



## МИМО ЦЕЛИ

# 7

### Недостаточно для женщин, Недостаточно для детей: *ВИЧ, вертикальная передача и здоровье женщин*

Полевое исследование в Аргентине, Камбодже  
Молдове, Марокко, Уганде и Зимбабве

Май 2009

**Международная коалиция по готовности к лечению (ИПРС)** – это всемирная коалиция людей, живущих с ВИЧ и защитников их интересов. Ее цели и стратегия отражены в заявлении о миссии: «**Достижение универсального доступа к лечению, профилактике и всем услугам здравоохранения для ЛЖВ и групп риска используя такие подходы, при которых роль сообщества является определяющей**». К концу 2008 года тысячи людей из 125 стран мира уже присоединились к ИПРС и работают над достижением этих целей на местном, региональном и международном уровнях.

**Проект по мониторингу и адвокации в области лечения (ТМАР)**, это проект ИПРС, выявляющий препятствия для доступа к услугам в области ВИЧ, а также призывающий национальные правительства и организации быть ответственными за улучшение ситуации. Серия отчетов «*Мимо цели*» остается уникальной в области ВИЧ и общественного здравоохранения всего мира, предлагая комплексный, объективный, «полевой» анализ проблем, имеющих отношение к предоставлению услуг в области ВИЧ и СПИД, сделанный непосредственно получателями услуг здравоохранения – гражданским обществом.

Все отчеты серии «Мимо Цели» на английском языке доступны на сайтах [www.aidstreatmentaccess.org](http://www.aidstreatmentaccess.org) и [www.itpcglobal.org](http://www.itpcglobal.org)

**Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии (ИПРСru)** - является частью всемирной коалиции, и считает своей миссией достижение всеобщей готовности к лечению людей, живущих с ВИЧ и СПИДом в странах Восточной Европы и Центральной Азии. **Готовность к лечению** – это признание обществом безусловной важности предоставления всем ЛЖВ адекватного лечения, и, одновременно, способность ЛЖВ использовать это лечение с максимальным эффектом для себя и общества.

**Цель Международной Коалиции по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии (ИПРСru)** - объединение и координация общественных усилий и инициатив, направленных на достижение всеобщей готовности к лечению ЛЖВ и обеспечение всеобщего доступа к лечению для всех нуждающихся в нём на территории Восточной Европы и Центральной Азии. Мобилизация сообщества и вовлечение людей, затронутых или живущих с ВИЧ, в процессы принятия решений.

Отчеты серии «Мимо цели» на русском языке доступны на сайте ИПРС в Восточной Европе и Центральной Азии: [www.itpcru.org](http://www.itpcru.org)

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>БЛАГОДАРНОСТИ</b>	<b>4</b>
<b>СОКРАЩЕНИЯ И АББРЕВИАТУРЫ</b>	<b>5</b>
<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b>	<b>6</b>
<b>РЕЗЮМЕ</b>	<b>9</b>
● <b>ОБЩИЕ ВЫВОДЫ</b>	<b>11</b>
● <b>ВЫВОДЫ ПО СТРАНАМ</b>	<b>12</b>
● <b>РЕКОМЕНДАЦИИ</b>	<b>14</b>
<b>УЛУЧШАЯ ГЛОБАЛЬНЫЙ ОТВЕТ</b>	<b>16</b>
<b>МОЛДОВА</b>	<b>19</b>
● <b>ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ</b>	<b>19</b>
● <b>СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ УСЛУГ ДЛЯ ЖЕНЩИН</b>	<b>20</b>
● <b>ТЕСТИРОВАНИЕ. ДОСТУПНОСТЬ И ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ</b>	<b>23</b>
● <b>РУКОВОДСТВО ВОЗ О ВСКАРМЛИВАНИИ МЛАДЕНЦЕВ</b>	<b>24</b>
<b>И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ</b>	
● <b>ВЛИЯНИЕ НАСИЛИЯ И СТИГМЫ</b>	<b>25</b>
● <b>ОЦЕНКА РАБОТЫ МЕЖДУНАРОДНЫХ АГЕНТСТВ</b>	<b>26</b>
● <b>РЕКОМЕНДАЦИИ</b>	<b>27</b>

**БЛАГОДАРНОСТИ:**

**За проведение исследования**

Командам Аргентины, Камбоджи, Молдовы, Марокко, Уганды и Зимбабве

**Координаторам проекта**

Маурин Баер (Maureen Baehr), Крису Коллинзу (Chris Collins), Грегу Гонзалвесу (Gregg Gonsalves), Адити Шарма (Aditi Sharma)

**Редактору**

Джефу Гуверу (Jeff Hoover)

**За помощь страновым командам и редактору**

Эрике Баер (Erika Baehr)

**За обеспечение коммуникации:**

Эдду Аттатону Нгоскину (Attapon Ed Ngoksin)

**За медиа поддержку**

Бретту Дэвидсону (Brett Davidson), Кей Маршал (Kay Marshall)

Фирме «gabbegroup Public Relations & Marketing» и лично: Джил С. Габб (Jill S. Gabbe), Дженифер Робинсон (Jennifer Robinson), Оливи Гудман (Olivia Goodman), и Кейтлин Хул (Caitlin Hool)

**Дизайнеру**

Памела Хэйман (Patela Nauman)

**Консультативному комитету «Мимо цели 7»**

Мабель Бианко (Mabel Bianco), Эллен Бразье (Ellen Brazier), Падма Буджинени (Padma Buggineni), Полли Клайден (Polly Clayden), Франсуа Даби (Francois

Dabis), Паскаль Да Буйом (Pascal Daha Bouyom), Пола Донован (Paula Donovan), Синтия Эякузе (Cynthia Eyakuze), Кевин Фишер (Kevin Fisher), Гленда Грей (Glenda Gray), Джулия Гринберг (Julia Greenberg), София Грускин (Sofia Gruskin), Ану Гунта (Anu Gupta), Луда Лхотска (Lida Lhotska), Алессандра Нило (Alessandra Nilo), и Калев Орозко (Caleb Orozco)

Мы благодарны Институту «Открытое Общество» (Open Society Institute) за значительную поддержку, которая и сделала возможным выпуск этого отчета и последующие адвокационные мероприятия. Мы также благодарим «Johnson and Johnson» за поддержку в выпуске этого отчета; а Aids Fonds, HIVOS, и департамент по международному развитию Соединенного королевства за поддержку последующих адвокационных мероприятий.

Отдельное спасибо Стивену Льюису и Поле Донован из «AIDS-Free World» за предисловие и партнерство с проектом по мониторингу и адвокации в области, как в подготовке этого отчета, так и в последующей адвокации. Спасибо консультативному комитету «Мимо цели 7», а также Джоан Цете (Joanne Csete) и Митчу Бессеру (Mitch Besser) за поддержку по программным и политическим вопросам.

Серия отчетов «Мимо цели» выпускается Международной коалицией по готовности к лечению (ИТРС) в рамках Проекта по мониторингу и адвокации в области лечения (ТМАР). ИТРС и ТМАР благодарят «The Tides Center» в Сан-Франциско, США, за предоставление услуг по финансовому управлению.

**КОНТАКТЫ:**

Координация проекта:

Адити Шарма (Aditi Sharma) [aditi.campaigns@gmail.com](mailto:aditi.campaigns@gmail.com)

Грегг Гонсалвес [gonsalves@gmail.com](mailto:gonsalves@gmail.com)

Секретариат ИТРС: [attapon@apnplus.org](mailto:attapon@apnplus.org)

Сайт: [www.itpcglobal.org](http://www.itpcglobal.org)

**Секретариат ИТРС в Восточной Европе и Центральной Азии (ИТРСru):**

Анастасия Соловьева, менеджер по связям с общественностью: [anastasia.agafonova@gmail.com](mailto:anastasia.agafonova@gmail.com)

Денис Годлевский, менеджер по информационному обмену: [dgodlevskiy@gmail.com](mailto:dgodlevskiy@gmail.com)

Сайт ИТРС в Восточной Европе и Центральной Азии (на русском языке): [www.itpcru.org](http://www.itpcru.org)

**Координатор исследования в Модоле:** Людмила Унтура - [luntura@yahoo.com](mailto:luntura@yahoo.com)

## **СОКРАЩЕНИЯ И АББРЕВИАТУРЫ**

**AFASS**= приемлемо, практически осуществимо, доступно, безопасно и может обеспечиваться на долговременной основе (об искусственном вскармливании)

**ELISA**= иммуносорбентный анализ с ферментной меткой (вид теста)

**PEPFAR/ ПЕПФАР**= Чрезвычайный план президента США по борьбе со СПИДом

**UNAIDS/ ЮНЭЙДС**= Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД

**UNDP/ ПРООН**= Программа развития ООН

**UNFPA/ ЮНФПА**= Фонд ООН в области народонаселения

**UNGASS/ ССГАООН**= Специальная сессия генеральной ассамблеи ООН

**UNICEF/ ЮНИСЕФ**= Детский фонд ООН

**UNIFEM/ ЮНИФЕМ**= Женский фонд ООН

**WHO/ ВОЗ**= Всемирная организация здравоохранения

**Western Blot** - Метод выявления белков с помощью электрофореза (вид теста)

**ART** = антиретровирусная терапия

**АРВ** = антиретровирусный

**Глобальный фонд** = Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

**ДКТ**= добровольное консультирование и тестирование

**ЗППП**= заболевания, передающиеся половым путем

**ИППП**= инфекции, передающиеся половым путем

**ЛЖВ** =люди, живущие с ВИЧ

**ЛЖВС** = люди, живущие с ВИЧ/СПИДом

**Минздрав**= Министерство здравоохранения

**МСМ**= мужчины, практикующие секс с мужчинами

**НКО, НПО** = некоммерческая организация, неправительственная организация

**ОИ**= оппортунистические инфекции

**ООН**= Организация объединенных наций

**ПИН** = потребитель инъекционных наркотиков

**ППМР**= профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку

**ППРР**= профилактика передачи ВИЧ от родителей к ребенку

**ПЦР**= полимеразная цепная реакция (вид теста)

**СКМ** = Страновой координационный механизм (Глобальный фонд)

**ТБ**= туберкулез

### **Примечание:**

Знак “\$” в тексте означает доллары США, если другое значение специально не оговорено.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Шесть месяцев назад исследователи и активисты, вовлеченные в создание этого отчета, объединились, чтобы понять - почему мир промахивается мимо цели, которая была поставлена в 2001: уменьшить уровень передачи ВИЧ от матерей к детям на 50%? Было очевидно одно – глобальные институты, ответственные за достижение этой цели, фабриковали статистические материалы. Несмотря на успехи, которые они расхваливали, они даже близко не подошли к цели, да и не стремились к этому.

