Consortium; c2022 (<https://idpc.net/alerts/2022/06/thailand-makes-marijuana-legal-but-smoking-discouraged>).
21. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: Influence of structural determinants. *Lancet*. 2015;385:55–71.
22. Sex work and the law: understanding legal frameworks and the struggle for sex work law reforms. Edinburgh: NSWP; 2014. (<https://www.nswp.org/resource/nswp-publications/sex-work-and-the-law-understanding-legal-frameworks-and-the-struggle-sex>).
23. End 'war on drugs' and promote policies rooted in human rights: UN experts. In: OHCHR.org [Internet]. 24 June 2022. Media statement. Geneva: OHCHR; c2022 (<https://www.ohchr.org/en/statements/2022/06/end-war-drugs-and-promote-policies-rooted-human-rights-un-experts#:~:text=GENEVA%20%2824%20June%202022%29%20-%20UN%20human%20rights,June%202022%2C%20the%20experts%20issued%20the%20following%20statement%3A>).
24. Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination. Geneva: UNAIDS; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/eliminating-discrimination-guidance\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf)).
25. Hargreaves JR, Pliakas T, Hoddinott G, Mainga T, Mubekapi-Musadaidzwa C, Donnell D et al. HIV stigma and viral suppression among people living with HIV in the context of universal test and treat: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(5):561–70.
26. Yuvaraj A, Mahendra VS, Chakrapani V, Yuniastuti E, Santella AJ, Ranauta A et al. HIV and stigma in the healthcare setting. *Oral Dis*. 2020;26 Suppl 1:103–11.
27. Putting young key populations first: HIV and young key populations in Asia and the Pacific, 2022. Bangkok: UNAIDS Regional Support Team; [forthcoming].
28. Galal YS, Khairy WA, Mohamed R, Esmat G, Negm M, Alaty WHA et al. HIV-related stigma and discrimination by healthcare workers in Egypt. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2022;116(7):636–44.



29. Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P et al. Stigma and judgment toward people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial. *AIDS Patient Care STDS*. 2020;34(1):38-50.
30. Pantelic M, Casale M, Cluver L, Toska E, Moshabela M. Multiple forms of discrimination and internalized stigma compromise retention in HIV care among adolescents: findings from a South African cohort. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(5):e25488.
31. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(2 Suppl 1):19833.
32. Looking out for adolescents and youth from key populations: formative assessment on the needs of adolescents and youth at risk of HIV—case studies from Indonesia, the Philippines, Thailand and Viet Nam. Bangkok: UNICEF East Asia and Pacific Regional Office; 2019.
33. Free state of health. Johannesburg: Ritshidze; 2021 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2021/09/Ritshidze-State-of-Health-Free-State-2021.pdf>).
34. Jamaica Network of Seropositives, Health Policy Plus. The People Living with HIV Stigma Index: Jamaica. Washington (DC): Palladium, Health Policy Plus; 2020 (<https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2020/06/Jamaica-SI-Report-2020.pdf>).
35. Public Health Foundation of India, Health Policy Project, MEASURE Evaluation and International Center for Research on Women. Evidence-based strategies to engage men and boys in gender-integrated health interventions. Washington (DC): Futures Group, Health Policy Project; 2014 ([http://www.healthpolicyproject.com/pubs/382\\_MenandBoysBrief.pdf](http://www.healthpolicyproject.com/pubs/382_MenandBoysBrief.pdf)).
36. Pettifor A, Lippman SA, Gottert A, Suchindran CM, Selin A, Peacock D et al. Community mobilization to modify harmful gender norms and reduce HIV risk: results from a community cluster randomized trial in South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2018;21:e25134.
37. Increasing male engagement in the HIV response: promising practices in eastern and southern Africa. Cape Town: Sonke Gender Justice; 2017.
38. Stewart R, Wright B, Smith L, Roberts S, Russell N. Gendered stereotypes and norms: a systematic review of interventions designed to shift attitudes and behaviour. *Heliyon*. 2021;7(4):e06660.
39. Leddy AM, Gottert A, Haberland N, Hove J, West RL, Pettifor A et al. Shifting gender norms to improve HIV service uptake: qualitative findings from a large-scale community mobilization intervention in rural South Africa. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260425.
40. Seeing the unseen: the case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy. State of world population 2022. New York (NY): UNFPA; 2022 ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN\\_SWP22%20report\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf)).
41. Moreira LR, Ewerling F, Barros AJD, Silveira MF. Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reprod Health*. 2019;16(1):148.

42. United Nations Population Fund global databases, 2020. Based on the Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and other national surveys conducted in the 2007–2018 period. For more information, see: Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights: measuring SDG Target 5.6. New York (NY): UNPFA; 2020 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-SDG561562Combined-v4.15.pdf>).
43. Demographic and Health Surveys, 2017–2021.
44. Ninsiima LR, Chiumia IK, Ndejjo R. Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2021;18(1):135.
45. Robert K, Maryline M, Jordan K, Lina D, Helgar M, Annrita I et al. Factors influencing access of HIV and sexual and reproductive health services among adolescent key populations in Kenya. *Int J Public Health*. 2020;65(4):425–32.
46. Newton-Levinson A, Leichter JS, Chandra-Mouli V. Sexually transmitted infection services for adolescents and youth in low- and middle-income countries: perceived and experienced barriers to accessing care. *J Adolesc Health*. 2016;59(1):7–16.
47. No exceptions, no exclusions: realizing sexual and reproductive health, rights and justice for all. 2021 report of the High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. High-Level Commission on the Nairobi Summit; 2021 ([https://www.nairobisummiticpd.org/sites/default/files/NairobiHLC-ENGLISH\\_0.pdf](https://www.nairobisummiticpd.org/sites/default/files/NairobiHLC-ENGLISH_0.pdf)).
48. UNAIDS welcomes Chile's public apology in landmark case of involuntary sterilization of women living with HIV. Press statement. In: UNAIDS.org [Internet]. 27 May 2022. Geneva: UNAIDS; c2022 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220527\\_chile-involuntary-sterilization-women-living-with-HIV#:~:text=Government's%20public%20acknowledgem-.GENEVA%2C%2027%20May%202022%E2%80%9494UNAIDS%20-welcomes%20the%20Chilean%20Government's%20public,were%20sterilized%20without%20their%20consent](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220527_chile-involuntary-sterilization-women-living-with-HIV#:~:text=Government's%20public%20acknowledgem-.GENEVA%2C%2027%20May%202022%E2%80%9494UNAIDS%20-welcomes%20the%20Chilean%20Government's%20public,were%20sterilized%20without%20their%20consent)).
49. McKinnon B, Vander Morris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study. *Bull World Health Organ*. 2019;97(1):42–50.
50. Young people and the law: laws and policies impacting young people's sexual and reproductive health and rights in the Asia-Pacific region. 2020 update. Bangkok: UNPFA; 2020 ([https://asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/young\\_people\\_and\\_the\\_law\\_-\\_laws\\_and\\_policies\\_impacting\\_young\\_peoples\\_sexual\\_and\\_reproductive\\_health\\_and\\_rights\\_in\\_the\\_asia-pacific\\_region\\_2020\\_update\\_2.pdf](https://asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/young_people_and_the_law_-_laws_and_policies_impacting_young_peoples_sexual_and_reproductive_health_and_rights_in_the_asia-pacific_region_2020_update_2.pdf)).
51. Legal and policy trends impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific, 2014–2019. Geneva: UNAIDS; 2021 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf)).
52. Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, Venukumar KT, Lakshmi B, Roy A et al. Delivering community-led integrated HIV and sexual and reproductive health services for sex workers: a mixed methods evaluation of the DIFFER study in Mysore, South India. *PLoS One*. 2019;14(6):e0218654.
53. Ippoliti NB, Nanda G, Wilcher R. Meeting the reproductive health needs of female key populations affected by HIV in low- and middle-income countries: a review of the evidence. *Stud Fam Plann*. 2017;48(2):121–51.

54. Zaneva M, Philpott A, Singh A, Larsson G, Gonsalves L. What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2022;17(2):e0261034.
55. Sladden T, Philpott A, Braeken D, Castellanos-Usigli A, Yadav V, Christie C et al. Sexual health and wellbeing through the life course: ensuring sexual health, rights and pleasure for all. *Inter J Sex Health*. 2021;33(4):565–71.
56. Ford JV, Corona Vargas E, Finotelli I Jr, Fortenberry JD, Kismödi E, Philpott A et al. Why pleasure matters: its global relevance for sexual health, sexual rights and wellbeing. *Inter J Sex Health*. 2019;31(3):217–30.
57. Family planning fact sheet. In: UNFPA.org [Internet]. Updated 16 August 2021. New York (NY): UNFPA; c2022 (<https://www.unfpa.org/family-planning#readmore-expand>).
58. Twizelimana D, Muula AS. Unmet contraceptive needs among female sex workers (FSWs) in semi urban Blantyre, Malawi. *Reprod Health*. 2021 Jan 19;18(1):11.
59. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women, and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO; 2021.
60. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health*. 2014;104:e42–e54.
61. Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, Marrow E, Stephenson R, Agénor M et al. Intimate partner violence in transgender populations: systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. *Am J Public Health*. 2020;110(9):e1–e14.
62. Poteat T, Ackerman B, Diouf D, Ceesay N, Mothopeng T, Odette KZ et al. HIV prevalence and behavioral and psychosocial factors among transgender women and cisgender men who have sex with men in 8 African countries: a cross-sectional analysis. *PLoS Med*. 2017;14(11):e1002422.
63. Folch C, Casabona J, Majó X, Meroño M, González V, Colom J et al. Women who inject drugs and violence: need for an integrated response. *Adicciones*. 2021;33(4):299–306.
64. Meskele M, Khuzwayo N, Taylor M. Mapping the evidence of intimate partner violence among women living with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: a scoping review. *BMJ Open*. 2021;11(5):e041326.
65. Yonga AM, Kiss L, Onarheim KH. A systematic review of the effects of intimate partner violence on HIV-positive pregnant women in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2022;22(1):220.
66. Kiss L, Quinlan-Davidson M, Pasquero L, Tejero PO, Hogg C, Theis J et al. Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle-income countries. *Confl Health*. 2020;14:11.
67. Flores AR, Langton L, Meyer IH, Romero AP. Victimization rates and traits of sexual and gender minorities in the United States: results from the National Crime Victimization Survey, 2017. *Sci Adv*. 2020;6(40):eaba6910.
68. Schwab-Reese LM, Currie D, Mishra AA, Peek-Asa C. A comparison of violence victimization and polyvictimization experiences among sexual minority and heterosexual adolescents and young adults. *J Interpers Violence*. 2021;36(11-12):NP5874–NP5891.
69. Hate crimes against LGBTQ on the rise in Switzerland. In: swissinfo.ch [Internet]. 17 May 2022. SWI swissinfo.ch; c2022 (<https://www.swissinfo.ch/eng/hate-crimes-against-lgbtq-on-the-rise-in-switzerland/47599858>).

70. UNITY Platform publishes annual report on violence against sexual and gender minorities in Cameroon. In: UNAIDS.org [Internet]. 5 May 2021. Geneva: UNAIDS; c2022 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210505\\_cameroon](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210505_cameroon)).
71. Leddy AM, Weiss E, Yam E, Pulerwitz J. Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: a scoping review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):897.
72. Leis M, McDermott M, Koziarz A, Szadkowski L, Kariri A, Beattie TS et al. Intimate partner and client-perpetrated violence are associated with reduced HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake, depression and generalized anxiety in a cross-sectional study of female sex workers from Nairobi, Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(Suppl 2):e25711.
73. Mendoza C, Barrington C, Donastorg Y, Perez M, Fleming PJ, Decker MR et al. Violence from a sexual partner is significantly associated with poor HIV care and treatment outcomes among female sex workers in the Dominican Republic. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;74(3):273-8.
74. Ogbonnaya IN, Reed E, Wanyenze RK, Wagman JA, Silverman JG, Kiene SM. Perceived barriers to HIV care and viral suppression comparing newly diagnosed women living with HIV in rural Uganda with and without a history of intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2021 Jun 26:8862605211028284.
75. Hatcher AM, Brittain K, Phillips TK, Zerbe A, Abrams EJ, Myer L. Longitudinal association between intimate partner violence and viral suppression during pregnancy and postpartum in South African women. *AIDS*. 2021;35(5):791-9.
76. Hampanda KM. Intimate partner violence and HIV-positive women's non-adherence to antiretroviral medication for the purpose of prevention of mother-to-child transmission in Lusaka, Zambia. *Social Sci Med*. 2016;153:123-30.
77. Kidman R, Violari A. Dating violence against HIV-infected youth in South Africa: associations with sexual risk behavior, medication adherence, and mental health. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;77(1):64-71.
78. Orza LB, Bell E, Crone ET, Damji N, Dilmitis S, Tremlett L et al. In women's eyes: key barriers to women's access to HIV treatment and a rights-based approach to their sustained well-being. *Health Hum Rights*. 2017;19(2):155-68.
79. Wetzel EC, Tembo T, Abrams EJ, Mazenga A, Chitani MJ, Ahmed S et al. The relationship between intimate partner violence and HIV outcomes among pregnant women living with HIV in Malawi. *Malawi Med J*. 2021;33(4):242-52.
80. Fiorentino M, Sow A, Sagaon-Teyssier L, Mora M, Mengue MT, Vidal L et al. Intimate partner violence by men living with HIV in Cameroon: prevalence, associated factors and implications for HIV transmission risk (ANRS-12288 EVOLCAM). *PLoS One*. 2021;16(2):e0246192.
81. Shrestha R, Copenhagen MM. Association between intimate partner violence against women and HIV-risk behaviors: findings from the Nepal Demographic Health Survey. *Violence Against Women*. 2016;22(13):1621-41.
82. Addressing violence against women in health and multisectoral policies: a global status report. Geneva: WHO; 2021.
83. Mago A, Dartnall E. Funding ethically: better funding for violence against women and violence against children—research in lower- and middle-income countries. Pretoria: Sexual Violence Research Initiative; 2022 ([https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2022-01-20/FullReport\\_Ethical\\_Funding.pdf](https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2022-01-20/FullReport_Ethical_Funding.pdf)).

84. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Are interventions focused on gender-norms effective in preventing domestic violence against women in low and lower-middle income countries? A systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2019;16(1):93.
85. John N, Casey SE, Carino G, McGovern T. Lessons never learned: crisis and gender-based violence. *Dev World Bioeth*. 2020;20(2):65-8.
86. Dworkin SL, Treves-Kagan S, Lippman SA. Gender-transformative interventions to reduce HIV risks and violence with heterosexually-active men: a review of the global evidence. *AIDS Behav*. 2013 Nov;17(9):2845-63.
87. Annual report to the Human Rights Council: investing in child protection and violence prevention should be seen as a vaccine to end the pandemic of violence against children. New York (NY): Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence Against Children; 2022 ([https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/hrc\\_report\\_2022.pdf](https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/hrc_report_2022.pdf)).
88. Sánchez-Prada A, Delgado-Alvarez C, Bosch-Fiol E, Ferreira-Basurto V, Ferrer-Perez VA. Psychosocial implications of supportive attitudes towards intimate partner violence against women throughout the lifecycle. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6055.
89. Anaba EA, Manu A, Ogum-Alangea D, Modey EJ, Addo-Lartey A, Torpey K. Young people's attitudes towards wife-beating: analysis of the Ghana Demographic and Health Survey 2014. *PLoS One*. 2021;16(2):e0245881.
90. Gottert A, Pulerwitz J, Haberland N, Mathebula R, Rebombo D, Spielman K et al. Gaining traction: promising shifts in gender norms and intimate partner violence in the context of a community-based HIV prevention trial in South Africa. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237084.
91. Lees S, Marchant M, Selestine V, Mshana G, Kapiga S, Harvey S. The transformative effects of a participatory social empowerment intervention in the MAISHA intimate partner violence trial in Tanzania. *Cult Health Sex*. 2021;23(10):1313-28.
92. Park E, Wolfe SJ, Nalugoda F, Stark L, Nakyanjo N, Ddaaki W et al. Examining masculinities to inform gender-transformative violence prevention programs: qualitative findings from Rakai, Uganda. *Glob Health Sci Pract*. 2022;10(1):e2100137.
93. Jones N, Pincock K, Baird S, Yadete W, Hamory Hicks J. Intersecting inequalities, gender and adolescent health in Ethiopia. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):97.
94. Yount KM, Krause KH, Miedema SS. Preventing gender-based violence victimization in adolescent girls in lower-income countries: systematic review of reviews. *Soc Sci Med*. 2017;192:1-13.
95. Ferrari G, Torres-Rueda S, Chirwa E, Gibbs A, Orangi S, Barasa E et al. Prevention of violence against women and girls: a cost-effectiveness study across 6 low- and middle-income countries. *PLoS Med*. 2022;19(3):e1003827.
96. Gibbs A, Reddy T, Closson K, Cawood C, Khanyile D, Hatcher A. Intimate partner violence and the HIV care and treatment cascade among adolescent girls and young women in DREAMS, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2022;89(2):136-42.
97. Meinck F, Pantelic M, Spreckelsen TF, Orza L, Little MT, Nittas V et al. Interventions to reduce gender-based violence among young people living with or affected by HIV/AIDS in low-income and middle-income countries. *AIDS*. 2019;33(14):2219-36.



98. Manjoo R. Accountability and impunity: developments and challenges in realizing justice for women victims of violence. *International Review of Contemporary Law*; March 2020.
99. The International Commission on Financing Global Education Opportunity. *The learning generation: investing in education for a changing world*. New York (NY): The Education Commission; 2016 ([http://report.educationcommission.org/wp-content/uploads/2016/08/Learning\\_Generation\\_Exec\\_Summary.pdf](http://report.educationcommission.org/wp-content/uploads/2016/08/Learning_Generation_Exec_Summary.pdf)).
100. UNESCO strategy on education for health and well-being: contributing to the Sustainable Development Goals. Paris: UNESCO; 2016 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf00000246453>).
101. Wodon Q, Montenegro C, Nguyen J, Onagoruwa A. Missed opportunities: the high cost of not educating girls. Washington (DC): World Bank; 2018 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29956/HighCostOfNotEducatingGirls.pdf?sequence=6&isAllowed=y>).
102. Population-based surveys, 2012–2018.
103. David JK, Pant R, Allam RR, Priya VM. The relationship between educational attainment and HIV prevalence among pregnant women attending antenatal clinics in sex states of India: sentinel surveillance from 2010 to 2017. *Indian J Pub Health*. 2020;64(Suppl):S15–S21.
104. Mensch BS, Grant MJ, Soler-Hampejsek E, Kelly CA, Chalasani S, Hewett PC. Does schooling protect sexual health? The association between three measures of education and STIs among adolescents in Malawi. *Popul Stud (Camb)*. 2020;74(2):241–61.
105. Lindskog A, Durevall D. To educate a woman and to educate a man: gender-specific sexual behavior and human immunodeficiency virus responses to an education reform in Botswana. *Health Econ*. 2021;30(3):642–58.
106. 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.
107. Pettifor A, MacPhail C, Selin A, Gómez-Olivé FX, Rosenberg M, Wagner RG et al. HPTN 068: a randomized control trial of a conditional cash transfer to reduce HIV infection in young women in South Africa—study design and baseline results. *AIDS Behav*. 2016;20:1863–82.
108. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015;3(8):e470–e477.
109. Addressing the learning crisis: an urgent need to better finance education for the poorest children. New York (NY): UNICEF; 2020 (<https://www.unicef.org/media/63896/file/Addressing-the-learning-crisis-advocacy-brief-2020.pdf>).
110. A future stolen: young and out of school. New York (NY): UNICEF; September 2018 (<https://data.unicef.org/resources/a-future-stolen/>).
111. United Nations Children's Fund, UN Women and Plan International. *A new era for girls: taking stock of 25 years of progress*. New York (NY): UNICEF; 2019 ([https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2020/03/A-New-era-for-girls-progress-report-English\\_2020.pdf](https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2020/03/A-New-era-for-girls-progress-report-English_2020.pdf)).
112. New methodology shows that 258 million children, adolescents and youth are out of school. Montreal (QC): UNESCO Institute for Statistics; September 2019 (<http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/new-methodology-shows-258-million-children-adolescents-and-youth-are-out-school.pdf>).



113. UNESCO Institute for Statistics, most recent values from 2010 to 2018. Cited in: Adolescent girls in West and central Africa: data brief. New York (NY): UNICEF; 2019 (<https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2019/10/Adolescent-girls-WCAR-brochure-English-2019.pdf>).
114. The state of the global education crisis: a path to recovery. Washington (DC), Paris, New York (NY): The World Bank, UNESCO and UNICEF; 2021 (<https://www.unicef.org/media/111621/file/%20The%20State%20of%20the%20Global%20Education%20Crisis.pdf%20.pdf>).
115. Girls' education and COVID-19: what past shocks can teach us about mitigating the impacts of pandemics. Washington (DC): Malala Fund; 2020 (<https://malala.org/newsroom/archive/malala-fund-releases-report-girls-education-covid-19>).
116. Kuper H, Heydt P, Davey C. A focus on disability is necessary to achieve HIV epidemic control. *Lancet HIV*. 2022;9(4):e293–e298.
117. De Beaudrap P, Pasquier E, Tchoumkeu A, Touko A, Essomba F, Brus A et al. HandiVIH: a population-based survey to understand the vulnerability of people with disabilities to HIV and other sexual and reproductive health problems in Cameroon—protocol and methodological considerations. *BMJ Open*. 2016;6:e008934.
118. Pengpid S, Peltzer K. HIV status, knowledge, attitudes and behaviour of persons with and without disability in South Africa: evidence from a national population-based survey. *Pan Afr Med J*. 2019;33:302.
119. Mekonnen AG, Bayleyegn AD, Aynalem YA, Adane TD, Muluneh MA, Zeru AB. Determinants of knowledge, attitudes and practices in relation to HIV/AIDS and other STIs among people with disabilities in North-Shewa zone, Ethiopia. *PLoS One*. 2020;15(10):e0241312.
120. DeBeaudrap P, Beninguisse G, Mouté C, Temgoua CD. The multidimensional vulnerability of people with disability to HIV infection: results from the handiSSR study in Bujumbura, Burundi. *EClinicalMedicine*. 2020;25:100477.
121. Disability and HIV. Geneva: UNAIDS; 2017 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2905\\_disability-and-HIV\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2905_disability-and-HIV_en.pdf)).
122. Myezwa H, Hanass-Hancock J, Ajidahun AT, Carpenter B. Disability and health outcomes—from a cohort of people on long-term anti-retroviral therapy. *SAHARA J*. 2018;15:50–9.
123. Bright T, Kuper H. A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low- and middle-income countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9):1879.
124. Ganle JK, Baatiema L, Quansah R, Danso-Appiah A. Barriers facing persons with disability in accessing sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(10):e0238585.
125. Tun W, Okal J, Schenk K, Esantsi S, Mutale F, Kyeremaa RK et al. Limited accessibility to HIV services for persons with disabilities living with HIV in Ghana, Uganda and Zambia. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(5 Suppl 4):20829.
126. Olakunde BO, Pharr JR. HIV-related risk behaviors and HIV testing among people with sensory disabilities in the United States. *Int J STD AIDS*. 2020;31:1398–406.
127. Hanass-Hancock J, Myezwa H, Carpenter B. Disability and living with HIV: baseline from a cohort of people on long-term ART in South Africa. *PLoS One*. 2015;10(12):e0143936.
128. Carpenter BS, Hanass-Hancock J, Myezwa H. Looking at antiretroviral adherence through a disability lens: a cross-sectional analysis of the intersection of disability, adherence, and health status. *Disabil Rehabil*. 2020;42:806–13.

129. Turrini G, Chan SS, Klein PW, Cohen SM, Dempsey A, Hauck H et al. Assessing the health status and mortality of older people over 65 with HIV. *PLoS One*. 2020;15(11):e0241833.
130. Ward E, Hanass-Hancock J, Amon JJ. Left behind: persons with disabilities in HIV prevalence research and national strategic plans in east and Southern Africa. *Disabil Rehabil*. 2020;44:1-10.
131. Let our actions count: South Africa's national strategic plan for HIV, TB, and STIs 2017–2022. Pretoria: South African National AIDS Council (SANAC); 2017 ([https://www.gov.za/sites/default/files/gcis\\_document/201705/nsp-hiv-tb-stia.pdf](https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201705/nsp-hiv-tb-stia.pdf)).
132. Hanass Hancock J, Chappel P, Johns R, Nene S. Breaking the silence through delivering comprehensive sexuality education to learners with disabilities in South Africa: educators experiences. *Sex Disabil*. 2018;36:105-21.
133. Hanass-Hancock J, Alli F. Closing the gap: training for healthcare workers and people with disabilities on the interrelationship of HIV and disability. *Disabil Rehabil*. 2015;37:2012-21.
134. Factsheet on Persons with Disabilities. In: United Nations Department of Economic and Social Affairs [Internet]. United Nations; c2022 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/factsheet-on-persons-with-disabilities.html>).
135. Common barriers to participation experienced by people with disabilities. Atlanta (GA): United States Centers for Disease Control and Prevention; 2020 (<https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability-barriers.html>).

# ВЕДУЩАЯ РОЛЬ СООБЩЕСТВ В ПРОТИВОДЕЙСТВИИ ВИЧ

# IV

Политическая активность, мобилизация и работа общественных организаций на местах определяют содержание противодействия ВИЧ и спасают бесчисленное количество жизней.

Организации под руководством сообществ определяют характер мер в ответ на ВИЧ различными способами. Эти организации требуют, чтобы программы по противодействию ВИЧ основывались на защите прав и достоинства людей, выступают за правовые и политические изменения и упрощённый доступ к лекарствам и услугам. Во многих местах организации сообществ непосредственно предоставляют различные услуги в связи с ВИЧ, активно включаются в программы на базе лечебных учреждений, что делает услуги более доступными, приносят свои идеи в планирование и реализацию мероприятий, а также занимаются мониторингом на низовом уровне для усиления эпиднадзора и подотчётности (1).

**АДАПТИВНОСТЬ УСЛУГ,  
ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ  
СООБЩЕСТВАМИ,  
ОКАЗАЛАСЬ ОСОБЕННО  
ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ В  
ПЕРВЫЙ ГОД ПАНДЕМИИ  
COVID-19**

**Организации при лидерстве сообществ и ключевых групп населения действуют на глобальном, региональном, национальном и местном уровнях. Их участие и способность требовать подотчётности от органов, принимающих решения на разных уровнях, способствует организации противодействия ВИЧ оптимальным образом.**

Исследования показывают, что мероприятия при лидерстве сообществ могут улучшить знания и отношение людей к ВИЧ, расширить доступ к услугам и улучшить результаты профилактики и лечения. Организации сообществ предоставляют соответствующие услуги наиболее удобным образом, создают обстановку доверия и уважения между поставщиками услуг и пациентами, тем самым устраняя дискриминационную практику (1, 2). Эти услуги могут быть более эффективными, чем стандартные виды помощи на базе медицинских учреждений, для охвата маргинализированных и недостаточно обслуживаемых групп населения, особенно если они подкреплены усилиями по развитию потенциала (1, 3). Вмешательства силами сообществ помогают снизить заболеваемость ВИЧ и инфекциями, передающимися половым путём, среди секс-работников в Индии и Танзании, а в Ванкувере, Канада, — укрепить решимость секс-работниц, многие из которых являются представительницами коренных народов или женщинами другого цвета кожи, воспользоваться преимуществами медицинской помощи. Организации сообществ помогают подросткам в Зимбабве сохранять приверженность лечению ВИЧ-инфекции путём решения их психосоциальных проблем (4–7).

Адаптивность услуг, оказываемых при лидерстве сообществ, оказалась особенно важной в первый год пандемии COVID-19, когда организации сообществ создали схемы и пункты выдачи лекарств и продуктов питания, организовали доставку на дом и перенесли информационно-пропагандистскую работу на виртуальные платформы (8–10).

Государства-члены ООН обязались увеличить долю услуг в связи с ВИЧ, предоставляемых общественными организациями, до 30% в сфере тестирования на ВИЧ и лечения ВИЧ-инфекции, до 80% в области профилактики ВИЧ в группах высокого риска и до 60% в программах по созданию социально благоприятной среды к 2025 году (11). Для достижения этих целевых показателей и реализации всего потенциала мероприятий по противодействию ВИЧ при лидерстве сообществ правительства и другие заинтересованные стороны обязались обеспечить более широкое участие людей, живущих с ВИЧ (принцип GIPA) и прилагать согласованные усилия для наиболее широкого вовлечения людей, живущих с ВИЧ, и представителей ключевых групп населения, включая женщин, девочек-подростков и молодых людей, на всех этапах противодействия ВИЧ, в том числе на самых ранних. Необходимо сделать гораздо больше, чтобы сообщества воспринимались как организационная сила и имели право голоса, а также для участия тех, кто традиционно остаётся за бортом, включая все ключевые группы населения и людей, живущих с ВИЧ, а также девочек и мальчиков подросткового возраста, женщин, инвалидов, мигрантов и беженцев, затронутых ВИЧ (12, 13).

Заинтересованные стороны должны претворить политическую приверженность в действия и интегрировать вмешательства при лидерстве сообществ в ответные меры противодействия ВИЧ, принимаемые в секторе здравоохранения, а также привлекать сообщества к планированию, осуществлению мер и мониторингу на всех уровнях. Препятствующие законы и политика должны быть изменены, а сообществам должна быть предоставлена дополнительная поддержка. Необходимы новые стратегии, руководства и модели для расширения масштабов ответных мер при лидерстве сообществ, а также необходимо обеспечить более последовательное и легкодоступное финансирование и поддержку в наращивании потенциала, с тем чтобы ключевые группы населения, женщины и молодёжь могли взять на себя ведущую роль в реализации мер противодействия ВИЧ.

## УСЛУГИ В СВЯЗИ С ВИЧ, КОТОРЫЕ ДОСТИГАЮТ ЛЮДЕЙ И РАБОТАЮТ ДЛЯ ЛЮДЕЙ

Люди, живущие с ВИЧ, и представители ключевых групп населения часто неохотно обращаются за необходимыми им услугами из-за дискриминационного отношения, с которым они сталкиваются в медицинских учреждениях. Поскольку процессы здравоохранения часто не учитывают уязвимость и маргинализацию, многие сообщества, наиболее затронутые ВИЧ, исключаются из процесса разработки, планирования и мониторинга услуг в связи с ВИЧ, что напрямую влияет на их способность эффективно получать доступ к этим услугам или пользоваться ими. В частности, отсутствие знаний по гендерным вопросам и особенностям ключевых групп населения приводит к систематическому исключению из охвата вмешательствами ряда категорий населения, особенно женщин, живущих с ВИЧ, женщин из ключевых групп населения и девочек-подростков.

Было показано, что по сравнению с услугами в связи с ВИЧ, которые предоставляются по принципу «сверху вниз», услуги, предполагающие активное участие сообщества, обеспечивают большее понимание и уважение к маргинализированным его членам без ущерба для качества. В Нигерии, например, секс-работники, люди, употребляющие наркотики инъекционным путём, а также геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, которые обслуживались в учреждениях, руководимых представителями тех же уязвимых групп в четырёх штатах, заявили, что услуги в этих учреждениях более доступны по цене, что их опасения воспринимались серьёзно, а неприкосновенность их частной жизни и конфиденциальность соблюдались (14).

Исследования показали, что услуги, предоставляемые при лидерстве сообществ маргинализированным и особенно ключевым группам населения и молодёжи, могут превосходить по качеству услуги, предлагаемые в клиниках и больницах. Недавний обзор 48 исследований вмешательств в связи с ВИЧ при лидерстве сообществ, большинство из которых проводились в странах с низким и средним уровнем доходов, и многие из которых проводились с участием молодёжи, выявил положительные результаты в таких областях, как информированность о ВИЧ, рискованное поведение, грамотность в вопросах охраны здоровья, профилактика ВИЧ, приверженность лечению и подавление вирусной нагрузки (1).

## Исследования показали, что услуги, предоставляемые при лидерстве сообществ маргинализированным группам населения, могут превосходить по качеству услуги, предлагаемые в клиниках и больницах.

По мере того, как растёт объём данных о воздействии услуг силами сообществ, их всё чаще интегрируют в национальные программы по противодействию ВИЧ. Во Вьетнаме «группы самопомощи», состоявшие из представителей ключевых групп населения, преобразовались в общественные организации и социальные предприятия, которые предоставляют услуги по тестированию на ВИЧ (включая самотестирование), доконтактную профилактику (ДКП) и другие медицинские услуги. Они показали себя настолько хорошо, что в 2020 году министерство здравоохранения приняло решение о внедрении услуг тестирования и ДКП силами сообществ почти в половине из 63 провинций страны. Услуги, предоставляемые при лидерстве ключевых групп населения теперь интегрированы в национальный план противодействия ВИЧ во Вьетнаме (15).<sup>2</sup> Тем не менее, во всем мире услуги, предоставляемые силами сообществ, по-прежнему относительно редки из-за ограничений правового и политического характера, а также недостаточного финансирования, что препятствует развитию технического потенциала таких услуг.

1 Более половины исследований показали улучшение поведения, направленного на профилактику заболеваний (включая использование презервативов), восемь подтвердили улучшения в приверженности терапии и подавлении вирусной нагрузки, а в 10 исследованиях сообщилось об улучшении доступа, востребованности и качества услуг. Также отмечалось расширение участия сообществ и повышение социальной сплочённости. В девяти исследованиях сообщалось о неоднозначных или отсутствующих различиях в исходах между интервенционными и контрольными группами.

2 Подробнее см.: «Неравные, неподготовленные, незащищённые. Почему необходимы решительные действия против неравенства, чтобы положить конец СПИДу, остановить COVID-19 и подготовиться к будущим пандемиям». Доклад ко Всемирному дню борьбы со СПИДом. Женева: ЮНЭЙДС. 2021.



Заключение социальных контрактов является одним из способов финансовой поддержки расширения охвата и повышения качества и актуальности услуг. Национальным программам и другим партнёрам также необходимо укреплять технические и оперативные возможности общественных организаций и выделять средства на их деятельность как неотъемлемую часть реализации национальных планов. При использовании потенциала услуг, предоставляемых силами сообществ, важно иметь чёткое представление об условиях, при которых эти подходы работают лучше всего, и о том, как они могут наиболее эффективно увязываться с более широкими системами здравоохранения и другими мерами противодействия.

**«Равный доступ к услугам в связи с ВИЧ и [гепатитом С] для людей, употребляющих наркотики, означает, что наши сообщества могут вступать в программы, продолжать участие и выходить из них так же, как и представители общего населения — по нашему собственному выбору и волеизъявлению. Мы имеем доступ к недорогим и качественным услугам и лечению, независимо от того, употребляем ли мы наркотики. Нам не нужно избегать обращения за медицинской помощью из-за криминализации, боязни стигмы и осуждения, и [нам] предоставляется точная информация о здоровье. У нас есть возможность принимать обоснованные решения в отношении собственного тела, к которым медицинские работники должны относиться серьёзно».**

– Джуди Чанг, Международная сеть людей, употребляющих наркотики (INPUD), презентация на предконференционном семинаре Комиссии по наркотическим средствам Управления Организации Объединённых Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН), март 2022 г.

## ПРИТОК СВЕЖИХ СИЛ В ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ВИЧ

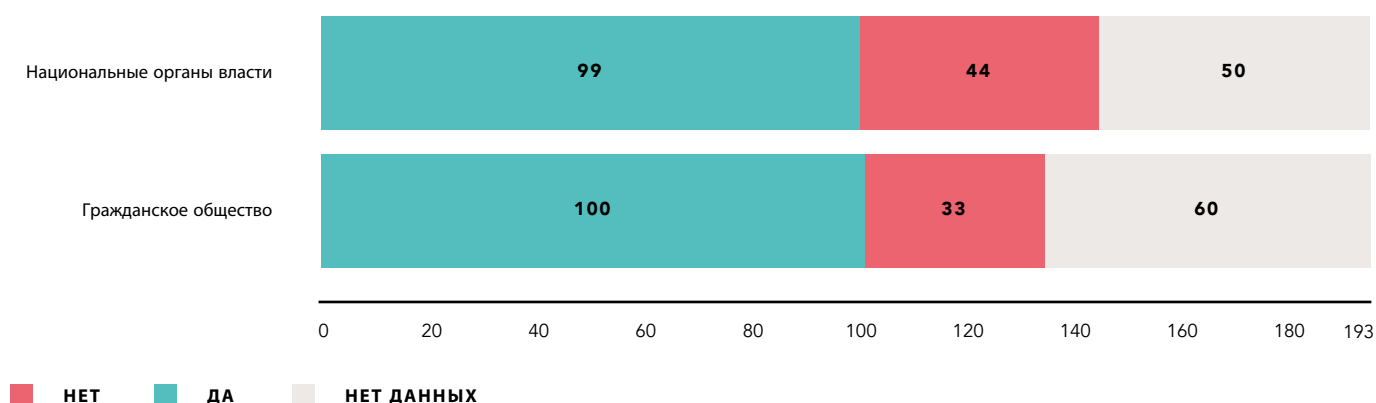
На молодых людей (в возрасте от 15 до 24 лет) приходилось более четверти (27%) новых случаев инфицирования ВИЧ в мире в 2021 году и более трех из 10 (31%) новых случаев инфицирования в странах Африки к югу от Сахары. Несмотря на это, ориентированные на молодёжь услуги в сфере ВИЧ, охраны сексуального и репродуктивного здоровья и снижения вреда, которые отражают разнообразие молодых людей и отвечают конкретным потребностям молодых людей из ключевых групп населения, всё ещё не являются нормой. Слишком часто молодые люди подвергаются осуждению, стигматизации или дискриминации из-за их сексуальной идентичности, сексуальной активности или ВИЧ-инфекции.

Молодые люди понимают свои собственные проблемы и потребности и играют жизненно важную роль в мобилизации усилий для вокруг требований, основанных на правах, и в обеспечении актуальности и доступности услуг, связанных с ВИЧ. Существует множество примеров понимания и влияния, которые молодые люди привносят в программы по противодействию ВИЧ. Их спектр широк: проект Teenenergizer в Восточной Европе и Центральной Азии, обширная деятельность YouthLEAD с молодыми людьми из ключевых групп населения в Азиатско-Тихоокеанском регионе, молодёжные программы YouthRise в области снижения вреда и реформы наркополитики, а также поддержка, которую оказывает организация Ground Up! молодым людям, живущим с ВИЧ, в восточной и южной частях Африки (16–19). Услуги по тестированию на ВИЧ, проводимые сверстниками, весьма приемлемы для молодых людей, как это видно на примере студентов университетов в Демократической Республике Конго, Южной Африке и Зимбабве, в проекте Yathu, Yathu в Лусаке, Замбия, и в Нигерии (20–24). Но такие услуги, как правило, все ещё редки, ограничены по масштабу и финансированию. Например, оценочная таблица #UPROOT — инструмент мониторинга, созданный молодёжью, — по-прежнему указывает на неравномерность участия, партнёрства и лидерства молодёжи в противодействии ВИЧ (25).

## Оценочная таблица #UPROOT — инструмент мониторинга, созданный молодёжью, — по-прежнему указывает на неравномерность участия, партнёрства и лидерства молодёжи в противодействии ВИЧ.

Значительное число стран всё ещё не дают молодым людям возможности участвовать в разработке национальной политики в области здравоохранения (рис. 4.1).

**РИСУНОК 4.1** Доля стран, сообщивших об участии молодёжи в возрасте 15–24 лет в разработке национальной политики, руководств и стратегий, касающихся здоровья молодых людей, все страны, 2017–2022 гг.



Источник: Инструмент национальных обязательств и политики, ЮНЭЙДС, 2017–2022 гг. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Правительства и доноры должны использовать знания и творческие подходы, которые молодые люди привносят в противодействие ВИЧ, а также должны следовать обязательствам, изложенным в Глобальной стратегии по СПИДу и Политической декларации по ВИЧ и СПИДу 2021 года. Они могут сделать это, активно привлекая молодёжь к принятию решений и определению приоритетов при разработке программ в области противодействия ВИЧ, охраны сексуального и репродуктивного здоровья и снижению вреда, а также поддерживая молодёжные организации посредством регулярного финансирования и постоянного развития потенциала. Такой подход гарантирует, что молодые люди смогут сделать программы по ВИЧ в полной мере действенными для них самих и их сверстников.

#### Следующая страница

Участие молодых людей в Инанде, Дурбан, ЮАР, февраль 2022 г. Национальная ассоциация работников по уходу за детьми заключила контракт в рамках общественного проекта по поддержке детей и молодёжи в Инанде, крупнейшем округе Этеквини, Дурбан. Основная цель проекта — охватить детей и молодых людей услугами в связи с ВИЧ, обеспечить приверженность лечению среди людей, живущих с ВИЧ, а также бороться со стигмой в обществе.



# МОЛОДЁЖЬ ВЫСТУПАЕТ ЗА ТО, ЧТОБЫ ПОКОНЧИТЬ С ВИЧ РАЗ И НАВСЕГДА

Если мы надеемся покончить со СПИДом к 2030 году, необходимо доверить лидерство на этом пути молодым. ЮНЭЙДС сыграла ключевую роль в координации #GenEndIt — коалиции молодёжных организаций, финансируемой с 2016 года для поддержки лидерства молодых людей их разных стран мира в противодействии ВИЧ.<sup>1</sup>

Глобальная стратегия по СПИДу отдаёт приоритет партнёрствам в качестве центральной стратегии, чтобы вывести мир на путь, позволяющий искоренить СПИД как угрозу общественному здравоохранению, а инициатива #GenEndIt иллюстрирует исключительную важность партнёрства для выполнения целей Стратегии в отношении молодёжи.

#GenEndIt — особенно яркий пример механизма обеспечения устойчивых инвестиций в программы, отвечающие запросам молодёжи. #GenEndIt при поддержке Oak Foundation и Restless Development набрала и обучила 15 молодых лидеров из разных стран мира, так называемых послов, с тем чтобы они стали пропагандистами и зачинателями кампаний по противодействию ВИЧ, основанных на вовлечении, лидерстве и солидарности молодых людей. Коалиция #GenEndIt также использует коммуникации, ориентированные на молодёжь, и мобилизацию сообществ для повышения уровня знаний и осведомлённости молодёжи о ВИЧ. Коалиция выступает за изменения культурных и религиозных обычаев, ограничивающих доступ молодых людей к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав, а также к всестороннему сексуальному просвещению. Коалиция также борется со стигмой и дискриминацией, особенно в отношении молодых людей, живущих с ВИЧ, и молодых представителей ключевых групп населения.

Кампании по адвокации, иницируемые #GenEndIt, разрабатываются и осуществляются молодыми людьми и для них. Коалиция уже охватила 4457 молодых людей на Фиджи с помощью радиопрограмм, ориентированных на молодёжь, организовала более 15 000 мероприятий, связанных с ВИЧ, в социальных сетях в Нигерии и вовлекла 118 молодых людей путём внутриобщинных диалогов в Камеруне.

Ориентируя молодых людей на роль лидеров, умеющих принимать решения, и укрепляя их потенциал для руководства мероприятиями по ликвидации СПИДа, #GenEndIt закладывает фундамент устойчивого противодействия ВИЧ. Благодаря целенаправленным инвестициям #GenEndIt расширяет охват молодёжи, особенно молодых представителей из ключевых групп населения, сочетая информационно-просветительскую работу «равными консультантами» с деятельностью в социальных сетях и на других коммуникационных платформах.

<sup>1</sup> #GenEndIt — это совместная инициатива, созданная Grassroot Soccer, Фондом по борьбе со СПИДом Элизабет Тейлор, Детским фондом по борьбе со СПИДом Элизабет Глейзер, Фондом по борьбе со СПИДом Элтона Джона, The PACT, Африканским просветительским проектом Шарлиз Терон, благотворительными фондами Sentebale, Avert, фондом MTV Staying Alive и ЮНЭЙДС.







«ТРУДНОСТИ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОТЕНЦИАЛА МОЛОДЁЖИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ВАЖНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И ДЛЯ ЛИДЕРСТВА В СФЕРЕ ВИЧ, А ТАКЖЕ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ ВОЗНИКАЮТ ИЗ-ЗА ФОРМАЛИЗМА И ИМИТАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. СЛЕДУЕТ СОЗДАВАТЬ БОЛЬШЕ МЕСТНЫХ И ГЛОБАЛЬНЫХ ПРОСТРАНСТВ ДЛЯ СОТРУДНИЧЕСТВА И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С МОЛОДЁЖЬЮ, ЧТОБЫ ОТКРЫТЬ БОЛЬШЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ И ПЛОЩАДОК ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ИХ АДВОКАЦИИ И ИНИЦИАТИВ».

«Я ЧАСТО ГОВОРИЛА МОЛОДЫМ ЛЮДЯМ: «НЕВЕЖЕСТВО — САМОЕ СЕРЬЁЗНОЕ ПРЕПЯТСТВИЕ НА ПУТИ ЛЮБОГО ПРОГРЕССА, КОТОРОГО МЫ ДОБИВАЕМСЯ. ПОЭТОМУ НЕ НУЖНО ГОРДИТЬСЯ ТЕМ, ЧТО МЫ НЕ ЗНАЕМ, ЧТО ПРОИСХОДИТ ВОКРУГ НАС!» ПО-ПРЕЖНЕМУ СУЩЕСТВУЕТ БОЛЬШОЙ ПРОБЕЛ В ЗНАНИЯХ, И ВАЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПОДХОД РАВНОПРАВИЯ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ МОЛОДЁЖИ В СФЕРЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ. Я СЧИТАЮ, ЧТО НАМ НУЖЕН ПОДХОД «СНИЗУ ВВЕРХ», КОГДА МОЛОДЫМ ЛЮДЯМ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ВСЕСТОРОННЕЕ ПОЛОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НА РАННИХ ЭТАПАХ ИХ ЖИЗНИ. ТАКИМ ОБРАЗОМ ОНИ СМОГУТ ВЫСКАЗЫВАТЬ ИДЕИ И ВНОСИТЬ ЗНАЧИМЫЙ ВКЛАД В ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ВИЧ».

Молодежные послы выбраны из числа молодых активистов из общественных организаций, работающих в сфере ВИЧ, охраны сексуального и репродуктивного здоровья, прав и всестороннего полового просвещения, борьбы с изменением климата и феминистских движений. Вот некоторые истории. Бипана Дхакал уже пять лет работает в #GenEndIt над инициативами в области развития, социальных действий и развития лидерских качеств. Она является основателем The Learning Fortress («Образовательная крепость») — инициативы по созданию неформальной учебно-методической среды в сельских общинах Непала. Помимо своей работы в качестве посла молодёжи #GenEndIt, она является восходящей звездой WEDU 2021 и послом YouthxPolicyMakers 2021.



Таньярадзва Макоторе — 22-летняя женщина из Зимбабве, которая использует социальные сети как инструмент, чтобы покончить со СПИДом к 2030 году. В 2020 году она запустила программу «Просто хочу быть услышанной», с призывом к девочкам-подросткам и молодым женщинам выступать против социальной несправедливости, с которой они сталкиваются. Танирадзва также является послом инициативы DREAMS, руководство которой осуществляется в рамках Чрезвычайного плана президента США по борьбе со СПИДом (ПЕПФАР). В 2021 году она была выбрана в качестве одного из 20 глобальных активистов, принявших участие в Совещании высокого уровня по СПИДу, где она выступала за всестороннее образование для всех групп населения, затронутых ВИЧ. Фонд SRHR Africa Trust назвал её ведущей национальной активисткой в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья 2021 года.



«СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЯ ОСТАЮТСЯ ГЛАВНЫМИ ПРЕПЯТСТВИЯМИ В ПРОТИВОДЕЙСТВИИ ВИЧ, НО ЕСТЬ СПОСОБ ПРЕОДОЛЕТЬ ЭТИ ЯВЛЕНИЯ — ПРИНЯТЬ ЗАКОН О ПРЕОДОЛЕНИИ СТИГМЫ, КОТОРЫЙ БЫ ЗАЩИЩАЛ ПРАВА МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ОСОБЕННО ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ВО ВСЕХ СТРАНАХ. НЫНЕШНИЕ РУКОВОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ В СОСТОЯНИИ ПЕРЕДАТЬ ВЛАСТЬ МОЛОДЫМ. ЕСЛИ МЫ ХОТИМ ПОБЕДИТЬ СПИД, НЕОБХОДИМО, ЧТОБЫ ПАРТНЁРЫ ДОВЕРЯЛИ МОЛОДЫМ ЛЮДЯМ ВО ВСЕХ СВОИХ ДЕЛАХ. ТЕ, КТО СТОИТ У ВЛАСТИ ИЛИ НА РУКОВОДЯЩИХ ДОЛЖНОСТЯХ, ДОЛЖНЫ ЗАБЫТЬ ОБ ЭГОИЗМЕ И ВЗЯТЬ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРОДВИЖЕНИЕ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ НА ГЛОБАЛЬНЫЙ, А НЕ ТОЛЬКО НА НАЦИОНАЛЬНЫЙ, УРОВЕНЬ. ТАК МОЖНО БУДЕТ РЕШИТЬ МНОГИЕ ПРОБЛЕМЫ».

«В НИГЕРИИ И ДРУГИХ АФРИКАНСКИХ СТРАНАХ КАРАТЕЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ ОСТАЮТСЯ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ОГРАНИЧЕНИЙ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ЗНАЧИТЕЛЬНОМУ УЧАСТИЮ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В ПРОЦЕССАХ В СФЕРЕ ВИЧ. ПОЛИТИКИ ДОЛЖНЫ ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ ЗАКОНЫ ИХ ГОСУДАРСТВ ПОДДЕРЖИВАЛИ ПРИНЦИПЫ МНОГООБРАЗИЯ, РАВЕНСТВА И ИНКЛЮЗИВНОСТИ. ЗАКОН КАЖДОЙ НАЦИИ ДОЛЖЕН ПРИЗНАТЬ РАВЕНСТВО ВСЕХ ЛИЦ; ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И ДОСТОИНСТВО КАЖДОГО ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАЩИЩЕНЫ НЕЗАВИСИМО ОТ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И СЕКСУАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК».

Фейт Ону впервые стала волонтером в 14 лет, когда она начала работать консультантом по вопросам тестирования при Молодёжной сети по ВИЧ и СПИДу в Нигерии. В 16 лет она пошла работать волонтером в Институт вирусологии человека, чтобы поддерживать и наставлять подростков и молодых людей, живущих с ВИЧ. Фейт хорошо известна в Нигерии как успешный защитник интересов молодёжи. Она основала «Молодёжную сеть за устойчивый образ жизни и здоровье» (YOU PEN4SLAH), которая пропагандирует внимание к здоровью молодых людей во всем их многообразии. Фейт стремится к тому, чтобы в каждом обществе каждый молодой человек был здоров и обладал экономическими возможностями.



Эммануэль Онве — нигерийский учёный, изучающий биологию и медицину, и специалист по охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека. Твёрдо веря в разнообразие, равенство и инклюзивность, Эммануэль посвятил себя продвижению прав человека и достоинства лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов среди нигерийцев посредством стратегической адвокации, лоббирования и активного вовлечения политиков. В своей работе в качестве посла молодёжи #GenEndIt Эммануэль: (a) возглавляет процесс адвокации за декриминализацию ВИЧ и людей, живущих с ВИЧ; (b) занимается решением проблем стигмы и дискриминации и правовой поддержки; (c) является активистом информационно-разъяснительной работы по вопросам лечения как профилактики ВИЧ, стратегии «тестируй и лечи», доконтактной профилактики и равного доступа к лечению ВИЧ-инфекции.



## ПРОВЕДЕНИЕ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ ДЛЯ ТЕХ, КТО В ЭТОМ НУЖДАЕТСЯ

Поздняя диагностика ВИЧ-инфекции является главным камнем преткновения для глобальных мер противодействия ВИЧ. Частота невыявленных случаев ВИЧ-инфекции особенно высока среди ключевых групп населения, подростков и мужчин. Поздняя диагностика ВИЧ-инфекции ставит под угрозу здоровье, а иногда и жизни людей, которые обращаются за лечением, только оказавшись в критическом состоянии. Позднее выявление ВИЧ предоставляет вирусу достаточно времени для распространения среди других людей.

## Существует множество причин неравномерной обращаемости за тестированием на ВИЧ.

Существует множество причин неравномерной обращаемости за тестированием на ВИЧ. Наличие карательных законов, боязнь стигматизации и опасения по поводу неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности отбивают у людей, особенно у представителей ключевых групп населения, желание проводить тестирование. Тестирование на ВИЧ также предлагается в основном в медицинских учреждениях, посещение которых может быть дорогостоящим, неудобным и пугающим (25–29). Передовой опыт показывает, что тестирование на ВИЧ, организованное с активным участием общественных организаций, особенно если они действуют при лидерстве сообществ, устраняет многие из этих препятствий.

- Мета-анализ семи контролируемых испытаний эффективности услуг тестирования среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, организованных под руководством представителей этого сообщества продемонстрировал, что показатели тестирования были значительно выше в группах вмешательства, где участники имели доступ к услугам под руководством «равных» членов сообщества (30).
- Предоставление услуг силами сообщества, проведённое в рамках исследования среди секс-работниц в Зимбабве, привело к увеличению числа тестов на ВИЧ более чем в два раза (2606 против 1151) и почти удвоило количество диагнозов ВИЧ-инфекция (1052 против 546) (31).
- В сельской местности Малави семидневные кампании по самотестированию среди подростков и мужчин, разработанные и проведенные группами общинных работников здравоохранения, показали заметное увеличение числа обращений за тестированием на ВИЧ. Процент людей с диагнозом, которые начали антиретровирусную терапию в течение трех месяцев после постановки диагноза, был в два раза выше в группе этого рандомизированного исследования, в которой сообществу принадлежала ведущая роль (32).

- Аутрич-тестирование и другие мероприятия, проводимые «Технологической клиникой» — организацией гражданского общества по оказанию помощи в связи с ВИЧ в Бангкоке — оказались успешными в диагностике трансгендерных женщин, геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, которые не знали, что они инфицированы ВИЧ. Ключевыми факторами были удобство, гибкий график работы, последующая поддержка со стороны равных консультантов и доверие персонала (33).
- В трех штатах Нигерии (Аква-Ибом, Кросс-Ривер и Лагос) тестирование партнёров, проводимое с ведущим участием сообществ, показало высокую эффективность в диагностике ВИЧ-инфекции среди половых партнёров людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, а также среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (34).

Эти примеры, однако, ещё не стали нормой: организации сообществ сталкиваются с серьёзными препятствиями, включая юридические и другие ограничения деятельности. Дополнительные преимущества, создаваемые организациями сообществ в области тестирования на ВИЧ, возможны лишь при устранении этих барьеров и установления тактических партнёрских отношений с государственными и другими поставщиками медицинских услуг, в первую очередь для обеспечения того, чтобы люди с диагнозом ВИЧ-инфекция были взяты на диспансерное наблюдение и получали эффективное лечение. Адекватное и разнообразное представительство внутри сообществ — в дополнение к инклюзивному руководству и координации вопросов медицинской помощи — жизненно важно для устойчивой работы, равно как и развитие технических и административных навыков для руководителей сервисных организаций сообществ



Работница общинной клиники J.C. Ménard в Порт-о-Пренс. 30 ноября 2021 г. Фонд SEROvie — это гаитянская общественная организация, которая уже более 20 лет оказывает бесплатные специализированные медицинские услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, психосоциальную поддержку и услуги по оказанию помощи семьям.

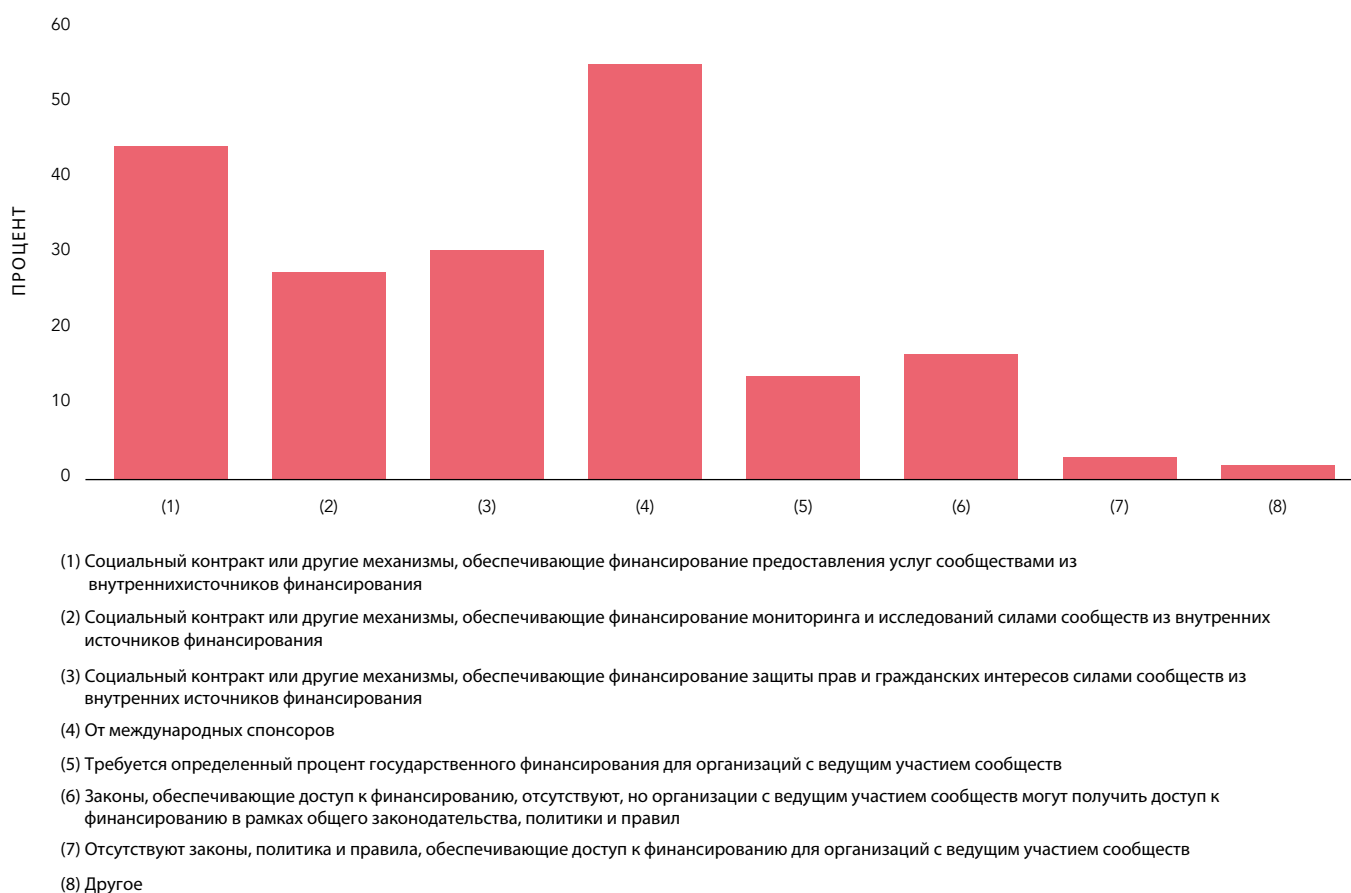


## ЗАПУСК СИСТЕМЫ ЗАКЛЮЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ КОНТРАКТОВ

Надёжное финансирование остаётся серьёзной проблемой для общественных организаций, особенно тех, которые обслуживают ключевые группы населения: обещания и доброе расположение не оплачивают счета этих организаций. Социальный контракт — это один из способов финансирования этих организаций и предоставления им возможности использовать свои уникальные преимущества для работы с группами населения, которые плохо обслуживаются или не получают стандартных услуг в связи с ВИЧ. Социальный контракт предполагает заключение договора с правительством, по которому неправительственные организации будут получать деньги за выполнение определённых действий, таких как предоставление услуг, исследования и мониторинг.

Потенциальные преимущества многочисленны. Социальный контракт может расширить охват программ и активизировать их, способствовать прагматическому партнёрству между общественными организациями и службами общественного здравоохранения, а также обеспечить столь необходимое финансирование организациям и, соответственно, людям, которые предоставляют услуги тем, кто в них больше всего нуждается. Правительства, как и международные доноры, всё чаще прибегают к созданию тех или иных механизмов социального контракта (рис. 4.2). Из 80 стран, представивших данные в 2022 году, 45 стран выделяют финансирование на оказание услуг общественными организациями, 28 стран финансируют мониторинг и исследования силами сообществ, а 31 страна финансирует из внутренних источников адвокатию силами сообществ.

**РИСУНОК 4.2** ы, сообщившие о наличии законов, политики и правил, которые обеспечивают доступ организаций с ведущим участием сообществ к финансированию, все страны, 2022 г.



Источник: Национальные обязательства и меры реализации политики, ЮНЭЙДС, 2017–2022 гг. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Примечание: на этом рисунке представлены данные из 68 стран. По 125 странам данные недоступны.

Социальный контракт бывает очень эффективным. Оценка, проведённая во Вьетнаме, показала, что услуги по профилактике ВИЧ, предоставляемые в четырёх провинциях нанятыми по контракту общественными организациями, оказались гораздо эффективнее, чем услуги на базе медицинских учреждений, но при этом стоили дешевле (35). По оценкам, они предотвратили почти вдвое больше случаев инфицирования ВИЧ (238 против 124) и сократили почти вдвое больше лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности (1088 против 577). Точно так же национальная программа Гайаны по противодействию СПИДу заключила контракты с организациями, возглавляемыми секс-работниками, для предоставления услуг по профилактике и тестированию на ВИЧ среди представителей этого сообщества. В рамках одного пилотного проекта более 1000 секс-работниц в регионе Демерара-Махайка получили презервативы и лубриканты, информацию о ВИЧ, а также прошли скрининг на психическое здоровье и пережитое насилие в течение шести месяцев, а их уровень согласия на тестирование на ВИЧ был близок к 100% (36).

Но для того, чтобы эти договорённости заработали, нужно действовать. Согласно исследованиям, проведённым в Восточной Европе и Таиланде, как и в случае с любым поставщиком услуг в связи с ВИЧ, финансирование социального контракта должно быть стабильным при наличии надёжных механизмов отчётности, как показали исследования, проведённые в Восточной Европе и Таиланде (37, 38). Необходимы надлежащая нормативно-правовая база и прозрачные процедуры заключения контрактов, а также механизмы и чёткий порядок предоставления государственного финансирования общественным организациям, оказывающим услуги, ведущим мониторинг и занимающимся адвокацией. Социальный контракт работает лучше всего, когда донор сотрудничает с членами сообщества, которым адресуются вмешательства, и обеспечивает, чтобы затронутое сообщество играло ведущую роль в определении целей и задач и чтобы у организации был адекватный потенциал для их выполнения. Через Механизм технической поддержки ЮНЭЙДС помогает странам заключать договоры социального заказа, оценивать связанные с этим расходы и решать такие юридические вопросы, такие как регистрация и соблюдение нормативных требований. Эта работа продолжается в 85 странах, как, например, в Таиланде — для определения стоимости услуг, предоставляемых силами сообществ, и интеграции этих услуг в рамках всеобщего охвата услугами здравоохранения.

**Финансирование социального контракта должно быть стабильным при наличии надёжных механизмов отчётности.**



## КОНТРОЛЬ И ПРИВЛЕЧЕНИЕ К ОТВЕТСТВЕННОСТИ ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ

Крайне важно выявлять и устранять барьеры в противодействии ВИЧ и работе других служб здравоохранения и поддержки. Однако надёжные каналы для информирования о проблемах, выражения недовольства, документирования и принятия мер в связи с нарушениями прав человека часто отсутствуют, как и механизмы для выработки соответствующих решений. Мониторинг, осуществляемый или возглавляемый организациями людей, живущих с ВИЧ, сетями ключевых или других затронутых групп, может восполнить этот пробел и привлечь исполнителей к ответственности (39).

Мониторинг силами сообществ включает в себя несколько этапов работы, начиная со сбора информации на объектах или в сообществах, анализа данных, адвокации практических или политических изменений, а затем мониторинга реализации изменений. Наиболее успешные модели являются совместными, где есть взаимодействие между поставщиками услуг и лицами, принимающими решения, по вопросам повышения эффективности и мониторинга результатов (40). В сочетании с эффективной адвокацией эти проекты расширяют доступ к услугам и их использование, сокращают время ожидания, ускоряют модернизацию медицинских учреждений и улучшают отношения между сообществами и службами здравоохранения (41). Это, в свою очередь, создаёт основу для повышения эффективности службы ВИЧ и других сфер здравоохранения.

# 20%

**РАСШИРЕНИЕ  
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УСЛУГ  
ДОРОДОВОЙ ПОМОЩИ В  
КЕНИИ, ПЕРУ И ЗИМБАБВЕ  
БЛАГОДАРЯ ПОЯВЛЕНИЮ  
КОМИТЕТОВ МЕДИЦИНСКИХ  
УЧРЕЖДЕНИЙ В КЛИНИКАХ**

Успешный мониторинг силами сообществ вносит ценный вклад в обеспечение равного доступа к услугам в связи с ВИЧ и другим видам медицинской помощи. В Западной и Центральной Африке, например, «обсерватории» сообществ по проблемам лечения помогли повысить показатели тестирования на ВИЧ среди ключевых групп населения, сократить дефицит лекарств, улучшить удержание пациентов в системе помощи и расширить возможности тестирования на вирусную нагрузку (42–45). В Гане, Мали и Сьерра-Леоне активисты сообществ успешно выступали за смещение фокуса политики в сторону дифференцированных услуг для ключевых групп населения и использовали данные мониторинга для контроля за реализацией этой политики. Они также сыграли важную роль в отмене платы за услуги и лечение в связи с ВИЧ в государственных медицинских учреждениях Камеруна (см. специальный материал о Камеруне в Главе 5). Похожим образом Проект Ритшидзе в ЮАР использовал результаты своей работы для успешной адвокации изменений во многих плохо работающих клиниках (43, 46).<sup>3</sup>

3 Подробнее см.: Неравные, неподготовленные, незащищённые. Почему необходимы решительные действия против неравенства, чтобы положить конец СПИДу, остановить COVID-19 и подготовиться к будущим пандемиям. Доклад ко Всемирному дню борьбы со СПИДом. Женева: ЮНЭЙДС. 2021.

Когда в Малави стали использовать оценочные карточки сообществ, увеличилось участие мужчин и молодёжи в предоставлении услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, а качество услуг для беременных женщин и недавних матерей улучшилось (47).<sup>4</sup> В Кении, Перу и Зимбабве введение «комитетов медицинских учреждений» при клиниках привело к 20-процентному увеличению использования услуг дородовой помощи, при этом наибольшую пользу от работы комитетов получили пациенты с низким уровнем доходов в связи со снижением платы за услуги (48).<sup>5</sup>

- 4 Оценочные карточки сообщества используются для отслеживания эффективности систем здравоохранения с использованием показателей, которые совместно разрабатываются и согласовываются членами сообществ и поставщиками медицинских услуг. Затем результаты могут быть использованы в качестве основы для составления плана действий.
- 5 Комитеты медицинских учреждений документируют жалобы пациентов, а затем работают с поставщиками медицинских услуг над решением проблем.



Анастасия Ева Домани — директор Когорты, эксперт Рабочей группы трансгендеров по вопросам ВИЧ и здоровью в Восточной Европе и Центральной Азии и представитель трансгендерного сообщества в Национальном совете Украины по вопросам ВИЧ/СПИДа и туберкулёза. Киев, Украина, 30 марта 2022 г.

# ЗАМЕТНАЯ РОЛЬ МОНИТОРИНГА СИЛАМИ СООБЩЕСТВ В УГАНДЕ

Недавний опыт Уганды подтвердил значимость мониторинга с ведущим участием сообществ. В течение последних двух лет Коалиция за укрепление здоровья и социальное развитие (HEPS-Uganda), Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ, в Восточной Африке (ICWEA) и Организация сексуальных меньшинств Уганды (SMUG) проводили ряд мероприятия по мониторингу силами сообществ, с тем чтобы при технической поддержке amfAR и Health GAP дать представление о независимой точке зрения сообществ на повышение эффективности сбора данных и улучшить процессы управления, анализа и защиты интересов сообществ.

Вовлечённые в национальное противодействие стороны подтверждают значимость влияния сообществ на проводимый мониторинг.

«[Сотрудничество между организациями] приносит действительно удивительно хороший результатрезультат, в особенности, когда дело доходит до адвокации, — говорит один участник программы Джорджтаунского университета по оценке мониторинга. – Уж если они говорят, они говорят по делу, и с ними считаются».

Мониторинг организаций под руководством сообщества, направленный на обеспечение подотчётности ПЕПФАР и Министерства здравоохранения, позволяет отслеживать оказание услуг в более чем 300 медицинских учреждениях по всей стране, собирая ежеквартальные данные о преимуществах и недостатках программы. Результаты общественного мониторинга затем суммируются в годовом отчёте «Голос народа Уганды», который получает широкую огласку и передаётся в ПЕПФАР (49).

Общественный мониторинг зафиксировал ряд недостатков в национальных программах Уганды по противодействию и профилактике ВИЧ. Например, было установлено, что неудача страны в достижении национальной цели по расширению масштабов ДКП в значительной степени была связана с неспособностью использовать потенциал сообществ для продвижения ДКП. Организационные моменты, недружественные к ключевым группам населения, девочкам-подросткам и молодым женщинам, также снижают обращаемость за ДКП. В ходе мониторинга было также установлено, что несмотря на некоторый прогресс в расширении масштаба программ профилактики ВИЧ для ключевых групп населения, неадекватная поддержка служб по работе с ключевыми группами населения приводит к многочисленным недостаткам в предоставлении услуг. Коалиция сообщества также установила, что многие поликлиники остаются перегруженными даже после разрешения выдавать антиретровирусные препараты на несколько месяцев вперёд.

## Следующая страница

Представитель местной общины проводит опрос в поликлинике в рамках общественного мониторинга. Уганда, 2021 г.

