



ЕВРОПА

**Прогресс в осуществлении
Дублинской декларации
о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом
в Европе и Центральной Азии**

**Глава 6
Гендерная справедливость**

Авторы/редакторы:

Srdan Matic
Jeffrey V. Lazarus
Stine Nielsen
Ulrich Laukamm-Josten

Данный доклад, в составлении и рецензировании которого приняли участие свыше 50 экспертов в этой области, имеется на сайте www.euro.who.int/aids (на англ. яз.). Глава 6 посвящена вопросам гендерной справедливости.

Ключевые слова

HIV/AIDS-RELATED OPPORTUNISTIC INFECTIONS
DISEASE TRANSMISSION – prevention and control
HIV INFECTIONS – prevention and control - etiology
GENDER IDENTITY
SEX DISTRIBUTION
REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES - supply and distribution
PROGRAM EVALUATION

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:
<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

6. Гендерная справедливость

Действие 13. «Гарантировать, [что] мужчины, женщины и подростки... имеют универсальный и справедливый доступ к полному спектру высококачественных, безопасных, приемлемых, финансово доступных и осуществимых услуг по репродуктивному и сексуальному здоровью, включая обеспечение презервативами, добровольное тестирование, консультирование и последующее наблюдение, и поощряются к их использованию».

Действие 14. «К 2005 году... разработать национальные и региональные стратегии и программы, направленные на повышение способности женщин и девочек-подростков защитить себя от риска заражения ВИЧ-инфекцией и уменьшить их уязвимость в отношении ВИЧ/СПИДа».

Действие 20. «Противодействовать проявлениям стигмы и дискриминации, от которых страдают люди, живущие с ВИЧ, в Европе и Центральной Азии, в частности путем критического обзора и мониторинга действующего законодательства, существующих политики и практик с целью обеспечения эффективной реализации всех прав людьми, живущими с ВИЧ, и членами сообществ, затронутых ВИЧ/СПИДом».

Действие 21. «К 2005 году обеспечить для людей, живущих с ВИЧ, универсальный доступ на равноправной основе к эффективным, финансово доступным медицинским услугам по профилактике, лечению и уходу, в том числе к безопасной антиретровирусной терапии, в тех странах нашего региона, где уровень доступа к такому лечению к настоящему времени не достигает универсального. Для этого, в частности, использовать техническую поддержку ООН через глобальную инициативу, возглавляемую Всемирной организацией здравоохранения и ЮНЭЙДС и направленную на то, чтобы к 2005 году 3 миллиона людей во всем мире получали антиретровирусную терапию (инициатива «3 к 5»). Достижение поставленной цели – предоставление эффективной антиретровирусной терапии – должно осуществляться при особом внимании к проблеме нищеты, а также справедливого распределения, и нацелено на лиц из групп наивысшего риска и в наибольшей степени уязвимым в отношении ВИЧ/СПИДа».

ГЕНДЕРНАЯ СПРАВЕДЛИВОСТЬ подразумевает равноправие и справедливость в распределении благ и ответственности между женщинами и мужчинами. Согласно этой концепции, женщины и мужчины имеют различные потребности и преимущества и что эти различия должны быть выявлены и учтены для устранения дисбаланса между полами (1).

В данном определении, выходящем за рамки общераспространенного представления о гендерном равенстве¹, признается, что принцип равенства и справедливости требует не уравнительного отношения, а внимания к потребностям лиц определенного пола для достижения общественной справедливости. Хотя в этом недавнем определении имеются очевидные пробелы, особенно заметно проявляющиеся в отсутствии в нем какого-либо упоминания о трансгендерах, именно на этом определении строится содержание данной главы.

В отчетах об эпидемии ВИЧ/СПИДа информация, касающаяся гендера, представлена скудно. Это затрудняет оценку прогресса, достигнутого в Европейском регионе ВОЗ, по вопросам гендерной справедливости. Предоставленные данные по большинству индикаторов редко разбиты по полу, а когда такие данные имеются, неясно, насколько они надежны. Недостаток достоверных данных частично объясняется малыми размерами выборок. Немного информации (если она вообще имеется) поступает о том, каким образом мужчины и женщины получают доступ к программам и службам, еще меньше – какие социальные или другие барьеры стоят

¹ Понятия «пол» и «гендер», как правило разграничиваются. Понятие «пол» используется для обозначения биологически детерминированной, а «гендер» – для социально и психологически обусловленной принадлежности к женщинам или мужчинам. Однако для целей этой главы оба термина используются для обозначения биологической идентичности.

перед теми, кто такого доступа не имеет. Гендерные вопросы редко затрагиваются при описании шагов, предпринимаемых странами по внедрению эффективных программ профилактики, повышению доступности тестирования и улучшению доступа к лечению².

Основные пути передачи ВИЧ в Регионе – потребление инъекционных наркотиков и небезопасный секс между мужчинами. Вместе с тем, все большая доля новых случаев инфекции является следствием передачи ВИЧ при гетеросексуальных контактах³. В Западной Европе эта тенденция отмечена в **Испании, Италии, Португалии и Франции**. В республиках Закавказья гетеросексуальный секс является причиной как минимум четверти новых случаев в **Азербайджане и Грузии** и примерно половины – в **Армении** (5).

Многие страны Западной Европы указывают на то, что повышение распространенности гетеросексуального пути передачи связано с увеличением числа мигрантов с положительным результатом тестирования на ВИЧ (как легальных, так и нелегальных), многие из которых заразились в стране происхождения, главным образом в странах Африки к югу от Сахары. Например, по данным государственных органов в **Соединенном Королевстве**, где около 60% всех новых случаев ВИЧ-инфекции являются следствием гетеросексуальной передачи вируса, примерно три четверти случаев – результат заражения за пределами страны (6).

Также становится все более очевидным, что половой путь передачи вируса от мужчин, потребляющих инъекционные наркотики (ПИН), женщинам, независимо от того, потребляют ли последние инъекционные наркотики, играет все большую роль в распространении эпидемии (7, 8). Тем не менее то, что некоторые называют «феминизацией ВИЧ», нетипично для Европейского региона.

Лишь очень немногие из стран, где наблюдается рост случаев гетеросексуальной передачи вируса, определили необходимые шаги для того, чтобы обеспечить женщин практическими навыками и приемами, знаниями и способностью защитить себя. Это особенно справедливо в отношении Восточной Европы, но даже в Западной Европе гендерные аспекты не получают достаточного внимания⁴.

Для оценки прогресса, достигнутого странами Европейского региона в выполнении принятых ими обязательств по достижению гендерной справедливости в соответствии с Дублинской декларацией, мы проанализировали национальные отчеты, представленные на

² Например, правительство **Австрии** в своем отчете по UNGASS 2005 года отметило (2), что женщины и девочки относились к целевой популяции и что правительство разработало стратегию и рамки действий, предназначенных для женщин, хотя отчет еще не содержал количественные или качественные данные, касающиеся гендера.