На бумаге, глобальная программа под названием "Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку" – это пример амбициозного замысла и принципов соблюдения прав человека. Ее четыре направления покрывают диапазон от профилактики до консультирования и лечения.

На практике же программа представляет собой позорный пример двойных стандартов.

Мы хорошо помним эйфорию середины 90х, в нашем бывшем офисе в штаб-квартире UNICEF, когда появились результаты клинических испытаний в Уганде и Таиланде. Риск вертикальной передачи ВИЧ – то есть попадания вируса от одного поколения к другому - может быть резко сокращен, благодаря простому, сравнительно недорогому лекарству для матерей и новорожденных. Пилотный проект в 11 странах был возглавлен UNICEF и проходил при содействии ВОЗ. Тогда и началась чехарда хороших и плохих новостей

Первое недовольство появилось из-за самого названия пилотного проекта: профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку или ППМР - название, которое подразумевает, что матери являются источником вируса, а не всего лишь последним звеном в длинной цепочке передачи вируса.

В 2000 пришла хорошая новость: фармацевтическая компания Boehringer Ingelheim объявила, что в течение следующих пяти лет, любая развивающаяся страна может запросить бесплатные поставки антиретровирусного препарата невирапин. Одна доза этого препарата, введенная во время родов ВИЧ-положительной матери и ее младенцу сразу после рождения, как считалось тогда, уменьшит риск передачи вдвое (сейчас мы знаем, что на самом деле это две пятых). Подкупленные открывшимися возможностями, в 2001 году правительства дали обещание уменьшить уровень инфицирования младенцев на 20 процентов к 2005, и на 50 процентов к 2010 году.

И вдруг - молчание. Годами, в одном за другим отчетах издаваемых UNAIDS, глобальная программа по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку лишь едва упоминалась. К 2003 году, 95 % ВИЧ-положительных женщин в странах Африки к югу от Сахары, эпицентре пандемии, **вообще** не получали никаких услуг для предотвращения вертикальной передачи ВИЧ. UNICEF вернулся к вопросам вскармливания младенцев и стал развивать это направление. Как и во многих других программах направленных на женщин, сразу все и никто конкретно в ООН, казалось, не отвечал за нее. Богатые нации доводили показатели вертикальной передачи ВИЧ в своих странах до незначительного уровня. И повсюду, для бедных женщин в развивающихся странах, уровень охвата застрял на 9% в то время как уровень инфицирования детей увеличивался. Увеличение масштаба было медленным, охват низким, и казалось, никто не знает почему. Эксперты предлагали следующие причины: женщины отказываются от тестирования, женщины не возвращаются за результатами тестирования, женщины которым выдают лекарства для самостоятельного приема не принимают их правильно....Складывалось ощущение, что причиной проблемы были женщины.

В это время исследователи пришли к выводу, что для большинства детей мира, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, лучшей гарантией получить отрицательный анализ в возрасте полутора лет является кормление только грудным молоком на протяжении первых шести месяцев их жизни. Однако, большинство женщин не вскармливало младенцев исключительно грудным молоком. Энтузиазм ООН в вопросе обучения женщин грудному вскармливанию уменьшился, когда стало ясно, что проблема еще сложнее: дети должны были находиться исключительно на грудном вскармливании или только на искусственном питании, таком как молочная смесь - смешивание двух типов вскармливания могло стать смертельным для них. Прежде чем выбрать и начать искусственное вскармливание, мать должна была оценить, отвечает ли искусственное вскармливание в ее стране пяти критериям: приемлемо, практически осуществимо, доступно, безопасно и может обеспечиваться на долговременной основе (acceptable, feasible, affordable, safe and sustainable (AFASS)). И самый серьезный риск, который необходимо было взвесить: без питательных элементов и иммунных веществ, содержащихся в материнском молоке, ребенок мог умереть из-за других болезней. Было известно – в развивающихся странах, которые предоставляли смесь и призывали женщин живущих с ВИЧ отказаться от кормления грудью, многие дети умирали.

Около двух лет назад мы стали замечать триумфальные нотки в отчетах глобальных агентств по вертикальной профилактике. Все громогласно заявляли о факте, что покрытие услугами, наконец-то, выросло.

В 2008, менее оптимистичная организация, «AIDS-Free World» приняла приглашение присоединиться к Проекту по мониторингу и адвокации в области лечения, со своей собственной оценкой.

То, что мы выяснили с тех пор, открыло многим глаза и глубоко разочаровало. Мы должны были предвидеть, что все окажется именно так - в конце концов, существует ли где-то такая программа, которая связана с ВИЧ и направлена на женщин, и при этом не сталкивается с недостаточным финансированием, задержками и проволочками, нехваткой координации, а также с тем, какое место отводится ей в списке мировых и национальных приоритетов? Не поэтому ли мы добивались создания нового агентства по вопросам женщин, в котором так нуждается ООН? Но чего мы не никак ожидали найти, так это умышленной дезинформации.

“Заметен существенный прогресс в расширении доступа к профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку” уверяли ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ (WHO, UNAIDS, UNICEF) в 2008 году в отчете под названием «*Towards Universal Access*» («*На пути к универсальному доступу*»)

«Прогресс» выражался в следующем: в 2007 году, 33% беременных женщин живущих с ВИЧ в развивающихся странах получили лекарства, блокирующие передачу вируса младенцу.

Исследование, проведенное для «*Мимо цели 7*» командами из шести стран выявило угрожающую правду: столь разрекламированный охват в 33 процента, в основном, достигнут за счет предоставления **только невирапина**. То есть лечения, которое уменьшает риск передачи ВИЧ лишь на две пятых и может вызвать у женщин резистентность к препарату, который может понадобиться им самим на более поздней стадии развития их заболевания. Очень немногие получили тройную комбинацию, которая помогла сделать вертикальную передачу ВИЧ действительно перевернутой страницей истории в странах мирового Севера (global North).

В общем и целом, эти 33% составляли женщины, которые не получили контрацептивов или другой поддержки для того чтобы избежать нежелательных беременностей в будущем. Более того, они не были проконсультированы по вопросам вскармливания младенцев (или еще хуже - получили неверную информацию), и их поощряли не кормить грудью, только потому, с учетом бесплатного предоставления смеси, ситуация отвечала **одному из пяти** условий AFASS: доступно (affordable). И наконец, то, что нарушает права любой женщины скорее как человека, нежели как матери – большинство из них были отправлены домой прежде чем кто-нибудь побеспокоился выяснить – а не нужна ли им самим антиретровирусная терапия для их **собственного** здоровья..

Другими словами, «существенный прогресс» в этой программе, имеющей четыре направления, достигался, за счет учета любой женщины, которая контактировала хотя бы с одним из направлений этой программы.

Была ли эта минималистская, неадекватная программа эффективной вообще? Сделала ли она мир ближе к поставленной цели - уменьшению инфицирования младенцев вдвое к 2010? Тяжело поверить, но лишь 8% младенцев рожденных от женщин живущих с ВИЧ в 2007 году были протестированы на ВИЧ в двухмесячном возрасте. Один факт, тем не менее, очевиден совершенно ясно: женщин, получивших услуги в области «ППМР» в их полноценном понимании намного, намного меньше чем 33 %.

Мы отвергаем речи, которые выдают провал за успех и двойные стандарты которые ставят богатых женщин выше бедных. Существует острейшая потребность в честной, глобальной оценке прогресса по каждому из четырех направлений в профилактике и каждого из руководящих принципов. Вместо празднования поддельного триумфа, институты и организации, имеющие отношение к проблеме, должны провести такую оценку, после которой станет ясно, какое агентство отвечает за каждую конкретную недоделку, и создать календарный план исправления ситуации. Женщинам больше поможет, если существующая программа будет разобрана на составляющие, улучшена и собрана вместе более реалистичным образом, с учетом того, что банальности и не помогут женщинам и детям оставаться живыми и здоровыми.

Мы искренне надеемся, что обещанное агентство ООН по вопросам женщин, сможет гарантировать, что профилактика вертикальной передачи ВИЧ –это последний пункт в несправедливо длинном ряду инициатив для женщин, рухнувших, из-за гендерной неориентированности системы ООН.

*Стивен Льюис и Пола Донован (Stephen Lewis and Paula Donovan), со-директора AIDS-Free World*

## РЕЗЮМЕ

---

ВЕРТИКАЛЬНАЯ ПЕРЕДАЧА ВИЧ (широко известная как передача ВИЧ от матери к ребенку)<sup>1</sup> была практически уничтожена в странах мирового Севера (global North). Этот редкий пример продолжительного успеха в мировой борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа, который невозможно отрицать, стал возможен благодаря способности и воле состоятельных стран предоставить ВИЧ-положительным женщинам тестирование, консультирование, комплексную профилактику и лечение, включая лучшие доступные медицинские препараты.

