2015

# ДОСТУПНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ В СТРАНАХ БРИКС

# Содержание

Введение ..... 2
ВИЧ в странах БРИКС ..... 4
Программы для мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ) ..... 7
Программы для людей, употребляющих наркотики (ЛУИН) ..... 11
Программы для секс-работников (СР) ..... 16
Программы для мигрантов ..... 21
Профилактика ВИЧ в образовательных учреждениях ..... 24
Информационная работа с основным населением ..... 29
Заключение и рекомендации ..... 33
Список литературы ..... 36

# Введение

В Российской Федерации каждый день 200 человек инфицируются ВИЧ [21]. На 31 декабря 2014 г. в стране было официально зарегистрировано 907 607 людей, живущих с ВИЧ [26]. В 2014 г. заболеваемость, связанная с ВИЧ-инфекцией составила 58,4 на 100 тысяч населения, что на 5% превышает показатель 2013 года [26].

Эпидемия по-прежнему концентрируется в уязвимых группах. В то время как распространенность ВИЧ среди основного населения составляет менее 0,1% в 17 регионах РФ и более 0,5% в 23 регионах страны [26], среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, этот показатель равен 19,9% (2014) [9], среди секс-работников (СР) – 11,6% (2010) [13], среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), – 5,6% (2010) [13]. Между тем, ВИЧ-инфекция – это заболевание, которое можно предотвратить, внедрив широкомасштабные программы антиретровирусного (АРВ) лечения, снизив частоту рискованного поведения среди уязвимых групп, а также осуществляя просветительские программы среди основного населения.

В данном исследовании мы обратились к изучению опыта стран межгосударственного объединения стран БРИКС (Бразилия, Россия, Индия, Китай, ЮАР) в реализации программ профилактики ВИЧ. Объединение БРИКС возникло в 2006 г. как «ведущая площадка для диалога и сотрудничества по вопросам экономики, финансов и развития» [14]. С 2011 г. в повестку сотрудничества была включена область здравоохранения [14]. В 2013 г. было принято «Рамочное соглашение о сотрудничестве стран БРИКС по стратегическим проектам в области здравоохранения», которое предусматривает взаимодействие стран по трем направлениям, таким как 1) общественное здравоохранение; 2) укрепление систем здравоохранения, а также 3) биомедицинские науки [43].

Эпидемия ВИЧ вызывает серьезную озабоченность у правительств всех пяти стран, и тема усиления сотрудничества в области ВИЧ/СПИДа все чаще поднимается на встречах министров здравоохранения БРИКС и упоминается в ряде стратегических документов, включая декларацию от 14 апреля 2011 г. по итогам саммита в Санье,

Пекинскую декларацию министров здравоохранения от 11 июля 2011 г., а также Делийский план действий, принятый 29 марта 2012 г. **[14]**.

В связи с тем, что сотрудничество в области ВИЧ между странами БРИКС будет расширяться, мы решили подготовить публикацию, позволяющую сопоставить опыт стран БРИКС в профилактике ВИЧ, уделяя особое внимание работе с уязвимыми группами. Целью исследования является изучение наиболее эффективных интервенций в области профилактики ВИЧ и определение потенциально возможных мер по внедрению передового опыта Бразилии, Индии, Китая и Южной Африки в Российской Федерации.

Источниковой базой исследования являются научные публикации, отчеты международных организаций, а также страновые отчеты и публикации в открытых источниках.

Исследование подготовлено в рамках проекта «Укрепление потенциала организаций гражданского общества стран БРИКС в сфере борьбы с неравенством в условиях многополярного мира» при участии и поддержке Oxfam.

# ВИЧ в странах БРИКС

Страны группы БРИКС несут значительное бремя ВИЧ-инфекции в глобальных масштабах. Согласно данным ЮНЭЙДС, в 2013 г. на эти пять стран приходилось 30% от всех людей, живущих с ВИЧ, и 31% всех новых случаев ВИЧ в мире (Таблица 1). Более того, на четыре страны БРИКС (за исключением Бразилии) пришлась четверть (25%) всех смертей от СПИДа в 2013 г. (Таблица 1).

**Таблица 1. Доля стран БРИКС в глобальном бремени ВИЧ, 2013 г. [119]**

| Страна | Люди, живущие с ВИЧ | Новые случаи ВИЧ | Смерти от СПИДа |
|---|---|---|---|
| **Южная Африка** | 18% | 16% | 13% |
| **Китай** | 2% | 3% | 8% |
| **Индия** | 6% | 6% | 2% |
| **Бразилия** | 2% | 2% | нет данных |
| **Россия** | 2% | 4% | 2% |
| **Всего** | **30%** | **31%** | **25%** |

В четырех из пяти стран БРИКС (за исключением Южной Африки) эпидемия ВИЧ концентрируется среди уязвимых групп, включая секс-работников, людей, употребляющих инъекционные наркотики, мужчин, имеющих секс с мужчинами, а также мигрантов. Эпидемия ВИЧ в ЮАР является генерализованной, тем не менее, инфицированность ВИЧ среди отдельных уязвимых групп сопоставима или даже превышает аналогичные показатели среди основного населения (Таблица 2).

Российская Федерация полностью финансирует национальные мероприятия по лечению ВИЧ, первичной профилактике, а также профилактике вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку. Профилактические программы среди уязвимых групп поддерживаются, в основном, из международных источников. В 2008 г. 98% финансирования на программы снижения вреда в России поступало из средств международных доноров и только 2% - из государственного бюджета [65]. В 2014 г. правительство перечислило в регионы финансирование на профилактику ВИЧ и гепатитов В и С в размере 160 млн. рублей [25]; таким образом, ответственность за

планирование и реализацию профилактической работы сместилась на региональный уровень. Тем не менее, большинство программ профилактики ВИЧ среди уязвимых групп по-прежнему поддерживаются из средств международных доноров **[17, 19]** и только небольшая доля – за счет местного финансирования **[2, 5]**.

**Таблица 2. Распространенность ВИЧ среди уязвимых групп и основного населения в странах БРИКС**

| Страна | МСМ | ЛУИН | Секс-работники | Взрослое население (15-49 лет) |
|---|---|---|---|---|
| **Южная Африка** | 13,9% (2008) **[74]** | 11% (2008) **[101]** | 34-69% (2000-2008) **[101]** | 19,1% (2013) **[119]** |
| **Китай** | 7,3% (2013) **[91]** | 6,3% (2013) **[91]** | 0,3% (2013) **[91]** | 0,033% среди всего населения (2013) **[91]** |
| **Индия** | 4,43% (2011) **[88]** | 7,14% (2011) **[88]** | 2.67% (2011) **[88]** | 0,3% (2013) **[119]** |
| **Бразилия** | 10,5% (2010) **[49]** | 5.92% (2013) **[49]** | 4,9% **[49]** | 0,6% (2013) **[119]** |
| **Россия** | 5,6% (2010) **[13]** | 19,9% (2014) **[9]** | 11,6% (2010) **[13]** | в зависимости от региона: < 0,1% - > 0,5% (2014) **[26]** |

Бразилия практически полностью финансирует национальные меры по ВИЧ из государственного бюджета **[49]**, но международное финансирование привлекается для определенных программ. Например, совместно с Агентством США по международному развитию (USAID) Бразилия поддерживает проект мобильного тестирования геев и трансвеститов в 5-ти городах **[49]**.

В прошлом значительная доля мероприятий по ВИЧ в Индии финансировалась из международных источников. Тем не менее, в настоящей фазе национальной программы по контролю над эпидемией ВИЧ (2012-2017 гг.) большая часть бюджета на ВИЧ (2,5 млрд. долларов США) поступает из государственных средств (1,6 млрд. долларов) и дополнительные 0,6 млрд. долларов должны поступить из средств ГФ и Всемирного банка **[40]**.

В Китае государственное финансирование составляет более трети всего бюджета на ВИЧ, остальные средства поступают из международных источников **[91]**.

ЮАР использует, главным образом, собственные средства на программы по ВИЧ. Доля международного финансирования составляет менее 25% от всего бюджета на ВИЧ **[41]**.

# Программы для мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ)

**Эпидемиологическая ситуация**. Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), составляют от 3% до 12% от общего населения в Индии **[128]**, 4% в Китае **[51]**, 2,4-3,5% в Бразилии **[114]** (Таблица 3).

**Таблица 3. Оценка МСМ и распространенность ВИЧ среди МСМ в странах БРИКС**

| Страна | Оценочное число/ доля МСМ среди основного населения | Распространенность ВИЧ среди МСМ |
|---|---|---|
| **Южная Африка** | нет данных **[74]** | 13.9% (2008) **[74]** |
| **Китай** | 4% (2001) **[51]** | 7,3% (2013) **[91]** |
| **Индия** | 3-12% (2007) **[128]** | 4,43% (2011) **[88]** |
| **Бразилия** | 2,4-3,5% [5] **[114]** | 10,5% (2010) **[49]** |
| **Россия** | 1,5 млн. (2010) **[13]** | 5,6% (2010) **[13]** |

Распространенность ВИЧ среди МСМ в ЮАР варьируется в диапазоне от 10% до 50% в зависимости от региона страны и составляет, в среднем, 13,9%, что почти вдвое превышает распространенность ВИЧ среди мужчин в основной популяции населения **[74]**. Данный показатель составляет 7,3% в Китае **[91]** и 10,5% в Бразилии **[49]**, однако за последнюю декаду в этих двух странах наблюдалось значительное увеличение инфицированности среди МСМ. Так, например, в Китае процент новых случаев ВИЧ-инфекции как результат незащищенного секса между мужчинами от общего числа новых случаев вырос с 2,5% в 2006 до 21,4% в 2013 году **[91]**. В Индии в 2011 г., в среднем, 4,43% МСМ были инфицированы ВИЧ **[88]**, но в трех штатах с самой высокой распространенностью ВИЧ среди МСМ в 2010-2011 гг. этот показатель был, примерно, втрое выше: от 13% до 15% **[129]**. В России распространенность ВИЧ среди МСМ составляет 5,6% **[13]**.

Во всех странах БРИКС МСМ подвергаются значительной стигматизации и насилию, что способствует высокой уязвимости этой группы к ВИЧ. Так, например, согласно результатам исследования, проведенного в ЮАР среди МСМ, 16% опрошенных подвергались физическому насилию и 6-22% стали жертвами сексуального насилия **[92]**.

**Законодательство и государственная политика.** Добровольный секс между мужчинами признан нелегальным в Индии, начиная с декабря 2013 г. **[113]**.

В остальных странах БРИКС секс между мужчинами не криминализирован, однако только в законодательстве Южной Африки (секция 9 конституции ЮАР) прописаны четкие нормы, защищающие МСМ от дискриминации **[74, 86]**. Более того, в ответ на стигму и насилие в отношении МСМ правительство Южной Африки учредило специальный сектор ЛГБТ (лесбиянки, геи, бисексуалы и трансгендеры) в рамках государственного департамента по борьбе со СПИДом **[74]**.