³ В некоторых странах Восточной Европы государственные должностные лица признали, что процент ПИН среди лиц с вновь диагностированной инфекцией снизился вследствие изменения процедуры тестирования и что официальная статистика не отражает реальной картины распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН. Например, в **Украине** после отмены обязательного тестирования для потребителей наркотиков их доля среди всех ВИЧ-инфицированных снизилась, однако должностные лица публично заявили, что это снижение в основном объясняется изменениями процедуры тестирования, а не изменениями в реальной распространенности инфекции (3). Некоторые также полагают, что увеличение числа вновь диагностированных случаев среди женщин может быть результатом того, что все больше женщин становятся ПИН (4). Скорее всего, имеет место сочетание этих факторов. Другие эксперты ставят под сомнение точность регистрации и предоставления данных, отмечая, например, что республики Закавказья почти не сообщают о случаях передачи ВИЧ среди МСМ.

⁴ Отчет **Ирландии** 2005 года по UNGASS (9) типичен. В нем слово «женщины» появляется лишь однажды в контексте антенатальной помощи, а приводимая статистика не разбита по полу.

английском языке из 31 страны, в отношении достигнутого ими к концу 2005 года прогресса по реализации Декларации специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН о приверженности борьбе с ВИЧ/СПИДом (Декларация UNGASS). Поскольку информация по гендерным аспектам была представлена в ограниченном объеме, мы также изучили публикации большого числа различных неправительственных организаций (НПО) Региона и некоторых международных организаций. Отчеты из стран Восточной Европы были намного менее подробными, чем отчеты из Западной Европы, и этот факт отражен в тексте данной главы. Но даже с учетом дополнительных источников, информация по гендеру и ВИЧ-инфекции в Европе носит явно недостаточный характер.

Таким образом, хотя в этой главе рассмотрено то, что уже известно о гендере и ВИЧ-инфекции в Регионе, в ней поднято больше вопросов, чем дано ответов. Приведен обзор показателей заболеваемости, профилактических мероприятий (включая доступ к просвещению по вопросам ВИЧ-инфекции и к службам снижения вреда), доступа к службам сексуального и репродуктивного здоровья и использования программ тестирования на ВИЧ. Также оценивается качество информации, доступной для определения прогресса в достижении гендерной справедливости. Даны рекомендации странам и международным структурам мониторинга, как более эффективно действовать в этом направлении в будущем, включая перечень предлагаемых индикаторов, которые необходимо собрать для выяснения, насколько эффективно решают страны сложные проблемы в этой области.

Частота новых случаев ВИЧ-инфекции и гендер в Европейском регионе

Хотя мужчины пока еще составляют большинство новых случаев ВИЧ-инфекции, официально зарегистрированные показатели вновь диагностированных случаев в Регионе свидетельствуют о том, что доля женщин среди них продолжает расти. В 2004 г. приблизительно 36% всех вновь диагностированных новых случаев, зарегистрированных в Европе, составляли женщины (8). Складывается впечатление, что такой рост наблюдается преимущественно в странах Восточной Европы.

В некоторых странах Западной Европы зарегистрировано увеличение доли новых случаев сероконверсии среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ). Правительства **Швейцарии** и **Германии** отмечают, что происходит увеличение числа случаев сероконверсии среди мужчин-гомосексуалов. Они связывают это с ослаблением внимания к превентивному поведению в последние 25 лет эпидемии.

По официальной статистике, около 90% вновь инфицированных женщин в Регионе заразились при гетеросексуальных контактах. Самый высокий процент женщин, которые были инфицированы ВИЧ при гетеросексуальных контактах, отмечен в **Латвии, Российской Федерации, Украине** и **Эстонии** (10), то есть в странах, где основным источником ВИЧ являются ПИН. В одном из недавних исследований сделан вывод о том, что истинный путь передачи выявить трудно, поскольку у многих инфицированных женщин отмечается более одного фактора риска. Так, например, в **Российской Федерации** многие беременные женщины с положительным результатом тестирования на ВИЧ, сообщившие о гетеросексуальном пути заражения, являлись также потребителями инъекционных наркотиков (11).

Ответные меры со стороны государственных органов

Реагирование на изменение характера эпидемии, обусловленное гендером, различается в пределах Региона, однако можно с определенностью сказать, что недостаток внимания к гендерным аспектам очевиден для всех отчетов по UNGASS, поступивших из стран Региона в 2005 году или по проводимым этими странами мероприятиям. На просьбу определить группы, представляющие интерес в плане проведения мероприятий по просвещению и профилактике (или целевые популяции), большинство стран однозначно сконцентрировались на традиционных «мужских» группах риска или группах, включающих и мужчин, и женщин (или и мальчиков, и девочек) (12). В **Черногории**, например, к целевым группам в правительственном отчете относятся молодые люди, ПИН (мужчины и женщины), работники коммерческого секса, МСМ, моряки, работники туристического и гостиничного бизнеса, рома (цыгане), а также лица, находящиеся в местах лишения свободы (13). Гендерные аспекты не были в явной форме отражены в национальных планах **Латвии** и **Эстонии** (7). Некоторые страны отметили в своих отчетах, что женщины и девочки не относятся к целевым популяциям (14). С другой стороны, в отчетах по UNGASS, поступивших из **Соединенного Королевства** и **Украины** (6, 3), женщинам и девочкам уделяется достаточно серьезное внимание⁵.

Швейцария – еще одна страна, которая при планировании уделяет внимание гендерным аспектам. Например, рассматривая направления работы с сообществами мигрантов в стране, правительство Швейцарии особо указало, что работа проводится с мужчинами и женщинами, а перечень государственных учреждений, где осуществляется аутрич, включал религиозные общины, парикмахерские салоны и бары, демонстрируя тем самым, что предпринимаются попытки охватить представителей обоих полов. В правительственном отчете также упоминается, что «посредниками» были как мужчины, так и женщины. Правительство Швейцарии оказалось единственным в Европе правительством из приславших отчеты, которое отметило, что для осуществления мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа на работу нанимались как мужчины, так и женщины. Наконец, указано, что африканские женщины являются для правительства особой целевой группой по проведению профилактической работы среди мигрантских сообществ.

Просвещение

Серьезные препятствия, обусловленные культурными особенностями, встают на пути повышения уровня знаний о ВИЧ-инфекции среди женщин в тех странах Региона, где знать что-то о вещах, имеющих отношение к сексу, – для женщин табу. «Женщина, которая делится знаниями о сексе со своим партнером или проявляет интерес к сексу, рискует прослыть “грязной, плохой женщиной» (7). Неудивительно, что уровень знаний о ВИЧ в Регионе, в том числе о путях передачи инфекции, является низким даже в тех группах, которых, казалось бы, достигли предпринимаемые усилия по профилактике. Это вызывает тревогу и позволяет предположить: либо передаваемые профилактические сведения были неэффективны, либо вопросы, предложенные для оценки знаний о ВИЧ, были плохо сформулированы. Например, правительство **Кыргызстана** сообщило в своем отчете по

⁵ Министерство здравоохранения **Украины** уделило особое внимание «молодежи и женщинам, людям с рискованным сексуальным поведением, а также живущим с ВИЧ, страдающим СПИДом, и их родственникам» (3). В **Соединенном Королевстве** Департамент здравоохранения работает в тесном контакте с Департаментом образования и профессионального обучения, курирующим внедрение «Стратегии предупреждения подростковой беременности», которая направлена на снижение числа случаев незапланированной беременности среди подростков и уменьшение распространенности небезопасных сексуальных практик (6).

