

Ликвидация дискриминации в здравоохранении

Ступень на пути к прекращению эпидемии СПИДа



Содержание

Резюме	2
Понимание дискриминации и обязательств по соблюдению прав человека для ликвидации дискриминации	6
Влияние дискриминации на здоровье и права человека в области здравоохранения, включая медицинских работников	10
Подотчетность для ликвидации дискриминации в здравоохранении	15
Возможности для действий	16
Шаг вперед: программа по ликвидации дискриминации	18
Приложение	20
References	23

Резюме

За последнее десятилетие удалось добиться огромного прогресса в деле предотвращения распространения СПИДа. Уменьшилось число новых случаев инфицирования ВИЧ по сравнению с 2000 г.,¹ общество находится на один шаг ближе к ликвидации ВИЧ-инфекции среди детей,² больше людей, живущих с ВИЧ, знают свой статус и получают лечение от ВИЧ,³ сокращается число смертей, связанных со СПИДом (1).⁴ Все это стало возможным благодаря глобальной приверженности, четким целям, выделяемым ресурсам, инновационным подходам и, не в последнюю очередь, усилиям местных сообществ.

Вместе с тем, эти достижения неравномерно распределены по регионам и социальным группам. Во всем мире стигматизация, дискриминация, социальное отчуждение и неравенство, включая неравные полномочия и гендерные отношения, продолжают угрожать женщинам и девочкам, молодым людям, лицам с ограниченными физическими возможностями, основным группа риска и другим затронутым группам⁵, делая их уязвимыми для эпидемии и затрудняя им доступ к услугам по профилактике, лечению и обслуживанию в связи с ВИЧ. Стигматизация и дискриминация во всех их проявлениях лишают людей доступа к услугам, которые они вправе получить, и к учреждениям, которые уполномочены их обслуживать; в среднем один из восьми людей, живущих с ВИЧ, сообщает об отказе в медицинских услугах (1). Множественная или комплексная стигматизация и дискриминация — то есть стигматизация и дискриминация, в основе которых лежит множество факторов — еще больше усугубляют проблему доступа к медицинским услугам. В одном исследовании, проведенном в Свазиленде, почти 62% опрошенных мужчин, практикующих секс с мужчинами, сказали, что они

- 1 В 2015 году число новых случаев заражения ВИЧ снизилось до 2,1 млн (1,8 млн – 2,4 млн) по сравнению с 3,2 млн (2,9 млн – 3,5 млн) в 2000 году.
- 2 В 2015 году число детей, заразившихся ВИЧ, составило 150 000 (110 000 – 190 000), что на 50% меньше, чем в 2010 году.
- 3 К концу 2015 года 60% [56–65%] людей, живущих с ВИЧ, знали свой статус. По состоянию на июнь 2016 г., антиретровирусное лечение получали 18,2 млн [16,1 млн–19,0 млн] человек, живущих с ВИЧ, что выше аналогичного показателя (15,8 млн) за июнь 2015 г.
- 4 Быстрое расширение охвата жизненно важной терапией привело к сокращению смертности от СПИДа на 45% начиная с 2005 г.
- 5 ЮНЭЙДС считает мужчин-гомосексуалистов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, работников секс-индустрии, трансгендеров и потребителей инъекционных наркотиков четырьмя основными группами риска, но признает, что заключенные и другие лица, находящиеся в местах лишения свободы, также особенно уязвимы к ВИЧ и часто не имеют адекватного доступа к необходимым услугам.

боятся обращаться за медицинской помощью из-за своих однополых связей, а те, кто столкнулся с дискриминацией в учреждениях здравоохранения, испытывают более сильный страх по сравнению с теми, у кого такой опыт отсутствует (2). Требование наличия разрешения от третьих лиц остается весомым барьером для подростков и молодых людей в проведении тестирования на ВИЧ в 58 странах и в получении доступа к медицинским услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья в 72 странах (3). В 2015 году 2,1 млн человек по всему миру были инфицированы ВИЧ и 1,1 млн человек скончались по связанным со СПИДом причинам. Особенно подвержены эпидемии основные группы риска (примеры см. ниже)(4).

В 2015 году страны приняли Цели в области устойчивого развития (ЦУР), и в контексте ЦУР 3 до 2030 года была поставлена важная задача по прекращению эпидемии СПИДа, туберкулеза и малярии, а также борьбе с гепатитом.⁶ Существенное значение для достижения этой цели имеют и другие ЦУР, включая цель по обеспечению гендерного равенства, содействию занятости и достойной работе для всех, а также борьбе с неравенством. В Политической декларации 2016 года по ВИЧ/СПИДу, принятой государствами-членами на Заседании высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, было подчеркнуто, что в достижении всех ЦУР нельзя пренебрегать ни одной и что дискриминация, в том числе в сфере здравоохранения, должна быть ликвидирована (5). Отсутствие дискриминации лежит в основе философии ЮНЭЙДС и является одной из целей стратегии ускорения ЮНЭЙДС (6). Стратегия ускорения направлена на ликвидацию дискриминации на рабочих местах, а также в здравоохранении и образовании. Она имеет решающее значение для выполнения 10 обязательств, отраженных в Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2016 года⁷.

В рамках совместной реализации Стратегии ускорения ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

запустили 1 марта 2016 года *Программу по борьбе с дискриминацией в области здравоохранения*, которая объединяет усилия всех заинтересованных сторон по созданию мира, где любой человек в любой стране может получить необходимое медицинское обслуживание без дискриминации по какому-либо признаку (7). Программа предусматривает борьбу с дискриминацией во всех ее проявлениях путем отмены карательных законов, правил и процедур, которые затрагивают основные группы риска и другие уязвимые группы или препятствуют их доступу к качественному медицинскому обслуживанию. Вместе с тем, важно создать условия для того, чтобы медицинские работники на своих рабочих местах могли осуществлять свои трудовые права, не испытывая отторжение и дискриминацию. Кроме того, необходимо создать безопасные условия для труда, в которых медицинские работники могут осуществлять свои права, выполнять функции и обязанности, а также защитить себя от заражения ВИЧ на рабочем месте. Если заинтересованные стороны будут продолжать ставить во главу угла человека и принимать меры для того, чтобы никто не остался без внимания в борьбе со СПИДом, прекращение эпидемии СПИДа в каждом регионе, в каждой стране, в каждом сообществе и группе населения будет возможным.

В данной публикации кратко описываются проблемы и влияние дискриминации в сфере здравоохранения. Подобная дискриминация затрагивает людей, пытающихся получить услуги по профилактике, диагностике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, а также медицинских работников на их рабочем месте. Международные стандарты в области прав человека являются основой для глобальных усилий по ликвидации такой дискриминации. Данный отчет предназначен в качестве справочного документа для лиц, ответственных за разработку политики, и для других заинтересованных сторон, принимающих участие в разработке принципов и правил по регулированию здравоохранения. Он направлен на ликвидацию дискриминации и других структурных барьеров с целью создания условий для здорового образа жизни для всех людей.

6 Цели в области устойчивого развития были приняты в сентябре 2015 г. (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>).