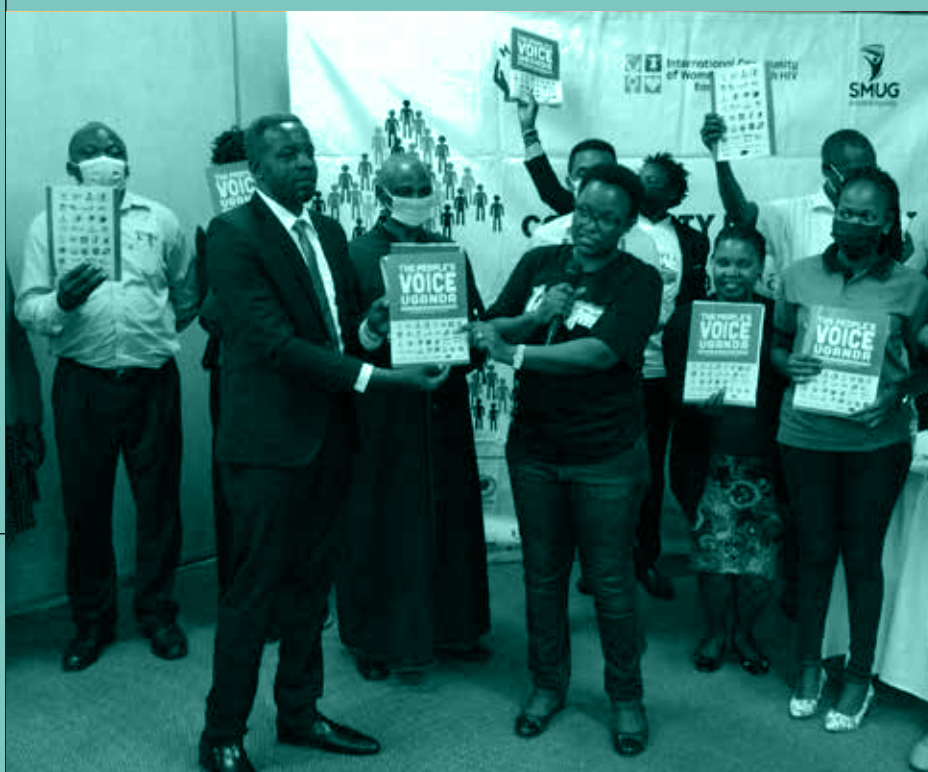




Другие недостатки, выявленные в ходе общественного мониторинга, включают низкий уровень грамотности в вопросах лечения, что указывает на важность образовательных программ в этой области, разработанных людьми, живущими с ВИЧ. Лечение коинфекции ВИЧ/туберкулёз также все еще не соответствует поставленным целям: только 61% людей, живущих с ВИЧ, сообщают, что они прошли скрининг на симптомы туберкулёза, а в большинстве клиник, обслуживающих людей, живущих с ВИЧ, отсутствуют информационные материалы по профилактике туберкулёза. Медицинским работникам в сообществах недоплачивают, причём наблюдаются многомесячные перебои в оплате труда. Дефицит антиретровирусных препаратов в клиниках стал обычным явлением: в одной из клиник препараты для лечения ИППП отсутствовали в течение как минимум шести месяцев. Наконец, многие угандийцы с недавно диагностированной ВИЧ-инфекцией не знают, что их участие в индексном тестировании является полностью добровольным.

Эти и другие выводы были использованы для разработки ряда рекомендаций для ПЕПФАР по улучшению охвата и повышению эффективности программы. ПЕПФАР значительно расширил свою работу с гражданским обществом, включая коалицию по общественному мониторингу и общественные организации в целом, при разработке ежегодного странового оперативного плана и для оптимизации других процессов ПЕПФАР. Сюда относятся еженедельные встречи по обновлению информации и ежегодный научный саммит.

Выводы и рекомендации общественного мониторинга оказывают заметное влияние на национальные меры по противодействию ВИЧ. Как отметил представитель одной из заинтересованных сторон, «после их оценок в нашей политике произошли радикальные изменения, и мы внедрили передовой опыт». По словам другого участника, занимавшегося оценкой проекта, процесс изменил «восприятие общественного мониторинга как инструмента работы — теперь это средство для более интенсивного диалога между ПЕПФАР и сообществами по вопросам предоставления услуг».



Выпуск ежегодного отчёта «Голос народа Уганды», в котором обобщаются результаты общественного мониторинга в Уганде, 2021 г. Фото: Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ, в Восточной Африке (ICWEA).



Обсуждение в фокус-группе под руководством сообщества с матерями в Кьенджоджо, Уганда, 2021 г.  
Фото: Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ в Восточной Африке (ICWEA).



## УЧАСТИЕ СООБЩЕСТВ В ИССЛЕДОВАНИЯХ В ОБЛАСТИ ВИЧ

Организации сообществ могут играть жизненно важную роль в ориентированных на человека исследованиях в области ВИЧ. В Квинсленде, Австралия, данные исследований по стигматизации, проводимые организациями секс-работников, используются для кампании за отмену вредных и дискриминационных законов и декриминализацию секс-работы (50). Исследования, проводимые людьми, употребляющими наркотики, в которых документируются роли, механизмы, воздействие и результаты участия равных консультантов в программах снижения вреда, способствовали адвокации ценности конструктивного вовлечения людей, употребляющих наркотики, в мероприятия по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции (51). Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ, — это давняя инициатива сообществ, в ходе которой ведётся сбор и анализ данных о стигме и дискриминации, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, в своём окружении, на работе и при доступе к медицинским и другим общественным услугам. Затем результаты используются для адвокации, направленной на прекращение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ (см. главу «Права»).

Обычно организации сообществ не располагают ресурсами для проведения крупномасштабных исследований (52). Недавний обзор опубликованной литературы также выявил спорадические и очень низкие показатели участия сообществ в высокоэффективных исследованиях по вмешательствам в связи с ВИЧ, и ни в одном из рассмотренных исследований не сообщалось об участии сообществ на всех этапах исследовательского процесса. Необходимы изменения в разработке, реализации и отчётности исследовательских проектов. Одна из рекомендаций заключается в том, чтобы ввести стандартизированные требования к отчётности и механизмам подотчётности в исследовательском секторе для более точного отражения участия сообществ (53).

## Необходимы изменения в разработке, реализации и отчётности исследовательских проектов.

## ТРЕБОВАНИЕ СПРАВЕДЛИВОСТИ И РАВЕНСТВА

Адвокация силами сообществ и работа активистов определяют характер противодействия ВИЧ с первых дней пандемии. Организованные сообщества бросают вызов откровенной стигматизации, политическому безразличию и институциональной инерции и часто преодолевают их. Они мобилизовали беспрецедентную финансовую поддержку программ по противодействию ВИЧ, добились снижения цен на препараты и другую медицинскую продукцию, поставили права человека в центр глобальных мер противодействия ВИЧ и призвали к ответу деятелей, принимающих решения (54–58).

Адвокация силами сообществ как никогда важна для продвижения прогрессивных изменений в политике и законах на уровне страны, защиты прав человека в сообществах, подвергающихся остракизму и пренебрежению, улучшения наличия, доступности и качества услуг, а также устранения стигмы и дискриминации. Это особенно важно для таких криминализированных групп населения, как люди, употребляющие наркотики, и секс-работники. Сильные располагающие ресурсами сообщества также помогают сделать доступ к услугам в связи с ВИЧ более справедливым, привлекая поставщиков медицинских услуг и чиновников к ответственности за их действия или бездействие.

Общественная адвокация может быть особенно эффективной, когда она распространяет ответственность сообществ на инвалидов, которые систематически выпадают из поля зрения служб противодействия ВИЧ. Такая работа может включать в себя признание существования усугублённой стигматизации, устранение поведенческих барьеров, поощрение совместных ответных действий, укрепление политической воли и сбор высококачественных доказательств для непрерывности ответных мер. Например, инвалиды выразили желание активизировать информационно-разъяснительную работу в обществе в рамках международного качественного исследования в Кении, Уганде и Танзании для решения проблем, связанных как с ВИЧ, так и инвалидностью. В этих мероприятиях использовались сообщения, актуальные для людей с инвалидностью и без неё, в том числе о важности совместной ответственности, поощрения лидерства равных и расширения активного и заметного участия инвалидов в целенаправленных мероприятиях (59).

**В Кот-д'Ивуаре оплата медицинских услуг пациентами была отменена после научно обоснованной адвокации, в которой использовались данные мониторинга силами сообществ, проводимого «обсерваторией» по проблемам лечения.**

Адвокация силами сообществ может принимать различные формы— от мобилизации сообществ и общественных кампаний до анализа национальной политики, судебных разбирательств и процедур подотчётности. Кампания по адвокации с ведущим участием секс-работниц в Виктории, Австралия, мобилизовала поддержку политиков для проведения правовой реформы, результатом которой стала декриминализации секс-работы. В Британской Колумбии, Канада, сообщества людей, употребляющих наркотики, были зачинателями кампании за отмену во всей провинции федеральных законов, криминализирующих наркотики, а также за доступ к безопасному запасу наркотиков для смягчения последствий от кризиса в связи с передозировкой (60). Подобные акции недавно привели к успеху в декриминализации секс-работы в Бельгии (см. специальный материал о Бельгии в Главе 3). В Кот-д’Ивуаре оплата медицинских услуг пациентами была отменена после научно обоснованной адвокации, в которой использовались данные мониторинга силами сообществ, проводимого «обсерваторией» по проблемам лечения (61).

На низовом уровне консультанты по вопросам здоровья из организаций сообществ информируют членов общины об их правах, документируют жалобы и сотрудничают с органами здравоохранения для достижения улучшений (62). В Мозамбике местные активисты, выступающие за охрану здоровья, инициировали ускоренное оказание медицинской помощи больным туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией, улучшения в работе медицинских учреждений, более широкое использование мобильных клиник и решение других проблем (63). В Кении мужская организация секс-работников проводила разъяснительную работу с полицейскими, стремясь уменьшить притеснения и дискриминацию (64).

Несмотря на все эти успехи, многие политики и специалисты по планированию недооценивают ценность адвокации силами сообществ. Это позиция находит отражение в отсутствии финансовой и политической поддержки со стороны правительств многих стран (рис. 4.2). Чтобы выполнять свои функции в полной мере, организациям и сетям сообществ нужны ресурсы, в том числе финансирование, обучение и наращивание потенциала. В Западной и Центральной Африке Институт гражданского общества по вопросам ВИЧ и здоровья является многообещающим примером, который усиливает голос и заметность организаций гражданского общества и предоставляет им помощь, включая поддержку в развитии потенциала и мобилизации ресурсов. Институт закладывает основу для усиления координации действий организаций сообществ и гражданского общества в регионе.

## СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Ayala G, Sprague L, van der Merwe LL, Thomas RM, Chang J, Arreola S et al. Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260555.
2. Ibiloye O, Masquillier C, Jwanle P, Van Belle S, van Olmen J, Lynen L et al. Community-based ART service delivery for key populations in sub-Saharan Africa: scoping review of outcomes along the continuum of HIV care. *AIDS Behav*. 2022;26(7):2314–37.
3. Kiragu M, Fonner VA, Munyuwiny S, Izulla P, Pantelic M, Restoy E et al. Does capacity development increase demand for health services and rights among key populations affected by HIV? A systematic review of evidence from low- and middle-income countries. *AIDS Behav*. 2020;24(8):2268–81.
4. Kerrigan D, Mbwanbo J, Likindikoki S, Davis W, Mantsios A, Beckham SW et al. Project Shikamana: community empowerment-based combination HIV prevention significantly impacts HIV incidence and care continuum outcomes among female sex workers in Iringa, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;82(2):141–8.
5. Beattie T, Mohan HL, Bhattacharjee P, Chandrashekar S, Isac S, Wheeler T et al. Community mobilization and empowerment of female sex workers in Karnataka State, South India: associations with HIV and sexually transmitted infection risk. *Am J Public Health*. 2014;104(8):1516–25.
6. Pearson J, Shannon K, McBride B, Krüsi A, Machat S, Braschel M et al. Sex work community participation in criminalized environments: a community-based cohort study of occupational health impacts in Vancouver, Canada: 2010–2019. *Int J Equity Health*. 2021;21(1):18.
7. Mavhu W, Willis N, Mufuka J, Bernays S, Tshuma M, Mangenah C et al. Effect of a differentiated service delivery model on virological failure in adolescents with HIV in Zimbabwe (Zvandiri): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health*. 2020;8(2):e264–e275.
8. Community-led package services in response to COVID-19 in high-density settlements: resource needs. Geneva: UNAIDS; 2021.
9. Consultation calls for the global AIDS response to build on emergency adaptations to COVID-19, tackle structural barriers and ensure that country programmes fully recover from COVID-19 disruptions and end AIDS. In: UNAIDS.org [Internet]. 3 February 2022. Geneva: UNAIDS; c2022 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022/february/20220203\\_HIV-services-during-COVID19-pandemic](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022/february/20220203_HIV-services-during-COVID19-pandemic)).
10. Living with HIV in the time of COVID-19: report from a survey of networks of people living with HIV. GNP+, ICW, Y+ Global; 2020 ([https://gnpplus.net/wp-content/uploads/2020/07/BeyondLIVING\\_COVID-19\\_English.pdf](https://gnpplus.net/wp-content/uploads/2020/07/BeyondLIVING_COVID-19_English.pdf)).
11. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030. New York: United Nations; 2021.
12. Breaking the glass ceiling: increasing the meaningful involvement of women living with HIV/AIDS (MIWA) in the design and delivery of HIV/AIDS services. *Heath Care for Women Internation*. 2015; 36(8):936–64.
13. Makofane K, Lusimbo R, Macharia P, Makanjuola O, Malone S, Mokabedi A et al. Understanding community as a basis for targeting and shaping service delivery. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(Suppl 3):e25712.
14. Ochonye B, Folayan MO, Fatusi AO, Emmanuel G, Adepoju O, Ajidagba B et al. Satisfaction with use of public health and peer-led facilities for HIV prevention services by key populations in Nigeria. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):856.

15. Vu B, Le S, Nguyen P, Vu H, Nguyen D, Green K et al. Leading from the community: how key population organizations in Vietnam transformed from peer support groups to clinical service providers. International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract OAE802.
16. "HIV mobilizes people in a great way": We created the youth organization Teenergizer. In: Teenergizer! [Internet]. 19 June 2020. Kyiv: Teenergizer; c2022 (<https://teenergizer.org/en/life-with-hiv/>).
17. YouthLead: what we do. In: Youth Lead [Internet]. Bangkok: Youth Lead; c2022 (<https://www.youthleadap.org/what-we-do>).
18. Mission Statement. In: Youth RISE [Internet]. Youth RISE: Promoting Harm Reduction & Drug Policy Reform; c2022 (<https://youthrise.org/>).
19. Y+, UNICEF Eastern and Southern Africa Office. Youth-led networks at the frontline of the HIV and SRH response. In: UNICEF.org [Internet]. 23 February 2022. UNICEF; c2022 (<https://www.unicef.org/esa/stories/youth-led-networks-frontline-hiv-and-srh-response>).
20. Tonen-Wolyec S, Mbopi-Kéou F-X, Batina-Agasa S, Kalla GCM, Noubom M, Mboumba Bouassa R-S et al. Acceptability of HIV self-testing in African students: a cross-sectional survey in the Democratic Republic of the Congo. *Pan Afr Med J.* 2019;33:83.
21. Mokgatle MM, Madiba S. High acceptability of HIV self-testing among technical vocational education and training college students in Gauteng and North West provinces: what are the implications for the scale-up in South Africa? *PLoS ONE.* 2017;12:e0169765.
22. Koris AL, Stewart KA, Ritchwood TD, Mususa D, Ncube G, Ferrand RA et al. Youth-friendly HIV self-testing: acceptability of campus-based oral HIV self-testing among young adult students in Zimbabwe. *PLoS One.* 2021;16(6):e0253745.
23. Hensen B, Phiri M, Schaap A, Sigande L, Simwinga M, Floyd S et al. Uptake of HIV testing services through novel community-based sexual and reproductive health services: an analysis of the pilot implementation phase of the Yathu Yathu intervention for adolescents and young people aged 15–24 in Lusaka, Zambia. *AIDS Behav.* 2022;26(1):172–82.
24. Iwelunmor J, Ezechi O, Obiezu-Umeh C, Gbaja-Biamila T, Musa AZ, Nwaozuru U et al. Enhancing HIV self-testing among Nigerian youth: feasibility and preliminary efficacy of the 4 Youth by Youth study using crowdsourced youth-led strategies. *AIDS Patient Care STDS.* 2022;36(2):64–72.
25. #UPROOT Scorecards. In: The Pact [Internet] (<https://theyouthpact.org/uproot-2/>).
26. Hlongwa M, Mashamba-Thompson T, Makhunga S, Hlongwana K. Barriers to HIV testing uptake among men in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Afr J AIDS Res.* 2020;19(1):13–23.
27. Hamilton A, Shin S, Taggart T, Whembolua GL, Martin I, Budhwani H et al. HIV testing barriers and intervention strategies among men, transgender women, female sex workers and incarcerated persons in the Caribbean: a systematic review. *Sex Transm Infect.* 2020;96(3):189–96.
28. Nnko S, Kuringe E, Nyato D, Drake M, Casalini C, Shao A et al. Determinants of access to HIV testing and counselling services among female sex workers in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health.* 2019;19(1):15.
29. Campbell CK, Lippman SA, Moss N, Lightfoot M. Strategies to increase HIV testing among MSM: a synthesis of the literature. *AIDS Behav.* 2018;22(8):2387–412.

30. Shangani S, Escudero D, Kirwa K, Harrison A, Marshall B, Operario D. Effectiveness of peer-led interventions to increase HIV testing among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care*. 2017;29(8):1003-13.
31. Busza J, Chiyaka T, Musemburi S, Fearon E, Davey C, Chabata S et al. Enhancing national prevention and treatment services for sex workers in Zimbabwe: a process evaluation of the SAPPH-IRe trial. *Health Policy Plan*. 2019;34(5):337-45.
32. Indravudh PP, Fielding K, Sande LA, Maheswaran H, Mphande S, Kumwenda MK et al. Pragmatic economic evaluation of community-led delivery of HIV self-testing in Malawi. *BMJ Glob Health*. 2021;6(Suppl 4):e004593.
33. Jommaroeng R, Chankang W. Community-led comprehensive HIV facility for men who have sex with men and transgender women: a case study of Rainbow Sky Association of Thailand. *Thai J Public Health*. 2021;51(2):159-69.
34. Onovo A, Kalaiwo A, Agweye A, Emmanuel G, Keiser O. Diagnosis and case finding according to key partner risk populations of people living with HIV in Nigeria: a retrospective analysis of community-led index partner testing services. *EClinicalMedicine*. 2022;43:101265.
35. Nguyen Thi Mai H, Hoang Van M, Nguyen Thuy D, Pham Thai H, Nguyen Mai T. Social contracting with civil society organizations: an effective approach for sustainable HIV/AIDS response. International AIDS Conference, 6-10 July 2020. Abstract PEE1370.
36. Shipley S, Tamayo-Jimenez N, Moore R, Gordon-Boyle K. Social contracting: a way forward in HIV prevention among female sex workers in Guyana. International AIDS Conference, 6-10 July 2020. Abstract PED0906.
37. Domnenko I. Piloting social contracting mechanisms for government procurement of HIV services in the EECA region. International AIDS Conference, 18-21 July 2021. Abstract PED497.
38. Pudpong N, Viriyathorn S, Wanwong Y, Witthayapipopsakul W, Wangbanjongkun W, Patcharanbarunpol W et al. Public contracting with civil society organizations for HIV/AIDS service provisions: a key strategy to ending AIDS in Thailand. *J HIV/AIDS & Soc Services*. 2021;20(4):285-301.
39. Health Gap, O'Neill Institute for National and Global Health Law, Treatment Action Campaign, International Treatment Preparedness Coalition, International Community of Women Living with HIV Eastern Africa. Community-led monitoring of health services: building accountability for HIV service quality. White paper. Health Gap; 2020 (<https://healthgap.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led-Monitoring-of-Health-Services.pdf>).
40. Establishing community-led monitoring of HIV services. Geneva: UNAIDS; 2021 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf)).
41. Baptiste S, Manouan A, Garcia P, Etya'ale H, Swan T, Jallow W. Community-led monitoring: when community data drives implementation strategies. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2020;17(5):415-21.
42. Oberth G, Baptiste S, Jallow W, Manouan A, Garcia P, Traore A et al. Understanding gaps in the HIV treatment cascade in eleven West African countries: findings from a regional community treatment observatory. Working paper 441. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2019 (<http://www.cssr.uct.ac.za/cssr/pub/wp/441>).



43. Free state of health. Johannesburg: Ritshidze; 2021 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2021/09/Ritshidze-State-of-Health-Free-State-2021.pdf>).
44. "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. Johannesburg: International Treatment Preparedness Coalition; September 2020 (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/10/ITPC-2020-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf>).
45. Ellie M, Kibe P, Flomo B, Ngwatu B. Breaking barriers: using evidence from a Community Treatment Observatory (CTO) to enhance uptake of HIV services in Sierra Leone. *J Health Design*. 2019;4(1):163–7.
46. Yawa A, Rambau N, Rutter L, Honermann B, Norato L, Kavanagh 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 Conference, 18–21 July 2021. Abstract PED453.
47. Gullo S, Galavotti C, Kuhlmann AS, 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.
48. McCoy D, Hall J, Ridge M. A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 2011;27(6):449–66.
49. The people's voice Uganda: community priority recommendations for PEPFAR. 2022 (<http://pepfarwatch.org/wp-content/uploads/2022/03/Peoples-Voice-Uganda-COP22.pdf>).
50. Respect Inc, DecrimQLD. Respect Inc and DecrimQLD submission on Queensland Anti-Discrimination Act Review. Victoria: Respect Inc, DecrimQLD; 2022.
51. Chang J, Shelly S, Busz M, Stoicescu C, Iryawan AR, Madybaeva D et al. Peer driven or driven peers? A rapid review of peer involvement of people who use drugs in HIV and harm reduction services in low- and middle-income countries. *Harm Reduct J*. 2021;18:15.
52. Pantelic M, Stegling C, Shackleton S, Restoy E. Power to participants: a call for person-centred HIV prevention services and research. *J Int AIDS Soc*. 2018;21 Suppl 7(Suppl 7):e25167.
53. Pantelic M, Steinert JI, Ayala G, Sprague L, Chang J, Thomas RM et al. Addressing epistemic injustice in HIV research: a call for reporting guidelines on meaningful community engagement. *J Int AIDS Soc*. 2022;25(1):e25880.
54. Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *Am J Public Health*. 2005;95(7):1162–72.
55. Lawson L. Side effects: the story of AIDS in South Africa. Cape Town: Double Storey Publishers; 2008.
56. A nongovernmental organization's national response to HIV: the work of the All-Ukrainian Network of People Living with HIV. Geneva: UNAIDS; 2007.
57. GNP+. Our health, our right: securing access to generic ARV medicines in Asia. Amsterdam: GNP+; 2008.
58. Specter, M. How ACT UP changed America. *The New Yorker*. 14 June 2021. *New Yorker Magazine*; 2021 (<https://www.newyorker.com/magazine/2021/06/14/how-act-up-changed-america>).

59. Schenk KD, Tun W, Sheehy M, Okal J, Kuffour E, Moono G et al. "Even the fowl has feelings": access to HIV information and services among persons with disabilities in Ghana, Uganda and Zambia. *Disabil Rehabil.* 2020;2(3):335-48.
60. B.C. applies for decriminalization in next step to reduce toxic drug deaths. In: BC Gov News [Internet]. 1 November 2021. Victoria (BC): Government of British Columbia (Canada); c2022 (<https://news.gov.bc.ca/releases/2021MMHA0059-002084>).
61. Peerun N, Perez S. Endline assessment of the regional community treatment observatory in West Africa. Johannesburg: International Treatment Preparedness Coalition; May 2020.
62. Baptiste S, Manouan A, Garcia P, Etya'ale H, Swan T, Jallow W. Community-led monitoring: when community data drives implementation strategies. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2020;17(5):415-21.
63. Feinglass E, Gomes N, Maru V. Transforming policy into justice: the role of health advocates in Mozambique. *Health Hum Rights.* 2016;18(2):233-46.
64. Woensdregt L, Nencel L. Taking small steps: sensitising the police through male sex workers' community-led advocacy in Nairobi, Kenya. *Glob Public Health.* 2021;18:1-13.

# УСТОЙЧИВОЕ И СПРАВЕДЛИВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ



Страны повсеместно сталкиваются с растущими потребностями в расходах на здравоохранение и социальную сферу, зачастую на фоне низких доходов и нестабильного государственного финансирования. Ещё до пандемии COVID-19 и связанных с ней экономических потрясений ресурсы, выделяемые на противодействие ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, перестали увеличиваться: несмотря на рост в предыдущее десятилетие, внутренние ресурсы на противодействие ВИЧ начали сокращаться ещё до 2020 года, а недостаточные инвестиции в ключевые группы населения сдерживали адекватное противодействие ВИЧ. В результате сумма в 21,4 миллиарда долларов США (в постоянных ценах 2019 года), доступных для противодействия ВИЧ в 2021 году, оказалась намного меньше 29,3 миллиарда долларов США, необходимых к 2025 году для того, чтобы положить конец эпидемии СПИДа к 2030 году.

**57%**

**СОКРАЩЕНИЕ ПОМОЩИ  
В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ,  
ВЫДЕЛЯЕМОЙ НА  
ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ  
ВИЧ ДВУСТОРОННИМИ  
ДОНОРАМИ, ЗА  
ИСКЛЮЧЕНИЕМ США**

Каскадные последствия кризиса COVID-19 и, совсем недавно, война в Украине создают дополнительные проблемы. Эти кризисы меняют решения о финансировании развития и угрожают государственным инвестициям в здравоохранение, включая программы противодействия ВИЧ.

Внутренние инвестиции помогли усилить меры в ответ на ВИЧ, но только меньшинство стран с высоким бременем ВИЧ в состоянии финансировать полноценные программы по ВИЧ из внутренней казны: среди стран с низким и средним уровнем доходов только 26% в настоящее время финансируют как минимум 70% или больше своих расходов на противодействие ВИЧ из внутренних источников. Согласно оценкам Международного валютного фонда (МВФ), восстановление экономики после COVID-19 во многих странах с низким и средним уровнем доходов было неравномерным, и ожидается, что экономический рост замедлится в 2022 и 2023 годах.<sup>1</sup> Неравенство между странами увеличивается в результате их неравномерной уязвимости к этим экономическим потрясениям, а государственные финансы стран с низким и средним уровнем доходов испытывают огромное давление (1, 2).

Затруднительное финансовое положение многих стран с низким и средним уровнем доходов усугубляется существенным сокращением международных ресурсов, доступных для противодействия ВИЧ. Помимо правительства США, помощь в целях развития в связи с ВИЧ от двусторонних доноров за последнее десятилетие сократилась на 57%. Однако крупные и относительно стабильные выплаты из США скрывают эти тенденции.

## **COVID-19 выявил исключительную важность справедливых и эффективных систем общественного здравоохранения.**

В то же время расходы пациентов наличными остаются основным источником финансирования здравоохранения, что приводят к обнищанию домохозяйств с низкими доходами и препятствуют использованию услуг в связи с ВИЧ и других медицинских услуг. Доля населения мира, которая тратит не менее 10% расходов бюджета своего домохозяйства на здравоохранение, увеличилась с 2000 года на 40% (3).<sup>2</sup> Однако имеются жизнеспособные и более справедливые альтернативы (см. специальный материал о Камеруне в этой главе).

COVID-19 показал, насколько важны в работе общественной систем здравоохранения справедливость и эффективность, наличие адекватных и хорошо защищённых медицинских кадров, а также повсеместно доступных медицинских услуг и продуктов. Редко когда взаимосвязь обществ во всем мире становилась более очевидной. Существует огромная потребность возродить глобальную солидарность.

### **Следующая страница**

Жизнь Элизабет Эметини изменилась почти год назад. В прошлом ей приходилось платить за осмотры, лабораторные анализы и всё, что связано с её состоянием здоровья. «Отмена платы за пользование услугами в связи с ВИЧ в Камеруне оказала на меня положительное влияние», — сказала она. Не только снизилась нагрузка на её кошелёк — с её плеч сняли гору проблем. «Теперь у меня больше мотивации принимать лекарства от ВИЧ, потому что получить рецепт не проблема, и я уже бесплатно проверила свою вирусную нагрузку, а также сдала тест на туберкулёз», — рассказала жительница Яунде. Камерун, июль 2022 г.

1 Согласно прогнозам МВФ на апрель 2022 года, экономический рост в странах с низким и средним уровнем доходов замедлится с 6,8% в 2021 году до 3,8% в 2022 году и 4,4% в 2023 году. См.: Перспективы мировой экономики, апрель 2022. Вашингтон (округ Колумбия): Международный валютный фонд: 2022 (<https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/WEO/2022/April/English/text.aspx>).

2 Согласно последним оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (<https://data.world-bank.org/indicator/SH.UHC.OOPC.10.ZS?view=chart>), эта доля выросла с 9,4% в 2000 г. до 13,2% в 2017 г.





# ОТМЕНА СБОРОВ С ПАЦИЕНТОВ В КАМЕРУНЕ

Взимание платы с пациентов в государственных медицинских учреждениях ограничивает доступ людей к услугам и толкает уже обедневшие домохозяйства ещё глубже в нищету (4). Плата за пользование услугами и другие наличные расходы являются основными причинами катастрофического состояния здравоохранения, от чего ежегодно страдает почти один миллиард человек (5).<sup>1</sup> Бесплатный доступ к медицинским услугам в государственных медицинских учреждениях, напротив, расширяет использование медицинской помощи и способствует равному к ней доступу, повышает эффективность лечения и ускоряет прогресс в достижении глобальных целей в области ВИЧ и здоровья (6–9). Несмотря на это, во многих странах в клиниках и больницах по-прежнему берут деньги с пациентов, что становится причиной протестов и кампаний за отмену платы за лечение ВИЧ-инфекции, туберкулёза и сопутствующих услуг в государственных медицинских учреждениях, включая клиники по охране материнского здоровья.

Эта работа оправдала себя в Камеруне, где правительство решило отменить плату за услуги в связи с ВИЧ и лечение в государственных медицинских учреждениях по всей стране. Антиретровирусные препараты были номинально бесплатными в Камеруне с 2007 г., но связанные с лечением расходы — на медицинские консультации, лабораторные анализы, лекарства от оппортунистических инфекций и госпитализацию — были платными (10). Кроме того, многие медицинские организации требовали неофициальных платежей.<sup>2</sup>

Организация «Врачи без границ», общественные организации, ЮНЭЙДС и Чрезвычайный план президента США по борьбе со СПИДом (ПЕПФАР) заказали исследование, документирующее, как взимание платы влияет на использование медицинских услуг и результаты лечения, чтобы изучить пути устранения таких сборов и выявить подводные камни, которых необходимо избегать в процессе отмены такой платы. Масштабная адвокация и консультации способствовали принятию правительством решения об отмене платы за услуги и лечение в связи с ВИЧ в государственных медицинских учреждениях и связанных с ними общественных организациях по всей стране, начиная с января 2020 года. После того, как правительство приняло решение отменить плату за услуги в связи с ВИЧ и материнский уход, была оказана техническая помощь для оценки бюджетных потребностей для компенсации упущенных доходов и определения механизмов финансового управления для устранения издержек.

Отмену платы за пользование услугами необходимо было спланировать и осуществить с осторожностью, чтобы избежать сбоев из-за потери доходов на уровне учреждения (11).

Такая ситуация была непростой для Камеруна, где расходы на здравоохранение из личных средств составляли около 70% от общих расходов на эти цели из-за низкого уровня государственного финансирования здравоохранения (в среднем для стран Африки к югу от Сахары этот показатель составляет 39%) (12).

## Следующая страница

Жизнь Бодлера Этого также изменилась после отмены платы за медицинские услуги. Он может использовать сэкономленные деньги для оплаты транспорта и предметов первой необходимости. Кроме того, он получил доступ к дополнительной медицинской помощи. «Из-за моего положительного ВИЧ-статуса мне не разрешали сделать рентген или посещать дерматолога, но сейчас ситуация изменилась», — говорит он. Камерун, июль 2022 г.

1 Катастрофические расходы на здравоохранение — это личные расходы домохозяйств на здравоохранение, размер которых превышает 10% расходов или доходов домохозяйства. См.: Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smits MF, Cherunoga K, Buisman LR et al. Прогресс в области катастрофических расходов на здравоохранение в 133 странах: ретроспективное наблюдательное исследование // Lancet Global Health. 2018. 6(2). С. 169–179.

2 В ходе исследования 76 государственных медицинских учреждений, проведённого в 2016 году Камерунской организацией Treatment Action Watch, было обнаружено, что более половины из них требовали от пациентов плату, которая превышала официальные цены. См.: État de l'accès aux soins des PvVIH au Cameroun. Yaoundé: Treatment Action Watch; 2016.



**70%**

**ВСЕХ РАСХОДОВ НА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В  
КАМЕРУНЕ ПОКРЫВАЮТСЯ  
ИЗ ЛИЧНЫХ СРЕДСТВ  
НАСЕЛЕНИЯ**

Для решения этой задачи важно было обеспечить своевременное поступление возмещающего финансирования в медицинские учреждения, особенно в отдалённых районах, а также сохранить или даже повысить качество обслуживания.

Твёрдая поддержка на самом высоком правительственном уровне стимулировала принятие соответствующих решений в Камеруне. С её помощью удалось создать целевую группу для управления процессом и проведения жизненно важных реформ для возмещения потерянных доходов. Был разработан чёткий план изменений, основные этапы которого были привязаны к бюджетной системе страны и долгосрочной технической поддержке. Центральное место в этом процессе занимали реформы, направленные на увеличение внутренних расходов на здравоохранение взамен утраченных доходов от платных услуг. Техническая помощь, направленная на своевременное выделение и использование средств, также способствовала укреплению контроля за государственными финансами.

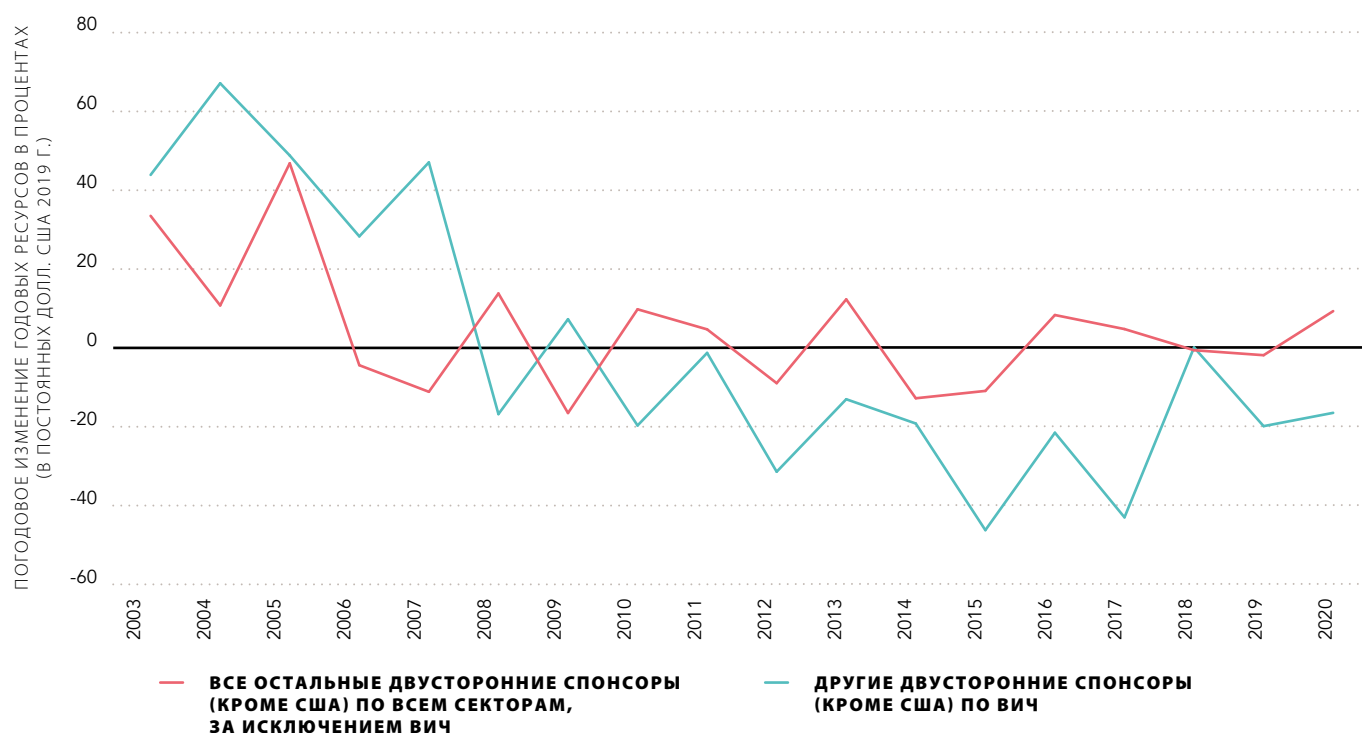
Несмотря на сокращение государственных доходов и другие проблемы, связанные с COVID-19, правительство Камеруна по-прежнему привержено своему решению, которое последовало за снижением платы за некоторые другие медицинские услуги, такие как иммунизация, профилактика и лечение малярии у беременных женщин и детей, а также химиотерапия для онкологических больных. Дестабилизация в связи с COVID-19 до сих пор затрудняла оценку воздействия изменения этой политики, но предварительные данные указывают на более высокую обращаемость за услугами в связи с ВИЧ и продолжение реализации решения об обеспечении бесплатного доступа к медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения.

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ИНВЕСТИЦИИ В ОБЛАСТИ ВИЧ БОЛЬШЕ НЕ РАСТУТ

В 2021 году на программы противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода было доступно всего 21,4 миллиарда долларов США (в постоянных ценах 2019 года) (см. рис. 0.4 в Главе 1). Кроме того, данные о наличии ресурсов, собранные ЮНЭЙДС, показывают, что как внутреннее, так и международное финансирование противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов перестало расти задолго до пандемии COVID-19.

Международные ресурсы для противодействия ВИЧ в 2021 году были примерно на 6% ниже, чем в 2010 году, и они неуклонно снижались с 2012–2013 годов. Общее сокращение было бы намного более резким, если бы не устойчивый и высокий уровень финансирования со стороны правительства США и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд), которое увеличилось примерно на 36% и 56%, соответственно, с 2010 года.<sup>3</sup> Двусторонние взносы правительства США в настоящее время составляют почти четверть (23%) от общего объёма годовых ресурсов, выделяемых на противодействие ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, в то время как на долю Глобального фонда приходится немногим более одной десятой (12%). Другое международное финансирование противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, в основном за счёт двусторонних доноров, резко сократилось — на 82% с 2008 г., хотя для отдельных доноров эта тенденция не прослеживается. Примечательно, однако, что динамика зарубежной помощи в целях развития, предоставляемой двусторонними донорами секторам, отличным от ВИЧ, не показывает такого снижения (рис. 5.1).<sup>4</sup>

**РИСУНОК 5.1** Погодовое изменение официальной помощи в целях развития и противодействия ВИЧ и во всех других секторах развития от правительств-доноров (двусторонняя помощь, кроме США), 2003–2020 гг.



Источник: Финансовые оценки и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г.; данные из Системы отчетности кредиторов ОЭСР.

<sup>3</sup> Увеличение выплат Глобального фонда в 2021 году в основном было обусловлено дополнительными ресурсами, выделенными для смягчения воздействия COVID-19 на услуги в связи с ВИЧ. Ожидается, что эти дополнительные выплаты не будут продолжаться после 2021 года.

<sup>4</sup> Измеряется как доля их валового национального дохода (ВНД).

Прошлые тенденции показывают, что экономические потрясения оказали непропорционально негативное влияние на зарубежную помощь в целях противодействия ВИЧ (рис. 5.2). Годовое сокращение общих международных ресурсов, доступных для противодействия ВИЧ, тесно связано, например, с глобальным финансовым кризисом 2008 года и европейским долговым кризисом 2014 года. Таким образом, изменения в приоритетах расходов, связанные с пандемией COVID-19 и войной в Украине, могут ещё больше снизить зарубежную помощь в целях развития, оказываемую программам противодействия ВИЧ, и ограничить усилия по восполнению дефицита финансирования.

**РИСУНОК 5.2** Погодовое изменение выделяемых ресурсов на противодействие ВИЧ из внутренних и международных источников, страны с низким и средним уровнем доходов, 2001–2021 гг.



Источник: Финансовые оценки и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Примечание: международные ресурсы включают всё многостороннее финансирование (напр., Всемирный фонд и различные агентства и программы ООН), всё двустороннее финансирование (в том числе от правительства США) и финансирование из благотворительных источников.

## **ВНУТРЕННЕЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ ПОД УГРОЗОЙ**

Внутренние ресурсы для противодействия ВИЧ сократились на 2% в 2021 году по сравнению с 2020 годом после аналогичного сокращения в предыдущем году. Этот источник финансирования был основной движущей силой роста доступных ресурсов для противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов за последнее десятилетие: внутреннее финансирование увеличивалось с начала 2000-х годов и продолжало увеличиваться даже после глобального финансового кризиса 2008 года. Важно отметить, что это финансирование компенсировало резкое сокращение финансирования противодействия ВИЧ из международных источников после этого кризиса и снова в 2013–2014 годах (рис. 5.2). Однако с середины 2010-х годов рост стал замедляться, а затем остановился в 2018 году. Это зловещие события, поскольку внутренние инвестиции в противодействие ВИЧ составляют около 60% от общего объёма ресурсов, доступных для противодействия эпидемии ВИЧ.

Экономические потрясения в странах с низким и средним уровнем доходов во время кризиса COVID-19, а также волновые последствия войны в Украине, могут ещё больше сократить внутренние ресурсы для противодействия ВИЧ. Недавний анализ ЮНЭЙДС показал, что ключевыми предикторами внутренних государственных расходов на противодействие ВИЧ является национальный экономический результат стран (измеряемый как валовой внутренний продукт), показатели индекса человеческого развития, распространённость ВИЧ и доля общих государственных расходов на здравоохранение (13). Некоторые из этих показателей находятся под угрозой. Всемирный банк предупредил, что, как ожидается, государственные расходы на душу населения сократятся и останутся ниже уровня, существовавшего до COVID-19, по крайней мере до 2026 года в 52 странах, в основном с низким и средним уровнем доходов, в некоторых из которых наблюдается масштабная эпидемия ВИЧ. Если здравоохранению не будет уделяться более пристальное внимание, Всемирный банк также ожидает, что государственные расходы на здравоохранение на душу населения останутся ниже уровня 2019 года и, возможно, сократятся во многих из этих стран (1). Сокращение объёмов производства (и бюджетных поступлений) и меньший акцент на здравоохранение в государственных бюджетах, вероятно, повлияют на внутреннее финансирование противодействия ВИЧ.

## **Война в Украине может оказать непосредственное влияние на ситуацию в Восточной Европе и Центральной Азии — регион, где заболеваемость ВИЧ увеличивалась в последнее десятилетие.**

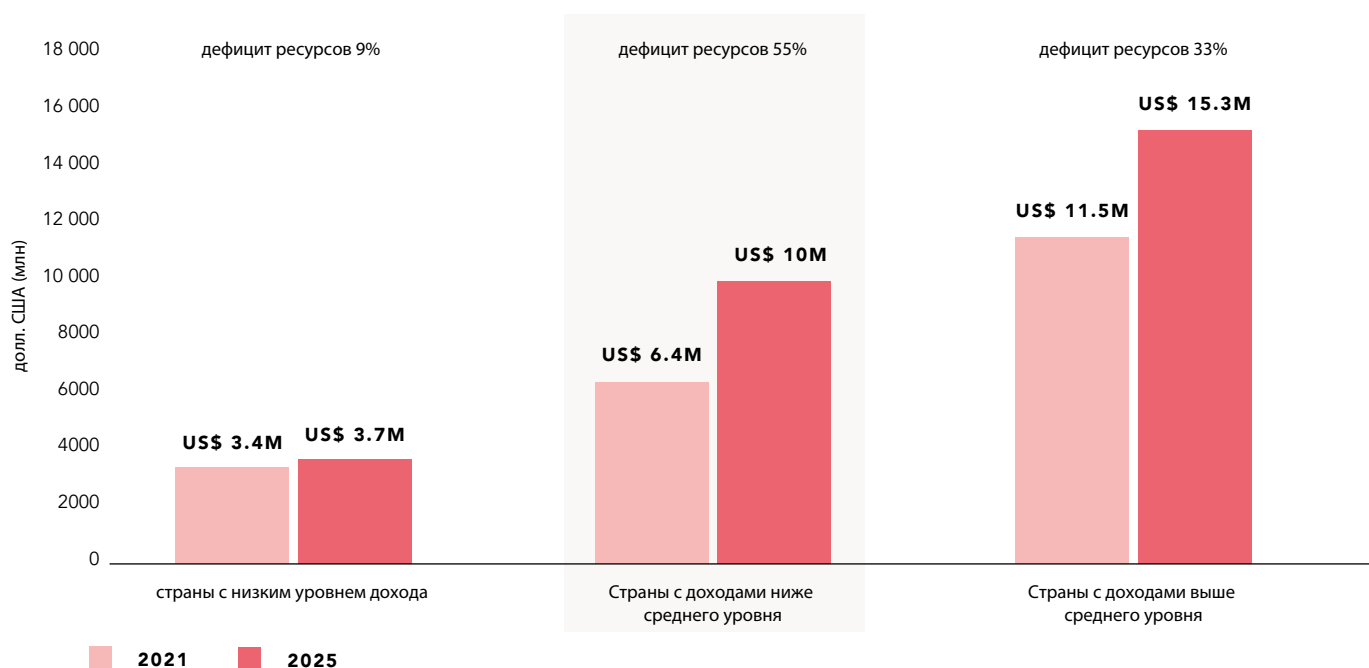
Война в Украине может оказать непосредственное влияние на ситуацию в Восточной Европе и Центральной Азии — регион, где заболеваемость ВИЧ увеличивалась в последнее десятилетие (см. Главу 1) и где многие программы по ВИЧ в значительной степени зависят от внутреннего финансирования. Существует риск того, что украинский кризис, в том числе потребности в расходах, связанных с размещением большого числа беженцев из зон конфликта, может также привести к сокращению расходов на противодействие ВИЧ в некоторых соседних странах. Можно ожидать, что основная часть финансирования, необходимого для достижения целевых показателей по ВИЧ к 2025 году, поступит из внутренних ресурсов, при этом доноры и другие партнёры по развитию ещё должны подтвердить своё обязательство по устойчивому финансированию оставшихся потребностей в ресурсах.



## ГДЕ НЕ ХВАТАЕТ ФИНАНСИРОВАНИЯ БОЛЬШЕ ВСЕГО?

Размеры ресурсов, выделяемых на противодействие ВИЧ, различаются в зависимости от региона, при этом особенно большие пробелы в финансировании наблюдаются в Восточной Европе и Центральной Азии, на Ближнем Востоке и в Северной Африке, а также в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Как правило, самый большой пробел в финансировании противодействия ВИЧ (около 3,5 млрд долларов США) наблюдается в странах с уровнем дохода ниже среднего: имеющиеся ресурсы в этих странах на 2021 год оказались на 55% меньше прогнозируемых потребностей на 2025 год (рис. 5.3). Экономические последствия пандемии COVID-19 в некоторых из этих стран также, вероятно, будут тяжёлыми, из-за чего им будет ещё труднее ликвидировать дефицит финансирования только за счёт внутренних ресурсов.

**РИСУНОК 5.3** Источники финансирования противодействия ВИЧ, 2021 г., и расчетная потребность в ресурсах, 2025 г., классификации стран по уровню доходов



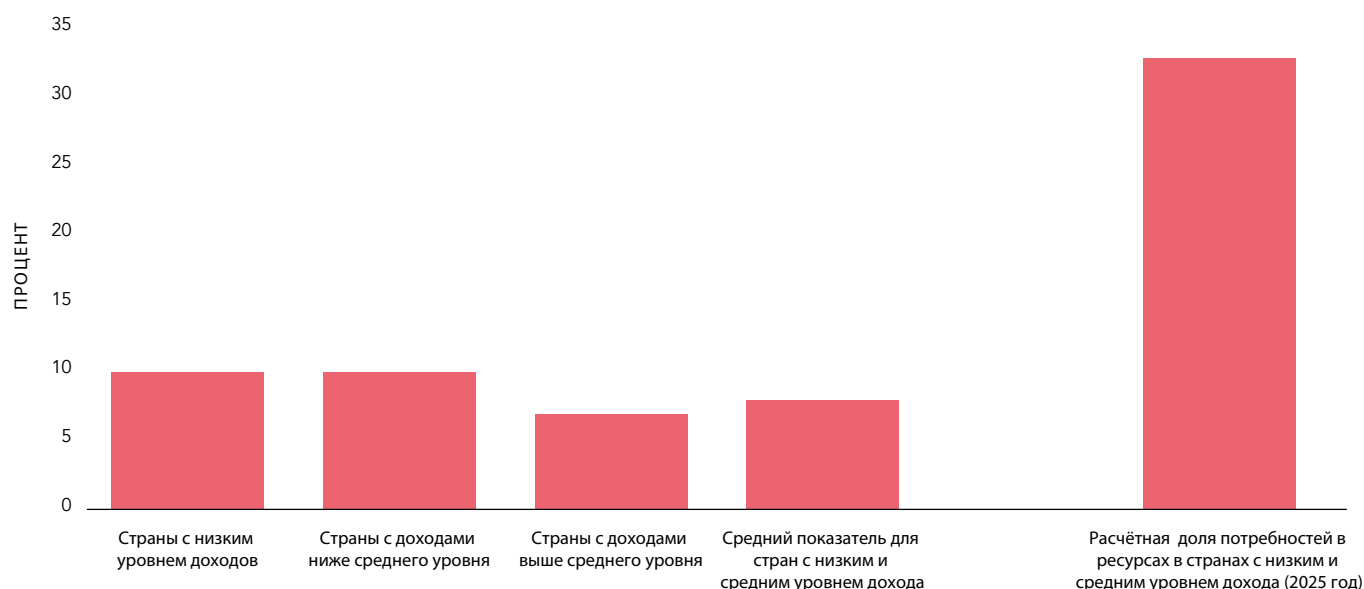
Источник: Финансовые оценки и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. "Моделирование эпидемиологического воздействия достижения целей ЮНЭЙДС на 2025 год по искоренению СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году". PLoS Med. 2021;18(2):e1003492.

Примечание: оценки ресурсов представлены в постоянных долларах США 2019 года. Включены страны, которые были классифицированы Всемирным банком в 2020 году как страны с низким и средним уровнем доходов.

Обязательства спонсоров в отношении профилактики ВИЧ в последние годы увеличились, но по-прежнему существуют большие пробелы в финансировании программ профилактики ВИЧ в ряде стран с разным уровнем доходов (рис. 5.4). Необходимы дополнительные ресурсы, чтобы достичь показателя в 9,5 млрд долларов США, которые потребуются на профилактику ВИЧ к 2025 году, чтобы вывести страны на путь ликвидации эпидемии СПИДа к концу десятилетия. Данные, представленные 86 странами с низким и средним уровнем доходов, показывают, что в 2021 году в среднем 8% от общих расходов на противодействие ВИЧ было направлено на программы профилактики. К 2025 году эта доля расходов на противодействие ВИЧ должна возрасти до 33%.

## Необходимы дополнительные ресурсы, чтобы достичь показателя в 9,5 млрд долларов США, которые потребуются на профилактику ВИЧ в 2025 году, чтобы вывести страны на путь ликвидации эпидемии СПИДа к концу десятилетия.

**РИСУНОК 5.4** Доля затрат на профилактику от общих затрат на противодействие ВИЧ, 2021 г., и расчётная доля, необходимая для профилактики к 2025 г., страны с низким и средним уровнем доходов



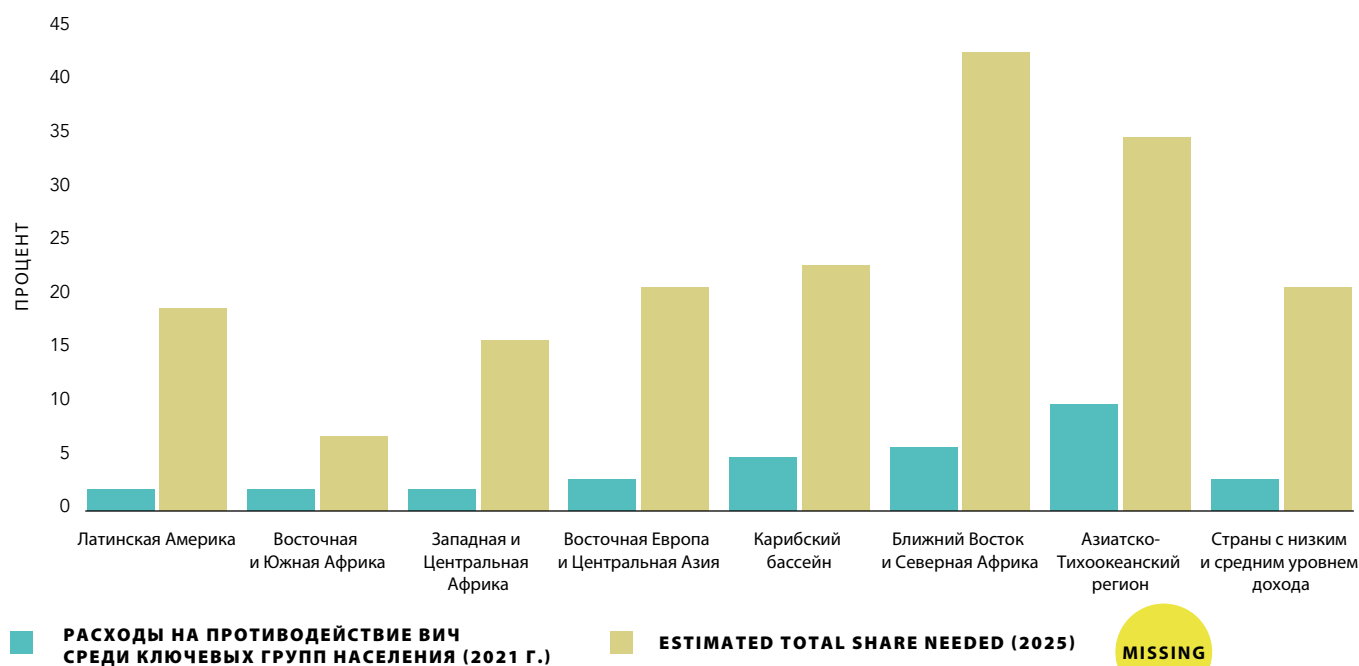
Источник: Финансовые оценки и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г.; Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа; Stover J, Glauubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. "Моделирование эпидемиологического воздействия достижения целей ЮНЭЙДС на 2025 год по искоренению СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году". PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Примечание: на рисунке представлены данные из 86 стран, указавших размеры своих последних затрат на меры профилактики.

В целом страны с низким и средним уровнем доходов финансируют около 72% своих программ лечения и услуг в связи с ВИЧ за счёт внутренних ресурсов, но только 42% своих программ профилактики (14). Некоторые страны с низким уровнем доходов продолжают полагаться почти исключительно на внешнее финансирование своих программ профилактики ВИЧ. Финансирование профилактики ВИЧ в ключевых группах населения по-прежнему составляет очень небольшую часть общих расходов на противодействие ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, даже в регионах, где подавляющее большинство новых случаев ВИЧ-инфекции приходится на эти группы населения (рис. 5.5). Основная часть этого финансирования — не менее двух третей — поступает из международных источников, за исключением помощи заключённым и задержанным. Такая зависимость ставит под угрозу профилактические программы для ключевых групп населения в связи с возможным дальнейшим сокращением международного финансирования.

## В целом страны с низким и средним уровнем доходов финансируют около 72% своих программ лечения и ухода в связи с ВИЧ за счёт внутренних ресурсов, но только 42% своих программ профилактики.

**РИСУНОК 5.5** Доля общих расходов на профилактику ВИЧ и программы по созданию социально благоприятных условий для ключевых групп населения, 2021 г., расчётная необходимая доля к 2025 г., страны с низким и средним уровнем доходов, по регионам



Источник: Финансовые оценки и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г.; Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС; Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. "Моделирование эпидемиологического воздействия достижения целей ЮНЭЙДС на 2025 год по искоренению СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году". PLoS Med. 2021;18(2):e1003492.

Примечание: данные по 61 стране, указавшей свои последние расходы на меры профилактики и вмешательства по созданию социально благоприятных условий. Без учета программ тестирования и лечения.

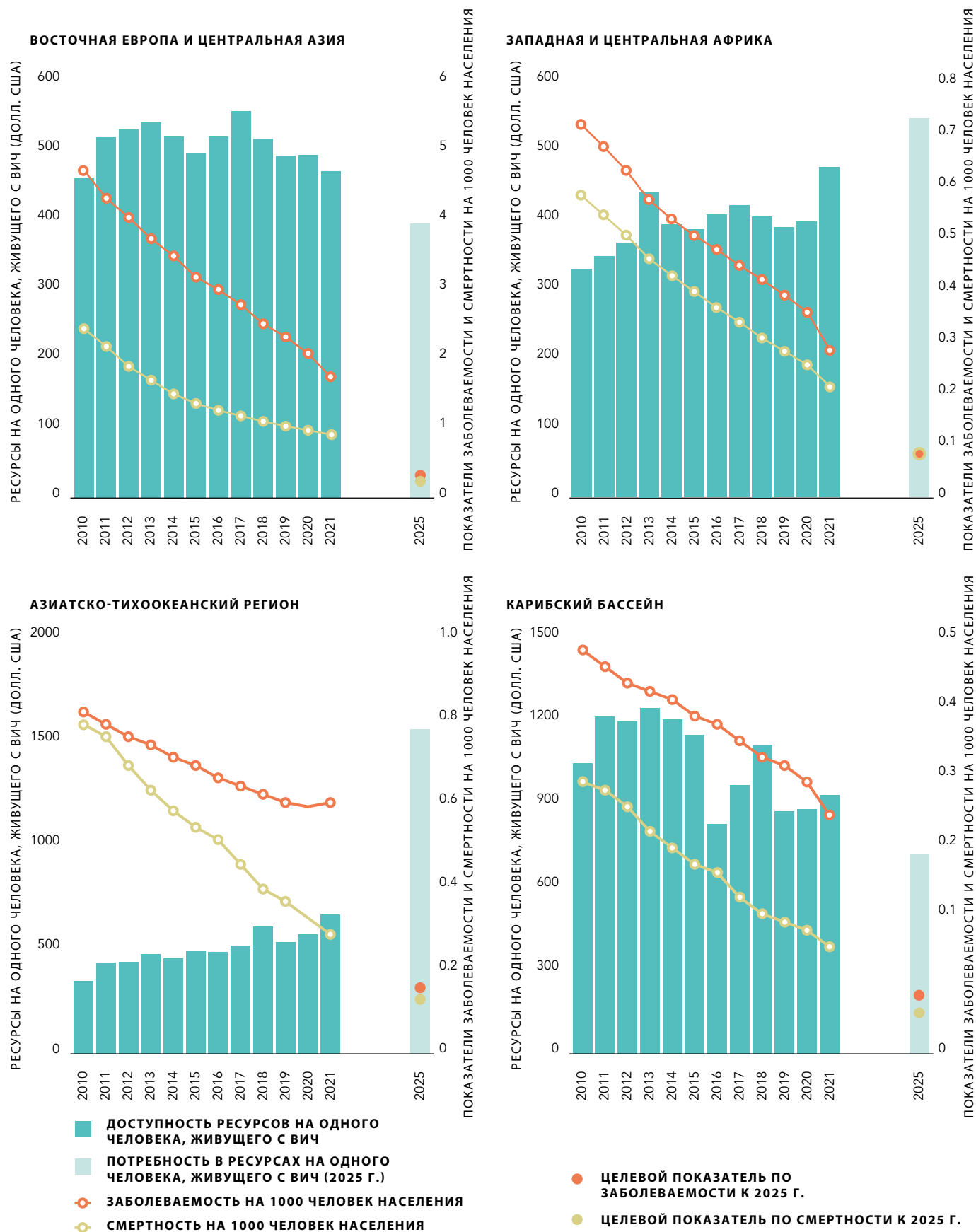
## **СМЕШАННЫЙ ПРОГРЕСС В УСЛОВИЯХ НЕРАВНОМЕРНОСТИ ИНВЕСТИЦИЙ В ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ВИЧ**

Размеры инвестиций в расчёте на одного человека, живущего с ВИЧ, значительно различаются по странам и регионам. Из-за высоких цен на такие товары, как антиретровирусные препараты, а также затрат на оказание услуг и определённые профилактические вмешательства, необходимые инвестиции к 2025 году могут достигать 4 750 долл. США на человека в год (в постоянных ценах 2019 года) на Ближнем Востоке и в Северной Африке, 2 034 долл. США в Восточной Европе и Центральной Азии, 1 741 долл. США в Латинской Америке и 1 574 долл. США в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Соответствующие суммы составляют 725 долл. США на человека в год в Карибском бассейне, 400 долл. США в Восточной и Южной Африке и 539 долл. США в Западной и Центральной Африке.<sup>5</sup> Сравнивая ресурсы, доступные для противодействия ВИЧ в 2021 году, с ресурсами, необходимыми для достижения целей к 2025 году, выясняется, что пробелы в финансировании варьируются в широких пределах. В некоторых регионах ресурсы, выделенные в 2021 году близки по величине к общему объёму, но в других регионах разрывы довольно велики: он варьируется от 21% в Западной и Центральной Африке до 57% в Азиатско-Тихоокеанском регионе, Восточной Европе и Центральной Азии, до 82% на Ближнем Востоке и в Северной Африке (рис. 5.6). Важно, чтобы все регионы использовали эти ресурсы с большей эффективностью.

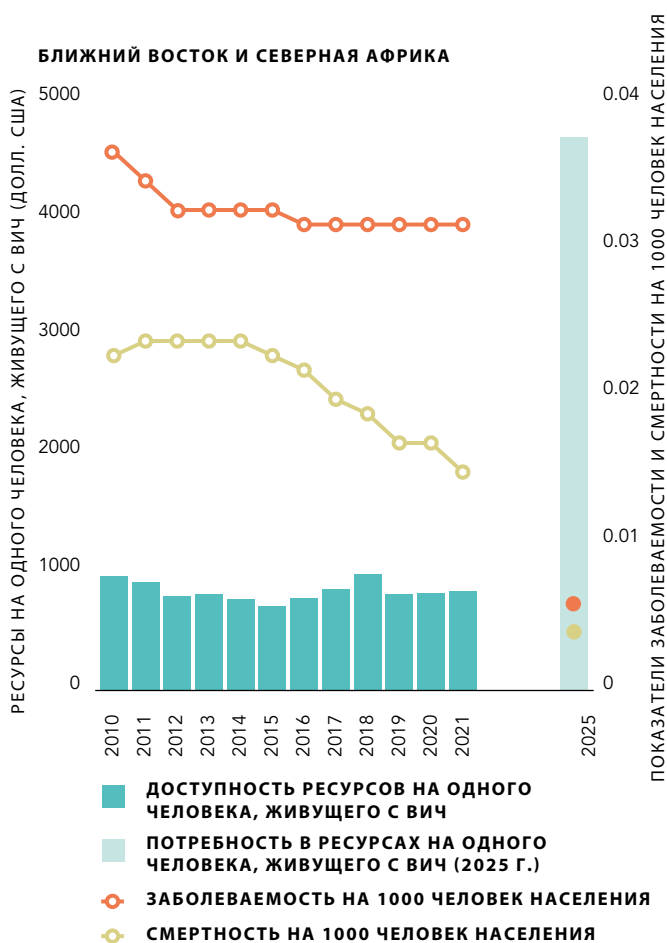
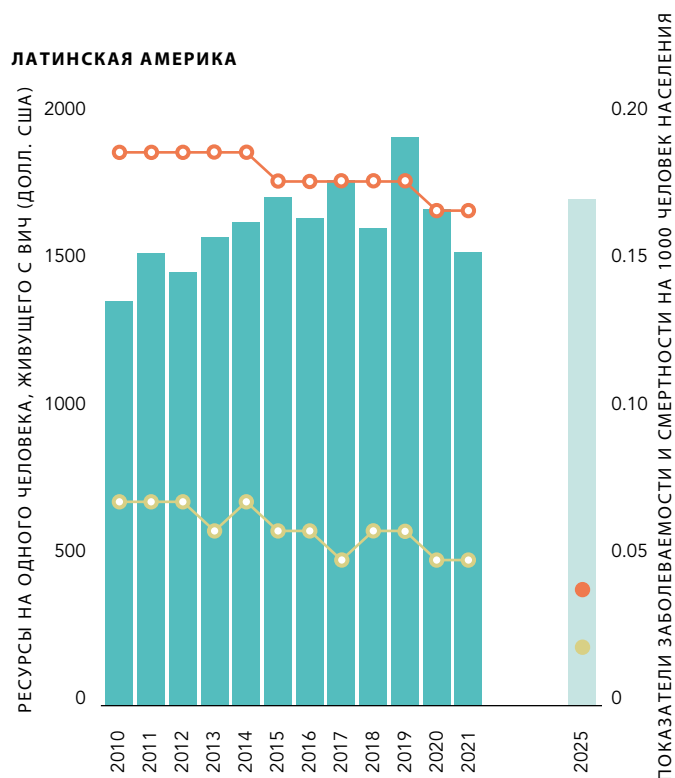
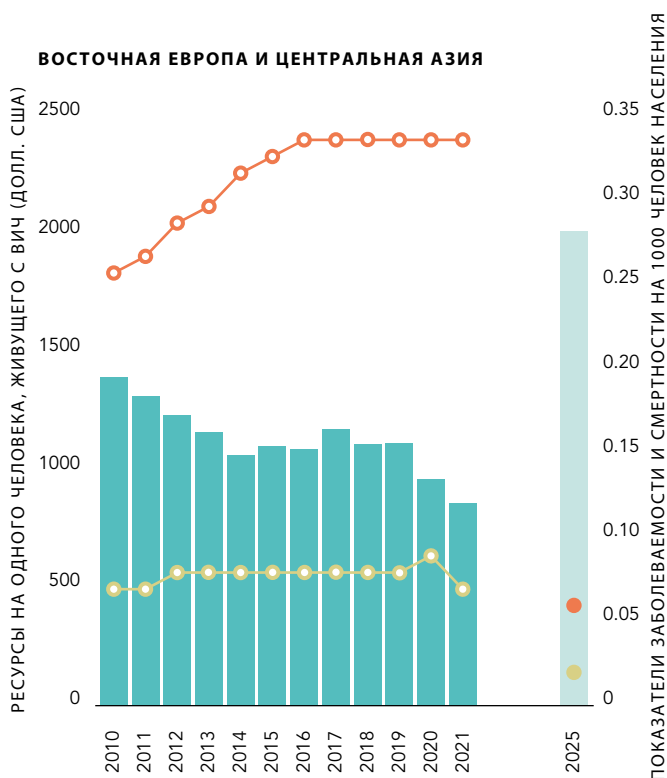
**Сравнивая ресурсы, доступные  
для противодействия ВИЧ в 2021  
году, с ресурсами, необходимыми  
для достижения целей к 2025  
году, выясняется, что пробелы в  
финансировании варьируются в  
широких пределах.**

<sup>5</sup> Чтобы сделать суммы сопоставимыми, инвестиции были конвертированы в постоянные доллары США 2019 года и скорректированы с учётом инфляции. Общие суммы также скорректированы с учётом численности населения и распространённости ВИЧ. Полученный показатель представляет собой размер общих расходов на ВИЧ на одного человека, живущего с ВИЧ, и включает в себя тестирование, лечение, профилактику и инвестиции в улучшение социальных факторов. Как показано на рис. 5.6, уровень скорректированных инвестиций можно сопоставить с такими показателями воздействия, такими как заболеваемость ВИЧ и смертность от СПИДа на 1000 человек населения, чтобы оценить достаточность и эффективность ресурсов.

**РИСУНОК 5.6** Общая доступность ресурсов для противодействия ВИЧ на одного человека, живущего с ВИЧ; заболеваемость ВИЧ и смертность, обусловленная СПИДом; страны с низким и средним уровнем доходов; по регионам; 2010–2021 гг, цель к 2025 году







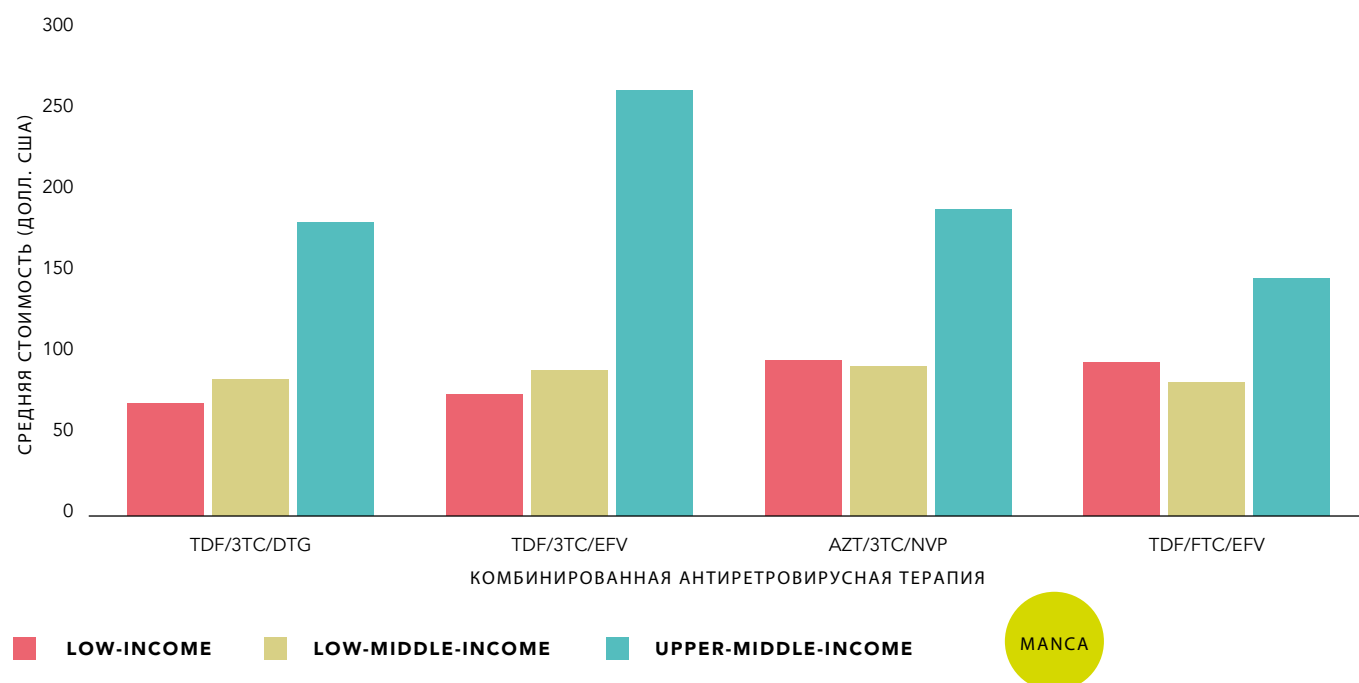
- ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ К 2025 Г.
- ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПО СМЕРТНОСТИ К 2025 Г.

## ЗА ТЕ ЖЕ ДЕНЬГИ — НО БОЛЬШЕ

При оценке достижений противодействия ВИЧ иногда упускается из виду роль снижения цен и повышения экономической эффективности. Активность и адвокация позволили снизить удельные затраты, особенно на антиретровирусные препараты, а инновации в оказании услуг позволили фондам по противодействию ВИЧ сделать больше. Снижение цен на препараты для лечения ВИЧ также высвободило средства для дальнейшего расширения программ и усовершенствования высокоэффективных вмешательств (таких как новые антиретровирусные препараты и доконтактная профилактика). За последнее десятилетие снижение стоимости лечения в расчете на человека позволило многим странам с низким и средним уровнем доходов за последнее десятилетие значительно расширить свои программы лечения ВИЧ.