UNGASS за 2005 год, что ни ПИН, ни заключенные не могли (и лишь небольшое число женщин, занимающихся коммерческим сексом, могли) точно ответить на вопросы о передаче ВИЧ. При этом сообщается, что большое число ПИН, заключенных и женщин, занимающихся коммерческим сексом, охвачено программами по профилактике ВИЧ-инфекции (15). (Как и в большинстве отчетов по UNGASS, не сообщается, сколько, по отдельности, женщин и мужчин в этих группах было охвачено.)

В докладе ЮНЭЙДС за 2006 год о глобальной эпидемии (16) отмечено, что молодые мужчины имели более высокий уровень знаний о ВИЧ-инфекции, чем молодые женщины, во всех (за исключением трех) странах, где данные были разбиты по полу. Тем не менее для всех стран Европейского региона характерно преобладание мужчин среди людей, живущих с ВИЧ. Крайне необходимо выйти за рамки вмешательств, сфокусированных на предоставлении знаний, и исследовать причины, лежащие в основе этих гендерных различий.

Во всех странах Региона (кроме двух) общественно-просветительские кампании проводятся для всего населения. **Польша** отметила свой вклад в кампанию социального маркетинга, побуждающую женщин проходить тестирование и нацеленную на беременных женщин и на тех, кто планирует беременность (17). В кампании «Любите жизнь – нет СПИДу», проведенной в **Швейцарии**, главная роль отводилась использованию DVD-фильмов в двух версиях – мужской и женской. При этом, видимо, принималась во внимание важность предоставления информации, специфической для того или другого пола (18). В отчете этой страны было также подчеркнуто, что один врач в фильме – мужчина, а другой – женщина. Этот фильм также используется для показа в школах.

Снижение вреда

Из отчетов стран по UNGASS становится очевидным расширение в Регионе мер по снижению вреда. Однако возможные различия в воздействии этих мер на мужчин и женщин оценить трудно, поскольку данные часто не разбиты по полу, а подавляющее большинство стран не указывают, учитывались ли гендерные различия при составлении программ снижения вреда.

Важно обращать внимание на планы программ снижения вреда, так как гендерные различия влияют на то, как мужчины и женщины достают и используют наркотики и каковы способы их вовлечения в профилактические программы. Например, хотя мужчины часто «отвечают» за добывание наркотиков, женщины, в свою очередь, добывают деньги, чтобы заплатить за наркотики, занимаясь для этого низкооплачиваемой или незаконной деятельностью, например проституцией или магазинными кражами.

Исследования, проведенные в разных странах Региона, показали, что мужчины чаще, чем женщины, пользуются программами обмена шприцев. Там, где шприцы в дефиците, партнер, владеющий шприцами, обладает властью контролировать их использование, определяя, кто делает инъекцию первым, а кого можно вынудить к применению контаминированного шприца. В Восточной Европе, где широко распространено инъекционное потребление наркотиков, женщины возможно оказываются последними, кто использует иглу. С другой стороны, мужчины могут подвергаться более высокому риску в связи с гендерными ожиданиями; эта концепция будет более подробно рассматриваться ниже (19). Таким образом, гендерные различия трансформируются в дисбаланс власти, который влияет на предпринимаемые усилия по снижению вреда.

К сожалению, почти все отчеты по UNGASS за 2005 год, полученные из стран Европейского региона, отличает практически полная «гендерная слепота» в той части, где обсуждаются вопросы распространенности, профилактики и лечения ВИЧ среди ПИН, вероятно поскольку большинство ПИН – мужчины. Вместе с тем, доля женщин-ПИН оценивается в диапазоне от 20% в одних странах Региона до 40% и выше – в других (19). Официальные данные по женщинам-ПИН часто, если не всегда, значительно занижены⁶.

В отчете **Швейцарии** – одном из наиболее исчерпывающих отчетов за 2005 год, полученных из стран Региона – уделено более страницы обсуждению распространенности ВИЧ среди ПИН и изменению их поведения, но ни одна из приведенных категорий статистических данных не разбита по полу. Отчет **Латвии** (20) также не отличался оригинальностью в этом отношении. Правительство расценивает внедрение программ снижения вреда в республике как «значительный успех». Однако при этом оно предоставляет данные по использованию потребителями наркотиков различных предоставляемых услуг по снижению вреда в разбивке по возрасту, но не по полу.

Даже если статистические данные по использованию услуг по снижению вреда были разбиты по полу, важнейшие препятствия для мониторинга прогресса в достижении гендерной справедливости остаются, поскольку в странах Региона крайне мало известно о распространенности потребления наркотиков и характеристиках потребителей в зависимости от пола (19).

Недавно опубликованные статистические данные ООН (19) показывают, что в Восточной Европе молодые мужчины и женщины начинают потреблять запрещенные психоактивные вещества с одинаковой частотой. Разбивка данных по виду использованного наркотика и по распространенности позволяет определять, сравним ли уровень доступности программ снижения вреда для мужчин и женщин. Однако простая разбивка не дает достаточной информации, чтобы понять, адекватно ли вмешательства по снижению вреда отражают потребности мужчин и женщин, поскольку природа риска ВИЧ-инфекции среди ПИН зависит от гендера, что требует дифференцированных целенаправленных вмешательств.

Плохо обоснованная и карательная политика, безжалостная стигматизация и недостаток доступа к точной информации ставят под угрозу здоровье женщин, потребляющих наркотики, и здоровье их детей. В некоторых странах, включая **Российскую Федерацию** и **Украину**, женщин, употребляющих наркотики, и ВИЧ-инфицированных женщин склоняют или принуждают сделать аборт или отдать детей под опеку государства; им также отказывают в точной информации о средствах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) и о вопросах, касающихся употребления наркотиков и лечения наркозависимости во время беременности (21).

Сексуальное и репродуктивное здоровье

Отчеты по UNGASS за 2005 год практически не содержали сведений о сексуальном и репродуктивном здоровье. Правительство **Албании** лишь сообщило, что участникам программ добровольного консультирования и тестирования не предлагают обращаться в

⁶ В **Эстонии**, например, по оценкам Министерства социальных дел, женщины составляют 14% от всех ПИН в стране, тогда как НПО считают, что истинная доля женщин приближается к одной трети (7).

службы планирования семьи (22). И хотя отчеты в целом демонстрируют отсутствие в Европейском регионе прогресса в организации и работе служб сексуального и репродуктивного здоровья, правительство **Нидерландов**, по крайней мере, поставило перед собой цель «усилить связь между популяризацией безопасного секса и услуг сексуального и репродуктивного здоровья» (23).

В тех случаях, где данные об использовании презервативов были разбиты по полу, процент мужчин, сообщивших об использовании презервативов во время последнего секса с непостоянным партнером, резко отличается от аналогичного процента женщин. Например, в **Чешской Республике** только 31% молодых женщин по сравнению с 55% молодых мужчин сообщили об использовании презерватива с их последним непостоянным половым партнером; в **Сербии** эти цифры составили 19% для молодых женщин и 46% – для молодых мужчин; в **Украине** – 17% для молодых женщин и 44% – для молодых мужчин (3, 24, 25)⁷.

