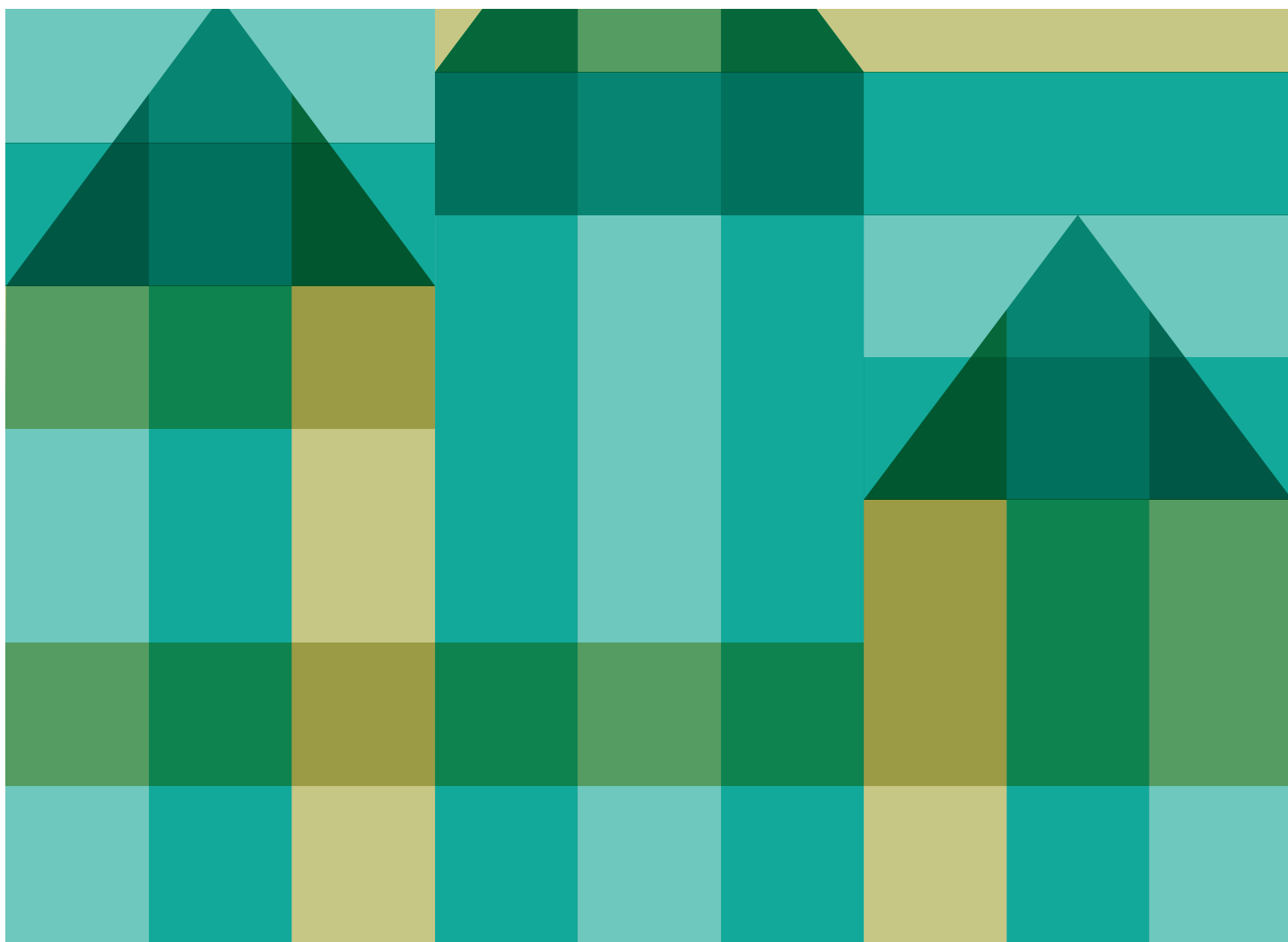


Борьба с дискриминацией

Преодоление стигматизации и дискриминации, связанных с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения и за их пределами



Содержание

Введение	2
Препятствия, вызванные стигматизацией и дискриминацией в отношении каскада услуг	4
Каскад тестирования и лечения	4
Каскад профилактических мер	16
Устранение стигматизации и дискриминации и обеспечение доступа к каскаду услуг	32
Помещение людей в медицинские центры	32
Привлечение медицинских работников	34
Создание благоприятной правовой среды для обеспечения доступа к медицинскому обслуживанию	38
Укрепление системы подотчетности здравоохранения без дискриминации	41
Настало время прекратить дискриминацию в области здравоохранения	48
Литература	50

Введение

Иррациональные страхи по поводу ВИЧ-инфекции, негативное отношение к людям, живущим с ВИЧ, и их осуждение сохраняются, несмотря на проводимые в течение десятилетий информационные кампании и другие мероприятия по повышению осведомленности общества. Люди из групп повышенного риска заражения ВИЧ сталкиваются с выраженной стигматизацией, обусловленной в том числе их полом, сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью, употреблением наркотиков или работой, связанной с оказанием услуг сексуального характера. Стигматизация людей, живущих с ВИЧ или подверженных риску заражения ВИЧ, ведет к дискриминации во всех сферах и слоях общества — начиная от государственных должностных лиц, сотрудников полиции и медицинских работников и заканчивая местом работы, школами и общинами (местными сообществами). Во многих странах дискриминационные законы и политика усиливают обстановку насилия и маргинализации. Существующая социальная стигматизация и дискриминация препятствуют обращению людей в медицинские учреждения. В результате люди оказываются не охвачены профилактическими мероприятиями, не знают свой ВИЧ-статус, не получают регулярной медицинской помощи и не соблюдают режим лечения.

«Люди, живущие с ВИЧ, сталкивающиеся с жесткой стигматизацией, связанной с этим статусом, в 2,4 раза чаще откладывают обращение за помощью до того момента, пока их состояние не станет критическим.»

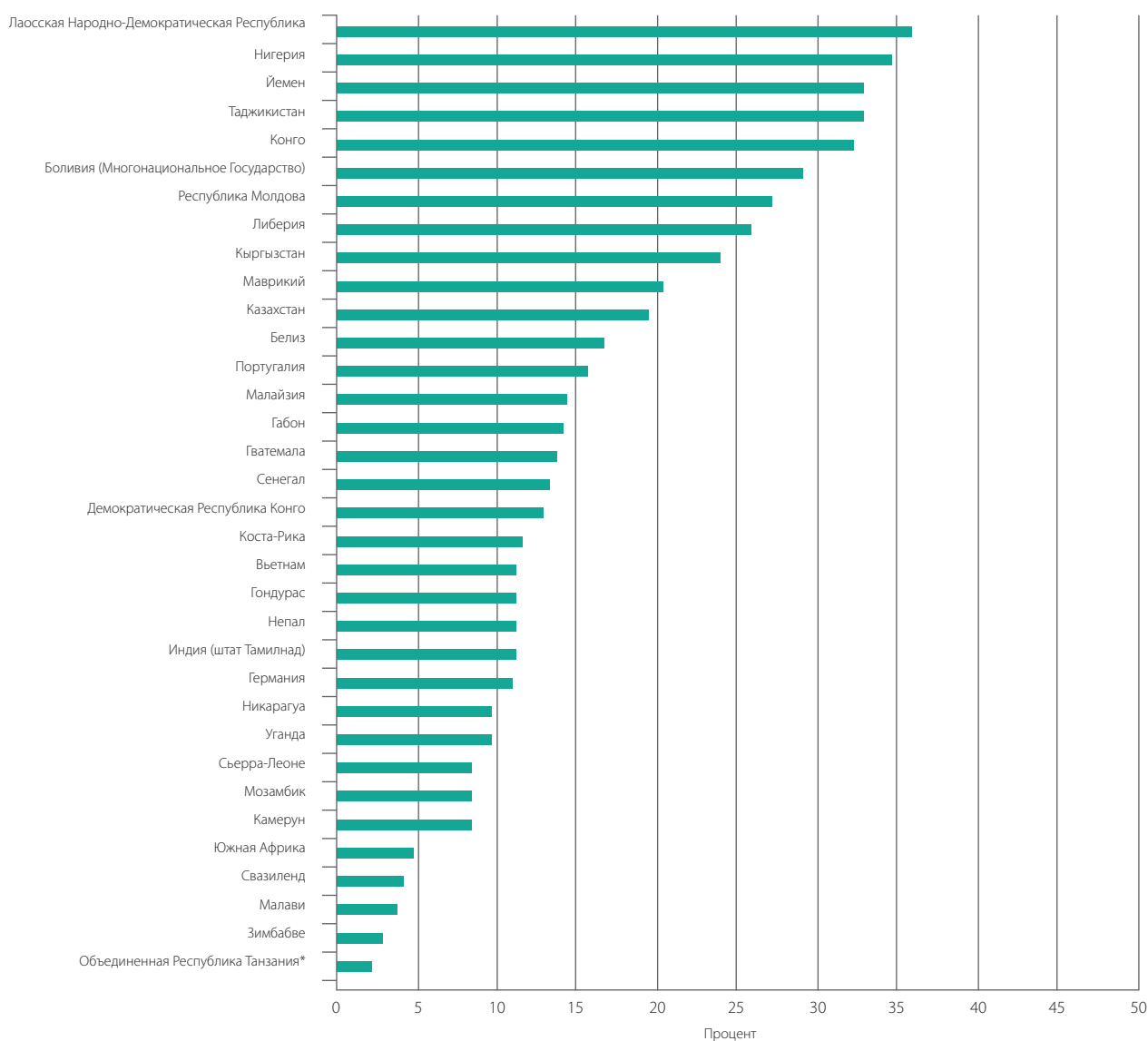
Исследования в области стигматизации и дискриминации, а также здорового образа жизни показывают, что люди, живущие с ВИЧ, сталкивающиеся с жесткой стигматизацией, связанной с этим статусом, в 2,4 раза чаще откладывают обращение за помощью до того момента, пока их состояние не станет критическим (1). В восьми странах, по которым имеются данные, более четверти людей, живущих с ВИЧ, сообщили, что они отказывались от посещения местных медицинских учреждений в предыдущие 12 месяцев из-за своего ВИЧ-статуса (рис. 1) (2). Данные опасения также препятствуют внедрению услуг по профилактике и обследованию на ВИЧ. Например, было показано, что в ряде ситуаций страх перед стигматизацией и дискриминацией в связи с ВИЧ, которые могут возникнуть в результате раскрытия информации о положительном результате теста на ВИЧ (самим человеком или кем-то другим), препятствует проведению тестирования на ВИЧ (3, 4).

В 2015 году в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года мировое сообщество обязалось к 2030 году положить конец эпидемии СПИДа как угрозе для общественного здравоохранения. Это амбициозная, но достижимая цель. В результате активизации мер по внедрению наиболее эффективных услуг по профилактике ВИЧ-инфекции и лечению людей, живущих с ВИЧ, во всем мире уже отмечено снижение случаев смерти, связанных со СПИДом, на 32% и снижение количества новых случаев инфицирования ВИЧ на 16% в период с 2010 по 2016 год, и в 2016 году впервые более половины (53%/[39—65%]) всех людей, живущих с ВИЧ, получили доступ к антиретровирусной терапии (5). Однако этими преимуществами могут воспользоваться не все, и группы, которые сталкиваются с дискриминацией, часто остаются за бортом — во многих случаях из-за дискриминации или страха перед ней, что ещё больше затрудняет им доступ к необходимым услугам. Стремление международного сообщества к ликвидации СПИДа как угрозы для общественного здравоохранения к 2030 году требует постоянных глобальных усилий по искоренению стигматизации и дискриминации, связанных с ВИЧ, наряду с более масштабными усилиями по устранению маргинализации и изоляции в сфере здравоохранения.

В этом отчете представлены последние данные о том, как из-за стигматизации и дискриминации возникают барьеры при реализации комплексных мер по профилактике, обследованию и лечению ВИЧ и снижается эффективность мер по противодействию СПИДу. В нем также описаны наиболее эффективные методы противодействия стигматизации и дискриминации, которые являются ценным ресурсом для руководителей программ, лиц, определяющих политику, поставщиков медицинских услуг и местных сообществ. Приведенные данные свидетельствуют о том, что создание моделей оказания услуг, ориентированных на интересы людей, благоприятная правовая и политическая среда, механизмы мониторинга и контроля, а также хорошая подготовка медицинских работников и других уполномоченных лиц могут способствовать вовлечению неохваченных лиц и расширению доступа к услугам.

Отказ от обращения в местные медицинские учреждения из-за ВИЧ-статуса

Рисунок 1. Процент людей, живущих с ВИЧ, которые сообщили, что они старались не обращаться в местные медицинские учреждения за последние 12 месяцев из-за их ВИЧ-статуса, страны, по которым есть данные, 2011-2016 гг.



Источник: Исследования индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ, 2011—2016 гг.

*Четыре региона, кроме Дар-эс-Салама.

Препятствия, вызванные стигматизацией и дискриминацией в отношении каскада услуг

Более глубокое понимание профилактических и терапевтических преимуществ антиретровирусных препаратов способствовало созданию каскада тестирования и лечения ВИЧ, который также известен как непрерывный процесс лечения ВИЧ-инфекции. В рамках каскада отслеживаются все этапы, начиная с тестирования на ВИЧ и до достижения длительного снижения вирусной нагрузки среди людей, живущих с ВИЧ, и формируются программы по борьбе с ВИЧ для достижения целей 90-90-90: 90% людей, живущих с ВИЧ, знают свой ВИЧ-статус, 90% людей, которые знают о своем положительном ВИЧ статусе, получают антиретровирусную терапию, и у 90% людей, получающих лечение, снижается вирусная нагрузка.

В последние годы были разработаны аналогичные каскады для реализации программ профилактики ВИЧ на местном и национальном уровнях. Например, анализ каскада профилактических мер в Индии показывает, что почти 90% женщин, работающих в секс-индустрии, получили по крайней мере одну услугу в течение последних 12 месяцев, но только с шестью из десяти связались повторно, как того требуют стандарты программы (6). За последние три месяца только 52% женщин прошли скрининговые обследования на инфекции, передающиеся половым путем (6).

Эти каскады показывают объем недоработок в оказании соответствующих услуг, и то, как все недоработки в совокупности не позволяют реализовать программы в полной мере, но, при этом, они не раскрывают причины этих недоработок. В следующих разделах описаны препятствия, обусловленные стигматизацией и дискриминацией, которые ограничивают доступ к медицинским услугам в рамках реализации мер по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ. Это могут быть юридические, социальные, политические, культурные, поведенческие или экономические препятствия, и все они влияют на доступность и приемлемость медицинских услуг для людей, живущих с ВИЧ, а также для ключевых групп населения. Борьба с этими препятствиями, снижение стигматизации и дискриминации, расширение прав и возможностей людей, нуждающихся в соответствующих услугах, будут иметь решающее значение для достижения целевых показателей охвата услугами в рамках Политической декларации Организации Объединенных Наций 2016 года о прекращении эпидемии СПИДа и в конечном итоге помогут ликвидировать СПИД как угрозу для общественного здравоохранения к 2030 году.

Каскад тестирования и лечения

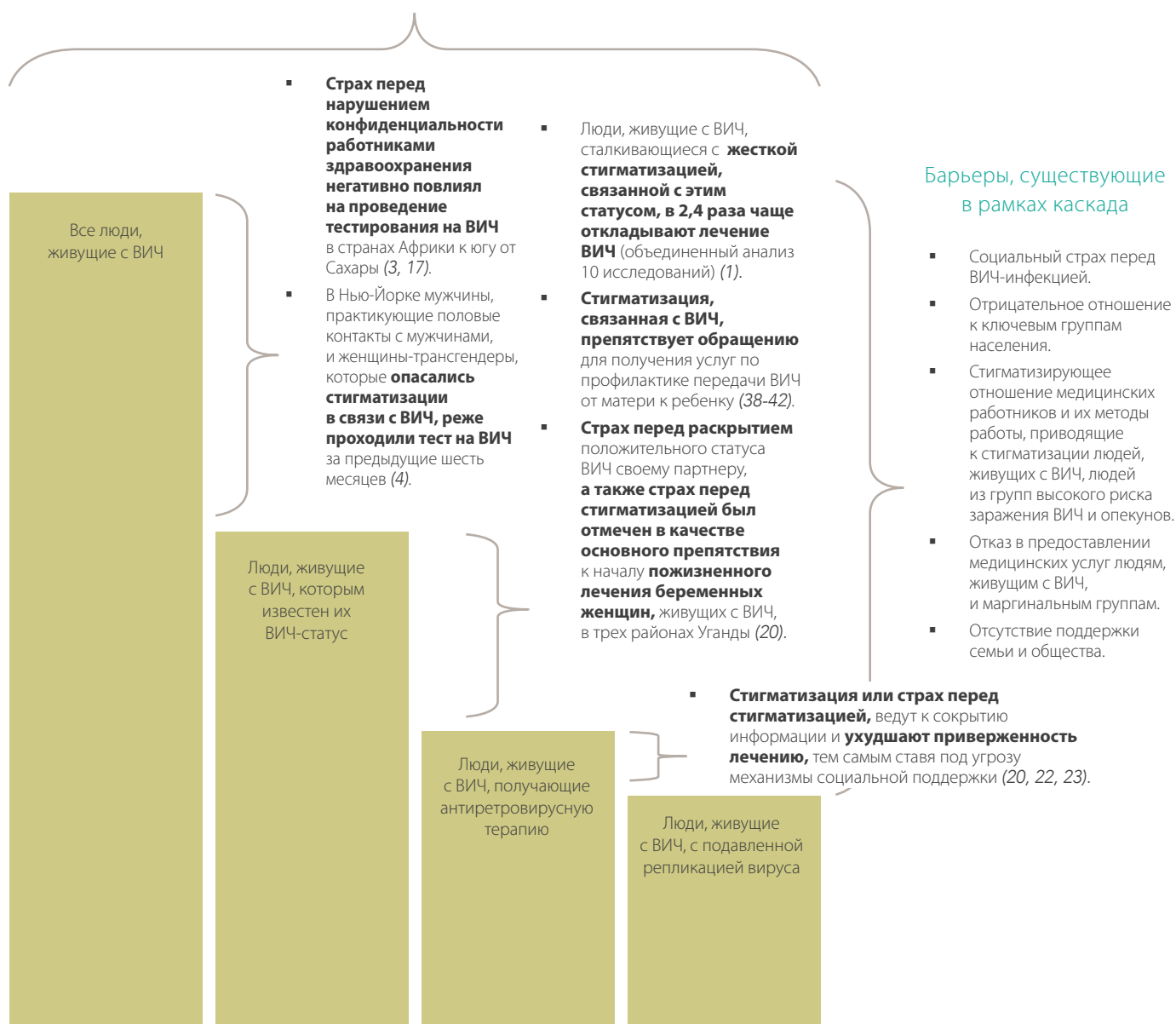
Услуги по тестированию на ВИЧ и лечению этой инфекции чаще всего предоставляются учреждениями государственной и частной систем здравоохранения. Когда в системах здравоохранения или деятельности медицинских работников проявляется стигматизирующее отношение и практикуются методы работы, приводящие к стигматизации или дискриминации людей, живущих с ВИЧ, или людей из групп высокого риска заражения ВИЧ, эти люди с меньшей вероятностью обращаются за соответствующими услугами, что препятствует усилиям по достижению целей 90-90-90 (рис. 2).

¹ Профилактические услуги могут включать, помимо прочего, предоставление презервативов, скрининговые обследования на инфекции, передающиеся половым путем, и просвещение в области сексуального и репродуктивного здоровья.

Стигматизация, дискриминация и каскад тестирования и лечения

Рисунок 2. Примеры стигматизации и дискриминации, которые являются причиной недоработок в каскаде тестирования и лечения ВИЧ

Примеры барьеров на отдельных этапах каскада

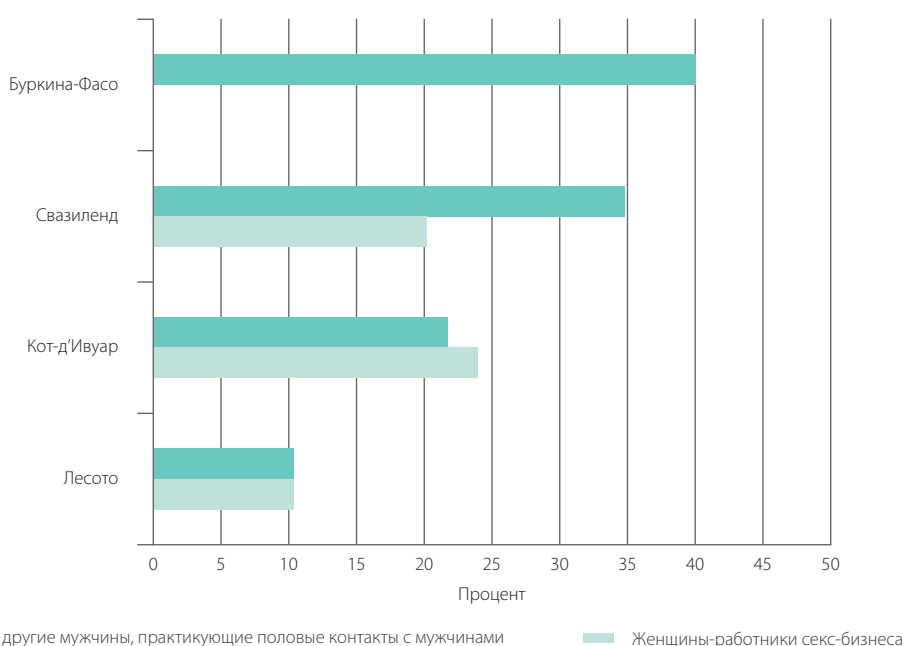


Например, в Аргентине женщины-трансгендеры, которые ранее испытывали дискриминацию в медицинских учреждениях (со стороны медицинских работников или со стороны других пациентов), в три раза чаще отказывались от медицинских услуг, чем женщины-трансгендеры, которые ранее не испытывали дискриминации в медицинских учреждениях (7). Действительно, 40,7% респондентов сообщили, что они отказались от обращения за медицинской помощью из-за своей трансгендерной идентичности (7).

Исследование, проведенное среди уличных работников секс-бизнеса в Санкт-Петербурге, Российская Федерация, показало, что 30% из них было отказано в медицинской помощи, а 58% участников отметили, что они не обращались к врачу, когда это было необходимо, потому что опасались плохого обращения (8). Аналогичным образом, женщины-работники секс-бизнеса в Кении, которые опасались негативного отношения со стороны медицинских работников, в два раза чаще отказывались от обращения за медицинскими услугами, не связанными с наличием ВИЧ-инфекции (9). Исследования в четырех странах Африки к югу от Сахары также показали, что процент людей из ключевых групп населения, живущих с ВИЧ, которые отказываются от получения медицинского обслуживания или затягивают его получение из-за страха перед осуждением со стороны медицинских работников, может быть существенным: от 10% до 40% среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, и от 10% до 23% или более у женщин-работников секс-бизнеса в Буркина-Фасо, Кот-д'Ивуаре, Лесото и Свазиленде (рис. 3) (10).