Профилактические программы для МСМ являются частью официальных государственных программ по ВИЧ в Бразилии, Китае и ЮАР. Так, Бразилия утвердила специальный Национальный план по борьбе с эпидемиями СПИДа и инфекций, передающихся половым путем, среди геев, МСМ и трансвеститов **[49]**. Китай **[91]** и ЮАР **[101]** включили профилактику ВИЧ среди МСМ в национальные стратегические планы по борьбе с ВИЧ/СПИД.

Что касается финансирования, в 2013 г. Бразилия потратила 9,7 миллионов долларов США на профилактические программы по ВИЧ среди МСМ **[49]**. В ЮАР профилактические программы среди уязвимых групп поддерживаются, в основном, из средств международных доноров, тем не менее, в 2-х из 9-ти регионов ЮАР местные правительства объединили усилия с НКО по оказанию услуг по ВИЧ для МСМ **[101]**. В Китае профилактическая работа с МСМ поддерживается из средств Фонда Билла и Мелинды Гейтс **[91]**, в России – из средств Глобального Фонда **[19]** и Фонда Элтона Джона **[7]**.

**Программы.** Аутрич-работа, предоставление презервативов, а также тестирование на ВИЧ и инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), являются наиболее распространенными подходами к профилактике ВИЧ среди МСМ.

В Бразилии 144 миллиона мужских презервативов было распространено в 2013 г. **[49]**. Бразилия финансирует не только услуги профилактики ВИЧ для МСМ, но и программы, направленные на защиту МСМ от дискриминации и насилия в контексте противодействия ВИЧ **[49]**.

В Китае мужчины, практикующие секс с мужчинами, получают услуги тестирования и лечения ВИЧ в специальных клиниках лечения ИППП для МСМ **[91]**.

В Индии МСМ могут получить услуги профилактики ВИЧ в клиниках лечения ИППП и пунктах бесплатного добровольного консультирования и тестирования (ДКТ), которые предоставляют услуги для всех уязвимых групп **[106]**. В 2013 г. в стране работало 1136 клиник лечения ИППП и 15538 пунктов ДКТ, а также было распространено 191 400 000 презервативов **[106]**.

В Южной Африке услуги предоставляются 5-ю организациями в 3-х городах, но в большинстве территорий профилактические услуги для МСМ недоступны **[101]**.

В России проекты профилактики ВИЧ в 7-ми городах, поддерживаемые Глобальным Фондом, охватили 8000 МСМ в 2013-2014 гг. **[19]**. В дополнение, в рамках программы «Позитивная жизнь», которая реализуется с 2012 г. при поддержке Фонда Элтона Джона в 5-ти городах, были охвачены услугами 5900 ВИЧ-позитивных МСМ; целью программы является предотвращение дальнейшей передачи ВИЧ за пределы группы ВИЧ-позитивных людей **[7]**.

**Результаты**. Исследования показали, что наиболее значительными результатами профилактической работы среди МСМ являются повышение осведомленности о рисках инфицирования ВИЧ, а также изменение рискованного сексуального поведения, включая более частое использование презервативов.

Так, в Сальвадоре (Бразилия) 19% участников сообщали о том, что имели незащищенный секс в течение 30 дней до начала участия в образовательной программе среди МСМ и только 1% участников не использовали презерватив за последние 30 дней после окончания программы **[106]**. В Китае программа распространения сообщений о защите здоровья силами «равных» привела к значительному повышению использования презервативов среди МСМ – с 4,3% до 76,8% после внедрения программы в экспериментальной группе **[134]**. Исследование, проведенное в Индии, продемонстрировало статистически значимое снижение вероятности незащищенного анального секса среди участников профилактической программы для МСМ **[117]**. В Южной Африке, пилотная профилактическая программа для МСМ, которая включала

распространение мобильных сообщений, показала, что вероятность прохождения теста на ВИЧ повышалась на 24%, когда частота сообщений составляла 10 и больше **[119]**.

# Программы для людей, употребляющих наркотики (ЛУИН)

**Эпидемиологическая ситуация**. Среди стран БРИКС наибольшее количество людей, употребляющих инъекционные наркотики, проживает в Китае (2,58 миллиона) [66] и России (2,5 миллиона) [13]. По распространенности инъекционного потребления наркотиков среди населения в возрасте 15-64 лет лидирует Россия (1,78%) [79] (Таблица 1).

Большинство ЛУИН в Китае используют героин [77]. В Индии в дополнении к героину распространено также инъекционное потребление «легальных» опиоидов (бупренорфина и пентазоцина), которые также могут употребляться в сочетании с неопиоидными препаратами (диазепамом, прометазином, хлорфенирамином) [88]. В Бразилии, как и в Латинской Америке в целом преобладает потребление кокаина и крэка [66]. В Южной Африке наблюдается рост потребления героина и метамфетамина и некоторое снижение потребления крэка [118]. В России снижается потребление опиоидов и растет популярность психостимуляторов [9].

Распространенность ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, варьируется от 5,92% в Бразилии [49] до 17,6% в России [13] (Таблица 4).

**Таблица 4. Оценка числа ЛУИН и распространенности ВИЧ среди ЛУИН в странах БРИКС**

| Страна | Число ЛУИН | Доля ЛУИН среди населения в возрасте 15-64 лет | Распространенность ВИЧ среди ЛУИН |
|---|---|---|---|
| **Южная Африка** | 262 975 [79] | 0,87% (2004) [79] | 11% (2008) [101] |
| **Китай** | 2 580 000 (2014) [66] | 0,25% (2005) [79] | 6,3% (2013)[91] |
| **Индия** | 177 000 (2011) [86] | 0,02% (2006) [79] | 7.14% (2011) [88] |
| **Бразилия** | 540 500 (2003) [66] | 0,67% (2003) [79] | 5,92% (2013) [49] |
| **Россия** | 2 500 000 [13] | 1,78% (2007) [79] | 17,6% (2011) [13] |

**Государственная политика.** Профилактические интервенции для ЛУИН сосредоточены на программах игл и шприцев (ПИШ) и опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), хотя законодательство и государственная политика по пяти странам отличаются. Бразилия выделила 20% национального бюджета по ВИЧ (11,7 млн. долларов США) на профилактику ВИЧ среди ЛУИН [49]. В стране не работают программы ОЗТ, что связано с отсутствием проблемы опийной наркомании [66]. Расширение ПИШ и программ ОЗТ метадоном является составной частью государственного пятилетнего Плана действий по контролю над ВИЧ/СПИДом в Китае (2011-2015) [91] и четвертой фазы Национальной программы по контролю над ВИЧ/СПИДом в Индии (2012-2017) [90]. В России ОЗТ не легализована [22]. В законодательстве ЮАР не существует норм, которые разрешали бы предоставление стерильного инструментария для ЛУИН. 48% опрошенных ЛУИН в Южной Африке сообщили о том, что им было отказано в предоставлении игл в больнице либо госпитале в предшествующем году [58].

**Программы игл и шприцев (ПИШ)**. Программы игл и шприцев работают во всех странах БРИКС (Таблица 5).

**Таблица 5. Программы игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии**

| Страна | Количество ПИШ | Количество клиентов ПИШ | Количество программ ОЗТ | Количество клиентов в программах ОЗТ |
|---|---|---|---|---|
| **Южная Африка** | 1 [74] | нет данных | нет данных | нет данных |
| **Китай** | 1839 [91] | 60 000 [91] | 763 [91] | 202 000 [91] |
| **Индия** | 281 [86] | 60743 [57] | 150 [88] | 18 000 [87] |
| **Бразилия** | 150-450 [66] | нет данных | 0 [66] | 0 |
| **Россия** | 49 [17, 19] | 10 000 в 17 ПИШ [19] | 0 [66] | 0 |

В ЮАР работает только одна программа обмена игл и шприцев (в Кейптауне), поддерживаемая из средств Программы Президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR) [74].

В Китае первые ПИШ были основаны в двух провинциях в 1999 г. [77], а к 2014 г. 1839 таких программ предоставляли стерильный инъекционный инструментарий для 60 000 ЛУИН [91].

Первая программа обмена игл и шприцев в Бразилии открылась в 1989 г. **[80]**, а в 2012 г. в стране работали от 150 до 450 таких программ **[66]**. Тем не менее, услуги ПИШ в Бразилии сокращаются вследствие преобладания неинъекционного потребления кокаина и его производных **[66]**.

В Индии некоммерческие организации реализуют 281 программу игл и шприцев **[86]**; в 2011 г. этими услугами было охвачено 74,6% ПИН **[88]**.

В России на конец 2014 г. профилактические услуги для ЛУИН оказывали 49 ПИШ, получавшие финансирование через 2-х реципиентов ГФ **[17, 19]**; только в 2013 г. 17 российских ПИШ охватили услугами 10 000 ЛУИН **[19]**. В отдельных российских городах программы профилактики ВИЧ среди ЛУИН финансируются при поддержке региональных или местных властей, включая, в частности, Республику Татарстан **[2]** и Санкт-Петербург **[1]**.

Исследования показали высокую эффективность ПИШ в предотвращении новых случаев ВИЧ-инфекции и снижении темпов инфицирования ЛУИН.

Так, в Китае, за 7-летний период (с 2002 по 2008 гг.) работа ПИШ в провинции Юннань, наиболее сильно пораженной эпидемией ВИЧ, помогла предотвратить около 16-20% предполагаемых случаев ВИЧ (или 5200-7500 инфекций) из расчета 138-198 долларов США на каждый предотвращенный случай инфицирования **[135]**.

В Бразилии, благодаря первым программам обмена шприцев, открытым в городах Сантос и Сальвадор в 1989 и 1985 годах соответственно, удалось существенно снизить распространенность ВИЧ среди ЛУИН. В Сантосе инфицированность ВИЧ среди ЛУИН упала с 63% в 1994 г. до 42% в 1999 г.; в Сальвадоре за 4 года удалось снизить распространенность ВИЧ среди ЛУИН почти в 7 раз (с 49,5% в 1996 г. до 7,1% в 2000 г.) **[80]**.

Программы игл и шприцев в России также зарекомендовали себя как высокоэффективные интервенции. Так, исследование, проведенное в 2013 г. в 6-ти регионах на базе проекта ГЛОБУС, показало, что среди ЛУИН, являющихся клиентами ПИШ, 94,8% пользовались стерильным инструментарием при последнем употреблении наркотиков и 82,8% пользовались презервативом при последнем сексуальном контакте. Уровень распространения ВИЧ-инфекции среди

клиентов профилактических программ ГЛОБУСа в 2013 году был в 2,5 раза ниже, чем среди тех, кто не являлся клиентом программ [18].

**Программы опиоидной заместительной терапии (ОЗТ).** Программы ОЗТ работают в трех странах БРИКС, за исключением Бразилии и России (Таблица 5).