Наряду с частотой случаев инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) (см. главу 10), имеются и другие показатели, отражающие прогресс в области улучшения сексуального и репродуктивного здоровья: частота аборт среди женщин, живущих с ВИЧ; доступность современных методов контрацепции; доступность и частота использования презервативов в разбивке по полу, а также данные о доступности постконтактной профилактики (ПКП) в случае изнасилования. В отчетность по UNGASS включены только два последних индикатора, и по аналогии с описанным выше, страны предоставили по ним очень мало данных в своих отчетах 2005 года. Например, большинство стран вообще не ответили на вопрос о доступности ПКП. **Испания** особо указала, что ПКП была доступна при контактах, не связанных с профессиональной деятельностью (26); **Албания**, где ПКП доступна при профессиональном контакте с ВИЧ, отметила, что этот вид профилактики был недоступен в случае изнасилования (22).

Однако подробная информация о прогрессе, наблюдающемся в Регионе в области улучшения сексуального и репродуктивного здоровья, *все же имеется* – в двух докладах европейских НПО. В первом докладе «*Права на сексуальное и репродуктивное здоровье в Европе*» (8), опубликованном в 2006 году, отмечено:

В своем недавнем заявлении о профилактике ВИЧ-инфекции в рамках инициативы «Поколение, свободное от СПИДа» ЕС признает, что рост эпидемии в Восточной Европе указывает на необходимость профилактики, основанной на фактических данных, и отмечает, что доступ к информации и услугам по сексуальному и репродуктивному здоровью, включая просвещение по вопросам сексуальности, является основой борьбы с распространением ВИЧ/СПИДа в странах Евросоюза.

В докладе приводятся данные о недостаточном уровне сексуального просвещения и низкие показатели использования современных методов контрацепции в различных странах ЕС, а также поднимаются важные вопросы о предупреждении и путях передачи ВИЧ-инфекции. Представленная информация по отдельным странам Центральной и Восточной Европы рисует смешанную, но в целом довольно неприглядную картину.

⁷ Эти цифры могут быть отражением не только гендерного неравенства; они также могут указывать на степень надежности данных, полученных из самоотчетов. Более достоверным индикатором может быть количество предоставленных презервативов, по возможности в разбивке по полу и типу пункта распространения.

- В **Украине** показатели рождаемости среди подростков самые высокие в Европе, и, что неудивительно, ощущается недостаток комплексных программ полового воспитания в школах.
- В **Российской Федерации** просвещение населения по вопросам ВИЧ/СПИДа, половое просвещение и пропаганда презервативов – редкость. Заражение ВИЧ-инфекцией среди российских подростков происходит быстрее, чем в каких-либо других группах населения. Если также принять во внимание высокие показатели подростковой беременности и заболеваемости ИППП, становится ясно, что девочки крайне уязвимы в отношении ВИЧ-инфекции. Недостаток презервативов, комплексного полового воспитания и центров планирования семьи еще более ухудшает ситуацию.
- В **Болгарии** половое просвещение не является обязательной частью школьного обучения, а уроки, посвященные здоровому образу жизни, если и включают информацию по вопросам сексуальности, проводятся недостаточно подготовленными преподавателями. Однако отмечается прогресс, поскольку правительство совместно с НПО начинают развертывание новой всесторонней программы по половому просвещению.
- На сегодняшний день у молодежи **Латвии** существует множество ошибочных представлений о сексуальном и репродуктивном здоровье, но, по-видимому, правительство предпринимает меры во введении курса по половому просвещению в школьную программу.
- В **Румынии** отмечается прогресс в области расширения доступа к планированию семьи, половому просвещению и гинекологическим службам для женщин. Для этого создан специальный отдел в Министерстве здравоохранения, открыты специализированные медицинские центры в сельской местности и принят стратегический план по улучшению сексуального и репродуктивного здоровья на 2003 год. Хотя неясно, достигнут ли какой-либо прогресс в этой области с 2004 года.
- **Хорватия**, по-видимому, движется в обратном направлении. Там по всей стране уменьшается число центров планирования семьи и консультирования. Один из результатов этого: процент женщин моложе 19 лет, «перенесших аборт... возрос с 6% в 2000 году до 8,3[%] – в 2003 году, и наблюдается рост ИППП, главным образом инфекций, вызванных хламидиями и ВПЧ [(вирус папилломы человека)]».

Во втором докладе (27) по проблемам полового воспитания в Европе, представленном в рамках проекта «Осведомленность о сексуальном здоровье в Европе» (SAFE), документировано, что проведение мероприятий по всестороннему сексуальному просвещению в Регионе сталкивается с политической, идеологической и религиозной оппозицией. Программы по половому просвещению не являются обязательными в большинстве стран Региона, за исключением **Венгрии, Нидерландов, Норвегии, Финляндии и Эстонии**. Те программы по половому просвещению, которые осуществляются, как правило, неудовлетворительного качества. Даже в странах, где нет особых препятствий к проведению эффективных программ по половому просвещению, практически не имеется указаний на приоритизацию гендерных аспектов – например, в виде вводной дискуссии о гендерных различиях, выходящих за рамки биологических половых признаков, либо путем специального планирования программ отдельно для мальчиков и девочек⁸. Хотя

⁸ Например, по данным проекта SAFE, хотя в некоторых странах существуют специальные программы по половому воспитанию, в которых внимательно рассматриваются особенности противоположного пола и

исследователи из проекта SAFE не обнаружили четкой связи между половым воспитанием и использованием презервативов, всестороннее половое воспитание играло важную роль в снижении связанной с ВИЧ-инфекцией стигматизации (28).

Доступность тестирования

Показатели тестирования на ВИЧ в Восточной Европе в основном низкие, и при этом в некоторых группах высокого риска они продолжают снижаться из-за несоблюдения конфиденциальности и боязни контактов с правоохранительными органами. Однако в целом, во многих странах, например в **Германии, Соединенном Королевстве и Украине**, сравнимое число женщин и мужчин проходят тестирование и являются за результатами (6, 3, 29). Хотя доступность тестирования обсуждается более подробно в главе 14, важно обратить внимание на ряд гендерных аспектов здесь.

В некоторых странах системы надзора были разработаны для выявления ВИЧ-инфицированных в определенных группах, например сфокусированы на ПИН и заключенных. В результате «не все потенциально затронутые группы проходят тестирование. Следовательно, данные отражают ситуацию в тех группах (главным образом среди ПИН), которые контактируют с программами тестирования на ВИЧ» (30). Сконцентрированные на отдельных группах системы надзора в Регионе, видимо, затеяют реальную картину эпидемии ВИЧ-инфекции среди MSM. Получение более точной картины возможно, если будет гарантирована конфиденциальность и, что особенно важно, ограничена правоохранительная деятельность в местах, где проводится тестирование.

Путь к достижению гендерной справедливости

Необходимо проделать большую работу как для достижения гендерной справедливости в отношении просвещения, профилактики, тестирования, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции, так и для оценки прогресса, достигнутого странами Региона в этой области. Для более глубокого понимания, как гендер влияет на ВИЧ-инфекцию и как по-разному ВИЧ-инфекция влияет на мужчин и женщин, страны должны предпринимать действия по вышперечисленным направлениям, а международные органы мониторинга должны им содействовать в этом.