Однако, для женщин и их семей в беднейших частях света, ситуация разительно отличается. Из полутора миллионов женщин, живущих с ВИЧ, беременных ежегодно в развивающихся странах, подавляющее большинство не имеет доступа к этим жизненно важным услугам. Лишь треть из них получает наименее эффективный лекарственный режим – одну дозу препарата невирапин для них самих и одну для их младенцев. Эта схема, как было доказано, эффективна с точки зрения профилактики вертикальной передачи ВИЧ в лучшем случае лишь в 40% случаев. У большинства нет знаний о руководящих принципах по вскармливанию младенцев или доступа к программам поддержки, разработанных для того, чтобы сохранить жизнь и здоровье матерей и их детей, если такие программы вообще существуют в их странах или местных сообществах.

Результаты одновременно трагичны и возмутительны: каждый день среди младенцев в развивающихся странах выявляется 900 случаев ВИЧ, которые должны были быть предотвращены, потому что мы знаем (и это доказал развитый мир) как это сделать.

## МИМО ЦЕЛИ – ЖЕНЩИНЫ НА ЮГЕ

Исследование, проведенное для «Мимо цели 7» активистами гражданского общества в шести странах (Аргентине, Камбодже, Молдове, Марокко, Уганде и Зимбабве) показывает, что программы по профилактике вертикальной передачи ВИЧ не достигают тех групп, для которых были разработаны – ВИЧ-положительных беременных женщин.

Одной из важнейших причин такого провала стало то, что многие страновые программы были сфокусированы исключительно на предоставлении антиретровирусных препаратов для профилактики передачи ВИЧ младенцам, и не затрагивали другие жизненно важные аспекты – профилактику, консультирование, уход и услуги, связанные с лечением для женщин и детей. Права женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье фактически игнорируются.

На уровне реализации программ, наблюдается шокирующая нехватка последовательности и координации между донорами, агентствами ООН и правительствами. Слабая координация наиболее заметно проявляется в отсутствии ясных и точных руководств, по

---

<sup>1</sup> Также как некоторые правительства и глобальные институты, мы сознательно выбрали использование в этом отчете термина «профилактика вертикальной передачи», а не более часто используемого «профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку» или «ППМР» - термин, который используют агентства ООН и большинство правительств. Активисты по всему миру борются за то, чтобы термин «ППМР» был заменен, поскольку он стигматизирует женщину, обвиняя ее в передаче вируса своему ребенку. Некоторые правительства также называют эту программу «ППРР» или «профилактика передачи ВИЧ от родителей к ребенку», для поддержки большего вовлечения мужчин. Многие также добиваются использования термина «ППМР плюс» в попытках перенести фокус с программ ориентированных только на детей, на программы для женщин и их семей.

возможным типам вскармливания младенцев, которые должны предоставляться ВИЧ-положительным матерям.

В одной стране за другой, исследовательские команды получали информацию о стигме и дискриминации, с которыми сталкиваются ВИЧ-положительные женщины, особенно в медицинских учреждениях. Как отметила одна из команд: «Женщины в одиночку несут тяжелое бремя профилактики вертикальной передачи и положительного результата теста на ВИЧ»

## МИМО ЦЕЛИ – ГЛОБАЛЬНОЕ ОБЕЩАНИЕ

**2001 году, мировые лидеры поставили цель уменьшить количество младенцев, инфицированных ВИЧ на 20% к 2005 году и на 50% к 2010, в том числе путем предоставления доступа к информации, консультированию и другим услугам в области профилактики ВИЧ для 80% женщин, обратившихся за дородовыми услугами.**

*Декларация о приверженности, ССГАООН 2001*

Правительства и агентства ООН не сдержали своих международных обещаний и должны быть призваны к ответу. Несмотря на сравнительную простоту предоставления антиретровирусной профилактики для предотвращения вертикальной передачи прогресс был крайне медленным, а покрытие терапией на мировом уровне выросло с 9% в 2004 году всего до 33% в 2007 году. По меньшей мере, три четверти ВИЧ-положительных беременных женщин в 61 стране, включая Камерун, Эфиопию, Индию и Нигерию до сих пор не получают никаких препаратов.

Более того, недостаточно просто увеличить доступ к АРВ профилактике. Качество не менее важно, и с этой точки зрения, женщины в бедных странах также находятся в ужасном положении. В развитых странах, все женщины которые хотят получить и которым нужна АРВ профилактика, могут получить трехкомпонентную терапию, что снижает риск вертикальной передачи примерно до 2%. В то же время, примерно половина из всех женщин, получающих АРВ профилактику в странах мирового Юга (Global South), получает лечение в виде одной дозы невирапина в родах. Применение этой схемы уменьшает риск передачи лишь на 40%, и, кроме того, создает риск развития резистентности к невирапину, который сам по себе является основой для многих схем лечения ВИЧ.

Но это лишь один показатель провала программ по профилактике вертикальной передачи. Следуя глобальному обещанию, данному на ССГАООН в 2001 году, агентства ООН разработали комплексную программу по профилактике вертикальной передачи. Эта программа основывалась на праве женщины на последовательный и продолжительный уход, начиная с сексуального и репродуктивного здоровья и лечения и заканчивая психологической поддержкой и предоставлением питания.

Эта стратегия исполняется на словах, однако реальный прогресс и реальные достижения значительно меньше. Учитывая то, что процент женщин среди людей, живущих с ВИЧ, увеличивается во многих регионах, это означает, что миру не удастся доставить эти профилактические программы тем, для чьего блага они были разработаны – женщинам и девочкам.

**В 2003 году, ООН разработало комплексную стратегию профилактики ВИЧ инфекции среди новорожденных и младенцев, имеющую четыре направления:**

- 1. первичная профилактика ВИЧ среди женщин детородного возраста**
- 2. профилактика нежелательных беременностей среди женщин, живущих с ВИЧ**
- 3. профилактика передачи ВИЧ от женщины ее младенцу**
- 4. предоставление надлежащего лечения, ухода и поддержки матерям, живущим с ВИЧ, их детям и семьям**

*Руководство по глобальному расширению профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, ВОЗ 2007*

Нам не удастся сократить миллионы нежелательных беременностей среди женщин, живущих с ВИЧ, которые случаются ежегодно. Нам не удастся улучшить доступ женщин к тестированию и консультированию на ВИЧ – в 2007 году, только 18% беременных женщин во всем мире получили предложение пройти тест на ВИЧ. Нам не удастся прекратить широко распространенную дискриминацию беременных женщин со стороны работников здравоохранения. Нам не удастся предоставить женщинам равный доступ к наиболее эффективным профилактическим антиретровирусным препаратам, независимо от того в какой части света они живут. Нам не удастся сделать так, чтобы каждая женщина получала как можно более полную информацию, при принятии решения о том, как ей безопаснее кормить своего ребенка. Нам не удастся лечить женщин и детей – в 2007 году, только 12% беременных женщин, наличие ВИЧ у которых было установлено в дородовой период, были протестированы на потребность в начале лечения АРВ препаратами.

Наше исследование для этого отчета «*Мимо цели 7*» с новой силой доказывает тот факт, что правительствам, агентствам ООН, донорам и гражданскому обществу, необходимо быть

дальновиднее и не надеяться на то, что только предоставление таблеток женщинам и детям волшебным образом уменьшит уровень инфекций и смертей среди новорожденных,

## **ОБЩИЕ ВЫВОДЫ**

При работе над этим, седьмым изданием «*Мимо цели*» исследователи выявили важные препятствия на пути последовательного предоставления услуг, которые так важны для профилактики вертикальной передачи ВИЧ:

- *Правительства и агентства ООН делали акцент на предоставление антиретровирусной профилактики, чтобы предотвратить передачу ВИЧ новорожденным, а не на другие жизненно важные услуги для женщин и девочек в области профилактики. Во многих случаях, отсутствие упоминаний о других услугах означает, что наши исследователи не смогли получить надежных данных о предоставлении этих услуг.*
- *Существует значительное и очень опасное несоответствие между национальной практикой реализации программ и руководством ООН по вскармливанию младенцев. Многие исследователи обнаружили диспропорцию между искусственным вскармливанием и нехваткой адекватной поддержки для женщин, выбирающих грудное вскармливание, со стороны работников здравоохранения. Это приводит к небезопасному вскармливанию, что в свою очередь увеличивает*

опасность заражения ВИЧ после рождения, равно как и опасность умереть или заболеть диареей и инфекционными заболеваниями.

- Национальные отчеты указывают на множество примеров, когда услуги здравоохранения разработаны без учета нужд женщин и не отвечают этим нуждам:
  - Затруднен доступ к услугам здравоохранения, или они слишком дороги, особенно в сельской местности
  - Уход не сопровождается необходимой работой по приверженности, а также поддержкой на транспорт и питание
  - Услуги не достигают многих женщин, которые не обращаются в медицинские учреждения для родов, или достигают, но слишком поздно
- *Недостаточная интеграция* между программами по вертикальной профилактике, лечению, материнскому и детскому здоровью, сексуальному и репродуктивному здоровью осложняет доступ к услугам.
- *Стигма, дискриминация, насилие* или его угроза – это страшная реальность для многих женщин, живущих в странах, о которых написано в этом отчете. Наше исследование отражает множество примеров дискриминации ВИЧ-положительных женщин работниками здравоохранения, включая нарушения их права на конфиденциальность. Это остается ключевым препятствием, которое мешает ВИЧ-положительным женщинам пользоваться существующими услугами.