Однако снижение цен было неравномерным. Стоимость продукции, необходимой для лечения ВИЧ и оказания других медицинских услуг, значительно различается между регионами и группами стран с разным уровнем доходов. Страны с уровнем доходов выше среднего покупают антиретровирусные препараты по очень высоким ценам (рис. 5.7), особенно препараты для антиретровирусных схем второго и третьего ряда. Во всех регионах антиретровирусная терапия второго ряда по-прежнему намного дороже, чем схемы первого ряда (рис. 5.8).

**РИСУНОК 5.7** Средняя стоимость (в долларах США) антиретровирусной терапии на одного человека в год для различных схем лечения, по уровням дохода стран, 2021 г.

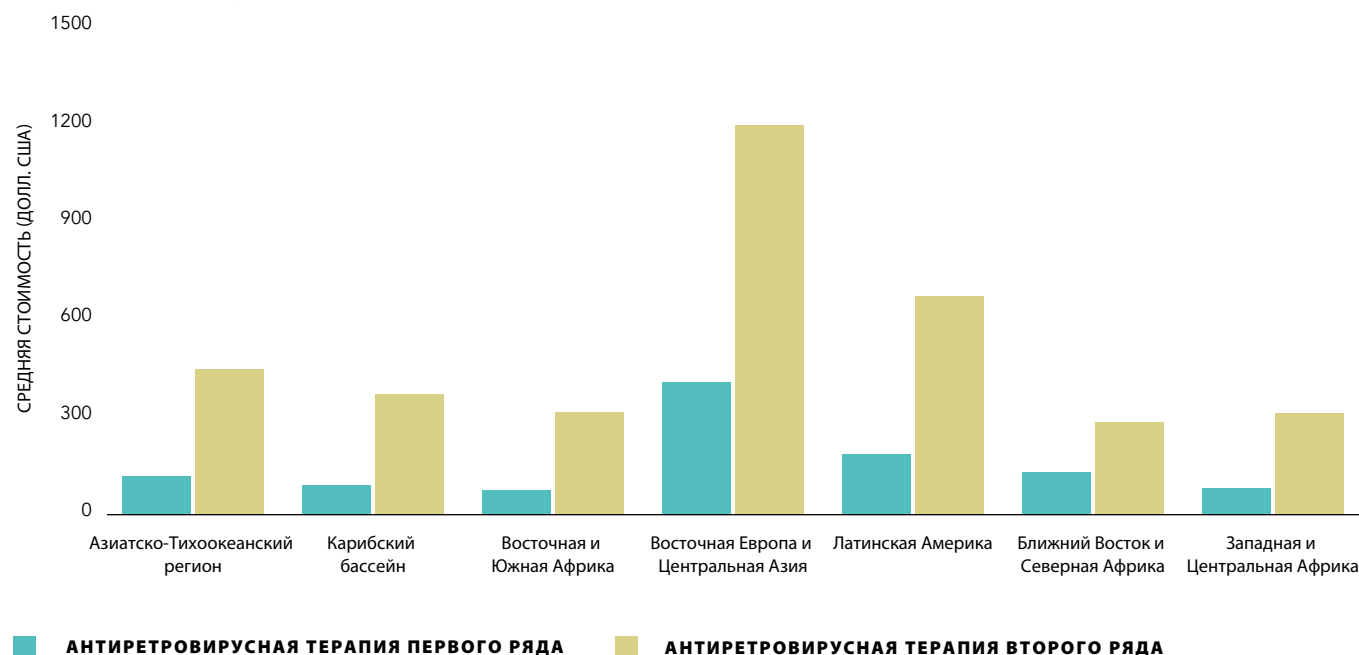


Источник: Финансовые оценки и прогнозы ЮНЭЙДС, 2021 г. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Глобальный мониторинг СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: данные охватывают 89 стран, представивших отчёты для системы Глобального мониторинга эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г.

Примечание: TDF = тенофовир дизопроксил фумарат; 3TC = ламивудин; DTG = долутегавир; EFV = эфавиренц; AZT = азидотимидин; NVP = невирапин; FTC = эмтрицитабин.

**РИСУНОК 5.8** Средняя стоимость (долл. США) антиретровирусной терапии первого и второго ряда на одного человека в год, по регионам, 2021 г.



Источник: Финансовые оценки и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: данные охватывают 89 стран, представивших отчёты для системы Глобального мониторинга эпидемии СПИДа ЮНЭЙДС, 2021 и 2022 гг.

Техническая эффективность инвестиций в связи с ВИЧ также со временем повысилась, что позволило большему количеству людей воспользоваться преимуществами программ противодействия ВИЧ. Новое исследование, охватывающее 78 стран в основном с низким и средним уровнем доходов, показало, что в 2018 году такая же сумма расходов на ВИЧ использовалась почти в два раза эффективнее (15).<sup>6</sup>

Снижение цен и эффективность затрат должны быть устойчивыми, и они могут быть распространены более широко на продукты и страны. ДКП, особенно новые пролонгированные инъекционные версии, могут стать существенно дешевле (см. Главу 2). Каждый сэкономленный доллар потенциально расширяет доступ к жизненно важным услугам и продуктам, но, хотя экономия и повышение эффективности могут помочь расширить бюджетные возможности для противодействия ВИЧ, их недостаточно для устранения пробелов в финансировании, которые сдерживают меры противодействия ВИЧ. Необходимы новые интервенции на международном уровне.

**Наблюдаемое снижение цен и эффективность затрат должны быть устойчивыми и могут быть распространены более широко на продукцию и страны.**

<sup>6</sup> В качестве основных направлений исследования рассматривались программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и программы антиретровирусной терапии.

## **СОХРАНИТЬ ФИНАНСИРОВАНИЕ НА ВИЧ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

Хотя пандемия COVID-19 ограничила экономический рост и привела к огромным дополнительным расходам во всем мире, она также усиливает необходимость реформирования финансирования здравоохранения и избавления стран с низким и средним уровнем доходов от бесконечных циклов непосильной задолженности.

COVID-19 изменил фискальную политику во многих странах с высоким и в некоторых странах со средним уровнем доходов. Страны с сильной суверенной валютой смогли частично профинансировать дополнительную поддержку предприятий и домашних хозяйств за счёт рекордных объёмов заимствований и выпуска облигаций. Однако в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода таких вариантов нет, и в них наблюдается значительное ухудшение государственного финансирования. Многие прибегают к дополнительным заимствованиям и перераспределению средств из других секторов, включая образование и инфраструктуру (16, 17).

В среднем в период с 2019 по 2021 год государственный долг в странах с низким и средним уровнем дохода вырос с 58% до 65% валового внутреннего продукта, что эквивалентно ошеломляющей сумме в 2,3 трлн долларов США (18). По оценкам Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединённых Наций, в 2021 году выплаты стран с низким уровнем доходов только процентов по долгу составляли в среднем около 14% национального дохода, что почти в четыре раза больше, чем тот же показатель в странах с уровнем дохода выше среднего и высоким уровнем (19). Высокое бремя задолженности, как правило, оказывает прямое влияние на бюджетные ассигнования на здравоохранение и противодействие ВИЧ.

**Существует опасность того, что в предстоящий период во многих странах с низким и средним уровнем доходов могут быть приняты меры жёсткой бюджетной экономии. При этом ожидается, что примерно 140 стран примут меры по сокращению государственных расходов.**

Существует опасность того, что в предстоящий период меры жёсткой бюджетной экономии могут быть приняты во многих странах с низким и средним уровнем доходов в предстоящий период. При этом ожидается, что примерно 140 стран примут меры по сокращению государственных расходов (см. специальный материал о Замбии в Главе 3) (20, 21). Жизненно важно избегать таких мер реагирования, которые обычно наносят ущерб наиболее уязвимым слоям общества. Необходимо прибегнуть к существующим альтернативам и ускорить их осуществление. Это включает в себя списание и облегчение долга, а также дополнительное финансирование на льготных условиях и целенаправленное перераспределение неиспользованных специальных прав заимствования, выпущенных в 2021 году. Право страны на льготное финансирование (т. е. более низкая стоимость заимствования) должно соответствовать чёткими критериями, которые служат общественным интересам (22). В ответ на совокупное воздействие COVID-19 и войны в Украине необходимо пересмотреть планы отказа от льготного финансирования, включая грантовую поддержку в сфере противодействия ВИЧ.

Вместо того, чтобы требовать от стран с низким уровнем доходов сокращения бюджетов государственных служб и численности служащих, механизмы кредитования должны позволять им укрепить свои системы здравоохранения и другие составляющие социально-экономического развития (19, 20, 23). Требуется большая глобальная солидарность: страны с высоким уровнем доходов должны выполнять свои обязательства по оказанию помощи в целях развития за рубежом. Странам как с низким, так и со средним уровнем дохода требуется донорская помощь для сокращения дефицита финансирования программ профилактики ВИЧ, особенно для ключевых групп населения. Снижение цен на продукцию, связанную с лечением ВИЧ-инфекции, прежде всего, в Латинской Америке, Восточной Европе и Центральной Азии, также будет иметь решающее значение.

Однако дополнительное льготное финансирование и международная помощь в целях развития сами по себе недостаточны: необходимы меры для обеспечения того, чтобы дополнительные ресурсы использовались для поддержания или восстановления государственных услуг, а не для выплаты долгов кредиторам в периоды высокого финансового стресса. Сектор здравоохранения был особенно уязвим в преддверии кризиса COVID-19 в связи с выплатами по погашению долговых обязательств. Например, в 2019 году 64 страны тратили на обслуживание своего внешнего долга больше, чем на свои системы здравоохранения (в долях государственных доходов). Меньшие расходы на здравоохранение ослабляют способность реагировать на ВИЧ и другие эпидемии (20). Необходимы смелые действия по облегчению бремени задолженности, включая полное списание (19, 23).

**Вместо того, чтобы требовать от стран с низким уровнем доходов сокращения бюджетов своих государственных служб и численности служащих, международные механизмы финансирования должны позволить им укрепить свои системы здравоохранения и другие составляющие социально-экономического развития.**





# COVID-19 И МЕРЫ ЖЁСТКОЙ ЭКОНОМИИ УГРОЖАЮТ БОРЬБЕ ЗАМБИИ СО СПИДОМ



# 47%

**СОКРАЩЕНИЕ ЧИСЛА НОВЫХ  
СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В  
ЗАМБИИ С 2010 ГОДА**

Замбия переживает момент истины в противодействии ВИЧ. В то время как в стране с 2010 года число новых случаев ВИЧ-инфекции сократилось на 47%, что соответствует уровню восточных и южных районов Африки в целом (снижение на 44%), смертность от СПИДа снизилась лишь на 40% (по сравнению с 58% в регионе в целом), и число людей, нуждающихся в пожизненном лечении, продолжает расти. Национальные меры в ответ на ВИЧ также по-прежнему сильно зависят от внешних источников, при этом международные спонсоры покрывают более 95% расходов страны, связанных с ВИЧ. Однако, поскольку Замбия стала страной со средним уровнем доходов, её будущие перспективы в плане мобилизации международной помощи для осуществления национальных мер по противодействию СПИДу остаются неопределёнными.

Увеличение внутренних расходов на противодействие СПИДу, здравоохранение, образование и другие ключевые элементы эффективных мер в ответ на ВИЧ являются безотлагательным национальным приоритетом. Однако надежды на достижение столь необходимого увеличения внутренних затрат оказываются под угрозой из-за макроэкономической ситуации в стране и долгового кризиса. После быстрого экономического роста до пандемии COVID-19 в 2020 году экономика сократилась на 2,8% в результате ограничительных мер и других последствий COVID-19 (24). В опросе населения 2021 года восемь из десяти домохозяйств в Замбии сообщили, что их бизнес или занятость пострадали от COVID-19, при этом каждое третье домохозяйство сообщило о снижении доходов или потере работы во время пандемии (25).

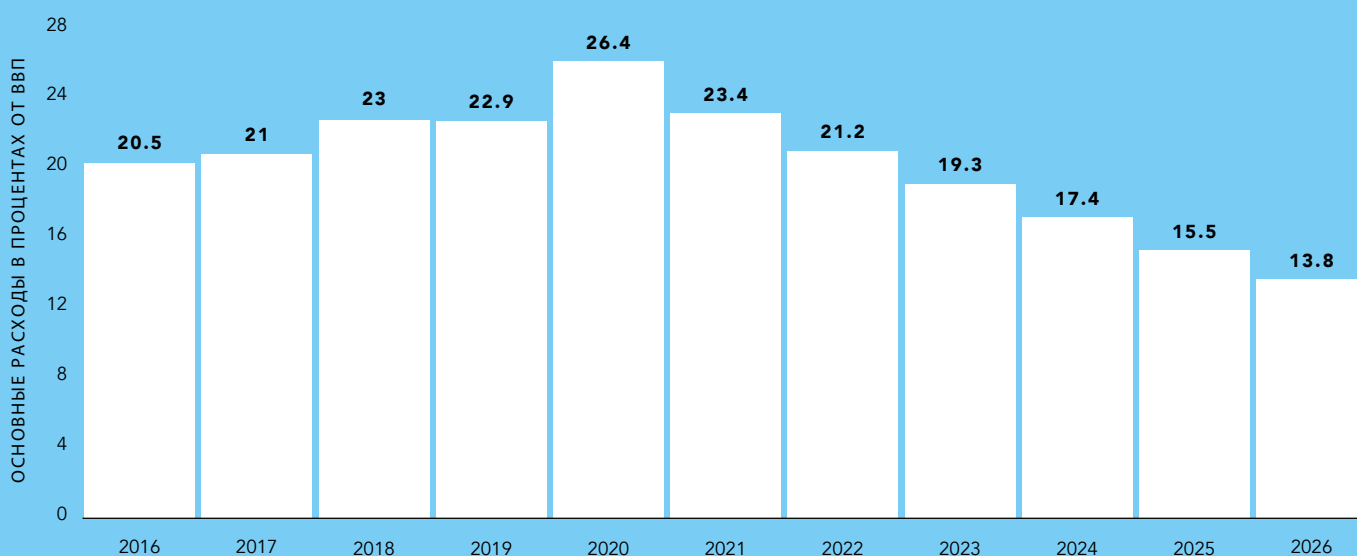
Хотя экономика Замбии с тех пор частично восстановилась, её способность использовать восстановление для финансирования здравоохранения и социальных услуг была подорвана долговой ситуацией в стране: после использования долга для финансирования расширенных государственных инвестиций государственный долг Замбии теперь превышает 100% валового внутреннего продукта и является неустойчивым (26). В 2020 г. Замбия стала первым суверенным государством после появления COVID-19, объявившим дефолт по своему государственному долгу (27). Почти половина (46%) долга Замбии приходится на частных кредиторов: 22% — Китай, 8% — другие правительства и 18% — многосторонние учреждения. Преобладание частных кредиторов затрудняет реструктуризацию долга Замбии, поскольку частные кредиторы, как правило, менее склонны, чем государственные или многосторонние кредиторы, прощать или дисконтировать причитающиеся суммы.





Для преодоления долгового кризиса правительство достигло соглашения с МВФ. В обмен на экономическую поддержку страна обязалась значительно сократить государственные расходы. В соответствии с этим соглашением государственные расходы в 2026 году (в виде доли от валового внутреннего продукта) составят примерно половину расходов в 2020 году (рис. 5.9).

**РИСУНОК 5.9** Основные расходы правительства в процентах от ВВП, Замбия, 2016–2026 гг.



Источник: "Перспективы развития мировой экономики. Восстановление во время пандемии. Риски в области здравоохранения, перебои в поставках и ценовое давление". Вашингтон (округ Колумбия): Международный валютный фонд; 2021 г.

Жёсткая бюджетная экономия является обычной, но часто разрушительной реакцией на долговые кризисы. Подобная экономия, к которой косвенно призывает это соглашение, ставит под угрозу способность Замбии делать необходимые внутренние государственные инвестиции в противодействие ВИЧ, укрепление здравоохранения, или других секторов, которые влияют на уязвимость к ВИЧ и востребованность таких услуг, как образование и социальная защита.

Необходимы срочные действия, чтобы предотвратить потенциально болезненное сокращение государственных расходов на здравоохранение и социальную защиту, а также сделать возможными ориентированные на людей инвестиции, необходимые для прекращения эпидемии СПИДа как угрозы общественному здравоохранению. Также требуются международные действия для смягчения долгового бремени страны, с особым вниманием к тому, чтобы убедить частных кредиторов принять участие в облегчении долгового бремени. Специальные права заимствования МВФ, которые представляют собой процентные резервные активы, распределённые между государствами-членами МВФ, должны быть перераспределены таким образом, чтобы обеспечить увеличение ликвидности в Замбии. Внутри страны следует перейти к прогрессивной системе налогообложения в сочетании с институциональными реформами, обеспечивающими способность страны собирать причитающиеся налоги.

#### Следующая страница

Руководители молодёжного центра при Центре общественного развития муниципального совета Лусаки в Мандеву. Лусака, Замбия, июнь 2022 года.



MANDEVU  
YOUTH  
PROJECT  
LCC

OFFICE

CARP  
CLA



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Kurowski 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. Technical update: widening rifts. Washington (DC): World Bank; September 2021.
2. Global economic prospects, June 2022. Washington (DC): World Bank; 2022 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/37224/9781464818431.pdf>).
3. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO; 2022.
4. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz MF, Chepynoga K, Buisman LR et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018;6(2):e169–e179.
5. Global monitoring report on financial protection in health 2021. Geneva: WHO; 2021.
6. Qin VM, Hone T, Millett C, Moreno-Serra R, McPake B, Atun R et al. The impact of user charges on health outcomes in low-income and middle-income countries: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2019;3(Suppl 3):e001087.
7. Steele SJ, Sugianto H, Baglione Q, Sedlimaier S, Niyibizi AA, Duncan K et al. Removal of user fees and system strengthening improves access to maternity care, reducing neonatal mortality in a district hospital in Lesotho. *Trop Med Int Health*. 2019;24(1):2–10.
8. Ridde V. From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(Suppl 3):S6.
9. Zombré D, De Allegri M, Ridde V. Immediate and sustained effects of user fees exemption on health care utilization among children under five in Burkina-Faso; a controlled interrupted time-series analysis. *Soc. Sci Med*. 2017;179:27–35.
10. Case study of the elimination of HIV user fees: what can we learn from Cameroon. Geneva: UNAIDS; [forthcoming in 2022].
11. Atchessi N, Ridde V, Zunzunegui M-V. User fees exemption alone are not enough to increase indigent use of health services. *Health Policy Plan*. 2016;31:674–81.
12. Ministry of Public Health (Cameroon). Health sector strategy, 2016–2027. Yaoundé: Government of Cameroon; 2016.
13. UNAIDS internal analysis, 2022.
14. UNAIDS financial estimates, July 2022, and Global AIDS Monitoring reporting, using data from 96 countries that reported their latest expenditures on prevention and treatment interventions.
15. Allel K, Abou Jaoude GJ, Birungi C, Palmer T, Skordis J, Haghparsat-Bidgoli H. Technical efficiency of national HIV/AIDS spending in 78 countries between 2010 and 2018: a data envelopment analysis. *PLOS Global Public Health*. Forthcoming.
16. The monetary policy response to COVID-19: the role of asset purchase programmes. DESA policy brief no. 129. New York (NY): UN Department of Economic and Social Affairs; February 2022 (<https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-des-a-policy-brief-no-129-the-monetary-policy-response-to-covid-19-the-role-of-asset-purchase-programmes/>).



17. The monetary–fiscal policy nexus in the wake of the pandemic. BIS papers no. 122. Basel: Bank for International Settlements (Monetary and Economic Department); March 2022 (<https://www.bis.org/pub/bppdf/bispap122.pdf>).
18. World economic outlook: recovery during a pandemic. Health concerns, supply disruptions and price pressures. Washington (DC): International Monetary Fund; 2021.
19. Financing for sustainable development report 2022: bridging the finance divide. New York (NY): UN Department of Economic and Social Affairs; 2022 (<https://developmentfinance.un.org/fsdr2022>).
20. A pandemic triad: HIV, COVID-19 and debt in developing countries. Geneva: UNAIDS; 2022.
21. Ortiz I, Cummins M. Global austerity alert: looming budget cuts in 2021–25 and alternative pathways. New York (NY): Initiative for Policy Dialogue, Columbia University; 2021 (<https://policydialogue.org/files/publications/papers/Global-Austerity-Alert-Ortiz-Cummins-2021-final.pdf>).
22. Fund concessional financial support for low-income countries—responding to the pandemic. Washington (DC): International Monetary Fund; 2021 (<https://www.imf.org/en/Publications/Policy-Papers/Issues/2021/07/22/Fund-Concessional-Financial-Support-For-Low-Income-Countries-Responding-To-The-Pandemic-462520>).
23. Developing countries must be provided with debt relief to prevent financial brink, preserve progress, Deputy Secretary-General tells Development Finance Dialogue. In: United Nations Meetings Coverage and Press Releases [Internet]. 20 April 2022; DG/SM/1718. New York (NY): United Nations; c2022 (<https://www.un.org/press/en/2022/dsgsm1718.doc.htm>).
24. The World Bank in Zambia. In: The World Bank [Internet]. Updated 17 April 2022. Washington (DC): The World Bank; c2022 (<https://www.worldbank.org/en/country/zambia/overview#1>).
25. Socio-economic impact assessment of COVID-19 on households in Zambia. Lusaka: Zambia Statistics Agency; 2021 (<https://www.zamstats.gov.zm/backup/phocadownload/Socio%20Economic/Socio-economic%20Impact%20Assessment%20of%20COVID-19%20on%20Households%20in%20Zambia.pdf>).
26. Zambia Economic Outlook. In: African Development Bank Group [Internet]. African Development Bank; c2022 (<https://www.afdb.org/en/countries-southern-africa-zambia/zambia-economic-outlook>).
27. Smith E. Zambia becomes Africa's first coronavirus-era default: what happens now? In: CNBC [Internet]. 23 November 2020. CNBC LLC; c2022 (<https://www.cnbc.com/2020/11/23/zambia-becomes-africas-first-coronavirus-era-default-what-happens-now.html>).

# РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

VI

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

# ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА



Восточная и Южная Африка остаётся регионом, наиболее сильно затронутым ВИЧ, где проживает 20,6 миллиона (18,9–23,0 миллиона) человек — 54% всех людей, живущих с ВИЧ в мире. Однако в регионе был достигнут значительный прогресс — больше, чем в любом другом регионе: число новых случаев ВИЧ-инфекции среди всех возрастов снизилось на 44% с 2010 по 2021 год (38% среди женщин и 52% среди мужчин).

Регион также добился заметного прогресса в снижении числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей: снижение на 61% с 2010 года. Тем не менее, уровень вертикальной передачи ВИЧ при грудном вскармливании по-прежнему оценивается в 8,6%. Одна страна в регионе, Ботсвана, стала первой страной с высоким бременем ВИЧ, получившей Серебряный статус на пути к ликвидации вертикальной передачи ВИЧ (см. специальный материал о Ботсване в Главе 2).

Несмотря на этот прогресс, необходимо ускорить сокращение числа новых случаев ВИЧ-инфекции, чтобы к 2030 году регион покончил со СПИДом как угрозой общественному здравоохранению. Региональные успехи при этом затмевают более медленный прогресс в таких странах, как Мадагаскар и Южный Судан, где с 2010 года увеличилось число новых случаев инфицирования ВИЧ.

Женщины и девочки по-прежнему непропорционально подвержены ВИЧ-инфекции: на их долю приходится 63% новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе в 2021 году. Число новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин (в возрасте от 15 до 24 лет) в три раза выше, чем среди мужчин того же возраста. С 2010 года снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции было намного более резким среди мальчиков-подростков и молодых мужчин (56%), чем среди девочек-подростков и молодых женщин (42%) или женщин старшего возраста (в возрасте от 25 до 49 лет) (29%). Законы о возрасте согласия также препятствуют усилиям по обеспечению доступа девочек-подростков и молодых женщин к тестированию на ВИЧ и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья.

Восточная и Южная Африка — единственный регион, где на ключевые группы населения и их половых партнёров приходится менее половины новых случаев инфицирования ВИЧ (46% в 2021 году). Тем не менее, ключевые группы населения в регионе имеют более высокий относительный риск инфицирования ВИЧ, чем общее население;

20.6

МЛН

**ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ,  
В РЕГИОНЕ**

при этом секс-работники подвергаются особенно высокому риску. Законы, криминализирующие ключевые группы населения во многих странах, подрывают усилия по их охвату и распространению на них национальных мер по противодействию ВИЧ.

К 2020 году по меньшей мере шесть стран в восточной и южной частях Африки достигли целевых показателей «90–90–90» в отношении тестирования на ВИЧ и лечения ВИЧ-инфекции (Ботсвана, Эсватини, Малави, Руанда, Замбия и Зимбабве). К концу 2020 года ещё четыре страны добились подавления вирусной нагрузки у 73% людей, живущих с ВИЧ (Кения, Намибия, ЮАР и Уганда). В то время как многие страны достигли второго и третьего из целевых показателей «95–95–95» на 2025 год (более 95% людей, знающих свой ВИЧ-положительный статус, получают лечение, и более 95% людей, получающих лечение, имеют подавленную вирусную нагрузку), первая цель, заключающаяся в том, чтобы более 95% людей, живущих с ВИЧ, знали свой ВИЧ-статус, не была достигнута ни в одной стране региона. Мужчины реже, чем женщины, получают доступ к основным услугам в связи с ВИЧ, что подчёркивает необходимость инновационных подходов к решению следующих задач: (а) обеспечить использование услуг среди мужчин, живущих с ВИЧ или подвергающихся риску инфицирования; (б) улучшить их здоровье; (с) предотвратить передачу ВИЧ своим половым партнёрам.

В осуществлении региональных мер противодействия ВИЧ возникают серьёзные проблемы, в том числе в связи с затянувшимися последствиями пандемии COVID-19, которая нарушила предоставление услуг и вынудила некоторые страны перераспределить свои ограниченные ресурсы здравоохранения без учёта мер по противодействию ВИЧ.

63%

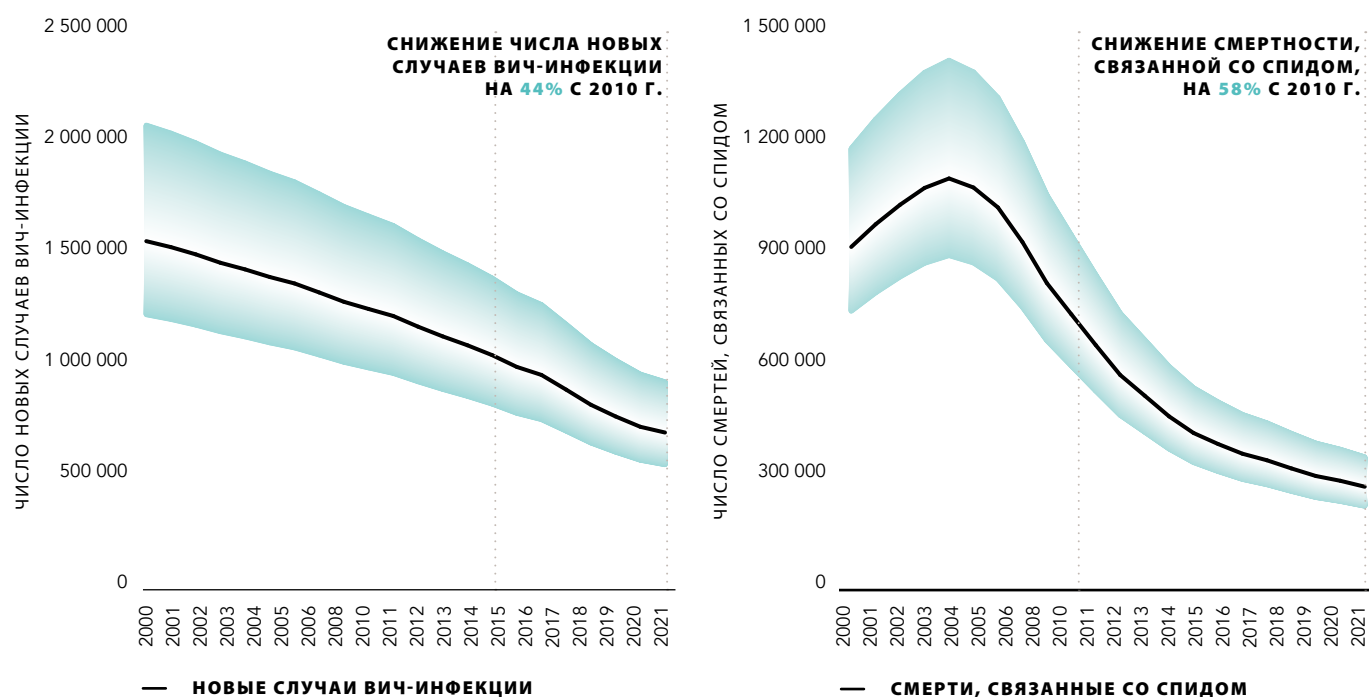
**НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-  
ИНФЕКЦИИ В РЕГИОНЕ В  
2021 ГОДУ СРЕДИ ЖЕНЩИН  
И ДЕВОЧЕК**





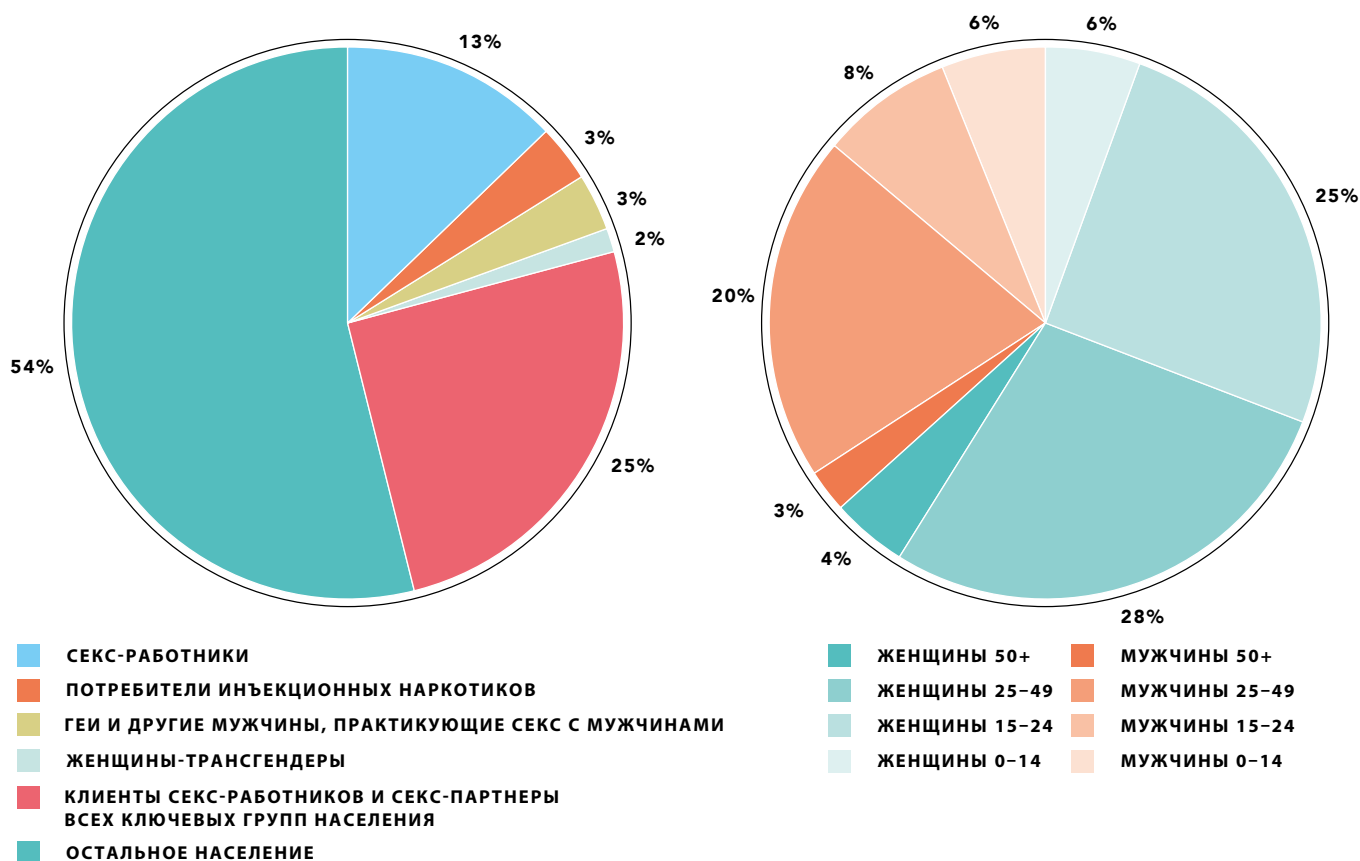
## СОСТОЯНИЕ ПАНДЕМИИ

**РИСУНОК 6.1** Число новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей, связанных со СПИДом, Восточная и Южная Африка, 2000–2021 гг.



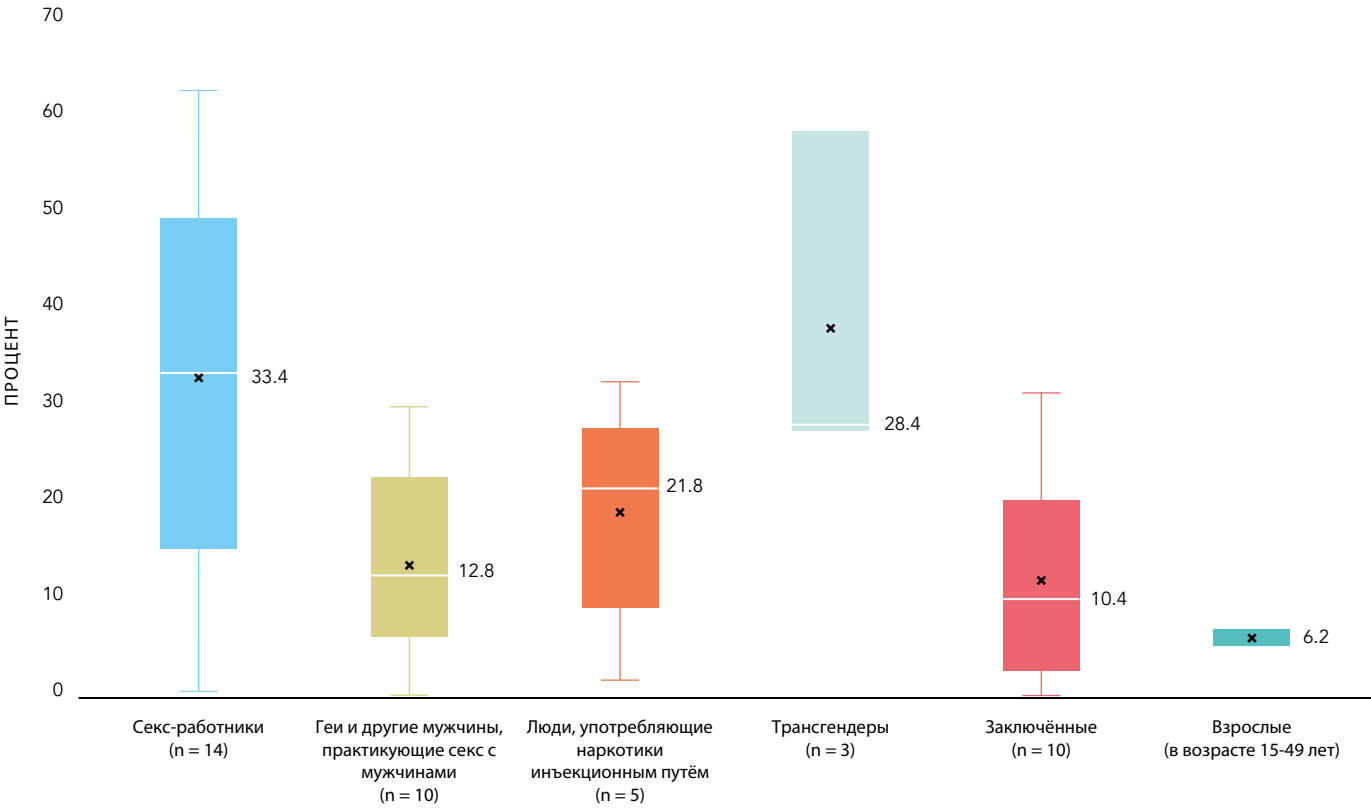
Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**РИСУНОК 6.2** Распределение новых случаев ВИЧ по группам населения и полу (в возрасте 15–49 лет), Восточная и Южная Африка, 2021 г



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 (см. Приложение о методике).

**РИСУНОК 6.3** Распространённость ВИЧ среди ключевых групп населения, страны Восточной и Южной Африки, представившие отчёты, 2017–2021 гг.



**Как читать?**

- ← Верхнее предельное значение
- ← Верхний квартиль
- ← Среднее значение
- ← Медиана
- ← Нижний квартиль
- ← Отклонение
- ← Нижнее предельное значение

Средний показатель распространённости ВИЧ в странах Восточной и Южной Африки, представивших такие данные, составил:

- 33.4% среди секс-работников;
- 12.8% среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами;
- 21.8% среди людей, употребляющих инъекционные наркотики;
- 28.4% среди трансгендеров;
- 10.4% среди заключённых.

Расчётное значение распространённости ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15-49 лет) составляет 6.2% [5.5–6.9%].

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г.; Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

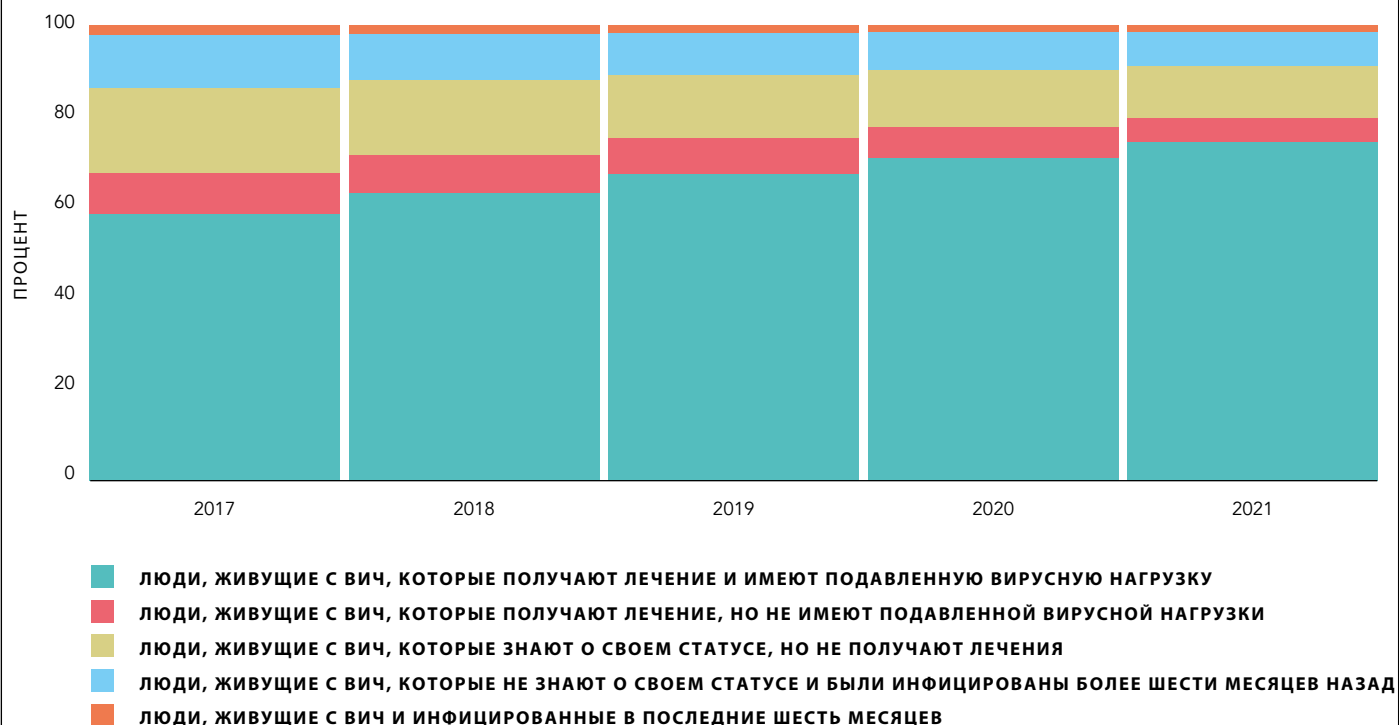
Примечание: (n = количество стран). Всего стран, представивших данные — 21.

Пределы погрешности распространённости среди взрослых определяют диапазон, в котором находится истинное значение (если оно измеримо). Узкие пределы указывают на высокую точность оценки, в то время как широкие пределы указывают на большую её неопределённость.



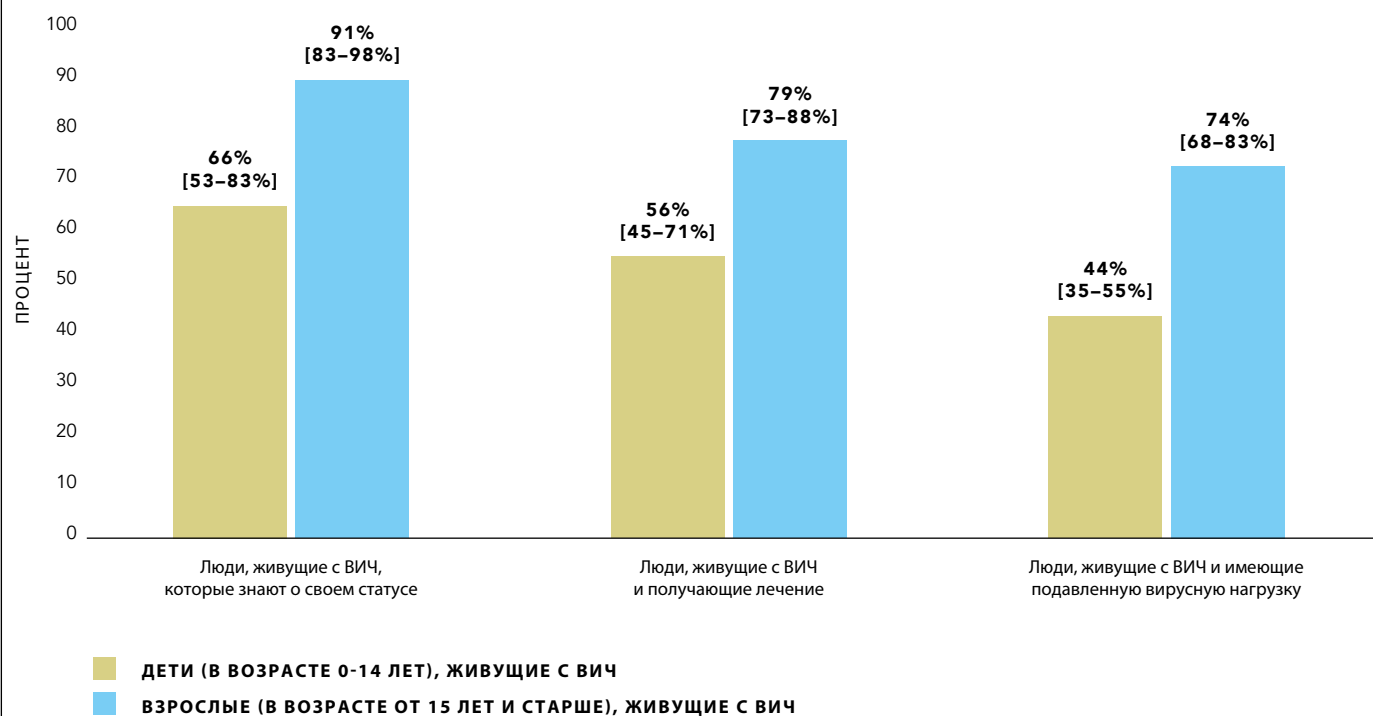
## УСЛУГИ В СВЯЗИ С ВИЧ

**РИСУНОК 6.4** Люди, живущие с ВИЧ; люди, впервые инфицированные в последние шесть месяцев; каскад тестирования и лечения; взрослые (в возрасте от 15 лет и старше), Восточная и Южная Африка, 2017–2021 гг.



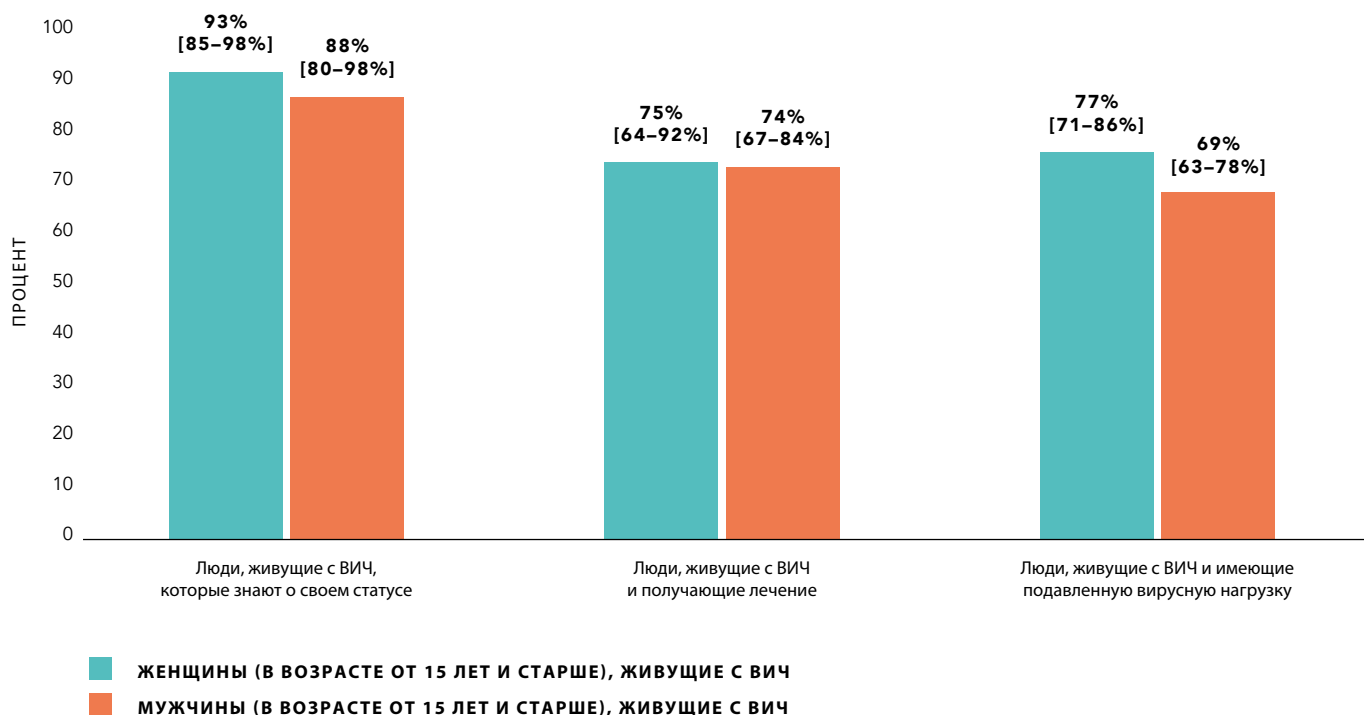
Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 6.5** Каскад тестирования и лечения ВИЧ; дети (в возрасте 0–14 лет) по сравнению со взрослыми (в возрасте от 15 лет и старше); Восточная и Южная Африка, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 6.6** Каскад тестирования и лечения; женщины (в возрасте от 15 лет и старше) по сравнению с мужчинами (в возрасте от 15 лет и старше); Восточная и Южная Африка, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.



ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА

ТАБЛИЦА 6.2 Оценочная таблица законов и политики, Восточная и Южная Африка, 2022 г.

	КАРАТЕЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ							
	Криминализация трансгендеров	Криминализация секс-бизнеса	Криминализация частных однополых сексуальных отношений	Криминализация владения небольшим количеством наркотиков	Законы, криминализирующие передачу ВИЧ, сокрытие ВИЧ-статуса или создание риска инфицирования ВИЧ	Законы или правила, ограничивающие въезд, пребывание и проживание людей, живущих с ВИЧ <sup>21</sup>	Согласие родителей на тестирование подростков на ВИЧ	Обязательное тестирование на ВИЧ для получения разрешения на брак, работу, проживание или для определенных групп
Ангола	5	6	13	17	1		22	3
Ботсвана	2	2	2	2	1		2	3
Коморские острова	1	1	2	2	1		2	1
Эритрея		1	2	18	1			1
Эсватини	2	7	2	1	1		1	1
Эфиопия	4	3	1	2	2		23	2
Кения	1	1	14	1	2		1	1
Лесото	3	8	1	19	3		24	3
Мадагаскар	2	9	2	2	2		2	2
Малави	1	1	1	1	1		1	1
Маврикий	3	3	13	3	1		2	3
Мозамбик	3	3	1	3	3		25	3
Намибия	3	10	15	20	1		26	2
Руанда	1	11	1	1	1		27	1
Сейшельские острова	1	1	1	1	1		1	1
ЮАР	1	1	1	1	1		1	1
Южный Судан	3	1	16	1	1		3	1
Уганда	1	1	1	1	1		1	1
Танзания	1	1	1	1	1		28	1
Замбия	1	12	1	2	1		1	1
Зимбабве	1	1	1	1	29		1	1

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ТРАНСГЕНДЕРОВ

- Да
- Нет
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ СЕКС-БИЗНЕСА

- Любая криминализация или карательное регулирование секс-бизнеса
- Секс-бизнес не подлежит карательному регулированию или не преследуется по закону
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ЧАСТНЫХ ОДНОПОЛЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

- Смертная казнь
- Лишение свободы (от 14 лет до пожизненного заключения, до 14 лет) или без указания вида наказания
- Законы, предусматривающие наказание за однополые сексуальные отношения, были декриминализованы или никогда не существовали, либо нет специального законодательства
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ВЛАДЕНИЯ НЕБОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ НАРКОТИКОВ

- Да
- Нет
- Нет данных

ЗАКОНЫ, КРИМИНАЛИЗИРУЮЩИЕ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ, СОКРЫТИЕ ВИЧ-СТАТУСА ИЛИ СОЗДАНИЕ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

- Да
- Нет, но уголовное преследование осуществляется на основании общих уголовных законов
- Нет
- Нет данных

ЗАКОНЫ ИЛИ ПРАВИЛА, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ<sup>21</sup>

- Депортация, запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Ограничения отсутствуют

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ТЕСТИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ НА ВИЧ

- Да
- Нет
- Нет данных

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ НА БРАК, РАБОТУ, ПРОЖИВАНИЕ ИЛИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП

- Да
- Нет
- Нет данных

	ПРОТЕКЦИОНИСТСКИЕ ЗАКОНЫ				
	Законы, защищающие от дискриминации на основании ВИЧ-статуса	Конституционные или другие недискриминационные условия для секс-бизнеса	Конституционные или другие недискриминационные условия для сексуальной ориентации	Конституционные или другие недискриминационные условия для гендерной идентичности	Конституционные или другие недискриминационные условия для людей, употребляющих наркотики инъекционным путём
Ангола					3
Ботсвана	2	2	2	2	2
Коморские острова		2	2		2
Эритрея					
Эсватини	1	1		1	1
Эфиопия	2				4
Кения	1	1	2	1	1
Лесото					3
Мадагаскар	1	2	2	2	1
Малави	1	2	2	1	1
Маврикий	3				3
Мозамбик	3				3
Намибия	2				3
Руанда	1	1	1	1	1
Сейшельские острова	1	1	1	1	1
ЮАР	1	1	1	1	1
Южный Судан	1			1	3
Уганда	1	1	1	1	1
Танзания	1	1	1	1	1
Замбия	1	1	1	1	1
Зимбабве	1	1	1	1	1

**ЗАКОНЫ, ЗАЩИЩАЮЩИЕ ОТ  
ДИСКРИМИНАЦИИ НА ОСНОВАНИИ  
ВИЧ-СТАТУСА**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ СЕКС-БИЗНЕСА**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ  
НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЁМ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

Примечания: Конституционные и другие недискриминационные условия относятся к тому, были ли интерпретированы конституционные запреты на дискриминацию для включения секс-бизнеса, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или людей, употребляющих наркотики, судами/правительственной политикой и/или тем, имеются ли другие законодательные недискриминационные условия, указывающие на секс-бизнес, сексуальную ориентацию, гендерную идентичность или людей, употребляющих наркотики..

1. ЮНЭЙДС. Национальные обязательства и меры реализации политики, 2022 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. ЮНЭЙДС. Национальные обязательства и меры реализации политики, 2021 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. ЮНЭЙДС. Национальные обязательства и меры реализации политики, 2019 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. ЮНЭЙДС. Национальные обязательства и меры реализации политики, 2017 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. Ангола. Уголовный кодекс. Статья 189 ([https://governo.gov.ao/fotos/frontend\\_1/gov\\_documentos/novo\\_codigo\\_penal\\_905151145fad02b10cd11.pdf](https://governo.gov.ao/fotos/frontend_1/gov_documentos/novo_codigo_penal_905151145fad02b10cd11.pdf)).
6. Ангола. Уголовный кодекс. I Série, Number 179. 11 Nov 2020 (<https://gazettes.africa/archive/ao/2020/ao-government-gazette-dated-2020-11-11-no-179.pdf>).
7. Эсватини. Закон о сексуальных преступлениях и домашнем насилии, 2018 г. Статьи 13–18; Эсватини. Закон о преступлениях 61 от 1889 г. Статья 49 (<http://www.osall.org.za/docs/2011/03/Swaziland-Crimes-Act-61-of-1889.pdf>); Национальные обязательства и меры реализации политики, 2022 г.
8. Лесото. Закон об уголовной ответственности (N 6 от 2012 г.), 2010 г. Статья 55 (<http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ls/ls022en.pdf>).
9. Мадагаскар. Уголовный кодекс, Статья 334, до подраздела 9 (<http://www.justice.mg/wp-content/uploads/textes/1TEXTES%20NATIONAUX/DROIT%20PRIVE/les%20codes/CODE%20PENAL.pdf>).
10. Намибия. Статьи 2 и 5 Закона о борьбе с безнравственными практиками, 1980 г. (<https://commons.laws.africa/akn/na/act/1980/21/eng@2019-01-30.pdf>).
11. Руанда. Органический закон о введении Уголовного кодекса. Раздел 4 ([https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/rwa/1999/penal-code-of-rwanda\\_html/Penal\\_Code\\_of\\_Rwanda.pdf](https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/rwa/1999/penal-code-of-rwanda_html/Penal_Code_of_Rwanda.pdf)).
12. Замбия. Уголовный кодекс, Статья 178а (<http://www.parliament.gov.zm/sites/default/files/documents/acts/Penal%20Code%20Act.pdf>); Национальные обязательства и меры реализации политики, 2022 г.
13. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Женева: ILGA; 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_World\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_report\\_global\\_legislation\\_overview\\_update\\_December\\_2020.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf)).
14. Кения. Уголовный кодекс, раздел 163–165 (<http://kenyalaw.org/8181/exist/kenyalex/actview.xql?actid=CAP.%2063>).
15. Намибия. Статья 299 Закона об уголовном судопроизводстве 2004 г. ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/implementingLaws.xsp?documentId=270C1710ED0A0ECCCC12576CE004F3845&action=openDocument&xp\\_countrySelected=NA&xp\\_topicSelected=GVAL-992BU6&from=state&SessionID=DYHWPVAPG4#:~:text=Act%20No.,related%20matters%20in%20criminal%20proceedings.&text=The%20Criminal%-20Procedure%20Act%20\(Act,Gazette%20on%2024%20December%202004\)](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/implementingLaws.xsp?documentId=270C1710ED0A0ECCCC12576CE004F3845&action=openDocument&xp_countrySelected=NA&xp_topicSelected=GVAL-992BU6&from=state&SessionID=DYHWPVAPG4#:~:text=Act%20No.,related%20matters%20in%20criminal%20proceedings.&text=The%20Criminal%-20Procedure%20Act%20(Act,Gazette%20on%2024%20December%202004))).
16. Южный Судан. Статья 248 Уголовного кодекса (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ss/ss014en.pdf>).
17. Ангола. Artigo 23 lei sobre o tráfico e consumo de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores 1999 (<https://gazettes.africa/archive/ao/1999/ao-government-gazette-dated-1999-08-06-no-32.pdf>).
18. Эритрея. Уголовный кодекс государства Эритрея, 2015 г. Статья 395 (<http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/101051/121587/F567697075/ERI101051%20Eng.pdf>).
19. Лесото. Закон о наркозависимости 2008 г. (<https://www.lesothotradeportal.org.ls/kcfinder/upload/files/DRUGS%20OF%20ABUSE%20ACT%202008.pdf>).
20. Центр по производству веществ и реабилитации для борьбы со злоупотреблениями и зависимостью 41, 1991 г.
21. Въезд запрещён: связанные с ВИЧ ограничения на поездки. Женева: ЮНЭЙДС, ПРООН; 2019 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_ru.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_ru.pdf)).
22. Ангола. Протокол услуг тестирования на ВИЧ, 2017 г. ([https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00MV73.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MV73.pdf)).
23. Эфиопия. Правила тестирования на ВИЧ, 2007 г. ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_125384.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_125384.pdf)).
24. Лесото. Закон о защите и благополучии детей, 2011 г. Раздел 233.
25. Мозамбик. Закон 19/2014 о защите лиц, работников и соискателей работы, живущих с ВИЧ и СПИДом. Статья 26 ([http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS\\_361981/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_361981/lang--en/index.htm)).
26. Намибия. Национальные рекомендации по антиретровирусной терапии, 2016 г.
27. Национальные рекомендации по профилактике и лечению ВИЧ и ИППП. Издание 2016 г. Биомедицинский центр Руанды, Министерство здравоохранения Республики Руанда; 2016 г. ([https://rbc.gov.rw/fileadmin/user\\_upload/guide/SIGNED%20ENGLISH%20%202016%20VERSION.pdf](https://rbc.gov.rw/fileadmin/user_upload/guide/SIGNED%20ENGLISH%20%202016%20VERSION.pdf)).
28. Объединенная Республика Танзания. Национальные рекомендации по профилактике и лечению ВИЧ и СПИДа. Национальная программа по контролю над СПИДом; 2022 г. (<https://nacp.go.tz/download/national-guidelines-for-the-management-of-hiv-and-aids-april-2019/>).
29. Зимбабве. Закон о браке 2022 г. ([https://www.veritaszim.net/sites/veritas\\_d/files/MARRIAGES%20ACT%20%20No.%201%20of%202022.pdf](https://www.veritaszim.net/sites/veritas_d/files/MARRIAGES%20ACT%20%20No.%201%20of%202022.pdf)); Criminal Code, Section 79 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/72803/74195/F858899812/ZWE72803.pdf>).

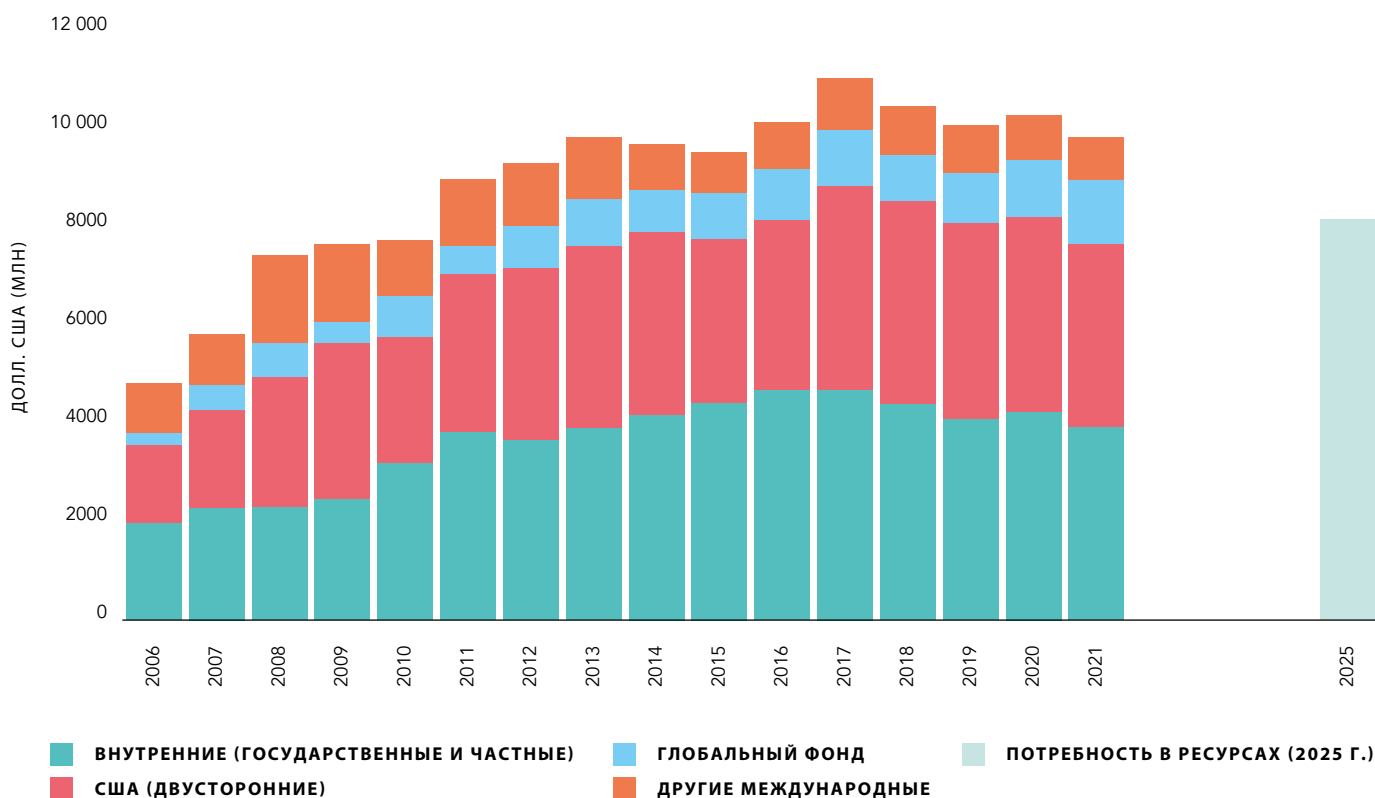
## ИНВЕСТИЦИИ В ЛИКВИДАЦИЮ СПИДА

Восточная и Южная Африка добились успехов как в мобилизации ресурсов, так и в снижении числа новых случаев инфицирования ВИЧ и смертности, связанной со СПИДом. Однако, несмотря на недавнее увеличение годовых ресурсов, в 2021 году в регионе произошло сокращение годовых ресурсов на ВИЧ на 5% (рис. 6.7). Чрезвычайный план президента США по оказанию помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР) и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд) предоставили 38% и 13% региональных ресурсов соответственно; 40% ресурсов было мобилизовано из внутренних источников.

Несмотря на успехи в мобилизации ресурсов, доля внутренних ресурсов составила 22% от общего объёма. Согласно последним данным о внутренних расходах, пять стран увеличили внутренние государственные ресурсы на противодействие ВИЧ за последние пять лет, а девять стран сократили государственные расходы. Десять процентов от общего объёма ресурсов, выделяемых на противодействие ВИЧ, были предназначены для профилактических мероприятий в регионе. Доля расходов на ВИЧ, выделяемых ключевым группам населения, была очень низкой (2%), и она по-прежнему зависит от международных ресурсов.

По сравнению с годовой потребностью в ресурсах к 2025 году, в 2021 году было выделено достаточно ресурсов. Регион должен будет сфокусироваться на эффективности распределения средств, с тем чтобы направить их на наиболее продуктивные вмешательства, увеличить ресурсы из внутренних и международных источников для ключевых и уязвимых групп, а также усовершенствовать процессы технической продуктивности для эффективного использования имеющихся ресурсов.

**РИСУНОК 6.7** Наличие ресурсов для борьбы с ВИЧ в Восточной и Южной Африке, 2006–2021 гг. и предполагаемая потребность в ресурсах для борьбы с ВИЧ до 2025 г.



Источник: Финансовые расчеты и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Моделирование и эпидемиологическое воздействие сформулированных ЮНЭЙДС целей к 2025 году для ликвидации СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году. PLoS Med. 2021;18(10): e1003831.

Примечание: Размеры ресурсов рассчитаны в постоянных долларах США за 2019 год.



По оценкам, 80 000 человек приняли участие в ежегодном забеге Kabaka Birthday Run 2022, под лозунгом «Мужчины за хорошее здоровье и прекращение СПИДа к 2030 году». Буганда, Уганда, июль 2022 г.



РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

# ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА



ВИЧ по-прежнему оказывает серьёзное влияние на здоровье и благополучие в Западной и Центральной Африке: на конец 2021 года 5 миллионов (4,5–5,6 миллиона) человек живут с ВИЧ. Регион занимает третье место в мире по числу людей, живущих с ВИЧ: на пять стран приходится примерно две трети всех людей, живущих с ВИЧ в регионе.

Существенный прогресс в регионе был отмечен в достижении цели остановить СПИД: число новых случаев ВИЧ-инфекции среди всех возрастов снизилось с 2010 по 2021 год на 43%, при этом среди мужчин оно снижается быстрее (снижение на 49%), чем среди женщин (снижение на 38%). Заболеваемость более чем в три раза выше среди девочек-подростков и молодых женщин (в возрасте от 15 до 24 лет), чем среди мужчин того же возраста. С 2010 года снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции происходило намного быстрее среди мальчиков-подростков и молодых мужчин (56%), чем среди девочек-подростков и молодых женщин (39%). На ключевые группы населения и их половых партнёров приходилось 74% новых случаев инфицирования ВИЧ в 2021 году.

Меры противодействия ВИЧ в некоторых странах дают улучшенные результаты, но прогресс в ликвидации СПИДа остаётся неудовлетворительным из-за сочетания факторов, включая недостаточную политическую волю, неэффективные системы здравоохранения, слабую поддержку общественных организаций, карательные законы и постоянную зависимость от платы за медицинские услуги. Многие страны и общины в регионе нестабильны, затронуты конфликтами, отсутствием безопасности и гуманитарными кризисами. Экономические и социальные последствия пандемии COVID-19 представляют собой дополнительное бремя, от которого страны ещё не полностью оправились, что отражается на медленном восстановлении мер по противодействию ВИЧ в регионе.

Программные достижения оказались недостаточными для удовлетворения региональной потребности в услугах в связи с ВИЧ, ориентированных на людей. Из-за карательного уклона нормативно-правовой базы и враждебной социальной среды многие ключевые группы населения не доверяют стандартным услугам тестирования и лечения. Нехватка учитывающих гендерные аспекты услуг в связи с ВИЧ и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья — и связанная с этим неспособность полностью интегрировать существующие услуги — усугубляют непропорционально тяжёлое бремя эпидемии для женщин и девочек.

Регион продолжает добиваться целей «95–95–95». По состоянию на 2021 год 80 % людей, живущих с ВИЧ, знали о своём ВИЧ-статусе, 98% людей, знавших о своём ВИЧ-положительном статусе, получали лечение (78% всех людей, живущих с ВИЧ), а 88% людей, получавших лечение, имели подавленную вирусную нагрузку (69% всех людей, живущих с ВИЧ). Недавний прогресс отражается в расширении моделей дифференцированного предоставления услуг, которые помогли смягчить воздействие пандемии COVID-19 на доступ к услугам, но это не затронуло детей, живущих с ВИЧ: только 35% из них имели доступ к антиретровирусной терапии в 2021 году. Необходимы дальнейшие усилия, чтобы превратить эти достижения в структурные ответные меры и сделать Западную и Центральную Африку действительно преобразившимся регионом. Этой цели можно добиться путём устранения неравенства, которое увеличивает уязвимость, ограничивает доступ к услугам и усугубляет диспропорции в сфере ВИЧ. Дакарский саммит высокого уровня, состоявшийся в ноябре 2021 года под руководством правительства Сенегала, призвал «переосмыслить ответ на эпидемию ВИЧ» и ещё раз подтвердил политическую приверженность противодействию ВИЧ (1).