Разбивка данных по полу и их качественный анализ

Как минимум, органы мониторинга должны запрашивать, а страны – начать отслеживать, регистрировать и сообщать данные о доступе к профилактике и лечению; при этом статистические данные должны быть представлены в разбивке по полу. Однако вряд ли достаточно только знать число мужчин и женщин, имеющих доступ к соответствующим службам. Для того чтобы лучше понять, почему некоторые вмешательства могут оказаться неэффективными для сдерживания распространения ВИЧ в группах X или Y, страны должны проводить определенные качественные исследования, задавая вопрос “почему”, а не только

равноправие полов, только **Швеция и Польша** обращают определенное внимание на различия путей получения информации о сексе мальчиками и девочками. В **Швеции** уроки по половому просвещению проводятся в однополых группах; в то время как **Польша** признает, что мальчики получают половое просвещение в другой форме, так как они с большей вероятностью, чем девочки, посещают школы, где используется лекционная методика преподавания.

«кто» и «что»⁹. Если отдельные страны не могут покрыть расходы на такие исследования, эта задача должна решаться силами международных доноров или органов мониторинга.

Идентификация групп риска и определение их приоритетности

Из-за недостаточных ресурсов приходится отдавать предпочтение некоторым группам, но для групп высокого риска, в которые входят и мужчины и женщины, например рома (цыгане) или работники туристического бизнеса, информация должна иметь больше нюансов для более точного определения идентичности целевой популяции и тех или иных особых потребностей, для удовлетворения которых необходимы специальные программы. Идентификация других групп риска и разработка вмешательств по их охвату может быть сложной задачей. Поскольку одна из ключевых характеристик группы риска – ее труднодоступность, члены этих групп часто не обращаются за помощью в ВИЧ-службы. Однако если не пытаться решить эту проблему, цена бездействия будет непомерно высока.

Обычно группы риска, которые упускаются из виду и в которых играет роль гендер, включают половых партнеров – и мужчин и женщин – членов традиционных групп риска, а также тех, кто испытывает экономическое притеснение или притеснение по этническому признаку.

- *Партнеры членов групп риска.* Обзор отчетов UNGASS, поступивших из стран Региона, в части определения, каким образом страны планируют бороться с эпидемией и как они сообщают о предпринимаемых мерах международным органам мониторинга, со всей очевидностью доказывает, что страны концентрируют свои усилия на группах риска и уязвимых популяциях главным образом как на векторах передачи инфекции и не учитывают риск и уязвимость как таковые, а также страдания, обусловленные этими факторами. Для многих женщин наибольшим фактором риска заражения ВИЧ являются их отношения с мужчинами.
- *Партнеры ПИН.* ПИН подвергают риску друг друга, используя общие принадлежности для инъекций, но, кроме того, они представляют опасность для большого числа своих половых партнеров¹⁰. Все чаще признается, что в Регионе увеличивается число мужчин и женщин, подвергающихся риску из-за того, что они являются половыми партнерами ПИН, однако кроме упоминания о такой возможности, мало указаний на то, что какая-либо страна приложила усилия к разработке программ или созданию служб для преодоления такого риска.
- *Партнеры лиц, находящихся в местах лишения свободы.* Пребывание в местах лишения свободы – серьезный фактор риска ВИЧ-инфекции, однако становится все более ясным,

⁹ Например, **Кыргызстан** был единственной страной в Регионе, которая во время последнего раунда UNGASS сообщила о том, что женщин, занимающихся коммерческим сексом, спрашивали, почему они не использовали презерватив во время последнего полового контакта с непостоянным партнером. 38,6% респондентов ответили, что их партнеры не соглашались на это (15).

¹⁰ Некоторые страны признают наличие такого риска, о чем указывают в своих отчетах за 2005 год. Например, **Российская Федерация** посвятила раздел теме риска, которому ПИН подвергают половых партнеров, не употребляющих инъекционные наркотики, отметив, что «65,3% мужчин, потребляющих внутривенные наркотики, имели половые отношения с женщинами, которые внутривенные наркотики не употребляли» (31). По всей Европе значительное число половых партнеров, не являющихся ПИН, подвергаются риску. «В Харькове (**Украина**) 40% ПИН, проживающих в сообществе, сообщали о постоянных половых партнерах, не употребляющих инъекционные наркотики. В Варшаве (**Польша**) 26% ПИН, а в Твери (**Российская Федерация**) 63% ПИН имели постоянных половых партнеров, не употребляющих инъекционные наркотики» (10).

что это повышает риск инфекции не только для самих заключенных, но и для сообществ, откуда они попадают в тюрьму. Половые партнеры заключенных уязвимы к ВИЧ-инфекции по двум причинам. Во-первых, когда основной половой партнер отсутствует, наблюдается выраженная тенденция вступления в отношения с новыми, часто параллельными партнерами. Во-вторых, освободившиеся из заключения нередко возвращаются домой с инфекциями, приобретенными в исправительном учреждении¹¹. Риск повышается, когда в сообществе высока концентрация лиц, попадающих в тюрьму, что является характерным для стран Центральной и Восточной Европы. Например, срединный показатель численности заключенных в Центральной и Восточной Европе составляет 185 на 100 000 населения по сравнению с 90 – на юге Европы, а в пяти республиках Центральной Азии этот показатель составляет 292 по сравнению с 57 в странах этого субконтинента, расположенных южнее Центральной Азии (35).

- *Женщины – партнеры МСМ.* Некоторые МСМ имеют сексуальные отношения также и с женщинами¹². В Восточной Европе и особенно в Центральной Азии выраженная стигматизация, сопровождающая гомосексуальные отношения, вынуждает многих МСМ вступать в брак, часто подвергая риску своего полового партнера – женщину или мужчину. В докладах из стран Региона почти нет упоминаний о риске, которому подвергаются женщины – партнеры МСМ, или о том, как МСМ справляются со своей гомосексуальной идентичностью, гомосексуальными устремлениями и действиями. Риск, которому подвергаются женщины – партнеры МСМ, делает еще более важным создание служб для МСМ и проведение политики, направленной против их стигматизации.
- *Партнеры мигрантов.* Супруги и другие половые партнеры мигрантов – категория лиц, высоко уязвимых в отношении ВИЧ-инфекции, и, по крайней мере, одна страна (**Республика Молдова**) особо отметила это в своем последнем отчете по UNGASS (36). Сами мигранты относятся к группе риска из-за ограниченной доступности медицинских служб и того факта, что, работая за границей, они обращаются к услугам коммерческого секса для удовлетворения своих сексуальных потребностей. Это, в свою очередь, повышает риск заражения партнеров мигрантов, когда они возвращаются домой.