7 Цели стратегии ускорения следуют из Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2016 года, которая была принята государствами-членами на Заседании высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по прекращению эпидемии СПИДа, а также из Стратегии ЮНЭЙДС на 2016–2021 гг.

Проблема дискриминации в сфере здравоохранения

Люди по всему миру сталкиваются с барьерами при доступе к качественному медицинскому обслуживанию. В разных странах и разных общинах внутри них причины этого могут быть различными. Однако имеются некоторые барьеры, которые встречаются повсеместно. К ним относятся различные формы дискриминации, с которыми сталкиваются определенные группы населения. Основные группы риска и другие уязвимые группы населения по-прежнему страдают от стереотипов, дискриминации, криминализации и жестокого обращения на основе их фактического или предполагаемого состояния здоровья, расы, социально-экономического статуса, возраста, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности и выражения. Такая дискриминация и другие нарушения прав человека получили широкое распространение в медицинских учреждениях и негативно влияют на здоровье этих маргинализованных групп населения. Работники медицинских учреждений также могут сталкиваться с дискриминацией со стороны своих коллег и работодателей.

Дискриминация редко связана исключительно с одной из характерных особенностей человека. Часто ее источником служат многочисленные факторы, называемые межсекторальными, что приводит к многоплановой или смешанной дискриминации⁸. Слишком часто люди с более высоким риском заражения ВИЧ сталкиваются с множественными формами дискриминации. В соответствии с международным правом прав человека государства обязаны принимать меры для устранения всех форм дискриминации, включая обеспечение права на доступ к медицинскому обслуживанию на

8 См. например, Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам Замечание общего порядка №22, Право на сексуальное и репродуктивное здоровье; 2016 (E/C.12/GC/22); Конвенция о правах инвалидов, преамбула и статьи 6; 2006 года (A/RES/61/106); Комитет ООН по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Замечание общего порядка 25, Временные специальные меры; 2004 год.

недискриминационной основе⁹. Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам отметил, что все медицинские учреждения должны быть доступны для всех без дискриминации. Это понятие включает в себя обеспечение физической и экономической доступности для наиболее уязвимых групп населения¹⁰.

Достижение цели здорового образа жизни для всех, цели всеобщего охвата здравоохранением и избавления от СПИДа, туберкулеза, малярии, гепатита и других инфекционных

заболеваний зависит от решения проблем стереотипов и дискриминации в области здравоохранения. Уроки, извлеченные в процессе реализации программ в области прав человека в части реакции на ВИЧ, могут послужить критически важными исходными позициями для более широкого рассмотрения совокупной межсекторальной дискриминации в сфере здравоохранения. К числу таких уроков относится значимое вовлечение в процесс пострадавших общин, чье участие имеет чрезвычайно важное значение в деле реагирования на эпидемию ВИЧ.

9 См., например, Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка 14: право на наивысший достижимый уровень здоровья; 2000 год; Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка 22: право на сексуальное и репродуктивное здоровье; 2016 г.

10 См., например, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 14: право на наивысший достижимый уровень здоровья, 2000 г.

Понимание дискриминации и обязательств по соблюдению прав человека для ликвидации дискриминации

Законы и нормы, регулирующие здравоохранение, должны твердо основываться на принципах прав человека. Программы для их реализации должны способствовать развитию компетентности в вопросах прав человека у сотрудников здравоохранения и усилению подотчетности, а также оказывать поддержку пациентам. Понимание содержания и значения дискриминации очень важно для разработки улучшенных программ для ликвидации дискриминации в медицинских учреждениях и обеспечения подотчетности.

Определение стигматизации

Стигматизация — это вредоносный социальный феномен, определяемый как процесс, начинающийся, когда характерную черту или группу относят к какой-то категории и связывают с негативными стереотипами, что ведет к потере носителем характерной черты социального статуса и дискриминации (8). Стигматизация, связанная с ВИЧ, обозначает негативные убеждения, чувства и отношение к людям, живущим с ВИЧ, группам, связанным с ВИЧ-инфицированными (например, семьям людей, инфицированных ВИЧ), и другим категориям людей, входящих в группу высокого риска заражения ВИЧ, таких как употребляющих наркотики, работников секс-индустрии, мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, и трансгендеров (9).

Определение дискриминации

В соответствии с международным правом в области прав человека, дискриминация включает в себя любое действие или поведение, осуществляемое с целью или приводящее к нанесению ущерба осуществлению основных прав человека, которыми все люди обладают на равных основаниях, включая их право на получение медицинской помощи. Право на недискриминацию подразумевает, что к людям относятся с уважением к их человеческому достоинству, независимости, личной жизни и конфиденциальности, и их свобода от принуж-

дения и оскорбления гарантирована им на равных основаниях, включая вопросы здравоохранения¹¹.

Дискриминация в отношении ВИЧ-инфицированных обозначает несправедливое и неправомерное обращение (действием или бездействием) с человеком на основании его действительного или предполагаемого статуса ВИЧ-инфицированного, или

на основании того факта, что человек входит в группу людей, подверженных большему риску заражения или более уязвимых к вирусу ВИЧ. Это включает в себя несправедливое обращение с представителями групп риска и высокой уязвимости, такими как работники секс-индустрии, употребляющие наркотики, женщины, мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами, транссексуалы, заключенные и люди, находящиеся в других закрытых учреждениях, молодые люди, мигранты, беженцы и внутренне перемещенные лица. Дискриминация по отношению к ВИЧ-инфицированным обычно основывается на социальном отторжении и убеждениях относительно групп людей, особенностях поведения, привычках, половой принадлежности, болезни и смерти (10). Дискриминация, связанная с ВИЧ, может комбинироваться с другими формами дискриминации, включая дискриминацию, основывающуюся на расовой, половой принадлежности, социально-экономическом статусе, сексуальной ориентации, половой идентичности или национальном происхождении (11).

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, гарантирующий в числе прочих право на здоровье (см. Приложение), является одним из многих договоров, в которых изложены запрещенные основания для дискриминации. Комитет, который интерпретирует права и осуществляет

наблюдение за соблюдением государством этого пакта, и другие органы, контролирующие соблюдение договора, также установили разнообразные запрещенные основания для дискриминации, включая статус ВИЧ-инфицированного, пол, инвалидность, сексуальную ориентацию и возраст (12, 13, 14, 15). Также, контролирующие органы Международной организации труда приняли многочисленные международные трудовые нормы, базирующиеся на международных договорах по правам человека, применяемых к ВИЧ-инфицированным. В частности, Рекомендация № 200 перечисляет ключевые фундаментальные права человека, применимые ко всем рабочим местам во всех секторах, включая право не подвергаться дискриминации на основании реального или предполагаемого статуса ВИЧ-инфицированного, сексуальной ориентации или принадлежности к группе населения, предположительно подверженной большему риску заражения ВИЧ или более уязвимой к этому вирусу (16). (Более подробную информацию см. в Приложении.)