## ВЫВОДЫ ПО СТРАНАМ

Страновые исследования позволили четко определить, что международные партнеры несут на себе часть вины за неудачи, в частности потому, что им не удается координировать программы для предоставления женщинам более интегрированных, комплексных услуг в области здравоохранения. Однако, абсолютно понятно, что многие препятствия носят чисто локальный характер: национальные правительства и политики очень часто не могут или не хотят инициировать или поддерживать программы здравоохранения и реформы, которые улучшили бы доступ женщин к услугам и, посредством этого, уменьшили бы уровень вертикальной передачи.

Четыре из шести стран, представленных в отчете – это страны с низким уровнем заболеваемости: Аргентина, Камбоджа, Молдова и Марокко. Следовательно, эти страны способны искоренить вертикальную передачу за 1-2 года, при условии предоставления необходимых ресурсов и внимания. В Уганде, где эпидемия больше, эта задача займет больше времени и потребует большей приверженности со стороны правительства. Сложно понять, за счет чего можно достигнуть прогресса в Зимбабве, в контексте абсолютного экономического и политического коллапса. Судьба женщин и детей в этой стране скорее всего может быть улучшена только появлением нового правительства, которое будет подотчетно своим гражданам. Помимо этих общих тем, в каждой из стран были свои, уникальные открытия:



- В **Аргентине** многие беременные женщины не посещают врачей вплоть до наступления поздних сроков беременности. В государственной программе профилактики ВИЧ не существует гендерно-ориентированной стратегии. Большинство случаев ВИЧ-инфекции среди младенцев вызвано нехваткой дородового ухода, а также неудовлетворительной информацией и консультированием, предоставляемым женщинам по вопросам ВИЧ/СПИДа и

репродуктивного и сексуального здоровья. Уровень доступа к услугам здравоохранения разительно отличается в разных районах страны, а стигма и дискриминация со стороны работников здравоохранения препятствует тому, чтобы женщины обращались за получением услуг. Насилие над женщинами остается весьма распространенным явлением, однако существует крайне мало связей между услугами в области ВИЧ и программами против насилия.



- В **Камбодже** большинство родов происходит вне медицинских учреждений, в связи с тем, что часы работы клиник ограничены, а женщины сталкиваются с трудностями транспортировки и оплаты. Стигма и дискриминация со стороны работников здравоохранения также отмечалась, как одна из причин высокого уровня отказов (выходов) из существующих программ. АРВ профилактика не предоставляется матерям и детям в 88% случаев родов. Знания об услугах по профилактике вертикальной передачи ограничены даже среди работников здравоохранения, а женщинам предоставляется неверная информация о вскармливании младенцев – с перекосом в сторону искусственного вскармливания. Существующие программы не интегрированы в систему общего здравоохранения, а сопровождение женщин, детей и их семей ограничено.



- В **Молдове** ВИЧ-положительные женщины отмечают низкое качество до- и пост-тестового консультирования, а также наблюдается общая неосведомленность о вертикальной передаче ВИЧ, включая информацию о рисках смешанного вскармливания. Нехватка бюджетного финансирования ставит под угрозу твердую приверженность идее предоставления услуг в области ВИЧ, а в национальной программе по борьбе с ВИЧ отсутствует гендерно-специфичный подход. Женщинам из сельской местности зачастую сложно получить доступ к необходимым услугам, а половина из опрошенных женщин сталкивались с дискриминацией со стороны работников здравоохранения.



- В **Марокко** доступ к дородовому уходу ограничен и большое количество случаев ВИЧ среди беременных женщин не выявляется, в связи с нехваткой тестирования, особенно в сельской местности. Боязнь стигмы и дискриминации – это основной фактор препятствующий тому, чтобы женщины проходили тестирование, как дома, так и в учреждениях здравоохранения. Грудное вскармливание противопоказано ВИЧ-положительным женщинам распоряжением Министерства здравоохранения (устаревшая рекомендация), но смесь предоставляется только в трех городах и лишь 56% сельского населения имеют доступ к безопасной питьевой воде. Нехватка координации между агентствами, вовлеченными в решение проблемы (например, между UNFPA, который фокусируется на материнском и детском здоровье, а также на сексуальном и репродуктивном здоровье и другими агентствами ООН, такими как UNICEF и UNIFEM) препятствует достижению максимальной эффективности.



- В **Уганде** меньше половины учреждений здравоохранения предоставляющих дородовый уход, предоставляют также и услуги в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ, а клиники по планированию семьи предлагают ограниченный выбор услуг по

предотвращению нежелательных беременностей. Особенно тяжело получить доступ к услугам в некоторых сельских областях и северных пост-конфликтных районах страны, а постоянные перебои в поставках АРВ препаратов и нехватка работников здравоохранения, инфраструктуры и ресурсов практически уничтожают доступ к услугам. ВИЧ-положительные женщины говорили о том, что не могут позволить себе ни грудное, ни искусственное вскармливание, в связи с собственным плохим питанием и финансовыми проблемами, что приводит к практике более рискованного смешанного вскармливания. Также ВИЧ-положительные матери сталкиваются со стигмой и дискриминацией как дома, так в учреждениях здравоохранения.



- В **Зимбабве** профилактика вертикальной передачи ВИЧ была одной из наиболее успешных программ в области ВИЧ, реализуемых в стране, но годы экономического и политического хаоса привели к полному коллапсу системы здравоохранения, периодическим перебоям в предоставлении услуг и недоступному для большинства уровню расходов на транспорт и размещение в больнице. В стране существует постоянная нехватка работников здравоохранения, частые перебои в поставках препаратов и все больше и больше женщин рожают дома, не обращаясь за родовыми услугами, поддержкой после родов или сопровождением. Нехватка обученного персонала приводит к тому, что многие женщины не получают необходимых советов по вопросам вскармливания младенцев. Насилие по отношению к женщинам уже долгое время остается для ВИЧ-положительных женщин одним из наиболее значительных препятствий для обращения за услугами в области ВИЧ/СПИД.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

Агентства ООН были крайне эффективны при постановке жизненно важных целей по достижению универсального доступа к профилактике, лечению и уходу для женщин, мужчин и детей. Однако их последующие действия были значительно менее заметны и эффективны. Постоянная неспособность и нежелание работать вместе является основной причиной их низкого совместного коэффициента полезного действия. Им необходимо улучшить координацию между собой и ключевыми партнерами на всех уровнях – международном, национальном и местном, для того чтобы достичь целей универсального доступа. Приоритетные действия по остановке вертикальной передачи ВИЧ должны включать следующее:

- Генеральный секретарь ООН г-н Пан Ги Мун, а также главы ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, ВОЗ, Глобального фонда и ПЕПФАР должны провести международный саммит **по оценке глобальных барьеров**, препятствующих распространению услуг в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ. На этом саммите они должны публично взять на себя лидерство и ответственность и вернуть фокус своих агентств на предоставление комплексных услуг по профилактике вертикальной передачи, всем женщинам, нуждающимся в них. Также они должны **опубликовать план действий** по улучшению качества охвата.
- В Июне 2010 года, на ССГАООН по ВИЧ/СПИДу, ЮНЭЙДС, ВОЗ и ЮНИСЕФ должны **оценить прогресс** в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ,

основываясь на комплексной стратегии имеющей четыре направления, разработанной ООН, и отчитаться о нем. Существующая практика – сосредоточенность только на предоставлении профилактических препаратов – неудовлетворительна и неприемлема.

Все партнеры, вовлеченные в достижение целей в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ должны определить совместные приоритеты и координировать работу по их достижению. Однако, именно правительства несут основную ответственность за соблюдение прав их граждан на здоровье. Ниже приведены некоторые конкретные шаги, которые необходимо предпринять национальным правительствам при поддержке доноров и агентств ООН:

- **Правительства должны улучшить доступ к наиболее эффективной трехсоставной схеме профилактического лечения, чтобы предотвратить передачу ВИЧ новорожденным.** В настоящее время лишь 8% из тех, кто получает профилактику имеют доступ к такому режиму лечения, а у большинства ВИЧ-положительных беременных женщин и их младенцев нет никакого выбора, кроме получения однократной дозы лечебного препарата.
- **Правительства должны привести национальные рекомендации по вскармливанию младенцев в соответствие международным руководствам и новейшим исследованиям.** ВОЗ и ЮНИСЕФ должны оказывать поддержку в этом процессе, а также регулярно оценивать то, как внедряются рекомендации этих руководств на практическом уровне, и регулярно публиковать результаты таких оценок.
- **Правительства должны увеличить финансирование и улучшить реализацию профилактических программ, особенно направленных на беременных женщин, включая программы, нацеленные на снижение насилия по отношению к женщинам и девочкам.**
- **ЮНЭЙДС, ЮНФПА и ЮНИСЕФ должны предоставлять правительствам техническую поддержку для улучшения интеграции программ по профилактике вертикальной передачи ВИЧ и программ по репродуктивному и сексуальному здоровью, планированию семьи, а также материнскому и детскому здоровью.**
- **Правительства должны провести ревизию программ и увеличить бюджетные ассигнования на лечение тех женщин, детей и их семей, необходимость назначения АРВ которым стала понятна в момент их нахождения в программе по профилактике вертикальной передачи ВИЧ.** В настоящее время очень немногие женщины получают последующее лечение. В 2007 году в мире лишь 12% женщин были протестированы на необходимость дальнейшего лечения, и это крайне прискорбная упущенная возможность.