Ожидания относительно роли мужчины в обществе и в личных отношениях могут способствовать их особой уязвимости к ВИЧ. В большинстве культур стран Европы от мужчины ждут, что он будет более сексуальным и более просвещенным в области секса, чем женщина. «Такие ожидания заставляют молодых мужчин пренебрегать рисками и не позволяют им признаваться в недостатке знаний» (7). Независимо от того, имеет ли мужчина сексуальные отношения с мужчинами или только с женщинами, женат он или нет, по

¹¹ В США число новых случаев гетеросексуального заражения ВИЧ-инфекцией наиболее быстро растет среди афроамериканских женщин. Недавно проведенное исследование, результаты которого опубликованы в периодическом издании *Infectious diseases in corrections report*, выявило связь между высокой частотой пребывания в местах лишения свободы темнокожих мужчин и новыми случаями ВИЧ-инфекции среди темнокожих женщин. Авторы выделяют два фактора, связанных с влиянием заключения на риск передачи ВИЧ партнерам заключенных: возвращение вновь инфицированных лиц из тюрем, где широко распространено поведение высокого риска, и разрыв социальных связей в результате лишения свободы (32). «Когда темнокожие мужчины циркулируют между местами кратковременного или длительного заключения и сообществом, темнокожие женщины оторваны от них и продолжают поддерживать больше «параллельных отношений» или иметь больше одного партнера в сообществах, где больше людей инфицированы» (33).

¹² Исследования, проведенные среди МСМ в Москве и Санкт-Петербурге (34), показывают, что в Москве 16,5% МСМ практикуют сексуальные отношения с женщинами, а в Санкт-Петербурге 35% МСМ считают себя бисексуалами.

статистике мужчина имеет больше половых партнеров, чем женщина. Наличие большого числа партнеров повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией и другими ИППП как для самого мужчины, так и для его половых партнеров (7)¹³. У мужчин из экономически неблагополучных стран и стран, экономика которых находится в переходном периоде, как в большинстве бывших республик СССР, наблюдается тенденция демонстрировать «гипермаскулинную идентичность, которая включает рискованное сексуальное поведение и прием наркотиков» (7). Инъекции наркотиков сами по себе часто рассматриваются как свидетельство «мужского поведения» и в большей степени олицетворяют «мачизм», чем прием психоактивных средств внутрь (7).

Выявление и устранение препятствий к получению услуг профилактики и лечения

Ряд факторов, имеющих гендерную окраску, влияют на возможности мужчин и женщин для получения знаний о ВИЧ-инфекции, а также услуг профилактики, ухода и лечения. Существует несколько индикаторов, которые позволяют оценить прогресс, достигнутый страной в адаптации ВИЧ-служб к потребностям соответственно мужчин и женщин. И хотя трудно преодолеть препятствия, стоящие на пути доступности служб, прогресс в их преодолении оценить все же не так трудно.

Локализация и часы работы служб. В своих отчетах по UNGASS 2005 года многие страны Региона отметили, что службы по снижению вреда, тестированию и лечению при ВИЧ-инфекции, как правило, расположены в центральных городах и что это является препятствием для тех (а в основном это женщины), кто не располагает необходимыми средствами, чтобы самостоятельно добраться до таких учреждений. Расположение служб так же, как часы их работы, важны и по другим причинам. Полезно задать некоторые вопросы. Например, не предоставляются ли услуги по ВИЧ-инфекции в специализированных медицинских центрах, где на входе в здание возможны проявления стигматизации по отношению к посетителям? Выделены ли специальные часы для обслуживания женщин? Работают ли службы в те часы, когда ими могут воспользоваться женщины-домохозяйки с маленькими детьми или работающие по найму?

Персонал. Ни в одном из отчетов европейских стран не упоминалось о том, каково соотношение мужчин и женщин среди персонала, предоставляющего услуги по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ-инфекции. Пол сотрудников часто имеет огромное значение для тех, кто приходит в соответствующие службы. Например, в **Эстонии** персонал молодежных консультационных центров (МКЦ) при Ассоциации планирования семьи представлен в основном женщинами. Клиентская база данных этих центров отражает состав их персонала: только 4% клиентов – молодые мужчины (7).

Организация программ. Вероятно, еще более важным вопросом, чем гендерный состав персонала, является организация работы программы: построены ли имеющиеся службы таким

¹³ В **Кыргызстане**, например, «нередко одобряется полигамия, и если у мужчины есть внебрачный ребенок, то это может восприниматься обществом со скрытым уважением» (7). Аналогичным образом после подрыва «их чувства собственного достоинства в результате дискриминации по этническому признаку, либо в связи с низким экономическим или социальным статусом», мужчины часто пытаются восстановить свой мужской престиж, подвергая себя риску. Например, это наблюдается в **Эстонии**, где «потребление наркотиков становится как средством ухода от реальности, так и формой протеста» (7). «Для социально неустроенных молодых людей такие незаконные или опасные действия, как потребление инъекционных наркотиков, могут становиться наиболее доступным средством доказать свою мужественность» (7).

образом, чтобы привлекать и мужчин и женщин? Относительно примера из **Эстонии**, приведенного выше: в одном из районов страны наблюдали увеличение числа молодых мужчин, обратившихся в местный МКЦ после того, как там был выделен один день недели, специально предназначенный для молодых мужчин. Адаптация служб к нуждам определенных популяций способствует их популярности. Реальный путь привлечения большего числа женщин – предоставление им денежного пособия или помощи в уходе за детьми, однако успешные меры не должны быть слишком дорогими. Как показано на примере НПО «Одиссей» в **Словакии**, эффективными могут быть и такие меры, как предоставление женщинам гигиенических средств и косметических средств, а также одежды (37).

Экономическая зависимость. Отвечая на вопрос о том, располагают ли женщины и мужчины одинаковыми возможностями для получения услуг по профилактике и лечению, правительство **Кыргызстана** откровенно заявило: «Коммерческие клиники и частные кабинеты больше по средствам для мужчин, чем для женщин, поскольку женщины в большей степени экономически зависимы» (16). Несомненно, удобство получения и финансовая доступность услуг играют огромную роль в том, смогут ли люди ими воспользоваться; даже если услуги предоставляются бесплатно, клиентам приходится тратить на дорогу, возможно, заплатить тому, кто присмотрит за детьми, или потерять в заработке вследствие пропущенного рабочего времени.

Законы и стратегии. Вопрос национального комбинированного индекса политики 2005 года, который лег в основу последних страновых отчетов по UNGASS, «Существуют ли в вашей стране законы и нормативы, которые препятствуют предоставлению эффективных услуг профилактики и лечения лицам из групп наивысшего риска?», оказался нерезультативным¹⁴. Большинство стран ответили «Нет», несмотря на то, что на местах в этих странах на самом деле существуют установки и сложившаяся практика, создающие такие препятствия¹⁵. Одна из таких установок действует во многих восточноевропейских странах, хотя ни одна из них не указала, что ее следует рассматривать как препятствие. Речь идет о требовании регистрации для получения медицинской помощи. Такая установка диспропорционально сказывается на женщинах, поскольку у них имеются повышенные потребности в услугах по репродуктивному здоровью. Во многих странах Восточной Европы многие работники коммерческого секса, ПИН и неимущие часто переезжают с места на место, не имея постоянного адреса, и, следовательно, они нигде не зарегистрированы. Кроме того, такая

¹⁴ В 2007 году вопрос был изменен и стал звучать так: «Существуют ли в стране законы, нормативы или сложившаяся практика, которые препятствуют предоставлению эффективных услуг профилактики, лечения ухода и поддержки при ВИЧ-инфекции для уязвимых субпопуляций?». См. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/jc1318_core_indicators_manual_en.pdf.