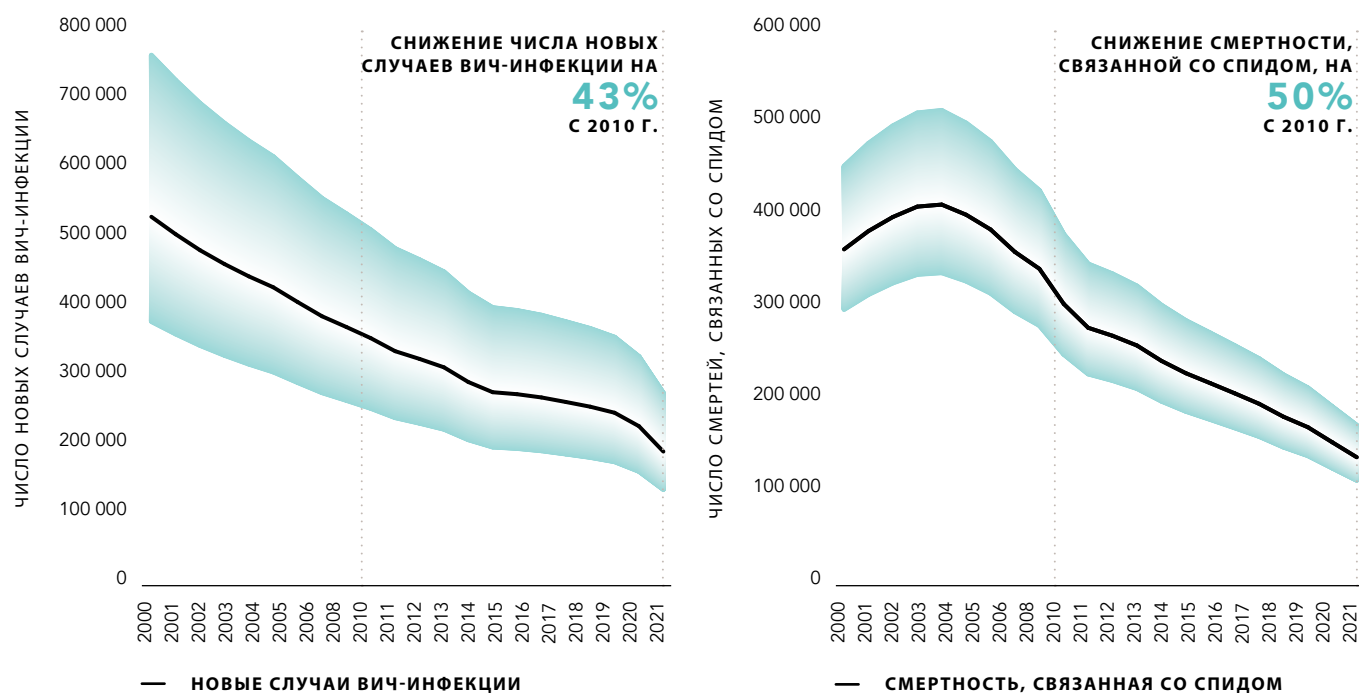
**74%**

**НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В 2021 ГОДУ СРЕДИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ И ИХ СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЁРОВ**



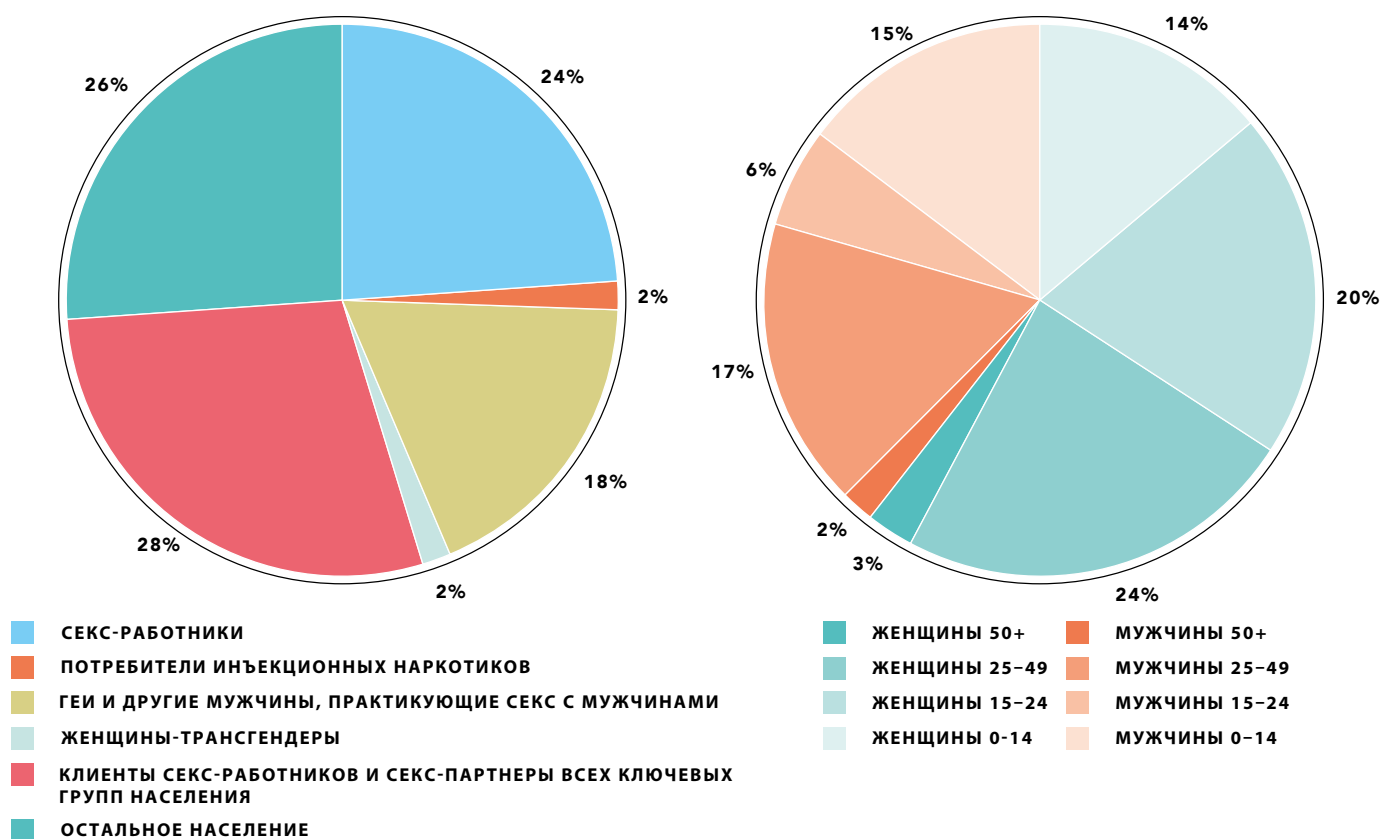
## СТАТУС ЭПИДЕМИИ

**РИСУНОК 7.1** Число новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей, связанных со СПИДом, Западная и Центральная Африка, 2000–2021 гг.



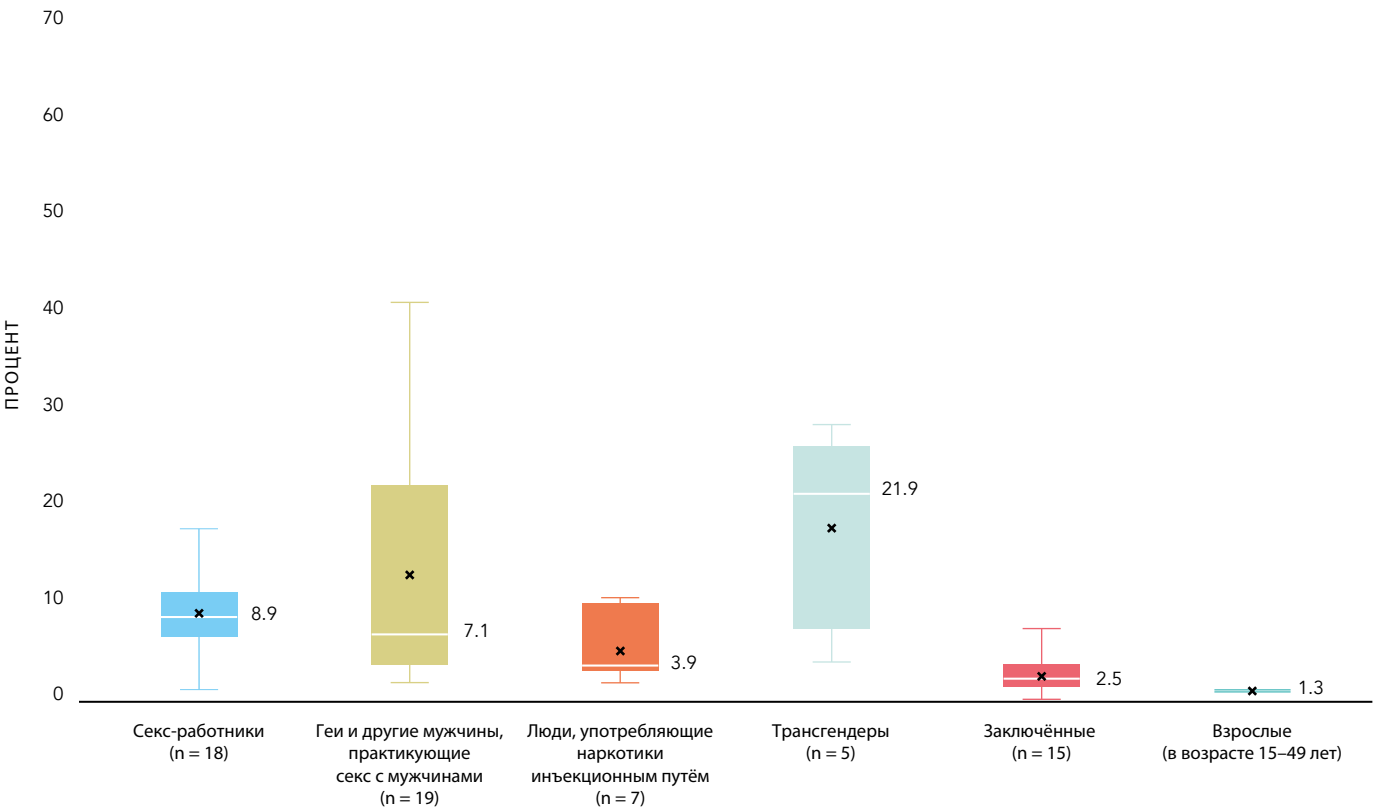
Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**РИСУНОК 7.2** Распределение новых случаев ВИЧ по группам населения и полу (в возрасте 15–49 лет), Западная и Центральная Африка, 2021 г.

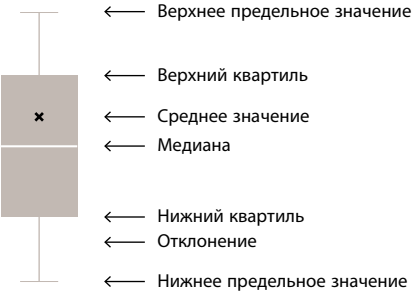


Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 (см. Приложение о методике).

**РИСУНОК 7.3** Распространённость ВИЧ среди ключевых групп населения по сравнению со взрослыми (в возрасте 15–49 лет) в странах Латинской Америки, представивших отчёты, 2017–2021 гг.



**Как читать?**



Средний показатель распространённости ВИЧ в странах Западной и Центральной Африки, представивших такие данные, составил:

- 8.9% среди секс-работников;
- 7.1% среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами;
- 3.9% среди людей, употребляющих инъекционные наркотики;
- 21.9% среди трансгендеров;
- 2.5% среди заключённых.

Расчётное значение распространённости ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15–49 лет) составляет 1.3% [1.1–1.4%].

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г.; Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: (n = количество стран). Всего стран, представивших данные — 25.

Пределы погрешности распространённости среди взрослых определяют диапазон, в котором находится истинное значение (если оно измеримо). Узкие пределы указывают на высокую точность оценки, в то время как широкие пределы указывают на большую её неопределённость.

**ТАБЛИЦА 7.1** Заявленная оценочная численность ключевых групп населения в Западной и Центральной Африке, 2018–2021 гг. 2021

	Взрослое население страны (в возрасте 15–49 лет) в 2021 или соответствующем году	Секс-работники	Доля секс-работников во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами	Доля геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Люди, употребляющие наркотики инъекционным путём	Доля людей, употребляющих наркотики инъекционным путём во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Трансгендеры	Доля трансгендеров во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Заклѳченные	Доля заклѳченных во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)
Бенин	5 900 000										
Буркина-Фасо	10 000 000									5 000	0,05%
Камерун	13 300 000										
Центральноафриканская Республика	2 300 000	3900		3000							
Чад	7 700 000	33 800		8200		710					
Кот-д'Ивуар	13 300 000			56 000				660		42 400	0,33%
Демократическая Республика Конго	51 000 000	350 000	0,76%			156 000	0,34%			36 700	0,07%
Гамбия	1 200 000	4700		1700						710	0,06%
Гвинея	6 500 000	26 600	0,41%	27 400	0,42%						
Мали	9 300 000	18 100		4100		5600		500			
Мавритания	2 100 000	8500		7600							
Нигер	10 600 000										
Нигерия	105 000 000					326 000	0,32%			70 800	0,07%
Сенегал	8 100 000			52 500	0,67%					11 000	0,14%
Сьерра-Леоне	4 000 000	11 500		3200		7600		1100			
Того	4 100 000	29 400	0,72%							5100	0,13%

**Средняя доля по региону в процентах от взрослого населения (в возрасте 15–49 лет)<sup>a</sup>:**

1,50%

0,64%

0,09%

0,09%

-

■ НАЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	■ ЛОКАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ
■ НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ	■ НЕТ ДАННЫХ

<sup>a</sup> Краткое руководство по Spectrum, 2020 г. Женева: ЮНЭЙДС; 2020 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>); модуль Spectrum Demproj, 2022 г.; Перспективы мирового населения 2019 г. Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам, отдел народонаселения; 2019 г. (пользовательские данные, полученные через веб-сайт).

Примечание 1: приведены оценки, предоставленные правительством на 2018–2021 гг. Дополнительные и альтернативные оценки могут быть доступны из различных источников, включая Атлас ключевых групп населения (<https://kpatlas.unaids.org/>), академические публикации или институциональные документы.

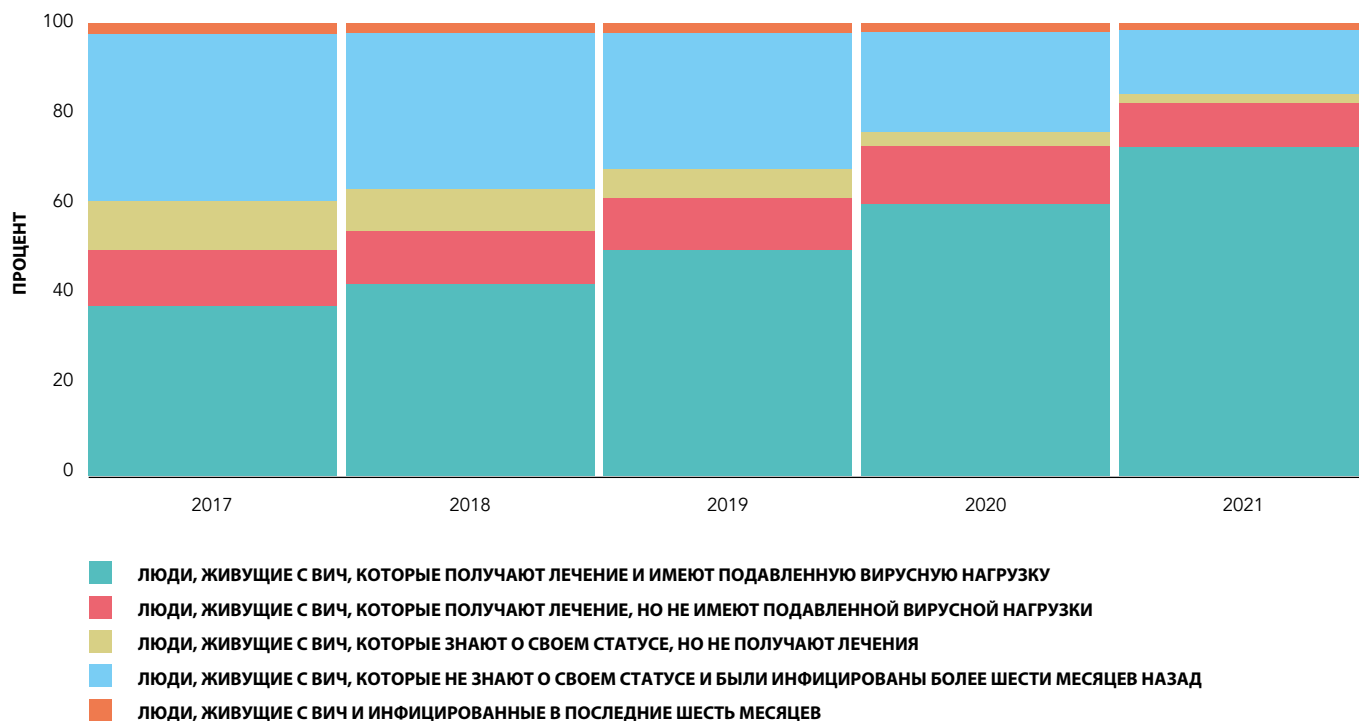
Примечание: регионы с локальной оценочной численностью населения

- Центральноафриканская Республика: столица (Банги), Префектуры (Берберати и Буар), Сус-префектуры (Буали и Карно).
- Чад: Ати, Ум-Хаджер, Нджамена, Маунду, Доба, Кумра, Бонгор, Сарх, Абешем (секс-работники); Абеше, Н'Джамена, Ати, Оум-Хаджер, Сарх, Бонгор, Мунду, Кумра (геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами); 11 городов (люди, употребляющие инъекционные наркотики). Кот-д'Ивуар: Абенгуре, Абиджан, Буаке, Диво, Гагноа, Иссиа, Корого, Ман, Уанголодугу, Сан-Педро и Якро (геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами); Буаке, Сан-Педро и Ямасукуро (люди, употребляющие инъекционные наркотики); Абиджан (трансгендеры).
- Гамбия: Банджул. Мали: Бамако, Каес, Куликоро, Мопти, Сегу и Сикассо (секс-работники); Бамако, Гао, Каес, Куликоро, Мопти, Сегу и Сикассо (геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами); округ Бамако и регионы Каес, Куликоро, Сикассо, Сега и Мопти (люди, употребляющие инъекционные наркотики); Бамако, Каес, Куликоро, Сикассо; Сегу и Мопти (трансгендеры).
- Мавритания: шесть крупнейших городов страны.
- Сьерра-Леоне: Бомбали (Север), Бо (Юг), Кенема (Восток), Порт-Локо (Северо-запад), Западные сельские и городские районы (секс-работники, люди, употребляющие инъекционные наркотики, и трансгендеры); Бомбали (Север), Бо (Юг), Кенема (Восток), Коно (Восток), Порт-Локо (Северо-запад), Западные сельские и городские районы (геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами).



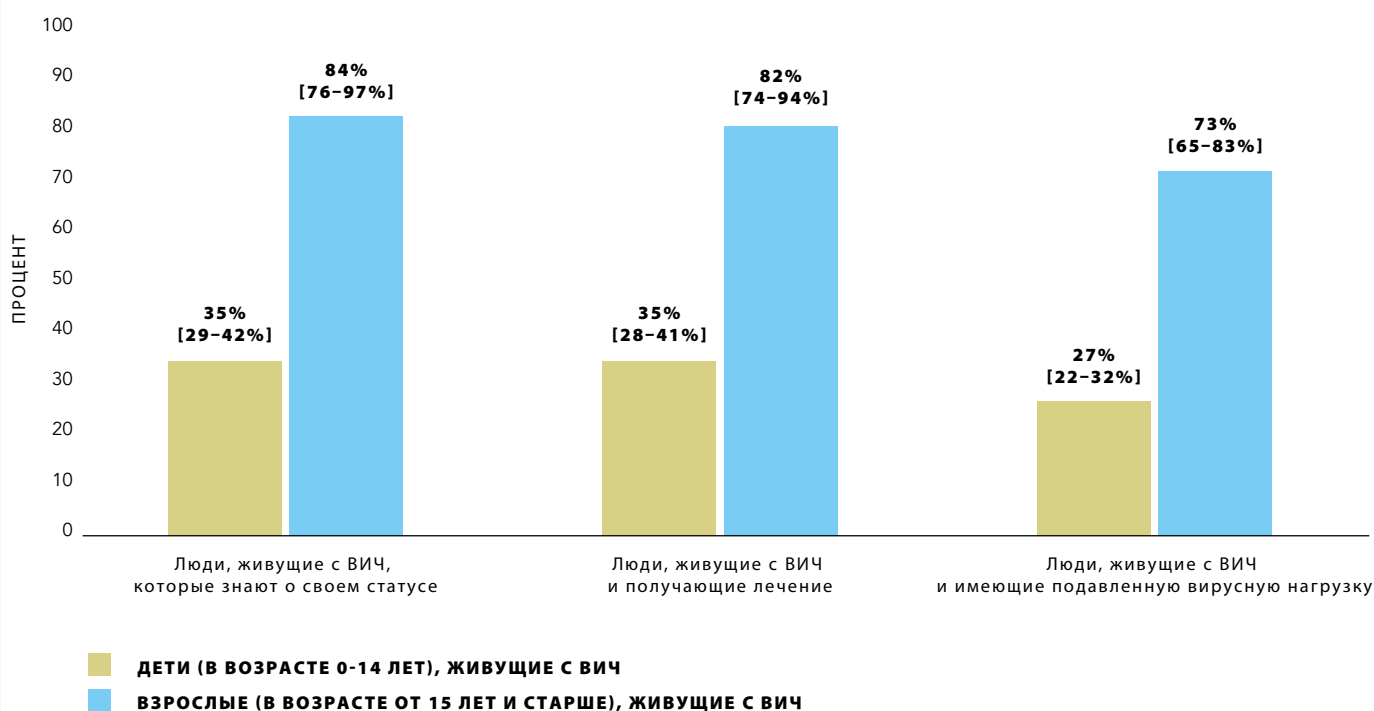
## УСЛУГИ В СВЯЗИ С ВИЧ

**РИСУНОК 7.4** Люди, живущие с ВИЧ; люди, инфицированные в последние шесть месяцев; каскад тестирования и лечения; взрослые (в возрасте от 15 лет и старше), Восточная и Южная Африка, 2017–2021 гг.



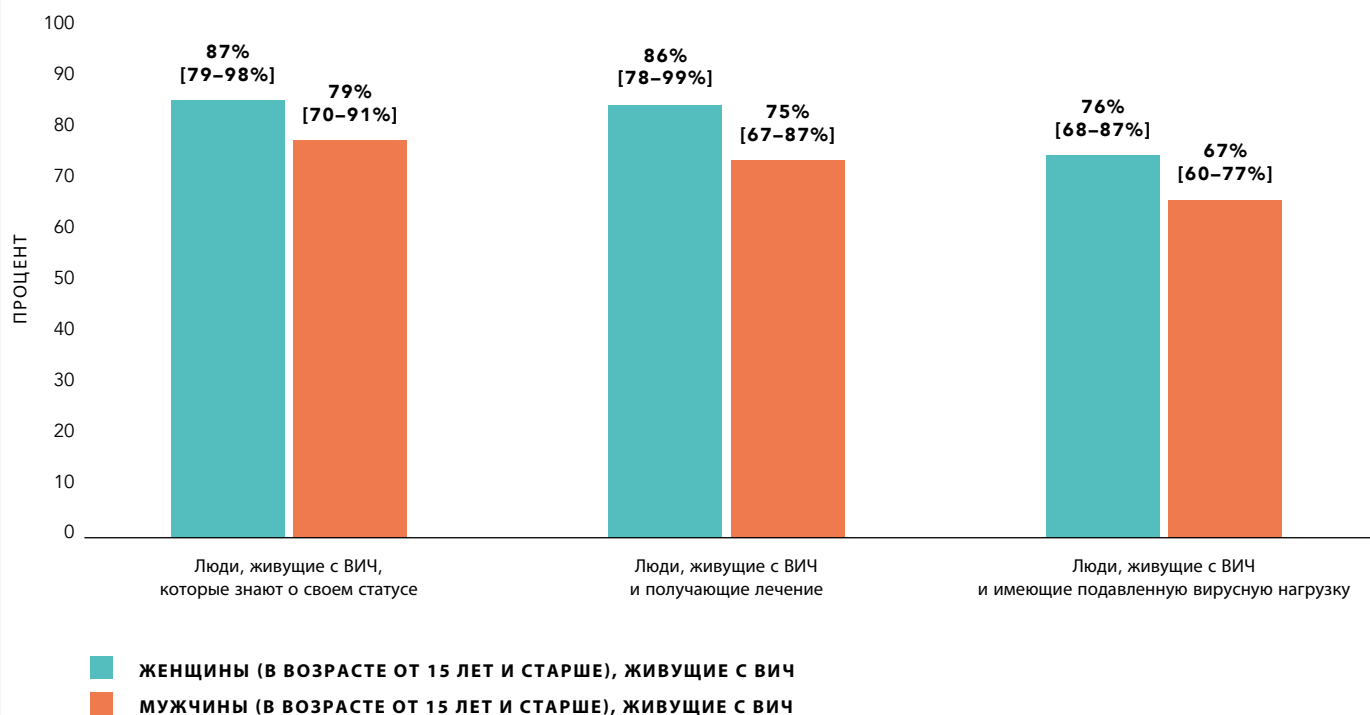
Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 7.5** Каскад тестирования и лечения ВИЧ, дети (в возрасте 0–14 лет) по сравнению со взрослыми (в возрасте от 15 лет и старше), Западная и Центральная Африка, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 7.6** Каскад тестирования и лечения; женщины (в возрасте от 15 лет и старше) по сравнению с мужчинами (в возрасте от 15 лет и старше), Западная и Центральная Африка, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА

ТАБЛИЦА 7.2 Оценочная таблица законов и политики, Западная и Центральная Африка, 2022 г.

	КАРАТЕЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ							
	Криминализация трансгендеров	Криминализация секс-бизнеса	Криминализация частных однополых сексуальных отношений	Криминализация владения небольшим количеством наркотиков	Законы, криминализирующие передачу ВИЧ, сокрытие ВИЧ-статуса или создание риска инфицирования ВИЧ	Законы или правила, ограничивающие въезд, пребывание и проживание людей, живущих с ВИЧ <sup>21</sup>	Согласие родителей на тестирование подростков на ВИЧ	Обязательное тестирование на ВИЧ для получения разрешения на брак, работу, проживание или для определенных групп
Бенин	1	1	1	1	1		3	1
Буркина-Фасо	1	6	1	1	1		1	1
Бурунди	5	11	18		23		4	4
Кабо-Верде		13	18		23			
Камерун	1	1	1	1	1		25	1
Центральноафриканская Республика	1	7	1	1	1		1	31
Чад	1	8	1	1	1		26	1
Конго	3	3	3	3	3		3	3
Кот-д'Ивуар	1	1	1	1	1		1	1
Демократическая Республика Конго	3	3	18		22		29	3
Экваториальная Гвинея	2	14	1		2		30	2
Габон	1	1	1	1	1			1
Гамбия		12	18	19	22		3	2
Гана	1	1	1	1	1		1	1
Гвинея	1	9	15	1	1		27	1
Гвинея-Бисау	3	3	3	20	23			3
Либерия	1	1	1	1	1		1	1
Мали	2	10	2	2	1		28	2
Мавритания	1	1	1	1	1		2	1
Нигер	2	1	1	1	1		1	1
Нигерия	1	1	1	1	1		1	1
Сан-Томе и Принсипи	3	3	3	3	3		3	3
Сенегал	1	1	16	1	1		1	1
Сьерра-Леоне	1	1	1	1	21		1	1
Того	1	1	17	1	1		1	1

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ТРАНСГЕНДЕРОВ

- Да
- Нет
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ СЕКС-БИЗНЕСА

- Любая криминализация или карательное регулирование секс-бизнеса
- Секс-бизнес не подлежит карательному регулированию или не преследуется по закону
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ЧАСТНЫХ ОДНОПОЛЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

- Смертная казнь
- Лишение свободы (от 14 лет до пожизненного заключения, до 14 лет) или без указания вида наказания
- Законы, предусматривающие наказание за однополые сексуальные отношения, были декриминализованы или никогда не существовали, либо нет специального законодательства
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ВЛАДЕНИЯ НЕБОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ НАРКОТИКОВ

- Да
- Нет
- Нет данных

ЗАКОНЫ, КРИМИНАЛИЗИРУЮЩИЕ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ, СОКРЫТИЕ ВИЧ-СТАТУСА ИЛИ СОЗДАНИЕ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

- Да
- Нет, но уголовное преследование осуществляется на основании общих уголовных законов
- Нет
- Нет данных

ЗАКОНЫ ИЛИ ПРАВИЛА, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ<sup>21</sup>

- Депортация, запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Ограничения отсутствуют

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ТЕСТИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ НА ВИЧ

- Да
- Нет
- Нет данных

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ НА БРАК, РАБОТУ, ПРОЖИВАНИЕ ИЛИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП

- Да
- Нет
- Нет данных

	ПРОТЕКЦИОНИСТСКИЕ ЗАКОНЫ				
	Законы, защищающие от дискриминации на основании ВИЧ-статуса	Конституционные или другие недискриминационные условия для секс-бизнеса	Конституционные или другие недискриминационные условия для сексуальной ориентации	Конституционные или другие недискриминационные условия для гендерной идентичности	Конституционные или другие недискриминационные условия для людей, употребляющих наркотики инъекционным путём
Бенин	1	2	2	1	2
Буркина-Фасо	1	1	1	1	1
Бурунди					5
Кабо-Верде					
Камерун	1	2	1	2	2
Центральноафриканская Республика	1	1	1	1	1
Чад	1	1	1	1	1
Конго	3				3
Кот-д'Ивуар	1	1	1	1	1
Демократическая Республика Конго					3
Экваториальная Гвинея	2	2	2		2
Габон	1		1		3
Гамбия					
Гана	1	1	1	1	1
Гвинея	1	2	2		2
Гвинея-Бисау	3				3
Либерия	1	1	1	1	1
Мали	2	2	2		2
Мавритания	2			2	2
Нигер	1	1	1	1	1
Нигерия	1	1	2	2	2
Сан-Томе и Принсипи	3				3
Сенегал	1	1	1	1	1
Сьерра-Леоне	1	1	1	1	1
Того	1	1	1	1	1

**ЗАКОНЫ, ЗАЩИЩАЮЩИЕ ОТ  
ДИСКРИМИНАЦИИ НА ОСНОВАНИИ  
ВИЧ-СТАТУСА**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ СЕКС-БИЗНЕСА**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ  
НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЁМ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

Примечания: Конституционные и другие недискриминационные условия относятся к тому, были ли интерпретированы конституционные запреты на дискриминацию для включения секс-бизнеса, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или людей, употребляющих наркотики, судами/правительственной политикой и/или тем, имеются ли другие законодательные недискриминационные условия, указывающие на секс-бизнес, сексуальную ориентацию, гендерную идентичность или людей, употребляющих наркотики..

1. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2022 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2021 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2019 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2018 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2017 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
6. Буркина-Фасо. Loi no. 025-2018, Article 533-20 (<https://www.refworld.org/docid/3ae6b5cc0.html>); Burkina Faso. Уголовный кодекс 2019 г., Статья 533-20.
7. Центрально-Африканская Республика. Статья 90 Уголовного кодекса (<https://www.wipo.int/edocs/laws/fr/cf/cf003fr.pdf>).
8. Чад. Уголовный кодекс 2017 г., Статьи 351, 335 и 336 (<https://www.droit-afrique.com/uploads/Tchad-Code-penal-2017.pdf>).
9. Гвинея. Уголовный кодекс, Статьи 346 и 351 (<https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html>).
10. Мали. Уголовный кодекс, Статья 179 (<https://wipolex.wipo.int/en/text/193676>).
11. Бурунди. Уголовный кодекс, Статьи 548, 539–546 ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc37c125707300338af2/\\$FILE/Code%20P%C3%A9nal%20du%20Burundi%20.pdf](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc37c125707300338af2/$FILE/Code%20P%C3%A9nal%20du%20Burundi%20.pdf)).
12. Мавритания. Закон об уголовной ответственности, Статья 253 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mu/mu008en.pdf>).
13. Кабо-Верде. Уголовный кодекс (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/pt/cv/cv001pt.pdf>).
14. Экваториальная Гвинея. Уголовный кодекс, Статья 452(bis) (<https://acjr.org.za/resource-centre/penal-code-of-equatorial-guinea-1963/view>).
15. Гвинея. Уголовный кодекс, Статья 274 (<https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html>).
16. Сенегал. Уголовный кодекс, Статья 319 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/70562/85594/F-2143944421/SEN-70562.pdf>).
17. Того. Уголовный кодекс, Статьи 392 и 393 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/104616/127692/F-194593081/TGO-104616.pdf>).
18. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Женева: ILGA; 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_World\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_report\\_global\\_legislation\\_overview\\_update\\_December\\_2020.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf)).
19. Гамбия. Закон о контроле над наркотиками (2003 г.), Статья 35 (<http://www.dleag-gambia.org/en/article/drug-laws>).
20. Гвинея-Бисау. Декрет-закон N. 2-В от 28 октября 1993 г. (<https://fecong.org/pdf/crianca/CodigoPenal.pdf>).
21. Сьерра-Леоне. Национальный закон о комиссии по ВИЧ и СПИДу 2011 г. (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/94292/110645/F-1423921567/SLE94292%20Eng.pdf>).
22. Bernard EJ, Cameron S. Advancing HIV justice 2. Building momentum in global advocacy against HIV criminalisation. Brighton and Amsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2016 (<https://www.scribd.com/doc/312008825/Advancing-HIV-Justice-2-Building-momentum-inglobal-advocacy-against-HIV-criminalisation>).
23. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Brighton and Amsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2019.
24. Въезд запрещён: связанные с ВИЧ ограничения на поездки. Женева: ЮНЭЙДС, ПРООН; 2019 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_ru.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_ru.pdf)).
25. Камерун. Directives nationales de prevention et de prise en charge du VIH au Cameroun, 2014 ([https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-05/Cameroon\\_National-Integrated-HIV-Guidelines2014.pdf](https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-05/Cameroon_National-Integrated-HIV-Guidelines2014.pdf)).
26. Чад. Закон N. 019/PR/2007 от 15 ноября 2007 г. «О борьбе с ВИЧ/СПИДом/ИППП и защите прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом». Статьи 10 и 21 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_126793.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126793.pdf)).
27. Гвинея. Статья 22a, Ordonnance n°056/2009/PRG/SGG relative à la Prévention, la Prise en Charge et le Contrôle du VIH / sida en République de Guinée (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/110861/138035/F369965148/GIN-110861.pdf>).
28. Мали. Стандарты и процедуры служб тестирования на ВИЧ в Мали: Национальный совет по борьбе с ВИЧ/СПИДом, 2017 г.
29. Демократическая Республика Конго. Article 37 Loi No. 18/012 du 09 juillet 2018 modifiant et complétant la Loi n° 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées (<https://toolkit.hivjusticeworldwide.org/fr/resource/loi-n18012-du-09-juillet-2018-modifiant-et-complétant-la-loi-n-08011-du-14-juillet-2008-portant-protection-des-droits-des-personnes-vivant-avec-le-vihsida-et-des-personnes-affectees/>).
30. Экваториальная Гвинея. Article 25 Ley N 3/2005 de fecha 9 de mayo sobre la prevencion y la lucha contra las infecciones de transmision sexual/VIH SIDA y la defensa de los derechos humanos de las personas afectada.
31. Центрально-Африканская Республика. Закон N. 06.030 от 2006 г., устанавливающий права и обязанности людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

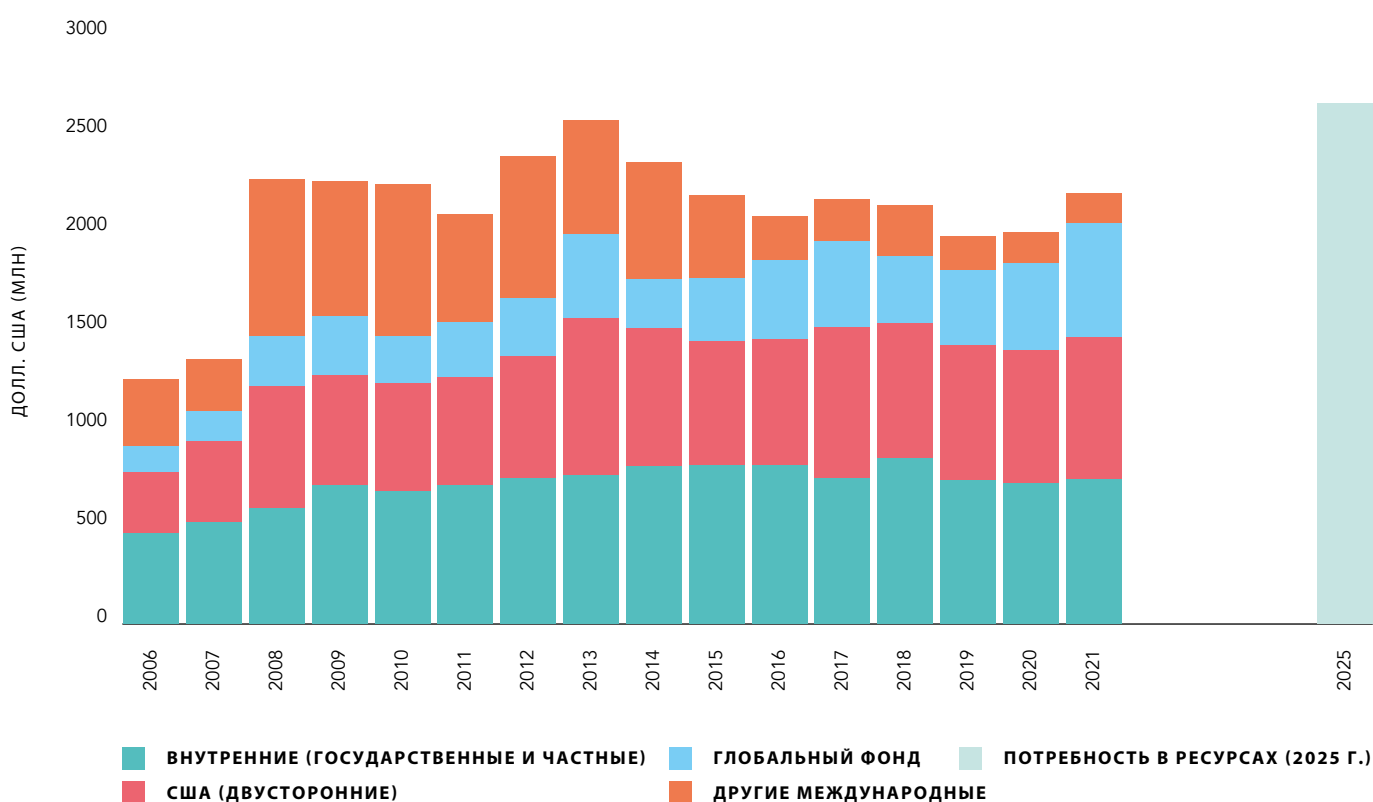


## ИНВЕСТИЦИИ В ЛИКВИДАЦИЮ СПИДА

В 2021 году общий объём ресурсов, выделяемых на противодействие ВИЧ в регионе, ежегодно увеличивался на 9% (рис. 7.08). Увеличение было в основном обусловлено выплатами из Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд) и Чрезвычайного плана президента США по борьбе со СПИДом (ПЕПФАР), которые увеличили ресурсы на 24% и 6% соответственно. Несмотря на ежегодный прирост в 2021 году, общий размер ресурсов на противодействие ВИЧ был на 2% ниже, чем ресурсы на противодействие ВИЧ в 2010 году. Если сравнить расчётные годовые потребности в ресурсах к 2025 году и их наличие в 2021 году, то дефицит финансирования в регионе составит 22%.

Мобилизация внутренних ресурсов также вызывает озабоченность. В то время как внутренние ресурсы увеличились на 3% в 2021 году, годовые ресурсы из внутренних источников в 2021 году были на 13% ниже, чем в 2018 году. Чтобы достичь целевых показателей к 2025 году, необходимо увеличить как внешние, так и внутренние ресурсы, финансирование профилактических программ также должно быть увеличено. Доля внутреннего финансирования профилактических программ в регионе составила 24%, а 33% всех ресурсов на лечение были выделены за счёт внутренних источников. В регионе существует высокая зависимость от внешних источников в закупках антиретровирусных препаратов (81%).

**РИСУНОК 7.7** Наличие ресурсов для борьбы с ВИЧ в Западной и Центральной Африке, 2006-2021 гг. и предполагаемая потребность в ресурсах для борьбы с ВИЧ до 2025 г.



Источник: Финансовые расчеты и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Моделирование и эпидемиологическое воздействие сформулированных ЮНЭЙДС целей к 2025 году для ликвидации СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году. PLoS Med. 2021;18(10): e1003831.

Примечание: Размеры ресурсов рассчитаны в постоянных долларах США за 2019 год.

**СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

1. *Dakar Call to Reinvent the Response to the HIV Pandemic: a renewed commitment to end AIDS in West and central Africa*. Geneva: UNAIDS; 2022 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2021-dakar-call\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-dakar-call_en.pdf)).

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

# АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН



Азиатско-Тихоокеанский регион добился важных успехов в борьбе с крупнейшей региональной эпидемией за пределами Африки к югу от Сахары. В 2021 году в Азиатско-Тихоокеанском регионе насчитывалось 6 миллионов человек, живущих с ВИЧ (4,9–7,2 миллиона), причём воздействие непропорционально сильно затрагивало наиболее маргинализированные сообщества. Регион продолжает улучшать охват тестированием, диагностикой и лечением, а также показатели подавления вирусной нагрузки среди пролеченных. По состоянию на 2021 год 76% людей, живущих с ВИЧ, знали о своём ВИЧ-статусе, а 86% людей, знавших о своём ВИЧ-положительном статусе, обращались за лечением (66% всех людей, живущих с ВИЧ). Из тех, кто проходит лечение, у 91% была подавлена вирусная нагрузка, что соответствует 60% всех людей, живущих с ВИЧ, с подавленной вирусной нагрузкой. Инновационные подходы внедряются по всему региону, включая пероральную доконтрактную профилактику (ДКП), самотестирование на ВИЧ и виртуальные вмешательства, но в настоящее время необходимы активные усилия для масштабирования этих подходов, чтобы устранить остающиеся большие пробелы в охвате услугами среди ключевых групп населения.

Несмотря на этот прогресс, ряд стран сталкиваются с серьёзными проблемами. С 2010 года заболеваемость среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, на Филиппинах увеличилась в пять раз. Распространение некоторых форм поведения с более высоким риском, таких как употребление стимуляторов, препятствовал эффективности ответных мер на региональном уровне. Принудительное задержание под предлогом лечения от наркозависимости также по-прежнему практикуется в Восточной и Юго-Восточной Азии, несмотря на доказательства, чётко указывающие на то, что этот неэффективный и контрпродуктивный подход влечет за собой чрезвычайные финансовые затраты и гуманитарные последствия<sup>(1)</sup>.

Стигма и дискриминация остаются критическими препятствиями для эффективных региональных мер по противодействию ВИЧ. Региональные усилия по борьбе со стигмой и дискриминацией были подкреплены созданием регионального сообщества практиков по вопросам стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, а также внедрением методов повышения качества мероприятий по снижению стигмы и дискриминации. Необходимо активизировать в регионе усилия по созданию благоприятной среды для осуществления мер в ответ на ВИЧ, основанных на соблюдении прав человека.

Пандемия COVID-19 наглядно показала, насколько велика роль сообществ в охвате наиболее уязвимых групп населения мерами противодействия и обеспечении непрерывного доступа к услугам в связи с ВИЧ. Однако способность сообществ возглавить усилия по прекращению СПИДа сдерживается неадекватным финансированием, сужением пространства для гражданской активности и наличием карательной правовой и политической среды, включая враждебную практику правоохранительных органов. Переход от зависимости от международного финансирования к устойчивым внутренним источникам является неотложным региональным приоритетом для сообществ.

Пандемия COVID-19 ярко выявила неадекватность и неравенство в выделении инвестиций в общественное здравоохранение и ещё больше усложнила и без того серьёзные проблемы при переходе к устойчивому внутреннему финансированию. По мере того, как многие страны региона переходят от мер реагирования, зависящих от спонсоров, к увеличению внутренних инвестиций, многие схемы всеобщего охвата услугами здравоохранения исключают ключевые группы населения, усиливая неравенство, которое подстёгивает эпидемии ВИЧ в регионе (2).

Ключевые приоритеты для мер противодействия ВИЧ в Азиатско-Тихоокеанском регионе включают ускорение интеграции услуг, уделение первоочередного внимания ключевым группам населения (включая молодёжь из ключевых групп), внедрение и расширение инноваций, главенствующую роль сообществ в осуществлении ответных мер, проведение правовых и политических реформ и создание основы для устойчивого финансирования таких мер.

6

млн

людей, живущих с ВИЧ в  
АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКОМ  
РЕГИОНЕ В 2021 ГОДУ

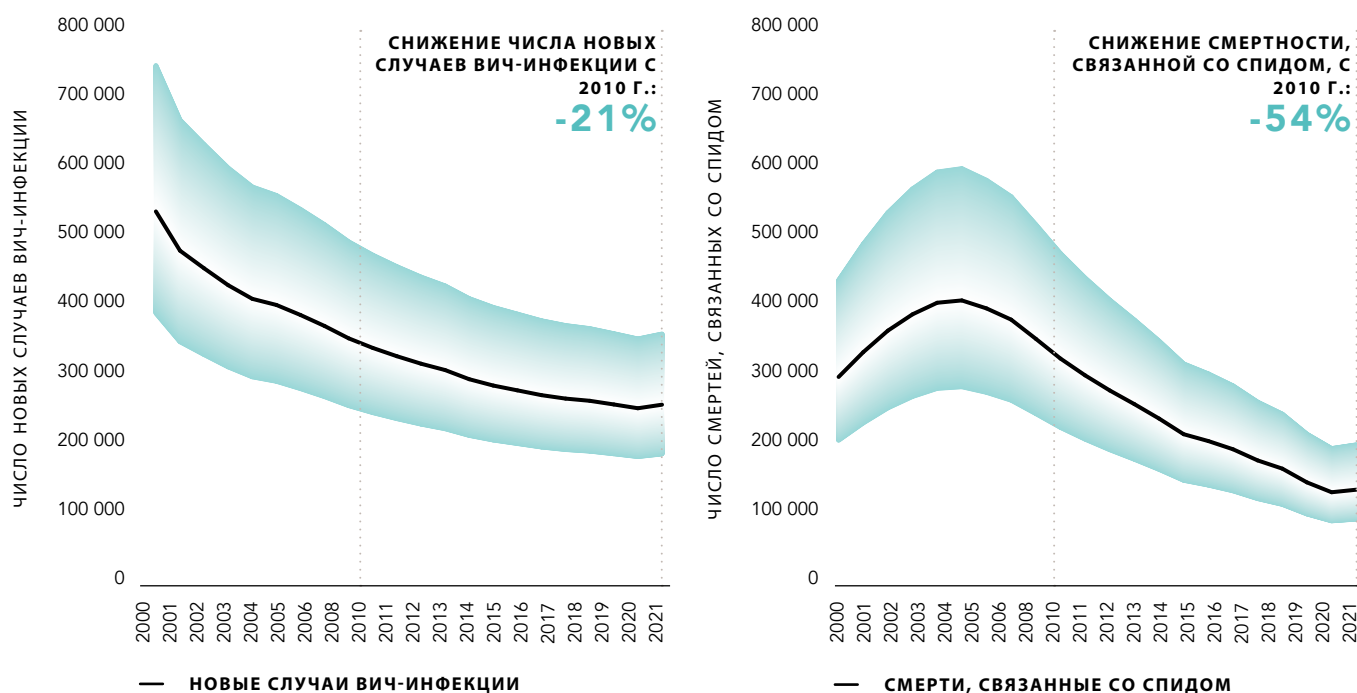
86%

людей, знающих свой  
ВИЧ-положительный  
статус, получали лечение



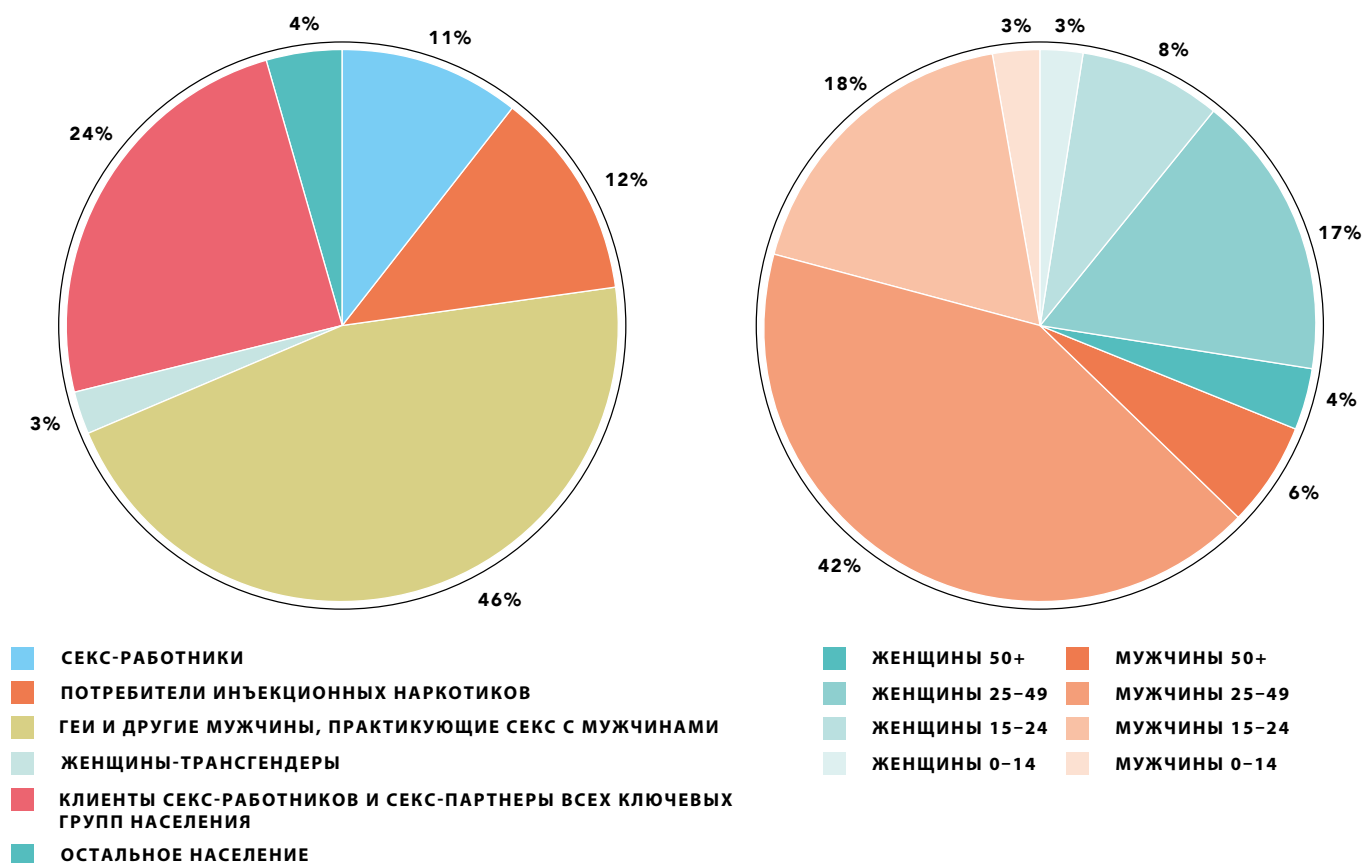
## СТАТУС ПАНДЕМИИ

**РИСУНОК 8.1** Число новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей, связанных со СПИДом, Азиатско-Тихоокеанский регион, 2000–2021 гг.



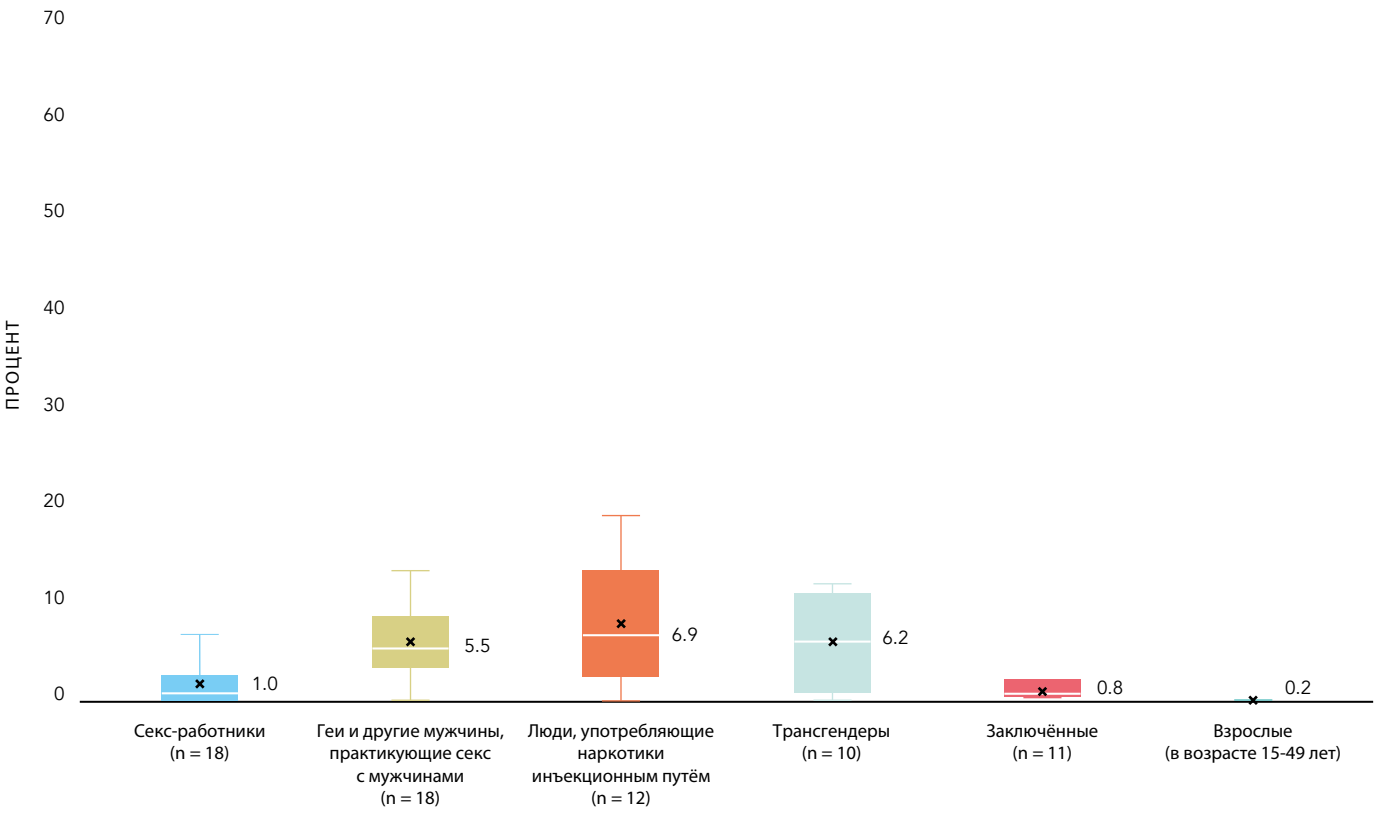
Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**РИСУНОК 8.2** Распределение новых случаев ВИЧ по группам населения и полу (в возрасте 15–49 лет), Азиатско-Тихоокеанский регион, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 (см. Приложение о методике).

**РИСУНОК 8.3** Распространённость ВИЧ среди ключевых групп населения по сравнению со взрослыми (в возрасте 15–49 лет), страны Азиатско-Тихоокеанского региона, 2017–2021 гг.



**Как читать?**



Средний показатель распространённости ВИЧ среди стран Азиатско-Тихоокеанского региона, представивших такие данные, составил:

- 1.0% среди секс-работников;
- 5.5% среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами;
- 6.9% среди людей, употребляющих инъекционные наркотики;
- 6.2% среди трансгендеров.
- 0.8% среди заключённых.

Расчетное значение распространённости ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15-49 лет) составляет 0.2% [0.2–0.2%].

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г.; Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: (n = количество стран). Всего стран, представивших данные — 42.

Пределы погрешности распространённости среди взрослых определяют диапазон, в котором находится истинное значение (если оно измеримо). Узкие пределы указывают на высокую точность оценки, в то время как широкие пределы указывают на большую её неопределённость.



**ТАБЛИЦА 8.1** Заявленная оценочная численность ключевых групп населения в Азиатско-Тихоокеанском регионе, 2018–2021 гг.

	Взрослое население страны (в возрасте 15–49 лет) в 2021 или соответствующем году	Секс-работники	Доля секс-работников во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами	Доля геи и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Люди, употребляющие наркотики инъекционным путём	Доля людей, употребляющих наркотики инъекционным путём во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Трансгендеры	Доля трансгендеров во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Заключённые	Доля заключённых во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)
Афганистан	19 400 000			10 100		25 700					
Бутан	450 000	600	0,14%					380	0,09%		
Камбоджа	9 300 000										
Индия	760 000 000									2 100 000	0,28%
Индонезия	146 000 000	278 000	0,19%			34 500	0,02%	34 700	0,02%	268 000	0,19%
Иран	46 400 000	138 000	0,30%			90 200	0,19%			172 000	0,37%
Лаос	3 900 000										
Малайзия	18 300 000					75 000	0,42%				
Монголия	1 700 000	6000		6500				820			
Непал	16 500 000					33 000	0,20%			22 000	0,15%
Новая Зеландия	2 200 000									10 000	0,46%
Папуа — Новая Гвинея	4 800 000	50 800	1,06%	37 800	0,79%						
Филиппины	59 200 000	229 000	0,39%	687 100	1,16%	7200		205 000	0,35%		
Сингапур	1 800 000									11 900	0,66%
Шри-Ланка	10 300 000	30 000	0,29%	73 800	0,72%	2700	0,03%	2200	0,02%		
Таиланд	33 800 000									286 000	0,85%
Вьетнам	51 600 000			256 000	0,50%						
<b>Средняя доля по региону в процентах от взрослого населения (в возрасте 15–49 лет)<sup>a</sup>:</b>			<b>0,30%</b>		<b>0,82%</b>		<b>0,18%</b>		<b>0,12%</b>		<b>-</b>

■ НАЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ■ ЛОКАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ  
 ■ НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ ■ НЕТ ДАННЫХ

<sup>a</sup> Примечание: Краткое руководство по Spectrum, 2020 г. Женева: ЮНЭЙДС; 2020 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>); модуль Spectrum Demproj, 2022 г.; Перспективы мирового населения 2019 г. Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам, отдел народонаселения; 2019 г. (пользовательские данные, полученные через веб-сайт).

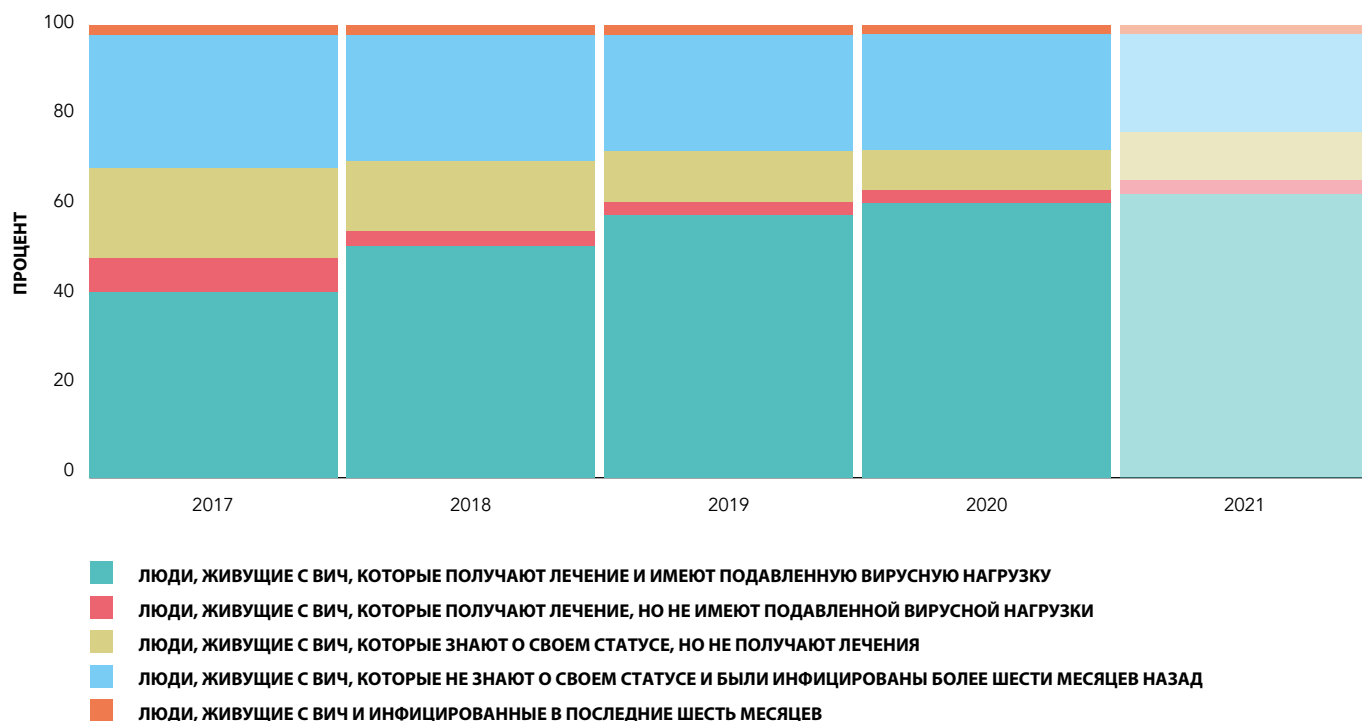
Примечание 1: приведены оценки, предоставленные правительством на 2018–2021 гг. Дополнительные и альтернативные оценки могут быть доступны из различных источников, включая Атлас ключевых групп населения (<https://kpatlas.unaids.org/>), академические публикации или институциональные документы

Примечание: регионы с локальной оценкой численности ключевого населения:

- Афганистан: Герат, Джалалабад, Кабул, Кандагар, Кундуз и Мазар (геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами); Файзабад, Герат, Джалалабад, Кабул, Кандагар, Кундуз, Мазар и Заранж (люди, употребляющие инъекционные наркотики).
- Монголия: Даркхан, Дорнод, Ховсгол и Улан-Батор (секс-работники); Даркхан, Дорнод, Орхон и Улан-Батор (геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами).
- Филиппины: Себу, провинция Себу, Данао, Лапу-Лапу, Мандауэ, Нага и Талисай (люди, употребляющие инъекционные наркотики). Провинция Себу, Себу, Мандауэ, Данао, Лапу-Лапу, Нага и Талисай.

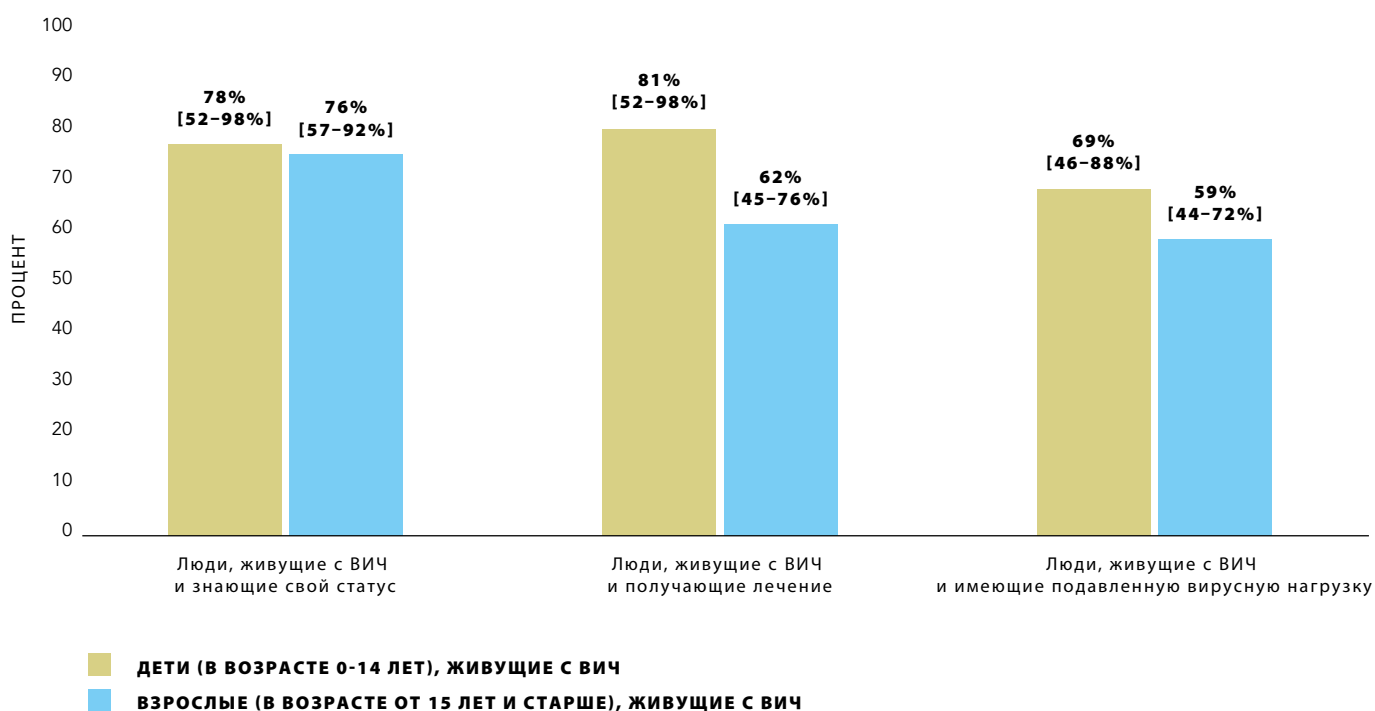
## УСЛУГИ В СВЯЗИ С ВИЧ

**РИСУНОК 8.4** Люди, живущие с ВИЧ; люди, инфицированные в последние шесть месяцев; каскад тестирования и лечения, взрослые (в возрасте от 15 лет и старше), Азиатско-Тихоокеанский регион, 2017–2021 гг.



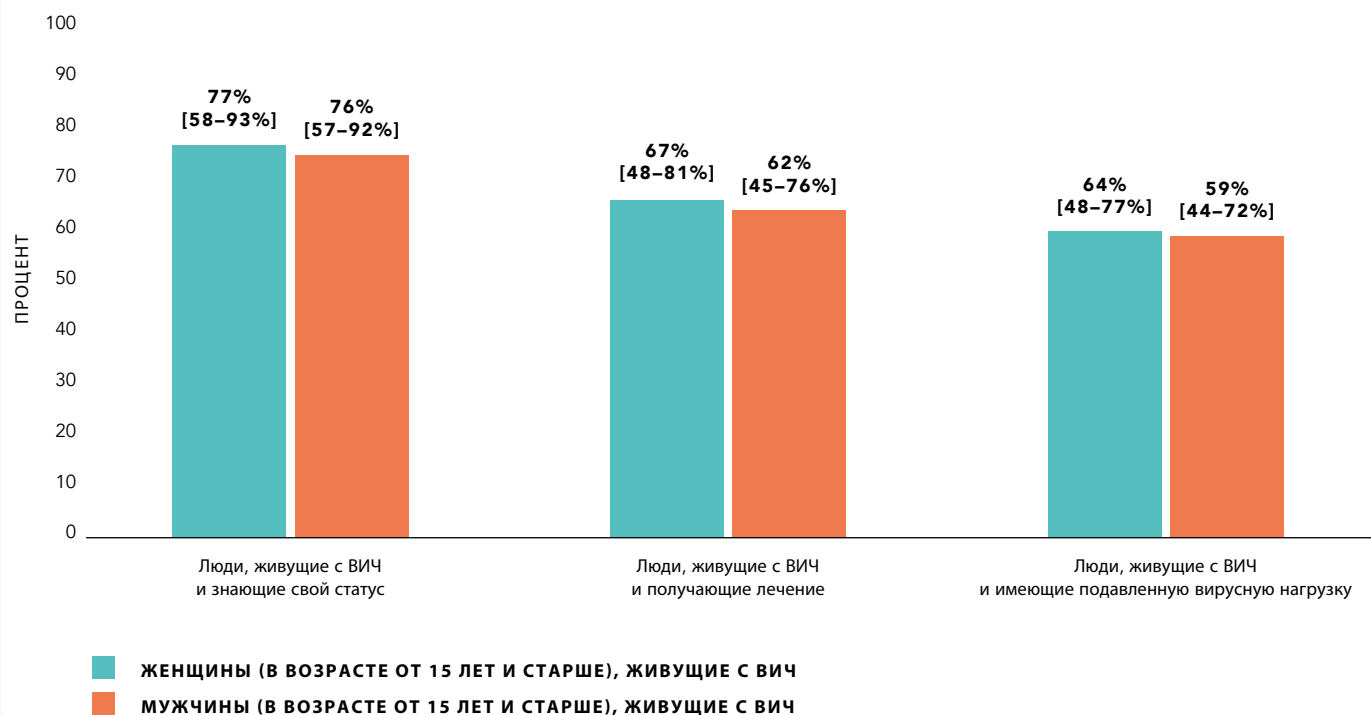
Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 8.5** Каскад тестирования на ВИЧ и лечения среди детей (в возрасте до 14 лет) по сравнению с мужчинами (в возрасте от 15 лет и старше) в Азиатско-Тихоокеанском регионе, 2021 г



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 8.6** Каскад тестирования и лечения, женщины (в возрасте от 15 лет и старше) по сравнению с мужчинами (в возрасте от 15 лет и старше), Восточная и Южная Африка, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

## ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА




ТАБЛИЦА 8.2 Оценочная таблица законов и политики в Азиатско-Тихоокеанском регионе, 2022 г.

	КАРАТЕЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ							
	Криминализация трансгендеров	Криминализация секс-бизнеса	Криминализация частных однополовых сексуальных отношений	Криминализация владения небольшим количеством наркотиков	Законы, криминализирующие передачу ВИЧ, сокрытие ВИЧ-статуса или создание риска инфицирования ВИЧ	Законы или правила, ограничивающие въезд, пребывание и проживание людей, живущих с ВИЧ <sup>21</sup>	Согласие родителей на тестирование подростков на ВИЧ	Обязательное тестирование на ВИЧ для получения разрешения на брак, работу, проживание или для определенных групп
Афганистан	1	1	1	1	1		1	1
Австралия	6	7	25		35			
Бангладеш	1	1	26	1	1		3	1
Бутан	2	2	45		35			2
Бруней-Даруссалам	6	8	25		35		3	3
Камбоджа	2	2	2	2	1		2	2
Китай	2	2	2	1	1		43	2
Острова Кука					36			
КНДР		9	25		36			
Фиджи	5	10	25	5	37		2	
Индия	1	1	1	34	1		1	1
Индонезия	1	1	27	1	1		1	1
Иран	1	1	1	1	1		2	1
Япония		11	25		36			2
Кирибати	3	12	28	3	3		2	3
Лаос	1	1	1	1	1		1	1
Малайзия	1	13	1	1	38		3	1
Мальдивы		14	25		36			
Маршалловы острова	5	15	25		39		5	5
Микронезия	5	16	25		5		5	5
Монголия	1	1	1	1	1		3	1
Мьянма	3	3	29	3	3		3	3
Науру	5	17	25	5	5		5	5
Непал	1	1	1	1	1		1	1
Новая Зеландия	1	1	1	1	1		1	1
Ниуэ	5		5	5	5		5	5
Пакистан	1	1	1	1	40		2	1
Палау	5	18	25		5		5	5
Папуа — Новая Гвинея	2	2	30	2	2		2	2
Филиппины	2	2	1	2	1		44	1
Республика Корея	3	3	31		3		3	3
Самоа	5	19	25		36		4	4
Сингапур	3	3	32	3	1		2	3
Соломоновы острова		20	25		36			3
Шри-Ланка	2	2	33	2	2		2	2
Таиланд	1	1	1	1	1		1	1
Тимор-Лешти		21	25		36			
Тонга	5	22	25	5	5		5	5
Тувалу	5	23	25		5		5	5
Вануату	5	24	25	5	5		5	5
Вьетнам	3	3	3		41		3	3





#### КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ТРАНСГЕНДЕРОВ

-  Да
-  Нет
-  Нет данных

#### КРИМИНАЛИЗАЦИЯ СЕКС-БИЗНЕСА

-  Любая криминализация или карательное регулирование секс-бизнеса
-  Секс-бизнес не подлежит карательному регулированию или не преследуется по закону
-  Нет данных





#### КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ЧАСТНЫХ ОДНОПОЛЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

-  Смертная казнь
-  Лишение свободы (от 14 лет до пожизненного заключения, до 14 лет) или без указания вида наказания
-  Законы, предусматривающие наказание за однополые сексуальные отношения, были декриминализованы или никогда не существовали, либо нет специального законодательства
-  Нет данных





#### КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ВЛАДЕНИЯ НЕБОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ НАРКОТИКОВ

-  Да
-  Нет
-  Нет данных

#### ЗАКОНЫ, КРИМИНАЛИЗИРУЮЩИЕ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ, СОКРЫТИЕ ВИЧ-СТАТУСА ИЛИ СОЗДАНИЕ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

-  Да
-  Нет, но уголовное преследование осуществляется на основании общих уголовных законов
-  Нет
-  Нет данных




#### ЗАКОНЫ ИЛИ ПРАВИЛА, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ<sup>21</sup>

-  Депортация, запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
-  Запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
-  Требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
-  Ограничения отсутствуют

#### СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ТЕСТИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ НА ВИЧ

-  Да
-  Нет
-  Нет данных

#### ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ НА БРАК, РАБОТУ, ПРОЖИВАНИЕ ИЛИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП




-  Да
-  Нет
-  Нет данных

	ПРОТЕКЦИОНИСТСКИЕ ЗАКОНЫ				
	Законы, защищающие от дискриминации на основании ВИЧ-статуса	Конституционные или другие недискриминационные условия для секс-бизнеса	Конституционные или другие недискриминационные условия для сексуальной ориентации	Конституционные или другие недискриминационные условия для гендерной идентичности	Конституционные или другие недискриминационные условия для людей, употребляющих наркотики инъекционным путём
Афганистан	1	1	1	1	1
Австралия					
Бангладеш	1	1	1	1	1
Бутан	2				
Бруней-Даруссалам					
Камбоджа	2	2	2	2	2
Китай	1				2
Острова Кука					
КНДР					
Фиджи					5
Индия	1			1	2
Индонезия	1	1	1	1	1
Иран	2	1	2	2	2
Япония					
Кирибати	3				3
Лаос	1	1	1	1	1
Малайзия		1	1	2	2
Мальдивы					
Маршалловы острова					5
Микронезия					5
Монголия	1	1	1	1	1
Мьянма	3				3
Науру					5
Непал	1	1	1	1	1
Новая Зеландия	1		1	1	1
Ниуэ					5
Пакистан	1	2	2	2	2
Палау					5
Папуа — Новая Гвинея	2	2	2		2
Филиппины	2	2	2		2
Республика Корея					3
Самоа					5
Сингапур	3				3
Соломоновы острова					
Шри-Ланка	2	2	2	2	2
Таиланд	1	1	1	1	1
Тимор-Лешти					
Тонга					5
Тувалу					5
Вануату					5
Вьетнам	3				3




Примечания: Конституционные и другие недискриминационные условия относятся к тому, были ли интерпретированы конституционные запреты на дискриминацию для включения секс-бизнеса, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или людей, употребляющих наркотики, судами/правительственной политикой и/или тем, имеются ли другие законодательные недискриминационные условия, указывающие на секс-бизнес, сексуальную ориентацию, гендерную идентичность или людей, употребляющих наркотики.