За последнее время Китай существенно расширил доступность метадоновых программ. Примечательно, что метадоновое лечение использовалось в целях детоксикации в Китае еще с 1993 г. [78], но с 2004 г. государство приняло решение о создании в стране метадоновых клиник для поддерживающего лечения с целью профилактики ВИЧ [77]. Первые 8 клиник ОЗТ, финансируемых государством, открылись в пяти провинциях Китая в 2004 г. [77]. Через 10 лет - к 2014 г. - в стране работало уже 763 метадоновые клиники, которые предоставляли услуги для 202 тысяч человек [91].

Индия включила программы ОЗТ в программу снижения вреда для ЛУИН в 2007-2008 годах [86]; в 2014 г. в стране работало уже 150 программ с охватом 15 тысяч человек [88].

В Южной Африке предоставление метадона и бупренорфина как в целях детоксикации, так и в качестве ОЗТ, является легальным. Тем не менее, согласно данным одного опроса, подобные услуги предоставляются только в 5% наркологических заведений [84]. Более того, услуги метадоновой и бупренорфиновой терапии предоставляются только в частных клиниках или посредством частной практики и покрывают менее 10% нуждающегося населения [127].

Как и в случае с ПИШ, реализация программ ОЗТ была связана с улучшением различных показателей общественного здравоохранения. Так, например, в Манипуре и Нагаланде – штатах Индии с высокой распространенностью инъекционного потребления героина – программы ОЗТ с использованием бупренорфина помогли в значительной мере изменить поведенческие практики, связанные с риском инфицирования ВИЧ. Исследование показало, что среди пациентов, получающих лечение, через 3 месяца после пребывания в программе частота опасных сексуальных контактов снизилась более чем в 2 раза - с 15,5% до

7,6%; частота совместного использования шприцев снизилась более чем в 10 раз: с 27,6% до 2,1% **[37]**. В Китае распространенность ВИЧ среди пациентов программ ОЗТ снизилась с 0,3% в 2011 г. до 0,1% в 2013 г. – т.е. в 3 раза за 2 года. Пациенты также сообщали о значительном снижении потребления нелегальных наркотиков и уменьшении рискованных практик поведения через 3 и 6 месяцев с момента начала исследования **[76]**.

# Программы для секс-работников (СР)

**Эпидемиологическая ситуация.** Секс-работа (СР) наиболее распространена в странах, где значительная часть населения живет за чертой бедности, и секс-услуги являются зачастую единственным возможным источников средств к существованию, как это происходит в ЮАР и Индии. Среди взрослого женского населения ЮАР и Индии, распространенность секс-работы составляет 0,76-1% и 0,6-0,7% соответственно (Таблица 6) **[54, 75]**.

**Таблица 6. Оценка числа СР и распространенности ВИЧ среди СР в странах БРИКС**

| Страна | Оценка числа СР/ доли СР | Распространенность ВИЧ среди СР |
|---|---|---|
| **Южная Африка** | 131-182 тыс. / 0,76-1% среди взрослых женщин **[75]** | 34-69% (2000-2008) **[101]** |
| **Китай** | 4-6 млн. (2000) /0,5% среди основного населения **[100]** | 0,3% (2013) **[91]** |
| **Индия** | 0,6-0,7% среди взрослых женщин **[54]** | 2,67% (2011) **[109] [88]** |
| **Бразилия** | нет данных | 4,9% **[49]** |
| **Россия** | 1 млн. **[13]** | 11,6% (2010) **[13]** |

В России только по официальным оценкам количество секс-работников оценивается в 1 миллион человек и еще около 5 миллионов людей использует услуги СР **[13]**, также попадая в группу риска. По данным общественных организаций, эти цифры значительно занижены и, на самом деле, количество секс-работников приближается к 3-м миллионам, тогда как численность их клиентов составляет, минимум, 30 миллионов человек **[8]**.

Наиболее высокий уровень ВИЧ-инфицированности среди секс-работниц в странах БРИКС отмечен в ЮАР: от 34% до 69% в зависимости от региона (Таблица 6) **[101]**. Однако подобная статистика основывается в основном на данных исследований, проведенных в 1990-е годы, мониторинг уровня ВИЧ-инфицированности в данной группе на государственном уровне не проводится. Согласно экспертной оценке, в 2010 г. около 20% новых случаев инфицирования ВИЧ в ЮАР были связаны с секс-работой **[101]**.

В России также наблюдается высокий уровень распространенности ВИЧ среди секс-работников (11,6%) **[13]**. Ситуация осложняется тем, что, по оценкам, треть секс-работников в России также имеет опыт употребления инъекционных наркотиков **[42]**. Оценки распространенности ВИЧ обычно проводятся среди уличных секс-работников, однако среди женщин, которые работают в салонах, уровень инфицированности тоже очень высок. Исследование, проведенное в 2012 г. в Санкт-Петербурге среди 479 секс-работников, предоставляющих услуги в массажных салонах, саунах и подобных заведениях, показало, что 13% протестированных женщин были инфицированы ВИЧ **[20]**.

В Бразилии 4,9% секс-работников инфицированы ВИЧ **[49]**. В Индии распространенность ВИЧ среди СР, в среднем, составляет 2,67% **[88]**, но в некоторых регионах этот показатель значительно выше: 5,9% СР инфицированы ВИЧ в Западном Бенгале, 9,6% в Калькутте и 25,7% на Гоа **[108, 109, 111]**. Распространенность ВИЧ среди СР в Китае достаточно низкая и составляет 0,3% **[91]**. Тем не менее, процент новых случаев ВИЧ, связанных с гетеросексуальными контактами в Китае, увеличился с 30,6% в 2006 г. до 69,4% в 2013 г. **[91]**.

**Законодательство и государственная политика**. Многие эксперты связывают нелегальный статус секс-работниц с еще большей стигматизацией данной группы, что зачастую ведет к насилию со стороны полиции и клиентов. Легализация секс-работы и защита прав секс-работниц всемирно признаны одним из компонентов профилактики ВИЧ инфекции в данной популяции.

В Бразилии секс-работа легализована **[39]**. В Индии коммерческий секс, за исключением организации борделей, не запрещен законом **[40]**. В Китае **[120]** и России **[10]** секс-работа нелегальна, но широко распространена. Китай запустил первые пилотные проекты по профилактике ВИЧ среди СР в 1997 году, а начиная с 2003 года, правительство Китая начало выделять значительнее средства на профилактику ВИЧ среди СР **[103]**.

Наиболее сложная ситуация в ЮАР, где нелегальный статус секс-работы и гендерное неравенство связаны со стигмой в учреждениях здравоохранения, насилием со стороны клиентов и полиции (включая сексуальное насилие и конфискацию презервативов) и отсутствием какой-либо государственной

поддержки программ профилактики ВИЧ в данной группе. В течение последних 7 лет Южно-Африканская законодательная комиссия готовит законопроект по декриминализации проституции **[101]**.

Зачастую в дополнение к неблагоприятной национальной политике, включающей нелегальный статус СР и отсутствие финансирования на работу с этой группой, PEPFAR – крупнейший международный донор программ по ВИЧ – выделяет финансирование только при условии, что получатели средств проводят четко сформулированную политику осуждения проституции и торговли людьми. Тем не менее, это требование, по сути, только осложняло доступ секс-работников к профилактическим программам. Вследствие неприемлемости данных условий правительства США, в 2005 г. Бразилия отвергла грант в размере 40 миллионов долларов из средств PEPFAR и вместо этого инвестировала собственные средства в профилактику ВИЧ среди секс-работников **[50]**. В 2013 г. Верховный Суд США признал незаконность данного требования, но решение пока распространяется только на получателей федерального финансирования среди местных американских организаций **[64]**.

**Программы.** Раздача бесплатных презервативов через аутрич-работников, а также тестирование и лечение заболеваний, передающихся половым путем, являются самыми распространенными и наиболее эффективными стратегиями по профилактике ВИЧ среди СР. В ЮАР подобные программы осуществляются только в нескольких крупных городах при поддержке международных доноров. Несмотря на увеличение количества клиентов мобильных клиник из года в год и успеха пилотных проектов в отелях, увеличение количества подобных программ невозможно в виду отсутствия финансирования со стороны государства **[74]**.

Правительство Бразилии предпринимает беспрецедентные шаги в отношении профилактики ВИЧ среди СР. Поддерживаются интервенции, которые повышают самооценку у секс-работников, побуждают их заботиться о своем здоровье, а также использовать презервативы на постоянной основе **[39]**. Правительство оказывает мощную поддержку общественным организациям, оказывающим услуги СР и занимающимся защитой прав этой группы. Так, «Давида» является всемирно признанной организацией по защите прав СР, которая работает при прямой поддержке Министерства здравоохранения Бразилии **[73]**.

В России 7 проектов профилактики ВИЧ среди секс-работников, поддерживаемые из средств Глобального Фонда, охватили услугами 6 000 человек в 2013 г. **[19]**. Целенаправленное государственное финансирование на профилактическую работу среди секс-работников выделяется только в нескольких регионах, в том числе, в Санкт-Петербурге **[5]** и Республике Татарстан **[23]**.

**Результаты.** В Претории (ЮАР) поведенческая интервенция, направленная на СР, употребляющих наркотики, доказала свою эффективность через увеличение процента участников, использующих презервативы, и снижение частоты употребления алкоголя и крэка **[125]**.

В Китае проект, реализованный в провинции Юннань, был направлен на предоставление профилактической информации и раздачу бесплатных презервативов для СР. Через 3 месяца после запуска проекта произошло значимое повышения уровня знаний и использования презервативов: 61% секс-работников использовали презерватив в течение последнего сексуального контакта на начало работы проекта и 85% - через 3 месяца после участия в проекте **[130]**. Такой же положительный результат достигнут в ходе еще одного пилотного проекта, проведенного в 5 городах в 2000 году, где через год после начала программы процент участников, имеющих незащищенный секс, снизился с 55% до 67% **[103]**. Изначально правительство Китая не поддерживало проведение подобных программ, расценивая раздачу презервативов как провокацию сексуальной распущенности. Однако успех пилотных программ убедил чиновников, и подобные проекты были запущены по всей стране с государственной финансовой поддержкой, начиная с 2003 года, что обеспечило поддержку низкого уровня распространенности ВИЧ среди СР в течение последних 10 лет **[91, 104]**.

По результатам опроса 2013 г. в Бразилии, где обеспечение доступа к бесплатным презервативам является ключевым компонентом национальной политики по ВИЧ **[49]**, 77% СР получили презервативы бесплатно и 90% использовали презерватив в течение последнего сексуального контакта **[49]**.

Наконец, «Проект Сонагачи» в Индии также добился впечатляющих результатов: использование презервативов в экспериментальной группе составило 39%, а в контрольной – 11%. «Проект Сонагачи» осуществлялся при участии самих СР и

включал в себя предоставление профилактической информации, бесплатную раздачу презервативов и работу с полицией и сутенерами **[44]**. Еще один крупный проект был проведен в Димапуре, где в проект была включена клиника по лечению заболеваний, передающихся половым путем, в которой раздача бесплатных презервативов осуществлялась аутрич-работниками. Так, в 2006 году только 35,2% СР использовали презерватив со случайными партерами, тогда как в 2009 году эта цифра увеличилась до 72,4%. Процент людей, прошедших тестирование на ВИЧ, также увеличился (с 8,9% до 29,1%). Кроме того, СР, непосредственно участвовавшие в программе, в два раза чаще использовали презервативы на постоянной основе по сравнению с теми, кто не принимал в ней участие **[38]**.