¹⁵ Некоторые страны высказываются более откровенно. Вот мнение **Украины**:

Существующие законы не содержат прямых нормативных актов, которые бы препятствовали эффективным мерам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Однако ряд подзаконных актов (резолуции, приказы различных государственных органов) содержат определенные ограничения, которые могут препятствовать эффективному предоставлению услуг профилактики и лечения. Особая проблема – боязнь уголовного наказания среди некоторых групп наибольшего риска (потребители инъекционных наркотиков, женщины, занимающиеся коммерческим сексом). Другими словами, прямых препятствий для внедрения программ по профилактике и лечению нет, но вышеуказанные группы имеют ограниченный доступ к службам, осуществляющим такие программы (15).

Российская Федерация высказывает сходное мнение: «... репрессивные стратегии вредны для законодательной среды, которая необходима для осуществления современных программ по профилактике и оказанию поддержки» (31). И, очевидно, правительство **Соединенного Королевства** предоставило самые исчерпывающие данные о препятствиях, за которые оно несет ответственность, перечислив семь направлений политики, мешающих проведению эффективных мероприятий по профилактике и предоставлению помощи (6).

политика не способствует обращению рабочих-мигрантов в медицинские службы, что делает их более уязвимыми в отношении ВИЧ (7). Государственная политика, требующая регистрации работников коммерческого секса, создает те же проблемы.

Роль насилия и власти. «Если пропаганда здоровой сексуальности и безопасного секса проводится без учета реально существующего гендерного насилия, то рекомендации о воздержании, налаживании коммуникации с партнером и получении его согласия на использование презервативов оказываются бесполезными и наивными, если не смехотворными...» (38). Наиболее показательный пример того, как насилие и власть одного партнера над другим влияют на эффективность профилактики, – их роль в достижении согласия на использование презервативов, но имеются и другие проявления. Проблема насилия касается всех аспектов национальных планов по ВИЧ/СПИДу: от доступа к средствам профилактики и возможности их использования до доступа к медицинской помощи. Насилие, особенно насилие против женщин – это серьезная проблема Региона¹⁶, однако лишь одна европейская страна, **Российская Федерация**, упомянула в своем отчете за 2005 год о насилии, как о факторе риска передачи ВИЧ, и то лишь в отношении женщин, предоставляющих услуги коммерческого секса (32). Нет доступных статистических данных о насилии как о факторе риска для мужчин и трансгендерных людей, занятых в сфере коммерческого секса, хотя в отношении обусловленной ВИЧ-инфекцией гендерной уязвимости и стигмы, факты насилия против геев, лесбиянок, бисексуалов и трансгендеров – важнейший источник информации.

Предлагаемые индикаторы

- | | |
|--------------------|---|
| Индикатор 1 | Проводится ли в стране мониторинг насилия отдельно против мужчин и против женщин? Проводится ли мониторинг насилия против сексуальных меньшинств? |
| Индикатор 2 | Проводится ли в стране оценка рекомендаций, содержащихся в образовательных программах по вопросам ВИЧ-инфекции, предназначенных для населения и для школьников? Если да, то как? Учитываются ли в этих рекомендациях гендерные особенности? |
| Индикатор 3 | Учитываются ли в школьных образовательных программах гендерные различия в сексуальном поведении? |
| Индикатор 4 | Предусмотрено ли уголовное наказание за занятие коммерческим сексом? |
| Индикатор 5 | Предусмотрено ли уголовное наказание за передачу ВИЧ-инфекции? |
| Индикатор 6 | Доступны ли современные методы контрацепции (например, пероральные или инъекционные контрацептивы, импланты и внутриматочные средства)? |

¹⁶ О статистических данных по распространению насилия в Европейском регионе см. статью «Насилие против женщин и торговля людьми» в публикации «ВИЧ/СПИД в Европе. От смертного приговора к лечению хронического заболевания» (38). В докладе по UNGASS 2005 года из **Российской Федерации** отмечено, что «31% добрых половых контактов у девочек школьного возраста были результатом изнасилования». По данным исследования, посвященного сексуальным отношениям и потреблению наркотиков среди молдавской молодежи, «более 50% молодых людей из сельских районов сообщили, что знают о случаях сексуального насилия среди знакомых» (39). Уровень насилия везде высок, однако уровень насилия против тех, кто принадлежит к наиболее уязвимым в отношении ВИЧ-инфекции группам, – женщинам, ПИН, работникам коммерческого секса и МСМ – еще выше (7).

	Предоставляются ли они бесплатно? Имеются ли данные о доступности контрацепции в разбивке по полу?
Индикатор 7	Требуется ли в вашей стране индивидуальная регистрация по месту жительства для получения доступа к медицинским услугам?
Индикатор 8	Предусмотрено ли в вашей стране уголовное наказание за гомосексуализм?
Индикатор 9	Могут ли лица, получающие лечение от наркотической зависимости, сохранять родительские права по отношению к своим детям?
Индикатор 10	Учитываются ли в программах профилактики инъекционного потребления наркотиков различия в поведении мужчин и женщин? Если да, то каким образом?
Индикатор 11	Учитываются ли в программах снижения вреда специфические потребности мужчин и женщин? Если да, то каким образом?
Индикатор 12	Учитываются ли в программах снижения вреда потребности ПИН и беременных женщин?
Индикатор 13	Учитывают ли стратегии, направленные на борьбу с гендерным насилием, связь этой проблемы с риском ВИЧ-инфекции?

Вывод

Мониторинг прогресса в достижении гендерной справедливости в решении проблемы ВИЧ/СПИДа в Европейском регионе практически невозможен из-за слишком малого объема разбитых по полу статистических данных о распространенности ВИЧ-инфекции и доступности соответствующих услуг профилактики, просвещения и лечения. В свою очередь, трудно достигнуть прогресса, не имея информации, которая помогла бы определить масштаб гендерного неравенства. Главный вывод, который вытекает из содержания этой главы, состоит в том, что европейским странам необходимо начать изучение сложных проблем, создающих препятствия на пути достижения гендерной справедливости. Выполнение этой задачи потребует от них предоставления информации о предпринимаемых усилиях по борьбе с ВИЧ/СПИДом, направленных соответственно на мужчин и женщин, и оценки эффективности этих усилий.

Рекомендации

1. Органам ВИЧ-мониторинга следует представлять все поступающие данные, касающиеся ВИЧ-инфекции, в разбивке по полу и подвергать их качественному анализу.
2. Международные эксперты должны выработать четкое рабочее определение гендера для использования в процессе эпиднадзора с учетом вышеперечисленных предлагаемых индикаторов.
3. Необходимо выявлять и приоритизировать группы риска по обоим полам.

4. Следует разрабатывать профилактические программы, нацеленные на половых партнеров ПИН, мигрантов и заключенных, а также женщин – партнеров МСМ.
5. Страны должны выявлять и устранять препятствия для обеспечения гендерной справедливости при получении услуг профилактики и лечения. Такими препятствиями могут служить, в частности, локализация, часы работы, кадровый состав и организация служб; непреднамеренно запретительные законы и практика; гендерное насилие.