**ЗАКОНЫ, ЗАЩИЩАЮЩИЕ ОТ  
ДИСКРИМИНАЦИИ НА ОСНОВАНИИ  
ВИЧ-СТАТУСА**

 Нет  
 Да  
 Нет данных




**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ СЕКС-БИЗНЕСА**

 Нет  
 Да  
 Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ**

 Нет  
 Да  
 Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ**

 Нет  
 Да  
 Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ  
НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЁМ**

 Нет  
 Да  
 Нет данных

1. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2022 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2021 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2019 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2018 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2017 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
6. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. (Отчет Trans Legal Mapping 2019: признание перед законом.) Женева: ILGA World; 2020 г.
7. Южная Австралия. Закон о мелких преступлениях 1953 г. Раздел 25; Виктория. Закон о секс-бизнесе 1994 г. Раздел 13; Новый Южный Уэльс. Закон о мелких преступлениях 1988 г. Раздел 19; Западная Австралия. Закон о проституции 2000 г. s25.
8. Бруней-Даруссалам. Уголовный кодекс, Статья 294A (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/bn/bn024en.pdf>); Закон о защите женщин и девочек (<https://www.agc.gov.bn/AGC%20Images/LOB/PDF/Chp.120.pdf>).
9. Коре́йская Народно-Демократическая Республика Уголовное законодательство, Статьи 18 и 261 ([https://www.hrnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea\\_2009\\_%20\(1\).pdf](https://www.hrnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea_2009_%20(1).pdf)).
10. Фиджи. Декрет о преступлениях, 2009 г., Статья 230 ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/152337C8E9F5B6D4C12576BA004EF21F#:~:text=The%20Decree%20provides%20for%20imprisonment,years\)%20for%20the%20other%20crimes](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/152337C8E9F5B6D4C12576BA004EF21F#:~:text=The%20Decree%20provides%20for%20imprisonment,years)%20for%20the%20other%20crimes)).
11. Япония. Закон о борьбе с проституцией, 1956 г.
12. Кирибати. Уголовный кодекс, Статья 167.
13. Малайзия. Уголовный кодекс, Статья 372 (<http://www.agc.gov.my/agcportal/uploads/files/Publications/LOM/EN/Penal%20Code%20%5BAct%20574%5D2.pdf>); Национальные обязательства и меры реализации политики, 2022 г.
14. Мальдивы. Уголовный кодекс, Статьи 620 и 621 (<https://www.law.upenn.edu/live/files/4203-maldives-penal-code-2014>).
15. Маршалловы острова. Уголовный кодекс 2011 г., Статья 251 ([http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/2011/2011-0059/CriminalCode2011\\_1.pdf](http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/2011/2011-0059/CriminalCode2011_1.pdf)).
16. Федеративные Штаты Микронезии. Кодекс штата Чуук. Том 12, Глава 28 ([http://fsmlaw.org/chuuk/code/title12/T12\\_CH28.htm](http://fsmlaw.org/chuuk/code/title12/T12_CH28.htm)).
17. Науру. Закон о преступлениях 2016 г., Раздел 107 ([https://tbiternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/NRU/INT\\_CEDAW\\_ARL\\_NRU\\_28029\\_E.pdf](https://tbiternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/NRU/INT_CEDAW_ARL_NRU_28029_E.pdf)).
18. Палау. Кодекс Палау. Закон о борьбе с проституцией, Глава 36 (<https://www.legal-tools.org/doc/1c32a2/pdf>).
19. Самоа. Закон о преступлениях 2013 г., Разделы 72 и 73 ([https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=93579&p\\_country=WSM&p\\_classification=01.04](https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=93579&p_country=WSM&p_classification=01.04)).
20. Соломоновы острова. Уголовный кодекс, Раздел 153 ([http://www.paclii.org/sb/legis/consol\\_act/pc66/](http://www.paclii.org/sb/legis/consol_act/pc66/)).
21. Тимор-Лешти. Уголовный кодекс, Статья 177 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/106091/129951/F608341342/TLS106091%20Port.pdf>).
22. Тонга. Закон об уголовных преступлениях, Раздел 81 ([https://ago.gov.to/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1924/1924-0010/CriminalOffencesAct\\_2.pdf](https://ago.gov.to/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1924/1924-0010/CriminalOffencesAct_2.pdf)).
23. Тувалу. Уголовный кодекс, Разделы 145 и 146 ([http://tuvalu-legislation.tv/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1965/1965-0007/PenalCode\\_1.pdf](http://tuvalu-legislation.tv/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1965/1965-0007/PenalCode_1.pdf)).
24. Вануату. Уголовный кодекс, Раздел 148 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/88512/101229/F1616956608/VUT88512.pdf>).
25. Mendes LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Женева: ILGA; 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_World\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_report\\_global\\_legislation\\_overview\\_update\\_December\\_2020.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf)).
26. Бангладеш. Уголовный кодекс, Статья 377 (<http://bdlaws.minlaw.gov.bd/act-11/section-3233.html>).
27. Индонезия. Ачех (Закон Шариата 2014 г.); Провинциальный закон об искоренении аморального поведения (N 13/2002) в Южной Суматре.
28. Кирибати. Уголовный кодекс (глав. 67), Редакция 1977, раздел 153, 154 и 155 ([https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=70701&p\\_country=KIR&p\\_count=62&p\\_classification=01&p\\_classcount=21](https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=70701&p_country=KIR&p_count=62&p_classification=01&p_classcount=21)).
29. Мьянма. Уголовный кодекс, Статья 377 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mm/mm004en.pdf>).
30. Папуа-Новая Гвинея. Уголовный кодекс, Раздел 210 ([http://www.paclii.org/pg/legis/consol\\_act/cca1974115.pdf](http://www.paclii.org/pg/legis/consol_act/cca1974115.pdf)).
31. Республика Корея. Закон о военном уголовном праве, Статья 92-6 ([https://elaw.klri.re.kr/eng\\_service/lawView.do?hseq=40239&lang=ENG](https://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=40239&lang=ENG)).
32. Сингапур. Уголовный кодекс, Статья 377A (<https://sso.agc.gov.sg/act/pc1871?Provs=pr377A-#pr377A->).
33. Шри-Ланка. Уголовный кодекс, Статья 365 ([http://hrlibrary.umn.edu/research/srilanka/statutes/Penal\\_Code.pdf](http://hrlibrary.umn.edu/research/srilanka/statutes/Penal_Code.pdf)).
34. Индия. Закон о наркотических средствах и психотропных веществах, 1985 г. (<https://legislative.gov.in/sites/default/files/A1985-61.pdf>).
35. Глобальная база данных по криминализации ВИЧ (база данных). Амстердам: Сеть правосудия по ВИЧ (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
36. Сеть правосудия по ВИЧ (база данных). Амстердам: Фонд правосудия по ВИЧ; c2022 (<https://www.hivjustice.net/>).
37. Декрет Фиджи о ВИЧ/СПИДе (изменение) 2011 г. ([http://www.health.gov.fj/wp-content/uploads/2014/09/10\\_HIV-AIDS-Amendment-Decree-2011.pdf](http://www.health.gov.fj/wp-content/uploads/2014/09/10_HIV-AIDS-Amendment-Decree-2011.pdf)).
38. Малайзия. Уголовный кодекс, Статьи 269–270 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/61339/117909/F-833274986/MYS61339%202018.pdf>).
39. Маршалловы острова, Закон о профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними, 1988 г. (s1511) ([http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1988/1988-0028/CommunicableDiseasesPreventionandControlAct1988\\_1.pdf](http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1988/1988-0028/CommunicableDiseasesPreventionandControlAct1988_1.pdf)).
40. Пакистан. Уголовный кодекс и Закон Синдха N. II от 2013 г. - Контроль над ВИЧ и СПИДом, Закон о лечении и защите.
41. Вьетнам. Закон о профилактике и контроле над ВИЧ/СПИДом ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_113364.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_113364.pdf)).
42. Въезд запрещён: связанные с ВИЧ ограничения на поездки. Женева: ЮНЭЙДС, ПРООН; 2019 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_ru.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_ru.pdf)).
43. Legal and policy trends: impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific, 2014–2019. Женева: ЮНЭЙДС; 2021 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf)).
44. Филиппины. Закон Республики N. 11166, Раздел 29 ([https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2018/ra\\_11166\\_2018.html#:~:text=%2D%20Unless%20otherwise%20provided%20in%20Section,has%20been%20exposed%20to%20HIV](https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2018/ra_11166_2018.html#:~:text=%2D%20Unless%20otherwise%20provided%20in%20Section,has%20been%20exposed%20to%20HIV)).
45. Бутан. Уголовный кодекс (изменение), 2021 г. ([https://www.nab.gov.bt/assets/uploads/docs/acts/2021/Penal\\_Code\\_Amendment\\_Act\\_of\\_Bhutan\\_2021.pdf](https://www.nab.gov.bt/assets/uploads/docs/acts/2021/Penal_Code_Amendment_Act_of_Bhutan_2021.pdf)).

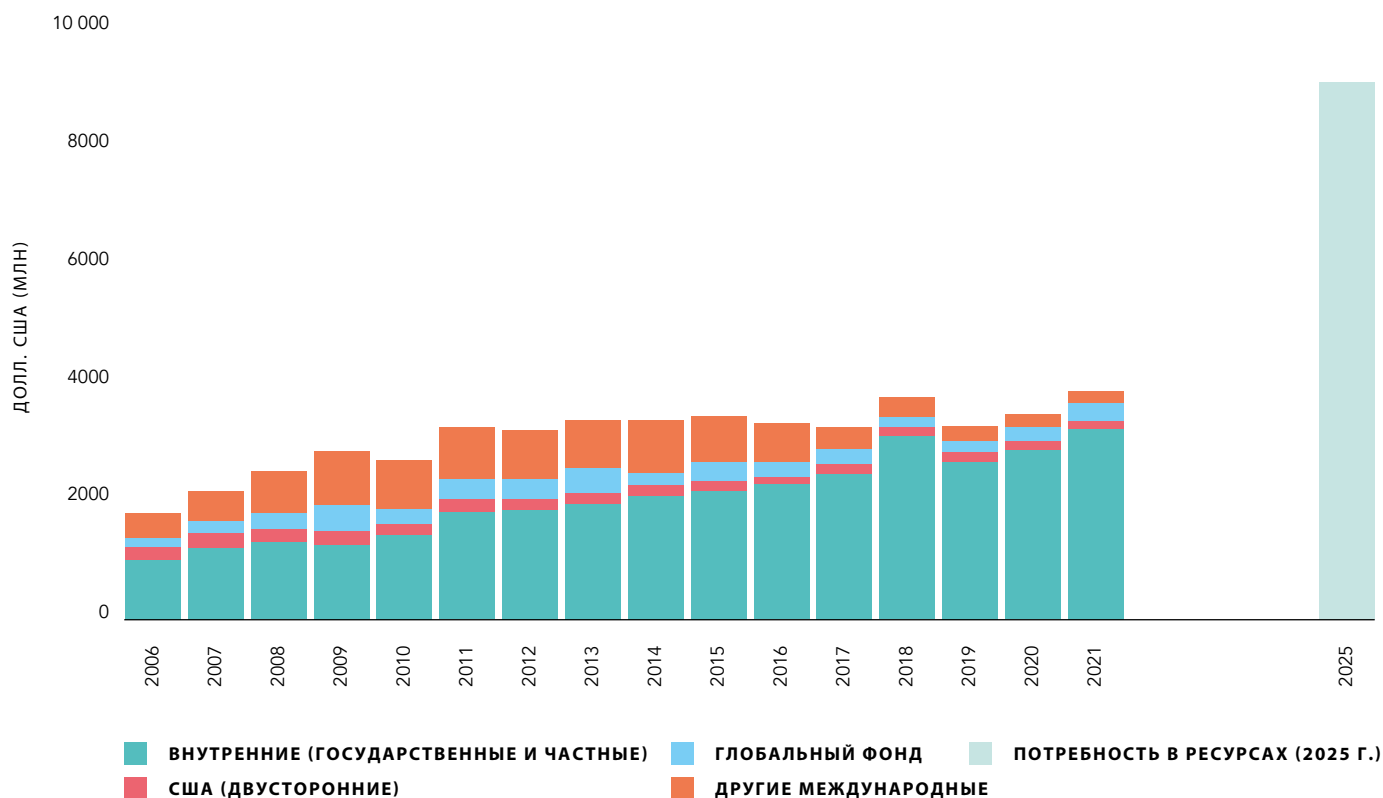
## ИНВЕСТИЦИИ В ЛИКВИДАЦИЮ СПИДА

С 2010 года общие ресурсы по противодействию ВИЧ в Азиатско-Тихоокеанском регионе увеличились на 30% (рис. 8.7). Внутренние ресурсы были основным источником этого увеличения: финансирование из внутренних источников увеличилось с 2010 года в 2,3 раза, в то время как внешние ресурсы от правительства США и правительств других стран-доноров сократились на 30% и 74%, соответственно. За последнее десятилетие Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд) увеличил свои региональные ресурсы на 20%.

Согласно последним данным из 15 стран, 10% общих расходов на противодействие ВИЧ было выделено на ключевые группы населения. Существуют большие различия между странами в ассигнованиях на профилактику: в 53% стран, представивших отчётность, внутренние источники покрывали менее 10% расходов на профилактические мероприятия. Размер ресурсов, выделяемых в связи с ВИЧ на одного человека, живущего с ВИЧ, в Азиатско-Тихоокеанском регионе не изменился, и, хотя лечебные вмешательства привели к значительному снижению смертности, необходимо увеличить ресурсы на профилактику, чтобы достичь целевых показателей к 2025 году.

Существует 57-процентный разрыв в предполагаемых ежегодных потребностях в ресурсах для достижения целевых показателей к 2025 году. Мобилизация внутренних ресурсов и эффективность инвестиций для высокоэффективных вмешательств имеют большое значение для ликвидации СПИДа в регионе. Некоторые страны могут по-прежнему зависеть от донорских ресурсов, чтобы обеспечить непрерывность профилактических и лечебных мероприятий для достижения целевых показателей к 2025 и 2030 годам.

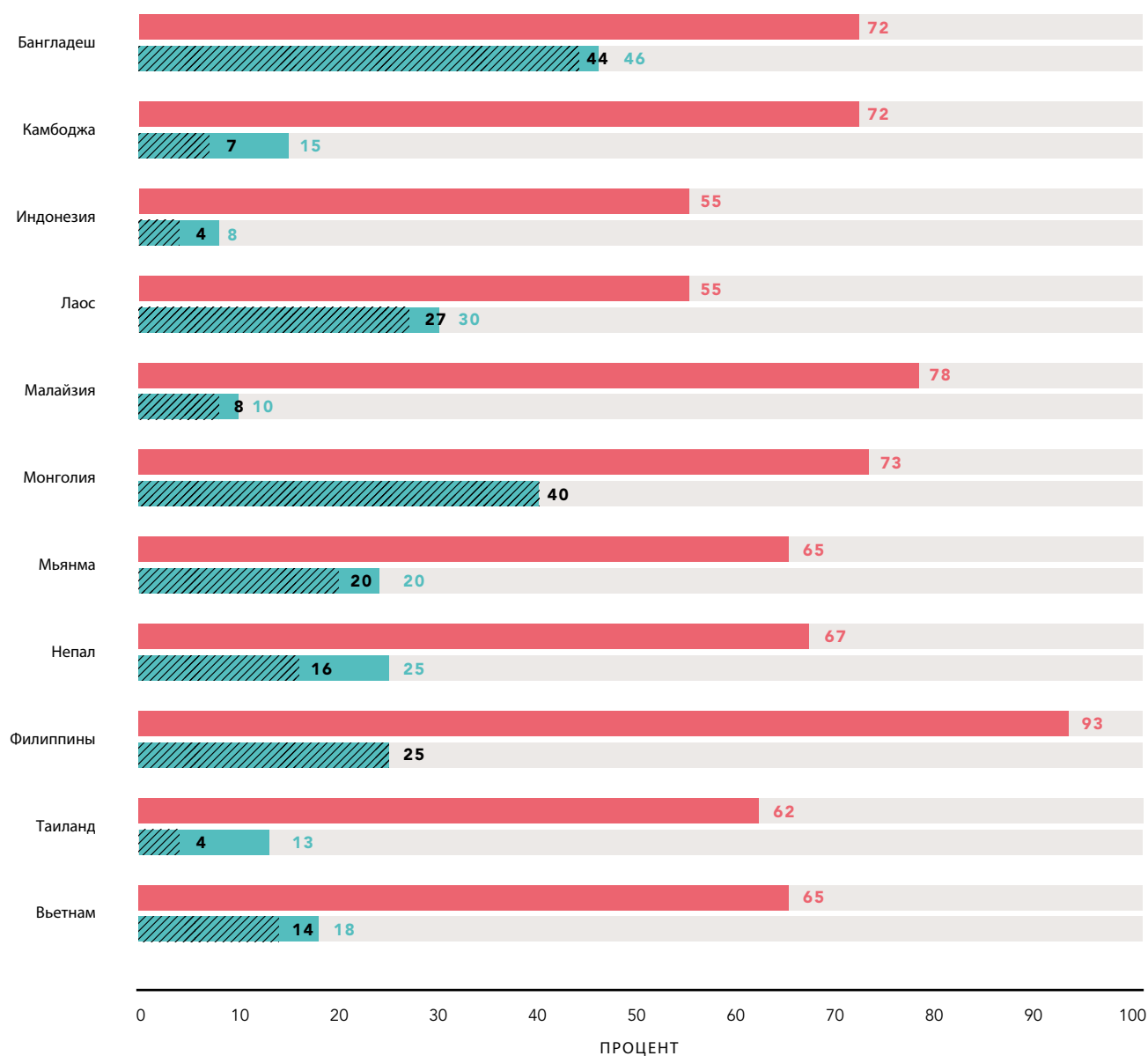
**РИСУНОК 8.7** Наличие ресурсов для борьбы с ВИЧ в Азиатско-Тихоокеанском регионе, 2006–2021 гг. и предполагаемая потребность в ресурсах для борьбы с ВИЧ до 2025 г.



Источник: Финансовые расчеты и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Моделирование и эпидемиологическое воздействие сформулированных ЮНЭЙДС целей к 2025 году для ликвидации СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году. PLoS Med. 2021;18(10): e1003831.

Примечание: Размеры ресурсов рассчитаны в постоянных долларах США за 2019 год

**РИСУНОК 8.8** Соотношение новых случаев ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, расходов на профилактику ВИЧ и затраты на программы профилактики ВИЧ среди ключевых групп населения, отдельные страны, 2017–2021 гг.



- СООТНОШЕНИЕ ОБЩЕГО КОЛИЧЕСТВА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ
- СООТНОШЕНИЕ ЗАТРАТ НА ПРОФИЛАКТИКУ ВИЧ И ОБЩИХ РАСХОДОВ НА ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ВИЧ
- /// СООТНОШЕНИЕ ЗАТРАТ НА ПРОФИЛАКТИКУ ВИЧ СРЕДИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ И ОБЩИХ РАСХОДОВ НА ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ВИЧ

\* Данные о других расходах на профилактику ВИЧ недоступны для Монголии и Филиппин.

Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г.; Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Отчёты по оценке национальных расходов на борьбу со СПИДом..

**СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

1. Compulsory drug treatment and rehabilitation in east and southeast Asia. Bangkok: UNODC; 2022.
2. Key populations are being left behind in Universal Health Coverage: landscape review of health insurance schemes in the Asia–Pacific region. Geneva: UNAIDS; 2022.

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

# ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА



Латинская Америка добилась незначительного прогресса в снижении числа новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе с 2000 года, при этом с 2010 по 2021 год их число увеличилось на 5%. По состоянию на 2021 год 2,2 миллиона человек в регионе (1,5–2,8 миллиона) жили с ВИЧ. Среди людей, живущих с ВИЧ в 2021 году, 82% знали о своём ВИЧ-статусе, 69% обращались за лечением (85% тех, кто знал свой ВИЧ-статус) и 63% имели подавление вирусной нагрузки (91% получавших лечение). Охват диагностикой и лечением у мужчин остаётся ниже, чем у женщин, хотя этот разрыв сокращается. Охват детей по-прежнему намного ниже охвата взрослых и со временем улучшился в меньшей степени; фактически охват мер по предотвращению вертикальной передачи ВИЧ в 2020–2021 годах упал ниже уровня, достигнутого в 2019 году.

Несмотря на то, что регион добился значительных успехов в расширении доступа к лечению ВИЧ, усилия по обеспечению своевременной диагностики и охвата лечением остаются недостаточными, приверженность к лечению остаётся проблемой, а нехватка антиретровирусных препаратов снижает эффективность лечения ВИЧ-инфекции. 31% людей, живущих с ВИЧ в Латинской Америке в 2021 году, по-прежнему не получают антиретровирусную терапию, а доля недавно выявленных людей на поздней стадии ВИЧ-инфекции варьировалась от 10% в Уругвае до 44% в Парагвае. Только 10 стран включили ежедневную пероральную доконтактную профилактику (ДКП) в свои национальные руководства в конце 2021 года, и многие из них осуществляют эту политику только в отдельных районах. В четырёх странах региона действует политика самотестирования на ВИЧ, но только одна страна — Бразилия — предоставляет наборы для самотестирования через государственные или частные службы здравоохранения или аптеки. Охват предпочтительными схемами на основе долутегравира для антиретровирусной терапии первого ряда неоднороден: от 0% в Колумбии до 100% в Венесуэле.

**27%**

**ЖЕНЩИН В ЛАТИНСКОЙ  
АМЕРИКЕ ПОДВЕРГЛИСЬ  
ДОМАШНЕМУ НАСИЛИЮ В  
ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ**

Пересекающиеся формы стигмы и дискриминации в Латинской Америке препятствуют доступу к услугам в связи с ВИЧ и повышают уязвимость. В регионе зарегистрировано самое большое в мире число преступлений на почве ненависти в отношении лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (ЛГБТИ): только с октября 2020 года по сентябрь 2021 года в 15 странах Латинской Америки было убито 311 трансгендерных женщин (1, 2).

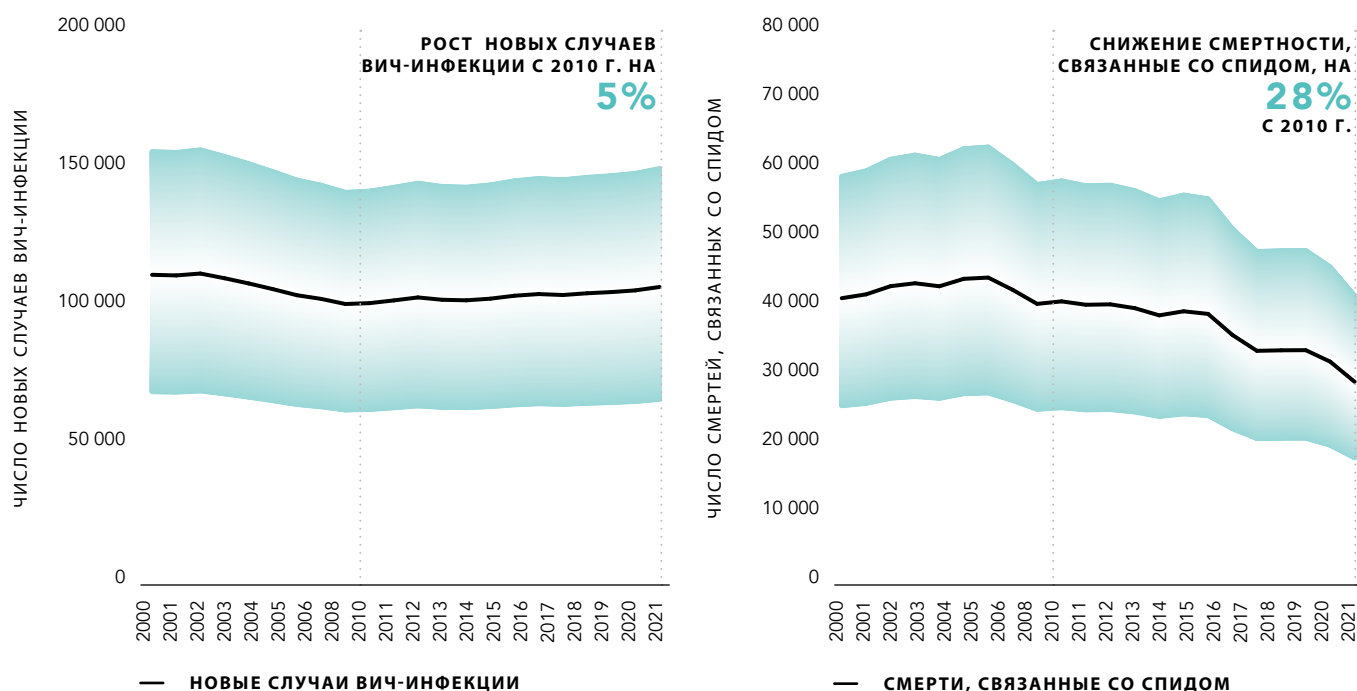
Глубоко укоренившееся неравенство подрывает региональные усилия, направленные на то, чтобы положить конец СПИДу к 2030 году. Латинская Америка имеет один из самых высоких уровней имущественного неравенства среди всех регионов, причём в 2020 году как показатель абсолютной бедности, так и коэффициент Джини выросли (3, 4). Более одной из четырёх (27%) женщин в Латинской Америке подвергались домашнему насилию на протяжении своей жизни (5). Кроме того, Латинская Америка продолжает бороться с одними из самых острых гуманитарных кризисов в мире, которые затрагивают многие страны, включая Венесуэлу, Гаити и северный треугольник Центральной Америки.





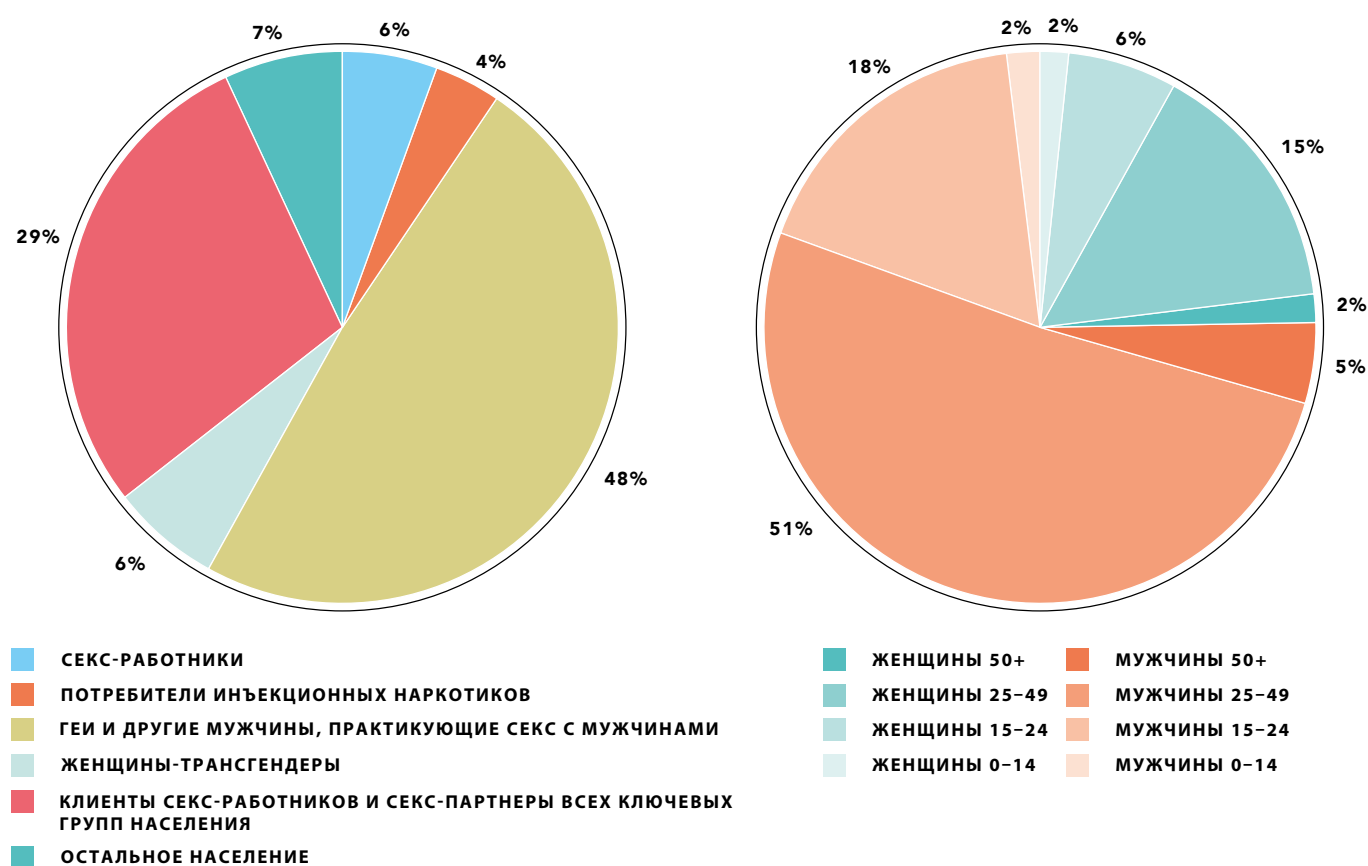
## СТАТУС ПАНДЕМИИ

**РИСУНОК 9.1** Число новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей, связанных со СПИДом, Латинская Америка, 2000–2021 гг.



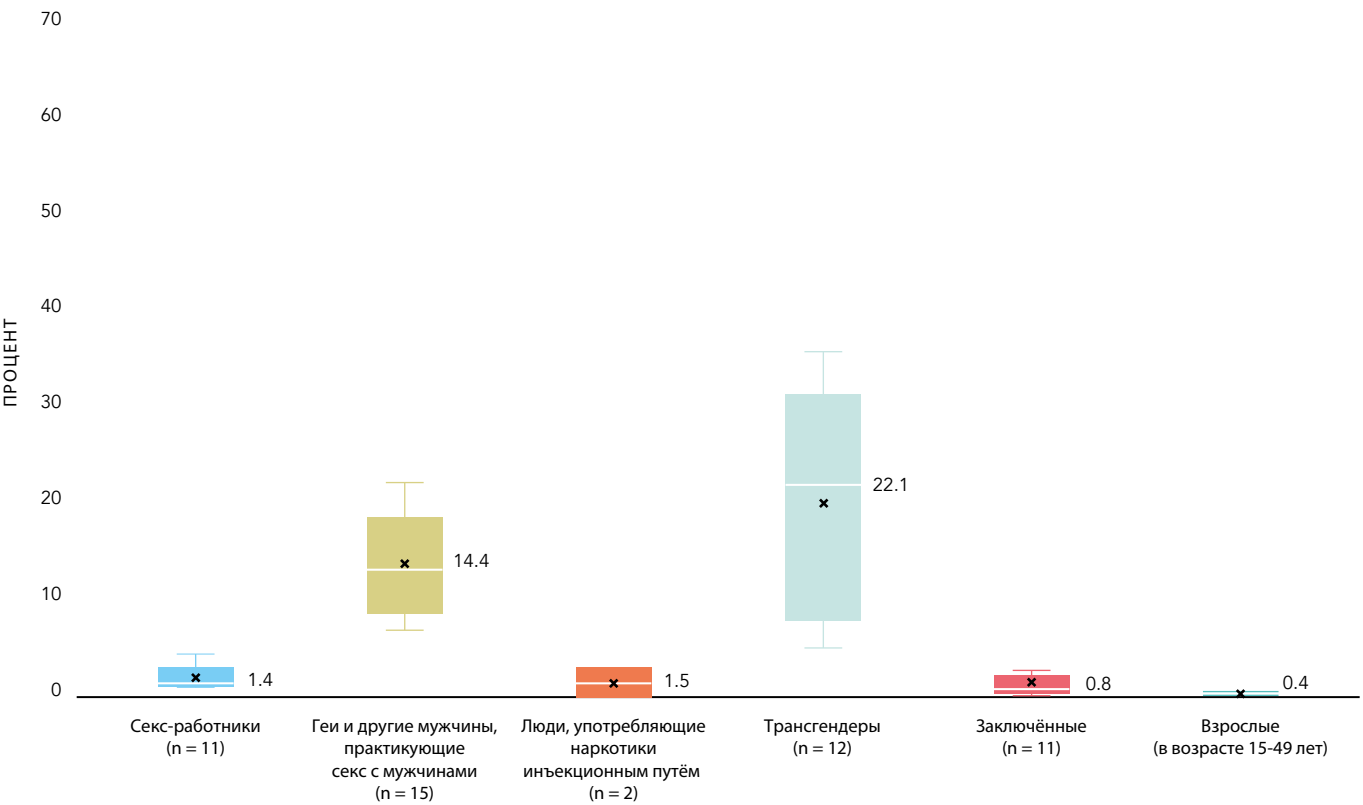
Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**РИСУНОК 9.2** Распределение новых случаев ВИЧ по группам населения и полу (в возрасте 15–49 лет), Латинская Америка, 2021 г

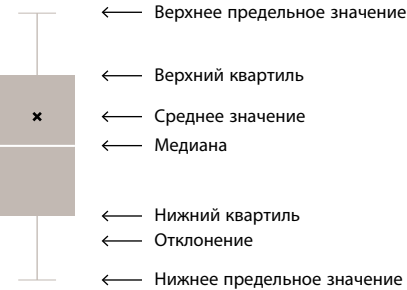


Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 (см. Приложение о методике).

**РИСУНОК 9.3** Распространённость ВИЧ среди ключевых групп населения по сравнению со взрослыми (в возрасте 15–49 лет), страны Западной и Центральной Африки, представившие отчёты, 2017–2021 гг.



**Как читать?**



едный показатель распространённости ВИЧ в странах Латинской Америки, представивших такие данные, составил:

- 1.4% среди секс-работников;
- 14.4% среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами;
- 1.5% среди людей, употребляющих инъекционные наркотики;
- 22.1% среди трансгендеров;
- 0.8% среди заключённых.

Расчётное значение распространённости ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15–49 лет) составляет 0.5% [0.3–0.6%].

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г.; Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: (n = количество стран). Всего стран, представивших данные — 17.

Пределы погрешности распространённости среди взрослых определяют диапазон, в котором находится истинное значение (если оно измеримо). Узкие пределы указывают на высокую точность оценки, в то время как широкие пределы указывают на большую её неопределённость.

**ТАБЛИЦА 9.1** Заявленная оценочная численность ключевых групп населения, Латинская Америка, 2018–2021 гг.

	Взрослое население страны (в возрасте 15–49 лет) в 2021 или соответствующем году	Секс-работники	Доля секс-работников во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами	Доля геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Люди, употребляющие наркотики инъекционным путём	Доля людей, употребляющих наркотики инъекционным путём во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Трансгендеры	Доля трансгендеров во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Заклѳченные	Доля заклѳченных во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)
Боливия (Многонациональное Государство)	6 200 000			35 500							
Бразилия	114 000 000									821 000	0,72%
Чили	9 800 000			123 000	1,24%			19 600	0,20%	38 800	0,40%
Колумбия	27 600 000			357 000	1,29%					124 000	0,45%
Коста-Рика	2 600 000							420		15 800	0,61%
Гватемала	9 400 000			116 000	1,27%			4300	0,05%	24 500	0,26%
Мексика	68 400 000	244 000	0,37%	1 226 000	1,85%			123 000	0,19%	202 000	0,31%
Никарагуа	3 700 000									21 700	0,59%
Панама	2 200 000	8700		29 700				2000			
Парагвай	3 900 000	9000		27 700				1200			
Перу	17 400 000			260 000	1,52%			6500			
Уругвай	1 700 000			28 600	1,68%			1600	0,09%		
Венесуэла (Боливарианская Республика)	15 000 000							14 600	0,10%		
<b>Средняя доля по региону в процентах от взрослого населения (в возрасте 15–49 лет)<sup>a</sup>:</b>			<b>0,38%</b>		<b>1,69%</b>		<b>0,16%</b>		<b>0,09%</b>		<b>-</b>

<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#008080; border:1px solid black;"></span> НАЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#808080; border:1px solid black;"></span> ЛОКАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ
<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#d3d3d3; border:1px solid black;"></span> НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ	<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#f5f5dc; border:1px solid black;"></span> НЕТ ДАННЫХ

<sup>a</sup> Примечание: Краткое руководство по Spectrum, 2020 г. Женева: ЮНЭЙДС; 2020 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г.

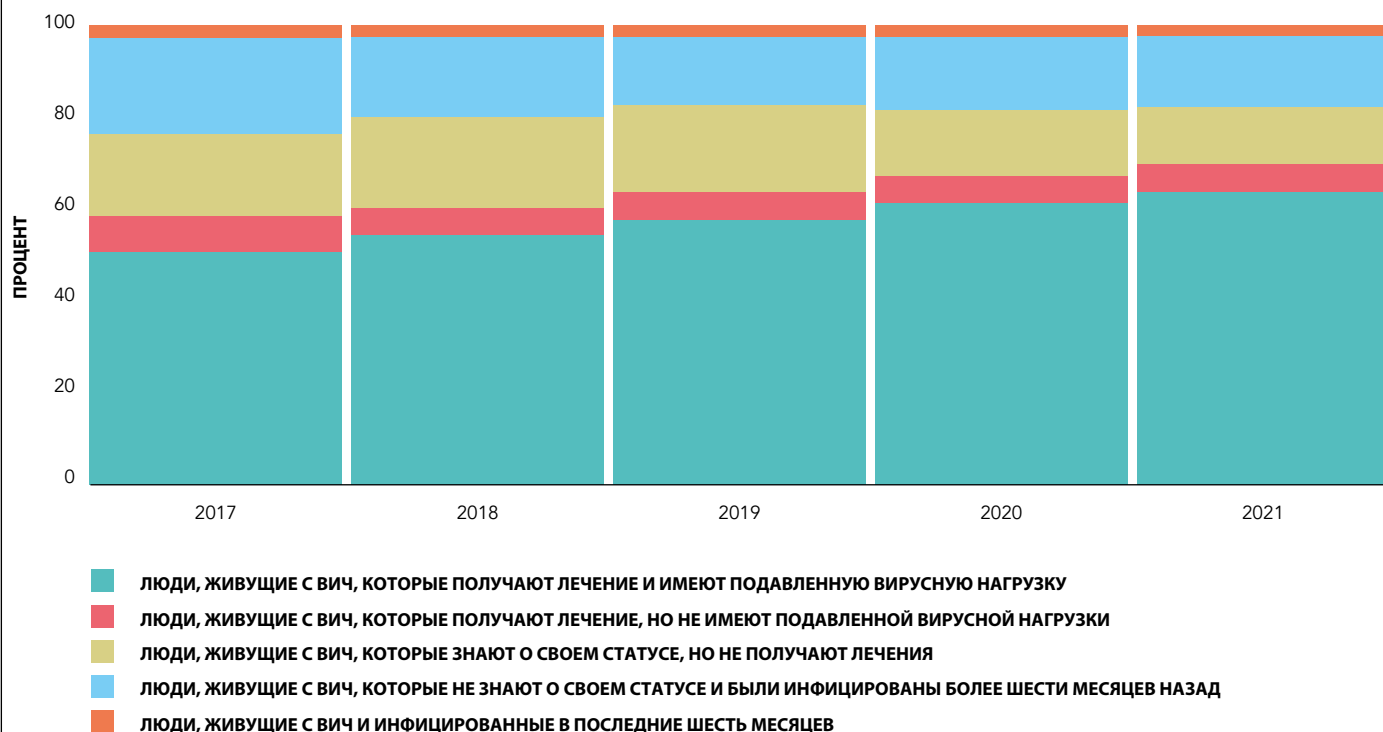
Примечание: приведены оценки, предоставленные правительствами на 2018–2021 гг. Дополнительные и альтернативные оценки могут быть доступны из различных источников, включая Атлас ключевых групп населения (<https://kpatlas.unaids.org/>), академические публикации или институциональные документы.

Примечание: Подсчет численности населения включает следующие регионы:

- Боливия (многонациональное государство): Ла-Пас, Эль-Альто, Кочабамба, Санта-Крус.
- Колумбия: Богота, Кали и Медельин.
- Коста-Рика: большая агломерация Коста-Рики.
- Панама: Асуэро, Бокас-дель-Торо, Чирики, Кокле, комарка нгабе-бугле, Восточная Панама, Западная Панама, Центральная Панама, Северная Панама и Верагуас.
- Парагвай: Альто-Парана, Амамбай, городские англомерации (Асунсьон и Сентраль) и Каагуасу (секс-работники); Альто-Парана, Асунсьон, Каагуасу и Сентраль (геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами); Амамбай, Асунсьон и Сентраль (трансгендеры).
- Перу: Лима-Кальяо, Икитос-Пиура, Сульяна, Трухильо, Ика, Паско, о-ва Чинча, Пукальпа и Тарапото.

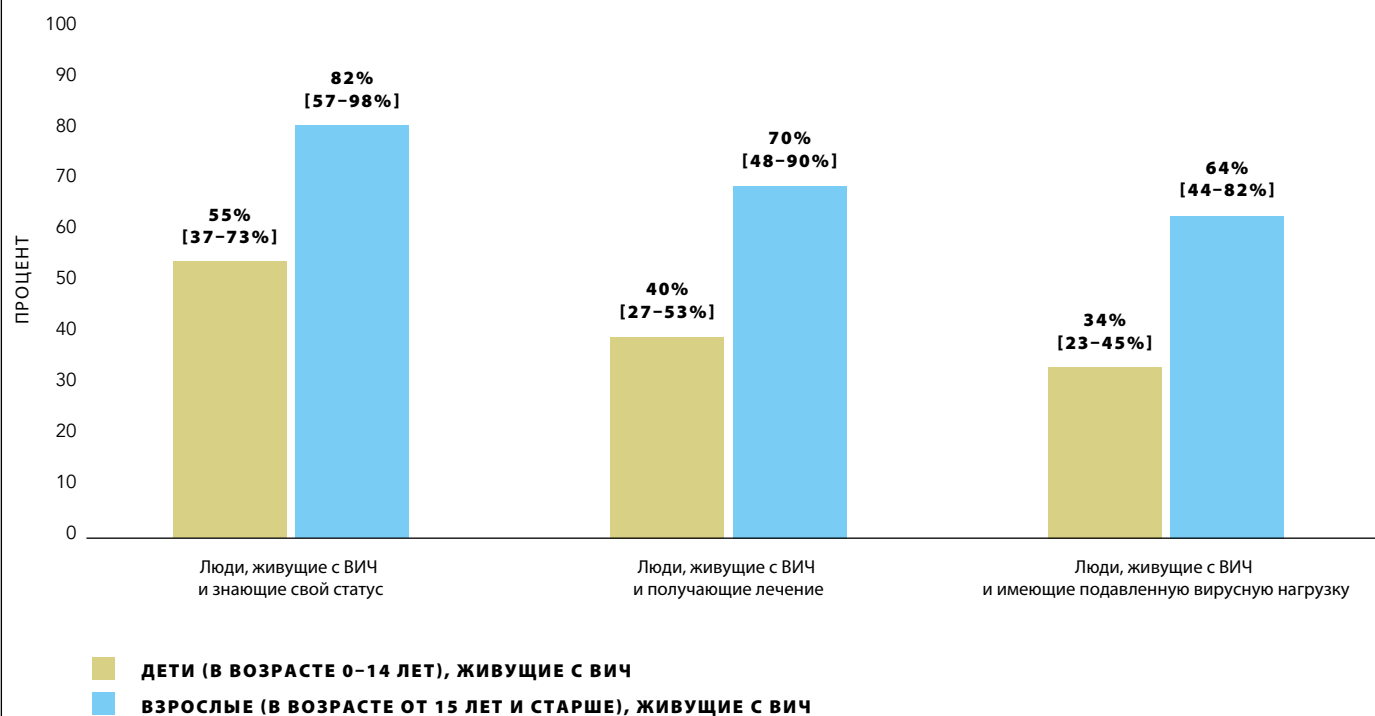
## УСЛУГИ В СВЯЗИ С ВИЧ

**РИСУНОК 9.4** Люди, живущие с ВИЧ; люди, инфицированные в последние шесть месяцев; каскад тестирования и лечения; взрослые (в возрасте от 15 лет и старше), Латинская Америка, 2017–2021 гг.



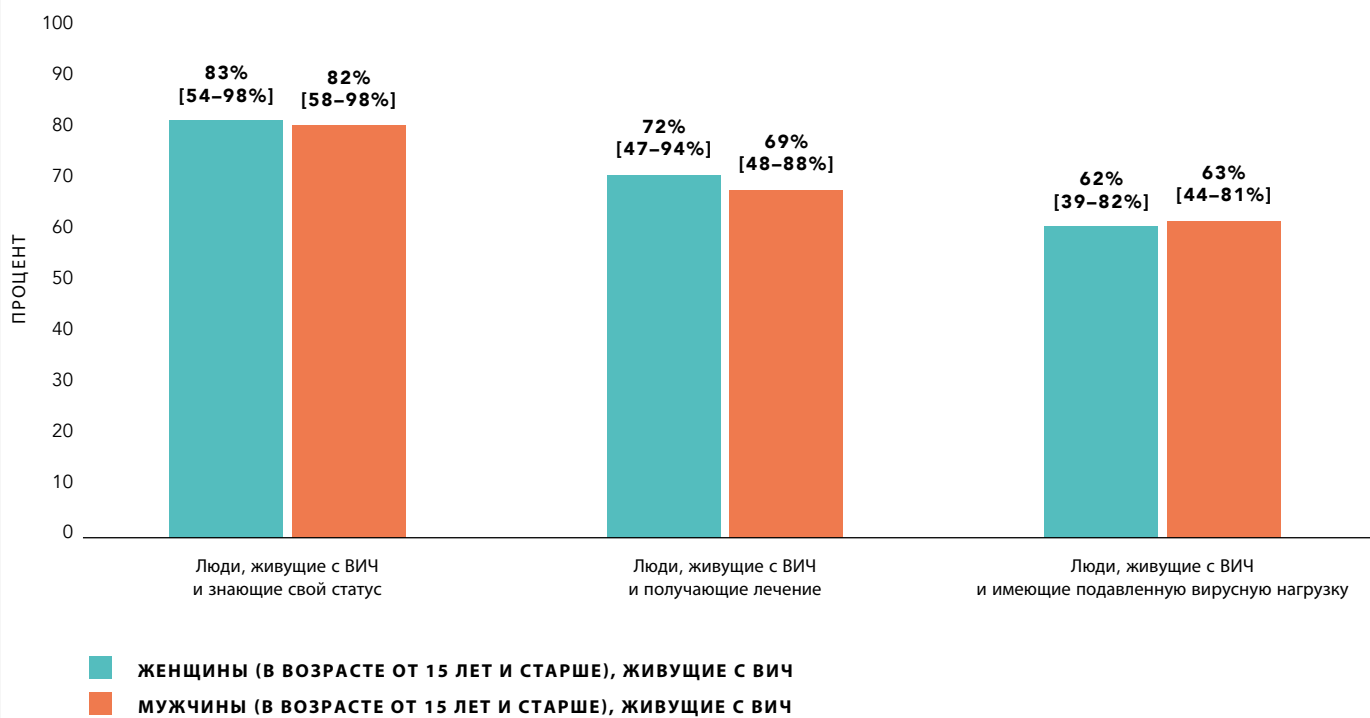
Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 9.5** Каскад тестирования и лечения; дети (в возрасте 0–14 лет) по сравнению со взрослыми (в возрасте от 15 лет и старше); Латинская Америка, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 9.6** Каскад тестирования и лечения; женщины (в возрасте от 15 лет и старше) по сравнению с мужчинами (в возрасте от 15 лет и старше); Латинская Америка, 2021



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА

ТАБЛИЦА 9.2 Оценочная таблица законов и политики, Латинская Америка, 2022 г.

	КАРАТЕЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ							
	Криминализация трансгендеров	Криминализация секс-бизнеса	Криминализация частных однополых сексуальных отношений	Криминализация владения небольшим количеством наркотиков	Законы, криминализирующие передачу ВИЧ, сокрытие ВИЧ-статуса или создание риска инфицирования ВИЧ	Законы или правила, ограничивающие въезд, пребывание и проживание людей, живущих с ВИЧ <sup>21</sup>	Согласие родителей на тестирование подростков на ВИЧ	Обязательное тестирование на ВИЧ для получения разрешения на брак, работу, проживание или для определенных групп
Аргентина	1	1	1	1	1		1	1
Боливия	1	3	1	1	1		1	1
Бразилия	1	1	1	1	1		1	1
Чили	1	1	1	1	1		1	1
Колумбия	1	1	1	1	1		1	1
Коста-Рика	1	1	1	2	1		1	1
Эквадор	1	1	1	1	12		1	1
Эль Сальвадор	1	4	1	10	13		1	1
Гватемала	1	5	1	1	1		1	1
Гондурас	2	2	2	2	1		16	2
Мексика	2	2	2	2	1		2	2
Никарагуа	1	6	1	1	1		1	1
Панама	1	1	1	1	14		17	1
Парагвай	1	1	1	1	1		1	1
Перу	2	7	9	11	1		18	2
Уругвай	3	3	3		1		3	2
Венесуэла	1	8	1	1	1		1	1

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ТРАНСГЕНДЕРОВ

- Да
- Нет
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ СЕКС-БИЗНЕСА

- Любая криминализация или карательное регулирование секс-бизнеса
- Секс-бизнес не подлежит карательному регулированию или не преследуется по закону
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ЧАСТНЫХ ОДНОПОЛЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

- Смертная казнь
- Лишение свободы (от 14 лет до пожизненного заключения, до 14 лет) или без указания вида наказания
- Законы, предусматривающие наказание за однополые сексуальные отношения, были декриминализованы или никогда не существовали, либо нет специального законодательства
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ВЛАДЕНИЯ НЕБОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ НАРКОТИКОВ

- Да
- Нет
- Нет данных

ЗАКОНЫ, КРИМИНАЛИЗИРУЮЩИЕ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ, СОКРЫТИЕ ВИЧ-СТАТУСА ИЛИ СОЗДАНИЕ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

- Да
- Нет, но уголовное преследование осуществляется на основании общих уголовных законов
- Нет
- Нет данных

ЗАКОНЫ ИЛИ ПРАВИЛА, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ<sup>21</sup>

- Депортация, запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Ограничения отсутствуют

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ТЕСТИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ НА ВИЧ

- Да
- Нет
- Нет данных

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ НА БРАК, РАБОТУ, ПРОЖИВАНИЕ ИЛИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП

- Да
- Нет
- Нет данных



	ПРОТЕКЦИОНИСТСКИЕ ЗАКОНЫ				
	Законы, защищающие от дискриминации на основании ВИЧ-статуса	Конституционные или другие недискриминационные условия для секс-бизнеса	Конституционные или другие недискриминационные условия для сексуальной ориентации	Конституционные или другие недискриминационные условия для гендерной идентичности	Конституционные или другие недискриминационные условия для людей, употребляющих наркотики инъекционным путём
Аргентина	1	1	1	1	1
Боливия	1	1	1	1	1
Бразилия	1	1	1	1	1
Чили	1	1	1	1	1
Колумбия	1		1	1	3
Коста-Рика	1	1	1	1	2
Эквадор	1	1		1	1
Эль Сальвадор	1	1	1	1	1
Гватемала	1	1	1	1	1
Гондурас	2	2	2	2	2
Мексика	2	2		2	3
Никарагуа	1	1	1	1	1
Панама	1	1	1	1	1
Парагвай	1	1	1	1	1
Перу					
Уругвай	3				3
Венесуэла	1	1	1	1	1

**ЗАКОНЫ, ЗАЩИЩАЮЩИЕ ОТ  
ДИСКРИМИНАЦИИ НА ОСНОВАНИИ  
ВИЧ-СТАТУСА**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ СЕКС-БИЗНЕСА**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ  
НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЁМ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

Примечания: Конституционные и другие недискриминационные условия относятся к тому, были ли интерпретированы конституционные запреты на дискриминацию для включения секс-бизнеса, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или людей, употребляющих наркотики, судами/правительственной политикой и/или тем, имеются ли другие законодательные недискриминационные условия, указывающие на секс-бизнес, сексуальную ориентацию, гендерную идентичность или людей, употребляющих наркотики..

1. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2022 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2021 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2019 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Эль Сальвадор. Уголовный кодекс, Статьи 170 и 170А.
5. Гватемала. Статья 39 Декрета 9-2009 (<https://www.refworld.org/pdfid/4a03e3d22.pdf>).
6. Никарагуа. Уголовный кодекс, изменен Законом N. 641, 2007 г. Статья 178 ([https://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/noticia\\_reciente/CP\\_641.pdf](https://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/noticia_reciente/CP_641.pdf)).
7. Decreto Legislativo N°635 Código Penal. Статьи 179 и 181. Лима: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2022 (<https://lpderecho.pe/codigo-penal-peruano-actualizado/>).
8. Боливарианская Республика Венесуэла Уголовный кодекс, Статья 382 ([http://oas.org/juridico/spanish/mesicic3\\_ven\\_anexo6.pdf](http://oas.org/juridico/spanish/mesicic3_ven_anexo6.pdf)).
9. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Женева: ILGA; 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_World\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_report\\_global\\_legislation\\_overview\\_update\\_December\\_2020.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf)).
10. Эль Сальвадор. Artículo 34 de la Ley reguladora de las actividades relativas a las drogas (<https://elsalvador.eregulations.org/media/Ley%20reguladora%20de%20las%20actividades%20relativas%20a%20las%20drogas.pdf>).
11. Decreto Legislativo N°635 Código Penal. Décimo segundo edición oficial. Статья 299. Лима: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2016 ([http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones\\_oficiales/img/CODIGOPENAL.pdf](http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/CODIGOPENAL.pdf)).
12. Эквадор. Закон 11, Официальный реестр 58, 14 апреля 2000 г. Ley para la prevencion y asistencia integral del VIH SIDA ([https://oig.cepal.org/sites/default/files/2002\\_reglamentoleyvih\\_ecu.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2002_reglamentoleyvih_ecu.pdf)).
13. Эль Сальвадор. Статья 15 Ley de Prevencion y Control de la Infeccion Provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana ([http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley\\_proteccion\\_control\\_infeccion\\_provocada\\_por\\_vih.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_proteccion_control_infeccion_provocada_por_vih.pdf)).
14. Панама. Уголовный кодекс, Статья 308 (<https://en.calameo.com/read/0005798491847eb9f9501>).
15. Въезд запрещён: связанные с ВИЧ ограничения на поездки. Женева: ЮНЭЙДС, ПРООН; 2019 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_ru.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_ru.pdf)).
16. Гондурас. Ley especial sobre VIH/SIDA, 1999. Статья 60 ([https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/hn\\_0290.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/hn_0290.pdf)).
17. Панама. Normas tecnicas y administrativas del programa nacional de salud integral de los y las adolescentes, 2006 ([https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/norma\\_adolescentes\\_panam\\_0.pdf](https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/norma_adolescentes_panam_0.pdf)); Artículo 19.2 de la Ley 68 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de informacion y de decision libre ([https://www.hospitalsantotomas.gob.pa/download/transparencia/otros\\_documentos\\_y\\_normas/9.6.0-LEY-68-DERECHOS-PACIENTE.pdf](https://www.hospitalsantotomas.gob.pa/download/transparencia/otros_documentos_y_normas/9.6.0-LEY-68-DERECHOS-PACIENTE.pdf)).
18. Перу. Artículo 6.2.2 de la NTS N° 167-2020-MINSA/2020/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para el Atención Integral de la Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)" (<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1402571/RM%20N%C2%B0882-2020-MINSA.PDF>).

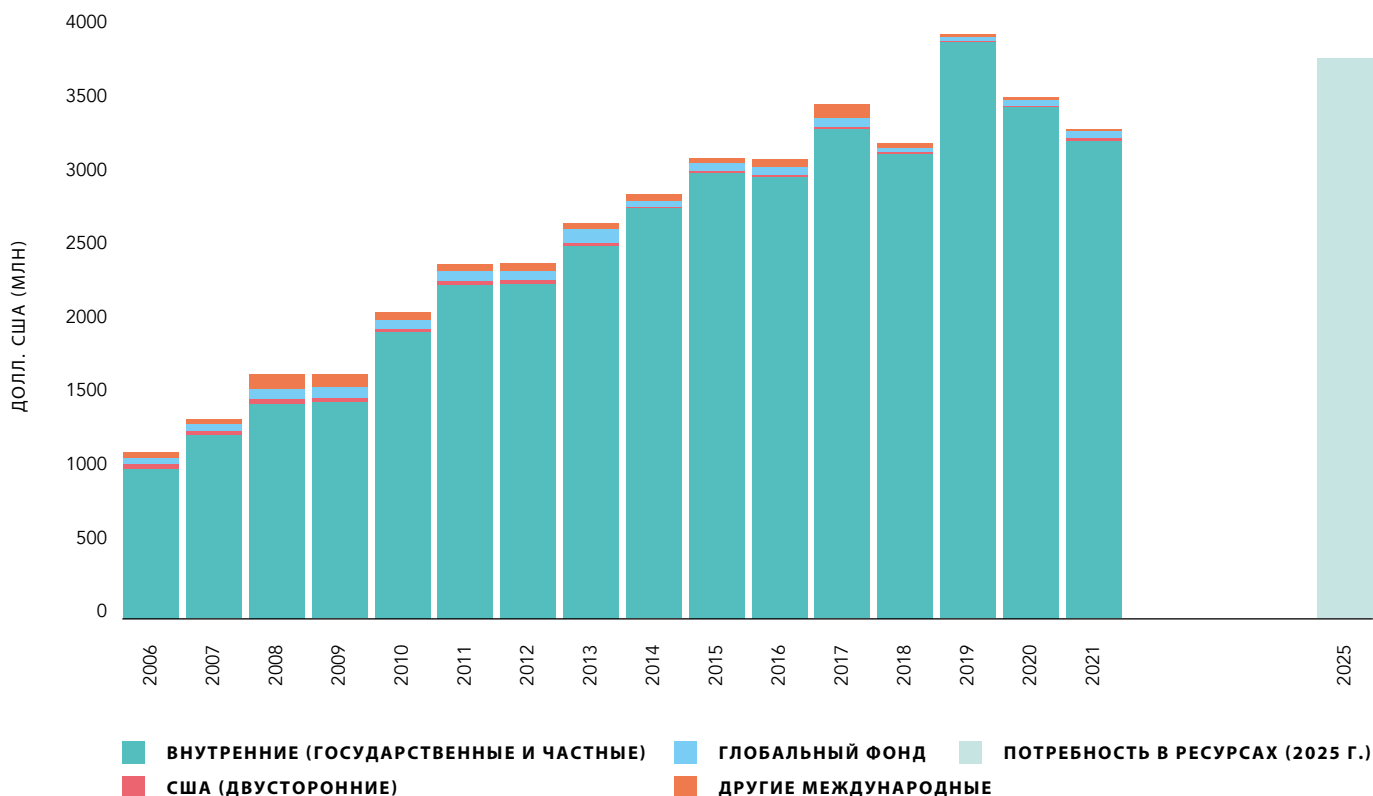
## ИНВЕСТИЦИИ В ЛИКВИДАЦИЮ СПИДА

Латинская Америка близка к достижению целевого показателя по выделяемым ресурсам к 2025 году: для этого необходимо восполнить дефицит финансирования в размере 13%. Внутренние ресурсы были ключевыми факторами роста ресурсов в регионе: они увеличились на 67% в период с 2010 по 2021 год несмотря на сокращение финансирования из международных источников на 38%. В 2021 году внутренние ресурсы составляли 97% всех ресурсов на противодействие ВИЧ в регионе. Некоторые страны, такие как Сальвадор, Гватемала, Гондурас и Парагвай, по-прежнему полагаются на внешнюю поддержку ряда программ противодействия ВИЧ, особенно тех, которые ориентированы на ключевые группы населения, и для этих стран будет крайне важно разработать планы обеспечения устойчивости.

Для достижения целевого показателя к 2025 году внутренние инвестиции должны быть сосредоточены на основных программах профилактики. Согласно последним данным о расходах из 11 стран, средняя региональная доля (1,5%) в общих расходах на программы профилактики ВИЧ для ключевых групп населения ниже среднемирового показателя (3,5%). В то время как некоторые страны, в том числе Сальвадор, Гондурас и Парагвай, выделяют значительные ресурсы на программы для ключевых групп населения, другие сообщают о том, что выделяют незначительную долю своих общих расходов на мероприятия для ключевых групп несмотря на значительные инвестиции в программы противодействия ВИЧ.

Регион должен сосредоточиться на процессах распределения и технической эффективности в своих программах, чтобы эффективно использовать имеющиеся ресурсы. Также необходимо снизить цены за единицу антиретровирусных препаратов: снижение цен на антиретровирусные препараты второго ряда приведёт к значительной экономии средств в регионе.

**РИСУНОК 9.7** Наличие ресурсов для борьбы с ВИЧ в Латинской Америке, 2006-2021 гг. и предполагаемая потребность в ресурсах для борьбы с ВИЧ до 2025 г



Источник: Финансовые расчеты и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Моделирование и эпидемиологическое воздействие сформулированных ЮНЭЙДС целей к 2025 году для ликвидации СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году. PLoS Med. 2021;18(10): e1003831.

Примечание: Размеры ресурсов рассчитаны в постоянных долларах США за 2019 год.

## СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Moloney A. LGBT+ murders at 'alarming' levels in Latin America – study. In: Reuters [Internet]. 8 August 2019. Reuters; c2022 (<https://www.reuters.com/article/us-latam-lgbt-killings/lgbt-murders-at-alarming-levels-in-latin-america-study-idUSKCN1UY2GM>).
2. Trans day of remembrance: an urgent call to combat transphobia in Latin America. In: Race and Equality [Internet]. 20 November 2021. Washington (DC): Institute on Race, Equality and Human Rights; c2018 (<https://raceandequality.org/english/trans-day-of-remembrance-2021/>).
3. World Inequality Database [database]. WID.World; c2022 ([https://wid.world/es/mundo#sptinc\\_p90p100\\_z/US;FR;DE;CN;ZA;GB;WO/last/eu/k/p/yearly/s/false/23.469/80/curve/false/country](https://wid.world/es/mundo#sptinc_p90p100_z/US;FR;DE;CN;ZA;GB;WO/last/eu/k/p/yearly/s/false/23.469/80/curve/false/country)).
4. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). Special analysis 2021 (<https://www.cepal.org/en/publications/47719-social-panorama-latin-america-2021>).
5. SIGI 2020 regional report for Latin America and the Caribbean. Paris: Social Institutions and Gender Index, OECD; 2020 (<https://doi.org/10.1787/cb7d45d1-en>).

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

# КАРИБСКИЙ БАССЕЙН



В Карибском бассейне отмечается самый высокий уровень распространения ВИЧ среди всех регионов за пределами Африки к югу от Сахары, но этот регион добился важных успехов в противодействии ВИЧ. Число новых случаев инфицирования ВИЧ в 2021 году — 14 000 (9500–18 000) — было на 28% меньше, чем в 2010 году, а смертность от СПИДа — 5700 (4200–7600) в 2021 году — снизилась на 50%. С 2010 по 2021 год число новых случаев инфицирования ВИЧ среди детей снизилось на 47%.

Среди людей, живущих с ВИЧ, в регионе в 2021 году 84% знали о своём ВИЧ-статусе, а 83% людей, знавших о своём ВИЧ-положительном статусе, обращались за лечением (70% всех людей, живущих с ВИЧ). У 87% людей, получающих лечение, была подавлена вирусная нагрузка (61% всех людей, живущих с ВИЧ). Охват диагностикой и лечением у мужчин остаётся ниже, чем у женщин, и этот разрыв не сокращается (рис. 10.6).

Только шесть стран в регионе включили ежедневную пероральную доконтрактную профилактику (ДКП) в свои национальные руководства, при этом в пяти странах ДКП предоставляется в государственных учреждениях, а в одной стране ДКП предоставляется силами сообществ. Стратегии противодействия ВИЧ при лидерстве сообществ должны быть расширены и обеспечены адекватной интеграцией в национальные ответные меры. Заключение социальных контрактов или другие стратегии могут обеспечить долгосрочную устойчивость мер противодействия ВИЧ с ведущим участием сообществ (1).

1. Шесть стран: Багамы, Барбадос, Доминиканская Республика, Гаити, Ямайка и Сент-Люсия.  
2. Пять стран: Багамы, Барбадос, Доминиканская Республика, Гаити и Сент-Люсия.

Необходимы активные усилия по созданию таких социально благоприятных условий таких, как гендерное равенство, отсутствие дискриминации, и социальная/финансовая защита для достижения улучшений в области тестирования, назначения и повышения эффективности лечения. Сохраняющиеся стигма и дискриминация людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, а также высокий уровень гендерного насилия препятствуют принятию эффективных мер противодействия СПИДу в регионе (2–5). Для устранения структурных факторов, ограничивающих доступ к услугам и повышающих уязвимость к ВИЧ крайне необходимы политическое лидерство, проведение правовой экспертизы и реформы, а также участие средств массовой информации, проведение кампании по защите прав человека и диалог с населением.

Такие стратегически важные данные об основных параметрах эпидемии и мерах противодействия, как оценки численности ключевых групп населения и эффективности предоставления услуг, часто отсутствуют. Необходимы техническая поддержка и инвестиции в повышение качества и эффективное использование данных для усиления воздействия, включая действенный мониторинг усилий по устранению неравенства и полную интеграцию мониторинга силами сообществ в национальные стратегические информационные системы.