# Программы для мигрантов

**Эпидемиологическая ситуация**. Миграция из сельской местности в крупные города в поисках заработка, а также миграция в страны с более благоприятными экономическими условиями и возможностями трудоустройства является довольно распространенным явлением во всех странах БРИКС.

В Бразилии каждый третий житель сельской местности имел опыт миграции в крупные города **[52]**. Согласно экспертным оценкам, в Китае проживает примерно 130 миллионов мигрантов, что составляет примерно 10% от общего населения **[36, 67, 68]**. По данным Pew Research Center, Россия занимает второе место в мире по количеству внешних мигрантов; в 2013 г. в стране находилось 11 миллионов выходцев из других стран **[3]**.

Согласно результатам исследований, распространенность ВИЧ-инфекции среди мигрантов обычно значительно выше, чем в общей популяции **[119, 132]**. В РФ распространенность ВИЧ среди основного населения и иностранцев росла, примерно, одинаковыми темпами **[3]**; тем не менее, в 2014 г. было выявлено на 80,7% больше ВИЧ-инфицированных иностранных граждан, чем в 2013 г. **[26]**, что может быть связано с притоком мигрантов в связи с военными действиями в соседней стране. В Индии распространенность ВИЧ среди мигрантов составляет 0,9%, тогда как данный показатель в общей популяции в 4 раза ниже **[56]**. В ЮАР распространенность ВИЧ среди основного населения составляет 19,1% **[119]**, в то время как среди мигрантов этот показатель варьируется в пределах 28-49% **[101]**, а среди отдельных категорий мигрантов в ЮАР распространенность ВИЧ еще выше. Так в Квазулу-Натал 63% женщин-мигрантов в возрасте 25-29 лет инфицированы ВИЧ **[126]**, до 56% дальнобойщиков и секс-работников, которые работали вдоль основных магистралей в ЮАР, были инфицированы ВИЧ **[71]**.

Вдали от постоянных партнеров мигранты зачастую пользуются услугами секс-работников или вступают в сексуальные отношения со случайными партнерами **[32]**. Согласно исследованию, проведенному в Санкт-Петербурге (Россия) в 2011 г., из 499 мигрантов-мужчин из Восточной Европы и Центральной Азии 30% имели многочисленных сексуальных партнеров-женщин в течение 3-х предшествующих

месяцев, но при этом презервативы использовались только в 52% случаях сексуальных контактов со случайным партнером **[34]**. В Бразилии 17% мигрантов имели сексуальные контакты с секс-работниками; при этом 40% мигрантов из этой группы использовали презервативы нерегулярно **[105]**.

Таким образом, после того, как мигранты возвращаются с заработков, их сексуальные партнеры зачастую оказываются в группе высокого риска инфицирования ВИЧ. В некоторых районах Индии женщины, которые являются постоянными партнерами мигрантов, составляют около 90% от общего числа новых случаев ВИЧ-инфекции **[98]**.

**Программы и результаты.** Профилактические программы для мигрантов включают информационную работу, предоставление средств профилактики ВИЧ, а также повышение доступности лечения ВИЧ-инфекции. Некоторые интервенции также включают тренинги для медицинских работников для предупреждения стигмы и дискриминации в отношении мигрантов в учреждениях здравоохранения **[35]**.

Законодательство ЮАР гарантирует доступность бесплатных медицинских услуг в государственных клиниках **[74]**, однако некоторые медицинские учреждения прописывают свои негласные правила и отказывают в предоставлении лечения мигрантам **[55, 72, 123, 124]**. Некоторые крупные компании в ЮАР пришли к выводу, что предоставление услуг по профилактике и лечению ВИЧ либо непосредственно на территории компании, либо через предоставление медицинской страховки является экономически эффективной стратегией. Это повышает производительность труда, позволяет сократить количество дней, когда сотрудники отсутствует на рабочем месте по причине болезни, а также сокращает временные затраты на обучение новых сотрудников за счет уменьшения смертности среди работников **[115]**. В соседней стране Ботсване алмазная шахта предоставляла антиретровирусную терапию ВИЧ-инфицированным работникам и их семьям, что привело к снижению количества смертности и дней отсутствия по причине болезни на 20% **[83]**.

Правительство Китая запустило национальный проект «100 университетов идут в 1000 компаний», где 7000 студентов-волонтеров провели информационно-профилактическую работу с 300 000 работников строек и фабрик **[91]**.

В Индии показала свою эффективность многокомпонентная программа профилактики ВИЧ, направленная на мигрантов из Непала и Бангладеш. Программа включала тренинг медицинских работников и органов правопорядка, аутрич-работу, мобильные и локальные сайты, проводящие тестирование и информационную работу; также были установлены партнерские взаимоотношения между общественными и государственными организациями с целью обеспечения антиретровирусной терапии для мигрантов. По итогам программы 42% мигрантов в экспериментальной группе из Непала и 39% мигрантов из Бангладеш использовали презерватив в течение последнего сексуального контакта, тогда как данный показатель составил 28% и 13% соответственно среди мигрантов в контрольной группе **[107]**.

В России целенаправленное финансирование на профилактику ВИЧ среди мигрантов из федеральных источников не выделяется. Между тем, мигранты-иностранцы не могут получить бесплатную медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования **[4]**, к тому же несколько исследований указали на низкую осведомленность о путях распространения ВИЧ среди трудовых мигрантов из Центральной Азии **[3, 34]**. В отдельных городах мигранты получают услуги профилактики ВИЧ в рамках рутинной работы СПИД-сервисных организаций **[6]**. Республика Татарстан является одним из немногих регионов, где из государственного бюджета с 2012 г. выделяются субсидии (микрогранты), на которые осуществляется аутрич-работа, обучение и распространение профилактических материалов на национальных языках в местах проживания и работы мигрантов, а также предоставляются бесплатные услуги врачей Низкопорогового центра на базе Республиканского клинического кожно-венерологического диспансера **[24]**.

# Профилактика ВИЧ в образовательных учреждениях

**Эпидемиологическая ситуация**. Подростки в значительной мере уязвимы к ВИЧ, что связано с большой вероятностью сексуального дебюта в этом возрасте, занятия сексом в обмен на деньги или услуги, а также рисками сексуального насилия и принуждения **[81]**. Южная Африка имеет наибольшую распространенность ВИЧ в группе молодых людей 15-24 лет как среди стран БРИКС (Таблица 7), так и во всем мире **[119]**.

**Таблица 7. Оценка распространенности ВИЧ среди молодых людей 15-24 лет в странах БРИКС, 2013 г. [119]**

| Страна | Молодые женщины | Молодые мужчины |
|---|---|---|
| **Южная Африка** | 13,1% (11,9-16,1%) | 4,0% (2,5-5,9%) |
| **Китай** | нет данных | нет данных |
| **Индия** | (<0,1 – 0,2%) | (<0,1 – 0,2%) |
| **Бразилия** | 0,2% (0,1-0,2%) | 0,4% (0,2-0,6%) |
| **Россия** | нет данных | нет данных |

**Государственная политика и программы**. Профилактическая работа в образовательных учреждениях, особенно в средних школах, является важным компонентом первичной профилактики ВИЧ среди основного населения. Во-первых, школы предоставляют возможность широкого охвата детей и подростков информацией о рисках ВИЧ и ИППП, а во-вторых, такие мероприятия имеют потенциал изменения групповых норм поведения. Профилактические программы среди школьников преследуют, как правило, три цели: отложенный сексуальный дебют, снижение риска употребления алкоголя и других психоактивных веществ, а также снижение частоты рискованных сексуальных практик.

В России разделы о профилактике ВИЧ и СПИДа и репродуктивном здоровье включены в действующие федеральные государственные образовательные стандарты среднего образования (1–11-й классы) и программы учебных предметов «Биология» и «Основы безопасности жизнедеятельности» **[27, 29]**. В 2007– 2012 годах в 11 регионах РФ при поддержке Фонда «Здоровье и развитие» более 400

тыс. учащихся школ и профессионально-технических училищ были охвачены внеурочной интерактивной профилактической программой «Все, что тебя касается»; программа была разработана на принципах обучения жизненным навыкам и рассчитана на 36 часов **[29]**. В 2012 году в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» была разработана и реализована 18-часовая «Программа по первичной профилактике ВИЧ-инфекции в образовательной среде и формированию толерантного отношения к ВИЧ-позитивным людям и их ближайшему окружению». В 2012 году этой внеурочной программой было охвачено более 160 тыс. учащихся, а также были обучены более чем 85 тыс. родителей и более 8500 педагогических работников. Несмотря на широкое обучение родителей и педагогов, существующие программы профилактики иногда подвергаются сомнению относительно их уместности и вызывают дискуссии; оппонентами этих программ выступают как педагоги, так и родители **[29]**.

Южная Африка уделяет особо пристальное внимание профилактической работе в образовательных учреждениях. Как утверждается в национальном отчете 2012 г. по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, «когда эпидемия ВИЧ является генерализованной, каждое место работы, каждая школа и каждое местное сообщество должны стать местами интенсивной профилактики ВИЧ» **[101, с. 41]**. В 1999 г. была разработана Национальная политика по ВИЧ/СПИДу для учащихся и учителей в государственных школах, студентов и преподавателей в институтах дальнейшего и профессионального образования. В соответствии с этим документом, Департамент здравоохранения разработал программу для учащихся, которая включала элементы просвещения и формирования жизненных навыков для профилактики ВИЧ. В 2010 г. Департамент основного образования разработал Интегрированную стратегию в области ВИЧ, инфекций, передающихся сексуальным путем, и СПИДа. В настоящий момент данный документ определяет содержание Программы формирования жизненных навыков в контексте ВИЧ/СПИДа для 12 миллионов учащихся и их преподавателей в ЮАР. Эта программа включает, в частности, курс обучения, выработанный на основе «Международного руководства ЮНЭСКО по сексуальному просвещению», раздаточные материалы для школ по вопросам сексуального просвещения, употребления наркотиков и психоактивных веществ, стигмы, дискриминации, давления со стороны ровесников, и ВИЧ/СПИДа; тренинг для учителей, а также

программы «равного» обучения, работающие в 16 505 начальных и средних школах **[101]**.

В Китае Министерство образования выпустило «Основные требования к просвещению по вопросам здоровья в начальных и средних школах» в 1990 г. и аналогичный документ для ВУЗов в 1993 г.; в этих документах подчеркивалось, что в образовательных учреждениях должны продвигаться идеи сексуальной морали и самодисциплины в целях профилактики ВИЧ и ИППП. В 2003 г. Министерство образования выпустило «Руководство по просвещению в области профилактики ВИЧ/СПИДа для высшей школы», обязав студентов высших учебных заведений посетить 10 сессий программы просвещения в области ВИЧ/СПИДа. В школах и университетах программы профилактики ВИЧ включают не только образовательные сессии, но и обучение силами «равных» консультантов, сочинения или рисунки на тему ВИЧ/СПИДа, выставки постеров, а также театральные представления **[53]**.