Библиография

1. *Integrating gender analysis and actions into the work of WHO*. Geneva, World Health Organization, 2007, http://www.who.int/entity/gender/mainstreaming/integrating_gender/en/ accessed 6th April 2007.
2. *Reporting schedule for core indicators for the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Vienna, Government of Austria, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_austria_en.pdf, accessed 25 April 2007).
3. *National report on the follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS: reporting period Jan. 2003–Dec. 2005*. Kiev, Government of Ukraine, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_ukraine_en.pdf accessed 5th December 2007)
4. *Профилактика ВИЧ и инфекций, передаваемых половым путем, среди работников секс-бизнеса в Восточной Европе и Центральной Азии*. Женева, ЮНЭЙДС, 2006.
5. *Изменяющаяся эпидемия ВИЧ/СПИДа в Европе и Центральной Азии*. Женева, ЮНЭЙДС, 2004.
6. *Interim country report: United Kingdom*. London, Government of the United Kingdom, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_uk_en.pdf, accessed 7 April 2007).
7. Ekström AM, Ragnarsson A, Thorson A. *Gender and HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
8. *Sexual and reproductive health and rights in Europe; report to the European Union*. Warsaw, Central and Eastern European Women's Network for Sexual and Reproductive Health and Rights (ASTRA Network), 2006 (<http://www.astra.org.pl/srhrEU.pdf>, accessed 2 November 2007).
9. *Mid-term review of the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Dublin, Government of Ireland, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_ireland_en.pdf accessed 7 April 2007).
10. Matic S. Twenty-five years of HIV/AIDS in Europe. In: Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, eds. *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006:7.

11. Eramova I et al. Risky behaviour in women before and after diagnosis of HIV in the Russian Federation [poster]. *4th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Sydney, 22–25 July 2007*.
12. *Национальный комбинированный индекс в области политики – 2006*. Душанбе, 2005 (http://www.unaids.org/unaidresources/UNGASS/2005-Country-Progress-Reports/TAJIKISTAN-NCPI_RU.pdf, по состоянию на 8 июня 2009 г.).
13. *2006 country progress report: Montenegro*. Podgorica, National HIV/AIDS Commission, Montenegrin Institute of Public Health, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_montenegro_en.pdf, accessed 20 February 2007).
14. *Armenia country UNGASS report: Jan. 2003–Dec. 2005*. Yerevan, Government of Armenia, 2006 (http://www.unaids.org/unaidresources/UNGASS/2005-Country-Progress-Reports/2006_country_progress_report_armenia_en.pdf, accessed on 16 February 2007).
15. *Выполнение Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (UNGASS). Страновой отчет. Отчетный период: январь-декабрь 2004 г. Кыргызская Республика Бишкек, Правительство Кыргызстана, 2006* (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_kyrgyzstan_ru.pdf, по состоянию на 8 июня 2009 г.).
16. *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Женева, ЮНЭЙДС, 2006.
17. *Country report: Poland on the realization of the Declaration of Commitment HIV/AIDS 2001–2005*. Warsaw, National AIDS Center, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_poland_en.pdf, accessed 21 February 2007).
18. *Report of Switzerland to the Special Session of the General United Nations Assembly on HIV/AIDS*. Berne, Government of Switzerland, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_switzerland_en.pdf, accessed 8 April 2007).
19. *Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned*. New York, United National Office on Drugs and Crime (UNODC), 2004.
20. *Report from Latvia*. Riga, Government of Latvia, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_latvia_en.pdf, accessed on 20 February 2007).
21. Babakian, G (2005). *Positively Abandoned. Stigma and Discrimination against HIV-positive Mothers and their Children in Russia*. Human Rights Watch, New York, 2005. Personal communication, Olga Belyaeva, Charitable Foundation Virtus, Ukraine, 2007
22. *Implementation of the Declaration of Commitment to Combat HIV/AIDS (UNGASS): country report: for the period January–December 2005*. Tirana, Government of Albania, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_albania_en.pdf, accessed 16 February 2007).
23. *Report from the Netherlands*. The Hague, Netherlands, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_netherlands_en.pdf, accessed 7 April 2007).

24. *Reporting form: United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: core indicators: data for Czech Republic: 2006 reporting*. Prague, The National Programme for World AIDS Day 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_czech_republic_en.pdf, accessed 16 February 2007).
25. *Reporting period Jan. 2003–Dec. 2005*. Belgrade, Republican AIDS Commission, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_serbia_en.pdf, accessed 21 February 2007).
26. *Spain: country report for the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: 2005*. Madrid, Government of Spain, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_spain_en.pdf, accessed 25 April 2007).
27. Wellings K, Parker R. *Sexuality education in Europe: a reference guide to policies and practices*. Brussels, Sexual Awareness for Europe (SAFE) Project, 2006 (http://www.euro.who.int/Document/RHP/SexEd_in_Europe.pdf, accessed 12 June 2007).
28. Lazarus JV, Liljestrand J. *Sex and young people in Europe: multicountry research from the Sexual Awareness for Europe Partnership*. Lund, Lund University, 2007.
29. [Letter to Peter Piot]. Dated 27 December 2005. Berlin, Permanent Mission of the Federal Republic of Germany to the Office of the United Nations and Other International Organizations, 2005 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_germany_en.pdf, accessed 7 April 2007).
30. *Изменяющаяся эпидемия ВИЧ/СПИДа в Европе и Центральной Азии*. Женева, ЮНЭЙДС, 2004:6.
31. *Страновой отчет Российской Федерации по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*. Москва, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_russianfederation_ru.pdf, по состоянию на 8 июня 2009 г.).
32. Fears D. U.S. HIV cases soaring among black women. *Washington Post*, 7 February 2005, Section A:1.
33. Adimora AA, Schoenbach VJ. Social context, sexual networks, and racial disparities in rates of sexually transmitted infections. *Journal of Infectious Diseases*, 2005, 191:S115–S122.
34. *Изучение распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска заражения в группах мужчин, практикующих секс с мужчинами, в Москве и Санкт-Петербурге*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.
35. International Centre for Prison Studies. *World prison population list, 7th ed*. London, Kings College of London, 2007 (<http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/world-prison-pop-seventh.pdf>, accessed 18 December 2007).
36. Declaration of Commitment of the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): progress report 2003–2005. Chisinau, Moldovan Scientific and Practical Centre of Public Health and Health Management, 2006:9

(http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_moldova_en.pdf, accessed on 20 February 2007).

37. *TAMPEP 6: final report*. Amsterdam, European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion Among Migrant Sex Workers (TAMPEP) International Foundation, 2004
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/com_diseases/documents/fp_commdis_2002_frep_17_1_en.pdf , accessed 24 November 2007).
38. Watts C, Zimmerman C, Roche B. Violence against women and trafficking: a priority for HIV programmes? In: Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, eds. *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006:217–231.
39. Godinho J, Veen J. Illicit drug policies and their impact on the HIV epidemic in Europe. In: Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, eds. *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006:30.