Дискриминация может быть прямой или косвенной. Как прямая, так и косвенная форма отличительного отношения по причине дискриминации запрещены (17). Прямая дискриминация возникает в случае, когда к человеку относятся хуже, чем к другому человеку в аналогичной ситуации, что может проявляться как в действиях, так и в бездействии, по причинам, относящимся к запрещенным основаниям. Например, ВИЧ-инфицированный человек может подвергнуться дискриминации, получив отказ быть принятым на работу, или из-за опасений, что он не сможет выполнять свои должностные обязанности по причине своего реального или предполагаемого ВИЧ-статуса. Жизнь с ВИЧ, как правило, не влияет на способность человека выполнять служебные обязанности, в

11 См. например, Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка №20: Недискриминация экономических, социальных и культурных прав: 2009 (E/C.12/GC/20); Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка №22, Право на сексуальное и репродуктивное здоровье; 2016 (E/C.12/GC/22).

особенности, если принимать во внимание эффект от поддерживающего антиретровирусного лечения.

Косвенная дискриминация относится к законам, нормам или обычаям, которые выглядят нейтральными по своей сути, но оказывают несоразмерное влияние на конкретные группы людей. Например, требование постоянного адреса регистрации в конкретной местности для получения медицинской страховки может косвенно затрагивать мигрантов.

Хотя решение проблемы дискриминации имеет решающее значение, оно не всегда обеспечивает равенство. Недостаточно гарантировать равное отношение; необходимо создание благоприятной среды для достижения равенства результатов (существенного равенства). Биологические различия, также как социальные и культурные различия, должны быть приняты во внимание; необходимо решить проблемы основополагающих причин дискриминации, чтобы гарантировать свободные от дискриминации медицинские учреждения (18). Например, меры, направленные на ликвидацию принудительной стерилизации женщин, живущих с ВИЧ, должны заново подтвердить незаконный характер такой стерилизации и биологически низкие шансы передачи вируса ВИЧ от матери ребенку, а также бросить вызов основным стереотипам, согласно которым женщины, живущие с ВИЧ, считаются недостойными заботиться о детях.

Движущая сила и вспомогательные факторы (19, 20), ведущие к дискриминации, включают в себя социальное отторжение ВИЧ-инфицированных, возникающее из-за страха перед вирусом ВИЧ, предрассудков и стереотипов; уголовное законодательство, направленное против людей, живущих с ВИЧ, и других представителей групп риска; другие правовые и нормативные барьеры, препятствующие получению доступа к обслуживанию; пробелы в институциональных нормах и средствах защиты для работников здравоо-

ражения; а также недостаток информации и грамотности в области прав человека.

Даже там, где существуют протекционистские законы, лишь немногие люди, живущие с ВИЧ или подверженные риску заражения этим вирусом, могут добиваться восстановления в правах в случае их нарушения. Это отсутствие доступа к правосудию усугубляется в случае с людьми, принадлежащими к уязвимым группам, такими как женщины, живущие с ВИЧ, работники секс-индустрии и люди, употребляющие наркотики. Структурные барьеры, препятствующие доступу к правосудию включает в себя отсутствие доступа к образованию, неграмотность, плохую информированность, отсутствие экономической самостоятельности или правоспособности и предвзятое отношение по половому признаку. Такой недостаток подотчетности ведет к безнаказанности лиц, виновных в дискриминации. Право на эффективное средство правовой защиты это право человека по своей природе, и отрицание его усугубляет нарушения прав человека и ставит под угрозу его здоровье.

Обязательства уважать, защищать и соблюдать права человека

В соответствии с международным правом в области прав человека, государства, ратифицировавшие международные договоры по правам человека (см. Приложение), обязаны уважать, защищать и соблюдать права человека. Это включает в себя принятие активных мер во всех областях прав человека, в том числе недискриминацию и сексуальные и репродуктивные права в медицинских учреждениях и на рабочем месте:

- *Обязательство уважать права человека* предусматривает обязанность государств воздерживаться от прямого или косвенного вмешательства в осуществление прав человека.

Например, государства обязаны в соответствии с международным правом воздерживаться от ограничения доступа к антиретровирусной терапии, презервативам и контрацептивам. Они также обязаны воздерживаться от утаивания, наложения цензуры или искажения медицинской информации, — например, заявляя, что использование презервативов не препятствует распространению ВИЧ и других инфекций, передаваемых половым путем.

- *Обязательство защищать* подразумевает, что государства должны препятствовать третьим сторонам вмешиваться в реализацию прав человека. Это включает в себя обязательство расследовать и карать применяемую практику медицинских работников и других лиц, такие как принуждение или принудительная стерилизация женщин, живущих с ВИЧ, принудительное прерывание беременности у женщин, живущих с ВИЧ, или отказ в предоставлении обслуживания лицам, принадлежащим к представителям группы риска.
- *Обязательство соблюдать* предусматривает обязанность государств принимать соответствующие законодательные, административные, бюджетные, судебные, рекламные и другие меры для обеспечения полного осуществления прав; они должны поддерживать права человека. Например, государства должны принимать законы,

запрещающие дискриминацию в отношении представителей группы риска, в том числе в медицинских учреждениях и на рабочих местах. Они должны обеспечить подготовку медицинских работников, чтобы предоставляемое ими обслуживание соответствовало соблюдению прав человека. Например, предоставляемое обслуживание должно быть свободным от любой дискриминации и уважительным по отношению к чувству собственного достоинства и независимости пациента. Государства также должны обеспечить соответствующее распределение бюджетных ресурсов для осуществления законов и норм, защищающих от дискриминации, и эффективного устранения барьеров в области прав человека в рамках мер реагирования на СПИД на национальном уровне.

Государства несут непосредственное юридическое обязательство бороться с дискриминацией в области здравоохранения и на рабочих местах, даже в условиях серьезного ограничения ресурсов. Уязвимые члены общества должны быть защищены, и многие меры, такие, как большинство стратегий и программ, направленных на ликвидацию дискриминации в области здравоохранения, могут осуществляться в условиях минимального задействования ресурсов. Это может касаться принятия, изменения или отмены закона, или распространения информации, в том числе при помощи образовательных программ для работников здравоохранения (21, 22).¹²

12 См. Международная конференция труда, Рекомендация № 200 по ВИЧ/СПИДу; 2010. В данной рекомендации излагаются ключевые принципы в отношении прав человека для профилактики инфицирования ВИЧ и смягчения последствий эпидемии ВИЧ в сфере труда.

Влияние дискриминации на здоровье и права человека в области здравоохра- нения, включая медицинских работников

Дискриминация в здравоохранении связана не только с отказом в предоставлении медицинских услуг. Примеры дискриминации в медицинских учреждениях также включают в себя дезинформацию, требования дополнительных согласований для предоставления услуг, нарушения конфиденциальности, обязательное тестирование на ВИЧ или скрининг, а также лечение без согласия пациента (23, 24, 25). В частности, ВИЧ-дискриминация может принимать различные формы, включая обязательное тестирование на ВИЧ без согласия пациента или соответствующего консультирования (26, 27, 28); принудительную или вынужденную стерилизацию женщин, живущих с ВИЧ (29); предоставление медицинских услуг, сводящих к минимуму контакты с пациентами, живущими с ВИЧ, или отсутствие ухода за ними (30); задержку или отказ в лечении (31, 32); требования дополнительной оплаты за инфекционный контроль (33, 34, 35); изоляцию пациентов, живущих с ВИЧ (36); отказ в предоставлении услуг по охране здоровья матери (37); нарушение конфиденциальности и врачебной тайны пациента, в том числе отказ в разрешении на раскрытие информации о ВИЧ-статусе пациента членам семьи или сотрудникам больниц (38, 39).