В Бразилии профилактика ВИЧ среди школьников осуществляется через Программу здоровья и профилактики в школах, в цели которой, в частности, входит продвижение сексуального и репродуктивного здоровья среди подростков и молодых людей, а также совместная работа образовательного сектора и сектора здравоохранения с целью профилактики ВИЧ и ИППП, а также снижения частоты нежелательной беременности среди девушек 10-24 лет. Эта программа работает децентрализованно через рабочие группы, в которые входят представители трех уровней государства (федеральный, региональный и муниципальный), а также представители гражданского общества, университетов и местных организаций. В 2008 г. такие группы работали во всех регионах Бразилии, но программы проводились только в 600 муниципалитетах, которые представляют десятую часть от всех муниципалитетов Бразилии **[116]**.

В Индии образовательная программа для подростков – составная часть пакета услуг по профилактике, который реализуется в рамках 4-й фазы Национальной программы контроля над ВИЧ/СПИДом **[57]**. Образовательные программы для подростков также были реализованы в рамках предыдущей, 3-й фазы Национальной программы. Образовательная программа для подростков проводится в средних и старших классах школ с целью формирования у подростков

жизненных навыков, которые помогают справляться с физическими и психологическими изменениями, вызванными взрослением. Программа предусматривает 16 сессий, которые проводятся в 9-м и 11-м классах. В 2011-2012 годах эти программы проводились в 23-х из 29 штатах и охватывали около 50 000 школ **[86]**.

**Результаты.** Исследование, проведенное в 2012 г. в Китае, оценило эффективность программы, состоявшей из одной сессии по ВИЧ/СПИДу, которая была проведена в в 3-х школах для средних классов и 2-х школах для старших классов города Уханя; всего в программе участвовали 702 мальчика и 766 девочек. В результате программы значительно улучшились знания о ВИЧ/СПИДе и снизились дискриминационные установки школьников в отношении людей, живущих с ВИЧ **[61]**.

Рандомизированное контролируемое исследование, проведенное в ЮАР, оценило процесс реализации профилактической программы по ВИЧ/СПИДу для восьмиклассников из 26 школ Кейптауна, из которых в половине школ (экспериментальная группа) проводились образовательные сессии в целях формирования жизненных навыков, которые проводили учителя в течение полугода **[82]**. Исследование показало, что успех реализации программы варьировался в зависимости от школы и предопределялся сочетанием структурных и индивидуальных факторов. Успешная реализация программы была связана с такими факторами, как соответствие реализации сессий намеченному плану, прохождение учителями тренингов, мониторинг и поддержка учителей, подробные инструкции для учителей относительно проведения сессий, а также энтузиазм школьников. Факторы, которые затрудняли реализацию программы, включали большие размеры классов, большое количество разных занятий в рамках программы, сопротивление или недостаточный опыт учителей при проведении программ, требующих активного участия учеников, частая смена учителей, а также низкий приоритет занятий по формированию жизненных навыков по сравнению с обычными учебными предметами для школьников.

Особый интерес представляет обзорное исследование школьных программ формирования жизненных навыков в контексте ВИЧ/СПИДа, в котором были обобщены результаты 25 исследований из разных стран, включая, в том числе,

Индию, ЮАР и Бразилию **[133]**. Исследование показало, что подобные программы лучше всего воздействуют на знания, установки, намерения и навыки подростков. Программы формирования жизненных навыков имели неоднозначные показатели влияния на сексуальное поведение, возможно, в силу того, что воздействие было сильнее для подростков, у которых еще не произошел сексуальный дебют. Тем не менее, авторы пришли к заключению, что чрезмерная сфокусированность ожидаемых результатов на изменении поведения может привести к игнорированию других позитивных результатов просветительских программ в школах.

# Информационная работа с основным населением

**Программы**. Из стран БРИКС только в ЮАР эпидемия ВИЧ является генерализованной. Тем не менее, все страны объединения проводят программы первичной профилактики ВИЧ среди основного населения. Как правило, такие программы заключаются в информационно-коммуникационных кампаниях в средствах массовой информации. Наряду с этим программы первичной профилактики также используют средства театра, телевидения, радио и видео для более эффективного информирования о проблемах, связанных с ВИЧ.

На ранних стадиях эпидемии ВИЧ СМИ использовались для повышения осведомленности населения о вирусе и путях инфицирования **[85]**. Начиная с 1990х годов, информационные кампании стали проводиться с целью изменения рискованного сексуального поведения. В настоящее время, данные кампании охватывают разные аспекты ВИЧ – от профилактики по лечения и поддержки **[46]**. Примечательно, что целевой группой для информационных кампаний по профилактике ВИЧ обычно является основное население или такой его сегмент как молодежь, но очень редко - уязвимые к ВИЧ группы **[45]**.

Наиболее заметные информационные кампании в области ВИЧ, проведенные в четырех странах БРИКС, представлены в Таблице 8.

**Результаты.** Южно-Африканский проект «Душевный город» является одним из самых известных и успешных в мире коммуникационных проектов по ВИЧ. Проект включает теленовеллу, состоящую из 13 сезонов и транслировавшуюся в прайм-тайм, радиодраму из 45 сезонов, а также три информационных буклета, которые были распространены через 10 общенациональных газет, по миллиону экземпляров каждый. Действие теленовеллы происходит в городе, радиодрамы – в сельской местности, и в обоих случаях с помощью средств «мыльной оперы» показана жизнь обычных южноафриканцев, которые пытаются решать обычные жизненные проблемы. В том числе, поднимаются такие темы, как дискриминация, домашнее насилие, жизнь с ВИЧ, подростковая сексуальность **[63]**.

**Таблица 8. Информационные кампании в области ВИЧ в странах БРИКС**

| Страна | Название кампании | Описание |
|---|---|---|
| **Южная Африка [41]** | «Душевный город» | Теленовелла и радиодрама о жизни с ВИЧ; кампания была направлена на взрослое малоимущее население и достигла более 70% жителей страны. |
| | «Душевные друзья» | Телевизионное семейное шоу, которое охватило 67% детей. |
| | «Хоманани» | Радио и телевизионные программы с целью поднять уровень информированности населения по вопросам ВИЧ/СПИДа. |
| | loveLife | Кампания, в рамках которой был использован ряд медийных ресурсов и поддержаны центры предоставления молодежи информации о сексуальном здоровье Подростки (12-19 лет) вовлекались в кампанию посредством равных консультантов. |
| **Индия [40]** | Экспресс «Красная лента» | Кампания по повышению осведомленности о ВИЧ, которая проводится посредством поезда Индийских железнодорожных путей. К 2013 г. поезд побывал в 23 штатах и охватил более 10 миллионов людей в сельских районах страны сообщениями о профилактике ВИЧ. Сейчас в поезде также можно получить услуги ВИЧ-тестирования и консультирования и лечение ЗППП. |
| | Программа социального маркетинга презервативов | Кампания проводится для продвижения безопасного секса через улучшение доступности презервативов. К 2014 г. было распространено более 560 миллионов презервативов в 15 штатах. |
| **Бразилия [39]** | «Будь тем, кто знает» («Be in the know») | Кампания была направлена на привлечение населения к тестированию на ВИЧ. Вначале внимание к проблеме было приковано с помощью широкомасштабного показа моды с участием моделей и знаменитостей, рекламировавших лого кампании, а затем были привлечены телевидение и газеты. |
| **Россия [28]** | Информационная кампания «ВИЧ. Узнай больше!» | Кампания была проведена в 2004-2005 гг. и была направлена на улучшение знаний о ВИЧ, а также снижение дискриминации и стигматизации относительно людей, живущих с ВИЧ. Видеоролики, показанные по всем федеральным каналам, увидели около 50 млн. телезрителей. В мероприятиях кампании, проводившихся в Москве и 30 регионах России, приняло участие более 100 тыс. людей. |

Результаты ряда исследований показали, что просмотр «Душевного города» был связан с улучшением знаний в области ВИЧ и с позитивными изменениями в поведении **[63]**. Так, например, исследование, проведенное среди 3150 учащихся в возрасте от 13 до 24 лет, продемонстрировало, что кампания помогла молодым людям улучшить знания, касающиеся использования презервативов, способствовала уменьшению дискриминационных установок в отношении ВИЧ-позитивных людей, придала ощущение собственной эффективности, а также была связана с отложенным сексуальным дебютом **[97]**.

На успех «Душевного города» повлияли несколько факторов. Во-первых, теле- и радиодрама были выстроены на основе 18-месячного предварительного исследования среди представителей целевых аудиторий. Во-вторых, кампания опиралась не на тактику индивидуальных ориентированных посланий, а на многоуровневую теоретическую модель, согласно которой, индивидуальное поведение человека в области здоровья и его социальная среда тесно взаимосвязаны. Соответственно, «Душевный город» обращался не только к индивидуумам, но и к местным сообществам, подчеркивая значимость коллективных действий для борьбы с дискриминацией и стигмой. Третьим фактором, который способствовал успеху «Душевного города», был выбор средств «мыльной оперы», через которую транслировались сообщения о профилактике ВИЧ и искоренении дискриминации; благодаря художественному сюжету и длительности теле – и радиодрамы зрители смогли привязаться к персонажам и соотносить их жизнь со своей жизнью, сочувствуя и переживая за них. Причем действие драмы не было основано исключительно на теме ВИЧ - для устранения предсказуемости и усталости от сюжета. Еще одним фактором успеха стало использование нескольких медийных каналов (ТВ, радио, печатные материалы) для усиления и расширения воздействия на целевые аудитории **[63]**.

Другие эффективные коммуникационные проекты в области первичной профилактики ВИЧ используют средства, успешно апробированные в «Душевном городе», включая, например, театрализацию, комплексность и длительность воздействия. Так, в Индии были изучены результаты театрального представления, которое включало темы, связанные с ВИЧ/СПИДом **[122]**. Участники исследования, которые посмотрели это представление, смогли лучше ответить на 12 вопросов о

ВИЧ по окончанию представления по сравнению с теми, кто его не смотрел (97% правильных ответов по сравнению с 94%).

В Китае коммуникационные стратегии (видеоролики и радиопередачи) были интегрированы с услугами планирования семьи (индивидуальные визиты на дом, консультирование и предоставление бесплатных презервативов) и были направлены на молодых людей **[131]**. По окончанию 12-месячной программы экспериментальная группа значительно улучшила свои знания о путях распространения ВИЧ, включая риски незащищенного секса (количество правильных ответов возросло с 77% в начале до 95% в конце программы), наличие нескольких сексуальных партнеров (с 69% до 93%), также риски совместного использования игл для употребления наркотиков (с 63% до 95%).