## УЛУЧШАЯ ГЛОБАЛЬНЫЙ ОТВЕТ

---

Агентства ООН и международные финансовые инициативы (такие как Глобальный фонд и PEPFAR) несут основную ответственность за полную реализацию потенциала услуг по профилактике вертикальной передачи ВИЧ. Эти организации должны быть спонсорами, координаторами, техническими советниками и мировыми лидерами. Исследование в шести странах, описанное в этом отчете позволяет предположить, что хотя некоторые международные организации внесли важный вклад в предоставление комплексных услуг, тем не менее, их индивидуальный вклад был серьезно ограничен недостаточной координацией и сотрудничеством между собой. Собранные вместе, эти фрагментарные вложения не привели к появлению сильных и последовательных программ, которые так необходимы для скорейших и устойчивых изменений.

Примечательно, что хотя исследователи *«Мимо цели»* специально спрашивали своих респондентов о роли международных агентств, количество полученных ответов было весьма ограничено в большинстве стран. Это позволяет нам предположить, что международным агентствам необходимо проявлять себя больше в качестве советников и защитников интересов комплексных услуг по профилактике вертикальной передачи, которые должны быть интегрированы в услуги в области ВИЧ, материнского/детского здоровья, а также сексуального и репродуктивного здоровья. Очень важно, что ЮНИСЕФ начал несколько больших кампаний, включая *«Объединиться ради детей»*, которая включает в себя такую цель, обеспечение доступа к услугам по профилактике вертикальной передачи ВИЧ для 80% женщин, нуждающихся в них к 2010 году. В 2005 году ЮНИСЕФ и ВОЗ создали первый Мировой партнерский форум высокого уровня по ППММР. Подобные инициативы должны расширяться, что в свою очередь означает, что агентствам необходимы значительно большие ресурсы, для реализации столь важной работы в этой области.

Исследователям *«Мимо цели»* во всех странах говорили о том, что международным агентствам необходимо более тесно координировать свою работу на страновом уровне. Расширенная Межведомственная Группа по вопросам детей, ВИЧ и СПИД (IATT)<sup>2</sup>, возглавляемая ЮНИСЕФ и состоящая из представителей НКО, доноров, ко-спонсоров ЮНЭЙДС, академических институтов и других организаций, должна быть ответственной за координацию программ и политик на национальном и международном уровнях. Наше исследование позволяет предположить, что IATT должно стать более заметным и играть более активную и даже агрессивную роль в этой области. IATT должна создать вебсайт, который стал бы площадкой для обсуждения лучших практик, установления партнерских отношений с потребителями услуг здравоохранения и защитниками их интересов, а также стал бы заметным адвокационным инструментом для глобальных изменений. Кроме того, условия членства в IATT должны стать более прозрачными, а при составлении программ должен учитываться опыт НКО, работающих «в поле».

Между тем, важно заметить, что не зависимо от того, как изменяться агентства ООН и другие глобальные организации, и изменяться ли они вообще –они могут быть полезны ровно настолько, насколько им позволяют национальные правительства. Агентства помогают правительствам, на которых и лежит наибольшая ответственность за предоставление услуг гражданам их стран. Международные партнеры могут и должны предлагать всестороннюю поддержку правительствам, которые показывают реальную заинтересованность в развитии реалистичных программ по уменьшению вертикальной передачи ВИЧ.

---

<sup>2</sup> Больше об IATT вы можете узнать, перейдя по ссылке: [www.unicef.org/aids/index\\_iatt.html](http://www.unicef.org/aids/index_iatt.html)

Примером потенциально полезного процесса может стать тесное сотрудничество Страновых координационных механизмов и Национальных советов по СПИДу для выявления барьеров, препятствующих использованию услуг и разработки детального плана действий по улучшению, расширению и оценке услуг. Такие планы должны включать в себя как количественные, так и качественные цели; четкие этапы и сроки выполнения. ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ должны оценить эти планы и дать странам обратную связь об их сильных и слабых сторонах. Во все эти координационные органы – неважно международные или страновые – должно входить как можно больше людей, на которых и рассчитаны эти услуги. Например, местные организации гражданского общества, включая организации ЛЖВ, должны быть вовлечены в постоянную адвокацию, направленную на то, чтобы правительства действовали более ответственно и последовательно, в том числе в области борьбы со стигмой, дискриминацией и насилием над женщинами. Такие организации должны быть поддержаны в области усиления их контролирующего потенциала, чтобы можно было убедиться, что правительства исполняют свои обещания.

В программах по вскармливанию младенцев повсюду наблюдается провал в области координации усилий, начиная с политического и заканчивая программным уровнем. Хотя руководства ООН вполне понятны, международные агентства и финансовые механизмы, такие как PEPFAR и Глобальный фонд не достаточно эффективно координируют усилия, для надлежащего выполнения требований этих руководств.

Последние руководства ООН рекомендуют исключительно грудное вскармливание для младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями на протяжении первых шести месяцев жизни ребенка, если заместительное питание (молочная смесь) не станет для них “приемлемо, практически осуществимо, доступно по цене, может обеспечиваться на долговременной основе и безопасно” (AFASS) раньше наступления этого срока. В этом отчете явно продемонстрированы пробелы между международными руководствами по вскармливанию, их интеграции в национальные стратегии и реализацией «на земле». Руководства изменились с течением времени и некоторым странам необходимо провести работу по обновлению своих политик и программных руководств. Медицинским работникам на всех уровнях необходимо дополнительное обучение, чтобы помочь им самим оставаться достаточно осведомленными и поддержать их способность максимально полно информировать пациентов о том выборе, который предстоит сделать последним.

Руководства AFASS скорее предназначены для личной оценки, а не для национальной. Однако некоторые исследовательские команды предположили, что вначале такую оценку необходимо провести на национальном уровне. Многие команды обнаружили непропорциональный уклон в сторону только одного из элементов руководства AFASS – доступности. Правительства должны гарантировать доступность полного набора медицинских услуг для выживания детей и репродуктивного здоровья и обеспечить их эффективную связь с профилактикой ВИЧ, со всеми аспектами AFASS и с другими областями, упомянутыми в руководствах ООН, прежде чем рассматривать вопрос о бесплатном распространении смеси. Мониторинг здоровья младенцев крайне важен и совершенно неочевидно, что это реализуется эффективно во многих странах.

Лучший способ гарантировать, что дети не родятся ВИЧ-положительными, или не приобретут статус в период грудного вскармливания – это предоставление ВИЧ-положительным женщинам тех услуг, которые необходимы им в связи с их собственным заболеванием. Профилактика вертикальной передачи – это, безусловно, та область, где очевиден нонсенс противопоставления друг другу профилактики и лечения. Исследования доказали, что там, где ВИЧ-положительные женщины получают надлежащий уровень

ухода, передача ВИЧ их младенцам уничтожена на корню<sup>3</sup>. Программы по профилактике вертикальной передачи должны быть связаны с программами по предоставлению лечения от ВИЧ. Те ВИЧ-положительные женщины, для которых риск передачи вируса их младенцам наиболее высок, являются как раз теми, для кого наиболее высок риск их собственной смерти и они более всего нуждаются в лечении для самих себя. Их право на здоровье ограничено в связи с нехваткой адекватного ухода и лечения.

Один из наиболее очевидных выводов этого издания *«Мимо цели»* заключается в осознании огромной роли, которую стигма, дискриминация и насилие играют в жизни многих женщин, а также в ощутимом влиянии этих сил на то, как женщины пользуются услугами в этой области. Этот негативный феномен озвучивается ВИЧ-положительными женщинами во всех обществах, и, следовательно, он требует глобального ответа. Необходима хорошо профинансированная и скоординированная программа, для того чтобы оценить и распространить наиболее эффективные способы решения этих проблем. Одним из ее приоритетов должна стать поддержка программ и измерение прогресса по уменьшению стигмы и дискриминации именно в медицинских учреждениях.

Исследование в этом отчете предлагает множество способов для международных агентств, национальных правительств и основных доноров, с помощью которых можно улучшить охват и эффективность услуг по профилактике вертикальной передачи ВИЧ. Рекомендации, предложенные выше, в главе «Резюме», отражают лишь некоторые, наиболее приоритетные действия и шаги.

---

<sup>3</sup> Townsend, C.L., Cortina-Borja, M., Peckham, C.S., De Ruiter, A., Lyall, H., Tookey, P.A. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006 (2008) AIDS, 22 (8), pp. 973-981.

# Молдова



*Общая координация:* Людмила Унтура, «Детство для всех»

*Интервьюирование:* Игорь Кильчевский, «Лига ЛЖВ Республики Молдова»; Игорь Моисеев, «Крединта»; Наталья Мордарь, «Детство для всех»; Владлена Семенюк, «Лига ЛЖВ Республики Молдова».

*Автор отчета:* Людмила Унтура, «Детство для всех».

## Основные положения

1. Большинство опрошенных ВИЧ-положительных женщин отмечают очень низкое качество до и после тестового консультирования.

2. Знания о профилактике вертикальной передачи ВИЧ у участниц фокус-групп сравнительно ограничены, включая знания о важности приверженности к АРВ препаратам и осведомленность о рисках смешанного вскармливания.

3. Стигма и дискриминация являются для многих женщин препятствиями для выбора наилучшего способа вскармливания младенцев, так же как и ограниченные финансовые возможности для покупки заместительного питания после первого года жизни ребенка, во время которого смесь предоставляется бесплатно.

4. Недавнее исследование среди семей ЛЖВ выявило, что половина опрошенных сталкивались с дискриминацией в связи с ВИЧ, по крайней мере один раз, в основном, в медицинских учреждениях.