В дополнение к нарушению права на свободу от дискриминации, вышеуказанные политики и практики были признаны национальными и международными организациями, как нарушающие другие обязательства в области прав человека, закрепленные в международных договорах, а также в национальных законах и конституциях. К ним относятся права на: жизнь; здоровье; конфиденциальность и частную жизнь; свободу от насилия, пыток и других видов жестокого обращения.

Хотя эти нарушения прав человека являются вредными сами по себе, они также негативно влияют на здоровье, изолируя людей от тех самых учреждений, которые призваны служить людям, и к которым они

имеют полное право на доступ. Помимо социального отторжения и дискриминации, связанных с ВИЧ, дискриминация в сфере здравоохранения в более широком смысле закрывает людям доступ к услугам по профилактике, лечению и уходу, а также к качеству оказываемой медицинской помощи. Все это может также снизить соблюдение режимов лечения, закрывая постоянный доступ к медицинской помощи (40, 41, 42). В системном обзоре качественных и количественных исследований 2013 года, проведенных среди 26 715 ВИЧ-положительных людей, живущих в 32 странах мира, было отмечено, что социальное отторжение, связанное с ВИЧ, ставит под угрозу проведение антиретровирусной терапии, таким образом подрывая социальную поддержку и адаптацию (43).

Негативное отношение и дискриминация со стороны медицинских учреждений ошибочны сами по себе, все это может помешать людям получать доступ к услугам, включая тестирование, обмен информацией с персоналом и соблюдение режима лечения. В Таиланде 88% медицинских работников, обследованных в 2013 году, сообщили о негативном отношении к людям, живущим с ВИЧ, а 23% респондентов отметили дискриминацию со стороны персонала в своем медицинском учреждении на протяжении 12 месяцев, предшествовавших обследованию. Данные методы дискриминации касались сотрудников, которые не желали ухаживать за людьми, живущими с ВИЧ, или предоставляли им более низкое качество медобслуживания по сравнению с другими пациентами (44). Основываясь на данных Индекса социального отторжения людей, живущих с ВИЧ, созданного на основе данных из 50 стран, каждый восьмой человек, живущий с ВИЧ, сообщает о том, что ему отказывают в медицинском обслуживании (45).

Как уже отмечалось выше, медработники, которые сами живут с ВИЧ, также страдают от дискриминации, связанной с ВИЧ, сюда относится обязательное

тестирование на ВИЧ в качестве предпосылки для трудоустройства, а также дискриминация на рабочем месте и социальное отторжение в рамках своей профессии (46, 47). Кроме того, отсутствие благоприятных условий труда для медицинских работников ставит их под угрозу. Согласно глобальным оценкам, каждый год более 50 000 случаев заражения гепатитом и 1000 случаев заражения ВИЧ-инфекцией приходится на медработников из-за ран, связанных с неосторожным обращением с иглами (48). Отсутствие доступа к средствам индивидуальной защиты с целью соблюдения универсальных мер предосторожности, и отсутствие знаний о способах передачи ВИЧ усугубляет страх и приводит к социальному отторжению и дискриминации. Важно учесть подобные предпосылки для дискриминации и расширить права и возможности медработников, в том числе, посредством обеспечения полного соблюдения, защиты и поощрения их трудовых прав.

Ключевые группы риска и другие уязвимые группы часто не получают медицинских услуг в полном объеме, и они сталкиваются с серьезными препятствиями для реализации своих прав, связанных со здоровьем. Например, доступ к информации и услугам в области ВИЧ и/или сексуального и репродуктивного здоровья может быть в значительной степени затруднен, или же он может иметь низкое качество для вышеназванных групп населения, что сказывается на их здоровье. Причинами могут быть физические или географические барьеры, отсутствующая или неправильная информация и дискриминация (49). Например, женщины из числа коренного населения, женщины, принадлежащие к другим группам меньшинств, женщины-инвалиды, женщины, живущие с ВИЧ, и трансгендеры подвергаются вынужденной или принудительной стерилизации (50, 51, 52). Подобные методы демонстрируют не только пересекающиеся или смешанные формы дискриминации, но и нарушают другие права, в том числе право определять количе-

ство детей, интервалы между их рождением, право на неприкосновенность частной жизни и здоровья, а также права на свободу от бесчеловечного и унижающего достоинство обращения. Данные методы также являются признанными формами насилия в отношении женщин (53).

Международное право в области прав человека требует, чтобы особое внимание уделялось тем группам населения, которые являются наименее защищенными и находятся в неблагоприятных условиях. В соответствии с этим принципом, в Плане устойчивого развития до 2030 года содержатся обязательства не оставлять без внимания ни одну из вышеназванных групп населения, и начать в первую очередь следует с рассмотрения потребностей тех групп, которые проживают в труднодоступных районах¹³. ЮНЭЙДС выделила следующие группы населения, которые особенно подвержены дискриминации и, следовательно, до настоящего времени им не оказывается должной помощи в связи с их диагнозом: подростки и молодые женщины, заключенные, мигранты, люди с ограниченными возможностями, люди, употребляющие инъекционные наркотики, работники секс-индустрии, мужчины-геи и другие мужчины, у которых был секс с мужчинами, транссексуалы, дети и беременные женщины, живущие с ВИЧ, перемещенные лица, люди с инвалидностью, люди в возрасте 50 лет и старше, а также люди, живущие с ВИЧ.

Законы, политики и практики, которые дискриминируют эти основные группы риска, создают условия, способствующие дискриминации в области здравоохранения и негативно влияющие на здоровье (54). К примеру:

- По оценкам, 12 миллионов человек во всем мире употребляют инъекционные наркотики, и каждый десятый из них заражен ВИЧ. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, почти всегда становятся преступниками из-за употребления наркотиков или из-за их образа жизни, связанным с употреблением наркотиков (55). Показатели охвата антиретровирусной терапией людей, употребляющих наркотики, ниже, чем людей, которые не употребляют наркотики, также это относится и к более широкому доступу к услугам здравоохранения (56).
- Люди, работающие в секс-индустрии, в 10 раз чаще заражаются ВИЧ, чем взрослые люди в целом. Работа в секс-индустрии ведет к криминализации или иным образом нарушает закон 116 стран. В некоторых странах люди, занятые в секс-индустрии, могут быть арестованы за хранение презервативов, которые считаются свидетельством участия в незаконной сексуальной деятельности (57). Криминализация повышает уязвимость к ВИЧ, усиливая социальную дискриминацию; она ограничивает доступ к информированию о ВИЧ и сексуальном здоровье, презервативам и программам по снижению вреда; отрицательно влияет на самооценку работников секс-индустрии и их способность делать осознанный выбор в отношении своего здоровья (58).
- В глобальном масштабе, мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с

13 Например, сексуальные, расовые и этнические меньшинства, коренное население, мигранты, беженцы и внутренне перемещенные лица, работники секс-индустрии, дети и подростки, лица с физическими или психическими ограничениями — и в особенности женщины, относящиеся к этим группам. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14: право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12), пп. 18-27; 2000; Комитет ООН по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Рекомендация общего порядка №24: Женщины и здоровье (статья 12), п. 6; 1999.

мужчинами, в 24 раза чаще заражаются ВИЧ, чем население в целом. Однополые сексуальные контакты являются уголовно наказуемыми в 73 странах и территориях (59). Отчеты показывают связь между криминализацией и ограничением доступа к медицинскому обслуживанию. Недавние исследования по оценке влияния криминализации однополых отношений выявили, что мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, сообщают о большем страхе при обращении за медицинской помощью, и более полном отказе от медицинского обслуживания после принятия таких законов (60). Исследования показали серьезные нарушения в доступности к связанным с ВИЧ услугам здравоохранения после публичной кампании по преследованию геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (61).

- Показатель распространенности ВИЧ среди мигрантов из соседних стран в Таиланд в четыре раза превышает показатель распространенности ВИЧ среди населения в целом. В европейских странах нелегальные мигранты сталкиваются со сложными препятствиями, такими как отсутствие доступа к медицинским услугам или социальной защите, в том числе за счет ограниченных юридических прав на медицинское страхование, особенно если у них нет документов. Ограничения на въезд, пребывание и проживание, связанные с ВИЧ-статусом, соседствуют с ненужными, дискриминационными и неэффективными мерами по охране общественного здоровья, по-прежнему существующими по меньшей мере, в 35 странах, территориях и областях (62).

Миграция и социальная изоляция, которые часто сопровождают мигрантов, а также барьеры в доступе к здравоохранению (включая проблемы доступности), могут привести к тому, что люди окажутся в ситуациях, когда они будут особенно уязвимы для ВИЧ (63).

- В глобальном масштабе шансы заразиться ВИЧ в 49 раз выше среди трансгендерных женщин, чем у всех взрослых репродуктивного возраста. В большинстве стран отсутствует правовая основа для юридического признания подтвержденного пола человека; таким образом, юридическая документация часто не отражает гендерную идентичность человека. Это приводит к тому, что людям отказывают в базовых услугах или препятствуют доступу к базовым услугам, включая здравоохранение (64).
- В настоящее время ежегодно возникает около 50 000 случаев гепатита и 1000 случаев ВИЧ-инфекции приходится на работников здравоохранения по всему миру в связи с травмами от уколов иглой (65). Отсутствие благоприятной рабочей среды для медицинских работников приводит к тому, что они попадают в группу риска. Например, отсутствие доступа к средствам предохранения, пусть и простым и дешевым, усугубляет страх и ведет к возникновению стереотипов и дискриминации. Другим примером является отсутствие доступа к обучению.
- Молодые женщины в возрасте 15-24 лет подвергаются особенно высокому риску заражения ВИЧ, что составляет 20% новых ВИЧ-инфекций

среди взрослых в глобальном масштабе в 2015 году, несмотря на то, что они составляют лишь 11% взрослого населения. В Африке к югу от Сахары у девушек было отмечено 25% новых случаев ВИЧ-инфекций среди взрослых, а у женщин отмечено 56% новых случаев ВИЧ-инфекций среди взрослых (66). Случаи физического и эмоционального насилия со стороны интимного партнера в условиях мужского контролирующего поведения и распространенности ВИЧ свыше 5% были тесно связаны с ВИЧ-инфекцией у женщин (67). Кроме того, барьеры, препятствующие доступу к здравоохранению, такие как требование о получении разрешения от третьей стороны, препятствуют многим подросткам и молодым женщинам обращаться за информацией и услугами в области сексуального и репродуктивного здоровья. Такая ситуация может привести к более опасным абортam, нежелательной беременности и ВИЧ-инфекциям (68). Исследования показывают, что требования о согласии родителей препятствуют доступу подростков к необходимым услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, но законы, которые охраняют конфиденциальность, поощряют подростков предохраняться (69).

- Исследование, проведенное в четырех странах, показало, что женщины, живущие с ВИЧ, чаще подвергаются дискриминации, чем мужчины, живущие с ВИЧ (70). Дискриминационные практики возникают, в частности, в учреждениях по охране репродуктивного здоровья. Например, женщины часто сталкиваются с дискриминацией в связи с беременностью, в том числе им советуют не иметь детей (71), предоставляют ненадлежащее лечение или отказывают в оказании помощи во время родов (72). Кроме того, женщин, живущих с ВИЧ, убеждают

выполнить стерилизацию или принуждают к ней (73). Этот тип дискриминации может оказать особенно сильное воздействие на здоровье женщин и усилия по избежанию случаев передачи ВИЧ от матери ребенку, поскольку женщины, столкнувшиеся с проблемой стереотипов и дискриминации в связи с ВИЧ, с меньшей степенью вероятности получают доступ к лечению и уходу до и после родов (74).

Глобальная комиссия по ВИЧ и законодательству¹⁴ провела обширные исследования, консультации, анализ и обсуждение для изучения связей между юридическими системами и реагированием на ВИЧ. В своем заключительном докладе «ВИЧ и право: риски, права и здоровье» (июль 2012 г.) Комиссия установила, что женщины, страдающие от ВИЧ, подвергаются постоянной дискриминации в медицинских учреждениях. В докладе содержатся, в частности, следующие рекомендации:

- устранение правовых барьеров, препятствующих доступу женщин к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья;
- обеспечение того, чтобы работники здравоохранения предоставляли женщинам полную информацию о возможностях охраны сексуального и репродуктивного здоровья и получали информированное согласие по всем вопросам, касающимся их здоровья;
- обучение медицинских работников вопросам информированного согласия, конфиденциальности и недискриминации;
- создание доступных механизмов жалоб и восстановления в правах в системах здравоохранения (75).

14 Комиссия является независимым органом, созданным Программой развития Организации Объединенных Наций от имени ЮНЭЙДС.

Подотчетность для ликвидации дискриминации в здравоохранении

В рамках своих обязательств по защите прав человека государства должны обеспечить подотчетность и восстановление нарушенных прав, включая мониторинг соблюдения принципов недискриминации в сфере здравоохранения. В контексте этих усилий важное значение имеют надежные механизмы и системы мониторинга и оценки¹⁵ для отслеживания результатов программ, а также для создания и совместного использования фактологической базы, включая меры по обеспечению сбора данных и поощрению передовых подходов с целью ликвидации дискриминации в сфере здравоохранения. Движущие факторы и проявления стигматизации и дискриминации в здравоохранении можно оценить опираясь на сведения, полученные от людей, живущих с ВИЧ, в ходе опросов, проводимых для определения Индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ (77), а также на сведения, полученные от представителей основных групп риска, например, в ходе опросов, проводимых в рамках комплексного биологического и поведенческого надзора. Кроме того, необходимо на регулярной основе углублять знания, формировать отношение и совершенствовать навыки медицинских работников для сбора сведений и укрепления подотчетности.

15 На международном уровне были введены несколько показателей для отслеживания прогресса в борьбе с дискриминацией. Эти данные можно найти в Реестре показателей (<http://www.indicatorregistry.org>) — централизованном хранилище информации о показателях, используемых для отслеживания эпидемии СПИДа и эффективности национальных и глобальных ответных мер, — нажав на ссылку «стигматизация и дискриминация» в правой части экрана.

Возможности для действий

В сентябре 2015 года государства-члены Организации Объединенных Наций приняли План устойчивого развития на период до 2030 года (78). В документе изложена концепция устойчивого развития, основанная на международных стандартах в области прав человека, подчеркивается необходимость создания условий для здорового образа жизни и построения инклюзивного общества, что предполагает соблюдение принципа равенства и охват всех групп населения без исключения. Цель 3 в области устойчивого развития основана главным образом на совершенствовании усилий по обеспечению всеобщего охвата медицинским обслуживанием, что свидетельствует о серьезном намерении устранить барьеры, препятствующие лучшей доступности услуг для всех людей во всем мире. Международные права человека и основные свободы применимы к каждому человеку независимо от того, является ли законным его поведение или занятие в своей стране.

Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу 2016 года подтверждает «... необходимость того, чтобы все страны выполняли обязательства и обязанности, содержащиеся в настоящей Декларации, в соответствии с ... международными правами человека» (79). Государства, подписавшие декларацию, приняли на себя обязательства по обеспечению соблюдения стандартов в сфере медико-санитарных услуг в области прав человека, а также ликвидацию и запрет всех форм насилия, дискриминации и принудительной практики в медико-санитарных учреждениях. Что касается ВИЧ, декларация предусматривает создание равного для всех людей доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ без стигматизации и дискриминации.

В Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2016 года государства-члены обязались бороться с дискриминацией на рабочем месте, в сфере здравоохранения и образования. Признавая, что сфера медико-санитарных услуг является одной из наиболее распространенных

сред, где люди испытывают стигму и дискриминации, связанной с ВИЧ, *стратегия ЮНЭЙДС на 2016-2021* годы, принятая в октябре 2015 года, имеет четкую цель по ликвидации дискриминации, связанной с ВИЧ, уделяя особое внимание здравоохранению, месту работы и образованию. *Глобальная стратегия ВОЗ для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. (81)* ставит аналогичную цель по прекращению дискриминации в области здравоохранения.

Шаг вперед: программа по ликвидации дискриминации

Объединив усилия для решения проблемы дискриминации в медицинских учреждениях, ЮНЭЙДС вместе с ВОЗ и Глобальным союзом медицинских работников (ГСМР) приступили к разработке Программы по борьбе с дискриминацией в области здравоохранения (82), идея которой возникла в результате консультаций, состоявшихся в ноябре 2015 года. В число участников входили учреждения Организации Объединенных Наций, организации гражданского общества, профессиональные ассоциации и правительства. По итогам консультаций участники признали, что ликвидацию дискриминации, связанной с ВИЧ, необходимо рассматривать в более широком смысле в контексте дискриминации в сфере здравоохранения и повсеместной дискриминации основных групп риска, а также с учетом влияния дискриминации на эффективность борьбы со СПИДом. Так, без прекращения насилия в отношении женщин в целом и прекращения дискриминации в отношении женщин и девочек в медицинских учреждениях нельзя решить проблему высокого уровня небезопасных абортов, нежелательной беременности и инфицирования ВИЧ. Кроме того, обеспечение медицинского обслуживания для всего населения, при том, что квалифицированная и мотивированная медицинская рабочая сила является необходимым условием, также потребует устранения дискриминации в области здравоохранения, в том числе по вине и в отношении медицинских работников.

1 марта 2016 года ЮНЭЙДС, ВОЗ и ГСМР при растущей поддержке со стороны заинтересованных сторон со всего мира запустили Программу по борьбе с дискриминацией в области здравоохранения. Программа выделяет три важнейших направления для действий:

- Политическое влияние — повышение политической приверженности путем мобилизации ключевых сторон для обеспечения приоритетного внимания на всех уровнях.
- Подотчетность — путем внедрения механизмов мониторинга и оценки для сбора фактических данных, мониторинга прогресса и обеспечения подотчетности.

- Реализация — содействие расширению масштабов реализации эффективных мер по достижению ликвидации дискриминации в сфере медицинского обслуживания.

Программа открывает путь для решения данной проблемы. Она призывает заинтересованные стороны обеспечить защиту прав человека и здоровья путем:

- развития потенциала и профессиональных навыков работников здравоохранения для предоставления услуг, свободных от стигматизации и дискриминации, включая обеспечение работников здравоохранения надлежащей подготовкой и предоставление доступа к индивидуальным средствам защиты;
- создания и обмена доказательной базой и передовыми методами работы по ликвидации дискриминации в медицинских учреждениях;
- инвестирования в механизмы подотчетности и восстановления в правах;
- укрепления механизмов и систем мониторинга, оценки и отчетности, направленных на ликвидацию дискриминации в сфере здравоохранения;
- установления стандартов в области медицинского обслуживания без дискриминации, включая:
 - устранение юридических и нормативных барьеров, которые препятствуют медицинскому обслуживанию без дискриминации, включая, но не ограничиваясь, запрет обязательной диагностики и лечения и других принудительных методов, а также уважение частной жизни и соблюдение принципов конфиденциальности в отношении пациентов;
 - обеспечение медико-санитарными учреждениями своевременного, качественного и беспристрастного медицинского обслуживания независимо от гендера, гендерной идентичности или выражения, пола, национальности, возраста, инвалидности, этнического происхождения, сексуальной ориентации, вероисповедания, языка, социально-экономического статуса, реального или предполагаемого ВИЧ-статуса или другого состояния здоровья, а также независимо от того, является ли пациент работником секс-индустрии, употребляет ли наркотики, является ли заключенным или рабочим-мигрантом;
- активное информирование пациентов работниками сферы здравоохранения об их правах человека;
- наличие эффективных механизмов подачи жалоб и восстановления в правах и ответственности за дискриминацию и нарушения прав как пациентов, так и работников сферы здравоохранения;
- в тех случаях, когда это необходимо, медико-санитарные службы связывают главные и уязвимые группы населения с дополнительными поставщиками услуг, сетями поддержки равноправных групп или организациями на уровне сообществ, или с представителям юридических служб;
- поддержки расширения прав и возможностей пациентов, работников и общественных организаций, требующих медицинское обслуживание и рабочие места без дискриминации, в том числе участие затронутых сообществ в разработке политики и программ, способствующих равенству и ликвидации дискриминации в медицинских учреждениях и на других рабочих местах.

Приложение

Международные права человека и ВИЧ: договорные обязательства и политические заверения

Права человека присущи всем людям. Права человека универсальны, неотчуждаемы и в равной степени относятся ко всем людям без какой-либо дискриминации. Права человека и основные свободы взаимосвязаны, взаимозависимы и неделимы. Они выражаются в таких документах, как договоры и конвенции, которые могут быть ратифицированы странами.

Ниже приводится перечень основных стандартов, резолюций и деклараций в области прав человека, которые представляют интерес в контексте борьбы с ВИЧ. Данный перечень не является исчерпывающим. Существует множество других документов как международного, так и регионального уровня, которые могут быть в такой же степени важными.

К таким международным документам относятся:

- Всеобщая декларация прав человека (1948).
- Международный пакт о гражданских и политических правах (1966).
- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966).
- Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979).
- Конвенция против пыток (1984).
- Конвенция о правах ребенка (1989).

- Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (1990).
- Конвенция о правах инвалидов (2006).

Недискриминация не рассматривается отдельно от других прав. Нижеперечисленные права также имеют большое значение в контексте борьбы с дискриминацией в сфере здравоохранения и изложены в документах, перечень которых приведен выше:

- Право на жизнь.
- Право на свободу и личную неприкосновенность.
- Право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.
- Право равенство.
- Право на свободу передвижения.
- Право искать и получать убежище.
- Право на неприкосновенность частной жизни.
- Право на свободу выражения и мнения и право свободно получать и распространять информацию.
- Право на свободу объединений.
- Право на вступление в брак и создание семьи.
- Право на работу.
- Право на равный доступ к образованию.
- Право на достойный уровень жизни.
- Право на социальную безопасность, помощь и благополучие.
- Право пользоваться благами научного прогресса.
- Право участвовать в общественной и культурной жизни.
- Право на эффективные средства правовой защиты.
- Право не подвергаться пыткам и другим жестоким, бесчеловечным и унижающим достоинство видам обращения или наказания.

Политические декларации Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций

Генеральная Ассамблея ООН приняла четыре политические декларации по ВИЧ/СПИДу, в соответствии с которыми государства-члены ООН взяли на себя политические обязательства по борьбе с ВИЧ/СПИДом и факторами, которые способствуют их распространению, включая дискриминацию:

- Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (2001).
- Политическая декларация Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (2006).
- Политическая декларация Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (2011).
- Политическая декларация о прекращении эпидемии СПИДа (2016).

Документы Международной организации труда

- Международная организация труда, Рекомендация по ВИЧ/СПИДу, Рекомендация № 200 (2010).
- Конвенция об инспекции труда, 1947 (№ 81).
- Конвенция о равном вознаграждении, 1951 (№ 100).
- Конвенция об инспекции труда в сельском хозяйстве, 1969 (№ 129).
- Конвенция о минимальном возрасте для приема на работу, 1973 (№ 138).
- Конвенция о трехсторонних консультациях (международные трудовые нормы), 1976 (№ 144)
- Конвенция о безопасности и гигиене труда, 1981 (№ 155).
- Конвенция о работниках с семейными обязанностями, 1981 (№ 156).
- Конвенция о прекращении трудовых отношений, 1982 (№ 158).
- Конвенция о наихудших формах детского труда, 1999 (№ 182)
- Конвенция об охране материнства, 2000 (№ 183).
- Конвенция об основах, содействующих безопасности и гигиене труда, 2006 (№ 187).
- Конвенция о достойном труде домашних работников, 2011 (№ 189).

References

1. Fact sheet November 2016, UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>). Get on the Fast-Track. The life-cycle approach to HIV. UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Get-on-the-Fast-Track_en.pdf).
2. The gap report, UNAIDS; 2014. (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf).
3. Risher K, Adams D, Sithole B, Ketende S, Kennedy C, Mnisi Z, Mabusa X, Baral SD. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(3Suppl. 2):18715.
4. Prevention gap report. UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf). Fact sheet November 2016. UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>).
5. Fact sheet November 2016, UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>).
6. On the Fast-Track to ending the AIDS epidemic. UN Secretary-General to the UN General Assembly, Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the 2016 Political Declaration on HIV and AIDS; 2016 (A/70/811).
7. Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. UNAIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf).
8. Agenda for zero discrimination in health care. UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Agenda-zero-discrimination-healthcare>).
9. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(Suppl. 2):18734.
10. Guidance note. Reduction of HIV-related stigma and discrimination. UNAIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_stigma_en.pdf).
11. Guidance note. Reduction of HIV-related stigma and discrimination. UNAIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_stigma_en.pdf).
12. People Living with HIV Stigma Index. UNAIDS; 2016 (<http://www.stigmaindex.org>).
13. General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (E/C.12/GC/14).
14. General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009 (E/C.12/GC/20).
15. General Comment No. 22: The right to sexual and reproductive health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2016 (E/C.12/GC/22).
16. United Nations Human Rights Committee, *Toonen v Australia* (1994); General Recommendation 15, Avoidance of discrimination against women in national strategies for the prevention and control of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), CEDAW Committee; 1990.
17. HIV and AIDS Recommendation No. 200. International Labour Organization; 2010.
18. General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009 (E/C.12/GC/20).
19. General Recommendation 25: Temporary special measures. Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women; 2004.
20. Stangl A, Go V, Zelaya C, Brady L, Nyblade L, Stackpool-Moore L, Hows J, Sprague L, Nykanen-Rettaroli L, de Zaldondo B. Enabling the scale-up of efforts to reduce HIV stigma and discrimination: a new framework to inform program implementation and measurement (http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Water/ContributionsStigma/others/UNAIDS1_Stangl_et_al-Conceptual_Frameworkfor_HIV-relatedStigma.pdf); Aparna Jain,
21. Jain A, Nyblade L. Scaling up policies, interventions and measurement for stigma-free HIV prevention, care, and treatment services, Health Policy Project; 2012.
22. General Comment 14: On the right to the highest attainable standard of health. UN Committee on Economic Social and Cultural Rights; 2000.
23. General Comment 22: The right to sexual and reproductive health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2016.
24. General Comment 24: Women and health. UN Committee on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women; 1999.
25. General Comment 22: On sexual and reproductive health. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2016.
26. General Comment 14: On the right to the highest attainable standard of health. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000.
27. Mahendra V, Gilborn L, Bharat S, Mudoi R, Gupta I, George B, Samson L, Daly C, Pulervitz J. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: a developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 2007;4(2):616-25.
28. Paxton S, Gonzales G, Uppakaew K, Abraham KK, Okta S, Green C, Nair KS, Parwati Merati T, Thephtien B, Marin M, Quesada A. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*. 2005;17(4): 413-24.
29. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
30. Interagency statement on forced or coerced sterilization. Geneva: World Health Organization; 2014.
31. Paxton S, Gonzales G, Uppakaew K, Abraham KK, Okta S, Green C, Nair KS, Parwati Merati T, Thephtien B, Marin M, Quesada A. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*. 2005;17(4):413-24.
32. Neuman M, Obermeyer CM, MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS and Behavior*. 2013;17(5):1796-1808.

33. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
34. Elamon J. A situational analysis of HIV/AIDS-related discrimination in Kerala, India. *AIDS Care*. 2005;17(Suppl. 2):S141-51.
35. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
36. Mahendra V, Gilborn L, Bharat S, Mudoi R, Gupta I, George B, Samson L, Daly C, Pulervitz J. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: A developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 2007;4(2):616-25.
37. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
38. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
39. Mahendra V, Gilborn L, Bharat S, Mudoi R, Gupta I, George B, Samson L, Daly C, Pulervitz J. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: A developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 2007;4(2):616-25.
40. Paxton S, Gonzales G, Uppakaew K, Abraham KK, Okta S, Green C, Nair KS, Parwati Merati T, Thephtien B, Marin M, Quesada A. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*. 2005;17(4):413-24.
41. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(Suppl. 2):18734.
42. Neuman M, Obermeyer CM, MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS and Behavior*. 2013;17(5):1796-1808.
43. Kinsler JJ, Wong MD, Sayles JN, Davis C, Cunningham WE. The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care STDS*. 2007;21(8):584-92.
44. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, Tsai AC. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(Suppl. 2).
45. Developing tools and methods to measure HIV-related stigma and discrimination in health care settings in Thailand. Bangkok: International Health Policy Program Ministry of Public Health; 2014 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KHKM.pdf).
46. The gap report, UNAIDS; 2014 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf).
47. Developing tools and methods to measure HIV-related stigma and discrimination in health care settings in Thailand. Bangkok: International Health Policy Program Ministry of Public Health; 2014 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KHKM.pdf).
48. Health Policy Project. Piloting the questionnaire "Measuring HIV-related stigma and discrimination among health workers" in Nyanza Province, Kenya. Health Policy Project; 2014.
49. WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health-care settings. Geneva; WHO; 2015 (http://www.who.int/injection_safety/global-campaign/injection-safety_guidline.pdf?ua=1)
50. The right to contraceptive information and services for women and adolescents. New York: Center for Reproductive Rights and UNFPA; 2010.
51. General Recommendation 25: Gender related dimensions of racial discrimination, paras 1 and 2. Committee on the Elimination of Racial Discrimination; 2000.
52. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, para 38. Geneva: UN Human Rights: Office of the High Commissioner; 2008.
53. General comment 9: The rights of children with disabilities, para 60. Committee on the Rights of the Child; 2007.
54. Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. Communication no. 4/2004. Thirty-sixth session, AS. v. Hungary. 2006; European Court of Human Rights, VC v Slovakia (2011).

General Recommendation 19: Violence against women, Article 16, para 22. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women; 1992.

General Recommendation 21: Equality in marriage and family relations, paras 21-23. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women; 1994.

General Recommendation 24: Women and health, Article 12, paras 20-23, 31(b, c). Committee on the Elimination of Discrimination Against Women; 1999.

260: Resolution on Involuntary Sterilisation. African Commission on Human and Peoples' Rights; 2013 (<http://www.achpr.org/sessions/54th/resolutions/260>).
55. Kinsler JJ, Wong MD, Sayles JN, Davis C, Cunningham WE. The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care STDS*. 2007;21(8):584-92.
56. Do no harm: health, human rights and people who use drugs. UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf).
57. The gap report. UNAIDS; 2014. (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf).
58. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low and middle income countries, recommendations for a public health approach. WHO, UNFPA, UNAIDS; 2012.

Ten reasons to decriminalize sex work. Open Society Foundations; 2012.
59. Sex work and the law in Asia and the Pacific. UNAIDS, UNFPA, UNDP; 2012 (<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hiv/aids/English/HIV-2012-SexWorkAndLaw.pdf>).

60. State-sponsored homophobia, a world survey of laws: criminalization, protection and recognition of same sex love. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; 2016.
61. Schwartz SR, Nowak RG, Orazulike I, Keshinro B, Ake J, Kennedy S, TRUST Study Group. 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. *The Lancet HIV*. 2015;2(7):e299-e306.
- Risher K, Adams D, Sithole B, Ketende S, Kennedy C, Mnisi Z, Mabusa X, Baral SD. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(3Suppl. 2):18715.
62. The gap report. UNAIDS; 2014.
63. Welcome (Not). UNAIDS; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/infographics/20120514_travel).
64. On the Fast-Track to ending the AIDS epidemic, para 54. UN Secretary-General to the UN General Assembly, Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the 2016 Political Declaration on HIV and AIDS; 2016 (A/70/811).
- Migrants, monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. European Centre for Disease Prevention and Control; 2015.
- The gap report. UNAIDS; 2014.
65. License to be yourself. Open Society Foundations; 2014 (http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/license-to-be-yourself-20140501.pdf).
- Fact sheet: legal gender recognition. Transgender Europe (http://www.tgeu.org/sites/default/files/LGR_factsheet-web.pdf).
66. WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health-care settings. Geneva: WHO; 2015.
67. Prevention gap report. UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf).
68. Durevall D, Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the demographic and health surveys tell us? *Lancet Global Health*. 2015;3(1):e34-43. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70343-2.
69. Sexual health, human rights and the law. Geneva: WHO; 2015.
70. Dailard C, Turner Richardson C. Teenagers access to confidential reproductive health services. *Guttmacher Institute*. 2005;8(4) (<https://www.guttmacher.org/pubs/tgr/08/4/gr080406.html>).
71. Neuman M, Obermeyer CM, MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS and Behavior*. 2013;17(5).
72. Nayar US, Stangl AL, De Zaluondo B, Brady LM. Reducing stigma and discrimination to improve child health and survival in low- and middle-income countries: promising approaches and implications for future research. *Journal of Health Communication*. 2014; 19:142-63.
73. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*. 2015;12(6):e1001847. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.
74. Interagency statement on forced or coerced sterilization. Geneva: WHO; 2014.
75. Turan J, Nyblade L, HIV-related stigma as a barrier to achievement of global PMTCT and maternal health goals: a review of the evidence. *AIDS and Behaviour*. 2013; 17(7):2528-39. doi: 10.1007/s10461-013-0446-8.
76. HIV and the law: risks, rights and health. Global Commission on HIV and the Law; 2013 (<http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf>).
77. Indicator Registry (<http://www.indicatorregistry.org>).
78. People Living with HIV Stigma Index (www.stigmaindex.org).
79. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York: United Nations; 2015 (A/Res/70/1). (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E).
80. On the Fast-Track to accelerate the fight against HIV and AIDS and to End the AIDS Epidemic by 2030, Resolution 65/266 (adopted 8 June 2016). Nations General Assembly, Political Declaration on HIV and AIDS; 2016 (A/RES/70/266).
81. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: WHO; 2016 (http://who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1).
82. Agenda for Zero Discrimination in Healthcare 2016, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare_en.pdf Do no harm: health, human rights and people who use drugs. UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf).



ЮНЭЙДС
Объединенная программа
Организации Объединенных
Наций по ВИЧ/СПИДу

20 Avenue Appia
1211 Женева 27
Швейцария

+41 22 791 3666

unaids.org