В России за последние несколько лет федеральное финансирование на информационную работу с основным населением выделяется, в основном, на создание видеороликов и печатной продукции **[12, 30]**. Отсутствуют примеры интервенций более длительного и комплексного воздействия, включая, например, теленовеллы о жизни с ВИЧ.

# Заключение и рекомендации

Данное исследование показало, что у каждой из стран БРИКС в той или иной мере накоплен позитивный опыт определенных профилактических вмешательств в области ВИЧ, который может оказаться полезным для Российской Федерации.

Бразилия является примером стратегического подхода к концентрированной эпидемии ВИЧ. Эта страна с самого начала эпидемии – 1980-х годов - сосредоточила профилактические программы на уязвимых группах (СР, ЛУИН, МСМ), с 1996 г. добилась универсального доступа к лечению ВИЧ для всех нуждающихся, включая уязвимые группы, а также активно опиралась на экспертизу НКО при формировании государственной политики по ВИЧ **[93]**. В результате за период с 2003 по 2013 гг. смертность от СПИДа в Бразилии снизилась на 15%. В дополнение, РФ также может пригодиться опыт децентрализованного подхода к противодействию эпидемии ВИЧ в Бразилии, особенно в связи с тем, что в последнее время в РФ наметилась тенденция на перенос решений, касающихся профилактических программ по ВИЧ, в регионы. Именно децентрализация стала одним из главных факторов, способствовавших своевременности и эффективности ответных мер на ВИЧ в Бразилии **[62]**.

Индия и Китай являются странами, которые ответственно подошли к профилактике и контролю эпидемии ВИЧ среди ЛУИН. В Индии государство финансирует все три вида вмешательств по ВИЧ среди ЛУИН, указанных в Национальной программе по контролю над СПИДом: программы игл и шприцев, ОЗТ и «равное» просвещение на базе учреждений здравоохранения **[39]**. Услугами этих программ пользуются 74,6% ЛУИН **[88]**. В результате такого широкомасштабного охвата, распространенность ВИЧ среди ЛУИН в Индии остается в большинстве регионов неизменной с 2007 г. **[87]**.

В Китае размер популяции ЛУИН сопоставим с российской (Таблица 4) **[79]**. Тем не менее, Китаю удалось добиться почти двукратного снижения распространенности ВИЧ среди ЛУИН за 8 лет (с 12,3% в 2005 г. до 6,3% в 2013 г.), благодаря активному развертыванию мероприятий для ЛУИН, включая программы предоставления игл и шприцев, а также программы ОЗТ.

В ЮАР накоплен опыт инновационных программ в области первичной профилактики ВИЧ. Это также страна, которая наиболее последовательно защищает права такой уязвимой к ВИЧ группы, как мужчины, практикующие секс с мужчинами. В то же время, криминализация другой уязвимой группы – СР – привела к негативным последствиям, которые напрямую отражаются на эпидемической ситуации в стране. До двух третей СР могут быть инфицированы ВИЧ, в результате чего примерно почти пятая часть (19,8%) новых случаев инфицирования в Южной Африке связана с СР и их партнерами/клиентами, что вдвое превышает процент новых случаи ВИЧ, связанных с МСМ (9,2%) и в 15 раз превышает долю новых случаев ВИЧ, связанных с ЛУИН (1,3%) **[101]**. Как следствие, несмотря на широкий охват населения ЮАР АРВ-терапией, по-прежнему беспрецедентно большое число людей (около 400 000) человек инфицируются ВИЧ ежегодно **[114]**.

Недавняя криминализация МСМ в Индии с большой вероятностью может привести к аналогичным результатам значительного повышения доли новых случаев ВИЧ в этой группе и, соответственно, к росту темпов эпидемии в целом.

На основе проведенного исследования следующие мероприятия потенциально могут использоваться в Российской Федерации для повышения эффективности мер профилактики ВИЧ-инфекции в ответ на растущую эпидемию:

- Разработка Плана действий по профилактики ВИЧ среди групп, наиболее уязвимых к ВИЧ-инфекции в Российской Федерации: ЛУИН и их сексуальных партнеров, СР и их сексуальных партнеров, МСМ, а также трудовых мигрантов.
- Выделение адекватных ресурсов для реализации широкомасштабных мероприятий в отношении уязвимых к ВИЧ групп на основе технических руководств ВОЗ и данных об эффективности, подтвержденных доказательной информацией.
- Вовлечение представителей гражданского общества, включая представителей уязвимых групп, в формирование государственной политики по ВИЧ, и обеспечение значимого участия гражданского общества в данном процессе.

- Выделение ресурсов для широкого развертывания программ предоставления игл и шприцев, опираясь на международный опыт и лучшие отечественные практики.
- Рассмотрение возможности применения ОЗТ как эффективной стратегии профилактики ВИЧ среди потребителей опиоидных наркотиков, опираясь на опыт стран БРИКС. По мнению авторов отчета, в отношении ВИЧ-инфекции в странах БРИКС этот метод зарекомендовал себя как крайне эффективный метод профилактики.
- Проведение оценки мер первичной профилактики ВИЧ среди основного населения, включая просветительские программы в школах и информационно-коммуникационные кампании; продвижение только тех программ, которые доказали свою эффективность.

В целом, данное исследование показало, что приверженность профилактической работе с уязвимыми группами имеет решающее значение для контроля эпидемии ВИЧ, снижения новых инфекций и летальных исходов от ВИЧ/СПИДа – как в странах с концентрированными эпидемиями, так и с генерализованными.

# Список литературы

## Источники на русском языке:


1. Артеменко Г. (24 июля 2013). Петербургское правительство субсидирует СО НКО. *Агентство социальной информации*. http://www.asi.org.ru/news/peterburgskoe-pravitel-stvo-subsidiruet-so-nko/

2. Благотворительный Фонд Тимура Исламова. Минздрав РТ поддержал проект "Центр мотивации для наркозависимых". http://www.ticf.org/news/minzdrav-rt-podderzhal-proekt-centr-motivacii-dlya-narkozavisimyh

3. Грицюк М. (8 апреля 2015). СПИД уходит за границу: Мигранты плохо осведомлены об опасности ВИЧ-инфекции. *RG.RU "Российская газета"* - Федеральный выпуск №6645 (74).

4. Демоскоп Weekly (18 апреля - 1 мая 2011). Вопросы предоставления медицинской помощи иностранным гражданам и лицам без гражданства в Российской Федерации. *Материалы Рабочей группы по медицинским и социальным проблемам трудящихся мигрантов за 2010 г.* http://demoscope.ru/weekly/2011/0463/biblio03.php

5. ДокторПитер (15 апреля 2015). Смольный выделит НКО почти 5 млн рублей на профилактику ВИЧ. http://doctorpiter.ru/articles/11560/

6. Интервью с А. Кропиновым, 10 мая 2015 г.

7. Интервью с Е. Писемским, 12 мая 2015 г.

8. Интервью с И. Масловой, 18 мая 2015 г.

9. Киржанова В.В. (2015). Основные тенденции заболеваемости наркоманией в Российской Федерации. *Доклад на Всероссийской научно-практической конференции «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. Вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С при оказании медицинской помощи»*. Владимирская область, Суздаль, 10-13 марта 2015 г.

10. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях. Ст. 6.11.

11. Козлов В. (19 декабря 2012). Иностранцам с ВИЧ предписана депортация. Власти не разрешают ВИЧ-инфицированным выходцам из СССР жить в России, даже если те давно обзавелись семьей. *Газета.ru* http://www.gazeta.ru/social/2012/12/18/4895957.shtml

12. Кузина А. (15 октября 2013). Минздрав планирует победить ВИЧ с помощью телевизора: За два с половиной месяца до конца года ведомство решило потратить баснословную сумму на профилактические ролики. *MK.RU.* http://www.mk.ru/social/health/article/2013/10/15/930863-minzdrav-planiruet-pobedit-vich-s-pomoschyu-televizora.html

13. Ладная Н.Н. (2015). Результаты обследования населения России на ВИЧ. *Доклад на Всероссийской научно-практической конференции «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. Вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С при оказании медицинской помощи»*. Владимирская область, Суздаль, 10-13 марта 2015 г.

14. Ларионова М.В., Рахмангулов М.Р., Шелепов А.В., Сахаров А.Г. (2014). Формирование повестки дня БРИКС в сфере здравоохранения. *Вестник международных организаций*. 9 (4), с. 102-125. http://iorj.hse.ru/data/2014/12/26/1104113347/BRICShealthrus.pdf

15. Министерство здравоохранения Российской Федерации (2015). Проект распоряжения «Об утверждении Государственной стратегии противодействия распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в Российской Федерации на период до 2020 года». http://www.rosminzdrav.ru/open/discuss/projects/22810

16. Мухаметшина Е. (4 мая 2015). Иностранцы с ВИЧ не будут депортированы из России, если у них здесь живут члены семьи: ФМС оказалась либеральнее Конституционного суда, констатируют эксперты. *Ведомости.*

http://www.vedomosti.ru/newspaper/articles/2015/05/05/inostrantsi-s-vich-ne-budut-deportirovani-iz-rossii-esli-u-nih-zdes-zhivut-chleni-semi

17. Некоммерческое партнерство «ЭСВЕРО». (2006-2015). Программы комплексной профилактики. http://www.esvero.ru/catalogue/214/

18. Открытый Институт Здоровья (2015). Проект ГЛОБУС. Исследования. http://www.ohi.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=261&Itemid=1089&lang=ru

19. Открытый Институт Здоровья (2015). Проект ГЛОБУС . ГЛОБУС сейчас. http://www.ohi.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=261&Itemid=1089&lang=ru

20. Подрез Т. (2 августа 2013). Ведомство Геннадия Онищенко проверит всех геев и проституток на ВИЧ. *Известия.* http://izvestia.ru/news/554769

21. Попова А.Ю. (2015). Актуальные вопросы надзора за инфекционными заболеваниями в Российской Федерации. Основные тенденции развития эпидпроцесса ВИЧ-инфекции и основные направления работы по стабилизации ситуации. *Доклад на на Всероссийской научно-практической конференции «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. Вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С при оказании медицинской помощи»*. Владимирская область, Суздаль, 10-13 марта 2015 г.

22. Постановление Правительства РФ от 30 июня 1998 г. № 681 "Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации." http://base.garant.ru/12112176/

23. Республиканский центр Министерства Здравоохранения Республики Татарстан по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. http://www.infospid.ru/index.php?cat=sqr

24. Справка о работе автономной благотворительной некоммерческой организации «Новый век» (2015).