## Описание методологии и процесса исследования:

Исследование проводилось в период с ноября 2008 года до середины января 2009 года. Оно включило в себя 14 интервью с представителями правительства и многосторонних агентств, поставщиками услуг, активистами и женщинами, живущими с ВИЧ. Респондентами, в частности, стали работники Министерства здравоохранения, включая сотрудников Департамента Мониторинга и Менеджмента Здравоохранения а также сотрудников НИИ Охраны здоровья матери и ребенка; работники Министерства социальной защиты, семьи и ребенка; сотрудники Института по правам человека в РМ; работники НКО, предоставляющих услуги в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ и представители международных агентств (включая Глобальный фонд, ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ и ВОЗ). Также были проинтервьюированы –координатор национальной программы по профилактике вертикальной передачи ВИЧ, руководитель местного учреждения здравоохранения, предоставляющего услуги ВИЧ-положительным женщинам и два гинеколога из местных учреждений системы общего здравоохранения.

Исследовательская команда также провела четыре фокус-группы с общим количеством участников -57 человек. Три из этих фокус групп состояли исключительно из ВИЧ положительных женщин (всего 42 человека), некоторые из которых в это время были беременны. Участницами групп стали жительницы как городов, так и сельской местности со всей Молдовы: Бельцы, Глодяны, Фалешты, Бричаны и Рыбница на севере, Комрат и Чадыр-Лунга на юге, Теленешты, Ниспорены и Траганешты на западе и Бендеры и Каушаны на востоке. Четвертая фокус группа состояла из 15 женщин – представительниц основной группы населения –т.е. женщин, которые были ВИЧ-отрицательными, или же не знали своего ВИЧ статуса.

## 1. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа являлся приоритетом для правительства Республики Молдова в последние годы. Предварительная оценка Национальной программы по ВИЧ/СПИДу 2006-2010гг и Национальные доклады показывают, что за несколько прошедших лет ситуация улучшилась. Например, АРВ терапия доступна бесплатно всем нуждающимся, все услуги здравоохранения доступны бесплатно для ВИЧ-положительных

беременных женщин, а во всех родильных домах доступны быстрые тесты на ВИЧ а также АРВ профилактика как для беременных женщин, так и для новорожденных.

Однако, развитие и устойчивость эффективного ответа на эпидемию ВИЧ находятся под угрозой, в связи с нехваткой финансирования и ограниченными ресурсами в области здравоохранения и социального обеспечения. Одной из заметных тенденций стала феминизация эпидемии, и эта ситуация обнажила значительные ограничения в области предоставления услуг по профилактике вертикальной передачи ВИЧ.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ**

По данным Национального Центра СПИДа к концу 2008 года в Молдове официально зарегистрирован 4926 случай ВИЧ инфекции. Количество новых случаев, регистрируемых в год, увеличилось с 618 в 2006 году до 795 в 2008.

Долгое время эпидемия была сконцентрирована среди ПИН, однако за последние годы процент заражений, произошедших посредством гетеросексуальных половых контактов существенно вырос. Большинство (62%) новых случаев регистрируются у людей в возрасте от 20 до 34 лет. В 2008 году женщины составили порядка 44% из всех новых случаев инфицирования.

Бесплатная АРВ терапия доступна для всех нуждающихся в РМ. Доступны как препараты первой, так и второй линии. На начало 2009 года 558 человек получали АРВ препараты, включая 29 детей. В общей сложности 102 ВИЧ-положительных беременных женщины получили курс химиопрофилактики в 2008 году. Диагноз ВИЧ-инфекция, полученная перинатальным путем, поставлен четырем детям.

## **2. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ УСЛУГ ДЛЯ ЖЕНЩИН**

Стратегия и руководящие принципы в области услуг по профилактике вертикальной передачи определены в правительственной национальной программе по ВИЧ. Они включают в себя следующее:

- ***Первичная профилактика ВИЧ среди женщин и девочек.*** Многочисленные кампании по повышению осведомленности о ВИЧ были реализованы в Молдове. Большинство из них были ориентированы на молодежь, ПИН, МСМ и другие группы высокого риска, но правительство, в сотрудничестве с другими партнерами, также создало специальный «Гид по ППМР». Этот гид, в котором обсуждаются ключевые вопросы и приоритеты в области профилактики вертикальной передачи, был распространен по всем медицинским учреждениям страны.
- ***Профилактика нежелательной беременности среди ВИЧ положительных женщин.*** Когда женщины обращаются за ДКТ, они получают до- и пост-тестовое консультирование по широкому спектру вопросов, связанных с ВИЧ, включая профилактику вертикальной передачи, и различным рискам, связанным с беременностью при наличии положительного статуса. Руководства по консультированию подчеркивают важность использования презервативов для предотвращения нежелательной беременности и для уменьшения риска передачи ВИЧ. Кроме того, они содержат информацию о том, как ВИЧ-положительные женщины могут управлять желательной беременностью.

- **Профилактика передачи ВИЧ от матерей к их детям.** Почти все женщины получают тестирование на ВИЧ (включая консультирование) во время беременности. Бесплатная АРВ профилактика доступна всем ВИЧ-положительным женщинам в дородовой и послеродовой периоды, а также в родах. Новорожденные немедленно попадают под медицинское наблюдение, которое включает в себя тестирование на ВИЧ, которое проводится (с согласия родителей) сразу же, как только можно ожидать получения точных результатов. Национальные протоколы разрешают кормить грудью, только если не доступно заместительное питание или если женщина не хочет кормить смесью по каким-то личным причинам. Протоколы настоятельно рекомендуют матерям перейти на заместительное питание через шесть месяцев после рождения, если смесь стала доступна. Женщин информируют о рисках смешанного вскармливания, а смесь доступна и предлагается до года всем детям, рожденным от ВИЧ-положительных матерей.

Согласно последнему отчету Республики Молдова для ССГАООН (2008), порядка 85 процентов ВИЧ-положительных женщин получили профилактику в 2007 году. В настоящее время доступны две профилактические схемы, каждая из которых состоит из трех препаратов.<sup>4</sup> Женщины могут получить АРВ препараты для профилактики вертикальной передачи только в двух городах страны – Кишиневе и Тирасполе. Однако новорожденные могут получить АРВ-терапию в родильных домах по всей стране.

#### **ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УХОДА И ПОДДЕРЖКИ ДЛЯ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЖЕНЩИН, ИХ ДЕТЕЙ, ПАРТНЕРОВ И СЕМЕЙ**

Этот компонент профилактики вертикальной передачи ВИЧ предоставляется частично с помощью НКО, под патронажем «Лиги ЛЖВ Республики Молдова» (Также известной как «Лига ЛЖВ»). Предоставляемые сервисы включают в себя поддержку равный-равному, групповое консультирование и телефонное консультирование. Между тем, учреждения общественного здравоохранения предоставляют только клиническое наблюдение ВИЧ-положительных женщин и их детей. Медицинское обслуживание для беременных женщин предоставляется бесплатно в государственном секторе.

Также правительство предоставляет финансовую поддержку (“социальное пособие”) на общих основаниях тем, кто в нем нуждается. Однако это автоматически не ведет к предоставлению психологической и социальной поддержки ВИЧ-положительным женщинам и их детям, то есть того вида услуг, который был бы крайне полезен в формировании приверженности к лечению.

#### **ПРЕПЯТСТВИЯ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ**

Во многом правительство (при решающей, ключевой финансовой поддержке ГФ) проделало хорошую работу по развитию и внедрению услуг по профилактике вертикальной передачи ВИЧ, и обеспечению охвата ими большинства нуждающихся женщин. Однако доступ к этим услугам ограничивается в связи со множеством причин. Одна из них заключается в том, что существующим системам поддержки не мотивируют пациентов обратиться за медицинскими услугами и помощью, на которые у них есть право. Пациенты из сельской местности испытывают огромные трудности в своевременном и удобном получении жизненно необходимого медицинского ухода. Хроническая нехватка человеческих ресурсов и недостаточность государственного

---

<sup>4</sup> Доступные комбинации включают:

i) невирапин (NVP)+AZT+3ТС  
ii) Калетра (LPV/rtv)+AZT+3ТС

бюджетного финансирования на здравоохранения в целом, также негативно влияет на предоставление услуг.

С социальной точки зрения изменения также достаточно ограничены. Гендерно-ориентированный подход еще не интегрирован во все части Национальной программы. Патриархальные традиции и стереотипы продолжают влиять на отношение к роли женщины в обществе, как, например, посыл о том, что ее основной обязанностью должно быть воспитание детей и отношения в семье.

### **ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ С ФОКУС ГРУПП**

Следующие трудности в отношении предоставления услуг в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ в Молдове основываются на информации и наблюдениях, полученных во время обсуждения в фокус-группах:

*«...Заведующая местного детского садика попросила меня забрать моих детей – а они у меня здоровы, ВИЧ-отрицательны – и никогда больше их не приводит. Сама она не плохой человек, но родители других детей потребовали этого. Город у нас маленький, все про всех всё знают. Молва очень быстро разносила мой диагноз. Не понимаю, зачем медсестра с нашего участка рассказала об этом соседям».*

Светлана, 28 лет. ВИЧ-положительная женщина, участвовавшая в фокус-группе в декабре 2008.