# 6

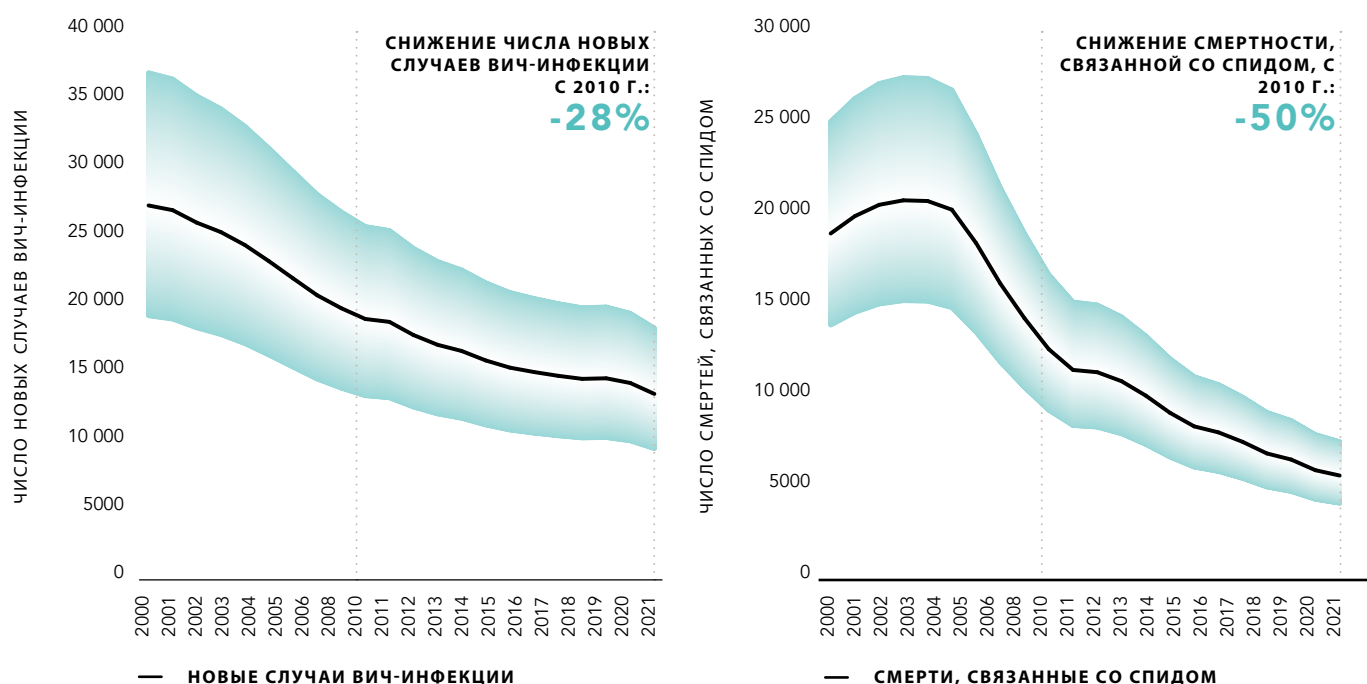
**СТРАН РЕГИОНА ВКЛЮЧИЛИ  
ПОЛОЖЕНИЯ О ЕЖЕДНЕВНОМ  
ПЕРОРАЛЬНОМ ПРИЁМЕ ДКП  
В СВОИ НАЦИОНАЛЬНЫЕ  
РУКОВОДСТВА**





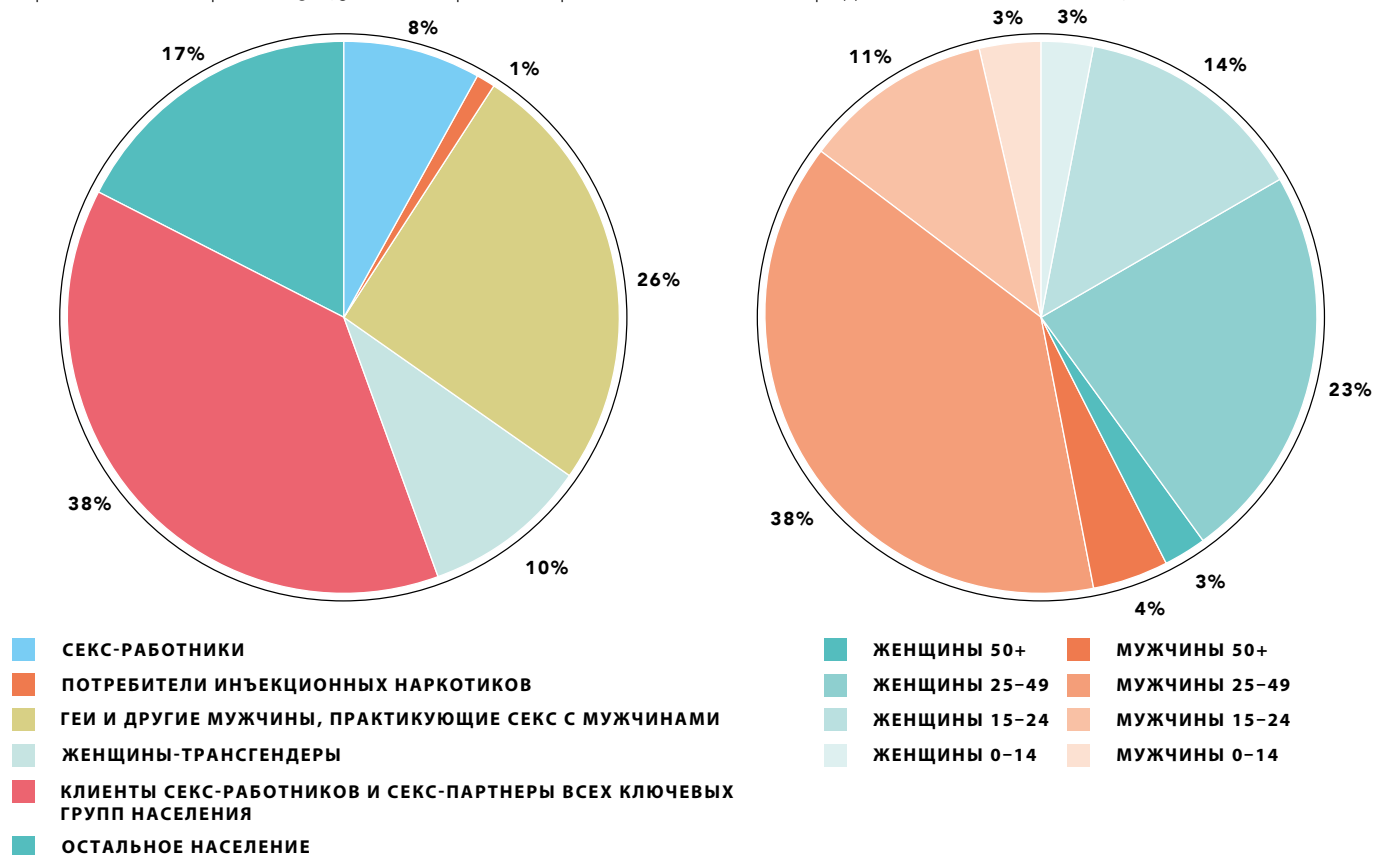
## СТАТУС ПАНДЕМИИ

**РИСУНОК 10.1** Число новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей, связанных со СПИДом, Карибский бассейн, 2000–2021 гг.



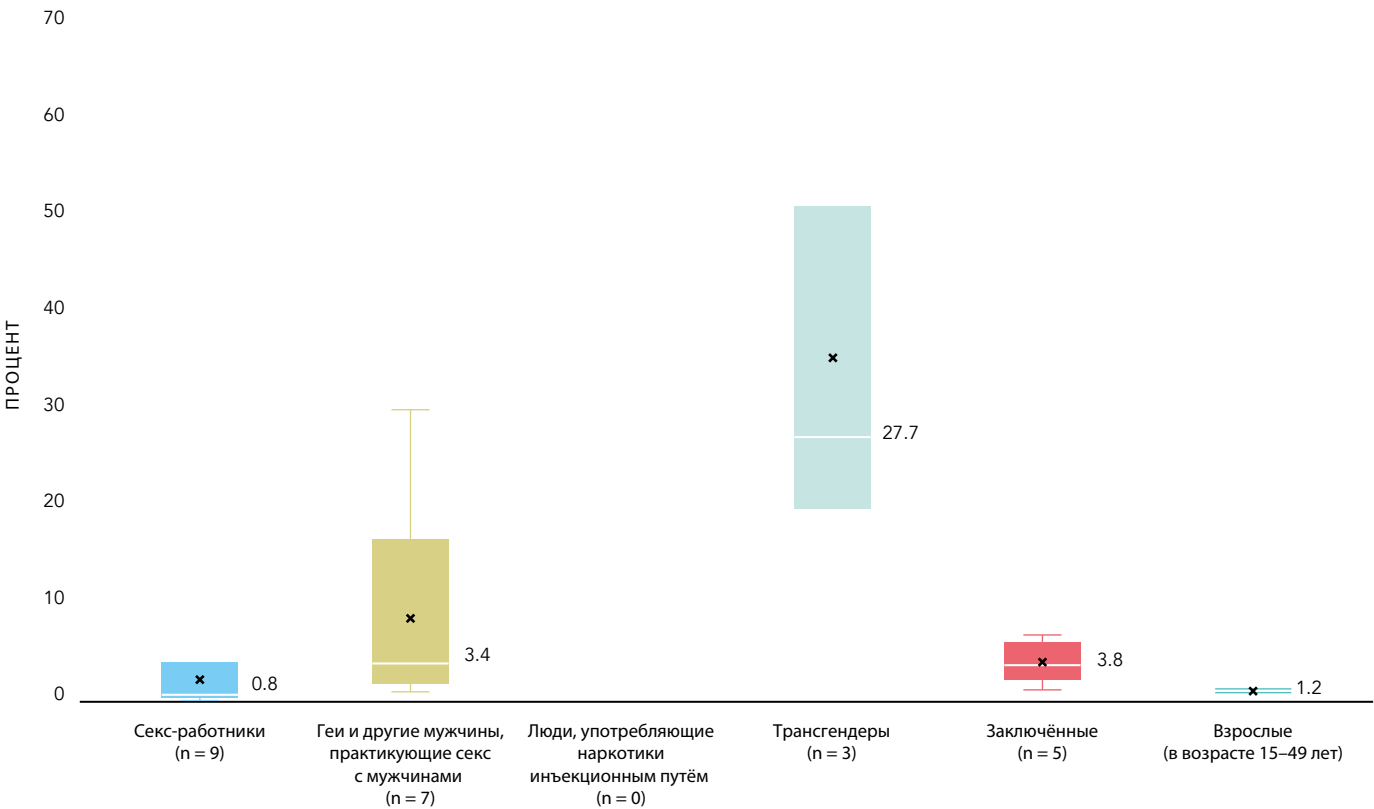
Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**РИСУНОК 10.2** Распределение новых случаев ВИЧ по группам населения и полу (в возрасте 15–49 лет), страны Карибского бассейна, 2021 г. 10.3 Распространённость ВИЧ среди ключевых групп населения по сравнению со взрослыми (в возрасте 15–49 лет) в странах Карибского бассейна, представивших отчёты, 2017–2021 гг.

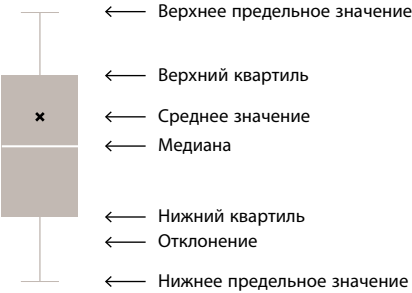


Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 (см. Приложение о методике).

**РИСУНОК 10.3** Распространённость ВИЧ среди ключевых групп населения по сравнению со взрослыми (в возрасте 15–49 лет) в странах Карибского бассейна, представивших отчёты, 2017–2021 гг.



Как читать?



Средний показатель распространённости ВИЧ в странах Карибского бассейна, представивших такие данные, составил:

- 0.8% среди секс-работников;
- 3.4% среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами;
- 27.7% среди трансгендеров;
- 3.8% среди заключённых.

Расчётное значение распространённости ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15–49 лет) составляет 1.2% [1.0–1.3%].

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г.; Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: (n = количество стран). Всего стран, представивших данные — 17.

Пределы погрешности распространённости среди взрослых определяют диапазон, в котором находится истинное значение (если оно измеримо). Узкие пределы указывают на высокую точность оценки, в то время как широкие пределы указывают на большую её неопределённость.

**ТАБЛИЦА 10.1** Заявленная оценочная численность ключевых групп населения, Карибский бассейн, 2018–2021 гг.

	Взрослое население страны (в возрасте 15–49 лет) в 2021 или соответствующем году	Секс-работники	Доля секс-работников во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами	Доля геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Люди, употребляющие наркотики инъекционным путём	Доля людей, употребляющих наркотики инъекционным путём во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Трансгендеры	Доля трансгендеров во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Заклѳченные	Доля заклѳченных во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)
Багамы	210 000									2300	1,11%
Доминиканская Республика	5 800 000									29 100	0,50%
Гаити	6 200 000									11 300	0,18%
Ямайка	1 600 000			42 400	2,62%			3800	0,24%		
Сент-Люсия	184 000			3000	1,65%					500	0,26%
Сент-Винсент и Гренадины	111 000										
Суринам	300 000										
<b>Средняя доля по региону в процентах от взрослого населения (в возрасте 15–49 лет)<sup>a</sup>:</b>			<b>1,57%</b>		<b>1,36%</b>		<b>-</b>		<b>0,18%</b>		<b>-</b>

	НАЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ		ЛОКАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ
	НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ		НЕТ ДАННЫХ

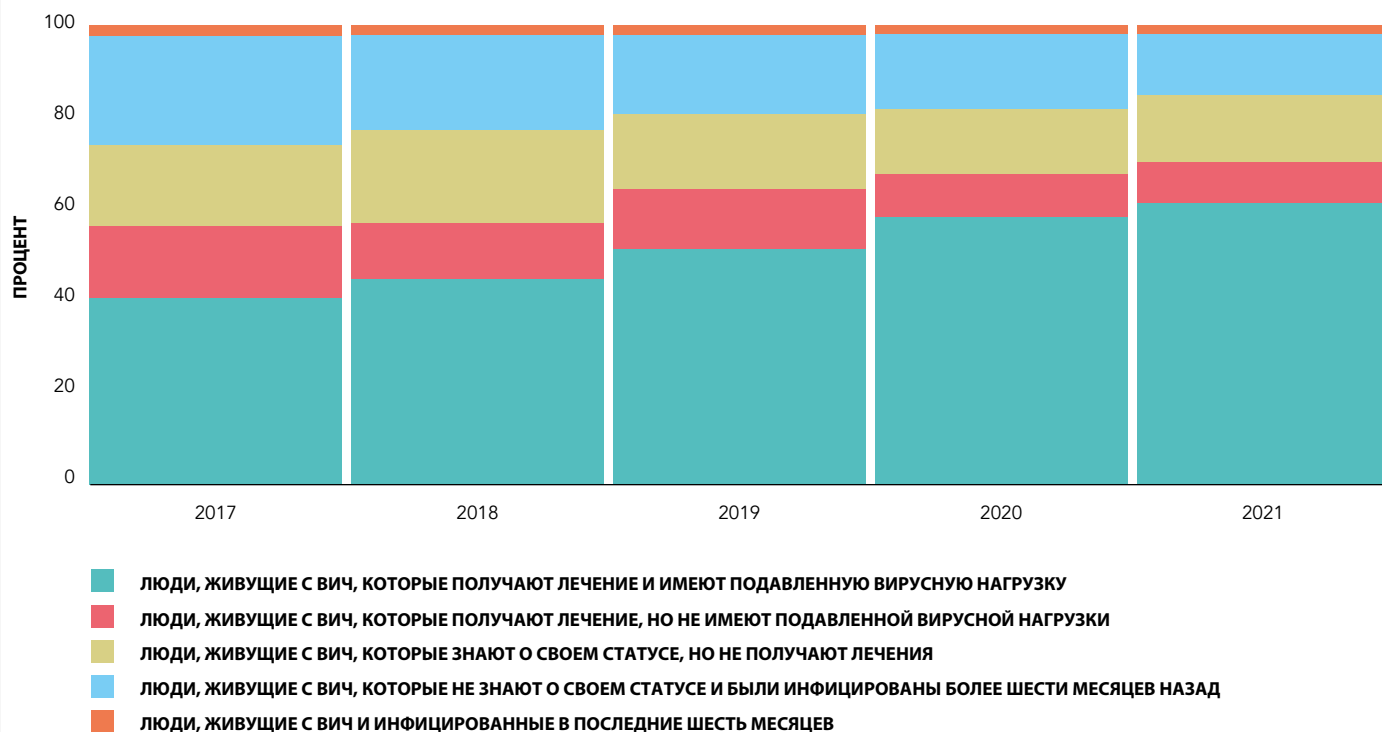
<sup>a</sup> Примечание: Краткое руководство по Spectrum, 2020 г. Женева: ЮНЭЙДС; 2020 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>); модуль Spectrum Demproj, 2022 г.; Перспективы мирового населения 2019 г. Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам, отдел народонаселения; 2019 г. (пользовательские данные, полученные через веб-сайт).

Примечание 1: приведены оценки, предоставленные правительством на 2018–2021 гг. Дополнительные и альтернативные оценки могут быть доступны из различных источников, включая Атлас ключевых групп населения (<https://kpatlas.unaids.org/>), академические публикации или институциональные документы

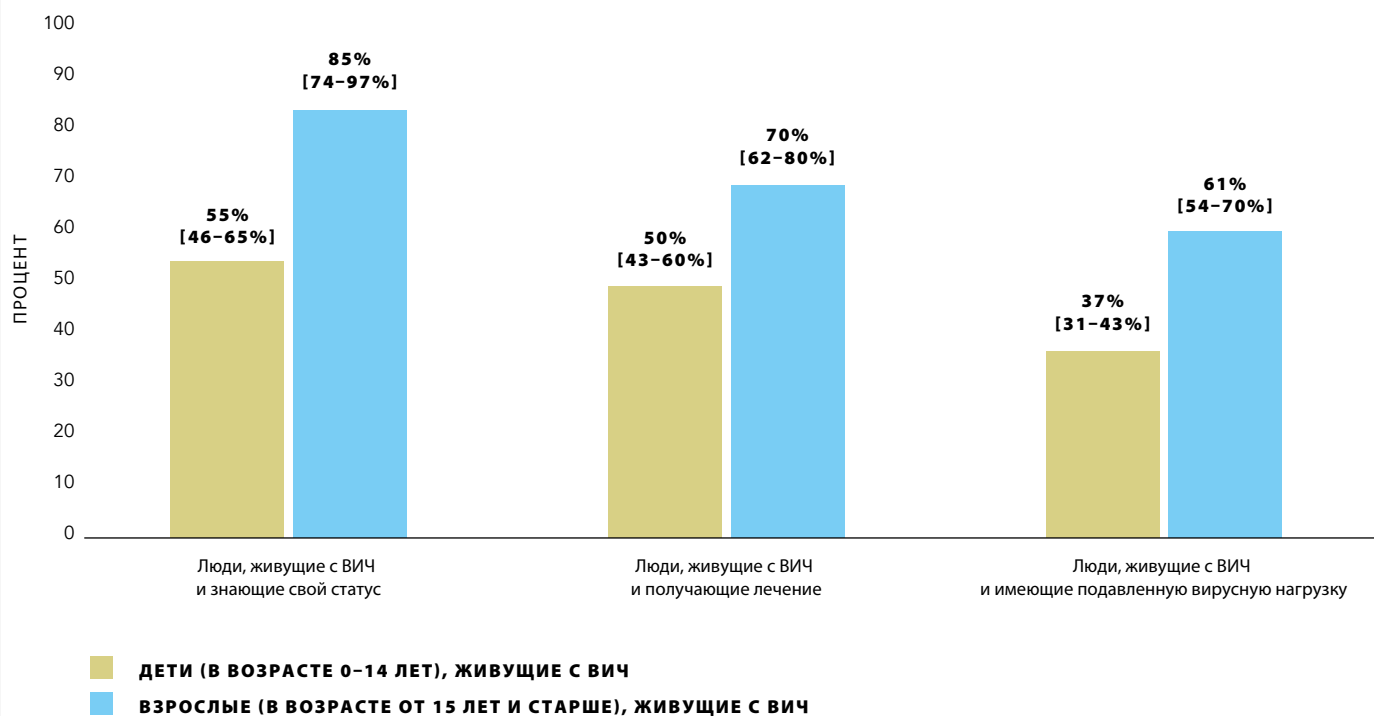
## УСЛУГИ В СВЯЗИ С ВИЧ

**РИСУНОК 10.4** Люди, живущие с ВИЧ; люди, инфицированные в последние шесть месяцев; каскад тестирования и лечения; взрослые (в возрасте от 15 лет и старше), Карибский бассейн, 2017–2021 гг.



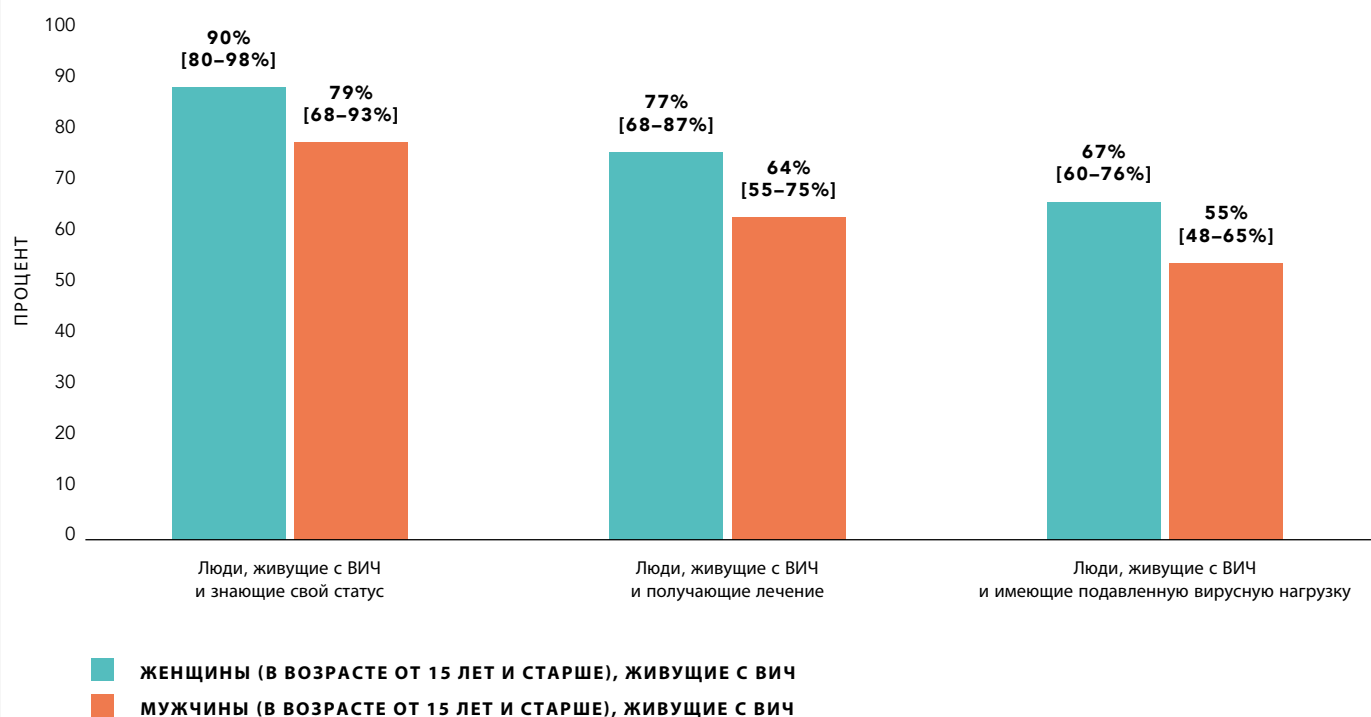
Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 10.5** Каскад тестирования и лечения; дети (в возрасте 0–14 лет) по сравнению со взрослыми (в возрасте от 15 лет и старше), Ближний Восток и Северная Африка, Карибский бассейн, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 10.6** Каскад тестирования и лечения; женщины (в возрасте от 15 лет и старше) по сравнению с мужчинами (в возрасте от 15 лет и старше), Карибский бассейн, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА

ТАБЛИЦА 10.2 Оценочная таблица законов и политики, Карибский бассейн, 2022 г.

	КАРАТЕЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ							
	Криминализация трансгендеров	Криминализация секс-бизнеса	Криминализация частных однополых сексуальных отношений	Криминализация владения небольшим количеством наркотиков	Законы, криминализирующие передачу ВИЧ, сокрытие ВИЧ-статуса или создание риска инфицирования ВИЧ	Законы или правила, ограничивающие въезд, пребывание и проживание людей, живущих с ВИЧ <sup>21</sup>	Согласие родителей на тестирование подростков на ВИЧ	Обязательное тестирование на ВИЧ для получения разрешения на брак, работу, проживание или для определенных групп
Антигуа и Барбуда	3	7	15	1	1		3	3
Багамы	2	2	2	2	2		2	2
Барбадос	2	8	8	2	3		3	1
Белиз	6	9	16	20	24		27	
Куба	3	10	16	5	3		3	3
Доминика	5	11	16		5		5	5
Доминиканская Республика	1	12	1	1	1		1	1
Гренада		13	16	21	25			
Гайана	3	14	17	3	1		27	3
Гаити	1	1	1	1	1		2	1
Ямайка	1	1	1	1	1		1	1
Сент-Китс и Невис	2	2	2	22	2		2	2
Сент-Люсия	1	1	1	1	1		1	1
Сент-Винсент и Гренадины		3	18	23	3			3
Суринам	5		16		5		4	4
Тринидад и Тобаго	1	2	19	2	1		2	2

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ТРАНСГЕНДЕРОВ

- Да
- Нет
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ СЕКС-БИЗНЕСА

- Любая криминализация или карательное регулирование секс-бизнеса
- Секс-бизнес не подлежит карательному регулированию или не преследуется по закону
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ЧАСТНЫХ ОДНОПОЛЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

- Смертная казнь
- Лишение свободы (от 14 лет до пожизненного заключения, до 14 лет) или без указания вида наказания
- Законы, предусматривающие наказание за однополые сексуальные отношения, были декриминализованы или никогда не существовали, либо нет специального законодательства
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ВЛАДЕНИЯ НЕБОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ НАРКОТИКОВ

- Да
- Нет
- Нет данных

ЗАКОНЫ, КРИМИНАЛИЗИРУЮЩИЕ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ, СОКРЫТИЕ ВИЧ-СТАТУСА ИЛИ СОЗДАНИЕ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

- Да
- Нет, но уголовное преследование осуществляется на основании общих уголовных законов
- Нет
- Нет данных

ЗАКОНЫ ИЛИ ПРАВИЛА, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ<sup>21</sup>

- Депортация, запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Ограничения отсутствуют

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ТЕСТИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ НА ВИЧ

- Да
- Нет
- Нет данных

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ НА БРАК, РАБОТУ, ПРОЖИВАНИЕ ИЛИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП

- Да
- Нет
- Нет данных



	ПРОТЕКЦИОНИСТСКИЕ ЗАКОНЫ				
	Законы, защищающие от дискриминации на основании ВИЧ-статуса	Конституционные или другие недискриминационные условия для секс-бизнеса	Конституционные или другие недискриминационные условия для сексуальной ориентации	Конституционные или другие недискриминационные условия для гендерной идентичности	Конституционные или другие недискриминационные условия для людей, употребляющих наркотики инъекционным путём
Антигуа и Барбуда	1				3
Багамы	2		2		2
Барбадос					2
Белиз					
Куба	3				3
Доминика					5
Доминиканская Республика	1	1	1	1	1
Гренада					
Гайана	3				3
Гаити	1	1	1	1	1
Ямайка	1	1	1	1	1
Сент-Китс и Невис	2	2	2	2	2
Сент-Люсия	1	1	1	1	1
Сент-Винсент и Гренадины					
Суринам					5
Тринидад и Тобаго	2	2	2	2	2

**ЗАКОНЫ, ЗАЩИЩАЮЩИЕ ОТ  
ДИСКРИМИНАЦИИ НА ОСНОВАНИИ  
ВИЧ-СТАТУСА**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ СЕКС-БИЗНЕСА**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ  
НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ  
ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ  
НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЁМ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

Примечания: Конституционные и другие недискриминационные условия относятся к тому, были ли интерпретированы конституционные запреты на дискриминацию для включения секс-бизнеса, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или людей, употребляющих наркотики, судами/правительственной политикой и/или тем, имеются ли другие законодательные недискриминационные условия, указывающие на секс-бизнес, сексуальную ориентацию, гендерную идентичность или людей, употребляющих наркотики..

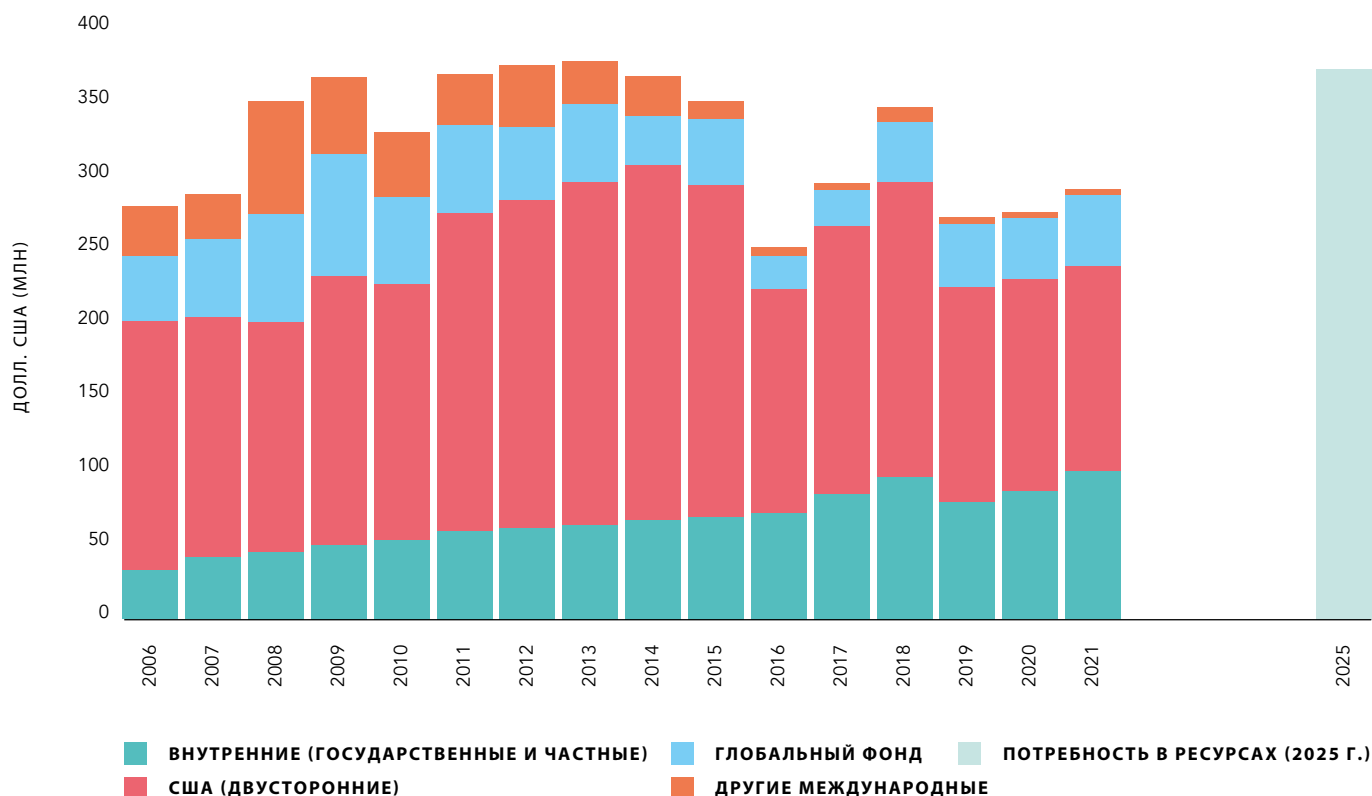
1. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2022 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2021 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2019 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2018 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2017 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
6. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. (Отчет Trans Legal Mapping 2019: признание перед законом.) Женева: ILGA World; 2020 г.
7. Антигуа и Барбуда. Закон о сексуальных преступлениях, 1995 г. (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/42538/79312/F1146620290/ATG42538.pdf>).
8. Барбадос. Закон о сексуальных преступлениях, 1992 г. Раздел 9 (<https://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/lgbti2.pdf>).
9. Белиз. Уголовный кодекс, Глава 101. Статья 49 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/68422/66703/F1776464508/BLZ68422.pdf>).
10. Куба. Уголовный кодекс, Статья 302 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/cu/cu004es.pdf>).
11. Доминика. Закон о сексуальных преступлениях (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/49696/87821/F1766139650/DMA49696.pdf>).
12. Доминиканская Республика. Уголовный кодекс, Статья 334 (<https://www.oas.org/dil/esp/C%C3%B3digo%20Penal%20de%20la%20Rep%C3%ABlica%20Dominicana.pdf>); Национальные обязательства и меры реализации политики, 2022 г.
13. Гренада. Уголовный кодекс, Глава 72A (76 от 1958 г.). Раздел 137 (30) ([https://laws.gov.gd/index.php?option=com\\_edocman&view=category&id=686&Itemid=183](https://laws.gov.gd/index.php?option=com_edocman&view=category&id=686&Itemid=183)).
14. Гайана. Статьи 165–168, Закон об упрощенном судопроизводстве (в отношении правонарушений) ([http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_guy\\_summ.pdf](http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_guy_summ.pdf)).
15. Высокий суд правосудия Антигуа и Барбуда. Orden David et al v The Attorney General Of Antigua and Barbuda (<https://www.eccourts.org/orden-david-et-al-v-the-attorney-general-of-antigua-and-barbuda/>).
16. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Женева: ILGA; 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_World\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_report\\_global\\_legislation\\_overview\\_update\\_December\\_2020.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf)).
17. Гайана. Уголовное законодательство (в отношении правонарушений), Глава 8:01. Статья 352 (<https://mola.gov.gy/sites/default/files/Cap%20801.pdf#page=184>).
18. Сент-Винсент и Гренадины. Уголовный кодекс, Раздел 146 ([http://www.oas.org/en/sla/dlc/mesicic/docs/mesicic5\\_svg\\_annex8.pdf](http://www.oas.org/en/sla/dlc/mesicic/docs/mesicic5_svg_annex8.pdf)).
19. Оценка Высокого суда Тринидада и Тобаго, 2018 г. Jason Jones vs Attorney General of Trinidad and Tobago (<https://dloc.com/AA00063330/00001>).
20. Белиз. Закон о злоупотреблении наркотиками, Глава 103. Редакция (2000 г.). Раздел 7 ([http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/legislations/PDF/BZ/misuse\\_of\\_drugs\\_act.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/BZ/misuse_of_drugs_act.pdf)).
21. Гренада. Закон о наркозависимости (профилактика и контроль) (7 от 1992 г.). Глава 84A, Разд. 6 ([https://laws.gov.gd/index.php?option=com\\_edocman&view=category&id=710&Itemid=184](https://laws.gov.gd/index.php?option=com_edocman&view=category&id=710&Itemid=184)).
22. Сент-Китс и Невис. Закон о наркотиках (профилактика и прекращение злоупотребления наркотиками и наркозависимости) (изменение). (<https://aglskn.info/wp-content/documents/Annual-Laws/2019/ACTs/Act-6-Drugs-Amendment-2019.pdf>).
23. Сент-Винсент и Гренадины. Закон о наркотиках (профилактика злоупотребления). Редакция, 1990 г. Глава 219. Разд. 7(1) ([http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/legislations/PDF/VC/drugs\\_act.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/VC/drugs_act.pdf)).
24. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; May 2019.
25. Сеть правосудия по ВИЧ (база данных). Амстердам: Фонд правосудия по ВИЧ; c2022 (<https://www.hivjustice.net>).
26. Въезд запрещён: связанные с вич ограничения на поездки. Женева: ЮНЭЙДС, ПРООН; 2019 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_ru.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_ru.pdf)).
27. База данных Инициативы по защите сексуальных прав (база данных). Инициатива по защите сексуальных прав; c2016 (<http://sexualrightsdatabase.org/map/21/Adult%20sex%20work>).

## ИНВЕСТИЦИИ В ЛИКВИДАЦИЮ СПИДА

Региональные меры противодействия ВИЧ по-прежнему сильно зависят от внешних источников; при этом внутренние ресурсы составляют лишь 31% регионального финансирования в связи с ВИЧ в 2021 году. Двустороннее финансирование правительства США является основным источником внешнего финансирования в регионе: в 2021 году на его долю приходилось 48% всех региональных ресурсов; доля Глобального фонда — 16%. В целом внутренние ресурсы для противодействия ВИЧ в регионе увеличились на 87% за период 2010–2021 годы, в то время как крупнейшие источники внешнего финансирования — Чрезвычайный план президента США по борьбе со СПИДом (ПЕПФАР) и Глобальный фонд — сократили выделение своих ресурсов на 20 и 19% соответственно. Поступления из других двусторонних источников финансирования сократились за тот же период на 91%.

Региону не хватает финансирования в размере 22% для достижения целевых показателей потребностей в ресурсах к 2025 году. Общий объём ресурсов на противодействие ВИЧ сократился за последнее десятилетие на 12%, в связи с чем региону необходимо разработать всеобъемлющий план мобилизации ресурсов. Зависимость от международных доноров особенно заметна в области услуг комплексной профилактики для ключевых групп населения. Правительства должны работать над увеличением внутреннего инвестирования в противодействие ВИЧ и здравоохранение, максимально эффективно использовать имеющиеся ресурсы и бороться за то, чтобы международные доноры отложили свой уход из региона на фоне экономического ущерба, вызванного пандемией COVID-19.

**РИСУНОК 10.7** Наличие ресурсов для борьбы с ВИЧ в странах Карибского бассейна, 2006–2021 гг. и предполагаемая потребность в ресурсах для борьбы с ВИЧ до 2025 г.



Источник: Финансовые расчеты и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Моделирование и эпидемиологическое воздействие сформулированных ЮНЭЙДС целей к 2025 году для ликвидации СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году. PLoS Med. 2021;18(10): e1003831.

Примечание: Размеры ресурсов рассчитаны в постоянных долларах США за 2019 год.

**СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

1. More Territories ready to Invest in Social Contracting. In: Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS [Internet]. 27 April 2022. PANCAP; c2022 (<https://pancap.org/pancap-releases/pancap-collaborating-with-regional-stakeholders-to-advocate-for-social-contracting-as-a-valuable-tool-for-the-hiv-response/>).
2. Global commitments, local action. Geneva: UNAIDS; 2021 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-commitments-local-action\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-commitments-local-action_en.pdf)).
3. Confronting inequalities: lessons from pandemic responses from 40 years of AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC3032\\_AIDS\\_Data\\_book\\_2021\\_En.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf)).
4. HIV and stigma and discrimination. Geneva: UNAIDS; 2021 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_en.pdf)).
5. GBV In The Caribbean. In: UN Women Caribbean [Internet]. New York: UN Women (<https://caribbean.unwomen.org/en/caribbean-gender-portal/caribbean-gbv-law-portal/gbv-in-the-caribbean>).

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

# БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА



Число новых случаев инфицирования ВИЧ на Ближнем Востоке и в Северной Африке увеличилось на 33% с 2010 по 2021 год, что делает этот регион одним из трёх в мире (наряду с Восточной Европой, Центральной Азией и Латинской Америкой), где распространение ВИЧ всё ещё растёт. Эпидемия ВИЧ в регионе обусловлена, главным образом, передачей инфекции среди ключевых групп населения, на долю которых, по оценкам, вместе с их половыми партнёрами приходится 85% новых случаев инфицирования.

Хотя смертность, связанная со СПИДом, снизилась с 2010 года на 22%, это значительно меньше, чем глобальное снижение на 52%, и с 2019 года прогресс ещё больше застыл. Промедления с тестированием на ВИЧ усугубляют неблагоприятные исходы ВИЧ-инфекции: по состоянию на 2021 год только 67% людей, живущих с ВИЧ, знали о своём ВИЧ-статусе. Неэффективное тестирование и неоптимальное лечение приводят к неполной диагностике, распространению вируса, лечению на поздней стадии ВИЧ-инфекции и росту смертности (1). Недавний обзор показал, что доля людей с недавно установленным диагнозом, выявленных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, выросла с 27% в 2017 году до 37% в 2019 году. (1). Более того, услуги по тестированию на ВИЧ не нацелены на ключевые группы населения, подвергающиеся наибольшему риску (1). Хотя Ближний Восток и Северная Африка являются регионом с самым низким бременем ВИЧ в мире (на конец 2021 года там проживало 180 000 (150 000–210 000) человек, живущих с ВИЧ), это также регион с самым низким охватом лечением ВИЧ-инфекции в мире (50% людей, живущих с ВИЧ в 2021 году), и самой малой долей людей, живущих с ВИЧ, с подавленной вирусной нагрузкой (44% в 2021 году). Охват женщин диагностикой и лечением меньше, чем у мужчин (в отличие от большинства других регионов), а охват лечением детей и профилактикой вертикальной передачи ВИЧ самый низкий в мире. Более того, Ближний Восток и Северная Африка являются единственным регионом, где с 2010 года не удалось снизить уровень детской ВИЧ-инфекции: в 2021 году только 40% детей, живущих с ВИЧ, получали доступ к лечению ВИЧ-инфекции, и многие из них получали неоптимальные схемы лечения (1).

1. В оценочный период 2022 года Исламская Республика Иран была исключена из региона Ближнего Востока и Северной Африки и вошла в состав Азиатско-Тихоокеанского региона (см. Приложение о методах).

# ПРИРОСТ

# 33%

**НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕГИОНЕ С 2010 ПО 2021 ГОДЫ**

Несмотря на то, что в целом прогресс в регионе идёт медленно, некоторые страны добиваются долгожданных успехов. В Ливане и Алжире, например, более 80% людей, живущих с ВИЧ, знают о своём ВИЧ-статусе, а в Алжире более 90% тех, кто знает о своём ВИЧ-положительном статусе, обращаются за лечением. Несколько стран движутся к ликвидации вертикальной передачи ВИЧ. При поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд) ответные меры под руководством сообществ также набирают темп, при этом был расширен доступ к услугам в связи с ВИЧ для ключевых групп населения, а также уязвимых категорий, затронутых чрезвычайными гуманитарными ситуациями.

Чтобы воспользоваться этой динамикой, требуются скоординированные усилия по преодолению важнейших проблем. Стратегическая информация о ВИЧ среди ключевых групп населения остаётся ограниченной или устаревшей (рис. 11.4), что мешает прийти к пониманию характера и масштабов эпидемии и сосредоточить внимания на наиболее нуждающихся сообществах. Вооружённые конфликты и стихийные бедствия, усугублённые затяжными последствиями COVID-19, также повысили уязвимость, связанную с ВИЧ.

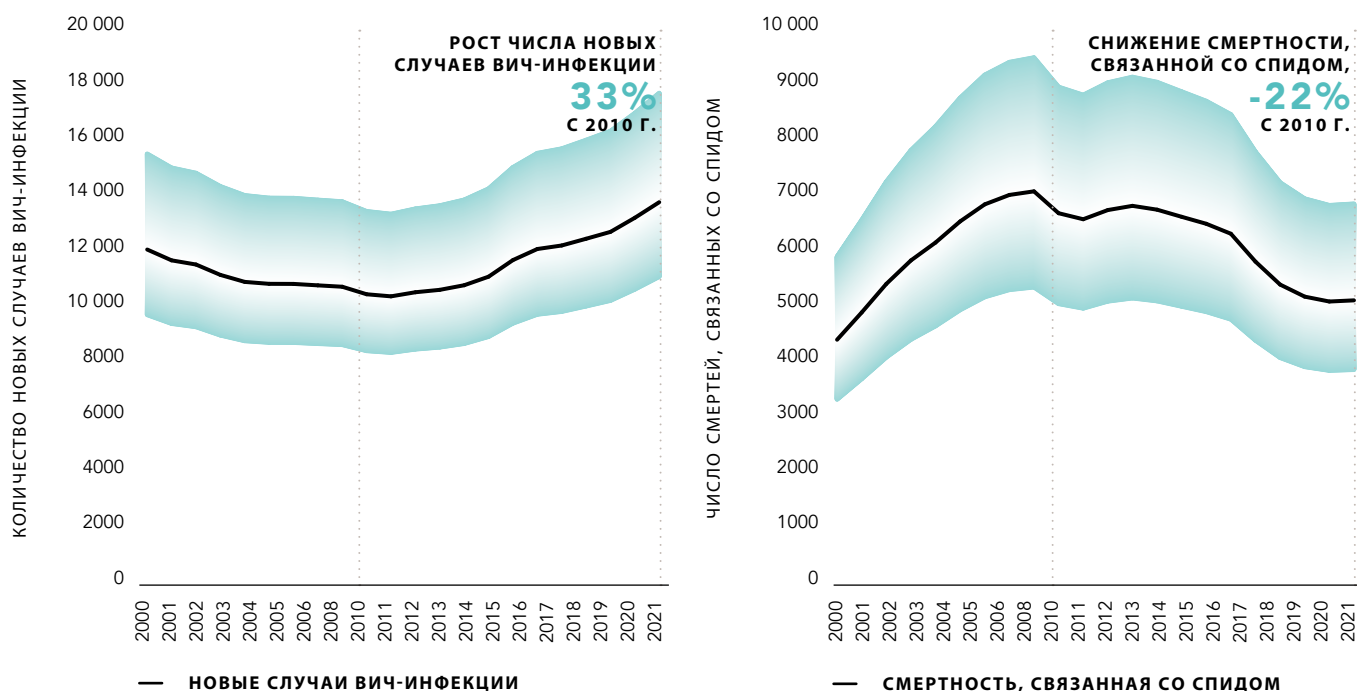
СПИД в регионе – «забытая» болезнь, обделённая политическим вниманием и инвестициями во многих странах. Чтобы поставить противодействие СПИДу в регионе на верный путь, необходимы следующие условия: (а) расширение прав и возможностей сообществ и организаций гражданского общества; (б) более твёрдая политическая приверженность, находящая отражение в увеличении внутреннего финансирования противодействия ВИЧ; (с) более эффективное включение ВИЧ в более широкую повестку дня в области развития; и d) согласованные действия по искоренению глубоко укоренившихся стигмы и дискриминации, включая отмену карательных законов, которые подпитывают неравенство, способствующее распространению эпидемии.





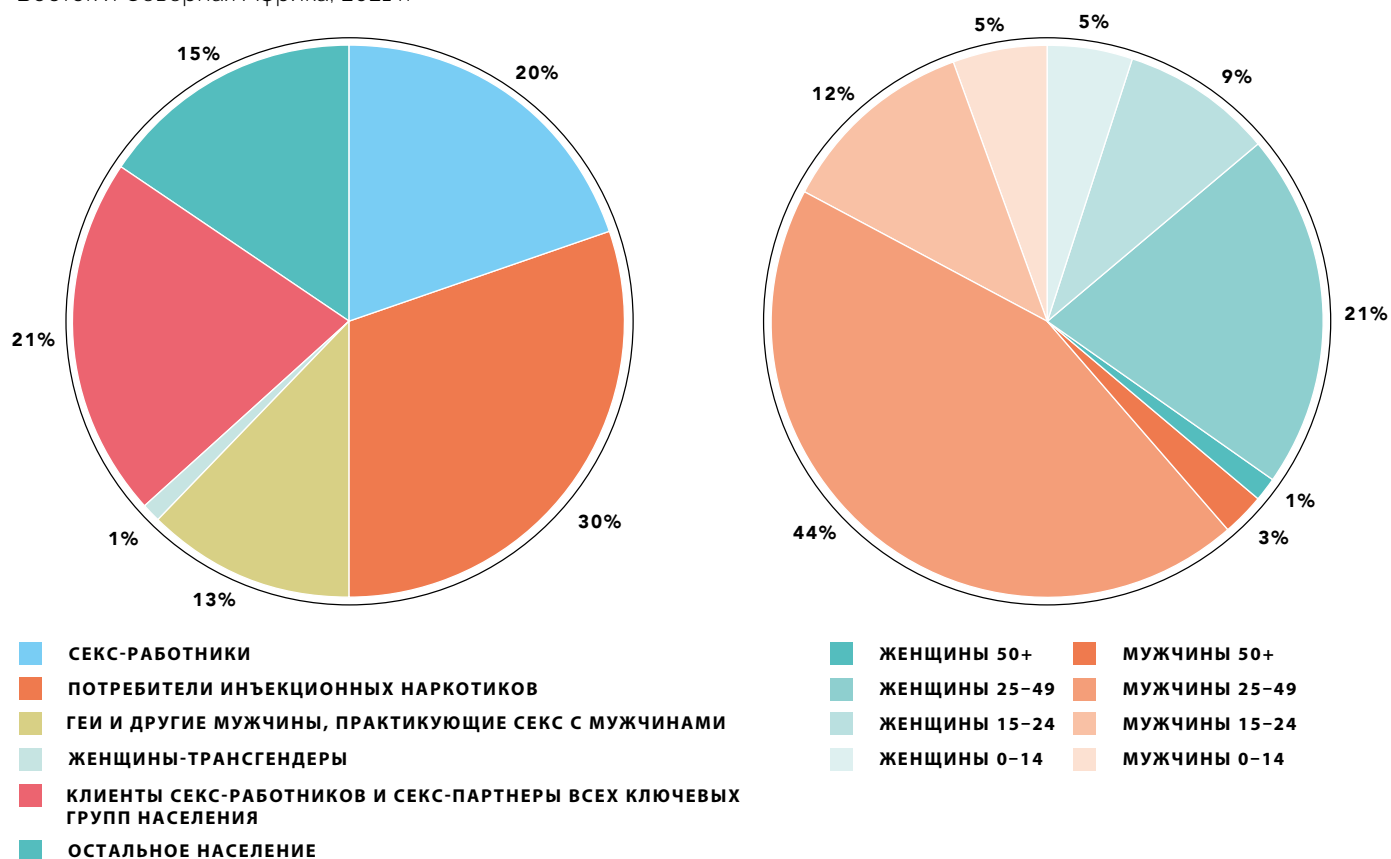
## СТАТУС ПАНДЕМИИ

**РИСУНОК 11.1** Количество новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей, связанных со СПИДом, Ближний Восток и Северная Африка, 2000–2021 гг.



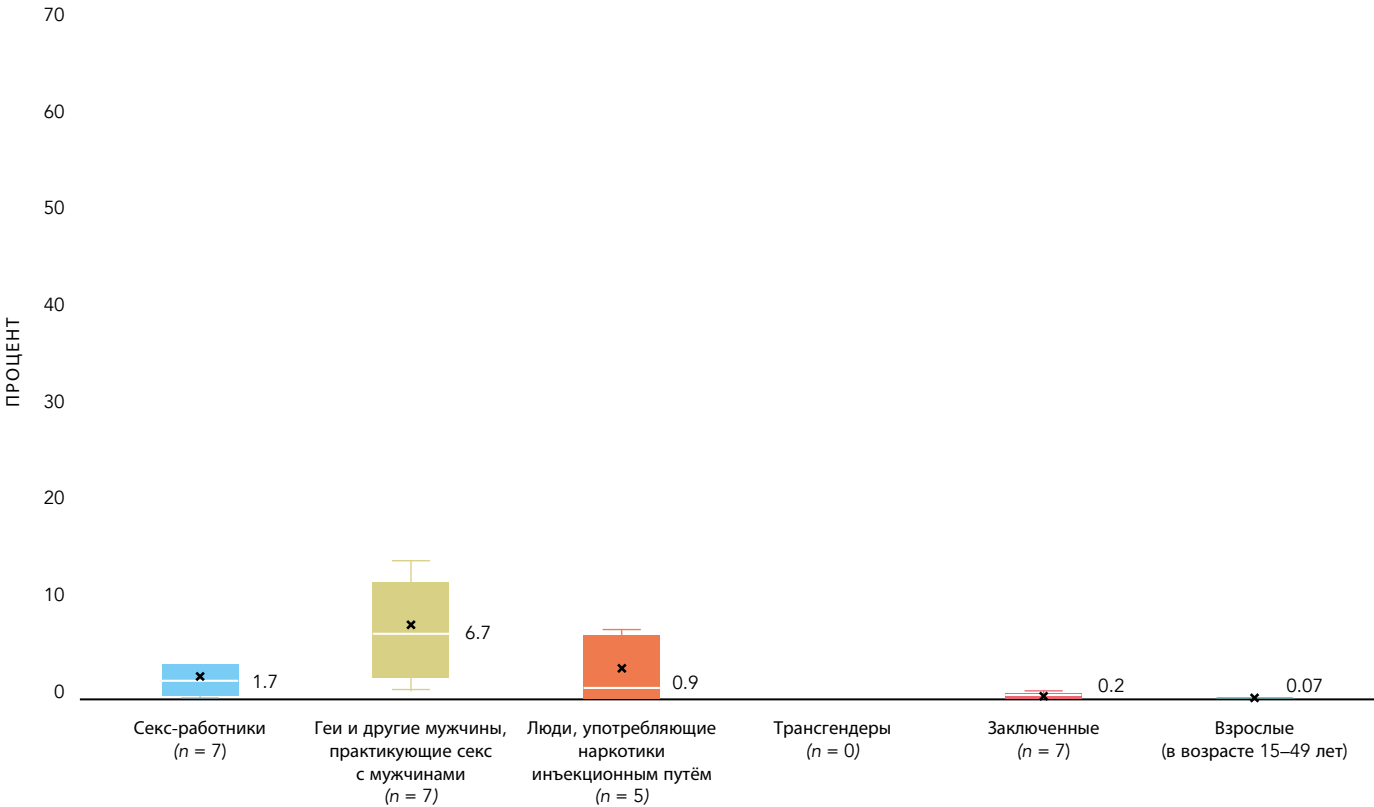
Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**РИСУНОК 11.2** Распределение новых случаев ВИЧ по группам населения и полу (в возрасте 15–49 лет), Ближний Восток и Северная Африка, 2021 г.

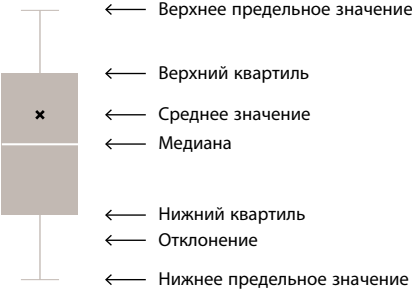


Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 (см. Приложение о методике).

**РИСУНОК 11.3** Распространённость ВИЧ среди ключевых групп населения, страны Ближнего Востока и Северной Африки, представившие отчёты, 2017–2021 гг.



**Как читать?**



Средний показатель распространённости ВИЧ в странах Ближнего Востока и Северной Африки, представивших эти данные, составил:

- 1.7% среди секс-работников;
- 6.7% среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами;
- 0.9% среди потребителей инъекционных наркотиков;
- 0.2% среди заключённых.

Расчетное значение распространённости ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15–49 лет) составляет 0.07% [0.06–0.08%].

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г.; Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: (n = количество стран). Всего стран, представивших данные — 20.

Пределы погрешности распространённости среди взрослых определяют диапазон, в котором находится истинное значение (если оно измеримо). Узкие пределы указывают на высокую точность оценки, в то время как широкие пределы указывают на большую её неопределённость.

**ТАБЛИЦА 11.1** Заявленная оценочная численность ключевых групп населения в странах Ближнего Востока и Северной Африки, 2018–2021 гг.

	Взрослое население страны (в возрасте 15–49 лет) в 2021 или соответствующем году	Секс-работники	Доля секс-работников во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами	Доля геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Люди, употребляющие наркотики инъекционным путём	Доля людей, употребляющих наркотики инъекционным путём во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Трансгендеры	Доля трансгендеров во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Заклѳчѳнные	Доля заклѳчѳнных во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)
Кувейт	710 000									5200	0,74%
Ливан	3 200 000			16 500	0,50%						
Марокко	19 100 000									88 900	0,47%
Оман	1 400 000									3500	
Тунис	6 100 000									22 000	0,36%
<b>Средняя доля по региону в процентах от взрослого населения (в возрасте 15–49 лет)<sup>a</sup>:</b>			<b>0,40%</b>		<b>0,51%</b>		<b>0,20%</b>		<b>-</b>		<b>-</b>

■ НАЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ■ ЛОКАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ  
 ■ НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ ■ НЕТ ДАННЫХ

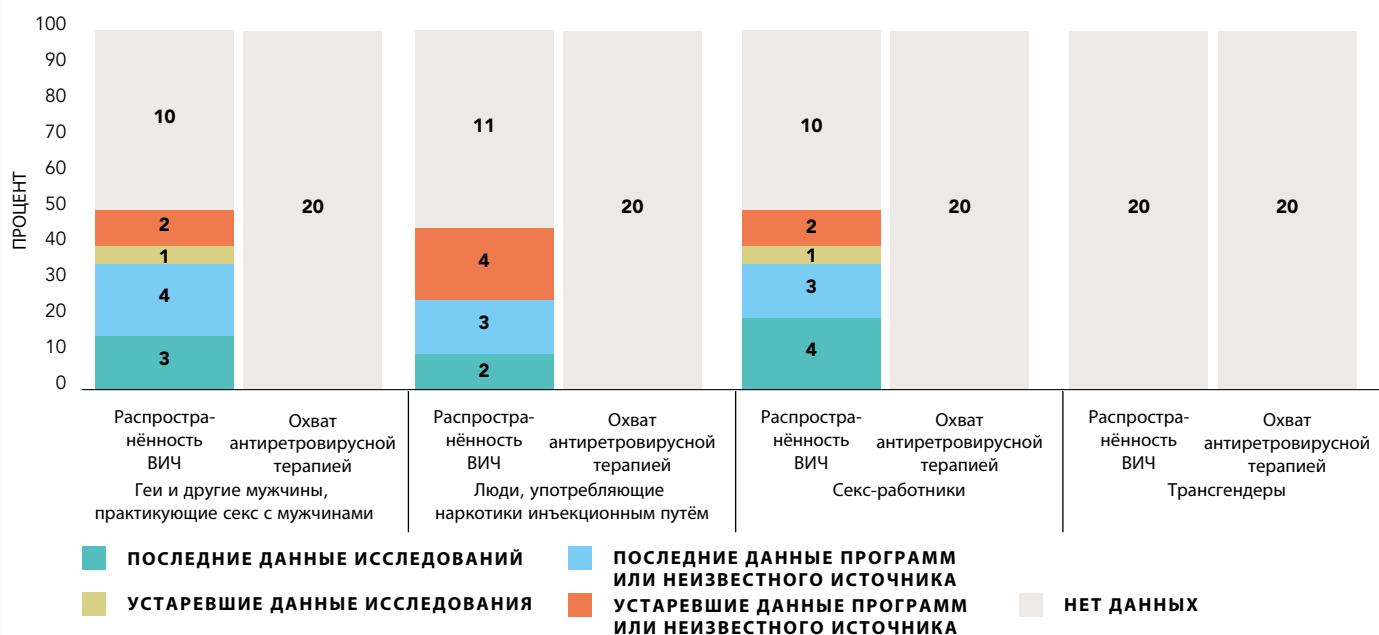
<sup>a</sup> Краткое руководство по Spectrum, 2020 г. Женева: ЮНЭЙДС; 2020 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>); модуль Spectrum Demproj, 2022 г.; Перспективы мирового населения 2019 г. Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам, отдел народонаселения; 2019 г. (пользовательские данные, полученные через веб-сайт).

Примечание 1: приведены оценки, предоставленные правительством на 2018–2021 годы. Дополнительные и альтернативные оценки могут быть доступны из различных источников, включая Атлас ключевых групп населения (<https://kpatlas.unaids.org/>), академические публикации или институциональные документы

Примечание 2: регионы с локальной оценкой численности населения:

■ Оман: Центральная тюрьма.

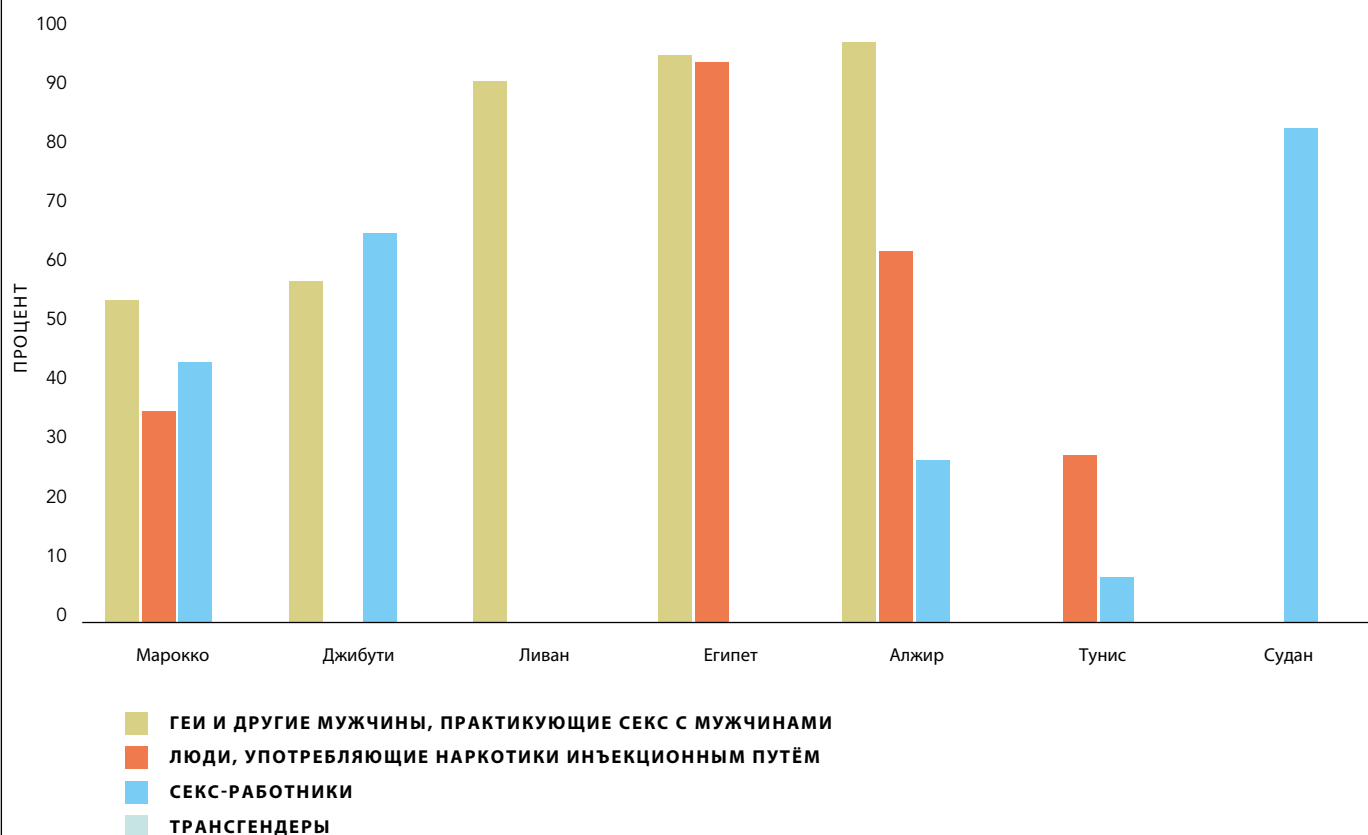
**РИСУНОК 11.4** Наличие данных по ключевым группам населения, Ближний Восток и Северная Африка, 2011–2021 гг.

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: числа в каждой строке соответствуют числу стран по каждой категории, из общего числа 20 стран региона, представивших отчеты. Год, указанный в таблице – это год получения последних данных. Сбор данных о распространѳнности ВИЧ среди трансгендеров осуществлялся только с 2015 г. Сбор данных об охвате антиретровирусной терапией среди ключевых групп населения осуществлялся только с 2016 г. В этом контексте последние данные – это данные за последние пять лет (2017–2021 гг.).

## УСЛУГИ В СВЯЗИ С ВИЧ

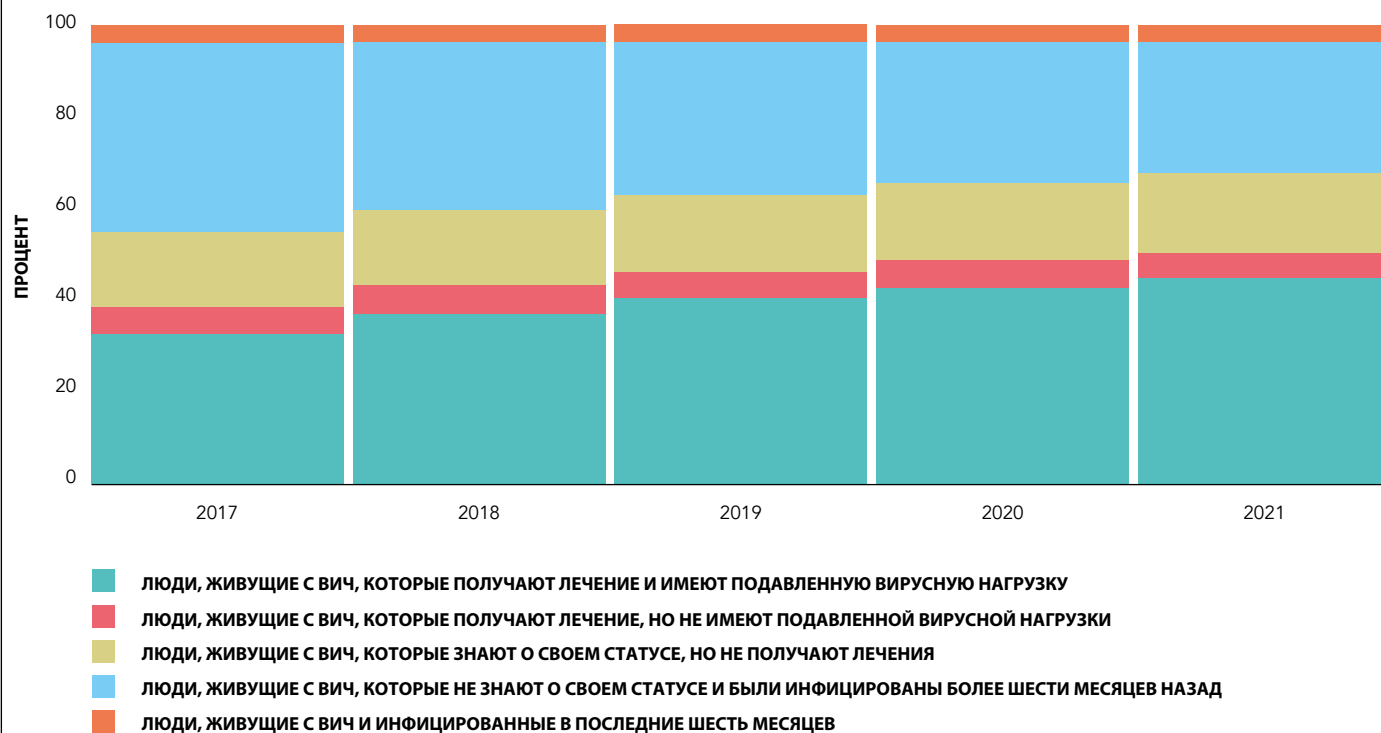
**РИСУНОК 11.5** Осведомленность о ВИЧ-статусе среди ключевых групп населения, Ближний Восток и Северная Африка, 2017–2021 гг.



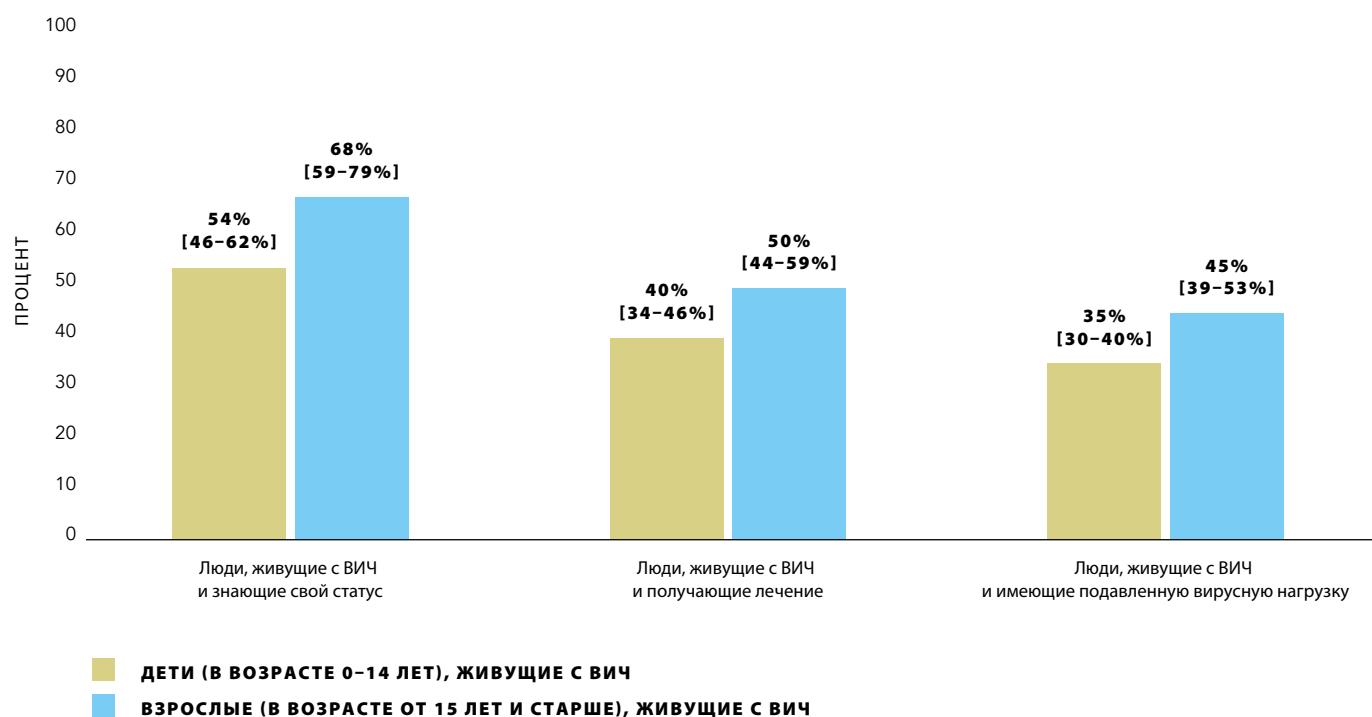
Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: данные включают членов ключевых групп населения, сдавших тест на ВИЧ за последние 12 месяцев и знающих об отрицательных результатах, а также когда-либо сдававших тест представителей ключевых групп населения, знающих, что живут с ВИЧ.

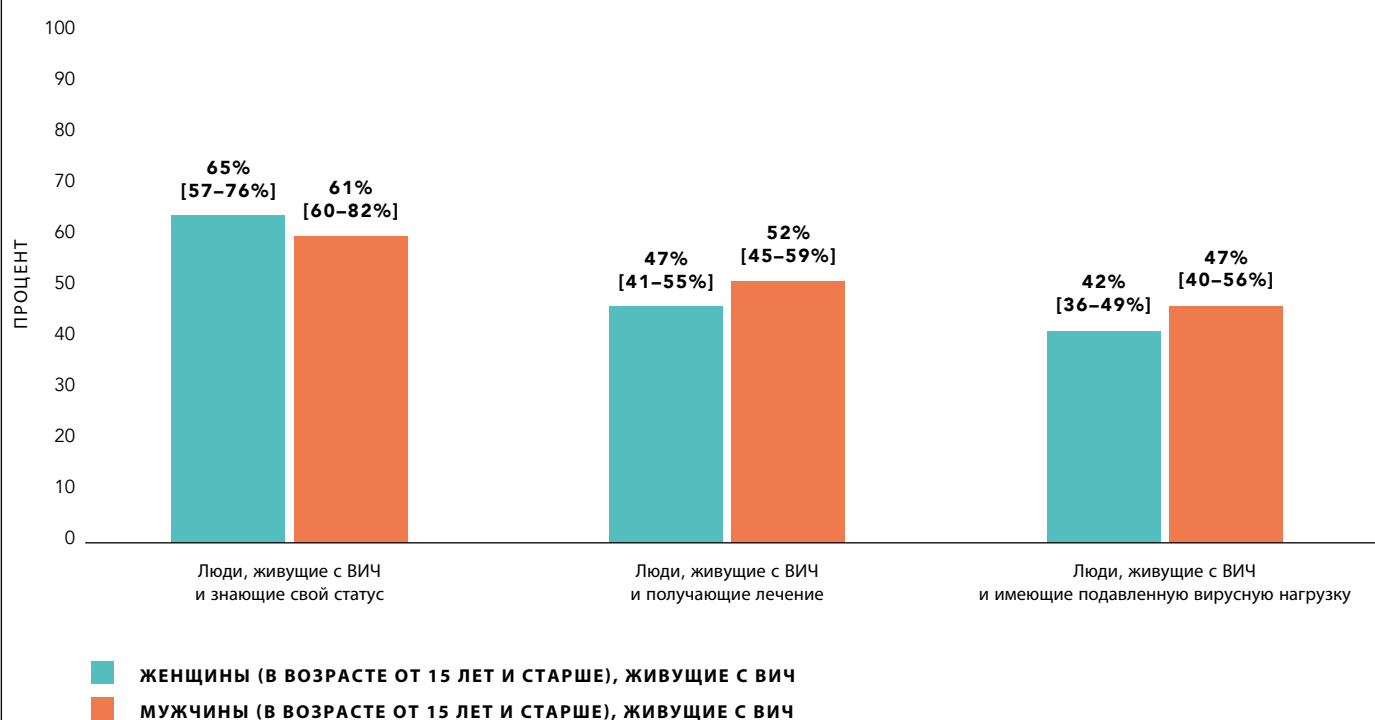
**РИСУНОК 11.6** Люди, живущие с ВИЧ; каскад тестирования и лечения; взрослые (в возрасте от 15 лет и старше); Ближний Восток и Северная Африка, 2017–2021 гг.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 11.7** Каскад тестирования и лечения, дети (в возрасте 0–14 лет) по сравнению со взрослыми (в возрасте от 15 лет и старше), Ближний Восток и Северная Африка, 2021 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 11.8** Каскад тестирования и лечения, женщины (в возрасте от 15 лет и старше) по сравнению с мужчинами (в возрасте от 15 лет и старше), Ближний Восток и Северная Африка, 2021 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА

ТАБЛИЦА 11.2 Оценочная таблица законов и политики, Ближний Восток и Северная Африка, 2022 г.

	КАРАТЕЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ							
	Криминализация трансгендеров	Криминализация секс-бизнеса	Криминализация частных однополых сексуальных отношений	Криминализация владения небольшим количеством наркотиков	Законы, криминализирующие передачу ВИЧ, сокрытие ВИЧ-статуса или создание риска инфицирования ВИЧ	Законы или правила, ограничивающие въезд, пребывание и проживание людей, живущих с ВИЧ <sup>21</sup>	Согласие родителей на тестирование подростков на ВИЧ	Обязательное тестирование на ВИЧ для получения разрешения на брак, работу, проживание или для определенных групп
Алжир	5	10	15		5		4	4
Бахрейн		11	15	19	21			
Джибути		6	15	6	21		26	
Египет	1	1	15	1	1		1	1
Ирак		12	15	20	23			
Иордания		13	15				2	4
Кувейт	5	13	15	5	5		4	4
Ливан		7	15	17				
Ливия	1	1	1	2	1		2	1
Марокко	1	1	1	2	1		1	1
Оман	1	1	1	1	1		1	1
Катар		3	15	3	22			3
Саудовская Аравия	3	3	15	3	5		3	3
Сомали		9	15		21		2	
Судан	1	1	1	1	1		25	1
Сирия	5	5	15		5		5	5
Тунис	3	3	16	3	3		3	3
Объединённые Арабские Эмираты	5	8	15	18	5			5
Йемен		14	15		23			

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ТРАНСГЕНДЕРОВ

- Да
- Нет
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ СЕКС-БИЗНЕСА

- Любая криминализация или карательное регулирование секс-бизнеса
- Секс-бизнес не подлежит карательному регулированию или не преследуется по закону
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ЧАСТНЫХ ОДНОПОЛЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

- Смертная казнь
- Лишение свободы (от 14 лет до пожизненного заключения, до 14 лет) или без указания вида наказания
- Законы, предусматривающие наказание за однополые сексуальные отношения, были декриминализованы или никогда не существовали, либо нет специального законодательства
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ВЛАДЕНИЯ НЕБОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ НАРКОТИКОВ

- Да
- Нет
- Нет данных

ЗАКОНЫ, КРИМИНАЛИЗИРУЮЩИЕ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ, СОКРЫТИЕ ВИЧ-СТАТУСА ИЛИ СОЗДАНИЕ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

- Да
- Нет, но уголовное преследование осуществляется на основании общих уголовных законов
- Нет
- Нет данных

ЗАКОНЫ ИЛИ ПРАВИЛА, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ<sup>21</sup>

- Депортация, запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Ограничения отсутствуют

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ТЕСТИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ НА ВИЧ

- Да
- Нет
- Нет данных

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ НА БРАК, РАБОТУ, ПРОЖИВАНИЕ ИЛИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП

- Да
- Нет
- Нет данных



	ПРОТЕКЦИОНИСТСКИЕ ЗАКОНЫ				
	Законы, защищающие от дискриминации на основании ВИЧ-статуса	Конституционные или другие недискриминационные условия для секс-бизнеса	Конституционные или другие недискриминационные условия для сексуальной ориентации	Конституционные или другие недискриминационные условия для гендерной идентичности	Конституционные или другие недискриминационные условия для людей, употребляющих наркотики инъекционным путём
Алжир					5
Бахрейн					
Джибути					
Египет	1	1	1	1	1
Ирак					
Иордания					
Кувейт					5
Ливан					
Ливия	1	1	2	2	2
Марокко	1	1	1	2	1
Оман	1	1	1	1	1
Катар					
Саудовская Аравия	3				3
Сомали					
Судан	1	1	1	1	1
Сирия					5
Тунис	3				3
Объединённые Арабские Эмираты					
Йемен					

**ЗАКОНЫ, ЗАЩИЩАЮЩИЕ ОТ ДИСКРИМИНАЦИИ НА ОСНОВАНИИ ВИЧ-СТАТУСА**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СЕКС-БИЗНЕСА**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

**КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЁМ**

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

Примечания: Конституционные и другие недискриминационные условия относятся к тому, были ли интерпретированы конституционные запреты на дискриминацию для включения секс-бизнеса, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или людей, употребляющих наркотики, судами/правительственной политикой и/или тем, имеются ли другие законодательные недискриминационные условия, указывающие на секс-бизнес, сексуальную ориентацию, гендерную идентичность или людей, употребляющих наркотики..

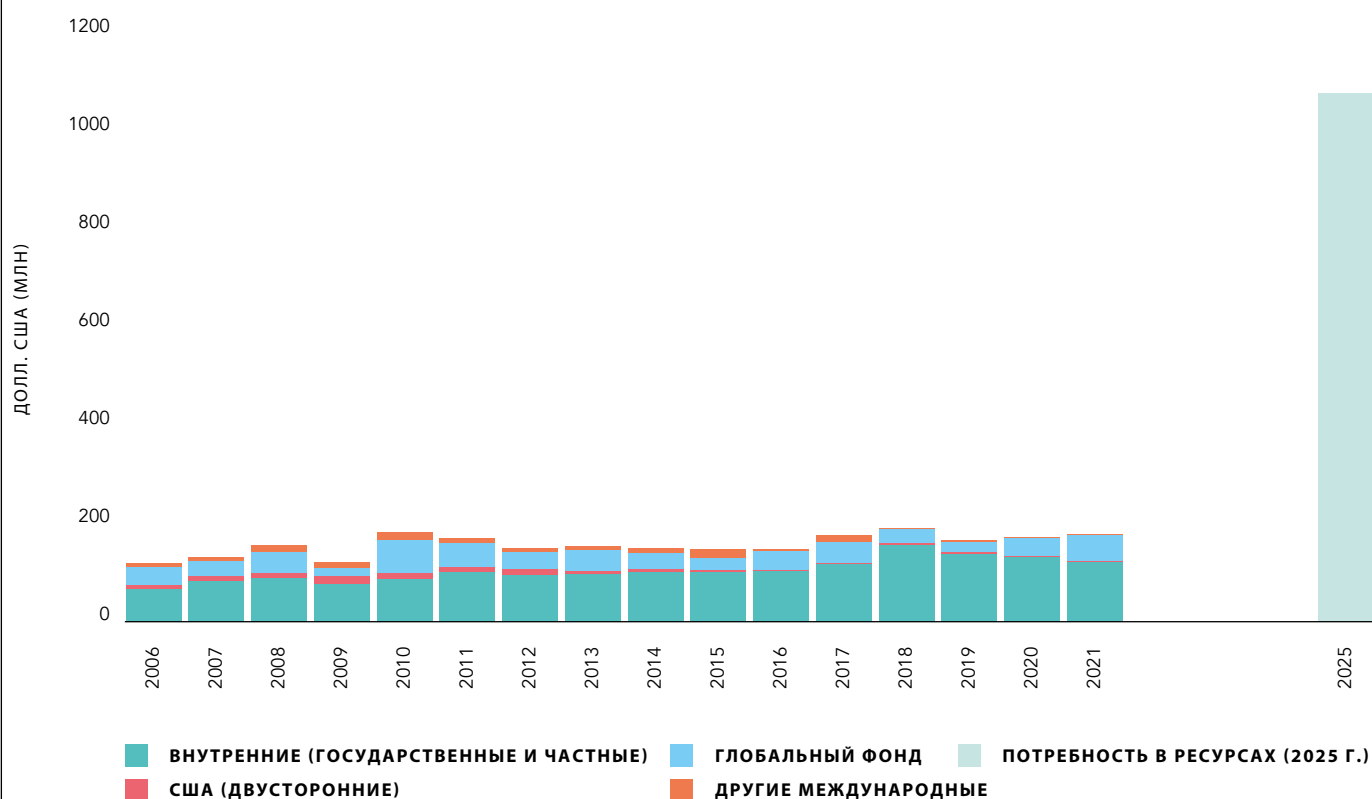
1. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2022 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2021 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2019 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2018 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2017 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
6. Джибути. Уголовный кодекс Джибути, 1995 г. (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/111743/139414/F1148501931/DJI-111743.pdf>).
7. Ливан. Уголовный кодекс, Статья 523 ([https://sherloc.unodc.org/cld/legislaion/lbn/lebanon\\_penal\\_code/\\_/article\\_523-524/article\\_523-524.html?lng=en](https://sherloc.unodc.org/cld/legislaion/lbn/lebanon_penal_code/_/article_523-524/article_523-524.html?lng=en)).
8. Объединённые Арабские Эмираты. Уголовный кодекс, Статья 360, 363, 365, 366, 368 (<https://cdn.expatswoman.com/s3fs-public/UAE%20Penal%20Code.pdf>).
9. Сомали. Уголовный кодекс, Статья 405 и 407 (<https://www.refworld.org/docid/4bc5906e2.html>).
10. Алжир. Уголовный кодекс, Статья 343 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/dz/dz020fr.pdf>).
11. Бахрейн. Уголовный кодекс Бахрейна, 1976 г. Статья 326 ([https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/bhr/1976/penal-code\\_html/Bahrain\\_Penal\\_Code\\_Decree\\_No\\_15\\_of\\_1976\\_EN\\_translation\\_-\\_non\\_official.pdf](https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/bhr/1976/penal-code_html/Bahrain_Penal_Code_Decree_No_15_of_1976_EN_translation_-_non_official.pdf)).
12. Ирак: правосудие и законодательство по половой принадлежности. Нью-Йорк: Программа ООН по развитию; 2018 г. ([https://arabstates.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Iraq%20Country%20Assessment%20-%20English\\_0.pdf](https://arabstates.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Iraq%20Country%20Assessment%20-%20English_0.pdf)).
13. Обзор законов о борьбе с торговлей людьми и проституцией на Ближнем Востоке и в Африке. Лондон: фонд Thomson Reuters Foundation; 2012 г. (<https://www.trust.org/contentAsset/raw-data/1035fde5-b945-49ed-8cd4-166bc1ec156b/file>).
14. Йемен. Республиканский декрет по закону N. 12 для 1994 г. касательно преступлений и наказаний (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/83557/92354/F1549605860/YEM83557.pdf>).
15. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Женева: ILGA; 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_World\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_report\\_global\\_legislation\\_overview\\_update\\_December\\_2020.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf)).
16. Тунис. Уголовный кодекс, Статья 230 (<https://learningpartnership.org/sites/default/files/resources/pdfs/Tunisia-Penal-Code-2010-French.pdf>).
17. Ливан. Ливанский закон о нарушениях, связанных с наркотиками (<https://www.aub.edu.lb/faid/Documents/LEBANESE%20SANCTIONS%20ON%20DRUG%20LAW%20VIOLATION.pdf>).
18. Правительство Объединённых Арабских Эмиратов. Федеральный закон 14, 1995 г. (<https://government.ae/en/information-and-services/healthand-fitness/drugs-and-controlled-medicines>).
19. Королевство Бахрейн. Закон N. 15 от 2007 г. в отношении наркотических средств и психотропных веществ. Статья 2.
20. Республика Ирак. Закон N. 11 от 1988 г. о наркотических средствах и психотропных веществах.
21. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; May 2019.
22. Bernard EJ, Cameron S. Advancing HIV justice 2: building momentum in global advocacy against HIV criminalisation. Brighton and Amsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2016.
23. Сеть правосудия по ВИЧ (база данных). Амстердам: Фонд правосудия по ВИЧ; c2022 (<https://www.hivjustice.net>).
24. Въезд запрещён: связанные с ВИЧ ограничения на поездки. Женева: ЮНЭЙДС, ПРООН; 2019 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_ru.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_ru.pdf)).
25. Национальные сводные правила относительно услуг по тестированию на ВИЧ. Правительство Судана: Федеральное министерство здравоохранения; 2016 г.
26. Республика Джибути. Указ N. 2008-0182/PR/MS об установлении стандартов и руководящих принципов добровольного консультирования при тестировании на ВИЧ/СПИД в Республике Джибути. Статья 19 ([http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_126992.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126992.pdf)).

## ИНВЕСТИЦИИ В ЛИКВИДАЦИЮ СПИДА

По сравнению с другими регионами и с учетом целей Глобальной стратегии по СПИДу на 2025 год регион Ближнего Востока и Северной Африки отстаёт по показателям финансирования противодействия ВИЧ. За последнее десятилетие общий объём финансирования мер противодействия ВИЧ в регионе вырос всего на 4% (рис. 11.9). Внутреннее финансирование составило 68% всех ресурсов, доступных для противодействия ВИЧ в регионе в 2021 году, что на 21% больше, чем за последнее десятилетие. Однако совокупный объём международных ресурсов за этот период сократился на 20%.

В 2021 году 30% всех средств на противодействие ВИЧ в регионе поступило от Глобального фонда. За последнее десятилетие объём выплат Глобального фонда в регионе увеличился на 10%, но ресурсы всех других международных источников финансирования за тот же период сократились на 83%. Для преодоления дефицита финансирования и достижения целевых показателей к 2025 году потребуется, чтобы все партнёры по финансированию, включая национальные правительства, других доноров, банки развития, благотворительные фонды и финансовые учреждения развития, объединились и работали над мобилизацией необходимых ресурсов. Развитие эпидемии ВИЧ в регионе идёт в неправильном направлении, что обуславливает острую потребность в увеличении финансирования таких мер как тестирование, лечение и, что особенно важно, профилактики.

**РИСУНОК 11.9** Наличие ресурсов для борьбы с ВИЧ на Ближнем Востоке и в Северной Африке, 2006-2021 гг. и предполагаемая потребность в ресурсах для борьбы с ВИЧ до 2025 г.



Источник: Финансовые расчеты и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Моделирование и эпидемиологическое воздействие сформулированных ЮНЭЙДС целей к 2025 году для ликвидации СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году. PLoS Med. 2021;18(10): e1003831.

Примечание: Размеры ресурсов рассчитаны в постоянных долларах США за 2019 год.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Mugisa B, Sabry A, Hutin Y, Hermez J. HIV epidemiology in the WHO Eastern Mediterranean region: a multicountry programme review. The Lancet HIV. 2022;9(2):E112-E119.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

# ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ



В Восточной Европе и Центральной Азии наблюдается самый быстрый рост эпидемии ВИЧ в мире. В 2021 году 160 000 (130 000–180 000) человек были впервые инфицированы ВИЧ, что на 48% больше, чем в 2010 году. Число смертей, связанных со СПИДом, в регионе в 2021 году — 44 000 (36 000–53 000) — на 32 % превышает число смертей в 2010 году.

Региональный охват услугами по профилактике и лечению ВИЧ остаётся недостаточным. По состоянию на 2021 год 63% людей, живущих с ВИЧ, знали о своём статусе, 81% людей, знавших о своём ВИЧ-положительном статусе, получали лечение (51% всех людей, живущих с ВИЧ), а у 94% людей, получавших лечение, была подавлена вирусная нагрузка (48% всех инфицированных). Небезопасная практика инъекций остаётся важным фактором эпидемии в регионе. Терапия опиоидными агонистами доступна в Армении, Казахстане, Кыргызстане и Молдове, но она доступна лишь немногим в Казахстане и недоступна в Узбекистане или Туркменистане.

Стигма и дискриминация продолжают блокировать эффективные меры по противодействию СПИДу. Исследования зафиксировали высокий уровень стигмы в отношении ВИЧ и ключевых групп населения: например, в Таджикистане только 23% опрошенных людей, живущих с ВИЧ, указали на положительный эффект публичного раскрытия своего ВИЧ-положительного статуса (1). COVID-19 также обнажил эпидемию насилия в отношении женщин по всему региону и повысил экономическую уязвимость женщин (2).

**ХАРАКТЕРИСТИКА РЕГИОНОВ**

Нормативно-правовая база в странах различается в зависимости от региона. Передача ВИЧ, поставление в опасность передачи ВИЧ и сокрытие статуса являются уголовными преступлениями во всех странах, кроме Боснии и Герцеговины и Северной Македонии, хотя уголовное преследование варьируется от страны к стране. Секс-работа и употребление наркотиков декриминализованы в некоторых странах региона, но уголовное преследование за организацию секс-работы и хранение наркотиков продолжается. Хотя некоторые страны (Армения, Казахстан, Кыргызстан, Молдова и Таджикистан) декриминализовали однополые сексуальные отношения, стигма в отношении геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, остаётся обычным явлением, включая случаи насилия со стороны полиции.

В феврале 2022 года Российская Федерация вторглась в Украину, где насчитывается 240 000 (220 000–280 000) человек, живущих с ВИЧ. Война создала гуманитарный кризис, нанеся серьёзный ущерб инфраструктуре здравоохранения в Украине, и привела к повсеместному нарушению работы медицинских служб. Поддержание доступа к услугам здравоохранения (включая крупнейшую в регионе программу терапии опиоидными агонистами), а также к продуктам питания, жилью и личной безопасности оказалось особенно сложной задачей для более чем 15,7 миллиона человек, нуждающихся в срочной гуманитарной помощи, и более 7,1 миллиона человек, перемещённых в результате войны, включая людей, живущих с ВИЧ (3).

**48%**

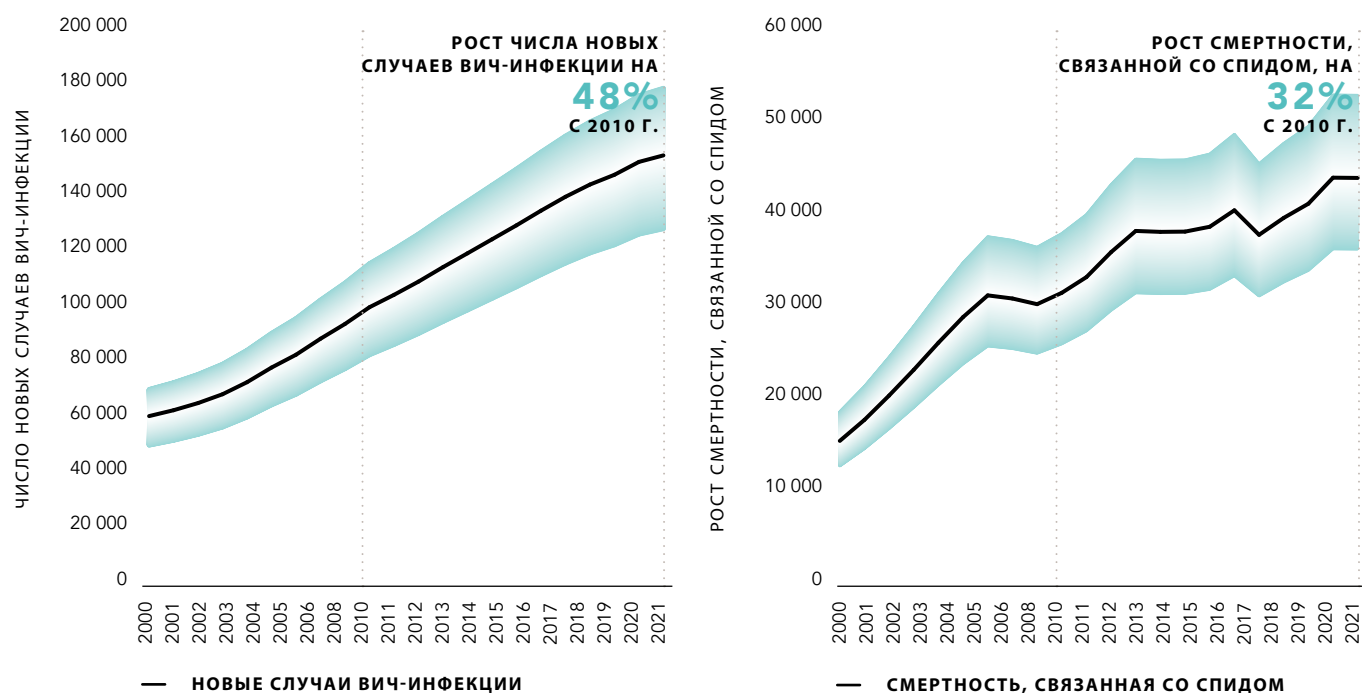
**РОСТ ЧИСЛА НОВЫХ  
СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  
В РЕГИОНЕ С 2010 ГОДА**





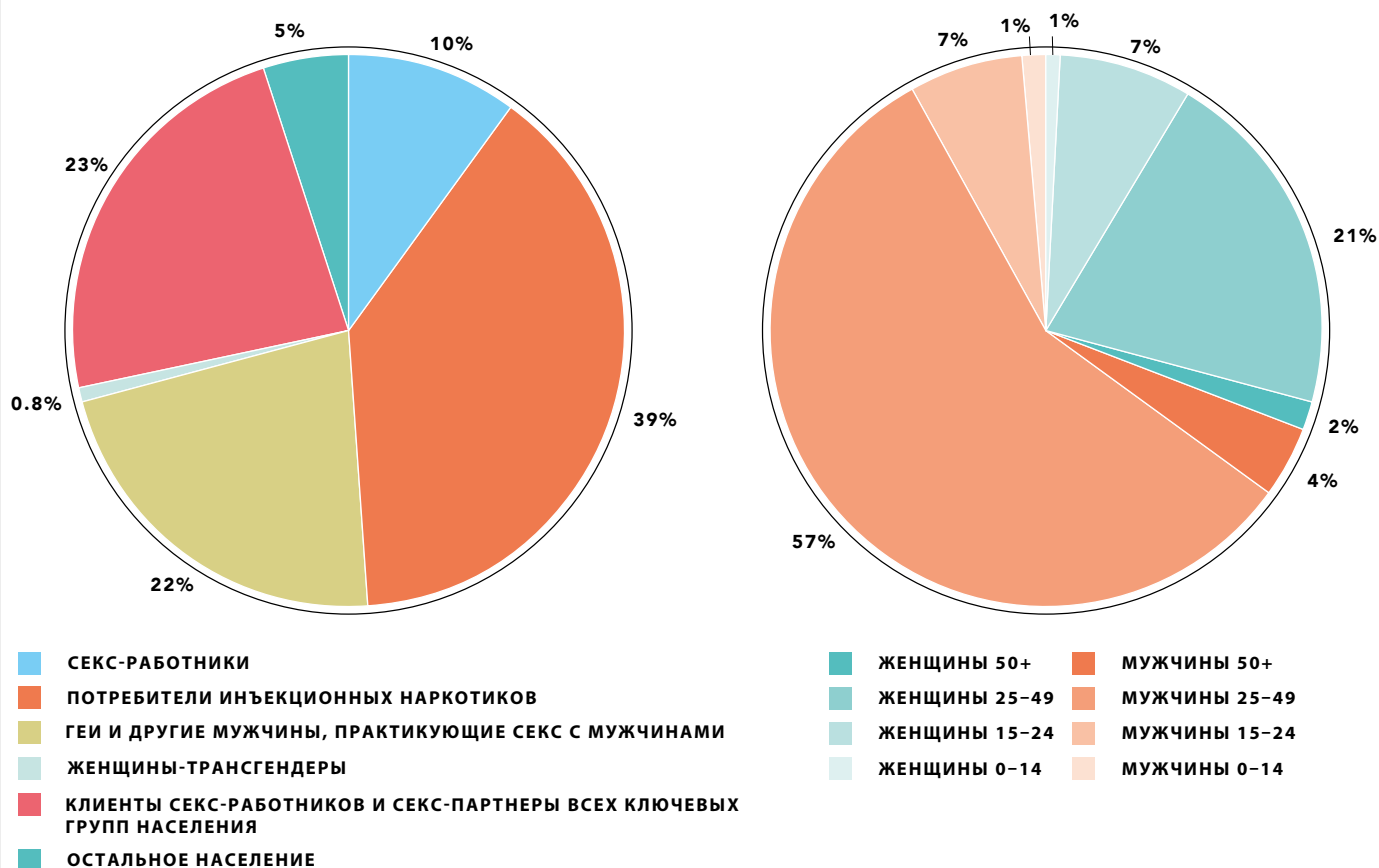
## СТАТУС ПАНДЕМИИ

**РИСУНОК 12.1** Число новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей, связанных со СПИДом, Восточная Европа и Центральная Азия, 2000–2021 гг.



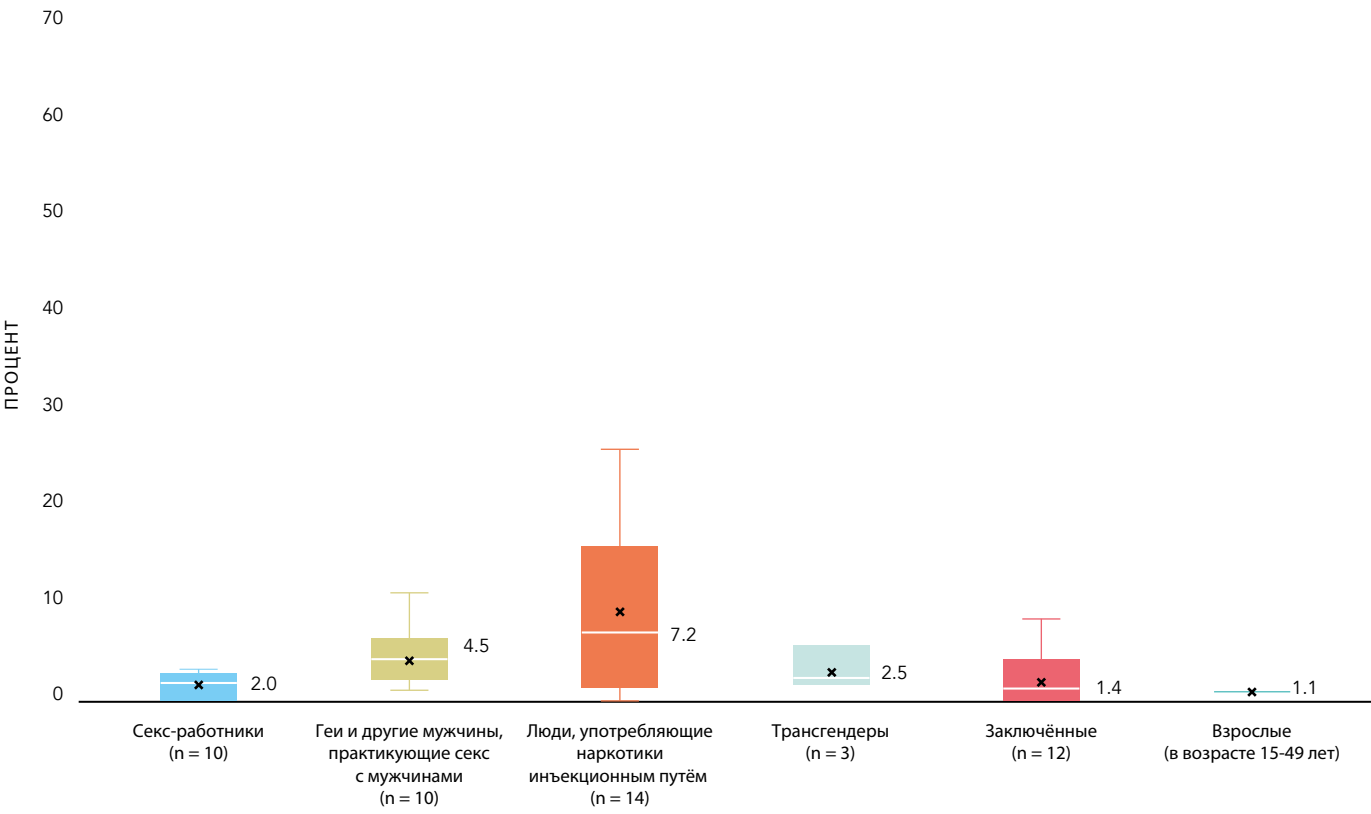
Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**РИСУНОК 12.2** Распределение новых случаев ВИЧ по группам населения и полу (в возрасте 15–49 лет), Восточная Европа и Центральная Азия, 2021 г.

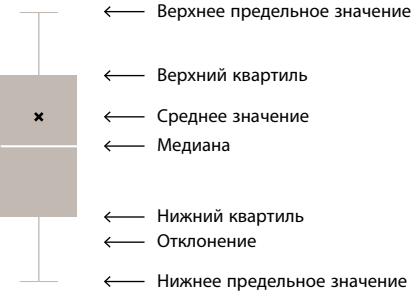


Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 (см. Приложение о методике).

**РИСУНОК 12.3** Распространённость ВИЧ среди ключевых групп населения по сравнению со взрослыми (в возрасте 15-49 лет) в странах Восточной Европы и Центральной Азии, представивших данные, 2017–2021 гг.



**Как читать?**



Средний показатель распространённости ВИЧ в странах Восточной Европы и Центральной Азии, представивших данные, составил:

- 2.0% среди секс-работников;
- 4.5% среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами;
- 7.2% среди людей, употребляющих инъекционные наркотики;
- 2.5% среди трансгендеров;
- 1.4% среди заключённых.

Расчётное значение распространённости ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15-49 лет) составляет 1.1% [1.0–1.2%].

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г.; Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).  
Примечание: (n = количество стран). Всего стран, представивших данные — 16.  
Пределы погрешности распространённости среди взрослых определяют диапазон, в котором находится истинное значение (если оно измеримо). Узкие пределы указывают на высокую точность оценки, в то время как широкие пределы указывают на большую её неопределённость.

**ТАБЛИЦА 12.1** Заявленная оценочная численность ключевых групп населения в Восточной Европе и Центральной Азии, 2018–2021 гг.

	Взрослое население страны (в возрасте 15–49 лет) в 2021 или соответствующем году	Секс-работники	Доля секс-работников во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами	Доля геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Люди, употребляющие наркотики инъекционным путём	Доля людей, употребляющих наркотики инъекционным путём во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Трансгендеры	Доля трансгендеров во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Заклѳчѳнные	Доля заклѳчѳнных во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)
Албания	1 400 000									2200	0,15%
Армения	1 500 000	8100	0,54%	22 700	1,51%	141 00	0,94%	1000	0,07%		
Азербайджан	5 400 000	31 900	0,58%			60 300	1,10%				
Беларусь	4 300 000	18 600	0,43%	32 000	0,73%	80 000	1,83%				
Грузия	1 800 000			18 500	0,99%					10 000	0,56%
Казахстан	9 300 000	20 300	0,22%			85 300	0,92%				
Черногория	300 000										
Северная Македония	1 000 000					6800	0,64%			2300	0,20%
Республика Молдова	1 300 000	15 800	1,23%	14 600	1,14%	27 500	2,14%				
Таджикистан	4 900 000	17 500	0,38%								
Украина	20 400 000	86 600	0,41%	179 000	0,85%	350 000	1,66%	8200	0,04%	46 900	0,23%
<b>Средняя доля по региону в процентах от взрослого населения (в возрасте 15–49 лет)<sup>a</sup>:</b>			<b>0,40%</b>		<b>1,06%</b>		<b>1,50%</b>		<b>-</b>		<b>-</b>

<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#008080; border:1px solid black;"></span> НАЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#808080; border:1px solid black;"></span> ЛОКАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ
<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#d3d3d3; border:1px solid black;"></span> НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ	<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#f5f5dc; border:1px solid black;"></span> НЕТ ДАННЫХ

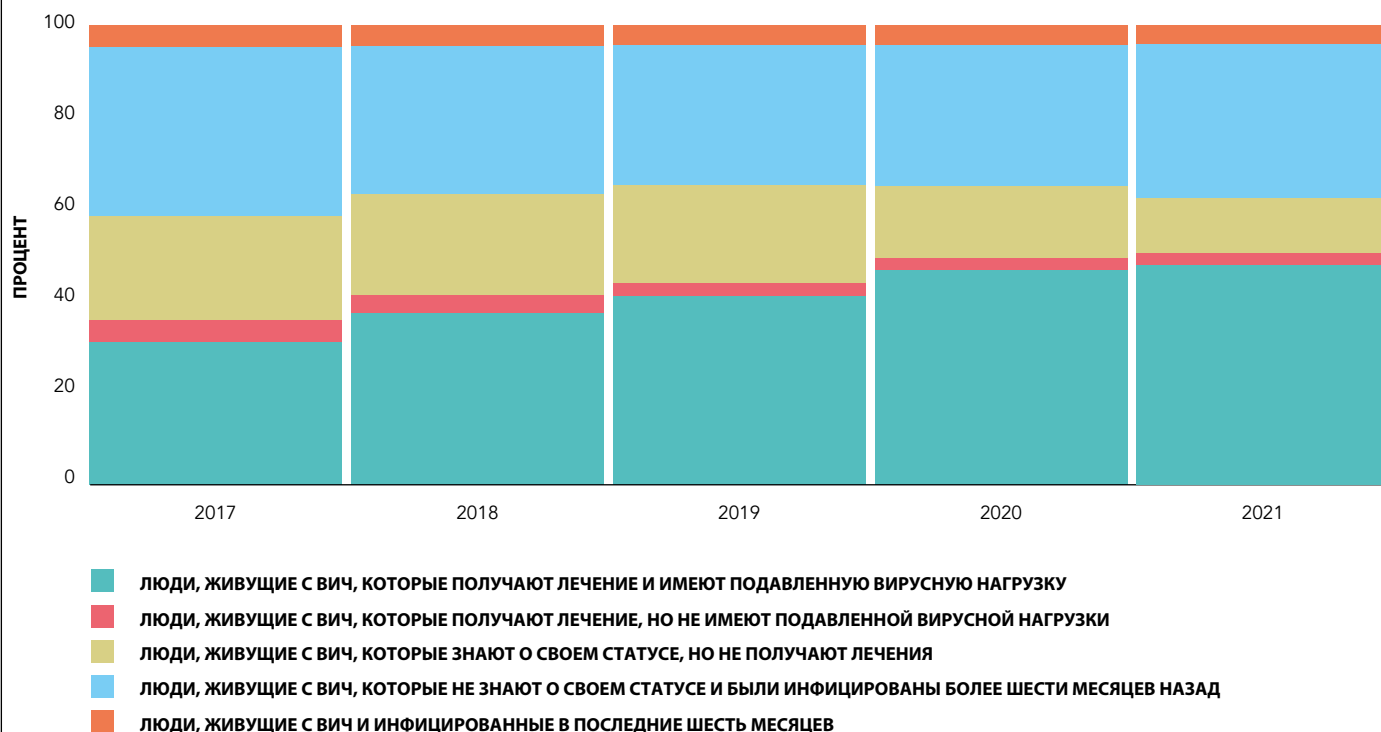
<sup>a</sup> Краткое руководство по Spectrum, 2020 г. Женева: ЮНЭЙДС; 2020 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>); модуль Spectrum Demproj, 2022 г.; Перспективы мирового населения 2019 г. Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам, отдел народонаселения; 2019 г. (пользовательские данные, полученные через веб-сайт).

Примечание 1: приведены оценки, предоставленные правительством на 2018–2021 гг. Дополнительные и альтернативные оценки могут быть доступны из различных источников, включая Атлас ключевых групп населения (<https://kpatlas.unaids.org/>), академические публикации или институциональные документы.

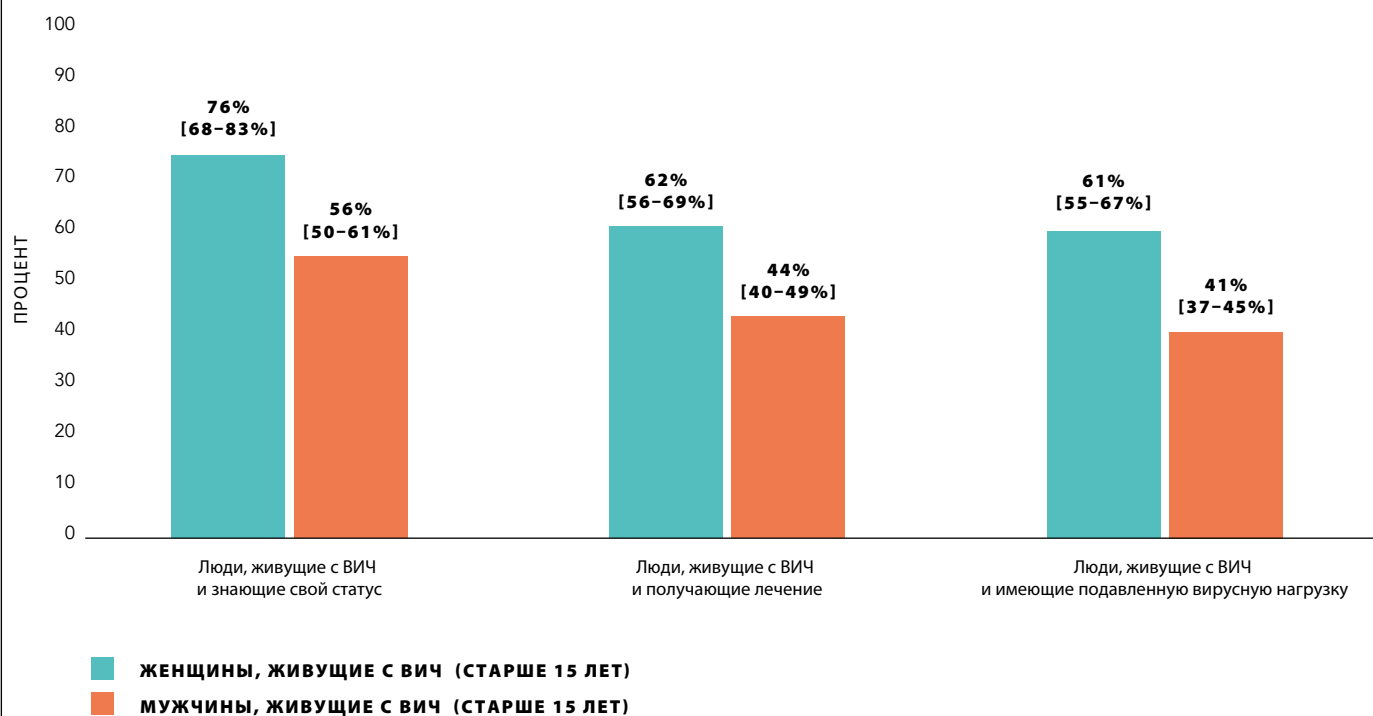
## УСЛУГИ В СВЯЗИ С ВИЧ

**РИСУНОК 12.4** Люди, живущие с ВИЧ; люди, инфицированные в последние шесть месяцев; каскад тестирования и лечения, взрослые (в возрасте от 15 лет и старше), Восточная Европа и Центральная Азия, 2017–2021 гг.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 г.

**РИСУНОК 12.5** Каскад тестирования и лечения среди женщин (в возрасте от 15 лет и старше) и мужчин (в возрасте от 15 лет и старше), проживающих на территории Восточной Европы и Центрально Азии, 2021 год.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 год.

Примечание: показатели подавления вирусной нагрузки по состоянию на 2021 год являются предварительным прогнозом ЮНЭЙДС до появления обновлённых данных.

ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА

ТАБЛИЦА 12.2 Оценочная таблица законов и политики, Восточная Европа и Центральная Азия, 2022 г.

	КАРАТЕЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ							
	Криминализация трансгендеров	Криминализация секс-бизнеса	Криминализация частных однополых сексуальных отношений	Криминализация владения небольшим количеством наркотиков	Законы, криминализирующие передачу ВИЧ, сокрытие ВИЧ-статуса или создание риска инфицирования ВИЧ	Законы или правила, ограничивающие въезд, пребывание и проживание людей, живущих с ВИЧ <sup>21</sup>	Согласие родителей на тестирование подростков на ВИЧ	Обязательное тестирование на ВИЧ для получения разрешения на брак, работу, проживание или для определенных групп
Албания	1	1	1	1	1		1	1
Армения	1	1	1	2	1		3	1
Азербайджан	1	5	10	1	1		2	1
Беларусь	1	1	1	1	1		2	1
Босния и Герцеговина		6	10		11			
Грузия	1	1	1	1	1		1	1
Казахстан	1	7	1	1	1		14	1
Кыргызстан	1	1	1	1	1		1	1
Черногория	3	3	3	3	12		3	3
Северная Македония		8	10		11			
Молдова	1	1	1	1	1		1	1
Российская Федерация	3	9	10		12		3	3
Таджикистан	2	1	1	1	1		1	1
Туркменистан	4		10		12			
Украина	1	1	1	1	1		1	1
Узбекистан	1	1	1	2	1		2	1

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ТРАНСГЕНДЕРОВ

- Да
- Нет
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ СЕКС-БИЗНЕСА

- Любая криминализация или карательное регулирование секс-бизнеса
- Секс-бизнес не подлежит карательному регулированию или не преследуется по закону
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ЧАСТНЫХ ОДНОПОЛЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

- Смертная казнь
- Лишение свободы (от 14 лет до пожизненного заключения, до 14 лет) или без указания вида наказания
- Законы, предусматривающие наказание за однополые сексуальные отношения, были декриминализованы или никогда не существовали, либо нет специального законодательства
- Нет данных

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ ВЛАДЕНИЯ НЕБОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ НАРКОТИКОВ

- Да
- Нет
- Нет данных

ЗАКОНЫ, КРИМИНАЛИЗИРУЮЩИЕ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ, СОКРЫТИЕ ВИЧ-СТАТУСА ИЛИ СОЗДАНИЕ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

- Да
- Нет, но уголовное преследование осуществляется на основании общих уголовных законов
- Нет
- Нет данных

ЗАКОНЫ ИЛИ ПРАВИЛА, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ<sup>21</sup>

- Депортация, запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Запрет краткосрочного и/или длительного пребывания и требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Требование тестирования на ВИЧ или раскрытия статуса для получения некоторых разрешений
- Ограничения отсутствуют

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ТЕСТИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ НА ВИЧ

- Да
- Нет
- Нет данных

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ НА БРАК, РАБОТУ, ПРОЖИВАНИЕ ИЛИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП

- Да
- Нет
- Нет данных

	ПРОТЕКЦИОНИСТСКИЕ ЗАКОНЫ				
	Законы, защищающие от дискриминации на основании ВИЧ-статуса	Конституционные или другие недискриминационные условия для секс-бизнеса	Конституционные или другие недискриминационные условия для сексуальной ориентации	Конституционные или другие недискриминационные условия для гендерной идентичности	Конституционные или другие недискриминационные условия для людей, употребляющих наркотики инъекционным путём
Албания	1				
Армения	1	1	1	2	2
Азербайджан	2				3
Беларусь	1	2	2	1	1
Босния и Герцеговина					
Грузия	1	1	1	1	1
Казахстан	1	1	1	1	1
Кыргызстан	1			1	1
Черногория	3				3
Северная Македония					
Молдова	1	1	1	1	2
Российская Федерация					
Таджикистан	1	2	2	1	2
Туркменистан					
Украина	1	2	1	1	1
Узбекистан	2				

#### ЗАКОНЫ, ЗАЩИЩАЮЩИЕ ОТ ДИСКРИМИНАЦИИ НА ОСНОВАНИИ ВИЧ-СТАТУСА

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

#### КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СЕКС-БИЗНЕСА

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

#### КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

#### КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

#### КОНСТИТУЦИОННЫЕ ИЛИ ДРУГИЕ НЕДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЁМ

■ Нет  
■ Да  
■ Нет данных

1. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2022 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2021 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. ЮНЭЙДС, Национальные обязательства и меры реализации политики, 2019 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. (Отчет Trans Legal Mapping 2019: признание перед законом.) Женева: ILGA World; 2020 г.
5. Азербайджан. Кодекс об административных правонарушениях, 2000 г. (<https://cis-legislation.com/document.fwx?rgn=2591>); Национальные обязательства и меры реализации политики, 2022 г.
6. Босния и Герцеговина. Уголовный кодекс Боснии и Герцеговины (<https://rm.coe.int/bih-criminal-code-consolidated-text/16806415c8>).
7. Казахстан. Уголовный кодекс, Статья 371 (<https://adilet.zan.kz/eng/docs/K970000167>).
8. Северная Македония. Закон о проступках против общественного порядка, Статья 19 (<https://www.refworld.org/pdfid/5aa126e07.pdf>).
9. Российская Федерация. Уголовный кодекс Российской Федерации. № 63–ФЗ от 13 июня 1996 г. Статья 241 (<http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ru/ru080en.pdf>).
10. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Женева: ILGA; 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_World\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_report\\_global\\_legislation\\_overview\\_update\\_December\\_2020.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf)).
11. Сеть правосудия по ВИЧ (база данных). Амстердам: Фонд правосудия по ВИЧ; c2022 (<https://www.hivjustice.net>).
12. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; May 2019.
13. Въезд запрещён: связанные с ВИЧ ограничения на поездки. Женева: ЮНЭЙДС, ПРООН; 2019 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_ru.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_ru.pdf)).
14. Казахстан. Глава 2, Статьи 9.1 и 9.2, Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 г. No. ҚР ДСМ -285/2020 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/112718/140961/F-606983908/KAZ-112718.pdf>).

Примечания: Конституционные и другие недискриминационные условия относятся к тому, были ли интерпретированы конституционные запреты на дискриминацию для включения секс-бизнеса, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или людей, употребляющих наркотики, судами/правительственной политикой и/или тем, имеются ли другие законодательные недискриминационные условия, указывающие на секс-бизнес, сексуальную ориентацию, гендерную идентичность или людей, употребляющих наркотики..



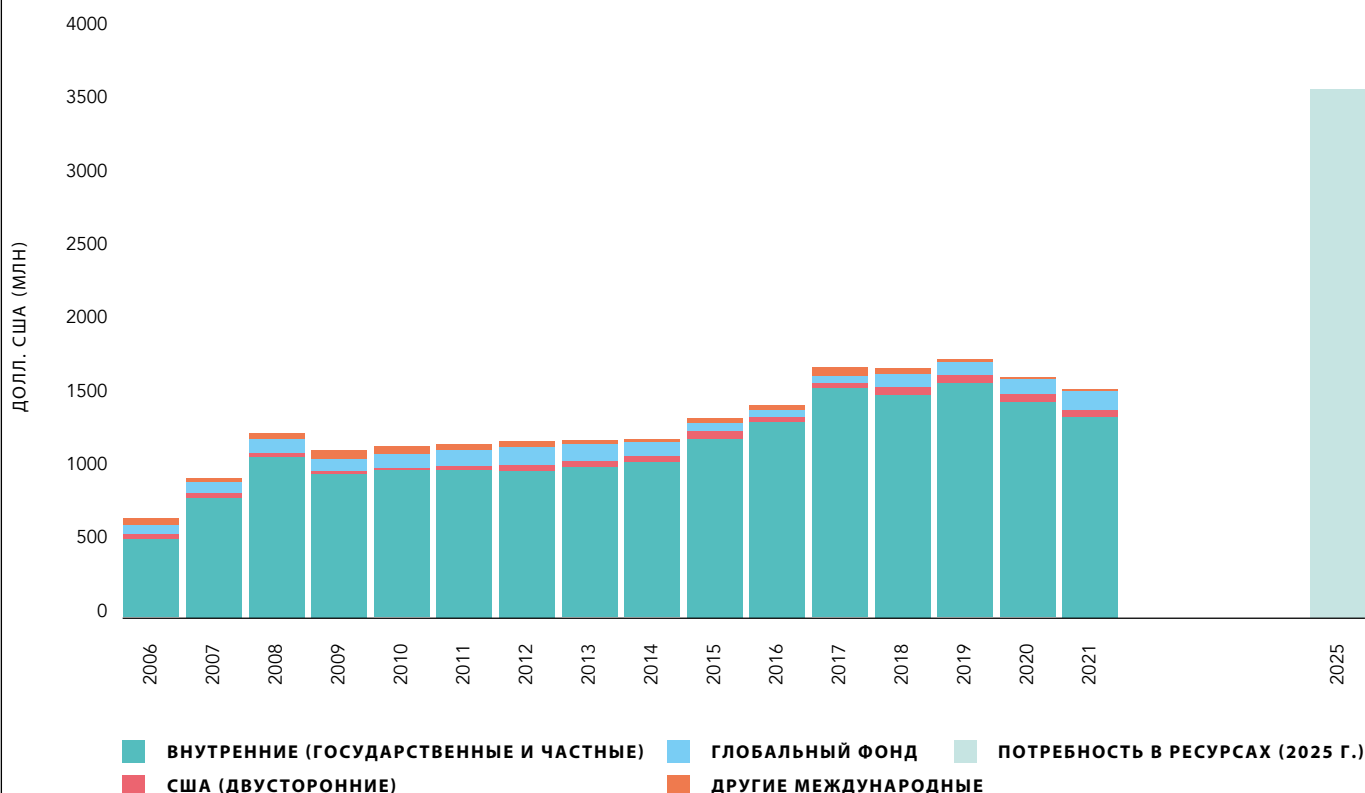
## ИНВЕСТИЦИИ В ЛИКВИДАЦИЮ СПИДА

Заболеваемость ВИЧ растёт, а снижение смертности от СПИДа в регионе не происходит. Население, наиболее пострадавшее от роста числа новых случаев ВИЧ-инфекции, — это люди, употребляющие наркотики инъекционным путём, и их семьи; высокая стоимость лечения и отсутствие финансирования эффективных вмешательств усугубляют их уязвимость.

С 2018 года данные из 12 стран показывают, что 6% ресурсов, выделяемых на противодействие ВИЧ, направлялись на профилактику. Большинство стран полагаются на внутреннее финансирование профилактических услуг для людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, но некоторые страны всё ещё на 100% зависят от международных доноров в реализации своих программ. Текущее внутреннее финансирование программ недостаточно ни для обеспечения необходимого охвата для достижения целевых показателей к 2025 году, ни для снижения заболеваемости ВИЧ. Для изменения тенденции роста новых случаев инфицирования ВИЧ требуется дополнительное финансирование.

Продолжающийся вооружённый конфликт в Украине оказывает значительное экономическое воздействие на регион Восточной Европы и Центральной Азии именно в тот момент, когда в мировой экономике стали заметны признаки восстановления после кризиса, вызванного COVID-19. В 2021 году 88% средств на противодействие ВИЧ в регионе были получены из внутренних источников. Для достижения целей, поставленных в Политической декларации Организации Объединённых Наций по ВИЧ и СПИДу 2021 года, общий объём ресурсов для противодействия ВИЧ в регионе должен вырасти к 2025 году в 2,3 раза.

**РИСУНОК 12.6** Наличие ресурсов для борьбы с ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии, 2006–2021 гг. и предполагаемая потребность в ресурсах для борьбы с ВИЧ до 2025 г.



Источник: Финансовые расчеты и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glabius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Моделирование и эпидемиологическое воздействие сформулированных ЮНЭЙДС целей к 2025 году для ликвидации СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Примечание: Размеры ресурсов рассчитаны в постоянных долларах США за 2019 год.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. The People Living with HIV Stigma Index 2.0: Tajikistan 2021. Dushnabe (TJ): Spin Plus; 2021 ([https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2022/03/Tajikistan-SI-Report-2021\\_English.pdf](https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2022/03/Tajikistan-SI-Report-2021_English.pdf)).
2. Gender assessments in Europe and central Asia reveal COVID-19's devastating impact on women. New York: UN Women; 2020 (<https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/UN-Women-Impact-story-Gender-assessments-in-Europe-and-Central-Asia-en.pdf>).
3. Ukraine situation: flash update #17. New York: UNHCR Regional Bureau for Europe; 2022 (<https://data.unhcr.org/en/documents/details/93659>).

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

# ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА



Западная и Центральная Европа и Северная Америка продолжают продвигаться к ликвидации СПИДа, но в регионе по-прежнему проживает 2,3 миллиона человек, живущих с ВИЧ (1,9–2,6 миллиона). С 2010 по 2021 год число новых случаев инфицирования снизилось на 16%, а смертность от СПИДа сократилась на 34%. На геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, приходилось 68% новых диагнозов ВИЧ в США в 2020 году и 64% в регионе Западной и Центральной Европы и Северной Америки в 2021 году (1). В США в 2014–2018 годах число новых диагнозов ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, увеличилось впервые за 20 лет, а число смертей от передозировки наркотиков увеличилось до более чем 108 000 в 2021 году (2, 3).

Регион неуклонно приближается к достижению первых двух целей «95» (тестирование на ВИЧ и лечение). Ряд стран достигли некоторых или всех трех целевых показателей «95–95–95» (Германия, Нидерланды и Великобритания достигли всех трёх целей в 2020 году). В целом, по оценкам ЮНЭЙДС, в 2021 году около 91% людей, живущих с ВИЧ, знали о своём ВИЧ-статусе, 93% людей, знавших о своём ВИЧ-положительном статусе, получали антиретровирусную терапию, а 89% людей, получавших лечение, имели подавленную вирусную нагрузку. Результаты были примерно одинаковыми для мужчин и женщин. Однако в США в 2019 году 87% людей, живущих с ВИЧ, знали о своём ВИЧ-статусе, и только у 83% людей, получавших лечение, была подавлена вирусная нагрузка (4). Кроме того, в некоторых странах восточной части региона, например в Болгарии, Греции, Литве, Румынии и Сербии, уровень охвата антиретровирусной терапией по-прежнему ниже 90–95%.

Недавние оценки хода программ и эпидемических тенденций ещё предстоит подтвердить после того, как национальные информационные системы здравоохранения восстановятся после системных сбоев, связанных с COVID-19. Среди стран, представивших отчёты в 2020 и 2021 годах, число новых диагнозов снизилось на 15% и 14%, соответственно, по сравнению с цифрами 2019 года. Это может указывать на замедление прогресса на пути к более высокому показателю осведомлённости о своём статусе и расширению охвата лечением (5). Только в США число новых случаев ВИЧ-инфекции в 2020 году снизилось на 17% по сравнению с 2019 годом (6).

Вопиющее неравенство подрывает стремление к ликвидации СПИДа в Западной и Центральной Европе и Северной Америке; при этом маргинализированные сообщества с непропорционально высокой вероятностью могут столкнуться с неоптимальной эффективностью лечения и ограниченным доступом к услугам здравоохранения, ориентированным на нужды людей (7). В США у чернокожих американцев в 8,5 раз больше шансов инфицироваться ВИЧ, чем у белых (8). В Европейском союзе и Европейской экономической зоне вероятность выявить ВИЧ у мигрантов выше, чем среди общего населения; при этом есть данные, что значительное число мигрантов были инфицированы ВИЧ после миграции (9).

Существующее неравенство также находит своё отражение в доступе к услугам в связи с ВИЧ и в результатах лечения. Опрос африканских мужчин-мигрантов, имеющих половые контакты с мужчинами, показал, что в Великобритании две трети из них никогда не слышали о доконтактной профилактике (ДКП); было также обнаружено значительное сопротивление использованию ДКП, в том числе в результате стигматизирующих сообщений о вмешательстве (10). Среди людей, имеющих право на получение ДКП в США, охват среди белых людей в 7,5 раз выше, чем среди чернокожих (4). В то время как в 2019 году подавленную вирусную нагрузку имели 71,4% белых американцев, живущих с ВИЧ, это относилось только к 60,8% чернокожих американцев и 62,8% представителей коренного населения США.

В 2021 году Европейская комиссия учредила Программу здравоохранения EU4 — многолетнюю программу, направленную на укрепление и повышение устойчивости систем здравоохранения доступного для всех (11). Программа включает заслуживающие внимания усилия по улучшению результатов лечения ВИЧ для наиболее маргинализированных и малообеспеченных слоёв населения. В 2022 году администрация Байдена в США представила на рассмотрение законодательной власти предложение потратить 9,8 млрд долларов США в течение 10 лет на расширение использования ДКП (12).

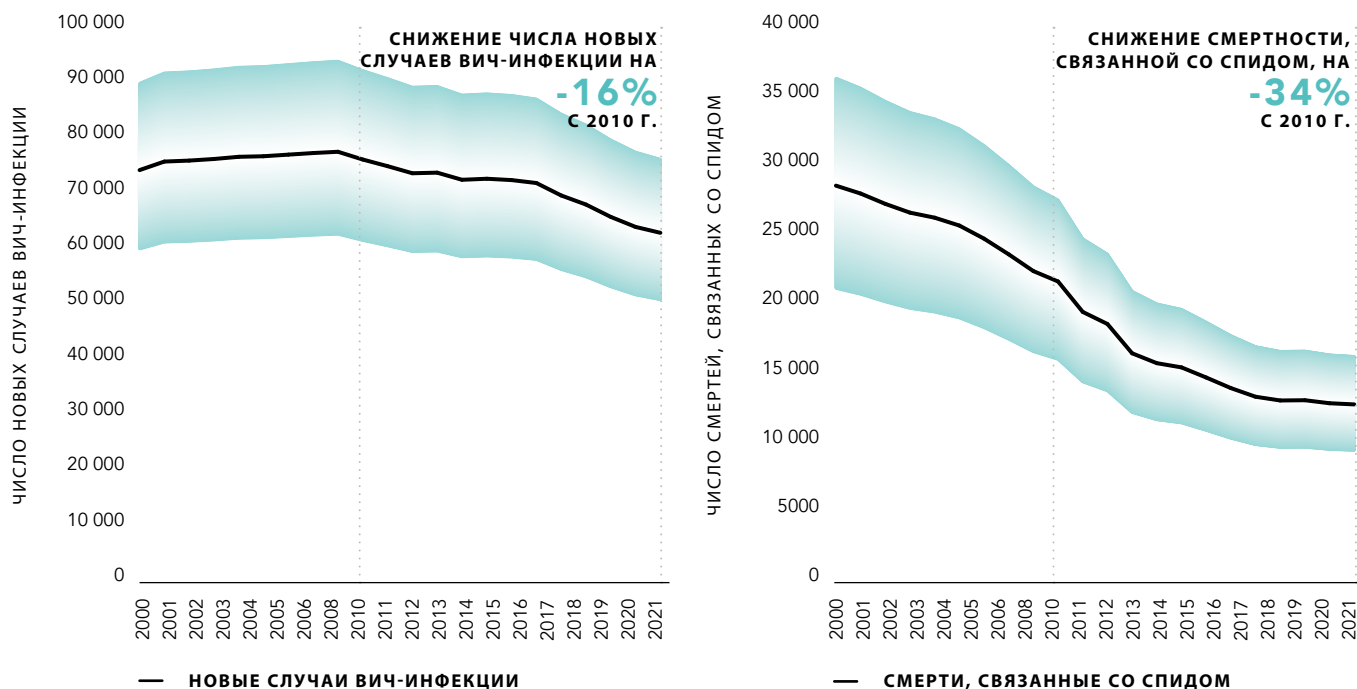
# 14%

**СНИЖЕНИЕ ЧИСЛА НОВЫХ  
ДИАГНОЗОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ  
В 2021 ГОДУ**



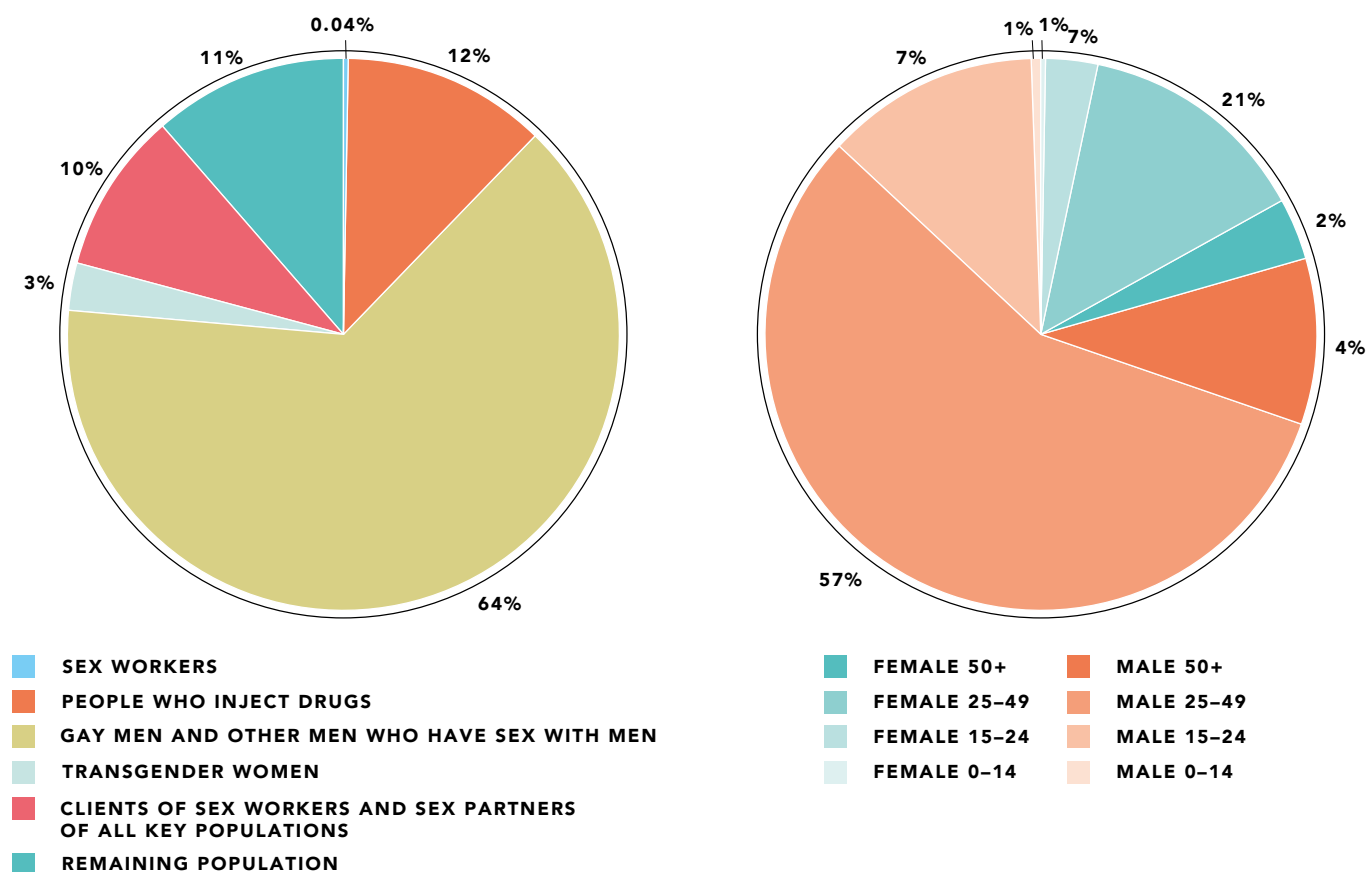
## СТАТУС ПАНДЕМИИ

**РИСУНОК 13.1** Число новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей, связанных со СПИДом, Западная и Центральная Европа и Северная Америка, 2000–2021 гг.



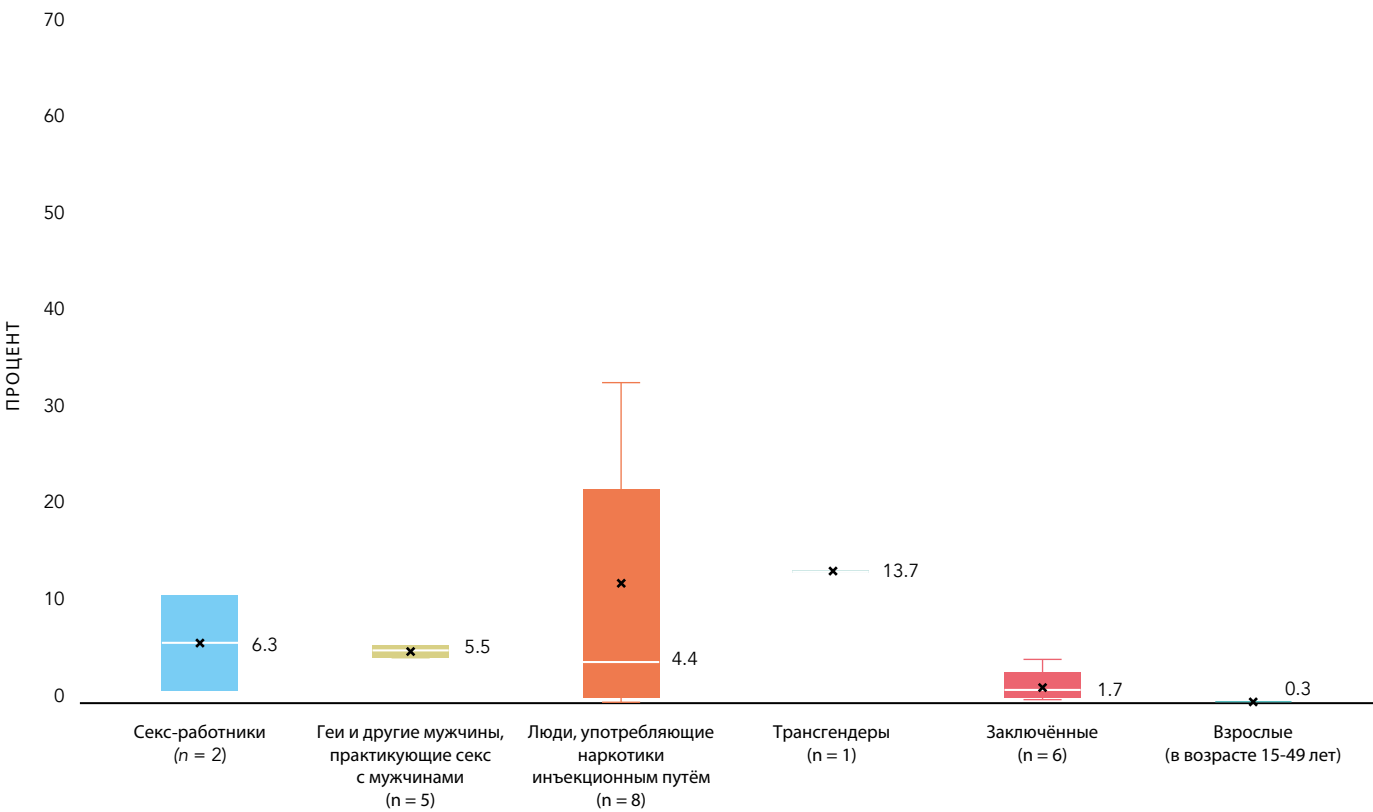
Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**РИСУНОК 13.2** Распределение новых случаев ВИЧ по группам населения и полу (в возрасте 15–49 лет), Западная Европа и Северная Америка, 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2022 (см. Приложение о методике).

**РИСУНОК 13.3** Распространённость ВИЧ среди ключевых групп населения по сравнению со взрослыми (в возрасте 15-49 лет), страны Западной и Центральной Европы и Северной Америки, представившие отчёты, 2017–2021 гг.



**Как читать?**

- ← Верхнее предельное значение
- ← Верхний квартиль
- ← Среднее значение
- ← Медиана
- ← Нижний квартиль
- ← Отклонение
- ← Нижнее предельное значение

Средний показатель распространённости ВИЧ среди стран Западной и Центральной Европы и Северной Америки, представивших такие данные, составил:

- 6.3% среди секс-работников;
- 5.5% среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами;
- 4.4% среди людей, употребляющих инъекционные наркотики;
- 13.7% среди трансгендеров;
- 1.7% среди заключённых.

Оценочное значение распространённости ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15-49 лет) составляет 0.3% [0.2–0.3%].

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г.; Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: (n = количество стран). Всего стран, представивших данные — 40.

Пределы погрешности распространённости среди взрослых определяют диапазон, в котором находится истинное значение (если оно измеримо). Узкие пределы указывают на высокую точность оценки, в то время как широкие пределы указывают на большую её неопределённость.



**ТАБЛИЦА 13.1** Заявленная оценочная численность ключевых групп населения в Западной и Центральной Европе и Северной Америке, 2018–2021 гг.

	Взрослое население страны (в возрасте 15–49 лет) в 2021 или соответствующем году	Секс-работники	Доля секс-работников во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами	Доля геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Люди, употребляющие наркотики инъекционным путём	Доля людей, употребляющих наркотики инъекционным путём во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Трансгендеры	Доля трансгендеров во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)	Заключённые	Доля заключённых во взрослом населении (в возрасте 15–49 лет)
Канада	16 600 000							75 000	0.45%	13 100	0.08%
Чехия	4 800 000					40 800	0.84%			21 600	0.45%
Эстония	550 000									2300	0.42%
Германия	35 400 000									57 600	0.16%
Израиль	4 100 000										
Сербия	3 900 000										
США	14 900 000							1 000 000	0.68%		
<b>Средняя доля по региону в процентах от взрослого населения (в возрасте 15–49 лет)<sup>a</sup>:</b>			<b>0.55%</b>		<b>2.25%</b>		<b>0.75%</b>		<b>0.66%</b>		<b>-</b>

<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#008080; border:1px solid black;"></span> НАЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#808080; border:1px solid black;"></span> ЛОКАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#d3d3d3; border:1px solid black;"></span> НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ	<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#f5f5dc; border:1px solid black;"></span> НЕТ ДАННЫХ

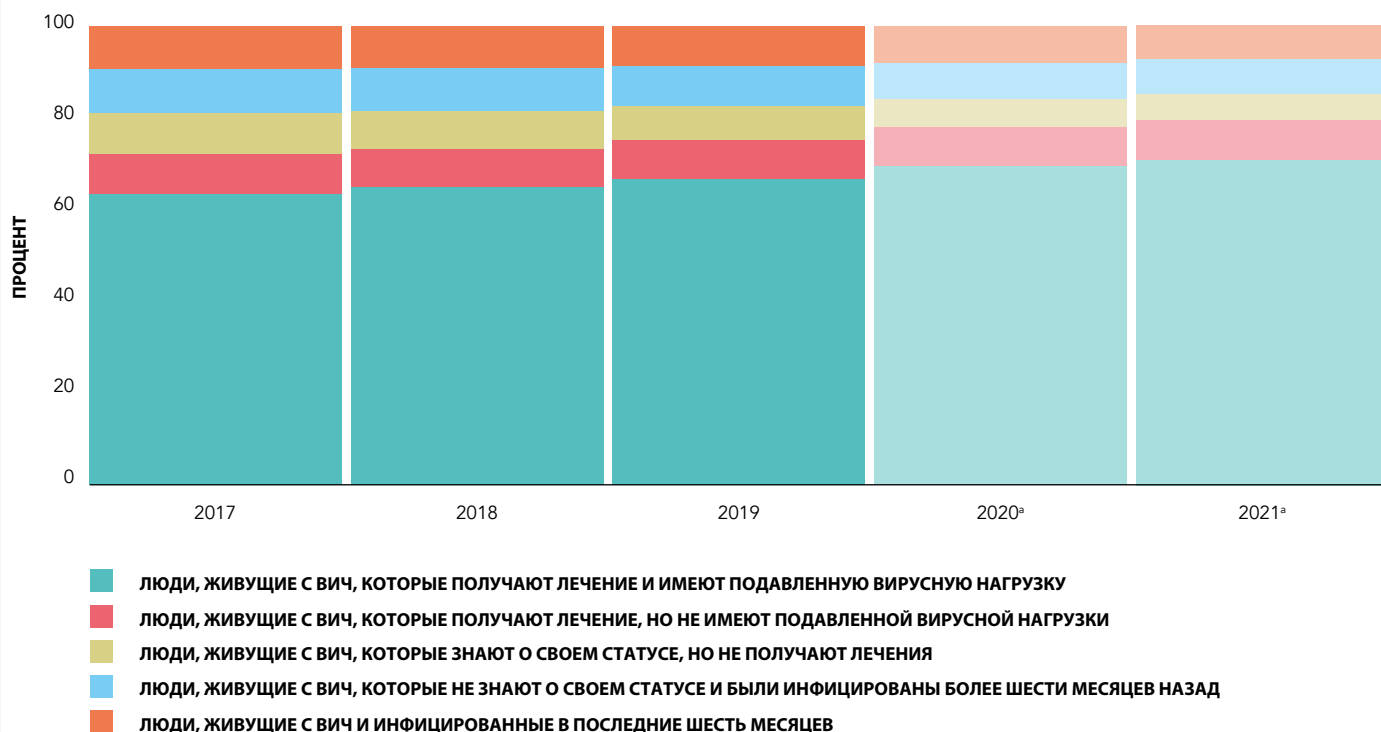
<sup>a</sup> Краткое руководство по Spectrum, 2020 г. Женева: ЮНЭЙДС; 2020 г. ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>); модуль Spectrum Demproj, 2022 г.; перспективы мирового населения 2019 г. Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам, отдел народонаселения; 2019 г. (пользовательские данные, полученные через веб-сайт).