25. Федеральный закон от 2 декабря 2013 г. N 349-ФЗ "О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов" (с изменениями и дополнениями), страница 26. Таблица 10 приложения 34 «Распределение иных межбюджетных трансфертов на реализацию мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С бюджетам субъектов Российской Федерации на 2014 год». http://base.garant.ru/70525334/26/#block_34000

26. Федеральный Центр СПИД (2014). Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г.». http://www.hivrussia.org/files/spravkaHIV2014.pdf

27. Черных А. (15 мая 2015). Со скоростью СПИДа: Главный борец с ВИЧ предупредил о национальной угрозе. *Коммерсантъ*. http://www.kommersant.ru/doc/2725956

28. ЮНИСЕФ (2005). Информационные кампании по ВИЧ/СПИДу (пособие для организатора). *Современные социальные технологии*. 2-е издание. http://human.org.ru/files/File/IC.pdf

29. ЮНЭСКО (2013). Профилактическое образование в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Обзор нормативной базы и существующей практики. http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002264/226426R.pdf

30. Sostav.ru (24 мая 2012). 2sharp сделал ролики о СПИДе по заказу Минздравсоцразвития. http://www.sostav.ru/news/2012/05/24/2sharp_spid/

## Источники на английском языке

31. AIDS Legal Network, Sex Worker Education and Advocacy Taskforce, South African National AIDS Council (2009). Human Rights are for Everyone: Why Sex Work Should Be Decriminalised in South Africa. Pretoria: South African National AIDS Council.

32. Alvarez-del Arco, D., Monge, S., Azcoaga, A., Rio, I., Hernando, V., Gonzalez, C., ... & Del Amo, J. (2013). HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 23(6), 1039-1045.

33. AMFAR (July, 2010). MSM and the global HIV/AIDS epidemic: assessing PEPFAR and looking forward; Brief. http://www.amfar.org/uploadedfiles/_amfarorg/Around_the_world/IBPepfar%281%29.pdf

34. Amirkhanian, Y. A., Kuznetsova, A. V., Kelly, J. A., DiFranceisco, W. J., Musatov, V. B., Avsukevich, N. A., ... & McAuliffe, T. L. (2011). Male labor migrants in Russia: HIV risk behavior levels, contextual factors, and prevention needs. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(5), 919-928.

35. Amon, J., & Todrys, K. (2009). Access to antiretroviral treatment for migrant populations in the global South. *Int J Hum Rights*, 6(10), 154–177.

36. Anderson, A.F., Qingsi, Z., Hua, X., & Jianfeng, B. (2003). China's floating population and the potential for HIV transmission: a social-behavioural perspective. *AIDS Care*, 15, 177–185.

37. Armstrong, G., Kermode, M., Sharma, C., Langkham, B., & Crofts, N. (2010). Opioid substitution therapy in Manipur and Nagaland, north-east India: operational research in action. *Harm reduction journal*, 7(1), 29.

38. Armstrong, G., Medhi, G. K., Kermode, M., Mahanta, J., Goswami, P., & Paranjape, R. S. (2013). Exposure to HIV prevention programmes associated with improved condom use and uptake of HIV testing by female sex workers in Nagaland, Northeast India. *BMC public health*, 13(1), 476

39. AVERT.org. HIV & AIDS in Brazil. http://www.avert.org/hiv-aids-brazil.htm

40. AVERT.org (2014). HIV & AIDS in India. http://www.avert.org/hiv-aids-india.htm

41. AVERT.org (2014). HIV & AIDS in South Africa. http://www.avert.org/hiv-aids-south-africa.htm

42. AVERT.org (1986-2014). HIV & AIDS in Russia, Eastern Europe & Central Asia. http://www.avert.org/hiv-aids-russia-eastern-europe-central-asia.htm#footnote18_zr83ryq

43. Barbosa da Silva, J., Desiraju, K., Matsoso, P., Minghui, R., & Salagay, O.(2014). BRICS cooperation in strategic health projects. *Bulletin of the World Health Organization* 92(388). doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.141051 http://www.who.int/bulletin/volumes/92/6/14-141051/en/

44. Basu, I., Jana, S., Rotheram-Borus, M. J., Swendeman, D., Lee, S. J., Newman, P., & Weiss, R. (2004). HIV prevention among sex workers in India. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 36(3), 84.

45. Bertrand, J. T., O'Reilly, K., Denison, J., Anhang, R., & Sweat, M. (2006). Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries. *Health education research*, 21(4), 567-597.

46. Bharath-Kumar, U., Becker-Benton, A., Lettenmaier, C., Fehringer, J., & Bertrand, J. T. (2009). Communication and the antiretroviral treatment rollout: beyond the medical model. *AIDS Education & Prevention*, 21(5), 447-459.

47. Boiteux, L., & Pádua (2014). State responses to drug use in Brazil: a critical analysis of criminal and civil public policies. *In Search of Rights: Drug Users and State Responses in Latin America.* Eds. C. Youngers, C. P. Correa. p. 60-73. http://www.wola.org/sites/default/files/Drug%20Policy/In%20Search%20of%20Rights%209july.pdf#page=60

48. Brazil – Country Reports on Human Rights Practices – 2005, Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor (USA Department of State), 2006-03-08. http://www.state.gov/j/drl/rls/hrrpt/2005/61718.htm

49. Brazilian Ministry of Health. Secretariat of Health Surveillance. Department of STD, AIDS and Viral Hepatitis (2014). Global AIDS Response. Progress Reporting. Narrative Report. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/BRA_narrative_report_2014.pdf

50. Buffington, R. M., Luibhéid, E., & Guy, D. J. (Eds.). (2013). *A Global History of Sexuality: The Modern Era*. John Wiley & Sons.

51. Cáceres, C., Konda, K., Pecheny, M., Chatterjee, A., & Lyerla, R. (2006). Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries. *Sexually transmitted infections*, 82(suppl 3), iii3-iii9

52. Camarano AA. A dinâmica demográfica recente da região Nordeste. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1997.

53. Chai, H. (2004). Brief Introduction of School HIV/AIDS Prevention Education in China. International seminar/workshop on learning and empowering key issues in strategies for HIV/AIDS prevention. Chiang Mai, Thailand, March 1-5, 2004. http://www.unesco.org/education/uie/pdf/Chai.pdf

54. Chandrasekaran, P., Dallabetta, G., Loo, V., Rao, S., Gayle, H., & Alexander, A. (2006). Containing HIV/AIDS in India: the unfinished agenda. *The Lancet infectious diseases*, 6(8), 508-521.

55. Consortium for Refugees and Migrants in South Africa (2009). Protecting Refugees, Asylum Seekers and Immigrants in South Africa. 2009 Report. Johannesburg: CoRMSA.

56. Department of AIDS Control. Ministry of Health and Family Welfare (2013). Annual Report. New Delhi: National AIDS Control Organisation. http://www.naco.gov.in/upload/Publication/Annual%20Report/Annual%20report%202012-13_English.pdf

57. Department of AIDS Control, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India (2014). Statement Containing Brief Activities of the Department of AIDS Control in 2013. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/IND_narrative_report_2014.pdf

58. Dewing, S., Pluddemann, A., Myers, B., & Parry, C. (2006). Review of injection drug use in six African countries: Egypt, Kenya, Mauritius, Nigeria, South Africa and Tanzania. *Drugs Educ Prev Pol*, 13(2), 121-137.

59. Dunkle, K.L., Jewkes, R.K., Brown, H.C., Gray, G.E., McIntryre, J.A., & Harlow, S.D. (2004) Transactional sex among women in Soweto, South Africa: prevalence, risk factors and association with HIV infection. *Social Science & Medicine.* October; 59 (8): 1581–1592.

60. Fick N. (2006). Sex workers speak out. Policing and the sex industry. *SA Crime Quarterly*, March (15), 13–18.

61. Gao, X., Wu, Y., Zhang, Y., Zhang, N., Tang, J., Qiu, J., ... & Du, Y. (2012). Effectiveness of school-based education on HIV/AIDS knowledge, attitude, and behavior among secondary school students in Wuhan, China. *PLoS One*, 7(9), e44881. http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0044881#pone-0044881-t004

62. Gauri, V., & Lieberman, E.S. Institutions, Social Boundaries, and Epidemics: Explaining Government AIDS Policies in Brazil and South Africa.

63. Goldstein, S., Usdin, S., Scheepers, E., & Japhet, G. (2005). Communicating HIV and AIDS, what works? A report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. *Journal of health communication*, 10(5), 465-483.

64. Grant, M.G. (June 20, 2013). Supreme Court Strikes Down Anti-Prostitution Pledge for US Groups. *The Nation.* http://www.thenation.com/blog/174910/supreme-court-strikes-down-anti-prostitution-pledge-us-groups

65. Hacker, M. A., Leite, I. C., Renton, A., Torres, T. G. D., Gracie, R., & Bastos, F. I. (2006). Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4), 751-760. http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006000400014&script=sci_arttext&tlng=e

66. Harm Reduction International (2014). The Global State of Harm Reduction 2014. Ed. K. Stone. http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf

67. He, N., Detels, R., Chen, Z. et al. (2006). Sexual behavior among employed male rural migrants in Shanghai, China. *AIDS Educ Prev,* 18, 176–186.

68. He, N., Wong, F.Y., Huang, Z.J. et al. (2007). HIV risks among two types of male migrants in Shanghai, China: money boys vs. general male migrants. *AIDS*, 21, S73–79.

69. Homosexuality is not a deviant - Federal Council of Medicine of Brazil. Available at http://www.gph.org.br/faq.asp

70. Indian Ministry of Health. Report of National AIDS Control Organisation. New Delhi: Ministry of Health, Government of India, <www.nacoindia.org>; 2005

71. International Office for Migration (2005). HIV/AIDS, population mobility and migration in southern Africa: defining research and policy agenda. Geneva. http://www.sarpn.org/documents/d0001632/

72. International Organization for Migration (2010). IOM Farm Worker Study Reveals Highest HIV Prevalence Ever Reported among a Working Population in Southern Africa. Eye on Migration Health. Pretoria: International Organization for Migration.

73. Kerrigan, D., Wirtz, A., Baral, S., Stanciole, A., Butler, J., Oelrichs, R., & Beyer, C. (2012). The global HIV epidemics among sex workers. *World Bank Publications.*

74. Key Populations, Key Solutions (2011). A Gap Analysis and Recommendations for Key Populations in South Africa, and Recommendations for the National Strategic Plan for HIV/AIDS, STIs and TB (2012-2016).

75. Konstant, T. L., Rangasami, J., Stacey, M. J., Stewart, M. L., & Nogoduka, C. (2015). Estimating the Number of Sex Workers in South Africa: Rapid Population Size Estimation. *AIDS and Behavior*, 1-13.

76. Lawrinson, P., Ali, R., Buavirat, A., Chiamwongpaet, S., Dvoryak, S., Habrat, B., ... & Zhao, C. (2008). Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103(9), 1484-1492

77. Li, J., Ha, T. H., Zhang, C., & Liu, H. (2010). The Chinese government's response to drug use and HIV/AIDS: A review of policies and programs. *Harm Reduction Journal*, 7(1), 1-6.

78. Lu, L., & Wang, X. (2008). Drug addiction in China. *Ann N Y Acad Sci*, 1141, 307-317.

79. Mathers, B. M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S. A., ... & Mattick, R. P. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet,* 372(9651), 1733-1745

80. Mesquita, F., Doneda, D., Gandolfi, D., Nemes, M. I. B., Andrade, T., Bueno, R., & e Trigueiros, D. P. (2003). Brazilian response to the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among injection drug users. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Supplement 5), S382-S385.

81. Mmari,K., & Blum, R.W. (2009). Risk and protective factors that affect adolescent reproductive health in developing countries: A structured literature review. *Global Public Health,* 4, 350–366. doi: 10.1080/17441690701664418

82. Mukoma, W., Flisher, A. J., Ahmed, N., Jansen, S., Mathews, C., Klepp, K. I., & Schaalma, H. (2009). Process evaluation of a school-based HIV/AIDS intervention in South Africa. *Scandinavian journal of public health*, 37(2 suppl), 37-47. http://sjp.sagepub.com/content/37/2_suppl/37.full.pdf

83. Mukumbira R. (2003) Mining giant fights workplace, HIV/AIDS. http://www.newsfromafrica.org./newsfromafrica/articles/art_1252.html

84. Myers, B. (2010). Limited access to HIV risk-reduction services in South African substance abuse treatment facilities. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(6), 749-761.

85. Myhre, S. L., & Flora, J. A. (2000). HIV/AIDS communication campaigns: progress and prospects. *Journal of Health Communication*, 5(sup1), 29-45.

86. NACO (2012). Annual Report 2011-12. http://www.naco.gov.in/upload/Publication/Annual%20Report/NACO_AR_Eng%202011-12.pdf

87. NACO (2013). Annual Rep[ort 2012-2013. http://www.naco.gov.in/upload/Publication/Annual%20Report/Annual%20report%202012-13_English.pdf

88. NACO (2014). Annual Report 2013-2014. http://www.naco.gov.in/upload/2014%20mslns/NACO_English%202013-14.pdf

89. Nairne, D. (1999). A Hotel Based STD Programme in a VIolent Neighbourhood in Johannesburg. Research for Sex Work, 2(August), 18–20.

90. National AIDS Control Support Project (NACSP) (2013). Project Launch. http://www.naco.gov.in/upload/NACSP.pdf

91. National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China (2014). China AIDS Response Progress Report. http://www.unaids.org/sites/default/files/documents/CHN_narrative_report_2014.pdf

92. Nel, J., & Judge, M. (2008). Exploring Homophobic Victimisation in Gauteng, South Africa: Issues, Impacts and Responses. *Acta Criminologica*, 21 (3), 19–37.

93. Nunn, A. S., da Fonseca, E. M., Bastos, F. I., & Gruskin, S. (2009). AIDS treatment in Brazil: impacts and challenges. *Health affairs*, 28(4), 1103-1113.

94. Open Society Institute (2006). Fostering Enabling Legal and Policy Environments to Protect the Health and Human Rights of Sex Workers. Meeting Report (22–24 June). New York: Open Society Institute.

95. Parry, C. D., Carney, T., Petersen, P., Dewing, S., & Needle, R. (2009). HIV-risk behavior among injecting or non-injecting drug users in Cape Town, Pretoria, and Durban, South Africa. *Substance Use & Misuse*, 44(6), 886-904.

96. Pauw, I., & Brener, L. (2003). "You are just whores—you can't be raped": barriers to safer sex practices among women street sex workers in Cape Town. *Culture, Health & Sexuality*, 5 (6), 465–481.

97. Peltzer, K., & Promtussananon, S. (2003). Evaluation of Soul City school and mass media life skills education among junior secondary school learners in South Africa. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 31(8), 825-834.

98. Penafort, M. (Ed.), Fernandez, P. (Ed). (2004). The forgotten spaces: mobility and HIV vulnerability in the Asia Pacific (Abridged Version).

99. Pew Research Center (2014). 7 facts about world migration. http://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/09/02/7-facts-about-world-migration/

100. Qian, H., Vermund, S.H., & Wang, N. (2005). Risk of HIV/AIDS in China: Subpopulations of special importance. *Sex Transm Infect,* 81, 442–447.

101. Republic of South Africa (2012). Global AIDS Response Progress Report 2012. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_ZA_Narrative_Report.pdf

102. Richter, M., & Massawe, D. (2010). Did South Africa's soccer bonanza bring relief to sex workers in South Africa ? The 2010 FIFA World Cup and the impact on sex work. *Agenda*, 85 (July), 21–30.

103. Rou, K., Wu, Z., Sullivan, S.G., et al. (2007). A five-city trial of a behavioural intervention to reduce sexually transmitted disease/HIV risk among sex workers in China. *AIDS*, 21, S95–101.

104. Rou, K., Sullivan, S. G., Liu, P., & Wu, Z. (2010). Scaling up prevention programmes to reduce the sexual transmission of HIV in China. *International journal of epidemiology*, 39(suppl 2), ii38-ii46.

105. Saggurti, N., Verma, R. K., Jain, A., RamaRao, S., Kumar, K. A., Subbiah, A., ... & Bharat, S. (2008). HIV risk behaviours among contracted and non-contracted male migrant workers in India: potential role of labour contractors and contractual systems in HIV prevention. *Aids*, 22, S127-S136

106. Sampaio, M., Brites, C., Stall, R., Hudes, E. S., & Hearst, N. (2002). Reducing AIDS risk among men who have sex with men in Salvador, Brazil. *AIDS and Behavior*, 6(2), 173-181.

107. Samuels, F., Niño-Zarazúa, M., Sultana, M. M., Nokrek, P., Kaur, N., Bohidar, N., & Gahatraj, U. (2014) The effects of an HIV and AIDS project on migrants at source and destination sites in Nepal, Bangladesh and India: findings from a quasi-experimental study http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9081.pdf

108. Sarkar, K., Bal, B., Mukherjee, R., Niyogi, S.K., Saha, M.K., & Bhatta-charya, S.K. (2005). Epidemiology of HIV infection among brothel-based sex workers in Kolkata, India. *J Health Popul Nutr*, 23, 231-235.

109. Sarkar, K., Bal, B., Mukherjee, R., et al (2006). Young age is a risk factor for HIV among female sex workers – an experience from India. *J Infect*, 53, 255-259.

110. Scorgie F, Nakato D, Akoth DO, Netshivhambe M, Chakuvinga P, Nkomo P, et al. (2011). "I expect to be abused and I have fear": Sex workers' experiences of human rights violations and barriers to accessing healthcare in four African countries. Final Report. Johannesburg: African Sex Workers Alliance.

111. Shahmanesh, M., Cowan, F.M., Wayal, S.S., Copas, A., Patel, V., Ma-bey, D (2009). The burden and determinants of HIV and sexually transmitted infections in a population based sample of female sex workers in Goa, India. *Sex Transm Infect*, 85, 50-59.

112. Sisonke Sex Worker Movement (2011). Submission to the Global Commission on HIV and the Law from Sex Workers in South Africa. Cape Town: Sisonke.

113. Supreme Court of India. Civil appeal No 10972 of 2013. Available at http://ru.scribd.com/doc/190889099/Sc-Verdict-on-Article-377

114. Szwarcwald, C. L., Barbosa-Júnior, A., Pascom, A. R., & de Souza-Júnior, P. R. (2005). Knowledge, practices and behaviours related to HIV transmission among the Brazilian population in the 15–54 years age group, 2004. *AIDS*, 19, S51-S58.

115. Tadele, G., & Kloos, H. (Eds.). (2013). Vulnerabilities, Impacts, and Responses to HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. Palgrave Macmillan.

116. Taquette, S. R.(2013). HIV/ AIDS among adolescents in Brazil and France: similarities and differences. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 618-628. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000200029&script=sci_arttext&tlng=en

117. Thomas, B., Mimiaga, M. J., Mayer, K. H., Johnson, C. V., Menon, S., Chandrasekaran, V., ... & Safren, S. A. (2009). HIV prevention interventions in Chennai, India: are men who have sex with men being reached? *AIDS patient care and STDs,* 23(11), 981-986.

118. UN World Drug Report (2014). http://www.unodc.org/wdr2014/

119. UNAIDS (2014). The Gap Report. http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport/

120. United States Department of State (2009). 2008 Human Rights Report: China (includes Tibet, Hong Kong, and Macau)". http://www.state.gov/j/drl/rls/hrrpt/2008/eap/119037.htm

121. United States Department of State (2009). 2008 Human Rights Report: India. http://www.state.gov/j/drl/rls/hrrpt/2008/sca/119134.htm

122. Valente T.W., & Bharath, U. (1999). An evaluation of the use of drama to communicate HIV/AIDS information. *AIDS Educ Prev*, 11, 203-211

123. Vearey J. (2008). Migration, Access to ART and Survivalist Livelihood Strategies in Johannesburg. *African Journal of AIDS Research*, 7 (3): 361–374.

124. Vearey J. (2011). Learning from HIV: Exploring migration and health in South Africa. *Global Public Health,* February 24, 1–13.

125. Wechsberg, W.M., Luseno, W.K., Lam, W.K., Parry, C.D.H., & Morojele N.K. (2006). Substance use, sexual risk, and violence: HIV prevention intervention with sex workers in Pretoria. *AIDS and behavior*, March; 10 (2), 131–137.

126. Welz, T., Hosegood, V., Jaffar, S., Bätzing-Feigenbaum, J., Herbst, K., & Newell, M. L. (2007). Continued very high prevalence of HIV infection in rural KwaZulu-Natal, South Africa: a population-based longitudinal study. *Aids*, 21(11), 1467-1472.

127. WHO (2010). ATLAS of Substance Use Disorders. Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders (SUD). Country Profile: South Africa. http://www.who.int/substance_abuse/publications/atlas_report/profiles/south_africa.pdf

128. Wirtz, A. L. (2011). The global HIV epidemics among men who have sex with men. *World Bank Publications.*

129. The World Bank (2012). HIV/AIDS in India. http://www.worldbank.org/en/news/feature/2012/07/10/hiv-aids-india

130. Wu, Z., Rou, K., Jia, M., Duan, S., & Sullivan, S.G. (2007). The first community-based sexually transmitted disease/HIV intervention trial for female sex workers in China. *AIDS*, 21, S89–94.

131. Xiaoming, S., Yong, W., Choi, K. H., Lurie, P., & Mandel, J. (2000). Integrating HIV prevention education into existing family planning services: results of a controlled trial of a community-level intervention for young adults in rural China. *AIDS and Behavior*, 4(1), 103-110.

132. Xu, J.J., Wang, N., Lu, L., Pu, Y. (2008). HIV and STIs in clients and female sex workers in mining regions of Geiju City, China. *Sex Transm Dis*, 35(6), 558–565. doi:10.1097/OLQ.0b013e318165926b

133. Yankah, E., & Aggleton, P. (2008). Effects and effectiveness of life skills education for HIV prevention in young people. *AIDS Education & Prevention*, 20(6), 465-485.

134. Yun Gao, M., & Wang, S. (2007). Participatory communication and HIV/AIDS prevention in a Chinese marginalized (MSM) population. *AIDS care*, *19*(6), 799-810.

135. Zhang, L., Yap, L., Zhuang Xun, Z., Wu, Z., Wilson, D.P. (2011). Needle and syringe programs in Yunnan, China yield health and financial return. *BMC Public Health*, 11, 250.