- Преобладающее большинство участниц фокус групп имели неполные или искаженные знания о путях передачи ВИЧ и рисках заражения. Больше всего это было заметно в группе «общего населения» (т.е. не ВИЧ-положительных). Многие в этой группе считали, что ВИЧ передается в быту или через укусы кровососущих насекомых. Даже ВИЧ-положительные участницы групп, знали крайне мало о профилактике вертикальной передачи ВИЧ в целом. Важность приверженности к АРВ препаратом понималась достаточно плохо и даже ВИЧ-положительные женщины мало знали о рисках смешанного вскармливания.
- Абсолютное большинство женщин из сельских регионов сказали, что получили адекватную информацию о профилактической АРВ терапии только при поступлении в профильный стационар г. Кишинева, где предоставляются специализированные услуги для женщин, живущих с ВИЧ. Большинство ничего не знало о услугах и доступной помощи специалистов в области профилактики нежелательной беременности.
- Абсолютное большинство ВИЧ-положительных женщин сказали, что качество до- и пост-тестового консультирования крайне низкое. В некоторых случаях это привело к катастрофическим последствиям. Одна женщина сказала, что вообще не получала никакого консультирования; не знала, была ли она протестирована на ВИЧ каким-либо врачом (скорее всего своим местным гинекологом); ей никто не сказал о том, что у нее ВИЧ, до тех пор пока она не была протестирована «в родах». Позже у ее ребенка диагностировали ВИЧ и сейчас он принимает АРВ терапию.
- Большинство участниц фокус-групп хотели бы, чтобы объем и качество доступных медицинских услуг выросли. Например, многие считают, что дополнительное

обследование в случае необходимости должно осуществляться бесплатно. Также они бы хотели получать бесплатную стоматологическую помощь.

- Кроме того, все участницы фокус-групп хотели бы получать дополнительное питание для себя и своих детей, а также дополнительное социальное пособие от государства на основании своего ВИЧ статуса.

### **ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ**

Следующая информация о предоставлении услуг в области профилактики вертикальной передачи была получена из интервью и обсуждений на фокус-группах:

- Необходимо инициировать усиление сотрудничества между всеми заинтересованными сторонами, вовлеченными в профилактику и лечение ВИЧ, включая Минздрав и относящиеся к нему департаменты, местные власти, гражданское общество, а также многосторонние и двусторонние агентства и доноров.
- Профилактические мероприятия должны основываться на фактах, реально отражающих ситуацию. Следовательно, необходимо создать всеобъемлющую базу данных о ситуации с ВИЧ в стране, информация в которой постоянно бы обновлялась и была бы доступна.
- Правительственные структуры должны теснее сотрудничать с опытными зарекомендовавшими себя НКО, такими как организации ЛЖВ, для успешного развития и распространения механизмов психологической поддержки, столь полезных для ВИЧ-положительных женщин и их детей.
- Некоторые женщины (ВИЧ-положительные и нет) не имеют надежного доступа к адекватному и последовательному сервису в области здравоохранения во время беременности. Основная сложность заключается в том, что Молдова сравнительно бедная страна и многие страховые схемы не обеспечивают полное покрытие. Однако, правительство старается заполнить этот пробел, гарантируя бесплатное медицинское обслуживание для беременных женщин после 14й недели беременности и до 40 дня после рождения ребенка.

### **3. ТЕСТИРОВАНИЕ. ДОСТУПНОСТЬ И ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ**

32 кабинета ДКТ действуют в стране в настоящее время и правительство планирует открыть еще по меньшей мере 20 до конца 2010 года. Респонденты отмечают, что эти кабинеты соответствуют международным стандартам, и их персонал хорошо обучен. В дополнение к тестам (**ELISA** и **Western Blot**, в зависимости от местности), в кабинетах предлагают тестирование на Гепатиты В и С. Экспресс-тесты в настоящее время не доступны в кабинетах ДКТ, однако правительство планирует обеспечить кабинеты такими тестами до конца 2010 года. В настоящее время экспресс-тесты доступны в родильных домах. Тесты **ПЦР** доступны для детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, в соответствии с новым руководством ВОЗ, адаптированным для Молдовы. Все тесты доступны на бесплатной основе.

Согласно законодательству, тестирование на ВИЧ является обязательным для беременных женщин, обращающихся в учреждения здравоохранения в Молдове – тем не менее, женщины отказавшиеся пройти такое тестирование не подвергаются уголовному

преследованию. Женщин, обратившихся в медучреждения в связи с беременностью, обычно тестируют дважды: первый раз при обращении и затем во время третьего триместра. Согласно официальным данным Национального Центра СПИД порядка 97% беременных женщин в случае беременности обращаются в учреждения здравоохранения и, следовательно, тестируются на ВИЧ во время беременности (что в общей сложности составляет порядка 30 000 женщин в год). Принимая во внимание экспресс-тестирование этот показатель очень близок к 100 процентам, что существенно облегчает планирование и реализацию профилактики вертикальной передачи ВИЧ.

Все аспекты, связанные с тестированием на ВИЧ, включая результаты, являются конфиденциальными, согласно закону 2007 года. Несмотря на это, ВИЧ-положительные люди не всегда могут контролировать информацию о своем статусе. Например, этот же закон также говорит о необходимости направления информации о положительном статусе пациента в его местное учреждение здравоохранения или его семейному врачу, которые в свою очередь несут ответственность за лечение. Закон также разрешает работнику здравоохранения 1. информировать родителей несовершеннолетних о статусе детей без согласия последних и 2. раскрывать информацию о ВИЧ-положительном статусе супруге\супругу или партнеру, если работник здравоохранения считает, что есть «риск» заражения.

Закон, тем не менее, запрещает медицинскому персоналу обсуждать ВИЧ статус человека вне специализированных инстанций. Некоторые ВИЧ-положительные респонденты отмечают, что этот закон постоянно нарушается на разных уровнях системы здравоохранения. Одна из участниц фокус-группы сказала следующее: «Когда я была в больнице, лечила туберкулез, то весь персонал и остальные пациенты знали о моем ВИЧ статусе».

*«...Мне очень жаль ВИЧ-инфицированных девушек и женщин, но я инфекционист, у меня нет времени рассказывать еще и про беременность. И я не психолог, чтобы вытирать слезы и говорить, как жить дальше, но кто-то должен всем этим заняться!..»*

**Инфекционист в одной из поликлиник г. Кишинева, интервью в декабре 2008**

#### **4. РУКОВОДСТВО ВОЗ О ВСКАРМЛИВАНИИ МЛАДЕНЦЕВ И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ**

Национальные протоколы разрешают кормить грудью, только если не доступно заместительное питание или если женщина не хочет кормить смесью по каким-то личным причинам. Протоколы настоятельно рекомендуют матерям перейти на заместительное питание через шесть месяцев после рождения, если смесь стала доступна. Женщин информируют о рисках грудного вскармливания и смешанного вскармливания, а смесь доступна и предлагается до года всем детям, рожденным от ВИЧ-положительных матерей.

Глобальный Фонд помогает обеспечить бесплатной молочной смесью всех ВИЧ-положительных матерей, которые нуждаются в ней и хотят ее использовать, на протяжении первого года жизни ребенка. Консультирование по вопросам дополнительного вскармливания доступно в дородовый и послеродовый периоды в учреждениях здравоохранения, центрах планирования семьи и центрах репродуктивного здоровья. Предоставляемое консультирование охватывает такие вопросы как –приготовление смеси, дозировки а также практические занятия под руководством медработников. Консультирование и поддержка также предоставляется семейными врачами и педиатрами, которые часто посещают матерей и их новорожденных на дому.

Существует специальное медицинское сопровождение для детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей. В соответствии с действующим законодательством, не реже чем один раз в три месяца им гарантирован осмотр врача-инфекциониста в специализированном отделении больницы в г.Кишиневе. Также, согласно законодательству, дети, по необходимости, должны быть осмотрены другими специалистами, включая невропатолога и ортопеда. Патронатная медицинская сестра посещает новорожденного ребенка на дому в течении первого года жизни не реже 1 раза в 10 дней в течении первых трех месяцев жизни, далее ежемесячно. Все дети вне зависимости от вида вскармливания проходят тестирование на ВИЧ в 2, 4 и 18 месяцев.

Согласно Приказу Министра здравоохранения (июнь 2007г.) все дети рожденные от ВИЧ-положительных матерей должны быть обеспечены молочной формулой в течении первого года жизни. Медицинский персонал способен провести консультирование по искусственному вскармливанию. В тоже время, искусственное вскармливание для ВИЧ-положительных женщин в Молдове не всегда соответствует требованиям AFASS, что создает ситуацию подталкивающую некоторых матерей не следовать этим документам. Согласно информации, полученной от участниц фокус-групп и клиентов НКО, многие женщины продолжают кормление грудью после шести месяцев по различным причинам, включая финансовые трудности. (Например, некоторые женщины, особенно живущие в сельской местности – вдали от медицинских учреждений, не могут позволить себе регулярные затраты на проезд, чтобы получить смесь, хоть последняя и предоставляется бесплатно).

Дополнительными препятствиями для соблюдения требований AFASS при искусственном вскармливании для многих матерей являются: 1) Стигма и дискриминация в связи с искусственным вскармливанием, 2) насилие по отношению к женщинам, 3) давление семьи, направленное против искусственного вскармливания, 4) недостаточная социальная поддержка со стороны государства, 5) бедность, отсутствие финансовых возможностей для приобретения дополнительных ингредиентов и продуктов питания, особенно после первого года жизни, когда уже не предоставляется бесплатная молочная смесь. Эти обстоятельства часто ухудшают качество жизни младенцев.