Отказ от медицинского обслуживания из-за страха перед стигматизацией

Рисунок 3. Процент мужчин-геев и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, и женщин-работников секс-бизнеса, которые приняли решение отказаться от медицинского обслуживания или отложить его из-за страха перед стигматизацией со стороны поставщиков медицинских услуг, отобранные страны, 2013 год.



Источник: Интегрированные отчеты по биологическим и поведенческим исследованиям, 2013—2016 гг.

Опросы медицинских работников показывают, что опасения людей, живущих с ВИЧ, и людей, которые подозревают, что они могут являться носителями ВИЧ, часто являются обоснованными. Проявления стигматизации, связанной с ВИЧ, и акты дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, о которых сообщают медицинские работники, включают следующее:

- Нежелание предоставлять медицинские услуги пациентам, живущим с ВИЧ.
- Предоставление пациентам, живущим с ВИЧ, медицинских услуг более низкого качества (по сравнению с другими пациентами).
- Разглашение информации о наличии ВИЧ-инфекции без разрешения пациента.
- Направление пациентов с ВИЧ к другим специалистам из-за нежелания медицинских работников лечить этих пациентов.

По данным опроса медицинских работников, проведенного в 2013 году в двух провинциях Таиланда, 32,2% и 40,9% работников сообщили, что они опасаются прикасаться к одежде, постельным принадлежностям или вещам людей, живущих с ВИЧ. Аналогичным образом, 58,2% и 63,4% опрошенных отметили, что опасаются обрабатывать раны людей, живущих с ВИЧ, и 61% и 66,2% опасаются проводить забор крови у людей, живущих с ВИЧ (11). В то же время 48% и 55,4% респондентов заявили, что обычно используют необоснованные меры предосторожности при оказании помощи людям, живущим с ВИЧ, а 34% и 42,2% используют две пары перчаток (11).

Измерение стигматизации, связанной с ВИЧ, среди населения в целом

В популяционных исследованиях международного уровня частым показателем дискриминационного отношения является вопрос о том, будет ли человек покупать овощи у продавца, живущего с ВИЧ, — действие, совершенно не связанное с риском передачи ВИЧ. Данные опросов, проведенных в период с 2011 по 2016 гг. в 47 странах в семи регионах, показывают значительные различия в проценте людей, проявляющих дискриминационное отношение (таблица 1). В странах, где проводились многочисленные исследования, этот показатель со временем снижается (12). Например, в Восточной и Южной Африке доля людей, которые не купили бы овощи у продавца, живущего с ВИЧ, снизилась с 53,8% в 2003—2008 гг. до 36,2% в 2010—2016 гг. В Западной и Центральной Африке снижение дискриминационных настроений было менее выраженным — с 62% в 2003—2008 гг. до 50,7% в 2010—2016 гг. В целом, однако, дискриминационные взгляды сохраняются во всем мире: половина мужчин и женщин (в возрасте от 15 до 49 лет) в 47 странах, где проводились исследования, указали, что они не будут покупать овощи у продавца, живущего с ВИЧ (12).

Таблица 1. Процент мужчин и женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые не будут покупать овощи у продавца, живущего с ВИЧ, страны, по которым имеются данные, 2011—2016 гг.

75—100%	50—74%	25—49%	0—24%
Египет*	Афганистан	Бангладеш*	Аргентина*
Гвинея	Бенин	Белиз	Барбадос*
Ирак*	Босния и Герцеговина	Камерун	Ботсвана
Иордания*	Коморские Острова	Чад	Камбоджа
Йемен*	Эфиопия	Конго	Куба
	Гамбия	Коста-Рика*	Кения
	Гана	Кот-д'Ивуар	Лесото
	Гаити	Демократическая Республика Конго	Малави
	Индонезия	Доминиканская Республика	Намибия
	Ямайка	Габон	Руанда
	Казахстан	Гондурас	Замбия
	Кыргызстан	Мали	Зимбабве
	Лаосская Народно-Демократическая Республика	Мозамбик	
	Либерия	Непал	
	Мавритания*	Нигерия	
	Черногория	Пакистан	
	Мьянма	Перу*	
	Нигер	Того	
	Республика Молдова	Уганда	
	Сенегал	Вьетнам*	
	Сьерра-Леоне		
	Таджикистан*		
	Тунис*		
	Украина		

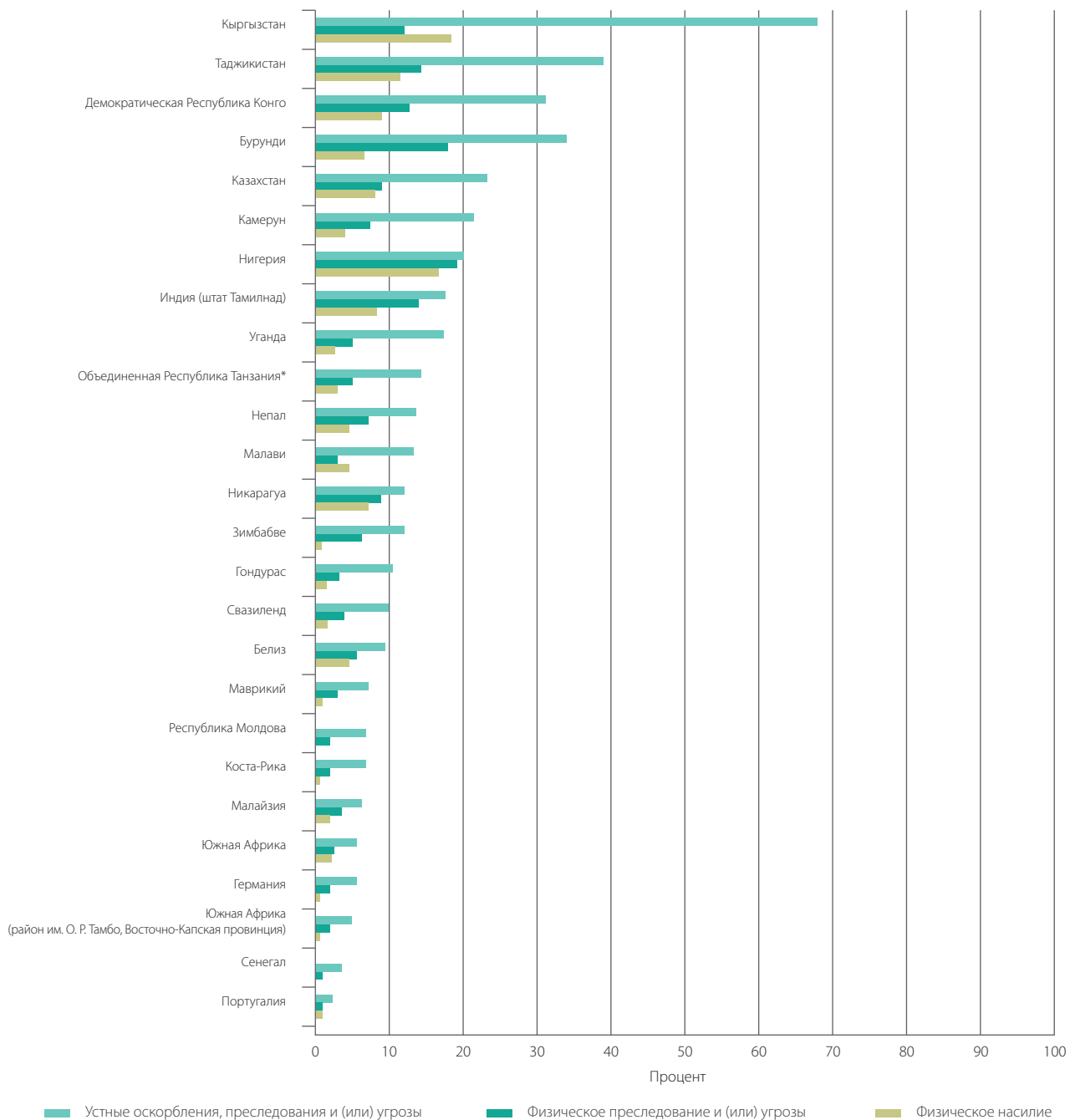
Источник: Популяционные исследования, 2011—2016 гг.

*Только женщины-респонденты

Во многих странах мира люди, живущие с ВИЧ, крайне часто подвергаются насилию из-за их ВИЧ-статуса, что вызывает тревогу (рис. 4) (2). Насилие напрямую вредит людям, живущим с ВИЧ, а угроза насилия не позволяет рассказать о своем ВИЧ-статусе партнерам, родственникам, работникам здравоохранения и обществу. Соккрытие ВИЧ-положительного статуса ограничивает возможности получения жизненно необходимой поддержки и помощи, которые особенно важны для начала лечения и обеспечения приверженности назначенному лечению.

Насилие, с которым сталкиваются люди, живущие с ВИЧ

Рисунок 4. Процент людей, живущих с ВИЧ, которые подвергались различным формам насилия из-за своего ВИЧ-статуса как минимум один раз за предыдущие 12 месяцев, страны, по которым имеются данные, 2011—2016 гг.



Источник: Исследования индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ, 2011—2016 гг.

*Четыре региона, кроме Дар-эс-Салама.

Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ

Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ — это исследование по изучению уровня стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ. Исследование проводится людьми, живущими с ВИЧ, которые дали согласие на сбор данных и их использование для пропаганды более решительных мер по противодействию стигматизации и дискриминации. С 2008 года исследования стигматизации проведены более чем в 90 странах (13).

ЮНЭЙДС были предоставлены полные данные исследований, проведенных в 19 странах. В 2016 году в этих 19 странах проживало примерно 23% от предполагаемого числа людей, живущих с ВИЧ во всем мире.² Анализ этих данных показал следующее:

- Примерно один из пяти человек, живущих с ВИЧ, сообщил, что он отказывался от посещения местной поликлиники или больницы из-за своего ВИЧ-статуса (т. е. эти люди опасались негативного отношения или дискриминации, связанных с их ВИЧ-статусом).
- Четверть людей, живущих с ВИЧ, сообщили о проявлении по отношению к ним дискриминации в той или иной форме в сфере здравоохранения.³
- Примерно каждая третья женщина, живущая с ВИЧ, указала, что сталкивалась как минимум с одной формой дискриминации в медицинских учреждениях при обращении по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья.⁴
- Примерно каждый пятый человек, живущий с ВИЧ, сообщил, что ему отказали в медицинском обслуживании (включая стоматологическую помощь, услуги по планированию семьи и медицинские услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья) (2).

Следует отметить, что набор участников в большинство исследований индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ, происходит через поставщиков услуг, связанных с ВИЧ. Это означает, что вероятность получения медицинских услуг некоторыми респондентами была выше, чем в общей популяции людей, живущих с ВИЧ, вне зависимости от их опасений по поводу стигматизации или опыта дискриминации либо иных сдерживающих факторов. Таким образом, эти цифры могут занижать распространенность случаев отказа от медицинской помощи среди людей, живущих с ВИЧ.

² 19 стран: Белиз, Бурунди, Камерун, Коста-Рика, Демократическая Республика Конго, Германия, Гондурас, Малави, Малайзия, Маврикий, Непал, Никарагуа, Нигерия, Португалия, Республика Молдова, Сенегал, Свазиленд, Уганда и Зимбабве.

³ Эти респонденты сообщили об одной или нескольких следующих ситуациях: за последние 12 месяцев им было отказано в медицинском обслуживании из-за их ВИЧ-статуса, за последние 12 месяцев их заставили пройти медицинскую процедуру из-за их ВИЧ-статуса (в т. ч. пройти тестирование на ВИЧ) или медицинский работник раскрыл другим людям информацию об их ВИЧ-статусе без их согласия.

⁴ Эти респонденты сообщили о том, что испытали по меньшей мере одно из следующего: рекомендацию медицинского работника не иметь ребенка из-за своего ВИЧ-положительного статуса, доступ к антиретровирусному лечению на условиях использования определенной формы контрацепции, а также отказ от предоставления услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья в течение предыдущих 12 месяцев из-за их ВИЧ-статуса.

Отказ от тестирования на ВИЧ

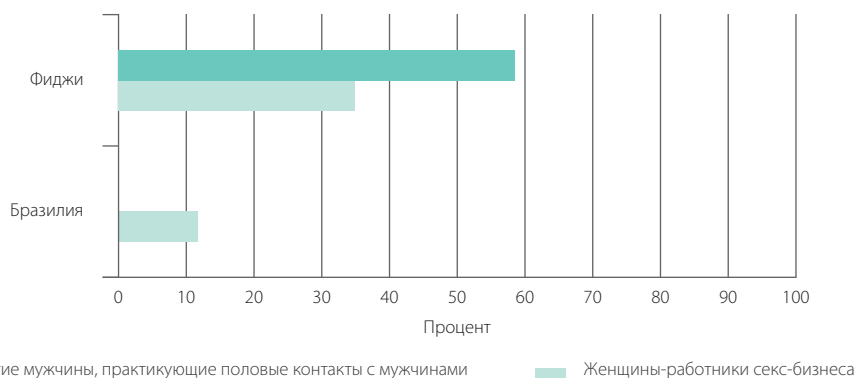
Поскольку риск заражения ВИЧ в ключевых группах населения высок, то для ранней диагностики, быстрого начала лечения и подавления репликации вируса решающее значение имеет проведение периодического тестирования на ВИЧ в этих группах. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по тестированию на ВИЧ, лица из групп высокого риска заражения ВИЧ, особенно из ключевых групп, должны проходить тестирование как минимум раз в 12 месяцев (14).

«Четверть людей, живущих с ВИЧ, сообщили о проявлении по отношению к ним дискриминации в той или иной форме в сфере здравоохранения.»

Однако данные из ряда стран показывают, что многие люди из ключевых групп избегают тестирования на ВИЧ. Например, более 10% женщин-работников секс-бизнеса из Бразилии сообщили, что они уклонялись от проведения тестирования на ВИЧ из-за страха перед осуждением со стороны медицинских работников; на Фиджи этот показатель возрос до 60% среди женщин-работников секс-бизнеса и более 30% среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами (рис. 5). Исследование среди людей, употребляющих инъекционные наркотики в Таиланде, также показало, что респонденты почти в семь раз чаще избегают тестирования на ВИЧ, если ранее медицинские работники отказывали им в лечении или оказании услуг (15).

Отказ от тестирования на ВИЧ из-за страха или стигматизации

Рисунок 5. Процент мужчин-геев и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, и женщин-работников секс-бизнеса, которые отказывались от тестирования на ВИЧ из-за опасений осуждения со стороны медицинских работников, Фиджи и Бразилия, 2014—2016 гг.



Источник: Интегрированные отчеты по биологическим и поведенческим исследованиям, 2014—2016 гг.

Отказ от тестирования в связи с опасениями о раскрытии информации

Страх перед положительным результатом теста и будущей стигматизацией, связанной с ВИЧ, — весомая причина отказа от тестирования на ВИЧ. Как и вся информация о пациентах, результаты тестирования на ВИЧ должны рассматриваться медицинскими работниками как конфиденциальные данные: нарушение конфиденциальности подрывает доверие и серьезно влияет на готовность людей пройти тест на ВИЧ. Отмечено, что в различных регионах обеспокоенность по поводу конфиденциальности тестирования на ВИЧ и его результатов является ключевым препятствием к обеспечению доступа к тестированию на ВИЧ (16-18).

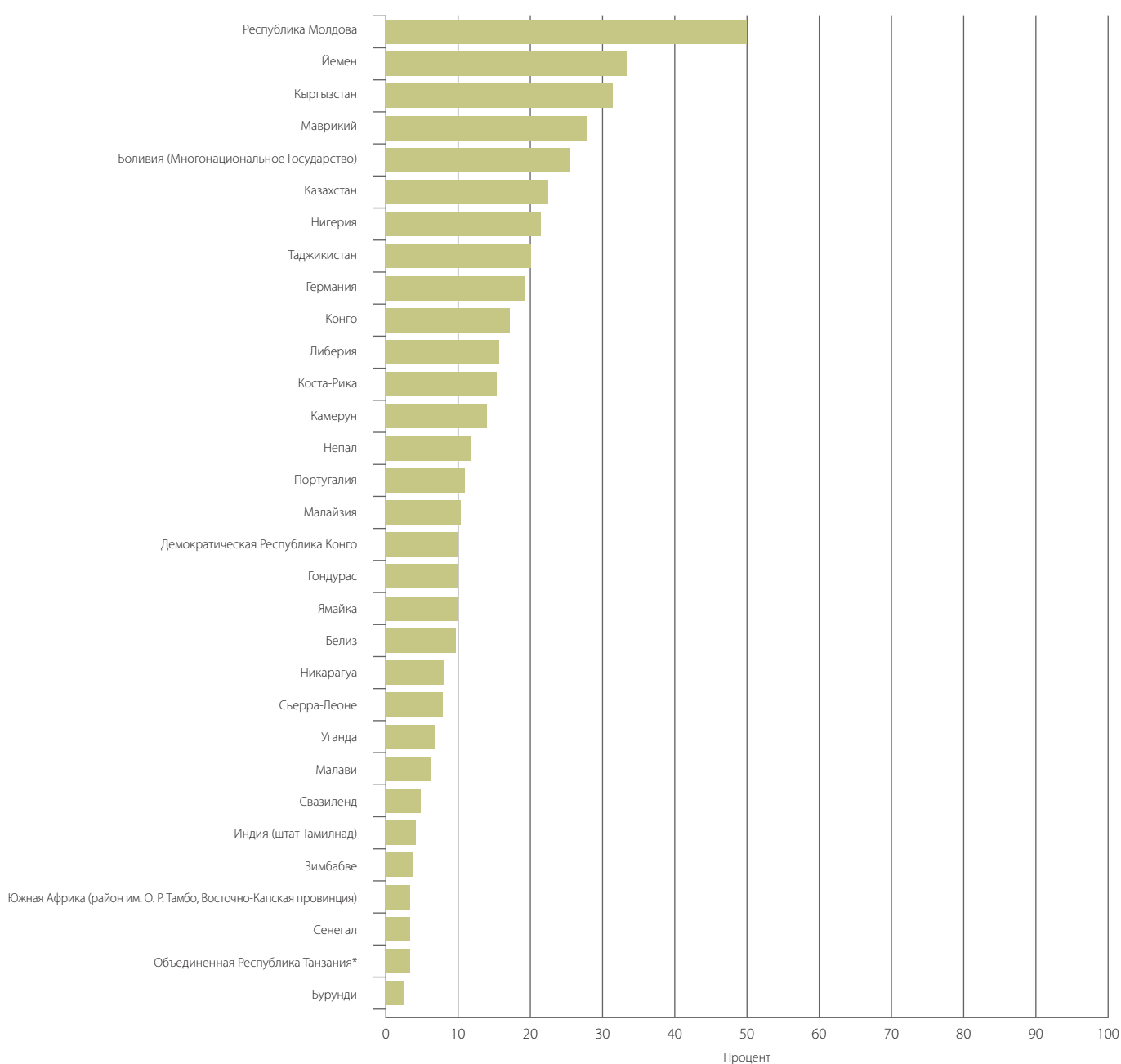
Систематический обзор исследований, проведенных в странах Африки к югу от Сахары, показал, что опасения по поводу стигматизации и дискриминации, которые могут возникнуть в результате потенциального нарушения конфиденциальности, включают страх перед социальной изоляцией, потерей социальной поддержки и сексуальных партнеров, ухудшением брачных отношений (которое может привести к разводу или проявлению насилия) и снижением вероятности вступления в брак (3). Нахождение в центре тестирования на ВИЧ также воспринималось как свидетельство сексуальной распущенности и ВИЧ-положительного статуса (3).

По данным, полученным в Нью-Йорке, также было отмечено, что страх перед стигматизацией, связанной с ВИЧ, является сдерживающим фактором для тестирования на ВИЧ среди мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, и женщин-трансгендеров из-за возможного раскрытия информации о ВИЧ-положительном статусе. Среди людей, ожидавших столкнуться с более жесткой стигматизацией в связи с ВИЧ, количество прошедших тест на ВИЧ в течение предыдущих шести месяцев было меньше, при этом 32% участников исследования сообщили, что они не проходили тест на ВИЧ за последние шесть месяцев (4).

В некоторых странах нарушения конфиденциальности в медицинских учреждениях происходят крайне часто, что вызывает большие опасения. В семи из 31 страны, по которым имеются данные, каждый пятый человек, живущий с ВИЧ, сообщил, что его ВИЧ-статус был раскрыт медицинским работником без его согласия (рис. 6) (2).

Нарушения конфиденциальности

Рисунок 6. Процент людей, живущих с ВИЧ, которые сообщили, что медицинские работники раскрывали информацию об их ВИЧ-статусе без их согласия, страны, по которым имеются данные, 2011—2016 гг.



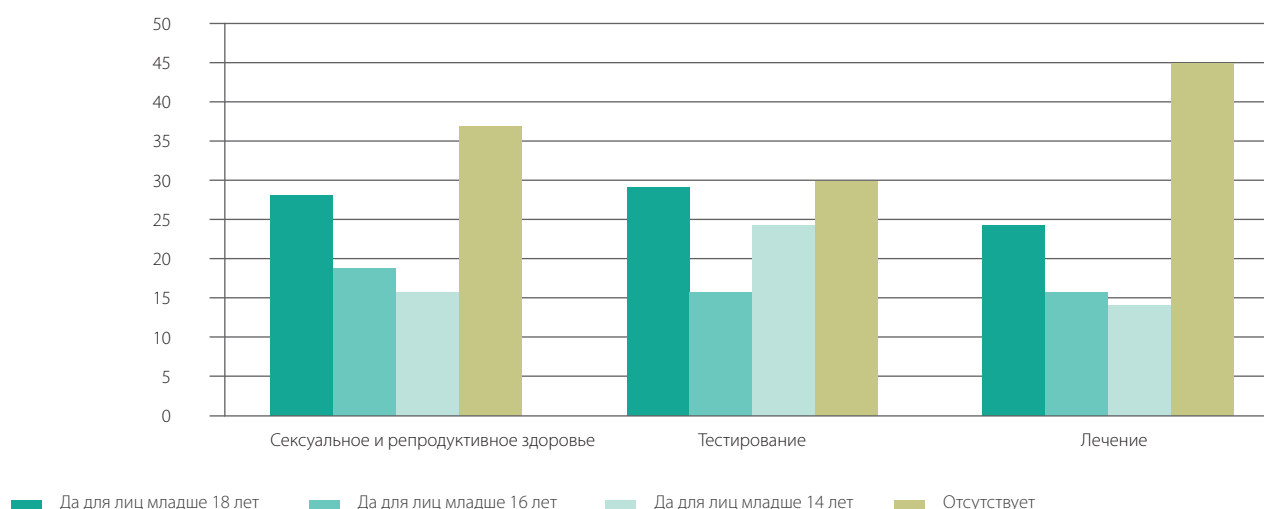
Источник: Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ, 2011—2016 гг.

*Четыре региона, кроме Дар-эс-Салама.

В определенных обстоятельствах препятствия к сохранению конфиденциальности могут возникать из-за действующего законодательства, особенно это касается молодых людей, желающих получить доступ к услугам без разрешения родителей. Молодые люди (в возрасте 15—24 лет) сталкиваются с тройной угрозой в отношении ВИЧ: они, как правило, подвержены более высокому риску заражения (особенно женщины в странах Африки к югу от Сахары); по сравнению с более старшими возрастными группами они с меньшей вероятностью знают о своем ВИЧ-статусе; они с меньшей вероятностью получают лечение и у них с меньшей вероятностью подавлена репликация вируса. В Восточной и Южной Африке 26% новых случаев ВИЧ-инфицирования в 2016 году было зарегистрировано среди молодых женщин (в возрасте от 15 до 24 лет), несмотря на то, что они составляют всего 10% населения (5). Поэтому крайне важно обеспечить конфиденциальный доступ к услугам. Тем не менее, во многих странах, в соответствии с законодательством о возрасте согласия, лицам в возрасте до 18 лет для получения доступа к медицинским услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, прохождения тестирования и лечения ВИЧ необходимо получить согласие родителей, что делает невозможным конфиденциальный доступ молодежи к соответствующим услугам. Из 106 стран, предоставивших ЮНЭЙДС данные о законодательстве о возрасте согласия, в 29% стран согласие родителей требуется для получения ребенком в возрасте до 18 лет доступа к тестированию на ВИЧ, в 25% стран требуется согласие родителей на лечение ВИЧ, а в 28% стран требуется согласие родителей на предоставление ребенку доступа к медицинским услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья (рис. 7) (19).

Законодательство о возрасте согласия создает барьеры для получения медицинских услуг

Рисунок 7. Доля стран, предоставивших данные, в которых, в соответствии с законодательством, требуется согласие родителей подростков на получение услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, прохождения тестирования на ВИЧ и лечения ВИЧ (n = 106)



Отсрочка начала лечения ВИЧ

Опасения в отношении раскрытия информации, препятствующие прохождению тестирования на ВИЧ, также могут быть причиной того, что люди, живущие с ВИЧ, откладывают начало лечения и антиретровирусной терапии. Обзор десяти исследований в странах с низким и средним уровнем доходов выявил выраженную зависимость между стигматизацией и поздним обращением за получением лечения ВИЧ-инфекции. Среди людей, живущих с ВИЧ, которые столкнулись с жесткой стигматизацией, частота позднего обращения для лечения ВИЧ была в 2,4 раза выше (1).⁵ Опрос беременных женщин, живущих с ВИЧ в трех районах Уганды, показал, что страх перед раскрытием информации о ВИЧ-положительном статусе партнерам-мужчинам является ключевым препятствием для начала пожизненной антиретровирусной терапии (20).

По данным, полученным в Нью-Йорке, африканские иммигранты, взрослые, ранее находившиеся в тюремном заключении, молодые мужчины, практикующие половые контакты с мужчинами, и женщины-трансгендеры, живущие с ВИЧ, отметили, что стигматизация является мощным фактором, удерживающим их от начала и продолжения лечения ВИЧ (21). В этих ключевых группах населения внутренне ожидание дискриминации и ощущение себя заклеянным привели к тому, что люди в этих группах скрывали свой статус и, возможно, не получали лечение. Эти проблемы особенно значимы среди африканских иммигрантов с незарегистрированным статусом мигрантов. Из-за осознания возможности потери социальной и семейной поддержки члены этой группы предпочитали не раскрывать свой ВИЧ-статус родственникам и членам общин (21).

Соблюдение медицинских рекомендаций

Целью антиретровирусной терапии является снижение уровня ВИЧ в организме до неопределяемых уровней, что защищает иммунную систему организма и значительно снижает вероятность последующей передачи вируса. Стойкое подавление вируса требует постоянного соблюдения медицинских рекомендаций.

Исследования показали, что из-за стигматизации, связанной с ВИЧ, на «внутриличностном, межличностном и структурном» уровне люди не могут успешно выполнять рекомендации по антиретровирусной терапии (20, 22). Одним из объяснений этого является то, что стигматизация нарушает психологические процессы, такие как выработка стратегий адаптации и социальная поддержка, которые помогают людям придерживаться лечения (23).

Между тем, опросы медицинских работников в Таиланде показывают, что отношение к ВИЧ среди сотрудников медицинских учреждений может помешать им оказывать людям, живущим с ВИЧ или затронутых проблемой ВИЧ, услуги надлежащего качества. Такие взгляды включают убеждение в том, что ВИЧ является наказанием за плохое поведение, что люди заражаются ВИЧ, потому что они безответственно ведут себя, что большинству людей, живущих с ВИЧ, все равно, заражают ли они других людей, и что стерилизация женщины, живущей с ВИЧ, может быть целесообразной, даже если это не является ее выбором. В некоторых случаях поставщики медицинских услуг прямо заявляли, что они предпочли бы не предоставлять услуги членам ключевых групп населения, включая мужчин-геев и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, работников секс-бизнеса, людей, употребляющих инъекционные наркотики, трансгендерных людей и мигрантов (11).

⁵ Уровень стигматизации считался высоким, если участники исследования указали, что они сталкивались с проявлениями стигматизации, или если набранное ими среднее значение было выше общего среднего значения показателей, которые использовались для оценки стигматизации и дискриминации.

Было показано, что поддержка семьи, друзей и общин имеет большое значение для соблюдения медицинских рекомендаций. Дополнительная помощь также способствует соблюдению медицинских рекомендаций и, следовательно, улучшению здоровья (24). Эта помощь включает следующее:

- Консультации по соблюдению медицинских рекомендаций.
- Соблюдение медицинских рекомендаций вместе с партнером / товарищем или наставником.
- Поддержка со стороны медицинских работников на уровне общин и неправительственных организаций.
- Помощь и поддержка для людей, живущих с ВИЧ и лиц, осуществляющих уход за ними (включая помощь с питанием, транспортом и получением доходов).

Однако в условиях дискриминации и насилия такая поддержка может быть недоступна.

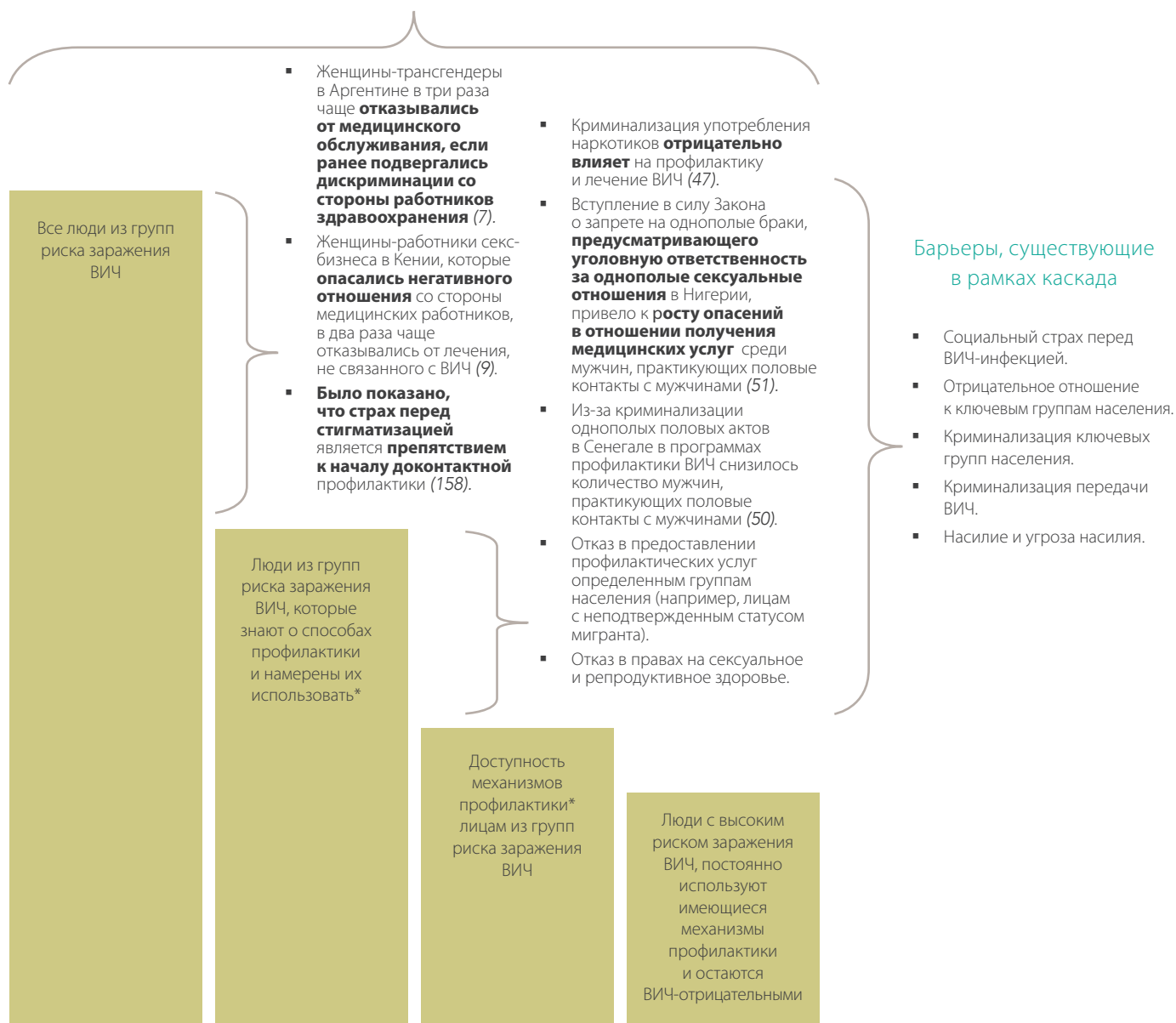
Каскад профилактических мер

Пути передачи ВИЧ, такие как незащищенные половые акты или обмен инъекционным инструментарием, были очевидны с первых дней эпидемии, а информирование и образовательные программы, посвященные тому, как избежать этих путей, являются простой стратегией профилактики ВИЧ. Тем не менее, лица из групп высокого риска заражения ВИЧ сталкиваются со значительными препятствиями на пути к получению услуг. Часто используемые уничижительные термины, такие как «наркоман» и «торчок», дегуманизируют людей, употребляющих наркотики, и усиливают стереотипы о них как о непредсказуемых людях и людях, склонных к насилию, неспособных осуществлять свободное волеизъявление (25). Систематический обзор исследований, проведенных в период между 2004 и 2014 годами, показал, что у лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендерных людей возникают трудности с доступом к услугам здравоохранения в результате гетеронормативных установок, навязываемых медицинскими работниками (26). Аналогичным образом, было показано, что высокий уровень стигматизации работников секс-бизнеса отрицательно влияет на их здоровье, независимо от рисков для здоровья самой работы, связанной с оказанием сексуальных услуг (27).

Стигматизация, дискриминация и каскад профилактики ВИЧ

Рисунок 8. Примеры стигматизации и дискриминации, которые являются причиной недоработок в каскаде профилактики ВИЧ

Барьеры на отдельных этапах каскада



*Структурный, поведенческий, биомедицинский

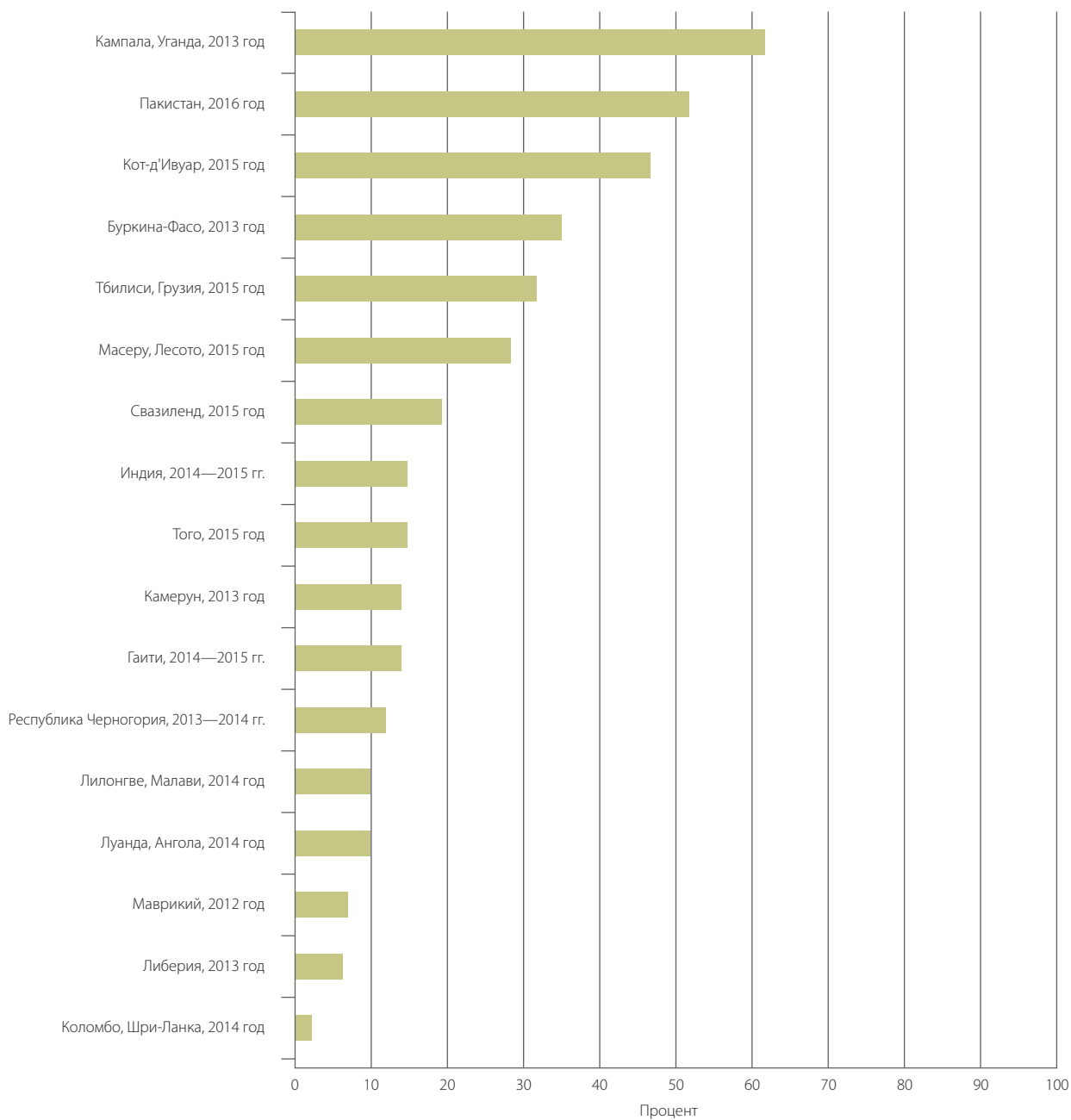
Источник: материалы Hargreaves JR, Delany-Moretlwe S, Hallett TB, Johnson S, Kapiga S, Bhattacharjee P et al. The HIV prevention cascade: integrating theories of epidemiological, behavioural, and social science into programme design and monitoring.. Lancet HIV. 2016; 3(7): e318 -22.

Стигматизация в отношении ключевых групп подкрепляется уголовным законодательством и другими структурными барьерами, которые, в свою очередь, способствуют проявлению насилия, эксплуатации и формированию атмосферы страха, что не позволяет реализовывать меры по распространению презервативов, снижению вреда и внедрению других методов первичной профилактики с достаточным уровнем охвата населения. Часто такое насилие осуществляется безнаказанно — иногда даже самими сотрудниками правоохранительных органов. Например, женщины-трансгендеры в Аргентине, подвергшиеся насилию со стороны полиции, в два раза чаще отказывались от медицинского обслуживания, чем женщины-трансгендеры, которые не подвергались такому насилию (7), а исследование 2015 года показало, что, по словам женщин, употребляющих инъекционные наркотики, они часто подвергались сексуальному насилию со стороны сотрудников полиции и правоохранительных органов (28). В ряде стран, прежде всего на Филиппинах, пути реализации антинаркотической политики все больше ужесточаются, в том числе имеют место внесудебные убийства предполагаемых наркоторговцев и лиц, употребляющих наркотики (29).

Уровень насилия, с которым сталкиваются работники секс-бизнеса, мужчины, практикующие половые контакты с мужчинами, и люди, употребляющие инъекционные наркотики, зачастую высок, но в разных странах этот показатель различен. Например, среди мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, опрошенных в 17 странах, процент людей, подвергшихся физическому насилию в предыдущие 12 месяцев, колебался от 2,6% в Колумбо, Шри-Ланк, до 61,7% в Кампале, Уганда (рис. 9) (30). Более половины людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Пакистане и женщин-работников секс-бизнеса, опрошенных в семи районах по всей Южной Африке, сообщили о том, что в предыдущие 12 месяцев они подвергались физическому насилию (рис. 10 и 11) (31, 32).

Насилие, с которым сталкиваются мужчины, практикующие половые контакты с мужчинами

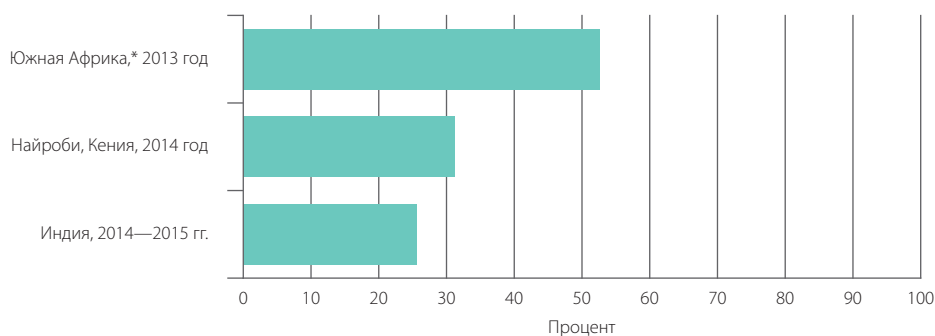
Рисунок 9. Процент мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, которые подвергались физическому насилию, страны, по которым имеются данные, 2012—2016 гг.



Источник: Интегрированные отчеты по биологическим и поведенческим исследованиям, 2012—2016 гг.

Насилие, с которым сталкиваются женщины-работники секс-бизнеса

Рисунок 10. Процент женщин-работников секс-бизнеса, которые подверглись физическому насилию за последние 12 месяцев, отдельные страны, 2013—2015 гг.

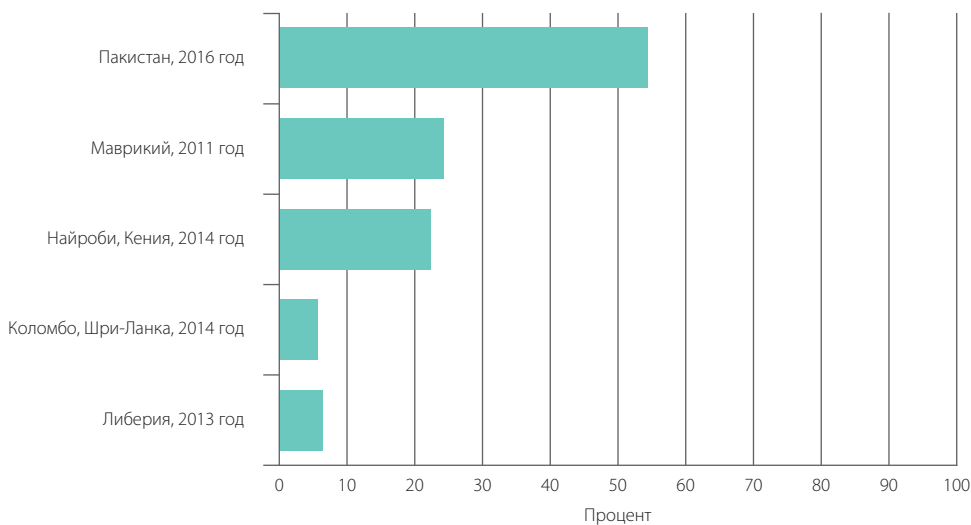


Источник: Интегрированные отчеты по биологическим и поведенческим исследованиям, 2013—2015 гг.

*Бомфорт-Уэст, Ист-Лондон, Джордж, Гаутенг, Квазулу-Натал, Лимполо, Северо-Запад.

Насилие, с которым сталкиваются люди, употребляющие инъекционные наркотики

Рисунок 11. Процент людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые когда-либо испытывали физическое насилие, отдельные страны, 2011-2016 годы



Источник: Интегрированные отчеты по биологическим и поведенческим исследованиям, 2011—2016 гг.

«В некоторых регионах женщины, подвергающиеся насилию со стороны интимных партнеров, в 1,5 раза чаще заражаются ВИЧ, чем женщины, которые не подвергаются такому насилию.»

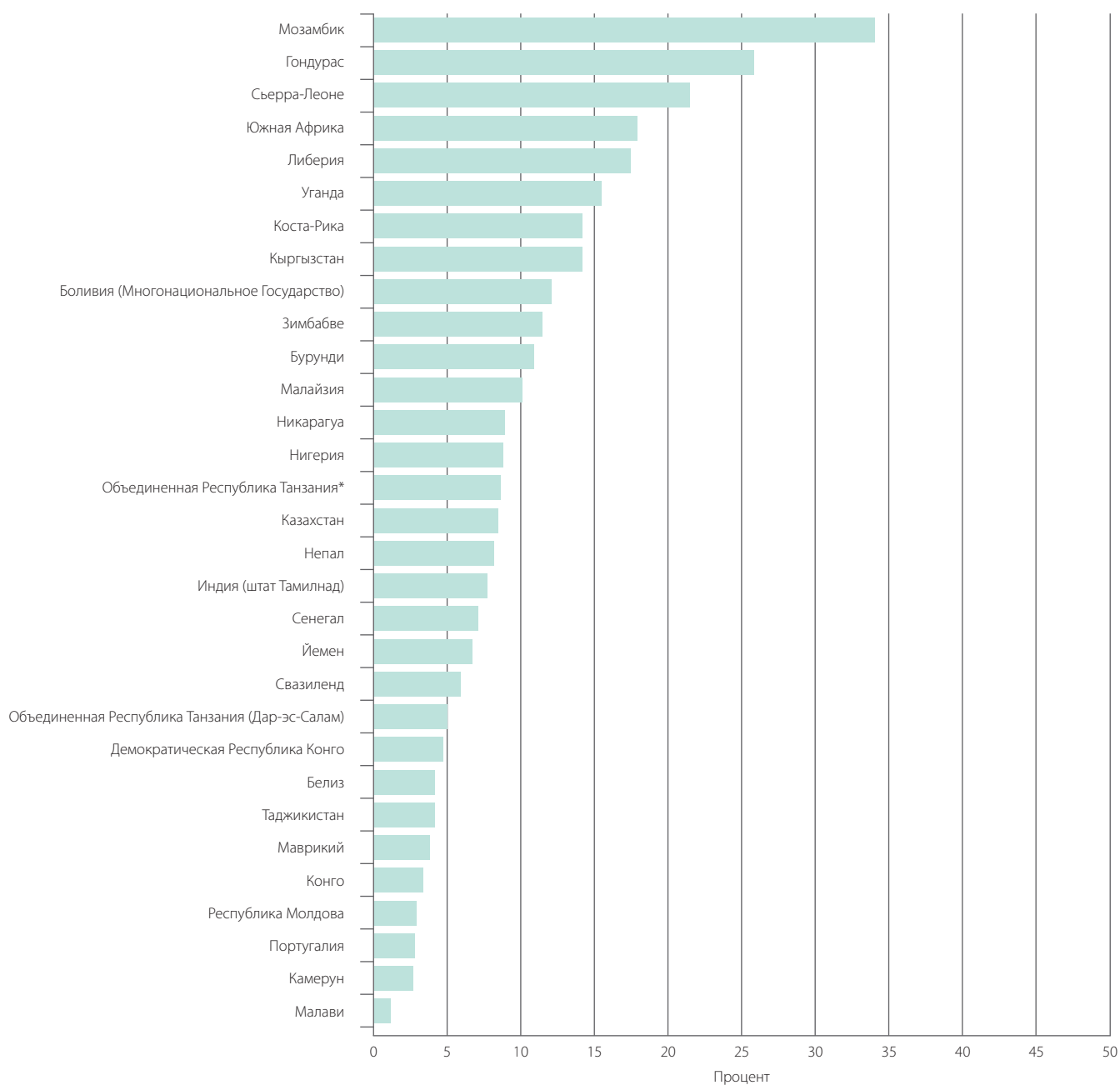
Стигматизация, дискриминация и насилие в отношении женщин и доступ к медицинскому обслуживанию

Насилие в отношении женщин является одной из наиболее экстремальных форм дискриминации; по оценкам, почти 30% женщин во всем мире испытывали физическое или сексуальное насилие со стороны интимного партнера хотя бы один раз в жизни (33). Такое насилие может повлиять на способность женщин настаивать на более безопасном сексе или осуществлять профилактику ВИЧ, проходить тестирование и лечение ВИЧ (34-36). В некоторых регионах женщины, подвергающиеся насилию со стороны интимных партнеров, в 1,5 раза чаще заражаются ВИЧ, чем женщины, которые не подвергаются такому насилию (33).

Женщины, живущие с ВИЧ, сообщают что в их отношении практикуется принудительная стерилизация, принудительные аборт и криминализация вертикальной передачи ВИЧ, а также иные виды дискриминации в отношении репродуктивного здоровья, в том числе рекомендации не заводить детей, неподобающее обращение и неоказание помощи во время родов. В некоторых случаях предоставление антиретровирусной терапии зависит от использования определенных способов контрацепции (рис. 12) (2).

Принудительная контрацепция

Рисунок 12. Процент людей, живущих с ВИЧ, которые сообщили о возможности получать антиретровирусную терапию при условии использования определенных способов контрацепции, страны, по которым имеются данные, 2011—2016 гг.



Источник: Исследования индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ, 2011—2016 гг.

*Четыре региона, кроме Дар-эс-Салама.

Дискриминация может особенно серьезно повлиять на усилия по ликвидации вертикальной передачи ВИЧ. Женщины, столкнувшиеся с дискриминацией либо страдающие от стигматизации, связанной с ВИЧ, или ожидающие её, могут с меньшей вероятностью получить помощь до и после родов в учреждениях здравоохранения. Там, где они получают доступ к такой помощи, им может быть отказано в предоставлении услуг, связанных с ВИЧ.

Известно, что в некоторых программах по ВИЧ, ориентированных на беременных женщин, реализуются принудительные меры, связанные с риском передачи ВИЧ плоду. Это может быть обязательное пренатальное и постнатальное тестирование с последующим принудительным абортom или стерилизацией. Такие программы редко позволяют женщинам предотвратить перинатальную передачу и могут не учитывать потребности женщин в медицинской помощи (37). Исследования показывают, что стигматизация и дискриминация препятствуют продолжению участия беременных женщин в программах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, снижают уверенность женщин в защите, обеспечиваемой антиретровирусной терапией, предоставляемой во время беременности, и лишают их возможности ранней постановки диагноза у ребенка (38-42).

Женщины, живущие с ВИЧ, сообщали о случаях негативного отношения к ним во время родов, в том числе следующих:

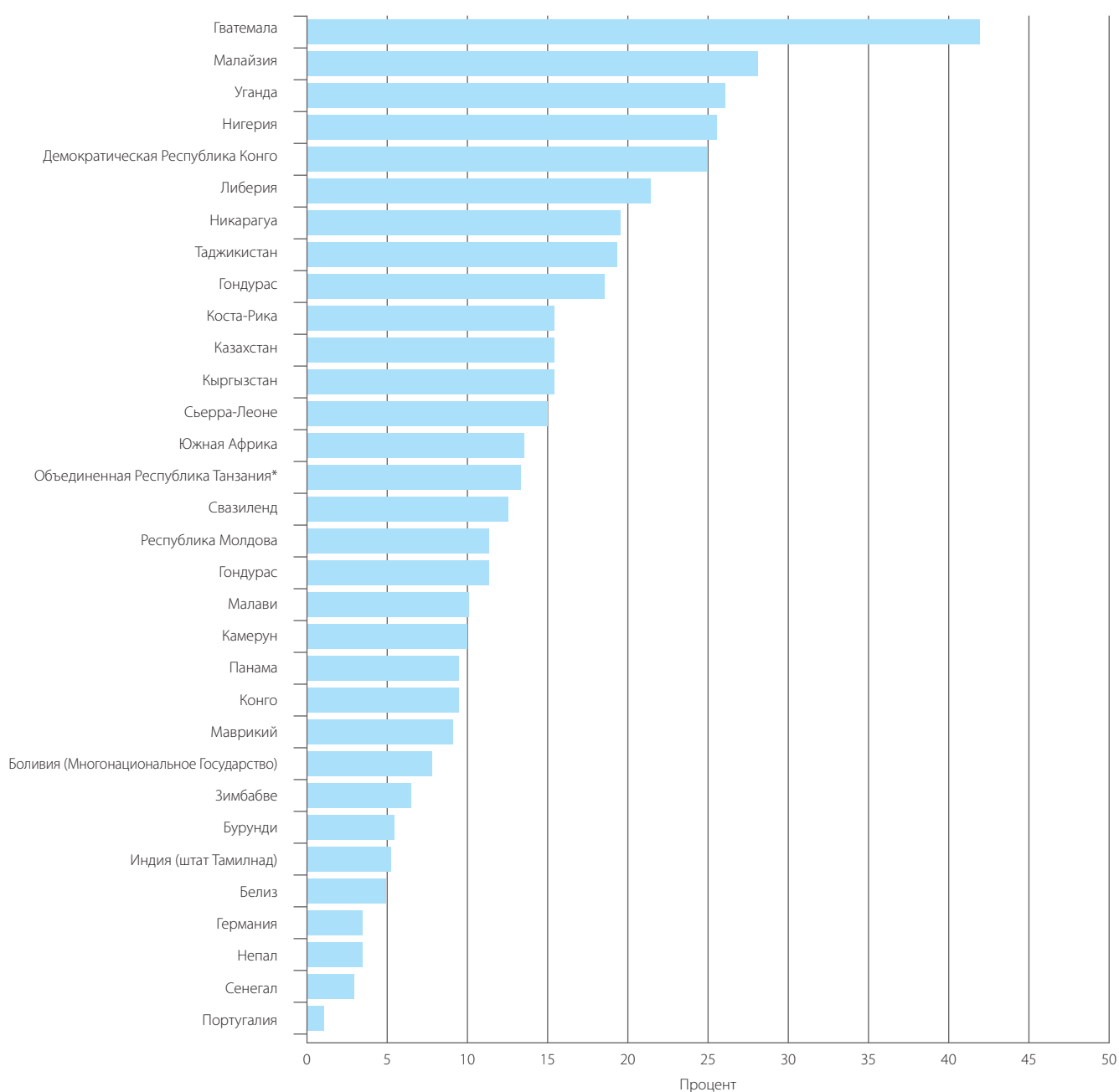
- Персонал пренебрегал ими до, во время и после родов.
- Сотрудники бранили их во время родов, за то, что они забеременели.
- Персонал отказывался прикоснуться к ним или к новорожденному ребенку.
- Оказание помощи с серьезными задержками.
- Просьбы покинуть больницу раньше по сравнению с другими женщинами (43).

Женщины, живущие с ВИЧ, также сообщили, что, если их ВИЧ-статус был известен, им объясняли, что родоразрешение необходимо проводить путем кесарева сечения, однако эта процедура была не бесплатной, а непомерно дорогостоящей, и никакой альтернативы не предлагалось (43).

В 22 из 30 стран, по которым имеются данные, более 10% женщин, живущих с ВИЧ, сообщили о том, что в связи с их ВИЧ-статусом медицинские работники принудили их к определенному методу родоразрешения; в Гватемале этот показатель вырос до 42% (рис. 13) (2).

Женщины, принужденные к определенным методам родоразрешения

Рисунок 13. Процент женщин, живущих с ВИЧ, которые сообщили о том, что в предыдущие 12 месяцев они были принуждены медицинским работником к определенным методам родоразрешения в связи с их ВИЧ-статусом, страны, по которым имеются данные, 2011—2016 гг.

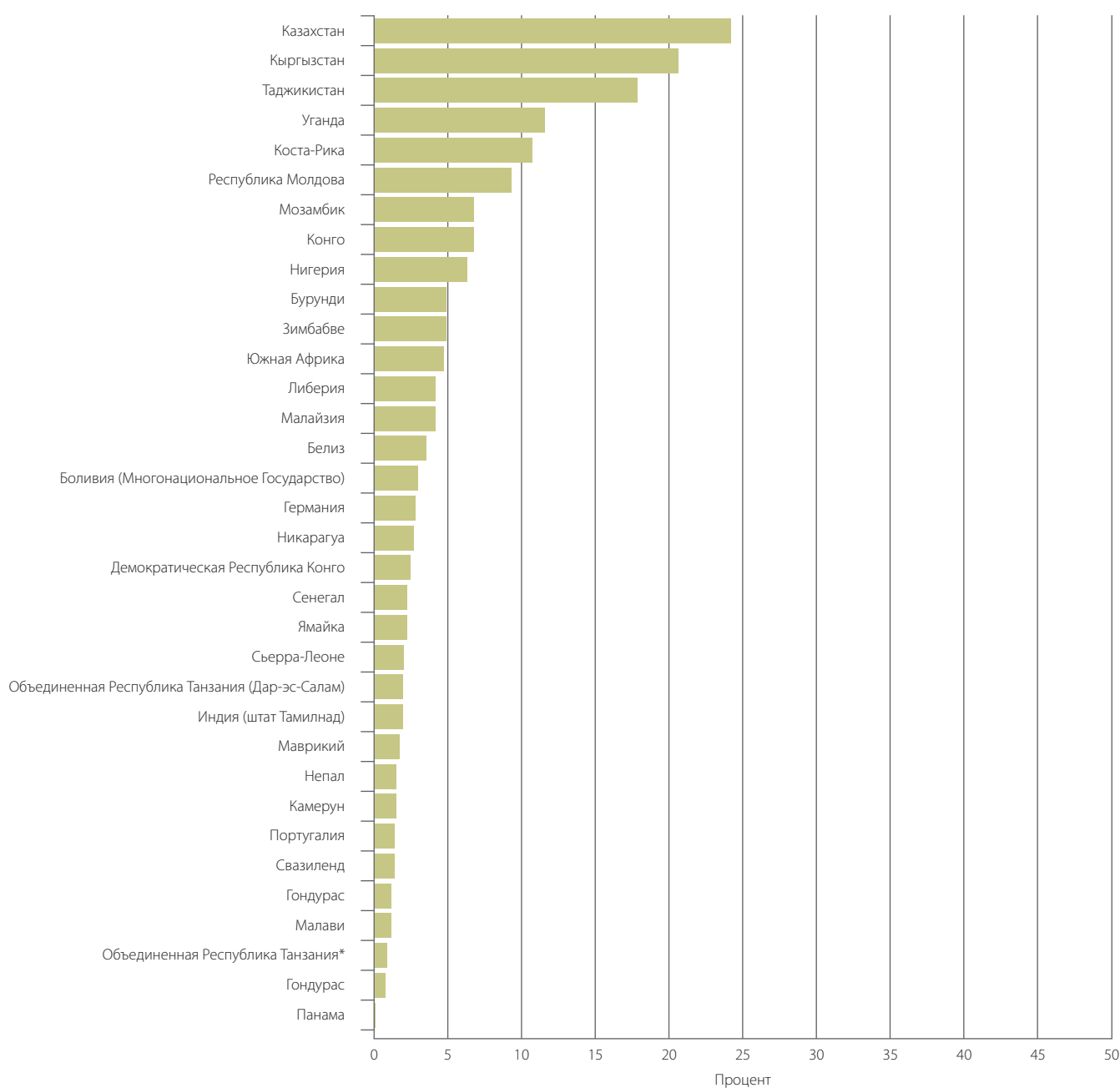


Источник: Исследования индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ, 2011—2016 гг.

*Четыре региона, кроме Дар-эс-Салама.

Принудительное прерывание беременности

Рисунок 14. Процент женщин, живущих с ВИЧ, которые сообщили о том, что в предыдущие 12 месяцев они были принуждены медицинским работником к прерыванию беременности из-за их ВИЧ-статуса, страны, по которым имеются данные, 2011—2016 гг.



Источник: Исследования индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ, 2011—2016 гг.

*Четыре региона, кроме Дар-эс-Салама.

Криминализация ключевых групп населения

Социальная стигматизация в отношении ключевых групп населения, главным образом работников секс-бизнеса, людей, употребляющих инъекционные наркотики, трансгендерных людей, геев и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, привела во многих странах к принятию законов, которые предусматривают уголовное преследование против членов этих групп.

Такая криминализация широко распространена во всем мире. По данным организаций гражданского общества и научных учреждений, однополые сексуальные отношения считаются преступлением в 72 странах, при этом в 32 странах сохраняется смертная казнь за преступления, связанные с наркотиками, и более чем в 100 странах предусмотрено наказание за некоторые действия в сфере секс-бизнеса (44-46). Из стран, предоставивших данные ЮНЭЙДС в 2017 году, в 44 из 100 есть законы, которые предусматривают уголовную ответственность за однополые сексуальные отношения;⁶ в 17 из 116 стран преследуют трансгендерных людей или считают их преступниками;⁷ а в 84 из 110 стран предусмотрено наказание за некоторые действия в сфере секс-бизнеса (19). Что касается употребления или хранения наркотиков, в 78 из 90 стран употребление или хранение наркотиков для личного использования является уголовным преступлением или основанием для принудительного содержания под стражей, а в 9 из 107 стран за преступления, связанные с наркотиками, предусмотрена смертная казнь (19).

Многочисленные исследования показали, что криминализация употребления наркотиков, включая лишение свободы, реализация соответствующих мер на уровне улицы, наличие законодательства, предусматривающего наказание за наличие принадлежностей для употребления наркотиков, а также запреты или ограничения на мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции, оказывает препятствие усилиям по профилактике и лечению ВИЧ (27). Эти негативные последствия включают ограничение доступа к программам распространения игл и шприцев, увеличение случаев совместного использования инъекционного инструментария в разных странах и увеличение бремени ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. В то же время в этих исследованиях не было получено убедительных доказательств того, что декриминализация приводит к увеличению потребления наркотиков (47).

«Неправильное использование уголовного права часто отрицательно влияет на здоровье и нарушает права человека. Чрезвычайно широкая криминализация нераскрытия информации о ВИЧ-статусе, заражения ВИЧ и передачи этой инфекции противоречит международным рекомендациям в области общественного здравоохранения и принципам прав человека. Криминализация ненасильственных сексуальных отношений взрослых людей является нарушением прав человека, а легализация может снизить вероятность инфицирования ВИЧ и улучшить доступ к лечению. Установлено, что декриминализация хранения и использования инъекционных наркотиков и разработка законов и политики, позволяющих реализовать комплексные меры по снижению вреда, уменьшают передачу ВИЧ. Аналогичным образом, декриминализация секс-бизнеса может уменьшить насилие, преследование и риск распространения ВИЧ. Как и всем людям, работникам секс-бизнеса должна быть гарантирована защита прав человека, в т. ч. права на равное отношение, здоровье и безопасность.»

Ускоренная ликвидация эпидемии СПИДа

Доклад Генерального секретаря

1 апреля 2016 года

⁶ Кроме того, еще в 29 странах из 100 нет конкретных законов, предусматривающих уголовную ответственность за гомосексуальные отношения, при этом гомосексуальные отношения не признаны законными и не декриминализованы.

⁷ Один из вопросов касался наличия законов, предусматривающих уголовную ответственность за трансвестизм. В 23 из 114 стран, предоставивших данные, трансгендерные люди подвергаются уголовному или другим видам преследования и (или) трансвестизм является уголовным преступлением.

Например, в Камбодже в первый месяц реализации жестких мер против употребления наркотиков, начавшейся в январе 2017 года, количество людей, употребляющих инъекционные наркотики, участвующих в программе распространения игл и шприцев, снизилось на 46%, количество лиц, обратившихся за предоставлением опиоидной заместительной терапии, снизилось на 19% (48). Представители местной неправительственной организации, предоставляющей услуги в рамках политики по снижению вреда, Кхмерского альянса НПО по борьбе с ВИЧ/СПИДом (KHANA), предположили, что эти люди перестали участвовать в указанных программах из-за того, что они «опасались полицейского преследования», что было подтверждено в интервью с людьми, употребляющими инъекционные наркотики (48).

Криминализация создает определенные барьеры для женщин, употребляющих наркотики. В некоторых странах, включая ряд регионов Соединенных Штатов Америки, употребление наркотиков во время беременности может автоматически привести к уголовному обвинению и тюремному заключению на период беременности и послеродовой период (28, 49). При подтверждении наркотической зависимости у женщины она может потерять родительские права: например, в ряде стран Восточной Европы и Центральной Азии лечение наркомании предоставляется после регистрации человека как потребителя наркотиков, что может автоматически стать основанием для лишения родительских прав (28). В Российской Федерации и Украине законными являются принудительные аборт и лишение родительских прав женщин, употребляющих наркотики (28). Матери, опрошенные в рамках исследования опиоидной фармакологической терапии в Сиднее, Австралия, указали, что они сотрудники больницы еще в период беременности сообщали о наличии у них пристрастия к наркотикам (28). Эти законы и политика также ограничивают доступ женщин, употребляющих наркотики, к медицинским услугам.

Законодательство, запрещающее половые контакты по взаимному согласию между взрослыми людьми одного пола, может свести на нет усилия по профилактике ВИЧ среди геев и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами. В 2011 году в Сенегале девять мужчин-специалистов по профилактике ВИЧ, были арестованы в соответствии с законодательством этой страны в области однополых сексуальных отношений, после чего было проведено исследование по изучению влияния этого факта на профилактику и лечение ВИЧ. Было обнаружено, что аресты и поднятая в связи с этим шумиха привели к распространению страха и усилению стремления к сокрытию своих наклонностей среди мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами; поставщики услуг также приостановили работу по профилактике ВИЧ среди этих людей из-за страха за собственную безопасность. Это означало, что мужчинам, практикующим секс с мужчинами, стало труднее получить доступ к презервативам и соответствующим увлажняющим средствам. В течение месяца после вступления в силу закона, специалисты, оказывающие услуги, в том числе врачи, отмечали резкое сокращение участия мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, в профилактических мероприятиях и медицинских осмотрах (50).

В Нигерии Закон о запрете однополых браков 2014 года пополнил список законов, предусматривающих уголовную ответственность за однополые сексуальные акты по взаимному согласию. В соответствии с этим законом были запрещены однополые браки, совместное проживание, публичная демонстрация однополых любви, а также гей-клубы, гей-сообщества и организации геев. В исследовании 2015 года было показано непосредственное влияние этого закона на стигматизацию, дискриминацию мужчин-геев и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами и их участие в мероприятиях по профилактике и лечению ВИЧ, в этой стране (51, 52). Было обнаружено, что более высокая доля мужчин-гомосексуалистов и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, сообщили о том, что обращение за медицинской помощью стало вызывать у них больше опасений, или что они стали отказываться от медицинского обслуживания после вступления в силу данного закона. Кроме того, после вступления закона в силу, среди участников, не прошедших тестирование до начала исследования, возросла доля лиц, которые не получали в последующем медицинскую помощь из-за утраты контакта с ними. Исследование также показало, что сразу после вступления закона в силу был отмечен рост сообщений о шантаже и словесных оскорблениях геев и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, а также сокращение числа безопасных мест для общения (51).

Аналогичное воздействие могут оказать и действия по запрету работы, связанной с оказанием услуг сексуального характера. Несмотря на то, что секс-бизнес не является криминальным видом деятельности в Кыргызстане, в 2016 году местная полиция заявила, что она «очистит» улицы от работников этой сферы и будет поощрять «народные дружины» фотографировать людей, которые, по их мнению, являются работниками секс-бизнеса, и направлять фотографии в полицию (53). Ряд работников секс-бизнеса были арестованы по обвинению в мелком хулиганстве, что фактически является криминализацией этих лиц. Вскоре после этого произошло увеличение количества зарегистрированных случаев нарушений прав человека в отношении работников секс-бизнеса, включая вымогательство со стороны сотрудников полиции, незаконные задержания, угрозы, шантаж, словесные оскорбления и обращение, унижающее достоинство (53). В Кыргызстане оказание услуг сексуального характера сильно стигматизировано. Неправительственные организации выявили, что в Кыргызстане женщины-работники секс-бизнеса сталкиваются с препятствиями при получении медицинского обслуживания, в том числе медицинского обслуживания в области сексуального и репродуктивного здоровья, и что поставщики медицинских услуг дискриминируют работников секс-бизнеса — отказывают в предоставлении лечения, предлагают лечение низкого качества, не соблюдают конфиденциальность (54).

Криминализация ключевых групп населения не только влияет на возможность отдельных лиц обращаться за получением услуг, связанных с ВИЧ; она также может оказывать более системное воздействие на программы, связанные с ВИЧ. В 2017 году в 154 странах было проведено исследование, в котором сравнивали результаты оценки популяции мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами. Было установлено, что в странах, где однополые сексуальные отношения запрещены законом, данные о числе геев и мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, были неправдоподобно занижены по сравнению со странами, где такое поведение не является противозаконным. Таким образом, криминализация влияет на понимание эпидемиологической обстановки в стране и ограничивает возможности принятия соответствующих мер, так как из-за низких или нулевых показателей «существование [мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами] отрицается на официальном уровне, отсутствуют возможности удовлетворять их потребности должным образом, а отчеты об охвате услугами в связи с ВИЧ неоправданно раздуваются, что создает ложную картину успеха» (55).

Криминализация передачи ВИЧ

Стигматизация и дискриминация, связанная с ВИЧ, в том числе преследование за нераскрытие информации о ВИЧ-статусе, заражение ВИЧ или передачу этой инфекции, еще больше препятствуют тому, чтобы люди предпринимали меры, направленные на предотвращение заражения ВИЧ или предотвращение передачи ВИЧ своим детям. Это происходит из-за страха преследования, лишения прав на сексуальное и репродуктивное здоровье или потери опеки над своими детьми.

Законы, криминализирующие нераскрытие информации о ВИЧ-статусе, заражение ВИЧ или передачу этой инфекции, по-прежнему действуют во многих странах. Такие законы есть в 51 из 109 стран, предоставивших отчетность, а еще в 25 странах таких законов нет, но судебное преследование происходит в соответствии с общим уголовным законодательством (19).

Когда вертикальная передача ВИЧ преследуется по закону, т. е. матери могут быть привлечены к ответственности за передачу ВИЧ плоду, беременные женщины могут отказываться от тестирования на ВИЧ. В тех случаях, когда женщины знают, что они живут с ВИЧ, криминализация может помешать им раскрыть информацию о своем статусе и получить соответствующую помощь в дородовом и послеродовом периодах для предотвращения передачи ВИЧ ребенку (60, 61). В четырех странах (Ливии, Науру, Сент-Люсии и Таджикистане) была предоставлена информация о продолжении преследования лиц за вертикальную передачу ВИЧ (19).

Мигранты

Мигранты часто сталкиваются с условиями, которые препятствуют их доступу к услугам по профилактике и лечению ВИЧ (56). Их права могут быть нарушены требованием прохождения обязательного тестирования или они могут не иметь доступа к службам, проводящим добровольное тестирование, частично из-за стигматизации и дискриминации и страха перед последствиями (включая депортацию) получения положительного результата тестирования на ВИЧ. Отношение работников здравоохранения, отсутствие информации о медицинских услугах и правах мигрантов, культурные, языковые и религиозные барьеры также затрудняют доступ к услугам (16).

В 35 странах по-прежнему действуют ограничения на въезд, пребывание и проживание для людей, живущих с ВИЧ (57). Такие ограничения представляют собой дискриминацию по признаку ВИЧ-статуса и нарушают права соответствующих лиц (в частности, право мигрантов на свободное передвижение), несмотря на то, что нет никаких доказательств того, что такие ограничения позволяют защитить здоровье людей или помогают предотвратить передачу ВИЧ. Запреты также препятствуют проведению добровольного тестирования на ВИЧ и выполнению рекомендаций по антиретровирусной терапии. Например, шахтеры-мигранты на юге Африки, в том числе шахтеры, живущие с ВИЧ и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, были изгнаны из страны проживания и оставлены на границе своей страны без доступа к лечению и без направления в местные медицинские службы (56).

Кроме этого, в отличие от граждан соответствующих стран мигранты не имеют всех прав на медицинское страхование, которое обеспечило бы им доступ к медицинскому обслуживанию; они могут не иметь полного доступа к системе здравоохранения или сталкиваться с серьезными проблемами при получении компенсации расходов из-за дискриминации или злоупотреблений (56, 58). В некоторых случаях к мигрантам, живущим с ВИЧ, могут относиться как преступникам, задержанным или депортированным, и такое обращение является дополнительным фактором стигматизации и влечет за собой финансовые последствия.

Если мигранты не имеют документов, вероятность возникновения проблем возрастает, так как доступ таких лиц к адекватным медицинским услугам, медицинскому страхованию, социальной защите и правосудию значительно ограничен; они также могут сталкиваться с социальным отчуждением и иметь ненадежные жилищные и трудовые условия. Несмотря на то, что все страны Европейского союза / Европейского экономического пространства ратифицировали ряд международных и региональных документов по правам человека, которые определяют доступ к услугам здравоохранения как право человека, которое должно быть доступно для всех без дискриминации, во многих европейских странах мигрантам без документов не предоставляется антиретровирусная терапия (59).

Стигматизация и дискриминация:

как они создают барьеры для доступа к услугам здравоохранения ...

Рисунок 15. Влияние стигматизации и дискриминации на доступ к медицинской помощи для профилактики, тестирования и лечения ВИЧ



Уголовное законодательство, отношение общества, дезинформация, предрассудки и страх лежат в основе стигматизации и фактических проявлений дискриминации, влияющих на доступ к медицинскому обслуживанию людей, живущих с ВИЧ, и представителей ключевых групп населения.

... и как борьба со стигматизацией и дискриминацией может помочь преодолеть эти барьеры

Рисунок 16. Устранение стигматизации и дискриминации улучшает доступ к медицинской помощи для профилактики, тестирования и лечения ВИЧ



Воздействие на эти факторы посредством отмены неблагоприятных законов, введения законов, обеспечивающих защиту, просвещения правообладателей и поставщиков услуг и расширения прав и возможностей общин по защите своих прав позволит сократить разрыв между теми, кто может получить доступ к услугам, и теми, кто лишен такой возможности, что приведет к улучшению здоровья всех людей.

Устранение стигматизации и дискриминации и обеспечение доступа к каскаду услуг

«Медицинское обслуживание, ориентированное на людей, укрепляет доверие между медицинскими работниками и получателями услуг, улучшает их взаимодействие и здоровье получателей услуг, а также повышает доверие к медицинским работникам и удовлетворенность их работой. Люди получают адекватную помощь в нужное время и в нужном месте.»

Международные, национальные, общественные и частные структуры во всем мире доказывают, что улучшение доступа к медицинским услугам путем снижения стигматизации и дискриминации, связанной с ВИЧ, возможно и необходимо для достижения целей в рамках Политической декларации Организации Объединенных Наций 2016 года о прекращении эпидемии СПИДа. Многие меры оказались эффективными, в том числе следующие:

- Расширение прав и возможностей отдельных лиц и сообществ для решения проблемы дискриминации.
- Обучение и поддержка медицинских работников для преодоления дискриминационных установок и действий, обусловленных личными убеждениями и практикой, принятой в учреждении.
- Отказ от дискриминационных законов и политики.
- Укрепление нормативной базы для борьбы с дискриминацией.
- Гарантирование подотчетности все участников и обеспечение их ответственности за ликвидацию дискриминации.

С этого времени организации людей, живущих с ВИЧ, сотрудничают с местными, национальными и международными организациями в целях расширения их возможностей и укрепления взаимодействия, расширения возможностей людей, живущих с ВИЧ, повышения осведомленности работников здравоохранения и содействия разработке стимулирующих законов, политики и программ, сокращающих дискриминацию и расширяющих доступ к ключевым услугам (62).

Помещение людей в медицинские центры

Услуги, ориентированные на людей

Услуги, ориентированные на интересы людей, направлены на то, чтобы в центре систем здравоохранения находились люди и сообщества, а не болезни. Медицинское обслуживание, ориентированное на людей, укрепляет доверие между медицинскими работниками и получателями услуг, улучшает их взаимодействие и здоровье получателей услуг, а также повышает доверие к медицинским работникам и удовлетворенность их работой. Это также может улучшить доступ к медицинским услугам. Сутью услуг, ориентированных на людей, является, что люди получают правильный уход в нужное время и в нужном месте (63).

В рамках борьбы с ВИЧ концепция услуг, ориентированных на людей, означает, что людям предоставляют приемлемые, доступные качественные услуги по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ, которые соответствуют их потребностям. Эта концепция включает рассмотрение конкретных потребностей и обстоятельств жизни ключевых групп населения и других маргинальных групп, таких как мигранты, люди, употребляющие

инъекционные наркотики, и работники секс-бизнеса, которые могут не иметь полного доступа к услугам здравоохранения наравне с другими, а также разработку медицинских услуг для удовлетворения их потребностей и улучшения охвата услугами в рамках всего каскада.

В создании службы медицинского обслуживания, ориентированной на людей, живущих с ВИЧ, и ключевые групп населения, могут помочь следующие меры:

- Изменение времени работы соответствующих служб (например, предоставление услуг в позднее или ночное время для работников секс-бизнеса).
- Внедрение медицинских услуг для молодежи с целью компенсации их исключения из программ оказания других услуг.
- Интеграция служб по вопросам ВИЧ и служб сексуального и репродуктивного здоровья во избежание раскрытия конфиденциальной информации.

Борьба с дискриминацией и укрепление доверия между участниками процесса — ключевой аспект медицинского обслуживания, ориентированного на людей. Консультации с конечными пользователями обеспечат понимание и удовлетворение их потребностей и улучшат их взаимодействие со службами здравоохранения.

«В одной поликлинике в Намибии подход, ориентированный на людей, привел к 20%-му снижению смертности среди пациентов, живущих с ВИЧ.»

Намибия представляет собой пример страны со службой медико-санитарной помощи, ориентированной на людей. В 2016 году распространенность ВИЧ среди взрослых (в возрасте от 15 до 49 лет) в Намибии составляла 13,8% (12,1-15,1%). В 2015 году детская смертность в этой стране составляла 33 случая на 1000 живорожденных детей, а материнская смертность — 265 случаев на 100 000 живорожденных детей; в 2014 году около 17% беременных женщин, посещавших родовые поликлиники, жили с ВИЧ (64, 65). Чтобы решить эти проблемы, в семи медицинских учреждениях была опробована новая модель. Цель использования этой модели заключалась в интеграции услуг в области ВИЧ и сексуального и репродуктивного здоровья для улучшения оказания услуг, связанных с ВИЧ. Модель также была направлена на уменьшение распространенности других инфекций, передающихся половым путем, и числа незапланированных беременностей, а также на расширение возможностей для удовлетворения потребностей людей, живущих с ВИЧ, в отношении сексуального и репродуктивного здоровья. В каждой участвующей поликлинике использовалась модель «одна медсестра, один пациент, одна палата». В этом заключалось отличие от предыдущей практики резервирования отдельных палат для людей, живущих с ВИЧ, что ставило под угрозу конфиденциальность и не позволяло многим людям получать доступ к необходимым им услугам.

Оперативное исследование по изучению реализации модели в одной конкретной поликлинике Намибии, показало, что интеграция услуг улучшает доступность и качество родовой помощи за счет улучшения взаимодействия между поставщиками услуг и пациентами и сокращения сроков пребывания пациентов в медицинском учреждении, времени ожидания обслуживания и прогнозируемой продолжительности оказания услуг. Интегрированная модель также повышает эффективность работы медсестры и снижает уровень стигматизации, не ухудшая при этом качество услуг в области борьбы с туберкулезом, ВИЧ, амбулаторного лечения, родового наблюдения и услуг, оказываемых людям, впервые обратившимся по вопросам планирования семьи. Например, в рамках этой модели среднее число пациентов, своевременно пополняющих запасы антиретровирусных препаратов, увеличилось на 16,3%, среднее число пациентов, прекративших лечение антиретровирусными препаратами, снизилось на 7,2%, а среднее число случаев смерти пациентов с ВИЧ, уменьшилось на 20% (66).

В Аргентине была разработана политика под названием «медицинские услуги, ориентированные на ключевые группы населения». Ее целью является уменьшение стигматизации и дискриминации в отношении геев и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, трансгендерных людей и работников секс-бизнеса, а также расширение их доступа к услугам, связанным с ВИЧ, и другим медицинским услугам и уровня потребления этих услуг. Организации гражданского общества участвуют в информационно-пропагандистской деятельности, разработке и внедрении услуг. В рамках системы общественного здравоохранения был создан двадцать один центр, ориентированный на ключевые группы населения, в которых междисциплинарные группы медицинских и социальных работников предоставляют различные медицинские и социальные услуги (а в некоторых случаях и юридические или справочные услуги), учитывающие потребности лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендерных и интерсексуальных людей (ЛГБТИ) и работников секс-бизнеса. Например, услуги можно получить днем и вечером, что облегчает доступ к ним представителям ключевых групп населения (67).

Реализация мер на разных уровнях

Сочетание снижения уровня дискриминации с другими мерами, связанными с ВИЧ, которые направлены на удовлетворение конкретных потребностей людей, может повысить эффективность проводимой политики. В 10 районах Перу был проведен поиск, отбор и обучение лидеров общественного мнения для оказания поддержки маргинализированным группам населения, снижения распространенности рискованного сексуального поведения и расширения масштабов тестирования на ВИЧ. Эти лидеры общественного мнения установили контакты примерно с 3050 мужчинами, которые идентифицируют себя как гетеросексуалы, мужчинами, которые идентифицируют себя как гомосексуалисты, а также социально маргинализированными женщинами. Это привело к снижению уровня стигматизации в обеих группах мужчин (при этом никаких существенных изменений среди женщин не наблюдалось) (68).

Объединенные данные двух исследований, посвященных соблюдению режима лечения и влиянию стигматизации, свидетельствуют о том, что в результате мероприятий, основанных на концепции прав человека, приверженность к лечению значительно улучшилась (69-71). В Замбии были проведены групповые и индивидуальные мероприятия для увеличения социальной поддержки, расширения взаимодействия поставщиков услуг с пациентами и снижения озабоченности по поводу лечения ВИЧ. Результаты исследования показали, что люди, которые почувствовали снижение уровня стигматизации, увеличение социальной поддержки и улучшение связи между пациентом и поставщиком услуг, чаще посещают медицинские учреждения, чем те, кто не имел такого опыта (70).

Во одной провинции Вьетнама среди мужчин, употребляющих инъекционные наркотики, было проведено многоуровневое мероприятие, направленное на изменение поведения, в результате которого увеличилась выживаемость людей, живущих с ВИЧ. Для участников его польза заключалась во внедрении местного стандарта оказания медицинских услуг, снижении уровня стигматизации в общинах, расширения индивидуального консультирования, возможности участия в индивидуальных и групповых мероприятиях. Это четвертое направление работы было наиболее эффективным: через 24 месяца были живы 87% всех участников и 84% участников с числом CD4-лимфоцитов менее 200 клеток/мм³, не получавшие антиретровирусную терапию на исходном уровне, число человек, начавших антиретровирусную терапию, было максимальным (72).

Привлечение медицинских работников

Закрепление навыков, обмен методами

Обучение и информирование работников здравоохранения для укрепления их потенциала — эффективный способ снижения уровня стигматизации, дискриминации и числа случаев отказа в лечении в медицинских учреждениях. Например, в Чили обучение медицинских работников по вопросам законодательства, связанного с ВИЧ, а также выявления и регистрации случаев нарушений прав человека повысило осведомленность о законодательстве, связанном с ВИЧ, в 5 раз (73).

«В Южной Африке студенты-медики первого курса, прошедшие обучение по методу «равный-равному», через три-шесть месяцев в 1,5 раза чаще сообщали о наличии эмпатии в отношении людей, живущих с ВИЧ, по сравнению с лицами, которые не проходили такого обучения.»

Имеются данные о том, что обучение по вопросам, связанным с дискриминацией, также ведет к уменьшению уровня стигматизации и дискриминации. В 2017 году было проведено изучение данных четырех рандомизированных контролируемых исследований курсов обучения студентов медицинских учебных заведений в Индии, Литве, Пуэрто-Рико и США, которое показало, что после завершения обучения отношение учащихся к людям, живущим с ВИЧ, улучшилось, а уровень стигматизации снизился (74–79).⁸ В Южной Африке студенты-медики первого курса, прошедшие обучение по методу «равный-равному», через три-шесть месяцев после обучения в 1,5 раза чаще сообщали о наличии эмпатии в отношении людей, живущих с ВИЧ, по сравнению с лицами, которые не проходили такого обучения (80). В Китае в больницах была внедрена программа для врачей, медсестер и лаборантов по обучению универсальным мерам предосторожности, борьбе со стигматизацией, связанной с ВИЧ, и улучшению медицинской помощи пациентам. Специалисты, прошедшие обучение, гораздо реже проявляли предвзятое отношение к людям, живущим с ВИЧ, и реже старались уклониться от выполнения своих обязанностей (оказания помощи пациентам, живущим с ВИЧ), чем те, кто не прошел обучение (81).

Использование международных методов

Появляется все больше шаблонных методов и механизмов, которые могут быть использованы для снижения стигматизации и дискриминации. Например, на веб-сайте www.zeroHIVdiscrimination.com представлена онлайн-база инструментов для снижения дискриминации в области здравоохранения, которые являются эффективными ресурсами для тех, кто работает над искоренением дискриминации. HealthWISE — это инструмент, разработанный Международной организацией труда совместно с ВОЗ для консультирования медицинских учреждений в целях улучшения гигиены труда, повышения безопасности работников здравоохранения, а также улучшения качества медицинских услуг (82). В нем имеется специальный модуль по вопросам дискриминации, включая дискриминацию и насилие на уровне персонал-пациент и на уровне персонал-персонал (82). Пилотные проекты по внедрению этого инструмента в Сенегале, Таиланде и Объединенной Республике Танзании повысили уровень информированности и деятельности в области условий труда и улучшили информированность медицинских работников больниц о ВИЧ и более безопасных методах работы (83).

Были также разработаны инструменты для борьбы с дискриминацией отдельных групп населения. Учебный курс «Время пришло» (Time Has Come), созданный Программой развития Организации Объединенных Наций совместно с ВОЗ, был разработан для снижения уровня стигматизации и дискриминации геев и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, а также трансгендерных людей в медицинских учреждениях Азиатско-Тихоокеанского региона. Этот курс дает участникам более глубокое понимание данных и доказательств, касающихся профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в среде геев и других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, а также трансгендерных людей, и эффективно использовать эти сведения. Учебный курс «Время пришло» включен в национальные учебные программы по проблемам ВИЧ-инфекции для медицинских работников в Бутане, Индии, Индонезии, Непале, на Филиппинах и в Тиморе-Лешти (84).

⁸ Статистически значимая разница стандартизованного среднего значения, равная 0,34 (95% ДИ: 0,19; 0,48), указывает на улучшение отношения к людям, живущим с ВИЧ, и снижение уровня стигматизации после обучения.

Расширение возможностей работников здравоохранения на уровне общин

Местные медицинские работники — это медицинские работники, которые выполняют работу по оказанию медико-санитарной помощи, и которые прошли обучение в связи с проведением каких-либо мероприятий. Хотя используются разные определения, как правило, это люди, не имеющие официального профессионального, среднего специального или высшего образования. Они являются членами общин или местных сообществ, в которых они работают, и подотчетны им в своей деятельности. Отбор этих людей должен проводиться на уровне общин или сообществ, и они должны получать поддержку системы здравоохранения (85). Например, они могут использовать новые медицинские технологии, системы поддержки, экспресс-тесты на ВИЧ и упрощенные протоколы лечения для повышения охвата населения услугами в рамках каскадов профилактики, тестирования и лечения ВИЧ, поскольку они участвуют в более масштабной деятельности по укреплению здоровья и оказанию первичной медико-санитарной помощи (85).

Интеграция местных медицинских работников в систему здравоохранения может повысить охват населения услугами и сократить неравенство в доступе к основным видам медицинской помощи, особенно в районах с низким уровнем обеспечения медико-санитарными услугами, а также в исключенных и уязвимых группах населения (86). В Индии программа «Аша-Жизнь» показала, что участие медицинского работника без специального образования, известного как «Аша» (деревенская женщина, прошедшая подготовку по вопросам ВИЧ-инфицирования или аккредитованный активист по вопросам социального здоровья), повышало эффективность обучающих курсов по ВИЧ-инфекции, разработанных для сельских женщин, живущих с ВИЧ. В рамках курсов проводилось обучение выработке адаптивного поведения и предоставлялась информация о путях преодоления стигматизации, а после завершения некоторые женщины еженедельно проходили дополнительные курсы обучения, проводимые Ашей. Аша помогала отслеживать факторы, мешающие соблюдению режима антиретровирусной терапии, и оказывала помощь в преодолении любых сложностей на пути к получению медицинского обслуживания или назначенного лечения, с которыми сталкивались участники. Это включало сопровождение женщин в районную больницу или к психологу и консультирование их по поводу стратегий борьбы с нарушениями их прав (дискриминацией). Через шесть месяцев после начала занятий, женщины, которым была назначена Аша, сообщили о значительном снижении ощущения себя заклеянным и случаев отказа от получения услуг, по сравнению с теми, кто не прошел такие занятия. У них также значительно повысилась приверженность лечению, уровень CD4-лимфоцитов и улучшились другие показатели здоровья, а также снизилась выраженность симптомов депрессии (87).

«Работники секс-бизнеса в Кении знают, что лучше всего для движения работников секс-бизнеса Кении»: многоплановая поддержка в решении многоплановых проблем

В Кении Программа наделяющая правами и поддержки работниц баров (BHESP) началась как деятельность группы работников секс-бизнеса и работниц баров, которые сотрудничали в области борьбы с ВИЧ, насилием и эксплуатацией. Эта организация гражданского общества была создана для предоставления широкого спектра услуг, позволяющих защитить работников секс-бизнеса и наделять их правами.

Программа BHESP широко представлена в сообществе работников секс-бизнеса и ее участники взаимодействуют с более широкими слоями населения, привлекая самих работников секс-бизнеса для защиты и опеки их коллег. Эти цели достигаются за счет реализации в том числе следующих видов деятельности:

- Создание 42 групп работников секс-бизнеса, обучение лидеров групп роли наставника и оказание помощи участникам в самостоятельном получении доступа к услугам здравоохранения.
- Создание консультационных центров и привлечение наставников к работе в больницах для облегчения направления пациентов к специалистам.
- Реализация программы оказания помощи на дому людям с заболеваниями, связанными со СПИДом.
- Взаимодействие с директорами поликлиник и руководителями здравоохранения от имени работников секс-бизнеса.
- Проведение тренингов по повышению информированности медицинских работников.
- Создание двух оздоровительных центров, которые предоставляют бесплатные услуги работникам секс-бизнеса, в т. ч. тестирование и лечение инфекций, передающихся половым путем, скрининговые обследования на наличие рака шейки матки и услуги по планированию семьи.

Благодаря этим медико-санитарным мероприятиям услуги в рамках программы VHESP получают примерно 8000 работников секс-бизнеса в Найроби и еще 2000 работников этой сферы в соседних со столицей районах.

По программе VHESP также предоставляется ряд других услуг работникам секс-бизнеса Кении, которые дополняют их медико-санитарное обслуживание и устраняют системные барьеры, влияющие на их здоровье и безопасность, в т. ч. дискриминацию, насилие, произвольные аресты и правовые нарушения. Эти услуги включают следующее:

- Мониторинг медицинских исследований для гарантии соблюдения прав работников секс-бизнеса, и предупреждения или устранения воздействия факторов риска.
- Участие в исследованиях, проводимых с целью регистрации случаев насилия в отношении работников секс-бизнеса.
- Реализация программы юридической помощи, в которой работают наставники из числа работников секс-бизнеса, прошедшие подготовку по юридическим вопросам для обеспечения круглосуточной поддержки, консультирования, и действий по освобождению под залог.
- Проведение ежеквартальных юридических консультаций, во время которых работники секс-бизнеса могут получать юридические советы.
- Использование законов для привлечения к ответственности полицейских за неправомерные действия и оказания помощи работникам секс-бизнеса в оспаривании обвинений и в делах против полицейских.
- Установление связей с правоохранительными органами для предотвращения насилия и притеснений, организация форумов, объединяющих полицейских и работников секс-бизнеса, для достижения взаимопонимания и определения путей снижения масштабов злоупотребления.
- Помощь работникам-секс бизнеса в судебных делах для принятия мер в отношении лиц, нарушающих их права (например, при лишении их родительских прав или в случае вымогательства или применения в отношении них физического насилия).
- Пропаганда национальной политики и программ, связанных с секс-бизнесом, в т. ч. обеспечение приоритетности программ для работников секс-бизнеса в рамках национальных мер по борьбе со СПИДом.
- Работа со средствами массовой информации для повышения осведомленности о правах работников секс-бизнеса и уменьшения дискриминации, организация манифестаций в связи с бездействием полиции в отношении насилия против работников секс-бизнеса (88).

В Соединенных Штатах местные медицинские работники проводили интерактивные групповые образовательные занятия на английском и испанском языках для групп латиноамериканцев с низким уровнем обеспечения медицинскими услугами в трех юго-западных районах (89). Это были местные медицинские работники, которые живут с ВИЧ или иным образом страдают от ВИЧ-инфекции. С целью снижения стигматизации и формирования мотивации к изменению поведения и отношения на занятиях особое внимание было обращено на общекультурные ценности и ценности в рамках данного сообщества. Результаты были положительными: среди участников значительно снизился уровень стигматизации, связанной с ВИЧ, и повысилась осведомленность о ВИЧ, желание обсудить вопросы ВИЧ-инфицирования со своими половыми партнерами и осознание риска заражения ВИЧ (89).

В Таиланде в рамках программы, реализуемой правительством совместно с восемью неправительственными организациями, проводилось обучение мигрантов из Камбоджи и Мьянмы роли медико-санитарных инструкторов. Эти люди распространяют информационные, просветительские и коммуникационные материалы, а также раздают презервативы в сообществах мигрантов и на рабочих местах. Участие этих добровольцев помогло устранить некоторые из препятствий, ограничивающих доступ рабочим мигрантам к медицинским услугам, что помогло им осознать свои права. В рамках этой программы в государственных учреждениях здравоохранения также были созданы службы оказания медицинских услуг мигрантам, которые проводят диагностику и лечение инфекций, передающихся половым путем, добровольное консультирование по вопросам ВИЧ-инфицирования и тестирование на ВИЧ (90).

Создание благоприятной правовой среды для обеспечения доступа к медицинскому обслуживанию

В результате реформирования или отмены дискриминационных и карательных законов и введения охранительных правовых норм у отдельных лиц и сообществ появляются соответствующие права и формируется среда, в которой люди чувствуют, что они могут с достоинством, без опасений и наравне с другими пользоваться услугами здравоохранения. Это также приводит к укреплению механизмов и положения определенных учреждений, расширению доступа к услугам, связанным с ВИЧ, медицинскому обслуживанию и другим социальным услугам.

Декриминализация секс-бизнеса

В 2015 году при использовании модели оценки влияния декриминализации секс-бизнеса было показано, что декриминализация может предотвратить 33-46% случаев заражения ВИЧ в следующем десятилетии за счет «обеспечения комплексного воздействия на насилие, преследования со стороны сотрудников полиции, создания более безопасных условий труда и предупреждения передачи ВИЧ» (91). Недавнее исследование, проведенное в 27 европейских странах, показало, что в странах, где были узаконены некоторые аспекты секс-бизнеса, значительно снизилась распространенность ВИЧ среди работников секс-бизнеса, по сравнению с теми странами, в которые все аспекты секс-бизнеса считаются незаконными (92).

В 2003 году в Новой Зеландии была декриминализована работа в сфере секс-бизнеса и создана правовая основа для защиты прав человека в среде работников секс-бизнеса, защиты их от эксплуатации, обеспечения их благополучия, гигиены и безопасности на рабочем месте, а также развития общественного здравоохранения. В то же время данная система не одобряла и поощряла работу в сфере секс-бизнеса с точки зрения морали, а также запрещала вовлечение в секс-бизнес лиц в возрасте до 18 лет (93). В обзоре за 2008 год, подготовленном правительством Новой Зеландии, было указано, что после принятия законов о декриминализации работники секс-бизнеса имеют более широкий доступ к медицинской информации и могут свободнее настаивать на более безопасном сексе. До декриминализации уровень ВИЧ-инфицирования был незначительным, и после принятия этих законов он оставался прежним, а число работников секс-бизнеса в стране не увеличилось (93).

Декриминализация однополых сексуальной активности

Когда однополые сексуальные отношения не преследуются по закону, геи, другие мужчины, практикующие половые контакты с мужчинами, и трансгендерные люди, имеют больше возможностей для обращения за медицинским обслуживанием и другими услугами, в которых они нуждаются. Об этом свидетельствуют данные, полученные еще в 1985 году, когда в австралийском исследовании по изучению положения геев в разных юрисдикциях, было показано, что люди, проживающие в местах, где сексуальные отношения между лицами одного пола были декриминализованы, сообщали об улучшении психологической адаптации и уменьшении частоты инфекций, передающихся половым путем (94).

В 2009 году Верховный суд Дели отменил законы, криминализирующие однополые сексуальные отношения, на основании того, что они нарушают Конституцию Индии, которая предусматривает равенство всех граждан Индии и право на достойную жизнь (95–97).⁹ Исследование, проведенное в 2013 году, показало, что это постановление привело к улучшению самооценки и повышению уверенности в себе среди геев, других мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, хиджров, коти и социальных работников (95).¹⁰ Это также способствовало уменьшению преследования со стороны государственных служащих и расширению их признания в обществе и семьях.

Декриминализация употребления наркотиков

В странах, которые провели полную или частичную декриминализацию употребления наркотиков, было отмечено существенное влияние этих мер на распространенность наркозависимости, смертность от наркотиков и передачу ВИЧ. Например, в Чехии распространенность ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, одна из самых низких. Это связывают с декриминализацией хранения и употребление небольшого количества наркотиков в сочетании с масштабными усилиями по снижению вреда (98).

В Португалии значительная либерализация антинаркотического законодательства, проведенная в 2000 году, и увеличение масштабов деятельности по снижению вреда привели к снижению уровня преступности, связанного с употреблением наркотиков, наркоманией и вредом, связанным с наркотиками (99, 100). Данные мероприятия также способствовали в последующем увеличению числа людей, включенных в программы лечения от наркотической зависимости (99, 100). После этих изменений число новых случаев заражения ВИЧ в год среди людей, употребляющих наркотики, снизилось с 1575 в 2000 году до 78 в 2013 году, а заболеваемость СПИДом среди людей, употребляющих наркотики, за этот же период снизилась с 626 до 74, что свидетельствует об улучшениях как в каскаде профилактики, так и в каскаде тестирования и лечения (101). После изменения законодательства в Португалии не наблюдалось роста регулярного употребления наркотиков, а употребление наркотиков среди некоторых групп населения даже снизилось (102, 103).

Отмена или изменение законодательства о согласии родителей

Общее мнение таково, что законы о согласии родителей ограничивают доступ подростков и молодых людей к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья и услугам, связанным с ВИЧ, и что отмена таких законов будет способствовать улучшению доступа к этим услугам. В одном из исследований, проведенном в Соединенных Штатах Америки, наблюдалось значительный рост обращений за услугами тестирования и консультирования в связи с ВИЧ после того, как в штате Нью-Джерси был отменен закон, требовавший согласия родителей на тестирование на ВИЧ (104).

⁹ В 2013 году данное решение было отменено Верховным судом. В 2015 году Суд согласился пересмотреть это решение (96).

¹⁰ Хиджры — это «люди, являющиеся мужчинами по физическим признакам, или интерсексуальные люди, которых относят к "третьему полу"». Коти — это «мужчинами, которые явно проявляют женские манеры и практикуют в основном пассивный анальный/оральный секс с мужчинами» (95).

В Лесото, Южной Африке и Уганде аналогичным образом возраст ребенка, в котором для получения консультирования и прохождения тестирования на ВИЧ еще требуется согласие родителей, был снижен до 12 лет (105). Для изучения влияния этих мер на изменение уровня использования услуг нужны дальнейшие исследования.

Внедрение защитного законодательства

Отмена или изменение законодательства, которое явным образом дискриминирует людей, живущих с ВИЧ, и людей из групп риска заражения ВИЧ, недостаточно для прекращения стигматизации и дискриминации. Активная защита прав маргинализированных групп населения имеет важное значение для смягчения социальной стигматизации и дискриминации. Для этого необходимы следующие меры и соответствующие изменения законодательства:

- Запрет дискриминации на основе ВИЧ-статуса, сексуальной ориентации и гендерной идентичности в медицинских учреждениях и в других местах.
- Создание системы обработки и расследования жалоб на дискриминацию.
- Защита конфиденциальности личной информации и права на согласие на лечение.

Такие меры способствуют созданию благоприятных условий, в которых люди, живущие с ВИЧ, и члены ключевых групп населения действительно имеют доступ к услугам и поддержке, в которых они нуждаются, и осознают это.

Например, в 2012 году в Аргентине был принят закон о гендерной идентичности, который положительно повлиял на качество жизни трансгендерных людей в этой стране, так как он, помимо прочего, позволил расширить их доступ к образованию, работе и медицинскому обслуживанию (106, 107). Закон позволяет людям изменять имя и пол в документах, удостоверяющих личность, посредством простой административной процедуры; он также гарантирует комплексное медицинское обслуживание, включая гормональное и хирургическое лечение, при наличии только информированного согласия лица (без каких-либо других судебных, медицинских или административных требований). Исследование, проведенное в 2014 году, показало, что этот закон позволяет трансгендерным людям проще и раньше получать доступ к медицинским услугам, в т. ч. к тестированию и лечению ВИЧ. Его принятие также привело к значительному снижению уровня стигматизации и дискриминации в медицинских учреждениях: только трое из десяти участников исследования сообщили о дискриминации по признаку гендерной идентичности после вступления закона в силу (по сравнению с восемью из десяти до его принятия). Респонденты отметили, что данный закон наделил отдельных лиц и группы населения правами, наличие которых способствует борьбе с дискриминацией (106, 107).

В других юрисдикциях были приняты аналогичные меры. В 2003 году в связи с декриминализацией секс-бизнеса в Новой Зеландии появилась возможность обеспечивать защиту работников этой сферы в области трудоустройства, здоровья, безопасности и прав человека (93). Аналогичным образом, Министерство труда и профессиональной подготовки Камбоджи в 2014 году приняло постановление о трудовых правах работников сферы развлечений, многие из которых работают неофициально и должны, по мнению их работодателей и клиентов, предоставлять сексуальные услуги (108). Теперь их трудовые права включают право на получение медицинской информации и услуг, права на отпуск по болезни и право на защиту от насилия и преследования (109). Инспекторы по охране труда прошли обучение по вопросам безопасности труда, трудовых прав, профилактики ВИЧ-инфекции и снижения уровня стигматизации и дискриминации в отношении работников сферы развлечений, живущих с ВИЧ (110).

«Исследование по внедрению законов, защищающих права трансгендерных людей в Аргентине, показало, что после вступления их в силу количество сообщений о случаях дискриминации в сфере здравоохранения по признаку гендерной идентичности снизилось на 50%.»

Многие страны приняли законы, защищающие права людей, живущих с ВИЧ (111). В 2017 году индийский парламент принял законопроект о профилактике и контроле ВИЧ-инфекции и СПИДа, в котором прямо говорится о том, что люди, живущие с ВИЧ или затронутые ВИЧ, имеют равные права на получение образования, жилья и работы. Этот законопроект также защищает права собственности и требует получения информированного согласия на тестирование, лечение ВИЧ и раскрытие ВИЧ-статуса. В законодательстве определен единый для всех регионов порядок рассмотрения жалоб, связанных с ВИЧ, при этом омбудсмен в каждом штате имеет право издавать приказы, связанные с такими жалобами и предоставлением медицинских услуг, а также назначать наказания, например, в виде штрафа и (или) лишения свободы (112, 113). Эти изменения произошли после того, как в 2016 году Верховный суд Индии принял постановление, согласно которому трансгендерные люди имеют право самостоятельно идентифицировать себя как мужчины, женщины или представители третьего пола, а правительство Индии обязано обеспечить их основные права без дискриминации (96).

Укрепление системы подотчетности здравоохранения без дискриминации

Все медицинские работники обязаны предоставлять помощь пациентам; они также имеют юридические и моральные обязательства придерживаться норм разумной осторожности при совершении действий, которые могут причинить вред другим людям. основополагающими этическими принципами оказания медицинской помощи, являются принцип «не навреди» и принципы благодеяния (совершения добра) и доверия. Практикующие врачи также должны стремиться к созданию условий, в которых пациенты получали бы адекватную информацию о состоянии своего здоровья и плане предполагаемых действий, добровольно соглашались на лечение и процедуры и имели возможность осознавать потенциальную пользу и риски предоставляемой им помощи (114). Медицинские работники имеют эти обязательства в отношении всех лиц без исключения.

В идеале эти обязательства по предоставлению медицинской помощи должны подкрепляться национальными законами, политикой и профессиональными стандартами. Некоторые страны принимают специальные законы, в то время как в других странах применяются правила и нормы, разработанные местными и (или) международными профессиональными организациями. Третьи используют нормативные акты или прецеденты, сложившиеся в судебной практике с течением времени. Такие стандарты должны требовать от медицинских работников предоставления медицинской помощи и лечения одинакового уровня всем лицам без дискриминации, что позволит обеспечить гарантированный уровень защиты и лечения пациентов. За нарушение этих принципов должны быть предусмотрены санкции, а нарушители должны нести ответственность.

Во Вьетнаме в 2013 году был принят закон об ответственности за административные правонарушения медицинского законодательства, основанный на предыдущем законе 2006 года о профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, в соответствии с которым были запрещены многие формы дискриминации, связанной с ВИЧ. В законе предусмотрен ряд штрафов и средств правовой защиты от актов дискриминации, связанной с ВИЧ, которые включают, помимо прочего, следующее:

- Раскрытие информации о ВИЧ-статусе и других личных данных без согласия.
- Распространение фотографий людей, живущих с ВИЧ, или их семей.
- Нераспространение информации, связанной с ВИЧ, или отказ от проведения тестирования и консультирования.
- Препятствование реализации права на доступ к услугам, связанным с наличием ВИЧ-инфекции.
- Проведение принудительного тестирования на ВИЧ.
- Отказ от предоставления лечения тем, кто имеет него право (115).

В 2014 году Верховный суд Намибии установил, что правительство Намибии нарушило обязательство по предоставлению медицинского обслуживания в отношении трех женщин, живущих с ВИЧ, которые были принудительно стерилизованы в государственной больнице. В соответствии с решением суда, обязательство по предоставлению медицинского обслуживания включает в себя обязательство получения информированного согласия пациента на все виды медицинской помощи (116). В этом случае согласие не было получено ни у одной женщины. В соответствии с решением суда, правительство обязано принять меры для устранения практики принудительной стерилизации в стране (116).

Право на здоровье: глобальные механизмы

Обеспечение права на здоровье, как и все международные обязательства в области прав человека, требует многопланового мониторинга. На международном уровне существуют механизмы, позволяющие реализовать такой мониторинг, к которым относятся проверки положения дел в странах экспертами из договорных органов, наличие специальных процедур, таких как деятельность рабочих групп и докладчиков, проведение экспертной оценки представителями Совета по правам человека, проведение Универсального периодического обзора (УПО) и механизмы рассмотрения индивидуальных жалоб. Организации и отдельные лица используют эти механизмы различными способами для представления доказательств того, что страна не выполняет свои обязательства в отношении права на здоровье, а также для получения рекомендаций от экспертов и других государств по устранению таких недостатков, в том числе в вопросах дискриминации, в области здравоохранения и ВИЧ. Хотя такие рекомендации не являются обязательными к исполнению, их можно использовать для обеспечения политической ответственности, содействия законодательной реформе, влияния на формирование политики и профессиональных стандартов (в том числе в области здравоохранения).

В 2016 году Комитет по правам человека оценил выполнение Коста-Рикой обязательств в рамках Международного пакта о гражданских и политических правах и оценил усилия страны по борьбе с дискриминацией в отношении людей, живущих с ВИЧ, но также отметил обеспокоенность в отношении того, что некоторые ключевые и уязвимые группы населения (заключенные, ЛГБТИ и нелегальные мигранты) «подвергаются дискриминации и сталкиваются с проблемами при поиске работы и доступе к медицинским услугам и медицинскому обслуживанию» (117). Комитет по правам человека рекомендовал Коста-Рике принять конкретные меры для повышения осведомленности о ВИЧ в целях борьбы с предрассудками и стереотипами и обеспечения равного доступа людей с ВИЧ к медицинскому обслуживанию и лечению.

Договорные органы по правам человека могут также получать индивидуальные жалобы от людей, которые утверждают, что они являются жертвами нарушений прав человека. После получения такой жалобы соответствующий договорный орган выдает заключения и рекомендации соответствующему государству-участнику.¹¹ В 1994 году Комитет по правам человека постановил, что, в соответствии с Международным пактом о гражданских и политических правах, закон, предусматривающий уголовную ответственность за гомосексуализм в Тасмании, Австралия, является проявлением дискриминации по признаку сексуальной ориентации. Это решение привело к тому, что в 1997 году законы Тасмании, запрещающие гомосексуальные отношения, были отменены (121).

«Обзор, проведенный в 2014 году, показал, что 48% рекомендаций УПО были полностью или частично реализованы в течение двух с половиной лет после первоначального выхода обзора.»

Универсальный периодический обзор: процесс экспертной оценки прав человека

Универсальный периодический обзор был разработан в 2006 году. Это уникальный процесс изучения отчетов о правах человека в каждой стране представителями Совета по правам человека и любых других заинтересованных государств-членов Организации Объединенных Наций. Помимо прочих вопросов обеспечения прав человека, которые призван решить этот процесс, он побуждает страны отстаивать права людей, живущих с ВИЧ, и людей из групп риска заражения этой инфекцией (118). Например, Румыния приняла к сведению рекомендацию «ввести действенные санкции за дискриминацию людей, живущих с ВИЧ, запретить обязательное тестирование на ВИЧ как условие трудоустройства и не допускать произвола в виде лишения лиц, живущих с ВИЧ, права на работу и посещение профессионально-технических училищ» (119).

Аналогичным образом, Малави приняла к сведению рекомендацию «гарантировать лесбиянкам, геям, бисексуалам, трансгендерным и бисексуальным людям доступ к медицинским услугам, включая лечение ВИЧ/СПИДа» (119).

Обзор, проведенный в 2014 году, показал, что 48% рекомендаций УПО были полностью или частично реализованы в течение двух с половиной лет после подготовки первоначального обзора (120). Это показывает, что процесс УПО является мощным инструментом обеспечения соблюдения права на здоровье.

Механизмы обеспечения прав человека также существуют на региональном уровне. В 2006 году Европейский суд по правам человека вынес решение в пользу человека, живущего с ВИЧ, который был арестован в Москве по обвинению в преступлении, связанном с незаконным оборотом наркотиков. На момент ареста подсудимый страдал от психического заболевания и нескольких хронических заболеваний. Он утверждал, что не получал надлежащего медицинского обслуживания в следственном изоляторе и что условия его содержания под стражей были бесчеловечными и унижающими достоинство. Суд постановил, что отсутствие своевременной медицинской помощи заключенному и отказ в проведении независимой медицинской экспертизы является проявлением унижительного обращения. Европейский суд по правам человека постановил выплатить заявителю 12 000 евро в качестве компенсации за причиненный ущерб и 105 000 рублей (приблизительно 3133 евро на тот момент времени) в качестве компенсации расходов (122). В отличие от решений договорных органов ООН, решения Европейского суда по правам человека имеют реализуются на уровне стран, в чем состоит их преимущество. Недавно Суд выявил случаи нарушения прав на неприкосновенность частной жизни и недискриминацию: раскрытие медицинским персоналом информации о ВИЧ-статусе пациента представителям местных газет, принуждение мигрантов к обязательному тестированию, отказ лицам, живущим с ВИЧ, в получении виз и вида на жительство (123–125).

¹¹ Следующие договорные органы имеют полномочия для рассмотрения индивидуальных жалоб: Комитет ООН по правам человека, Комитет ООН против пыток, Комитет ООН по ликвидации расовой дискриминации, Комитет ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Комитет ООН по делам трудящихся-мигрантов, Комитет ООН по правам инвалидов, Комитет ООН по правам ребенка, Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам и Комитет ООН по насильственным исчезновениям.

«В 2006 году Верховный суд Южной Африки постановил, что правительство не принимало достаточных мер для обеспечения доступа заключенным, живущим с ВИЧ, к антиретровирусной терапии, и вынес решение о незамедлительном предоставлении лечения, обеспечивающего быстрое достижение эффекта.»

За рамками международной системы прав человека международная система мониторинга СПИДа ЮНЭЙДС оценивает прогресс в отношении соблюдения международных обязательств и выполнения задач, поставленных в декларациях Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций о глобальных мерах по борьбе со СПИДом. Государства-члены Организации Объединенных Наций предоставляют информацию в виде данных о стандартных показателях, которые позволяют оценить состояние эпидемии, охват населения услугами, уровни стигматизации и дискриминации, масштабы антидискриминационных усилий, степень участия общественности в национальных мероприятиях по борьбе со СПИДом, наличие механизмов подотчетности, а также препятствий для доступа к ним (126).

Судебная и административная ответственность

При наличии законов и политики, защищающих права людей, группы и отдельные лица могут использовать судебную систему для обеспечения соблюдения их законных прав. В зависимости от законов или правовых рамок суды и судебные органы могут использоваться для оспаривания решений и действий отдельных лиц, а также государственных органов и организаций, в том числе полиции, больниц, школ и советов по вопросам здравоохранения.

Так, например, в 2001 году в рамках кампании «Лечебная помощь», проводимой коалицией неправительственных организаций Южной Африки, выступающих за обеспечение справедливого и приемлемого в ценовом отношении доступа к лечению ВИЧ, было выдвинуто юридическое обвинение против Министерства здравоохранения Южной Африки. Причиной такого обвинения стал отказ правительства от расширения доступа к терапии невирапином, препаратом, который, как показали исследования, является эффективным средством профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. В то время женщины Южной Африки, живущие с ВИЧ, не могли получать невирапин, за исключением случаев, когда они могли позволить себе обратиться в частные медицинские организации или имели доступ к ограниченному числу мест, в которых предоставлялось лечение невирапином (127). Конституционный суд Южной Африки вынес решение в пользу истца, посчитав, что правительство не выполняло свои конституционные обязанности и проводило дискриминационную политику в отношении людей, находящихся в неблагоприятном положении и не имеющих возможности оплачивать медицинские услуги. В соответствии с решением суда, правительство должно было расширить доступ к невирапину, и это было сделано. Кроме этого, была разработана национальная политика, основанная на принципах прав человека, в области профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (128). В 2006 году Верховный суд Южной Африки также постановил, что правительство Южной Африки и другие органы не принимают достаточных мер для обеспечения доступа заключенным, живущим с ВИЧ, к антиретровирусной терапии, и вынес решение о незамедлительном предоставлении лечения всем заключенным, которые соответствовали критериям получения лечения Национального департамента здравоохранения (129).

Правительства могут также привлекаться к ответственности в судебном порядке за непринятие мер по предупреждению фактов нарушения прав граждан, таких как отказ в предоставлении медицинской помощи поставщиками медицинских услуг, злоупотребление или дискриминация в сфере здравоохранения. В Кении представители центра по защите репродуктивных прав обвинили в суде Министерство здравоохранения Кении в дискриминации и злоупотреблениях в отношении женщин в государственных родильных домах. В 2015 году Верховный суд Кении обязал Министерство здравоохранения устранить такую дискриминацию и выплатить финансовую компенсацию двум женщинам, которые были незаконно задержаны и подверглись физическому и психологическому насилию, а также словесным оскорблениям в родильном доме, поскольку они не могли оплатить медицинские услуги. Верховный суд указал, что в этих случаях был нарушен целый ряд прав человека, включая право на свободу и достоинство, и что женщины подверглись дискриминации на основе социально-экономического статуса и пола (130).

Роль национальных правозащитных учреждений

Национальные правозащитные учреждения — это независимые национальные органы или организации, деятельность которых направлена на поощрение и защиту прав человека. Они могут консультировать правительства по выполнению международных обязательств в области прав человека, предоставлять рекомендации по проведению правовой реформы, проводить расследования нарушений прав человека, рассматривать жалобы и вести просветительскую работу в области прав человека.

В Аргентине Национальный институт по борьбе с дискриминацией, расизмом и ксенофобией (INADI) собирает данные об случаях дискриминации по признаку ВИЧ-статуса, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, социально-экономического статуса, цвета кожи и других характеристик (131). Затем INADI создает карту дискриминации, которая используется при реализации мер по ликвидации дискриминации (131).

В Гане Комиссия по правам человека и административной юстиции использует несколько платформ для сбора информации. Физические лица могут сообщать о нарушениях своих прав, в том числе о дискриминации, отправляя текстовые сообщения, публикуя сообщения на специализированном веб-сайте, или лично; при этом все сообщения остаются анонимными (132). Во всех случаях при поступлении таких сообщений инициируется процесс посредничества, проводится расследование и выносится судебное решение при поддержке правозащитных организаций и законных представителей, часто на безвозмездной основе (133).

Подобные надзорные и следственные полномочия могут иметь другие государственные должностные лица или организации, например, омбудсмены, комиссии и комиссары. В Перу Управление государственного защитника (омбудсмена) в 2016 году опубликовало отчет о нарушениях прав ЛГБТИ, в котором содержался призыв к внесению ряда изменений в действующее законодательство, особенно в законы о ВИЧ и дискриминации (134).

Обеспечение справедливости возможно и достижимо

Во многих случаях доступ к судебным и правозащитным системам значительно затруднен. Участие в судебных разбирательствах может требовать больших финансовых затрат и много времени и далеко не всегда является доступным, не говоря уже об общественности, которая своим отношением может оттолкнуть тех, кто опасается стигматизации и дискриминации — возможных последствий раскрытия информации о положительном ВИЧ-статусе или рискованном поведении, например, работе в сфере оказания секс-услуг. Местные и международные законы могут быть сложны, сами судьи и сотрудники правоохранительных органов могут проявлять предвзятое отношение, люди могут не знать своих прав, а юридическое представительство зачастую недоступно или слишком дорого (135). Люди, живущие с ВИЧ, и их защитники сталкиваются с несколькими основными проблемами в связи с ограничением доступа к правосудию и затруднением эффективного рассмотрения дел. К ним относятся: судебные процедуры, которые не обеспечивают сохранение конфиденциальности, судебная система, представители которой не имеют достаточных знаний о ВИЧ и правовых проблемах, связанных с ВИЧ, и непонимание людей, живущих с ВИЧ, со стороны суда (135).

Подобные проблемы побудили Кению создать единственный в мире государственный орган по ВИЧ-инфекции — Трибунал по ВИЧ и СПИДу. Этот орган был создан в соответствии с разделом 25 Закона Кении о профилактике и контроле ВИЧ от 2006 года. Трибунал имеет право рассматривать дела о нарушениях прав человека, связанных с ВИЧ. Несмотря на отсутствие достаточного количества исследований по оценке эффективности его работы, имеются свидетельства того, что в настоящее время Трибунал выполняет свои функции, способствуя устранению препятствий к правосудию и обеспечивая быстрое принятие решений и целенаправленное применение закона (135).

В нескольких странах благодаря работе местных консультативных служб у людей появилось больше возможностей для подачи жалоб и получения правовой помощи. В Свазиленде люди могут сообщать о нарушениях прав человека, связанных с доступом к здравоохранению, по бесплатной линии и через почтовые ящики, размещенные на объектах; эти сообщения передаются в Министерство здравоохранения с целью улучшения доступа к здравоохранению (136). В Казахстане и на Украине люди, пострадавшие от дискриминации, могут встречаться с представителями органов здравоохранения и принимать участие в работе местных консультативных советов в качестве полноправных членов (137).

В Непале был разработан комплект материалов для расширения прав и возможностей женщин, затронутых ВИЧ, для защиты их прав в учреждениях охраны сексуального и репродуктивного здоровья, который предназначен для различных сообществ, местных организаций, неправительственных организаций и международных организаций, работающих с женщинами, затронутыми ВИЧ. В нем представлена информация о правах личности, способах доступа к правосудию в случае нарушения прав, а также о методах мобилизации сообществ для взаимодействия с поставщиками медицинских услуг и повышения прозрачности и подотчетности (138).

Национальные и региональные правозащитные организации также участвуют в образовательной деятельности в области прав человека. Национальная комиссия по правам человека в Мексике подготовила учебные материалы по вопросам ВИЧ, прав человека и дискриминации (139). В Южной Азии коалиция местных организаций, партнеров Организации Объединенных Наций и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобального фонда) недавно выпустила информационный буклет для активистов и сообществ ЛГБТИ. В нем содержатся рекомендации о том, как следует представлять информацию о нарушениях прав человека, с которыми сталкиваются участники ЛГБТИ-сообщества, в государственные учреждения по правам человека в регионе (140).

Для доступа к судебным системам решающее значение имеет доступное во всех отношениях юридическое представительство. Особенно эффективными оказались программы предоставления доступа к юридическим услугам, в рамках которых можно получить медицинские услуги и юридическую помощь. В Кении благодаря работе нескольких неправительственных организаций была проведена интеграция юридических услуг в здравоохранение. На практике это реализуется путем направления юриста или иного поставщика юридических услуг в медицинское учреждение или проведения обучающих курсов для медицинских работников по выявлению случаев нарушения прав человека, предоставлению клиентам информации о законодательстве, направлению их на юридические консультации и оказанию других услуг, помимо прямых профессиональных обязанностей. Оценка этих программ показала, что подготовленные медицинские работники могут помочь своим пациентам с оформить юридические документы и получить доступ к соответствующим юридическим услугам, в т. ч. к альтернативной процедуре разрешения споров; это в свою очередь приводит к повышению удовлетворенности и уровня правосознания (141). Изучение этих программ также показало, что направления, выдаваемые медицинскими работниками, облегчили доступ к государственным органам и получению дополнительных медицинских услуг и помощи в решении других проблем, приводящих к ухудшению здоровья. Кроме этого пациенты медицинских учреждений, в которых предоставлялись юридические услуги, имели больше практических знаний о том, как получить доступ к другим видам юридической помощи (141).

«Программа iMonitor+ позволяет пользователям получать и отправлять информацию по медицинским вопросам, например, сообщения об израсходовании запасов или возникновении сложностей при лечении ВИЧ, а также делиться своим положительным или отрицательным опытом посещения медицинских учреждений.»

В Индонезии местная организация юридической помощи и сообщества работников секс-бизнеса и людей, употребляющих наркотики, объединили свои усилия над предоставления или расширения юридической помощи соответствующему контингенту лиц. Это объединение оказывает услуги в области юридического образования и помогает преодолеть стигматизацию; оно также оказывает поддержку юристам и адвокатам, которые защищают права людей, употребляющих наркотики (133, 142). В Нигерии люди, живущие с ВИЧ, юристы и группы гражданского общества, создали организацию юристов, предоставляющих юридические консультации и защищающих права людей, живущих с ВИЧ, представителей сексуальных меньшинств, работников секс-бизнеса и людей, употребляющих инъекционные наркотики (143).

Существенную помощь в расширении доступа к правосудию могут оказать цифровые технологии и Интернет. В Уганде, в соответствии с законодательной инициативой об оказании юридической помощи, юридические консультации предоставляются через социальные сети. В Украине местные юридические центры используют онлайн-платформы для предоставления консультаций клиентам (144, 145).

Социальная ответственность: влияние местных организаций

Местные общественные организации играют важную роль в регистрации фактов нарушения прав и неисполнения законов по защите прав. Наряду с этим они способствуют созданию более сильного и устойчивого гражданского общества, которое способно лучше защищать права маргинализированных групп.

В Индии и Уганде благодаря усилиям местных групп по мониторингу оказания медицинских услуг, таким как использование оценочных карт, удалось повысить эффективность работы медицинских учреждений и мероприятий по охране здоровья (146). Использование мобильных и интернет-технологий, а также социальных сетей позволяет охватить большее количество людей при проведении мониторинга, подготовки отчетности и информационно-пропагандистской деятельности. Одной из таких технологий является приложение iMonitor+ для смартфонов. Оно позволяет пользователям получать и отправлять информацию по медицинским вопросам, например, сведения об израсходовании запасов или возникновении сложностей при лечении ВИЧ, а также делиться своим положительным или отрицательным опытом посещения медицинских учреждений. Пользователи также получают информацию о том, куда можно обратиться за получением услуг, и имеют доступ к другим механизмам поддержки. Приложение iMonitor+ было разработано в сотрудничестве с организациями гражданского общества и используется в Ботсване, Кении, Индонезии, на Филиппинах, в Южной Африке и в Таиланде (147).

Аналогичным образом, в Малави Национальная ассоциация людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, при поддержке ЮНЭЙДС приступила к реализации программы, позволяющей людям, живущим с ВИЧ, отправлять бесплатные текстовые сообщения о случаях дискриминации, нехватке лекарственных препаратов и ограничении доступа к услугам (148). Текстовые сообщения также используются для контроля качества медицинских услуг в Бурунди, Кот-д'Ивуаре, Малави и на Гаити. Социальные работники-наставники отправляют сообщения представителям ключевых групп населения с вопросами о предоставленной им в последнее время помощи (включая вопросы о стигматизации и дискриминации по признаку ВИЧ-статуса), а работники здравоохранения могут регулярно участвовать в коротких SMS-опросах для оценки собственной работы и работы их организаций (149).

Настало время прекратить дискриминацию в области здравоохранения

В настоящее время растет понимание того, что стигматизация и дискриминация людей, живущих с ВИЧ, и людей из групп высокого риска заражения ВИЧ усугубляет недоработки в каскаде услуг по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ. По проведенным оценкам, из 36,7 млн человек, живущих с ВИЧ во всем мире (от 30,8 млн до 42,9 млн человек), по данным на конец 2016 года, 11,2 млн человек не знали о своем ВИЧ-положительном статусе, еще 6,0 млн человек, которые знали об инфицировании вирусом, не имели доступа к антиретровирусной терапии и еще у 3,6 млн человек, которые получали лечение, репликация вируса не была подавлена (150). Между тем, темпы сокращения числа случаев заражения ВИЧ среди подростков и взрослых слишком низкие: за год по всему миру регистрируется более 1,8 млн. новых случаев инфицирования (151).

Данные, представленные в настоящем докладе, показывают, что равный доступ к медицинским услугам может быть обеспечен путем внедрения моделей оказания услуг, ориентированных на людей, разработки законодательства и политической практики, обеспечивающих защиту прав человека, реализации механизмов мониторинга и обеспечения соблюдения законодательства повышения уровня информированности медицинских работников и других ответственных лиц.

Настало время расширять и использовать эти подходы. У нас есть научные данные и необходимые инструменты, а международные договоры и Повестка дня в области устойчивого развития обеспечивают основу для борьбы с совокупной дискриминацией на международном уровне. Необходимо сотрудничество отдельных граждан, организаций и правительств, которые готовы уделять время и вкладывать финансовые и другие ресурсы в различные сферы. Прежде всего, следует привлекать людей, живущих с ВИЧ, и представителей ключевых групп населения к реализации мер по борьбе с дискриминацией, планированию и внедрению медицинских услуг так, чтобы они имели возможность участвовать во всех аспектах этих процессов.

Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года подкрепляется многочисленными обязательствами и инициативами международного сообщества, начиная с Политической декларации Организации Объединенных Наций 2016 года о ликвидации СПИДа, которая призывает страны устранить стигматизацию и дискриминацию, связанную с ВИЧ, и заканчивая программой ЮНЭЙДС и ВОЗ о нулевой дискриминации в медицинских учреждениях. В 2016-2017 гг. была разработана стратегия ЮНЭЙДС, которая отражает четкую нацеленность на ликвидацию дискриминации в сфере здравоохранения, а ВОЗ начала кампанию на Ближнем Востоке и в Северной Африке с целью искоренить дискриминацию и стигматизацию в области здравоохранения в отношении людей, живущих с ВИЧ (152–155). В 2017 году Международный фонд целенаправленно выделил средства для устранения барьеров в области прав человека, ограничивающих доступ к получению услуг, связанных с ВИЧ, и инвестировал средства в реализацию мер по сокращению неравенства в области здравоохранения (156). В 2017 году Организация Объединенных Наций также опубликовала совместное заявление 12 организаций, призывающее реформировать законодательство с целью отмены карательных законов, в отношении которых были представлены доказательства отрицательного влияния на состояние здоровья людей, усилить правовую защиту от дискриминации, прекратить дискриминацию в сфере здравоохранения и образования работников здравоохранения и лиц, получающих медицинские услуги, по вопросам прав человека и обеспечения выполнения обязательств в отношении дискриминации в сфере здравоохранения. (157).

Опыт показывает, что необходимо для выполнения этих обязательств и ликвидации дискриминации: наличие действенных законов и мер, обеспечение верховенства закона и действия медицинских работников, полиции и судей, которые прошли соответствующую подготовку и осведомлены о правах человека. Граждане и правительства должны быть подотчетны уполномоченным организациям, имеющим соответствующую поддержку, что обеспечивается за счет работы судебных систем, административных органов и Организации Объединенных Наций. Заинтересованные и уполномоченные организации могут контролировать порядок предоставления медицинских услуг, повышать эффективность этих услуг и оказывать помощь в рассмотрении жалоб. Когда государственные и местные органы власти предпримут эти действия, может быть реализовано международное обязательство не оставить никого без внимания. Эти меры также позволят устранить значительные препятствия на пути достижения глобальной цели ликвидации СПИДа как угрозы для общественного здравоохранения.

«Устранение недоработок в охвате услугами требует расширения прав и возможностей тех категорий населения, которые часто обделены вниманием: женщин и девочек, молодых людей, представителей ключевых групп населения и людей, живущие с ВИЧ. Все национальные программы по СПИДу требуют существенного расширения прав и возможностей местных организаций и конкретных усилий по устранению юридических и политических барьеров.»

Усиление мер по борьбе со СПИДом для стимулирования устойчивого развития и реформы Организации Объединенных Наций
Доклад Генерального секретаря
7 апреля 2017 года

References

1. Gesesew HA, Tesfay Gebremedhin A, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173928.
2. People Living with Stigma Index surveys, 2011–2016.
3. Musheke M, Ntalasha H, Gari S, McKenzie O, Bond V, Martin-Hilber A et al. A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2013;Mar 11(13):220.
4. Golub SA, Gamarel KE. The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviors: findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care STDS*. 2013;27(11):621–7.
5. Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 targets. Geneva: UNAIDS; 2017.
6. Dhingra N. HIV prevention cascade: India’s experience. Presented 8 December 2016 in Geneva, Switzerland.
7. Socías ME, Marshall BD, Arístegui I, Romero M, Cahn P, Kerr T et al. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):81.
8. King EJ, Maman S, Bowling JM, Moracco KE, Dudina V. The influence of stigma and discrimination on female sex workers’ access to HIV services in St. Petersburg, Russia. *AIDS Behav*. 2013;17(8):2597–603.
9. Nyblade L, Reddy A, Mbote D, Kraemer J, Stockton M, Kemunto C. The relationship between health worker stigma and uptake of HIV counseling and testing and utilization of non-HIV health services: the experience of male and female sex workers in Kenya. *AIDS Care*. 2017:1–9.
10. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2013–2016.
11. Measuring HIV-related Stigma and Discrimination in Health Care Settings in Thailand. Report of a pilot: Developing Tools and Methods to Measure HIV-related Stigma and Discrimination in Health Care Settings in Thailand. International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Thailand, 2014.
12. Population-based surveys, 2011–2016.
13. People Living with HIV Stigma Index [website]. Global Network of People with HIV/AIDS, International Community of Women living with HIV/AIDS, UNAIDS; 2017 (<http://www.stigmaindex.org/>, accessed on 30 June 2017).
14. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.

15. Ti L, Hayashi K, Kaplan K, Suwannanwong P, Wood E, Montaner J et al. HIV test avoidance among people who inject drugs in Thailand. *AIDS Behav.* 2013;17(7):2474–8.
16. Evidence brief: HIV testing in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia—2014 progress report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2015 (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-hiv-testing-evidence-brief.pdf>, accessed on 1 June 2017).
17. Njau B, Ostermann J, Brown D, Mühlbacher A, Reddy E, Thielman N. HIV testing preferences in Tanzania: a qualitative exploration of the importance of confidentiality, accessibility, and quality of service. *BMC Public Health.* 2014;14:838.
18. HIV and young transgender people. Technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015.
19. UNAIDS 2017 National Commitments and Policy Instrument.
20. Buregyeya E, Naigino R, Mukose A, Makumbi F, Esiru G, Arinaitwe J. Facilitators and barriers to uptake and adherence to lifelong antiretroviral therapy among HIV infected pregnant women in Uganda: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):94.
21. Remien RH, Bauman LJ, Mantell JE, Tsoi B, Lopez-Rios J, Chhabra R et al. Barriers and facilitators to engagement of vulnerable populations in HIV primary care in New York City. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;69(1):s16–s24.
22. Croome N, Ahluwalia M, Hughes LD, Abas M. Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. *AIDS.* 2017;31(7):995–1007.
23. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. 2013;16(3 Suppl 2):18640.
24. Strengthening pharmaceutical management for better health worldwide: adherence to antiretroviral therapy. *Management Sciences for Health*; 2006 ([http://www.who.int/hiv/amds/\(3.6\)MSH%20Adherence.ppt](http://www.who.int/hiv/amds/(3.6)MSH%20Adherence.ppt)).
25. Drug user peace initiative: stigmatising people who use drugs. London: International Network of People Who Use Drugs; 2014 (https://www.unodc.org/documents/ungass2016//Contributions/Civil/INPUD/DUPI-Stigmatising_People_who_Use_Drugs-Web.pdf, accessed 6 April 2016).
26. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Alves MJ, Belém JM, dos Santos Figuerido FW et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights.* 2016;16:2.

27. Benoit C, McCarthy B, Jansson M. Stigma, sex work, and substance use: a comparative analysis. *Sociol Health Illn.* 2015;37(3):437–51.
28. Azim T, Bontell I, Strathdee SA. Women, drugs and HIV. *Int J Drug Policy.* 2015;26(1):s16–s21.
29. World Report 2017: Philippines Events of 2016. In: Human Rights Watch [website]. New York, 2017 (<https://www.hrw.org/world-report/2017/country-chapters/philippines>, accessed on 13 September 2017).
30. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2012–2016.
31. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2013–2015.
32. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2011–2016.
33. WHO, London School of Hygiene & Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
34. Gari S, Malungo JR, Martin-Hilber A et al. HIV testing and tolerance to gender based violence: a cross-sectional study in Zambia. *PLoS One.* 2013;8(8):e71922
35. Mohammed BH, Johnston JM, Harwell JI et al. Intimate partner violence and utilization of maternal health care services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):178
36. Maxwell L, Devries K, Zions D et al. Estimating the effect of intimate partner violence on women’s use of contraception: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(2):e0118234.
37. International guidelines on HIV/AIDS and human rights. 2006 consolidated version. Geneva: UNAIDS; 2006 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesen.pdf>, accessed on 18 May 2017).
38. Awiti Ujji O, Ekström AM, Ilako F, Indalo D, Wamalwa D, Rubenson B. Reasoning and deciding PMTCT-adherence during pregnancy among women living with HIV in Kenya. *Cult Health Sex.* 2011;13:829–40.
39. Duff P, Kipp W, Wild TC, Rubaale T, Okech-Ojony J. Barriers to accessing highly active antiretroviral therapy by HIV-positive women attending an antenatal clinic in a regional hospital in western Uganda. *J Int AIDS Soc.* 2010;13:37.
40. Bwirire LD, Fitzgerald M, Zachariah R, Chikafa V, Massaquoi M, Moens M et al. Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in rural Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2008;102(12):1195–200.
41. Mepham S, Zondi Z, Mbuyazi A, Mkhwanazi N, Newell ML. Challenges in PMTCT antiretroviral adherence in northern KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care.* 2011;23:741–7.

42. Adeniyi VO, Thomson E, Ter Goon D, Ajayi IA. Disclosure, stigma of HIV positive child and access to early infant diagnosis in the rural communities of OR Tambo District, South Africa: a qualitative exploration of maternal perspective. *BMC Pediatr.* 2015;15:98.
43. United Nations Development Programme, Women of Asia Pacific Plus (WAP+), Asia-Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (APN+), South Asian Association For Regional Co-operation in Law (SAARCLAW). Protecting the rights of key HIV-affected women and girls in health care settings: a legal scan. Regional report. Bangkok: United Nations Development Programme; 2013.
44. Overs, C. Sex work law map. In: Institute for Development Studies [website]. London, 2017 (<http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw/about-map> accessed 20 September 2017).
45. Carroll A, Mendos LR. State-sponsored homophobia. A world survey of sexual orientation laws: criminalisation, protection and recognition. Brussels: International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Association (ILGA); 2017.
46. Death Penalty Project. In: Harm Reduction International [website] (<https://www.hri.global/death-penalty-project>, accessed 14 September 2017).
47. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV.* 2017;4:e357–74.
48. Bourmont M, David S. Hidden victims of war on drugs. *Phnom Penh Post.* 24 February 2017 (<http://www.phnompenhpost.com/national/hidden-victims-war-drugs>).
49. Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2004.
50. Poteat T, Diouf D, Drame FM, Ndaw M, Traore C, Dhaliwal M et al. HIV risk among MSM in Senegal: a qualitative rapid assessment of the impact of enforcing laws that criminalize same sex practices. *PLoS One.* 2011;6(12):e29760.
51. Schwartz S, Nowak RG, Orazulike I, Keshinro B, Ake J, Kennedy S et al. The immediate effect of the Same-Sex Marriage Prohibition Act on stigma, discrimination, and engagement on HIV prevention and treatment services in men who have sex with men in Nigeria: analysis of prospective data from the TRUST cohort. *Lancet HIV.* 2015;2(7):e299–e306.
52. Tell me where I can be safe: the impact of Nigeria's Same Sex Marriage (Prohibition) Act. In: Human Rights Watch [website]. New York; 2016 (<https://www.hrw.org/report/2016/10/20/tell-me-where-i-can-be-safe/impact-nigerias-same-sex-marriage-prohibition-act>).
53. Results of documenting violence against sex workers in Kyrgyzstan. Shah-Ayim Network, Soros Foundation-Kyrgyzstan; 2016 (unpublished).

54. Annual report 2016/2017: Kyrgyzstan. London: Amnesty International; 2017.
55. Davis SL, Goedel WC, Emerson J, Guven BS. Punitive laws, key population size estimates, and Global AIDS Response Progress Reports: an ecological study of 154 countries. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1):1–8.
56. The Gap report 2014: migrants. Geneva: UNAIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/04_Migrants.pdf, accessed on 1 June 2017).
57. Welcome (not): how travel restrictions have changed since 2008 [website]. UNAIDS (http://www.unaids.org/sites/default/files/20150526_evolution_travel_restrictions_en.pdf, accessed on 15 September 2017).
58. Ghent A. Overcoming migrants' barriers to health. *Bulletin of the World Health Organization.* 2008;86:577.
59. Deblonde J, Sasse A, Del Amo J, Burns F, Delpech V, Cowan S et al. Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. *BMC Public Health.* 2015;15:1228.
60. Ten reasons why criminalization of HIV transmission harms women. Athena Network [website] (<http://www.athenanetwork.org/our-work/promoting-sexual-and-reproductive-health-and-rights/10-reasons-why-criminalizationharms-women.html> accessed 20 September 2017).
61. Csete J, Pearshouse R, Symington A. Vertical HIV transmission should be excluded from criminal prosecution. *Reproductive Health Matters.* 2009;17(34):154.
62. Greater involvement of people living with HIV (GIPA). Good practice guide. International HIV/AIDS Alliance, Global Network of People Living with HIV; 2010 ([http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/411/464-Good-practice-guide-Greater-involvement-of-people-living-with-HIV-\(GIPA\)_original.pdf?1405586730](http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/411/464-Good-practice-guide-Greater-involvement-of-people-living-with-HIV-(GIPA)_original.pdf?1405586730)).
63. What are integrated people-centred health services? Geneva: World Health Organization; 2016.
64. Namibia: maternity waiting homes protect newborns and mothers. In: World Health Organization [website]. January 2016. World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/features/2016/namibia-maternity-waiting-homes/en/>).
65. Surveillance report of the 2014 National HIV Sentinel Survey. Windhoek: Namibia Ministry of Health and Social Services; 2014 (http://www.mhss.gov.na/files/downloads/12f_2014%20National%20HIV%20Sentinel%20Survey.pdf, accessed 29 August 2017).
66. Zapata T, Forster N, Campuzano P, Kambapani R, Brahmabhatt H, Hidinua G et al. How to integrate HIV and sexual and reproductive health services in Namibia. The Epako Clinic case study. *Int J Integr Care.* 2017;17(4):1.
67. Argentina submission. In: UNAIDS Programme Coordinating Board, Thirty-Eighth Meeting, agenda item 8. Thematic segment: the role of communities in ending

AIDS by 2030 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20160616_UNAIDS_PCB38_CRP1_EN.pdf, accessed 29 August 2017).

68. Young SD, Konda K, Caceres C, Galea J, Sung-Jae L, Salazar X et al. Effect of a community popular opinion leader HIV/STI intervention on stigma in urban, coastal Peru. *AIDS Behav.* 2011;15(5):930–7.
69. Nandi S, Beanland R. Systematic review on the evidence-base for eliminating stigma and discrimination in healthcare settings.. New York, NY: ICAP at Columbia University; 2017.
70. Jones DL, Zulu I, Vamos S, Cook R, Chitalu N, Weiss SM. Determinants of engagement in HIV treatment and care among Zambians new to antiretroviral therapy. *J Assoc Nurse AIDS Care.* 2013;24(5):e1–12.
71. Basso CR, Helena ET, Caraciolo JM, Paiva V, Nemes MI. Exploring antiretroviral therapy intake scenes in a human rights-based intervention to improve adherence: a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2013;17(1):181–92.
72. Go VF, Frangakis C, Le Minh N, Ha TV, Latkin CA, Sripaipan T et al. Increased survival among HIV-infected PWID receiving a multi-level HIV risk and stigma reduction intervention: results from a randomized controlled trial. *J Acq Immun Def Syndr.* 2017;74(2):166–174.
73. Ferrer L, Cabieses B, Norr K, Cianelli R, Araya A, Irarrazabal L et al. Effectiveness of an educational program about the Chilean AIDS law in primary care health workers. *Rev Med Chile.* 2011;139(5):625–632.
74. Beanland RL, Siegfried N, Oliver J. Systematic review on the evidence-base for eliminating HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings. Unpublished.
75. Mockiene V, Suominen T, Valimaki M, Razbadauskas A, Martinkenas A, Caplinskas S. The impact of an education intervention to change nurses' HIV-related knowledge and attitudes in Lithuania: a randomized controlled trial. *J Assoc Nurse AIDS Care.* 2011;22(2):140–149.
76. Arora S, Jyoti S, Chakravarty S. Effectiveness of an empowering programme on student nurses' understanding and beliefs about HIV/AIDS. *International Journal of Nursing Education.* 2014;6(1):88–92.
77. Held SL. The effects of an AIDS education program on the knowledge and attitudes of a physical therapy class. *Phys Ther.* 1993;73(3):156–164.
78. Varas-Diaz N, Neilands TB, Cintron-Bou F, Marzan-Rodriguez M, Santos-Figueroa A, Santiago-Negron S et al. Testing the efficacy of an HIV stigma reduction intervention with medical students in Puerto Rico: the SPACES project. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl 2):18670–18670.

79. Norr K, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden K, Irarrázabal L, Cabieses B Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *JANAC*. 2012;23(1):73–86.
80. Kent A, Myer L, Flisher AJ, Mathews C, Lombard C. Introducing HIV/AIDS to South African health sciences students. *Med Teach*. 2005;27(7):647–649.
81. Li L, Wu Z, Liang LJ, Lin C, Guan J, Jia M et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China. *Am J Pub Health*. 2013;103(2):286–292.
82. HealthWISE. Work improvement in health services. Action manual. World Health Organization, International Labour Organization; 2014 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/instructionalmaterial/wcms_237276.pdf).
83. ILO and WHO team up to improve working conditions in the health sector. In: International Labour Organization [website]. 30 July 2014. Geneva: International Labour Organization; 1996–2017 (http://www.ilo.org/global/aboutthe-ilo/newsroom/news/WCMS_250150/lang--en/index.htm).
84. “The time has come”: enhancing HIV, STI and other sexual health services for MSM and transgender people in Asia and the Pacific. Bangkok: United Nations Development Programme; 2013 (http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/the_time_has_come/en/).
85. Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health. Technical brief by the H4+ (UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, WHO and the World Bank). Geneva: World Health Organization; 2015.
86. Terms of reference for thematic hub on policy dialogue on community-based health workers. Global Health Workforce Network, World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/hrh/network/GHWN_CHWhub_19May2017.pdf?ua=1).
87. Nyamathi A, Ekstrand M, Salem B, Sinha S, Ganguly K, Leake B et al. Impact of Asha Intervention on stigma among rural Indian women with AIDS. *Western J Nurs Res*. 2013;35(7):867–883.
88. No turning back: examining sex worker-led programs that protect health and rights. New York: Open Society Foundations; 2016 (<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/no-turning-back-20160701.pdf>).
89. Rios-Ellis B, Becker D, Espinoza L, Nguyen-Rodriguez S, Diaz G, Carricchi A et al. Evaluation of a community health worker intervention to reduce HIV/AIDS stigma and increase HIV testing among underserved Latinos in the southwestern U.S. *Public Health Rep*. 2015;130(5):458–467.

90. Pinyosinwat T. PHAMIT: a program on HIV/AIDS prevention among migrant workers. *Field Actions Science Reports*. 2009;3 (<https://factsreports.revues.org/310>).
91. 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(9962):55–71.
92. 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.
93. New Zealand Government. Report of the Prostitution Law Review Committee on the operation of the Prostitution Reform Act 2003. Wellington: Ministry of Justice; 2008 (<http://prostitutescollective.net/wp-content/uploads/2016/10/report-of-the-nz-prostitution-law-committee-2008.pdf>).
94. Sinclair K, Ross MW. Consequences of decriminalization of homosexuality: a study of two Australian states. *J Homosex*. 1985;12(1):119–27.
95. Jain D. Impact of the decriminalization of homosexuality in Delhi: an empirical study. *The Arkansas Journal of Social Change and Public Service*. 2013 (<http://ualr.edu/socialchange/2013/01/13/impact-of-the-decriminalization-of-homosexuality-in-delhi-an-empirical-study/>).
96. Making transgender rights a reality in India. In: Human Rights Watch [website]. New York: Human Rights Watch; 2017 (<https://www.hrw.org/news/2017/07/25/making-transgender-rights-reality-india>).
97. Beyrer C. Pushback: the current wave of anti-homosexuality laws and impacts on health. *PLoS Med*. 2014 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001658>).
98. Annual report: the Czech Republic drug situation. Prague: The National Monitoring Centre for Drugs and Addiction; 2013 (https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1347/628/AR_2013_en_v2015-02.pdf).
99. Domośławski A. Drug policy in Portugal: the benefits of decriminalizing drug use. Warsaw: OpenSociety Foundations; 2011 <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-policy-in-portugal-english-20120814.pdf>.
100. Hughes CE, Stevens A. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *Br J Criminol*. 2010;50:999–1022.
101. Drug decriminalization in Portugal: a health-centred approach. New York: Drug Policy Alliance; 2015 (https://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_Fact_Sheet_Portugal_Decriminalization_Feb2015.pdf).

102. Portugal: country drug report, 2017. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, SICAD; 2017 (http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4508/TD0116918ENN.pdf_en, accessed 28 August 2017).
103. Eastwood N, Fox E, Rosmarin A. A quiet revolution: drug decriminalization across the globe. London, UK: Release; 2016 (<https://www.release.org.uk/sites/default/files/pdf/publications/A%20Quiet%20Revolution%20-%20Decriminalisation%20Across%20the%20Globe.pdf>, accessed 28 August 2017).
104. Ashiru BO, Paul SM, Spaulding AC. HIV testing for minors without parental consent: has new legislation in New Jersey increased the number of adolescents being tested for HIV? Presented at the 135th American Public Health Association Annual Meeting, Washington DC, 3–7 November 2007. Abstract 157071.
105. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2013.
106. Aristegui I, Romero M, Dorigo A, Gomez Lucas M, Zalazar V, Rodriguez L et al. Transgender people perceptions of the impact of the gender identity law in Argentina. Presented at the 20th International AIDS Conference (AIDS 2014), Melbourne, 20–25 July 2014.
107. Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Buenos Aires: Fundación Huésped; 2014 (<https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/05/OSI-informe-FINAL.pdf>).
108. Hsu LN, Howard R, Torriente AM, Por C. Promoting occupational safety and health for Cambodian entertainment sector workers. *New Solut.* 2016;26(2):310–13.
109. Prakas on working conditions, occupational safety and health rules of entertainment service enterprises, establishments and companies. No: 194 KB/Pr.K. Unofficial English translation. Phnom Penh: Ministry of Labour and Vocational Training; 2014 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_344809.pdf).
110. Cambodian entertainment workers welcome new regulation on labour rights. In: UNAIDS [website]. 12 November 2014. Geneva: UNAIDS (http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2014/november/20141111_cambodia).
111. Eba P. HIV specific legislation in sub-Saharan Africa: a comprehensive human rights analysis. *Afr. Hum. Rights Law J.* 2015;15(2):224–262.
112. The Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immune Deficiency Syndrome (Prevention and Control) Bill, 2014. In: PRS Legislative Research [website]. Prsindia.org; 2017 (<http://www.prsindia.org/billtrack/the-humanimmunodeficiency-virus-and-acquired-immune-deficiency-syndrome-prevention-and-control-bill-2014-3126/>).

113. India: law bans discrimination against AIDS patients. In: United States Library of Congress: Global Legal Monitor [website]. 27 April 2017 (<http://www.loc.gov/law/foreign-news/article/india-law-bans-discrimination-against-aidspatients/>).
114. Global health ethics: key issues. World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164576/1/9789240694033_eng.pdf?ua=1).
115. Decree No. 176/2013/ND-CP, dated November 14, 2013, penalties for administrative violations against medical laws. In: [website] (<http://hethongphapluatvietnam.com/decreed-no-176-2013-nd-cp-dated-november-14-2013-penalties-for-administrative-violations-against-medical-laws.html>, accessed 29 August 2017).
116. Government of the Republic of Namibia v LM and Others (SA 49/2012) [2014] NASC 19. In: Southern African Legal Information Institute (SAFLI) [website] (<http://www.saflii.org/na/cases/NASC/2014/19.html>).
117. Human Rights Committee. Concluding observations on the sixth periodic report of Costa Rica. CCPR/C/CRI/CO/6. 2016 (http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR/C/CRI/CO/6&Lang=En).
118. Fact sheet: Human Rights Council—Universal Periodic Review. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2008 (<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Documents/UPRFactSheetFinal.pdf>).
119. Database of recommendations [database]. In: UPR-Info. UPR-Info; 2017 (<https://www.upr-info.org/database/>).
120. Beyond promises: the impact of the UPR on the ground. Geneva: UPR-Info; 2014 (https://www.upr-info.org/sites/default/files/general-document/pdf/2014_beyond_promises.pdf).
121. Toonen v Australia. Communication No. 488/1992. UN Doc CCPR/C/50/D/488/1992 (1994).
122. Khudobin vs Russia (ECHR, 2006).
123. Armonas v. Lithuania and Biriuk v. Lithuania (36919/02) (ECHR, 2008).
124. Novruk and Others v. Russia (31039/11, 48511/11, 76810/12, 14618/13 and 13817/14) (ECHR, 2016).
125. Kiyutin v. Russia (2700/10) (ECHR, 2011).
126. UNAIDS. Global AIDS Monitoring, 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Geneva: UNAIDS; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDSMonitoring_en.pdf, accessed 16 May 2017).

127. Minister of Health and Others v Treatment Action Campaign and Others (No 2) (CCT8/02) [2002] ZACC 15; 2002 (5) SA 721; 2002 (10) BCLR 1033 (5 July 2002). In: Southern African Legal Information Institute (SAFLI) [website] (<http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/2002/15.html>).
128. Meier BM, Yamin AE. Right to health litigation and HIV/AIDS policy. *J Med Law Ethics*. 2011;39(1):81–84.
129. EN and Others v Government of RSA and Others (2006) AHRLR 326 (SAHC 2006). In: African Human Rights Case Law Database [website]. Centre for Human Rights, University of Pretoria (<http://www.chr.up.ac.za/index.php/browse-bysubject/450-south-africa-en-and-others-v-government-of-rsa-and-others-2006-ahrlr-326-sahc-2006.html>).
130. Kenyan High Court: maternity hospital illegally imprisoned women, violated human rights. In: Center for Reproductive Rights [website]. 17 September 2015. New York: Center for Reproductive Rights; 2015 (<https://www.reproductiverights.org/press-room/kenyan-high-court-maternity-hospital-illegally-imprisoned-women-violated-humanrights>).
131. Mapa nacional de la discriminación. Segunda edición. Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo; 2014 (<http://www.inadi.gob.ar/mapa-discriminacion/documentos/mapa-de-la-discriminacionsegunda-edicion.pdf>).
132. Discrimination reporting system. In: Commission on Human Rights and Administrative Justice (CHRAJ) Ghana [website]. Accra; 2012 (<http://drs.system.chrajghana.com/>).
133. On the Fast-Track to end AIDS by 2030: focus on location and population. Geneva: UNAIDS; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/WAD2015_report_en_part01.pdf).
134. Derechos humanos de las personas LGBTI: necesidad de una política pública para la igualdad en Perú. Lima: Defensoría del Pueblo; 2016 (<https://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/Informe-175--Derechos-humanos-de-personas-LGBTI.pdf>).
135. Eba PM. The HIV and AIDS tribunal of Kenya: an effective mechanism for the enforcement of HIV-related human rights? *Health Hum Rights*. 2016;18(1).
136. Access Equity Rights Now. Swaziland: MaxArt Newsletter 8. 2016 [http://www.stopaidsnow.org/sites/stopaidsnow.org/files/filemanager/0142-Opmaak_editie_8-Nieuwsbrief_MaxART_Webversie.pdf accessed 15 September 2017).
137. Alexandrova O, Kurbatova L, Bakulin M, Kamilova S. Monitoring and documenting cases of discrimination in the provision of services in HIV infection in medical institutions in Eastern Europe and Central Asia: thesis of the Fifth Conference on HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia. Moscow 2016 (in Russian).

138. Empowering women affected by HIV to protect their rights at health care settings. Positive protection. Training manual—facilitator’s guide. 2016. Kathmandu: United Nations Development Programme; 2016 (<http://www.apnplus.org/wp-content/uploads/2016/03/s-Guide-English.pdf>).
139. Cartillas sobre derechos humanos. In: Comisión Nacional de los Derechos Humanos [website]. Mexico City: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2010–2017 (<http://www.cndh.org.mx/Cartillas>).
140. How to report human rights violations faced by LGBT people to national human rights institutions (NHRIs) in South Asia. APCOM; 2017 (<https://apcom.org/wp-content/uploads/2017/02/Know-Your-Rights-A4-For-Web-Download.pdf>).
141. Evaluating the integration of legal support and health care in Kenya: findings from the second phase of the evaluation. Program on International Health and Human Rights, Harvard School of Public Health; 2011.
142. United Nations Development Programme, UNAIDS, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Review of country progress in addressing legal and policy barriers to universal access to HIV services in Asia and the Pacific. Bangkok: United Nations Development Programme; 2016 (<http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/rbap-hhd-2016-review-of-country-progress.pdf>).
143. Demanding access to justice: UNAIDS spearheads establishment of the Coalition of Lawyers for Human Rights. Geneva: UNAIDS; 2016 (<https://results.unaids.org/sites/default/files/documents/Nigeria%20Case%20Study.pdf>).
144. Fallon A. Ugandan lawyer revolutionises access to justice with just an iPhone and Facebook. 29 May 2014. Inter Press Service.
145. Delivering Community Justice Services at Scale: Community Law Centres in Ukraine. In: Open Society Justice Initiative. 2016 (<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/community-legalukraine-20160920.pdf> accessed 15 September 2017).
146. Goodwin L, Maru V. What do we know about legal empowerment? Mapping the evidence. *HJRL*. 2017;9(1):157–194.
147. Yadav V. iMonitor+: innovation and mobile technologies to tackle public health challenges. *Global Health and Diplomacy*. 2016;Fall (http://onlinedigeditions.com/article/iMonitor%2B%3A_Innovation_And_Mobile_Technologies_To_Tackle_Public_Health_Challenges/2590273/339758/article.html).
148. UNAIDS in Malawi: shaping a Fast-Track agenda to end AIDS. Lilongwe: UNAIDS Malawi; 2016 (https://results.unaids.org/sites/default/files/documents/Biennium%20Report-UNAIDS%20Malawi_0.pdf).

149. Everslage B. Zero discrimination day: Linkages uses SMS to collect feedback on health services for continuous program improvement. In: Linkages [website]. 1 Mar 2017 (<https://linkagesproject.wordpress.com/2017/03/01/zerodiscrimination-day-linkages-uses-sms-to-collect-feedback-on-health-services-for-continuous-program-improvement/>).
150. UNAIDS special analysis, 2017 (methods described in Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 targets. Geneva: UNAIDS; 2017).
151. Towards a global HIV prevention coalition and road map: preventing and reducing new HIV infections by 75% by 2020. Geneva: UNAIDS, 2017.
152. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030.. New York: United Nations General Assembly. 2016.
153. Agenda for zero discrimination in health care. Geneva: UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare_en.pdf, accessed on 17 May 2017).
154. UNAIDS 2016–2021 strategy. On the Fast-Track to end AIDS. Geneva: UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf, accessed 10 May 2017).
155. World AIDS Day 2016: “dignity above all”. In: World Health Organization [website]. 1 December 2016. World Health Organization; 2017 (<http://www.emro.who.int/media/news/world-aids-day-2016-dignity-above-all.html>, accessed on 20 May 2017).
156. HIV, human rights and gender equality. Technical brief. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2017.
157. Joint United Nations statement on ending discrimination in health-care settings. In: World Health Organization [website]. 30 June 2017. World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/>, accessed 4 July 2017).
158. Patel RC, Stanford-Moore G, Oduyo J, Pyra M, Wakhungu I, Anand K et al. “Since both of us are using antiretrovirals, we have been supportive to each other”: facilitators and barriers of pre-exposure prophylaxis use in heterosexual HIV serodiscordant couples in Kisumu, Kenya. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):21134.



ЮНЭЙДС
Объединенная программа Организации
Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

Авеню Апия 20,
1211 Женева 27,
Швейцария

+41 22 791 3666

unaids.org