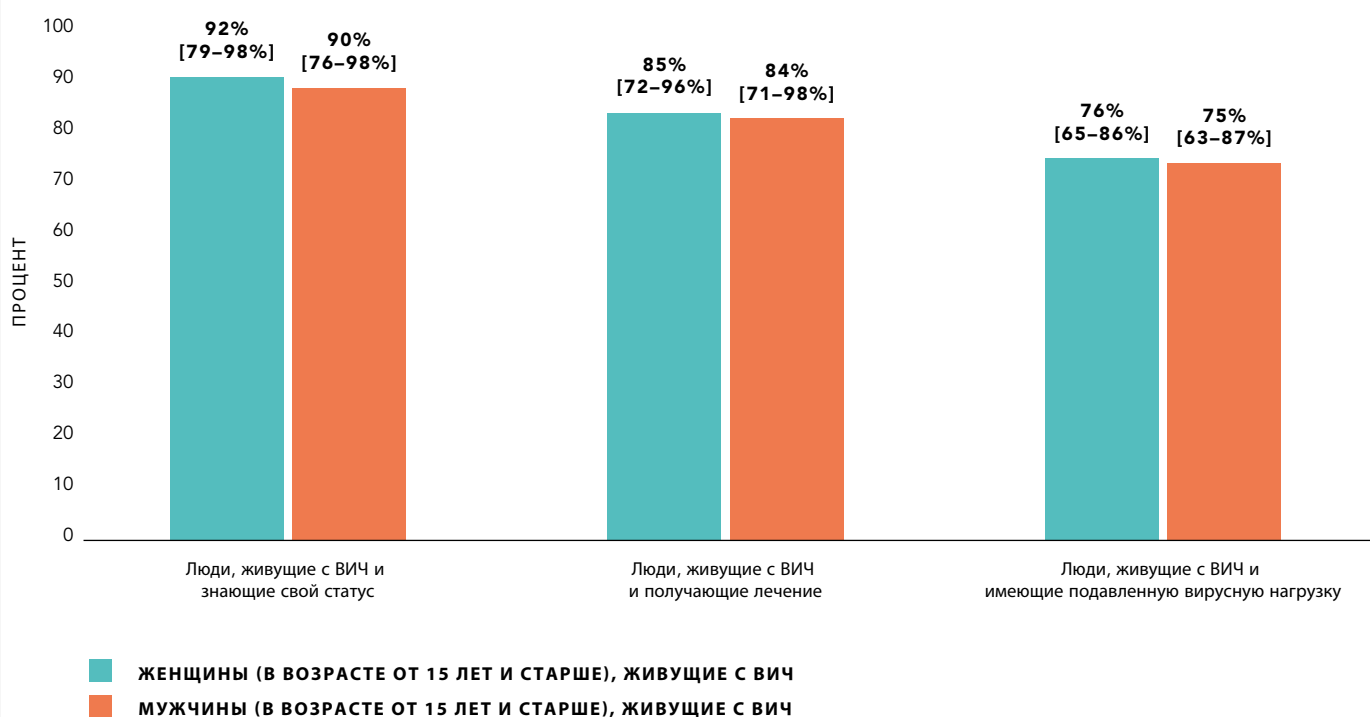
Примечание 1: приведены оценки, предоставленные правительством на 2018–2021 гг. Дополнительные и альтернативные оценки могут быть доступны из различных источников, включая Атлас ключевых групп населения (<https://kpatlas.unaids.org/>), академические публикации или институциональные документы.

## УСЛУГИ В СВЯЗИ С ВИЧ

**РИСУНОК 13.4** Люди, живущие с ВИЧ; люди, инфицированные в последние шесть месяцев; каскад тестирования и лечения; взрослые (в возрасте от 15 лет и старше), Западная и Центральная Европа и Северная Америка, 2017–2021 гг.



**РИСУНОК 13.5** Каскад тестирования на ВИЧ и лечения среди женщин (в возрасте от 15 лет и старше) по сравнению с мужчинами (в возрасте от 15 лет и старше) в Западной и Центральной Европе и Северной Америке, 2021 г.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Daskalakis DC. The impact of COVID-19 on HIV prevention and treatment in the U.S. HPTN; 2022 (<https://www.hptn.org/sites/default/files/inline-files/HPTN%20June%202022%20COVID%20and%20HIV%20CDC%20Daskalakis%20HPTN%20Copy.pdf>).
2. Broz D, Carnes N, Chapan-Bardales J, Des Jarlais D, Handanagic S, Jones CM et al. Syringe services programs' role in ending the HIV epidemic in the U.S.: why we cannot do it without them. *Am J Prev Med*. 2021;61:S118-S129.
3. Provisional drug overdose death counts. In: cdc.gov [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [updated 9 February 2022] (<https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm>).
4. America's HIV Epidemic Analysis Dashboard [database]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Service; c2022 (<https://ahead.hiv.gov/data>).
5. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2020 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, World Health Organization Regional Office for Europe; c2021 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2021-2020-data>).
6. DiNenno EA, Delaney KP, Pitasi MA, MacGowan R, Miles G, Dailey A et al. HIV testing before and during the COVID-19 pandemic – United States, 2019–2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2022;Vol. 71 (No. 25):820–4.
7. Onyango D, Schatz E, Lazarus JV. Taking a 'people-centred' approach to improving access to health care for underserved communities in Europe. *Eurohealth*. 2017;23:23–7.
8. HIV surveillance report: diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2019. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2021.
9. Nöstlinger C, Cosaert T, Van Landergham E, Vanhamel J, Jones G, Zenner D et al. HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and European Economic Area. *Lancet HIV*. 2022;9(6):E428–E437.
10. Natala M. PrEP & Prejudice Campaign evaluation report. London (UK): PrEP & Prejudice Campaign Africa Advocacy Foundation; 2020.
11. EU4Health programme 2021–2027 – a vision for a healthier European Union. In: European Commission [Internet]. Brussels: European Commission ([https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union\\_en](https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en)).
12. Leading HIV PrEP advocates applaud \$9.8B 10-year commitment to access. Call for strategic investment plan. 28 March 2022. Washington D.C.: PrEP4All; 2022 ([https://actionnetwork.org/user\\_files/user\\_files/000/074/377/original/National\\_PrEP\\_Program\\_Press\\_Release\\_March\\_2022\\_v6.pdf](https://actionnetwork.org/user_files/user_files/000/074/377/original/National_PrEP_Program_Press_Release_March_2022_v6.pdf)).



# ПРИЛОЖЕНИЕ С ОПИСАНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МЕТОДОВ

## ПРИЛОЖЕНИЕ



# ЧАСТЬ 1. МЕТОДЫ ПОЛУЧЕНИЯ ОЦЕНОК ЮНЭЙДС В ОБЛАСТИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ

## ВВЕДЕНИЕ

ЮНЭЙДС ежегодно предоставляет пересмотренные смоделированные глобальные, региональные и страновые оценки с использованием самых достоверных эпидемиологических и программных данных для мониторинга эпидемии ВИЧ. Смоделированные оценки требуются вследствие невозможности в любой стране подсчитать точную численность людей, живущих с ВИЧ, число новых случаев ВИЧ-инфекции или умерших от причин, связанных со СПИДом: для этого потребуется регулярно проверять каждого человека на ВИЧ и расследовать каждый случай смерти, что невозможно с логистической и проблематично с этической точек зрения. Смоделированные оценки — а также нижние и верхние пределы этих оценок — обеспечивают приемлемый с научной точки зрения метод определения уровней и тенденций эпидемии ВИЧ.

Страновые группы используют поддерживаемое ЮНЭЙДС программное обеспечение для формирования ежегодных оценок. Страновые группы в основном состоят из специалистов по национальному мониторингу и оценке, сотрудников программ, эпидемиологов, демографов и других представителей национального министерства здравоохранения, национальных органов по вопросам СПИДа и технических партнёров.

Программное обеспечение, используемое для получения и сопоставления оценок, — Spectrum (разработанное Avenir Health) и его Модель воздействия на СПИД (AIM). В большинстве стран используется модель заболеваемости, работающая в модуле AIM программы Spectrum; несколько стран используют внешнюю модель, оценка заболеваемости которой применяется в Spectrum и AIM (Таблица 14.1).<sup>1</sup> Референс-группа ЮНЭЙДС по оценкам, моделированию и прогнозам предоставляет технические рекомендации по разработке компонента модуля AIM, связанного с ВИЧ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Более подробную информацию о Avenir Health можно найти на сайте [www.avenirhealth.org](http://www.avenirhealth.org)

<sup>2</sup> Дополнительная информация о Референс-группе ЮНЭЙДС по оценкам, моделированию и прогнозам представлена на сайте: [www.epidem.org](http://www.epidem.org)

## МЕТОДЫ И МОДЕЛИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ЮНЭЙДС И СТРАНАМИ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ОЦЕНОК<sup>3</sup>

Страны, в которых передача ВИЧ лежит в основе эпидемии среди населения в целом, используют модуль «Пакет оценки и прогнозирования» (EPP) инструмента моделирования Spectrum, который согласуется с данными о распространённости ВИЧ среди беременных женщин, посещающих дородовые женские консультации, и из общенациональных репрезентативных популяционных исследований. Многие страны исторически проводили дозорный эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией среди женщин, посещающих антенатальные клиники или женские консультации, что требует сбора данных из отобранных клиник в течение нескольких месяцев каждые несколько лет. В последние годы большинство стран прекратили дозорный эпиднадзор среди беременных женщин и теперь используют данные рутинных тестов на ВИЧ, проводимых во время посещения антенатальных клиник беременными женщинами. Эти данные позволяют избежать необходимости проводить отдельное наблюдение, предоставляя полный набор данных из всех клиник по всей стране, а не отдельных образцов из отобранных районов.

Тенденции, основанные на данных, собранных у беременных женщин в дородовых учреждениях, независимо от того, измеряются ли они в рамках эпиднадзора или сбора обычной статистики, могут использоваться для информирования о динамике национальной распространённости ВИЧ, в то время как данные обследований населения — которые проводятся реже, но имеют более широкий географический охват и включают мужчин — более пригодны для оценки национальных уровней распространённости ВИЧ. Данные этих исследований также помогают оценить распространённость и уровни заболеваемости ВИЧ-инфекцией в зависимости от возраста и пола, и спрогнозировать тенденции. Для ряда стран Африки к югу от Сахары, где не проводились обследования населения, уровни распространённости ВИЧ корректируются путём сравнения данных эпиднадзора из дородовых учреждений и данных обследования населения других стран региона. Полученные тенденции распространённости ВИЧ, в дополнение к числу людей, получающих антиретровирусную терапию, затем используются для оценки национальной тенденции заболеваемости ВИЧ с учётом влияния антиретровирусного лечения на выживаемость.

В других странах, где передача ВИЧ происходит в основном среди ключевых групп населения с повышенным риском инфицирования, а эпидемия носит низкий или концентрированный характер, используется вариант модели EPP для концентрированной эпидемии, который соответствует высококачественным данным эпиднадзора о распространённости для каждой из нескольких ключевых групп, а также для общего населения с низким уровнем риска, — либо используется Модель эпидемии СПИДа (АЕМ).

Соответствующие размеры ключевых групп населения, используемые для взвешивания и суммирования всех подгрупп населения с общенациональным итогом, всё чаще определяются эмпирическим путём в каждой стране. Когда оценка национального размера недоступна, она выводится на основе региональных пропорциональных значений и консенсуса среди экспертов. Для оценки распространённости ВИЧ среди остальных групп населения с более низким уровнем риска, эти страны обычно вводят данные эпиднадзора за беременностью и, если таковые имеются, популяционных исследований. Для генерализованных эпидемий полученная кривая распространённости ВИЧ и число людей, получающих антиретровирусную терапию, затем используются для определения национальной динамики заболеваемости ВИЧ.

3 Эти методы подробно описаны в томе 33 (Дополнение 3) журнала AIDS (2019) и в публикации Advancing methods for global HIV estimates. Приглашенные редакторы: Матье Маё-Жиру, Андреа Л. Чиаранелло, Джошуа А. Саломон, Аннет Х. Сон. J Int AIDS Soc. 2021;24(2):e25665.

Наконец, большинство стран Западной и Центральной Европы и Северной Америки используют данные о смертности, связанной со СПИДом, из регистрации актов гражданского состояния и отчётов о случаях ВИЧ-инфекции для оценки национальных тенденций распространённости и заболеваемости ВИЧ, а также о времени от момента инфицирования до постановки диагноза. Они используют модель эпиднадзора и регистрации актов гражданского состояния CSAVR в рамках Spectrum, модель Европейского центра по контролю за заболеваниями (ECDC) или модель для конкретной страны. Модель CSAVR также используется некоторыми странами Латинской Америки, Карибского бассейна, Ближнего Востока и Северной Африки, которые имеют надёжные системы отчётности о заболеваниях, но обладают ограниченными данными эпиднадзора за ВИЧ или данными исследований.

Все страны, использующие для своих оценок методы, поддерживаемые ЮНЭЙДС, имеют общие предположения об эффективности лечения ВИЧ-инфекции и прогрессировании заболевания в разбивке по полу и возрасту. Эти допущения основаны на систематических обзорах научными экспертами специализированной литературы и мета-анализе данных исследований. Демографические данные о населении, в том числе оценки рождаемости, получены из оценок Перспективы мирового населения 2019 года Отдела народонаселения ООН или на основании результатов недавних переписей населения.

Выбранные входные данные модели — включая число людей, получающих антиретровирусную терапию, и женщин, получающих услуги по предотвращению вертикальной передачи ВИЧ, — анализируются и проверяются в партнёрстве с Детским фондом Организации Объединённых Наций (ЮНИСЕФ), Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Чрезвычайным планом президента США по борьбе со СПИДом (ПЕПФАР) и его агентствами, Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд) и другими партнёрами.

Окончательные сведения, представленные странами и содержащие смоделированные результаты, проверяются в ЮНЭЙДС, чтобы гарантировать сопоставимость результатов по регионам и странам, а также по временным рамкам.

В раунде оценок 2022 года субнациональные расчёты были созданы и использованы 39 странами (38 в странах Африки к югу от Сахары и одна в Карибском бассейне). Методы формирования этих субнациональных оценок описаны в Части 4 настоящего приложения.

**Таблица 14.1** Модели заболеваемости, используемые для составления национальных оценок эпидемии ВИЧ, сопоставленные с помощью программного обеспечения Spectrum и оценочный период ЮНЭЙДС 2022 г.

МОДЕЛЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ	СТРАНЫ	РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИЧ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 15–49 ЛЕТ (МЕДИАНА)	РЕГИОНЫ
генерализованная эпидемия (EPP)	37	2,3%	Восточная и Южная Африка, Западная и Центральная Африка, Карибский бассейн, Азиатско-Тихоокеанский регион
концентрированная эпидемия (EPP)	39	0,33%	Ближний Восток и Северная Африка, Восточная Европа и Центральная Азия, Карибский бассейн, Латинская Америка, Азиатско-Тихоокеанский регион
Модель эпидемии СПИДа	13	0,26%	Азиатско-Тихоокеанский регион
Модель CSAVR или ECDC, соответствующая отчётам о случаях смерти и/или случаях заболевания	69	0,14%	Ближний Восток и Северная Африка, Восточная Европа и Центральная Азия, Карибский бассейн, Латинская Америка, Западная и Центральная Европа и Северная Америка, Азиатско-Тихоокеанский регион
Другое	14	0,20%	Западная и Центральная Европа и Северная Америка, Азиатско-Тихоокеанский регион, Латинская Америка, Восточная и Южная Африка
Все модели	172	0,3%	

Примечание: модель CSAVR = модель эпиднадзора и регистрации актов гражданского состояния; модель ECDC = модель Европейского центра профилактики и контроля заболеваний; EPP = пакет оценок и прогнозирования.

## ПРЕДЕЛЫ НЕОПРЕДЕЛЁННОСТИ ОЦЕНОК ЮНЭЙДС

Программное обеспечение для оценки вычисляет пределы неопределённости для каждой из оценок. Эти пределы определяют диапазон, в котором находится истинное значение в 95% случаев (если оно измеримо). Узкие пределы указывают на высокую точность оценки, в то время как широкие пределы указывают на её большую неопределённость с учётом данных и предположений.

В странах, использующих данные эпиднадзора за ВИЧ, число и источник доступных данных частично определяют точность оценок: страны с большим количеством данных эпиднадзора за ВИЧ имеют меньшие диапазоны, чем страны с меньшим количеством данных эпиднадзора или меньшими размерами выборки. Страны, в которых проводилось одно или несколько общенациональных исследований населения, обычно имеют меньшие диапазоны оценок по сравнению со странами, где такие исследования не проводились. В странах, использующих данные о случаях ВИЧ и смертности от СПИДа, число лет сбора данных и число зарегистрированных случаев инфекции или зарегистрированных смертей, связанных со СПИДом, будут способствовать определению точности оценки.

Допущения, необходимые для получения оценки, также влияют на пределы диапазонов оценок, т. е. чем больше предположений, тем шире диапазон неопределённости, поскольку каждое допущение вносит дополнительные неопределённости. Например, диапазоны оценок распространённости ВИЧ среди взрослых меньше, чем диапазоны оценок заболеваемости ВИЧ среди детей, которые требуют дополнительных данных о распространённости среди беременных женщин и вероятности передачи ВИЧ от матери ребёнку, которым присуща своя дополнительная неопределённость.

В ЮНЭЙДС уверены, что фактическое число людей, живущих с ВИЧ, людей, недавно инфицированных ВИЧ, или людей, умерших от связанных со СПИДом причин, лежит в пределах указанных диапазонов. Чем больше лет собирались качественные данные надзора, использованных в нескольких последовательных раундах оценки, тем меньше, как правило, неопределённость в оценочных данных по стране.

## УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ, ВНЕСЁННЫЕ В ОЦЕНОЧНУЮ МОДЕЛЬ ЮНЭЙДС 2022 ГОДА

Страновые команды ежегодно формируют новые файлы Spectrum. Файлы могут отличаться от года к году по двум причинам. Во-первых, в модель вводятся новые программные данные и данные наблюдения; это может изменить динамику распространённости и заболеваемости ВИЧ с течением времени или уровень охвата антиретровирусной терапией, в том числе за предшествующие годы. Во-вторых, в модель вносятся усовершенствования, основанные на новых научных и статистических методах, что приводит к более точному определению тенденций заболеваемости ВИЧ. Иногда страны также изменяют вариант моделирования заболеваемости в Spectrum на основе улучшения данных, доступных в стране.

Из-за этих усовершенствований модели и добавления новых данных для получения оценок результаты предыдущих раундов оценки нельзя сравнивать с результатами текущего раунда. Однако полные исторические оценки создаются за каждый раунд, и они позволяют оценивать тенденции с течением времени.

В период между оценками на 2021 и 2022 годы в модель были внесены некоторые существенные изменения в соответствии с рекомендациями Референс-группы ЮНЭЙДС по оценкам, моделированию и прогнозам.

### ЦЕЛЬ: корректировка расчётной в EPP заболеваемости и распространённости

При использовании EPP, AIM корректирует входные данные о заболеваемости таким образом, чтобы распространённость ВИЧ соответствовала оценке EPP. В программном обеспечении 2022 года эти корректировки вносятся ежегодно, чтобы AIM лучше соответствовала EPP. Программное обеспечение до 2022 года производило ежегодные корректировки до 2010 года, но начиная с 2010 года и далее вносило поправочный коэффициент.

**Результат:** оценки распространённости ВИЧ в AIM за последние годы изменились незначительно (менее  $\pm 5\%$ ) по сравнению с предыдущим раундом для некоторых стран, использующих EPP.

### ЦЕЛЬ: добавление новых случаев инфицирования ВИЧ в течение года

В программном обеспечении до 2022 года AIM подсчитывала новые случаи ВИЧ-инфекции среди взрослых в конце каждого года. Для обеспечения согласованности с EPP, AIM теперь выполняет эти расчёты каждую десятую часть года.

**Результат:** по сравнению с моделями до 2022 года новые случаи инфицирования возникают в среднем на шесть месяцев раньше. Это увеличило оценочное число смертей, связанных с ВИЧ, но в основном менее чем на 5%, особенно в странах с растущей эпидемией ВИЧ.

### EPP: улучшить региональное распределение и использование антиретровирусной терапии

Для генерализованных эпидемий программа EPP предоставила возможность включения охвата антиретровирусной терапией в показатели распространённости, соответствующие той же субнациональной/региональной структуре, что и распространённость дородовой помощи (надзор и рутинный контроль/перепись). Кроме того, данные по программам антиретровирусной терапии теперь вводятся и адаптируются отдельно для каждого субнационального региона.

**Результат:** при включении охвата исследованиями по антиретровирусной терапии EPP и AIM должны, как правило, лучше отражать национальные и субнациональные тенденции и распределение распространённости, заболеваемости, смертности и антиретровирусной терапии.

**CSAVR: соотношение заболеваемости по полу и возрасту**

Функция CSAVR, подбирающая коэффициенты заболеваемости по возрасту и полу, была упрощена до меньшего числа параметров, что теперь даёт более стабильный по времени коэффициент заболеваемости.

**Результат:** более правдоподобные модели заболеваемости в странах с ограниченными данными, стратифицированными по полу и возрасту, и более быстрая адаптация по сравнению с моделями 2021 года.

**CSAVR: калибровка по числу CD4 при постановке диагноза**

CSAVR 2022 восстановила возможность ввода и настройки данных об уровне CD4 при постановке диагноза, а также использования этих данных для оценки частоты диагнозов у людей, живущих с ВИЧ, в зависимости от числа CD4.

**Результат:** страны, которые ввели и соответствуют надёжным, репрезентативным данным по CD4, оценивают среднее число CD4 при постановке диагноза и долю людей, живущих с ВИЧ, знающих свой статус, немного ниже оценок CSAVR 2021 года.

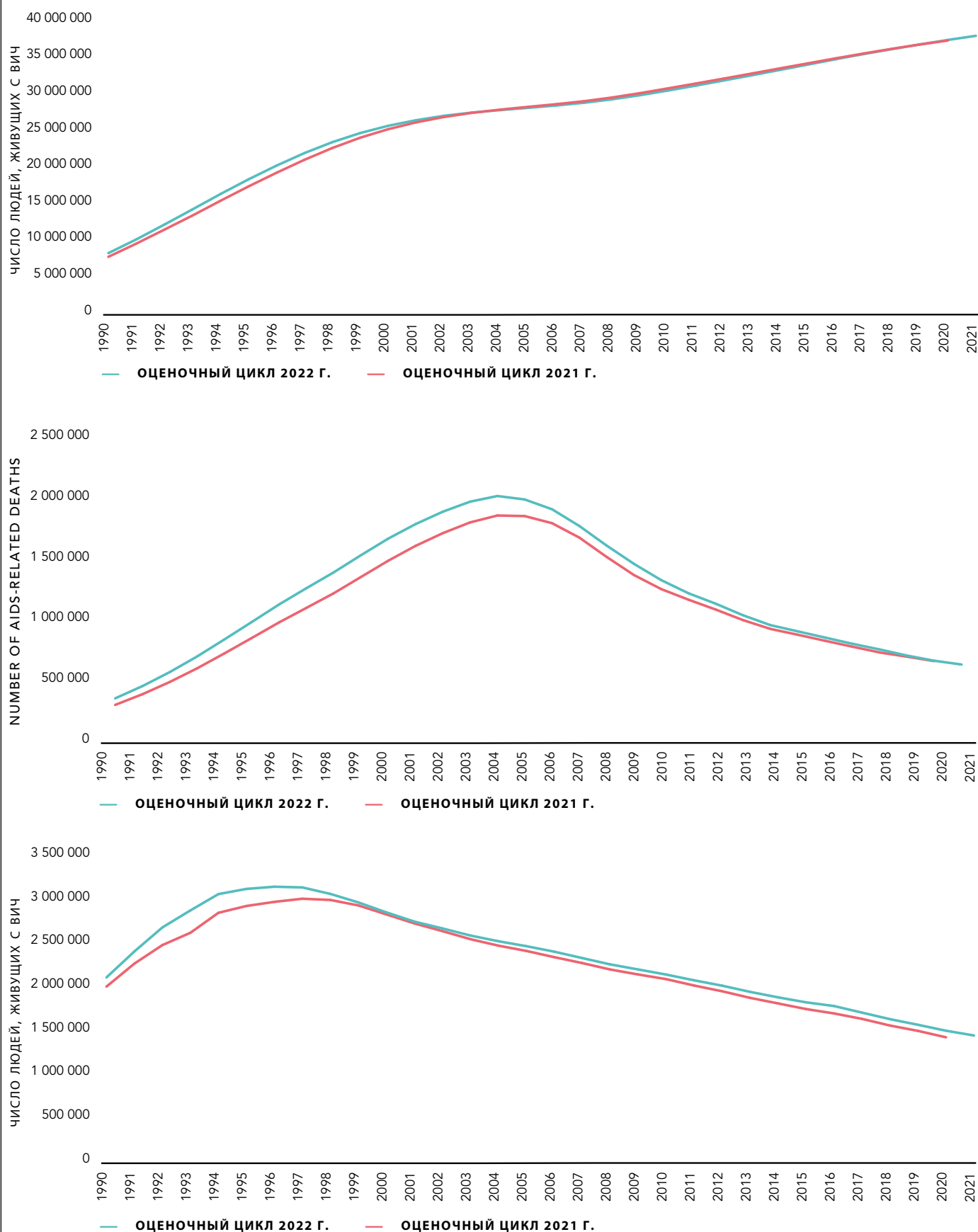
**AIM, концентрированные эпидемии: коэффициенты заболеваемости по возрастным группам**

В AIM 2022 появилась возможность согласования коэффициентов заболеваемости по возрастным группам с национальными данными об антиретровирусной терапии с разбивкой по возрасту. Это было предложено для концентрированных эпидемий, в которых данные антиретровирусной терапии с разбивкой по возрасту согласуются с общими затратами на антиретровирусную терапию для людей в возрасте от 15 лет и старше.

**Результат:** улучшено согласование между данными программы с разбивкой по возрасту и основанными на модели оценками численности людей, получающих антиретровирусную терапию.

На рис. 14.1 представлены оценки на 2022 год в сравнении с оценками на 2021 год. Смещения кривых являются комбинированным эффектом обновлённых данных по стране и изменений в структуре модели и допущениях, описанных выше. На глобальном уровне тенденции в отношении новых случаев ВИЧ-инфекции, смертности в связи со СПИДом и численности людей, живущих с ВИЧ, аналогичны оценкам, полученным в предыдущем раунде, хотя в некоторых регионах наблюдаются смещения.



**РИСУНОК 14.1** Сравнение оценок ЮНЭЙДС на 2021–2022 гг.: новые случаи ВИЧ-инфекции; смертность, связанная со СПИДом; люди, живущие с ВИЧ; все страны, 2000–2021 гг.

Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2021 и 2022 г.

## ПУБЛИКАЦИЯ ОЦЕНОК ПО КОНКРЕТНОЙ СТРАНЕ

ЮНЭЙДС стремится публиковать оценки для всех стран с населением 250 000 и более человек (согласно публикации «Мировые демографические перспективы» 2019 года Отдела народонаселения ООН). Для стран с населением 250 000 или более, которые не представили оценок, ЮНЭЙДС рассчитывает оценки с использованием программного обеспечения Spectrum на основе опубликованной или иной доступной информации. Эти оценки отражены в региональных и глобальных итоговых результатах, но они не опубликованы в качестве оценок по странам.

В странах с низким уровнем эпидемии число беременных женщин, живущих с ВИЧ, оценить сложно. Многие женщины, живущие с ВИЧ, в этих странах являются секс-работницами или употребляют наркотики, или являются сексуальными партнёрами людей, употребляющих наркотики, или геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами или секс-работниками. Уровень фертильности этих женщин может отличаться от показателя в общем населении. Поэтому ЮНЭЙДС не публикует оценки вертикальной передачи ВИЧ или детских заболеваемости по многим странам с концентрированной эпидемией, если только не будут доступны адекватные данные для подтверждения этих оценок. Кроме того, оценки, связанные с детьми, не публикуются в странах, где расчётное число беременных женщин, живущих с ВИЧ, составляет менее 50.

ЮНЭЙДС не публикует исторические данные о заболеваемости, если нет достаточного объёма исторических данных для определения динамики заболеваемости. Тенденции заболеваемости, рассчитываемые EPP, публикуются только при наличии четырёх или более информационных точек и данных о распространённости за последние четыре года в отношении наиболее важной подгруппы населения.

Для стран с низким уровнем распространения эпидемии и концентрированными эпидемиями на основании на данных эпиднадзора за случаями и смертями, публикуются оценки и тенденции, только если они основаны как минимум на восьми информационных точках в отношении смертности, связанной со СПИДом, в период с 1990 по 2021 год. Эти оценки заболеваемости сделаны путём обратного расчёта зарегистрированных смертей, связанных со СПИДом, и они не очень чувствительны к недавнему сокращению объёмов тестирования и снижению числа новых диагнозов, которые регистрировались в 2020 или 2021 году, из-за сбоев в работе медицинских служб в связи с COVID-19. Некоторые страны с высоким уровнем дохода, которые используют модель заболеваемости, привязанную к донесениям о случаях, отложили оценки на 2020 и 2021 годы, чтобы устранить потенциальные отклонения, связанные с COVID.

Наконец, ЮНЭЙДС не публикует оценки по странам, если имеющихся данных недостаточно для обоснования оценки. Более подробную информацию об оценках ЮНЭЙДС и отдельные файлы Spectrum для большинства стран можно найти на веб-сайте ЮНЭЙДС [www.hivtools.unaids.org](http://www.hivtools.unaids.org). Данные оценок представлены в разделе AIDSinфо на сайте ЮНЭЙДС (<http://aidsinfo.unaids.org>).

# ЧАСТЬ 2. МЕТОДЫ ПОЛУЧЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ «95–95–95» В ОБЛАСТИ ТЕСТИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

## ВВЕДЕНИЕ

С 2015 года ЮНЭЙДС публикует оценки глобального, регионального и странового прогресса в достижении целей «90–90–90». В Политической декларации ООН по ВИЧ и СПИДу «Искоренение неравенства и становление на путь, позволяющий искоренить СПИД к 2030 году» эти целевые показатели были увеличены до «95–95–95». Прогресс отслеживается с помощью трёх основных показателей:

- Индикатор 1 (первые «95»): процент людей, живущих с ВИЧ, которые знают о своём ВИЧ-статусе.
- Индикатор 2 (вторые «95»): процент людей, живущих с ВИЧ, которые знают о своём положительном ВИЧ-статусе и получают лечение.
- Индикатор 3 (третьи «95»): процент людей, живущих с ВИЧ, получающих лечение и имеющих подавленную вирусную нагрузку.

Индикаторы 2 и 3 также могут быть выражены в процентах от всех людей, живущих с ВИЧ. Соотношение охвата целевым лечением и общего числа людей, живущих с ВИЧ, называется «каскадом тестирования и лечения ВИЧ».

## ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО СТРАНАМ

Прогресс на уровне страны в достижении целевых показателей «95–95–95» был определён с использованием данных, представленных Spectrum, и инструмента Глобального мониторинга эпидемии СПИДа. Оценки публикуются как по всем людям, так и отдельно по детям (в возрасте от 0 до 14 лет) и взрослым (в возрасте от 15 лет и старше, в разбивке по полу). Соответствующие верхние и нижние пределы были основаны на диапазонах неопределённости оценочного числа людей, живущих с ВИЧ, для каждой страны, группы населения и года. Эти целевые показатели и источники данных для них описаны в Руководстве ЮНЭЙДС по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа, 2022 года (1).

В Таблице 14.2 обобщается число стран, сообщивших о каждом показателе в каждом регионе за последние шесть лет.

Окончательный набор страновых оценок прогресса в достижении целевых показателей «95–95–95» на 2015–2021 годы представлен на сайте <http://aidsinfo.unaids.org>. Не все страны смогли отчитаться по всем трём целевым показателям. В раунде оценки 2022 года полные каскады лечения были опубликованы для 68 стран по состоянию на 2021 год, что больше по сравнению раундами оценки 2020 и 2021 годов, когда каскады лечения касались 60 стран.

**Таблица 14.2** Имеющиеся данные для формирования ЮНЭЙДС оценок прогресса в достижении целей «95–95–95», 2015–2021 гг.

НОМЕР	ГОД	АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН <sup>a</sup>	КАРИБСКИЙ БАССЕЙН	ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА	ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ	ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА	БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА А	ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА	ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА	ВСЕ СТРАНЫ
Страны		39	16	21	16	17	19	25	39	<b>193</b>
Страны в глобальных оценках ЮНЭЙДС		29	10	20	16	17	19	25	36	<b>172</b>
Страны с общедоступной оценкой численности людей, живущих с ВИЧ		23	10	19	12	16	14	25	21	<b>140</b>
Страны с общедоступными данными о численности людей, живущих с ВИЧ и знающих свой статус	2015	12	7	18	11	6	11	25	15	<b>105</b>
	2016	15	7	18	11	8	11	25	20	<b>115</b>
	2017	17	7	18	11	8	11	25	19	<b>116</b>
	2018	19	7	18	12	9	11	25	20	<b>121</b>
	2019	19	7	19	13	9	11	25	20	<b>123</b>
	2020	20	7	19	13	10	11	25	17	<b>122</b>
	2021	18	7	19	13	9	12	25	9	<b>112</b>
Страны с общедоступными данными о численности людей, живущих с ВИЧ и получающих лечение	2015	26	10	20	14	16	17	25	23	<b>151</b>
	2016	27	10	20	14	16	17	25	23	<b>152</b>
	2017	27	10	20	14	16	17	25	23	<b>152</b>
	2018	27	10	20	14	16	17	25	22	<b>151</b>
	2019	28	9	20	14	16	17	25	21	<b>150</b>
	2020	27	9	20	14	16	17	25	19	<b>147</b>
	2021	23	9	20	14	16	17	25	10	<b>134</b>
Страны с общедоступными данными о численности людей, живущих с ВИЧ, и имеющих подавленную вирусную нагрузку среди прошедших тестирование	2015	6	2	3	5	4	5	1	10	<b>36</b>
	2016	6	4	6	7	8	6	2	12	<b>51</b>
	2017	7	7	7	9	10	7	4	15	<b>66</b>
	2018	11	9	13	10	11	8	7	16	<b>85</b>
	2019	13	8	18	12	10	7	9	16	<b>93</b>
	2020	12	8	16	12	12	6	11	13	<b>90</b>
		10	8	16	10	9	8	11	7	<b>79</b>

Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2016–2021 гг.

<sup>a</sup> В оценочном периоде 2022 года Исламская Республика Иран была перемещена из региона Ближнего Востока и Северной Африки в Азиатско-Тихоокеанский регион.

Примечание: некоторые страны опубликовали данные о численности людей, живущих с ВИЧ, знающих свой статус и/или получающих лечение, но не публиковали общую оценку численности людей, живущих с ВИЧ, поскольку в последнюю необходимо было включить людей, которые не знали о своем статусе и не получали лечение.

## ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Все показатели прогресса в этом отчёте основаны на национальных оценках численности людей, живущих с ВИЧ, с использованием модели Spectrum. В раунде данные 2022 года о численности людей, живущих с ВИЧ, оценивались в 172 из 193 стран и территорий. Эти 172 страны представляют 99% всего населения мира. Оценки числа людей, живущих с ВИЧ, были опубликованы для 140 из 172 стран. Эти 140 стран с утверждёнными и опубликованными оценками представляют 91% оценочного числа людей, живущих с ВИЧ, в 2021 году.

## ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, О СВОЁМ СТАТУСЕ

Численность людей, живущих с ВИЧ, которые знают свой статус, оценивалось с течением времени с использованием эпиднадзора за случаями ВИЧ, программных данных и данных национально репрезентативных обследований определённых групп населения. В тех случаях, когда данные были доступны отдельно по детям (в возрасте от 0 до 14 лет) и взрослым (в возрасте 15 лет и старше, в разбивке по полу), показатели рассчитывались с разбивкой по возрасту и полу, а затем агрегировались для получения национальных показателей.

Страны за пределами Африки к югу от Сахары, в которых не проводились национальные обследования домохозяйств, оценили число людей, живущих с ВИЧ, которые знали свой ВИЧ-статус, на основе данных из уведомлений о случаях ВИЧ-инфекции и реестров программ. Некоторые страны с концентрированной эпидемией использовали данные уведомлений напрямую, если их система эпиднадзора за ВИЧ функционировала с 2015 года или дольше, и они могли вычесть из общего числа диагностированных людей тех, кто умер, эмигрировал или иным образом был потерян для последующего наблюдения. Однако, если в этом расчёте число людей с ВИЧ, которые знали о своём ВИЧ-статусе, оценивалось как меньшее, чем число людей, получающих антиретровирусную терапию, сообщаемое значение исключалось, поскольку оно могло быть потенциально неверным из-за одной из нескольких распространённых погрешностей. Например, страна может недооценивать численность людей, живущих с ВИЧ, которые знают о своём ВИЧ-статусе, если не обо всех диагностированных людях своевременно сообщается в систему эпиднадзора. И наоборот, показатель завышается, если люди регистрируются или указываются в отчётах более одного раза, и такие дубликаты не обнаруживаются, или если люди умирают или эмигрируют, но данные о них не удаляются из системы. Такая завышенная оценка численности людей, живущих с ВИЧ, которые знают о своём ВИЧ-статусе, была обычным явлением в предыдущие годы (до 2015 года).

В качестве альтернативы страны с концентрированной эпидемией могут оценивать знание статуса в рамках своей общей эпидемической оценки с помощью модели CSAVR, которая оценивает заболеваемость, знание статуса и охват антиретровирусной терапией на основе уведомлений о случаях заболевания и смерти.

Большинство стран Восточной и Южной Африки, а также Западной и Центральной Африки оценили показатель осведомлённости о ВИЧ-статусе у взрослых с помощью инструмента Shiny90, поддерживаемого ЮНЭЙДС (2). Эта математическая модель согласуется с данными национальных опросов населения о доле респондентов, живущих с ВИЧ и свободных от ВИЧ, которые когда-либо проходили тестирование на ВИЧ, в дополнение к данным программы услуг по тестированию на ВИЧ о годовом числе проведённых тестов на ВИЧ и числе положительных тестов, и результатов модели Spectrum (2).

Оценка уровня осведомлённости о своём ВИЧ-статус, полученная от Shiny90, имеет больше преимуществ, чем показатель, полученный непосредственно из опросов населения или данных, собранных в ходе программ. Построение истории заболеваемости ВИЧ и тестирования населения с течением времени позволяет скорректировать результирующую тенденцию в осведомлённости с учётом известных систематических ошибок в отчётах о знании ВИЧ-статуса в обследованиях домохозяйств и учитывать повторное тестирование и повторную диагностику среди обычных программных данных о ежегодных диагнозах ВИЧ (3, 4). Оценки Shiny90 отличают людей, живущих с ВИЧ, которые прошли тест на ВИЧ после сероконверсии и поэтому знают о своём ВИЧ-статусе, от тех, у кого сероконверсия произошла после их последнего отрицательного теста на ВИЧ. Различие основано на национальной тенденции заболеваемости, рассчитанной в Spectrum. Shiny90 оценивает знание статуса по полу и возрасту, предполагая, что соотношение показателей тестирования взрослых мужчин и женщин остаётся относительно постоянным с 2010 года. Результаты включают дополнительные показатели, такие как процент людей, у которых диагноз был поставлен в течение года, и число людей (по ВИЧ-статусу), прошедших повторное тестирование.

Требуется осторожность в оценке осведомлённости о своём статус, если последнее обследование определённых групп населения проводилось более пяти лет назад или при наличии сомнений относительно точности истории тестирования со слов респондентов.

И Shiny90, и CSAVR оценивают осведомлённость о ВИЧ-статусе только для взрослых в возрасте от 15 лет и старше. ЮНЭЙДС рекомендует странам проводить консервативную оценку осведомлённости о статусе среди детей как долю детей, живущих с ВИЧ, получающих лечение, за исключением случаев, когда доступны надёжные данные эпиднадзора (с учётом совокупных диагнозов и смертности, эмиграции и потери для последующего наблюдения).

## **ЛЮДИ, ПОЛУЧАЮЩИЕ ДОСТУП К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

Глобальные и региональные показатели численности людей, получающих антиретровирусную терапию, извлекаются из представленных странами программных данных с помощью поддерживаемого ЮНЭЙДС программного обеспечения Spectrum и инструмента отчётности Глобального мониторинга эпидемии СПИДа. В 2022 году 134 страны открыто сообщили о числе получавших лечение в 2021 году (охватывая 95% расчётного числа людей, получающих лечение); в период с 2015 по 2021 год 152 страны имели как минимум одну общедоступную оценку числа людей, получающих лечение. Для нескольких стран, которые не сообщали о числе людей, получающих лечение за все годы, — в основном в Западной и Центральной Европе и Северной Америке, а также в Бразилии, Японии и Республике Корея — число людей, получающих лечение, оценивалось либо в консультации с органами общественного здравоохранения, агентством, ответственным за мониторинг национальной программы лечения, или на основании опубликованных и онлайн-источников.

В партнёрстве с ЮНИСЕФ, ВОЗ, ПЕПФАР и его агентствами, Глобальным фондом и другими партнёрами, которые поддерживают предоставление лечебных услуг в странах, ЮНЭЙДС ежегодно проверяет и валидирует число находящихся на лечении человек, о которых страны сообщают ЮНЭЙДС через инструменты Глобального мониторинга эпидемии СПИДа и Spectrum. Тем не менее, при этом может быть завышено число людей, получающих лечение, если о людях, которые переводятся из одного учреждения в другое, сообщают оба учреждения. Таким же образом и данные охвата могут быть завышены, если люди, которые умерли, вышли из схемы лечения или эмигрировали, должным образом не идентифицированы и не удалены из реестров лечения. И наоборот, число людей, получающих лечение, иногда занижается, если не все клиники полностью или своевременно сообщают об их числе.

ЮНЭЙДС и другие международные партнёры поддерживают страны в проверке точности данных о числе людей, которые, как сообщается, в настоящее время проходят лечение.



## ЛЮДИ, ДОБИВШИЕСЯ ПОДАВЛЕНИЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ

Прогресс в достижении цели подавления вирусной нагрузки у людей, получающих лечение, и в процентном отношении ко всем людям, живущим с ВИЧ, оценивался на основе данных, представленных в Spectrum, и с помощью инструмента отчётности Глобального мониторинга эпидемии СПИДа. Для отчётности порог подавления принят при уровне вирусной нагрузки менее 1000 копий на мл. Некоторые страны могут устанавливать более низкие пороговые значения для идентификации человека с неопределяемой вирусной нагрузкой, и если страна сообщала о таком более низком пороговом значении, ЮНЭЙДС добавляла к стране скорректированную оценку числа людей, которые имели бы подавленную нагрузку при 1000 копий на мл к нижнему пороговому значению людей с подавленной нагрузкой, указанному в отчёте по стране. В Руководстве по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа эта корректировка описана подробно. В руководстве также указано, что следует представлять только результаты последнего теста человека за отчётный год, поэтому сообщаемые цифры представляют людей, прошедших тестирование и имеющих подавленную нагрузку, а не проведённые тесты (1).

Странам предлагается сообщать о результатах подавления вирусной нагрузки за все годы, независимо от степени охвата тестированием. Однако ЮНЭЙДС публикует результаты тестирования на вирусную нагрузку только для стран и за годы, которые считаются репрезентативными для всех людей, получающих лечение по всей стране, — как правило, если тестирование прошли не менее 50% пролеченных. Для стран и лет с репрезентативными на национальном уровне, но не универсальными данными о подавлении вирусной нагрузки, указанная доля лиц с подавленной вирусной нагрузкой среди тех, кто прошёл тестирование на вирусную нагрузку (т.е. третья цель «95»), умножалась на общее число получающих лечение для оценки общего числа людей с подавленной вирусной нагрузкой.

В таблице 14.3 показано число стран с надёжной оценкой подавления вирусной нагрузки; оно увеличилось с 66 стран в 2017 году до 79 к 2022 году. В некоторых странах охват тестированием на вирусную нагрузку в 2020 и/или 2021 году был ниже, чем в 2019 и/или 2020 году, часто из-за пандемии COVID-19 и связанных с ней сбоев или задержек в предоставлении медицинских услуг и отчётности.

Существует ряд проблем при использовании представленных странами данных для мониторинга целевого показателя подавления вирусной нагрузки. Во-первых, рутинное тестирование на вирусную нагрузку может быть предложено не во всех лечебных учреждениях, а те учреждения, которые проводят тестирование, могут не быть репрезентативными для учреждений без тестирования на вирусную нагрузку. Несмотря на эту неопределённость, мы предполагаем, что процент людей с подавленным заболеванием среди тех, кто имеет доступ к тестированию на вирусную нагрузку, репрезентативен для всех людей, получающих лечение.

Во-вторых, ЮНЭЙДС просит страны сообщать только результаты рутинных тестов на вирусную нагрузку: если страны сообщают результаты тестов, проведённых в основном из-за предполагаемого неэффективного лечения, показатель числа людей с подавленной вирусной нагрузкой в этих странах будет занижен. ЮНЭЙДС проверяет качество представленных странами данных, но не всегда возможно выявить случаи проведения как рутинных, так и других типов тестирования.

Наконец, руководство ЮНЭЙДС рекомендует сообщать результаты теста на вирусную нагрузку только для людей, получающих антиретровирусную терапию. Лица, не находящиеся на лечении, и имеющие подавление вируса естественным образом, не будут учтены в этом показателе.

## **МЕТОДЫ ПОЛУЧЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ И ГЛОБАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ В ОТНОШЕНИИ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ «95–95–95»**

Все данные программы, представленные в ЮНЭЙДС, были проверены ЮНЭЙДС и её партнёрами перед публикацией. Представленные странами данные, которые не соответствовали стандартам качества ни на уровне показателей, ни по каскаду лечения, не были включены в составные региональные или глобальные показатели. К ним относятся, например, результаты тестирования на вирусную нагрузку в течение многих лет, охватывающие менее 50% людей, получавших лечение.

Чтобы оценить региональный и глобальный прогресс в отношении целей «95–95–95» для взрослых, ЮНЭЙДС рассчитала отсутствующие или некачественные данные по странам для первого и третьего целевого показателя «95», используя модель Байеса, основанной на региональных тенденциях (или, если региональные тенденции малочисленны, глобальных тенденциях), половых различиях и данных по конкретной стране из тех, которые представили данные за некоторые, но не за все годы. Приведены верхние и нижние пределы глобальных и региональных оценок каскада тестирования и лечения ВИЧ, которые отражают неопределённость в численности людей, живущих с ВИЧ, и неопределённость (из-за отсутствующих данных по стране) в численности людей, которые знают о своём ВИЧ-статусе, и численности людей с подавленной вирусной нагрузкой. Эти диапазоны не охватывают неопределённость в отношении людей, зарегистрированных в стране, которые знают свой ВИЧ-статус, прошли тестирование на вирусную нагрузку и/или имеют подавленную вирусную нагрузку. Подробная информация о подходе к моделированию доступна в других источниках (5).

В Таблице 14.3 показана доля людей, живущих с ВИЧ, которым вменяется знание о ВИЧ-статусе и подавление вирусной нагрузки, в отличие от сообщаемых или оцениваемых показателей по стране за период с 2015 по 2021 год. Как правило, условно исчисленная доля со временем уменьшалась по мере того, как всё больше стран представляли качественные данные. В некоторых регионах (например, в Западной и Центральной Европе и Северной Америке) увеличилась доля стран с расчётным уровнем осведомлённости о статусе или подавления вирусной нагрузки в 2020 или 2021 году, поскольку последние данные все ещё пересматривались на предмет колебаний из-за COVID-19.

Многие страны до сих пор не могут сообщить данные о каскаде тестирования и лечения или элементах каскада. Это особенно верно в отношении подавления вирусной нагрузки, по которому сообщаемые данные в некоторых регионах, особенно до 2017 года, ограничены. Например, охват тестированием на вирусную нагрузку в Западной и Центральной Африке и Карибском бассейне оставался низким до 2018 года. В Азиатско-Тихоокеанском регионе национальные оценки подавления вирусной нагрузки в Индии и Китае сообщались в ЮНЭЙДС только с 2018 года, при этом Индия достигла требуемого минимального 50-процентного охвата тестированием среди пациентов, получающих антиретровирусную терапию, только с 2020 года.

**Таблица 14.3** Расчётная доля людей, живущих с ВИЧ, условно знающих свой статус, и расчётная доля людей, получающих лечение, условно имеющих подавленную вирусную нагрузку, 2015–2020 гг.

ИНДИКАТОР	ГОД	АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН <sup>a</sup>	КАРИБСКИЙ БАССЕЙН	ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА	ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ	ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА	БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА	ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА	ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА	В МИРЕ
Расчётная доля людей, живущих с ВИЧ, условно знающих свой статус	2015	73	15	0	6	18	13	0	32	<b>13</b>
	2016	73	14	0	6	14	13	0	4	<b>11</b>
	2017	29	13	0	6	9	12	0	17	<b>6</b>
	2018	22	13	0	6	2	12	0	10	<b>4</b>
	2019	22	13	0	6	2	12	0	13	<b>4</b>
	2020	11	12	0	6	6	12	0	83	<b>7</b>
	2021	11	12	0	6	6	0	0	97	<b>8</b>
Расчётная доля людей, получающих лечение, условно имеющих подавленную вирусную нагрузку	2015	91	81	44	73	26	34	98	25	<b>50</b>
	2016	91	78	40	7	24	33	97	13	<b>46</b>
	2017	88	57	28	6	16	34	82	18	<b>37</b>
	2018	25	2	0	4	15	19	14	21	<b>7</b>
	2019	17	1	0	3	17	19	14	16	<b>6</b>
	2020	10	0	0	3	13	10	1	83	<b>8</b>
		2	0	0	76	13	7	1	97	<b>10</b>

Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2016–2021 гг.

<sup>a</sup> В оценочном периоде 2022 года Исламская Республика Иран была перемещена из региона Ближнего Востока и Северной Африки в Азиатско-Тихоокеанский регион.

## ЧАСТЬ 3. ДАННЫЕ О КЛЮЧЕВЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ

### РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ

Распределение новых случаев ВИЧ-инфекции среди категорий населения во всем мире и по регионам было оценено на основании сведений по 178 странам с использованием четырёх источников данных. Базовое общее число новых случаев ВИЧ-инфекции для каждой страны оценивается с помощью Spectrum (для 172 стран) или новых диагнозов, зарегистрированных в стране. Используются данные по мужчинам и женщинам в возрасте от 15 до 49 лет.

Для стран, которые моделируют свою эпидемию ВИЧ на основе данных по категориям населения, включая ключевые группы населения, число новых случаев инфекции было получено из файлов Spectrum 2022. Этот источник предоставил данные по секс-работникам из 55 стран, по людям, употребляющим наркотики инъекционным путём, из 46 стран, по геем и другим мужчинам, практикующим секс с мужчинами, из 63 стран, а также по трансгендерам из 23 стран (все они были из Латинской Америки, Карибского бассейна, Западной и Центральной Европы и Северной Америки, а также Азиатско-Тихоокеанского региона).

Отчёты на основании модели инцидентности, отчёты GOALS или Optima были доступны для 31 страны и содержали информацию о распределении новых случаев инфекции в соответствующих регионах Восточной и Южной Африки, Западной и Центральной Африки и Гаити.

Новые случаи инфицирования ВИЧ среди ключевых групп населения в странах Западной и Центральной Европы были основаны на отчёте ECDC и Европейского регионального бюро ВОЗ по эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом в Европе в 2021 году (данные за 2020 год) (6). Мы применили доли новых диагнозов в каждой группе населения (люди, употребляющие наркотики инъекционным путём, геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, и трансгендеры) в каждом регионе Европы (западном, центральном и восточном) к полученным с помощью UNAIDS Spectrum оценкам новых случаев ВИЧ-инфекции в каждой стране.

Данные по секс-работникам не были доступны в отчёте ECDC. Новые случаи ВИЧ-инфекции в Канаде, Китае, Российской Федерации и США взяты из самых последних доступных национальных отчётов о новых диагнозах с разбивкой по категориям населения или из других опубликованных источников.

Новые случаи ВИЧ-инфекции оценивались следующим образом: доля новых случаев инфицирования среди каждой подгруппы рассчитывалась путём деления оценок Spectrum (или других) на общее число новых случаев инфицирования ВИЧ в каждой стране. Медиана этих долей для каждого региона ЮНЭЙДС была рассчитана и применена к общему числу новых случаев инфицирования во всех странах этого региона. Произведения подсчитывались для каждой популяции в каждом регионе. В глобальном масштабе 92 страны произвели расчётные оценки для секс-работниц, 72 страны – для людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, 42 страны – для мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, и 139 стран – для трансгендеров.

Новые случаи инфицирования среди половых партнёров из ключевых групп населения оценивались с использованием региональных оценок числа половых партнёров за последний год и вероятностей передачи из опубликованной литературы. К ним относятся сексуальные партнёры людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, половые партнёры-женщины геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, супруги/постоянные сексуальные партнёры секс-работников, клиенты секс-работников и супруги/постоянные половые партнёры клиентов секс-работников.

Распределение новых случаев инфицирования среди ключевых групп населения основано на страновой оценке Spectrum. Национальные оценки Spectrum дают общее число новых случаев инфицирования среди людей в возрасте от 15 до 49 лет. Что касается всех результатов Spectrum, все исторические и текущие оценки пересчитываются ежегодно, поэтому временные тенденции могут быть получены только на основе оценки текущего года. Сравнение опубликованных результатов Глобального бюллетеня по СПИДу за 2022 год с любым более ранним отчётом, в котором использовались устаревшие оценки, не обеспечит статистической достоверности.

Для текущего обновления анализа, ориентированного на данные и оценки за 2021 год, есть несколько важных изменений.

1. Исламская Республика Иран была перемещена из региона Ближнего Востока и Северной Африки. Сейчас это часть Азиатско-Тихоокеанского региона.
2. Дополнительные усилия были предприняты в Западной и Центральной Африке, а также в Восточной и Южной Африке для получения и использования анализов различных путей передачи для оценки распределения новых случаев инфицирования среди ключевых групп населения в этих странах. Были включены только данные с опубликованными отчётами («серая» или рецензируемая литература). Это обеспечивает наличие более полных данных из большего числа стран в этих регионах, чем было доступно ранее, что приводит к изменениям в результатах по сравнению с предыдущими раундами оценок. Это дополнительная причина не рассматривать анализ различных оценок и раунды глобальных отчётов как источники, отражающие действительную тенденцию.

## РАСЧЁТ ОХВАТА ДКП ДЛЯ ВИЧ-ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ

Глобальные и региональные целевые показатели ДКП для мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, и трансгендеров были установлены рабочей группой по установлению целей ЮНЭЙДС при поддержке Avenir Health. Целевые показатели были установлены с использованием имеющихся данных о численности ключевых групп населения и их относительной уязвимости для 118 стран. Были включены дополнительные страновые целевые показатели от Sabin, Loo, Jacobson и Mar (ожидается публикация), чтобы охватить максимум 166 стран для мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, 123 страны для людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, и 132 страны для трансгендеров.

Глобальные и региональные целевые показатели по использованию ДКП секс-работниками были рассчитаны для 184 стран на основе оценок численности населения, представленных GAM за последние годы, из которых были вычтено число секс-работников, живущих с ВИЧ. Каждая оценочный показатель был классифицирован с точки зрения давности, географической адекватности и адекватности методов с использованием критериев, описанных в публикации Sabin et al (Sabin, Keith & Zhao, Jinkou & Calleja, Jesus & Sheng, Yaou & Garcia, Sonia & Reinisch, Annette & Komatsu, Ryuichi) 2016 года «Доступность и качество оценок числа секс-работниц, мужчин, практикующих секс с мужчинами, людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, и трансгендерных женщин в странах с низким и средним уровнем доходов». PLoS ONE. 11. 10.1371/journal.pone.0155150). Адекватные общенациональные оценки использовались для определения доли каждой ключевой группы населения среди взрослых (15–49 лет) в регионах ЮНЭЙДС, согласно оценке, приведённой в докладе ООН «Мировые демографические перспективы на 2021 год» (World Population Prospects 2021). Региональные пропорции использовались для расчёта значений по конкретной стране, которые суммировались для получения регионального оценочного показателя для каждой ключевой группы населения. Для секс-работников число людей, живущих с ВИЧ, по странам было рассчитано путём умножения самых последних значений о распространённости ВИЧ (2017–2021 годы), зарегистрированных с помощью GAM, на расчётную оценку численности населения страны. Для стран, которые не сообщали о распространённости ВИЧ среди секс-работников в последние годы, использовалось среднее значение по региону. Целевой показатель по использованию ДКП секс-работниками был рассчитан путём вычитания регионального числа секс-работников, живущих с ВИЧ, из оценочного числа секс-работников в регионе.

Для всех ключевых групп населения оценки охвата ДКП были сделаны с использованием общенациональных отчётов об использовании ДКП для конкретных ключевых групп (число людей, которые хотя бы один раз в течение отчётного периода получили какие-либо услуги ДКП), разделённых на оценочную численность уязвимого населения, которому была бы полезна ДКП.

## КАЧЕСТВО ОЦЕНОК ЧИСЛЕННОСТИ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

В региональные разделы этого отчёта включены таблицы с оценкой численности ключевых групп населения. Предполагаемый размер ключевых групп относится к значениям, сообщаемым в рамках Глобального мониторинга эпидемии СПИДа только с 2018 года. В ходе этих раундов отчётности был проведён всесторонний пересмотр данных, поэтому оценки не следует сравнивать с данными, представленными в предыдущих докладах ЮНЭЙДС. Представленные оценки пересматриваются по мере их поступления и классифицируются для надлежащего использования. Существуют следующие категории:

- «Национальная оценочная численность населения» относится к оценкам, которые получены эмпирическим путём с использованием одного из следующих методов: множитель, метод двойного охвата, районирование/перепись, метод масштабирования сети (NSUM) или исследование групп населения, либо последовательная выборка по респондентам (RDS-SS). Оценки должны быть национальными или получены с нескольких участков с чётким подходом к экстраполяции относительно национальной оценки.
- «Локальная оценочная численность населения» относится к оценкам, которые получены эмпирическим путём с использованием одного из ранее упомянутых методов, но только для субнациональных объектов, которых недостаточно для экстраполяции до национального уровня.
- Формулировка «Недостаточно данных» относится либо к оценкам, полученным на основе мнений экспертов, метода Дельфи, "мудрости толпы", программных результатов или реестра, региональных контрольных показателей или неизвестных методов, либо оценок, полученных до 2017 года. Оценки могут быть национальными, а могут и не быть таковыми.

## ЧАСТЬ 4. СУБНАЦИОНАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ ПО ВИЧ ДЛЯ СТРАН АФРИКИ К ЮГУ САХАРЫ

Оценки по ВИЧ на субнациональном уровне были получены с использованием модели Наоми для 38 стран Африки к югу от Сахары и одной страны Карибского бассейна, в которых было проведено одно или несколько репрезентативных серологических исследований населения (см. Таблицу 14.4).

**Модель NAOMI:** эта модель использует оценку небольшой территории для совместного моделирования распространённости ВИЧ, числа людей, живущих с ВИЧ, охвата антиретровирусной терапией и заболеваемости ВИЧ. Модель объединяет данные субнационального уровня о нескольких результатах из нескольких источников в байесовской статистической модели. В ней используются данные общенациональных исследований населения, а также данные об антиретровирусной терапии и женском тестировании для получения достоверных показателей бремени ВИЧ на субнациональном уровне. Модель предоставляет оценки и области неопределённости для нескольких индикаторов (включая распространённость ВИЧ, число людей, живущих с ВИЧ, охват антиретровирусной терапией, заболеваемость ВИЧ и новые случаи инфицирования) по полу, возрастным группам с разбивкой на 5-летние периоды и субнациональному уровню.



Модель даёт оценки в трех временных точках: год последнего исследования населения, год последнего раунда национальных оценок по ВИЧ (2021) и краткосрочные, годовые прогнозы для целей планирования программ по ВИЧ. Оценки численности населения на субнациональном уровне с разбивкой по полу и возрастным группам получены из согласованных источников в каждой стране и скорректированы для соответствия популяциям, используемым в Spectrum, по полу и возрастным группам.

Перекрыстные оценки распространённости ВИЧ, охвата антиретровирусной терапией и заболеваемости ВИЧ производятся в центральной точке последнего репрезентативного национального обследования домохозяйств. Что касается распространённости ВИЧ, модель откалибрована с учётом данных исследования распространённости ВИЧ по субнациональному уровню, полу и возрастным группам с разбивкой на 5-летние периоды из самого последнего демографического обследования населения — медико-демографического исследования или оценки воздействия эпидемии ВИЧ на различные группы населения (PHIA). Поскольку размер выборки для исследования в каждом субнациональном районе относительно невелик, то взятые из национальной системы информации о здравоохранении и регулярно представляемые данные о распространённости ВИЧ среди беременных женщин, впервые посещающих родовые учреждения, используются для улучшения оценок пространственной картины распространённости ВИЧ.

Охват антиретровирусной терапией с разбивкой по регионам, возрасту и полу оценивается на основе данных обследований определённых групп населения по наличию антиретровирусных биомаркеров у ВИЧ-положительных респондентов. Регулярно сообщаемые данные об охвате беременных женщин антиретровирусной терапией до их первого посещения родовой клиники используются в качестве ковариаты для пространственной картины охвата антиретровирусной терапией. Данные охвата антиретровирусной терапией и распространённости ВИЧ также откалиброваны таким образом, чтобы общее число людей, получающих антиретровирусную терапию, соответствовало отчёту в национальном файле Spectrum.

Трудности при оценке охвата лечением в субнациональных районах заключается в том, что люди могут получить доступ к услугам антиретровирусной терапии в районе, отличном от их места жительства (например, если соответствующие учреждения расположены ближе или предоставляют более качественные услуги). Модель учитывает вероятность того, что люди, живущие с ВИЧ, получают доступ к антиретровирусной терапии в соседнем субнациональном районе. Предварительное предположение состоит в том, что большинство людей, живущих с ВИЧ, получают доступ к антиретровирусной терапии в районе своего проживания, но эта вероятность может варьироваться в зависимости от данных субнационального района о числе людей, получающих антиретровирусную терапию, по сравнению с данными распространённости ВИЧ, охвата антиретровирусной терапией и численности населения.

Прямые оценки заболеваемости ВИЧ на субнациональном уровне недоступны. В то время как в ряде недавних обследований домохозяйств заболеваемость ВИЧ измерялась на национальном уровне на основании показателей биомаркеров недавних случаев ВИЧ-инфекции, в части районов зафиксировано слишком мало недавних случаев инфицирования, чтобы сгенерировать достоверную оценку. Поэтому для оценки заболеваемости ВИЧ на субнациональном уровне коэффициент передачи ВИЧ рассчитывается по оценкам Spectrum и применяется к оценкам распространённости ВИЧ и охвата антиретровирусной терапией в небольших областях каждого субнационального района. Распределение по полу и возрасту в каждом субнациональном районе основано на коэффициентах заболеваемости по данным национального файла Spectrum страны, применённых к структуре населения каждого района.

Модель проецирует данные последнего обследования домохозяйств на текущий период, создавая одноэтапный прогноз по населению до 2021 года. Оценки численности групп населения корректируются с учётом официальных данных о численности населения. Число людей, живущих с ВИЧ, прогнозируется на основании оценок выживаемости по провинциям, полу и возрастным группам из Spectrum за тот же период (который учитывает прогрессирование ВИЧ-инфекции и влияние охвата антиретровирусной терапией, снижая смертность от СПИДа). Данные охвата антиретровирусной терапией обновляются в зависимости от числа людей, получавших лечение в 2021 году на основании данных о предоставлении услуг.

**Таблица 14.4** Страны, использующие модель NAOMI для формирования оценок на субнациональном уровне

№	СТРАНА	№	СТРАНА
1	Ангола	21	Кения
2	Бенин	22	Лесото
3	Ботсвана	23	Либерия
4	Буркина-Фасо	24	Малави
5	Бурунди	25	Мали
6	Камерун	26	Мозамбик
7	Центральноафриканская Республика	27	Намибия
8	Чад	28	Нигер
9	Конго	29	Нигерия
10	Кот-д'Ивуар	30	Руанда
11	Демократическая Республика Конго	31	Сан-Томе и Принсипи
12	Экваториальная Гвинея	32	Сенегал
13	Эсватини	33	Сьерра-Леоне
14	Эфиопия	34	ЮАР
15	Габон	35	Танзания
16	Гамбия	36	Того
17	Гана	37	Уганда
18	Гвинея	38	Замбия
19	Гвинея-Бисау	39	Зимбабве
20	Гаити		

## ЧАСТЬ 5. ОЦЕНКИ СООТНОШЕНИЯ ГРУПП РИСКА ПО ВИЧ ДЛЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Частота поведения, связанное с риском инфицирования ВИЧ, и обусловленная им заболеваемость ВИЧ на субнациональном уровне среди девочек-подростков и молодых женщин были оценены в 13 странах Африки к югу от Сахары (8). Были проанализированы данные национальных обследований домохозяйств с геопространственной привязкой за 1999–2018 годы в 13 приоритетных странах Глобального фонда в Африке к югу от Сахары. Респонденты женского пола в возрасте от 15 до 24 лет были разделены на четыре группы риска (сексуально неактивные, сожительствующие, имеющие непостоянных или множественных партнёров и секс-работницы) на основе сообщений о сексуальном поведении

в байесовской пространственно-временной полиномиальной регрессионной модели, чтобы оценить долю девочек-подростков и молодых женщин в каждой группе риска с разбивкой по районам, годам и возрасту с разбивкой по пятилетним периодам. Оценки распространённости и заболеваемости ВИЧ на субнациональном уровне по модели NAOMI использовались вместе с коэффициентами заболеваемости для каждой группы риска с целью оценки числа новых случаев инфицирования и уровня заболеваемости для каждого района, возраста и группы риска.

## ЧАСТЬ 6. ОЦЕНОЧНЫЕ ТАБЛИЦЫ ЗАКОНОВ И ПОЛИТИКИ

Оценочные таблицы по региональным законам и политике были составлены на основе данных, представленных странами в рамках Инструмента Национальных обязательств и мер реализации политики, который является компонентом Глобального мониторинга эпидемии СПИДа, с 2017 до 2022 год. (1).

Данные, представленные странами через Инструмент Национальных обязательств и мер реализации политики, проходят рассмотрение ЮНЭЙДС. В ходе этого процесса ЮНЭЙДС обращается к национальным координаторам по Глобальному мониторингу эпидемии СПИДа за разъяснениями или для пересмотра данных, представленных с помощью этого инструмента.

Данные, представленные через Инструмент Национальных обязательств и мер реализации политики, были дополнены данными, полученными из других источников, включая глобальные базы данных и первичные источники.

## ЧАСТЬ 7. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЮНЭЙДС

Региональное определение Азиатско-Тихоокеанского региона, Ближнего Востока и Северной Африки изменилось в 2022 году, и Исламская Республика Иран была перемещена из региона Ближнего Востока и Северной Африки в Азиатско-Тихоокеанский регион. Все представления данных, включая исторические тенденции, теперь используют это новое региональное определение.

### Азиатско-Тихоокеанский регион

Афганистан
Австралия
Бангладеш
Бутан
Бруней-Даруссалам
Камбоджа
Китай
Корейская Народно-Демократическая Республика
Фиджи
Индия
Индонезия
Иран
Япония

Лаос
Малайзия
Мальдивы
Монголия
Мьянма
Непал
Новая Зеландия
Пакистан
Папуа — Новая Гвинея
Филиппины
Республика Корея
Сингапур
Шри-Ланка
Таиланд

Тимор-Лешти
-------------

Вьетнам
---------

### Карибский бассейн

Багамы
Барбадос
Белиз
Куба
Доминиканская Республика
Гайана
Гаити
Ямайка
Суринам
Тринидад и Тобаго

Восточная и Южная Африка
Ангола
Ботсвана
Коморские острова
Эритрея
Эсватини
Эфиопия
Кения
Лесото
Мадагаскар
Малави
Маврикий
Мозамбик
Намибия
Руанда
ЮАР
Южный Судан
Уганда
Танзания
Замбия
Зимбабве
ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ
Албания
Армения
Азербайджан
Беларусь
Босния и Герцеговина
Грузия
Казахстан
Кыргызстан
Черногория
Северная Македония
Молдова
Российская Федерация
Таджикистан
Туркменистан
Украина
Узбекистан
ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА
Аргентина
Боливия
Бразилия
Чили
Колумбия
Коста-Рика
Эквадор
Эль Сальвадор
Гватемала
Гондурас
Мексика
Никарагуа
Панама
Парагвай
Перу
Уругвай
Венесуэла

БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА
Алжир
Бахрейн
Джибути
Египет
Ирак
Иордания
Кувейт
Ливан
Ливия
Марокко
Оман
Катар
Саудовская Аравия
Сомали
Судан
Сирия
Тунис
Объединённые Арабские Эмираты
Йемен
ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА
Бенин
Буркина-Фасо
Бурунди
Камерун
Кабо-Верде
Центральноафриканская Республика
Чад
Конго
Кот-д'Ивуар
Демократическая Республика Конго
Экваториальная Гвинея
Габон
Гамбия
Гана
Гвинея
Гвинея-Бисау
Либерия
Мали
Мавритания
Нигер
Нигерия
Сан-Томе и Принсипи
Сенегал
Сьерра-Леоне
Того
ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА
Австрия
Бельгия
Болгария
Канада
Хорватия
Кипр
Чехия
Дания
Эстония

Финляндия
Франция
Германия
Греция
Венгрия
Исландия
Исландия
Израиль
Италия
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Румыния
Сербия
Словакия
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Турция
Великобритания
США
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Турция
Великобритания
США



**Глобальный доклад ЮНЭЙДС по СПИДу 2022**

---

**ЮНЭЙДС  
Объединенная Программа ООН  
по ВИЧ/СПИДу**

20 Avenue Appia  
1211 Geneva 27  
Switzerland

+41 22 791 3666

[unaids.org](https://unaids.org)