Правительство признает эти факторы и проблемы, и уже предприняло некоторые шаги, направленные на их преодоление. В дополнение к целевому плану по снижению уровня бедности в Молдове, оно инициировало усилия по повышению социального статуса женщин и снижения дискриминации по отношению к ним. В настоящее время на национальном уровне действуют: правительственная Комиссия по проблемам женщин, Департамент равных возможностей и семейной политики при Министерстве социальной защиты семьи и ребенка. Материальные средства будут доступны благодаря проекту 8 раунда Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, который был одобрен в ноябре 2008 года, с целью улучшения качества жизни ЛЖВ. Отдельные планы в этой успешной заявке в Глобальный фонд направлены на снижение стигмы и дискриминации и предоставление поддержки (включая продовольствие и одежду) детям, инфицированным и затронутым ВИЧ.

## **5. ВЛИЯНИЕ НАСИЛИЯ И СТИГМЫ**

Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ продолжают оставаться широко распространенными в Молдове, несмотря на усилия правительства по адекватному ответу на эпидемию. На практике, дискриминационные действия не влекут за собой почти никаких последствий. Даже в том случае, когда человек доказал, что подвергся стигме или дискриминации, ему не предоставляется никакой компенсации.

«...Мы с мужем решили, что ребенок должен родиться. Но каждый раз, я как на эшафот иду к своему гинекологу. Она говорит со мной, как с преступницей!..»

**Снежанна, 32 года, ВИЧ-положительная участница фокус группы, проходившей в Кишиневе в ноябре 2008 года**

В общем, респонденты сходятся во мнении, что информационные кампании по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, были не эффективны. Эти наблюдения подтверждают данные, полученные в результате исследования о людях, затронутых ВИЧ, которое проводилось Национальным Центром по Менеджменту в Здравоохранении в 2008 году.

Исследование включало в себя интервью с 576 семьями ЛЖВ в возрасте от 18 до 50 лет. Более чем три четверти респондентов, принимавших участие в исследовании, отметили, что говорить о своем статусе для них очень сложно, и большинство отметили, что стигма является основной причиной этого. Возможно, наиболее шокирующим результатом стал выявленный высокий уровень неподобающих и даже незаконных действий со стороны работников здравоохранения.

Половина участников исследования отметила, что они сталкивались со стигмой хотя бы раз, и в основном в медицинских учреждениях. Сорок четыре процента участников исследования сказали, что их анонимность нарушалась, а диагноз раскрывался, причем почти в половине случаев именно врачи являлись источником утечки информации.

Насилие по отношению к женщинам также весьма распространено в Молдове, что в свою очередь, уничтожает всякую возможность и желание ВИЧ-положительных женщин раскрывать свой статус и обращаться за необходимым лечением и уходом. Например, согласно данным, опубликованным в журнале *Entre Nous (Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью)*, около трети всех женщин старше 30 лет подвергались насилию с тех пор, как им исполнилось 15 лет. Примерно то же количество женщин когда-либо бывших замужем, сообщают о психологическом или сексуальном насилии со стороны настоящего или бывшего супруга.

## **6. ОЦЕНКА РАБОТЫ МЕЖДУНАРОДНЫХ АГЕНТСТВ**

Международные агентства уже в течение долгого времени участвуют в ответе Молдовы на эпидемию ВИЧ/СПИД. Их вовлечение стало особенно значимым в 1996 году, с созданием специального координационного органа ООН, для помощи правительству в борьбе с эпидемией. Помимо представителей ключевых правительственных структур, этот орган включает в себя представителей глобального Фонда, ЮНЭЙДС, ПРООН, Фонда ООН в области народонаселения, ЮНИСЕФ, ВОЗ и Всемирного банка. Этот орган помогает в разработке и внедрении эффективных стратегий по борьбе с эпидемией, и, среди прочего, занимается адвокацией мультисекторального подхода в реализации программ связанных с профилактикой и лечением ВИЧ, включая работу с ВИЧ-положительными женщинами и детьми, рожденными от ВИЧ-положительных матерей.

Большинство представителей правительства и защитников интересов гражданского общества солидарны во мнении, что влияние международных агентств на лечение, уход и поддержку в связи с ВИЧ, и в частности, на профилактику вертикальной передачи, было в целом позитивным. Несколько агентств заслуживают особого признания за объем и качество предоставляемой помощи. Глобальный Фонд сыграл жизненно важную роль, одобрив более 25 миллионов долларов для реализации программ в области ВИЧ/СПИД, в

том числе и программ по профилактике вертикальной передачи в Молдове. Между тем, ЮНИСЕФ руководит программами по профилактике вертикальной передачи; при их финансовой поддержке был произведен ремонт отделения для ВИЧ позитивных женщин и их детей, а также проведено исследование о влиянии ВИЧ на детей.

Это ничего не значит, но, тем не менее, большинство людей, опрошенных для этого исследования, ничего не знает о вовлеченности международных агентств. Некоторые государственные чиновники не смогли дать четкий ответ о деятельности международных агентств, а почти все участницы фокус-групп никогда и ничего не слышали об этих организациях и их участии в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Республике Молдова.

## **7. РЕКОМЕНДАЦИИ**

---

Заинтересованным сторонам необходимо предпринять следующие действия с целью улучшения услуг в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ для женщин и детей в Республике Молдова:

### **НАЦИОНАЛЬНОМУ ПРАВИТЕЛЬСТВУ:**

- Увеличить госбюджетное финансирование программ профилактики вертикальной передачи ВИЧ на всех уровнях.
- Усилить взаимодействие между гражданским обществом и правительственными структурами. Одним из таких шагов может стать увеличение количества ЛЖВ в СКМ Глобального Фонда и до трех человек, с учетом гендерного баланса.

### **МЕСТНЫМ ВЛАСТЯМ**

- Разработать и запустить информационную кампанию, с целью повысить осведомленность о ВИЧ и ИППП, включая эффективные профилактические стратегии. Эта кампания должна проводиться в тесном сотрудничестве с НКО и должна охватить все административные территории и сельские населенные пункты и делать акцент на важности и доступности услуг ДКТ.

### **МИНИСТЕРСТВУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

- Создать единый «отдел по ВИЧ/СПИДу» при МЗ. Этот отдел должен отвечать за координацию услуг по уходу, лечению и поддержке в связи с ВИЧ, на всех уровнях по всей стране. Существующая система фрагментарна, различные субъекты права в системе общего здравоохранения отвечают за реализацию различных элементов услуг, связанных с ВИЧ. Например, услуги по профилактике вертикальной передачи, должны быть более полно интегрированы в общий спектр услуг, связанных с ВИЧ.
- Разработать и внедрить программу мониторинга и ведения пациента на всех уровнях ухода при ВИЧ. Начиная с момента подтверждения диагноза до назначения АРВ терапии, с целью лучшей организации лечения оппортунистических инфекций и коррективки при побочных эффектах.
- Разработать и внедрить программу, улучшающую доступ к медицинским услугам, не связанным с АРВ и репродуктивным здоровьем для женщин и детей. Это означает, например, что ВИЧ-положительные женщины должны получать бесплатное медицинское обслуживание при любых условиях и обстоятельствах, независимо от того, есть у них страховка или нет.
- Обеспечить специализированное отделение для ВИЧ+ детей специалистом в области ВИЧ педиатрии. В настоящее время детей лечит, специалист не педиатр.

- Гарантировать доступность услуг ДКТ по ВИЧ инфекции во всех медицинских учреждениях и центрах планирования семьи в стране.
- Разработать и опубликовать руководство, повышающее осведомленность общего населения о добровольном консультировании и тестировании на ВИЧ.
- Создать национальный центр обучения специалистов в области ВИЧ/СПИДа, и в частности специалистов в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ. Право на обучение в нем должны иметь как государственные работники, так и работники НКО.
- Разработать программу мотивационной поддержки обращения женщин за услугами по профилактике вертикальной передачи и медицинской помощью

#### **МИНИСТЕРСТВУ ПРОСВЕЩЕНИЯ**

- Разработать и внедрить единую программу, которая бы освещала ключевые вопросы в области здоровья и секса в образовательных учреждениях. Эта программа должна включать в себя всестороннюю информацию о ВИЧ и профилактике его вертикальной передачи. Аналогичные программы можно разработать и для внешкольных программ, включая подготовку по принципу «обучение равный-равному» и работы групп „аутрич”. НКО работающие с ЛЖВ и для ЛЖВ должны быть включены в этот процесс, поскольку они обладают значительным опытом.
- Разработать методические и обучающие материалы по ВИЧ и профилактике вертикальной передачи для учеников и студентов, учителей и родителей.

#### **МИНИСТЕРСТВУ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ, СЕМЬИ И РЕБЕНКА**

- Разработать и внедрить программу, которая бы обеспечила социальную защищенность ВИЧ-положительных женщин и их детей. Говоря точнее, она должна включать в себя финансовую поддержку для тех, кто пользуется услугами по профилактике вертикальной передачи ВИЧ. Средства можно использовать для того, чтобы возмещать женщинам транспортные расходы при поездках из дома в учреждения здравоохранения и обратно, или, например, для закупки еды для женщин и их детей. Другим приоритетом могло быть стать предоставление социального пособия ВИЧ-положительным детям, чтобы они могли претендовать на медицинские услуги лучшего качества.

#### **МИНИСТЕРСТВУ ЮСТИЦИИ**

- Провести экспертизу законодательных и подзаконных актов по проблеме ВИЧ/СПИД-инфекции, с целью приведения их в соответствие международным нормам по защите прав ВИЧ инфицированных лиц. Ключевым приоритетом должен стать пересмотр закона 2007 года о конфиденциальности, чтобы ВИЧ-статус человека не могу быть раскрыт кем бы то ни было без письменного согласия ВИЧ-положительного.

#### **МЕДИА**

- Создать специальные кампании для ТВ, радио и газет, фокусирующиеся на снижении стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, особенно в отношении женщин.
- Инициировать широкомасштабную кампанию по повышению уровня осведомленности о программах и услугах в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ.