

Доклад о глобальной эпидемии СПИДа

Специальное издание, посвященное 10-й годовщине ЮНЭЙДС

СОДЕРЖАНИЕ

| | | |
|------|--|-----|
| | Предисловие | |
| | Вступление | |
| ■ 01 | Введение | 1 |
| ■ 02 | Обзор глобальной эпидемии СПИДа | 7 |
| ■ 03 | Прогресс в странах | 57 |
| ■ 04 | Воздействие СПИДа на людей и общество | 87 |
| ■ 05 | Риск и недостаток внимания: четыре ключевые группы | 113 |
| ■ 06 | Комплексная профилактика ВИЧ | 137 |
| ■ 07 | Лечение и уход | 165 |
| ■ 08 | Уменьшение последствий эпидемии СПИДа | 197 |
| ■ 09 | Важная роль гражданского общества | 223 |
| ■ 10 | Финансирование мер по борьбе со СПИДом | 247 |
| ■ 11 | Оптимальное использование национальных ответных мер | 281 |
| ■ 12 | От управления кризисами к стратегической ответной деятельности | 311 |
| ■ | Приложение 1: Страновые обзоры | 327 |
| ■ | Приложение 2: Оценки и данные в связи с ВИЧ и СПИДом за 2003 и 2005 годы | 537 |
| ■ | Приложение 3: Показатели о ходе работы в странах | 585 |
| | Библиография | 639 |
| | Авторы фотографий | 675 |

РИСУНКИ

| Стр. | Рис. | |
|------|------|---|
| 4 | 1.1 | 25 лет эпидемии СПИДа |
| 11 | 2.1 | Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15–49 лет) в странах Африки к югу от Сахары, которые в последние годы провели национальные обследования среди населения |
| 13 | 2.2 | Оценочное число людей, живущих с ВИЧ, и показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых в глобальном масштабе и в Африке к югу от Сахары, 1990–2005 г |
| 14 | 2.3 | Глобальное распространение ВИЧ-инфекции |
| 15 | 2.4 | Региональная статистика и характеристики ВИЧ и СПИДа, 2003 и 2005 гг |
| 16 | 2.5 | Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых (15–49 лет) в Африке, 2005 год |
| 17 | 2.6 | Показатель распространенности ВИЧ (%) среди беременных женщин, посещающих дородовые женские клиники, в Африке к югу от Сахары, 1997/98–2004 г. |
| 22 | 2.7 | Показатель распространенности ВИЧ (%) с разбивкой по полу и месту проживания (городские/сельские районы) в некоторых странах Африки к югу от Сахары, 2001–2005 гг |
| 26 | 2.8 | Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых (15–49 лет) в Азии и Океании, 2005 год |
| 29 | 2.9 | Тренды в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) в Индии среди потребителей инъекционных наркотиков и беременных женщин в некоторых штатах страны, 1998–2004 гг |
| 32 | 2.10 | Тренды в изменении показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин в столицах стран Азии, 1990–2004 гг |
| 34 | 2.11 | Тренды в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) среди потребителей инъекционных наркотиков в Бангладеш, Пакистане и на Филиппинах, 1998–2005 гг |
| 39 | 2.12 | Рост случаев ВИЧ, регистрируемых в Российской Федерации и Украине, 1987–2005 гг |
| 46 | 2.13 | Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых (15–49 лет) в Латинской Америке и Карибском регионе, 2005 год |
| 48 | 2.14 | Показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Латинской Америке, 1999–2002 гг |
| 62 | 3.1 | Прогресс в достижении странами в 2005 году глобальных целевых показателей Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 года (страны с низким и средним уровнем доходов) |
| 69 | 3.2 | Сравнение данных за 2003 и 2005 годы об охвате антиретровирусным лечением, доступе к услугам для профилактики передачи от матери ребенку и охвате ВИЧ-инфицированных матерей, получающих антиретровирусную профилактику для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку |
| 70 | 3.3 | Сравнение данных за 2003 и 2005 годы о расширении антиретровирусного лечения и охвате ВИЧ-инфицированных матерей, получающих антиретровирусную профилактику, в трех странах Африки к югу от Сахары |
| 72 | 3.4 | Всесторонние знания по проблеме ВИЧ/СПИДа среди молодых мужчин в возрасте 15–24 лет с разбивкой по уровню образования в 11 странах Африки к югу от Сахары, 2000–2004 годы |
| 73 | 3.5 | Всесторонние знания по проблеме ВИЧ/СПИДа среди молодых женщин в возрасте 15–24 лет с разбивкой по уровню образования в 11 странах Африки к югу от Сахары, 2000–2004 годы |
| 75 | 3.6 | Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, указавших на использование презерватива во время половых контактов с непостоянным партнером, Африка к югу от Сахары, 2001–2005 годы |
| 78 | 3.7 | Медианный процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики и прошедших тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знающих свои результаты |
| 82 | 3.8 | Оценочный объем всех ресурсов, имеющихся за год для борьбы со СПИДом, 1996–2005 гг |
| 84 | 3.9 | Расходы в связи с ВИЧ и СПИДом на душу населения по уровню доходов в странах |
| 86 | 3.10 | Прогресс в реализации “трех принципов”: процент стран, имеющих единый национальный координирующий орган, единую национальную стратегию или рамки по ВИЧ/СПИДу и единый национальный план по мониторингу и оценке |
| 90 | 4.1 | Влияние СПИДа на продолжительность жизни в 5 африканских странах, 1970–2010 годы |
| 91 | 4.2 | Процентное распределение смертей по возрасту на юге Африки, 1985–1990 и 2000–2005 годы |
| 92 | 4.3 | Богатство, бедность и ВИЧ: распределение стран по регионам и показателю распространенности ВИЧ |
| 96 | 4.4 | Нарушение прав на репродуктивное здоровье – обследование среди женщин в 4 странах Азии |
| 98 | 4.5 | Показатель информирования о ТБ в 20 странах Африки относительно показателя распространенности ВИЧ в Африке к югу от Сахары, 1990–2004 гг |
| 100 | 4.6 | Оценочное воздействие СПИДа на смертность до пяти лет, 2002–2005 гг., в некоторых странах Африки к югу от Сахары |
| 101 | 4.7 | Воздействие сиротства на посещение школы среди детей в возрасте 10–14 лет в Африке к югу от Сахары |
| 110 | 4.8 | Прогнозное сокращение сельскохозяйственной рабочей силы в Африке вследствие ВИЧ/СПИДа к 2020 году |
| 140 | 6.1 | Три сценария возможного воздействия на развитие ВИЧ-инфекции в Африке к югу от Сахары, 2003–2020 гг |
| 141 | 6.2 | Три сценария возможного воздействия на смертность в связи со СПИДом в Африке к югу от Сахары, 2003–2020 гг |
| 168 | 7.1 | Число людей на антиретровирусной терапии в странах с низким и средним уровнем доходов, с 2002 по 2005 гг |
| 169 | 7.2 | Число людей в Африке к югу от Сахары на антиретровирусной терапии, в процентах от числа нуждающихся в лечении, 2002–2005 гг |
| 184 | 7.3 | Процент детей, получающих лечение, по странам, 2005 г |
| 187 | 7.4 | Процент женщин от общего числа взрослых, получающих антиретровирусную терапию в 30 странах: реальный процент по сравнению с ожидаемым, 2005 г |

- 242 9.1 Страновые координационные механизмы (СКМ)
 Субъекты-участники подготовки заявок в рамках Четвертого раунда
 100% = все представители во всех 78 опрошенных СКМ
- 243 9.2 Сектор реципиентов
- 250 10.1 Потребности в финансировании мер по борьбе со СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов
- 251 10.2 Финансирование, необходимое для профилактики
- 252 10.3 Распределение финансирования, необходимого для профилактики (по регионам)
- 252 10.4 Финансирование, необходимое для лечения и ухода, включая антиретровирусную терапию (АРТ), для достижения указанных целей по охвату
- 253 10.5 Распределение финансирования лечения и ухода (по видам деятельности)
- 253 10.6 Распределение финансирования, необходимого для ухода и лечения (по регионам)
- 254 10.7 Финансирование, необходимое для оказания помощи сиротам и уязвимым детям
- 255 10.8 Финансирование, необходимое для поддержки программ и инфраструктуры
- 255 10.9 Финансирование, необходимое для развития человеческого потенциала
- 258 10.10 Источники оценочного и проектного финансирования мер по противодействию СПИДу с 2005 по 2007 гг
- 260 10.11 Источники расходов в связи с ВИЧ в трех странах, 2004 г
- 261 10.12 Расходы в связи с ВИЧ по программным направлениям в четырех странах, 2004 г
- 262 10.13 Официальная помощь в целях развития стран-членов КСР в 2003 и 2004 гг
- 265 10.14 ОПР стран-членов КСР, предоставленная в связи с ВИЧ в 2004 году
- 266 10.15 Двусторонние обязательства стран-членов КСР относительно программ по ВИЧ в 2004 году
- 272 10.16 Объединенный бюджет ЮНЭЙДС по сравнению с доступными ресурсами
- 273 10.17 Обязательства американских фондов в отношении национальных и глобальных проектов по ВИЧ, 2000-2003
- 275 10.18 Ежегодные государственные инвестиции в исследование и разработку вакцины против ВИЧ между 2000 и 2005 гг. (по регионам)
- 276 10.19 Ежегодные государственные и благотворительные инвестиции в исследование и разработку микробицидов между 2000 и 2005 гг. (млн. долларов США)
- 288 11.1 Участие заинтересованных сторон в разработке национальных планов по СПИДу в 79 странах, 2004 г
- 303 11.2 Точки реализации проекта «Фонд для сотрудничества в целях обеспечения готовности к лечению при ВИЧ», март 2006 г
- 306 11.3 Тенденции изменения расходов в связи с ВИЧ и СПИДом
- 307 11.4 Страны, использующие информационную систему мониторинга ответных мер (70 стран по состоянию на январь 2006 г

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Доклад о глобальной эпидемии СПИД за 2006 год представляет собой доклад, подготовленный Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Вклад в его подготовку внесли Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Мировая продовольственная программа (МПП), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Международная организация труда (МОТ), Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Всемирный банк, Глобальный фонд и Руководящий комитет организаций гражданского общества ССАООН.

ЮНЭЙДС объединяет усилия и ресурсы десяти учреждений системы ООН в борьбе с эпидемией СПИДа.



Мандат **УПРАВЛЕНИЯ ВЕРХОВНОГО КОМИССАРА ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО ДЕЛАМ БЕЖЕНЦЕВ (УВКБ ООН)** включает руководство и координацию международных действий для защиты беженцев и других лиц, которыми занимается эта организация. УВКБ ООН стремится обеспечить право каждого на поиск и получение безопасного убежища в другом государстве. За 50 лет своей работы эта организация, по оценкам, помогла 50 миллионам человек начать новую жизнь. УВКБ ООН находится на переднем крае борьбы против ВИЧ и СПИДа среди групп населения, пострадавших в результате конфликтов и перемещения. Беженцам, лицам, ищущим убежища, и внутренне перемещенным лицам грозит риск инфицирования, поскольку конфликты и перемещение ведут к обнищанию, распаду семьи, социальным потрясениям и росту сексуального насилия. Профилактика, уход и лечение в связи с ВИЧ и СПИДом, включая доступ к антиретровирусному лечению, лежат в основе обеспечения общей защиты беженцев и других лиц, которыми занимается УВКБ ООН.



В течение 60 лет **ДЕТСКИЙ ФОНД ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ (ЮНИСЕФ)** сотрудничает с партнерами во всем мире в целях содействия признанию и реализации прав человека в отношении детей. Этот мандат был определен в Конвенции о правах ребенка и реализуется через партнерства с правительствами, неправительственными организациями и отдельными гражданами в 162 странах, районах и территориях. ЮНИСЕФ предоставляет ЮНЭЙДС свою широкую сеть и свои возможности для эффективной коммуникации и пропаганды. Приоритеты ЮНИСЕФ в борьбе против эпидемии СПИДа включают проведение профилактики среди молодежи, снижение уровня передачи ВИЧ от матери ребенку, обеспечение ухода и защиты для сирот, уязвимых детей, молодых людей и родителей, живущих с ВИЧ или СПИДом.



МИРОВАЯ ПРОДОВОЛЬСТВЕННАЯ ПРОГРАММА (МПП) представляет собой самую крупную в мире гуманитарную организацию. Она помогает бедным домохозяйствам, пострадавшим от голода и СПИДа, используя для этого продовольственную помощь и другие ресурсы для решения проблем профилактики, ухода и поддержки. Продовольственная помощь МПП помогает продлить жизнь родителей, дает возможность сиротам и уязвимым детям оставаться в школе, позволяет молодым людям, не посещающим школу, получить жизненно важные средства к существованию и дает возможность больным туберкулезом пройти полный курс лечения. МПП работает в партнерстве с правительствами, другими учреждениями Организации Объединенных Наций, неправительственными организациями и общинами и помогает людям, – независимо от их ВИЧ-статуса – не имеющим адекватного питания, получить пропитание и обеспечить продовольственную безопасность.



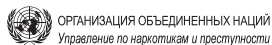
ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ (ПРООН) является глобальной сетью ООН в сфере развития, выступающей за проведение изменений и предоставление странам доступа к знаниям, опыту и ресурсам, которые помогают людям улучшать свою

жизнь. Работая в 166 странах, ПРООН помогает национальным партнерам находить свои собственные решения проблем в сфере развития. Борьба против ВИЧ/СПИДа является одним из ключевых приоритетов ПРООН; являясь коспонсором ЮНЭЙДС, ПРООН уделяет особое внимание параметрам человеческого развития и управления в свете проблемы СПИДа, защите прав человека людей, живущих с ВИЧ, и пропаганде гендерного равенства. ПРООН помогает странам включать меры в ответ на СПИД в качестве основных действий в национальные планы и программы в сфере развития и наращивать национальный потенциал для координации действий всех секторов.



Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения

ФОНД ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ В ОБЛАСТИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ (ЮНФПА) использует свой накопленный более чем за три десятилетия опыт работы в области репродуктивного здоровья и оказания помощи населению, уделяя особое внимание при осуществлении мер в ответ на эпидемию – более чем в 140 странах – профилактике ВИЧ среди молодежи и беременных женщин, реализации комплексных программ распространения мужских и женских презервативов и более интегрированному решению вопросов защиты репродуктивного здоровья и СПИДа. ЮНФПА также вносит свой вклад через обеспечение прав на репродуктивное здоровье и потребностей ВИЧ-инфицированных женщин и подростков, развитие добровольного консультирования и тестирования, а также услуг, направленных на предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку, расширение доступа к информации и просвещению в связи с ВИЧ и СПИДом и товарам, предназначенным для профилактики, в том числе в условиях чрезвычайной ситуации. Он также проводит демографические и социально-культурные исследования для руководства процессом разработки программ и политики.



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Управление по наркотикам и преступности

В системе **ЮНЭЙДС УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО НАРКОТИКАМ И ПРЕСТУПНОСТИ (ЮНОДК)** является ведущим учреждением по проблеме ВИЧ и СПИДа и употребления инъекционных наркотиков, а также по работе в тюрьмах. Являясь членом более широкой системы ООН, ЮНОДК также отвечает за оказание помощи с целью разработки мер по борьбе с ВИЧ и СПИДом с учетом проблемы торговли людьми. Эти маргинализированные группы населения зачастую подвергаются дискриминации и игнорируются. Лишь очень немногие из них имеют доступ к услугам по профилактике и уходу в связи с ВИЧ. ЮНОДК оказывает помощь странам для предоставления потребителям инъекционных наркотиков, заключенным и потенциальным и фактическим жертвам торговли людьми комплексных услуг по профилактике и уходу при ВИЧ, равноценных услугам, к которым имеет доступ население в целом. Для этого ЮНОДК оказывает странам техническую помощь в разработке эффективного законодательства и политики, а также в наращивании потенциала с целью обеспечения широкого охвата услугами в связи с ВИЧ.



МЕЖДУНАРОДНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА (МОТ) содействует обеспечению достойных условий труда и продуктивной занятости для всех, исходя из принципов социальной справедливости и недопущения дискриминации. Вклад МОТ в работу ЮНЭЙДС включает: ее трехстороннее членство, способствующее мобилизации правительств, работодателей и работников в борьбе против СПИДа; непосредственный доступ к сфере труда; длительный опыт работы в сфере разработки международных стандартов в целях защиты прав трудящихся; а также глобальную программу оказания технической помощи. МОТ выпустила «Свод практических правил по ВИЧ/СПИДу и сфере труда», представляющий собой международные руководящие принципы для разработки политики и программ на национальном уровне и на рабочих местах.



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО ВОПРОСАМ ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И КУЛЬТУРЫ (ЮНЕСКО) в рамках системы ООН отвечает за вопросы образования. Поскольку отсутствие знаний является одним из основных факторов в развитии эпидемии СПИДа, потребность в просвещении по вопросам профилактики является одним из главных направлений в программе работы ЮНЕСКО. Просвещение необходимо для того, чтобы люди понимали, что им грозит риск или что они являются уязвимыми, а также для получения навыков и мотивации, необходимых для принятия поведения с целью снижения риска и уязвимости и защиты прав человека. ЮНЕСКО работает с правительствами и организациями

гражданского общества с целью реализации политики и программ для просвещения по вопросам профилактики, а также смягчения воздействия СПИДа на системы образования.



Всемирная
организация здравоохранения

Целью **ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВОЗ)** является обеспечение для всех людей наивысшего достижимого уровня здоровья. Работая по проблеме ВИЧ и СПИДа, ВОЗ уделяет особое внимание быстрому расширению масштабов лечения и ухода, а также ускорению профилактики и укреплению систем здравоохранения, с тем чтобы меры, осуществляемые сектором здравоохранения в ответ на эпидемию, были эффективными и . ВОЗ определяет и разрабатывает эффективные технические нормы и руководящие принципы, способствует развитию партнерства и оказывает стратегическую и техническую поддержку государствам-членам. Организация также вносит свой вклад в развитие глобальной базы знаний о СПИДе, поддерживая эпиднадзор, мониторинг и оценку, проводя обзорный анализ доказательных данных для осуществления мер вмешательства и выступая за включение научных исследований в систему оказания медицинской помощи.



THE WORLD BANK

Миссия **ВСЕМИРНОГО БАНКА** заключается в том, чтобы бороться против бедности с энтузиазмом и профессионализмом. Для борьбы со СПИДом, который грозит обратить вспять прогресс в области развития, Банк имеет обязательств на сумму более 2 миллиардов долларов США на проекты по ВИЧ и СПИДу во всем мире. Большая часть ресурсов была предоставлена на очень льготных условиях, включая выделение грантов для беднейших стран. Для устранения разрушительного воздействия СПИДа на процесс развития Банк усиливает свои ответные меры в партнерстве с ЮНЭЙДС, организациями-донорами и правительствами. Ответные меры Банка носят всесторонний характер, включая профилактику, уход, лечение и смягчение воздействия.

ПРЕДИСЛОВИЕ



В этом году исполняется четверть века с момента обнаружения первых случаев СПИДа. За это время СПИД радикально изменил наш мир: он унес жизни более 25 миллионов мужчин и женщин, сделал сиротами миллионы детей, усилил бедность и нищету, а в некоторых странах даже обратил вспять все усилия в области человеческого развития. Сегодня около 40 миллионов человек живут с ВИЧ – половину из них составляют женщины. То, о чем вначале сообщалось, как лишь о нескольких случаях таинственного заболевания, сейчас превратилось в пандемию, которая является одной из самых серьезных угроз глобальному прогрессу в 21-м столетии.

После трагически запоздалого и медленного старта глобальные ответные меры стали набирать силу – в чем мы убедились на специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу пять лет назад. С тех пор наблюдается поразительный прогресс в мобилизации политического руководства, финансовых и технических ресурсов, предоставлении сохраняющего жизнь антиретровирусного лечения людям во всем мире и даже обращении вспять распространения инфекции в некоторых наиболее бедных странах мира.

Я надеюсь, что обзор эпидемии СПИДа Генеральной Ассамблеей в 2006 году – одно из важнейших последующих мероприятий специальной сессии – поможет поднять меры в ответ на СПИД на новый уровень, необходимый для эффективного сдерживания и обращения эпидемии вспять. Это означает, что надо сделать намного больше, чем просто удвоить наши нынешние усилия. Нам необходима намного более сильная приверженность, включающая политическую волю, смелость и ресурсы; нам необходимо единство действий нового масштаба.

Единственная приемлемая для мира цель – это остановить и в конечном итоге покончить со СПИДом. Только в этом случае мы достигнем целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и добьемся успеха в наших усилиях, направленных на то, чтобы построить гуманный, здоровый и справедливый мир

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'K. Annan'. The signature is fluid and cursive, written over a white background.

Кофи А. Аннан

Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций

ВСТУПЛЕНИЕ



Доклад о глобальной эпидемии СПИДа за 2006 год демонстрирует, что для всего мира наступил решающий момент в осуществлении мер в ответ на кризис, порожденный СПИДом. Даже несмотря на то что эта пандемия и ее последствия превосходят наихудшие ожидания, впервые за все время у нас есть воля, средства и знания, необходимые для того, чтобы добиться реального прогресса.

С тех пор как в 2001 году во время специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу руководители всего мира взяли на себя обязательства по наращиванию неотложных мер в ответ на СПИД, наблюдается реальный прогресс на ключевых направлениях. Цели, которые еще пять лет назад казались невозможными, достигнуты. Сегодня существует твердая политическая приверженность. Почти в 40 развивающихся странах национальные меры в ответ на СПИД сейчас лично возглавляют главы правительств или их заместители. За период с 2001 по 2005 годы общий объем финансирования ответных мер в развивающихся странах увеличился более чем в четыре раза, достигнув в прошлом году 8,3 миллиарда долларов США. Около 1,3 миллиона человек в развивающихся странах получают сохраняющие жизнь антиретровирусные препараты, что только в прошлом году позволило спасти около 300 000 жизней. Неуклонно растет число стран, на всех континентах, где эпидемия СПИДа ослабевают – это является наиболее реальным доказательством того, что СПИД представляет собой проблему, у которой есть решение.

Таким образом, сегодня существует основа для того, чтобы во всем мире осуществлялись ответные меры, соизмеримые с ключевой задачей – остановить и обратить эпидемию вспять.

Что касается ближайших задач, то нам необходимо вести работу чрезвычайными темпами, чтобы выполнить обещание, данное правительствами в ходе Всемирного саммита в сентябре 2005 года – обеспечить быстрое расширение масштабов действий для предоставления всеобщего доступа к широкому спектру важнейших программ в связи с ВИЧ, включая профилактику ВИЧ, лечение, уход и смягчение воздействия. Лишь обеспечение доступа для всего населения позволит изменить траекторию пандемии.

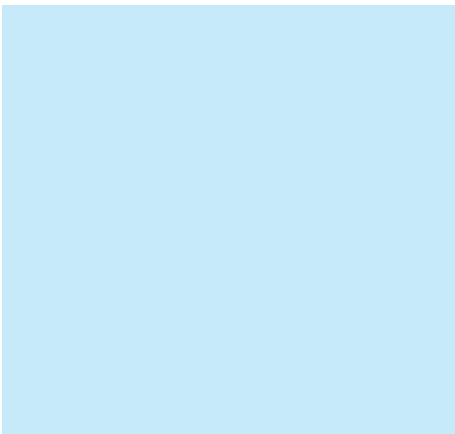
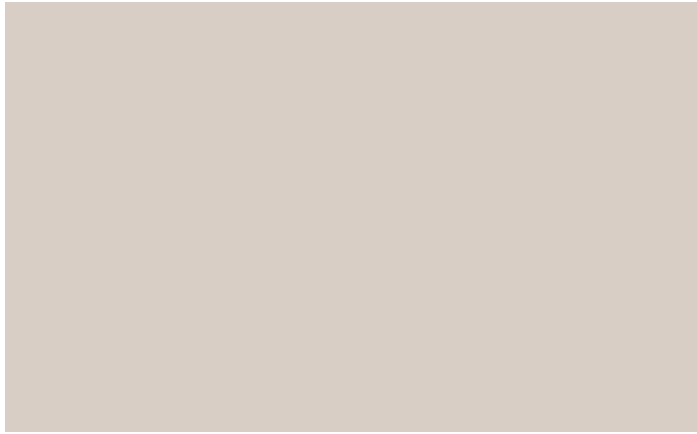
Однако это только лишь начало. Поскольку пандемию и ее воздействие невозможно обратить вспять за короткое время, нам необходимо обеспечить устойчивое осуществление полномасштабных ответных мер на ближайшие десятилетия. Каждая мера вмешательства, план и программа, созданные сегодня, должны превратиться в структурный элемент долгосрочных и устойчивых стратегий для освобождения мира от СПИДа. Нам необходимо сделать этот концептуальный скачок в планировании и в действиях – и перейти от ответных мер к активным и стратегическим мерам.

Для того чтобы достичь момента, когда будущие поколения будут свободными от СПИДа, необходимо, чтобы каждый аспект предпринимаемых мер был устойчивым в долгосрочном плане – это включает приверженность руководства, активизм, финансовые ресурсы, инновационные подходы к разработке новых лекарств и технологий профилактики и, не в последнюю очередь, реальные действия для устранения основополагающих факторов, движущих эту пандемию, в частности гендерного неравенства, нищеты и дискриминации.

На 25-м году существования СПИДа мы можем видеть конечную цель на горизонте – однако для ее достижения в предстоящие десятилетия потребуются беспрецедентные ответные меры с участием всего мира. До тех пор мы не сможем позволить себе передышку.

Питер Пиот
Исполнительный директор
Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

ВВЕДЕНИЕ 01



Глава 01



ВВЕДЕНИЕ

«В июне 1981 года мы осматривали молодого мужчину-гея, у которого наблюдались такие разрушительные признаки иммунодефицита, каких мы никогда раньше не видели. Мы сказали: «Мы не знаем, что это такое, но будем надеяться, что такой случай нам никогда больше не встретится» (ВОЗ, 1994 г.).

Эти слова доктора Сэмьюэла Бродера, работавшего в то время в Национальном онкологическом институте США, напоминают нам о том, насколько сильно изменился мир за 25 лет с того момента, когда врачи увидели первые случаи СПИДа в больницах Соединенных Штатов Америки, Демократической Республики Конго и на берегах озера Виктория в Восточной Африке. Мир не торопился признать серьезность этого нового кризиса в области здравоохранения, и за эти годы, когда СПИД оставался за рамками политической повестки дня, инфекция завоевала прочный плацдарм и пока не собирается сдавать свои позиции. На самом деле, большинство первых мероприятий по противодействию быстро развивающейся эпидемии было инициировано и осуществлено пострадавшими общинами.

К 1985 году, когда случаи заболевания уже были зарегистрированы во всех регионах мира, группа ученых и медицинских специалистов собралась под эгидой Всемирной

организации здравоохранения (ВОЗ), чтобы разработать рекомендации о глобальной стратегии профилактики и контроля над ВИЧ, которая была впоследствии одобрена Всемирной ассамблеей здравоохранения и Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций. С созданием Глобальной программы по СПИДу в 1987 году и Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) в 1996 году ООН начала рассматривать СПИД не просто как отдельную проблему здравоохранения, но как проблему человеческого развития, такую же значительную, как любые другие, с которыми сегодня сталкивается мир.

В 2001 году на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по СПИДу 189 стран согласились, что СПИД представляет собой первоочередную проблему для национального и международного развития, и подписали историческую Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, в которой обещали приме-

нять новаторские ответные меры, координировать деятельность и отчитываться о ходе борьбы с эпидемией. В Декларации были определены целевые показатели с указанием времени их выполнения в поддержку цели в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия – «остановить и начать обращать вспять эпидемию к 2015 году». Особенно важно то, что Декларация также содержала призыв провести оценку национального, регионального и глобального прогресса в борьбе со СПИДом в конце 2003, 2005 и 2010 годов с использованием набора ключевых показателей, разработанных ЮНЭЙДС и многочисленными партнерами.

На основе этих обязательств в настоящем докладе обобщаются и анализируются данные из докладов 126 стран, собранные ЮНЭЙДС в период с декабря 2005 по март 2006 года, а также результаты ключевых отчетов о мероприятиях по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, подготовленные ЮНЭЙДС и группами гражданского общества. Это первые систематические доклады стран об услугах для групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску; и в этих докладах содержится, пожалуй, самый всесторонний обзор достигнутого прогресса и

препятствий, которые необходимо преодолеть в рамках борьбы с ВИЧ.

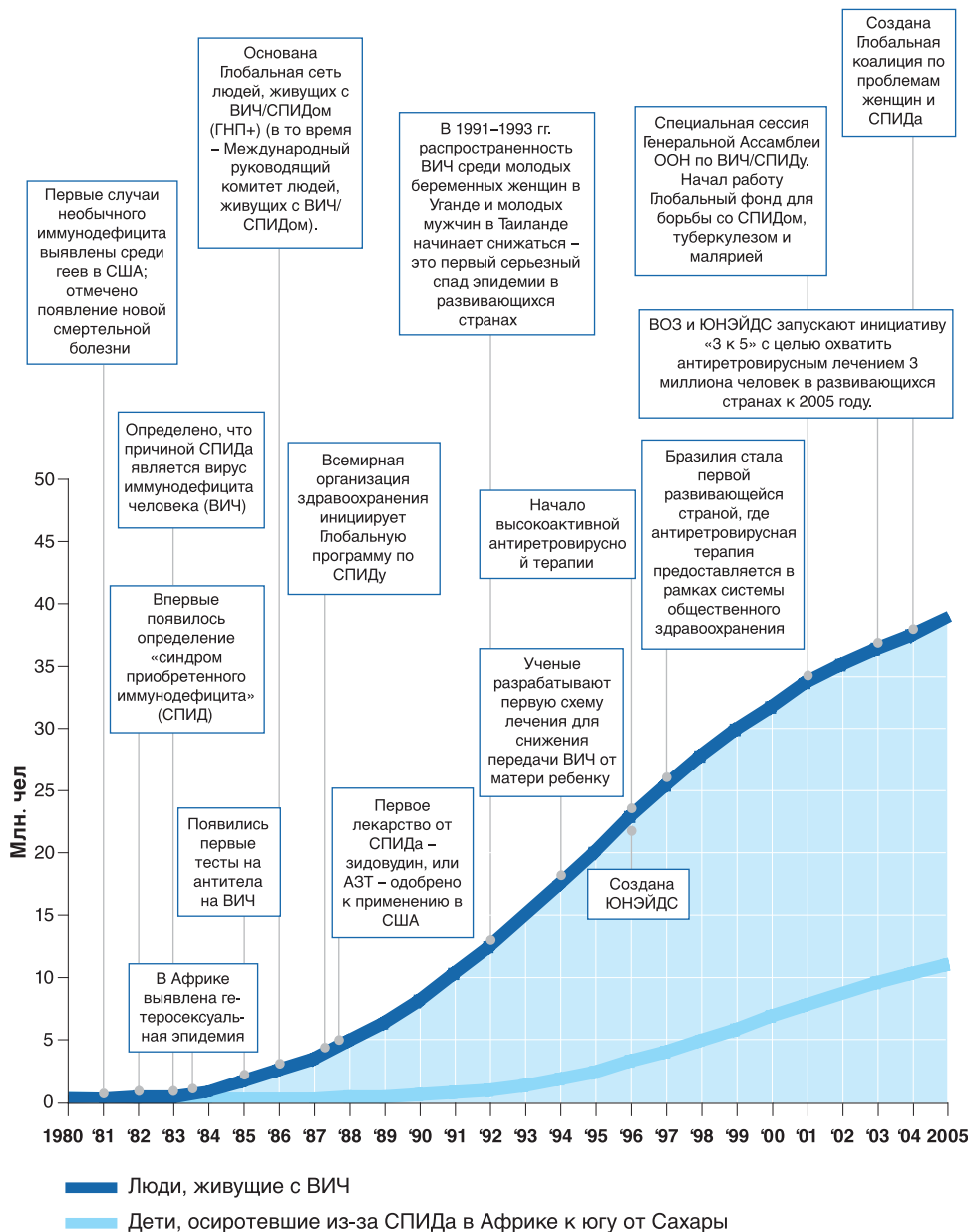
Информация, приведенная в настоящем докладе, сложна и порой неутешительна. Новые системы, включая значительно усовершенствованный эпиднадзор, дают нам все более точные данные о том, где и каким образом развивается эпидемия. Почти двадцать пять лет опыта в профилактике ВИЧ и десять лет эффективного применения антиретровирусной терапии позволили получить огромное количество фактических данных о том, как предупредить и лечить эту болезнь. И все же, эти достижения социальных и биомедицинских наук – несомненно, жизненно важные для наращивания эффективной ответной деятельности – никак не способствуют уменьшению дефицита лидерства и человеческого сострадания, что зачастую тормозит движение к нашим общим целям.

В этом докладе представлена наиболее полная картина того, как эпидемия воздействует на женщин и девочек, мужчин, молодежь, работников секс-бизнеса, потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, заключенных и детей, рожденных с ВИЧ. Здесь приведены данные по регионам – от Африки к югу от Сахары, где зрелая эпидемия продолжает расширяться



Почти двадцать пять лет опыта в профилактике ВИЧ и десять лет эффективного применения антиретровирусной терапии позволили получить огромное количество фактических данных о том, как предупредить и лечить эту болезнь.

РИСУНОК 1.1 25 лет эпидемии СПИДа



в таких масштабах, которые многие эксперты считали невозможными, и до относительно новых, но быстро развивающихся эпидемий в таких регионах как Восточная Европа и Юго-Восточная Азия, которые по своим масштабам, может быть, вскоре будут соперничать с Африкой к югу от Сахары. При этом в докладе отмечается огромный и зачастую пугающий

разрыв... между числом нуждающихся и числом людей, получающих помощь; между тем, что мы могли бы сделать, чтобы остановить СПИД, и тем, что реально делается сегодня.

Здесь также описаны многие успехи в изменении поведения, реализации национальных ответных мер и расширении доступа к профилактике,



Мы должны усилить ответственную деятельность этих стран в их напряженных усилиях по достижению поставленных целей и требовать более активных действий от тех, кто еще не приложил всех возможных усилий для организации ответной деятельности.

уходу и лечению. В данном докладе рассказывается о смелых и эффективных действиях, которые в очередной раз демонстрируют, что ВИЧ можно остановить с помощью согласованных усилий и применения стратегий, основанных на фактических данных. Однако в целом, несмотря на некоторые заметные успехи, сегодняшние мероприятия по противодействию эпидемии СПИДа ни в коей мере нельзя назвать адекватными. Всего за 25 лет ВИЧ-инфекция неумолимо распространилась из нескольких, широко разбросанных «горячих точек» почти по всем странам мира, в результате чего 65 миллионов человек было инфицировано и 25 миллионов человек уже умерли.

Как отмечено в докладе Генерального секретаря «Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: пять лет спустя»: «Через четверть века после начала эпидемии глобальная деятельность по борьбе со СПИДом находится на перепутье. Впервые в истории мир располагает средствами, чтобы начать обращать эпидемию вспять. Однако для успеха потребуются беспрецедентная готовность всех участников глобальных ответных мер реализовать свой потенциал, овладеть новыми методами совместной работы и ... обеспечить долговременную устойчивость ответной деятельности».

Препятствия, мешающие широкому предоставлению услуг по профилактике и лечению ВИЧ, такие как отсутствие инфраструктуры, слабо-развитый транспорт или нехватка обученных специалистов, довольно значительны и могут быть преодолены только с помощью наших самых масштабных коллективных усилий. Однако, мобилизуясь для решения этих проблем, мы не должны забывать, что стигма, дискриминация и отрицание в связи с такими вопросами, как половая жизнь и потребление наркотиков, вероятно, представляют собой не менее серьезное препятствие к эффективной борьбе со СПИДом. По оценкам специалистов, почти две трети новых случаев ВИЧ-инфекции, которые могут произойти в этом десятилетии, можно было бы предотвратить путем осуществления всесторонних профилактических мероприятий, основанных на фактических данных (ЮНЭЙДС, 2005 г.). Тем не менее, доступ к профилактике, уходу и лечению при ВИЧ постоянно ограничивается из-за нежелания решать традиционно запретные вопросы, такие как секс, половая жизнь и потребление наркотиков. Эту ситуацию необходимо изменить.

В этом докладе продемонстрированы широкие различия между странами в осуществлении ответных мер, предусмотренных в Декларации

Неудача в достижении целевых показателей, которые обязались выполнить все страны-члены, – это серьезная проблема, имеющая глобальные последствия.



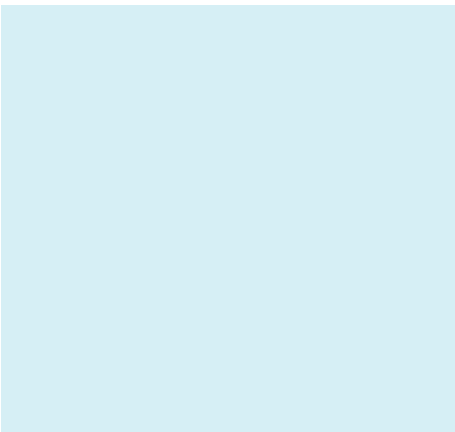
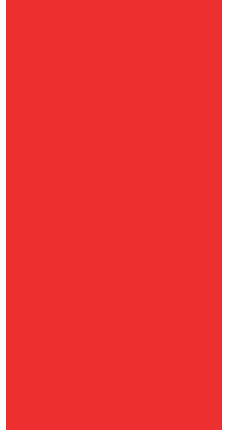
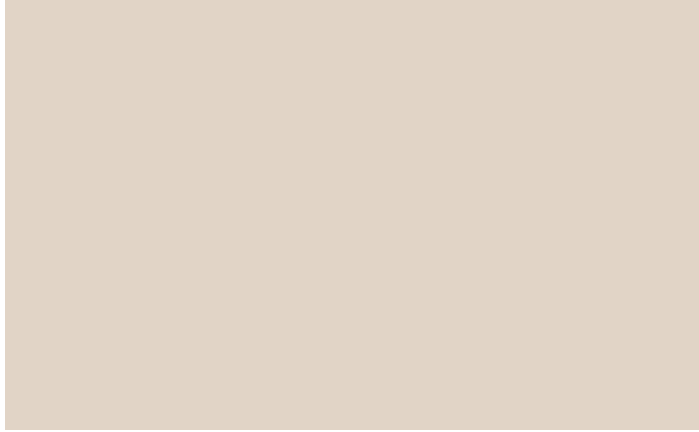
о приверженности. В то время как некоторые страны выполнили целевые показатели и запланированные этапные задачи, многие так и не выполнили обязательства, принятые в 2001 году. Мы должны поддержать те страны, которые прилагают все усилия для достижения поставленных целей, и требовать более активных действий от тех, кто еще не приложил всех возможных усилий для организации ответной деятельности.

Неудача в достижении целевых показателей, которые обязались выполнить все страны-члены, – это серьезная проблема, имеющая глобальные последствия. Если мы срочно не усилим деятельность в ответ на СПИД, то нам не удастся выполнить ни целевые показатели, намеченные на 2010 год, ни цель в области развития, сформулированную в Декларации тысячелетия, требующую остановить распространение СПИДа и обратить

вспять ВИЧ-инфекции к 2015 году. Невыполнение этой цели подвергает серьезной опасности выполнение других целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, в отношении снижения уровня нищеты, голода и детской смертности, поскольку все они неразрывно связаны с нашей деятельностью – или ее отсутствием – по борьбе со СПИДом. Экономическому развитию стран и международной безопасности грозит опасность.

Одним из величайших парадоксов является то, что хотя ежедневно происходит 11 000 новых случаев инфекции и 8000 смертей, эпидемия во многом остается скрытой. Есть надежда, что этот доклад поможет хотя бы еще на шаг вывести эпидемию из тени и поставить ее в центр глобальной повестки дня. В XXI веке мы все живем с ВИЧ, и мы все должны принять участие в ответной деятельности.

Обзор глобальной эпидемии СПИДа 02



Глава 02



ОБЗОР ГЛОБАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ СПИДА

По оценкам, на конец 2005 года число людей, живущих с ВИЧ, во всем мире составляло 38,6 [33,4–46,0] миллиона человек. По тем же оценкам, в 2005 году число людей, заразившихся ВИЧ, составило 4,1 [3,4–6,2] миллиона человек и 2,8 [2,4–3,3] миллиона человек умерли от СПИДа.

Введение

В глобальном масштабе считается, что показатель заболеваемости ВИЧ (годовое число новых ВИЧ-инфекций в виде процента от ранее неинфицированных) достиг своего пика в конце 1990-х годов и впоследствии стабилизировался, невзирая на рост заболеваемости в ряде стран. В нескольких странах благоприятные тенденции в изменении показателя заболеваемости связаны с изменениями в поведении и реализацией программ профилактики. Изменения показателя заболеваемости при росте смертности в результате СПИДа привели к выравниванию глобального показателя распространности ВИЧ (доля людей, живущих с ВИЧ) (см. рисунок 2.1). Однако число людей, живущих с ВИЧ, продолжало расти вследствие роста численности населения, а в последнее время благодаря продлению жизни в результате применения антиретровирусного лечения. В Африке к югу от Сахары, регионе, испытывающем

самую сильную нагрузку эпидемии СПИДа, данные также указывают на то, что показатель распространенности ВИЧ в большинстве стран достиг пикового значения. Однако эпидемии в этом регионе носят разнообразный характер, причем они особенно тяжелые на юге Африки, где некоторые эпидемии по-прежнему нарастают.

Новые данные обследований подчеркивают диспропорциональное воздействие эпидемии СПИДа на женщин, особенно в Африке к югу от Сахары, где в среднем на двух ВИЧ-инфицированных мужчин приходится три ВИЧ-инфицированные женщины. Среди молодых людей (15–24 лет) это соотношение значительно выше – три молодые женщины на одного молодого мужчину.

Среди новых трендов следует отметить снижение в последнее время национального показателя распространенности ВИЧ¹ в двух странах Африки к югу от Сахары (**Зимбабве** и **Кении**), городских

¹ Другие страны отметили снижение показателя распространенности ВИЧ среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичных городах, однако такое снижение пока что не оказало влияния на общий национальный показатель распространенности ВИЧ (см. текст для конкретных стран в главе 2 и 3).

районах **Буркина-Фасо** и на **Гаити** в Карибском регионе, а также признаки значительных изменений в поведении, включая более частое пользование презервативами, уменьшение числа партнеров и более позднее начало половой жизни. В остальных странах Африки к югу от Сахары эпидемии в основном выравниваются, хотя и остаются на исключительно высоком уровне в большинстве стран юга Африки.

Показатель распространенности ВИЧ также снизился в четырех штатах **Индии**, включая Тамилнаду, где в конце 1990-х годов были расширены масштабы усилий по профилактике. Постоянное и устойчивое снижение показателя распространенности ВИЧ имеет место в **Камбодже** и **Таиланде**. Однако в некоторых странах показатель распространенности ВИЧ растет, особенно в **Китае**, **Индонезии**, **Вьетнаме** и **Папуа – Новой Гвинее**; есть признаки вспышки эпидемии ВИЧ в **Бангладеш** и **Пакистане**.

В Восточной Европе и Центральной Азии большинство ВИЧ-инфицированных людей живут в двух странах

– **Украине**, где ежегодно продолжает расти число новых ВИЧ-инфекций, и **Российской Федерации**, где отмечается самая крупная эпидемия СПИДа в Европе.

В то же время продолжают поступать данные о новом росте эпидемий в **Соединенных Штатах Америки** и в некоторых странах Европы среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, а также о преимущественно скрытых эпидемиях среди этих же групп населения в Латинской Америке и Азии.

К декабрю 2005 года более 1,3 миллиона человек в странах с низким – и средним – уровнем доходов получали антиретровирусное лечение – для сравнения за два года до этого данное число составляло примерно 400 000 человек. В Африке к югу от Сахары число людей, получающих антиретровирусное лечение, увеличилось с 2003 по 2005 годы более чем в восемь раз (с 100 000 до 810 000), и более чем в два раза только в 2005 г. Такой тренд в основном объясняется расширением доступа к лечению в небольшом числе стран (особенно

ПОНИМАНИЕ ПОСЛЕДНИХ ОЦЕНОК ПО ВИЧ И СПИДУ

Последние оценочные данные ЮНЭЙДС и ВОЗ ниже данных, опубликованных в *Докладе о состоянии эпидемии СПИДа* в декабре 2005 года, даже несмотря на то что новое оценочное число взрослых, живущих с ВИЧ (а также число новых ВИЧ-инфекций среди взрослых и число смертей в результате СПИДа), указанное в этом докладе, более не ограничивается возрастной группой 15–49 лет. Исторически ЮНЭЙДС и ВОЗ ограничивали свои оценки этой возрастной группой, с тем чтобы обеспечить сопоставимость результатов между странами, особенно, что касается показателя распространенности ВИЧ. Однако сейчас очевидно, что существенная пропорция людей, живущих с ВИЧ, относится к возрастной группе 50 лет и старше, о чем свидетельствуют данные о распределении случаев ВИЧ и СПИДа по возрастным группам, исследования, проведенные среди общин, и обследования среди населения. Соответственно в настоящее время ЮНЭЙДС и ВОЗ представляют оценочные данные относительно числа взрослых, живущих с ВИЧ, числа новых ВИЧ-инфекций и числа смертей в результате СПИДа среди взрослых для всех взрослых от «15 лет и старше». Кроме того, мы по-прежнему представляем оценочные данные о показателе распространенности ВИЧ для «взрослых в возрастной группе 15–49 лет», чтобы сохранить возможность проводить сравнения между странами. Анализ различий между всеми взрослыми и взрослыми в возрастной группе 15–49 лет показывает, что в 2005 году число взрослых в возрасте 50 лет и старше, живущих с ВИЧ, составляло около 2,8 миллиона человек. ЮНЭЙДС и ВОЗ проводят также оценку трендов среди детей в возрасте «моложе 15 лет».

ОЦЕНКА ТРЕНДОВ В РАЗВИТИИ ВИЧ И СПИДА

Почему глобальные оценочные данные о ВИЧ и СПИДе за 2005 год, указанные в настоящем докладе, ниже ранее опубликованных оценок?

Оценочные данные ЮНЭЙДС и ВОЗ об эпидемии ВИЧ, приведенные в настоящем докладе, несколько ниже по сравнению с оценками, опубликованными в *Докладе о состоянии эпидемии СПИДа* в декабре 2005 года. Снижение оценочных данных частично обусловлено подлинным снижением показателей распространенности ВИЧ в ряде стран, о чем говорится в других разделах настоящего доклада. Однако различия между оценками, опубликованными в *Докладе о состоянии эпидемии СПИДа* в декабре 2005 года, и данными, приведенными в настоящем докладе, в основном обусловлены изменениями в связи с новыми данными, полученными за последние два года.

Для расчета оценочных данных относительно распространенности ВИЧ при *генерализованной* эпидемии (когда показатель распространенности ВИЧ среди взрослых превышает 1% среди населения в целом и инфекция в основном передается в результате гетеросексуальных контактов) и *концентрированной* эпидемии (с низким уровнем распространенности, когда ВИЧ концентрируется в группах, чье поведение ставит их в положение риска заражения ВИЧ) используются различные источники данных. В странах с *генерализованными* эпидемиями оценки относительно распространенности ВИЧ главным образом основаны на данных эпиднадзора среди беременных женщин, посещающих родовые женские клиники (ДЖК). При отсутствии обследований среди населения, включающих тестирование на наличие антител к ВИЧ, показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих родовые женские клиники, является хорошим показателем, отражающим распространенность ВИЧ среди населения в целом. Для стран с эпидемиями низкого уровня или *концентрированными* эпидемиями оценочные данные о ВИЧ основаны на результатах исследований, проводимых среди ключевых групп населения, которым грозит повышенный риск заражения ВИЧ, таких как потребители инъекционных наркотиков, работники секс-бизнеса и их клиенты или мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

Растущее число обследований для определения распространенности ВИЧ среди населения в Африке к югу от Сахары, новые и более точные данные эпиднадзора за ВИЧ на глобальном уровне и более качественные анализы в странах указывают на то, что показатель распространенности ВИЧ в ряде стран ниже, чем предполагалось ранее. Начиная с 2000 года национальные обследования среди населения были проведены в 20 странах. Девятнадцать из этих стран расположены в Африке к югу от Сахары, где находятся некоторые наиболее густонаселенные страны региона (такие как **Южная Африка** и **Эфиопия**). Для стран, которые провели такие обследования, результаты этих обследований были включены в наш анализ с целью получения в данном докладе новейших оценочных данных.

Что касается стран, где недавно были проведены национальные обследования, ниже в таблице 1 приводится показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих родовые женские клиники, показатель распространенности ВИЧ, полученный при национальном обследовании домохозяйств, а также оценочные данные, опубликованные в *Докладе о глобальной эпидемии СПИДа за 2004 год* и в настоящей публикации – *Докладе о глобальной эпидемии СПИДа за 2006 год*. Как четко показано в таблице, за исключением **Уганды**, эти новые национальные обследования последовательно дают более низкий показатель распространенности ВИЧ по сравнению с оценками, полученными на основе данных родовых женских

| РИСУНОК 2.1 | | Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15–49 лет) в странах Африки к югу от Сахары, которые в последние годы провели национальные обследования среди населения | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|---|--|---|
| Страна | Медианный показатель распространенности ВИЧ (%) среди женщин, посещающих дородовые женские клиники, 2003–2004* | Показатель распространенности ВИЧ (%), полученный в результате проведения обследования среди населения (год) | Показатель распространенности ВИЧ (%) за 2003 год, указанный в Докладе о глобальной эпидемии СПИДа за 2004 год | Откорректированный показатель распространенности ВИЧ (%) за 2003 год, указанный в настоящем докладе | Показатель распространенности ВИЧ (%) за 2005 год, указанный в настоящем докладе | Тренд изменения показателя распространенности |
| Ботсвана | 38,5 | 25,2 (2004) | 38,0 | 24,0 | 24,1 | Устойчивый |
| Буркина-Фасо | 2,5 | 1,8 (2003) | 4,2 | 2,1 | 2,0 | Снижение в городских районах |
| Бурунди | 4,8 | 3,6 (2002) | 6,0 | 3,3 | 3,3 | Снижение в столице |
| Камерун | 7,3 [†] | 5,5 (2004) | 7,0 | 5,5 | 5,4 | Устойчивый |
| Эфиопия | 8,5 | 1,6 (2005) | 4,4 | (1,0–3,5) | (0,9–3,5) | Снижение в городских районах |
| Гана | 3,1 | 2,2 (2003) | 3,1 | 2,3 | 2,3 | Устойчивый |
| Гвинея | 4,2 | 1,5 (2005) | 2,8 | 1,6 | 1,5 | Устойчивый |
| Лесото | 28,4 | 23,5 (2004) | 29,3 | 23,7 | 23,2 | Устойчивый |
| Руанда | 4,6 | 3,0 (2005) | 5,1 | 3,8 | 3,1 | Снижение в городских районах |
| Сенегал | 1,9 | 0,7 (2005) | 0,8 | 0,9 | 0,9 | Устойчивый |
| Сьерра-Леоне | 3,0 | 1,5 (2005) | – | 1,6 | 1,6 | Устойчивый |
| Южная Африка | 29,5 | 16,2 (2005) | 20,9 | 18,6 | 18,8 | Возрастающий |
| Объединенная Республика Танзания | 7,0 | 7,0 (2004) | 9,0 | 6,6 | 6,5 | Устойчивый |
| Уганда | 6,2 [‡] | 7,1 (2004–5) | 4,1 | 6,8 | 6,7 | Устойчивый |

*Африканское бюро ВОЗ (2005). Отчет об эпидемиологическом надзоре для Африканского региона ВОЗ, Отчет за 2005 год. Хараре.

[†]Оценка основана на страновом докладе за 2002 год (2003). Министерство общественного здравоохранения Камеруна. Национальный отчет о дозорном эпиднадзоре за ВИЧ за 2002 г.

[‡]Оценка основана на страновом докладе за 2002 год (2003). Министерство здравоохранения Уганды. Отчет об эпиднадзоре за ЗППП/ВИЧ/СПИДом. Программа борьбы с ЗППП/СПИДом. 2003, Кампала, Уганда.

клиник. Информация и идеи, почерпнутые из таких обследований, в частности о том, что показатель распространенности ВИЧ в городских районах в среднем в 1,7 раз выше, чем в сельских районах, были также использованы для получения новых оценок для ряда других густонаселенных стран (таких как **Нигерия, Демократическая Республика Конго и Центральная Африканская Республика**). Методы, использованные для получения нынешних оценок, описаны более подробно в ряде статей в журнале *Sexually Transmitted Infections* за 2006 год (в печати).

Помимо получения новых данных в ходе национальных обследований среди населения, со временем во многих странах улучшилось качество дозорного эпиднадзора и увеличился его охват.

В последнее время в ряде стран эпиднадзор стал проводиться в сельских районах, где, согласно данным, показатель распространенности ВИЧ ниже. Это привело к снижению оценочных данных относительно общей распространенности ВИЧ в некоторых странах (таких как **Буркина-Фасо, Лесото, Нигерия и Эфиопия**).

Оценочные данные о ВИЧ также были пересмотрены в некоторых других странах, помимо Африки к югу от Сахары. Особо следует отметить **Китай**, где процесс, проведенный в течение нескольких месяцев 2005 года в каждой из провинций страны, позволил улучшить качество анализа эпидемии и получить более надежные, хотя и более низкие, оценки относительно числа людей, живущих с ВИЧ.

С марта 2005 года по апрель 2006 года ЮНЭЙДС и ВОЗ провели 12 региональных семинаров более чем в 150 странах для обучения сотрудников, отвечающих за получение оценок в связи с ВИЧ, правилам применения конкретных инструментов и методик, использованных для получения оценочных данных, включенных в настоящий доклад. Кроме того, ЮНЭЙДС и ВОЗ участвовали в 10 совещаниях для согласования методов получения оценок в связи с ВИЧ в конкретных странах.

в **Ботсване, Замбии, Кении, Уганде и Южной Африке**). Число людей, получающих антиретровирусное лечение в Азии, увеличилось почти в три раза и в 2005 году достигло 180 000 человек.

Африка к югу от Сахары

Африка к югу от Сахары остается наиболее пострадавшим регионом в мире. В этом регионе самые высокие показатели распространенности ВИЧ были отмечены в конце 1990-х годов, а в последнее время наблюдается снижение масштабов в небольшом числе стран региона, особенно в **Зимбабве и Кении** и в городских районах **Буркина-Фасо**.³ В целом, показатель распространенности ВИЧ в данном регионе, вероятно, выравнивается, хотя он по-прежнему остается исключительно высоким на юге Африки. Такая кажущаяся «стабилизация» эпидемии отражает ситуации, когда число людей, вновь заразившихся ВИЧ, примерно соответствует числу людей, умерших от заболеваний, обусловленных СПИДом.

В Африке к югу от Сахары проживает немногим более одной десятой мирового

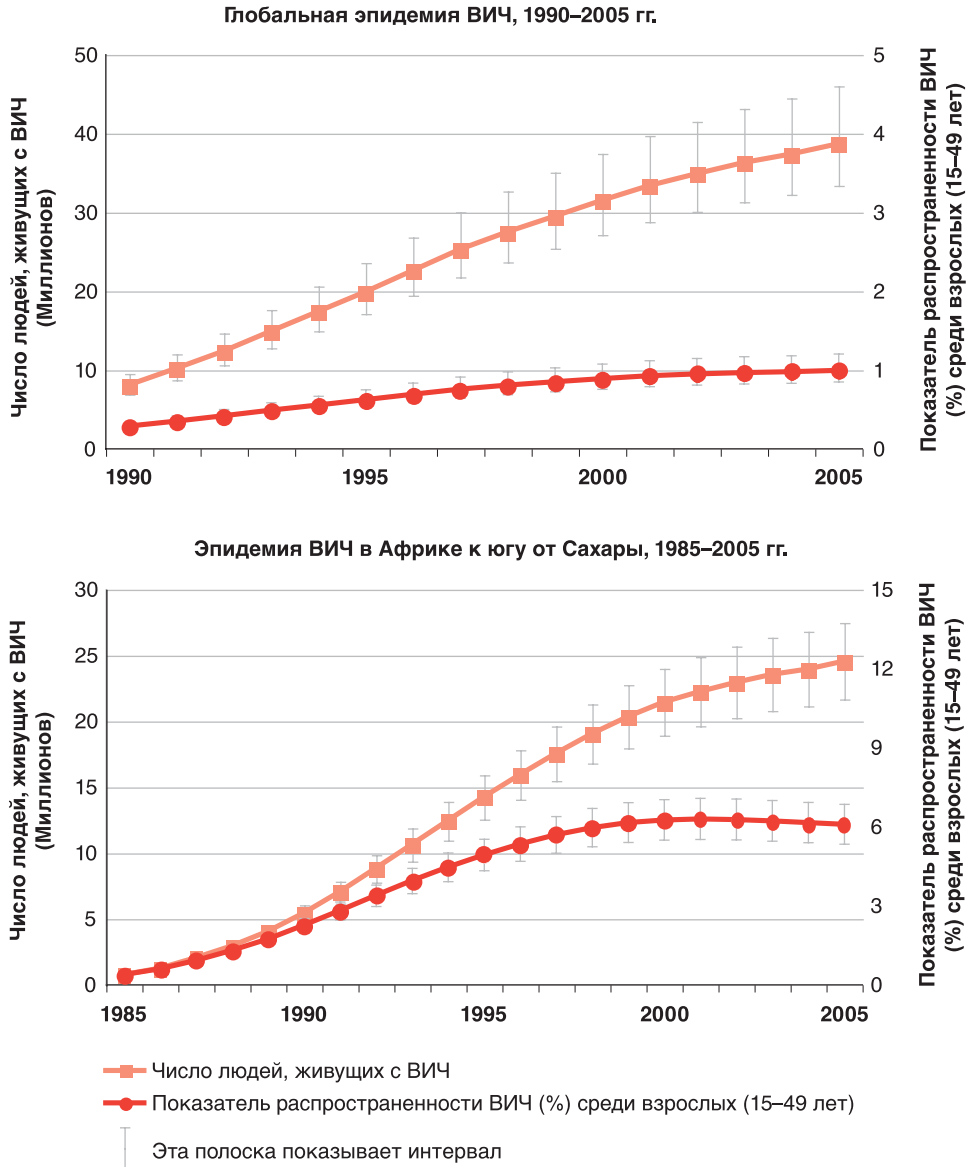
населения и, в то же время, почти 64% всех людей, живущих с ВИЧ/СПИДом – 24,5 [21,6–27,4] миллиона человек. Из них 2 [1,5–3,0] миллиона человек составляют дети моложе 15 лет. В действительности, почти девять десятых ВИЧ-инфицированных детей (моложе 15 лет) проживают в Африке к югу от Сахары. В 2005 году, по оценкам, 2,7 [2,3–3,1] миллиона человек в регионе заразились ВИЧ, в то время как 2,0 [1,7–2,3] миллиона взрослых и детей умерли от СПИДа. В 2005 году в Африке к югу от Сахары проживало около 12,0 [10,6–13,6] миллиона детей-сирот.

Три четверти всех ВИЧ-инфицированных женщин (в возрасте 15 лет и старше) живут в Африке к югу от Сахары. Почти по всему региону женщины страдают от СПИДа непропорционально сильно по сравнению с мужчинами, что отражает зачастую большое неравенство в социальном и социально-экономическом положении женщин и мужчин. По оценкам, в Африке к югу от Сахары женщины составляют 13,2 [11,4–15,1] миллиона – или 59% – взрослых, живущих с ВИЧ.

³ Другие страны отметили снижение показателя распространенности ВИЧ среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичных городах, однако такое снижение пока что не оказало влияния на общий национальный показатель распространенности ВИЧ (см. текст для конкретных стран в главе 2 и 3).

РИСУНОК 2.2

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ, и показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых в глобальном масштабе и в Африке к югу от Сахары, 1990–2005²



² Несмотря на стабилизацию показателей распространенности ВИЧ в Африке к югу от Сахары, фактическое число инфицированных людей продолжает расти в связи с ростом численности населения. Приложение того же показателя распространенности ВИЧ к растущей численности населения даст более высокое число людей, живущих с ВИЧ.

02

| РИСУНОК 2.3 | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Региональная статистика и особенности ВИЧ и СПИДа, 2003 и 2005 гг. | | | | |
| Страна | Взрослые (старше 15 лет) и дети, живущие с ВИЧ | Взрослые (старше 15 лет) и дети, заразившиеся ВИЧ | Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15–49 лет) | Число взрослых (старше 15 лет) и детей, умерших от СПИДа |
| Африка к югу от Сахары | | | | |
| 2005 | 24,5 миллиона | 2,7 миллиона | 6,1 | 2,0 миллиона |
| | [21,6–27,4 миллиона] | [2,3–3,1 миллиона] | [5,4–6,8] | [1,7–2,3 миллиона] |
| 2003 | 23,5 миллиона | 2,6 миллиона | 6,2 | 1,9 миллиона |
| | [20,8–26,3 миллиона] | [2,3–3,0 миллиона] | [5,5–7,0] | [1,7–2,3 миллиона] |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | |
| 2005 | 440 000 | 64 000 | 0,2 | 37 000 |
| | [250 000–720 000] | [38 000–210 000] | [0,1–0,4] | [20 000–62 000] |
| 2003 | 380 000 | 54 000 | 0,2 | 34 000 |
| | [220 000–620 000] | [31 000–150 000] | [0,1–0,3] | [18 000–57 000] |
| Азия | | | | |
| 2005 | 8,3 миллиона | 930 000 | 0,4 | 600 000 |
| | [5,7–12,5 миллиона] | [620 000–2,4 миллиона] | [0,3–0,6] | [400 000–850 000] |
| 2003 | 7,6 миллиона | 860 000 | 0,4 | 500 000 |
| | [5,2–11,3 миллиона] | [560 000–2,3 миллиона] | [0,2–0,6] | [340 000–710 000] |
| Океания | | | | |
| 2005 | 78 000 | 7200 | 0,3 | 3400 |
| | [48 000–170 000] | [3500–55 000] | [0,2–0,8] | [1900–5500] |
| 2003 | 66 000 | 9000 | 0,3 | 2300 |
| | [41 000–140 000] | [4300–69 000] | [0,2–0,7] | [1300–3600] |
| Латинская Америка | | | | |
| 2005 | 1,6 миллиона | 140 000 | 0,5 | 59 000 |
| | [1,2–2,4 миллиона] | [100 000–420 000] | [0,4–1,2] | [47 000–76 000] |
| 2003 | 1,4 миллиона | 130 000 | 0,5 | 51 000 |
| | [1,1–2,0 миллиона] | [95 000–310 000] | [0,4–0,7] | [40 000–67 000] |
| Карибский регион | | | | |
| 2005 | 330 000 | 37 000 | 1,6 | 27 000 |
| | [240 000–420 000] | [26 000–54 000] | [1,1–2,2] | [19 000–36 000] |
| 2003 | 310 000 | 34 000 | 1,5 | 28 000 |
| | [230 000–400 000] | [24 000–47 000] | [1,1–2,0] | [19 000–38 000] |

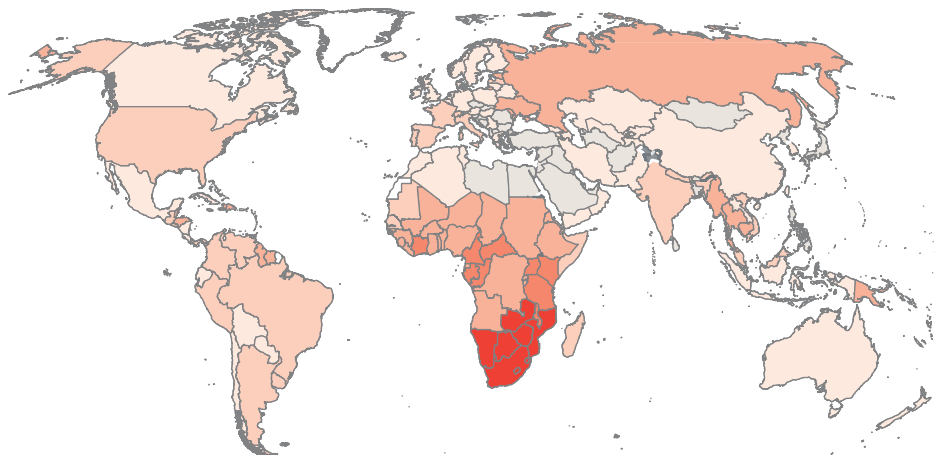
–Продолжение–

–Продолжение–

| РИСУНОК 2.3 Региональные статистика и особенности ВИЧ и СПИДа, 2003 и 2005 гг. | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Страна | Взрослые (старше 15 лет) и дети, живущие с ВИЧ | Взрослые (старше 15 лет) и дети, заразившиеся ВИЧ | Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15–49 лет) | Число взрослых (старше 15 лет) и детей, умерших от СПИДа |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | |
| 2005 | 1,5 миллиона [1,0–2,3 миллиона] | 220 000 [150 000–650 000] | 0,8 [0,6–1,4] | 53 000 [36 000–75 000] |
| 2003 | 1,1 миллиона [790 000–1,7 миллиона] | 160 000 [110 000–440 000] | 0,6 [0,4–1,0] | 28 000 [19 000–39 000] |
| Северная Америка, Западная и Центральная Европа | | | | |
| 2005 | 2,0 миллиона [1,4–2,9 миллиона] | 65 000 [52 000–98 000] | 0,5 [0,4–0,7] | 30 000 [24 000–45 000] |
| 2003 | 1,8 миллиона [1,3–2,7 миллиона] | 65 000 [52 000–98 000] | 0,5 [0,3–0,6] | 30 000 [24 000–45 000] |
| ВСЕГО | | | | |
| 2005 | 38,6 миллиона [33,4–46,0 миллиона] | 4,1 миллиона [3,4–6,2 миллиона] | 1 [0,9–1,2] | 2,8 миллиона [2,4–3,3 миллиона] |
| 2003 | 36,2 миллиона [31,4–42,9 миллиона] | 3,9 миллиона [3,3–5,8 миллиона] | 1 [0,8–1,2] | 2,6 миллиона [2,2–3,1 миллиона] |

02

РИСУНОК 2.4 Глобальная картина ВИЧ-инфекции
38,6 [33,4–46,0] миллиона человек, живущих с ВИЧ, 2005 год

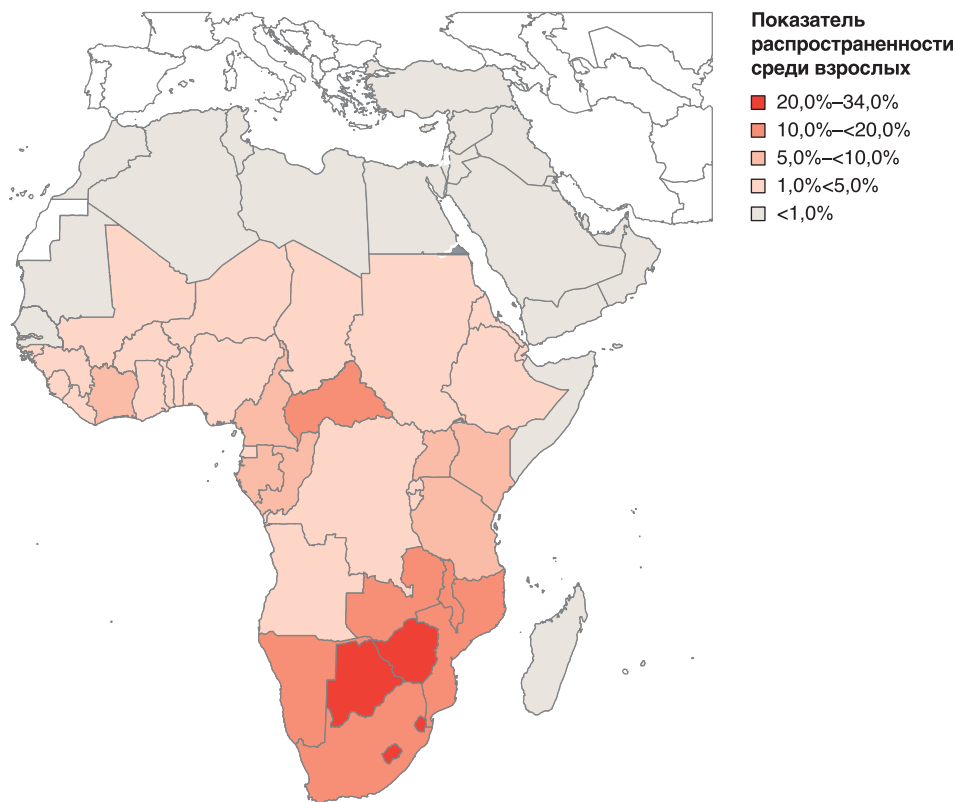


Показатель распространенности среди взрослых

| | | |
|---------------|--------------|--------------|
| ■ 15,0%–34,0% | ■ 1,0%–<5,0% | □ 0,1%–<0,5% |
| ■ 5,0%–<15,0% | ■ 0,5%–<1,0% | □ <0,1% |

РИСУНОК 2.5

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15–49 лет) в Африке, 2005 год



По оценкам, в 2005 году на юге Африки от СПИДа умерли 930 000 [790 000–1,1 миллиона] взрослых и детей, что составляет одну треть всех смертей от СПИДа в глобальном масштабе. С конца 2003 года доступ к антиретровирусному лечению увеличился более чем в восемь раз: в декабре 2005 года лечение получали примерно 810 000 человек. Сейчас антиретровирусное лечение получают около одной шестой (17%) из 4,7 миллиона людей, нуждающихся в антиретровирусном лечении в этом регионе. Однако прогресс носит неравномерный характер, при этом показатель охвата достигает или превышает 50% только в трех странах (**Ботсвана, Намибия и Уганда**), оставаясь намного ниже 20% в большинстве стран. На **Южную Африку** приходится одна четвертая всех людей, получающих антиретро-

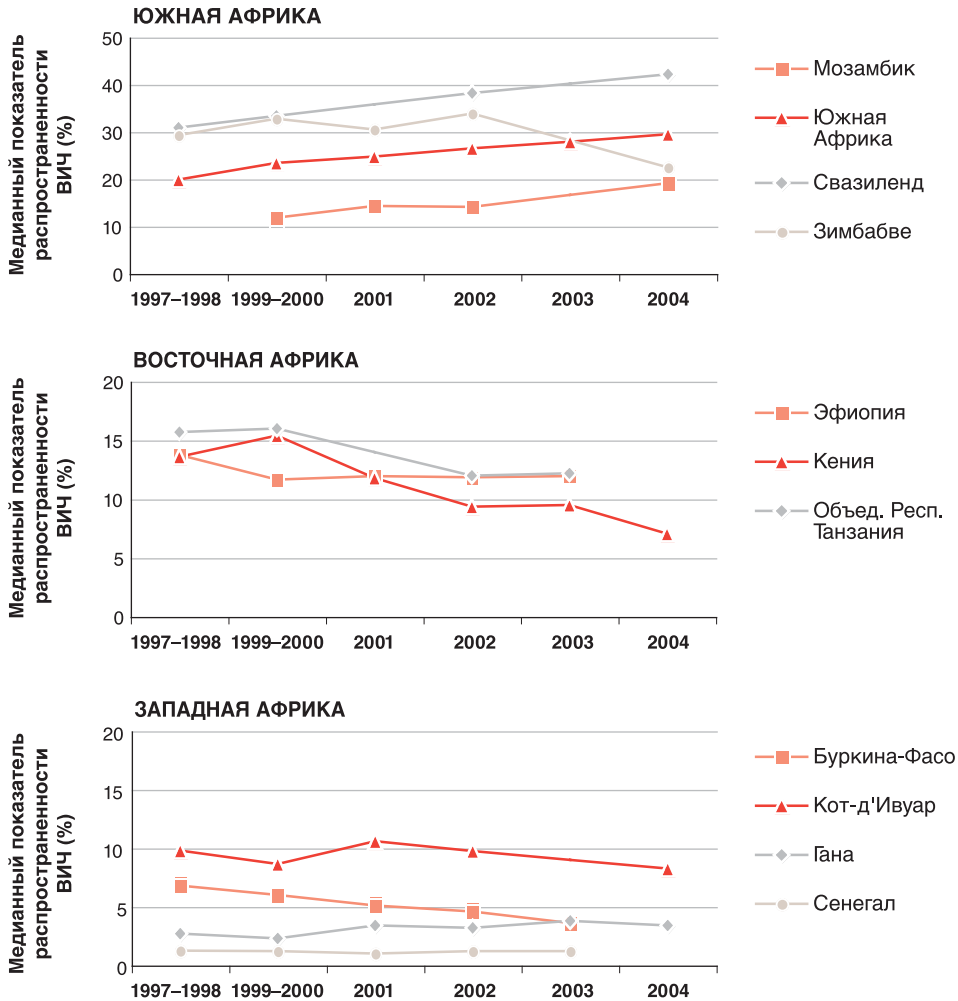
вирусное лечение в Африке к югу от Сахары (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006).

Следует напомнить, что не существует какой-то единой «африканской» эпидемии и что показатель распространенности ВИЧ значительно варьируется между субрегионами и странами. Поэтому такие общие тренды в изменении показателя распространенности ВИЧ не должны заслонять собой сильно переменчивую природу эпидемий СПИДа, развивающихся в этом регионе.

Юг Африки остается глобальным эпицентром эпидемии. В этом субрегионе проживает почти треть всех ВИЧ-инфицированных людей в мире. На юге Африки живет примерно 43% (860 000 [560 000–1,4 миллиона]) всех ВИЧ-инфицированных детей (моложе 15 лет), а также около 52% (6,8 [5,9–7,7]

РИСУНОК 2.6

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди беременных женщин, посещающих дородовые женские клиники, в Африке к югу от Сахары, 1997/98–2004 гг.



Примечание: Анализ ограничивается определенными участками эпиднадзора во всех странах, кроме Южной Африки (по провинциям) и Свазиленда (по регионам).

Источники: Министерство здравоохранения (Мозамбик); Департамент здравоохранения (Южная Африка); Министерство здравоохранения и социального обеспечения (Свазиленд); Министерство здравоохранения и охраны детства (Зимбабве); взято из работы: Asamoah-Odei, et al. HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 2004 (Эфиопия); Министерство здравоохранения — Национальная программа по борьбе со СПИДом/ЗППП (Кения); Министерство здравоохранения (Объединенная Республика Танзания); Национальный совет по борьбе со СПИДом и ИППП (Буркина-Фасо); Центра по контролю за заболеваниями и профилактике (ЦКЗ)/ГПС Кот-д'Ивуара (Кот-д'Ивуар); Служба здравоохранения Ганы (Гана); Национальный совет по борьбе со СПИДом (Сенегал).

миллиона) всех ВИЧ-инфицированных женщин (в возрасте 15 лет и старше).

За исключением **Анголы**, национальные уровни распространенности ВИЧ являются исключительно высокими, причем без признаков снижения. (Что касается Анголы, то изоляция и недоступность населения в период

длительного конфликта, возможно, ограничили распространение ВИЧ). В то же время в **Зимбабве** данные национального дозорного эпиднадзора и национальных и местных обследований среди населения указывают на снижение показателя распространенности ВИЧ. По оценкам, национальный показатель распространенности ВИЧ среди

взрослых составляет 20,1% [13,3%–27,6%], что ниже показателя в 22,1% [14,6%–30,4%] за 2003 год. Показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих дородовые женские клиники, снизился с 32% в 2000 году до (все еще высокого) показателя в 24% в 2004 году, в то время как в Хараре он снизился с 35% в 1999 году до 21% в 2004 году (Mahomva et al., 2006; Hargrove et al., 2005; Mugurungi et al., 2005). Например, в восточной провинции Маникаленд показатель распространенности ВИЧ среди молодых женщин (в возрасте 15–24 лет) среди населения в целом снизился в два раза – с 16% в 1998 году до 8% в 2003 году (Gregson et al., 2006). Результаты того же исследования указали на увеличение числа женщин и мужчин, которые начинают половую жизнь в более позднем возрасте и избегают случайных половых связей. В национальном масштабе отмечено значительное увеличение показателя использования презервативов с начала 1990-х годов. Такое изменение в поведении, скорее всего, связано с повышением уровня информированности, наличием относительно развитой инфраструктуры в секторе здравоохранения и растущим страхом смерти в результате СПИДа. В то же время снижение показателя распространенности ВИЧ в значительной мере объясняется высоким показателем смертности. Учитывая, что число ВИЧ-инфицированных в стране составляет 1,7 [1,1–2,2] миллиона человек, Зимбабве, чтобы постепенно поставить эпидемию в стране под контроль, необходимо обеспечить устойчивое снижение показателя распространенности ВИЧ и резко увеличить доступ к антиретровирусному лечению. В 2005 году число людей, нуждающихся в антиретровирусном лечении, составляло 320 000 человек, тем не менее это лечение получали

около 23 000 человек (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006)

Эпидемия СПИДа в Южной Африке – одна из самых тяжелых в мире – не проявляет признаков ослабления. Исходя из данных ее широкой системы дородового клинического эпиднадзора, а также результатов национальных обследований, вместе с данными о тестировании на ВИЧ и смертности в связи с ВИЧ, полученными системой учета населения, в 2005 году число людей, живущих с ВИЧ, по оценкам, составляло 5,5 [4,9–6,1] миллиона человек. В 2005 году, по оценкам, процент взрослых, живущих с ВИЧ (в возрасте 15–49 лет), составил 18,8% [16,8%–20,7%].⁴ В 2004 году почти треть беременных женщин, посещающих дородовые женские клиники, были инфицированы ВИЧ, причем временные тренды показывают постепенный рост показателя распространенности ВИЧ (Департамент здравоохранения Южной Африки, 2005). Обследования домохозяйств с проведением тестирования на ВИЧ в 2003 и 2005 годах продемонстрировали более низкие показатели распространенности ВИЧ, однако их недостатком был высокий процент участников, не ответивших на вопросы (более 40%). В 2005 году национальные обследования домохозяйств на ВИЧ показали высокие уровни распространенности ВИЧ среди молодых людей (в возрасте 15–24 лет), которые оказались примерно такими же, как показатели, полученные при проведении национального обследования среди молодых людей в 2003 году; это говорит о том, что эпидемия не ослабевала (Shisana et al., 2005; Reproductive Health Research Unit and Medical Research Council, 2004). Обследование, проведенное в 2005 году, также показало высокие уровни распространенности ВИЧ среди мужчин в возрасте 50 лет и старше:

⁴ Оценочные данные ЮНЭЙДС о показателе распространенности ВИЧ описывают национальный процент взрослых мужчин и женщин (в возрасте 15–49 лет), живущих с ВИЧ. Эти оценки включают различные данные о ВИЧ, в том числе данные, полученные при проведении обследований на ВИЧ среди домохозяйств и в дородовых клиниках. В то же время данные о ВИЧ, полученные в дородовых клиниках, отражают только показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих государственные дородовые учреждения. Сравнения между этими двумя источниками данных показали, что оценки о ВИЧ, полученные в дородовых клиниках, как правило, выше, чем оценки, полученные при проведении обследований на ВИЧ среди домохозяйств.

14% в возрастной группе 50–54 лет и 8% в возрастной группе 55–59 лет. Что касается позитивной стороны, то почти треть респондентов в возрасте 15 лет и старше указали на то, что они проходили тесты на ВИЧ, а уровни стигмы, вероятно, снижаются (хотя почти каждый третий отметил, что он предпочел бы скрыть ВИЧ-статус ВИЧ-инфицированного члена семьи) (Shisana et al., 2005).

В то время как усилия по профилактике ВИЧ в **Южной Африке** не обеспечили заметного сокращения масштабов эпидемии, значительный прогресс был отмечен с точки зрения лечения. Учитывая, что на конец 2005 года примерно 190 000 человек в стране получали антиретровирусное лечение, на долю Южной Африки приходится большая часть усилий по расширению масштабов лечения в Африке к югу от Сахары в последнее десятилетие (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006). Однако это по-прежнему означает, что в 2005 году менее 20% из почти одного миллиона южноафриканцев, нуждающихся в антиретровирусном лечении, получали это лечение (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2005).

Нет явных признаков снижения показателя распространенности ВИЧ в других районах на юге Африки, в том числе в **Ботсване, Намибии** и **Свазиленде**, где по-прежнему отмечаются исключительно высокие уровни распространения инфекции. В **Свазиленде**, по оценкам, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения составляет 33,4% [21,2%–45,3%]. Показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих дородовые женские клиники, вырос с 4% в 1992 году до 43% в 2004 году (Министерство здравоохранения и социального обеспечения Свазиленда, 2005). Несмотря на то что многие молодые женщины указывают на начало половой жизни в более позднем возрасте, если женщины имеют незащищенные половые контакты, шансы заражения

ВИЧ являются угрожающе высокими. Широко распространена сексуальная агрессия: согласно результатам исследования, проведенного среди старших классов средней школы, почти каждая пятая (18%) учащаяся, ведущая половую жизнь, отметила, что ее первый сексуальный опыт был по принуждению (Buseh, 2004).

Эпидемия в **Ботсване** носит столь же тяжелый характер: в 2005 году, по оценкам, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 24,1% [23,0%–32,0%]. В 2004 году показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих дородовые женские клиники, в целом составлял 34%, а среди женщин в возрастной группе 30–34 лет он был около 50%. С 2001 года показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в целом составлял 34–37% (Национальное координирующее агентство по СПИДу Ботсваны, 2003 и 2005). Согласно данным недавно проведенного национального обследования домохозяйств, уровень знаний о ВИЧ по-прежнему низкий: лишь каждый десятый участник обследования отметил три способа профилактики передачи ВИЧ половым путем (Национальное координирующее агентство по СПИДу, 2005). Эпидемия в **Лесото** выглядит относительно стабильной, но на очень высоком уровне: по оценкам, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составляет 23,2% [21,7%–24,8%]. В 2004 году высокие уровни распространенности ВИЧ, 27%, были зарегистрированы среди посетительниц дородовых клиник: более одной трети (36–38%) беременных женщин в возрасте 25–34 лет имели положительный результат теста на ВИЧ. В городских районах показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин по-прежнему растет (Министерство здравоохранения и социального обеспечения Лесото, 2005а). Беспокоит по-прежнему низкий уровень знаний об эпидемии среди молодых людей: во

время обследования в 2004 году лишь 26% женщин и 18% мужчин в возрасте 15–24 лет показали достаточно широкие знания о СПИДе (Министерство здравоохранения и социального обеспечения, 2005).

В некоторых частях редконаселенной **Намибии** эпидемия носит столь же интенсивный характер, как и в некоторых частях соседних стран: по оценкам, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составляет 19,6% [8,6%–31,7%]. Среди посетительниц родовых клиник показатель распространенности ВИЧ превышает 42% в Катима-Мулило (в полосе Каприви, примыкающей к Анголе, Ботсване и Замбии) и колеблется от 22% до 28% в портовых городах Людериц, Свакопмунд и Уолфиш-Бей (Министерство здравоохранения и социального обслуживания Намибии, 2004). К северу расположена **Ангола**, где ситуация остается аномалией: показатель распространенности ВИЧ здесь намного ниже чем в любой другой стране этого субрегиона. В 2005 году, по оценкам, ВИЧ-инфицированными были 3,7% [2,3%–5,3%] взрослых. Несмотря на резкое улучшение национальной системы эпиднадзора за ВИЧ в последние годы, по-прежнему трудно определить четкие тренды в развитии эпидемии (Министерство здравоохранения Анголы, 2004). Там, где сравнимые данные существуют – например, в столице страны Луанде, – они указывают на рост показателя распространенности ВИЧ с 0,3% в 1986 году до 4,4% в 2004 году.

На восточном побережье динамичная эпидемия развивается в **Мозамбике**, где оценочный национальный показатель распространенности ВИЧ составляет 16,1% [12,5–20,0]. ВИЧ быстрее всего распространяется в провинциях, соединенных основными транспортными коридорами с **Зимбабве, Малави и Южной Африкой**. Высокие уровни распространения инфекции отмечаются в провинциях

Газа (откуда большое число мигрантов уезжает на работу в Южную Африку) и Софала (через которую проходит основная экспортная артерия Зимбабве) (Министерство здравоохранения Мозамбика, 2005). В соседней **Малави** оценочный национальный показатель распространенности ВИЧ составляет 14,1% [6,9%–21,4%]. Показатель распространенности ВИЧ среди посетительниц родовых клиник позволяет определить долгосрочные тренды; этот показатель оставался относительно устойчивым на уровне около 20%. Большая часть ВИЧ-инфекций концентрируется на самом юге страны, где показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в некоторых местах достигает 33% (Министерство здравоохранения и населения Малави, 2003). Эпидемия в **Замбии** также не имеет признаков ослабления: показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, по оценкам, составляет 17,0% [15,9%–18,1%]. Здесь, однако, имеются широкие географические различия: уровни распространенности ВИЧ среди беременных женщин колеблются от менее 10% в определенных местах (напр., Касаба, Мача и Мукинге) до 30% в других местах (напр., Матеро и Ливингстон). Мелкие и крупные города с самыми высокими показателями распространенности ВИЧ, как правило, расположены вдоль основных транспортных коридоров, включая Кабве, Ливингстон и Ндолу (Национальный совет по ВИЧ/СПИДу Замбии, 2005).

Картина резко отличается в островных государствах юга Африки. В 2005 году национальный показатель распространенности ВИЧ на **Мадагаскаре**, по оценкам, составлял 0,5% [0,2%–1,2%], однако низкий уровень знаний о ВИЧ и значительное распространение рискованного поведения означают, что эта ситуация может измениться. При проведении обследования в 2003–2004 годах менее одной пятой жителей Мадагаскара могли назвать два способа профилактики передачи



Уровни распространённости ВИЧ снизились среди беременных женщин в возрастной группе 15–24 лет с 13% в 2000 году до 9% в 2004 году в Бужумбуре и в городских районах Бурунди.

02

ВИЧ половым путем, и лишь каждый десятый молодой мужчина и каждая двадцатая молодая женщина (в возрасте 15–24 лет) указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего контакта со случайным партнером (Министерство экономики, финансов и бюджета, 2005). В то же время высокие уровни передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (оценочный показатель распространённости ВИЧ равен 10–20%) и значительные уровни распространения инфекции (3%–7%) среди женщин-работниц секс-бизнеса на **Маврикии** указывают на то, что здесь возможны серьезные вспышки ВИЧ.

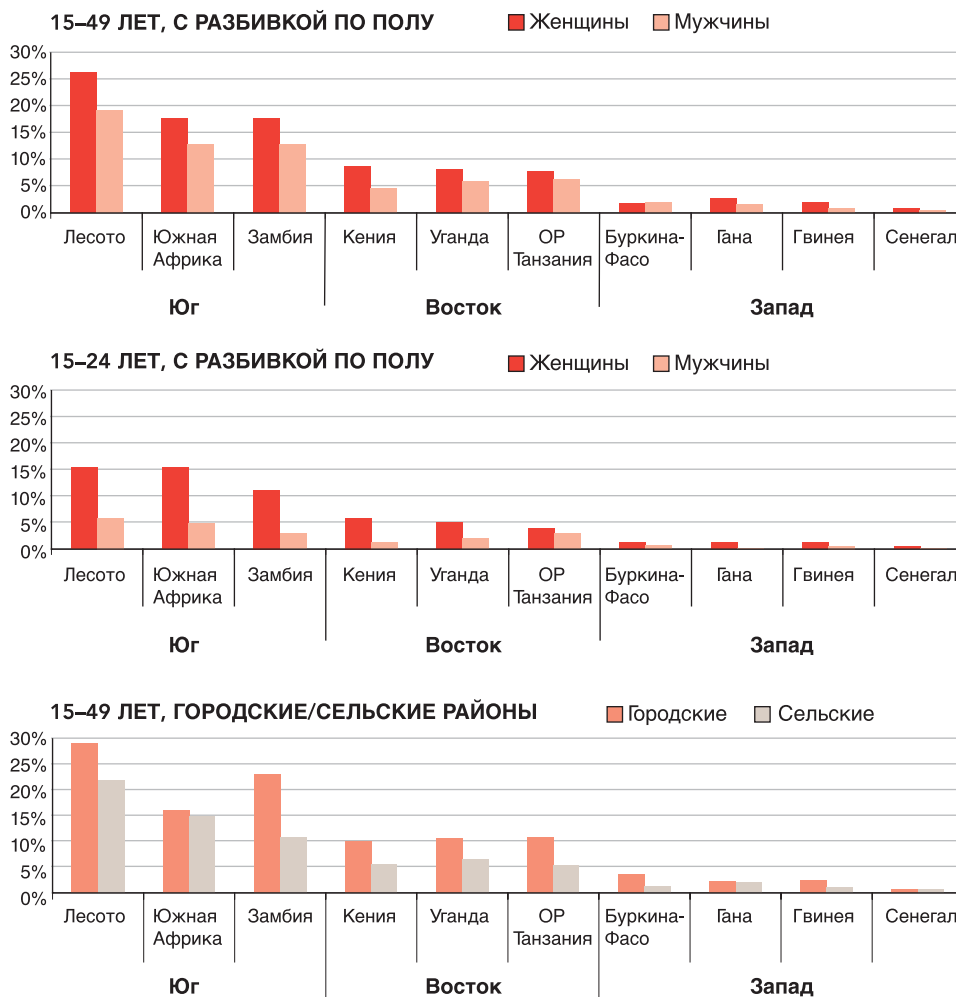
В странах Восточной Африки в последние несколько лет показатель распространённости ВИЧ либо снижился, либо оставался устойчивым. Здесь также женщинам грозит намного более высокий риск заражения ВИЧ, чем мужчинам, особенно в молодом возрасте. Эпидемии носят разнообразный характер: показатель распространённости ВИЧ среди беременных женщин колеблется от примерно 2% в **Эритрее** до 7% и выше в **Уганде**, **Кении** и **Танзании** (Министерство здравоохранения Эритреи, 2006; Министерство здравоохранения Уганды, 2005; Национальная комиссия по СПИДу Танзании, 2005;

Министерство здравоохранения Кении и др., 2003).

В то время как эпидемии в **Бурунди** и **Уганде**, вероятно, стабилизировались, показатель распространённости ВИЧ среди беременных женщин в **Кении** снизился, особенно в городских районах (Cheluget et al., 2006; ВОЗ, 2005a; Baltazar, 2005). В результате, по оценкам, национальный показатель распространённости ВИЧ снизился с 10% в конце 1990-х годов до примерно 7% в 2003 году (Министерство здравоохранения Кении, 2005). Различные обследования поведения указывают на уменьшение доли взрослых, имеющих более одного сексуального партнера, увеличение числа женщин, начинающих половую жизнь в более позднем возрасте, и рост практики использования презервативов. Другими факторами, с которыми связывают снижение показателя распространённости ВИЧ, являются также рост смертности и «насыщенность» инфекции среди тех, кому грозит самый высокий риск (Cheluget et al., 2006). Однако отмечаются и тренды, вызывающие беспокойство. Очень высокий показатель распространённости ВИЧ был обнаружен среди женщин, посещающих некоторые дородовые женские клиники (в том числе в Бузие и Чулаимбо на западе и в Субе на побережье) – от 14% до 30% (Baltazar, 2005).

РИСУНОК 2.7

Показатель распространенности ВИЧ (%) с разбивкой по полу и месту проживания (городские/сельские районы) в некоторых странах Африки к югу от Сахары, 2001–2005 гг.



Источники: Отчеты в области демографии и здравоохранения (Буркина-Фасо, Гана, Гвинея, Кения, Лесото, Замбия, Сенегал) (2001–2005). Фонд Нельсона Манделы (Южная Африка) (2005). Министерство здравоохранения (Уганда), 2005. Комиссия по СПИДу Танзании (Объединенная Республика Танзания) (2005).

Кроме того, употребление инъекционных наркотиков является фактором, способствующим развитию эпидемий в некоторых крупных и мелких городах, включая Найроби, где 53% потребителей инъекционных наркотиков (в основном героина) имели положительную реакцию на ВИЧ (Beckerleg et al., 2005).

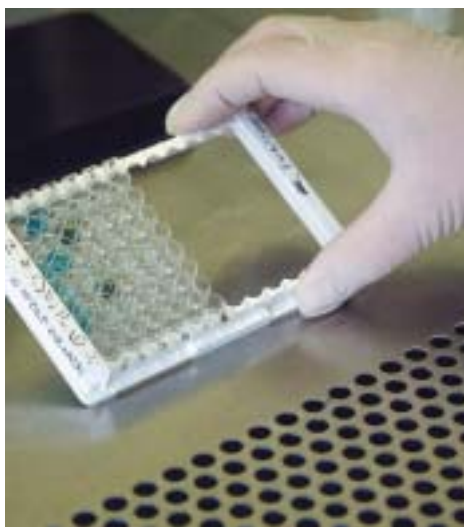
В Уганде, где в середине и конце 1990-х годов было отмечено резкое снижение показателя распространенности ВИЧ, в 2005 году, по оценкам, показате-

ль распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 6,7% [5,7%–7,6%]. Новые данные эпиднадзора за ВИЧ показывают, что начиная с 2001 года показатель распространенности ВИЧ продолжает снижаться среди беременных женщин в столице страны Кампале и оставался стабильным в других районах, включая большинство сельских районов. Однако результаты национального обследования домохозяйств, проведенного в 2004–2005 годах, показали, что практика пользования презервативами

была распространена неравномерно (лишь около половины обследованных мужчин и женщин отметили, что они пользовались презервативом во время последнего контакта со случайным партнером) и что почти каждый третий мужчина отметил, что за последний год у него было более одного сексуального партнера (Министерство здравоохранения Уганды, 2005).

В целом, эпидемия в **Руанде** в последние годы была стабильной: в 2005 году, по оценкам, число людей, живущих с ВИЧ, составляло 190 000 [180 000–210 000] человек (3,1% среди взрослых [2,9%–3,2%]). С 1990-х годов официальный национальный показатель распространенности ВИЧ снизился, однако этот тренд может в значительной степени объясняться улучшением методики эпиднадзора за ВИЧ. В то же время имеются признаки снижения показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин в некоторых городских районах, включая Кигали, где в 2003 году этот показатель оставался на уровне 13% (Kauirangwa et al., 2006). Тренды развития эпидемии ВИЧ в соседнем **Бурунди**, где показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, по оценкам, составлял 3,3% [2,7%–3,8%], также неопределенны. Уровни распространенности ВИЧ снизились среди беременных женщин в возрастной группе 15–24 лет (с 13% в 2000 году до 9% в 2004 году) в Бужумбуре и в городских районах в целом. В то же время показатель распространенности ВИЧ увеличился в сельских и пригородных районах, причем он сильно варьируется в зависимости от района (от менее 1% до почти 13%) (Министерство общественного здравоохранения Бурунди, 2005).

В материковой части **Объединенной Республики Танзания**, в 2005 году, по оценкам, число людей, живущих с ВИЧ, составляло 1,4 [1,3–1,6] миллиона человек (6,5% среди взрослых [5,8%–7,2%]), что указывает на необходимость улучшения мер по профилактике и существенного расширения доступа к



лечению и уходу. Тренды в изменении показателей ВИЧ указывают на относительно устойчивую эпидемию, в то же время показатель распространенности заметно увеличился в старших возрастных группах, достигнув 13% среди женщин в возрастной группе 30–34 лет (Комиссия по СПИДу Танзании, 2005). Здесь также растет практика употребления инъекционных наркотиков, причем не только в Дар-эс-Саламе, но также на острове Пемба (Beckerleg et al., 2005).

В городских районах **Эфиопии** показатель распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих дородовые клиники, оставался стабильно на высоком уровне с конца 1990-х годов (в 2003 году составляя почти 15% в Аддис-Абебе и 12% в других городских районах); исключение составляют беременные женщины в возрастной группе 15–24 лет, среди которых этот показатель снизился с 15% в 2000 году до 11,5% в 2003 году (Hladik et al., 2006; Федеральное министерство здравоохранения Эфиопии, 2004). В то же время эпидемия, вероятно, стала более интенсивной в последние годы в сельских районах: показатель распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих дородовые клиники, увеличился (с 1,9% в 2000 году до 2,6% в 2003 году) (Hladik et al., 2006;

Федеральное министерство здравоохранения Эфиопии, 2004). Данные, полученные в ходе недавно проведенного обследования домохозяйств, а также новые данные, полученные на участках эпиднадзора в сельских районах, число которых было увеличено, позволили пересмотреть уровни распространенности ВИЧ в этой преимущественно сельской стране, где менее половины беременных женщин посещают родовые клиники (и где, по этой причине, предыдущие оценки о ВИЧ, получаемые на основе данных родовых клиник, давали неполную картину эпидемии). В то же время в соседней **Эритрее** эпидемия выглядит стабильной: показатель распространенности ВИЧ среди взрослых оставался на уровне 2,4% [1,3%–3,9%]. Однако уровни распространенности инфекции значительно выше на юге страны, где, например, в 2005 году в городе Ассабе они превышали 7% (Министерство здравоохранения Эритреи, 2006).

Информация о развитии эпидемии ВИЧ в **Джибути** и **Сомали** менее полная. Эпидемия в **Джибути** носит серьезный характер: в 2005 году оценочный национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 3,1% [0,8–6,9%]. Ранее проведенное обследование среди населения показало, что уровни распространенности ВИЧ среди молодых людей в возрастной группе 20–34 лет в столице Джибути составляли 4–6% (Министерство здравоохранения Джибути, 2002). В **Сомали** обследование, проведенное в 2004 году, показало, что этот вирус распространен почти по всей стране, в то же время национальный показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин по-прежнему оставался низким, на уровне 0,6% (ВОЗ, 2005b). Однако более высокие уровни распространенности ВИЧ (4% и выше), обнаруженные среди лиц, обращающихся по поводу лечения в связи с инфекциями, передающимися половым путем, не вызывают удивления, учитывая слабые знания о передаче ВИЧ и нераспространенность

практики использования презервативов (согласно одному обследованию, 17 из 20 мужчин и 19 из 20 женщин в возрасте 15–24 лет никогда не пользовались презервативом) (ВОЗ, 2005b).

Западная Африка менее пострадала по сравнению с другими частями Африки к югу от Сахары: по оценкам, в ряде стран национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых ниже 2%. Самый высокий показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в регионе зарегистрирован в **Кот-д'Ивуаре**, где он составляет 7,1% [4,3%–9,7%]. Значительное снижение показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин было отмечено в городских районах **Буркина-Фасо**, а также в Абиджане (**Кот-д'Ивуар**) и в Ломе (**Того**) (ВОЗ, 2005). В то же время в Дакаре (**Сенегал**) и Аккре (Гана) уровни распространенности ВИЧ среди посетительниц родовых клиник растут (ВОЗ, 2005). **Нигерия** имеет третью по величине численность людей, живущих с ВИЧ, в мире – 2,9 [1,7–4,2] миллиона человек. Медианный показатель распространенности ВИЧ среди посетительниц родовых клиник выровнялся на уровне около 4%, однако уровни инфекции в разных частях этой большой страны резко различаются (от 1,3% на юго-западе до 4,9% в центральных районах северной части страны) (Федеральное министерство здравоохранения Нигерии, 2006). Эпидемия в **Кот-д'Ивуаре** также выглядит относительно стабильной почти в течение десятилетия. Однако гражданский конфликт в стране препятствовал получению новых национальных данных о ВИЧ. В **Гвинее** в 2005 году оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 1,5% [1,2%–1,8%]. В 2005 году национальное обследование, включающее тестирование на ВИЧ, выявило, что показатель распространенности ВИЧ был примерно в два раза выше среди женщин, чем среди мужчин (соответственно 1,9% и 0,9%).

В то же время эпидемия в **Сенегале** по-прежнему в основном распространяется среди работников секс-бизнеса, причем существует постоянная опасность более широкого распространения ВИЧ от работников секс-бизнеса и их клиентов на группы населения более низкого риска. Показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса остается высоким почти в течение десятилетия (около 20% в Дакаре и 30% в Сигинишоре) (Gomes et al., 2005; ВОЗ, 2005а). По оценкам, в 2005 году национальный показатель распространенности ВИЧ составлял 0,9% [0,4%–1,5%], хотя в одном обследовании этот показатель среди взрослых на юге страны составил около 3% (Центр исследований в области человеческого развития и MEASURE DHS+, 2005). Секс-бизнес также является фактором, стимулирующим развитие эпидемии в **Гане**, где оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составляет 2,3% [1,9%–2,6%]. С начала этого столетия показатель распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих родовые клиники, увеличился и достиг почти 4% (3,6%). В **Того** объем данных эпиднадзора за ВИЧ очень ограничен, что не позволяет определить уровни и тренды, однако, судя по всему, размеры эпидемии здесь аналогичны размерам эпидемии в соседней Гане (ВОЗ, 2005а; Министерство здравоохранения Того, 2004). По оценкам, показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в Того составляет 3,2% [1,9%–4,7%].

К северу от этих двух стран наблюдается другой тренд: в **Буркина-Фасо** показатель распространенности ВИЧ среди молодых беременных женщин (в возрасте 15–24 лет, посещающих родовые клиники в городских районах, снизился с почти 4% в 2001 году до чуть ниже 2% в 2003 году (Presidence du Faso, 2005; Министерство экономики и развития, 2004). Это может отражать результаты усиления мер профилактики ВИЧ за последнее десятилетие; половые контакты между

непостоянными партнерами уменьшились, а практика использования презервативов при этом расширилась, особенно среди молодых людей. Оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составляет 2,0% [1,5%–2,5%]. В **Сьерра-Леоне**, где оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составляет 1,6% [0,9%–2,4%], результаты недавно проведенного обследования среди населения показали, что уровень распространенности ВИЧ среди мужчин и женщин был почти одинаковым (Министерство здравоохранения и санитарии Сьерра-Леоне, 2005).

Более серьезные эпидемии развиваются в некоторых центральных африканских странах, особенно в **Камеруне**, где в 2005 году оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 5,4% [4,9%–5,9%]. Национальное обследование, проведенное в 2004 году среди домохозяйств, показало, что уровень распространенности ВИЧ среди женщин намного выше, чем среди мужчин (соответственно 6,8% и 4,1%) (Министерство общественного здравоохранения Камеруна, 2004). В **Центрально-Африканской Республике** оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составляет 10,7% [4,5%–17,2%], хотя данные о ВИЧ ограничены. В **Конго** число людей, живущих с ВИЧ, достигает 120 000 [75 000–160 000] человек (оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составляет 5,3% [3,3%–7,5%]) (Министерство общественного здравоохранения Конго, 2004). В **Демократической Республике Конго** в 2005 году оценочное число людей, живущих с ВИЧ, составляло 1,0 миллиона [560 000–1,5 миллиона] человек (показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 3,2% [1,8%–4,9%]). Эпиднадзор за ВИЧ среди беременных женщин указывает на то, что в 2004 году около 4% женщин, посещающих родовые клиники, были инфицированы ВИЧ, в то же время показатель

распространенности ВИЧ среди беременных женщин в Лубумбаши достигал 7% (Министерство общественного здравоохранения Демократической Республики Конго, 2004). Однако данные эпиднадзора за ВИЧ для многих частей этой большой страны отсутствуют.

В южной и восточной Африке, а также некоторых частях центральной Африки эпидемии СПИДа будут иметь серьезные последствия по крайней мере в течение еще одного поколения. Стратегии профилактики и лечения – а также поддержка, оказываемая остальным миром, – должны осуществляться с учетом этого фактора, а также многочисленных недостатков слабых систем здравоохранения и ослабленных возможностей государственного сектора.

Азия

Последние оценочные данные показывают, что в конце 2005 года число людей, живущих с ВИЧ в Азии, составляло 8,3 [5,7–12,5] миллиона человек

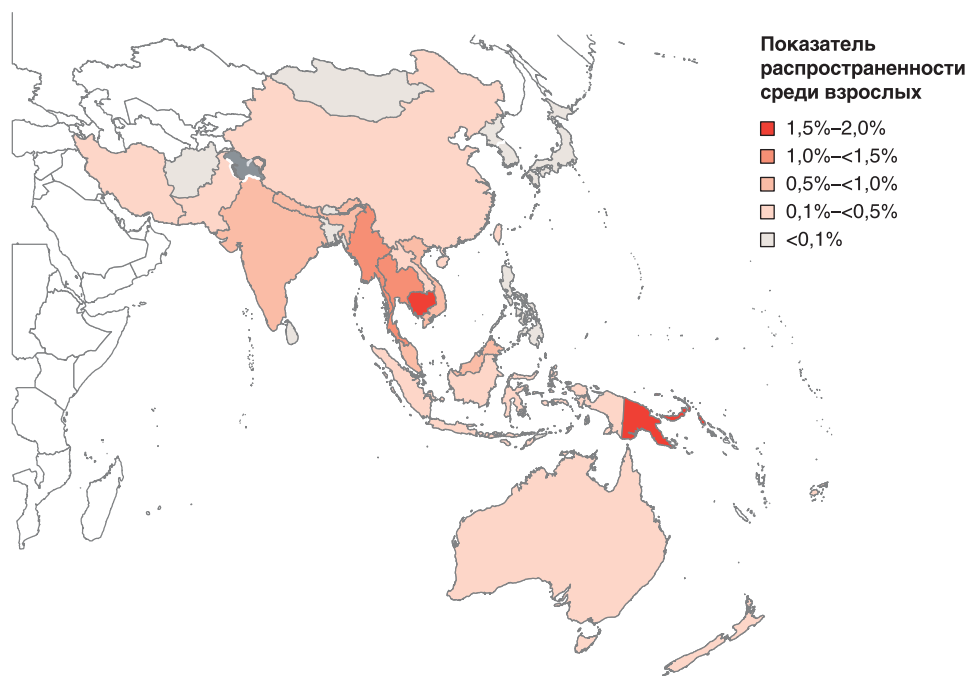
(2,4 [1,5–3,8] миллиона среди взрослых женщин), причем более трети из них жили в одной стране – **Индии**. Число детей, живущих с ВИЧ, по оценкам, составляло 180 000 [75 000–390 000] человек. В 2005 году число новых ВИЧ-инфекций в Азии составило 930 000 [620 000–2,4 миллиона], а число смертей от СПИДа около 600 000 [400 000–850 000].

Число людей, получающих антиретровирусное лечение, увеличилось с 70 000 в 2003 году до 180 000 в конце 2005 года. В настоящее время в Азии примерно каждый шестой (16%), нуждающийся в антиретровирусном лечении, получает такое лечение. В то время как самый сильный прогресс был достигнут в **Таиланде**, в **Индии** (где проживает более 70% всех лиц, нуждающихся в лечении в этом регионе) показатель охвата все еще остается намного ниже 10%.

Расширение эпиднадзора за ВИЧ и совершенствование методов оценки позволяют получить более четкую

РИСУНОК 2.8

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15–49 лет) в Азии и Океании, 2005 год



картину о развитии эпидемии СПИДа в **Китае**. В 2005 году число людей, живущих с ВИЧ в Китае, составляло около 650 000 [390 000–1,1 миллиона] человек (Министерство здравоохранения Китая, 2006). На потребителей инъекционных наркотиков (число которых в стране составляет не менее одного миллиона) приходится почти половина (44%) людей, живущих с ВИЧ (Министерство здравоохранения Китая, 2006; Ruan et al., 2005). Почти половина потребителей инъекционных наркотиков в Китае пользуются общими иглами и шприцами, и примерно каждый десятый из них допускает сексуальное поведение с высоким уровнем риска (Министерство здравоохранения Китая, 2006). В некоторых районах провинций Синчжань, Юньнань и Сычуань показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков превышает 50% (МПС, 2005а). В Китае организовано 128 клиник для заместительного лечения метадонотерапией и 91 пилотный участок для обмена игл и шприцев. Однако для того чтобы это оказало значительное воздействие, необходимо значительно расширить охват.

Согласно имеющимся данным, то, что одни и те же люди предоставляют платные сексуальные услуги и употребляют инъекционные наркотики, может привести к более серьезным вспышкам эпидемии ВИЧ. Имеющиеся исследовательские данные указывают на то, что большая пропорция потребителей инъекционных наркотиков покупают сексуальные услуги и что не менее половины женщин, употребляющих инъекционные наркотики, также продавали сексуальные услуги (Liu H et al, 2006; Yang et al., 2005). В некоторых провинциях (таких как Сычуань) небольшой, однако значительный процент работников секс-бизнеса также употребляют инъекционные наркотики (МПС, 2005а). Работникам секс-бизнеса, употребляющим инъекционные наркотики, грозит очень высокий риск заражения ВИЧ: они,

как правило, имеют большое число клиентов, редко пользуются презервативами и часто обмениваются иглами (МПС, 2005а; МПС, 2005б). По мере того как ВИЧ распространяется от потребителей наркотиков, работников секс-бизнеса и их клиентов к населению в целом, растет число ВИЧ-инфекций, передающихся половым путем, а вместе с этим число ВИЧ-инфекций среди женщин. В 2004 году 39% всех случаев ВИЧ было зарегистрировано среди женщин (для сравнения двумя годами ранее этот показатель составлял 25%). В некоторых районах провинций Юньнань, Хэнань и Синчжань показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, а также среди лиц, проходящих тестирование на ВИЧ до брака и в клиниках, уже превышает 1% (Министерство здравоохранения Китая, 2006).

Несмотря на расширение мер в ответ на СПИД в последние годы в Китае, основные элементы таких мер требуют улучшения. Уровень информированности о СПИДе недопустимо низок, а просвещение через средства массовой информации было ограниченным и недостаточно эффективным. Приоритеты включают усиление обучения для профилактики, лечения и ухода; расширение программ антиретровирусного лечения для пациентов в сельских районах и малообеспеченных пациентов в городских районах; расширение тестирования и просвещения среди групп высокого риска; и дальнейшее улучшение системы мониторинга в стране (Министерство здравоохранения Китая, 2006; Yang et al., 2005).

В 2005 году в **Индии**, второй по численности населения стране мира, оценочное число людей в возрасте 15–49 лет, живущих с ВИЧ, уже составляло 5,2 миллиона человек, о чем свидетельствуют данные, приведенные Национальной организацией по борьбе со СПИДом (НАСО). Национальный показатель распространенности

ВИЧ среди взрослых составлял 0,9% [0,5–1,5%]. Показатель распространенности ВИЧ, как правило, выше в промышленно развитых штатах полуострова (за исключением штата Керала): в 2004 году уровни распространенности ВИЧ среди беременных женщин в штатах Андхра-Прадеш, Карнатака и Махараштра превысили 1% (НАСО, 2004а). Особенно сильно пострадали такие районы, как коридор Мумбаи–Карнатака, район Нагпур в штате Махараштра, район Наммаккал в штате Тамилнаду, восточные районы штата Андхра-Прадеш и некоторые районы штатов Манипур и Нагаленд (на северо-востоке Индии) (Kumar et al., 2005). В то же время ВИЧ распространяется в сельских районах: в 2004 году в штатах Карнатака и Нагаленд более 1% беременных женщин в сельских районах имели положительную реакцию на ВИЧ.

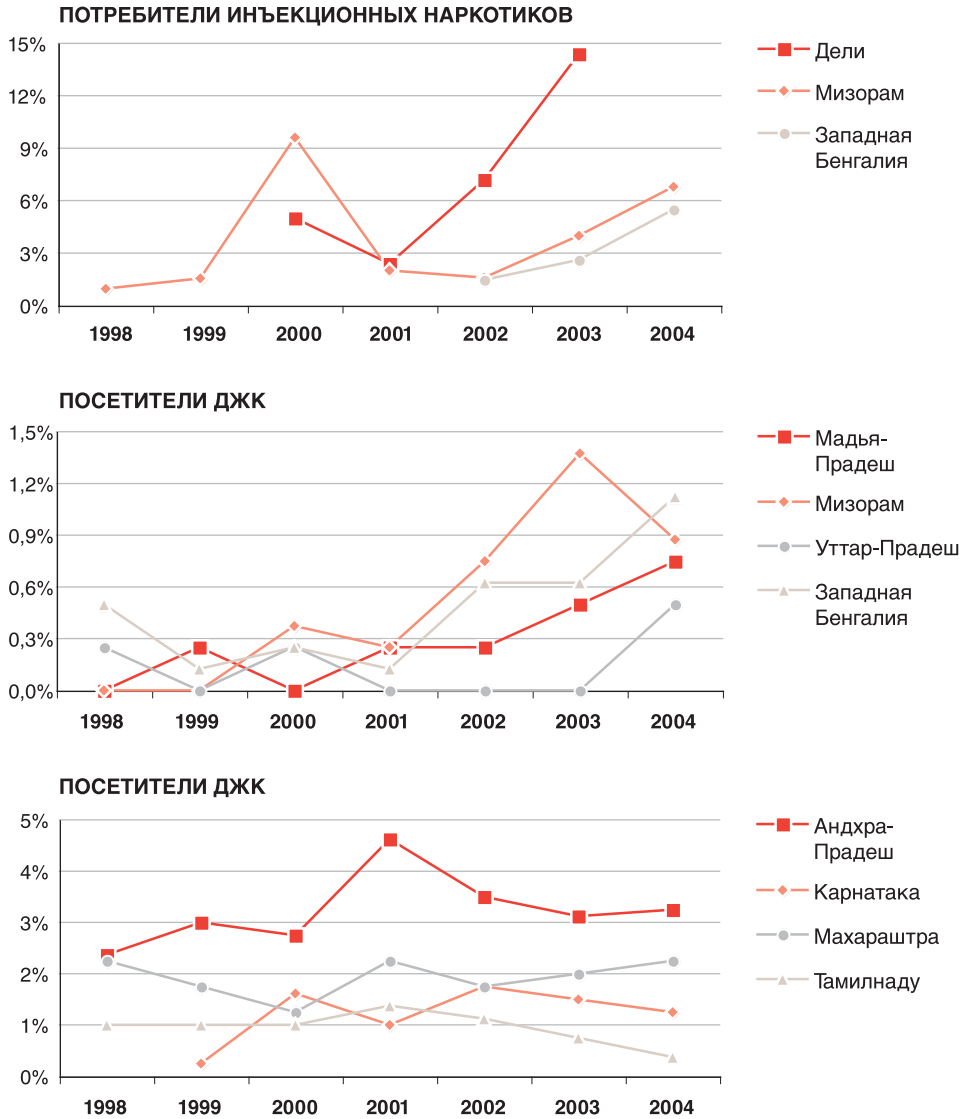
Что касается положительной стороны, то показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15–24 лет в штатах Андхра-Прадеш, Карнатака, Махараштра и Тамилнаду снизился с 1,7% в 2000 году до 1,1% в 2004 году (Kumar et al., 2006). Два последних штата одними из первых в Индии начали принимать меры в ответ на эпидемию СПИДа, и нынешние тенденции отражают их постоянные усилия по профилактике ВИЧ за последние несколько лет.

В целом, большая часть ВИЧ-инфекций (более 80% зарегистрированных случаев СПИДа) (НАСО, 2005) обусловлена незащищенными гетеросексуальными контактами, причем значительная доля из них приходится на женщин. Употребление инъекционных наркотиков является основным фактором развития эпидемий ВИЧ на северо-востоке (особенно в штатах Манипур, Мизорам и Нагаленд, где показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин также превышает 1%), а также, все больше, в других районах страны, включая крупные города

Ченнаи, Мумбаи и Нью-Дели (Solomon et al., 2004; НАСО, 2004а; МПС, 2005а, НАСО 2005). В этих районах страны одни и те же люди очень часто употребляют инъекционные наркотики и продают сексуальные услуги, при этом, например, в штате Тамилнаду, показатель распространенности ВИЧ среди некоторых работников секс-бизнеса составляет 50% (Solomon et al., 2004; НАСО, 2004b). В то же время мало что известно о роли секса между мужчинами в развитии эпидемии в Индии, хотя имеющаяся информация указывает на то, что секс между мужчинами не является редкостью. Например, в Ченнаи (Тамилнаду) 6% мужчин, живущих в трущобах, указали на то, что у них были половые контакты с другими мужчинами (Go et al., 2004). Масштабы эпидемии ВИЧ в Индии будут зависеть, в частности, от эффективности программ, осуществляемых среди работников секс-бизнеса и их клиентов, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (и их других сексуальных партнеров), и потребителей инъекционных наркотиков (и их сексуальных партнеров) (Kang et al., 2005).

Риск, обусловленный тем, что одни и те же люди употребляют инъекционные наркотики и имеют незащищенные половые контакты, влияет на развитие ряда других эпидемий в Азии (МПС, 2005а). Примером является **Вьетнам**, где ВИЧ распространился во всех 59 провинциях и всех городах. В 2005 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло около 260 000 [150 000–430 000] человек, что более чем в два раза превышало это число за 2000 год. В 2005 году оценочный национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 0,5% [0,3%–0,9%]. По официальным оценкам, каждый год почти 40 000 человек заражаются ВИЧ (Министерство здравоохранения Вьетнама, 2005). Основными факторами, способствующими развитию эпидемии, являются употребление инъекционных наркотиков и секс-бизнес, явления, которые

РИСУНОК 2.9 Тренды в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) в Индии среди потребителей инъекционных наркотиков и беременных женщин в некоторых штатах страны, 1998–2004 гг.*



*Данные только для участков, где проводится последовательный эпиднадзор.
 Источник: Национальная организация по борьбе со СПИДом, 2005 г.

нарастают вследствие открытия рынков и границ в стране (Grauman et al., 2005). Широкое распространение получило использование общих игл, а показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков увеличился с 9% в 1996 году до 29% в 2002 году и 32% в 2003 году, причем в некоторых городах

уровни распространенности ВИЧ достигают 40% (Министерство здравоохранения Вьетнама, 2005; Nien et al., 2004). Практика использования презервативов среди многочисленных потребителей инъекционных наркотиков, которые также покупают сексуальные услуги, не является регулярной: менее половины из них

постоянно пользуются презервативами при контактах с работниками секс-бизнеса (АМР США и др., 2001). Большая доля работников секс-бизнеса также употребляет инъекционные наркотики (20% работников секс-бизнеса, работающих на улицах города Хошимина, и 43% в Ханое), причем они очень редко покупают презервативы для защиты при половых контактах (Tran et al., 2005; Nien et al., 2004b; МПС, 2004). Результаты исследования, проведенного в Ханое, показали, что уровни распространенности ВИЧ составляли 1,6% среди работников секс-бизнеса, не употребляющих инъекционные наркотики, в то время как этот показатель среди работников секс-бизнеса, употребляющих инъекционные наркотики, составлял 33%; это подчеркивает необходимость уделения особого внимания работникам секс-бизнеса, употребляющим инъекционные наркотики, при осуществлении мер профилактики ВИЧ (Tran et al., 2005). Существует насущная потребность в реализации стратегий, направленных на быстрое и широкомасштабное снижение практики пользования общей иглой и рискованного сексуального поведения. К сожалению, стигматизация и незаконный статус работников секс-бизнеса и потребителей инъекционных наркотиков представляют огромную угрозу, особенно в плане обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ (Tran et al., 2005).

Эпидемии в **Камбодже** и **Таиланде** в значительной степени обусловлены секс-бизнесом. Усилия по профилактике, осуществляемые в обеих странах, дали положительные результаты: в последнее десятилетие эпидемии здесь пошли на убыль благодаря тому, что мужчины стали реже покупать сексуальные услуги, а практика использования презервативов расширилась (МПС, 2005b). В **Камбодже** национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, составлявший 1,6% [0,9%–2,6%] в 2005 году, был

на треть ниже, чем в конце 1990-х годов - главным образом благодаря повышению смертности и усилению мер профилактики ВИЧ, что позволило снизить уровень рискованного коммерческого секса (Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ИППП, 2004). Тем не менее в стране развивается одна из самых тяжелых эпидемий в Азии (Mills et al., 2005). Тот факт, что женщины составляют растущую долю людей, живущих с ВИЧ (по оценкам, 47% в 2004 году по сравнению с 37% в 1998 году), говорит о том, что значительное число женщин заражается от своих мужей и партнеров, которые могли заразиться этим вирусом через коммерческий секс (Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ИППП, 2004). Кроме того, есть признаки, что вновь растет число мужчин, покупающих сексуальные услуги, а также данные, свидетельствующие о росте употребления инъекционных наркотиков, в том числе среди работников секс-бизнеса в столице страны Пномпене. Также имеются данные, указывающие на рост числа ВИЧ-инфекций среди уличной молодежи, которая употребляет наркотики амфетаминового типа (Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ИППП, 2005; Burrows, 2003). Обследование, проведенное в 2005 году, показало, что 28% такой уличной молодежи было инфицировано ВИЧ, это более чем в два раза выше показателя в 12%, зарегистрированного годом ранее при проведении такого же обследования (Mills et al., 2005).

В соседнем **Таиланде** оценочный национальный показатель распространенности ВИЧ в 2005 году составлял 1,4% [0,7%–2,1%]. С конца 1990-х годов в **Таиланде** отмечается снижение уровня распространенности ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем. В то же время меры профилактики в Таиланде, вероятно, не отвечают последним изменениям в развитии эпидемии. Согласно Министерству здравоохранения, в 2005 году более одной трети ВИЧ-инфекций

были отмечены среди женщин, которые заразились от своих постоянных партнеров, и около одной пятой – среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Половые контакты до брака стали более распространенным явлением среди молодых тайцев, включая женщин, при этом они обычно редко пользуются презервативами (лишь 20%–30% сексуально активных молодых людей постоянно пользуются презервативами) (Punpanich et al., 2004; ПРООН, 2004). В то же время практика использования презервативов во время платных половых контактов также ослабевает. Исследование, проведенное среди женщин-работниц секс-бизнеса (в Бангкоке, Чиангмае и Маехонгсоне), показало, что презервативы используются лишь в 51% коммерческих половых контактов. Эта цифра согласуется с данными ранее проведенного обследования домохозяйств, когда менее одной трети молодых мужчин, проживающих на севере Таиланда, указали на то, что они постоянно пользуются презервативами во время платных половых контактов (Buckingham et al., 2005; ПРООН, 2004). Уровни распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса, потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, остаются высокими: в 2003 году более 10% женщин-работниц секс-бизнеса, работающих в публичных домах, были инфицированы ВИЧ, а также 45% потребителей инъекционных наркотиков, обратившихся по поводу лечения (Punpanich et al., 2004). Показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Бангкоке вырос с 17% в 2003 году до 28% в 2005 году, а среди тех же мужчин моложе 21 года этот показатель увеличился за тот же период в три раза (Van Griensven et al., 2006). Это указывает не только на потребность в пересмотре кампаний за безопасный секс, но также на то, что секс между мужчинами, как и употребление инъекционных наркотиков, по-прежнему в значительной

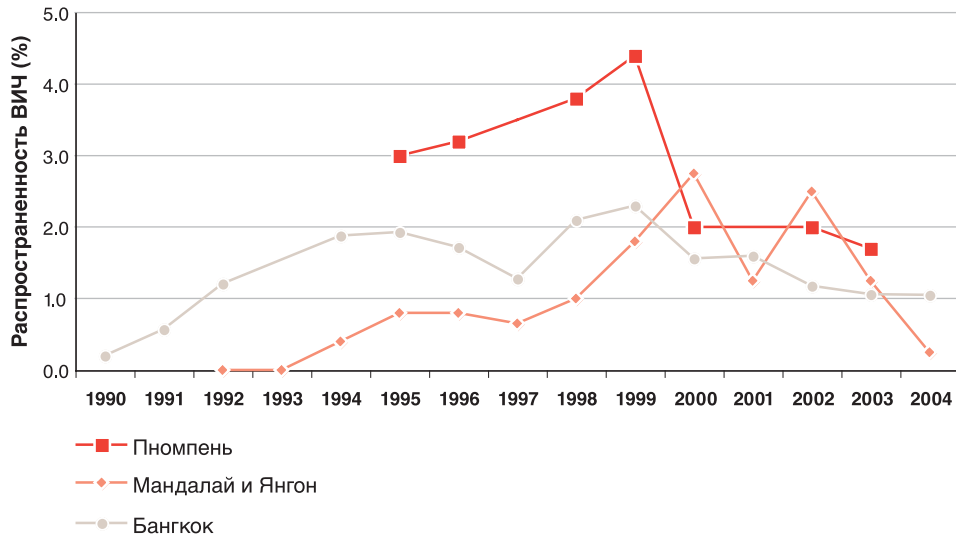
мере не учитываются программами профилактики ВИЧ в Таиланде. В то же время обнадеживающий прогресс был достигнут в сфере лечения.

Официальные данные указывают на то, что к концу 2005 года, по оценкам, 80 000 ВИЧ-инфицированных тайцев получали антиретровирусное лечение. Развертывание программ антиретровирусного лечения в последние годы совпало с резким снижением числа официально зарегистрированных случаев смерти в связи со СПИДом, с 5020 в 2004 году до 1640 в 2005 году.

В 2005 году, число взрослых и детей, живущих с ВИЧ в **Мьянме**, составляло 360 000 [200 000–570 000] человек, в то время как национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 1,3% [0,7–2%]. Первоначально ограниченные меры, осуществляемые в ответ на эпидемию СПИДа в **Мьянме**, привели к тому, что ВИЧ распространялся относительно свободно более десяти лет, в результате чего страна столкнулась с одной из наиболее серьезных эпидемий в Азии. В последнее время ответные меры были усилены и дали обнадеживающие результаты, о чем свидетельствуют имеющиеся данные (Thwe, 2004). Национальный показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин снизился с 2,2% в 2000 году до 1,8% в 2004 году, в то время как уровни инфицирования среди мужчин и женщин, обращающихся по поводу лечения в связи с другими инфекциями, передающимися половым путем, за тот же период значительно упали (с 7% до 3% среди мужчин и с 12% до 6% среди женщин) (Wiwat et al., 2005). С другой стороны, было инфицировано большое число людей, допускающих поведение высокого риска: по оценкам, в 2004 году ВИЧ были инфицированы каждая четвертая женщина-работница секс-бизнеса и каждый третий потребитель инъекционных наркотиков. Учитывая, что передача ВИЧ среди таких групп населения остается одним из основных факторов развития эпидемии в Мьянме, программы снижения

РИСУНОК 2.10

Тренды в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) среди беременных женщин в крупных городах в Камбодже, Мьянме и Таиланде, 1990–2004 гг.



Источники: Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ЗППП Камбоджи (Пномпень); Министерство здравоохранения Мьянмы (Мандалай и Янгон); Министерство общественного здравоохранения Таиланда (Бангкок).

вреда, а также социальные программы, направленные на ослабление поведения высокого риска, могут помочь снизить распространение ВИЧ. Для более полного понимания эпидемии в Мьянме необходимы новые и более точные данные о ВИЧ (особенно данные о путях распространения инфекции среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами).

В Пакистане число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, в 2005 году составляло 85 000 [46 000–210 000] человек. Для того чтобы избежать более серьезных вспышек ВИЧ, в стране необходимо улучшить качество мер профилактики. В 2004 году почти каждый четвертый потребитель инъекционных наркотиков, прошедший тестирование в Карачи, оказался ВИЧ-инфицированным; менее одного года тому назад в этой же общине потребителей наркотиков был зафиксирован лишь один случай ВИЧ (Altaf et al., 2004). Многие такие потребители инъекционных наркотиков переезжают из города в город, и большая доля среди них использует общий

инъекционный инструментарий (48% в Карачи и 82% в Лахоре указали на то, что они пользовались общим инструментарием за прошедшую неделю). Значительная доля потребителей инъекционных наркотиков также предоставляет сексуальные услуги, причем все это на фоне очень низкого уровня знаний о СПИДе среди лиц, которым грозит высокий риск инфицирования. В Карачи каждый четвертый потребитель инъекционных наркотиков никогда не слышал о СПИДе, в то время как каждый пятый работник секс-бизнеса не знал, как выглядит презерватив, а каждый третий никогда не слышал о СПИДе. Всего лишь 2% женщин-работниц секс-бизнеса указали на то, что они пользовались презервативами во время всех контактов с клиентами в течение предыдущей недели (Министерство здравоохранения Пакистана, ДМР, «Фэмили хелс интернэшнл», 2005; МПС, 2005b).

По оценкам, в 2005 году число взрослых и детей, живущих с ВИЧ в Индонезии, составляло 170 000 [100 000–290 000] человек. Хотя

национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых здесь остается очень низким (0,1%), в некоторых районах страны возможно быстрое распространение эпидемии СПИДа. Особенно опасная ситуация возникла на самом западе провинции Папуа, которая граничит с **Папуа – Новой Гвинеей**, где развивается серьезная эпидемия ВИЧ. В Папуа ВИЧ распространился за пределы группы работников секс-бизнеса и их клиентов; при проведении серологического обследования почти 1% взрослых в пяти деревнях имели положительную реакцию на ВИЧ (МПС, 2004). В то же время высокие показатели распространенности ВИЧ, до 48%, были обнаружены среди потребителей инъекционных наркотиков в центрах реабилитации в Джакарте и еще более высокие уровни инфицирования зарегистрированы в Понтианаке (на острове Борнео) (Riono and Jazant, 2004; МПС, 2005а). Здесь также многие потребители инъекционных наркотиков предоставляют платные сексуальные услуги. В Джакарте пятая часть потребителей инъекционных наркотиков покупали сексуальные услуги, причем из них три четверти не пользовались при этом презервативами, о чем свидетельствуют результаты одного исследования (Центр исследования в области здравоохранения и Министерство здравоохранения, 2002). В целом, практика использования презервативов во время платного секса также не является нормой. В 2004 году в Джакарте три четверти работников секс-бизнеса, работающих в массажных салонах и клубах, и 85% работников секс-бизнеса в публичных домах отметили, что они не пользовались презервативами во время контакта со своими клиентами в течение предыдущей недели (МПС, 2005b).

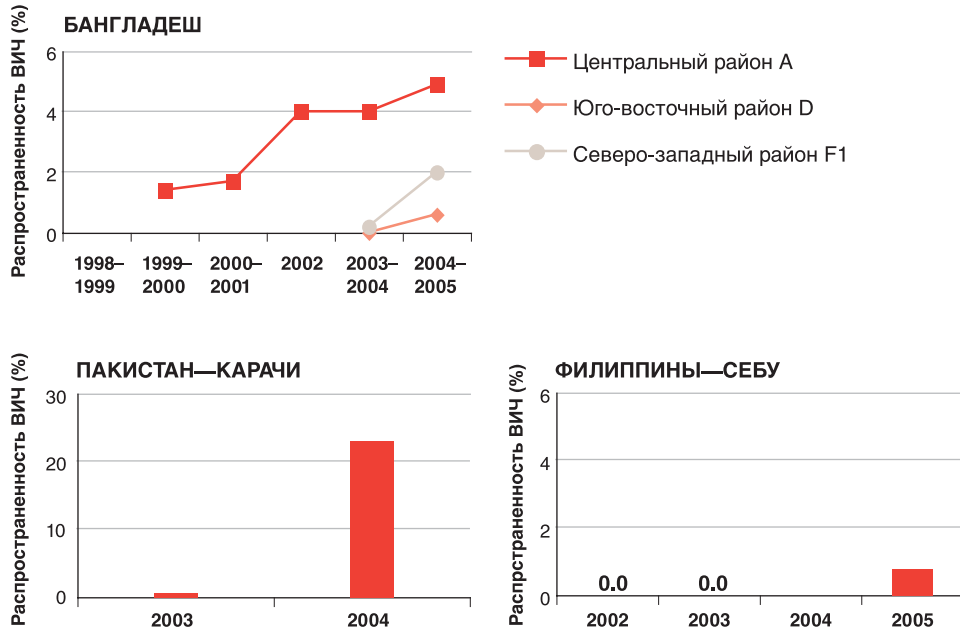
В 2005 году национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в **Малайзии**, по оценкам, составлял 0,5% [0,2%–1,5%], а число взрослых и детей, живущих с ВИЧ,

составляло 69 000 [33 000–220 000] человек. Потребление инъекционных наркотиков является основной движущей силой эпидемии в Малайзии, хотя все большее число ВИЧ-инфекций обусловлено половыми контактами – 17% в 2002 году по сравнению с 7% в 1995 году (Министерство здравоохранения Малайзии и ВОЗ, 2004; Huang and Hussein, 2004). В Келентане и Теренгану показатели распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составляли соответственно 41% и 31%, в то время как в некоторых районах Куала-Лумпура, согласно исследованиям, до 10% женщин-работниц секс-бизнеса имели положительную реакцию на ВИЧ (Министерство здравоохранения Малайзии и ВОЗ, 2004).

В **Бангладеш** национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых по-прежнему остается очень низким (ниже 0,1%), что отчасти объясняется целенаправленными мерами профилактики, которые, вероятно, позволили удержать этот показатель ниже 1% среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и женщин-работниц секс-бизнеса. В 2005 году число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, составляло 11 000 [6400–18 000] человек. В то же время рискованная практика употребления инъекционных наркотиков привела к тому, что, согласно результатам эпиднадзора на одном из центральных участков, уровни распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков увеличились с 1,7% до 4,9% за период с 2000–2001 по 2004–2005 годы. ВИЧ-инфекция также была обнаружена среди потребителей инъекционных наркотиков на 2 из 15 других участков. Учитывая, что по крайней мере половина потребителей инъекционных наркотиков в трех регионах указала на то, что они использовали нестерильный инструментарий во время последнего употребления инъекционных наркотиков, такие тренды в изменении показателей ВИЧ могут оказаться устойчивыми. Большая доля

РИСУНОК 2.11

Тренды в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) среди потребителей инъекционных наркотиков в Бангладеш, Пакистане и на Филиппинах, 1998–2005 гг.*



*Последние эпиднадзорные данные, полученные на других площадках в Бангладеш и Пакистане, по-прежнему указывают на очень низкий показатель распространенности ВИЧ (0% на 13 участках в Бангладеш и 0,5% в Лахоре, Пакистан)

Источники: Результаты интегрированного обследования поведения и серологического надзора за ВИЧ за 2005 год, суммарный отчет. Национальный центр эпидемиологии, Департамент здравоохранения (Филиппины); Национальный серологический надзор за ВИЧ, 2004–2005, технический отчет (6-й раунд). Национальная программа по СПИДу/ЗППП, Министерство здравоохранения и защиты семьи (Бангладеш); Национальное исследование инфекций репродуктивного тракта и инфекций, передающихся половым путем, Обследование за группами высокого риска в Лахоре и Карачи, 2005. Национальная программа по борьбе со СПИДом, Министерство здравоохранения (Пакистан).

потребителей инъекционных наркотиков (в некоторых регионах до одной пятой всех потребителей таких наркотиков) указала на то, что они покупают сексуальные услуги, причем среди них меньше одной десятой респондентов указали на то, что они постоянно пользовались презервативами во время коммерческого секса в предыдущем году (Министерство здравоохранения и охраны семьи Бангладеш, 2005). Необходимо улучшить качество и увеличить охват инициативами по профилактике, направленными на снижение уровня передачи ВИЧ в результате употребления инъекционных наркотиков и коммерческого секса.

На **Филиппинах** также имеет место очень ограниченная эпидемия: национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых

ниже 0,1%, а оценочное число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, в 2005 году составляло 12 000 [7300–20 000] человек. Постоянный скрининг работников секс-бизнеса на инфекции, передающиеся половым путем, а также предоставление других услуг для профилактики ВИЧ, вероятно, позволили сохранить показатель распространенности ВИЧ на очень низком уровне (МПС, 2005b; Mateo et al., 2004). Однако это может измениться, учитывая редкое пользование презервативами во время платного секса (особенно среди тех, кто предоставляет сексуальные услуги косвенным образом), высокие уровни инфекций, передающихся половым путем, в некоторых группах населения и широко распространенную практику пользования общими иглами при употреблении инъек-

ционных наркотиков в некоторых районах (например, 77% в городе Себу) (Mateo et al., 2004; Wi et al., 2002; Департамент здравоохранения Филиппин, 2003). В то время как показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса оставался очень низким (соответственно 0,1%, 0,02% и 0,16% в 2002, 2003 и 2005 годах), проведение в 2005 году эпиднадзора среди потребителей инъекционных наркотиков в городе Себу впервые установило наличие ВИЧ в этой группе, хотя показатель распространенности ВИЧ составлял лишь 1% (Департамент здравоохранения Филиппин, 2005).

Аналогичная ситуация существует в **Лаосской Народно-Демократической Республике**. Национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, составляющий 0,1% [0,1–0,4%], по-прежнему в целом очень низкий, однако молодые мужчины становятся более активными в сексуальном плане. В столичном городе Вьентьяне почти две третьих молодых мужчин указали на то, что у них было несколько женщин-партнеров за последние шесть месяцев, и каждый третий указал на получение платных сексуальных услуг (Toole et al., 2005). Показатель распространенности гонореи оказался высоким (13–14%) среди «обслуживающих женщин» (которые работают в местах, где также предлагаются платные сексуальные услуги) (Phimphachanh and Sayabounthavong, 2004). Это четко указывает на необходимость комплексных программ по СПИДу, включая программу по 100%-ному пользованию презервативами, и необходимость улучшения медицинских услуг при наличии инфекций, передающихся половым путем.

Океания

В **Папуа – Новой Гвинее** зарегистрирована относительная молодая, но уже серьезная эпидемия, на которую приходится более 90% всех ВИЧ-инфекций, отмеченных в Океании на

данный момент (не считая Австралии и Новой Зеландии) (Секретариат Тихоокеанского сообщества, 2005). В целом, в конце 2005 года, по оценкам, число людей, живущих с ВИЧ в Океании, составляло 78 000 [48 000–170 000] человек, включая 7200 [3500–55 000] человек, заразившихся ВИЧ в 2005 году. Региональный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял примерно 0,3% [0,2%–0,8%], что в основном обусловлено эпидемией в Папуа – Новой Гвинее. Считается, что в 2005 году число смертей в результате СПИДа в регионе составило менее 3400 [1900–5500], что в основном отражает широкий доступ к лечению в странах со зрелыми эпидемиями.

Эпидемия в **Папуа – Новой Гвинее** нарастает ужасающими темпами: с 1997 года число диагнозов ВИЧ увеличивалось примерно на 30% ежегодно. По оценкам, в 2005 году число людей, живущих с ВИЧ в Папуа – Новой Гвинее, составляло 60 000 [32 000–140 000] человек, при этом медианный национальный показатель распространенности ВИЧ составлял 1,8% [0,9%–4,4%]. Рост эпидемии ассоциируется с рядом факторов. Социально-культурные нормы обуславливают сильную дискриминацию в отношении женщин, и были отмечены высокие уровни сексуального насилия против женщин. Заметную роль играют платные и случайные половые контакты, в то время как практика использования презервативов в целом нерегулярная (Национальный совет по СПИДу Папуа – Новой Гвинеи, 2004). Серологические обследования выявили показатели распространенности ВИЧ среди женщин, обращающихся в родовые клиники в Лае и Гороке, на уровне 2,5% и 2% соответственно. В 2004 году среди лиц, обращающихся по поводу лечения при инфекциях, передающихся половым путем, в столице страны Порт-Морсби 20% имели положительную реакцию на ВИЧ, этот же показатель в Маунт-Хагене составлял 6% (Национальный совет по СПИДу

и Национальный департамент здравоохранения Папуа – Новой Гвинеи, 2004; Секретариат Тихоокеанского сообщества, 2005). Невзирая на последние усилия, направленные на расширение доступа к информации о профилактике ВИЧ, большинство молодых людей по-прежнему не имеют доступа к консультациям и просвещению по вопросам профилактики (Национальный совет по СПИДу и Национальный департамент здравоохранения Папуа – Новой Гвинеи, 2004). Для того чтобы сдержать развитие эпидемии, Папуа – Новой Гвинее необходимо радикально улучшить меры в ответ на СПИД.

В то же время намного более старая эпидемия СПИДа в **Австралии** также не ослабевает. В 2005 году, по оценкам, число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, составляло 16 000 [9700–27 000] человек. После снижения в конце 1990-х годов число новых диагнозов ВИЧ в год опять приближается к предыдущему уровню, составив в 2004 году около 820 случаев. Также растет число новых ВИЧ-инфекций (в основном обусловленных незащищенными половыми контактами преимущественно между мужчинами), что, вероятно, отражает возрождение рискованного сексуального поведения (Национальный центр эпидемиологии ВИЧ и клинических исследований, 2005). Так, например, исследование, проведенное среди мужчин-геев в Сиднее, показало, что число случаев сифилиса увеличилось в 10 раз с 1999 по 2003 годы (Fairley et al., 2005). Несмотря на то что тренды в изменении национального показателя распространенности ВИЧ в целом аналогичны среди коренного и некоренного населения, недавно проведенное исследование показало значительные расхождения между ними в Западной Австралии. В то время как в 1985–2002 годах число ВИЧ-инфекций среди некоренных австралийцев уменьшилось, число ВИЧ-инфекций среди аборигенов, мужчин и женщин, увеличилось. Вероятность наличия ВИЧ-инфекции среди женщин, отно-

сящихся к коренному населению, была в 18 раз выше, чем среди женщин из числа некоренного населения, и в три раза выше, чем среди мужчин, не относящихся к коренному населению (Wright et al., 2005). Небезопасное употребление инъекционных наркотиков обуславливает пятую часть всех диагнозов ВИЧ среди коренных жителей Австралии (и лишь 2% среди жителей, не относящихся к коренному населению) (Национальный центр эпидемиологии ВИЧ и клинических исследований, 2005). Эти тренды подчеркивают необходимость в активизации усилий по профилактике, диагностике и лечению, с тем чтобы охватить все группы населения, которым грозит риск и которые пострадали от эпидемии.

Ежегодное число новых диагнозов ВИЧ в **Новой Зеландии** увеличилось более чем в два раза с 1999 года – менее чем с 80 до 183 в 2005 году, – однако национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых остается очень низким, ниже 0,2% (Министерство здравоохранения, 2006). Этот последний тренд во многом объясняется увеличением числа диагнозов ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. В отличие от ВИЧ-инфекций, передающихся в результате секса между мужчинами, большая часть ВИЧ-инфекций, обусловленных гетеросексуальными контактами, диагностированных в последние годы, была завезена в страну (Министерство здравоохранения, 2006).

Уровни распространенности ВИЧ в остальных районах Океании очень низкие, однако эта ситуация может измениться. Во многих местах поведение, способствующее распространению инфекций, передающихся половым путем, является достаточно обычным явлением, что может привести к вспышкам ВИЧ, если этот вирус широко внедрится. Например, на **Вануату** было установлено, что более 40% беременных



В Вануату было установлено, что более 40% беременных женщин имели по крайней мере одну инфекцию, передающуюся половым путем; этот показатель среди беременных женщин в столице Самоа Апия составлял 43%.

02

женщин имели по крайней мере одну инфекцию, передающуюся половым путем; этот показатель среди беременных женщин в столице **Самоа** Апия составлял 43% (Sullivan et al., 2003; Sullivan et al., 2004). В Дили, столице **Восточного Тимора**, 60% работников секс-бизнеса имели положительную реакцию теста на ГСВ2; этот показатель составлял почти 30% (29%) среди водителей такси и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (Pisani и Группа обследования на ИППП в Дили, 2004).

Восточная Европа и Центральная Азия

Эпидемия в Восточной Европе и Центральной Азии продолжает нарастать. В 2005 году число людей, заразившихся ВИЧ, составило около 220 000 [150 000–650 000] человек, в результате чего общее число людей, живущих с ВИЧ, достигло примерно 1,5 миллиона [1,0–2,3 миллиона] человек – это означает двадцатикратное увеличение менее чем за десятилетие. С 2003 по 2005 годы число взрослых и детей, живущих с ВИЧ в этом регионе, увеличилось более чем на треть.

Число смертей в результате эпидемии также резко растет. По оценкам, в 2005 году СПИД убил 53 000 [36 000–75 000] взрослых и детей – это почти в

два раза больше чем в 2003 году. Растет число женщин, инфицированных ВИЧ. По оценкам, в 2005 году число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ, составляло 420 000 [270 000–680 000] человек – это на треть больше чем в 2003 году, когда это число составляло 310 000 [200 000–490 000] человек.

Для того чтобы национальные ответные меры оказали значительное воздействие на эпидемии в регионе, их необходимо значительно усилить, с тем чтобы решить сложные проблемы, связанные с ВИЧ, употреблением инъекционных наркотиков и рискованным сексуальным поведением, особенно среди молодых людей. Охват антиретровирусным лечением в регионе остается неадекватным: по оценкам, в конце 2005 года такое лечение получали лишь 21 000 человек из 160 000 человек, которые в нем нуждаются. На потребителей инъекционных наркотиков приходится более 70% случаев ВИЧ в регионе, однако они составляют лишь 24% лиц, получающих антиретровирусное лечение (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006).

Большинство людей, живущих с ВИЧ в этом регионе, проживают в двух странах – в **Украине**, где ежегодное число новых случаев ВИЧ продолжает расти, и в **Российской Федерации**,

где развивается самая крупная эпидемия СПИДа в Европе. Число новых случаев ВИЧ в Российской Федерации, достигнув самого высокого уровня в 2001 году, в последние годы оставалось относительно устойчивым. В последнее время эпидемии начали развиваться в **Казахстане, Таджикистане и Узбекистане**, где годовое число новых случаев ВИЧ резко увеличилось.

С момента начала эпидемии и до конца 2005 года в **Российской Федерации** было официально зарегистрировано около 350 000 случаев ВИЧ (Ладная, 2005). Однако фактическое число инфекций намного выше: в конце 2005 года, по оценкам, число людей, живущих с ВИЧ в стране, составляло 940 000 [560 000–1,6 миллиона] человек. По оценкам, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 1,1% [0,7%–1,8%]. По мере созревания эпидемии в Российской Федерации смертность вследствие СПИДа, вероятно, будет способствовать дальнейшему демографическому спаду в стране.

Эпидемия СПИДа в **Российской Федерации** связана с факторами, уходящими своими корнями в социально-экономические и социально-политические трудности 1990-х годов, когда экономическая и социальная дезорганизация привела к созданию

климата, способствующего процветанию наркоторговли, употреблению наркотиков и сопутствующему риску заражения ВИЧ (Rhodes and Semic, 2005). Большое число людей употребляют инъекционные наркотики, причем многие из них молодые и неработающие. По крайней мере три четверти новых ВИЧ-инфекций в этом десятилетии были зарегистрированы среди людей моложе 30 лет, при этом основной причиной заражения является небезопасная инъекционная практика (Покровский, 2005; EuroHIV, 2005). Например, в Санкт-Петербурге уровни распространенности ВИЧ, зарегистрированные в последнее время среди потребителей инъекционных наркотиков, составляли 30%, а показатели распространенности ВИЧ в таких городах как Череповец и Великий Новгород составляли 12–15% (Веровочкин и др., 2005; Смольская и др., 2005). Программы снижения вреда могут уменьшить вероятность небезопасной инъекционной практики и передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (Rhodes et al., 2004; Des Jarlais et al., 2002; Gibson et al., 2001). Например, было установлено, что в городах Псков и Томск потребители инъекционных наркотиков, не участвующие в местных проектах снижения вреда, в три раза чаще пользовались общим инъекционным инструментарием по сравнению

В Соединенных Штатах в 2005 году число людей, живущих с ВИЧ, было самым большим за всю историю – 1,2 миллиона [720 000–2,0 миллиона] человек. В то же время растет число женщин, инфицированных ВИЧ, причем не только в результате незащищенного секса.



РИСУНОК 2.12

Рост случаев ВИЧ, регистрируемых в Российской Федерации и Украине, 1987–2005 гг.



Источники: Центр СПИДа Российской Федерации; Центр СПИДа и Министерство здравоохранения Украины.

с ПИН, вовлеченными в эти проекты (Ерошина и др., 2005). Такие же результаты дала экспресс-оценка программ снижения вреда, проведенная в 15 городах Российской Федерации (Открытый институт здоровья, 2004). Вводятся все новые проекты обмена шприцев, однако они остаются слишком малочисленными, чтобы сдерживать рост эпидемии. В то же время были отмечены сильные географические различия в показателе распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, что говорит о значительном разнообразии моделей рискованного поведения.

Особенно высокий риск заражения ВИЧ грозит маргинализированным людям, живущим на границе общества. Обследование, проведенное среди молодых правонарушителей, бездомных и женщин, содержащихся в центре предварительного заключения в Москве, продемонстрировало, что показатель распространенности ВИЧ среди них в 30–120

раз выше, чем среди населения в целом (Шакаршвили и др., 2005). Тюремная система Российской Федерации диспропорционально сильно затронута эпидемией: по оценкам, показатель распространенности ВИЧ здесь по крайней мере в четыре раза выше, чем среди населения в целом.

ВИЧ все шире распространяется от потребителей инъекционных наркотиков (преимущественно мужчин) их сексуальным партнерам и дальше, причем растет число инфицированных женщин. В 2005 году оценочное число взрослых женщин (15 лет и старше), живущих с ВИЧ, составляло 210 000 [110 000–370 000] человек, что было почти на треть больше чем двумя годами ранее. В 2004 году около 38% от общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ приходилось на женщин – эта доля была самой высокой за всю историю. Эта тенденция отмечена среди молодых женщин, особенно среди относящихся к старшей подрост-

тковой группе (15–20 лет): в 2004 году среди них было зарегистрировано больше новых ВИЧ-инфекций, чем среди мужчин той же возрастной группы. Некоторые из этих женщин заразились в результате употребления инъекционных наркотиков (в действительности в последнее десятилетие число женщин, употребляющих инъекционные наркотики, увеличилось); однако многие из них заразились ВИЧ в результате незащищенных половых контактов с инфицированными мужчинами (Федеральная служба Российской Федерации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2005). Необходимо расширить профилактику, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров, а также среди работников секс-бизнеса и их клиентов.

По мере созревания эпидемии в Российской Федерации растет потребность в антиретровирусном лечении. В 2005 году из 100 000 человек, которые, по оценкам, нуждались в антиретровирусном лечении, фактически такое лечение получали всего лишь 5000 человек (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006). Основным препятствием является высокая стоимость антиретровирусных препаратов. Другим фактором является отсутствие технического потенциала, что препятствует не только доступу к лечению, но также осуществлению мер в ответ на СПИД в целом.

Эпидемия в **Украине** продолжает нарастать. С 2000 года годовое число диагнозов ВИЧ увеличилось почти в два раза, достигнув 12 400 случаев в 2004 году – эта цифра существенно занижает фактические масштабы эпидемии, поскольку она отражает инфекции только среди тех, кто непосредственно контактировал с официальными учреждениями, проводящими тестирование (Украинский центр СПИДа, 2005а; EuroHIV, 2005). В 2005 году национальный показатель

распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 1,4% [0,8%–4,3%], что составляет 410 000 [250 000–680 000] инфицированных.

Развитию эпидемии в Украине способствуют небезопасная практика употребления инъекционных наркотиков и незащищенный секс. Например, в таких городах как Одесса и Симферополь 58–59% потребителей инъекционных наркотиков имели положительную реакцию на ВИЧ (Украинский центр СПИДа, 2005b). В Одессе 67% работников секс-бизнеса, употребляющих инъекционные наркотики, оказались инфицированы ВИЧ; этот показатель составлял 35–50% в Донецке, Луцке, Полтаве и Симферополе (Украинский центр СПИДа, 2005b). Частично вследствие распространения указанной практики более частым явлением стала передача ВИЧ половым путем, что обусловило треть новых ВИЧ-инфекций в 2004 году (по сравнению с 14% в 1999–2003 годах) (Украинский центр СПИДа, 2005а). Некоторые из этих новых инфекций являются результатом передачи ВИЧ от сексуальных партнеров, которые могли заразиться при употреблении инъекционных наркотиков. Растет число новых случаев передачи ВИЧ в результате половых контактов среди людей, которые не употребляли инъекционные наркотики (Grund JP et al., 2005); это указывает на то, что ВИЧ распространился среди населения в целом. Растет число инфицированных женщин: в 2004 году 42% новых диагнозов ВИЧ были поставлены среди женщин (Украинский центр СПИДа, 2005а).

Как и в Российской Федерации, ВИЧ также широко распространен в тюремной системе Украины, где уровень знаний о ВИЧ среди заключенных, как правило, слабый. Результаты недавно проведенного обследования показали, что лишь 39% заключенных знали, как можно предупредить передачу ВИЧ половым путем (Доклад Украины для

ССГАООН, 2005). Роль секса между мужчинами в развитии эпидемии также скрыта от взгляда общественности. Имеющиеся исследовательские данные, хотя очень ограниченные, вызывают беспокойство. Чуть более половины (55%) мужчин, обследованных в семи украинских городах, указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего полового контакта с женщиной (Украинский центр СПИДа, 2005b). В Одессе результаты недавнего исследования показали, что 28% мужчин, имеющих половые контакты с женщинами, имели положительную реакцию на ВИЧ (Украинский центр СПИДа, 2005b). Необходимо усилить и расширить масштабы действий по профилактике в целом и среди заключенных и мужчин, имеющих половые контакты с женщинами, в частности. В настоящее время реализуются несколько пилотных проектов (включая проекты снижения вреда), однако они слишком малочисленны и ограничены по своим масштабам, чтобы замедлить темпы роста эпидемии.

Эпидемия в Украине достигла стадии, когда стало расти число смертей в результате СПИДа. В первые семь месяцев 2005 года от СПИДа умерли 1138 человек, что составляет почти пятую часть всех случаев смерти от СПИДа, зарегистрированных на данный момент (Украинский центр СПИДа, 2005a). В последние два года в Украине начали наращивать масштабы лечения при ВИЧ, при этом число людей, получающих антиретровирусное лечение, увеличилось с менее 200 человек в июле 2004 года до более 3000 человек в декабре 2005 года. Эти усилия необходимо расширять, для того чтобы обеспечить лечение для растущего числа ВИЧ-инфицированных. Как и во многих других странах, для расширения масштабов требуются меры, направленные на то, чтобы лица, употребляющие инъекционные наркотики, получали антиретровирусное лечение (ВОЗ, 2005; ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006).

В Беларуси, где в 2005 году, по оценкам, число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, составляло 20 000 [11 000–47 000] человек, распространение ВИЧ не имеет тенденции к замедлению. Национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 0,3% [0,2%–0,8%]. В настоящее время наибольшая доля новых ВИЧ-инфекций обусловлена половыми контактами (55% в 2004 году) (Министерство здравоохранения Беларуси, 2005). **В Узбекистане** число новых ВИЧ-инфекций увеличилось с 28 в 1999 году до 2016 в 2004 году. Развитию этой эпидемии, которая концентрируется вокруг столицы страны Ташкента, способствует употребление инъекционных наркотиков (и в меньшей мере платные половые контакты) (ЕугоНIV, 2005; Todd et al., 2005). Такие же факторы риска лежат в основе эпидемии в **Казахстане**, где в 2005, по оценкам, число людей, живущих с ВИЧ, составляло 12 000 [11 000–77 000] человек. Национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял около 0,3%. Очень высокие показатели распространенности ВИЧ были установлены среди потребителей инъекционных наркотиков: например, согласно данным обследования, недавно проведенного в Кашгаре, этот показатель составлял 56%, (Ni M et al. 2006). Эпидемия в **Таджикистане**, имеющая меньшие масштабы, также быстро прогрессирует. До 2004 года годовое число новых случаев ВИЧ было меньше 50, однако в 2004 году оно увеличилось до 198. По оценкам, в 2005 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло 4900 [2400–16 000] человек, а национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял около 0,1% [0,1%–1,7%]. Исследование, проведенное среди потребителей инъекционных наркотиков в столице страны Душанбе, дало показатель распространенности ВИЧ, равный 12%, причем 77% женщин, принимавших участие в этом исследовании, указало на то, что они обменивали сексуальные услуги

на наркотик или деньги (Beyer et al., 2006). Эпидемия на Кавказе, вероятно, нарастает медленнее по сравнению со многими другими республиками бывшего Советского Союза (EuroHIV, 2005). Однако условия в **Армении, Азербайджане и Грузии** способствуют возможному быстрому распространению ВИЧ. Ранее основным путем передачи ВИЧ являлось употребление инъекционных наркотиков; значительный показатель распространенности ВИЧ зарегистрирован среди потребителей инъекционных наркотиков и работников секс-бизнеса в столице Азербайджана Баку (EuroHIV, 2005). Эпидемии на юго-востоке Европы носят еще менее выраженный характер, однако здесь также распространение употребления инъекционных наркотиков и рискованное сексуальное поведение в ряде стран могут привести к вспышкам ВИЧ-инфекции. Наиболее пострадавшей страной в субрегионе является **Румыния**, где на конец 2004 года было зарегистрировано всего 6200 ВИЧ-инфекций и где основная часть новых инфекций обусловлена небезопасными половыми контактами (EuroHIV, 2005).

Карибский регион

Общее число людей, живущих с ВИЧ в Карибском регионе, составляет 330 000 [240 000–420 000] человек;

из них 22 000 [9800–43 000] человек составляют дети моложе 15 лет. По оценкам, число людей, заразившихся ВИЧ в 2005 году, составило 37 000 [26 000–54 000]. Женщины составляют 53% взрослых, живущих с ВИЧ. Эпидемии в Карибском регионе – а также меры в ответ на СПИД в странах – значительно варьируются по степени охвата и интенсивности. Уровни распространенности ВИЧ-инфекции снизились в городских районах **Гаити** и остаются стабильными в соседней **Доминиканской Республике**. Кроме того, расширение доступа к антиретровирусному лечению на **Багамских Островах** и на **Барбадосе**, вероятно, снижает смертность в результате СПИДа. Однако такой прогресс оказался недостаточным, для того чтобы изменить статус Карибского региона, который является вторым наиболее пострадавшим регионом мира. СПИД является основной причиной смертности среди взрослых (в возрасте 15–44 лет) и в 2005 году унес жизни примерно 27 000 [18 000 – 37 000] человек. В целом, в 2005 году менее одной четвертой (23%) всех нуждающихся получали антиретровирусное лечение (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006).

Национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых превышает 2% в **Тринидаде и Тобаго** и 3% на **Багамских Островах** и **Гаити**,

Молодые гаитяне начинают вести половую жизнь в более раннем возрасте – в 1994–2000 годах медианный возраст начала половой жизни уменьшился примерно на один год среди женщин и мужчин, – а практика использования презервативов среди молодых людей в возрасте 15–24 лет становится менее популярной.





Общее число людей, живущих с ВИЧ в Карибском регионе, составляет 330 000 [240 000–420 000] человек; из них 22 000 [9800–43 000] человек составляют дети моложе 14 лет.

в то время как на **Кубе** он составляет 0,1% [$<0,2$]. К сожалению, неадекватный эпиднадзор за ВИЧ по-прежнему не позволяет четко определить последние эпидемиологические тренды во многих карибских странах (и особенно в сельских районах).

Как и во многих других частях мира, эпидемии в этом регионе развиваются в контексте сильной нищеты и гендерного неравенства. Незащищенные гетеросексуальные контакты являются основным путем передачи ВИЧ, причем ВИЧ-инфекции все шире охватывают женщин (в частности молодых женщин). Например, в **Тринидаде** и **Тобаго** вероятность наличия ВИЧ среди женщин в возрасте 15–19 лет была в шесть раз выше, а на Ямайке в 2,5 раза выше, чем среди мужчин в той же возрастной группе (Inciardi et al., 2005; МПС, 2003). Эти тенденции обусловлены в основном физиологической восприимчивостью девочек и молодых женщин в сочетании с относительно широкой практикой, когда молодые женщины имеют контакты с пожилыми мужчинами (которые по причине своего возраста имеют больше шансов быть инфицированными ВИЧ). В то же время в целом не уделяется внимания тому факту, что более одной десятой (12%) всех ВИЧ-инфекций, регистрируемых в этом регионе, обусловлено незащищенными половыми контак-

тами между мужчинами. Неприятие гомосексуалистов и сильные социокультурные табу, которые стигматизируют половые отношения между лицами одного пола, означают, что фактически эта доля может быть несколько выше (Inciardi et al., 2005). За исключением **Бермуды** и **Пуэрто-Рико**, употребление инъекционных наркотиков играет незначительную роль в развитии эпидемий в Карибском регионе.

Аномальное положение в регионе по-прежнему занимает **Куба**, где показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составляет 0,1% [$<0,2\%$], а число людей, живущих с ВИЧ, составляет около 4800 [2300–15 000] человек. Программа профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в этой стране является одной из наиболее эффективных в мире, благодаря чему общее число ВИЧ-инфицированных младенцев сегодня меньше 100, в то время как обеспечение всеобщего бесплатного доступа к антиретровирусному лечению позволило ограничить число случаев СПИДа и смертность в результате СПИДа (Susman, 2003; Карибская техническая экспертная группа, 2004). Тем не менее эпидемии СПИДа могут изменить свой характер, и Кубе необходимо внимательно следить за новыми социальными переменами, которые могут привести к ускорению распространения ВИЧ (Inciardi et al., 2005).

В целом, за некоторыми исключениями, эпидемии в Карибском регионе в последние годы оставались относительно устойчивыми. Самое большое число людей, живущих с ВИЧ в этом регионе, зарегистрировано на **Гаити** – 190 000 [120 000–270 000] человек. В 2005 году национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 3,8% [2,2%–5,4%]. Тем не менее процент беременных женщин, инфицированных ВИЧ, снизился в два раза с 1993 года по 2003–2004 годы. Это снижение было наиболее заметным в городских районах, где показатель распространенности ВИЧ упал с 9,4% в 1993 году до 3,7% спустя десять лет. Для сравнения показатель распространенности ВИЧ в пригородных и сельских районах снизился незначительно (Gaillard et al., 2006). Жители Гаити в целом хорошо информированы о СПИДе, причем есть данные о росте практики использования презервативов, воздержания от секса и о верности среди партнеров, а также об уменьшении числа случайных партнеров, особенно в городских районах. В то же время отметим, что заболеваемость ВИЧ начала снижаться до того, как эти изменения в поведении стали очевидными (Gaillard et al., 2006). Так, недавно проведенный анализ объяснял тенденцию к уменьшению показателя распространенности ВИЧ на Гаити также смертностью в результате СПИДа и улучшениями с точки зрения обеспечения безопасности крови на ранних стадиях эпидемии (Gaillard et al., 2006). Кроме того, имеются опасные признаки того, что эти тенденции могут опять измениться. Молодые гаитяне начинают вести половую жизнь в более раннем возрасте – в 1994–2000 годах медианный возраст начала половой жизни уменьшился примерно на один год среди женщин и мужчин, – а практика использования презервативов среди молодых людей в возрасте 15–24 лет становится менее популярной (Gaillard et al., 2004).

В **Доминиканской Республике**, которая находится на одном острове с

Гаити, в середине 1990-х годов показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин – особенно в столице страны Санто-Доминго – начал снижаться, однако в целом в последние годы он был относительно стабильным (Государственный секретариат здравоохранения и социальной помощи Доминиканской Республики, 2005). В 2005 году национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, по оценкам, составлял 1,1% [0,9%–1,3%]. Тренд, зарегистрированный в Санто-Доминго, возможно, связан с осуществлением устойчивых мер по пропаганде практики использования презервативов и более безопасного секса среди работников секс-бизнеса и их клиентов. Более высокие уровни распространения ВИЧ среди беременных женщин были зафиксированы в других частях страны (например, свыше 2% в Сан-Хуане и Ля-Романье в 2004 году), а также среди некоторых *батейес* (бедных общин, включающих в основном гаитянских работников сахарных плантаций) (Государственный секретариат здравоохранения и социальной помощи Доминиканской Республики, 2005). В трех городах уровни распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, составляли 11% (Того–Alfonso, Vargas–Diaz, 2005).

На **Багамских Островах**, где в 2005, по оценкам, число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, составляло 6800 [3300–22 000] человек, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых оказался равным 3,3% [1,3%–4,5%], т. е. одним из самых высоких в регионе. Показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин снизился с 4% в середине 1990-х годов до менее 3% в 2005 году. Улучшение практики ведения больных и лечения в связи со СПИДом позволило уменьшить число смертей, обусловленных СПИДом, в год (Департамент общественного здравоохранения Багамских Островов, 2004). Такая же тенденция была зафиксирована на **Барбадосе**, где за период

1998–2003 годов годовое число смертей от СПИДа уменьшилось в два раза (Карибский центр эпидемиологии, ПАОЗ, ВОЗ, 2004; Карибский центр эпидемиологии, ПАОЗ, ВОЗ, 2003). С 1999 по 2003 годы число новых ВИЧ-инфекций, диагностируемых среди беременных женщин, уменьшилось в два раза (Kumar and Singh, 2004). Расширение услуг консультирования и тестирования и предоставление антиретровирусного лечения позволили снизить показатель передачи ВИЧ от матери ребенку в этих двух странах (Департамент общественного здравоохранения Багамских Островов, 2004; St John et al., 2003).

На данный момент нет данных, указывающих на достижение такого же прогресса в **Тринидаде** и **Тобаго** (где национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, по оценкам, составляет 2,6% [1,4%–4,2%]) или же в **Гайане** и **Суринаме**, где серьезные эпидемии были отмечены в городских районах (Duke et al., 2004). СПИД также превратился в основную причину смерти в **Гайане** среди людей в возрасте 25–44 лет, в то время как в 2005 году оценочный национальный показатель распространенности ВИЧ составлял 2,4% [1,0%–4,9%] (ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2004). Высокие уровни распространения ВИЧ среди мужчин и женщин, обращающихся по поводу лечения в связи с другими заболеваниями, передающимися половым путем (12–15%), а также увеличение официального числа зарегистрированных ВИЧ-инфекций подчеркивают потребность в улучшении ответных мер в Гайане (Карибская техническая экспертная группа, 2004). Такая же актуальная потребность существует в **Суринаме**, где в 2005 году, по оценкам, процент взрослых, живущих с ВИЧ, составлял 1,9% [1,1%–6,1%].

В то же время национальный уровень распространенности ВИЧ на **Ямайке**, вероятно, стабилизировался, хотя имеются признаки того, что в некоторых местах показатель

распространенности ВИЧ несколько снижается (например, в округах Сент-Энн и Сент-Джеймс) на фоне данных о том, что все большее число ямайцев принимают меры защиты против ВИЧ-инфекции (Министерство здравоохранения Ямайки, 2004; Карибская техническая экспертная группа, 2004). В 2005 году национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 1,5% [0,8%–2,4%], а число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, составило 25 000 [14 000–39 000] человек. Признаки прогресса в осуществлении ответных мер в некоторых странах оказываются в тени ряда нерешенных проблем. Неполный и непоследовательный характер эпиднадзора за ВИЧ и поведением во многих странах представляет собой одно из основных препятствий на пути реализации усилий по профилактике. Особенно следует отметить отсутствие точной информации о моделях и тенденциях в поведении среди групп населения, которым грозит риск (таких как работники секс-бизнеса и мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами). За исключением **Кубы** и в меньшей мере **Багамских Островов** и **Барбадоса**, доступ к антиретровирусному лечению очень неравномерный, особенно в некоторых наиболее пострадавших странах Карибского региона. Например, в 2005 году на **Гаити** и в **Доминиканской Республике** антиретровирусное лечение получали менее 20% всех нуждающихся (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006).

Латинская Америка

В Латинской Америке в 2005 году число людей, заразившихся ВИЧ, составило около 140 000 [100 000–420 000] человек, в результате чего общее число людей, живущих с ВИЧ в этом регионе, составило 1,6 [1,2–2,4] миллиона человек. Число детей моложе 15 лет, живущих с ВИЧ, составляет около 32 000 [19 000–59 000] человек. В 2005 году от СПИДа умерли около 59 000 [47 000–76 000] человек. В конце 2005 года в этом регионе примерно

294 000 человек получали антиретровирусное лечение, что составляет 73% от общего числа в 404 000 человек, которые, по оценкам, нуждаются в таком лечении (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006). Однако в отличие от **Аргентины**, а также **Бразилии**, **Венесуэлы**, **Коста-Рики**, **Мексики**, **Панамы**, **Уругвая** и **Чили** (где был достигнут заметный прогресс), беднейшие страны Центральной Америки и андского региона Южной Америки борются за то, чтобы расширить доступ к лечению и устранить барьеры, делающие его недоступным (ПАОЗ, 2005).

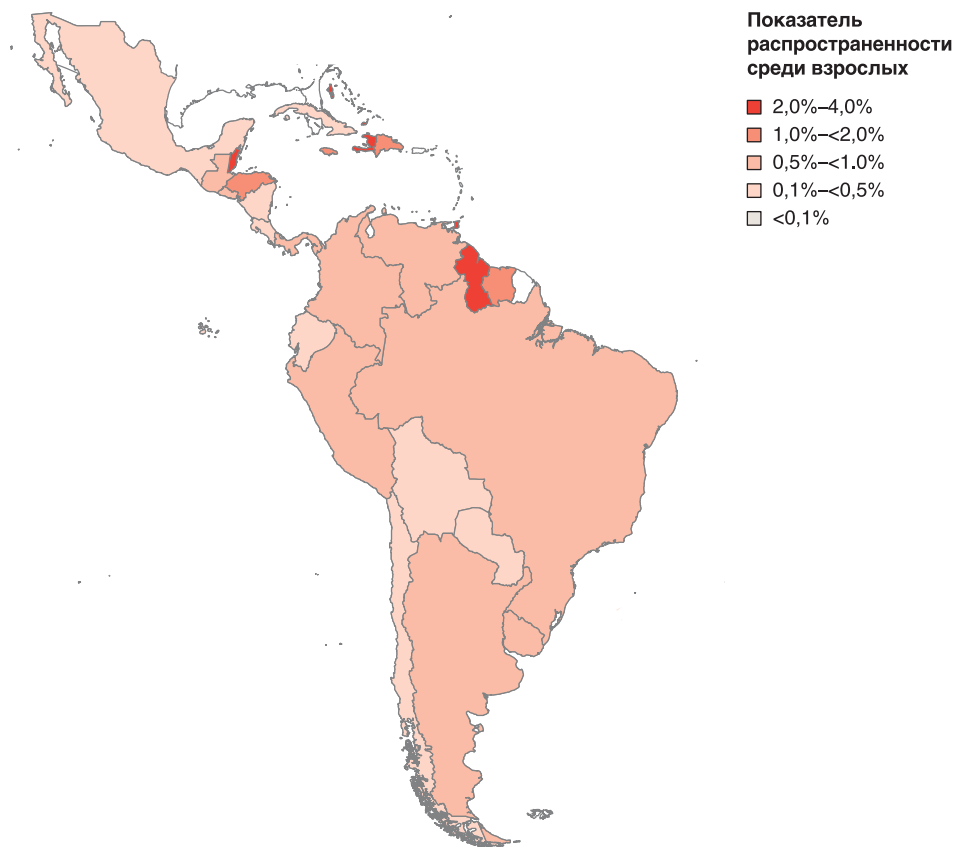
Самые крупные эпидемии в регионе отмечены в странах, имеющих самую большую численность населения, в частности в **Бразилии**, где проживает более трети всех людей, живущих с

ВИЧ в Латинской Америке. Однако самые интенсивные эпидемии развиваются в малых странах, в **Белизе** и **Гондурасе**, где в 2005 году более 1,5% взрослого населения или более были инфицированы ВИЧ.

В ряде стран Латинской Америки высокие уровни распространения ВИЧ-инфекции (от 2% до 28% в зависимости от района) зафиксированы среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами – эта картина в целом не отражена в их стратегиях профилактики ВИЧ. В большинстве стран другим значительным, хотя и не столь заметным фактором распространения ВИЧ, являются половые контакты между работниками секс-бизнеса и их клиентами. По мере созревания эпидемий увеличивается

РИСУНОК 2.13

Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в Латинской Америке и Карибском регионе, 2005 год



число ВИЧ-инфицированных женщин, причем особый риск грозит женщинам, живущим в бедности. Более эффективные программы, учитывающие характер развития эпидемии, особенно среди мужчин, имеющие половых контакты с мужчинами, могут помочь сдержать дальнейший рост эпидемий в регионе (Montano et al., 2005).

Меры, осуществляемые в ответ на СПИД в **Бразилии**, по-прежнему заслуживают похвалы. В 2005 году национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 0,5% [0,3%–1,6%]; в ряде городов уменьшается число ВИЧ-инфекций, обусловленных опасной практикой употребления наркотиков; обеспечен широкий доступ к лечению. В 2005 году антиретровирусное лечение получали примерно 170 000 из 209 000 жителей Бразилии, нуждающихся в таком лечении, включая 30 000 потребителей инъекционных наркотиков (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006). Тем не менее самые высокие уровни распространенности ВИЧ по-прежнему фиксируются среди потребителей инъекционных наркотиков. В стране также, вероятно, имеет место тенденция, наблюдаемая в других странах региона – эпидемия все больше затрагивает женщин, причем такой рост был отмечен в последние годы. Вызывают озабоченность другие события, наблюдаемые в последнее время. Например, данные обследования за 2004 год указывают на то, что растет число молодых людей, имеющих половые контакты в более раннем возрасте, причем с различными партнерами. По крайней мере одна треть (36%) жителей Бразилии в возрасте 15–24 лет указали на то, что у них были половые связи до достижения 15 лет, а пятая часть отметила, что у них были контакты более чем с десятью партнерами в течение их жизни (Министерство здравоохранения Бразилии, 2005). Эти тенденции подчеркивают потребность в осуществлении устойчивых и хорошо продуманных усилий по профилактике ВИЧ.

В 2005 году в **Аргентине** национальный показатель распространенности ВИЧ

среди взрослых составлял 0,6% [0,3%–1,9%], а оценочное число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, составляло 130 000 [80 000–220 000] человек. Среди наиболее пострадавших групп находятся заключенные, содержащиеся в крупнейших городских тюрьмах: в 2004 году от 17% до 28% заключенных, обследованных в провинции Буэнос-Айрес, были инфицированы ВИЧ.

Эта тенденция, возможно, отражает тот факт, что употребление инъекционных наркотиков и незащищенные половые контакты между мужчинами по-прежнему являются важными факторами, способствующими развитию эпидемии в стране. Например, почти половина (44%) потребителей инъекционных наркотиков, протестированных в Буэнос-Айресе, имели положительную реакцию на ВИЧ (Weissenbacher et al., 2003). В последние годы уровни распространенности ВИЧ, зарегистрированные среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, составляли 7–15% (Segura et al., 2005; Bautista et al., 2004; Pando de los et al., 2003).

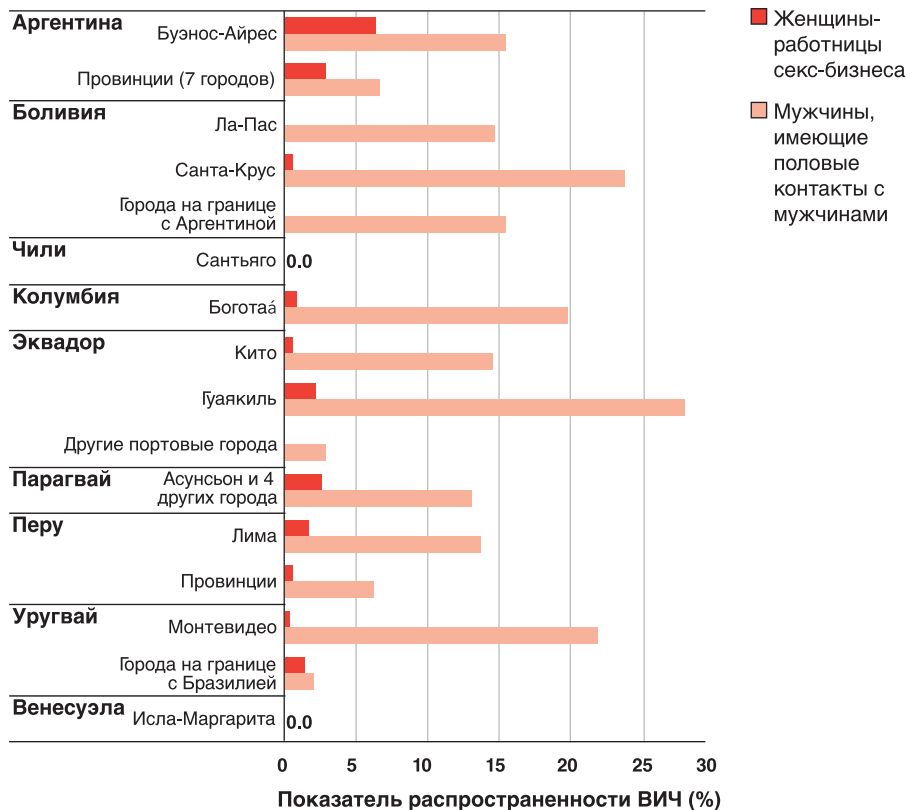
Эпидемия в **Чили**, которая преимущественно обусловлена незащищенными половыми контактами среди мужчин, становится более разнообразной по своему характеру, поскольку все большее число ВИЧ-инфицированных мужчин передают вирус своим партнерам-женщинам (Национальная комиссия по СПИДу Чили, 2003). Некоторые из этих характеристик присущи также другим странам, расположенным в Андах, включая **Боливию**, где показатель распространенности ВИЧ, зафиксированный среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Санта-Крус достигал 24%. В **Перу** также был зарегистрирован высокий показатель распространенности ВИЧ, достигавший 23% среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Лиме; этот же показатель, зарегистрированный в ряде других городов, составлял от 6% до 12% (Montano et al., 2005; Министерство здравоохранения Перу, 2005). Другим фактором, который

может привести к росту эпидемии в Перу, являются платные половые контакты. Уровни распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса были невысокими, однако почти половина обследованных молодых (в возрасте 18–29 лет) городских мужчин (44%) указали на то, что они покупали сексуальные услуги, при этом они редко пользовались презервативами (Министерство здравоохранения, 2004). Секс между мужчинами также является заметным фактором в развитии небольшой, но нарастающей эпидемии в **Эквадоре**. Показатель распространенности ВИЧ, зарегистрированный среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Кито Пичинча и Гуаякиль Гуяс, составлял соответственно 17%

и 23% (Министерство здравоохранения Эквадора, 2005). В 2005 году, по оценкам, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых во всех этих странах был намного ниже 1%.

Многие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, также поддерживают половые отношения с женщинами (которые могут не иметь полной информации о сексуальной жизни своих партнеров), что отчасти объясняется социальными табу. Например, в **Эквадоре**, где уровни распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса низкие (ниже 2%), значительная часть ВИЧ-инфицированных женщин, вероятно, заразилась от своих мужей

РИСУНОК 2.14 Показатель распространенности ВИЧ (%) среди женщин-работниц секс-бизнеса и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Латинской Америке, 1999–2002 гг.



Источник: Montano SM et al., JAIDS (2005).

или постоянных партнеров, которые заразились во время незащищенных половых контактов с мужчинами (Montano et al., 2005). Аналогичные тренды зафиксированы в **Колумбии**. Показатели распространенности ВИЧ, обнаруженные среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, оказались намного выше (до 20% в Боготе), чем среди женщин-работниц секс-бизнеса (менее 1% в Боготе) (Montano et al., 2005; Khalsa et al., 2003; Mejía et al., 2002). Тем не менее растет число ВИЧ-инфицированных женщин, особенно вдоль карибского побережья и на северо-востоке страны. Вероятно, многие из этих женщин заразились вирусом от партнеров-мужчин, которые также имели половые контакты с мужчинами (Prieto, 2003). Среди женщин, имевших положительный результат теста на ВИЧ в рамках проектов профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, 72% женщин имели постоянных половых партнеров (García et al., 2005).

Существует неотложная потребность в улучшении эпиднадзора за ВИЧ в **Центральной Америке**, где имеющиеся данные указывают на то, что эти эпидемии в основном обусловлены незащищенными половыми контактами. Среди наиболее пострадавших стран находится **Гондурас**, где проживает примерно шестая часть из 380 000 [250 000–720 000] человек, живущих с ВИЧ, в Центральной Америке и где эпидемия, вероятно, является типичной для эпидемий в этом субрегионе. В 2005 году, по оценкам, 1,5% [0,8%–2,4%] жителей Гондураса или 63 000 [35 000–99 000] человек жили с ВИЧ, причем СПИД является ведущей причиной смерти среди женщин Гондураса (ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2004). Несмотря на то что ВИЧ циркулирует относительно свободно среди населения в целом, факторами, стимулирующими развитие эпидемии, являются платный секс и половые контакты между мужчинами. В столице страны Тегусигальпе каждая двенадцатая женщина-работница секс-бизнеса

была инфицирована ВИЧ; показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Тегусигальпе и Сан-Педро-Сула оказался соответственно 8% и 16% (Proyecto Acción SIDA de Centroamérica, 2003).

Эпидемия в **Гватемале**, где число людей, живущих с ВИЧ, по оценкам, составляет 61 000 [37 000–100 000] человек, аналогична эпидемии в **Гондурасе**. В 2005 году национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 0,9% [0,5%–2,7%]. Имеющаяся информация о ВИЧ, хотя является неполной, указывает на то, что передача ВИЧ в основном имеет место в городских районах, особенно в городах, расположенных вдоль основных транспортных путей (Министерство общественного здравоохранения и социальной помощи Гватемалы, 2003). Другие факторы, связанные с ВИЧ, включают незащищенные платные половые контакты (было установлено, что показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса, работающих на улице, составляет до 15%) и секс между мужчинами (показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в городе Гватемала оказался почти 12%) (Министерство общественного здравоохранения и социальной помощи Гватемалы, 2003; Proyecto Acción SIDA de Centroamérica, 2003). Секс между мужчинами также является скрытым, но сильным фактором в развитии эпидемий в **Белизе**, **Никарагуа**, **Панаме** и **Сальвадоре**, а также очевидным движущим фактором в развитии эпидемии в **Коста-Рике** (ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2004; различные министерства здравоохранения, 2003). Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в **Мексике** низкий, 0,3% [0,2%–0,7%], однако высокая численность населения в стране означает, что в 2005 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло примерно 180 000 [99 000–440 000] человек; причем считается, что две

трети из них составляют мужчины, заразившиеся в результате незащищенных половых контактов с мужчинами (Magis-Rodríguez et al., 2002). Существуют признаки того, что растет число ВИЧ-инфекций, передающихся в результате гетеросексуальных контактов, поскольку все большее число женщин заражается от своих партнеров-мужчин, которые имеют половые контакты с мужчинами (Magis-Rodríguez et al., 2004).

Северная Америка, Западная и Центральная Европа

В целом в этих регионах число людей, заразившихся ВИЧ в 2005 году, составило около 65 000 [52 000–98 000] человек, в результате чего общее число людей, живущих с ВИЧ, составляет 2,0 [1,4–2,9] миллиона человек. В 2005 году число смертей от СПИДа было сравнительно невысоким, около 30 000, – это является следствием широкого доступа к антиретровирусному лечению. Однако меры в ответ на СПИД не отвечают изменениям в развитии эпидемий, которые имеют место во многих странах Северной Америки, Западной и Центральной Европы. В частности, существует актуальная потребность в улучшении услуг по профилактике, диагностике и лечению для иммигрантов и мигрантов, этнических меньшинств и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

В Соединенных Штатах число людей, живущих с ВИЧ в 2005 году, было самым большим за всю историю – 1,2 миллиона [720 000–2,0 миллиона] человек. По оценкам, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 0,6% [0,4%–1,0%]. Этот рост отражает смешанные результаты усилий, предпринимаемых в США для борьбы с эпидемией. С одной стороны, все большее число людей живут дольше с ВИЧ благодаря антиретровирусному лечению (применение которого позволило предотвратить или отсрочить

смерть для 33 000–42 000 человек за период с 1995 по 2002 годы; Holtgrave, 2006). С другой стороны, результаты, достигнутые на ранней стадии на фронте профилактики, не получили устойчивого развития. С конца 1990-х годов число новых зарегистрированных случаев ВИЧ в 33 штатах, где ведутся конфиденциальные поименные системы учета данных о ВИЧ, изменилось лишь незначительно. Половина всех ВИЧ-инфекций (среди мужчин, женщин и детей), диагностированных в 2004 году, была отмечена среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, при этом результаты ряда исследований указывают на новый рост рискованного поведения в этой группе населения (Центры США по контролю за заболеваниями и профилактики, 2006 и 2004а). В городе Балтиморе, например, показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, оказался 8%. Почти две третьих (62%) мужчин, имеющих положительный результат теста на ВИЧ в этом городе, не знали о наличии у них инфекции (Центры США по контролю за заболеваниями и профилактики, 2005b).

В то же время растет число женщин, инфицированных ВИЧ, причем не только в результате незащищенного секса. Примерно одна четвертая американок, у которых в 2003 году был установлен диагноз ВИЧ, заразились через употребление инъекционных наркотиков (в целом, около 20% новых ВИЧ-инфекций обусловлено употреблением инъекционных наркотиков) (Центры США по контролю за заболеваниями и профилактики, 2004а). Однако для многих женщин, заразившихся ВИЧ в результате половых контактов, основным фактором риска оказалось рискованное поведение их партнеров-мужчин (такое как употребление инъекционных наркотиков, коммерческий секс или секс с мужчинами) (McMahon et al., 2004; Valleroy et al., 2004; Montgomery et al., 2003). Например, обследование, проведенное Центрами по контролю за заболева-



Как и в других частях Европы, в Великобритании небезопасный секс между мужчинами также остается важным фактором, обуславливающим примерно одну треть новых диагнозов ВИЧ (2214 в 2004 году).

02

ниями и профилактики, показало, что 65% мужчин, когда-либо имевших половые контакты с мужчинами, также имели половые контакты с женщинами (Valleroy et al., 2004). Кроме того, как и в Латинской Америке, женщинам, живущим в бедности и условиях маргинализации, грозит диспропорционально высокий риск заражения ВИЧ. Одно исследование, недавно проведенное в Северной Каролине, показало, что ВИЧ-инфицированные женщины значительно чаще других не имели работы, т.е. им требовалась социальная помощь или же они обменивали сексуальные услуги на деньги или подарки (Leone et al., 2005).

Также важно отметить высокую концентрацию ВИЧ-инфекций среди афроамериканцев и испаноамериканцев. Афроамериканцы составляют чуть более 12% населения США (согласно переписи 2000 года), однако на них приходится 50% новых ВИЧ-инфекций, зарегистрированных в 35 районах, где в течение длительного времени ведется конфиденциальная поименная система учета данных о ВИЧ. На испаноамериканцев, которые составляют 14% населения США и Пуэрто-Рико, приходится около 18% новых ВИЧ-инфекций (Центры США по контролю за заболеваниями и профилактики, 2005а). Среди афроамериканцев и испаноамериканцев вирус чаще диагностируется

среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (соответственно 49% и 59%), в то время как большинство женщин заразилось ВИЧ в результате гетеросексуальных контактов (соответственно 78% и 73%) (Центры США по контролю за заболеваниями и профилактики, 2005с). Показатель распространенности ВИЧ среди афроамериканок может быть в десять раз выше, чем среди белых американок. СПИД является ведущей причиной смерти среди афроамериканок в возрасте 25–34 лет, а также входит в число основных причин смерти среди афроамериканцев в возрасте 25–54 лет (Центры США по контролю за заболеваниями и профилактики, 2004b). Кроме того, вероятность получения антиретровирусного лечения для афроамериканцев примерно в два раза ниже, чем для других групп населения (Walensky et al., 2005). В 2003 году число афроамериканцев, умерших от СПИДа, было почти в два раза больше, чем число умерших от СПИДа белых американцев (Центры США по контролю за заболеваниями и профилактики, 2004а). В США проблема снижения темпов появления новых ВИЧ-инфекций существует параллельно с потребностью более справедливого оказания услуг по диагностике, лечению и уходу (Центры США по контролю за заболеваниями и профилактики, 2005b).

Намного меньшая по масштабам эпидемия, развивающаяся в **Канаде**, также усиливается. Несмотря на то что с 2002 года число регистрируемых новых ВИЧ-инфекций в год остается на уровне около 2500 (до 2002 года оно увеличивалось), относительный состав диагнозов ВИЧ продолжает меняться. Самым значительным способом передачи ВИЧ остается незащищенный секс между мужчинами (43% всех новых диагнозов за первые шесть месяцев 2005 года); кроме того, растет число ВИЧ-инфицированных женщин. В 2004 году на женщин приходилось более четверти (27%) новых диагнозов ВИЧ (в 1995 году чуть более одной десятой). Эта тенденция обусловлена незащищенными половыми контактами (на которые приходится около двух третей положительных результатов теста на ВИЧ) и небезопасной практикой употребления инъекционных наркотиков (Агентство общественного здравоохранения Канады, 2005). Также следует отметить диспропорциональное воздействие эпидемии на коренное население: оно составляет чуть более 3% населения Канады, однако на него приходится 5–8% людей, живущих с ВИЧ, и 6–12% новых ВИЧ-инфекций. Почти половина диагнозов ВИЧ среди коренного населения регистрируется среди женщин (Агентство общественного здравоохранения Канады, 2004).

По другую сторону Атлантики, по оценкам, в 2005 году число людей, живущих с ВИЧ, в Западной и Центральной Европе составляло 700 000 [550 000–950 000] человек, причем в ряде стран основным путем передачи ВИЧ стали гетеросексуальные контакты. Соответственно растет пропорция новых диагнозов ВИЧ среди женщин: согласно новым данным, полученным в этих странах за 2004 год и последующий период, эта пропорция составляет примерно одну треть. Значительная доля таких диагнозов регистрируется среди людей, приехавших из

стран с серьезными эпидемиями, в основном из Африки к югу от Сахары (Hamers and Downs, 2004; EuroHIV, 2005). Подтверждением этому является **Великобритания**, где с 2000 года число новых диагнозов ВИЧ в год увеличилось в два раза. В 2004 году оно превысило 7200 и может достичь 7700 в 2005 году (Агентство защиты здоровья Великобритании, 2005). Такой рост в основном был обусловлен резким увеличением числа ВИЧ-инфекций в результате гетеросексуальных контактов, которое в 2004 году составило более 4300 случаев (60% всех новых ВИЧ-инфекций). Более трех четвертых (77%) новых ВИЧ-инфекций, диагностированных в 2004 году, были завезены из стран с высокими показателями распространенности ВИЧ (Агентство защиты здоровья Великобритании и др., 2006; Dougan et al., 2005). Аналогичные тенденции наблюдаются в **Бельгии, Дании, Германии, Франции и Швеции**, где не менее одной трети ВИЧ-инфекций, обусловленных гетеросексуальными контактами, вероятно, были завезены из других стран, в основном из Африки к югу от Сахары. Многие иммигранты и мигранты, живущие с ВИЧ, не знают свой ВИЧ-статус, причем многие из них женщины, что указывает на потребность в расширении охвата информационно-просветительскими мероприятиями по профилактике ВИЧ, а также услугами по диагностике, лечению и уходу.

Как и в других частях Европы, в **Великобритании** небезопасный секс между мужчинами также остается важным фактором, обуславливающим примерно одну треть новых диагнозов ВИЧ (2214 в 2004 году) (Агентство защиты здоровья и др., 2006). Исследования показали, что сексуальное поведение с высоким уровнем риска, характерное для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Великобритании не снизилось, что подчеркивает потребность в пересмотре мер по профилактике для

этой группы населения (Elford et al., 2005). Такая же проблема стоит перед **Германией**, где отмеченный в последнее время рост числа новых случаев ВИЧ в основном приходится на мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (Marcus et al., 2005). Почти половина (49%) новых диагнозов ВИЧ в Германии обусловлена небезопасными половыми контактами среди мужчин – для сравнения в 2001 году эта доля чуть превышала одну треть (37%) (Институт Роберта Коха, 2005; EuroHIV, 2005). Секс между мужчинами остается заметным фактором в развитии эпидемий в большинстве других стран Западной Европы, включая **Нидерланды** и **Испанию**, где имеющиеся данные указывают на возрождение незащищенных половых контактов в последнее время (Van de Laar and Op de Coul, 2004; Vall Mayans et al., 2004; EuroHIV, 2005).

В то же время программы снижения вреда помогли уменьшить распространение ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. После внедрения проектов заместительного лечения метадонотом и обмена шприцев в **Испании** в 1990-х годах число ВИЧ-инфекций, диагностируемых среди потребителей инъекционных наркотиков, заметно уменьшилось. В 2004 году в **Португалии** было зарегистрировано 2400 новых диагнозов ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, что составило менее половины числа таких инфекций за 2000 год. Помимо поддержания таких достижений, странам, где употребление инъекционных наркотиков играет сильную роль в развитии эпидемий, также необходимо направить свои усилия на то, чтобы сдерживать передачу ВИЧ от потребителей инъекционных наркотиков их сексуальным партнерам (EuroHIV, 2005).

Эпидемии в Центральной Европе остаются ограниченными. Большинство новых диагнозов ВИЧ было зарегистрировано в **Польше**, где отмечены единственные существенно новые

тенденции в Европе. С 2001 года годовое число новых диагнозов ВИЧ постоянно увеличивалось и в 2004 году достигло 656 случаев (EuroHIV, 2005). Основной причиной такого увеличения является незащищенный секс – гетеросексуальные контакты и контакты между мужчинами (Национальный центр СПИДа, 2005).

Среди стран Балтии наиболее пострадавшей является **Эстония**, где национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составляет 1,3% [0,6%–4,3%]. Здесь в конце 2005 года кумулятивное число зарегистрированных случаев ВИЧ превысило 5000 (Инспекторат защиты здоровья Эстонии, 2006). Кумулятивное число диагнозов ВИЧ в **Латвии** также растет и в 2005 году достигло 3311, хотя темпы роста новых инфекций замедлились. То же самое касается Литвы, где эпидемия носит ограниченный характер (Центр профилактики ВИЧ, 2006; Литовский центр СПИДа, 2006).

Ближний Восток и Северная Африка

За исключением **Судана**, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в странах Ближнего Востока и Северной Африки очень низкий и не превышает 0,1%. Однако имеющиеся данные указывают на рост эпидемии в ряде стран, включая **Алжир**, **Исламскую Республику Иран**, **Ливийскую Арабскую Джамахирию** и **Марокко**. По оценкам, в 2005 году в этом регионе ВИЧ заразились 64 000 [38 000–210 000] человек, в результате чего общее число людей, живущих с эти вирусом в регионе, составило около 440 000 [250 000–720 000] человек. Из них на **Судан** приходится не менее 350 000 [170 000–580 000] человек. На фоне неравномерного доступа к антиретровирусному лечению в этом регионе в 2005 году, по оценкам, от СПИДа умерли 37 000 [20 000–62

Незащищенный секс (в том числе во время платного секса и половых контактов между мужчинами) является одним из важных факторов в развитии эпидемий на Ближнем Востоке, особенно в таких странах, как Египет, Марокко и Саудовская Аравия.



02

000] взрослых и детей. В конце 2005 года антиретровирусное лечение получили всего лишь 5% из примерно 75 000 нуждающихся (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006).

В 2005 году в **Судане** национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, по оценкам, составлял 1,6% [0,8%–2,7%]. Эпидемия носит самый тяжелый характер в южных районах страны (к которым примыкают страны со сравнительно высоким показателем распространенности ВИЧ). Например, в 2005 году показатель распространенности ВИЧ среди посетительниц родовых клиник в провинции Белый Нил составлял 2,2% (Министерство здравоохранения Судана, 2006). Исследования, проведенные недавно среди взрослого населения в общине и среди беременных женщин, дали показатель распространенности ВИЧ соответственно 4,4% и 3% в городе Йей (вблизи границы с Угандой) и 0,4% и 0,8% в городе Румбек (ближе к центру страны) (Kaiser et al., 2006). В последнее время появились признаки значительного распространения ВИЧ в Хартуме на севере страны (Министерство здравоохранения Судана, 2005). Например, среди перемещенных женщин, обращающихся в родовые клиники в Хартуме, показатель распространенности ВИЧ составлял 1,6%;

для сравнения этот показатель среди других беременных женщин составлял 0,3% (Министерство здравоохранения Судана, 2005).

Основной путь передачи ВИЧ в этом регионе - незащищенные половые контакты, хотя все большую роль играет употребление инъекционных наркотиков, особенно это касается эпидемий в **Исламской Республике Иран** и **Ливийской Арабской Джамахирии**. Учитывая широкое распространение рискованного поведения среди многочисленных потребителей инъекционных наркотиков в Иране, уровни распространенности ВИЧ оказываются высокими: например, согласно результатам тестирования, 15% мужчин, употребляющих инъекционные наркотики и посещающих центры лечения от наркозависимости, были инфицированы ВИЧ. Большинство потребителей инъекционных наркотиков вели половую жизнь, причем практика обмена сексуальных услуг на деньги была распространена широко; в то же время лишь около половины из них *когда-либо* пользовались презервативом (Zamani et al., 2005; Министерство здравоохранения и санитарного просвещения Ирана, 2004). В Марвдаште две третьих потребителей инъекционных наркотиков, обращающихся по

поводу лечения, указали на то, что они пользовались общими иглами; среди заключенных на это указал каждый пятый (Day et al., 2005). В действительности, тюремное заключение, вероятно, является важным фактором, способствующим распространению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (Rahbar et al., 2004). Учитывая, что большую пропорцию (по некоторым оценкам почти половину) заключенных в Иране составляют лица, задержанные за правонарушения, связанные с наркотиками, существует неотложная потребность в расширении программ профилактики ВИЧ (включая заместительное лечение метадонном), особенно в исправительных учреждениях (Zamani et al., 2005).

Аналогичная проблема стоит перед **Ливийской Арабской Джамахирией**, где показатель распространенности ВИЧ среди заключенных составляет 18% (Sammud, 2005). Это неудивительно, учитывая десятикратный рост числа ВИЧ-инфекций среди молодых мужчин в Ливии с начала этого столетия; примерно 90% таких инфекций были обусловлены небезопасной инъекционной практикой. Рискованное поведение, связанное с употреблением инъекционных наркотиков, также повышает вероятность вспышки ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в ряде других стран. Согласно результатам различных исследований, в **Алжире** примерно 41% потребителей инъекционных наркотиков пользуются общим инструментарием, в **Египте** 55% и в **Ливане** 65% (Mimouni and Remaoun, 2005; Asouab, 2005; Elshimi et al., 2004; Khoury and Aaraj, 2005).

Незащищенный секс (в том числе во время платного секса и половых контактов между мужчинами) явля-

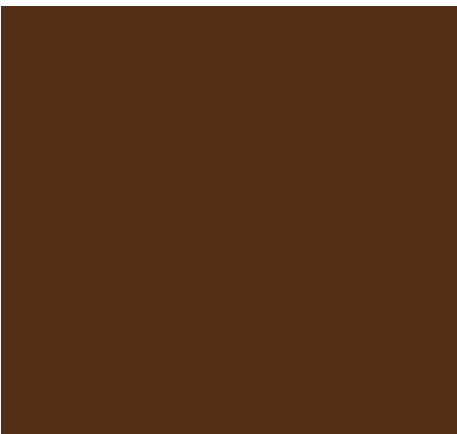
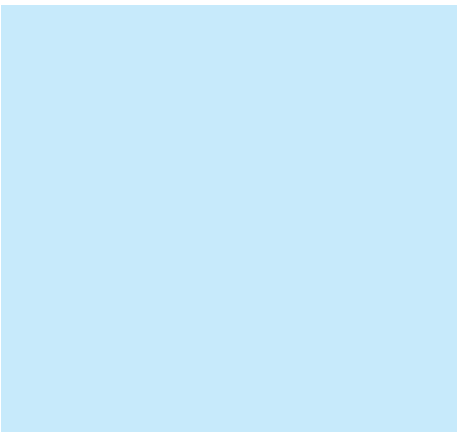
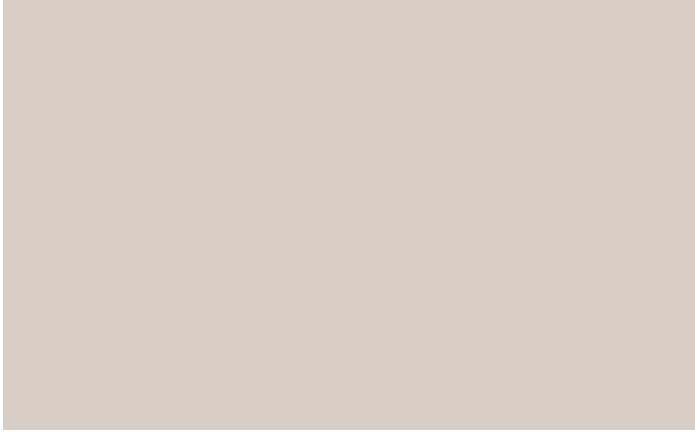
ется еще одним важным фактором в развитии эпидемий в этом регионе, например, в таких странах как **Египет**, **Марокко** и **Саудовская Аравия**. Около половины ВИЧ-инфекций, обнаруженных во время проведения исследования в столице **Саудовской Аравии** Эр-Рияде, были обусловлены гетеросексуальными контактами. Большинство ВИЧ-инфицированных женщин здесь были замужем и, вероятно, заразились вирусом от своих мужей, которые, скорее всего, были инфицированы через платные половые контакты (Abdulrahman et al., 2004). Секс-бизнес представляет собой значительный фактор риска в ряде стран: 9% женщин-работниц секс-бизнеса, протестированных в Таманрассете, **Алжир**, в 2004 году, оказались инфицированы ВИЧ; исследования в **Марокко** дали показатель распространенности ВИЧ в 1,9% (в 2004 году), а исследования, проведенные в **Судане** (в 2002 году), дали показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса, равный 4,4% (Fares et al, 2004; Министерство здравоохранения Марокко, 2005; Федеральное министерство здравоохранения Судана, 2002). Эпидемия в Алжире охватила широкие слои населения, при этом показатель распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих дорожные клиники в некоторых частях на юге страны, превысил 1% (Institut de Formation Paramédicale de Parnet, 2004).

Очень мало известно о распространении ВИЧ в других странах региона, что объясняется ограниченной информацией о путях передачи ВИЧ и поведении (особенно о роли секс-бизнеса и секса между мужчинами в развитии эпидемий). Возможно, что в некоторых местах развиваются скрытые локальные эпидемии. Услуги и

информация в связи с профилактикой ВИЧ в регионе развиты слабо. Знания о СПИДе, как правило, скудные, а практические меры по профилактике применяются редко, даже среди групп населения, которым грозит самый высокий риск заражения. Для того чтобы сдержать преимущественно

нарастающую эпидемию в этом регионе, необходимо усилить стратегии и услуги для профилактики ВИЧ; кроме того, необходимы существенные усилия для борьбы со стигмой и дискриминацией, которые препятствуют осуществляемым в настоящее время мерам.

Прогресс в странах 03



Глава 03



ПРОГРЕСС В СТРАНАХ

Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, состоявшаяся в июне 2001 года, явилась поворотным пунктом в осуществлении глобальных усилий в ответ на кризис, обусловленный СПИДом. В Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (Организация Объединенных Наций, 2001) руководители 189 государств-членов впервые взяли на себя обязательства по осуществлению всеобъемлющих целевых задач в связи с ВИЧ в оговоренные сроки.

Страны взяли на себя обязательство остановить глобальную эпидемию и положить начало тенденции к сокращению ее масштабов к 2015 году, как это предусмотрено в цели 6 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия—через обеспечение сильного руководства и приверженности, мобилизацию беспрецедентных ресурсов и осуществление эффективных стратегий по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ (Организация Объединенных Наций, 2000). В годы после специальной сессии эта Декларация позволила значительно активизировать глобальные действия, усилить пропаганду через гражданское общество, направить национальный процесс принятия решений и послужила основой для мониторинга мер в ответ на ВИЧ на глобальном, региональном и национальном уровне.

Важными характеристиками Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом являются отчетность и прозрачность, что предусматривает регулярное представление

докладов Генеральной Ассамблее о глобальном прогрессе в реализации полномочий, указанных в декларации, в оговоренные сроки. Обеспечивая выполнение положений Декларации о мониторинге, ЮНЭЙДС сотрудничала с различными партнерами для разработки ряда ключевых показателей с целью измерения глобального и национального прогресса в реализации (ЮНЭЙДС, 2005а). В 2003 году более 90 стран представили информацию по этим ключевым показателям, что позволило определить конкретные пробелы в реализации мер в ответ на ВИЧ на глобальном, региональном и национальном уровне (ЮНЭЙДС, 2003).

Настоящий Глобальный доклад выпускается пять лет спустя после специальной сессии, состоявшейся в 2001 году, в тот момент, когда главы государств и другие национальные руководители собрались вместе с представителями гражданского общества, частного сектора и других секторов международного сообщества для оценки прогресса в осуществлении мер

в ответ на ВИЧ. Для информирования о результатах оценки реализации Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом за пятилетний период ЮНЭЙДС выполнила новый анализ результатов, достигнутых странами по ключевым показателям в связи со СПИДом, уделив особое внимание различным количественным целевым показателям, которые должны были быть достигнуты к декабрю 2005 года (ЮНЭЙДС, 2005а). К марту 2006 года ЮНЭЙДС получила ответы из 126 стран и территорий, указанных в Приложении 3. Последние страновые доклады впервые включают систематические данные, представленные странами по широкому спектру ключевых показателей, включая мониторинг безопасности крови, снижение риска передачи ВИЧ половым путем, качество лечения в связи со СПИДом и охват услугами групп населения, которым грозит самый высокий риск. Большое число стран, представивших свои доклады, частично объясняется успешным проведением консультативных процессов на страновом уровне; назначением ЮНЭЙДС и другими партнерами более 60 технических сотрудников по мониторингу и оценке для оказания помощи при осуществлении национальных усилий (ЦКЗ/ГПС, 2005); и систематическим сбором в странах релевантных данных по ВИЧ через информационную систему

мониторинга ответных мер в странах (ЮНЭЙДС, 2005b). Кроме того, сотрудничество с Глобальным консорциумом по отслеживанию ресурсов и спонсорская помощь, оказываемая ЮНЭЙДС проектам в странах для оценки национальных расходов в связи со СПИДом, способствовали получению данных о фактических расходах правительств в связи с ВИЧ в секторе здравоохранения и других секторах (ЮНЭЙДС, 2006).

Настоящий доклад включает наиболее всеобъемлющие за всю историю данные об осуществлении мер в ответ на эпидемию СПИДа в странах. Не только 126 стран и территорий представили свои доклады, но впервые в процессе сбора, обзора и анализа этих данных активное участие принимало гражданское общество (см. главу «Гражданское общество»). Кроме того, ЮНЭЙДС получила отдельные доклады от организаций гражданского общества более чем из 30 стран, что позволяет оценить политическую приверженность, качество охвата услугами и их справедливое распределение, а также насколько успешно решаются проблемы стигмы и дискриминации. ЮНЭЙДС также поддержала проведение целевых исследований для определения уровня охвата ключевыми мерами вмешательства по профилактике, лечению, уходу и поддержке в



Не только 126 стран и территорий представили свои доклады, но впервые в процессе сбора, обзора и анализа этих данных активное участие принимало гражданское общество.

связи с ВИЧ, а также других исследований для анализа конкретных аспектов глобальных ответных мер. Данные, представленные в ЮНЭЙДС странами по различным показателям, включены в Приложение 3.

Из 126 стран и территорий, представивших свои доклады, 46 стран имеют генерализованную эпидемию и 76 стран имеют концентрированную эпидемию или эпидемию низкого уровня (четыре территории классифицированы не были). Не все страны представили информацию по всем ключевым показателям. Некоторые страны представили только данные по показателям без их описания. В настоящей главе внимание уделяется в первую очередь странам с низким и средним уровнем доходов; отдельный раздел включает результаты для стран с высоким уровнем доходов.

Важный прогресс, достигнутый в борьбе со СПИДом после проведения в 2001 году специальной сессии, – в частности с точки зрения увеличения ресурсов, усиления национальных рамок в области политики, расширения доступа к услугам по лечению и профилактике и обеспечения широкого консенсуса относительно принципов эффективных действий на страновом уровне – является надежной основой для организации подлинно всеобъемлющих и полномасштабных ответных мер. Ряд стран также отметили улучшение национальных рамок в области прав человека; определенный прогресс был достигнут с точки зрения участия гражданского общества в разработке, реализации и оценке национальных ответных мер.

Однако в целом эпидемия по-прежнему опережает ответные меры. Программы профилактики охватывают лишь небольшое меньшинство нуждающихся; охват программами профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку за период с 2003 по 2005 годы улучшился лишь

незначительно, и примерно около половины стран Африки к югу от Сахары, приславших свои доклады, не достигли целевого показателя Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, касающегося снижения к 2005 году распространенности ВИЧ среди молодых людей (в возрасте 15–24 лет) на 25%. Невзирая на прогресс в области расширения доступа к лечению, в настоящее время в странах с низким и средним уровнем доходов антиретровирусные препараты получает лишь пятая часть нуждающихся. Дети, осиротевшие в результате СПИДа, реже посещают школу по сравнению с другими детьми, в то время как услуги по оказанию помощи охватывают всего лишь примерно десятую часть детей, ставших уязвимыми в результате эпидемии. Нынешний уровень финансирования мероприятий в связи с ВИЧ, несмотря на то что он увеличился более чем в четыре раза по сравнению с 2001 годом, составляет не более одной трети от того объема, который потребуется к 2008 году для того, чтобы во всем мире начался процесс обращения вспять этой глобальной эпидемии.

Достижение целевых показателей

Пять лет спустя после проведения специальной сессии в 2001 году имеющиеся данные подчеркивают сильное различие между странами и регионами с точки зрения реализации ответных мер, предусмотренных в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. В то время как некоторые страны обеспечили реализацию ключевых задач и промежуточных целей, установленных на 2005 год, многие страны не выполнили обещания, оговоренные в Декларации. Некоторые страны сделали крупные шаги для расширения доступа к лечению, однако добились незначительного прогресса в расширении программ профилактики ВИЧ, в то время как другие страны,

где в настоящее время отмечается снижение национального показателя распространенности ВИЧ, добились лишь незначительного прогресса в реализации усилий для предоставления лечения всем нуждающимся. Ниже на рисунке 3.1 представлены общие результаты, характеризующие прогресс в достижении согласованных глобальных целевых показателей на 2005 год. Широкий диапазон данных почти по каждому показателю отражает различия в результатах, достигнутых странами.

Руководство

В Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом предусмотрено, что все страны должны разрабатывать и реализовывать обоснованные национальные межсекторальные стратегии по ВИЧ, включать свои меры в ответ на ВИЧ в процесс планирования в области развития и обеспечивать полноценное и активное участие гражданского общества, деловых кругов и частного сектора. Согласно Декларации, региональные политические органы и глобальные форумы должны способствовать расширению действий и координации в связи с ВИЧ, включая развитие инновационных партнерств между государственным и частным секторами.

Согласно данным самооценки, те страны, которые указали на наличие сильной политической поддержки в 2003 году, продолжали эту линию в последующие годы, указав на наличие сильной поддержки мер в ответ на СПИД в 2005 году. Многие из стран, в которых, судя по анализу, проведенному в 2003 году, существовали возможности для повышения уровня национального политического руководства, взялись за решение этой проблемы, особенно в Африке к югу от Сахары, регионе, наиболее пострадавшем от СПИДа. Примерно 85% стран имеют единый орган для коор-

динации мероприятий в связи с ВИЧ. Почти в 40 развивающихся странах национальные меры в ответ на СПИД осуществляются под руководством глав правительств или их заместителей. Все страны, приславшие доклады, указали, что их главы правительства (81%) или другие высокопоставленные должностные лица (97%) по крайней мере дважды в течение 2005 года открыто выступали в поддержку усилий в связи со СПИДом.

По десятибалльной шкале, от 0 до 10 (10 – максимальный балл), 91% стран оценили свой национальный процесс стратегического планирования в связи с ВИЧ выше среднего балла (6–10 баллов), причем три четверти стран отметили улучшение этого процесса по сравнению с 2003 годом. Среди стран, приславших свои доклады в ЮНЭЙДС, 90% указали на наличие межсекторальной стратегии или рамок действий для руководства национальными мерами в ответ на ВИЧ.

Более трех четвертей стран (78%) указали на то, что их национальные рамки в связи с ВИЧ были включены в общие страновые планы в области развития. Это отражает политическое признание центральной роли, которую играют меры в ответ на СПИД с точки зрения перспектив в области развития, а также может способствовать повышению вероятности того, что проблемы СПИДа будут рассматриваться в многопараметрической перспективе с учетом различных источников уязвимости, обусловленной ВИЧ. Однако чуть более половины стран с генерализованной эпидемией (56%) выполнили оценку воздействия СПИДа на экономическое развитие, что указывает на отсутствие улучшения по сравнению с 2003 годом.

Воздействие любого национального плана в значительной мере зависит от успешности его реализации. Из 73 стран, указавших на наличие национальной стратегии или рамок, чуть более половины стран (53%) имеют

| Р И С У Н О К 3 . 1 | | Прогресс в достижении странами в 2005 году глобальных целевых показателей Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 года (страны с низким и средним уровнем доходов) | |
|---|--|--|--|
| ГЛОБАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 2005 | | ГЛОБАЛЬНЫЙ ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ 2005 | |
| Общие ежегодные расходы* | | | |
| 8 297 000 000 долл. США Оценочный диапазон: 7,5 – 8,5 млрд. долл. США | | 7,0 – 10,0 млрд. долл. США Глобальный целевой показатель достигнут | |
| Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые правильно называют способы профилактики передачи ВИЧ и отвергают основные неправильные представления о передаче ВИЧ** | | | |
| мужчины: 33% (страновой диапазон: охват 7% – 50% (n=16)) женщины: 20% (страновой диапазон: охват: 8% – 44% (n=17)) | | Охват 90% ■ Ни одна страна не достигла этого показателя | |
| Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусную профилактику*** | | | |
| 9% (страновой диапазон: охват: 1% – 59%), (n= 41) | | Охват 80% ■ Ни одна страна не достигла этого показателя | |
| Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусное лечение**** | | | |
| 20% (страновой диапазон: охват: 1 – 100%), (n=116) 1 300 000 человек получают лечение | | Охват 50% ■ 21 страна достигла показателя 3 миллиона человек, получающих лечение ■ Глобальный целевой показатель не достигнут | |
| Процент молодых мужчин и женщин в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ***** | | | |
| Мужчины: 1,4% (степень неопределенности: 1,1% – 1,8%), (n=54) Женщины: 3,8% (степень неопределенности: 3,0% – 4,7%), (n=54) За 2001 год нет сопоставимых глобальных данных об этой возрастной когорте. Прогресс в достижении целевого показателя можно измерить только в отдельных странах. | | Снижение на 25% в наиболее пострадавших странах ■ 6 наиболее пострадавших стран достигли этого показателя | |
| Оценочный процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в 2005 году***** | | | |
| 26% детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, также оказались инфицированными (n=33 из наиболее пострадавших стран). В 2001 году примерно 30% младенцев оказались инфицированными. По оценкам, с 2001 по 2005 годы частота передачи ВИЧ-инфекции снизилась на 10%. | | Снижение на 20% ■ 11 наиболее пострадавших стран достигли этого показателя | |

Примечания:

*См. главу "Финансирование"

**Обследование в области демографии и здравоохранения/обследование для определения показателей по СПИДу, 2001–2005 гг. (MEASURE DHS, 2006)

***Stover et al. (2006)

****Доклад "3 к 5" (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006)

*****ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2005, оценки для стран с генерализованными эпидемиями, см. Приложение 2

*****ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2005, оценки, см. Приложение 2

КЛЮЧЕВЫЕ ДАННЫЕ ДЛЯ СТРАН С НИЗКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ

В настоящее время в большинстве стран имеется сильная база для осуществления эффективных мер в ответ на СПИД. Среди стран, приславших доклады, 90% имеют национальную стратегию по СПИДу, 85% имеют единый национальный орган для координации усилий в связи со СПИДом и 50% имеют национальные рамки и план по мониторингу и оценке, что представляет собой выполнение «трех принципов» осуществления эффективных ответных мер (см. главу «Национальные ответные меры»). В настоящее время примерно в 40 развивающихся странах национальными мерами в ответ на СПИД руководят лично главы правительства или их заместители.

Значительно увеличены финансовые ресурсы для борьбы со СПИДом. После проведения специальной сессии в 2001 году ускорились темпы увеличения ресурсов в связи с ВИЧ: в период с 2001 по 2004 годы среднегодовой прирост ресурсов составлял 1,7 миллиарда долларов США; для сравнения с 1996 по 2001 год такой прирост составлял 266 миллионов долларов США.

Внутренние государственные расходы правительства значительно увеличены в странах Африки к югу от Сахары с низким уровнем доходов и относительно умеренно увеличены в странах со средним уровнем доходов. После проведения специальной сессии в 2001 году объем внутренних средств, выделяемых для борьбы со СПИДом государственным сектором в 25 странах Африки к югу от Сахары с низким уровнем доходов, увеличился на 130%, составив в целом в 2005 году 640 миллионов долларов США. Этот прирост в странах, имеющих более высокий уровень доходов среди стран со средним уровнем доходов, кроме стран Африки к югу от Сахары, за тот же период составил примерно 10%.

Появляются все новые научные данные, которые говорят о возможности разработки безопасной и эффективной вакцины и микробицида для профилактики ВИЧ. Однако ученым предстоит решить много научных проблем, а для своевременной разработки этих двух технологий потребуются расширение глобального сотрудничества и координации. Это также потребует вложения значительных новых ресурсов. За последние пять лет объем финансирования для разработки этих двух технологий увеличился в два раза.

Резко расширен доступ к лечению, хотя такие усилия не отвечают глобальным целям. В 2005 году антиретровирусное лечение получали 1,3 миллиона человек в странах с низким и средним уровнем доходов, причем 21 страна выполнила или превысила целевые показатели, установленные в рамках инициативы «3 к 5», предусматривающей предоставление лечения по крайней мере для 50% нуждающихся.

Некоторые страны значительно расширили охват услугами по профилактике, хотя лишь шесть стран достигли цели в области профилактики, предусматривающей снижение показателя распространенности ВИЧ среди людей в возрасте 15–24 лет на 25%. За последние пять лет более чем в 70 странах объем услуг по тестированию и консультированию увеличился более чем в четыре раза: примерно с 4 миллионов человек в 2001 году до 16,5 миллиона в 2005 году. В 58 странах, приславших доклады, в настоящее время 74% начальных школ и 81% средних школ проводят просвещение в связи со СПИДом. Некоторые страны обеспечили почти 60%-ный охват ВИЧ-инфицированных беременных женщин антиретровирусным лечением для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (хотя средний глобальный показатель составляет всего лишь 9%). Большинство стран проводит стандартный скрининг на ВИЧ крови, используемой для переливания.

Несмотря на крупные шаги для расширения доступа к некоторым услугам по профилактике, эпидемия по-прежнему оказывает серьезное воздействие на женщин и молодежь. Женщины составляют почти половину всех людей, живущих с ВИЧ, в том числе почти 60% в Африке. Почти половина всех новых ВИЧ-инфекций регистрируется среди молодых людей (в возрасте 15–24 лет). В некоторых регионах Африки и Карибского бассейна показатель распространенности ВИЧ среди молодых женщин (в возрасте 15–24 лет) в шесть раз выше, чем среди молодых мужчин.

Программы профилактики ВИЧ не охватывают тех, кому грозит самый высокий риск. В 2005 году лишь 9% мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, получали какие-либо услуги по профилактике ВИЧ; уровень охвата услугами колеблется от 4% в Восточной Европе и Центральной Азии до 24% в Латинской Америке. Среди потребителей инъекционных наркотиков услуги по профилактике ВИЧ получали менее 20%; по имеющимся данным, в Восточной Европе и Центральной Азии, где наркотики являются основным фактором быстрого распространения ВИЧ-инфекции, охват составлял менее 10%. В то время как охват профилактикой несколько выше среди работников секс-бизнеса, лишь 10 из 24 стран, представивших данные для этой группы, обеспечили по крайней мере 50%-ный охват в этой группе населения. Девятнадцать стран указали, что более 50% работников секс-бизнеса пользовались презервативом во время контакта с последним клиентом. Даже несмотря на то что данные показывают, что уровень охвата программами профилактики выше среди работников секс-бизнеса, чем среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков, критически важно приложить дополнительные усилия для обеспечения адекватного уровня охвата во всех трех группах.

Усилия по профилактике ВИЧ для повышения уровня знаний о СПИДе остаются неадекватными для молодых людей, хотя имеются обнадеживающие признаки позитивного изменения поведения в ряде стран. Несмотря на то что, как записано в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, к 2005 году 90% молодых людей должны иметь знания о проблеме СПИДа, обследования показывают, что всесторонние знания имеют менее 50% молодых людей. Недавно проведенные обследования показали, что во всех странах, за исключением трех, уровень знаний среди женщин ниже, чем среди мужчин. Обнадеживает тот факт, что процент молодых людей, имеющих половые контакты в возрасте до 15 лет, снизился, а показатель использования презервативов увеличился в восьми из одиннадцати обследованных стран к югу от Сахары.

Стигма и дискриминация остаются ключевыми барьерами на пути успешной реализации программ профилактики, лечения и поддержки. Стигма представляет собой особенно серьезное препятствие на пути успешной реализации программ профилактики ВИЧ, включая предоставление услуг для уязвимых групп населения и для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Согласно информации, представленной гражданским обществом более чем 30 стран, стигма и дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ, по-прежнему распространена широко.

Меры в ответ на СПИД в недостаточной степени увязываются с пропагандой, защитой и реализацией прав человека. Половина стран, представивших доклады в ЮНЭЙДС, указали на существование политики, которая препятствует доступу и эффективному осуществлению мер по профилактике и уходу в связи с ВИЧ. Во многих странах правовые системы не обеспечивают адекватной защиты детей, пострадавших в результате СПИДа, а также пожилых людей, оказывающих уход. Там, где меры правовой защиты существуют, возможности для их практического применения зачастую недостаточны.

Национальные правительства, международные партнеры и общины не обеспечивают адекватного ухода и поддержки для 15 миллионов детей, осиротевших вследствие СПИДа, и для миллионов других детей, ставших уязвимыми в результате эпидемии.

Несмотря на то что большинство сильно пострадавших стран в Африке к югу от Сахары имеют национальные рамки в области политики для защиты детей, ставших уязвимыми вследствие СПИДа, менее одной десятой детей охвачены основными услугами по оказанию помощи. Кроме того, дети-сироты по-прежнему реже посещают школу по сравнению с другими детьми.

рабочий план, включающий формальные программные цели, подробные бюджетные сметы и конкретные источники финансирования. Многим странам еще предстоит превратить свои межсекторальные планы в широкие действия, поскольку они по-прежнему часто реализуют программы по ВИЧ и выделяют бюджетные средства в основном через сектор здравоохранения.

В большинстве стран группы гражданского общества, обследованные ЮНЭЙДС, отметили, что национальное правительство предприняло умеренные – а в некоторых случаях сильные – действия для расширения участия гражданского общества. В то же время в ряде стран Африки, Азии и Европы представители гражданского общества отмечают, что их участие не является адекватным. Участие гражданского общества является наиболее активным в процессе планирования и выделения бюджетов в связи с ВИЧ (79% указали, что уровень участия был выше среднего), но не столь заметным в области мониторинга национальных действий. Более одной трети (39%) представителей гражданского общества отмечают очень слабое участие в проведении периодического обзорного анализа национальных стратегий. Примерно в каждой четвертой стране (22%) услуги, оказываемые группами гражданского общества, не включаются в национальный механизм координации в связи с ВИЧ. Что касается включения людей, живущих с ВИЧ, и лиц, ухаживающих за ними, в процесс обзорного анализа протоколов исследований, проводи-

мых среди людей в связи с ВИЧ, 71% докладов, представленных группами гражданского общества, указывают, что показатель такого участия находится на среднем уровне или ниже, и почти одна треть докладов (31%) характеризует такое участие как очень слабое.

Несмотря на то что за период с 2004–2005 годов по 2005–2006 годы число компаний частного сектора, которые считают, что ВИЧ окажет воздействие на их деловую активность в ближайшие пять лет, увеличилось с 37% до 46%, лишь 6% частных компаний во всем мире имеют документы о политике в связи с ВИЧ. В странах, где показатель распространенности ВИЧ превышает 20%, такие документы имеет большинство компаний (58%). На сегодняшний день действия деловых кругов в связи с ВИЧ в первую очередь направлены на профилактику ВИЧ, и меньшее число компаний предоставляют антиретровирусные препараты.

Несмотря на отсутствие количественного показателя для измерения региональных действий в связи с ВИЧ, очевидно, что такие действия усилились после 2001 года в плане осуществления регионального сотрудничества. Признавая центральную роль Панкарибского партнерства против ВИЧ/СПИДа (ПАНКАП) в усилении мер в ответ на СПИД в карибских странах, в 2004 году ЮНЭЙДС формально подтвердила, что ПАНКАП является примером наилучшей международной практики. Созданный в 2002 году в ответ на принятие Декларации о приверженности делу борьбы с

Среди стран, приславших свои доклады в ЮНЭЙДС, 90% указали на наличие межсекторальной стратегии или рамок действий для руководства национальными мерами в ответ на ВИЧ.



ВИЧ/СПИДом, Форум руководителей азиатско-тихоокеанских стран по ВИЧ/СПИДу и развитию поддерживает и усиливает политическое руководство и руководство гражданского общества в Азии, частично благодаря оказанию технической помощи более чем в 12 странах. В 2005 году 11 стран Латинской Америки объединили свои усилия для того, чтобы договориться о снижении до 66% цен на антиретровирусные препараты, выпускаемые 26 компаниями. Европейский союз и Содружество Независимых Государств уделили приоритетное внимание укреплению действий в связи со СПИДом в Восточной Европе и Центральной Азии. В марте 2006 года при проведении континентальной консультации, организованной Африканским союзом при поддержке ООН, представители 51 страны Африканского союза приняли Браззавильское обязательство о расширении масштабов действий в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. Это обязательство, которое определило тон, темпы и направление политики по СПИДу в Африке до 2010 года, явилось результатом интенсивных дискуссий в рамках национальных консультаций, проведенных в 41 стране Африки.

Начиная с 2001 года ВИЧ занимает одну из первых строк в глобальной

политической повестке дня. В 2005 году Всемирный саммит Организации Объединенных Наций утвердил цель, предусматривающую переход к всеобщему доступу, и подтвердил глобальную решимость обеспечить достижение целей, сформулированных в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, в оговоренные сроки (Организация Объединенных Наций, 2005). Точно так же в своем официальном коммюнике по итогам ежегодного саммита, состоявшегося с 2005 году, промышленно развитые страны «большой восьмерки» формально определили цель «разработать и реализовать пакет мер для профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ с целью приблизиться максимально близко к обеспечению всеобщего доступа к лечению для всех нуждающихся к 2010 году» («Большая восьмерка», 2005). В своей декларации, принятой в 2005 году в Дохе, страны Группы 77 призвали к усилению сотрудничества Юг-Юг для реализации мер по профилактике, лечению, уходу и поддержке, с уделением особого внимания потребности в расширении программ в наименее развитых странах (Группа 77, 2005).

Профилактика

Отмечая, что профилактика ВИЧ является «основой наших ответных



Отмечая, что профилактика ВИЧ является «основой наших ответных мер», Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом призывает к осуществлению во всех странах к 2005 году комплексных программ профилактики с учетом национальных условий.

03

мер», Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом призывает к осуществлению во всех странах к 2005 году комплексных программ профилактики с учетом национальных условий. Декларация предусматривает снижение на 25% показателя распространенности ВИЧ среди молодых людей (в возрасте 15–24 лет) в наиболее пострадавших странах к 2005 году, а также уменьшение на 20% доли младенцев, инфицированных ВИЧ. Согласно Декларации, в 2005 году 90% всех молодых людей (в возрасте 15–24 лет) должны были иметь доступ к жизненно важной информации, просвещению и услугам в связи с ВИЧ, включая обучение жизненным навыкам.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПЛАНЫ ПРОФИЛАКТИКИ И УРОВЕНЬ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

Примерно 85% стран имеют национальные планы по информированию, просвещению и коммуникации в связи с ВИЧ среди населения в целом; 85% имеют политику или стратегию по проведению просвещения по вопросам репродуктивного и полового здоровья среди молодежи; 94% имеют национальные планы по расширению доступа к ключевым товарам профилактики, таким как презервативы. За исключением доступа к товарам, где наблюдается заметный рост по сравнению с показателем, составившим в 2003 году

81%, эти цифры примерно сопоставимы с процентами, указанными в 2003 году.

В то же время очевидно, что национальные планы профилактики в целом реализуются неэффективно. Анализ охвата показывает, что в 2005 году в среднем презервативы использовались, по оценкам, только в 9% половых актов с партнерами, не являющимися супругами или сожителями, что ниже по сравнению с уровнем охвата за 2003 год. В 2005 году, по оценкам, лишь 0,6% взрослых в странах с низким и средним уровнем доходов узнали свой ВИЧ-статус, причем, согласно сообщениям, практика тестирования особенно слабо распространена в Восточной Азии и Тихоокеанском регионе (0,1%), Юго-Восточной Азии (0,1%) и в Северной Африке и на Ближнем Востоке (0,2%). Показатель прохождения тестирования в 2005 году был самым высоким в Африке к югу от Сахары (2,2%) и в Латинской Америке (2,1%).

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

В то время как с 2003 по 2005 годы доступ к комбинированному антиретровирусному лечению увеличился более чем в три раза, во всем мире прогресс в расширении доступа к

ПЕРСПЕКТИВЫ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

Раунд представления докладов в связи с ССТАООН за 2005 год является первым раундом, в который были включены независимые доклады гражданского общества о прогрессе в осуществлении национальных мер в ответ на ВИЧ и выполнении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. ЮНЭЙДС получила доклады представителей гражданского общества из 33 стран, включая 11 из Латинской Америки и Карибского региона, 6 из Азии и Тихоокеанского региона, 8 из Африки к югу от Сахары, 4 из Восточной Европы и Центральной Азии и 4 из Северной Америки и Западной и Центральной Европы.

Эти доклады подчеркивают центральную роль гражданского общества в разработке и реализации инновационных и эффективных национальных ответных мер и в пропаганде перемен в рамках общин для устранения стигмы и дискриминации и ускорения процесса информирования и мобилизации населения. Например, в Сенегале пять неправительственных организаций недавно объявили о создании инициативы *Observatoire de la réponse au VIH/SIDA* («Наблюдение за мерами в ответ на ВИЧ/СПИД»), которая будет выступать в качестве наблюдательного органа с целью повышения уровня информированности о ВИЧ и идентификации слабых мест в национальных усилиях по профилактике и уходу в связи с ВИЧ. В то время как большинство докладов подчеркивает ценность участия гражданского общества в национальных ответных мерах, в некоторых из них содержится призыв к расширению такого участия, в том числе на районном и местном уровне, где участие гражданского общества зачастую не так заметно, как в рамках национальных форумов.

Ряд групп гражданского общества указали на потребность в улучшении координации между национальными усилиями в связи со СПИДом и мероприятиями, проводимыми гражданским обществом. В докладе об участии гражданского общества в Никарагуа, например, указывается, что неправительственные организации, ученые-исследователи, работники здравоохранения и правительственные учреждения часто работают в отрыве друг от друга. В Соединенных Штатах представители гражданского общества отметили, что децентрализованный процесс принятия решений способствует более быстрому реагированию на местные потребности, но в то же время повышает требования в связи с координацией, отчетностью и равноправием.

В докладах гражданского общества указывается, что многие страны достигли важного прогресса в плане расширения услуг по профилактике и лечению в связи с ВИЧ; однако остаются важные пробелы. На Гаити, по сообщениям представителей гражданского общества, ощущается сильная потребность в услугах для детей, осиротевших или ставших уязвимыми в результате СПИДа, а также для ключевых групп населения, которым грозит риск, таким как бедные слои (особенно женщины), работники секс-бизнеса и мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами. В ряде докладов указывается, что доступ к лечению зачастую является минимальным в сельских районах. Согласно представителям гражданского общества Танзании, отсутствие четкой национальной политики по ВИЧ/туберкулезу привело к неадекватному интегрированию услуг в связи с ВИЧ и туберкулезом, в то же время доклады, представленные группами гражданского общества Таиланда, указывают на то, что эта страна добилась значительных успехов в объединении этих услуг после 2001 года.

Организации гражданского общества зачастую слабо информированы о Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Во многих странах группы гражданского общества считают, что национальные меры в ответ на СПИД в основном возглавляют

доноры, что зачастую оставляет организации гражданского общества вне процесса принятия решений. Во многих странах группы гражданского общества участвовали в национальных усилиях, связанных с представлением данных по ключевым показателям, касающимся Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, в то время как в других странах участие гражданского общества в процессе представления национальных докладов было ограниченным или вообще отсутствовало. Во всех докладах гражданского общества указывается на необходимость наращивания национального потенциала для мониторинга и оценки в связи со СПИДом.

программам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку оказался скромным (рисунок 3.2). В 2005 году 9% беременных женщин в странах с низким и средним уровнем доходов получили услуги для профилактики передачи ВИЧ своим новорожденным, что представляет

собой незначительное увеличение по сравнению с показателем охвата в 7,6%, отмеченным в 2003 году. За период с 2003 по 2005 годы процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих профилактические антиретровирусные препараты, увеличился с 3,3% до 9,2%.

РИСУНОК 3.2

Сравнение данных за 2003 и 2005 годы об охвате антиретровирусным лечением, доступе к услугам для профилактики передачи от матери ребенку и охвате ВИЧ-инфицированных матерей, получающих антиретровирусную профилактику для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку

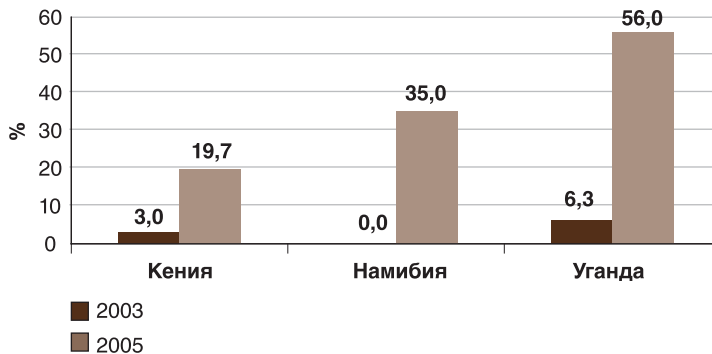


Источник: ВОЗ/ЮНЭЙДС (2006). Прогресс в обеспечении глобального доступа к антиретровирусному лечению при ВИЧ: доклад о ходе реализации инициативы "3 к 5"; АМР США и др. (2006). Охват определенными услугами для профилактики, ухода и поддержке при ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов в 2003 и 2005 годах.

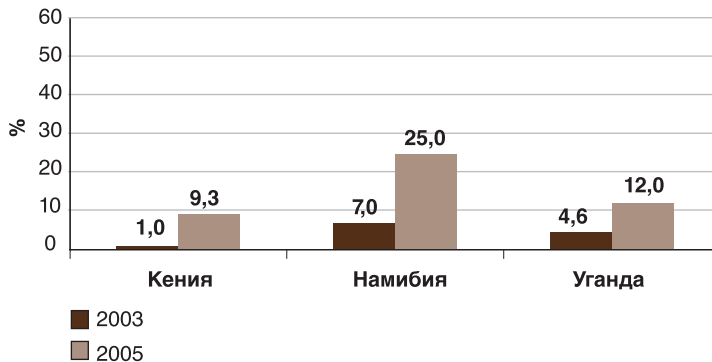
РИСУНОК 3.3

Сравнение данных за 2003 и 2005 годы о расширении антиретровирусного лечения и охвате ВИЧ-инфицированных матерей, получающих антиретровирусную профилактику, в трех странах Африки к югу от Сахары

Охват антиретровирусным лечением



Охват ВИЧ-инфицированных матерей, получающих антиретровирусную профилактику



Источник: Страновые отчеты (2005).

Данные указывают на то, что в последнее время приверженность расширению масштабов программ антиретровирусного лечения не привела к новым действиям, направленным на расширение масштабов подтвержденных практикой стратегий по профилактике. В трех странах Африки к югу от Сахары – Кении, Намибии и Уганде, – которые представили в 2003 и 2005 годах данные относительно антиретровирусного лечения при продвинутой стадии ВИЧ-инфекции, а также для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, темпы роста охвата лечением заметно превышали сопоставимые темпы роста охвата услугами профилактики в дорожных клиниках (рисунок 3.3). Например, в Уганде

охват антиретровирусным лечением увеличился с 6,3% в 2003 году до 56,0% в 2005 году – почти в 10 раз, – в то время как охват услугами для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку увеличился с 4,6% до 12%. Интегрирование услуг по профилактике и лечению представляет собой неотложный приоритет для увеличения потребления услуг по антиретровирусному лечению и профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ И ИНФОРМИРОВАННОСТИ

Большинство стран, вероятно, не выполнили целевую задачу, поставленную в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и предус-

матривающую предоставление в 2005 году 90% молодых людей критически важных мер по профилактике, включая услуги по выработке жизненных навыков, необходимых для снижения уязвимости к ВИЧ. Среди 15 стран, имеющих данные за последние два года – 10 из них в Африке к югу от Сахары, – только три страны (Доминика, Малави и Свазиленд) обеспечили наличие в не менее 90% школ подготовленных учителей, занимающихся просвещением по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков. Пять обследованных стран – Гондурас, Кот-д’Ивуар, Нигерия, Сент-Люсия и Того – добились слабого прогресса в плане охвата просвещением по вопросам ВИЧ – в 2005 году показатель охвата школ составлял менее 20%. Очень низкое число стран, представивших данные по этому показателю, которое оказалось даже ниже, чем в 2003 году, подчеркивает потребность в улучшении мониторинга. В то же время непредставление данных необязательно указывает на отсутствие прогресса. Предварительные данные, полученные в ходе проведения обследований для определения уровня охвата в рамках Проекта «Полиси» (Policy Project) в 2005 году, указывают на увеличение за период с 2003 по 2005 годы числа стран, осуществляющих просвещение по вопросам СПИДа в начальных школах, хотя такого увеличения не отмечено для средних школ (Stver et al., 2006). Интерпретация таких данных представляет собой сложность, поскольку наличие школьных программ необязательно означает, что дети в действительности получают такие сведения. В лучшем случае, вероятно, лишь половина детей, посещающих школу, фактически получают знания по вопросам ВИЧ и СПИДа в школе, что подчеркивает важность усиления прогресса в реализации этого аспекта мер, осуществляемых в ответ на СПИД.

Ни в одной из 18 стран, в которых молодые люди были включены в обследование в области демографии и здравоохранения/обследование для определения показателей по СПИДу

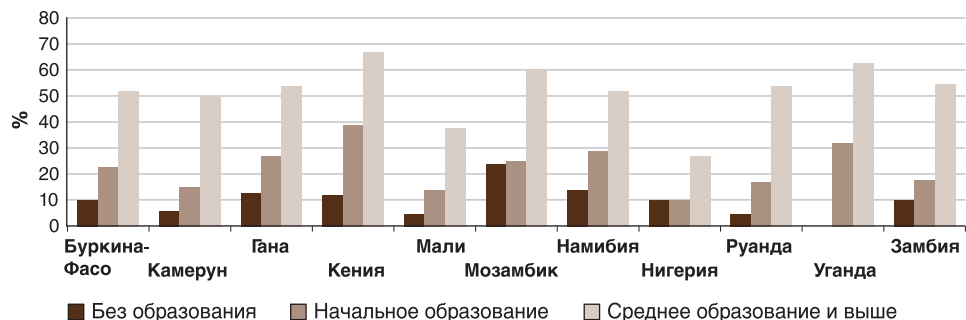
за период с 2001 по 2005 годы, уровни знаний не превышали 50% (Measure DHS, 2006), что далеко от показателя, который предусматривает предоставление всесторонних знаний в связи с ВИЧ для 90% молодых людей (в возрасте 15–24 лет). Во всех странах, за исключением трех, где были получены данные для мужчин и женщин, молодые мужчины имели более высокий уровень знаний по вопросам ВИЧ по сравнению с молодыми женщинами. Следует отметить различие в уровне всесторонних знаний по проблеме ВИЧ между странами: среди молодых женщин, обследованных в 14 странах Африки к югу от Сахары, уровни всесторонних знаний варьировались от менее 10% в Бенине, Мали и Чаде до более 40% в Ботсване и Танзании.

Данные свидетельствуют о том, что просвещение по вопросам ВИЧ в школах имеет критическое значение для увеличения знаний молодых людей о ВИЧ (Measure DHS, 2006). В целом, уровни знаний о ВИЧ, вероятно, в два раза выше среди молодых людей, имеющих по крайней мере начальное образование, в то время как этот показатель в четыре раза выше среди молодых людей, имеющих среднее или более высокое образование (рисунок 3.4 для молодых мужчин и рисунок 3.5 для молодых женщин).

Обследование сексуального поведения включает ряд проблем, особенно в отношении молодых людей, которые под давлением социального окружения могут давать ответы, возможно, занижающие или завышающие фактический уровень сексуальной активности. Даже учитывая систематическую ошибку в представляемых данных, такие обследования позволяют определить важные совокупные тренды. Самые последние обследования подчеркивают, что многие молодые люди по-прежнему допускают поведение, которое ставит их в положение риска заражения ВИЧ, хотя наблюдаются некоторые обнадеживающие тенденции.

РИСУНОК 3.4

Всесторонние знания по проблеме ВИЧ/СПИДа среди молодых мужчин в возрасте 15–24 лет с разбивкой по уровню образования в 11 странах Африки к югу от Сахары, 2000–2004 годы



Источник: Исследования в области демографии и здравоохранения/исследования для определения показателей по СПИДу (2000–2004).

БОЛЕЕ ПОЗДНЕЕ НАЧАЛО ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ

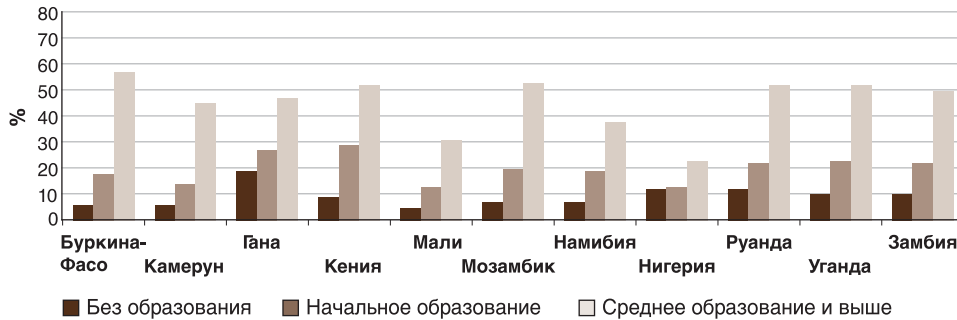
Более позднее начало половой жизни молодыми людьми является важной целью в профилактике ВИЧ. Среди 15 стран Африки к югу от Сахары, включенных в обследование в области демографии и здравоохранения/обследование для определения показателей по СПИДу (Measure DHS, 2006), процент молодых мужчин в возрасте 15–19 лет, указавших на то, что они начали половую жизнь до 15 лет, варьировался от 2,1% в Мавритании до 30,9% в Кении, в то время как цифры для молодых женщин варьировались от 7,3% в Буркина-Фасо до 27,7% в Мозамбике. Сопоставимые различия наблюдаются также на других континентах, а также при анализе результатов других исследований; процент мужчин в возрасте 15–19 лет, указавших на наличие у них половых контактов в возрасте до 15 лет, варьировался от 0,3% во Вьетнаме до 46% в городских районах Молдовы. Обнадеживающая тенденция указывает на то, что процент молодых людей, начавших половую жизнь в возрасте до 15 лет снизился в целом или частично (т.е. либо только среди женщин, либо только среди мужчин) в девяти из 14 стран Африки к югу от Сахары, для которых были получены данные, характеризующие тренды.

УМЕНЬШЕНИЕ ЧИСЛА СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ

Тренды носят несколько более смешанный характер, если рассматривать процент молодых людей (в возрасте 15–24 лет), которые имели половые контакты с партнером, не являющимся супругом или сожителем, за последние 12 месяцев. Как и в случае начала половой жизни, здесь наблюдаются заметные различия среди национальных групп, включающих молодых людей. Результаты обследований в области демографии и здравоохранения/обследований для определения показателей по СПИДу, проведенных недавно в 13 странах Африки к югу от Сахары, указали на то, что показатели среди молодых женщин колеблются от 7% (Чад) до 50% (Гана), а среди молодых мужчин от 72% (Мадагаскар) до 91% (Камерун). Сравнимые колебания наблюдаются в Латинской Америке и Карибском регионе (10–31% для молодых женщин и 70–83% для молодых мужчин) (Measure DHS, 2006). Частота половых контактов с непостоянными партнерами намного ниже в Азии, хотя и здесь показатели как минимум в два раза выше среди мужчин, чем среди женщин. Среди восьми стран, которые провели повторные обследования поведения среди молодых людей, три страны отметили незначительные изменения или отсутствие изменений во времени в показателе, характеризующем процент молодых людей,

РИСУНОК 3.5

Всесторонние знания по проблеме ВИЧ/СПИДа среди молодых женщин в возрасте 15–24 лет с разбивкой по уровню образования в 11 странах Африки к югу от Сахары, 2000–2004 годы



Источник: Исследования в области демографии и здравоохранения/исследования для определения показателей по СПИДу (2000–2004).

имеющих половые контакты с партнерами, не являющимися супругами или сожителями; три страны указали на увеличение и две страны на уменьшение такого показателя. Этот показатель отражает изменения, только если молодые люди прекращают половые контакты с непостоянным партнером, и не отражает изменений, если они уменьшают частоту половых контактов с такими партнерами, хотя последний показатель также может оказывать значительное влияние на распространение эпидемии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВОВ

Для молодых людей, ведущих половую жизнь, постоянное использование презервативом имеет решающее значение для профилактики ВИЧ. Исследования в области демографии и здравоохранения/исследования для определения показателей по СПИДу, проведенные с 2001 по 2005 годы, свидетельствуют о том, что молодые мужчины чаще указывают на использование презервативом при контактах с непостоянным партнером по сравнению с молодыми женщинами (Measure DHS, 2006). Среди 20 стран Африки к югу от Сахары, для которых имеются данные исследований, процент молодых людей, пользующихся презервативами при контактах с непостоянными партнерами, колеблется от 5% среди женщин и 12% среди мужчин на Мадагаскаре до 75%

среди женщин и 88% среди мужчин в Ботсване (рисунок 3.6). Среди 11 стран Африки к югу от Сахары, которые провели повторные обследования, показатель использования презервативов среди молодых людей увеличился в восьми странах, хотя в большинстве стран этот показатель остается ниже 50%. Во всех национальных обследованиях, за исключением одного, число женщин, указавших на пользование презервативом во время контактов с непостоянным партнером, было ниже числа таких мужчин.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ, ПРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Очень редко имеется точная информация об охвате услугами при инфекциях, передающихся половым путем. В 2001 году, по оценкам ВОЗ, менее 18% людей, имеющих инфекции, передающиеся половым путем, имели доступ к лечению. В рамках мониторинга Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом лишь 12 стран представили сведения об услугах для лечения при инфекциях, передающихся половым путем, за 2005 год, что затрудняет точное определение охвата на глобальном или региональном уровне. В то же время в 2005 году ВОЗ и Агентство по техническому сотрудничеству Германии (ГТЦ) указали, что доступ к лечению при инфекциях, передающихся половым путем, особенно

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом подчеркивает особую важность прав человека и основных свобод для осуществления эффективных мер в ответ на СПИД.



ограничен в Африке к югу от Сахары (Dehne and Riedner, 2005).

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНЫХ ЗАПАСОВ КРОВИ

Страны добились заметного прогресса в повышении уровня безопасности национальных запасов крови: почти 100% стран сообщают о том, что в настоящее время кровь подвергается стандартному скринингу на антитела к ВИЧ. В 1980-х и в начале 1990-х годов небезопасное переливание крови обусловливалось, по оценкам, 5–10% инфекций, в результате чего были внедрены стандартные меры вмешательства для обеспечения безопасности крови, с уделением особого внимания скринингу на ВИЧ донорской крови. Однако имеющаяся информация указывает на то, что осуществлению национальных программ скрининга крови зачастую препятствует отсутствие адекватных механизмов обеспечения качества, слабая подготовка персонала и неоптимальные лабораторные процедуры, что ставит под сомнение надежность результатов тестов.

СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ

Информация о глобальном прогрессе в достижении цели, поставленной в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: снизить к 2005 году на 25% показатель распро-

странности ВИЧ среди молодых людей (в возрасте 15–24 лет), ограничена. Анализ трендов в изменении показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15–24 лет в столичных городах ограничен лишь небольшим числом стран. Среди стран с генерализованными эпидемиями 33 страны представили релевантные данные хотя бы за один год за период с 2000 по 2005 годы. Из 11 стран, представивших данные за 2000/2001 и 2004/2005 годы, шесть стран указали на снижение этого показателя на 25% или более за период с 2001 по 2005 годы. Эти страны включают Анголу, Буркина-Фасо, Бурунди, Зимбабве, Уганду и Эфиопию. Однако в Анголе, Эфиопии и Буркина-Фасо это снижение показателя ограничивается только столичными городами и не отмечено в других районах страны. Кроме того, снижение показателя распространенности ВИЧ во всех возрастных группах было отмечено в ряде стран, включая Багамские Острова, Руанду и Кению, однако здесь не были представлены данные для возрастной группы 15–24 лет.

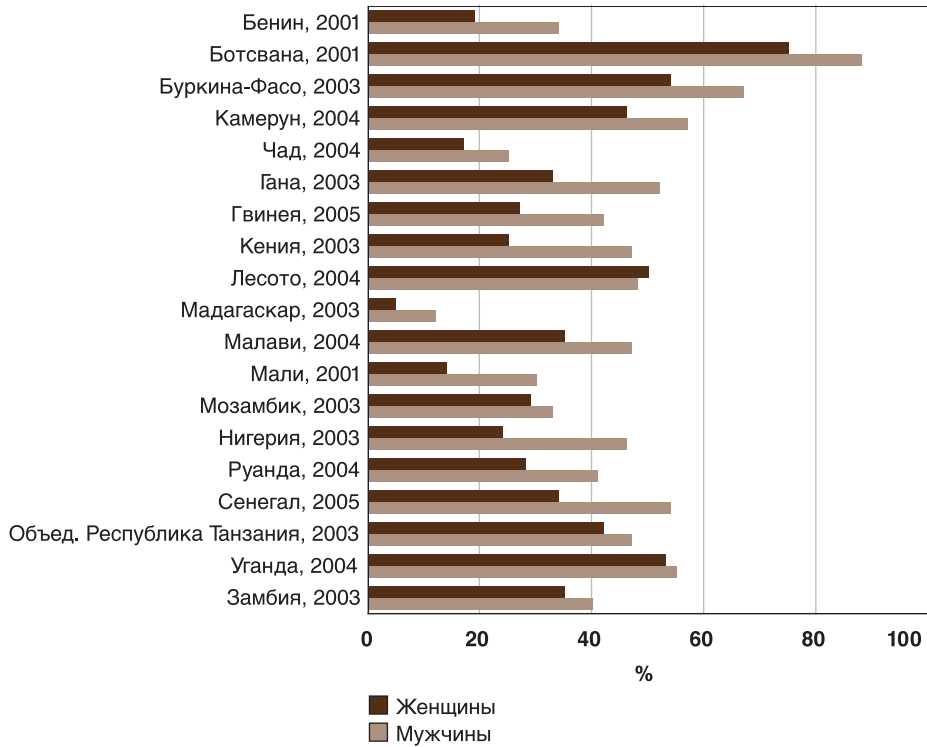
Уход, поддержка и лечение

Признавая, что уход, поддержка и лечение являются основными элементами эффективных ответных мер, Декларация о приверженности делу

РИСУНОК 3.6

Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, указавших на использование презерватива во время половых контактов с непостоянным партнером, Африка к югу от Сахары, 2001–2005 годы

Страны с указанием даты обследования



Источник: Исследования в области демографии и здравоохранения/исследования для определения показателей по СПИДу (2000–2004).

борьбы с ВИЧ/СПИДом предусматривает реализацию странами национальных стратегий в области лечения и расширение доступа к комплексному уходу.

После проведения специальной сессии в 2001 году число людей, получающих антиретровирусные препараты в странах с низким и средним уровнем доходов, увеличилось в пять раз, достигнув 1,3 миллиона человек в декабре 2005 года. Согласно ВОЗ, число участков, где предоставляются антиретровирусные препараты, увеличилось примерно с 500 в июне 2004 года до более 5000 к концу 2005 года. К концу 2005 года 21 страна выполнила целевую задачу «3 к 5», предусматривающую предоставление лечения по крайней мере половине нуждающихся.

По оценкам ВОЗ, расширение доступа к лечению позволило предупредить 250–300 тысяч смертей от СПИДа за период с 2003 по 2005 годы (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006).

Самый высокий уровень охвата лечением отмечается в Латинской Америке и Карибском регионе, где антиретровирусные препараты предоставляются 68% из 465 000 людей, нуждающихся в лечении. В 2005 году охват антиретровирусным лечением в Африке к югу от Сахары, где проживает 72% всех нуждающихся в лечении, достиг 17%. Доступ к лечению более всего ограничен в Северной Африке и на Ближнем Востоке, где в декабре 2005 года лечение получали лишь 5% из 75 000 нуждающихся. В глобальном масштабе в настоящее время антиретровирусные

препараты получает пятая часть всех нуждающихся.

Охват антиретровирусным лечением значительно колеблется в зависимости от региона. В Африке к югу от Сахары охват лечением колеблется от 3% в Центрально-Африканской Республике до 85% в Ботсване. Если в Аргентине, Бразилии и Венесуэле антиретровирусные препараты получают более 80% нуждающихся в таком лечении, то в Парагвае этот охват составляет лишь 29%, а в Боливии 37%. В Центральной Америке охват антиретровирусным лечением колеблется от 16% в Никарагуа до 97% в Панаме и 80% в Коста-Рике.

В странах с высокой численностью населения, где проблема ВИЧ возникла в последние несколько лет, картина носит смешанный характер. В Китае в 2005 году антиретровирусные препараты получали 25% нуждающихся. В отличие от этого, в Индии, которая вскоре может иметь самое большое в мире число людей, живущих с ВИЧ, охват антиретровирусным лечением в 2005 году составлял лишь 7%. В Российской Федерации в настоящее время комбинированное антиретровирусное лечение получают лишь 5% нуждающихся (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006).

В 2003 году лишь три из 49 наиболее пострадавших стран имели национальные планы лечения. К декабрю 2005 года 46 стран имели национальные планы для предоставления антиретровирусного лечения. С 2003 по 2005 годы число стран, имеющие национальные целевые показатели в области лечения, увеличилось с четырех до 40. Большинство стран придерживалось руководящих принципов ВОЗ по расширению масштабов лечения при разработке национальных планов, в которых были определены стандартные схемы антиретровирусного лечения первой и второй линии через государственный сектор.

ВИЧ и права человека

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом подчеркивает особую важность прав человека и основных свобод для осуществления эффективных мер в ответ на СПИД. Она призывает страны принимать законодательство, запрещающее дискриминацию людей, живущих с ВИЧ, и уязвимых групп населения. Она также обязывает страны реализовывать национальные стратегии, содействующие осуществлению прав женщин и расширению их возможностей для защиты от ВИЧ-инфекции.

Из 115 страновых докладов, представленных в ЮНЭЙДС по ключевым показателям, лишь в семи докладах не упоминаются права человека. На основе страновых докладов можно отметить определенное позитивное улучшение национальных рамок в области прав человека за период с 2003 по 2005 годы. В 18 из 21 стран, обследованных в Африке к югу от Сахары, Азиатско-тихоокеанском регионе, Восточной и Западной Европе и Северной Африке, национальные доклады указывают на улучшение политики, законодательства и нормативных положений в области защиты прав человека. В целом 61 % стран сообщают о существовании законов и норм для защиты людей, живущих с ВИЧ, от дискриминации. Однако во многих докладах отмечается, что многие релевантные национальные законы не были реализованы в полной мере или не имеют строгой силы, причем зачастую отсутствуют достаточные бюджетные ассигнования для мониторинга за выполнением прав человека; 50% стран указывают на существование политики, запрещающей стандартное проведение скрининга на ВИЧ при найме на работу.

Две третьих стран (66%) не имеют законов или нормативных положений, конкретным образом защищающих

от дискриминации группы населения, которым грозит самый высокий риск. Почти половина стран, представивших данные в ЮНЭЙДС (45%), указали на существование законов, которые могут препятствовать предоставлению услуг по профилактике и лечению в связи с ВИЧ уязвимым группам населения и группам, которым грозит самый высокий риск. Примерами являются законы, криминализирующие секс между мужчинами по согласию, запрещающие доступ заключенных к презервативам и иглам и предоставляющие доступ к услугам по профилактике и лечению только по месту жительства. Страны, указавшие на существование таких законов, включают страны с высоким и низким уровнем доходов. Страны Азии (70%) и Карибского региона (83%) чаще всего указывают на существование законов, которые могут препятствовать доступу к услугам для уязвимых групп населения. Семьдесят девять процентов всех стран указали на то, что они вовлекают «уязвимые группы» в процесс разработки политики и программ в связи со СПИДом, однако неопределенность этого термина не позволяет подтвердить то, в какой мере группы, которым грозит самый высокий риск, активно участвуют в разработке, реализации и мониторинге национальных мер в ответ на СПИД.

Основное большинство стран (82%) имеют национальные стратегии, обеспечивающие равный доступ к профилактике и уходу для женщин и мужчин. Основной проблемой во многих странах в связи со снижением уязвимости и обеспечением равноправного доступа для женщин, вероятно, является эффективная реализация и практическое применение существующих законов и политики, а также социальные и экономические барьеры. Например, в докладе Марокко отмечается, что более низкий уровень грамотности женщин может препятствовать получению ими таких услуг. Как указано в докладе Уганды, женщины реже по сравнению с мужчи-

нами имеют финансовые средства, что потенциально сужает для них доступ к услугам в связи с ВИЧ.

Снижение уязвимости групп населения, которым грозит самый высокий риск

Признавая, что бедность, социальная маргинализация, гендерное неравенство и дискриминация создают условия, усиливающие уязвимость к ВИЧ, Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом предусматривает, чтобы страны осуществляли национальную политику и программы, направленные на укрепление и защиту здоровья групп населения, которым грозит самый высокий риск заражения ВИЧ. Результаты независимых исследований и информация, представленная в ЮНЭЙДС странами с низким и средним уровнем доходов, свидетельствуют о том, что национальные усилия не направлены в достаточной мере на осуществление важнейших, сохраняющих жизнь мер вмешательства среди лиц, которым грозит самый высокий риск.

Согласно страновым докладам, уровень охвата программами профилактики ниже среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков, чем среди работников секс-бизнеса, причем даже в странах, которые, согласно информации, включают такие компоненты в свою национальную политику или стратегию (рисунок 3.7). Такие программы включают, помимо других видов деятельности, программы информационно-просветительской работы среди населения, в том числе через взаимное обучение, целевые кампании в средствах массовой информации, скрининг на инфекции, передающиеся половым путем, и/или лечение при таких инфекциях, консультирование и тестирование на ВИЧ, заместительное лечение и более безопасную инъекционную практику для потребителей инъекционных наркотиков.

В 2005 году в глобальном масштабе целевые услуги по профилактике для населения и программы информационно-просветительской работы на местах охватывали 36% работников секс-бизнеса, в том числе 8% в Восточной Европе, 22,5% в Африке к югу от Сахары, 35% в Латинской Америке и Карибском регионе и 39% в Юго-Восточной Азии (Stover et al, 2006).

Охват профилактикой еще более ограничен среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. В глобальном масштабе в среднем лишь 9% мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, получали целевые услуги по профилактике или были охвачены программами информационно-просветительской работы на местах; самый высокий показатель охвата был зарегистрирован в Латинской Америке и Карибском регионе и составлял 22%, самый низкий показатель был отмечен в Восточной Европе и Центральной Азии – 1%, в Северной Африке и на Ближнем Востоке он составлял 5%, а в Восточной Азии и Тихоокеанском регионе – 8% (Stover et al., 2006).

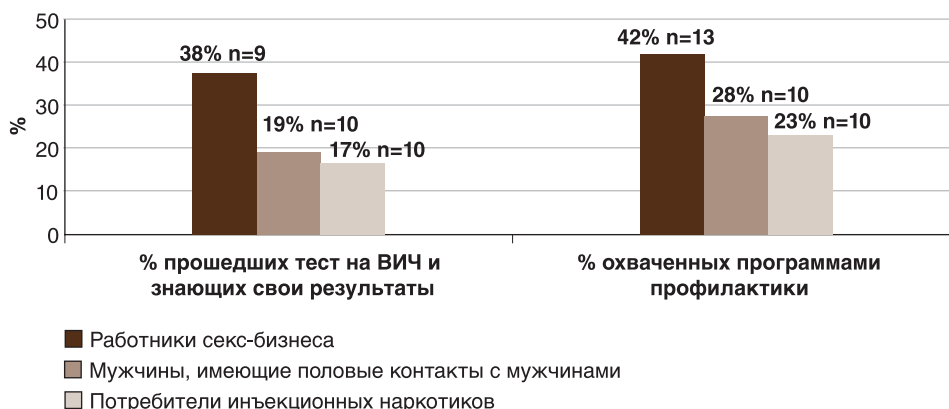
Даже несмотря на то что употребление инъекционных наркотиков

обуславливает значительную долю новых инфекций в регионах, помимо Африки к югу от Сахары, в 2005 году лишь небольшая часть людей, употребляющих инъекционные наркотики, получали услуги, направленные на снижение вреда. В 2005 году в Восточной Европе, где в основном употребление инъекционных наркотиков способствует развитию эпидемии, программами снижения вреда были охвачены лишь 9% потребителей инъекционных наркотиков.

С другой стороны, существуют данные, указывающие на неравноправие в отношении потребителей инъекционных наркотиков, которые не пользуются всеми выгодами, обусловленными глобальным расширением доступа к лечению. По оценкам ВОЗ, в конце 2004 года из 36 000 потребителей инъекционных наркотиков, получавших антиретровирусные препараты, 30 000 проживали в Бразилии (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2005). Хотя на долю людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Восточной Европе и Центральной Азии приходится более 70% случаев заражения ВИЧ, они составляли лишь 24% людей, получавших антиретровирусные препараты в 2005 году (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2005).

РИСУНОК 3.7

Медианный процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики и прошедших тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знающих свои результаты



МЕРЫ В ОТВЕТ НА СПИД В СТРАНАХ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ

По состоянию на март 2006 года 15 стран с высоким уровнем доходов (Приложение 3) представили доклады о ходе реализации Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Большинство стран с высоким уровнем доходов имеют относительно сильные системы эпиднадзора за ВИЧ и СПИДом, в то же время во многих из них отсутствует национальная координированная система мониторинга для сбора различных пакетов данных, например, оценок о поведенческом риске и уровне охвата ключевыми услугами. В то время как доноры поддерживают процесс сбора поведенческих данных в развивающихся странах, стандартный мониторинг за сексуальной практикой и практикой употребления наркотиков зачастую формально отсутствует в странах с высоким уровнем доходов. Даже если организации гражданского общества собирают такую информацию, национальные правительства могут не знать о такой работе или же могут не признавать такую информацию как официальную.

В целом, показатель распространенности ВИЧ в странах с высоким уровнем доходов растет. Это обусловлено рядом факторов, включая дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции в сочетании со снижением уровня заболеваемости и смертности в связи с ВИЧ в результате антиретровирусного лечения, а также постоянную миграцию в страны с высоким уровнем доходов из стран с низким уровнем доходов, где показатели распространенности ВИЧ в целом выше. В некоторых странах с высоким уровнем доходов имеются данные о том, что в последние годы здесь усилилось рискованное сексуальное поведение среди некоторых групп населения.

Непредставление многими промышленно развитыми странами данных, касающихся ключевых показателей, записанных в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, может говорить о том, что многие специалисты и лица, вырабатывающие политику, считают, что представление таких докладов касается только стран с низким и средним уровнем доходов. Однако поскольку СПИД представляет собой глобальную проблему, тенденции, имеющие место в развивающихся странах, также могут оказывать воздействие на страны с высоким уровнем доходов. Например, в Великобритании в последние годы был отмечен значительный рост числа людей, которые были инфицированы в Африке (Группа сотрудничества Великобритании для эпиднадзора за ВИЧ и ИППП, 2005).

Дети, осиротевшие или ставшие уязвимыми в результате СПИДа

Для смягчения воздействия эпидемии на детей Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом призывает страны реализовывать национальные стратегии для поддержки детей, осиротевших или ставших уязвимыми в результате СПИДа, с тем чтобы обеспечить им равный доступ к образованию и другим услугам и защитить их от насилия и стигматизации.

В глобальном масштабе лишь половина стран имеют политику, направленную

на удовлетворение потребностей детей, осиротевших или ставших уязвимыми в результате эпидемии. В Африке к югу от Сахары 25 из 29 стран указали, что у них имеется национальная политика для удовлетворения дополнительных потребностей сирот и других уязвимых детей в связи с ВИЧ и СПИДом. В целом, 49% стран отметили, что работа, которую они проводят для удовлетворения потребностей детей, осиротевших или ставших уязвимыми в результате СПИДа, проводится на среднем уровне или ниже среднего; сюда входит 10 стран в Африке к югу от Сахары, где потребности таких

детей являются наиболее актуальными.

Среди 25 стран Африки к югу от Сахары, имеющих национальную политику, 21 страна указала на то, что была снижена или отменена оплата за школьное обучение для уязвимых детей, а также были реализованы программы через общины для оказания помощи сиротам и другим уязвимым детям. Тем не менее дети, осиротевшие в результате СПИДа, реже посещают школу по сравнению с другими детьми: в 2005 году в Африке 62% детей, осиротевших в результате СПИДа, посещали школу, в то время как этот показатель среди других детей составлял 70% (ЮНИСЕФ, 2006). В 2003 году службы, занимающиеся информационно-просветительской работой на местах, поддерживали контакты с 19,5% детей, живущих на улице. В глобальном масштабе, по оценкам ЮНЭЙДС, менее 10% детей, осиротевших или ставших уязвимыми в результате СПИДа, получали какую-либо внешнюю помощь (ЮНИСЕФ, 2005).

Исследования и разработки

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом призывает предпринять широкие и устойчивые исследования в целях более активного поиска профилактической вакцины и других новых технологий профилактики. В Декларации также записано, что все исследовательские протоколы с участием человека должны оцениваться комитетом по вопросам этики.

Скорее всего, до получения профилактической вакцины против ВИЧ пройдет десятилетие или более длительный период. На данный момент прогресс в области исследования и разработки вакцины был слабым, что обусловлено различными научными проблемами и трудностями в области логистики. В 2004 году государственный, благотворительный

и коммерческий секторы инвестировали, по оценкам, 682 миллиона долларов США в исследования и разработку вакцины против ВИЧ.

После проведения специальной сессии в 2001 году усилия в области исследования и разработки вагинальных микробицидов для профилактики передачи ВИЧ получили новый толчок. Инвестиции со стороны государственного и благотворительного секторов для проведения исследований и разработок были увеличены более чем в два раза и выросли с 65 миллионов долларов США в 2001 году примерно до 163 миллионов долларов США в 2005 году.

Почти три четверти стран (73%) отметили, что они внедрили политику, требующую одобрения со стороны комитета по вопросам этики всех исследовательских протоколов с участием человека. Это отражает положение дел по сравнению с 2003 годом. Что касается включения людей, живущих с ВИЧ и лиц, обеспечивающих за ними уход, в процесс этического анализа исследовательских протоколов, то 71% указывают, что показатель, отражающий национальные усилия, находится на среднем уровне или ниже среднего (т.е. по шкале 0-10 они отметили балл 0).

ВИЧ в регионах, пострадавших в результате конфликтов и стихийных бедствий

Признавая тот факт, что конфликты и стихийные бедствия могут усиливать уязвимость и способствовать распространению ВИЧ, Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом призывает страны включать мероприятия в связи с ВИЧ в программы и планы действий в чрезвычайных ситуациях. Она также предусматривает вложение международными и неправительственными организациями средств в повышение информированности и обучение

персонала и включение вопросов ВИЧ в действия национальных силовых структур и международных сил по поддержанию мира.

Согласно УВКБ ООН, в 2004 году лишь 65% национальных стратегических планов содержали упоминание о беженцах и лишь 43% включали конкретные мероприятия, связанные с беженцами (ЮНЭЙДС/УВКБ ООН, 2005). В 2005 году 86% стран имели формальную стратегию для решения проблем ВИЧ среди силовых структур – для сравнения в 2003 году этот показатель составлял 78%.

В отличие от этого, Секретариат ЮНЭЙДС и Департамент операций по поддержанию мира ООН полностью интегрировали свои усилия в рамках санкционированных ООН операций по поддержанию мира. В настоящее время во всех операциях по поддержанию мира участвуют советники по ВИЧ, принятые на полную ставку или по совместительству.

Ресурсы

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом призвала обеспечить устойчивое расширение объемов глобального финансирования в связи с ВИЧ, для того чтобы обеспечить к 2005 году ежегодную мобилизацию средств в размере по крайней мере от 7 до 10 миллиардов долларов США (Организация Объединенных Наций, 2001). Для ускорения мобилизации Декларация призывала создать глобальный фонд для поддержки процесса осуществления мер вмешательства в связи с ВИЧ и других мер в области здравоохранения. Кроме того, как предусматривалось в Декларации, национальные правительства должны были увеличить бюджетные ассигнования на борьбу с ВИЧ, а развитые страны должны стремиться выделять по крайней мере 0,7% своего валового национального продукта в виде помощи в сфере развития.

Общая мобилизация ресурсов представляет собой одну из немногих трудных целевых задач, указанных в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, которую мировому сообществу, безусловно, удалось осуществить. На основе нынешних тенденций, характеризующих выполнение обещаний и обязательств в области финансирования, ЮНЭЙДС прогнозировала, что в 2005 году объем расходов в связи с ВИЧ, из национальных и международных источников, в странах с низким и средним уровнем доходов составит 8,3 миллиарда долларов США (по оценкам, от 7,5 до 8,5 миллиарда долларов США), что соответствовало целевому объему финансирования в размере 7–10 миллиардов долларов США, предусмотренному в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (см. главу «Финансирование»).

В то время как глобальный успех в достижении целевой задачи в связи с мобилизацией ресурсов вдохновляет, более широкий анализ мероприятий, проведенных после специальной сессии 2001 года, показывает, что, для того чтобы начать процесс обращения вспять глобальной эпидемии ВИЧ к 2015 году, потребуются значительно большие ресурсы. Средства для борьбы с ВИЧ, имевшиеся в 2005 году, составляют не более одной трети от объема средств, который потребуется в 2008 году (22,1 миллиарда долларов США) для поддержки комплексных ответных мер (ЮНЭЙДС, 2005с).

Среднегодовой прирост глобальных средств, расходуемых в связи с ВИЧ, увеличился с 266 миллионов долларов США в период с 1996 по 2001 годы до 1,7 миллиарда долларов США в период с 2001 по 2005 годы. Оценочный объем средств, имеющихся на выполнение мероприятий в связи с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов в 2005 году, был в 28 раз выше по сравнению с глобальным объемом расходов в связи

с ВИЧ в 1996 году, когда была создана ЮНЭЙДС (рисунок 3.8).

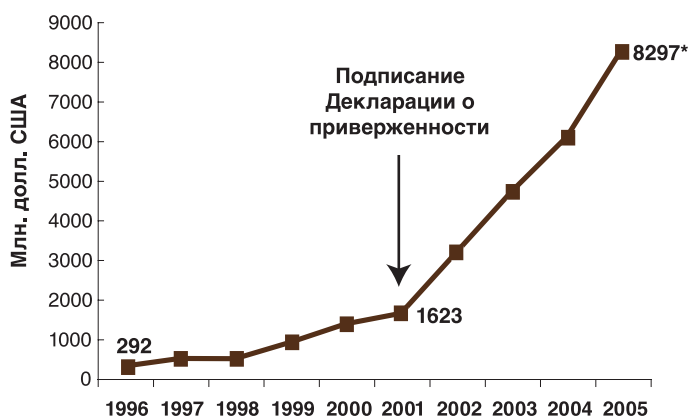
Отчеты, представленные странами-донорами в Организацию экономического сотрудничества и развития в период с 2001 по 2004 годы, показывают, что уровень двустороннего финансирования мероприятий в связи с ВИЧ увеличился на 61%, в то время как объем расходов за счет средств, выделяемых из многосторонних источников (напр., Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, организациями семейства ЮНЭЙДС, региональными банками развития и Европейской комиссией) увеличился на 110%. Объем отпуска средств донорами фактически увеличился с 53% в 2002 году до 78% в 2004 году (Организация экономического сотрудничества и развития, 2006). В настоящее время примерно половина всех двусторонних обязательств в связи с ВИЧ осуществляется за счет средств, выделяемых правительством Соединенных Штатов.

Как поясняется более подробно в главе «Финансирование», Глобальный фонд сыграл важную роль в предоставлении новых ресурсов в связи с ВИЧ после специальной сессии, состоявшейся в 2001 году. Как предусмотрено в Декларации о приверженности делу

борьбы с ВИЧ/СПИДом, Глобальный фонд был создан в декабре 2002 года. По оценкам, в настоящее время около 20% всех международных финансовых средств в связи с ВИЧ направляется через Глобальный фонд. По состоянию на декабрь 2005 года Глобальному фонду было обещано 8,6 миллиарда долларов США (на период включая 2008 год), при этом он утвердил 350 грантов правительствам и другим реципиентам в 128 странах, тем самым взяв обязательства выделить 4,79 миллиарда долларов США в виде таких грантов; обязался выделить 3,5 миллиарда долларов США, подписав соглашения о выделении грантов; и фактически выделил 1,91 миллиарда долларов США. Из этого объема средств от 56% до 60% будет выделено на ВИЧ. Таким образом, после корректировки общая сумма на мероприятия в связи с ВИЧ для утвержденных проектов составит 2,96 миллиарда долларов США; сумма средств согласно подписанным обязательствам 2,14 миллиарда долларов США, а сумма фактически выделенных средств составит 1,2 миллиарда долларов США (Глобальный фонд, 2006).

Перед миром стоит значительная дополнительная проблема, связанная с тем, как превратить эти финансовые ресурсы, имеющиеся в глобальном

РИСУНОК 3.8 Оценочный общий годовой объем ресурсов для борьбы со СПИДом, 1996–2005 гг.



Данные включают:

- Средства международных доноров, внутренние расходы (включая государственные и личные расходы)
- Средства международных фондов и Глобального фонда с 2003 года и в последующие годы, средства ПЕПФАР начиная с 2004 года и в последующем

*Прогнозы на основе ранее данных обещаний и обязательств (диапазон оценок: 7,5–8,5 млрд. долл. США).

масштабе, в товары и услуги для тех, кто в них нуждается. В частности, имеющиеся средства не всегда направляются для тех, кто в них больше всего нуждается. Во многих странах программные ресурсы по-прежнему в основном сконцентрированы в крупных городах и часто выделяются для тех, кого легче всего охватить, а не для тех, кто в них более всего нуждается. Например, в Латинской Америке и Юго-Восточной Азии мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, составляют значительную часть лиц, пострадавших в результате эпидемии, однако они получают лишь малую долю средств, выделяемых для профилактики (Izazola-Licea, 2003). Аналогичным образом работники секс-бизнеса в Африке к югу от Сахары получают диспропорционально малую долю имеющихся ресурсов.

Сами страны с низким и средним уровнем доходов выделяют примерно одну треть нынешних глобальных ресурсов, расходуемых в связи с ВИЧ, причем расходы государственного сектора в таких странах несколько увеличились в период с 2001 по 2005 годы. Основной объем внутренних расходов в связи с ВИЧ покрывается за счет государственных источников, хотя значительная доля таких расходов оплачивается за счет собственных средств домохозяйствами, пострадавшими от ВИЧ, для оплаты за необходимые услуги по уходу и лечению или, в некоторых случаях, даже для покупки презервативов представителями среднего класса в странах со средним уровнем доходов (ЮНЭЙДС, 2004) (Gutierrez and Bertozzi, 2004) (Aran-Mantero et al., 2003).

После проведения в 2001 году специальной сессии был отмечен умеренный рост расходов в связи с ВИЧ на душу населения в развивающихся странах в целом (рисунок 3.9). В отличие от этого, анализ выборки, включающей 25 стран с низким уровнем доходов в Африке к югу от Сахары, показал, что с 2001 по 2005

годы расходы на душу населения увеличились на 130%, в результате чего в 2005 году общий объем расходов в этих странах составил 670 миллионов долларов США. Анализ той же выборки для стран Африки к югу от Сахары показал, что расходы на душу населения в государственном секторе в связи со СПИДом увеличились с 0,31 доллара США в 2001 году до примерно 0,65 доллара США в 2005 году. Внутренние расходы в странах Африки к югу от Сахары в связи с ВИЧ не имеют тесной корреляции с национальным показателем распространенности ВИЧ, национальным доходом или национальными расходами на здравоохранение.

Расходы на душу населения в связи со СПИДом в других регионах в целом выше, чем в Африке к югу от Сахары (57 стран). В странах с низким уровнем доходов, помимо Африки к югу от Сахары, (с валовым национальным доходом на душу населения 825 долларов США или ниже) расходы на человека в связи со СПИДом оставались почти что без изменения в период с 2001 по 2004 годы (колеблясь от 0,35 до 1,00 доллара США). В странах со средним уровнем доходов, имеющих более низкие доходы (валовой национальный доход на душу населения 826–3255 долларов США), такие расходы увеличились примерно на 30% с 2001 по 2005 годы. В странах со средним уровнем доходов, имеющих более высокие доходы (валовой национальный доход на душу населения 3256–10 065 долларов США), такие расходы увеличились примерно на 10% за тот же период времени.

Требуется усиление потенциала стран для того, чтобы отделить донорскую помощь от национальных источников, провести различия между бюджетными ассигнованиями и фактическими затратами, а также получить надежные оценочные данные относительно общих затрат для всех секторов (ЮНЭЙДС, 2006). Глобальный консорциум по отсле-

живанию ресурсов провел работу, с тем чтобы дополнить информацию, получаемую из страновых отчетов, данными по оценке национальных расходов в связи со СПИДом; такое отслеживание ресурсов позволило повысить надежность оценок, характеризующих разницу между имеющимися ресурсами и фактическими потребностями в ресурсах.

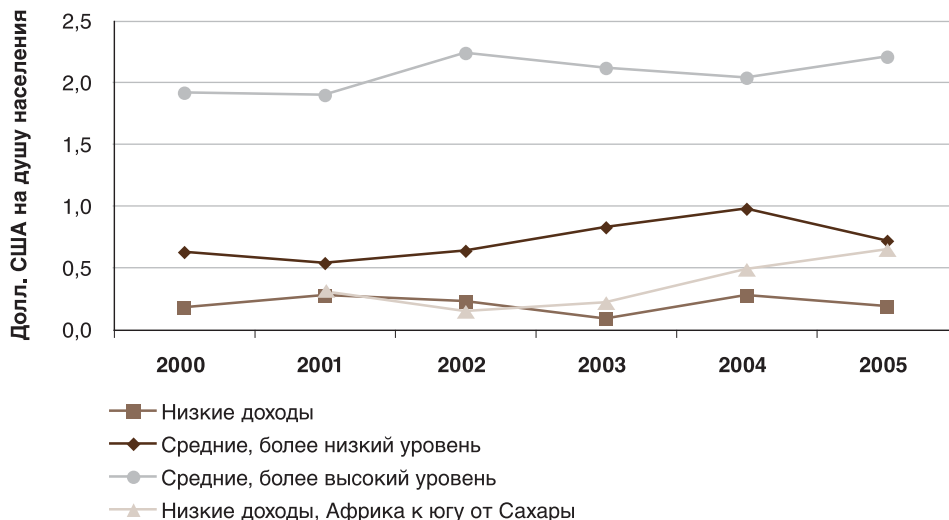
Мониторинг и оценка

Точное понимание эпидемии и национальных ответных мер имеет критическое значение для разработки, реализации и усовершенствования обоснованных национальных программ и политики в связи со СПИДом. После проведения специальной сессии в 2001 году развивающиеся страны и международные доноры стали уделять более приоритетное внимание мониторингу и оценке, причем 51% стран отмечает умеренный или значительный прогресс после 2001 года с точки зрения усиления мониторинга и оценки программ в связи с ВИЧ. Тем не менее 43% стран оценили свои национальные усилия по мони-

торингу и оценке как средние или ниже среднего. На улучшение систем мониторинга на национальном уровне часто указывали страны, где работают специалисты по мониторингу и оценке. Кроме того, ЮНЭЙДС и правительство Соединенных Штатов направили более 60 технических консультантов по вопросам мониторинга и оценки в страны для оказания помощи с целью наращивания национального потенциала по мониторингу и оценке, а также для планирования и представления отчетности о существующих потребностях (ЦКЗ/ГПС, 2005).

Половина стран отметила, что у них имеется национальный план по мониторингу и оценке; в 2003 году – 43% стран. Чуть более половины из них (54%) разработали план по мониторингу и оценке в рамках консультаций с гражданским обществом и людьми, живущими с ВИЧ. Все эти страны, за исключением четырех, имеют специальный бюджет для мониторинга и оценки, причем 78% стран обеспечивают необходимое финансирование. Это представляет собой важный прогресс после 2003 года, когда только 24% стран указали на то, что

РИСУНОК 3.9 Расходы в связи с ВИЧ и СПИДом на душу населения по уровню доходов в странах*



*Тренды получены на основе выборки, включающей 25 стран Африки к югу от Сахары и 52 страны из других регионов.

у них был бюджет для мониторинга и оценки. Большинство стран (83%) имеют специальное подразделение и/или комитет по мониторингу и оценке, который проводит регулярные заседания; 11 стран находятся в процессе создания такой структуры.

Что касается информации, 54% имеют центральную базу данных в связи с ВИЧ и 85% стран имеют действующую информационную систему здравоохранения, причем половина таких стран имеют обе эти системы. Эти цифры примерно эквивалентны цифрам за 2003 год. В то время как наличие системы управления данными необязательно означает постоянное использование такой технологии, страны, имеющие централизованную базу данных, указывают на то, что они широко используют эти данные в процессе национального планирования и реализации программ. Более 70 стран использовали информационную систему ЮНЭЙДС для мониторинга ответных мер в странах с целью сбора данных и представления своих показателей в ЮНЭЙДС, и более 90 стран в настоящее время используют эту систему в других целях.

Около половины стран (49%) указывают на то, что уровень обмена информацией о результатах мониторинга и оценки между учреждениями ООН, двусторонними организациями и другими учреждениями и национальным правительством является средним или высоким. Хотя это означает определенное улучшение, необходимы существенные усилия с целью обмена данными, для того чтобы максимально усилить процесс принятия решений на основе подтвержденных данных и обеспечить более строгое выполнение «трех принципов», особенно третьего принципа, предусматривающего наличие единой системы мониторинга и оценки.

Как показано на рисунке 3.10, первый принцип (единый национальный орган) и второй принцип (единые

национальные рамки) в основном были реализованы. В настоящее время успех зависит от усиления национального потенциала для мониторинга и оценки с целью поддержки единой системы мониторинга и оценки. Как показано на рисунке 3.10, лишь 50% стран имеют план по мониторингу и оценке, что является первым критическим шагом для развития единой системы.

Доклады стран по ключевым показателям, записанным в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, позволяют судить о нынешнем состоянии потенциала по мониторингу и оценке, а также позволяют определить основные будущие действия для наращивания национального потенциала в этой области. Если показатели, касающиеся антиретровирусного лечения и профилактического назначения антиретровирусных препаратов для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, были относительно хорошо представлены в докладах, значительно менее детальная информация была представлена в отношении показателя, характеризующего выживание через 12 месяцев после начала антиретровирусного лечения. Информация о лечении при наличии инфекций, передающихся половым путем, также была слабо представлена в докладах, хотя это отчасти может объясняться сложностью этого показателя, который требует наличия информации о правильной диагностике, проведении консультирования и завершении курса лечения. Реже всего указывается показатель, касающийся детей, осиротевших в результате СПИДа; эти показатели представили менее 10 стран. От этого зависит, насколько хорошо страны могут оценить потребность в услугах для оказания помощи этой сильно уязвимой группе населения и фактическое предоставление таких услуг.

В целом, страны с генерализованными эпидемиями представили более полные доклады по сравнению со странами

РИСУНОК 3.10

Прогресс в реализации "трех принципов": процент стран, имеющих единый национальный координирующий орган, единую национальную стратегию или рамки по ВИЧ/СПИДу и единый национальный план по мониторингу и оценке

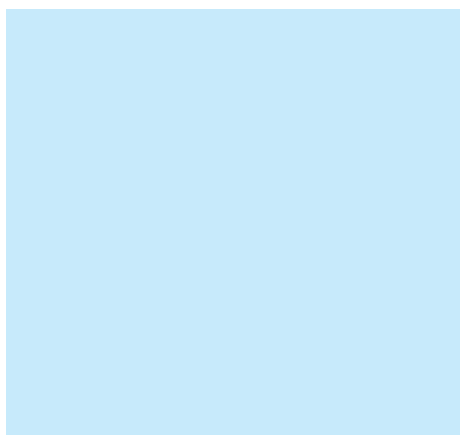
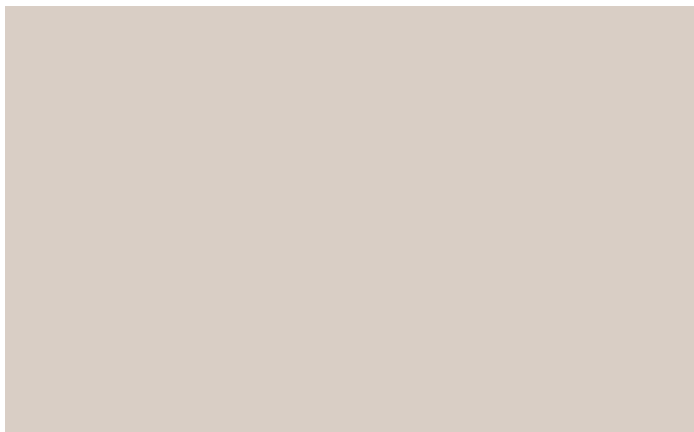


с концентрированными эпидемиями или эпидемиями с низким показателем распространенности. Хотя это и не является требованием к странам с генерализованными эпидемиями, 31% из них представили информацию о показателях для групп населения, которым грозит самый высокий риск. Менее двух третей стран (60%) с концентрированными эпидемиями или эпидемиями низкого уровня представили данные о группах населения, которым грозит самый высокий риск. Специфическая информация относительно групп населения, которым грозит самый высокий риск, была представлена странами впервые, и хотя здесь многое можно улучшить, это представляет собой надежную основу для мониторинга прогресса в будущем.

Несмотря на важный прогресс, достигнутый в наращивании национального потенциала для мониторинга и оценки, пробелы в национальных докладах подчеркивают потребность в значительном улучшении этой системы. Требуется увеличить число и обеспечить разнообразие программ и услуг, которые подлежат

мониторингу, обеспечить сбор более надежной и своевременной информации и улучшить аналитическое использование таких данных лицами, вырабатывающими политику, и теми, кто предоставляет услуги, для улучшения качества программ. Кроме того, повышение внимания оценке, что до настоящего времени игнорировалось в большинстве стран, должно являться непосредственной приоритетной задачей. Такие мероприятия по оценке представляют собой важнейшие последующие шаги для повышения эффективности мер в ответ на СПИД. В большинстве стран для обеспечения такого улучшения потребуются дополнительные кадровые и финансовые ресурсы для мониторинга и оценки, а также повышение уровня интеграции информации, получаемой из различных источников. Наконец, требуется, чтобы страны сами отвечали за процесс мониторинга и оценки, а также стремились использовать полученные результаты улучшения национальных мер в ответ на СПИД, тем самым способствуя осуществлению глобальных ответных мер.

Воздействие СПИДа на людей и общество 04



Глава 04



ВОЗДЕЙСТВИЕ СПИДА НА ЛЮДЕЙ И ОБЩЕСТВО

Примерно за 25 лет, прошедших с момента возникновения эпидемии СПИДа—крупной чрезвычайной ситуации в области здравоохранения—эта эпидемия оказала серьезное, а во многих местах опустошительное, воздействие на человеческое развитие. В некоторых странах СПИД подрывает процесс достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, в частности целей, касающихся сокращения масштабов нищеты, обеспечения всеобщего начального образования, содействия гендерному равенству, снижения детской смертности и улучшения материнского здоровья (МИВС, 2005; ЮНФПА, 2003).

С течением времени масштабы воздействия эпидемии, которые значительно колеблются в зависимости от районов, документируются все более точно по мере улучшения эпиднадзора и аналитических инструментов. В результате, стала более понятной взаимосвязь между СПИДом и другими проблемами человеческого развития. Взгляд, предложенный в начале 1990-х годов ныне покойным Джонатаном Манном, о том, что СПИД проливает яркий свет на права человека и социальные проблемы, получил всестороннее подтверждение, в частности, это касается взаимодействия эпидемии с проблемами нищеты, гендерного неравенства и социального остракизма (Mann et al., 1994). Исследования, проведенные в последние несколько лет, показали, каким образом эпидемия усиливает другие крупнейшие проблемы в области развития – от ослабления социальных услуг и систем управления до возник-

новения гуманитарных чрезвычайных ситуаций, таких как продовольственная безопасность и конфликты. Как свидетельствует недавно проведенное исследование взаимосвязи между СПИДом и голодом в государствах юга Африки: «ВИЧ/СПИД акцентирует существующие трудности, заставляя нас противостоять сразу нескольким проблемам, все из которых требуют решения» (de Waal and Whiteside, 2003).

Воздействие СПИДа до сих пор не осознано в полной мере, в частности, воздействие в долгосрочном плане. Эпидемия возникает в виде последовательных волн: первая волна включала ВИЧ-инфекции, затем, через несколько лет, пошла волна оппортунистических инфекций, а затем пришла волна заболевания СПИДом и, как результат, волна смертей (Barnett and Whiteside, 2002). Эта заключительная волна влияет на общества и экономику на различных

уровнях, начиная от семей и общин до национального и международного уровня. Ни одна из сильно пострадавших стран пока еще не достигла пика третьей волны и не ощущает в очень сильной мере воздействие четвертой волны, о чем говорят результаты одного исследования (Bell et al., 2003):

Мы не знаем, насколько сильным будет воздействие третьей и четвертой волны – эта пандемия почти что не имеет линейных характеристик, а СПИД представляет собой особую угрозу... Каким, например, может оказаться вероятный ущерб – социальный, экономический и психологический – в долгосрочном плане вследствие появления миллионов детей-сирот? Что нам известно, так это то, что воздействие будет ощущаться в течение многих лет и что ситуация значительно усугубится, прежде чем начнется улучшение.

Решительные ответные меры в области профилактики, ухода, поддержки и лечения могут дать многое для снижения воздействия эпидемии, а по мере развертывания программ антиретровирусного лечения по всему миру могут быть приятные сюрпризы. Тем не менее одно остается определенным: Независимо от того какую форму может принять СПИД в той или иной стране, его социальные и экономические последствия – и в частности его разрушительное воздействие на человеческий капитал – будут нарастать в течение многих лет, после того как показатель распространенности начнет снижаться. Это может иметь важные последствия с точки зрения усилий, направленных на смягчение воздействия эпидемии, что рассматривается в других главах.

Население и его структура

Общее воздействие СПИДа на мировое население пока что не достигло своего пика, а его демографические последствия, скорее всего, будут ощущаться даже во второй половине 21-го столетия. Согласно нынешним

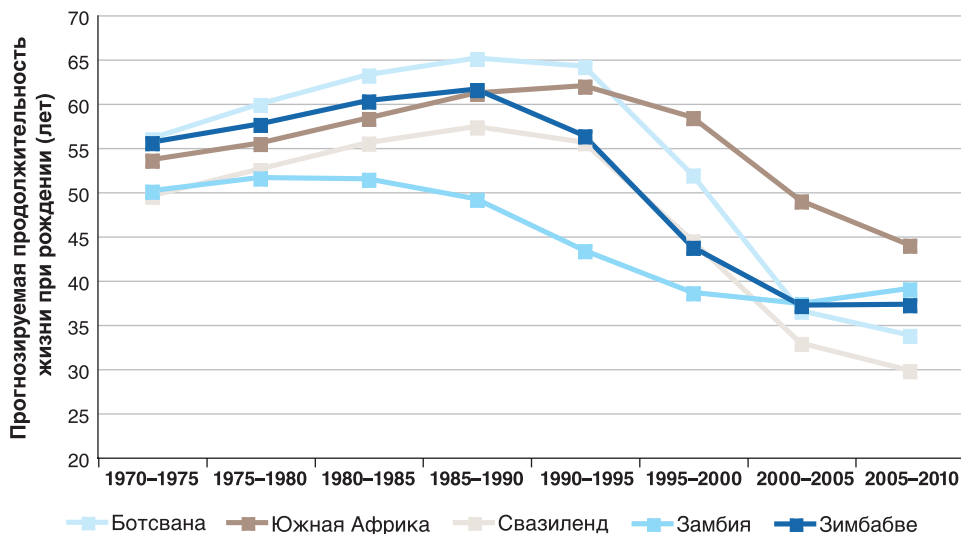
прогнозам, к 2015 году в 60 странах, наиболее пострадавших от СПИДа, общая численность населения будет на 115 миллионов человек меньше, чем это было бы в отсутствие СПИДа. В 2050 году более трех четвертей этой разницы придется на Африку, и хотя продолжительность жизни на всем континенте увеличится до 65,4 года по сравнению с нынешним показателем в 49,1 года, она все еще будет на 12–17 лет ниже продолжительности жизни в других регионах мира (Отдел народонаселения ООН, 2005b). Моделируемое воздействие на продолжительность жизни в некоторых наиболее пострадавших странах можно увидеть на рисунке 4.1.

В наиболее пострадавших странах Африки к югу от Сахары СПИД по-прежнему сдерживает или обращает вспять достижения в области увеличения продолжительности жизни и нарушает возрастную и половую структуру среди всего населения. Несмотря на то что под воздействием эпидемии - и других факторов, таких как вооруженные конфликты, экономический застой и новый рост случаев туберкулеза, малярии и других заболеваний - продолжительность жизни в большинстве наиболее пострадавших стран региона снизилась, общая численность населения в большинстве этих стран будет расти ввиду высоких показателей рождаемости.

Воздействие СПИДа на продолжительность жизни в Африке к югу от Сахары частично обусловлено детской смертностью, которая прямо или косвенно связана со СПИДом. Устойчивая тенденция к увеличению продолжительности жизни, наблюдавшаяся до наступления эпидемии, исчезла. В Ботсване за период с 1990 по 1995 годы показатель смертности в возрасте до пяти лет снизился до 62 смертей на тысячу живорожденных; сегодня этот показатель составляет около 106 смертей на тысячу живорожденных. Однако самый большой рост смертности наблюдался среди взрослых в возрасте от 20 до 49 лет, что делает

РИСУНОК 4.1

Влияние СПИДа на продолжительность жизни в 5 африканских странах, 1970–2010 годы



Источник: Отдел народонаселения ООН, перспективы развития мирового населения: обзор за 2004 год, база данных.

обратным предыдущее распределение смертей согласно возрасту. Если в период с 1985 по 1990 годы на эту возрастную группу приходилось лишь 20% всех смертей, то сегодня на нее приходится почти 60%. Это показано на рисунке 4.2, где сравнивается нынешнее распределение смертей по возрасту на юге Африки с распределением, имевшим место до того, как эпидемия СПИДа ударила с полной силой. Это явление переворачивает привычную модель смертности, обусловленной заболеванием, которая, как правило, концентрируется среди очень молодых и очень пожилых людей. Сейчас СПИД, наоборот, наносит удар по взрослым в наиболее экономически продуктивный период жизни, унося жизни тех людей, которые могли бы участвовать в борьбе с кризисом.

В других регионах с низким показателем распространенности ВИЧ, помимо Африки к югу от Сахары, СПИД скорее замедлил, чем обратил вспять рост продолжительности жизни. По оценкам, в настоящее время в Камбодже продолжительность жизни на четыре года меньше, чем это было бы в отсутствие СПИДа.

В Америке самый высокий уровень инфицирования ВИЧ отмечается в карибских странах. СПИД превратился в основную причину смерти на Гаити среди взрослых в возрасте от 15 до 44 лет. По оценкам, продолжительность жизни в Доминиканской Республике на три года ниже, чем это было бы в отсутствие СПИДа. В Тринидаде и Тобаго, стране, которая уже теряет население вследствие эмиграции, как ожидается, в результате СПИДа общая численность населения к 2010 году уменьшится (Stanecki, 2004; Всемирный банк, 2005а).

Текущие прогнозы относительно долгосрочного демографического воздействия СПИДа несколько менее суровы, чем в предыдущих докладах. Это частично объясняется пересмотром оценок в отношении распространенности ВИЧ и смертности от СПИДа в некоторых странах и частично тем, что в настоящее время в прогнозах учитывается расширение в будущем доступа к антиретровирусному лечению в сильно пострадавших регионах. Однако это допущение включает сильное условие «если»: это будет

достигнуто, только если будет достигнут устойчивый прогресс в деле обеспечения всеобщего доступа к услугам и – в широком смысле – потребления комплексных услуг, направленных на профилактику, лечение и смягчение воздействия.

Бедность и неравенство

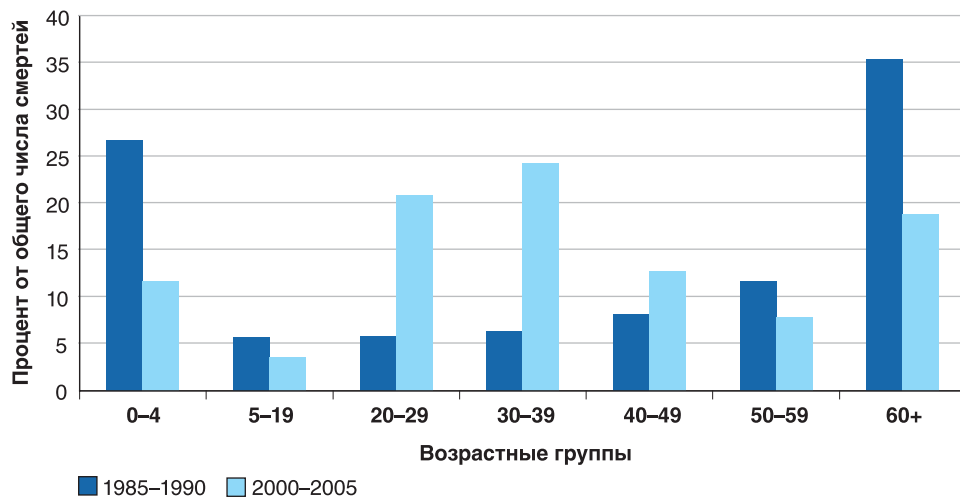
Соотношение между СПИДом и нищетой носит ярко выраженный и нюансированный характер. Уровень жизни бедного населения в некоторых наиболее пострадавших странах был очень низким еще до того, как стало ощущаться воздействие СПИДа, а в настоящее время наиболее пострадавшие страны не обязательно являются самыми бедными. Наиболее экономически развитые страны Африки к югу от Сахары расположены на юге этого континента, где показатели распространенности ВИЧ самые высокие в мире. В целом, уровень образования, валовой внутренний продукт и доступ к водоснабжению и санитарии в этих странах выше по сравнению с другими регионами континента. В то же время здесь, как правило, отмечается более высокий уровень экономического

неравенства, и огромное число людей живет в бедности – и то и другое четким образом ассоциируется с передачей ВИЧ.

Это показано в таблице 4.3. В наиболее пострадавших странах (где показатель распространенности ВИЧ превышает 20%, причем все они расположены на юге Африки) доходы 10% наиболее богатого населения почти в 70 раз превышают доходы 10% самого бедного населения. Для сравнения, эта разница в странах с более низким показателем распространенности ВИЧ намного ниже и колеблется от 20 до 27 раз. В среднем одна треть населения в наиболее пострадавших странах, имеющих высокий уровень различия в доходах, живет менее чем на 1 доллар США в день – это высокий процент, учитывая относительно высокий показатель валового внутреннего продукта в этих странах (Отдел народонаселения ООН, 2005а).

СПИД, как правило, затрагивает в большей степени бедных, чем другие группы населения. В Ботсване, по оценкам, в предстоящие 10 лет из-за эпидемии на каждого работающего

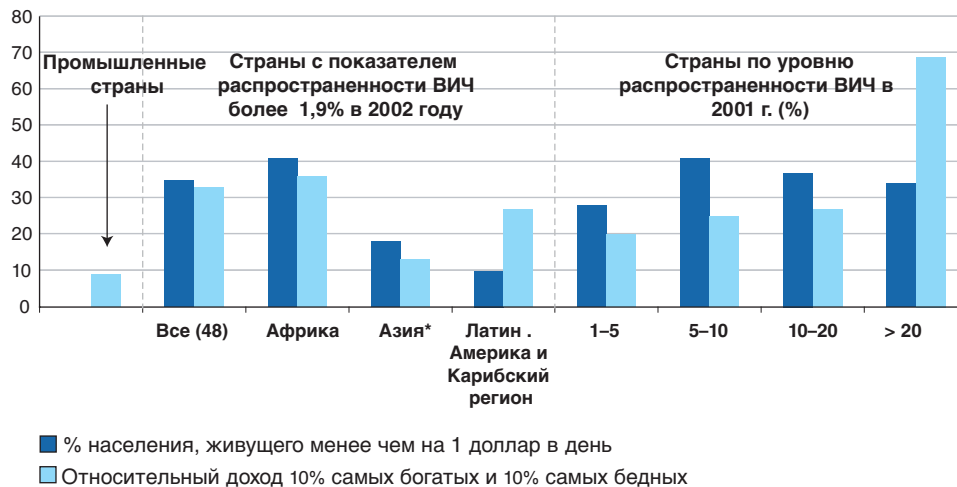
РИСУНОК 4.2 Процентное распределение смертей по возрасту на юге Африки, 1985–1990 и 2000–2005 годы



Источник: Отдел народонаселения Департамента по социальным и экономическим вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций (2005). Перспективы развития мирового населения: обзор за 2004 год. Основные факты. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций.

РИСУНОК 4.3

Богатство, бедность и ВИЧ: распределение стран по регионам и показателю распространенности ВИЧ



*кроме Японии

Источник: Отдел народонаселения ООН, 2005а. Большинство цифр за 2002 или предшествующие годы.

будет приходиться на одного иждивенца больше. Однако, если взять семьи, входящие в четверть самых бедных, то в результате воздействия СПИДа на них в среднем будет приходиться дополнительно восемь иждивенцев. Более того, прогнозируется «резкий» рост числа нищих домохозяйств – где нет людей, получающих доходы (Greeneg, 2004). Такие же данные получены для Индии, где результаты экономического обследования в связи со СПИДом показали, что домохозяйства, относящиеся к беднейшим группам с низким уровнем образования или квалификации, а также женская часть населения в домохозяйствах сталкиваются с более высокими экономическими трудностями, обусловленными СПИДом (Mahal and Rao, 2005).

Правительства все шире признают важность решения проблемы нищеты в рамках борьбы со СПИДом и решения проблемы СПИДа для снижения уровня бедности, однако они очень медленно претворяют эти действия в программы. Проведенный в 2004 году анализ документов с изложением стратегии по сокращению масштабов нищеты и национальных стратегических планов в 19 странах Африки показал, что правитель-

ства чаще всего нацеливают ответные меры на сектор здравоохранения. Лишь 16% таких документов включали четкий анализ взаимосвязи между СПИДом и бедностью, а 42% документов вообще не рассматривали эту проблему (Bonnell et al., 2004).

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ДОМОХОЗЯЙСТВА

Последствия «наличия СПИДа в семье» зафиксированы документально во многих частях мира. Они могут быть самыми различными – от увеличения медицинских расходов и расходов на похороны до отказа членов семьи от работы или посещения школы, для того чтобы ухаживать за больными. Результаты исследования, проведенного в Дели, Индия, показали, что средне-месячные расходы превышали доходы в семьях, где имеются люди, живущие с ВИЧ, что частично обусловлено увеличением в два раза расходов на покупку лекарств. Этим семьям приходилось тратить меньше денег на развлечения и образование детей, для того чтобы справиться с растущими расходами на уход, поддержку и лечение в связи с ВИЧ, и в то же время большинству из них приходилось продавать свое имущество и занимать деньги у друзей и родственников (MOT, 2003).

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ СПИДА НА ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

Принятие мер в ответ на СПИД является одним из основных приоритетов Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН). Доклады о развитии человека, подготовленные этой организацией, являются важным источником информации и анализа социально-экономического воздействия эпидемии и служат инструментом в области политики и пропаганды для осуществления стратегий, направленных на то, чтобы обратить эпидемию вспять.

В то время как для измерения воздействия СПИДа существует много методов, подход с точки зрения человеческого развития направлен в первую очередь на людей, а не на медицинские или экономические показатели. Индекс развития человеческого потенциала, используемый ПРООН, отражает три основных параметра человеческого развития: долгая и здоровая жизнь, измеряемая с помощью показателя вероятной продолжительности жизни при рождении; знания, измеряемые показателем грамотности населения и охвата школьным образованием; и уровень жизни, измеряемый в виде показателя валового национального продукта на душу населения (ПРООН, 2005).

В докладе ПРООН о развитии человека за 2005 год СПИД определяется как фактор, обуславливающий наиболее сильный обратный ход в истории человеческого развития (ПРООН, 2005). С 1990 по 2003 годы многие страны, больше других пострадавшие от СПИДа, значительно опустились вниз в глобальной классификации стран по индексу развития человеческого потенциала. Южная Африка опустилась на 35 мест, Зимбабве на 23 места, Ботсвана на 21 место, Свазиленд на 20 мест, Кения на 18 мест, Замбия на 16 мест и Лесото на 15 мест. (В этом докладе в классификацию включены 135 стран во всех регионах, ранжированных на основании данных за 1990 и 2003 годы.)

Помимо ежегодного глобального доклада, национальные и региональные доклады о человеческом развитии представили ряд стран (Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Гана, Зимбабве, Камбоджа, Намибия, Нигерия, Уганда и Южная Африка) и регионов (включая Восточную Европу, южную часть Африки и Южную Азию).

Эти доклады дают лучшее понимание воздействия эпидемии на уровне домохозяйств, общин и национальном уровне и включают действия, предлагаемые с учетом конкретных условий. Например, в докладе Зимбабве внимание обращается на увеличение числа учащихся, в частности девочек, которые не посещают школу, поскольку им надо ухаживать за членами семьи, пострадавшими от СПИДа, а также подчеркиваются приоритеты в плане усиления гендерного равенства (ПРООН, 2003b). В докладе для Восточной Европы содержится призыв изменить баланс в области социальной политики таким образом, чтобы решать проблемы употребления инъекционных наркотиков и секс-бизнеса в ракурсе прав человека и общественного здравоохранения (ПРООН, 2004).

Более подробную информацию и доклады можно найти на сайте по вопросам человеческого развития, <http://hdr.undp.org>.

Стратегии, направленные на то, чтобы справиться с проблемами, могут быть различными. Например, в Руанде домохозяйства, где умирает взрослый член семьи, чаще стремятся к тому, чтобы иметь нового члена семьи (напр., в результате брака или привлекая моло-

дых родственников), если сравнить эту страну с Кенией или Мозамбиком (Gillespie and Kadiyala, 2005). Однако вне зависимости от страны, многое зависит от возраста, пола и положения заболевшего или умершего члена семьи.

Во время исследования, проведенного недавно в Замбии, была проанализирована динамика воздействия заболевания, связанного с ВИЧ, на семьи и общины; при этом сравнивались пять категорий домохозяйств: домохозяйства, возглавляемые женщинами и имеющие сирот; домохозяйства, возглавляемые мужчинами и имеющие сирот; домохозяйства, возглавляемые женщинами и ухаживающие за людьми, имеющими заболевание, связанные с ВИЧ; домохозяйства, возглавляемые мужчинами и ухаживающие за людьми, имеющими заболевание, связанные с ВИЧ; и не пострадавшие домохозяйства. Среди прочих выводов исследование показало, что домохозяйства, возглавляемые женщинами и ухаживающие за людьми, имеющими заболевание, связанные с ВИЧ, в среднем оказывали помощь 3,6 сирот – это число сирот намного выше, чем в домохозяйствах, возглавляемых мужчинами. Кроме того, в среднем 3,4 месяца в году они относились к категории домохозяйств, «имеющих недостаток в продуктах питания» – то есть имели меньше продуктов питания, чем им требовалось. Лишь некоторые домохозяйства, ухаживающие за ВИЧ-инфицированными, могли участвовать в кооперативах – основной источник сельскохозяйственных займов, – что было обусловлено финансовыми трудностями или отсутствием времени. Домохозяйства, возглавляемые женщинами и ухаживающие за ВИЧ-инфицированными, имели меньше возможностей по сравнению с другими участвовать в работе организаций на уровне общин, и у них было меньше активов, таких как топоры, радиоприемники и велосипеды – часто, поскольку они вынуждены были их продать или их захватили другие члены общины (ФАО, 2004). Эти результаты соответствовали результатам исследований, проведенных в других странах, и свидетельствовали о том, что самое тяжелое воздействие СПИДа, как правило, ложится на вдов и членов их семей (Aliber et al., 2004).

Груз стигмы и дискриминации

Стигма и дискриминация представляют собой не только препятствия на пути оказания услуг по профилактике, уходу и лечению в связи с ВИЧ для людей, живущих с ВИЧ, но также наиболее серьезные последствия эпидемии. Стигма в связи с ВИЧ включает отрицательное отношение к инфицированным или к лицам, у которых подозревают наличие ВИЧ-инфекции, а также, по ассоциации, к лицам, пострадавшим от СПИДа, таким как сироты или дети и семьи людей, живущих с ВИЧ. Дискриминация, как это определено в Протоколе ЮНЭЙДС для идентификации дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, означает любую форму произвольного отличия, исключения или ограничения в отношении людей в связи с подтвержденным или подозреваемым положительным ВИЧ-статусом. В любом случае это ложится бременем на человеческое развитие, лишая сотни тысяч людей возможности достичь своего полного потенциала.

Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ отмечаются во всех частях мира, хотя их проявление может быть различным. Половина участников обследования, проведенного в городе на восточном побережье Китая, считали, что правильной мерой в отношении людей, живущих с ВИЧ, является наказание; более половины (56%) не желали, чтобы у них были друзья, инфицированные ВИЧ; и 73% считали, что людей, живущих с ВИЧ, следует изолировать. Чаще всего стигму допускали лица мужского пола, более старшего возраста, состоящие в браке, имеющие низкий уровень образования и нежелающие пройти тестирование на ВИЧ (Lee et al., 2005). Такое отношение может иметь серьезные последствия.

Исследование, проведенное в других районах страны, показывает, что, для того чтобы избежать стигмы и дискриминации, некоторые ВИЧ-

инфицированные отказываются получать информацию о ВИЧ и заболеваниях, передающихся половым путем, стараются не обращаться к медработникам и сторонятся людей, которые, как считается, допускают рискованное поведение, для того чтобы подстроиться под общественные нормы (Lieber et al., 2005).

Ассоциируемая с ВИЧ стигма зачастую связывается с негативным отношением к маргинализированным группам, и ее могут усиливать законодательные и правовые системы, которые направлены против основных прав человека (см. главу «»"Риск"). В последнем обзоре программ по ВИЧ Всемирного банка для Карибского региона говорится (Всемирный банк, 2005а):

Правовые рамки некоторых англоговорящих карибских стран фактически узаконивают стигму и дискриминацию в отношении некоторых групп высокого

риска, в частности МСМ [мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами] и РСБ [работников секс-бизнеса]. Во всех обследованных странах гомосексуальное поведение, равно как и проституция запрещены законом. Тем не менее имеются растущие признаки признания последствий такого законодательства. На Багамских островах недавно было отмечено уголовное наказание за гомосексуальное поведение, и в большинстве стран – но ни в коей мере не во всех странах – было отмечено более терпимое отношение к ЛВС [люди, живущие с ВИЧ].

В 2005 году Азиатско-тихоокеанская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (АПН+), представила результаты исследования, выполненного в Индии, Индонезии, Таиланде и на Филиппинах. Более половины из 762 ВИЧ-инфицированных, включенных в обследование, отметили, что им приходилось сталкиваться с некото-

«СТРАТЕГИЯ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ТО, ЧТОБЫ СПРАВИТЬСЯ» ОКАЗЫВАЕТСЯ ПОД ВОПРОСОМ

Статистика не может передать бесчисленное множество примеров домашнего героизма, проявляемого семьями, пострадавшими от СПИДа. Исследования, проведенные в таких странах, как Кения, Малави, Руанда и Замбия, свидетельствуют о том, что семейные структуры в Африке к югу от Сахары проявляют большую жизнеспособность, чем этого ожидали многие международные специалисты, работающие в области развития. Вместо того, чтобы разрушиться под ударом СПИДа, многие семьи находят способы выжить, прокормить и дать образование своим детям и обеспечить уход за больными – хотя зачастую им приходится платить большую цену, испытывать сильную нагрузку и многим жертвовать.

Однако стратегии, направленные на то, чтобы справиться с трудностями, следует анализировать критически. Согласно одному комментатору (Marais, 2005):

Чтобы описать деятельность домохозяйств, погрузившихся в нищету, как «деятельность, направленную на то, чтобы справиться», необходимо абстрагировать дискуссию от этики. Согласно любому гуманному определению этого слова, такие домохозяйства не «справляются» (с ситуацией); «успешная стратегия, направленная на то, чтобы справиться с ситуацией» становится оксимороном. Если домохозяйству удастся вновь приобрести некую ненадежную и хронически непрочную форму «жизнеспособности», это неразумно назвать успехом.

Для общества это может быть пределом возможностей, а другие угрозы – вооруженный конфликт, голод, разрушение рынка – могут легко сочетаться со СПИДом, втягивая огромное число семей еще глубже в нищету, разрушая их и лишая их членов того ухода и поддержки, в которых они отчаянно нуждаются.

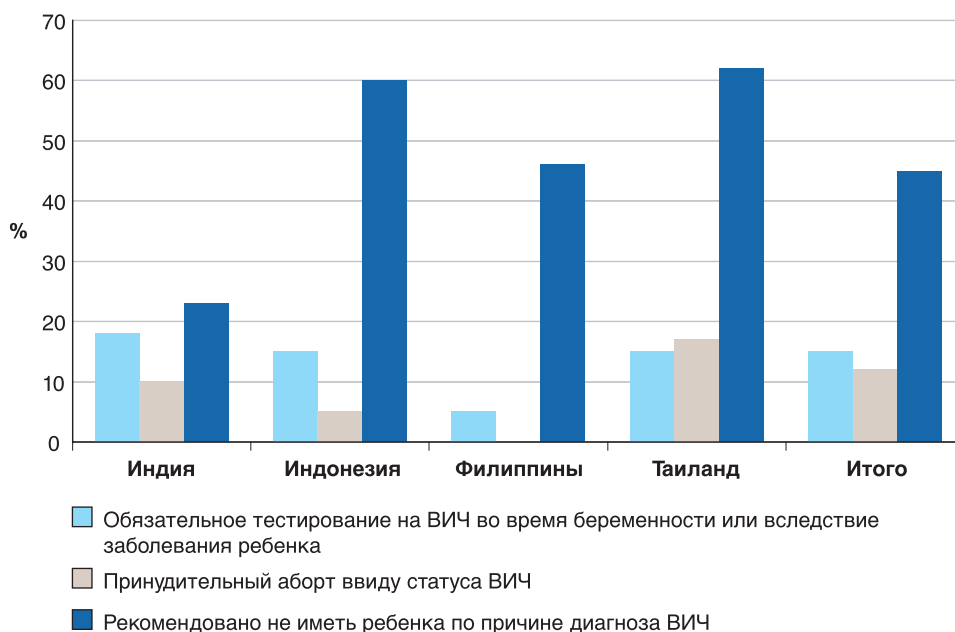
Как указано в цели 3 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, одной из основных задач в области человеческого развития является снижение и в конечном итоге устранение неравенства между мужчинами и женщинами за счет расширения возможностей для женщин.



рыми формами дискриминации со стороны системы здравоохранения, включая нарушение прав женщин на репродуктивное здоровье (см. рисунок 4.4). Лица, указавшие на проведение принудительного тестирования, намного чаще по сравнению с другими респондентами сталкивались впоследствии с дискриминацией в связи с ВИЧ,

причем многим из них было отказано в лечении после установления диагноза ВИЧ. В семье и общине женщины намного чаще сталкивались с дискриминацией по сравнению с мужчинами, включая насмешки и преследование, физическое нападение и изгнание из своего дома (Paxton et al., 2005).

РИСУНОК 4.4 Нарушение прав на репродуктивное здоровье – обследование среди женщин в 4 странах Азии



Источник: Paxton S et al. (2005). AIDS-related discrimination in Asia.

Стигма может оставаться устойчивой даже там, где обеспечен широкий доступ к лечению. В Бразилии, где обеспечен всеобщий доступ к антиретровирусному лечению, многие ВИЧ-инфицированные дети и молодые люди по-прежнему ощущают сильную стигму (Abadia-Barrero and Castro, 2005). В Ботсване, где антиретровирусное лечение, искусственное вскармливание младенцев и безопасная питьевая вода доступны

широко, стигма приводилась в качестве причины, по которой более половины беременных женщин, включенных в исследование, не применяли искусственное вскармливание – это является важным средством для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, хотя во многих случаях служит очевидным признаком того, что мать инфицирована ВИЧ (Shapiro et al., 2003).

БЕЖЕНЦЫ, ПЕРЕМЕЩЕННЫЕ ЛИЦА И ПРИНИМАЮЩИЕ ИХ СТРАНЫ

В 2005 году число беженцев и перемещенных лиц в мире составляло 19,2 миллиона человек. Многие из них живут в странах, где службы здравоохранения испытывают тяжелую нагрузку в результате ВИЧ и СПИДа. Примерно четыре миллиона живут в Африке к югу от Сахары, где засуха и конфликты по-прежнему вынуждают огромное число людей покидать свои дома.

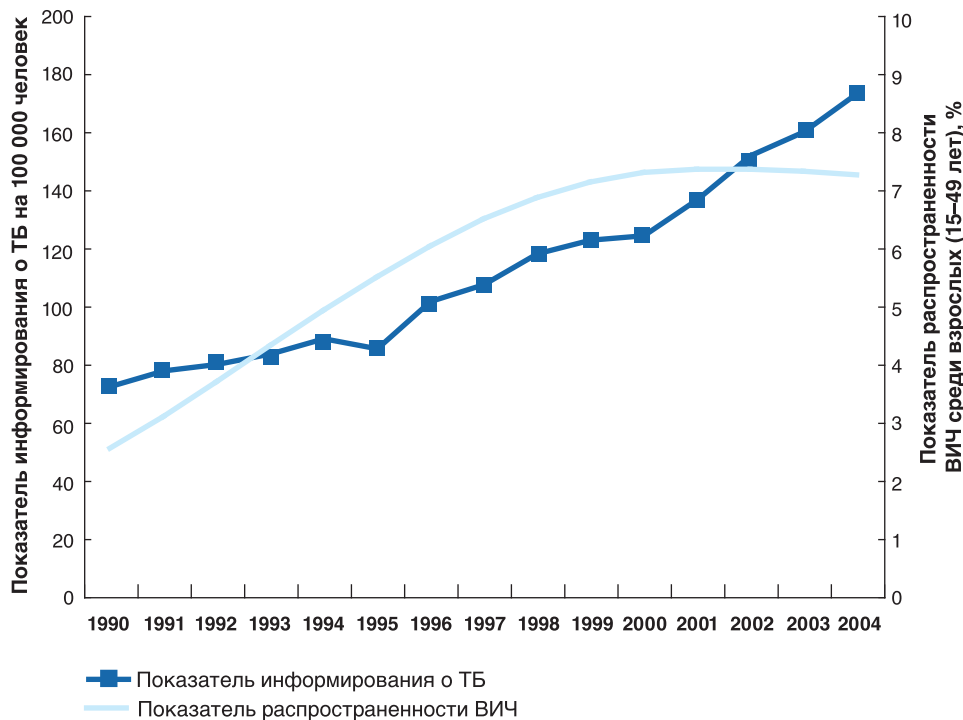
Вокруг проблемы СПИДа и перемещенных лиц возникло огромное число стигматизирующих мифов. Например, жители принимающей страны обычно полагают, что такие люди «приносят с собой СПИД». В действительности реальность намного сложнее. Многие беженцы и другие перемещенные лица покидают страны с более низким показателем распространенности ВИЧ и переезжают в более стабильные страны с высоким показателем распространенности ВИЧ. Например, дозорный эпиднадзор, проведенный среди беременных женщин в лагерях для беженцев в Кении, Руанде и Объединенной Республике Танзании, показал, что уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди беженцев был ниже (хотя все же значительным), чем среди окружающего населения (Spiegel, 2004; Griekspoor et al., 2004).

Как отмечается в недавно проведенном обзорном анализе проектов гуманитарной помощи, актуальной задачей является обеспечить связанные с ВИЧ потребности беженцев и перемещенных лиц, что пойдет на благо как вновь прибывающих, так и принимающего населения (ЮНЭЙДС/УВКБ ООН, 2005).

Многие страны уже испытывают чрезмерное воздействие СПИДа и зачастую неспособны или не желают оказывать этим группам населения необходимые для них услуги, связанные с ВИЧ. В результате многие беженцы оказываются в особой ситуации. Им не гарантирована защита в стране происхождения, им часто не оказывается помощь в стране убежища, и они остаются без связанных с ВИЧ услуг, в которых они нуждаются и на которые они имеют право согласно международным документам по правам человека. Такое непредоставление беженцам профилактики и ухода в связи с ВИЧ не только подрывает эффективные усилия по профилактике ВИЧ и уходу, но также препятствует осуществлению эффективной профилактики ВИЧ и ухода среди населения принимающей страны. Поскольку в настоящее время срок пребывания групп беженцев в принимающей стране в среднем составляет 17 лет, последствия для беженцев и для местного населения очень серьезны. Удовлетворение связанных с ВИЧ потребностей в контексте ситуации беженцев требует изменения мышления органов управления во многих странах, предоставляющих убежище. Невозможно определить фактический срок пребывания беженцев в принимающей стране. Однако критически важно, чтобы в течение этого времени как беженцы, так и население принимающей страны получали все необходимые связанные с ВИЧ услуги, включая услуги, которые требуют долгосрочного финансирования и планирования.

РИСУНОК 4.5

Показатель информирования о ТБ в 20 странах Африки* относительно показателя распространенности ВИЧ в Африке к югу от Сахары, 1990–2004 гг.



*Страны, представляющие данные каждый год: Алжир, Ангола, Ботсвана, Гана, Гвинея, Демократическая Республика Конго, Зимбабве, Камерун, Коморские Острова, Кения, Конго, Кот-д'Ивуар, Маврикий, Малави, Мозамбик, Нигерия, Объединенная Республика Танзании, Сенегал, Уганда, Южная Африка

Источник: (1) Всемирная организация здравоохранения, глобальная база данных по ТБ, 2006 (2) ЮНЭЙДС, 2006.

Воздействие на женщин

Как указано в цели 3 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, одной из основных задач в области человеческого развития является снижение и в конечном итоге устранение неравенства между мужчинами и женщинами за счет расширения возможностей для женщин. Эффективные меры в ответ на СПИД могут сыграть ключевую роль в решении этой задачи.

Женщины в Африке к югу от Сахары инфицируются чаще и в более молодом возрасте по сравнению с мужчинами. Вероятность наличия ВИЧ-инфекции у молодых женщин в возрасте 15–24 лет в два – шесть раз выше, чем среди мужчин того же

возраста. Эта разница выравнивается среди более возрастных групп, однако это подчеркивает уязвимость молодых женщин и девочек и неравенство возможностей во многих обществах.

Аналогичная картина наблюдается в ряде карибских стран. В Доминиканской Республике вероятность инфицирования ВИЧ среди молодых женщин в возрасте 20–24 лет почти в два раза выше, чем среди молодых мужчин (Measure DHS и ORC Macro International, 2002). В то же время в Латинской Америке, Восточной Европе и Центральной Азии вероятность инфицирования молодых мужчин выше – хотя эта тенденция меняется по мере того, как ВИЧ охватывает широкие слои населения.

И БЕЗ ТОГО ПЛОХОЕ ЗДОРОВЬЕ ЕЩЕ БОЛЕЕ УХУДШАЕТСЯ

СПИД оказал мощное воздействие на другие эпидемии. Например, СПИД является основной силой, обусловившей рост туберкулеза в глобальном масштабе. После снижения в течение двух десятилетий начиная с 1990 года в Африке к югу от Сахары число новых случаев туберкулеза резко выросло, чему способствовал параллельный рост ВИЧ-инфекций (см. рисунок 4.5). В Карибском регионе туберкулез сейчас является основной причиной смертности среди людей, живущих с ВИЧ (КАРЕК/ПАОЗ/ВОЗ, 2004).

Менее известным является тот факт, что ВИЧ-инфекция снижает иммунитет к малярии (Mount et al., 2004). В местах эндемического распространения малярии ВИЧ-инфекция увеличивает риск заражения малярией детей в возрасте старше 5 лет, что приводит к развитию заболеваний, связанных с малярией. В пяти странах на юге Африки, по оценкам ВОЗ, высокая распространенность ВИЧ в сельских районах увеличила заболеваемость на 28%, а число смертей в результате малярии более чем в два раза (Korenromp, 2005).

ГЕНДЕР, СМЕРТНОСТЬ И ФЕРТИЛЬНОСТЬ

Хотя в большинстве частей мира женщины живут дольше мужчин, СПИД снизил продолжительность жизни женщин ниже продолжительности жизни мужчин в четырех странах – Замбия, Зимбабве, Кения и Малави (Отдел народонаселения ООН, 2005b). Эмпирические данные подтверждают существование различий в показателе смертности между полами. Например, недавно проведенное трехлетнее исследование в Зимбабве, в котором участвовали почти 19 000 человек в возрасте от 15 до 59 лет, показало, что 61% всех смертей (т.е. по любой причине) был отмечен среди женщин и что женщины в среднем умирали в более молодом возрасте по сравнению с мужчинами (Chapoto and Jayne, 2005).

ВИЧ влияет на фертильность женщин, снижая ее на 25–40%. Причины этому могут быть различными – от наличия коинфекции параллельно с другими инфекциями, передающимися половым путем, до увеличения случаев самопроизвольного аборта (Отдел народонаселения ООН, 2005a). Показатели фертильности также могут измениться в будущем, по мере того как все большее число ВИЧ-инфицированных женщин будут иметь доступ к консультированию и тестированию на ВИЧ и, зная свой серологический статус, смогут принимать информирован-

ные решения в связи с деторождением. Однако в настоящее время большинство ВИЧ-инфицированных женщин не знают своего статуса, и даже если они его знают, многие из них не могут изменить поведение своих партнеров или предпринять самостоятельно шаги для защиты своих партнеров или для предупреждения беременности.

Гендерное неравенство, обусловленное многими культурными традициями, означает, что бремя по уходу в семье в связи со СПИДом ложится особенно тяжело на женщин, поскольку они традиционно играют роль тех, кто обеспечивает уход и следит за домохозяйством, а также по причине глубоко укоренившихся социальных отношений и неразвитости социальных услуг. Уход за членами семьи, пострадавшими от СПИДа, это проявление сострадания и в то же время нагрузка, которая ограничивает экономические возможности женщин и девочек и их возможности получить образование.

СТИГМАТИЗИРУЮЩИЕ ОТНОШЕНИЯ

Стигма сильно влияет на женщин в связи с негативными допущениями по поводу рискованного сексуального поведения – даже если женщина такого поведения не допускает, – а также поскольку она ассоциируется с ВИЧ. Исследование, проведенное недавно в четырех городах Индии, показало, что

в то время как почти 90% ВИЧ-инфицированных женщин заразились от своих мужей, они сталкивались с более высоким уровнем стигмы и дискриминации, чем мужчины, и их зачастую обвиняли в болезни мужа. Женщины, живущие в семье мужа, зачастую изгонялись из дома после смерти мужа, и многим было очень трудно найти кого-то, кто ухаживал бы за ними, когда они сами заболели (МОТ, 2003). Это явление также широко распространено в других регионах.

Воздействие на женщин из маргинализированных групп может быть особенно сильным. В российской Федерации показатель распространенности ВИЧ является относительно высоким среди женщин, употребляющих инъекционные наркотики, в то же время эти женщины имеют меньше всего шансов обратиться за медицинской помощью, что объясняется как стигмой со стороны медперсонала, так и беспорядочным образом жизни, который явился основной причиной их уязвимости. Не желая обращаться в родовые женские консультации во время беременности, эти женщины зачастую узнают о своем серологическом статусе, только когда они поступают в больницу для родов,

причем чаще всего они отказываются от новорожденного, узнав свой ВИЧ-статус, – зачастую в надежде, что у ребенка будет лучшая жизнь без них (Intigriova and Hauslohner, 2004).

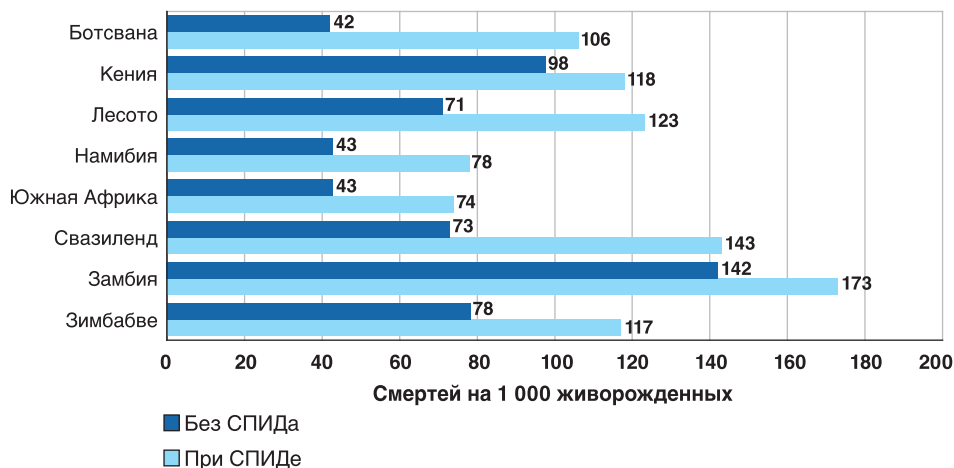
Воздействие на детей

Воздействие СПИДа на детей продолжает усиливаться в различных частях мира. В настоящее время среди детей моложе 15 лет регистрируется каждый шестой случай смерти в связи со СПИДом и каждый седьмой новый случай ВИЧ-инфекции во всем мире – подавляющее большинство этих случаев обусловлено передачей этого вируса от матери ребенку (ЮНИСЕФ, 2005). На рисунке 4.6 показано, в какой степени СПИД увеличил пропорцию смертей на 1000 живорожденных детей в восьми наиболее пострадавших странах Африки.

После заболевания и самой смерти наиболее тяжелым воздействием на детей является утрата родительской любви, поддержки и защиты. С течением времени растет вероятность инфицирования одного родителя в случае, если у другого родителя имеется ВИЧ. За эмоциональным

РИСУНОК 4.6

Оценочное воздействие СПИДа на смертность до пяти лет, 2002–2005 гг., в некоторых странах Африки к югу от Сахары



Источник: ЮНИСЕФ (2005) на основании документа Отдела народонаселения ООН, Перспективы развития мирового населения: обзор за 2004 г. база данных.

| РИСУНОК 4.7 | | Воздействие сиротства на посещение школы среди детей в возрасте 10–14 лет в Африке к югу от Сахары | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|--|
| ПРОЦЕНТ В ШКОЛЕ | ЗАПАДНАЯ (9 стран) | ЦЕНТРАЛЬНАЯ (6 стран) | ВОСТОЧНАЯ (9 стран) | ЮЖНАЯ (10 стран) | ВСЕ (34 страны) | |
| Несироты | 67 | 75 | 70 | 88 | 74 | |
| Сироты | 58 | 69 | 54 | 84 | 69 | |
| Круглые сироты | 57 | 58 | 49 | 80 | 64 | |
| СООТНОШЕНИЕ | | | | | | |
| Круглые сироты/ несироты | 0,86 | 0,94 | 0,72 | 0,90 | 0,87 | |
| Мальчики | 0,96 | 0,96 | 0,82 | 0,93 | 0,94 | |
| Девочки | 0,91 | 0,94 | 0,88 | 0,96 | 0,93 | |

Источник: Потребности в ресурсах для расширенной деятельности в ответ на СПИД в странах с низким и средним уровнем доходов, ЮНЭЙДС, август 2005

шоком вследствие потери одного родителя может неумолимо последовать смерть другого родителя. Детей зачастую разделяют с их родными братьями и сестрами, поскольку сирот из больших семей часто направляют в другие домохозяйства. Помимо психологической травмы, страдания этих детей может усугублять бедность и социальная неустроенность, а также стигма и дискриминация, что в свою очередь усиливает их уязвимость к ВИЧ. Кроме того, бесчисленное число детей, которые стараются справиться с воздействием на их семьи заболевания, обусловленного ВИЧ, берут на себя обязанность по уходу за своими братьями и сестрами и другими членами семьи, когда родители становятся очень слабыми по причине плохого здоровья.

В Африке к югу от Сахары примерно 9% детей моложе 15 лет потеряли по крайней мере одного родителя в результате СПИДа и каждое шестое домохозяйство, где есть дети, обеспечивает уход хотя бы за одним ребенком-сиротой. (Есть дети, потерявшие одного родителя – мать или отца, и дети, потерявшие обоих родителей.) На данный момент считается, что семьи в основном успешно справляются с этой проблемой – 90% детей, потерявших обоих родителей, живут в расширенных семьях (Monasch and Voegta, 2004). Однако эта статистика не учитывает огромные различия в условиях жизни этих детей и, кроме

того, не учитывает миллионы детей, за которыми ухаживают чужие люди или никто не ухаживает.

Анализ результатов обследования домохозяйств, проведенного недавно в 40 странах Африки к югу от Сахары, показал, что в среднем дети-сироты более уязвимы, чем другие дети, если брать некоторые показатели (Monasch and Voegta, 2004). Характер такой уязвимости варьируется в зависимости от стран и регионов, однако в целом сироты чаще всего живут в домохозяйствах, которые возглавляют женщины и которые имеют больше членов и больше иждивенцев при меньшем числе кормильцев (то есть менее благоприятные относительные показатели числа иждивенцев). Как показано на рисунке 4.7, это оказывает сильное влияние на образование – дети-сироты примерно на 13% реже посещают школу по сравнению с несиротами (34 страны).

Это отчасти может быть обусловлено дополнительной финансовой нагрузкой или тем, что детям в домохозяйствах, где ухаживают за сиротами, самим приходится работать. Однако исследование, проведенное в 10 странах Африки к югу от Сахары, показало, что даже в одном и том же домохозяйстве сироты меньше посещают школу, чем дети несироты; это указывает на то, что многое зависит от близости родственных связей между сиротами и главой домохозяйства (Case et al., 2004).

ПОЖИЛЫЕ ЛИЦА, УХАЖИВАЮЩИЕ ЗА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ

Бремя по уходу за ВИЧ-инфицированными взрослыми и детьми, осиротевшими в результате СПИДа, зачастую ложится на пожилых людей – многие из которых относятся к бедным и не получают социальных пособий, таких как государственные пенсии. В таиландской провинции Чиангмай результаты исследования, проведенного недавно среди детей, потерявших одного или обоих родителей в связи с ВИЧ, показали, что большая пропорция детей находится на попечении бабушек и дедушек и других членов расширенной семьи. Многие из таких семей сталкивались с сильными финансовыми трудностями, что подчеркивает потребность в предоставлении возможностей для обеспечения долгосрочного благополучия, стабильности и образования для таких детей (Safman, 2004). Точно так же в сельских районах Объединенной Республики Танзании, Уганды и Замбии бабушки и дедушки обеспечивают уход более чем для одной трети сирот (Deininger et al., 2003). Помимо ухода, на них зачастую ложится обязанность покрывать другие расходы, как, например, долги, возникающие во время лечения при ВИЧ или в связи с оплатой похорон. Это ложится на них тяжелым финансовым и физическим бременем, которое усугубляется горем утраты родных и заботами о будущем живых людей (Schatz and Ogunmefun, 2005).

В целом, дети, потерявшие отца, чаще живут с матерью, чем дети, потерявшие мать, с отцом. Посещаемость сиротой школы может зависеть от того, какой родитель умер. Результаты исследования, проведенного в Зимбабве, показали, что дети, потерявшие мать, намного реже заканчивают начальную школу. Это отчасти объясняется отсутствием поддержки со стороны отцов (многие из которых отсутствуют, поскольку им приходится работать) и нежеланием мачех ухаживать за своими приемными детьми. Процент детей, окончивших школу, был выше среди сирот, потерявших отца и обоих родителей, особенно среди девочек (Nyamukara and Gregson, 2005). Результаты аналогичного исследования с участием 20 000 кенийских детей показали, что процент детей, посещающих школу, снижался в среднем на 5% после смерти отца, в то же время этот показатель снижался более чем в 2 раза после смерти матери (Evans and Miguel, 2005).

Хотя в настоящее время число детей-сирот и уязвимых детей пропорционально меньше в других районах за пределами Африки, воздействие на отдельного человека является сильным.

Как отмечалось ранее, дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями в российской Федерации (а также в других странах Содружества Независимых Государств, таких как Украина), зачастую оставляются своими матерями. По состоянию на конец 2003 года из 13 000 детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, примерно каждый двадцатый ребенок был передан на попечение государства или попросту брошен. В отличие от таких детей в Африке, здесь эти дети редко усыновляются или помещаются в семьи. Большинство таких детей воспитывается в государственных учреждениях и детских домах, а некоторые проводят первые годы своей жизни в больницах – в результате они зачастую отстают в физическом, эмоциональном и умственном развитии (Intigrinova and Hauslohner, 2004). К счастью, доля ВИЧ-инфицированных матерей, отказывающихся от своих младенцев, снижается. Это отчасти отражает рост заболеваемости ВИЧ среди женщин в целом, которые имеют большую поддержку в жизни, чем женщины, употребляющие инъекционные наркотики. Это также обусловлено тем, что ВИЧ-инфицированные женщины в целом получают больше информации о передаче ВИЧ от матери ребенку (Воронин и др., 2005).

Органы и система управления

В странах с высокими уровнями распространенности ВИЧ эпидемия оказывает сильное воздействие на сектор государственных услуг. В то время как смерть взрослых в расцвете сил снижает производительность и уменьшает налоговую базу, СПИД налагает растущие требования на услуги государственного сектора, такие как здравоохранение и образование и государственное управление (Grant et al., 2004).

Высказывается растущая тревога по поводу долгосрочных последствий с точки зрения наличия и качества государственных услуг и управления, а также по поводу значительного уничтожения «институциональной памяти». Например, государственное министерство вполне может справиться с разовой утратой 2–3% сотрудников (то есть потерей персонала за один год, помимо обычных потерь вследствие выхода на пенсию, смерти не в результате СПИДа и т.д.), увеличив число новых сотрудников или перераспределив сотрудников внутри министерства. Однако, если за 10 лет будет утрачено 25% сотрудников, помимо нормальной текучести кадров, изменение возрастного состава и утрата профессионального опыта и знаний может серьезным образом снизить эффек-

тивность работы такого учреждения. Например, уменьшение числа кандидатов на старшие руководящие посты может привести к тому, что на эти посты будут назначены менее опытные или менее квалифицированные работники, что может подорвать качество принимаемых решений (Naacker, 2004).

СПИД может сказаться отрицательно на политическом участии и других аспектах демократического правления, хотя исследования в этой области немногочисленны (de Waal, 2005). Возможные последствия включают снижение уровня участия в добровольческих организациях и местных политических структурах (вследствие смерти, заболеваемости или смертности избираемых представителей, а также переход от обсуждения долгосрочных вопросов демократии и прав человека к обсуждению более узких и насущных вопросов предоставления услуг (Manning, 2002; Marais, 2005; Strand et al., 2004).

БЕЗОПАСНОСТЬ И ПОРЯДОК

Основанные на правах безопасность и порядок являются важными составляющими процесса создания условий, необходимых для успешного человеческого развития, причем в некоторых странах воздействие эпидемии на силы полиции и военнослужащих вызывает серьезную озабоченность. В Мозамбике



Эпидемия ложится беспрецедентным бременем на слабые ресурсы, имеющиеся в системе здравоохранения.

В настоящее время лишь 64% детей в Африке и 83% детей в Южной и Западной Азии охвачены начальным образованием.



ощущается проблема в связи с наймом и обучением достаточного числа служащих полиции для замены умерших от связанных со СПИДом заболеваний, в то время как в Эфиопии исследование, проведенное в 2004 году среди жен служащих полиции, показало, что около трети из них были инфицированы ВИЧ (Garrett, 2005).

Проведенное недавно глобальное обзорное исследование по проблеме СПИДа и национальной безопасности показало, что высокопоставленные должностные лица во всем мире озабочены уровнями распространенности заболевания среди силовых структур и новобранцев. Среди стран Африки сильный удар был нанесен по вооруженным силам Зимбабве в 2004 году, когда одна треть армейских офицеров, направленных в Китай на обучение, были высланы из страны, поскольку у них был обнаружен ВИЧ (Garrett, 2005). В странах Содружества Независимых Государств, особенно в Российской Федерации и Украине, вооруженные силы столкнулись с определенной проблемой при привлечении в армию здоровых новобранцев для пополнения ее рядов. Эта ситуация может стать еще хуже – снижение рождаемости в конце 1980-х и начале 1990-х годов, а также высокий процент непригодности новобранцев к военной службе

делают для Российской Федерации задачу по поддержанию миллионной армии трудновыполнимой (Фролов, 2004).

Услуги здравоохранения

Сильная система здравоохранения является жизненно важным компонентом при осуществлении мер в ответ на СПИД в любой стране, а также важнейшей ступенькой в процессе развития. Тем не менее в наиболее пострадавших странах эпидемия подрывает услуги здравоохранения самыми различными путями, включая смерть и без того дефицитных медработников, а также необходимость увеличения числаоек для новых пациентов в больницах и клиниках, где не хватает персонала и финансовых ресурсов.

Например, за период с 1999 по 2005 годы Ботсвана потеряла примерно 17% своих медработников вследствие СПИДа. В Замбии, по оценкам, 40% акушеров в Лусаке являются ВИЧ-инфицированными (MOT, 2004), в то время как в 2002 году, по оценкам, 16% медработников государственного и частного сектора в четырех провинции Южной Африки, включенных в аналитическую выборку, были инфицированы ВИЧ. Оценочный показатель распространенности оказался выше 20% среди молодых медработников (18–35 лет) (Shisana et al., 2004).

Эпидемия ложится беспрецедентным бременем на слабые ресурсы, имеющиеся в системе здравоохранения. Более половины всех больничных коек в Африке к югу от Сахары занимают люди, чьи болезни связаны с ВИЧ. Чрезмерная рабочая нагрузка, дополняемая во многих случаях боязнью заражения инфекцией вследствие отсутствия стандартной практики контроля за инфекцией во многих медицинских учреждениях, заставляет многих медработников уходить из этой профессии.

Расширение доступа к антиретровирусному лечению позволит вернуть годы жизни хорошего качества миллионам людей, живущих с ВИЧ, которые, в противном случае, умерли бы; в то же время это налагает дополнительное бремя на услуги системы здравоохранения, которые и без того испытывают сильную нагрузку. Например, в Объединенной Республике Танзании численность работников сектора здравоохранения значительно уменьшилась в результате политики реструктуризации, проводимой с 1990-х годов, и, кроме того, этот сектор также сильно пострадал в результате СПИДа. В то же время потребность в расширении этого сектора остается насущной. Сотрудники миссии ВОЗ в стране подчитали, что для проведения антиретровирусного лечения для всех нуждающихся потребуется занять по полной программе половину имеющихся медработников (МОТ/ГТЗ, 2004).

Последствия для наиболее пострадавших стран очевидны, в то же время эта угроза также касается стран, имеющих намного более низкий показатель распространенности. Оценка, проведенная недавно во Вьетнаме, указывает на то, что к 2007 году для борьбы с ВИЧ и СПИДом может потребоваться почти 5% всех затрат в государственном секторе здравоохранения, если мы хотим, чтобы эти затраты отвечали уровню потребностей, необходимому для осуществления комплексных

мер в ответ на эпидемию. Хотя часть этих расходов может компенсировать донорская помощь, «финансирование необходимых услуг по профилактике, уходу и лечению послужит тестом на проверку приверженности, потенциала и воли вьетнамской экономики» (ПРООН, 2003а).

В Индии эпидемия может иметь серьезные последствия с точки зрения обеспечения доступа беднейшим гражданам к медицинскому обслуживанию. В настоящее время медицинское страхование, государственное и частное, охватывает лишь 15% населения, а государственные медицинские учреждения, доступные для бедных, плохо финансируются и не имеют достаточного числа работников. По мере роста возможностей для антиретровирусного лечения в Индии дополнительная рабочая нагрузка и рост затрат лягут наиболее сильным бременем на государственные учреждения, по мере того, как все большее число бедных людей, живущих с ВИЧ, начинает обращаться по поводу лечения (Mahal and Rao, 2005).

Воздействие на образование

Образование является одной из опор развития, а обеспечение всеобщего доступа к начальному образованию к 2015 году является одной из целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия и в инициативе «Образование для всех» (ЮНЕСКО, 2000). В последнем докладе ЮНЕСКО о ходе реализации целей в рамках инициативы «Образование для всех», установленных в ходе Всемирного форума по вопросам образования в 2000 году в Дакаре, указывается, что, несмотря на устойчивое улучшение ситуации, для достижения цели, намеченной на 2015 год, нынешний охват школьным образованием необходимо увеличить в четыре раза в Африке к югу от Сахары и в два раза в Южной Азии. В настоящее время лишь 64% детей в Африке и 83% детей в Южной и Западной Азии

ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ОБУЧЕНИЯ

Одной из основных задач инициативы «Образование для всех» является обеспечение высокого качества детского образования. Здесь также ВИЧ оказывает серьезное воздействие, поскольку заболевание постепенно снижает профессиональные способности учителя, способности детей к обучению и возможности руководителей для эффективного управления школьной системой. В школьной системе Замбии более 60% пропусков рабочих часов учителями обусловлено болезнью учителей или тем, что им приходится ухаживать за членами семьи (включая посещение семейных похорон). Поразительно, что обследование, проведенное среди учителей математики и английского языка пятых классов, показало, что увеличение пропусков учителями рабочих часов на 5% снижает успехи учащихся в обучении в среднем на 4–8% в год. Это обусловлено не только тем, что учителя не выходят на работу, но также косвенным образом тем, что они меньше готовятся к урокам, и снижением качества преподавания (Das et al., 2005).

охвачены начальным образованием (ЮНЕСКО, 2006).

Более половины стран, которые, по прогнозам, вряд ли обеспечат достижение цели, намеченной на 2015 год, относятся к наиболее пострадавшим странам. По данным ЮНЕСКО, безусловно, что наряду с вооруженным конфликтом и высоким показателем фертильности «ВИЧ/СПИД представляет собой основной глобальный фактор, сдерживающий предоставление качественного образования» (ЮНЕСКО, 2005).

Несмотря на значительное отличие показателей распространенности

и смертности, в некоторых странах воздействие СПИДа на преподавателей имеет критическое значение. Объединенной Республике Танзании требуется около 45 000 дополнительных учителей, для того чтобы заменить тех, которые умерли или покинули эту систему по причине СПИДа. Согласно данным Союза учителей Танзании, большую долю этих учителей составляли опытные работники в возрасте 41–50 лет (МОТ/ГТЗ, 2004).

Система образования Южной Африки борется с различными проблемами. Хотя число детей школьного возраста (6–18 лет) увеличилось, посещаемость уменьшилась. Это объясняется рядом

Существуют значительные данные, подтверждающие взаимосвязь между СПИДом, сиротством и ростом детского труда—в основном в неформальном секторе.





Учитывая размеры и сложность неформального сектора в таком большом числе стран, СПИД может иметь далеко идущие последствия для этих работников.

факторов, включая рост доли уязвимых детей (особенно сирот и девочек), доступ которых в школу ограничен. В то же время общее число учителей в государственных школах снижается; с 1998 по 2003 год фактическое уменьшение их числа превысило 5%. Помимо выхода на пенсию, увольнения и иммиграции учителей, одним из основных факторов такого уменьшения численности учителей была смерть в период работы учителем. В основном это было обусловлено СПИДом. Показатель распространенности ВИЧ среди учителей Южной Африки составляет 21% в возрастной группе 25–34 лет и 13% в возрасте 35–44 лет. В то же время уменьшается число выпускников педагогических учебных учреждений (Peltzer et al., 2005).

Сфера труда

Поскольку ВИЧ поражает взрослых чаще всего в расцвете трудовой активности, он представляет угрозу экономическому росту и развитию миллионов людей, занятых в неформальном секторе (или в «неформальной экономике»). Это воздействие носит широкий и сложный характер: уровень потребления снижается, доходы уменьшаются, налоговые поступления и инвестиции утрачиваются, а важнейшие услуги не предоставляются. Взрослые, живущие с ВИЧ, которые, в противном

случае получали бы доходы, поддерживали свои семьи и вносили вклад в местную и национальную экономику, теряют зарплату, работу и сбережения и в конечном итоге свою жизнь.

ОЗАБОЧЕННОСТЬ ДЕЛОВЫХ КРУГОВ

В последние годы деловые круги, профсоюзные и государственные органы получают все больше исследовательских данных о воздействии СПИДа на сферу труда. Эти данные наглядно демонстрируют необходимость осуществления профилактики, ухода и лечения через сферу труда.

Воздействие в наиболее пострадавших странах на юге Африки уже является серьезным, однако, согласно прогнозам, оно станет еще более сильным в ближайшие десятилетия. Недавно Коалиция деловых кругов Южной Африки по ВИЧ и СПИДу обследовала 1006 компаний в производственном секторе, розничной и оптовой торговле, торговле с автомобилями и в строительном секторе и обнаружила, что 9% в значительной мере пострадали в результате СПИДа. Примерно треть из них указали на высокую текучесть кадров, а одна четверть на необходимость найма дополнительных работников и проведение обучения вследствие воздействия эпидемии. Региональное воздействие близко соответствует уровням распространен-

Самое сильное воздействие, как правило, ощущают на себе самые бедные члены населения.



ности ВИЧ: чуть менее 40% компаний, действующих в сильно пострадавших провинциях КваЗулу-Натал и Гаутенг, указали на снижение своих прибылей. В то время как большинство крупных среди обследованных компаний осуществляли политику по СПИДу и начали осуществлять различные меры вмешательства для профилактики и ухода, лишь 13% компаний, имеющих менее 100 работников, осуществляли собственную политику на рабочем месте (САБКОХА, 2004).

Сбалансированный и устойчивый экономический рост в течение длительного периода времени будет зависеть от многих факторов. Например, развивающимся странам потребуются дополнительные иностранные инвестиции для усиления своей экономики. В то же время степень воздействия эпидемии СПИДа является одним из факторов, которые учитывают инвесторы, определяя, следует ли им вкладывать средства в конкретную страну, а это работает против наиболее пострадавших стран.

НЕФОРМАЛЬНЫЙ СЕКТОР

Большинство развивающихся стран имеют процветающий неформальный сектор. На этот сектор приходится от 25% до 40% внутреннего валового

продукта в развивающихся странах Азии и Африки, а также может приходиться до 80% несельскохозяйственных работников во многих странах (Всемирный банк, 2005b). Например, неформальная занятость, по оценкам, составляет 40% от общей занятости в Египте, 69% в Сальвадоре, 14% в России и 23% в Южной Африке (Avirgan et al., 2005). В Индии около 60% неформальных работников составляют женщины (Teasay, 2003).

Учитывая размеры и сложность неформального сектора в таком большом числе стран, СПИД может иметь далеко идущие последствия для этих работников, в то же время это воздействие трудно отследить, предупредить или смягчить. Исследование, проведенное Международной организацией труда (МОТ) в Гане, Южной Африке, Объединенной Республике Танзании и Уганде в 2003 году, позволило получить большой объем информации об уязвимости к ВИЧ-инфекции работников неформального сектора. Например, приготовление и продажа пива представляет собой вид деятельности неформального сектора, которым чаще всего занимаются женщины, причем эта сфера часто привлекает женщин из домохозяйств, пострадавших от ВИЧ и СПИДа. Исследование, прове-

денное в Объединенной Республике Танзании, продемонстрировало ряд факторов уязвимости, связанных с такой деятельностью, начиная с того, что большинство продавцов пива были женщины, а их основными покупателями – мужчины. При продаже пива женщинам грозил повышенный риск – им предлагали или их принуждали к сексу с заказчиками (Maskau, 2003). Это исследование высветило потребность в осуществлении инициатив по профилактике ВИЧ среди работников неформального сектора в четырех странах.

СПИД также воздействует на инициативы по борьбе с нищетой в рамках неформального сектора. Заболеваемость в связи с ВИЧ может разными путями мешать осуществлению программ микрокредитования, часто нацеленных на работников, занятых в неформальном секторе: от уменьшения потоков денежной наличности и повышения операционных расходов, поскольку клиенты все больше и больше пропускают платежи, до заболеваемости среди самих сотрудников учреждений микрофи-

нансирования (Mugany, 2005). Таким образом, смягчение последствий для неформального сектора является важной частью любых национальных мер в ответ на СПИД (см. главу «Смягчение последствий»).

Существуют значительные данные, подтверждающие взаимосвязь между СПИДом, сиротством и ростом детского труда – в основном в неформальном секторе. Такие данные в основном поступают из Африки к югу от Сахары (МОТ/ИПЕК 2003), однако такая взаимосвязь была обнаружена и в других частях мира. Исследования, проведенные среди семей, пострадавших от СПИДа, в Индии, показали, что многих детей не только забирают из школы, для того чтобы они помогали справляться с проблемой снижения доходов и увеличения расходов на лекарства, но и 17% из них вынуждены выполнять оплачиваемую работу для улучшения материального положения своей семьи (МОТ, 2003).

СЕЛЬСКОЕ ХОЗЯЙСТВО И РАЗВИТИЕ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ

Сельское хозяйство имеет важнейшее

ПОДСЧИТЫВАЯ ЗАТРАТЫ И ПРЕДПРИНИМАЯ ДЕЙСТВИЯ

Компания «Сингарени кольериз» является крупнейшим работодателем в штате Андхра-Прадеш, одном из штатов Индии с наиболее высокими показателями распространенности ВИЧ. Это угольное предприятие, которое добывает около 10% угля в стране и насчитывает свыше 93 000 работников, предприняло попытку определить нынешнее и потенциальное воздействие эпидемии на своих работников и производство. Определив, что процент ВИЧ-инфицированных работников составляет около 2% (чуть выше, чем среди местного населения в целом), это исследование позволило рассчитать различные расходы на ближайшие годы, такие как потери в результате снижения объемов производства, медицинские расходы, расходы на страхование и расходы на замену персонала в случае заболевания или смерти. Среди других результатов можно отметить, что, если работники не получали лечение, расходы на компенсацию по мере прогрессирования их заболевания за десять лет должны составлять 21 миллион долларов США. В отличие от этого, на предоставление антиретровирусного лечения за тот же период – и тем самым продление трудовой жизни работников и обеспечение средств к существованию для их семей – потребовалось бы лишь 1,24 миллиона долларов США. Учитывая эти и другие результаты, компания осуществила ряд мер для профилактики ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем, и в настоящее время вместе с правительством, профсоюзами и местными неправительственными организациями анализирует возможности для обеспечения ухода и лечения для ВИЧ-инфицированных работников (МОТ, 2005).

значение для большинства развивающихся стран для пропитания их граждан, а также обеспечивает большую часть экспортных доходов. Оно часто является самым крупным источником занятости.

Согласно оценкам ФАО, к 2000 году доля сельскохозяйственной рабочей силы в 12 странах Африки с высоким показателем распространенности ВИЧ была на 3% – 10% ниже, чем этого можно было ожидать в отсутствие СПИДа (в Уганде, которая пострадала от эпидемии на раннем этапе, эта цифра составляла 13%). Как показано на рисунке 4.8, к 2020 году потери в этих странах могут превысить 10% и составить более 20% в Ботсване, Зимбабве, Мозамбике и Намибии.

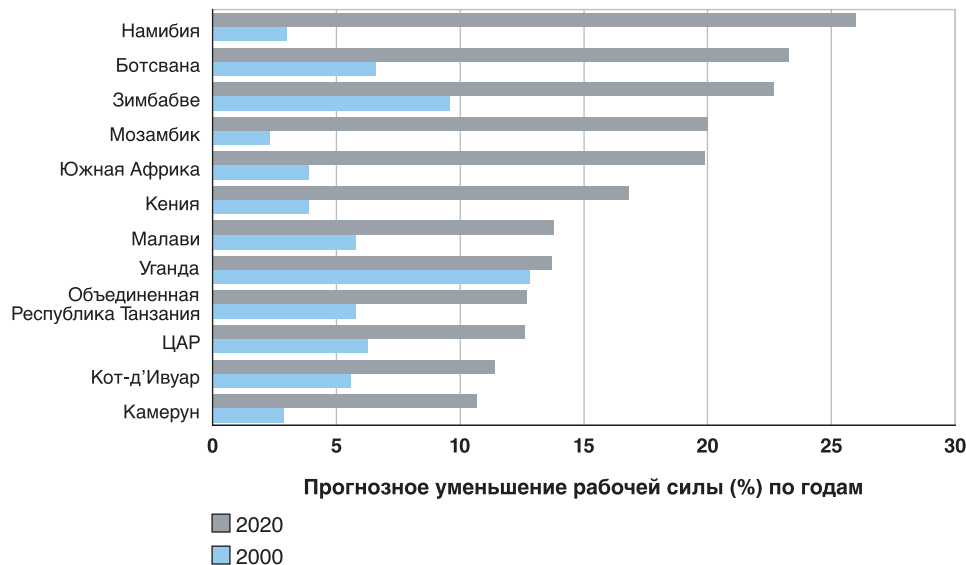
Сельскохозяйственные работники ощущают на себе это воздействие в течение многих лет по мере развития вируса, которое снижает их участие в трудовой деятельности (не только по причине болезни, но также поскольку им приходится ухаживать за другими

и соблюдать траур по умершим), производительность и возможности получения доходов. Это иллюстрируют результаты исследования, проведенного недавно среди рабочих чайной промышленности Кении. Сравнивая сборщиков чая, которые в конечном итоге прекращают работать по связанным с ВИЧ причинам, с другими работниками, исследователи получили количественные данные относительно дней пропусков по болезни, случайных пропусков и числа дней, потраченных на выполнение менее напряженных заданий. Влияние на уровень заработка работников было заметным, поскольку ВИЧ-инфицированные сборщики чая получали на 16% меньше за свой предпоследний год работы и на 18% за последний год. Это воздействие, возможно, фактически было еще сильнее, поскольку было установлено, что пострадавшие работники часто приводили неучтенных «помощников» для выполнения их работы (Fox et al., 2004).

Как это обычно имеет место, самое сильное воздействие, как правило, ощущают на себе самые бедные члены

РИСУНОК 4.8

Прогнозное сокращение с/х рабочей силы в Африке вследствие ВИЧ/СПИДа к 2020 году



Источник: МОТ (2004) ВИЧ/СПИД и мир труда: глобальные оценки, воздействие и ответные меры

ВИЧ, СПИД И ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА

На первый взгляд цель 7 в области развития, сформулированная в Декларации тысячелетия – обеспечение устойчивой окружающей среды – имеет мало общего с ВИЧ и СПИДом. Однако даже здесь эпидемия оказывает определенное воздействие. Например, исследование, проведенное среди четырех рыбацких общин в Уганде, показало, что не только семьи рыбаков сильно страдали от заболеваний, но и истощались запасы рыбы, по мере того как вместо заболевших рыбаков этим делом стали заниматься необученные молодые люди, которые не знали или игнорировали традиции, направленные на защиту этого источника жизненноважных доходов для будущих поколений (Tanzam and Bishop-Sambrook, 2003).

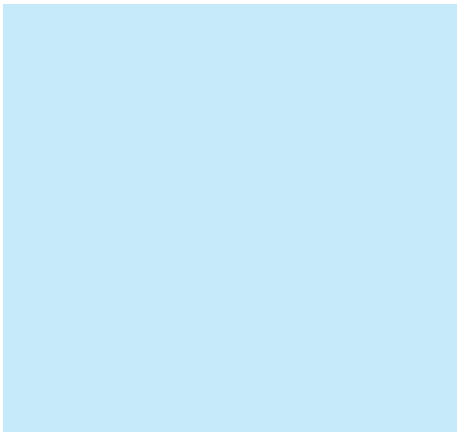
Проводящиеся сейчас исследования (ФАО, 2004) показывают то воздействие, которое ВИЧ и СПИД оказывают на лесные массивы миомбо, обширный экорегион, простирающийся на несколько стран Африки с очень высоким уровнем распространенности ВИЧ, включая Анголу, Замбию, Зимбабве, Малави, Мозамбик и Объединенную Республику Танзанию. Это исследование, проведенное в шести общинах в Малави и Мозамбике, показало, что лес являлся важным источником лекарственных растений, используемых населением для устранения обусловленных ВИЧ симптомов (чаще всего диареи, язв во рту и горле, сыпи и лихорадки), а также источником продуктов питания и топлива для семей, пострадавших от ВИЧ и СПИДа. Семьи, которые перенесли утрату одного из своих членов (и тем самым не могли позволить себе такие источники топлива как пропан), в пять раз чаще по сравнению с не пострадавшими семьями вынуждены были собирать дрова, уничтожая растительность вблизи своих поселений. Были отмечены и другие факторы угрозы. Например, применение разрушительной практики сбора растительности и заготовка растений для продажи людьми, жившими вне общины, наносили ущерб лекарственным видам растений. Полученные результаты указывают на необходимость проведения срочной оценки воздействия на лесные массивы и принятия мер для минимизации их уничтожения (Barany et al., 2005; Siteo et al., 2004).

населения. Исследование в Кении показало, что относительно бедные домохозяйства в сельских районах не могут быстро восстановиться после смерти главы семьи; за три года проведения исследования уровни производства культур и уровень других, несельскохозяйственных доходов не вернулся к уровню, отмечавшемуся до смерти главы семьи. Как и в других странах, ценность культур, выращиваемых семьей, в значительной мере зависела от пола умершего, поскольку после смерти взрослого мужчины снижался уровень производства «товарных культур» (обычно кофе, чай и сахара), а смерть взрослых женщин чаще всего приводила к снижению производства зерна и других необходимых для пропитания культур (Yamano and Jayne, 2004).

РАЗВИТИЕ ЭКОНОМИКИ

В то время как воздействие ВИЧ и СПИДа на отдельных людей, семьи и общины может быть огромным, исследование с целью анализа состояния национальной экономики показали относительно скромные результаты при использовании таких критериев, как годовой валовой внутренний продукт. Исследования с целью анализа положения в Африке к югу от Сахары показывают, что чистое воздействие на валовой внутренний продукт составляет около 1% в год (Bell et al., 2003), причем эти цифры значительно ниже для стран с более низким показателем распространенности ВИЧ. Последние работы проводились с целью понимания долгосрочного воздействия и анализа факторов, которые обуславливают это воздействие.

Риск и недостаток внимания: 05 четыре ключевые группы



Глава 05



РИСК И НЕДОСТАТОК ВНИМАНИЯ: ЧЕТЫРЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ

В этой главе основное внимание уделяется четырем группам населения: работникам секс-бизнеса; мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами; потребителям инъекционных наркотиков; и заключенным. В большинстве стран показатель распространенности ВИЧ среди этих групп населения, как правило, выше, чем среди населения в целом, поскольку (i) они допускают поведение, которое ставит их в положение более высокого риска инфицирования, и (ii) они относятся к группам населения, которые более всего подвергаются маргинализации и дискриминации в обществе. В то же время ресурсы, выделяемые для профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ для этих групп населения, непропорциональны распространенности ВИЧ – это представляет собой серьезное упущение в плане управления ресурсами и неспособность обеспечить уважение к основным правам человека.

Как показала практика, в странах с эпидемиями низкого уровня и концентрированными эпидемиями реализация хорошо продуманных и адекватно финансируемых программ профилактики ВИЧ среди этих групп населения сыграла решающую роль для замедления или остановки развития эпидемии. Например, в конце 1980-х годов в Таиланде были сделаны решительные шаги для реализации программы «100%-ного использования презервативов» в публичных домах, которые включали предоставление целенаправленных услуг по профилактике ВИЧ для работников секс-бизнеса и их клиентов. Если бы этого не было сделано, сегодня показатель распространенности

ВИЧ среди взрослого населения, по оценкам, составил бы 15%, что было бы в 10 раз выше по сравнению с нынешним уровнем около 1,5% (МПС, 2005). Страны с генерализованными эпидемиями, которые будут уделять особое внимание программам по ВИЧ для этих групп населения, руководствуясь данными эпиднадзора, обеспечат наиболее эффективное использование ресурсов.

Работники секс-бизнеса, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков и заключенные, как правило, слабо представлены и не имеют голоса в процессах принятия решений,

РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ И УЯЗВИМОСТЬ К НЕМУ

Риск заражения ВИЧ можно определить как вероятность инфицирования человека ВИЧ либо в результате его собственных действий, осознанных или неосознанных, либо в результате действий другого человека. Например, употребление инъекционных наркотиков с использованием зараженных игл или незащищенные половые контакты с несколькими партнерами повышают риск инфицирования ВИЧ. Уязвимость к ВИЧ отражает неспособность человека или общины контролировать риск заражения ВИЧ. Нищета, гендерное неравенство и перемещение людей в результате конфликта или стихийных бедствий – все это примеры социально-экономических факторов, которые могут усиливать уязвимость людей к ВИЧ-инфекции. При планировании комплексных мер в ответ на эпидемию необходимо учитывать как риск, так и уязвимость (ЮНЭЙДС, 1998).

влияющих на их жизнь, в том числе решений, касающихся ВИЧ. В то же время там, где эти группы участвовали в мерах в ответ на эпидемию, они оказались среди наиболее эффективных участников этих мер. Участие гражданского общества в мерах в ответ на СПИД начиналось с участия мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, через их объединения в промышленно развитых странах; затем были вовлечены организованные группы работников секс-бизнеса и потребителей инъекционных наркотиков в различных частях мира (см. главу «Гражданское общество»).

Существуют многие другие группы населения, уязвимые к ВИЧ (напр., женщины и девочки, молодежь, люди, живущие в нищете, работники-

мигранты, люди в конфликтных и постконфликтных ситуациях, беженцы и перемещенные лица), чьи потребности в профилактике ВИЧ также следует рассмотреть.

Работники секс-бизнеса

В то время как точно подсчитать число людей, продающих сексуальные услуги, невозможно, по оценкам, число работников секс-бизнеса во всем мире может составлять несколько десятков миллионов, а число их клиентов несколько сотен миллионов. Работники секс-бизнеса могут иметь самый различный возраст, однако большинство из них молодые, основную часть составляют женщины, а их клиентами в основном являются мужчины (это касается и мужчин и женщин, занятых



Нищета, гендерное неравенство и перемещение людей в результате конфликта или стихийных бедствий – все это примеры социально-экономических факторов, которые могут усиливать уязвимость людей к ВИЧ-инфекции.

Хотя во многих странах секс-бизнес может быть запрещен законом, что влечет за собой уголовное наказание за продажу или покупку сексуальных услуг, работники секс-бизнеса имеют те же права человека, что и другие люди.



в секс-бизнесе). Во многих странах большой процент работников секс-бизнеса составляют мигранты.

Хотя в некоторых странах секс-бизнес может быть запрещен законом, что влечет за собой уголовное наказание за продажу или покупку сексуальных услуг, работники секс-бизнеса имеют те же права человека, что и другие люди, в частности права на образование, получение информации, наивысший достижимый уровень здоровья и свободу от дискриминации и насилия, включая сексуальное насилие. Правительства обязаны защищать эти права и – в контексте эпидемии ВИЧ – охватывать работников секс-бизнеса и их клиентов всеми услугами, включая предоставление информации о ВИЧ и соответствующих товаров. Кроме того, необходимо находить пути для того, чтобы предоставлять работникам секс-бизнеса эти услуги и чтобы они могли активно участвовать в разработке и предоставлении медицинских услуг, в которых они нуждаются.

ВЫСОКИЕ УРОВНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В Азии высокий процент новых ВИЧ-инфекций передается через платные сексуальные услуги, причем во многих странах среди работников секс-бизнеса отмечены относительно высокие

показатели распространенности ВИЧ. Во Вьетнаме показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса быстро нарастал в течение 1990-х годов – с 0,06% в 1994 году до 6% в 2002 году. В Индонезии показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса составляет 3,1% в национальном масштабе, однако он значительно колеблется в зависимости от региона. В 2003 году в Джакарте этот показатель достиг 6,4% (МПС, 2005). В Китае, по оценкам, работники секс-бизнеса и их клиенты составляют чуть менее 20% от общего числа людей, живущих с ВИЧ (Министерство здравоохранения Китайской Народной Республики/ЮНЭЙДС, 2005а).

Высокие показатели распространенности ВИЧ также установлены в Карибском регионе и Латинской Америке (Панкарибское партнерство по ВИЧ/СПИДу, 2002). В Суринаме исследование, проведенное в 2005 году, показало, что показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса составлял 21%, в то время как в Гайане в 2004 году были зафиксированы уровни, достигавшие почти 27%. Показатель распространенности ВИЧ, зафиксированный в 2002 году на Ямайке среди женщин-работниц секс-

бизнеса, составлял 20% (Министерство здравоохранения Ямайки, 2002), в то время как в Сальвадоре в том же году этот показатель составлял 16% среди работников секс-бизнеса, работающих на улицах в Сан-Сальвадоре и Пуэрто-де-Акахутла (Министерство общественного здравоохранения и социальной помощи Сальвадора, 2003).

В то время как информация относительно секс-бизнеса в странах Ближнего Востока и Северной Африки сильно ограничена, такие данные были получены в Таманрассете, где показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса вырос с 1,7% в 2000 году до 9% в 2004 году (Всемирный банк, 2005). Больше сведений имеется о странах Восточной Европы и Центральной Азии. Например, исследование, проведенное в Санкт-Петербурге, Российская Федерация, показало, что 33% работников секс-бизнеса моложе 19 лет были инфицированы ВИЧ (Сеть снижения вреда для Центральной и Восточной Европы/ИОО, 2005).

Различные исследования, проведенные за последние восемь лет в различных городских районах Африки к югу от Сахары, показали, что уровни

распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса достигали 73% в Эфиопии, 68% в Замбии, 50% в Гане и Южной Африке, 40% в Бенине, 31% в Кот-д'Ивуаре, 27% в Джибути и Кении и 23% в Мали (ЮНЭЙДС, 2003). Эти данные подчеркивают потребность в расширении мер профилактики ВИЧ среди работников секс-бизнеса, даже в странах с генерализованными эпидемиями.

СЕКС-БИЗНЕС И УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

Во многих частях мира секс-бизнес и употребление инъекционных наркотиков тесно взаимосвязаны: потребители наркотиков прибегают к секс-бизнесу, чтобы найти деньги на наркотики, в то время как работники секс-бизнеса употребляют инъекционные наркотики, чтобы забыть о трудностях своей работы. Работникам секс-бизнеса, употребляющим инъекционные наркотики, грозит дополнительный риск, не в последнюю очередь по той причине, что сочетание их работы с употреблением наркотиков лишает их защиты закона и тем самым делает открытыми для эксплуатации

МУЖЧИНЫ И ТРАНССЕСУАЛЫ, ЗАНЯТЫЕ В СЕКС-БИЗНЕСЕ

Мужчины и транссексуалы, занятые в секс-бизнесе, хотя их число не столь значительно, как число женщин-работниц секс-бизнеса, также продают сексуальные услуги, преимущественно мужчинам. Показатель распространенности ВИЧ среди этих групп населения зачастую является высоким. Результаты исследования, проведенного недавно в Испании, показали, что уровни распространенности ВИЧ среди мужчин-работников секс-бизнеса, посетивших клиники для тестирования на ВИЧ в 19 городах Испании, превышают 12% (Belza, 2005). Исследование, проведенное в Индонезии, показало, что уровни распространенности ВИЧ среди транссексуалов, занятых в секс-бизнесе, составляли 22%, а среди мужчин-работников секс-бизнеса 3,6%. Примерно 60% транссексуалов, занятых в секс-бизнесе, и 65% мужчин-работников секс-бизнеса указали, что у них недавно был незащищенный анальный секс с клиентами. Почти 55% мужчин-работников секс-бизнеса указали, что в течение прошедшего года у них были половые контакты с женщинами (Pisani et al., 2004). Исследование, проведенное недавно муниципальными органами здравоохранения, показало, что 5% мужчин-работников секс-бизнеса в южнокитайском городе Шэньчжэнь были инфицированы ВИЧ (South China Morning Post, 2001175).

и насилия, включая сексуальное насилие, наносит им вред и не дает им возможности договариваться об использовании презерватива.

Высокие показатели распространенности ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем, были обнаружены среди работников секс-бизнеса в странах с большим числом потребителей инъекционных наркотиков. Во Вьетнаме, Индонезии, Казахстане, Китае, Украине и Узбекистане тот факт, что одни и те же люди часто употребляют инъекционные наркотики и занимаются секс-бизнесом, обуславливает рост эпидемий ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2005а). Согласно результатам эпиднадзора за поведением, в Манипуре, Индия, где зарегистрирована сильная эпидемия ВИЧ, обусловленная употреблением инъекционных наркотиков, 20% женщин-работниц секс-бизнеса отметили, что они употребляли инъекционные наркотики (МПС, 2005). В 2002 году в городе Хошимине 49% работников секс-бизнеса, указавших на употребление инъекционных наркотиков, оказались ВИЧ-инфицированными; для сравнения этот показатель среди работников секс-бизнеса, которые употребляли неинъекционные наркотики, составлял 19%, а среди работников секс-бизнеса, которые вообще не употребляли

наркотиков, 8%. Исследования также показали, что во Вьетнаме работники секс-бизнеса, употребляющие наркотики, примерно в два раза реже пользовались презервативами по сравнению с работниками секс-бизнеса, которые не употребляли наркотики (Tran et al., 2004).

МОЛОДЫЕ И ПЛОХО ИНФОРМИРОВАННЫЕ

Большинство женщин и мужчин начинают заниматься секс-бизнесом в старшем подростковом возрасте или сразу после 20 лет. По оценкам, 80% работников секс-бизнеса в Восточной Европе и Центральной Азии моложе 25 лет, в то время как возраст работников секс-бизнеса, употребляющих инъекционные наркотики, может быть даже моложе по сравнению с теми, кто не употребляет наркотиков.

Многие работники секс-бизнеса не имеют информации о ВИЧ и об услугах, которые могут помочь им защитить самих себя. Исследование, проведенное на основных транспортных артериях в Африке, показало, что средний возраст работников секс-бизнеса составлял 22,8 года, а средний уровень образования – шесть классов (старшие классы начальной школы). Лишь 33% из них знали о том, что им грозил риск, если у них были

Меры вмешательства в связи с ВИЧ, осуществляемые среди работников секс-бизнеса, направлены на самих работников секс-бизнеса, при этом незначительное внимание уделяется их клиентам или условиям, в которых они работают.



СЕКС-БИЗНЕС, ТОРГОВЛЯ ЛЮДЬМИ И ВИЧ

Ежегодно, по оценкам, от 600 до 800 тысяч людей незаконно перевозятся через международные границы (Государственный департамент США, 2004). Если сюда приплюсовать людей, которыми незаконно торгуют внутри своей страны, общее число людей, ставших жертвами торговли людьми, может достигать 4 миллионов, включая 1,2 миллиона детей моложе 18 лет (МОТ, 2002). От этого страдают все регионы мира, хотя существует несколько хорошо налаженных маршрутов для незаконной перевозки большого числа людей. Например, в Южной Азии основными странами назначения при торговле девочками моложе 16 лет, особенно из Бангладеш и Непала, являются Индия и Пакистан (ЮНЭЙДС, 2005b)

Существуют ограниченные данные относительно показателя распространенности ВИЧ среди женщин и девочек, ставших жертвами торговли людьми. Однако даже в странах с низкими показателями распространенности ВИЧ такие женщины и девочки в сильной степени уязвимы к инфекции, поскольку они зачастую оказываются в ситуациях, когда они не могут договориваться об использовании презервативов, вынуждены обслуживать большое число сексуальных партнеров и подвергаются сексу с применением насилия (Burkhalter, 2003).

Женщины и девочки, становящиеся жертвами торговли людьми, в основном принадлежат к социальным слоям и живут в условиях, для которых характерны нищета, долги, высокая безработица и гендерная дискриминация (МОТ, 2004). Необходимо поддерживать усилия, направленные на устранение этих факторов, с тем чтобы исключить торговлю людьми. Однако до тех пор, пока эти усилия не принесут решающих успехов, требуются меры вмешательства, направленные на удовлетворение существующих потребностей, включая услуги по профилактике и уходу в связи с ВИЧ для потенциальных и фактических жертв торговли людьми.

незащищенные половые контакты. Ни один из респондентов не указал на то, что он пытался получить услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ (Omondi et al., 2003). Работники секс-бизнеса зачастую реже имеют доступ к услугам здравоохранения по сравнению с населением в целом и могут не знать о наличии лечения при инфекциях, передающихся половым путем, или же им такое лечение не по карману, что усиливает физиологическую уязвимость к ВИЧ. В Дили четвертая часть работников секс-бизнеса, обследованных в 2003 году, имели гонорею или хламидийные инфекции и 60% были инфицированы вирусом простого герпеса 2 (Pisani и группа, проводившая исследование на ИППП в Дили, 2004). Результаты обследования, проведенного среди работников секс-бизнеса в колонии для несовершеннолетних в Российской Федерации, показали, что 58% из них

имели хотя бы одну бактериальную инфекцию, передающуюся половым путем, и 4% были инфицированы ВИЧ (Шакаришвили и др., 2005).

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ СЕКС-БИЗНЕСА

Работники секс-бизнеса работают в самых различных условиях, от публичных домов и массажных салонов с высоким уровнем организации до улиц, рынков и транспортных средств, а также кинотеатров, баров, отелей или на дому. Везде существует собственный уровень риска и уязвимости с точки зрения стигмы, дискриминации или возможного насилия, а также очевидная опасность заражения ВИЧ. Кроме того, секс-бизнес не является чем-то неизменным и развивается в зависимости от социально-экономических условий. Это означает, что программы профилактики ВИЧ

должны адаптироваться с учетом таких изменений. Например, в Таиланде сильно увеличилось число учреждений, оказывающих сексуальные услуги, помимо публичных домов, например, массажных салонов. Работники секс-бизнеса в этих учреждениях в основном не охвачены программой «100%-ного использования презервативов», которая реализуется преимущественно в публичных домах; по этой причине их необходимо охватывать другими путями. Точно так же рост числа работников секс-бизнеса, работающих не в публичных домах, отмечен во многих городах Индии (ЮНЭЙДС, 2005а).

КЛИЕНТЫ РАБОТНИКОВ СЕКС-БИЗНЕСА

Меры вмешательства в связи с ВИЧ, осуществляемые среди работников секс-бизнеса, в основном направлены на самих работников секс-бизнеса, при этом незначительное внимание уделяется их клиентам или условиям, в которых они работают. Во многих странах политика правительства, нацеленная преимущественно на подавление или регулирование секс-бизнеса, зачастую не учитывает наличие постоянного спроса на сексуальные услуги. Распространенность платных сексуальных услуг значительно варьируется. Например, исследование, проведенное среди населения в целом в 24 городах Перу, показало, что 44% мужчин в возрасте 18–29 лет отметили, что они пользовались платными сексуальными услугами в 2002 году. Из них 45% отметили, что не пользовались регулярно презервативами при контактах с работниками секс-бизнеса (Guanira et al., 2004). В некоторых странах Азии до 15% мужчин среди населения в целом и 44% мужчин, относящихся к мобильным группам населения с высоким уровнем риска (напр., водители- "дальнобойщики", а также мужчины, занятые в горнорудной отрасли или в лесном хозяйстве вдали от своего дома), указали на то, что они

покупали платные сексуальные услуги в 2004 году (МПС, 2005).

ПРОГРАММЫ В СВЯЗИ С ВИЧ

Существуют значительные данные, подтверждающие, что программы профилактики ВИЧ для работников секс-бизнеса являются эффективными и что работники секс-бизнеса могут принимать активное участие в этих программах. Политика Таиланда по «100%-ному использованию презервативов» была успешно применена в других странах от Юго-Восточной Азии до Карибского региона, в то время как уроки, полученные организованными работниками секс-бизнеса в Индии (Кольката), стали пробным камнем для осуществления проектов среди работников секс-бизнеса по всему миру (ЮНЭЙДС, 2000).

В Санто-Доминго низкие уровни распространенности ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса, составляющие 3–4%, как считается, частично отражают постоянное использование презервативов и другое более безопасное поведение, пропагандируемое через городскую программу за «100%-ное использование презервативов». Недавно проведенное обследование показало, что 87% работников секс-бизнеса отметили, что они пользовались презервативом во время последнего платного секса, и 76% указали на то, что они всегда пользовались презервативом во время платного секса (Государственный секретариат общественного здравоохранения и социальной помощи Доминиканской Республики, 2005).

Многие проекты направлены на то, чтобы предоставить работникам секс-бизнеса альтернативные пути для получения дохода. Например, в Эфиопии небольшая группа работников секс-бизнеса создала ассоциацию Sister Self-Help в попытке

получить постоянный доход и более качественные медицинские услуги. Для получения доходов они открыли ресторан, магазин товаров повседневного спроса (с продленным графиком работы и наличием ограниченной номенклатуры бытовых и бакалейных товаров) и организовали поставку пищевых продуктов в местные гостиницы.

Успешные программы в связи с ВИЧ используют различные стратегии, учитывая такие факторы, как: работают ли работники секс-бизнеса в публичных домах, работают ли они в одном районе или же в различных районах, а также правовой статус секс-бизнеса. Эффективные стратегии включают (ЮНЭЙДС, 2002):

- предоставление услуг для профилактики инфекций, передающихся половым путем, и ухода в связи с ними, а также обеспечение доступа к таким товарам, как мужские и женские презервативы и смазки;
- просвещение среди лиц одного круга и информационно-просветительскую работу, включая медицинские, социальные и юридические услуги;
- уход за работниками секс-бизнеса, живущими с ВИЧ; и
- реформу политики и законодательства, включая усилия,

направленные на то, чтобы представители властей, например, сотрудники полиции и здравоохранения, уважали и защищали права человека, защищали права человека работников секс-бизнеса.

Эти стратегии следует дополнять программами, направленными на предупреждение вовлечения в секс-бизнес и оказание содействия женщинам для ухода из секс-бизнеса, и мерами по борьбе с торговлей людьми, включая защиту и оказание помощи женщинам и девочкам, проданным в секс-бизнес. В целом программы дают наилучшие результаты, если сами работники секс-бизнеса принимают активное участие во всех фазах проектов, от их разработки до оценки, и если они направлены на снижение их уязвимости с учетом условий и контекста их работы (напр., экономических и гендерных вопросов).

Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами

Термин «мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами» используется для описания социального и поведенческого явления, а не некой конкретной группы людей. Он



В некоторых регионах мира эпидемиологическая информация о передаче ВИЧ от мужчины мужчине относительно ограничена.

подразумевает не только мужчин, идентифицирующих себя с геями, и бисексуальных мужчин, но также мужчин, которые имеют половые контакты с другими мужчинами, но идентифицируют себя с гетеросексуальными мужчинами или вообще не имеют такой самоидентификации, а также мужчин-транссексуалов. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, существуют во всех странах, хотя во многих местах они остаются в тени.

Согласно существующим показателям, в глобальном масштабе менее одной двадцатой мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, имеют доступ к услугам по профилактике и уходу в связи с ВИЧ, в которых они нуждаются (см. главу «Обзор эпидемии»). Этому способствуют различные факторы, включая отрицание со стороны общества и общин, стигму и дискриминацию и нарушение прав человека.

То, в какой мере эти мужчины воспринимают или не воспринимают факторы риска, которые им грозят в связи с ВИЧ, зависит от сложных гендерных вопросов, социальной и правовой маргинализации и отсутствия доступа к информации о ВИЧ. Традиционные гендерные нормы, определяющие, что такое

мужчина и женщина, в значительной мере способствуют неприязни к гомосексуалам и сопутствующей стигме и дискриминации в отношении мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, транссексуалов и людей «третьего пола. (Примером последних являются хиджара, проживающие в различных регионах Южной Азии, которые могут определять себя как третий пол, то есть не мужчина и не женщина.) Неприязнь к гомосексуалам считается одним из основных факторов, препятствующих осуществлению эффективных мер в ответ на ВИЧ в процессе обеспечения всеобщего доступа к лечению.

ДАНЫХ НЕДОСТАТОЧНО?

В некоторых регионах мира эпидемиологическая информация о передаче ВИЧ от мужчины мужчине относительно ограничена. Это отчасти объясняется тем, что многие такие мужчины имеют жен и тем самым относятся к населению в целом, а не к какой-то отдельной подгруппе населения. Очень важно, что во многих частях мира мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, не имеют собственной социальной идентичности (в отличие от мужчин, идентифицирующих себя с геями), а секс между мужчинами обычно не обсуждается или не признается, даже среди этих мужчин.

Поскольку мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, грозят правовые или социальные санкции, им либо не предоставляют доступа к учреждениям, предоставляющим услуги по защите полового здоровья или социальную защиту, либо они сами не обращаются в эти учреждения.



Тем не менее во многих странах с низким и средним уровнем доходов были проведены различные полезные исследования, в результате чего становится все более понятной нагрузка со стороны ВИЧ-инфекции на мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Секс между мужчинами является центральным фактором эпидемии ВИЧ почти во всех странах Латинской Америки (ЮНЭЙДС, 2006). Например, в Боготе показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, составляет 20% (Montano et al., 2005). В то же время секс между мужчинами также имеет важные последствия во многих других регионах. Например, в Бангкоке и Мумбаи показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, составляет 17% (ЮНЭЙДС, 2005а). К сожалению, даже в тех многих странах, где данные указывают на то, что мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, сильно подвержены воздействию ВИЧ, их потребности в профилактике в значительной степени игнорируются или на это выделяются малые средства (см. главу «Национальные ответные меры»).

НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ВИЧ И ФАКТОРАХ РИСКА

Многие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, не считают себя гомосексуалами и по этой причине исключают для себя риск заражения ВИЧ. Даже среди мужчин, которые готовы идентифицировать себя с геями, бисексуалами или транссексуалами, по-прежнему наблюдается низкий уровень информированности о ВИЧ, а также о том, что собой представляет рискованное сексуальное поведение. Исследование, проведенное мужчинами, имеющими половые контакты с мужчинами, среди таких же мужчин в Юго-Восточной Европе, показало наличие неправильных

представлений о путях передачи ВИЧ, при этом некоторые мужчины указали на то, что они практикуют рискованное сексуальное поведение (Longfield et al., 2004). В Пекине лишь 15% респондентов из 482 мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, включенных в выборку, понимали, что им грозит риск заражения ВИЧ; в то же время многие имели неправильные представления о путях передачи ВИЧ и ограниченные знания о презервативах. Около 49% участников указали на наличие у них незащищенного анального секса с мужчинами в последние шесть месяцев. В последние два года менее одной четверти из них получили бесплатно презервативы и смазки (Gibson et al., 2004).

СЕКС С МУЖЧИНАМИ И ЖЕНЩИНАМИ

Многие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, также имеют половые контакты с женщинами. В ходе указанного выше исследования, проведенного в Пекине, 28% респондентов указали на то, что у них были половые контакты с мужчинами и женщинами за последние шесть месяцев, и 11% имели незащищенные половые контакты с мужчинами и женщинами (Gibson et al., 2004). Широкое исследование, проведенное в Андхра-Прадеш, показало, что 42% мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, включенных в выборку, были женаты, 50% имели половые контакты с женщиной в последние три месяца и почти половина из них не пользовалась презервативом (Dandona et al., 2005).

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ И МАРГИНАЛИЗАЦИЯ

Уязвимость к ВИЧ-инфекции резко возрастает, если секс между мужчинами запрещен законом. На Ямайке мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, грозит тюремное заключение. Секс между мужчинами в Малави грозит лишением свободы сроком на 14

лет (Gouet, 2003). Криминализация и неприязнь к гомосексуалам резко ограничивают возможности многих мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, для получения доступа к информации и товарам для профилактики ВИЧ, лечению и уходу в связи с ВИЧ (АМР США, 2004). Поскольку мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, грозят правовые или социальные санкции, им либо не предоставляют доступа к учреждениям, обеспечивающим услуги по защите полового здоровья или социальную защиту, либо они сами не обращаются в эти учреждения, поскольку они боятся, что их идентифицируют с гомосексуалами.

УСИЛИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛАБЕВАЮТ?

В некоторых странах мужчины, идентифицирующие себя с гомосексуалами, занимают активное место в обществе, чему способствуют работа активистов, правовые реформы и изменение отношения со стороны общества. Они находятся на переднем крае профилактики ВИЧ с первых лет развития эпидемии и сохраняют свои позиции. Результаты исследования, проведенного недавно среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в пяти городах Индии, показали, что использование лиц одного круга для распространения и пропаганды презервативов позволило значительно усилить практику пользования презервативами, особенно в Мумбаи, где такие лица распространили более двух третей презервативов, использованных теми, кто был включен в исследование (МПС, 2005).

Тем не менее очевидно то, что успех, достигнутый мужчинами, имеющими половые контакты с мужчинами, в борьбе против ВИЧ, в некоторой степени утрачивается. Например, во многих странах растет рискованное сексуальное поведение среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, что в определенной

мере тесно связано с употреблением алкоголя или наркотиков. Например, в последние годы в Соединенных Штатах наблюдается быстрый рост употребления стимулирующего наркотика, состоящего из кристаллического порошка метамфетамина. Исследование показало, что в Лос-Анджелесе показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами и употребляющих этот наркотик, более чем в три раза выше, чем среди таких же мужчин, не употребляющих метамфетамин (Peck et al., 2005). В Сан-Франциско примерно каждый пятый мужчина, имеющий половые контакты с мужчинами, отметил, что он употреблял этот наркотик, в то время как в Нью-Йорке на это указал каждый седьмой, а в Чикаго и Лос-Анджелесе каждый десятый опрошенный мужчина (Департамент общественного здравоохранения Чикаго, 2005; de Herrera et al., 2005).

Новый рост рискованного сексуального поведения может объясняться различными причинами. Одной из причин может быть неправильное представление о том, что по мере роста доступа к антиретровирусному лечению СПИД превращается в более или менее излечимую болезнь и, следовательно, защищенный секс становится необязательным. В то же время органы общественного здравоохранения в большинстве стран выделяют меньше ресурсов для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, чем это следовало бы делать, если исходить из эпидемиологических данных. Рост показателя распространенности ВИЧ в этой группе населения во многих странах подтверждает, что такая государственная политика является неадекватной и безответственной.

СПЕКТР ОТВЕТНЫХ МЕР

Существует спектр ответных мер, направленных на снижение рискованного поведения и уязвимости

к ВИЧ для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, мер, которые, как подтвердила практика, дают успешные результаты в различных условиях (ЮНЭЙДС, 2000b). Эти меры включают:

- общую и целевую пропаганду презервативов высокого качества и водных смазок, включая обеспечение их постоянного наличия;
- проведение кампаний за более безопасный секс и обучение навыкам, уделяя основное внимание уменьшению числа партнеров, более частому использованию презервативов и альтернативному непроницающему сексу;
- проведение просвещения через лиц одного круга среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, а также информационно-посветительских программ через добровольцев или профессиональных социальных или медицинских работников;
- проведение обучения и просветительской работы среди женщин, которые являются партнерами мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; и
- реализацию программ, предназначенных для конкретных подгрупп населения, таких как сотрудники полиции и военнослужащие, заключенные и мужчины-работники секс-бизнеса.

Помимо этих мер профилактики, необходимо проводить различные мероприятия среди руководителей систем здравоохранения и органов управления. Во-первых, важно оказывать поддержку организациям мужчин, идентифицирующих себя с геями, что даст им возможность осуществлять программы профилактики и ухода в связи с ВИЧ. Необходимо создавать альянсы между эпидемиологами, социологами, политиками, группами по правам человека, юристами, клиницистами, журналистами, организованными группами мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и другими организациями гражданского общества. Необходимо пересматривать законы, криминализирующие секс между взрослыми лицами одного пола по согласию, а также вводить законы, направленные против дискриминации или обеспечивающие защиту, с целью уменьшения случаев нарушения прав человека на основе сексуальной ориентации. Наконец, критически важно обеспечить приверженность со стороны правительств, национальных комиссий по СПИДу, общественных организаций и доноров, с тем чтобы они включали мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в свои приоритетные направления работы при реализации программ в связи с ВИЧ и выделении финансирования.



Исследования и опыт, накопленные за 20 лет, подтверждают, что эпидемии ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков можно предотвратить, стабилизировать и даже обратить вспять, если использовать комплексный пакет мероприятий для профилактики и ухода в связи с ВИЧ.

Национальные рамки действий по СПИДу должны включать конкретные планы по профилактике, лечению и уходу для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

Потребители инъекционных наркотиков

По оценкам, употребление инъекционных наркотиков обуславливает чуть менее одной трети новых инфекций во всех регионах, помимо Африки к югу от Сахары. После внедрения ВИЧ в общину потребителей инъекционных наркотиков эта инфекция может очень быстро распространиться среди населения в целом, если не будут своевременно приняты необходимые меры. Тем не менее, несмотря на важность участия потребителей инъекционных наркотиков в мерах в ответ на ВИЧ, в глобальном масштабе охват этой группы населения профилактикой ВИЧ в лучшем случае составляет 5% (АМР США и др., 2004).

Во всем мире насчитывается около 13 миллионов потребителей инъекционных наркотиков, из которых 8,8 миллиона живут в Восточной Европе, Центральной, Южной и Юго-Восточной Азии. В Северной Америке проживают около 1,4 миллиона потребителей инъекционных

наркотиков, а в Латинской Америке около 1 миллиона (ЮНОДК, 2004). Использование зараженного инъекционного инструментария для употребления наркотиков является основным путем передачи ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии, где это обуславливает более 80% всех случаев ВИЧ. Это также является исходной точкой для развития эпидемии ВИЧ в различных странах Ближнего Востока, Северной Африки, Южной и Юго-Восточной Азии и Латинской Америки. Вызывает тревогу развитие новых эпидемий употребления инъекционных наркотиков в странах Африки к югу от Сахары (ЮНЭЙДС, 2005с).

РИСК И УЯЗВИМОСТЬ

Определенная практика употребления наркотиков способствует в значительной мере распространению ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков, причем самый большой риск несет в себе использование зараженных игл и шприцев; этому также способствует рискованная сексуальная практика, хотя и в меньшей степени. Например, работники секс-бизнеса в городе Хошимине, употребляющие инъекционные наркотики, примерно в два раза реже пользовались презервативами по сравнению с работниками секс-бизнеса, не

Многочисленные исследования, проведенные в различных эпидемиологических условиях, показали, что стратегии снижения вреда являются экономически эффективными для предупреждения распространения ВИЧ.



СЕКСУАЛЬНЫЕ ПАРТНЕРЫ (МУЖЧИНЫ И ЖЕНЩИНЫ) МУЖЧИН, ИМЕЮЩИХ ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ С МУЖЧИНАМИ

Игнорирование риска, обусловленного незащищенным анальным сексом, не только делает мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, уязвимыми к ВИЧ-инфекции, но также ставит в положение риска женщин, которые являются их сексуальными партнерами. В странах с высоким уровнем доходов относительно высокий показатель распространенности ВИЧ по-прежнему регистрируется среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Последние исследования показали, что многие из них либо не раскрывают свой ВИЧ-статус своим сексуальным партнерам, либо могут благодушно относиться к рискованному сексуальному поведению. Результаты исследования, проведенного недавно среди ВИЧ-инфицированных мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Лос-Анджелесе и Сиэтле в Соединенных Штатах, показали, что эти мужчины редко раскрывали свой ВИЧ-статус своим сексуальным партнерам, поскольку, по их мнению, это «никого не касалось» или поскольку они отрицали свою сексуальную ориентацию, имели низкую вирусную нагрузку или боялись остракизма (Gorbach et al., 2004).

употребляющими наркотиков (МПС, 2004). Высокая распространенность инфекций, передающихся половым путем, среди потребителей наркотиков отражает их небезопасную сексуальную практику.

Помимо физического риска, связанного с употреблением инъекционных наркотиков, потребители наркотиков уязвимы к ВИЧ по причине своего социального и правового статуса. Ирония заключается в том, что во многих странах это означает, что меры вмешательства в связи с ВИЧ недоступны для потребителей наркотиков или что потребители наркотиков не имеют или не стремятся получить к ним доступ из-за боязни обвинений. Например, около 80% россиян, живущих с ВИЧ, заразились через использование зараженных игл и шприцев, и, по оценкам, от 1,5% до 8% всех российских мужчин моложе 30 лет хоть однажды в своей жизни попробовали инъекционные наркотики (Мологиллов и др., 2003). Несмотря на доказанную эффективность мер профилактики ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков, таких как обмен игл и

шприцев и заместительное лечение для потребителей наркотиков, в Российской Федерации усилия по использованию таких мер предпринимаются медленно. Результаты недавно проведенного обследования показали, что за период с 2002 по 2004 годы объем финансирования программ по обмену игл и шприцев фактически уменьшился на 29%. Несмотря на то что некоторые региональные законодательные органы выделили средства для проектов по обмену игл и шприцев и для центров по СПИДу, предлагающих лечение при ВИЧ, эта поддержка не была всеобщей или достаточно широкой для обеспечения уровня охвата, необходимого для того, чтобы сдержать развитие эпидемии ВИЧ в результате употребления инъекционных наркотиков. Однако выделение новых финансовых средств может позволить восстановить это равновесие. Первый грант, выделенный Российской Федерацией Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, позволил оказать помощь 23 проектам по обмену шприцев в 10 регионах, а финансовые средства, выделенные для лечения людей, живущих с ВИЧ, предусматривали предоставление такого лечения потребителям

Противоречия между целями правоохранительных органов и задачами общественного здравоохранения могут оказаться неразрешимыми с точки зрения употребления инъекционных наркотиков.



05

инъекционных наркотиков (Wolfe, 2005).

СНИЖЕНИЕ ВРЕДА: ВЫСОКИЙ ПРИОРИТЕТ

Исследования и опыт, накопленные за 20 лет, подтверждают, что эпидемии ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков можно предотвратить, стабилизировать и даже обратить вспять, если использовать комплексный пакет мероприятий для профилактики и ухода в связи с ВИЧ. Этот пакет был недавно кратко представлен в позиционном документе ЮНЭЙДС по профилактике ВИЧ как «комплексная, интегрированная и эффективная система мер, включающая полный набор вариантов лечения (в частности, заместительного лечения от наркотической зависимости), а также реализация мер, направленных на снижение вреда (включая, среди прочего, программы просвещения среди потребителей инъекционных наркотиков через лиц одного круга и программы распространения стерильных игл и шприцев), добровольное и конфиденциальное консультирование и тестирование на ВИЧ, профилактика передачи ВИЧ половым путем среди потребителей наркотиков (включая распространение презервативов, а также профилактику и

лечение при наличии инфекций, передающихся половым путем), обеспечение доступа к первичной системе здравоохранения и к антиретровирусному лечению. Такой подход должен основываться на пропаганде, защите и уважении прав человека в отношении потребителей наркотиков» (ЮНЭЙДС, 2005d).

Многочисленные исследования, проведенные в различных эпидемиологических условиях, показали, что стратегии снижения вреда являются экономически эффективными для предупреждения распространения ВИЧ (Sullivan et al., 2005). Начиная с 1990-х годов программы заместительного лечения с использованием метадона дали положительные результаты с точки зрения сдерживания эпидемии ВИЧ в различных регионах, включая Австралию, Китай, Особый административный регион Гонконга, Швецию, Таиланд и Соединенные Штаты (Mattick et al., 2003). Такие заместительные программы дают возможность для стабилизации медицинской и социальной ситуации для потребителей наркотиков и соблюдения режима антиретровирусного лечения. Однако, несмотря на имеющиеся доказательства, определенные аспекты снижения вреда по-

прежнему вызывают противоречивые мнения в некоторых частях мира (Фонд Бекли, 2005). Например, неэффективные законы и политика в некоторых странах запрещают заместительное лечение с использованием метадона или бупренорфина.

В 2005 году ВОЗ внесла метадон и бупренорфин в свой Примерный перечень основных лекарственных средств и выступает за включение этих препаратов в программы лечения от наркозависимости в странах, где широко распространены опиоиды (напр., опиум и героин), в качестве важнейшего компонента профилактики и лечения в связи с ВИЧ. Это включает оказание помощи при разработке национальных руководящих принципов проведения заместительного лечения метадонем и расширение масштабов программ снижения вреда в таких странах, как Китай, Мьянма и Украина.

Уроки, полученные в рамках комплексной профилактики ВИЧ, все шире применяются в других странах. Несмотря на сильную приверженность обязательному лечению при наркотической зависимости и программам на основе воздержания, Малайзия

недавно приняла решение о внедрении программ снижения вреда. В 2004 году, по оценкам, в стране насчитывалось от 117 000 до 240 000 потребителей инъекционных наркотиков и около 52 000 людей, живущих с ВИЧ, причем огромное большинство среди них составляли молодые мужчины в возрасте 20–29 лет (Министерство здравоохранения Малайзии и ВОЗ, 2004; Huang and Hussein, 2004). После проведения длительной пропаганды через неправительственные организации и организации здравоохранения были созданы пилотные программы заместительного лечения метадонем; в 2006 году планируется начать осуществление пилотных программ по обмену игл и шприцев.

Кроме того, в настоящее время потребители инъекционных наркотиков, проживающие в учреждениях для лечения от наркотической зависимости, получают антиретровирусное лечение. В 2005 году в Исламской Республике Иран было принято судебное постановление, предусматривающее, что лица, употребляющие запрещенные наркотики, не будут подвергаться уголовному преследованию, а будут рассматриваться как пациенты системы общественного



Условия, царящие в большинстве тюрем, делают их чрезвычайно уязвимыми к передаче ВИЧ, то есть они становятся «инкубаторами» ВИЧ-инфекции, а также гепатита С и туберкулеза.

Если страны возражают против внедрения программ снижения вреда для населения в целом или не хотят признавать наличие половых контактов между мужчинами, это тем более касается тюрем.



здравоохранения (Азиатская сеть снижения вреда, 2005).

В Центральной Азии правительство Кыргызстана поддерживает программы обмена игл и шприцев в трех городах и в тюрьмах страны; оно было первым правительством из стран-членов Содружества Независимых Государств, которое предложило заместительное лечение метадонном. Хотя такие программы еще не реализованы в широких масштабах, первые данные свидетельствуют о том, что в стране достигнуты положительные результаты благодаря активному поиску технической помощи и сильному участию неправительственных организаций в разработке и реализации национальных усилий по профилактике ВИЧ (Wolfe, 2005). В Китае также проводится комплексная профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков: в различных частях страны была создана 91 программа по обмену игл и шприцев (Министерство здравоохранения Китайской Народной Республики/ ЮНЭЙДС, 2005). В настоящее время здесь идет процесс создания 1500 программ заместительного лечения метадонном для охвата 300 000 потребителей опиоидов в течение трех лет, причем эти услуги увязываются с центрами антиретровирусного лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В СВЯЗИ С ВИЧ

Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению рекомендует, чтобы глобальные и национальные цели в связи с лечением включали целевые показатели для основных групп населения, которым грозит риск. Эти рекомендации были приняты с учетом данных, подтверждающих, что во многих странах потребители инъекционных наркотиков, заключенные, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, работники секс-бизнеса и некоторые мобильные группы населения сталкиваются с серьезными барьерами, препятствующими получению должного ухода и лечения в связи с ВИЧ (Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению, 2005).

Это особенно верно в отношении потребителей инъекционных наркотиков. Причины этого носят комплексный характер. Ввиду незаконности употребления наркотиков и связанной с этим стигмы потребители инъекционных наркотиков зачастую не имеют доступа к системе медицинской помощи и не видят особого смысла в том, чтобы обращаться за такой помощью. Например, в Российской Федерации потребитель наркотиков

должен официально зарегистрироваться в государственном учреждении, если он или она хотят получить лечение от наркотической зависимости или иной доступ к различным медицинским или социальным услугам.

Предоставление антиретровирусного лечения потребителям инъекционных наркотиков позволяет добиться клинических результатов, сопоставимых с результатами, достигаемыми пациентами, получающими антиретровирусное лечение и не употребляющими инъекционные наркотики, однако для этого требуются опытные клиницисты, знающие, как действовать при возникновении различных серьезных и потенциально опасных для жизни состояний, при которых больных необходимо вести с учетом ВИЧ-инфекции. Потребители инъекционных наркотиков, инфицированные ВИЧ, особенно подвержены различным бактериальным инфекциям, таким как инфекционный эндокардит и легочный туберкулез (Gordon and Lowy, 2005).

В больничных условиях предоставление ухода и лечения потребителям инъекционных наркотиков зачастую представляет особые проблемы. Лица, которые ранее вели беспорядочный образ жизни, часто пытаются продолжать употреблять наркотики, находясь в больнице, им трудно адаптироваться к больничным правилам, а иногда они ощущают на себе стигматизацию со стороны больничного персонала. Для решения этих проблем были разработаны определенные инновационные подходы. Клиницисты в Ванкувере давно были обеспокоены тем, что пациенты, употребляющие инъекционные наркотики, часто покидают больницу до завершения курса лечения в связи с бактериальными инфекциями, что приводит к долгосрочным проблемам со здоровьем и повторной госпитализации. В ответ на это органы общественного здравоохранения недавно создали

пилотный центр для временного ухода, с тем чтобы обеспечить сложные потребности пациентов, употребляющих наркотики. Это подразделение, где условия пребывания приближены к домашним условиям, обеспечивает круглосуточный уход, причем не только для решения непосредственных медицинских проблем – включая лечение при связанных со СПИДом заболеваниях, которыми часто страдают такие пациенты, – но также для обеспечения доступа к программам лекарственного лечения и социальным услугам, например к жилью, после выписки из больницы. Мониторинг показал, что с момента начала этого проекта в начале 2005 года результаты лечения больных улучшились, уровень удовлетворенности повысился как среди пациентов, так и среди персонала, а уровень затрат значительно снизился по сравнению с затратами при осуществлении больничного ухода (Управление здравоохранения Прибрежного Ванкувера, 2005).

АДАПТАЦИЯ ЦЕЛЕЙ ПО КОНТРОЛЮ НАД НАРКОТИКАМИ И ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Противоречия между целями правоохранительных органов и задачами общественного здравоохранения могут оказаться неразрешимыми с точки зрения употребления инъекционных наркотиков. Однако, исходя из основного этического принципа и учитывая проверенную практику в секторе здравоохранения, политика контроля над наркотиками должна быть направлена на снижение, а не на увеличение риска заражения ВИЧ, с которым сталкиваются потребители инъекционных наркотиков (например, их нельзя лишать доступа к медицинскому уходу или ограничивать их доступ к стерильному инъекционному инструментарию). В то же время мероприятия по профилактике ВИЧ не должны косвенным образом способствовать употреблению незаконных наркотиков. На практике должна существовать

ДАнные в пользу программ снижения вреда

Для сдерживания процесса распространения ВИЧ и воздействия ВИЧ/СПИДа в связи с употреблением инъекционных наркотиков наиболее оптимальным является реализация основного пакета мер профилактики... Существуют надежные и последовательные данные, подтверждающие, что этот пакет мер вмешательства с целью снижения вреда обеспечивает значительное снижение употребления инъекционных наркотиков и сопутствующего рискованного поведения и, следовательно, позволяет предупредить, остановить и обратить вспять эпидемии ВИЧ, обусловленные употреблением инъекционных наркотиков. С другой стороны нет убедительных данных, подтверждающих существенные негативные последствия таких мер вмешательства, например то, что они способствуют употреблению инъекционных наркотиков людьми, которые ранее их не употребляли, или более частому употреблению запрещенных наркотиков, включая инъекционные наркотики (ЮНЭЙДС, 2005с).

четкая государственная политика и законодательство, которые разрешают использовать все элементы комплексного пакета мер профилактики и ухода в связи с ВИЧ, а также должны выделяться достаточные финансовые средства для осуществления этих мер в необходимых масштабах. Как в случае всех программ в связи с ВИЧ, направленных на уязвимые группы населения, политика и программы, нацеленные на потребителей инъекционных наркотиков и членов их семей, также должны отвечать международным стандартам по правам человека.

Заклученные

«Достоевский сказал, что степень цивилизации общества определяется по состоянию его тюрем. Он был мудрый человек... Мы не можем позволить, чтобы между нами и решением стояли дискриминация и стигма. Потребители инъекционных наркотиков, находящиеся в тюрьме, должны иметь доступ к такому же уходу, который предоставляется людям на свободе.

Из речи Антонио Марии Косты, Исполнительного директора ЮНОДК, 1 апреля 2005 года

По оценкам, численность заключенных постоянно превышает 9 миллионов человек, причем ежегодно число

тех, кто попадает в тюрьмы и выходит на свободу, составляет 30 миллионов (Walmsley, 2005). Условия, царящие в большинстве тюрем, делают их чрезвычайно уязвимыми к передаче ВИЧ, то есть они становятся «инкубаторами» ВИЧ-инфекции, а также гепатита С и туберкулеза (ИОО, 2004). Тюрьмы – это места, где употребляют запрещенные наркотики, имеет место небезопасная инъекционная практика, наносят татуировки с использованием зараженного инструментария, имеются случаи насилия, изнасилования и незащищенного секса. Они зачастую переполнены и не обеспечивают качественное питание, предоставляют ограниченный доступ к медицинской помощи, и здесь отмечаются высокие показатели заболевания болезнями, передающимися через воздух и кровь.

Несмотря на относительную ограниченность данных, получаемых в странах с низким и средним уровнем доходов, имеющиеся данные подтверждают, что показатель распространенности ВИЧ в тюрьмах почти всегда выше, чем среди населения в целом. В Южной Африке, по оценкам, этот показатель достигает 41% в тюремной системе в целом, а в отдельных тюрьмах он еще выше. В Камеруне в 2005 году показатель

распространенности ВИЧ в тюрьме «Нью-Белл» в городе Дуала составляла 12,1%. Согласно отчету, полученному недавно из управления тюрем Замбии, только в 2004 году от болезней, связанных со СПИДом, умерли около 449 заключенных (Simooya and Sanjobo, 2006). По оценкам, показатель распространенности ВИЧ в тюрьмах Российской Федерации как минимум в четыре раза выше, чем среди населения в целом (Министерство юстиции России, 2004). ВИЧ не ограничивается только тюрьмами для мужчин: в Соединенных Штатах, по оценке, вероятность наличия ВИЧ-инфекции среди заключенных женщин в 15 раз выше, чем среди женского населения в целом (De Groot, 2005).

Факторы риска, объясняющие такие показатели распространенности, очевидны. Во-первых, заключенные мужчины и женщины зачастую являются представителями маргинализованных групп, таких как потребители инъекционных наркотиков или работники секс-бизнеса, которым и без того грозит повышенный риск заражения ВИЧ. Практика использования зараженного или нестерильного инъекционного инструментария почти всегда выше в тюрьмах, чем среди потребителей инъекционных наркотиков на свободе, в то время как распространенность сексуальных контактов между мужчинами в тюрьмах часто выше, чем среди населения в целом (ВОЗ, 2005; Dolan et al., 2004). Нанесение татуировки представляет собой еще один фактор риска заражения вирусами, передающимися через кровь, поскольку при этом часто используются нестерильные инструменты. В тюрьмах, как правило, нет доступа к стерильному инъекционному инструментарию и презервативам – основным средствам профилактики передачи ВИЧ.

ПРОФИЛАКТИКА И УХОД В СВЯЗИ С ВИЧ

Если страны возражают против внедрения программ снижения вреда для населения в целом или не хотят признавать наличие половых контактов между мужчинами, это тем более касается тюрем. Существуют значительные, основанные на отдельных примерах данные, подтверждающие, что некоторые государственные должностные лица считают, что заключенные, которые употребляют наркотики или участвуют в половых контактах между мужчинами, «получают то, что они заслуживают. С прагматической точки зрения многие озабочены тем, что меры, направленные на снижение вреда, и предоставление презервативов в тюрьмах могут привести к распространению половых контактов между мужчинами или употреблению инъекционных наркотиков.

Фактически, эти страхи не подтверждаются какими-либо эмпирическими данными. В европейских тюремных системах осуществление программ снижения вреда в тюрьмах не привело к повышению рискованного сексуального поведения (ВОЗ, 2005). Правильнее сказать, что предоставление услуг по профилактике ВИЧ в тюрьмах дало значительные результаты во многих странах (St ver and Nelles, 2003). После успешной реализации пилотных программ, начатых в конце 1990-х годов, Испания расширила свои программы обмена игл и шприцев, включив в них более 30 тюрем. Другие страны только начинают отмечать пользу от таких программ. Исследование, проведенное в Украине в 2005 году, показало, что в целом уровень знаний о ВИЧ среди большинства заключенных был слабым, при этом только 39% имели основные знания о том, как предупредить передачу ВИЧ половым путем. В то же время среди заключенных, охваченных программами профилактики в

тюрьмах, две трети знали о том, как защититься от ВИЧ (Министерство здравоохранения Украины, 2005). После реализации программы санитарного просвещения в тюрьмах с участием самих заключенных в Сибири, Российская Федерация, уровень знаний о ВИЧ и практика использования презервативов среди заключенных повысились, в то время как практика нанесения татуировки сократилась (Dolan et al., 2004).

Тюрьмы не отделены от остального мира. Заключенные в конечном итоге выходят на свободу, а инфекция, полученная в тюрьме, может быть легко передана другим людям после выхода из тюрьмы. Следовательно, профилактика и лечение заключенных в связи с ВИЧ также представляет собой стратегию, которая дает потенциальные преимущества всему обществу. Для того чтобы национальные программы по СПИДу были подлинно эффективными, необходимо, чтобы они предусматривали значительное расширение комплексных услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ в тюрьмах.

В октябре 2004 года ВОЗ созвала международное совещание по вопросам здравоохранения в тюрьмах, проведенное в Лиувенхорсте. В представленном по итогам совещания документе под названием «Документ о положении дел в связи с наркотиками и снижением вреда в тюрьмах» (Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction) было рекомендовано, чтобы все тюремные системы использовали подход на основе общественного здоровья и прав человека, «даже если это означает признание ограничений в плане зависимости от официального внедрения повсеместного воздержания [от употребления наркотиков и секса]» (ВОЗ, 2005). Меры, рекомендуемые в связи с ВИЧ в тюрьмах, включают:

- предоставление всего необходимого для того, чтобы тюремный персонал мог обеспечить получение всеми заключенными основной информации, касающейся ВИЧ и других болезней, передающихся через кровь, и путей их распространения;
- обеспечение клинического ведения наркозависимых заключенных на уровне, эквивалентном уровню, предоставляемому местному населению;
- обеспечение для заключенных необходимой информации и рекомендаций перед освобождением из тюрьмы; и
- обеспечение последующего ухода и установление контактов с местными службами, что важно для всех заключенных, имеющих проблемы со здоровьем, но особенно важно для заключенных, страдающих наркотической зависимостью.

Всем тюремным системам следует стремиться к максимально быстрому, насколько это позволяют ресурсы, введению важных дополнительных мер снижения вреда, включая:

- разработку программы планового комплексного клинического лечения для заключенных, страдающих наркотической зависимостью, в том числе применение заместительной поддерживающей терапии;
- разработку программы обмена игл и шприцев, эквивалентной такой же программе, реализуемой среди местной общины, особенно если уровень распространенности ВИЧ или гепатита С среди местной общины является высоким или если известно, что в тюрьме употребляются инъекционные наркотики; и
- предоставление эффективного способа для дезинфекции игл и шприцев и инструмента для нанесения татуировки, а также соответствующей информации и обучения, если программы обмена игл и шприцев будут считаться необязательными или нереальными.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ СТОЛЬ ЖЕ НЕОБХОДИМА В ТЮРЬМАХ, КАК И НА СВОБОДЕ

Управление по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций (ЮНОДК) подчеркивает, что присутствие наркотиков и ВИЧ в тюрьмах представляет собой две различные дилеммы. Во-первых, наличие наркотиков в тюрьме означает отсутствие безопасности и нарушение верховенства закона. Во-вторых, употребление инъекционных наркотиков заключенными приводит к высоким показателям передачи ВИЧ между заключенными, а также неинфицированным сексуальным партнерам после выхода заключенного на свободу. Существует два регулярных потока людей – новые заключенные, возможно, неинфицированные, и заключенные, уже инфицированные ВИЧ, – которые попадают в тюрьму и выходят из тюрьмы.

Опыт различных стран показал, что программы профилактики ВИЧ, основанные на доказательной информации, действуют эффективно в тюрьмах. Однако ЮНОДК, а также ВОЗ и другие кооператоры ЮНЭЙДС, подчеркивают, что администрация тюрем сама по себе не может решить эту проблему. Для того чтобы разорвать цепь передачи ВИЧ, которая сопровождает тюремное заключение и освобождение из тюрьмы, а также обеспечить уход за заключенными, живущими с ВИЧ – независимо от того, находятся они в тюрьме или отбыли свой срок и были выпущены на свободу, – необходимы координированные усилия с другими правительственными структурами, в частности с органами здравоохранения и юстиции.

ВОПРОС О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА

Усилия по профилактике и лечению в связи с ВИЧ в тюрьмах должны быть важными компонентами национальных стратегий по СПИДу не только по той причине, что они, безусловно, приносят пользу с точки зрения общественного здоровья, но также поскольку они представляют собой вопрос об основных правах человека. Когда люди попадают в тюрьму, они сохраняют за собой основные права человека, теряя только те права, которые необходимым и явным образом ограничиваются ввиду их заключения. Они сохраняют такие права, как свобода от жестокого и негуманного наказания, а также право на наивысший достижимый уровень здоровья и безопасности человека. Суды во многих частях мира приняли постановления о том, что правительства фактически имеют более высокие обязательства перед заключенными по сравнению с населением в целом, поскольку

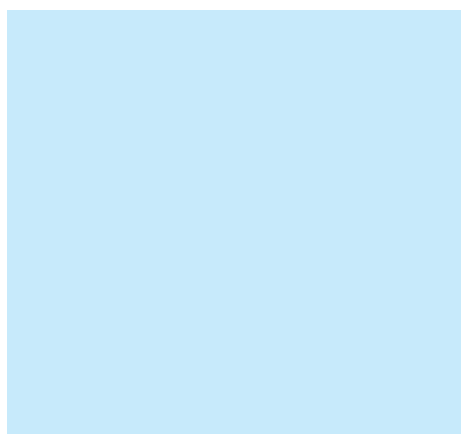
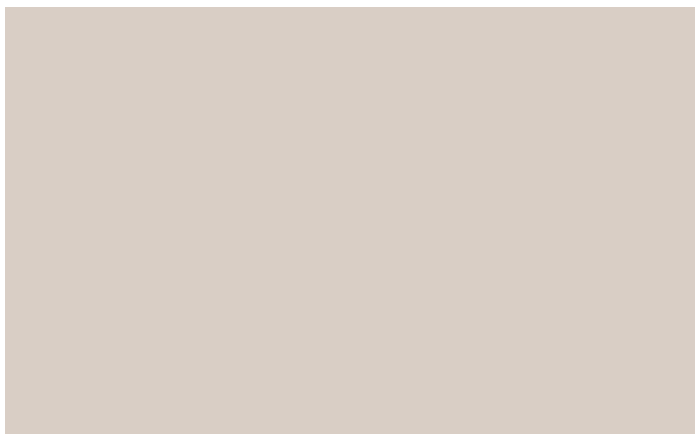
правительства являются единственным источником важнейших услуг, которые могут получить заключенные, включая медицинскую помощь.

В своем заявлении, сделанном перед Комиссией по правам человека Организации Объединенных Наций в апреле 1996 года, ЮНЭЙДС отметила (ЮНЭЙДС, 1996):

«...попадая в тюрьмы, заключенные приговариваются к заключению за свои преступления; их нельзя приговаривать к ВИЧ и СПИДу. Несомненно, что правительства несут моральную и правовую ответственность с точки зрения предупреждения распространения ВИЧ среди заключенных и тюремного персонала и ухода за инфицированными.

Сейчас, 10 лет спустя, эта позиция не изменилась.

Комплексная профилактика ВИЧ 06



Глава 06



КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ

Устойчивый рост эпидемии СПИДа обусловлен не недостатками существующих стратегий профилактики, а скорее тем, что во всем мире не используются очень эффективные инструменты, которые могут замедлить распространение ВИЧ. Спустя примерно 25 лет после того, как эта эпидемия была впервые признана, большая часть людей, которым грозит высокий риск заражения ВИЧ, все еще не охвачена мерами по профилактике ВИЧ, поскольку многие лица, вырабатывающие политику, воздерживаются от применения подходов, подтвержденных практикой.

В то время как в предыдущей главе основное внимание было уделено ключевым группам населения, в частности в условиях концентрированных эпидемий, в настоящей главе рассматриваются программные меры вмешательства и действия в области политики, имеющие важнейшее значение для всех сильных национальных программ профилактики ВИЧ. В частности в ней рассматриваются неотложные потребности в профилактике женщин и молодых людей, а также возможности для комплексной профилактики и проблемы в связи с расширением доступа к лечению. Наиболее важным является то, что в ней подчеркивается насущная потребность в расширении масштабов комплексных и устойчивых национальных программ профилактики ВИЧ для охвата достаточного числа людей и целевого использования средств там, где они могут оказаться наиболее эффективными.

Усиление профилактики ВИЧ

Если за 25 лет развития эпидемии были получены какие-то уроки, они заключаются в том, что профилактика ВИЧ работает. Первые успехи, достигнутые Бразилией, Таиландом и Угандой в плане обращения вспять их национальных эпидемий СПИДа благодаря смелому политическому руководству и инициированию сильных мер профилактики на ранней стадии, хорошо представлены в различных документах. Данные, полученные в последнее время, указывают на то, что нынешние усилия по профилактике также вносят свой вклад в снижение уровня распространенности ВИЧ в Камбодже и Зимбабве, а также в некоторых районах Буркина-Фасо, Гаити, Кении и Объединенной Республики Танзании (ЮНЭЙДС, 2005а).

Профилактика ВИЧ, как и лечение, должны проводиться всю жизнь.

Вместо краткосрочных или изолированных инициатив по профилактике, необходимы эффективные национальные программы, обеспечивающие устойчивые и очень важные действия в области реализации программ и политики в достаточном масштабе в течение длительного времени, действия, которые должны адаптироваться по мере изменения эпидемии, с тем чтобы реагировать на изменение характера развития инфекций и социальных условий. Признавая внутренне присущую долгосрочную природу мер по профилактике ВИЧ, реализация и расширение масштабов существующих стратегий по профилактике должны увязываться с долгосрочными усилиями, направленными на решение проблем развития кадровых ресурсов и разработку новых технологий профилактики, в том числе конечного инструмента профилактики - профилактической вакцины.

Несмотря на значительный прогресс, глобальные меры профилактики далеко отстают от требований в плане осуществления неотложных и расширенных усилий, направленных на сдерживание роста эпидемии. Хотя в последние годы объемы финансирования программ по ВИЧ были увеличены, многие страны не направляют финансовые ресурсы на осуществление мероприятий, нацелен-

ных на удовлетворение потребностей в профилактике групп населения, которым грозит самый высокий риск, а вместо этого предпочитают осуществлять более общие меры по профилактике, которые требуют меньше затрат и вряд ли могут оказать воздействие на эпидемию (см. главу «Финансирование»).

Кроме того, существуют тревожные признаки того, что поддержка профилактики ВИЧ в некоторых регионах, возможно, ослабевает. Например, в последние годы Таиланд уменьшил на две трети свой бюджет на профилактику ВИЧ, даже несмотря на то что употребление инъекционных наркотиков способствует появлению значительного числа новых ВИЧ-инфекций (ПРООН/ЮНЭЙДС, 2004).

Решительные действия могут — и должны — иметь решающее значение

Отсутствие успехов во всем мире в плане предоставления доказанных практикой методов профилактики всем нуждающимся представляет собой значительную упущенную возможность. Расширение масштабов стратегий по профилактике в 125 странах с низким и средним уровнем доходов позволило бы предотвратить, по оценкам, 28 миллионов новых



Странам также необходимо обеспечить сбалансированное расширение профилактики и лечения, с тем чтобы в полной мере использовать совместное воздействие обоих факторов.

ВИЧ-инфекций в период с 2005 по 2015 годы - что составляет более половины от общего числа новых ВИЧ-инфекций, которые, по прогнозам, будут зарегистрированы за этот период, - а также сэкономить 24 миллиарда долларов США в виде затрат на сопутствующее лечение (Stover et al., 2006).

Странам также необходимо обеспечить сбалансированное расширение профилактики и лечения, с тем чтобы в полной мере использовать совместное воздействие обоих факторов. По оценкам, в глобальном масштабе осуществление мер с уделением особого внимания только лечению позволит предупредить всего лишь 9 миллионов новых ВИЧ-инфекций. В отличие от этого, одновременное расширение масштабов профилактики и лечения позволит предупредить к концу 2020 года 29 миллионов новых ВИЧ-инфекций (Salomon et al., 2005). На рисунках 6.1 и 6.2 показаны преимущества параллельного

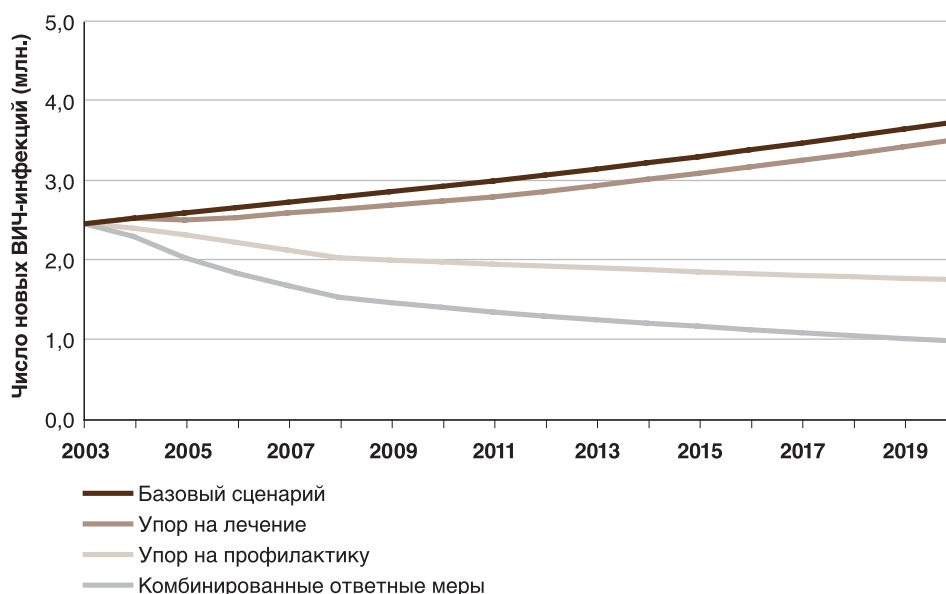
расширения масштабов профилактики и лечения (сценарий осуществления комбинированных ответных мер) по сравнению со сценарием, когда основные меры будут направлены только на профилактику или только на лечение или же при отсутствии и профилактики и лечения (базовый сценарий).

Профилактика передачи ВИЧ половым путем

Незащищенные вагинальные половые контакты являются причиной большей части случаев заражения ВИЧ во всем мире. Для эффективной профилактики передачи ВИЧ половым путем требуются комбинированные программные меры вмешательства и действия в области политики, способствующие более безопасному поведению, снижающие биологическую и социальную уязвимость к передаче инфекции, поощряющие использование ключевых технологий профилактики и способствующие принятию социальных норм, направленных на снижение уровня

РИСУНОК 6.1

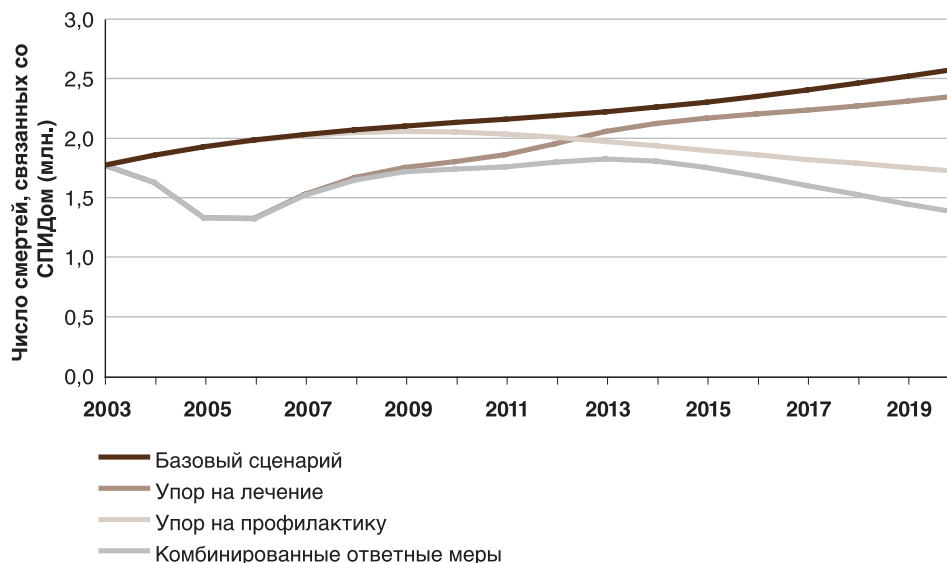
Три сценария возможного воздействия на развитие ВИЧ-инфекции в Африке к югу от Сахары, 2003–2020 гг.



Источник: Salomon JA et al. (2005). Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact.

РИСУНОК 6.2

Три сценария возможного воздействия на смертность в связи со СПИДом в Африке к югу от Сахары, 2003–2020 гг.



Источник: Salomon JA et al. (2005). Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact.

риска, как указано в позиционном документе ЮНЭЙДС по вопросам политики «Усиление профилактики ВИЧ» (см. информацию в конце данной главы).

БОЛЕЕ БЕЗОПАСНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И СЕКСУАЛЬНЫЕ НОРМЫ

Анализ мер профилактики для изменения поведения постоянно свидетельствует о том, что такие программы снижают распространенность рискованного сексуального поведения (Crepaz et al., 2005; Elwy et al., 2002; Merson et al., 2000).

Программы, направленные на изменение поведения, обычно включают основную информацию о вирусе, оценку личного риска, консультирование, выработку навыков, например, навыков договаривания с сексуальными партнерами об использовании презервативов, а также доступ к презервативам и другим технологиям профилактики.

Как рассмотрено в предыдущей главе, программы, направленные на измене-

ние поведения среди целевых групп населения, которым грозит особо высокий риск, относятся к наиболее экономически эффективным существующим мерам вмешательства для профилактики и представляют собой ключевой компонент любой национальной программы профилактики ВИЧ. Несмотря на то что они являются обязательной составляющей всех национальных ответных мер, широкие программы также играют очень большое значение в условиях генерализованных эпидемий или в условиях, где эпидемия вполне может перекинуться из отдельных групп с высоким уровнем распространенности ВИЧ в широкие слои населения. Широкие информационно-просветительские программы, охватывающие население в целом, имеют важнейшее значение для осуществления любых обоснованных мер в ответ на ВИЧ.

Цели изменения поведения для профилактики ВИЧ включают: воздержание или позднее начало половой жизни среди молодых людей;

моногамные отношения; уменьшение числа партнеров; а также правильное и постоянное использование презервативов. Особенно в условиях высокой распространенности ВИЧ эффективная профилактика ВИЧ зачастую требует изменения глубоко укоренившихся традиций и социальных норм, связанных с половой жизнью людей. Учитывая важную роль незащищенных половых контактов с различными партнерами в распространении ВИЧ в Африке к югу от Сахары (Halperin and Epstein, 2004), убеждение сексуально активных людей в необходимости уменьшения числа партнеров и соблюдения принципа моногамии как ценностных норм может оказать критическое влияние с точки зрения обеспечения успешных действий по профилактике ВИЧ в долгосрочном плане. Страны, которым удалось снизить уровень распространенности ВИЧ, добились этого благодаря появлению новых моделей сексуального поведения - снижение уровня передачи инфекции в результате коммерческого секса в Камбодже и Таиланде, более позднее начало половой жизни в Зимбабве, усиление принципа моногамии в Уганде и более частое пользование презервативами.

Презервативы по-прежнему играют жизненно важную роль

Для людей, ведущих половую жизнь, презерватив остается жизненно важным методом профилактики (ЮНФПА и др., 2004). Правильное и постоянное использование мужского презерватива снижает риск передачи ВИЧ через половые контакты на 80-90%: такой коэффициент эффективности превышает коэффициенты эффективности, отмеченные для многих стандартных вакцин, используемых во всем мире (Halperin et al., 2004; Cohen and Farley, 2004). Практические исследования, лабораторные эксперименты и математическое моделирование указывают на то, что женские презервативы также обеспечивают сильную защиту от ВИЧ-инфекции (Hoffman et al., 2004).

Помимо обеспечения доступа к презервативам для особо уязвимых групп населения, усилия по профилактике должны включать в первую очередь поощрение к использованию презервативов всеми взрослыми, ведущими половую жизнь, особенно в странах с генерализованными эпидемиями. Согласно одной глобальной оценке, в

ПОСТОЯННАЯ НЕХВАТКА ПРЕЗЕРВАТИВОВ

По оценкам ЮНФПА, крупнейшего поставщика мужских презервативов для государственного сектора, глобальные поставки презервативов через государственный сектор обеспечивают менее 50% от того количества, которое требуется для адекватного охвата презервативами. По оценкам этого учреждения, разница между поставками и фактическими потребностями составляет 8,3 миллиарда презервативов. В период с 2003 по 2004 годы помощь доноров для программ поставок презервативов увеличилась на 16% и составила 72 миллиона долларов США, однако такое финансирование оказалось почти на 20 миллионов долларов США меньше сумм, затраченных в 2001 году. Для обеспечения достаточных поставок презервативов, с тем чтобы остановить эпидемию СПИДа к 2015 году, уровень финансирования для закупки и распространения презервативов должен быть увеличен в три раза. В 2005 году ЮНФПА предпринял Глобальную программу для повышения уровня обеспечения товарами, необходимыми для защиты репродуктивного здоровья. Эта инициатива, рассчитанная на пять лет, нацелена на то, чтобы активизировать национальные усилия для определения и стимулирования стратегий, осуществляемых самими странами для обеспечения доступа ко всем технологиям, предназначенным для защиты полового и репродуктивного здоровья, включая мужские и женские презервативы.

2003 году презервативы, предоставляемые через государственный сектор, использовали лишь в 21% половых контактов с участием непостоянных партнеров (АМР США и др., 2004).

Многие мужчины отрицательно относятся к презервативам, считая, что использование презерватива снижает сексуальное удовольствие или препятствует сексуальной близости с постоянным партнером. Однако энергичная и постоянная пропаганда презервативов помогает преодолеть такое сопротивление, значительно увеличивая частоту пользования ими. Например, с целью нормализации практики использования презервативов в этом году министерство здравоохранения Бразилии распределило 25 миллионов презервативов во время организации парадов, танцев, увеселительных мероприятий и на улицах во время ежегодного карнавала - это лишь один из компонентов плана правительства по распределению 1,5 миллиарда презервативов в 2006 году. В Сингапуре, после проведения в 1995 году энергичной кампании по пропаганде презервативов среди работников секс-бизнеса и их клиентов, показатель постоянного использования презервативов увеличился с 45% до проведения этого мероприятия до более 95% в 2002

году, при этом среди работников секс-бизнеса было отмечено значительное снижение случаев гонореи (Wong, Chan and Koh, 2004). Помимо социального маркетинга презервативов, они также должны распространяться бесплатно, поскольку даже очень низкие цены на презервативы в магазинах могут препятствовать их применению (Cohen and Farley, 2004).

НЕОТЛОЖНЫЕ ДЕЙСТВИЯ: ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ О ВИЧ-СТАТУСЕ

После постановки диагноза ВИЧ, и в частности при получении соответствующего консультирования, большинство людей предпринимает шаги, чтобы избежать передачи вируса другим людям. Однако, к сожалению, большая часть людей, живущих с ВИЧ, не знает своего серологического статуса.

В настоящее время во всем мире лишь 12% людей, желающих пройти тестирование, имеют для этого возможность (ЮНЭЙДС и др., 2005с). В 2003 году, по оценкам, лишь 0,2% взрослых в странах с низким и средним уровнем доходов, получали услуги по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ (АМР США и др., 2004).

Существует несколько причин, по которым люди, которым грозит риск ВИЧ, не проходят тестирование: боязнь дискриминации, боязнь того,



Там, где руководители и представители работников совместно проводят на рабочих местах кампанию «Узнай свой статус», уровень потребления услуг по тестированию, лечению и профилактике повышается.

Более 340 миллионов людей ежегодно заражаются инфекциями, передающимися половым путем, при этом уязвимость женщин к таким инфекциям выше, чем уязвимость мужчин.



06

что результат теста будет положительным, отсутствие доступа к лечению или отсутствие доступа к услугам по тестированию. Согласно МОТ, боязнь остаться без работы зачастую побуждает людей не пользоваться имеющимися услугами по тестированию. Там, где руководители и представители работников совместно проводят на рабочих местах кампанию «Узнай свой статус», уровень потребления услуг по тестированию, лечению и профилактике повышается. Например, в Руанде профсоюзы, которые создали фонды солидарности для ухода за работниками, имеющими положительный результат тестирования, отмечают, что почти все их члены прошли тестирование на ВИЧ (ЮНЭЙДС/МОТ/МКСПС, 2006).

Признавая насущную потребность в повышении уровня знаний о серологическом ВИЧ-статусе, в июне 2004 года ЮНЭЙДС и ВОЗ представили рекомендации о необходимости дополнения традиционных программ по добровольному консультированию и тестированию широкими услугами для диагностического тестирования на ВИЧ, включая предложение о прохождении стандартного тестирования на ВИЧ в венерологических клиниках, через программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, а также в клинических службах и центрах по

оказанию медицинских услуг на уровне общин в районах с высоким уровнем распространенности ВИЧ, где имеется доступ к антиретровирусным препаратам (ЮНЭЙДС и ВОЗ, 2004).

Рекомендуя широкий подход к тестированию на ВИЧ, ЮНЭЙДС и ВОЗ использовали уроки, полученные в Руанде, где в начале 2004 года национальное правительство приняло постановление, согласно которому государственные и частные медицинские учреждения обязаны предлагать тестирование на ВИЧ в рамках стандартного медицинского обследования - такое изменение в политике привело к быстрому увеличению потребления услуг по тестированию (ВОЗ, 2005а). Например, поскольку почти у половины людей, живущих с ВИЧ, развивается туберкулез, клиники для лечения при туберкулезе представляют собой идеальное место для организации тестирования на ВИЧ и предоставления ВИЧ-инфицированным людям возможностей для получения услуг в связи с ВИЧ. Однако по мере того как эта практика будет применяться в системах здравоохранения, необходимо следить за тем, чтобы стандартное предложение о прохождении тестирования не приводило к навязыванию теста.

Помимо отсутствия служб для тестирования, существуют другие препятствия,

ОБРЕЗАНИЕ: НАСКОЛЬКО ОНО ЭФФЕКТИВНО ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ?

Хотя уже давно появились данные о том, что уровни распространения инфекций среди обрезанных мужчин ниже, чем среди необрезанных, до недавнего времени не проводилось специальных исследований для проверки эффективности обрезания мужчин с точки зрения профилактики ВИЧ (Siegfried et al., 2005; Weiss et al., 2000). В 2005 году исследователи объявили о результатах рандомизированного контролируемого испытания, проведенного с участием 3274 мужчин в возрасте от 18 до 24 лет в Орандж-Фарме, Южная Африка, где почти каждый третий взрослый инфицирован ВИЧ. Испытание, которое проводилось в течение 18 месяцев, показало, что обрезание мужчин снижало риск заражения ВИЧ во время половых контактов более чем на 60% (Auvert et al., 2005). Исследования показывают, что среди прочих возможных методов профилактики обрезание мужчин, вероятно, помогает защититься от ВИЧ-инфекции благодаря удалению клеток в крайней плоти, которые являются точками проникновения вируса (Reynolds et al., 2004).

В июле 2005 года ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ и Секретариат ЮНЭЙДС сообщили о том, что результаты испытаний, проведенных в Южной Африке, требуют своего подтверждения, прежде чем обрезание мужчин будет широко рекомендовано в качестве стандартной меры в рамках комплексных программ профилактики ВИЧ (ЮНФПА и др., 2005). В настоящее время в Кении и Уганде проводятся два исследования для проверки эффективности обрезания мужчин; результаты ожидаются в 2007 году. При проведении испытания в Кении с участием 2776 мужчин используется тот же способ обрезания, который применялся в Южной Африке; в Уганде, где в испытании участвуют 5000 мужчин, используется другой способ обрезания. В рамках обоих испытаний планируется дальнейшее наблюдение за участниками в течение длительного периода для оценки устойчивости возможных наблюдаемых преимуществ и для определения того, оказывает ли эта мера вмешательства какое-либо воздействие на общие уровни рискованного сексуального поведения. Третье испытание, проводимое в Уганде, направлено на оценку степени защиты, которую может обеспечить обрезание мужчин для женщин-партнеров ВИЧ-инфицированных мужчин.

которые необходимо устранить, включая высокие затраты и отсутствие удобств. Практика подтвердила эффективность некоторых подходов. Опыт Объединенной Республики Танзания показал, что исключение личных расходов населения при прохождении теста на ВИЧ помогает значительно увеличить уровень потребления услуг и их экономическую эффективность (Thielman et al., 2006). Другим подходом является уменьшение времени прохождения тестирования. Согласно данным обследования, проведенного среди взрослых в Малави, 90% желающих узнать свой ВИЧ-статус хотели бы знать этот результат в день прохождения тестирования (Degraft-Johnson et al., 2005). Для удовлетворения такого желания можно использовать быстрые тесты на ВИЧ, которые позволяют узнать результат примерно через 20

минут, тем самым людям не надо приходить через несколько дней за своим результатом. В то время как методы быстрого тестирования на ВИЧ не являются чрезмерно сложными, тем не менее это требует подготовки лабораторного персонала. ВОЗ и центры США по контролю и профилактике заболеваний разработали комплексный пятидневный модуль для обучения технике проведения быстрого тестирования, который будет широко использоваться в 2006 году.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Более 340 миллионов людей ежегодно заражаются передающимися лечению инфекциями, передающимися половым путем, при этом уязвимость женщин к таким инфекциям выше чем уязвимость мужчин (ВОЗ, 2005b). Поскольку

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ В ТРАНСПОРТНОМ СЕКТОРЕ

Усилия по профилактике ВИЧ, предназначенные для определенных профессиональных групп, которые зачастую пользуются платными сексуальными услугами во время переезда, оказались весьма успешными. Например, имеются значительные данные о том, что программы профилактики ВИЧ среди водителей грузовиков помогают уменьшить практику незащищенных половых контактов. Например в Тамилнаду, исследования, проведенные после осуществления программы профилактики ВИЧ среди водителей грузовиков, показали, что процент водителей, указавших на наличие у них платных половых контактов, снизился с 14% в 1996 году до 2% в 2003 году. Кроме того, процент водителей, указавших на то, что их последний платный половой контакт был без применения средств защиты, за тот же период снизился с 45% до 9% (МПС, 2005).

Несмотря на то что водители-дальнобойщики чаще имеют случайные половые контакты в связи с длительным отсутствием вдали от своего дома, водители, работающие на короткие расстояния, имеют больше возможностей доступа к общинам, и известны случаи, когда они задерживали товары и продукты питания, требуя в обмен сексуальные услуги. Это чаще всего происходит, когда они перевозят товары, которые являются крайне необходимыми, например, в условиях чрезвычайной ситуации. В таких ситуациях возможности для сексуальной эксплуатации и насилия, а также для незащищенных половых контактов могут увеличиваться, что требует решения (МПП, 2006).

Программы, рассчитанные на водителей грузовиков, оказываются наиболее эффективными, если в их реализации участвуют как работодатели, так и работники. В Южной Африке соглашение между представителями работников и работодателей привело к созданию сети придорожных клиник, которые предоставляют общие медицинские услуги и меры по профилактике ВИЧ (МОТ, 2005). В Малави Мировая продовольственная программа сотрудничает с частными компаниями, неправительственными организациями и правительством для предоставления информации о профилактике ВИЧ, презервативов, лечения при инфекциях, передающихся половым путем, услуг по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ и направления на лечение в связи с ВИЧ водителей грузовиков и работников секс-бизнеса в двух районах страны.

наличие инфекций, передающихся половым путем, повышает риск передачи ВИЧ на несколько порядков (Fleming and Wasserheit, 1999), усилия, направленные на быстрое установление диагноза и проведение лечения при таких инфекциях, являются важнейшим программным компонентом сильных и всесторонних мер в ответ на ВИЧ (Dallabetta and Neilson, 2004). Практика показала, что усиление сотрудничества между программами по профилактике ВИЧ и программами по диагностике и лечению в связи с другими инфекциями, передающимися половым путем, является важным средством для повышения эффективности программ обоих типов.

В то время как имеющееся лечение при инфекциях, передающихся половым путем, представляет собой один из наиболее мощных инструментов профилактики ВИЧ, по-прежнему требуются более эффективные технологии. Гепатит В является единственной инфекцией, передающейся половым путем, против которой имеется профилактическая вакцина, хотя есть данные о том, что вскоре может появиться вакцина для профилактики вируса папилломы человека. Борьба с сифилисом по-прежнему зависит от схем лечения, которые вряд ли изменились за последние 60 лет, поскольку не проводилось системных исследований новых антибиотиков

с целью оценки их потенциала для лечения при сифилисе и других инфекциях, передающихся половым путем (Hook and Peeling, 2004). В настоящее время проводятся два масштабных испытания для оценки эффективности профилактики ВИЧ при широком назначении ацикловира. Если результаты этих испытаний окажутся успешными, это позволит получить относительно недорогое лечение при инфицировании вирусом простого герпеса типа 2, при котором риск передачи ВИЧ повышается в три раза (Freeman et al., 2005).

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Перемещение людей в результате конфликта иногда может повышать риск заражения ВИЧ для пострадавшего населения в результате уменьшения доступа к услугам по профилактике ВИЧ, нарушения функционирования сетей социальной поддержки, усиления вероятности сексуального насилия, более широкого обмена сексуальных услуг на продукты питания, жилье и другие предметы первой необходимости или просто в результате переезда в район с более высоким уровнем распространенности ВИЧ (ЮНЭЙДС и УВКБ ООН, 2005). В Непале, где в результате продолжающегося жестокого конфликта число перемещенных лиц составляет от 200 до 400 тысяч

человек, широкое перемещение населения может привести к ускорению эпидемии ВИЧ в стране. В частности, этот конфликт серьезным образом ограничивает возможности неправительственных организаций для оказания услуг по профилактике ВИЧ в таких условиях хаоса и опасности (Singh et al., 2005).

ЮНЭЙДС и УВКБ ООН рекомендуют, чтобы программы для беженцев включали меры вмешательства, осуществляемые через общины с учетом культурных и языковых особенностей (УВКБ ООН, 2005). В Уганде, где более 220 000 беженцев пользуются теми же медицинскими службами, что и принимающие общины, УВКБ ООН работает с правительством, для того чтобы предоставить беженцам доступ к добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ, скринингу и лечению при инфекциях, передающихся половым путем, и услугам для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. В последнее время были получены данные, которые указывают на рост практики использования презервативов среди беженцев в поселении Киака II в Уганде.

В настоящее время операции по оказанию гуманитарной помощи постоянно включают профилактику ВИЧ.



Своевременное назначение антиретровирусных препаратов ВИЧ-инфицированной беременной женщине и ее новорожденному значительно снижает риск передачи ВИЧ от матери ребенку.

Например, в 2004 году с самого начала осуществления международных мер в ответ на цунами в Азии учреждения ООН и неправительственные организации уделяли приоритетное внимание профилактике ВИЧ.

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Каждый день во всем мире ВИЧ заражаются 1800 детей, причем подавляющее большинство из них новорожденные. Более 85% детей, инфицированных ВИЧ, живут в Африке к югу от Сахары, в то же время показатель передачи ВИЧ от матери ребенку быстро растет в Восточной Европе и Центральной Азии (ЮНИСЕФ, 2005).

Эффективная профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку включает различные стратегии. Это в первую очередь профилактика ВИЧ среди женщин (в том числе включение профилактики ВИЧ в услуги по защите репродуктивного и полового здоровья), профилактика нежелательной беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин, доступ к комплексным услугам по уходу в дородовой период, проведение добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ среди беременных женщин и их партнеров в дородовых женских консультациях и в общине, антиретровирусное лечение для матери и новорожденного и консультирование о стратегиях снижения риска передачи ВИЧ через грудное вскармливание.

Несмотря на то что в настоящее время услуги по профилактике ВИЧ в дородовых женских консультациях осуществляются через пилотные проекты, лишь некоторые страны обеспечили эффективное расширение масштабов таких услуг. В настоящее время в глобальном масштабе чуть менее 8% беременных женщин получают услуги для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (см. главу «Прогресс»). В 2005 году



в Африке к югу от Сахары услуги для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку получали менее 6% беременных женщин.

Своевременное назначение антиретровирусных препаратов ВИЧ-инфицированной беременной женщине и ее новорожденному значительно снижает риск передачи ВИЧ от матери ребенку. Наиболее эффективными, вероятно, являются комбинированные схемы лечения, однако до недавнего времени эти схемы считались слишком дорогими для их широкого применения в странах с низким и средним уровнем доходов. В последние годы проекты по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку в условиях ограниченных ресурсов в первую очередь были направлены на предоставление разовой дозы невирапина матери во время родов и новорожденному, что позволяет снизить риск передачи ВИЧ более чем на 40% (Jackson et al., 2003). Однако исследования показывают, что у женщин, получающих разовые дозы невирапина для профилактики передачи ВИЧ новорожденным детям, может развиваться резистентность к лекарственному препарату, что в свою очередь может снижать эффективность антиретровирусного лечения в будущем (Johnson et al., 2005; Flys et al., 2005; Jourdain et al., 2004). В то время как польза от назначения разо-

УВЯЗЫВАНИЕ МЕР В ОТВЕТ НА ВИЧ С УСЛУГАМИ ПО ЗАЩИТЕ РЕПРОДУКТИВНОГО И ПОЛОВОГО ЗДОРОВЬЯ

Между ВИЧ и половым и репродуктивным здоровьем существует внутренняя взаимосвязь, поскольку более 75% ВИЧ-инфекций передается в результате половых контактов или во время беременности, родов и родоразрешения или через грудное вскармливание. Наличие других инфекций, передающихся половым путем, помимо ВИЧ, увеличивает риск передачи ВИЧ. Кроме такой очевидной прямой взаимосвязи, существуют многие другие причины, имеющие те же корни и влияющие на состояние полового и репродуктивного здоровья, которые связаны с эпидемией, например, гендерное неравенство, бедность, стигма и дискриминация, а также маргинализация людей, уязвимых к ВИЧ (ЮНФПА, 2005).

Опыт учит тому, что усиление взаимосвязи между программами по защите полового и репродуктивного здоровья и программами профилактики ВИЧ может дать важные преимущества с точки зрения общественного здоровья. Обязательство со стороны международного сообщества по усилению взаимосвязи между половым и репродуктивным здоровьем и профилактикой ВИЧ на уровне политики и программ выражено в позиционном документе по вопросам политики ЮНЭЙДС «Усиление профилактики ВИЧ», принятом в июне 2005 года. Этот документ отражает два международных заявления по вопросам политики и построен на них: (i) Нью-йоркский призыв к приверженности: увязывание проблемы ВИЧ/СПИДа с защитой полового и репродуктивного здоровья (ЮНФПА, 2004а); и (ii) Глионский призыв к действиям по планированию семьи в связи с ВИЧ/СПИДом среди женщин и детей (ЮНФПА, 2004б).

ЮНЭЙДС, ЮНФПА и «Фэмили кэйр интернэшнл» обратились с Нью-йоркским призывом к приверженности в июне 2004 года во время консультации высокого уровня, на которой была подчеркнута критическую потребность в установлении взаимосвязи между услугами по профилактике ВИЧ и защите полового и репродуктивного здоровья. Отмечая, что отсутствие взаимосвязи между этими системами снижает эффективность глобальных усилий, инициаторы Глионского призыва к действиям призвали выделить ресурсы, необходимые для содействия взаимосвязи между профилактикой ВИЧ и защитой полового и репродуктивного здоровья, включить такую взаимосвязь в национальные планы и бюджеты в области развития и обеспечить координированные и последовательные меры в ответ на ВИЧ, основанные на «трех принципах» (см. главу «Национальные ответные меры»).

вой дозы невирапина перевешивает риск возникновения резистентности в условиях с ограниченными ресурсами, неотложным глобальным приоритетом является разработка доступных по цене схем лечения с низкими характеристиками резистентности к препарату.

Длительное грудное вскармливание, применяемое ВИЧ-инфицированными матерями, значительно увеличивает риск передачи ВИЧ младенцу. Грудное вскармливание является предпочтительным по сравнению с искусственным вскармливанием в первые шесть месяцев

жизни, независимо от ВИЧ-статуса матери, поскольку заместительное вскармливание таит в себе более высокий риск смерти для младенца по сравнению с кормлением младенца грудью ВИЧ-инфицированной матерью в первые месяцы (Ross and Labbok, 2004). ВИЧ-инфицированным матерям рекомендуется отнимать младенца от груди в раннем возрасте, чтобы избежать длительного воздействия на младенца и исключить комбинированное применение грудного и искусственного вскармливания, которое, вероятно, увеличивает риск передачи инфекции. Сложная взаимосвязь между

По оценкам ЮНЭЙДС, половина всех новых ВИЧ-инфекций регистрируется среди людей моложе 25 лет.



06

грудным вскармливанием и риском передачи ВИЧ новорожденному подчеркивает важность проведения широкого консультирования впервые рожаящих ВИЧ-инфицированных матерей по вопросам грудного вскармливания с учетом культурных особенностей. Исследования, проводимые в настоящее время, направлены на изучение потенциала длительного курса лечения невирапином для снижения риска передачи ВИЧ через грудное вскармливание.

Поскольку женщины и домохозяйства, получающие услуги для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, имеют разнообразные, зачастую доминирующие над всем потребности, для расширения таких услуг требуются широкие инвестиции в программы, которые далеко не ограничиваются предоставлением консультаций и проведением краткосрочных курсов антиретровирусного лечения в дородовых женских консультациях. Основанная в 2002 году, инициатива «ППМР-плюс», осуществляемая Медицинской школой имени Майлмана при Колумбийском университете в Соединенных Штатах, направлена на ускорение потребления услуг по профилактике ВИЧ благодаря обеспечению долгосрочного доступа к антиретровирусным препаратам для женщин, охваченных

программами профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. В начале 2006 года эта инициатива обеспечивала поддержку 13 центрам в 9 странах Африки и Азии и предоставляла уход и лечение при ВИЧ более чем для 8000 человек.

В 2004 году МПП выпустила формальное практическое руководство по вопросам включения продовольственной и диетической помощи в программы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. В Руанде МПП оказывает продовольственную помощь начиная с седьмого месяца беременности до исполнения ребенку одного года. Такая помощь не только помогает улучшить здоровье ВИЧ-инфицированных матерей и их новорожденных, но также помогает уменьшить экономическое бремя, связанное с рождением ребенка и ВИЧ-инфекцией (МПП, 2004).

Примером такой интеграции в действие является Ассоциация по планированию семьи Кении. Тесно сотрудничая с Международной федерацией планируемого родительства, Ассоциация по планированию семьи Кении разработала модель услуг, которая предлагает комплексный уход для защиты полового и репродуктивного здоровья, включая широкий диапазон услуг в связи с ВИЧ, в том числе антиретровирусное лечение

ИЗМЕНЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ СО СТОРОНЫ МУЖЧИН И МАЛЬЧИКОВ

Установление новых гендерных норм требует изменения отношения и практики со стороны мужчин и мальчиков. В настоящее время Международная федерация планируемого родительства реализует ряд проектов во всем мире, с тем чтобы вовлечь мужчин в мероприятия, направленные на выработку более здоровых норм. Например, в рамках инициативы по наращиванию потенциала для защиты полового и репродуктивного здоровья на Гаити помощь со стороны этого фонда позволила проекту PROFAMIL (гаитянская ассоциация содействия семье) помочь женщинам и мужчинам договориться о принятии решений по половым вопросам и признать, что оба партнера должны совместно принимать решение об использовании презерватива (ИППФ, 2003а). С целью изменения гендерного отношения со стороны мужчин и содействия коммуникации между мужчинами и женщинами по вопросу использования презервативов этот фонд спонсировал проект в Кении, в рамках которого создавались клиники для мужчин, проводились мотивационные занятия для того, чтобы побудить мужчин пользоваться презервативами, и применялись различные подходы для информирования, просвещения и коммуникации среди мужчин (ИППФ, 2003б). В Бразилии эта организация оказывает поддержку дискуссионным группам для мужчин, где мужчины поощряют к изменению определенных представлений о сексуальности и о роли мужчин в охране полового и репродуктивного здоровья.

для людей, живущих с ВИЧ. Эта инновационная программа, осуществляемая ассоциацией, предлагает антиретровирусное лечение в центрах полового и репродуктивного здоровья. Все девять клиник этой ассоциации предоставляют добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ; некоторые из них предлагают услуги по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку в рамках медицинских услуг для матерей; и четыре из девяти клиник предоставляют антиретровирусное лечение. Предоставление антиретровирусного лечения входит в инициативу ВАСКУР (создание альянсов - создание знаний - информирование партнеров в борьбе против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии), осуществляемую немецким агентством развития «Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit» (Агентство для технического сотрудничества Германии). Таким образом, Ассоциация по планированию семьи Кении продемонстрировала, что предоставление антиретровирусного лечения в центрах полового и репродуктивного здоровья возможно и целесообразно. Существующая при этих клиниках сильная сеть волонтеров, оказывающих услуги по защите

здоровья через общины, обеспечивает отличную инфраструктуру для проведения антиретровирусного лечения и имеет хорошие перспективы для охвата бедных и маргинализированных групп населения этим сохраняющим жизнь лечением.

Профилактика ВИЧ среди женщин и девочек: глобальный приоритет

Существуют широкие данные, подтверждающие, что инициативы по профилактике ВИЧ, предназначенные специально для женщин, помогают снизить риск заражения ВИЧ. Тем не менее количество программ профилактики, предназначенных для удовлетворения особых потребностей женщин и девочек и основанных на доказательной информации, все еще остается слишком малым. Такие программы крайне необходимы. Большая часть стратегий по профилактике ВИЧ все еще не включает в достаточно эффективной мере гендерные параметры профилактики, лечения и смягчения воздействия ВИЧ. Женщины физиологически более

Вопреки широко распространенным страхам или стереотипам, проведенные широкие исследования показали, что половое воспитание, как правило, не ведет к усилению сексуальной активности.



06

уязвимы к передаче ВИЧ половым путем по сравнению с мужчинами, и в то же время они сталкиваются с самыми различными социальными, экономическими и правовыми факторами, которые в значительной мере ограничивают их возможности для защиты от ВИЧ-инфекции. Во многих странах замужние женщины почти не имеют возможностей настаивать на том, чтобы воздерживаться от секса или чтобы их мужья пользовались при этом презервативом, даже если они подозревают, что у них есть незащищенные половые контакты на стороне.

Эффективная профилактика ВИЧ для женщин включает много компонентов: простой доступ к услугам и товарам для профилактики ВИЧ; интенсивные исследования для разработки новых методов профилактики, которые могут контролировать женщины; реформы в области политики для снижения уязвимости женщин к ВИЧ-инфекции; а также долгосрочные усилия для разработки новых гендерных норм и воздействия на поведение и отношение со стороны мужчин и мальчиков. Для реализации этих компонентов потребуются устойчивые меры пропаганды; по этой причине в 2004 году ЮНЭЙДС создала Глобальную коалицию по проблемам женщин и СПИДа.

Эта коалиция стремится повысить глобальное понимание растущего бремени, которое эпидемия налагает на женщин и девочек, и активизировать эффективные действия для устранения различных источников уязвимости женщин к ВИЧ-инфекции. Эта коалиция объединяет широкий круг заинтересованных участников - включая группы гражданского общества, сети женщин, живущих с ВИЧ, правительства и учреждения ООН - для пропаганды политики, направленной на устранение основных факторов гендерного неравенства и способствующей расширению возможностей женщин.

РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИН И ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО

Однако предоставляемые клинические услуги и товары для профилактики ВИЧ далеко не достаточны для того, чтобы сдержать развитие эпидемии среди женщин и девочек. В конечном итоге для эффективной профилактики ВИЧ среди женщин потребуются реформы в области политики, которые обеспечат расширение возможностей женщин и содействие гендерному равенству. В основе эффективных мер профилактики для женщин лежит сильная приверженность принципу всеобщего образования (см. главу «Уменьшение последствий»). Повышение уровня

образования для девочек ассоциируется с более поздним вступлением в брак, снижением фертильности, более частым обращением за медицинской помощью, уменьшением практики увечья половых органов и снижением риска ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем (Grown et al., 2005).

Другие действия в области политики, способствующие профилактике ВИЧ среди женщин и девочек, включают правовую реформу для обеспечения прав женщин на владение собственностью и наследование, применение сильных юридических мер для защиты женщин от насилия, в том числе через суд, усиление глобального и регионального сотрудничества для борьбы с торговлей людьми и включение гендерных вопросов в программы и политику. Руководители органов управления, религиозных организаций, предприятий и средств информации должны активно возглавлять действия, направленные на обеспечение равенства и расширение возможностей для женщин, а сектору образования необходимо осуществлять приоритетные инициативы для привития здоровых гендерных норм мальчикам.

Защита молодых людей

По оценкам ЮНЭЙДС, половина всех новых ВИЧ-инфекций регистрируется среди людей моложе 25 лет. Риск заражения молодых людей ВИЧ тесно связан с возрастом начала половой жизни (Pettifor et al., 2004). Таким

образом, воздержание от половых контактов и более позднее начало половой жизни являются основными целями профилактики ВИЧ среди молодежи (Santelli et al., 2006). Для многих молодых людей, ведущих половую жизнь, доступ к комплексным услугам по профилактике, включая просвещение по вопросам профилактики и предоставление презервативов, является глобальной насущной потребностью для защиты их здоровья и основным правом человека.

Молодые люди, нуждающиеся в услугах по профилактике ВИЧ, включают мужчин и женщин, школьников и молодых людей, не посещающих школу, молодежь, не имеющую сексуального опыта, а также молодых людей, ведущих половую жизнь, и существенный процент молодых людей (особенно девочек), которые уже состоят в браке. Единого подхода к профилактике, который обеспечил бы различные потребности всех молодых людей, уязвимых к ВИЧ-инфекции, не существует.

Для того чтобы услуги по профилактике ВИЧ среди молодежи были эффективными, они должны быть широко доступными, основанными на доказательной информации, учитывать права человека, возраст и гендерные особенности, а также должны помогать молодым людям вырабатывать жизненные навыки для снижения их уязвимости. Такие услуги также должны предоставляться молодым людям, живущим с ВИЧ, и поддержи-

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕАТРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

В Буркина-Фасо Международный профсоюз строительных рабочих поддерживает театральную группу, которая использует музыку, театр и поэзию для просвещения общин по проблеме ВИЧ. Эта группа, называемая Yamwekre, что означает «обостри свое сознание», охватила своими мероприятиями более 10 000 человек. После каждого представления проводятся дискуссии. Эта группа уделяет особое внимание работе с молодыми людьми и их родителями. Поскольку хорошая практика подчеркивает участие детей в разработке программ, нацеленных на них, детей из 30 школ пригласили принять участие в конкурсе при выборе тем для включения их в работу этой театральной группы.

вать сбалансированные и комплексные стратегии по профилактике, способствующие воздержанию, верности, равенству женщин и расширению их возможностей, уменьшению числа партнеров и постоянному использованию презервативов (ЮНИСЕФ, 2005). Сами молодые люди часто могут обеспечить эффективное предоставление услуг по профилактике ВИЧ для своих сверстников и тем самым играть важную роль в разработке, реализации и оценке программ профилактики ВИЧ, ориентированных на молодежь.

Открытое обсуждение вопросов секса необходимо для предоставления эффективных услуг по профилактике ВИЧ для молодежи. В некоторых культурах многие молодые люди, особенно девочки, стремящиеся сохранить свою девственность, могут заниматься анальным или оральным сексом, считая, что такое поведение не является сексом. Прикрытое или эвфемистическое обсуждение сексуальности может непреднамеренно привести к устойчивости таких неверных представлений, что потенциально ставит молодых людей в положение риска заражения ВИЧ-инфекцией.

ШКОЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ

Обеспечение молодым людям возможности для посещения школы или других возможностей для получения знаний играет критическую роль

в профилактике ВИЧ. Более высокий уровень образования не только связывается с более безопасным сексуальным поведением и более поздним началом половой жизни (ЮНИСЕФ, 2005; Prata, Vahidnia and Fraser, 2005), но само посещение школы дает учащимся возможность участвовать в школьных программах полового воспитания и профилактики ВИЧ. В ходе обзорного анализа исследований школьных программ профилактики ВИЧ в Африке было установлено, что 10 из 11 проведенных исследований показали значительное улучшение знаний молодежи по проблеме ВИЧ, при этом все исследования, включавшие оценку отношения учащихся, показали позитивные изменения в поведении. Этот анализ позволил получить данные, подтверждающие, что школьные программы позволяют отложить начало половой жизни, уменьшить число сексуальных партнеров и усилить практику использования презервативов, хотя выработка устойчивого изменения в поведении, вероятно, является более трудной задачей по сравнению с увеличением знаний (Gallant and Maticka-Tyndale, 2004).

Вопреки широко распространенным страхам или стереотипам, проведенные широкие исследования показали, что половое воспитание, как правило, не ведет к усилению сексуальной активности (Kirby et al., 2005; Cowan, 2002). В последние годы программы пропаганди-

ДЕТСКАЯ ТЕЛЕПЕРЕДАЧА УЧИТ ТЕРПИМОСТИ

В Южной Африке передача «Улица Сезам в Такалани» используется для обучения детей в связи с ВИЧ и СПИДом. Телепередача «Улица Сезам», впервые предпринятая в Соединенных Штатах в 1969 году компанией «Паблик бродкэстинг систем», была показана в Южной Африке в 1996 году, а в 2000 году была создана национальная версия этой передачи при поддержке Агентства международного развития Соединенных Штатов и Департамента образования Южной Африки. В сентябре 2002 года в этом шоу приняла участие пятилетняя кукла-девочка по имени Ками. Она сирота, чья мама умерла от заболевания, вызванного СПИДом, а ее роль заключается в том, чтобы придать человеческое лицо людям, живущим с ВИЧ, и исключить их стигматизацию, а также способствовать проведению широких дискуссий по вопросам о том, как справиться с болезнью и утратой.

рующие воздержание как единственную стратегию профилактики ВИЧ для молодежи, привлекли значительное внимание исследователей, лиц, занимающихся реализацией программ, лиц, вырабатывающих политику, сторонников и лиц, комментирующих эти программы. Основываясь на широком опыте, полученном в странах с низким и средним уровнем доходов, а также в странах с высоким уровнем доходов, специалисты по вопросам здоровья подростков в основном соглашались с тем, что комплексные программы профилактики ВИЧ - которые также пропагандируют использование презервативов среди тех, кто ведет половую жизнь, и более позднее начало половой жизни - представляют собой наиболее эффективный подход к профилактике ВИЧ среди молодежи. В январе 2006 года Общество подростковой медицины выпустило официальное заявление о своей позиции, в котором оно поддерживает «комплексный подход к снижению сексуального риска, включая воздержание, а также правильное и постоянное использование презервативов и противозачаточных средств среди подростков, которые ведут половую жизнь» (Santelli et al., 2006).

Однако школьные программы по профилактике ВИЧ не могут охватить молодых людей, не посещающих школу. Предоставление питания в

школах помогает привлечь уязвимых детей и обеспечить им доступ к образованию, включая просвещение по вопросам ВИЧ. МПП сотрудничает с правительствами, неправительственными организациями и учреждениями ООН для того, чтобы включать просвещение в целях профилактики ВИЧ в программы школьного питания, тем самым обеспечивая две цели по защите молодых людей.

Учитывая взаимосвязь между ВИЧ-инфекцией и употреблением инъекционных наркотиков (см. главу «Риск»), программы по профилактике ВИЧ для молодежи должны включать действенную информацию для профилактики наркомании, основанную на достоверных фактах. Инициативы по профилактике ВИЧ, ориентированные на молодежь, также должны быть направлены на устранение многочисленных других факторов, повышающих риск передачи ВИЧ, таких как насилие, включая сексуальное насилие. Кроме того, необходимы программы, обеспечивающие потребности в профилактике ВИЧ миллионов детей школьного возраста, не посещающих школу (см. главу «Уменьшение последствий»).

В 2005 году в ответ на неотложную потребность в профилактике ВИЧ среди молодежи ЮНЭЙДС и



Есть эффективные меры предотвращения передачи ВИЧ для основных источников заражения через кровь — употребление инъекционных наркотиков, инъекции в больничных условиях и переливание крови, — хотя многие страны используют эти высокоэффективные меры неадекватно.

ЮНИСЕФ, при поддержке ЮНФПА и ЮНЕСКО, инициировали кампанию «Объединимся ради детей, объединимся против СПИДа», которая направлена среди прочего на достижение цели, поставленной в Декларации о приверженности 2001 года и предусматривающей сокращение к 2010 году на 25% распространенности ВИЧ среди молодежи.

ПРОСВЕЩЕНИЕ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ ЧЕРЕЗ СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ

Средства массовой информации играют важную роль в повышении уровня информированности и понимания проблемы ВИЧ и тем самым в профилактике ВИЧ. Анализ ориентированной на молодежь кампании, проводимой в Замбии под лозунгом «Помогай друг другу действовать ответственно и сообща» (HEART), показал, что доля молодых людей, которые воздерживались от секса, была выше на 60% среди тех, кто участвовал в этой кампании, по сравнению с теми, кто в ней не участвовал, причем первые более чем в два раза чаще пользовались презервативами (Underwood et al., 2006). Точно так же проведение кампании в средствах массовой информации с целью улучшения навыков межличностного общения среди молодежи в Камеруне привело к увеличению на 32% показателя использования презерватива во время последнего акта с постоянным партнером (Meekers, Agha and Klein, 2005). Для получения успешных результатов репортеры и редакторы сами должны иметь правильные знания по поводу ВИЧ. Отсутствие этого может иметь серьезные последствия, о чем свидетельствуют три тематических исследования, проведенных в Гвинее, Судане и Уганде. В каждом случае неточная, искажающая и стигматизирующая подача фактов о ВИЧ и беженцах в средствах информации могла привести к неблагоприятному отношению со стороны местного населения и дискриминации беженцев (Lowicki-Zucca, Spiegel and Ciantia, 2005).

Со времени проведения Генеральным секретарем ООН Кофи Аннаном в январе 2004 года специального совещания для руководителей средств информации с целью создания Глобальной инициативы по СПИДу для средств информации участие средств информации в ответных мерах на глобальном уровне значительно усилилось. Совещания руководителей средств информации регионального и национального уровня были проведены в Москве и Нью-Дели, а в ноябре 2004 года 100 творческих работников из 35 информационных компаний приняли участие в первой встрече с целью широкого включения информации о профилактике ВИЧ в развлекательные программы. Организация «Трансатлантические партнеры против СПИДа» и проект Negroes Project провели широкие просветительские кампании соответственно в Российской Федерации и Индии. В октябре 2005 года во время встречи в Йоханнесбурге руководители средств информации стран Африки приняли Олд-фортскую декларацию по ВИЧ/СПИДу, в которой они призвали усилить действия региональных средств информации, включив проблемы ВИЧ и СПИДа в стратегические рабочие планы информационных компаний.

Увязывание доступа к лечению с профилактикой ВИЧ

В настоящее время глобальные усилия, направленные на предоставление всеобщего доступа к лечению людям, живущим с ВИЧ (см. главу «Лечение и уход»), обеспечивают критическую возможность для усиления и ускорения мер по профилактике ВИЧ. Имеющиеся проверенные факты показывают, что расширение доступа к лечению повышает уровень информированности, снижает стигму, усиливает практику использования услуг для тестирования на ВИЧ и содействует мобилизации общин, пострадавших от ВИЧ (Глобальная рабочая группа

по профилактике ВИЧ, 2004). Многие люди считают, что антиретровирусные препараты могут снизить вероятность передачи ВИЧ-инфекции во время полового контакта, хотя эта гипотеза не обоснована данными.

Между профилактикой ВИЧ и лечением при ВИЧ существует сложная динамика. По мере расширения доступа к лечению в странах с ограниченными ресурсами будет улучшаться здоровье и качество жизни и увеличиваться продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных, что может создать новые возможности для передачи вируса половым путем. В то же время оптимизм по поводу лечения или неправильные представления о воздействии антиретровирусных препаратов также может привести к тому, что некоторые люди станут чаще допускать рискованное поведение. Озабоченность по поводу такого возможного эффекта небезосновательна. Результаты исследования, проведенного в Соединенных Штатах среди 1168 ВИЧ-инфицированных женщин, показали, что проведение антиретровирусного лечения было связано с увеличением вероятности незащищенных половых контактов (Wilson et al., 2004). При проведении обследования среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Сан-Пауло было обнаружено, что

мужчины, которые были настроены оптимистично в связи с возможностью проведения лечения при ВИЧ, намного чаще практиковали незащищенный секс (da Silva et al., 2005).

УСЛУГИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Одной из стратегий максимального использования преимуществ расширения доступа к лечению с точки зрения профилактики является расширение услуг по профилактике для людей, живущих с ВИЧ. В то время как большинство людей, имеющих положительный результат теста на ВИЧ, принимают меры предосторожности, чтобы избежать заражения этим вирусом других людей, исследования показывают, что меньшинство людей с диагнозом ВИЧ-инфекция зачастую сталкиваются с трудностями в связи с принятием и поддержанием более безопасной сексуальной практики (Denning and Campsmith, 2005). Было проведено относительно небольшое число исследований для определения эффективности поведенческих мер вмешательства среди людей, живущих с ВИЧ, однако новые данные указывают на то, что такие программы позволяют эффективно снизить вероятность того, что люди, инфицированные ВИЧ, будут участвовать в половых контактах, которые могут привести к передаче



В конечном итоге во всем мире самые большие надежды на обращение вспять эпидемии СПИДа возлагаются на профилактическую вакцину.

ПОДДЕРЖКА ДВИЖЕНИЯ ЗА РАЗРАБОТКУ МИКРОБИЦИДОВ

В свете критической потребности в получении ненавязчивых технологий профилактики, которые могут контролировать женщины, во всем мире все больше энергии направляется на проведение исследований с целью разработки местных микробицидов, защищающих от передачи ВИЧ во время вагинального контакта (Weber et al., 2005; Moore, 2005). Микробициды включают гели, кремы и другие вещества, которые можно помещать во влагалище для снижения риска передачи ВИЧ. Считается, что микробициды также могут оказаться действенным средством для защиты от передачи ВИЧ и других микроорганизмов, передающихся половым путем, во время ректального контакта, хотя исследования и разработки для получения такого продукта находятся на значительно менее продвинутой стадии по сравнению с вагинальными микробицидами. В настоящее время разрабатывается более 60 потенциальных вагинальных микробицидов, включая 5 микробицидов, которые проходят проверку в рамках широкомасштабных испытаний на людях в ходе фазы III в 10 странах.

Начиная с 2000 года объем расходов государственного и благотворительного сектора для проведения исследований и разработок с целью получения микробицидов увеличился более чем в 2 раза (см. главу «Финансирование»). В 2005 году во Всемирный день борьбы со СПИДом правительства Великобритании, Дании, Ирландии и Швеции объявили о выделении почти 30 миллионов долларов США в рамках новой программы финансирования Международного партнерства по разработке микробицидов, что является результатом постоянной пропаганды, проводимой международным партнерством и другими партнерами, такими как Всемирная кампания по разработке микробицидов и Альянс за разработку микробицидов.

этого вируса другим людям (Szeraz et al., 2005). В Уганде включение консультирования по вопросам профилактики ВИЧ в программу антиретровирусного лечения на дому в сочетании с добровольным консультированием и тестированием на ВИЧ для всех партнеров людей, получающих антиретровирусное лечение, привело к снижению частоты незащищенных половых контактов на 70%, а среди супружеских пар на 85% (Bunnell, 2006).

В результате расширения доступа к лечению миллионы людей, живущих с ВИЧ, периодически посещают центры по уходу за здоровьем для мониторинга за результатами лечения. Это предоставляет важные возможности для проведения и усиления профилактики ВИЧ для людей, живущих с ВИЧ (Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ, 2004; ЦКЗ, 2003). Результаты исследования, проведен-

ного в шести клиниках для лечения при ВИЧ в Калифорнии, показали, что проведение кратко консультирования медицинскими специалистами с целью профилактики ВИЧ привело к снижению числа случаев незащищенного секса на 38% среди ВИЧ-инфицированных пациентов, осмотренных в клинике (Richardson et al., 2004).

Безопасная инъекционная практика и медицинские меры предосторожности

Несмотря на то что ежегодно число случаев инфицирования ВИЧ через кровь значительно меньше числа случаев передачи ВИЧ через половые контакты, прямой контакт с кровью, инфицированной ВИЧ, является наиболее действенным средством передачи инфекции. Существуют эффективные меры, позволяющие предупредить передачу ВИЧ через основные источники

заражения через кровь - употребление инъекционных наркотиков (см. главу «Риск»), инъекции в больничных условиях и переливание крови, - хотя во многих странах эти высокоэффективные инструменты используются неадекватно.

Небезопасная инъекционная практика в больничных условиях обуславливает, по оценкам, 5% новых ВИЧ-инфекций в глобальном масштабе, в том числе 2,5% новых инфекций в Африке к югу от Сахары (Hauri, Armstrong and Hutin, 2004). Несмотря на то что на небезопасные инъекции приходится намного меньше случаев новых ВИЧ-инфекций, чем на половые контакты (Schmid et al., 2004), по оценкам, в 2003 году около 250 000 человек заразились ВИЧ через больничные инъекции; это подчеркивает потребность в том, чтобы все национальные программы по профилактике ВИЧ включали информацию о необходимости строгого соблюдения мер по контролю за инфекцией в больничных условиях, включая запрет на повторное использование инъекционного инструментария. Использование относительно недорогих саморазрушающихся шприцев помогает предупредить передачу ВИЧ в больничных условиях, поскольку это исключает повторное использование шприцев и устраняет риск случайного укола. Международные руководящие

принципы рекомендуют использовать саморазрушающиеся шприцы в качестве инструментария для проведения иммунизации (ВОЗ и др., 1999).

В то время как использование саморазрушающихся шприцев для проведения стандартной иммунизации значительно выросло в последние годы, 38% стран с низким и средним уровнем доходов не использовали такие шприцы в своих национальных программах вакцинации в 2004 году (ВОЗ, 2005с). Глобальный альянс по проблемам вакцинации и иммунизации внес значительный вклад в применение более безопасной инъекционной практики во всем мире, профинансировав закупку и поставку около одного миллиарда саморазрушающихся шприцев за период с 2000 по 2005 годы.

Предупреждение небезопасной инъекционной практики является лишь одним из компонентов более широких мер, направленных на обеспечение контроля за инфекцией в больничных условиях и в условиях чрезвычайной ситуации, когда работники могут иметь контакт с кровью и другой физиологической жидкостью. Этот риск может быть значительно снижен, если работники будут выполнять универсальные меры предосторожности, которые включают постоянное пользование перчатками и другими средствами защиты для профилактики производственного риска, безопасную утилизацию острых предметов и своевременное назначение четырехнедельного профилактического курса антиретровирусных препаратов (ЦКЗ, 2001). Если работники могут иметь контакт с кровью или другой физиологической жидкостью во время своей работы, работодатели обязаны обучать этих работников методам контроля за инфекцией и обеспечивать постоянный доступ к средствам защиты и профилактики после контакта.



БЕЗОПАСНОСТЬ КРОВИ

Если на ранних стадиях эпидемии важным источником передачи ВИЧ было переливание крови, со временем частота заражения ВИЧ через кровь уменьшилась по мере того, как страны начали применять рекомендуемые стратегии для усиления безопасности запасов крови. Невзирая на прогресс, достигнутый в последнее время, обеспечение безопасности запасов крови остается особой проблемой во время чрезвычайной ситуации, когда инфраструктура здравоохранения нарушается в результате войн, актов гражданского неповиновения, катастроф или эпидемий.

Одной из важных мер, которые должны использовать системы общественного здравоохранения, является снижение, а в конечном итоге прекращение практики оплаты за донорскую кровь и расширение практики использования доноров-добровольцев, среди которых вероятность наличия таких инфекционных заболеваний, как ВИЧ и гепатит, является низкой. Лишь 40 стран в мире используют на 100% донорскую кровь, которую дают добровольцы. В то же время некоторые страны добились значительного прогресса в этом направлении. Например, в Китае процент донорской крови, забираемой у доноров-добровольцев, увеличился с 22% в 1998 году до 94,5% в 2005 году (Министерство здравоохранения Китая, 2006).

Национальные программы профилактики должны везде включать все основные меры в области политики и программ, однако нужный акцент конкретных мер профилактики ВИЧ может отличаться, завися от природы и серьезности национальных и субнациональных эпидемий ВИЧ.

Технологии профилактики

Несмотря на то что существующие стратегии профилактики являются высокоэффективными, они имеют важные ограничения. Существующие средства для профилактики передачи ВИЧ половым путем не являются на 100% эффективными, не обеспечивают защиту в течение всей жизни и обычно зависят от правильного и постоянного их применения при каждом половом контакте, а также от способности человека договориться со своим партнером об использовании презерватива. Имеющиеся возможности для профилактики в частности недостаточны для женщин, у которых нет доступа к ненавязчивым методам профилактики, контролируемым ими самими.

В то же время в последние годы наблюдается ускорение действий, направленных на разработку новых подходов к профилактике. К началу 2006 года были предприняты широкие исследования с участием человека для оценки эффективности профилактики ВИЧ с использованием микроцидов, женской диафрагмы и обрезания взрослых мужчин; кроме того, ведутся работы по разработке вакцин.



ПОДДЕРЖКА ИССЛЕДОВАНИЙ

Несмотря на то что прогресс в области исследований для получения вакцин против ВИЧ был медленным, проведение таких исследований остается одним из насущных научных приоритетов во всем мире. В Таиланде проводятся испытания в рамках фазы III для оценки эффективности вакцины на основе переносчика канареечной оспы, содержащего генетические компоненты ВИЧ. Существуют другие вакцины-кандидаты, которые находятся на ранней стадии разработки; соответствующие клинические испытания проводятся в Африке, Азии, Австралии, Европе, Южной и Северной Америке.

В то же время различные сложные научные проблемы замедлили процесс разработки вакцины. Отсутствуют идеальные модели животных для тестирования ВИЧ, не известны корреляты иммунитета, вирус может передаваться различными путями, во всем мире отмечается значительная вариабельность вируса.

В попытке преодолеть препятствия на пути ускоренной разработки вакцины различные партнеры создали в 2003 году Глобальное предприятие по разработке вакцины против ВИЧ/СПИДа. Это альянс различных независимых исследовательских организаций, созданный специально для усиления стратегического сотрудничества в целях разработки вакцины против ВИЧ. После проведения широких дискуссий в рабочих группах для обсуждения ключевых научных препятствий и барьеров в области логистики на пути ускоренной разработки вакцины это предприятие опубликовало в 2005 году стратегический научный план, который является руководством по вопросам сотрудничества и выделения ресурсов основными участниками в этой области (Глобальное предприятие по разработке вакцины против ВИЧ/СПИДа, 2005).

Член-основатель Глобального предприятия по разработке вакцины против

ВИЧ/СПИДа Международная инициатива по разработке вакцины против СПИДа - которая в этом году отметила свою десятую годовщину - создала несколько научно-исследовательских консорциумов для повышения уровня понимания механизмов действия живых аттенюированных вакцин и требований к получению антител к ВИЧ с широким спектром нейтрализации. С момента своего создания эта инициатива предложила пять вакцин-кандидатов для исследований на людях и мобилизовала примерно 300 миллионов долларов США для финансирования новых исследований с целью разработки вакцин против ВИЧ.

Усилилась политическая поддержка процесса разработки вакцин против ВИЧ, а также увеличился объем выделяемых средств (см. главу «Финансирование»). В октябре 2005 года 2000 руководителей африканских стран, международных ученых и участников процесса разработки вакцин собрались в Яунде, Камерун, для разработки стратегий, касающихся законодательства и других мер в области политики, с целью обеспечения региональной готовности к проведению испытаний вакцин. Руководители восьми ведущих промышленно развитых стран подтвердили свое обязательство по оказанию помощи при проведении широких научных работ для разработки вакцины во время ежегодного саммита, состоявшегося в Глениглсе в 2005 году.

ПРЕПЯТСТВИЯ НА ПУТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ И РАЗРАБОТОК

Ускорение темпов научных исследований для поиска новых подходов к профилактике ВИЧ представляет собой лишь один из результатов нового подхода к глобальному здравоохранению, который поддерживается благодаря сильной и устойчивой активности и новым источникам финансирования. В то же время клинические испытания в целях профилактики ВИЧ зачастую оказываются сложными и дорогостоящими, что требует постоянного привлечения

в течение ряда лет тысяч неинфицированных добровольцев. По оценкам, в период с 2004 по 2010 годы для проведения клинических испытаний потребуется не менее 96 000 добровольцев, с тем чтобы предупредить задержку в процессе разработки потенциально перспективных новых средств для профилактики ВИЧ.

Исследования в поисках средств профилактики часто могут вызывать сильные противоречия. Например, критика со стороны активистов в связи с правильностью проведения запланированных исследований с участием ряда стран привела к прекращению в 2005 году испытаний в Камбодже и Камеруне, где предполагалось проверить антиретровирусный препарат тенофовир для профилактики до контакта. Опыт работы с тенофовиром подчеркивает потребность в том, чтобы исследователи вовлекали широкий круг заинтересованных участников на национальном уровне и на уровне общин в процесс планирования и проведения испытаний с целью профилактики (ЮНЭЙДС, 2006; Международное общество по СПИДу, 2005). В 2005 году ЮНЭЙДС инициировала глобальную консультацию для обеспечения информированного процесса разработки руководящих принципов создания устойчивого партнерства между исследователями в области профилактики ВИЧ и основными заинтересованными сторонами.

Адекватные условия в области политики

Реализация сильной национальной программы по профилактике ВИЧ предусматривает не только выбор соответствующего набора программных действий. Это также требует наличия сильных национальных рамок в области политики, которые обеспечат более безопасное поведение, снижение уязвимости, обеспечение максимального доступа и эффективности услуг по профилактике ВИЧ, содействие

гендерному равенству и расширению возможностей для женщин, а также снижению стигмы и дискриминации (см. главу «Национальные ответные меры»).

Для осуществления комплексных и устойчивых усилий по профилактике ВИЧ, обеспечивающих соответствующий охват и степень интенсивности, необходимо значительно увеличить объем финансирования таких усилий. По оценкам ЮНЭЙДС и ее партнеров-исследователей, к 2008 году для обеспечения своевременного выполнения цели в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия - остановить и положить начало тенденции к сокращению масштабов глобальной эпидемии СПИДа к 2015 году, - потребуется 11,4 миллиарда долларов США для финансирования мероприятий по профилактике ВИЧ. Если бы такие комплексные ответные меры, основанные на доказательных фактах, были приняты во всех регионах мира, то в 2008 году на профилактику ВИЧ потребовалось бы 52% всех мировых затрат в связи с ВИЧ и СПИДом (ЮНЭЙДС, 2005с).

В 2005 году, с целью пропаганды всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, ЮНЭЙДС опубликовала позиционный документ в области политики «Усиление профилактики ВИЧ», в котором изложены основные принципы и стратегии, составляющие основу для сильных национальных планов профилактики ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2005а). Во всех странах для профилактики ВИЧ требуются конкретные действия в области политики и программ, реализуемые с достаточным охватом, масштабом и интенсивностью. Эти действия детально изложены ниже. В то время как национальные программы профилактики во всех условиях должны включать все важнейшие действия в области политики и программ, относительный акцент при осуществлении конкретных мер по профилактике ВИЧ может отличаться в зависимости от природы и степени тяжести национальных и субнациональных эпидемий ВИЧ.

ВАЖНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ В СФЕРЕ ПОЛИТИКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ

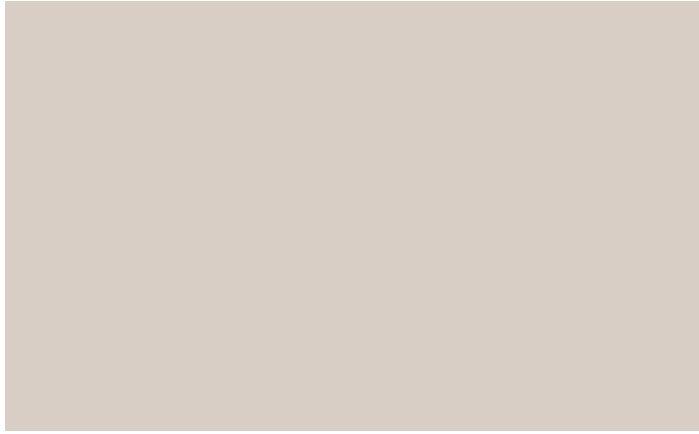
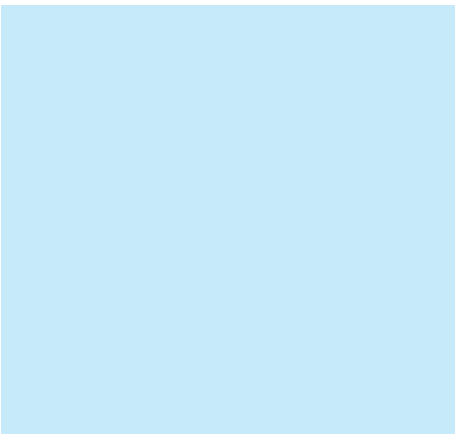
- Обеспечивать пропаганду, защиту и уважение прав человека, а также осуществление мер для устранения дискриминации и борьбы со стигмой.
- Создавать и поддерживать руководство со стороны всех секторов общества, включая правительство, пострадавшие общины, неправительственные организации, религиозные организации, сектор образования, средства информации, частный сектор и профсоюзы.
- Вовлекать людей, живущих с ВИЧ, в разработку, реализацию и оценку стратегий профилактики с учетом их конкретных потребностей в профилактике.
- Учитывать культурные нормы и убеждения, признавая ключевую роль, которую они играют в поддержке усилий по профилактике, а также их потенциал в плане содействия развитию эпидемии ВИЧ.
- Содействовать гендерному равенству и уделять внимание гендерным нормам и отношениям для уменьшения уязвимости женщин и девочек, вовлекая в этот процесс мужчин и мальчиков.
- Содействовать широкому распространению знаний и информации относительно путей передачи ВИЧ, а также способов предупреждения такой передачи.
- Содействовать установлению взаимосвязи между профилактикой ВИЧ и охраной полового и репродуктивного здоровья.
- Поддерживать мобилизацию ответных мер на уровне общин в рамках всех мероприятий по профилактике, уходу и лечению.
- Содействовать осуществлению программ, нацеленных на удовлетворение потребностей в профилактике ВИЧ основных пострадавших групп населения.
- Обеспечивать мобилизацию и усиление финансового, кадрового и институционального потенциала во всех секторах, в частности в секторе здравоохранения и образования.

- Осуществлять анализ и реформирование правовых рамок с целью устранения барьеров на пути реализации эффективных и основанных на реальных фактах действий по профилактике ВИЧ, вести борьбу со стигмой и дискриминацией и защищать права людей, живущих с ВИЧ, или уязвимых к ВИЧ или тех, кому грозит риск заражения ВИЧ.
- Обеспечивать вложение достаточных средств в проведение исследований и разработок новых технологий профилактики, а также пропаганды таких технологий.

ВАЖНЕЙШИЕ ПРОГРАММНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ

- Обеспечить профилактику передачи ВИЧ половым путем.
- Обеспечить профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку.
- Обеспечить профилактику передачи ВИЧ через употребление инъекционных наркотиков, включая меры по снижению вреда.
- Обеспечить безопасность запасов крови.
- Обеспечить профилактику передачи ВИЧ в условиях медицинских учреждений.
- Содействовать расширению доступа к услугам по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ, пропагандируя принципы конфиденциальности и согласия.
- Обеспечить включение профилактики ВИЧ в услуги по лечению в связи со СПИДом.
- Уделять особое внимание профилактике ВИЧ среди молодежи.
- Обеспечить информирование и просвещение в связи с ВИЧ для того, чтобы отдельные лица имели возможность защититься от инфекции.
- Бороться против стигмы и дискриминации, связанной с ВИЧ, и стремиться к их ослаблению.
- Обеспечить готовность к получению доступа к вакцинам и микробицидам и к их применению.

Лечение и уход 07



Глава 07



ЛЕЧЕНИЕ И УХОД

В последнее десятилетие СПИД помог совершить глобальную революцию во взглядах на предоставление сложного и дорогого лечения в течение всей жизни в условиях ограниченных ресурсов.

В 1996 году, когда тысячи делегатов собрались на XI Международной конференции по СПИДу, результаты исследований, проведенных в странах с высоким уровнем доходов, подтвердили эффективность комбинированных схем антиретровирусной терапии для предотвращения развития обусловленных СПИДом заболеваний и смерти. Большинство делегатов уезжали с конференции с тревожным чувством, что новые виды лечения никогда не станут доступными людям, живущим с ВИЧ, в странах с низким и средним уровнем доходов. Эти опасения были небезосновательны: в то время как в богатейших странах мира число смертей от СПИДа стремительно снижалось в течение нескольких лет сразу после конференции, число жертв эпидемии так же стремительно росло в странах с низким и средним уровнем доходов, разрушая достигнутые за десятилетия работы успехи общественного здравоохранения в Африке к югу от Сахары.

Однако к 2000 году все громче стали звучать голоса людей, не желавших мириться с неизбежностью неконтролируемой смертности и отчаяния в беднейших странах мира. К требова-

ниям людей, живущих с ВИЧ, о том, чтобы мир признал универсальное право человека на доступ к лечению, вскоре присоединились лидеры правительств, религиозных конфессий, промышленности и гражданского общества. В Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, единогласно одобренной Генеральной Ассамблеей ООН в 2001 году, справедливый доступ к уходу и лечению определен как основополагающий компонент всесторонних и эффективных глобальных мероприятий по противодействию ВИЧ. В 2003 году ВОЗ назвала дефицит лечения «глобальным кризисом общественного здравоохранения» и во Всемирный день борьбы со СПИДом запустила инициативу «3 к 5», в рамках которой все учреждения ЮНЭЙДС и широкий круг партнеров приняли обязательство добиться выполнения этой, в высшей степени непростой задачи. В это же время, благодаря возникновению таких инициатив, как Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (см. главу «Финансирование мер по борьбе со СПИДом»),

значительно возросли уровни финансирования лечения.

Хотя мир не достиг цели, поставленной инициативой «3 к 5», она способствовала беспрецедентным глобальным мероприятиям по расширению доступа к лечению и навсегда изменила подходы к лечению и уходу. Инициатива «3 к 5», Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом и Глобальный фонд решительно продемонстрировали возможность обеспечения лечения при ВИЧ даже в условиях самой крайней нехватки ресурсов и подтвердили, что уникальное снижение заболеваемости и смертности, обусловленных СПИДом в странах с высоким уровнем доходов, можно обеспечить и в странах с низким и средним уровнем доходов. Практический опыт помог определить ключевые компоненты успеха, пролить свет на препятствия к быстрому расширению масштабов доступа к лечению, а также выбрать примеры лучшей практики для преодоления этих препятствий. Доступ к лечению помог мобилизовать общины на борьбу с ВИЧ, сохранить здоровье и жизнеспособность домохозяйств, уязвимых к ВИЧ, и усилил мероприятия по профилактике ВИЧ во многих регионах мира. Впервые в истории всесторонние



мероприятия по противодействию СПИДу включают в себя профилактику, уход и лечение.

Развивая успех, достигнутый инициативой «3 к 5», Глобальный фонд, Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом и группа из восьми ведущих промышленно развитых стран на встрече в Шотландии летом 2005 года обратились с призывом ко всем странам мира добиться максимально возможного всеобщего доступа к антиретровирусным препаратам к 2010 году. Впоследствии, в сентябре 2005 года эта цель была одобрена всеми странами-членами ООН на пленарном заседании высокого уровня 60-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН (см. главу «Финансирование мер по борьбе со СПИДом»).

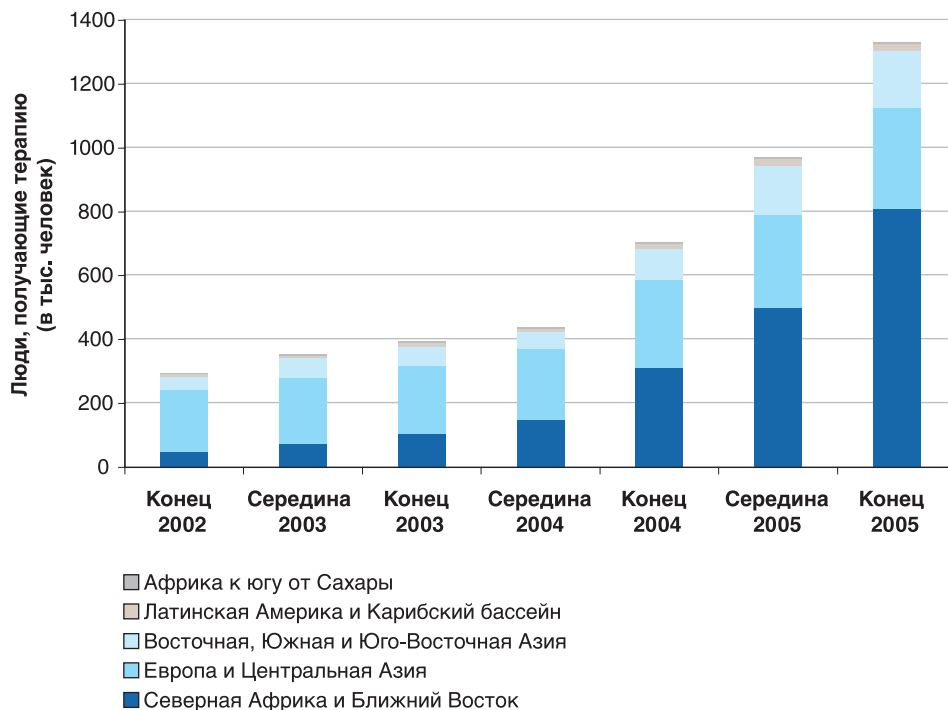
Расширение доступа к антиретровирусным препаратам

Для того, чтобы расширить обеспечение антиретровирусными препаратами в условиях нехватки ресурсов, ВОЗ наметила подходы общественного здравоохранения к лечению, упростив и стандартизовав схемы лечения. В основе этого подхода лежит согласованное на национальном уровне мнение об использовании одной или более рекомендованных ВОЗ схем лечения первого ряда, а также о применении терапии второго ряда для тех, у кого лечение препаратами первого ряда закончилось неудачей (ВОЗ, 2004 г.). По данным недавнего исследования, 36 из 49 целевых стран инициативы «3 к 5» разработали национальные протоколы антиретровирусного лечения с применением хотя бы одной схемы лечения первого ряда, рекомендованной ВОЗ (Beck et al., 2006).

В период между 2001 и 2005 гг. число людей, получающих антиретровирусную терапию в странах с низким и средним уровнем доходов, выросло более чем в пять раз – с 240 000 до примерно

РИСУНОК 7.1

Число людей на антиретровирусной терапии в странах с низким и средним уровнем доходов, с 2002 по 2005 гг.



Источник: ВОЗ/ЮНЭЙДС (2005). Ход обеспечения доступа к антиретровирусной терапии в связи с ВИЧ в мире: Последние данные по...

1,3 миллиона человек (Рисунок 7.1). В июне 2005 года 21 страна предоставляла антиретровирусные препараты минимум 50% лиц, нуждавшихся в них по клиническим показателям (ВОЗ и ЮНЭЙДС, 2005 г.).

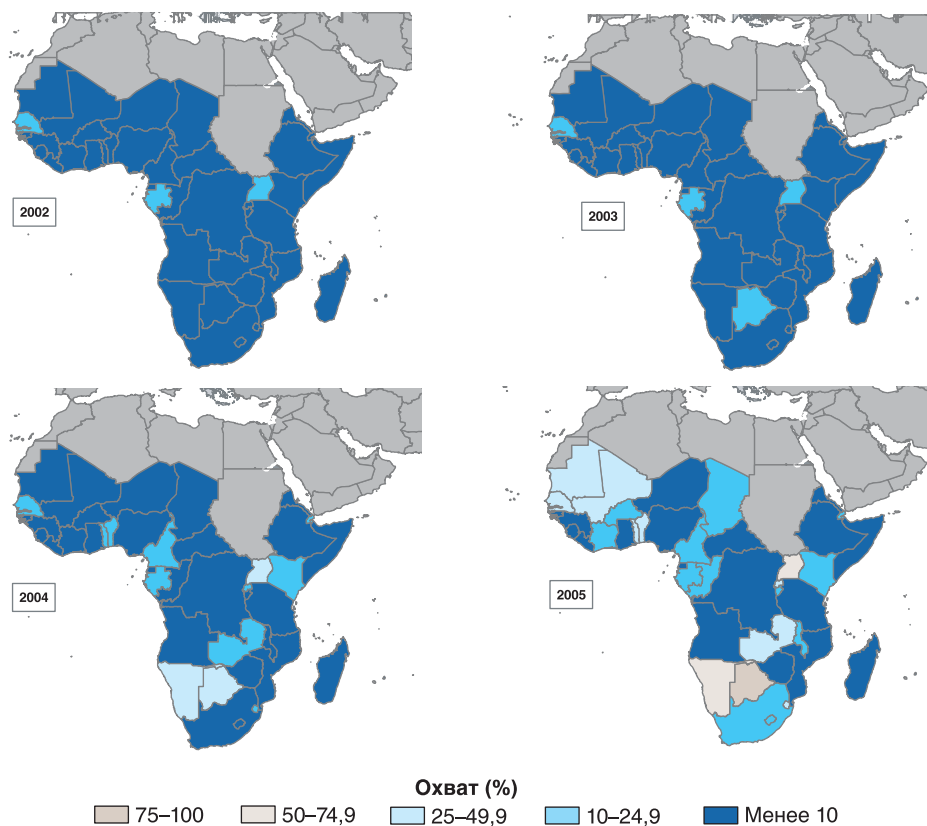
В Африке число людей на антиретровирусной терапии увеличилось более чем в два раза только в 2005 году; в декабре 2005 года антиретровирусные препараты получал каждый шестой нуждающийся. Почти 200 медпунктов в Кении предоставляли антиретровирусные препараты в декабре 2005 года. В Южной Африке – стране с самой большой численностью людей, живущих с ВИЧ – число людей, получающих антиретровирусные препараты, возросло с менее 5000 в начале 2004 года до почти 190 000 к концу 2005 года (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006 г.). На рисунке 7.2 показан быстрый рост охвата лечением в Африке к югу от

Сахары за последние два года, но, в то же время, здесь можно увидеть значительную разницу в обеспечении этого охвата в разных странах. В таких странах, как Ботсвана и Уганда, были достигнуты уровни охвата 50% и выше, а в остальных они составили менее 10%.

Определенный прогресс был достигнут и в других регионах. Получив мощную поддержку национального правительства для расширения доступа к лечению, к концу 2005 года Камбоджа предоставляла антиретровирусные препараты более чем 12 000 человек. В начале 2006 года более 20 000 человек получали антиретровирусные препараты в 28 провинциях Китая (Министерство здравоохранения, Китайская Народная Республика, 2006 г.). Самый высокий охват антиретровирусной терапией (68%) сегодня отмечается в Латинской Америке и

РИСУНОК 7.2

Число людей в Африке к югу от Сахары на антиретровирусной терапии, в процентах от числа нуждающихся в лечении, 2002–2005 гг.



Источник: ВОЗ/ЮНЭЙДС (2005). Ход обеспечения доступа к антиретровирусной терапии в связи с ВИЧ в мире: Последние данные по инициативе «3 к 5».

Карибском бассейне, где число людей, получающих лечение, возросло с 275 000 в конце 2004 года до 315 000 в конце 2005 года.

Большие успехи в расширении доступа к лечению отмечаются в странах, которые борются с решением чрезвычайно сложных проблем. Руанда, которая до сих пор не оправилась от геноцида, унесшего сотни тысяч жизней в 1990-х годах, предоставляла антиретровирусные препараты более чем 18 000 человек к концу 2005 года, и ожидается, что доступ к лечению здесь будет значительно расширен. К сентябрю 2005 года в стране было создано 76 центров антиретровирусного лечения, а еще в конце 2003 года их было всего 16. Однако гума-

нитарные организации отмечают, что лишь незначительное число беженцев в 26 странах Африки и Азии в настоящее время получают антиретровирусную терапию (УВКБ ООН, 2006 г.).

По оценкам специалистов, в 2005 г. во всем мире в результате расширения доступа к лечению было предотвращено от 250 000 до 350 000 смертей (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2005 г.).

Хотя широкое развертывание педиатрического лечения и ухода при ВИЧ по ряду технических и логистических причин замедлилось, в некоторых странах удалось добиться определенного прогресса. По состоянию на июль

СПАСАЯ ЖИЗНИ, РАЗВЕНЧИВАЯ МИФЫ

Расширение доступа к лечению опровергает ранее распространенные представления о том, что программы антиретровирусной терапии не смогут быть успешными в условиях нехватки ресурсов или в группах высокого риска. Имеющиеся данные показывают, что уровень соблюдения схемы лечения в странах с низким и средним уровнем доходов как минимум такой же, а зачастую и выше уровней, отмечающихся в странах с высокими доходами (Nemes et al., 2004). На Гаити 87% взрослых и 98% детей оставались живыми через год после начала антиретровирусной терапии, и у взрослых число Т-лимфоцитов CD4+ в среднем возрастало до 163 клеток (Severe et al., 2005). Программы в Аргентине, Бразилии, Китае, Специальном административном районе Гонконге и других странах так же эффективно предоставляют антиретровирусные препараты ВИЧ-инфицированным потребителям инъекционных наркотиков, обеспечивая высокие уровни соблюдения режима лечения и опровергая мнение о том, что такие люди не заслуживают доверия и потому не могут участвовать в программах по лечению СПИДа и получить от этого пользу (Институт открытого общества, 2004 г.).

2005 года в Малави в 19 из 61 центра, предоставлявших антиретровирусную терапию для взрослых, проводили лечение также и для детей.

ФИНАНСИРОВАНИЕ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАСШИРЕНИЯ ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ

Расширение доступа к лечению – это поистине глобальное предприятие, поскольку эта задача объединила широкие круги международных доноров и многосторонних учреждений для работы с правительствами с целью закупки и предоставления антиретровирусных препаратов. Более 50 стран и многочисленные фонды и корпорации внесли финансовые взносы в Глобальный фонд, который в декабре 2005 года поддерживал программы, предоставляющие антиретровирусные препараты 384 000 человек. С декабря 2004 по декабрь 2005 г. число людей, получающих антиретровирусные препараты в рамках проектов, поддерживаемых Глобальным фондом, возросло почти в три раза. В рамках Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом правительство США оказывает интенсивную помощь 15 странам Африки, Азии и Карибского бассейна и поддержку еще 100 стра-

нам. Цель Чрезвычайного плана Президента – обеспечить антиретровирусными препаратами 2 миллиона человек к 2007 году. В октябре 2005 года в рамках этого плана поддержку для получения антиретровирусной терапии получала 471 000 человек, живущих с ВИЧ, примерно 60% из которых – женщины, и 7% – дети. В свою очередь, Всемирный банк начал реализацию Проекта ускорения доступа к лечению с бюджетом 60 млн. долларов США, первые гранты которого были направлены на расширение доступа к лечению в Буркина-Фасо, Гане и Мозамбике в 2004 и 2005 гг.

Получив такую поддержку в виде повышенного финансирования, разнообразные организации гражданского общества сегодня возглавили работу по расширению доступа к антиретровирусным препаратам и по пропаганде «лечебной грамотности» (см. главу «Гражданское общество»). Например, в Бурунди 125 организаций-членов общенационального Бурундийского альянса против СПИДа (*Alliance Burundaise contre le SIDA*) активно участвуют в реализации 14 из 16 компонентов программ в рамках Национального плана действий, включая антиретровирусную

терапию, лечение оппортунистических инфекций и психосоциальную поддержку. Национальная ассоциация, представляющая ВИЧ-позитивных людей, *Association Nationale des Séropositifs et Sidéens du Burundi*, сегодня предоставляет уход более чем 3000 человек, из которых 1357 получают антиретровирусную терапию. Кенийская коалиция за доступ к необходимым лекарствам, которая включает сети людей, живущих с ВИЧ, Кенийская медицинская ассоциация, международные неправительственные организации и широкий круг групп гражданского общества пропагандируют координированные действия, чтобы ускорить расширение доступа к лечению. Пропагандистская работа гражданского общества остается важным фактором в расширении доступа. Например, Индийская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, сыграла значительную роль в том, чтобы повлиять на решение правительства Индии о предоставлении бесплатных антиретровирусных препаратов в шести наиболее пострадавших штатах страны.

В то же время, растет число работодателей, обеспечивающих своих работников, живущих с ВИЧ, антиретровирусными препаратами и другими медицинскими услугами (UNAIDS, 2005a). К середине 2005 года частный сектор в Южной Африке

предоставлял антиретровирусные препараты примерно 70 000 - 80 000 человек, а в нескольких других африканских странах государственные работодатели, такие как министерства образования и здравоохранения, начинают предлагать антиретровирусные препараты в рамках мероприятий по медицинскому обслуживанию своих сотрудников (см. главу «Уменьшение последствий эпидемии СПИДа»).

ПУГАЮЩИЕ ПРЕПЯТСТВИЯ

Несмотря на все эти достижения, в ноябре 2005 года по меньшей мере 80% людей, нуждавшихся в антиретровирусных препаратах по клиническим показателям, не получали этих лекарств. В одной только Индии, где в 2005 году, по оценкам, 770 000 человек нуждались в антиретровирусной терапии, к августу 2005 года препараты получали, предположительно, 40 000 человек, при этом государственный сектор обеспечивал лечением менее трети этих людей (МКГЛ, 2005 г.).

Несмотря на то, что серьезное снижение цен на основные антиретровирусные препараты позволило расширить доступ к лечению в странах с низким и средним уровнем доходов, не все страны в полной мере воспользовались этими оптимальными ценами. Так, например,



Даже при росте поставок лекарств госсистемами здравоохранения лечение часто требует больших личных расходов, включая плату за пользование госуслугами

в Российской Федерации генерические антиретровирусные препараты до сих пор не зарегистрированы, а мощная фармацевтическая промышленность страны пока не предприняла каких-либо шагов для организации местного производства антиретровирусных препаратов (Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению, 2005 г.). Поскольку многие антиретровирусные препараты второго ряда до сих пор слишком дороги для широкого использования во многих странах, вероятно, потребуется дальнейшее снижение цен, чтобы сохранить и расширить программы по доступу к лечению.

Даже при том, что государственные системы здравоохранения начинают предоставлять больше лекарств,

лечение зачастую связано со значительными личными расходами пациентов, включая плату за пользование государственными услугами. По сообщениям специалистов, в Нигерии личные расходы лиц, получающих антиретровирусную терапию в государственных клиниках, составляют в среднем до 300 долларов США в год (Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению, 2005 г.), - это значительная сумма для страны, где 91% домохозяйств живут меньше, чем на 2 доллара США в день (ПРООН, 2005 г.). Неправительственная организация «Врачи без границ» (*Medicins Sans Frontieres*) сообщила в декабре 2004 года, что 44% нигерийских пациентов на антиретровирусной терапии прерывали лечение один или более раз, или

РУКОВОДСТВО И ТЕХНИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РАСШИРЕНИЯ ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ

ВОЗ оказывает разнообразную техническую поддержку, чтобы помочь странам расширить доступ к лечению на основе подходов общественного здравоохранения. В целях обеспечения максимально широкого доступа к лекарствам, сохраняющим жизнь, ВОЗ рекомендует использовать в национальных планах по расширению доступа к лечению модель лечения хронических заболеваний, которая включает стандартные схемы лечения первого и второго ряда, интегрированное предоставление услуг, обучение новых медицинских специалистов на основе документа ВОЗ «Интегрированное ведение болезней подростков и взрослых людей» (см. ниже), совершенствование управления в области закупок и поставки лекарств, средств диагностики и товаров медицинского назначения, и другие действия (ВОЗ, 2004).

ВОЗ проводит предварительную оценку («преквалификацию») антиретровирусных препаратов на их соответствие для включения в национальные программы. Препараты, прошедшие такую оценку, могут содержать биогенерические соединения, которые, по определению ВОЗ, являются биоэквивалентными патентованной продукции, производимой крупнейшими фармацевтическими компаниями. Программа преквалификации ВОЗ не только является руководством для лиц, принимающих решения в странах, но и помогает обеспечить приемлемое качество лекарств, применяемых для лечения при СПИДе. Организованная ВОЗ Служба по средствам для лечения и диагностики СПИДа предоставляет странам важнейшую информацию о ценах и наличии преквалифицированных лекарственных препаратов от СПИДа. В ее состав входят 20 партнерских учреждений, включая организации ООН (такие как ПРООН, ЮНИСЕФ и Всемирный банк), агентства, занимающиеся поставками (например, «Краун эйджентс» и Международная ассоциация развития), доноры (такие как Агентство международного развития США, Глобальный фонд и Фонд Клинтон) и учреждения технической поддержки (например Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau).

ВОЗ также работает с другими коспонсорами ЮНЭЙДС в различных проектах по лечению и оказала техническую поддержку многим странам для подготовки успешных заявок в Глобальный фонд.



Наращивая темпы, заданные инициативой «3 к 5», мир начал беспрецедентные действия для обеспечения всеобщего доступа к лечению и уходу в связи с ВИЧ

принимали недостаточные дозы препаратов из-за неспособности оплатить счета, выставленные государственными клиниками антиретровирусной терапии (Deutsche Presse-Agentur, 2005). В Замбии – стране, где каждый шестой взрослый является ВИЧ-позитивным, – для преодоления такого сдерживающего фактора, как необходимость платить за лечение из собственного кармана, антиретровирусные препараты в государственных клиниках выдаются бесплатно. В 2005 году число пациентов на антиретровирусной терапии росло на 1000 человек в месяц и к июню 2005 года лечение получали почти 30 000 человек (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2005 г.). В некоторых странах, которые сократили или отменили личную плату пациентов за антиретровирусные препараты, эта практика не была распространена на лечение оппортунистических инфекций.

Хотя объемы финансирования быстро возросли, до сих пор существуют разнообразные препятствия, мешающие расширению доступа к лечению такими же темпами. Большое число ВИЧ-позитивных людей живут в сельских районах, а лечебные учреждения, в основном, сосредоточены в городах, что вынуждает сельских жителей либо оставаться без лечения, либо проделывать долгий путь, чтобы получить необходимый уход. Однако лечение зачастую предполагает необходимость

заночевать в городе, а для людей это может быть слишком дорого или невозможно из-за того, что дети остались без присмотра, или из-за других домашних дел. Иногда пациентам, которые начали лечение в частном секторе при наличии большого разнообразия антиретровирусных препаратов, бывает трудно получить те же схемы в рамках стандартных подходов, рекомендованных государственным медицинским учреждениям.

Кроме того, в мероприятиях по расширению доступа к лечению недостаточно хорошо учитываются потребности отдельных групп населения, особенно сильно уязвимых к ВИЧ. К ним относятся работники секс-бизнеса, мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков и заключенные (см. главу «С риском и без внимания»), а также беженцы, внутренние перемещенные лица и различные мобильные группы населения, которые пересекают границы в поисках работы или по другим причинам. По мере расширения доступа к лечению в странах эти группы нельзя оставлять без внимания. Международные механизмы финансирования, такие как Глобальный фонд, ждут предложения от стран. Однако многие страны, предоставляющие убежище, и страны, в которых проживают внутренние перемещенные лица, не придают приоритетного

значения беженцам или внутренним перемещенным лицам, то есть именно тем группам населения, которые обычно подвергаются дискриминации.

Национальные руководящие принципы лечения являются важным инструментом для того, чтобы ускорить расширение доступа к лечению, способствовать равенству и продемонстрировать национальный режим осуществления задач по лечению. Многие страны разработали собственные правила организации развертывания антиретровирусной терапии, как правило, на основе рамок руководящих принципов лечения, предложенных ВОЗ. Разработанные в 2001 году вначале в качестве рекомендаций, эти пересмотренные в 2003 году руководящие принципы по просьбе стран были переработаны в Руководящие принципы лечения новорожденных и детей (WHO, 2006а) и взрослых и приведены в полное соответствие с пересмотренными принципами профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ВОЗ планирует опубликовать оба документа в середине 2006 года).

Создавая свои национальные руководящие принципы, страны неизбежно столкнутся с противоречиями между подходом общественного здравоохранения, основанном на массовом лечении, и большим разнообразием индивидуальных потребностей пациентов. ВОЗ выступает за то, чтобы страны обеспечили специализированное обслуживание в центрах третичной системы ухода, которые смогут проводить обучение и надзор за медицинскими пунктами в ближайших к ним районах. В Сенегале этот подход позволил использовать относительно небольшое число центров для поддержки районных больниц и лечебных центров по всей стране. Врачи-специалисты приезжают по срочным вызовам медсестер, работающих на местах – этот новаторский подход помог Сенегалу выполнить целевые показатели инициативы «3 к 5» и обеспечить 4200 человек антиретровирусной терапией к концу 2005 года.

На пути к всеобщему доступу к лечению

Наращивая темпы, заданные инициативой «3 к 5», мир начал беспрецедентные действия для обеспечения всеобщего доступа к лечению и уходу в связи с ВИЧ. Для достижения этой цели потребуются действенные стратегии для преодоления многочисленных препятствий, которые до сих пор замедляли темпы расширения доступа к лечению. К счастью, по мере того, как растет число стран, накопивших опыт внедрения антиретровирусной терапии, начинают появляться и успешные стратегии преодоления того, что мешает реализации этой задачи.

РАСТЕТ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ О ВИЧ-СЕРОСТАТУСЕ

ВИЧ нельзя эффективно лечить, если не поставлен диагноз. Во многих странах расширение доступа к лечению сопровождалось стремительным ростом использования услуг добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ, 2004 г.). Например, в Камбодже число пунктов добровольного консультирования и тестирования в начале 2005 года возросло почти на 20%, и планируется их дальнейшее расширение. На международном уровне УВКБ ООН и его партнеры сегодня предлагают добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ в 30 лагерях беженцев в 11 странах.

Однако в целом уровень пользования услугами тестирования остается слишком низким и не может поддержать расширение доступа к антиретровирусным препаратам во всем мире. Даже в Соединенных Штатах Америки, где антиретровирусные препараты широко доступны вот уже десять лет, по оценкам, каждый четвертый человек, живущий с ВИЧ, не знает, что инфицирован.

Для повышения уровня пользования услугами по тестированию принимаются различные меры. Например, данные

исследования, проведенного в 2005 году в Объединенной Республике Танзания, показывают, что отмена оплаты за тестирование способствовала как росту числа людей, прошедших его, так и экономической эффективности самого мероприятия (Thielman et al., 2006). Также помогает делу упрощение и более удобная организация процедуры – так было сделано в Лесото, где в 2005 году медицинские работники ходили по деревням из дома в дом и предлагали проведение бесплатных экспресс-тестов всем гражданам. Страна начала реализацию масштабной программы «Узнай свой статус», в рамках которой всем гражданам предлагается пройти тестирование на ВИЧ. Процедуры проведения тестирования на ВИЧ в больницах и клиниках также необходимо развивать, особенно когда появляется возможность предоставить лечение, спасающее жизнь больным. Такой подход был принят в Ботсване, которая недавно начала реализацию новой стратегии, в рамках которой тестирование на ВИЧ планово предлагается во всех медицинских учреждениях. Переход к плановому тестированию на ВИЧ (которое иногда называют «тестированием по инициативе медработника») обладает большим потенциалом, если будет применяться в туберкулезных клиниках, женских консультациях, пунктах питания, венерологических клиниках и для всех

госпитализированных взрослых и детей в странах с высокой распространенностью ВИЧ.

УСТРАНЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ НА ОСНОВЕ СТИГМЫ К РАСШИРЕНИЮ ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ

Стигма в связи с ВИЧ, которая, как известно, зачастую является препятствием для программ по профилактике ВИЧ, (см. главу «Уменьшение последствий»), также мешает и расширению доступа к лечению. Участники опроса в Кении, указали, что стигма и дискриминация являются наиболее серьезной помехой на пути к расширению доступа к лечению (Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению, 2005 г.). Компании в Южной Африке, которые предоставляют антиретровирусные препараты в рамках медицинского обслуживания своих работников, также считают, что стигма может способствовать слабому использованию услуг по лечению СПИДа (UNAIDS, 2005a).

Работа по снижению стигмы и дискриминации как среди медицинских работников, так и среди населения в целом (см. главу «Уменьшение последствий») будет иметь большое значение как для расширения доступа к лечению, так и для использования антиретровирусной терапии во многих странах. В то же время, ожидается,



Традиционные меры подготовки, хотя и очень важны для расширения доступа к лечению, недостаточны для устранения острой нехватки и неэффективного распределения медицинских кадров

Для того чтобы предотвратить или значительно отсрочить развитие резистентности к лекарствам, важно, чтобы пациенты соблюдали режим приема антиретровирусных препаратов строго в соответствии с назначением врача.



что расширенный доступ к лечению послужит делу снижения стигмы и дискриминации, поскольку люди перестанут ассоциировать СПИД со смертью и поймут, что это хроническая болезнь, поддающаяся лечению, которую – что особенно важно – можно предотвратить.

НАРАЩИВАНИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВИЧ

Мероприятия по расширению доступа к лечению должны преодолеть кадровый кризис в странах с низким и средним уровнем доходов, который особенно сильно проявляется в секторе здравоохранения (см. Главу 8). По этой причине многие международные доноры и неправительственные организации включают образовательные компоненты в свои программы по лечению. Например, в Индии Фонд Клинтон сотрудничает с национальным правительством с целью обучения медицинских работников методам лечения антиретровирусными препаратами, а также с целью модернизации необходимых лабораторий. В Ботсване более 1300 медработников прошли обучение по месту работы, а преподавателями были ведущие специалисты по ВИЧ из международных медицинских учреждений, которые от 6 до 24 месяцев работали в Программе клинической практики

Африканского всестороннего партнерства по ВИЧ/СПИДу, совместной государственно-частной инициативы национального правительства, Фонда Билла и Мелинды Гейтс и компании «Мерк компани фаундэйшн/Мерк & Ко., Инк.». Разработанные ВОЗ в 2005 году учебные материалы «Интегрированное ведение болезней подростков и взрослых людей» и «Интегрированное ведение детских болезней» позволили обучить более 15 000 медицинских специалистов по лечению СПИДа методом интегрированного подхода к антиретровирусной терапии, уходу и профилактике (WHO, 2006a, 2006b). В том же году первая очередь региональных учреждений технической помощи, созданных при поддержке ЮНЭЙДС, начала действовать в странах юга Африки.

Традиционные учебные программы, хотя и имеют большое значение для расширения доступа к лечению, все же не в состоянии преодолеть острую нехватку и неэффективное распределение медицинских работников в мире (Narasimhan et al., 2004). Правительства, доноры и другие программы должны не только проводить учебные программы, но и изучать возможности применения инновационных решений (ПРООН, 2005). Например, на Третьей Конференции Международного общества по СПИДу

по вопросам патогенеза и лечения ВИЧ, проходившей в июле 2005 года в Рио-де-Жанейро, Бразилия, специалисты рассматривали примеры работы частных компаний, которые в нескольких странах успешно расширили программы по лечению СПИДа за пределы рабочего места – в окружающие общины (Beckmann et al., 2005).

При отсутствии достаточного числа обученных медицинских специалистов страны должны максимально использовать существующих общинных медицинских работников, медицинских помощников и другие ресурсы общин, чтобы обеспечить расширение доступа к лечению. Сотрудничество между странами с низким и средним уровнем доходов, например, в форме направления медицинских бригад для поддержки и обучения местных специалистов, может помочь более эффективному использованию ресурсов, имеющихся в здравоохранении, особенно в сочетании с тщательным изучением оптимальных ролей и полномочий врачей, медсестер и другого медперсонала (ПРООН, 2005 г.). ВОЗ поддерживает такое перераспределение обязанностей в своем документе «Интегрированное ведение болезней подростков и взрослых людей» (WHO, 2006b).

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ ПОСТАВКАМИ

Когда человек начинает антиретровирусную терапию, он должен регулярно принимать лекарства на протяжении всей жизни. Однако во многих местах задержки с поставками и распространением антиретровирусных препаратов зачастую приводят к прерыванию лечения и возникновению очередей на получение лечения при ВИЧ. Национальные программы по СПИДу и отдельные лечебные центры должны иметь возможности для расчета будущего спроса на антиретровирусные препараты и обеспечивать надежную работу систем закупок, доставки и снабжения, чтобы избежать дефицита запасов лекарств.

Например, в Доминиканской Республике время от времени возникает острый дефицит препаратов первого ряда, что, по имеющимся данным, вынуждает некоторых врачей контрабандно завозить антиретровирусные препараты в страну, чтобы не допустить потенциально серьезных перерывов в лечении. Медицинские центры в Нигерии в 2005 году также сообщали об отсутствии запасов АРВ-препаратов в течении почти двух месяцев. Среди факторов, указанных Глобальным фондом в ходе анализа невыполнения задач в рамках гранта, выделенного в первом раунде для расширения доступа к лечению, отмечалась задержка с выделением денежных средств.

Необходимость повышения возможностей стран по управлению поставками лекарств и организации эффективных медицинских услуг занимает одно из центральных мест в «Трех принципах» (см. главу «Наращивание национального потенциала») и получает растущую поддержку со стороны доноров, многосторонних учреждений и международных неправительственных организаций. Отрабатываются разные подходы с учетом конкретных условий каждой страны. После того, как ВОЗ и ЮНИСЕФ провели оценку национальной системы управления поставками и закупками в Камбодже, в стране сейчас идет процесс замены раздробленной системы приобретения товаров медицинского назначения и управления их поставками на единую национальную систему, включающую национальную базу данных о наличии лекарств на складах. Буркина-Фасо пытается преодолеть бюрократическую волокиту, создав независимое, некоммерческое агентство для обеспечения стабильных поставок препаратов и средств диагностики по доступной цене по мере расширения доступа к лечению. На международном уровне Группа Всемирного банка по ускорению осуществления мероприятий работает с правительствами

с целью усиления таких мероприятий, как планирование, управление финансами и мониторинг расходов (Всемирный банк, 2005 г.).

ПРОПАГАНДА СОБЛЮДЕНИЯ РЕЖИМА ЛЕЧЕНИЯ

Для обеспечения долгосрочной стабильности эффективной антиретровирусной терапии необходимо снизить риск развития резистентности вируса к лекарствам, применяемым для лечения инфекции. Устойчивые штаммы ВИЧ могут передаваться другим людям, что потенциально может воспрепятствовать или помешать эффективности будущих вариантов лечения для впервые инфицированных лиц. Все мероприятия по контролю над туберкулезом, малярией и респираторными инфекциями со временем сталкивались с трудностями в связи с развитием резистентности к схемам лечения первого ряда, что только подчеркивает потенциальную долгосрочную опасность развития резистентности к лекарственным препаратам в ходе глобальных мер по противодействию ВИЧ (Norrbj et al., 2005; Okere et al., 2005; Bates et al., 2004).

Для того, чтобы предотвратить или значительно отсрочить развитие резистентности к лекарствам, важно, чтобы пациенты соблюдали режим приема антиретровирусных препаратов строго

в соответствии с назначением врача. Необходимо обеспечить соблюдение режима на уровне 90% или выше, чтобы подавить вирусную активность и свести к минимуму возможность развития со временем устойчивости к лекарствам (Paterson et al., 2000). Прекращение или прерывание лечения представляет еще большую опасность, чем периодическое несоблюдение схемы приема препаратов (Lucas, 2005).

Хотя уровни соблюдения режима антиретровирусной терапии, зарегистрированные на сегодня в странах с ограниченными ресурсами, по меньшей мере, не уступают странам с высокими доходами, исследования, тем не менее, указывают, что одного только соблюдения схемы лечения может быть недостаточно для того, чтобы предотвратить возникновение устойчивости к лекарствам. Среди пациентов, обследованных в течение 12 месяцев в государственной клинике Бело Horizonte (*Belo Horizonte*) в Бразилии, почти 40% не соблюдали схему приема (Bonolo et al., 2005). Одним из факторов, влияющих на соблюдение режима, является сложность схемы приема лекарств: пациенты с меньшей вероятностью будут постоянно принимать лекарства, если схема их приема слишком сложна, например, если приходится

Программные меры для решения потребностей детей и женщин надо проанализировать особо и включить в национальные ответные меры, как и мероприятия для уязвимых групп, таких как беженцы, перемещенные лица и группы высокого риска.



“ПОРА ПРИНЯТЬ ВАШЕ ЛЕКАРСТВО...”

Опыт во всем мире показывает, что члены семьи или лица одного круга общения, или коллеги по работе зачастую лучше всего помогают поддерживать соблюдение режима лечения. В ходе крупных проектов антиретровирусной терапии на Гаити и в Южной Африке использование поддержки лиц из окружения пациентов было отмечено в качестве важного фактора, обеспечивающего высокие уровни соблюдения пациентами схемы приема лекарств и обеспечения успеха лечения. По мере возникновения все большего числа программ лечения на рабочем месте, роль ВИЧ-позитивных инструкторов по методу «равный-равному» становится еще более важной, поскольку они выступают примерами для подражания и демонстрируют успех лечения. В целях пропаганды соблюдения режима лечения горнодобывающая компания «Англо Америкэн», осуществляющая собственную программу антиретровирусного лечения на производстве в Южной Африке, привлекает пропагандистов лечения из числа своих ВИЧ-позитивных рабочих для поддержки других сотрудников, принимающих антиретровирусные препараты (UNAIDS, 2005a).

принимать много таблеток в разное время дня (Osterberg and Balsche, 2005). ВОЗ постоянно поддерживала создание комбинированных препаратов в фиксированных дозировках и призывала производителей выпускать такие препараты. Несколько комбинаций в фиксированных дозировках, основанных на рекомендованной ВОЗ простой формуле из пяти препаратов первого ряда, уже имеются в наличии – они были созданы либо в ходе исследований и разработок, либо производятся предприятиями, выпускающими препараты-генерики, при этом они уже официально одобрены и прошли преквалификацию ВОЗ.

В рамках инициативы «3 к 5» ВОЗ и большая группа партнеров создали сеть под названием HIVResNet (Сеть резистентности ВИЧ) в целях внедрения стандартизованных методов наблюдения и мониторинга резистентности ВИЧ к лекарствам. Это глобальная сеть лабораторий, проводящих эпиднадзор с применением стандартизованного протокола. В странах будут использоваться методы мониторинга развития устойчивости к лекарствам от ВИЧ среди пациентов с учетом особенностей этих стран и для

корректировки руководящих принципов и программ по лечению.

ИНТЕГРИРОВАНИЕ УХОДА В СВЯЗИ С ВИЧ В ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Интегрируя уход в связи с ВИЧ в системы, предназначенные для решения других медицинских вопросов, страны могут увеличить потребление антиретровирусной терапии и обеспечить более комплексный, высококачественный уход. Например, во многих странах проблемами ВИЧ и туберкулеза занимаются две отдельные вертикальные системы ухода, которые мало взаимодействуют между собой. Более того, врачи-клиницисты, специализирующиеся в лечении ВИЧ, зачастую не имеют достаточных знаний и опыта в лечении туберкулеза, и наоборот. При отсутствии тесной координации лечения ВИЧ и туберкулеза врачи могут вовремя не принять меры, чтобы предотвратить или преодолеть потенциальное взаимодействие разных лекарств, возникновение побочных эффектов лекарств или развитие инфекций, которые иногда возникают на фоне иммунной реконституции (Karim et al., 2004).

В качестве примера того, что можно сделать в этой связи, можно привести

С усилением бремени эпидемии СПИДа для женщин и девочек растет и необходимость того, чтобы женщины имели справедливый доступ к антиретровирусным препаратам и другим видам лечения при ВИЧ.



Малави, которая работала с национальными, двусторонними, международными и неправительственными организациями, чтобы объединить системы по лечению ВИЧ и туберкулеза в рамках Национального плана расширения антиретровирусного лечения. Глобальный фонд является идеальным механизмом, способствующим интеграции лечения и ухода в связи с ВИЧ и туберкулезом.

Программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и службы репродуктивного и сексуального здоровья также предоставляют возможности для интеграции или улучшения координации. Например, в Латинской Америке и Карибском бассейне Международная федерация планируемого родительства поддерживает службы тестирования на ВИЧ и выдачи направлений в учреждениях репродуктивного здоровья в Барбадосе, Бразилии, Гватемале, Колумбии, Никарагуа и Сальвадоре. Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу и другие организации поддерживают программы на уровне стран для расширения интеграции программных мероприятий по борьбе с ВИЧ в службы сексуального и репродуктивного здоровья, а Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИДа выступает за то, чтобы такая интеграция стала ключевым компонентом национальных программ по борьбе со СПИДом.

МОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОВ

В предстоящие несколько лет большинство пациентов в странах с низким и средним уровнем доходов будут и дальше находиться под клиническим контролем из-за ограниченного доступа к иммунологическому мониторингу (число Т-лимфоцитов CD4+) и лабораториям. С целью оказания поддержки медицинским системам в этой связи ВОЗ недавно пересмотрела свои руководящие принципы для определения клинических и иммунологических стадий болезни для взрослых и детей (WHO, 2006a). Новые руководящие принципы лечения для взрослых и детей, а также пересмотренные руководящие принципы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку способствуют более широкому развешиванию и доступности технологий для тестирования с целью определения числа CD4+ и Т-лимфоцитов. Однако в них также признается, что клинические решения о начале лечения, о времени замены антиретровирусных препаратов вследствие токсичности или смены схем из-за неудачи лечения можно принимать и без определения числа Т-лимфоцитов CD4+.

Многие доноры и международные учреждения сегодня отдают приоритет инициативам по расширению доступа к важнейшим лабораторным услугам и оборудованию. В 2004 году

ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ КОНФЛИКТОВ

Конфликт часто приводит к массовому перемещению населения, что нарушает работу служб здравоохранения и подвергает большой опасности здоровье людей. Однако каждая ситуация имеет свою специфику и должна рассматриваться отдельно (Spiegel and Qassim, 2003; Spiegel and Haroff-Tavel, 2005). Хотя на пути обеспечения надлежащего соблюдения терапии в таких условиях возникают особые препятствия, все больше фактов свидетельствует о том, что пострадавшие в конфликте люди могут получать антиретровирусную терапию и соблюдать ее (Ellman et al., 2005).

Целевая группа по ВИЧ/СПИДу в чрезвычайных ситуациях Межучрежденческого постоянного комитета – широкое объединение учреждений ООН, неправительственных учреждений и других заинтересованных участников, приверженных быстрым, эффективным и координированным действиям по удовлетворению потребностей людей, пострадавших в результате конфликта и других чрезвычайных ситуаций – разработала *Руководящие принципы для мер вмешательства в связи с ВИЧ/СПИДом в чрезвычайных ситуациях* (IASC 2004). Эти руководящие принципы, которые в настоящее время используются различными партнерами в разных чрезвычайных условиях, создают общую практическую информационную основу для использования в чрезвычайных ситуациях (UNHCR, 2006). Главным приоритетом этих руководящих принципов является своевременное предоставление ухода и лечения. Этот приоритет также находит свое отражение в стратегии УВКБ ООН по ВИЧ/СПИДу на 2005-2007 годы, требующей прилагать усилия по обеспечению доступа для беженцев и других перемещенных лиц к антиретровирусной терапии, когда такие виды лечения предоставляются окружающему населению (UNHCR, 2005).

Фонд Клинтона заключил соглашение с пятью компаниями о серьезном снижении цен на тест-системы для определения числа Т-лимфоцитов CD4+ и вирусной нагрузки в странах с низким и средним уровнем доходов. В регионе Карибского бассейна Всемирный банк оказывает финансовую поддержку Панкарибскому партнерству против ВИЧ/СПИДа для расширения возможностей региональных лабораторий в помощь расширению доступа к лечению. Кредит в размере 59 млн. долларов США, который Всемирный банк выделил Нигерии, предназначен для развития национального потенциала в области диагностики. Однако получение услуг и запасных частей для диагностического оборудования остается проблемой во многих странах с ограниченными ресурсами, и для

преодоления этой проблемы потребуются немалые усилия.

Обеспечение справедливости по мере расширения доступа к лечению

В большинстве стран наиболее уязвимые и наименее обеспеченные группы населения (зачастую одни и те же) не имеют такого доступа к лечению, как поставители более обеспеченных слоев, живущие в более обеспеченных общинах. Для обеспечения справедливого доступа к лечению по мере его расширения ВОЗ и Секретариат ЮНЭЙДС рекомендуют странам принять меры по нескольким направлениям. Они включают создание представительного консультативного органа по вопросам этики (в соответствии со структурами,

определенными в «Трех принципах»), проведение общественного диалога о справедливом доступе к лечению и

уходу в связи с ВИЧ, а также разработку и осуществление стратегий и систем оценки, специально предназначенных

НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ПРАВ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

Стоимость лекарств всегда являлась проблемой деятельности по борьбе с ВИЧ. Многие препараты, применяемые в антиретровирусной терапии, защищены патентами и законами о защите интеллектуальной собственности, которые могут ограничивать их использование или сохранять их цену на слишком высоком уровне для широкого использования в странах с низким уровнем доходов. Разработка генерических АРВ-препаратов, а также готовность международной фармацевтической промышленности снизить цены для стран с низким уровнем доходов стали основными достижениями на пути к расширению доступа к лечению.

За последние два года мировое сообщество предприняло новые шаги по расширению доступа к недорогой антиретровирусной терапии. В декабре 2005 года ВТО внесла дополнения в законы об интеллектуальной собственности, закрепившие положения о временном отказе от прав, что позволяет странам, не имеющим мощной фармацевтической промышленности, импортировать препараты-генерики для лечения ВИЧ и других инфекционных заболеваний, требующих первоочередного внимания. В 2004–2005 гг. ПРООН и другие партнеры оказали помощь 36 странам Африки с целью максимального использования гибких подходов и мер безопасности для доступа к необходимым лекарствам в рамках Соглашения ВТО о торговых аспектах прав интеллектуальной собственности.

Неопределенность в отношении продолжения жизнеспособности существующих источников препаратов-генериков, тем не менее, омрачает будущие перспективы устойчивого доступа к необходимым антиретровирусным препаратам. В частности, неясно, получат ли страны надежный доступ к приемлемым по цене препаратам второго ряда в соответствии с рекомендациями ВОЗ об обеспечении долгосрочной эффективности лечения. Варианты лечения после применения препаратов второго ряда пока не определены, поэтому до сих пор непонятно, каким образом многие страны будут обеспечивать такое лечение силами своих систем общественного здравоохранения.

В 2005 году Индия привела свое патентное законодательство в соответствие с правилами ВТО, что потенциально может не позволить фармацевтической промышленности страны, выпускающей препараты-генерики, производить генерические эквиваленты препаратов, запатентованных после 1996 года. Исторически так сложилось, что Индия стала основным источником генерических антиретровирусных препаратов, что способствовало снижению цен и сделало возможным доступ к лечению в условиях ограниченных ресурсов. Хотя национальные программы по лечению, вероятно, и в дальнейшем будут иметь доступ к недорогому зидовудину и другим АРВ-препаратам первого поколения, - отчасти благодаря тому, что скоро истекает срок действия патентов на эти препараты, - пересмотренные законы могут помешать странам обращаться к Индии за доступными по цене генерическими эквивалентами АРВ-препаратов второго ряда (Havlir and Hammer, 2005).

для обеспечения справедливого доступа (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2004 г.). Кроме того, мероприятия программ, предназначенные для решения потребностей детей и женщин, необходимо отдельно проанализировать и включить в национальные ответные меры, так же, как и мероприятия для уязвимых групп населения, таких как беженцы, перемещенные лица и представители групп высокого риска (см. главу «Риск»).

ПОТРЕБНОСТИ ДЕТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ

Учитывая то, что 600 000 детей ежегодно заражаются ВИЧ-инфекцией, в основном путем передачи вируса от матери ребенку, обеспечение доступа к недорогой диагностике и лечению при ВИЧ является неотложным глобальным приоритетом в сфере здравоохранения. В 2005 году ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ опубликовали глобальный призыв к действиям, который призывает мир обеспечить охват 80% нуждающихся детей антиретровирусной терапией и профилактикой антибиотиком котримоксазолом (см. ниже) к 2010 году (ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС, 2005 г.).

В условиях нехватки ресурсов детям бывает сложно поставить точный диагноз ВИЧ. Поскольку материнские антитела сохраняются в крови ребенка до 18 месяцев после рождения, обычно требуются высокочувствительные тесты, такие как полимеразная цепная реакция или определение вирусной нагрузки, чтобы поставить окончательный диагноз детям в младенческом возрасте. Хотя уже давно считается, что такие тесты экономически невыгодно проводить в условиях нехватки ресурсов из-за их высокой стоимости и сложности забора крови у новорожденных, недавние технические достижения в области тестирования с использованием сухого пятна крови обнаддеживают, позволяя проводить раннюю диагностику без необходимости брать кровь из вены.

Число антиретровирусных препаратов в специальной дозировке для лечения детей пока еще невелико, и они обычно

стоят дороже, чем препараты для взрослых схем лечения. Большинство педиатрических препаратов выпускается в форме сиропа, который многие дети считают неприятным на вкус, что потенциально усложняет соблюдение приема. Некоторые препараты необходимо растворять в питьевой воде или замораживать, что в некоторых условиях может быть непрактичным. Во многих местах дозировки препаратов для взрослых просто уменьшают для лечения детей, что несет в себе опасность недостаточности лечения (и может привести к развитию резистентности) или избыточности лечения (что может привести к возникновению побочных эффектов из-за токсичности препаратов). Недавно некоторые производители начали экспериментальный выпуск мини-таблеток, которые особенно удобно принимать маленьким детям. Однако все новые продукты должны пройти тщательную проверку, преквалификацию и лицензирование для использования, а это требует времени.

Очень важно обеспечить доступ к котримоксазолу, особенно в тех местах, где антиретровирусные препараты пока недоступны. Доказано, что антибиотик, который обеспечивает защиту от смертельно опасных оппортунистических инфекций и может помочь отложить начало антиретровирусной терапии, снижает риск смертности среди детей, живущих с ВИЧ, более чем на 40% (Chintu et al., 2004). Однако даже при том, что котримоксазол стоит всего 3 цента США в день, по оценкам, четыре миллиона детей, нуждающихся в этом лекарстве, сегодня не могут его получить (ВОЗ и ЮНЭЙДС, 2005 г.).

Побочные эффекты антиретровирусной терапии подчас проявляются у детей в более тяжелой форме, чем у взрослых (McComsey and Leonard, 2004). Кроме того, иногда при лечении детей бывает трудно отличить осложнения в результате развития заболевания, вызванного ВИЧ, от токсичных проявлений или

побочных эффектов от применения препаратов, применяемых для лечения ВИЧ. Многие ВИЧ-инфицированные дети также страдают от туберкулеза или недоедания, что еще больше усложняет ведение болезни (ВНО, 2006а).

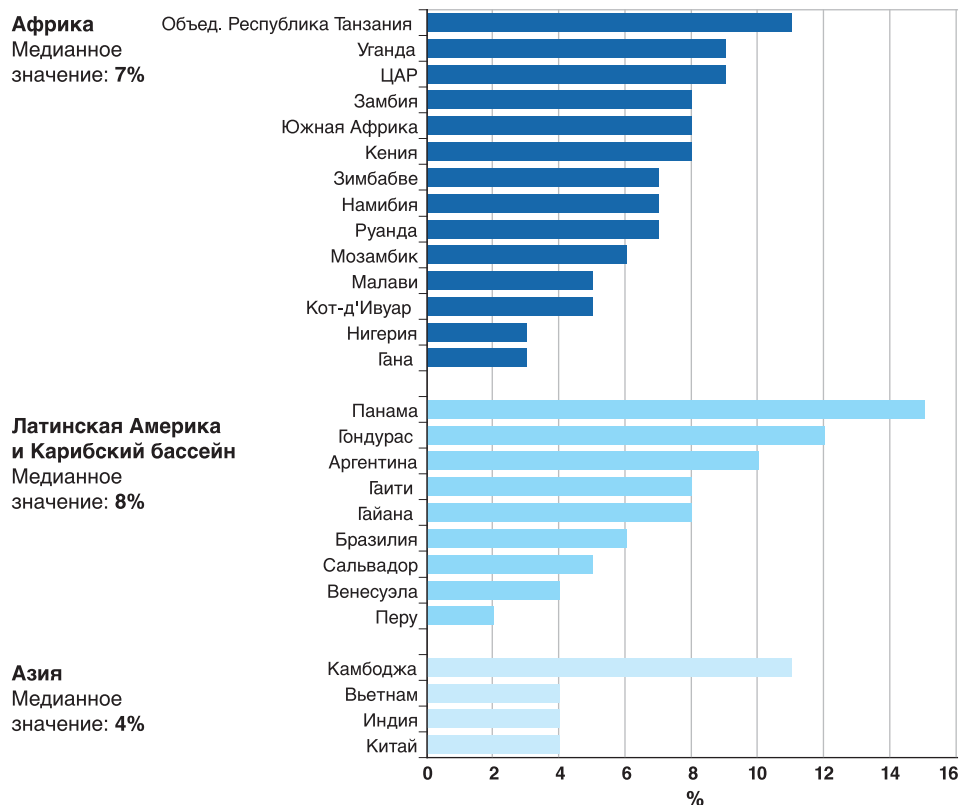
Поскольку ВИЧ-позитивные дети уязвимы к тяжелым инфекциям, особенно важное значение приобретает своевременная и надлежащая вакцинация. Обычно плановая вакцинация безопасна для ВИЧ-инфицированных детей, однако необходимо проводить дополнительные исследования, чтобы найти способы обеспечения эффективности плановой вакцинации детей, живущих с ВИЧ, и позволить врачам назначить лечение на основе проверенной информации (Obare et al., 2004).

На Рисунке 7.3 приведены данные по трем регионам мира и представлено процентное соотношение детей к общему числу людей, получающих антиретровирусную терапию. В Африке к югу от Сахары 7% всех людей, получающих лечение, – дети. В Латинской Америке и Карибском бассейне медианное значение в 9 странах составляет 8%, а в Азии – около 4%.

МОНИТОРИНГ ДОСТУПА ЖЕНЩИН К ЛЕЧЕНИЮ

По мере усиления бремени эпидемии СПИДа для женщин и девочек (см. главу «Общий обзор») растет и необходимость обеспечения того, чтобы женщины воспользовались преимуществами справедливого доступа к антиретровирусным препаратам и другим видам лечения при ВИЧ. В этой

РИСУНОК 7.3 Процент детей, получающих лечение, по странам, 2005 г.



Источник: ВОЗ/ЮНЭЙДС (2005). Ход обеспечения доступа к антиретровирусной терапии в связи с ВИЧ в мире: Последние данные по инициативе «3 к 5».

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СБОРА ДАННЫХ В РАЗБИВКЕ ПО ПОЛУ

Для обеспечения равного доступа женщин к антиретровирусной терапии необходимо собирать точные данные о половой принадлежности людей, получающих антиретровирусную терапию. Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ и другие члены Глобальной коалиции по проблемам женщин и СПИДа активно выступают за включение требований к обеспечению гендерного равенства в механизмы финансирования борьбы со СПИДом. Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом стал первой крупной инициативой в области лечения, которая собирает гендерные данные как один из показателей эффективности работы.

связи программы по лечению должны разрабатываться с учетом многочисленных препятствий, с которыми женщины и девочки сталкиваются в доступе к медицинскому обслуживанию, и включать мероприятия, направленные на искоренение насилия в отношении женщин, снижение стоимости лечения, сокращение времени ожидания, разработку удобных графиков приема и обеспечение достаточного числа медработников-женщин, решение проблем стигмы и дискриминации и гарантированное соблюдение принципов конфиденциальности и невмешательства в личную жизнь.

Факты неравенства документально подтверждены в некоторых местах, где предоставляется уход в связи со СПИДом. Например, в 2002-2004 гг. в Кении вероятность госпитализации для ВИЧ-позитивных мужчин была в два раза выше, чем для женщин, живущих с ВИЧ, и, кроме того, женщины платят за визит к врачу на 65% больше, чем мужчины (Глобальный консорциум ЮНЭЙДС для отслеживания ресурсов, 2004 г.).

К счастью, по мере расширения в последние годы доступа к антиретровирусной терапии, представляется, что до сих пор мир избегал значительного гендерного неравенства в использовании антиретровирусных препаратов. В июне 2005 года ЮНЭЙДС и ВОЗ сообщали, что данные об использовании антиретровирусных препаратов в

странах с низким и средним уровнем доходов не указывают на наличие заметного гендерного неравенства (ВОЗ и ЮНЭЙДС, 2005 г.). Более того, продолжающееся расширение программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку – особенно с применением подхода «Профилактика передачи от матери ребенку - плюс», который предполагает оказание всестороннего ухода матери, – создало возможности для увеличения числа женщин, которые могут пройти тестирование и начать получение антиретровирусной терапии (или получить направление на лечение). Однако необходимо сделать более доступными пункты, в которых небеременные женщины и девочки могут пройти тестирование на ВИЧ, получить консультацию и лечение.

На рисунке 7.4 приведены данные из 30 стран и представлено процентное соотношение женщин к общему числу взрослых, получающих антиретровирусную терапию, по сравнению с ожидаемым процентом охвата женщин. Ожидаемый процент колеблется в зависимости от типа эпидемии: ожидается, что при генерализованной эпидемии лечение должны получать больше женщин, чем при эпидемии, сконцентрированной среди потребителей инъекционных наркотиков (скорее всего – мужчин). Данные из Эфиопии и Ганы, в которых развиваются генерализованные эпидемии, показывают вероятный перевес в пользу мужчин, в то время как число женщин на анти-

Нормальное питание также необходимо, чтобы обеспечить максимальную пользу от применения антиретровирусной терапии, крайне важной для продления жизни ВИЧ-инфицированных людей и профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.



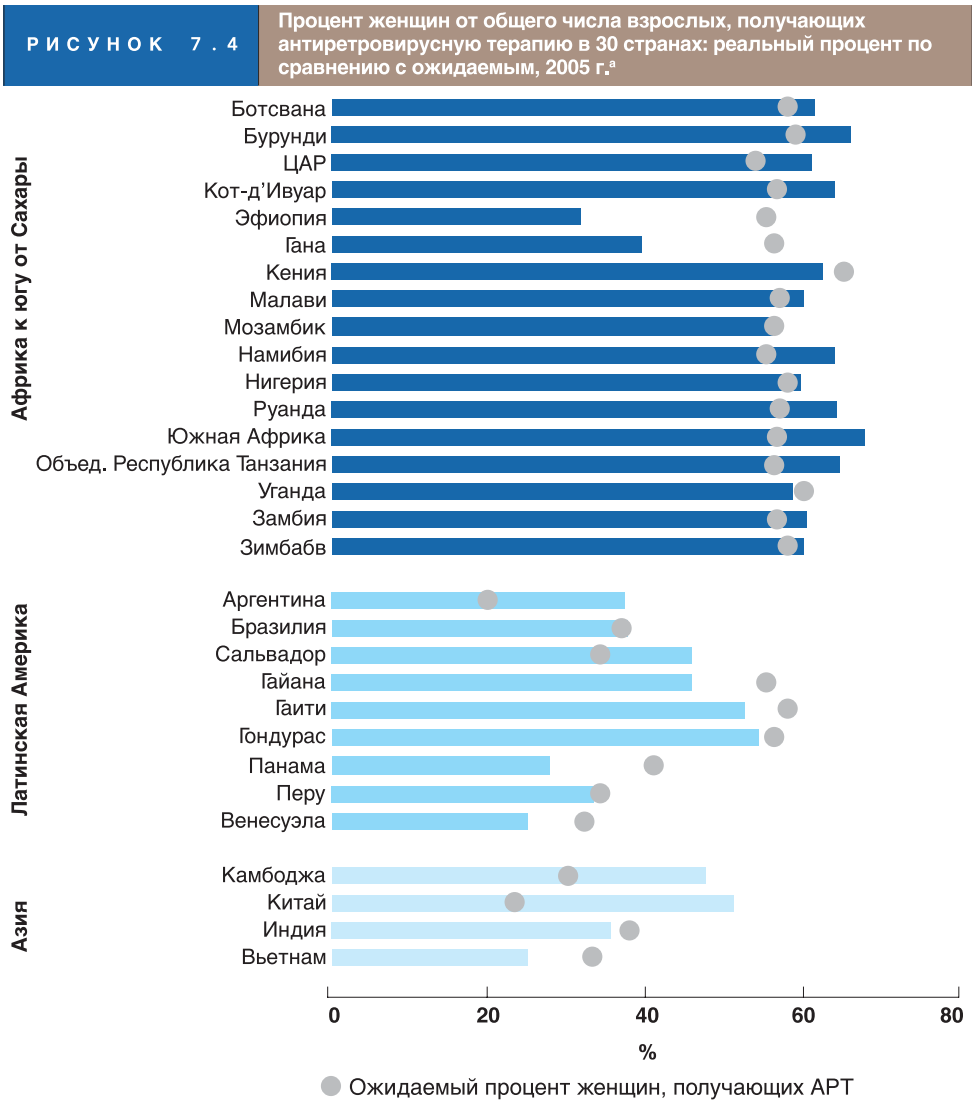
ретровирусной терапии составляет значительно менее 50%. В Бурунди, Камбодже, Китае, Панаме и Южной Африке наблюдается обратная ситуация, и число женщин на лечении превышает ожидаемое число взрослых. В настоящее время не существует достаточных данных, чтобы точно объяснить, почему возникает такая разница между странами.

Использование расширенного доступа к лечению для усиления профилактики ВИЧ

Расширенный доступ к лечению неизбежно окажет значительное влияние на мероприятия по профилактике ВИЧ. Что особенно важно, обеспечение беременных женщин антиретровирусными лекарствами для поддержания их здоровья существенно снизит риск передачи инфекции во время родов или в результате грудного вскармливания. Поскольку риск передачи ВИЧ половым путем тесно связан с вирусной нагрузкой (Quinn et al., 2000), снижение вирусной нагрузки отдельного лица путем применения антиретровирусной терапии могло бы уменьшить вероятность того, что он или она передаст вирус кому-нибудь еще. В ходе недавнего исследования в Уганде было подсчитано, что риск передачи ВИЧ половым путем в серодискордантных парах снизился на 98%, если ВИЧ-инфицированный партнер

принимал антиретровирусную терапию (Bunnell et al., 2006).

Существуют большие надежды на то, что расширенный доступ к лечению поддержит мероприятия по профилактике ВИЧ путем повышения мотивации для добровольного тестирования, снижения стигмы в связи с ВИЧ и предоставления врачам-клиницистам новых возможностей для оказания услуг и усиления информационно-профилактической работы в больницах (Global HIV Prevention Working Group, 2004). Однако, существуют также опасения, что лечение может потенциально усложнить профилактическую работу, увеличивая продолжительность периода инфективности, способствуя развитию резистентности к лекарственным препаратам и увеличивая число случаев рискованного поведения вследствие того, что ВИЧ-инфекция кажется менее опасной (Over et al., 2004). Исследования, проведенные в Сан-Паулу, Бразилия, среди ВИЧ-инфицированных мужчин, практикующих секс с мужчинами, показали, что те из них, кто был более оптимистично настроен по отношению к лечению ВИЧ, в предыдущие шесть месяцев с большей вероятностью совершали незащищенные анальные половые акты с постоянными или случайными партнерами (da Silva et al., 2005). Такое явное активное противоречие между рискованным сексуальным



^aОжидаемый процент женщин, получающих АРТ, основан на процентной доле женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом
 Источник: ВОЗ/ЮНЭЙДС (2006 г.). Ход обеспечения доступа к антиретровирусной терапии в связи с ВИЧ в мире. Доклад о реализации инициативы «3 к 5» и последующих действиях.

поведением и увеличенным доступом к лечению может потребовать разработки новых стратегий профилактики (Gayle and Lange, 2004).

Для того чтобы получить максимальную пользу от положительных результатов лечения для профилактики ВИЧ и предотвратить рост рискованного сексуального поведения, Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ настаивает на одновременном расширении доступа

к лечению и профилактических программ. Работа по моделированию возможных направлений развития эпидемии СПИДа в будущем постоянно демонстрирует, что ответная деятельность, которая сочетает в себе расширение профилактики и доступа к лечению, окажет гораздо большее воздействие на эпидемию, чем ответная деятельность, в которой отдается предпочтение одному виду деятельности перед другим (Salomon et al., 2005; Over et al., 2004).

Связанная с ВИЧ иммуносупрессия повышает уязвимость к множеству потенциально опасных для жизни оппортунистических болезней, включая респираторные заболевания, определенные бактериальные и грибковые инфекции и неврологические нарушения.



Обеспечение всестороннего ухода и лечения

Испытывая вполне объяснимый подъем, вызванный положительными результатами антиретровирусного лечения, люди иногда забывают о том, что антиретровирусное лечение является только одним из компонентов всестороннего лечения и ухода за людьми, живущими с ВИЧ. Даже получая антиретровирусные препараты, люди сталкиваются с массой других проблем, таких как потребность в подходящей пище и правильном питании, профилактике и лечении оппортунистических инфекций, а также в психосоциальной поддержке. Поэтому необходимо стремиться к тому, чтобы мероприятия по расширению доступа к уходу и лечению были всесторонними. Так, например, при условии надлежащего планирования и финансирования, обеспечение всестороннего ухода и лечения также усилит работу по диагностике и лечению других заболеваний, обусловленных СПИДом, таких как туберкулез и малярия. Это не только улучшит результаты лечения пациентов, но и ускорит процесс преодоления широкого круга проблем, с которыми сталкивается здравоохранение.

ПРОДОВОЛЬСТВИЕ И ПИТАНИЕ

Соответствующее питание не может вылечить ВИЧ-инфекцию, однако оно

необходимо для поддержания иммунной системы человека, для сохранения здоровья на уровне, необходимом для физической активности, и для оптимального качества жизни (ВОЗ, 2005 г.). Нормальное питание также необходимо, чтобы обеспечить получение максимальной пользы от применения антиретровирусной терапии, которая крайне важна для продления жизни ВИЧ-инфицированных людей и для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. МПП предоставляет продовольствие как составную часть пакета всесторонней антиретровирусной терапии в 17 странах Африки.

В резолюции ВОЗ о питании и ВИЧ/СПИДе, принятой в январе 2006 года на 117-й сессии Исполнительного комитета, странам-участникам программы настоятельно рекомендуется сделать питание составной частью деятельности по борьбе с ВИЧ путем определения мероприятий в области продовольственной помощи для их немедленного использования при осуществлении программ в связи с ВИЧ/СПИДом. Это включает в себя усиление политической приверженности решению проблемы питания и ВИЧ в рамках плановых мероприятий здравоохранения этих стран, а также более широкое включение вопросов питания в стратегии и программы по ВИЧ/СПИДу и внесение проблем ВИЧ

и СПИДа в национальные продовольственные стратегии и программы.

Однако на сегодняшний день включение мероприятий по оказанию продовольственной помощи в национальные планы лечения не получило широкого распространения. Например, в клинике Хэрриет Шези при больнице Крис Хани Барагванат в Южной Африке только 6% детей, получающих антиретровирусное лечение, имеют доступ к дополнительному питанию, такому как витаминизированная кукурузная мука и молочная смесь, и, кроме того, не хватает персонала для консультирования пациентов по вопросам питания. Коспонсоры ЮНЭЙДС, такие как ЮНИСЕФ, МПП и ВОЗ, вплотную работают над тем, чтобы обеспечить включение вопросов предоставления продовольствия и питания в мероприятия по расширению доступа к лечению, и как лечебное вмешательство и как средство для смягчения последствий СПИДа для отдельных лиц и общин (см. Главу «Уменьшение последствий»).

Организации, предоставляющие услуги беженцам и перемещенным лицам, обнаружили, что программы по вопросам продовольствия и питания могут также служить средством для распространения информации о профилактике ВИЧ. УВКБ ООН и МПП совместно разработали 20 программных стратегий, в которых мероприятия в связи с ВИЧ были объединены с предоставлением помощи в области продовольствия и питания для беженцев. Эти программы были реализованы в лагерях для беженцев в Уганде и Замбии (УВКБ ООН/МПП, 2004 г.).

ТУБЕРКУЛЕЗ

Поскольку туберкулез является главной причиной смерти в связи со СПИДом, точный диагноз, профилактика и лечение туберкулеза имеют первостепенное значение (см. Главу «Уменьшение последствий СПИДа»). Существует ряд препятствий для своевременной постановки диагноза и

лечения туберкулеза, которые необходимо преодолеть. Например, поскольку тесты для экспресс-диагностики, в плановом порядке используемые в странах с высоким уровнем дохода, часто недоступны в странах с низким и средним доходом, значительной части больных туберкулезом приходится несколько недель ждать постановки диагноза, подвергая угрозе собственное здоровье и здоровье окружающих.

ВИЧ-позитивные пациенты, у которых выявлена латентная форма туберкулезной инфекции, нуждаются в профилактическом лечении для предупреждения развития потенциально опасной для жизни активной формы туберкулеза. Однако важно исключить активную форму, когда для профилактики туберкулеза предполагается применять изониазид, а это создает значительные проблемы практического характера. Охват профилактическим лечением крайне незначителен, им обеспечивается только 1% ВИЧ-инфицированных взрослых во всем мире, при этом в странах Африки к югу от Сахары оно фактически отсутствует (АМР США и др., 2003 г.).

Существует также насущная необходимость разработки более простых и эффективных схем лечения туберкулеза. Растущая резистентность к имеющимся противотуберкулезным лекарственным препаратам увеличивает стоимость и сложность контроля над туберкулезом и подчеркивает необходимость разработки новых лекарств. В Ботсване распространенность резистентности как минимум к одному противотуберкулезному препарату среди лиц, прошедших анонимное тестирование на ВИЧ, возросла с 3,7% в 1995 году до 10,4% в 2002 году (Nelson et al., 2005). Более простые и краткосрочные схемы приема противотуберкулезных лекарств позволили бы повысить процент завершенных курсов лечения и снизить развитие резистентности. Глобальный альянс по разработке лекарств от ТБ, возглав-

ПРОДОВОЛЬСТВИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ САМЫХ БЕДНЫХ

МПП всегда была убежденным сторонником того, что следует уделять больше внимания роли продовольствия и питания в лечении и уходе в связи с ВИЧ, она тесно сотрудничала с ВОЗ в ходе реализации Инициативы «3 к 5». В 2005 году МПП в рамках различных программ предоставила продовольствие и питание 9 миллионам ВИЧ-положительных людей и других лиц, пострадавших от ВИЧ и СПИДа в Африке, Азии и Латинской Америке.

Все больше осознавая важность поддержки в области продовольствия и питания как составной части всестороннего ухода за людьми, живущими с ВИЧ, в настоящее время МПП предоставляет продовольственную помощь наряду с антиретровирусной терапией в 17 африканских странах. Во многих случаях мероприятия до сих пор находятся в пилотной стадии и, как правило, осуществляются менее двух лет. Существует надежда, что проверка различных подходов к снабжению продовольствием и дополнительным питанием людей, получающих лечение, вместе со строгой оценкой приведет к созданию модели, применение которой можно будет постепенно расширить. На сегодняшний день осуществление пилотных программ МПП привело к разработке нескольких новаторских подходов.

В Малави МПП совместно с международной неправительственной организацией «Действия против голода» проводит работу, в рамках которой наиболее истощенные пациенты ежедневно получают дополнительное питание в виде высококалорийной арахисовой пасты, разработанной во Франции в конце 1990-х гг. Эта готовая к употреблению паста высокоэффективна для реабилитации крайне истощенных детей. Пациенты с менее выраженными формами истощения получают индивидуальный продовольственный набор, в который входит зерновая соевая смесь и растительное масло. Право на получение продовольственной помощи определяется на основании индекса массы тела и стадии развития ВИЧ. Ведется тщательное наблюдение за такими результатами, как прибавление веса и время выздоровления, и их регистрация.

В то время как метод, проходящий проверку в Малави, направлен на индивидуальный уход, во многих странах было выявлено, что значительная часть людей, обращающихся за антиретровирусным лечением, страдает от нарушения продовольственной безопасности на уровне домохозяйств, часто вызванной продолжительной болезнью основного кормильца. Такая уязвимость представляет собой реальную проблему для поставщиков услуг. Из-за отсутствия дохода и продовольственной безопасности семьям бывает трудно отдать предпочтение поискам лечения, а не пищи, а это означает, что продовольствие, предназначенное для больного, будет, вероятно, разделено между всеми членами семьи, что сводит на нет ожидаемый полезный эффект. Чтобы помочь решить эту проблему, во многих странах для минимизации ослабления этого эффекта на уровне домохозяйств помимо индивидуального пайка больным выдается дополнительный паек. Специалисты здравоохранения в Мозамбике и Замбии разработали также контрольные таблицы по продовольственной безопасности, использование которых помогает медицинским работникам или общинным соцработникам выявлять те домохозяйства, которые больше всего нуждаются в продовольственной помощи.

ляющий в мире работу по созданию новых лекарств для лечения туберкулеза, - это альянс государственного и частного секторов, который начиная с 1960-х годов сформировал наиболее комплексную систему исследований препаратов от туберкулеза с целью разработки как минимум одного нового препарата раз в десять лет.

ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ

Связанная с ВИЧ иммуносупрессия повышает уязвимость к множеству потенциально опасных для жизни оппортунистических болезней, включая респираторные заболевания, определенные бактериальные и грибковые инфекции и неврологические нарушения (Felkin et al., 2004).

ВИЧ-инфекция также может повысить риск определенных онкологических заболеваний, особенно среди лиц, коинфицированных вирусом папилломы человека (Sobhani et al., 2004). До половины людей, живущих с ВИЧ, страдают от болезней полости рта, зачастую на начальной стадии развития ВИЧ-инфекции (Petersen et al., 2005). Антиретровирусная терапия значительно снижает заболеваемость инвалидизирующими и потенциально опасными для жизни оппортунистическими инфекциями.

В эпоху антитретровирусных препаратов профилактики и лечение оппортунистических инфекций остается краеугольным камнем глобальной деятельности по противодействию СПИДу. Даже в странах с высоким уровнем доходов, где антитретровирусная терапия доступна всем и каждому, оппортунистические инфекции остаются основной причиной смерти людей, живущих с ВИЧ (Bonnett et al., 2005). Для значительной части пациентов антитретровирусная терапия оказывается неэффективной, обычно из-за того, что они не в полной мере придерживаются предписанных схем лечения, или же у них наблюдается ранее сформировавшаяся резистентность к одному или более антитретровирусному препарату. Для таких пациентов – а также для большинства ВИЧ-позитивных людей в

мире, которые в настоящее время не имеют доступа к антитретровирусной терапии – лекарственные препараты для лечения оппортунистических инфекций могут означать спасение от смерти и сохранение жизни.

Поскольку возбудители многих оппортунистических инфекций, таких как туберкулез, малярия, бактериальная пневмония, бактериальный энтерит или диарея, уже давно распространены в обществе, лечение таких заболеваний должно быть легкодоступным. Для профилактики и лечения других инфекций, например, протозойной пневмонии, возбудителями которой являются *Pneumocystis carinii*, могут быть использованы широко распространенные антибиотики, такие как котримоксазол. Однако для лечения некоторых оппортунистических заболеваний – таких как криптококковые инфекции, диссеминированная инфекция простого герпеса и инфекции, вызванные цитомегаловирусом и вирусом гепатита С, токсоплазмоз и саркома Капоши – требуются комплексные и дорогие лекарственные препараты, которых нет в наличии или по доступным ценам во многих местах.

Фактически, только небольшая часть людей, живущих с ВИЧ, имеет надежный доступ к проверенным средствам профилактики и лечения



Насущные и разнообразные потребности людей, живущих с ВИЧ, обычно превышают ресурсы общины по поддержке, а стигма в связи с ВИЧ и СПИДом не позволяет членам пострадавших хозяйств обращаться в возможные службы паллиативного ухода.

КОИНФЕКЦИЯ ВИЧ С ГЕПАТИТОМ В И С

Поскольку переливание крови, не подвергавшейся проверке, и потребление инъекционных наркотиков являются основными путями передачи как ВИЧ, так и вирусов гепатита В и С, многие ВИЧ-позитивные люди коинфицированы этими вирусами. В Соединенных Штатах Америки и Европе 30% ВИЧ-инфицированных, по оценкам, также заражены вирусом гепатита С (Kontorinis, Agarwal and Dieterich, 2005), в том числе, по меньшей мере, 90% людей, которые заразились ВИЧ в результате потребления инъекционных наркотиков (CDC, 2003). Даже в Кении, где потребление инъекционных наркотиков распространено гораздо меньше, чем в некоторых других частях света, приблизительно 1 из 25 пациентов, обследованных в крупной клинике по лечению СПИДа, были коинфицированы гепатитом С (Karuru et al., 2005). ВИЧ-инфекция может ускорить развитие гепатита С, увеличивая риск возникновения опасной для жизни болезни печени (Bonacini et al., 2004).

Два антиретровирусных препарата, эффективных против ВИЧ, также эффективны против вируса гепатита В, а антиретровирусная терапия может принести опосредованную пользу пациентам с хроническим гепатитом В. Несмотря на то, что эффективные препараты для лечения как недавно приобретенного, так и хронического гепатита С существуют, эта схема является дорогой (в среднем, 25 000 долларов США за 48-недельный курс лечения) и часто недоступной в странах с низким и средним уровнем доходов. На выбор времени для лечения гепатита С может также повлиять наличие ВИЧ-инфекции, поскольку клиницисты рекомендуют, чтобы перед началом противовирусного лечения гепатита С была восстановлена иммунная система после антиретровирусного лечения ВИЧ-инфекции (Cooper, 2005). Для того, чтобы антиретровирусная терапия принесла максимальную пользу потребителям инъекционных наркотиков, национальные руководящие принципы должны содержать четкие рекомендации о назначении АРВ-препаратов лицам, коинфицированным ВИЧ и вирусом гепатита В или С.

оппортунистических инфекций. Во всем мире только 4% ВИЧ-инфицированных взрослых и 1% детей, живущих с ВИЧ, имеют возможность получать котримоксазол, недорогое лекарство, предупреждающее развитие пневмонии, которую вызывают *Pneumocystis carinii*, в также другие бактериальные инфекции. Несколько исследований показали положительный эффект применения этого антибиотика в различных условиях и ситуациях, однако, к сожалению, очень мало центров или программ во всем мире с должным энтузиазмом пропагандируют это простое медицинское вмешательство перед началом

антиретровирусной терапии. Особое беспокойство вызывает низкий уровень охвата новорожденных, которые родились у ВИЧ-позитивных матерей, и риск инфицирования которых был подтвержден программами профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. В недавно пересмотренных руководящих принципах ВОЗ подчеркивается необходимость более широко осуществлять это простое вмешательство, а также решить, на какой стадии следует прекратить назначение котримоксазола детям или взрослым, которые начали получать антиретровирусную терапию (ВОЗ, 2006b).

Некоторые из основных методов лечения оппортунистических инфекций в настоящее время недоступны по цене для многих национальных систем общественного здравоохранения. Например, в Доминиканской Республике некоторые из более дорогих лекарственных препаратов, применяемых для лечения распространенных оппортунистических инфекций, – такие как флуконазол, амфотерицин В, ацикловир ганцикловир, – доступны только при прямых поставках через частные аптеки, и этот вариант с экономической точки зрения непригоден для большинства людей, живущих с ВИЧ (Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению, 2005 г.). Тем не менее, в некоторых сферах был достигнут прогресс. Например, компания «Пфайзер» в рамках своей корпоративной благотворительной программы поставляла флуконазол бесплатно или со значительными скидками, в то время как в Южной Африке лоббирование со стороны активистов заставило «Бристоль-Майерс Сквибб», производителя амфотерицина В, резко снизить цену на это лекарство в 2005 году (Vicanic et al., 2005).

СМЯГЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

Несмотря на то, что антиретровирусные препараты очень эффективно замедляют прогрессирование болезни, обусловленной ВИЧ, у некоторых людей они могут вызывать серьезные побочные эффекты, и некоторые из них могут представлять опасность для жизни. Побочные эффекты включают тяжелые поражения кожного покрова, гепатит, анемию и сердечно-сосудистые заболевания. Некоторые хронические побочные эффекты могут серьезно подорвать здоровье (например, хроническая желудочно-кишечная непереносимость) или вызвать долговременные изменения внешности (например, липодистрофия или липоатрофия). Диапазон и тяжесть побочных эффектов могут варьироваться в

зависимости от обеспечения питанием или других характеристик различных групп пациентов. При медицинском ведении пациентов на антиретровирусной терапии следует также учитывать потенциальное взаимодействие с другими лекарственными препаратами – особенно между противотуберкулезными (в частности, рифампицином) и некоторыми классами антиретровирусных препаратов, а также с лекарствами, применяемыми для длительного курса лечения гепатита С. Поскольку доступ к лечению продолжает расширяться, полученный опыт проливает свет на вопросы безопасности пациентов в условиях нехватки ресурсов и дает информацию, необходимую ВОЗ для регулярного пересмотра руководящих принципов лечения и рекомендаций относительно оптимальных схем лечения первого и второго ряда.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Большинство стран выделяют менее 1% национального бюджета здравоохранения на охрану психического здоровья; соответственно в странах с низким и средним уровнем дохода очень мало специалистов в области психиатрии по сравнению с промышленно развитыми странами. Это является препятствием к обеспечению всестороннего ухода и лечения, поскольку ВИЧ-инфекция может приводить к умственным и неврологическим расстройствам, а у многих людей, живущих с ВИЧ, имеются когнитивные расстройства и болезни, связанные со злоупотреблением наркотиками и алкоголем (McArthur et al., 2005). Невылеченные психические заболевания не только снижают качества жизни людей и домохозяйств, пострадавших от ВИЧ – слабое психическое здоровье часто приводит к несоблюдению схем лечения (Singh et al., 1999; Gordillo et al., 1999). Сегодня при планировании ухода и лечения в связи с ВИЧ зачастую не учитывают необходимость включать в него серьезные мероприятия по поддержанию психического здоровья и оказанию

психосоциальной поддержки (Baingana et al., 2004).

Антиретровирусная терапия, вероятно, является единственным эффективным средством лечения обусловленных ВИЧ психических расстройств, снижения числа случаев развития слабоумия и улучшения когнитивных и поведенческих функций. Однако она может не решать проблем глубокой депрессии и других проблем психического здоровья, которые не связаны непосредственно с ВИЧ-инфекцией (Siegel et al., 2004). Инициативы по расширению доступа к антиретровирусному лечению должны сопровождаться усилением потенциала для распознавания психических заболеваний, включением психосоциальных услуг в программы по лечению и расширением доступа к психотропным лекарственным препаратам (Baingana et al., 2004).

ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД

Даже при самом лучшем лечении ВИЧ паллиативный уход для лечения симптомов, облегчения боли и ухода за больными, находящимися при смерти, остается важным компонентом всестороннего ухода за людьми, живущими с ВИЧ. ВОЗ выпустила руководящие принципы под названием «Интегрированное ведение болезней подростков и взрослых людей» для паллиативного ухода (WHO, 2006b), однако очень мало других пособий, протоколов и систем для облегчения боли и оказания ухода больным в терминальной стадии в условиях нехватки ресурсов.

В ходе недавнего аналитического обзора 26 организаций, занимающихся паллиативным уходом в Африке к югу от Сахары, было обнаружено, что в больницах региона паллиативный уход практически отсутствует из-за его высокой стоимости и низкого значения, которое ему придают системы здравоохранения. Хотя давно доказано, что домашний уход является

великолепным источником паллиативной поддержки людям, живущим с ВИЧ, доступ к такому уходу низкий, особенно в сельских районах. Как правило, насущные и разнообразные потребности людей, живущих с ВИЧ, превышают возможности общин по оказанию поддержки, а стигма в связи с ВИЧ и СПИДом не позволяет представителям пострадавших домохозяйств обращаться в службы паллиативного ухода, которые могут иметься в наличии. Настоятельно требуется более высокая приверженность для того, чтобы интегрировать паллиативный уход в систему комплексного ведения больных и разработать упрощенные протоколы для оказания паллиативного ухода медицинскими и другими работниками (Harding and Higginson, 2005).

Насущная потребность в исследованиях

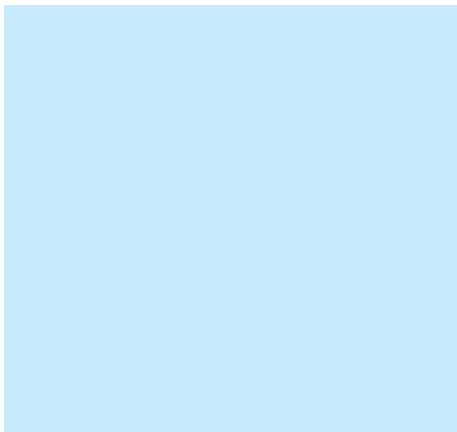
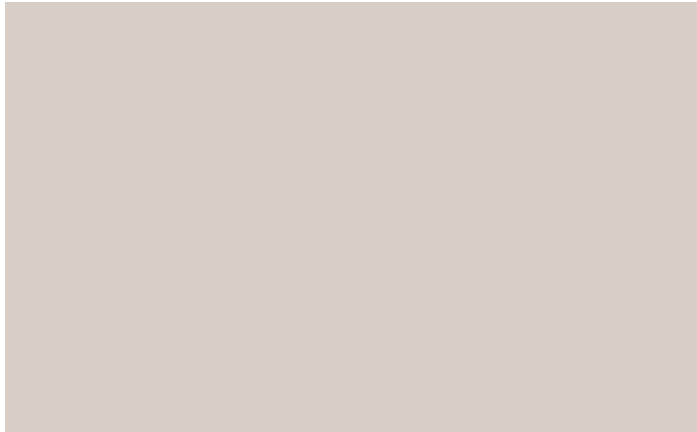
В основе инициативы «3 к 5» лежало выявление и быстрое применение новых знаний. Инициатива уделила особое внимание необходимости учиться на практике, придавать первоочередное значение непрерывной оценке и анализу эффективности программ и проводить целевые оперативные исследования.

В сотрудничестве с Секретариатом ЮНЭЙДС и другими партнерами ВОЗ разработала руководящие принципы мониторинга пациентов при уходе и антиретровирусной терапии в связи с ВИЧ для поддержки медицинских учреждений первой помощи при сборе последующих данных о взрослых и детях. Учетные записи о пациентах и регистрационные журналы медицинских учреждений содержат данные, которые могут быть полезными для оценки. ВОЗ оказала поддержку четырем странам в разработке планов исследования работы в связи с расширением доступа к лечению, и двусторонние доноры также инвестируют значительные средства в целевую оценку программ.

В настоящее время отмечаются значительные различия в руководящих принципах о начале антиретровирусной терапии, поскольку до сих пор не проводились рандомизированные исследования для уточнения оптимального времени начала такой терапии. (Wood et al., 2005). Без ответа пока остаются вопросы о долгосрочной клинической пользе (если таковая вообще есть) антиретровирусной терапии при первичной инфекции. Необходимо провести дополнительные исследования, чтобы обеспечить клиницистов и пациентов более надежными данными для принятия важных решений о лечении.

Кроме того, необходимы дальнейшие исследования в области профилактики и лечения оппортунистических инфекций. Например, в то время как антиретровирусная терапия снижает число и тяжесть случаев развития слабоумия на фоне ВИЧ, распространенность неврологических заболеваний среди людей, живущих с ВИЧ, в местах, где давно уже обеспечен доступ к антиретровирусным препаратам, на самом деле возросла. Это подчеркивает необходимость выработки новых терапевтических стратегий, которые бы оказывали непосредственное воздействие на центральную нервную систему (Perry et al., 2005).

Уменьшение последствий эпидемии СПИДа 08



Глава 08



УМЕНЬШЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭПИДЕМИИ СПИДА

Деятельность по смягчению последствий направлена на исправление или снижение ущерба, причиненного эпидемией СПИДа отдельным людям, их семьям и общинам, учреждениям и, в некоторых случаях, экономике и общественным системам. Так же, как и при более широкой ответной деятельности, мероприятия по уменьшению последствий СПИДа должны усиливать другие инициативы в области здравоохранения и развития, в частности, цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, которые направлены на искоренение крайней нищеты, облегчение бремени болезни, обеспечение всеобщего начального образования, гендерного равенства, защиту окружающей среды и развитие глобального партнерства в интересах развития. Связь между плохим здоровьем и нищетой хорошо известна и является мощным аргументом в пользу того, чтобы борьба со СПИДом находилась в центре международной повестки дня в области развития (ВОЗ, 2001 г.).

Растущее внимание к проблеме СПИДа со стороны учреждений, занимающихся вопросами развития, и национальных правительств предоставляет возможности для усиления или создания систем здравоохранения, образования и социального обслуживания там, где они не получают нужного внимания или достаточных ресурсов. Улучшение в этих областях – например, расширение охвата базовыми услугами в сфере репродуктивного здоровья, реализация проектов по водоснабжению и санитарии, или мероприятий по снижению нищеты, - в свою очередь, поможет снизить последствия СПИДа, даже если это и не является основной задачей этих мероприятий. В странах, охваченных разными другими проблемами помимо СПИДа, такие косвенные подходы

необходимы в качестве дополнения к непосредственным, направленным на борьбу с ВИЧ программам по профилактике, уходу и лечению (Sengwana and Quinlan, 2004). Важным компонентом смягчения последствий эпидемии в странах с генерализованными эпидемиями является защита и усиление кадрового потенциала, поскольку болезнь выводит из строя квалифицированных специалистов, в результате чего как государственный, так и частный сектор теряют их опыт и знания (ПРООН, 2005 г.).

Так же, как и программы по профилактике и уходу, программы по смягчению последствий СПИДа должны быть включены в основные процессы в области развития на разных уровнях (см. главу «Национальные ответные

меры»). Они включают такие международные и национальные инструменты развития, как Рамочная программа Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития и документы с изложением стратегии по сокращению масштабов нищеты, а также деятельность неправительственных организаций гражданского общества или религиозных групп на местном уровне.

Поскольку социально-экономические последствия смертности среди взрослых от заболеваний, обусловленных СПИДом, особенно тяжело сказываются на более бедных домохозяйствах, главами многих из которых являются женщины, программы по развитию должны включать мощные компоненты по преодолению нищеты и учитывать гендерные факторы (Mather et al., 2004). В этой связи ключевую роль должно сыграть гражданское общество, не в последнюю очередь, в обеспечении (путем пропаганды и политического давления) долговременной устойчивой деятельности, не нарушаемой политическими переменами.

Следует отметить, что смягчение последствий СПИДа нельзя рассматривать как альтернативу профилактике ВИЧ: эта деятельность является жизненно важной частью всесторонних глобальных мер в ответ на эпидемию СПИДа. С точки зрения затрат и результатов, любой сегодняшний успех

в предотвращении инфекции означает огромную экономию денежных средств и усилий в будущем.

Важно добиться того, чтобы все эти усилия были основаны на соблюдении прав человека. Помогая достичь желаемых результатов – обеспечения стабильных доходов и продовольственной безопасности, оказания поддержки сиротам и другим детям, уязвимым к СПИДу, обеспечения гендерного равенства, и т.п., - программы, направленные на смягчение последствий СПИДа, должны разрабатываться с учетом процессов, основанных на соблюдении прав человека. Это означает, что программы должны быть совместными, прозрачными и должны вовлекать в работу людей, пострадавших от эпидемии.

Поддержка ВИЧ-позитивных людей и их семей

Больше всего от СПИДа пострадали, конечно же, люди, живущие с ВИЧ и члены их семей. Поэтому первоочередная задача мероприятий по смягчению последствий – создать для ВИЧ-позитивных людей возможности максимально долго сохранять здоровье, для чего следует осуществлять такие вмешательства, как антиретровирусная терапия, помощь в обеспечении продовольствием и лечение оппортунистических инфекций. В большинстве



Программы по смягчению последствий СПИДа должны опираться на процессы на основе прав человека. Это означает, что программы должны быть широкими, прозрачными и включать людей, пострадавших от эпидемии.

Такие страны, как Ботсвана, Зимбабве, Малави, Намибия и Руанда, разработали комплексные национальные стратегии для сирот и других детей, ставших уязвимыми из-за СПИДа, а другие страны, например, Гаити, Камбоджа и Кения, занимаются ими конкретно в рамках национальных стратегий по СПИДу.



стран с низким и средним уровнем доходов для этого требуется расширение медицинских услуг, чтобы улучшить доступ к службам консультирования и тестирования на ВИЧ (поскольку многие ВИЧ-позитивные люди в мире не знают о своем статусе) и расширить доступ к уходу и лечению. Кроме того, следует помнить, что здоровье большого числа ВИЧ-позитивных людей в странах с низким и средним уровнем доходов подрывают туберкулез, малярия, инфекции, передающиеся половым путем, и целый ряд паразитарных заболеваний, таких как шистосомоз (также известный под названием бильгарциоз). Таким образом, последствия СПИДа можно смягчить, организовав борьбу с этими заболеваниями путем осуществления относительно недорогих мероприятий общественного здравоохранения, таких как программы по контролю над туберкулезом и малярией, диагностика и лечение ИППП, и дегельминтизация (Stillwaggon, 2005).

Антиретровирусная терапия может быстро улучшить не только здоровье человека, живущего со СПИДом, но и повлиять на другие аспекты общественной и экономической жизни. В ходе недавно проведенного исследования была сделана попытка оценить экономическое воздействие этого лечения в странах Африки к югу от

Сахары, с акцентом на участие в трудовом процессе больных СПИДом (т.е., людей, получающих медицинский уход), а также детей и взрослых, живущих в одном доме с больными. Исследование показало, что в течение шести месяцев с начала лечения вероятность того, что больной снова начнет работать, возросла на 20%, а количество рабочего времени в неделю возросло на 35%. По словам исследователей: «Поскольку здоровье больных без лечения продолжало бы ухудшаться, эта статистика участия в трудовой деятельности не полностью отражает воздействие лечения на тех, кто его получал» (Thirumurthy, et al, 2005).

Доступ к антиретровирусной терапии может также принести существенные экономические и социальные выгоды для тех, кто ухаживает за людьми, живущими с ВИЧ, и членами их семей. По мере улучшения здоровья больных, за которыми осуществляют уход, особенно выигрывают лица, оказывающие услуги по уходу, старшего возраста. Потребность в физическом уходе может снизиться или вообще исчезнуть, человек, оказывающий уход, начинает испытывать меньший стресс, а его экономическое благосостояние растет (HelpAge International, 2005).

Всесторонние программные мероприятия, включающие оказание

ОБЕСПЕЧЕНИЕ СРЕДСТВ К СУЩЕСТВОВАНИЮ ДЛЯ СИРОТ И УЯЗВИМЫХ ДЕТЕЙ.

МПП и ФАО инициировали новаторский подход к обеспечению будущих средств к существованию и долгосрочной продовольственной безопасности для сирот и детей, пострадавших от СПИДа. Используя сочетание традиционных и современных методов сельского хозяйства, школы «Джуниор фармер филд энд лайф скулз» (ДФФЛС) обучают детей в возрасте 12-17 лет (одинаковое число мальчиков и девочек) в течение 12 месяцев, уделяя основное внимание методам сельскохозяйственной работы, таким как подготовка поля, сбор урожая, хранение, внесение удобрений, а также основам маркетинга. Вопросы профилактики ВИЧ включены в учебную программу. Дети, посещают эти полевые школы три раза в неделю и ежедневно получают двухразовое питание (ФАО, 2006 г.). Эта модель продемонстрировала такой потенциал, что министерство сельского хозяйства Мозамбика включило этот подход в свой национальный сельскохозяйственный план.

психологической и финансовой поддержки наряду с медицинскими услугами, вероятно, приносят самые лучшие результаты в снижении последствий эпидемии СПИДа для отдельных людей. В Китае это учтено в национальной стратегии под названием «Четыре бесплатных услуги и уход», в рамках которой людям, живущим с ВИЧ, предлагается следующее:

- бесплатные антиретровирусные препараты для больных СПИДом, живущих в сельской местности, или для городских жителей, испытывающих финансовые трудности;
- бесплатное добровольное консультирование и тестирование;
- бесплатные лекарства для ВИЧ-инфицированных беременных женщин с целью профилактики передачи от матери ребенку и бесплатное тестирование новорожденных на ВИЧ;
- бесплатное школьное обучение для детей, осиротевших из-за СПИДа;
- уход и материальная помощь домохозяйствам людей, живущих с ВИЧ и СПИДом.

Эта стратегия особенно хорошо подходит префектурам Китая с высоким уровнем распространенности, где примерно треть больных СПИДом находятся на поздних стадиях заболевания и обычно обращаются за лечением

только тогда, когда симптомы оппортунистических инфекций начинают угрожать их жизни. Стратегия «Четыре бесплатных услуги и уход» помогает многим людям вернуться к нормальной жизни и не нести тяжелого финансового бремени, от которого страдают многие ВИЧ-позитивные люди в разных частях мира (ЮНЭЙДС, 2006 г.).

Защита доходов и уровня жизни

Многие семьи, пострадавшие от СПИДа, сталкиваются с неотложной проблемой сохранения или восстановления средств к существованию, особенно в районах, где системы социального обеспечения неразвиты, а из-за широко распространенной нищеты родственники или соседи не могут оказать им достаточную поддержку.

ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Расширению социальной защиты и систем соцобеспечения придается все более приоритетное значение среди других стратегических подходов к снижению последствий СПИДа, особенно в странах Африки к югу от Сахары (Wilton Park and UNICEF, 2005). Варианты социальной защиты включают широкий спектр мер, в том числе программы соцобеспечения, поддержки детей и сирот, общественные работы для обеспечения занятости, государс-

твенные пенсионные системы, пособия для малообеспеченных и микрофинансирование. Поскольку люди, наиболее пострадавшие от СПИДа, имеют меньше всего возможностей для оплаты услуг, создание специальных стратегий оплаты за бедных, например, освобождение от оплаты и выдача талонов людям, получающим доходы ниже определенного уровня, может потребоваться там, где медицинские услуги предоставляются на платной основе (Onwujekwe and Uzochukwu, 2005). Хотя, скорее всего, в ближайшие годы наиболее сильно пострадавшим странам будут необходимы донорские ресурсы, со временем потребуются создать или расширить системы финансирования на основе налоговых отчислений или страховых взносов, чтобы обеспечить устойчивость системы социальной защиты (Russell, 2004).

Не так давно ЮНИСЕФ заказал проведение крупного исследования мероприятий социальной защиты, ориентированных на сирот и других детей, ставших уязвимыми к СПИДу в 15 странах на востоке и юге Африки (UNICEF, 2005a). Разбив эти мероприятия на три категории – образование, общественные работы и системы перевода денег, - это исследование показало, что в регионе существует много действенных подходов, начиная от программ субсидирования продовольствия в Мозамбике до пилотной программы по переводу финансовой помощи для 10% беднейших домохозяйств в Замбии (Пилотная схема социальных денежных переводов в районе Каломо). Однако их масштабы ограничены, и многие мероприятия могли бы быть более эффективными, если бы планировались совместно и осуществлялись на основе координации.

Например, схемы перевода денежных средств (например, грантов приемным семьям для ухода, продовольственных субсидий и пенсий за счет работодателей) получают все более широкое распространение в ответ на хроническую нищету, отсутствие продо-

вольственной безопасности и СПИД в странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции на востоке и юге Африки. Самые разные схемы уже были осуществлены или инициированы – зачастую, хотя и не всегда, при поддержке со стороны международных доноров и неправительственных организаций. В ходе исследования было обнаружено, что хотя для непосредственной помощи детям было предназначено относительно небольшое их число, дети извлекли прямую и косвенную пользу, получив эти средства. Оказалось, что денежные переводы способствовали усилению других мер социальной защиты, актуальных для детей, пострадавших от СПИДа, включая доступ к медицинским услугам и образованию, правовой защите и психосоциальной поддержке (Союз помощи детям, «ХелпЭйдж интернешнл» и Институт исследований в области развития, 2005).

Точно так же полезны пенсии, выплачиваемые пожилым людям, поскольку за очень многими сиротами и другими детьми, ставшими уязвимыми к СПИДу, ухаживают их дедушки и бабушки (см. главу “Воздействие”). По оценкам недавнего исследования стоимости социальной защиты в африканских странах с низким уровнем доходов, проведенного Международной организацией труда, расходы на выплату пенсий за счет работодателей в размере 15 долларов США в месяц всем лицам старше 65 лет или нетрудоспособным составят менее 1% валового внутреннего продукта во всех семи обследованных странах (Pal et al., 2005).

МИКРОФИНАНСИРОВАНИЕ

Схемы микрофинансирования используются с целью защиты доходов и имущества домохозяйств, пострадавших от СПИДа. Многие такие схемы организованы донорами, хотя сами возникли в результате развития местных инициатив, например, кооперативов. Программы и услуги, предлагаемые домохозяйствам,



Обычно микрофинансирование наиболее полезно для домохозяйств до того, как последствия СПИДа станут тяжелыми, пока у людей еще достаточно здоровья для сбережений и использования кредитов для производительной деятельности.

пострадавшим от СПИДа в разных странах, включают специализированные финансовые консультации, льготные или экстренные кредиты, стимулы для накопления сбережений, страховку для оплаты похорон и образовательные трастовые фонды для детей (Mathison, 2005; CGAP, 2003).

Обычно микрофинансирование оказывается наиболее полезным для домохозяйств до того, как последствия СПИДа станут тяжелыми, пока люди еще достаточно хорошо себя чувствуют, чтобы откладывать деньги и использовать кредиты для производительной деятельности. Оно также полезно и позже для поддержки производительной деятельности членов семьи, оставшихся здоровыми (Mugra, 2005). Начиная с 2002 года в Таиланде применяется новаторский подход под названием проект «Позитивный партнер», который получает финансирование и техническую поддержку из национальной Ассоциации для развития общин. В рамках этого проекта в партнерствах, приносящих доход, совместно работают ВИЧ-позитивные и ВИЧ-негативные люди. Такие партнерства могут получать кредиты в размере до 600 долларов США, которые используются для получения дохода и обеспечения занятости в таких видах деятельности, как выращивание скота, стирка белья и других малозатратных и быстрокупаемых предприятиях (PDA, 2005).

В Мозамбике Провинциальный союз мелких фермеров и неправительственная организация «ХелпЭйдж интернешнл», которые помогают пожилым людям ухаживать за ВИЧ-позитивными членами семьи, создали комитеты пожилых людей (*Conselhos dos Idosos*), которые имеют две цели: снизить стоимость ухода и повысить доходы. Потребность очевидна: в то время как средняя месячная пенсия по возрасту в Мозамбике составляет 12 долларов США, стоимость ежемесячного ухода за сиротой составляет около 21 доллара США, а ухода за человеком, живущим со СПИДом – 30 долларов США. Используя прибыли от малого бизнеса, финансируемого за счет общинных схем кредитования (которое само по себе является способом расширения возможностей для заработка), социальный фонд, которым заведует этот комитет, оплачивает расходы на перевозку людей в центры тестирования на ВИЧ и клиники, где предоставляется антиретровирусная терапия. Сегодня в четырех сельских районах действует 44 комитета пожилых людей (HelpAge International, 2005).

Сироты и другие дети, ставшие уязвимыми из-за СПИДа

Миллионы детей осиротели из-за СПИДа или сильно пострадали из-за многочисленных последствий СПИДа для их семей и общин (см.

главу «Воздействие»). Поскольку в результате эпидемии продолжает расти смертность и усиливается бремя заболеваемости среди взрослого населения, задача правительств и общин – обеспечить безопасное и здоровое детство для подрастающего поколения и проводить эту работу в интересах растущего числа детей, как минимум, в ближайшем десятилетии.

Обобщив опыт международных учреждений, правительств, неправительственных организаций и специалистов в области защиты детей, ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС опубликовали документ «*Рамки для защиты, обеспечения ухода и поддержки сирот и уязвимых детей, живущих в мире с ВИЧ и СПИДом*» (ЮНИСЕФ/ЮНЭЙДС, 2004 г.). К концу 2005 года эти рамки были поддержаны почти 30 разными организациями, что указывает на широкое признание предложенных стратегий для формирования эффективной деятельности в ответ на растущую проблему. В документе отмечено, что не существует единой модели, подходящей для всех общин и стран, и определены пять ключевых стратегий, которые можно применять как на местном, так и на национальном уровнях:

- усилить потенциал семей по защите и уходу за сиротами и уязвимыми детьми путем продления жизни родителей и предоставления эконо-

мической, психосоциальной и другой поддержки;

- мобилизовать и поддерживать ответные мероприятия на уровне общин;
- обеспечить сиротам и уязвимым детям доступ к основным услугам, включая образование, медицинское обслуживание, регистрацию рождений и т.п.;
- обеспечить государственную защиту наиболее уязвимым детям путем совершенствования политики и законодательства и с помощью предоставления ресурсов семьям и общинам;
- повысить информированность на всех уровнях путем пропаганды и социальной мобилизации с целью создания поддерживающей среды для детей и семей, пострадавших от ВИЧ.

Важность того, чтобы национальные правительства комплексно подошли к решению этой проблемы, была отмечена в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 2001 году. Правительства стран приняли согласованное решение: «к 2003 году разработать и к 2005 году осуществить национальную политику и стратегии для: создания и расширения возможностей правительств, семей и общин по предоставлению помощи сиротам, девочкам и мальчикам, инфицированным ВИЧ/СПИДом и затронутым

По возможности, лучше оказывать детям уход на уровне общин, чем помещать их на долгий срок в такие организации, как сиротские приюты (хотя и они могут быть нужны для краткосрочного решения проблем детей, срочно нуждающихся в уходе).



ПОДДЕРЖКА ИНТЕРЕСОВ ДЕТЕЙ НА МЕСТНОМ УРОВНЕ

Правительства могут определять направления деятельности и давать стратегические рекомендации, однако большую часть работы, необходимой для детей, пострадавших от СПИДа, проводят организации на местном уровне. Например, организации на базе общин во всех странах Африки к югу от Сахары оказывают поддержку детям, пострадавшим от СПИДа, обеспечивая их питанием и школьной формой. Однако эти организации выполняют еще и важную пропагандистскую роль. Например, они решительно защищают право сирот и других детей, оказавшихся уязвимыми из-за СПИДа, на образование – и это задача, которую необходимо выполнять постоянно, поскольку возможности школьной системы по оказанию помощи наиболее нуждающимся детям ограничены. В недавнем докладе организации «Хьюман райтс уотч» приводится немало примеров. В Соуэто местная организация, предоставляющая услуги по уходу детям, осиротевшим из-за СПИДа, договорилась со школьным руководством отменить плату за школьное обучение для этих детей – на самом деле, дети имеют это право по закону, но многие школы отказываются его соблюдать. В Уганде ряд местных неправительственных организаций субсидирует расходы на школьное обучение для детей, пострадавших от СПИДа, и проводит семинары в школах с целью противодействия стигме в связи со СПИДом (Human Rights Watch, 2005).

проблемой ВИЧ/СПИДа». Внушает оптимизм то, что после принятия Декларации многие правительства добились определенного успеха в этом направлении. Например, такие страны как Ботсвана, Зимбабве, Малави, Намибия и Руанда, разработали комплексные национальные стратегии в интересах сирот и других детей, оказавшихся уязвимыми из-за СПИДа, а другие страны, например, Гаити, Камбоджа и Кения, уделяют этим вопросам особое внимание в своих национальных стратегиях по борьбе со СПИДом (ФНИ, 2005).

СРЕДА ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ УХОДА

Там, где это возможно, лучше оказывать детям уход на уровне общин, чем помещать их на долгий срок в такие организации, как сиротские приюты (хотя они тоже могут быть необходимы для краткосрочного решения проблем детей, срочно нуждающихся в уходе). Организация ухода на уровне общин включает оказание поддержки семье ребенка, пострадавшей от СПИДа, усыновление или помещение таких детей в семьи дальних родственников или приемные семьи и непосредственная помощь детям, которые оказались уязвимыми из-за СПИДа. Такой уход не всегда легко осуществить или орга-

низовать, и качество ухода может сильно различаться, однако результаты исследований показывают, что это значительно более эффективно с экономической точки зрения, чем уход в официальных учреждениях, и позволяет гораздо более справедливо использовать ограниченные ресурсы. Например, в ходе исследования недавно начатых проектов для сирот и других детей, ставших уязвимыми из-за СПИДа, проведенного Всемирным банком, было обнаружено, что если создание семейного детского дома для сирот в Эритрее обходилось в 1900 долларов США, то соответствующие одноразовые расходы на помещение одного сироты в семью составляли около 100 долларов США (Prywes et al., 2004).

Еще более принципиальным является тот факт – и на это четко указывают рамки ЮНИСЕФ/ЮНЭЙДС 2004 года, – что процедура отбора детей, осиротевших из-за СПИДа, для оказания специальной помощи, является стигматизирующей и во многих местах непрактичной. С точки зрения возможностей социального обеспечения это означает, что вместо предоставления грантов отдельным категориям детей (например, сиротам)

государственные программы должны быть направлены на то, чтобы охватить большее число малообеспеченных детей – независимо от обстоятельств их родителей – услугами системы социального обеспечения (Meintjes et al., 2003).

ДОСТУП К ОБРАЗОВАНИЮ

Деятельность по оказанию помощи детям в посещении школы и по обеспечению того, чтобы девочки получали такой же доступ к образованию, является одной из важнейших в области человеческого развития. Это признано в Инициативе «Образование для всех» и в цели 2 (обеспечить всеобщее начальное образование к 2015 году) и цели 3 (искоренить гендерное неравенство в начальном и среднем образовании к 2015 году в рамках поощрения равенства мужчин и женщин и расширения прав и возможностей женщин) в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Определенные успехи есть в достижении обеих этих целей (UNESCO, 2005a): например, если в 2001 году только 82% детей школьного возраста в мире учились в начальной школе, то к 2005 году, по оценкам, это число выросло примерно до 85% (UNICEF, 2005b). Тем не менее, около 112 миллионов детей школьного возраста (из них 54% - девочки) в настоящее время не учатся в школе (Отдел ООН по народонаселению, 2005 г.). Эти дети, скорее всего, будут вовлечены в тот или иной вид детского труда, что в некоторых случаях, может повысить их уязвимость к ВИЧ-инфекции.

Для многих детей одним из основных препятствий к посещению школы является стоимость обучения. Бесспорным доказательством этого является быстрый рост числа школьников в Кении, Малави, Объединенной Республике Танзания и Уганде после отмены платы за школьное образование. Например, когда в 2003 году в Кении была отменена плата за обучение в начальной школе,

всего через несколько месяцев число школьников возросло с 6 миллионов до 7,2 миллиона человек. И все же, даже там, где плата за обучение отменена, доступ детей к школьному обучению может быть затруднен из-за денежных сборов, взимаемых объединениями учителей и родителей, обязательного ношения школьной формы, необходимости покупать книги и учебные пособия, и других расходов. Таким образом, отмена платы за обучение является только одной из составляющих комплексных обязательств по обеспечению всеобщего начального образования. Это должно дополняться другими мерами, особенно в тех странах, где система образования сильно пострадала из-за СПИДа (см. ниже подраздел «Усиление образовательного сектора»). Всемирный банк и ЮНИСЕФ в настоящее время разрабатывают стратегии для стран, включающие не только отмену платы за школьное обучение, но и решение стратегических, финансовых и управленческих вопросов, которые должны дополнить такие инициативы (Global Partners Forum, 2006).

«Отмена платы за обучение открывает двери для маргинализированных и лишенных возможности учиться детей. Учитывая важность школьного образования для каждого ребенка в мире ВИЧ и СПИДа, отмена платы за школьное обучение совершенно очевидно является одним из высших приоритетов для всех детей, пострадавших от пандемии».

Форум организации «Глобальные партнеры» по вопросам детей, пострадавших от ВИЧ и СПИДа, февраль 2006 г.

СПИД И ДЕТСКИЙ ТРУД

Международная программа по ликвидации детского труда Международной организации труда провела экспресс-оценки в ряде стран Африки к югу от Сахары (Замбия, Зимбабве, Объединенная Республика Танзания и Южная Африка) для изучения связей



Хорошо функционирующий сектор здравоохранения-важный компонент любых национальных мер против СПИДа и определяет выполнение трех из восьми целей в области развития из Декларации тысячелетия.

между СПИДом, сиротством и детским трудом. Например, в Объединенной Республике Танзания на сирот приходилось 70% всех опрошенных детей, работавших на себя; 60% из них были заняты работой по дому и 55% из них продавали секс за деньги – у большинства из них родители умерли от заболеваний, обусловленных СПИДом. Большинство этих детей либо бросили школу, либо никогда не учились. Особенно сильно из-за СПИДа снижаются возможности для получения образования и работы у девочек, поскольку им чаще приходится оставлять школу, чтобы сократить расходы домохозяйств и оказывать помощь в работе по дому (МОТ/ИПЕК, 2003 г.).

Меры по смягчению последствий должны учитывать основные причины детского труда, включая нищету, неграмотность и нехватку продовольствия. В качестве примера можно привести проект «Вместе обеспечим безопасность детей» в Малави. Этот проект, в основном финансируемый табачной промышленностью, направлен на снижение доли детского труда в сельском хозяйстве, особенно в табачном секторе, в котором широко используется детский труд. Усиливая продовольственную безопасность и увеличивая уровни доходов местных семей, а также производительность

ферм, проект помогает добиться того, чтобы детей не заставляли заниматься наемным трудом для поддержки своих семей. В проекте есть и образовательный компонент, направленный на поощрение детей к получению начального школьного образования путем повышения информированности общин о важности образования, а также путем строительства школ (Sibale and Kachale, 2004).

Предоставление услуг и управление процессом

В некоторых странах государственные службы пострадали настолько серьезно, что старые методы управления уже утратили устойчивость и нуждаются в преобразовании – то есть, в принятии новых методов работы и управления кадровыми ресурсами, чтобы быть в состоянии реагировать на последствия СПИДа для собственных сотрудников. Могут потребоваться специальные мероприятия, чтобы сохранить целостность организации, защитить и расширить существующие знания и опыт, и удовлетворить растущие потребности в услугах (Sengwana and Quinlan, 2004).

В 2005 году ПРООН и Канцелярия Высокого представителя по наименее развитым странам, развивающимся

странам, не имеющим выхода к морю, и малым островным развивающимся государствам опубликовали совместный доклад под названием «*В надежде и попытках справиться с проблемами: Призыв к действию – проблема потенциала в связи с ВИЧ/СПИДом в наименее развитых странах*» (ПРООН, 2005 г.). В докладе содержатся не только оценки проблем с потенциалом, с которыми сталкиваются страны, наиболее сильно пострадавшие от эпидемии, но и ряд рекомендаций, направленных на смягчение прямых последствий СПИДа для эффективной работы государственных учреждений. Самой насущной проблемой является, естественно, организация лечения и ухода на рабочем месте, чтобы продлить производительную жизнь ВИЧ-позитивных сотрудников. Однако в докладе также содержатся и более новаторские предложения, например, требование ко всем организациям, предоставляющим услуги, выделять часть общего бюджета на формирование вспомогательного потенциала. Другие меры включают изучение того, что в работе существующих государственных структур мешает или способствует предоставлению услуг, чтобы более эффективно использовать людские ресурсы и улучшить планирование и развитие людских ресурсов.

Другим подходом является улучшение практики государственного управления, исходя из предположения, что это может повысить эффективность и улучшить услуги даже при отсутствии новых ресурсов. Однако сами по себе эти меры вряд ли помогут решить чрезвычайные проблемы, с которыми сталкиваются органы государственного управления на всех уровнях, особенно в ключевых секторах, таких как здравоохранение и образование, и секторах, отвечающих за развитие жизненно важной инфраструктуры. К сожалению, решения о выделении ресурсов не всегда это учитывают и зачастую ограничены макроэкономическими реалиями и соглашениями с международными кредитными

учреждениями. Например, недавно Замбия получила право на участие в Инициативе для бедных стран с высокой задолженностью, согласившись сохранять расходы на зарплату в государственном секторе на уровне 8% валового внутреннего продукта (ПРООН, 2005 г.). Хотя эта мера направлена на снижение дефицита и контроль над инфляцией, от которой также страдает все население страны, это серьезно ограничивает возможности страны нанимать больше служащих в государственный сектор.

С такими ограничениями в национальных бюджетах и вариантах политики сталкиваются многие страны со слаборазвитой экономикой и зависимостью от доноров. Это серьезно затрудняет развитие услуг здравоохранения и образования, во время как возможности миллионов людей по оплате этих услуг настолько малы, что вряд ли стоит ожидать, что частный сектор сможет закрыть эту брешь. Кроме того, наступило время, когда мероприятия по улучшению производительности труда в Африке, – что тоже крайне необходимо в целях развития, – должны быть направлены на решение таких первоочередных задач государственного сектора, как наем учителей и медицинских работников и переориентация систем медицинского обслуживания, «чтобы они не сосредоточивали все внимание на лечебных учреждениях в относительно благополучных районах, а уделяли больше внимания профилактическим учреждениям в сельской местности, где работают общинные медсестры и другие вспомогательные медработники» (Центр для развития стратегических исследований, 2005 г.)

Сохранение потенциала сектора здравоохранения

Хорошо функционирующий сектор здравоохранения является важным компонентом любых национальных мероприятий по борьбе со СПИДом и имеет решающее значение для

выполнения трех из восьми целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Однако во многих странах сектору здравоохранения угрожает не только СПИД, но и многие другие серьезные факторы, особенно усиливающаяся трудовая миграция (так называемая «утечка мозгов» - отъезд врачей и медсестер в промышленно развитые страны) и хроническое недофинансирование развития кадровых ресурсов. Помимо нехватки квалифицированных специалистов – в странах Африки к югу от Сахары более чем в десять раз меньше медицинских специалистов на душу населения, чем в Европе – эти специалисты зачастую очень неэффективно распределены: медицинские специалисты, в основном, сосредоточены в городах, а в сельской местности медицинских работников слишком мало (Joint Learning Initiative, 2004).

Страны с низким и средним уровнем доходов в целом и страны с эпидемиями с высокой и средней распространенностью в частности нуждаются в обучении значительно большего числа врачей, медсестер и специалистов, чтобы восполнить их нехватку и избавиться от существующего дисбаланса в распределении услуг. Это огромная задача. По оценкам ВОЗ, расширение масштабов деятельности для выполнения целей 4 и 5 в области развития, сформули-

рованных в Декларации тысячелетия (снижение детской смертности и улучшение здоровья матерей) потребует на 100 000 больше штатных медицинских работников в 75 странах, где отмечается основная доля случаев детской смертности (WHO, 2005a). При этом все эти невероятные усилия по обучению будут напрасными, если странам не удастся удержать своих драгоценных специалистов. Одним из наиболее надежных способов для этого является обеспечение такого уровня зарплаты, который был бы справедливым, достаточным и соответствовал ожиданиям медицинских специалистов.

Многих медсестер и врачей из стран с низким уровнем доходов промышленно развитые страны привлекают не только более высокими зарплатами, но и наличием оборудованных учреждений, позволяющих им лучшим образом применить свои знания и навыки. В дополнение к этим «факторам притяжения» существуют еще и факторы «выталкивания», включая повышенную нагрузку на работе по мере развития эпидемии, страх перед инфекцией и тот факт, что стигматизация людей, живущих с ВИЧ, зачастую распространяется и на тех, кто за ними ухаживает. Результаты этого очевидны – и они только растут. В 1999 году в Гане были выданы сертификаты 320 медсестрам, закончившим медучилища, и 320



Многих медсестер и врачей из стран с низким уровнем доходов промышленно развитые страны привлекают не только высокими зарплатами, но и оборудован, позволяющим лучше применить свои знания и навыки.

РЕГИОНАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В РЕГИОНЕ ВЕЛИКИХ ОЗЕР АФРИКИ

По оценкам специалистов, в регионе Великих озер Африки более шести миллионов человек сегодня живут с ВИЧ. В 1999 году министры здравоохранения шести стран (Бурунди, Демократическая Республика Конго, Кения, Объединенная Республика Танзания, Руанда и Уганда) признали, что не могут адекватно бороться с ВИЧ, не решив проблем миграции и перемещенных лиц, которые способствуют распространению вируса. Они согласились сотрудничать в рамках Инициативы Великих озер по борьбе со СПИДом, которую финансирует Межстрановая программа по ВИЧ/СПИДу Всемирного банка. Инициатива требует от национальных правительств изучить новые методы работы для удовлетворения потребностей групп населения, которым обычно уделяется мало внимания и предоставляется очень мало услуг.

Значительная часть мероприятий в рамках инициативы сосредоточена на профилактике и уходе в связи с ВИЧ среди беженцев, в окружающих общинах, среди внутренних перемещенных лиц и людей, возвращающихся на родину. По условиям недавнего соглашения, ответственность за работу с разными группами населения будет распределена следующим образом: за разработку программ для людей в районах, где проживает много беженцев, отвечают страны-участницы, и эти программы должны осуществляться на условиях национальных рамочных структур по борьбе с ВИЧ и СПИДом. УВКБ ООН, в соответствии со своим мандатом, отвечает за всех беженцев, в то время как решение об ответственности за внутренних перемещенных лиц принимается отдельно в каждом конкретном случае. И, наконец, программы для лиц, возвращающихся на родину, осуществляются совместно УВКБ ООН и Национальной комиссией по борьбе со СПИДом в каждой стране.

В марте 2005 года Всемирный банк одобрил грант в размере 20 млн. долларов США для финансирования этой инициативы в течение следующих четырех лет. Проведено совместное планирование программ по ВИЧ и разработаны планы действий на первый год осуществления инициативы во всех шести странах. Для того чтобы обеспечить надежную основу для оценки инициативы, планируется провести поведенческие исследования и дозорный эпиднадзор в женских консультациях среди беженцев и окружающих общин в первый и четвертый год реализации проекта (ЮНЭЙДС/УВКБ ООН, 2005).

медсестер эмигрировали из страны. На следующий год страна потеряла в два раза больше медсестер. Сегодня более половины должностей медсестер не заполнены, и такая модель распространена почти во всех странах Африки к югу от Сахары. Факторы притяжения так же очевидны. В 2001 году Национальная медицинская служба Соединенного Королевства обещала прекратить прямой наем медсестер в странах, страдающих от нехватки среднего персонала, однако с того времени крупные частные медицинские учреждения Соединенного Королевства переманили к себе более 7000 медсестер из Африки. В 2005 году Конгресс Соединенных Штатов

Америки одобрил законопроект «О чрезвычайных дополнительных ассигнованиях», на основании которого было выделено 50 000 новых виз для медсестер и членов их семей. Эти меры были приняты для решения проблемы с нехваткой 126 000 медицинских сестер, которая обостряется день ото дня. Собственные медицинские училища страны не успевают удовлетворять спрос, в то время как население страны растет и стареет, и нуждается в еще большем количестве медсестер (Chaguturu and Vallabhaneni, 2005).

Были предложены самые разные подходы к решению этой проблемы, включая расширение программ по

обмену и созданию глобального образовательного реинвестиционного фонда с целью улучшения и расширения возможностей для обучения в странах с низким и средним уровнем доходов (Joint Learning Initiative, 2004). В дополнение к действиям на национальном и международном уровнях могут оказаться полезными и инновационные подходы, которые помогут подключить многие частные медицинские учреждения в странах с низким и средним уровнем доходов. Примеры этого можно увидеть в Уганде, где была запущена программа микрофинансирования с целью обучения коммерческим навыкам акушерок из частного сектора, улучшения качества предоставляемых услуг (включая общение между медработником и пациентом, вопросы гигиены и санитарии, соблюдение конфиденциальности, и т.п.), а также предоставления возобновляемых кредитов, которые можно использовать в целях улучшения условий работы или закупки медицинских товаров. Финансирование предоставила компания «Сумма Фаундэйшн», а управление финансами осуществлял Угандийский союз по микрофинансированию. Программа прошла пилотные испытания в 15 районных и городских клиниках (и еще в 5 дополнительных контрольных клиниках) в течение 13 месяцев, и результаты показали ее хороший потенциал: сами

акушерки восприняли проект с энтузиазмом, уровень возврата кредита был высоким, а пациенты указывали, что качество услуг в клиниках, участвующих в проекте, улучшилось. Эти результаты показывают, что такие маломасштабные мероприятия могут усилить жизненно важную работу частного сектора по охране здоровья (Agha, Balal and Ogojo-Okello, 2004).

Усиление образовательного сектора

СПИД оказывает серьезное воздействие на образовательные системы во многих наиболее сильно пострадавших странах (см. главу «Последствия»), ограничивая их возможности по выполнению целей инициативы «Образование для всех», принятых в 2000 году (UNESCO, 2005a). Факты из Уганды показывают, что вероятность того, что ребенок, который бросил школу, будет инфицирован ВИЧ в двадцатилетнем возрасте, в три раза выше, чем у ребенка, получившего базовое образование. Данные анализа, проведенного в общинах, указывают на устойчиво более высокую распространенность ВИЧ среди детей, не посещающих школу, по сравнению с теми, кто получил школьное образование. Анализ данных исследования в области демографии и здоровья в пяти странах Африки, недавно проведен-



Работодатели играют значительную роль в успешных мероприятиях по смягчению эпидемии СПИДа, так же как работники, их представители и министерства труда.

Сотрудничество между системами образования и программами социального обеспечения дает возможности повышения эффективности работы обеих структур.



ный Всемирным банком, показывает, что образование является надежным прогнозирующим фактором в отношении некоторых важных моделей профилактического поведения, а среди участников исследования в области образования сложилось во многом единое мнение о том, что эффективное образование для девочек ассоциируется с защитным поведением (Всемирный банк, 2006).

Смягчение последствий СПИДа в секторе образования предусматривает осуществления ряда приоритетных действий. Они включают обеспечение того, чтобы проблемы ВИЧ решались во всем образовательном секторе, а также наращивание потенциала для достижения целей инициативы «Образование для всех» (ИАТТ, 2003). Международное сообщество разработало целый ряд ответных мер, таких как Инициатива по ускоренной реализации программы «Образование для всех», запущенная в 2002 году – глобальное партнерство, созданное для ускорения продвижения к обеспечению качественного начального образования для всех детей к 2015 году. Эта инициатива может обеспечить оказание финансовой поддержки всем странам с низким уровнем доходов, испытывающим нехватку финансовых средств, но стремящимся достичь цели по предоставлению всеобщего начального школьного образования. В 2004

году внешняя помощь 12 странам, участвующим в инициативе, возросла с примерно 300 млн. долларов США до 350 млн. долларов США, что позволило перекрыть разрыв между необходимыми и имеющимися средствами в 5 странах. Две другие страны восполняют нехватку средств за счет дополнительного финансирования со стороны двусторонних доноров в 2005–2006 гг. В рамках инициативы на сегодня выплачено 45 млн. долларов США через ее собственный Каталитический фонд, один из двух трастовых фондов, которые могут предоставлять краткосрочное финансирование для ликвидации дефицита финансирования и помощи в развитии действенных образовательных стратегий.

Межучрежденческая рабочая группа ЮНЭЙДС по образованию с секретариатом в ЮНЕСКО была создана для усиления координации и гармонизации среди учреждений ООН, международных и двусторонних доноров и организаций гражданского общества. В 2002 году была создана рабочая группа для поддержки образовательного сектора в странах Африки в рамках ее программы «Ускорение мер в ответ на ВИЧ/СПИД в образовательном секторе в Африке». Среди других мероприятий эта программа проводила субрегиональные и национальные семинары, в которых совместно работали группы в области образо-

вания, медицины и СПИДа с целью обмена примерами лучшей практики и разработки стратегий применения этих примеров практики в школах. С 2002 года в этой программе приняли участие 33 страны Африки к югу от Сахары, а 19 из них в настоящее время осуществляют ускоренные национальные программы. Лидерство все чаще принадлежит субрегиональным органам: Экономическому сообществу западноафриканских государств – сети из 15 стран; восточноафриканской сети из 9 стран; сети из 5 стран-лузофонов (португалоговорящих), а также сетей центральноафриканского и южноафриканского таможенного союза, который пока пребывает в процессе создания. Сегодня коспонсоры ЮНЭЙДС поддерживают развитие этого подхода за пределами Африки; Карибское сообщество и Общий рынок возглавляют региональную работу с участием 15 стран; разрабатывается программа для субрегиона Большого Меконга с участием 6 стран Восточной Азии; ведется работа в Центральной Азии с участием 5 стран; начинается программа в Южной Азии, в которой примет участие 5 стран.

Еще одна многострановая инициатива ЭДУКЭЙДС (Глобальная инициатива по образованию и ВИЧ/СПИДу) была запущена в 2004 году под руководством ЮНЕСКО. На сегодняшний день эта инициатива начала работать в нескольких странах, включая Зимбабве, Камбоджу, Лесото, Намибию, Свазиленд и Ямайку, с целью усиления систем образования. Это одна из трех ключевых инициатив программы «Образование для всех», дополняющая другие инициативы, направленные на повышение грамотности и обучение учителей (UNESCO, 2005a). В свою очередь, глобальный союз «Международная ассоциация просвещения», членами которого являются 29 миллионов учителей и работников просвещения, осуществляет учебную программу о ВИЧ с участием ВОЗ и других партнеров. На сегодняшний день ею охвачено 133 000 учителей в почти 25 000 школ в 17 странах (МОТ и др., 2006 г.).

Задача укрепления школьной системы, чтобы она была способна справиться с натиском СПИДа и других проблем, должна основываться на достоверных фактах и реальных условиях образовательного сектора, для того чтобы знать, как лучше применить скудные ресурсы. Недавно было проведено исследование того, насколько образовательный сектор в разных странах мира готов ответить на воздействие СПИДа (Bolet and Jellema, 2005). В этом исследовании применялось два подхода. В первом использовались анкеты самооценки, разосланные по почте в министерства образования 117 стран, из которых 71 страна прислала ответы. Второй подход предполагал получение ответов из организаций гражданского общества (см. главу «Гражданское общество») в ходе семинаров, в которых участвовали представители сетей неправительственных организаций, профсоюзов учителей и министерств образования 18 стран, страдающих от тяжелого бремени СПИДа. Итоговый отчет, обобщивший оба подхода, показал смешанные результаты (МУЦГ, 2006 г.). Например, три четверти ответивших стран – и все страны с высокой распространенностью – указали на то, что создали отдельные управленческие структуры для координации деятельности министерств образования в ответ на эпидемию. Менее обнадеживающим было то, что только 59% из этих структур во всех странах и 70% в странах с высокой распространенностью имели отдельный бюджет, что вызывало вопросы относительно реальных полномочий и эффективности этих структур.

Сотрудничество между системами образования и программами социального обеспечения дает возможности повышения эффективности работы обеих структур. Примером этому являются отношения между двумя проектами в Намибии – один направлен на расширение участия членов школьного правления в совершенствовании работы школ, а второй – на создание «кольца поддержки» для сирот и других детей, оказавшихся уязвимыми

Хотя одного прогрессивного законодательства недостаточно для изменения отношения в обществе, оно важно для борьбы с актами дискриминации против людей, живущих с ВИЧ или пострадавших от СПИДа



из-за СПИДа. Вышеупомянутое исследование мер социальной защиты обнаружило, что, работая совместно, обе инициативы смогли избежать противоречий и способствовали тому, чтобы участвующие школы помогли уязвимым из-за СПИДа детям остаться в школе (UNICEF, 2005а). Подчеркивая пересечение интересов политики образовательного сектора, мер по борьбе со СПИДом и программ для сирот и других детей, уязвимых из-за СПИДа, авторы исследования подвели итог обращением к правительствам:

«И, наконец, учитывая то, что кризис в Африке в связи с числом ДМО [детей, маргинализованных с точки зрения образования] и СУД [сирот и других уязвимых из-за СПИДа детей] только начинает разворачиваться, ... перед правительствами и партнерами стоит жесткий выбор: принять и включить в основную деятельность социальную защиту в качестве неотъемлемой функции образовательного мандата, или отказаться от любых реальных перспектив достижения тех национальных и международных целей, которые этот сектор поставил перед собой».

Мир труда

Работодатели имеют значительную заинтересованность в успешных мероприятиях по смягчению эпиде-

мии СПИДа, так же как работники, их представители и министерства труда. Основным и наиболее важным фактором является то, что обеспечение ухода и лечения на рабочем месте спасает жизни, поддерживает производительность предприятия и дополняет работу учреждений общественного здравоохранения. Руководящим документом для осуществления ответной деятельности на рабочем месте является «Свод правил МОТ по ВИЧ/СПИДу и сфере труда», опубликованный в 2001 году (МОТ, 2001 год). В нем представлены руководящие принципы, которые можно использовать для разработки стратегий и мер вмешательства на уровне предприятия, общины и на национальном уровне, на основе консенсуса между работодателями, работниками и правительством.

Очевидно, что работодатели имеют большую заинтересованность в успешных мероприятиях по смягчению эпидемии, когда СПИД угрожает их персоналу. В недавнем исследовании о воздействии СПИДа на финансовые результаты деятельности компаний международный банк Ю-Би-Эс и фирма по инвестиционному менеджменту «Фэнд-Си Эссет Менеджмент» пришли к выводу о наличии серьезных экономических аргументов в пользу того, чтобы компании вели собственную деятельность по борьбе

со СПИДом (UBS and FandC Asset Management, 2005). В ходе исследования была составлена модель расчетов, которые может производить крупная фирма перед открытием коммерческого предприятия в условиях высокой распространенности. С учетом расходов предприятия в связи с эпидемией, а также затрат на программу лечения для работников и пособия (расходы на лечение составляют 17% заработной платы), чистая текущая стоимость предприятия через 5 лет с оказанием услуг по лечению была на 5% выше, чем без него. В исследовании также рассматривались практические аспекты для предприятий, ведущих программы лечения, в том числе, нужно ли предоставлять иждивенцам такое же лечение, как сотрудникам, и следует ли проводить лечение собственными силами или в сотрудничестве с местными медицинскими учреждениями.

В сфере государственного финансирования некоторые международные доноры поддерживают усилия местных и национальных органов управления по включению мероприятий по смягчению эпидемии СПИДа в проекты по развитию инфраструктуры, когда они направлены на улучшение работы городского транспорта или системы водоснабжения. В данном контексте такое включение не означает превращение подобных проектов в проекты, ориентированные исключительно на борьбу с ВИЧ. Скорее, оно направлено на интеграцию отдельных мероприятий, которые могут смягчить краткосрочные и долгосрочные последствия эпидемии СПИДа для сотрудников и руководителей проекта, а также для окружающих общин.

Например, Городской отдел Всемирного банка рассмотрел опыт проектов по

СОХРАНЕНИЕ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ В НАПРЯЖЕННОЙ СИТУАЦИИ

В Южной Африке смертность в связи со СПИДом вносит свой вклад в общее снижение числа учителей вместе с другими факторами, такими как эмиграция и недостаточный выпуск новых специалистов, заканчивающих педагогические учебные заведения. Только в 2004 году, по оценкам, умерло 8% ВИЧ-позитивных учителей. Для смягчения этой ситуации потребуются осуществить разнообразные меры. После проведения детальной оценки ситуации, Исследовательский совет Южной Африки по гуманитарным наукам предложил ряд рекомендаций министерству образования страны, университетам и профсоюзам в сфере образования. В дополнение к программам профилактики ВИЧ Совет рекомендовал срочно осуществить целевую программу антиретровирусной терапии и лечения оппортунистических инфекций для учителей, оценивая, что около 3% из них (примерно 10 000 человек) в настоящее время нуждаются в антиретровирусной терапии.

В то же время, признавая, что только медицинского подхода к сохранению потенциала будет недостаточно, чтобы удовлетворить спрос на образование среди молодежи Южной Африки, Совет также рекомендует такие меры, как повышение оплаты и улучшение перспектив карьерного роста для учителей, чтобы привлечь (или сохранить) большее их число в данной профессии. Для того чтобы справиться с «утечкой мозгов», то есть с отъездом учителей в Содружество и другие страны, Совет предлагает, чтобы учителя, только что выпущенные из вузов, отработали определенный срок на службе обществу, как это принято в отношении других редких профессий в стране. Также рекомендуется поощрять учителей к работе в сельской местности, например, с помощью выдачи кредитов студентам педагогических учебных заведений и поддержки прохождения «полевой практики» городскими учителями (Peltzer et al., 2005).

Противостояние стигме и дискриминации и смягчение их последствий - важные элементы любых мер против СПИДа; и усилия по снижению стигмы включены во многие проекты по профилактике и уходу в связи с ВИЧ



включению проблем ВИЧ/СПИДа в основную деятельность в 13 странах Африки к югу от Сахары, включая Бурунди и Конго. В последней осуществление крупного проекта по реконструкции в связи с чрезвычайной ситуацией, восстановлению и улучшению условий жизни с начальных этапов способствовало сотрудничеству между руководством проекта и министерством здравоохранения. Наряду с мероприятиями по повышению информированности и раздачей презервативов на рабочих местах, местные неправительственные организации получают финансирование для предоставления таких услуг, как добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ, лечение инфекций, передаваемых половым путем, у рабочих-строителей и работников коммерческого секса в данной местности, а также для предоставления ухода и поддержки. Проект рассматривает возможность расширения некоторых мероприятий для помощи местным органам власти в городах, охваченных проектом. В Сенегале в масштабную программу по улучшению работы общественного транспорта в Дакаре и других крупных городах со стадии ее разработки были включены программы по борьбе с ВИЧ (Schuler et al., 2005).

СЕЛЬСКОЕ ХОЗЯЙСТВО

Сельское хозяйство является основой экономики во многих странах с низким

и средним уровнем доходов, как с точки зрения обеспечения пропитания, так и с точки зрения его вклада в официальную экономику. Многие программы по смягчению последствий СПИДа направлены на оказание прямой или косвенной поддержки сельским домохозяйствам, пострадавшим от СПИДа, основным источником существования которых является выращивание сельскохозяйственных культур или животноводство. Опыт показывает, что программы косвенной помощи – например, обучение методам сельского хозяйства, предоставление кредитов и доступа к семенам или технике, – открытые для всех сельских семей данного района, могут помочь семьям, пострадавшим от СПИДа, только при условии тщательного планирования, поскольку такие семьи зачастую имеют меньше возможностей для того, чтобы воспользоваться предлагаемыми услугами (Jayne et al., 2004).

В Замбии, где в сельскохозяйственном секторе занято 67% всей рабочей силы и производится от 18% до 20% валового внутреннего продукта, министерство сельского хозяйства и кооперативов осуществляет разнообразные мероприятия по смягчению последствий СПИДа с участием различных международных партнеров. В центре особого внимания находится улучшение доступа семей,

БИЗНЕС ОКАЗЫВАЕТ ПОМОЩЬ

В 1988 году, в сотрудничестве с министерством здравоохранения Кении, Федерация кенийских работодателей выпустила первые рекомендации о борьбе с ВИЧ на рабочем месте и сегодня она пропагандирует выполнение положений *Свода правил МОТ по ВИЧ/СПИДу и сфере труда*. В 2000 году Национальный совет по СПИДу назначил федерацию координатором мероприятий по борьбе со СПИДом. С того времени федерация создала представительный Консультативный комитет по ВИЧ/СПИДу, который контролирует включение компонентов по профилактике и решению проблем ВИЧ в широкие учебные программы для менеджеров предприятий, а также обучает специальных ведущих и инструкторов по методу «равный-равному» для пропаганды и поддержки программ на рабочем месте. Кроме того, федерация поощряет корпоративные социальные мероприятия, в рамках которых компании помогают своим общинам, выделяя средства на борьбу со СПИДом, проводя социальный маркетинг презервативов и работая с правительственными и другими организациями с целью решения медицинских и образовательных проблем и вопросов социального обеспечения детей, осиротевших из-за СПИДа (ГСП, 2006).

пострадавших от ВИЧ и СПИДа, к существующим программам обучения и кредитования, поскольку их участие в таких схемах пока низкое, особенно среди семей, возглавляемых женщинами. Работа по повышению доходов таких семей может включать пропаганду приносящей доход деятельности, которая не требует больших вложений, не является трудоемкой, располагается близко к семейному дому и приносит быстрый финансовый оборот: к таким видам деятельности относятся пчеловодство, выращивание грибов, садовой рассады (выращивание рассады во время засушливого сезона для высаживания в дождливый сезон),

огородничество и разведение птицы (ФАО и правительство Замбии, 2004 г.).

Большое внимание уделяется снижению потребности в сельскохозяйственной деятельности среди сельских домохозяйств, пострадавших от СПИДа, путем оказания им помощи в переходе от трудоемкого выращивания сельскохозяйственных культур, например, сахарного тростника или чая, к таким культурам, как сладкий картофель, которые требуют меньше усилий или меньше работников для выращивания и сбора урожая. Однако некоторые из наиболее эффективных трудосберегающих решений для



Одной из наиболее остро воспринимаемых форм стигмы и дискриминации, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, являются стигма и дискриминация со стороны медицинских работников.

таких домохозяйств имеют отношение, скорее, к работе по дому – речь идет о возможности сократить время, которое тратят женщины на три вида деятельности: доставка воды, сбор хвороста и приготовление пищи. Исследование затрат времени, проведенное в Замбии, показывает, что трудосберегающие технологии для таких домашних занятий (например, технологии обработки таких основных продуктов потребления в домохозяйстве, как маис и маниока) могут сберечь значительно больше часов для семьи, чем трудосберегающие технологии, применяемые в сельскохозяйственной деятельности (Mather et al., 2004).

Сельскохозяйственный сектор во многих странах в настоящее время переживает стремительные перемены в связи с такими факторами, как изменение климата, миграция молодежи из сел в города – в дополнение к СПИДу. В результате фермерство утрачивает стабильность и в меньшей степени обеспечивает продовольственную безопасность для многих сельских жителей. Некоторые специалисты предлагают провести стратегические дебаты по таким вопросам, как «целесообразно ли возрождать сельское хозяйство в Африке, или можно согласиться на трансформацию этого сектора с помощью рыночных механизмов, с неизбежной опасностью того, что основную выгоду получит меньшинство предпринимателей, произойдет широкое снижение продовольственной безопасности при отсутствии возможностей трудоустройства в официальном секторе» (Sengwana and Quinlan, 2004). Эти дебаты будут иметь глубочайшее значение для мероприятий по смягчению последствий СПИДа в сельскохозяйственном секторе.

Деятельность по борьбе со стигмой и дискриминацией

Противостояние стигме и дискриминации и смягчение их последствий являются важными элементами любой деятельности в ответ на эпидемию

СПИДа; мероприятия по снижению стигмы включены во многие проекты по профилактике и уходу в связи с ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2005 год). Тем не менее, на сегодняшний день мало известно об относительной эффективности отдельных мер вмешательства. Последний обзор, проведенный Международным научно-исследовательским центром по вопросам женщин, показал, что до сих пор лишь немногие меры вмешательства, направленные непосредственно на борьбу со стигмой, получили более-менее систематическую оценку, и что, как показали предыдущие обзоры (Brown et al, 2001), большая их часть проводилась в промышленно развитых странах, а не в странах с низким или средним уровнем доходов.

ПРАВОВАЯ ЗАЩИТА И ЗАЩИТА ПРАВ ЧЕЛОВЕКА

Хотя одного только прогрессивного законодательства недостаточно, чтобы добиться изменения общественного отношения, оно является немаловажным средством борьбы с дискриминационными действиями против людей, живущих с ВИЧ или пострадавших от СПИДа. Однако законодательство обычно меняется только в результате активной деятельности.

Этот урок применяется на практике в Центральной Америке и странах Карибского бассейна, где профсоюзы запустили крупный проект, направленный на решение проблемы дискриминации на рабочем месте по отношению к людям с ВИЧ. Партнерами являются ОРИТ (региональная организация Международной конфедерации свободных профсоюзов) и Совет организаций по борьбе со СПИДом для стран Латинской Америки и Карибского бассейна, головная неправительственная организация, представляющая организации по борьбе со СПИДом. Проект был начат с проведения всестороннего исследования законодательств и законодательных процедур в восьми странах, что является первым этапом на пути к законодательной реформе (ILO et al., 2006).

Судебный иск может стать важным средством противодействия дискриминационной практике. Это особенно верно в отношении защиты собственности семей, пострадавших от СПИДа, особенно возглавляемых женщинами. Вероятность того, что такие семьи потеряют землю (в сельских районах) и другое имущество выше, чем для не пострадавших семей. Женские группы, как правило, являются самыми лучшими пропагандистами изменения этой ситуации, и множество таких групп отлично работало в различных частях света. Тем не менее, остальные части общества должны играть свою роль, особенно, полиция и система правосудия.

Пример сотрудничества между женскими группами и полицией можно увидеть в Замбии, где проект «Правосудие для вдов и сирот» столкнулся с проблемой одновременного существования в стране двух сводов законов. И обычное, и статутное право включены в рамки конституции, которая признает «персональное право» и возможность дискриминации в таких вопросах, как правопреемство и наследование. В то же время правительство ратифицировало международные конвенции, которые запрещают подобную дискриминацию. Проект объединил государственные органы и международные и национальные орга-

низации гражданского общества, чтобы помочь вдовам и сиротам найти пути преодоления этой юридической путаницы. (Наиболее распространенной причиной вдовства в Замбии является смерть мужа от болезни, связанной со СПИДом).

Одной из составных частей данного проекта является участие Замбийского филиала Треста по делам женщин и правовым вопросам в южной части Африки и Национальной юридической консультации для женщин в работе подразделений полиции по защите пострадавших для того, чтобы иметь возможность вмешиваться в ситуации, когда женщин и детей, осиротевших из-за СПИДа, лишают прав, предусмотренных международными конвенциями. Они также организуют работу юридических консультаций (некоторые из них являются передвижными), выпускают простые брошюры и ведут программы в школах, информирующие женщин и детей об их правах. Кроме того, они обучают женщин и сирот элементарным навыкам юридического и личного консультирования, готовя их к созданию общинных групп поддержки и участию в радиопередачах (Russell, 2005). В настоящее время подразделение полиции по защите пострадавших проводит консультирование, включая разъяснение им их прав. Полиция также начала решительную



В итоге, работа по улучшению доступа к антиретровирусной терапии и другому лечению в связи со СПИДом может оказаться одной из наиболее эффективных мер вмешательства в борьбе со стигмой

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЮРИДИЧЕСКИХ УСЛУГ ДЛЯ МАЛОИМУЩИХ

В Зимбабве, где из-за высоких показателей смертности от СПИДа защита наследства и опека над детьми стали представлять собой значительную проблему, Агентство США по вопросам международного развития начало осуществление новаторской пилотной программы, в рамках которой малообеспеченные домохозяйства, пострадавшие от СПИДа, получают талоны на получение юридических услуг. Талоны выдают местные неправительственные и сервисные организации, уже участвующие в мероприятиях в связи со СПИДом; эти талоны могут быть использованы для приобретения услуг в юридических фирмах, занятых в проекте. По данным за 2004 год более 80% талонов было распределено среди женщин, большинство из которых обеспечивают уход за детьми, осиротевшими в результате СПИДа, а также за своими собственными детьми. Сотрудники программы отмечали, что в настоящее время юристы видят в пострадавших от СПИДа домохозяйствах желанных клиентов и соревнуются за возможность предоставления им своих услуг. Важным уроком, полученным при осуществлении этого проекта, является понимание того, что партнерства с организациями, которые уже работают в общинах, обеспечивают гораздо лучший охват, чем со стационарными центрами по приему посетителей (Foan and Irwin, 2004).

борьбу с незаконным присвоением собственности вдов и сирот, что часто совершается семьей умершего супруга (WHO, 2002, 2005b). Это привело к значительному росту количества обвинительных приговоров по таким судебным делам, которое выросло с 6% (из 909 зарегистрированных дел) в 2001 году до 31% (из 734 зарегистрированных дел) в 2003 году. Однако в полиции осознают, что о многих случаях не сообщается по ряду причин – от незнания прав до нежелания вдов выступать против своих родственников (FAO, 2004).

ИЗМЕНЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Одной из наиболее остро воспринимаемых форм стигмы и дискриминации, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, являются стигма и дискриминация со стороны медицинских работников (например, явное неуважение, несоблюдение конфиденциальности относительно результатов тестирования на ВИЧ и серологического статуса, отказ в предоставлении услуг). Дискриминация может иметь множество причин, однако исследование, проведенное организацией «Паблик сервисиз интернешнл», всемирным союзом, пред-

ставляющим медицинских работников, показало, что причиной дискриминации пациентов со стороны медицинских работников является прежде всего недостаток информации и обучения, а также плохие условия работы, включая обеспечение безопасности и охраны здоровья (MOT/ВОЗ, 2005 г.).

Было доказано, что мероприятия по изменению отношения и методов работы медицинских работников являются эффективными и могут существенно изменить жизнь ВИЧ-позитивных людей. В Индии Национальная организация по контролю за СПИДом, три больницы Дели, неправительственная организация ШАРАН (SHARAN) и проект «Попьюлейшн каунсилз хорайзонс» (Population Council's Horizons) разработали программу обучения и повышения осведомленности с целью снижения стигмы и дискриминации в больницах (Mahendra and Gilborn, 2006). Нужно было преодолеть ряд проблем, включая первоначальное нежелание руководства больниц признавать существование стигмы и дискриминации; боязнь того, что больницы будут переполнены из-за большого количества ВИЧ-позитивных людей, а ВИЧ-негативные пациенты

будут потеряны; отсутствие доверия между медицинским персоналом и неправительственной организацией, а также многочисленные и сложные бюрократические процедуры в больницах. Однако, в итоге, удалось достичь успехов, и медицинские работники стали проявлять большее уважение к правам пациентов и людей, живущих с ВИЧ, и применять более передовые методы работы. Например, врачи стали чаще утверждать, что перед тестированием на ВИЧ следует получить информированное согласие (37% при первичном опросе против 67% при последующем), были более склонны проводить предтестовое консультирование (56% против 80%) и менее склонны информировать персонал в отделении о статусе ВИЧ-позитивных пациентов, поступивших в больницу (51% против 29%).

Как показало исследование в Китае, иногда польза от обучения может выйти за пределы непосредственной целевой группы. В префектуре Фуйанг, провинции Анхуй программа обучения, предназначенная для улучшения отношения медицинских работников, не только снизила стигматизирующее отношение этой группы, но и улучшила отношение других членов общины, которые получили информацию о СПИДе от обученных медицинских работников (Wu et al., 2002).

ИЗМЕНЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОСТИ

На сегодняшний день количество мероприятий, предназначенных для медицинских работников, несравнимо с количеством тех мероприятий, которые направлены на население в целом, а обзор, проведенный Международным научно-исследовательским центром по делам женщин, обнаружил мало поддающихся количественному измерению подтверждений успеха того небольшого числа мероприятий, которые проводятся. Несмотря на то, что в последние годы существенно выросло понимание стигмы как явления (см. главу «Риск»),

сохраняется значительное отставание в понимании того, как эффективнее всего добиться снижения стигмы, какие мероприятия приносят наибольшую пользу и каким образом их масштаб можно расширить до национального уровня. Работа над созданием устойчивых показателей в связи со стигмой, которая ведется в рамках таких проектов, как Танзанийская группа по испытанию показателей в связи со стигмой на местах, может частично решить проблему недостатка оцененных программ, однако, безусловно, необходимо проводить больше мер вмешательства (USAID et al., 2005).

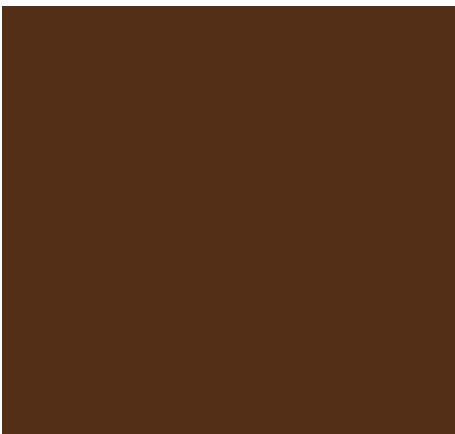
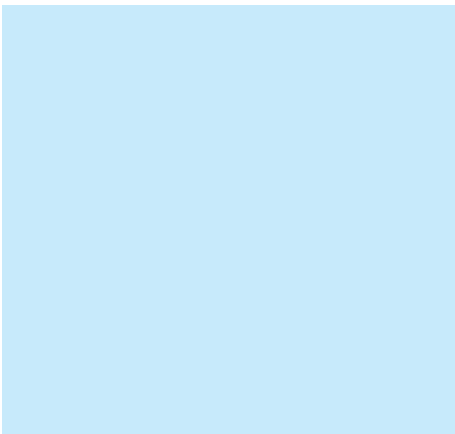
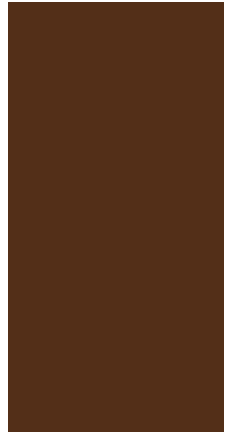
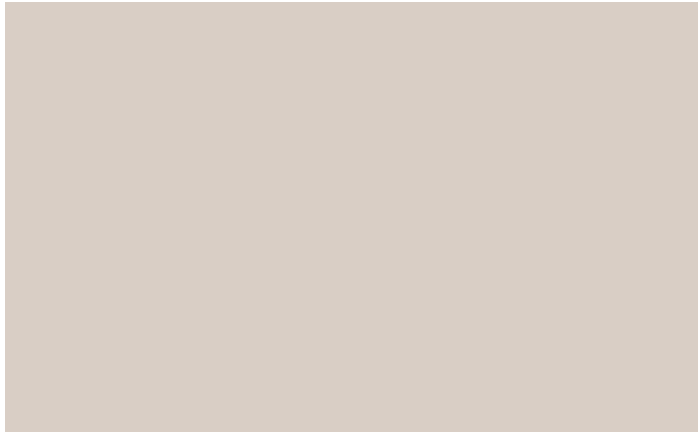
Тем не менее, появились некоторые обнадеживающие признаки, в том числе, в некоторых регионах с низкой распространенностью ВИЧ. В 2005 году в Алжире министерство по делам религии объявило о программе обучения имамов из 150 000 мечетей страны. В рамках программы моральный авторитет имамов будет использоваться для поощрения не только помощи ВИЧ-инфицированным, но и проявления чувства солидарности с ними. Это объявление было сделано на региональной конференции по уходу и поддержке в связи с ВИЧ с участием 15 стран Ближнего Востока и Северной Африки, которые признали, что стигма и дискриминация по отношению к людям, живущим с ВИЧ в этих регионах, представляют собой серьезную проблему (Kourta, 2005).

В конечном итоге, работа над улучшением доступа к антиретровирусной терапии и лечению других заболеваний, связанных со СПИДом, может действительно оказаться одной из наиболее эффективных мер вмешательства по борьбе со стигмой. Изучение стигмы и опыт работы с группой ВИЧ-позитивных детей в Сан-Паулу позволяет сделать вывод о том, что всеобщий доступ к антиретровирусной терапии в Бразилии действительно может оказать воздействие на стигму и дискриминацию в более широких кругах общества. В

ходе исследования было выявлено, что лечение оказывает такое воздействие, потому что оно «превращает СПИД из подрывающей силы и смертельной болезни в хроническую и контролируруемую, является составной частью более широкомасштабной работы по обеспечению прав граждан и уменьшает

социальное неравенство в сфере доступа к медицинским услугам» (Abadia-Barrero and Castro, 2005). Такие выводы дают дополнительный стимул для того, чтобы всеобщий доступ к лечению стал рассматриваться как срочная, первоочередная задача.

Важная роль гражданского общества 09



Глава 9



ВАЖНАЯ РОЛЬ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

Почти во всем мире первые меры в ответ на эпидемию СПИДа были приняты ВИЧ-позитивными людьми, их семьями и общинами, которые самоорганизовались для ухода за теми, кто в этом нуждался. В большинстве стран эти ранние инициативы гражданского общества послужили основой для развития национальных ответных мер, и именно гражданское общество находится в авангарде программ по профилактике, уходу и поддержке, особенно среди наиболее уязвимых и труднодоступных групп населения. Кроме того, в течение многих лет гражданское общество помогает направлять научные исследования и сыграло ключевую роль в пересмотре патентов на лекарства и снижении цен на лекарственные препараты от СПИДа.

Что такое гражданское общество?

По сути, «гражданское общество» состоит из обычных граждан, которые самоорганизовываются без участия правительства и государственной службы для решения конкретных вопросов и проблем, которые государственная система не может решить в рамках своей обычной деятельности. Общество функционирует более эффективно, когда государство и его граждане открыто обсуждают разработку стратегий и участвуют в их осуществлении.

В контексте СПИДа в мероприятиях по борьбе с эпидемией принимает активное участие широкий спектр самых разных людей и организаций, не входящих в правительственные структуры. На одном конце спектра – деревенская женщина, выращивающая

овощи на огороде, чтобы прокормить осиротевших детей; медсестра, раздающая информационные листовки о СПИДе и туберкулезе прихожанам, которые ходят с ней в одну церковь по воскресеньям; молодые люди из клубов по борьбе со СПИДом, распространяющие презервативы в барах и парикмахерских в своих районах.

На другом конце спектра в гражданское общество входят неправительственные организации в области развития, религиозные организации, женские группы, группы фермеров и другие объединения по интересам, частные предприятия и профсоюзы, частные фонды и средства массовой информации. Наиболее активными членами гражданского общества являются те, кто лично столкнулся с эпидемией – это либо люди, живущие с ВИЧ, либо члены маргинализованных и уязвимых групп, таких как работники секс-бизнеса, мужчины, занимающиеся

сексом с мужчинами, и потребители инъекционных наркотиков. Они участвуют в ответной деятельности на всех уровнях, работая в объединениях и сетях ВИЧ-позитивных людей, общественных организациях специалистов или являясь рядовыми членами других организаций, занимающихся проблемами СПИДа.

Ретроспективный взгляд

Группы гражданского общества занимаются пропагандистской работой, чтобы повлиять на достижение широкого круга стратегических целей, включая расширение доступа к медицинскому обслуживанию и лекарствам по более низким ценам. Так, например, в 1987 году активисты из числа геев и лесбиянок создали в Нью-Йорке «Коалицию против СПИДа за расширение возможностей». Путем публичных протестов члены коалиции обращали внимание на то, что, по их мнению, сверхприбыли, получаемые фармацевтическими компаниями от производства лекарств для СПИДа, ограничивают доступ к лечению и затягивают процесс получения разрешения на использование лекарств, из-за чего жизнь людей подвергается ненужному риску. Кроме того, коалиция проводила массовые образовательные кампании о проблемах эпидемии и о необходимости прекращения дискриминации в связи со

СПИДом. Эта активная деятельность на раннем этапе помогла заложить фундамент для более доступных по цене лечебных программ.

В том же 1987 году 16 волонтеров, которые сами пострадали от СПИДа, создали СПИД-сервисную организацию в Уганде. Большинство из них сами были ВИЧ-позитивными, все потеряли членов семьи из-за эпидемии и испытали на себе стигму в связи со СПИДом. Она стала предвестницей принципа «живи с ВИЧ позитивно» и с тех пор превратилась в одну из самых масштабных местных организаций в мире. Сегодня их программа всестороннего ухода и поддержки на уровне общин является примером для СПИД-сервисных организаций во всем мире.

В первые годы эпидемии сильнее всего от новой болезни пострадали общины геев в США, Латинской Америке и Европе. Они мобилизовались, чтобы потребовать действий от своих правительств, научных кругов и руководства общественного здравоохранения. Решительно борясь с дискриминацией и нарушениями прав человека, из-за которых многих ВИЧ-позитивных людей без лишних разговоров увольняли с работы, выгоняли из учебных заведений или не обслуживали в медицинских учреждениях, эти организации впервые позволили услышать голос и увидеть лицо эпидемии. Фонд СПИДа



Группы гражданского общества стремятся повлиять на достижение широкого круга стратегических целей, включая расширение доступа к медицинскому обслуживанию и лекарствам по более низким ценам.

в Сан-Франциско, Проект по СПИДу в Лос-Анджелесе, Программа «Кризис здоровья геев» в Нью-Йорке и лондонский Трастовый фонд Терренса Хиггинса – все они начали работу в 1982 году – объединили предоставление ухода и поддержки ВИЧ-инфицированным людям со стратегиями профилактики ВИЧ, такими как образовательные и консультативные мероприятия на тему безопасного секса. В 1983 году в Бразилии активисты из числа геев провели успешную пропагандистскую работу с целью принятия первой государственной программы по борьбе со СПИДом в штате Сан-Паулу (Berkman et al., 2005).

Группы гражданского общества оказались особенно эффективными в работе по привлечению внимания к группам населения и общинам, которых часто упускают из виду в ходе стратегических дебатов и обсуждений. Например, в 1988 году профессор медицины из университета Касабланки в Марокко признала, что правительственной программе по борьбе со СПИДом было трудно работать с людьми, чье

поведение осуждается правовой системой и обществом, например, с работниками секс-бизнеса и потребителями наркотиков. Для того, чтобы удовлетворить их потребности, она создала Марокканскую ассоциацию по борьбе со СПИДом (*Association marocaine de lutte contre le SIDA*), первую неправительственную организацию по борьбе со СПИДом в Магрибе. В 1989 году в Словении группа потребителей наркотиков инициировала создание организации самопомощи «Стигма» с целью удовлетворения потребностей потребителей наркотиков и информирования их о проблемах СПИДа. Филиал «Стигмы» в Любляне начал осуществление программы по обмену игл, деятельности, доказавшей свою эффективность в снижении передачи ВИЧ среди потребителей наркотиков. В том же году в Пакистане группой людей, включавшей учителей и работников профсоюзов, видевших потребность в широкой деятельности в общинах, было создано Пакистанское общество профилактики СПИДа. Кроме того, такие организации, как

«МЫ ОСУЖДАЕМ ПОПЫТКИ НАВЕСИТЬ НА НАС ЯРЛЫК «ЖЕРТВ»...

С самого начала эпидемии активисты борьбы со СПИДом требовали признавать их в качестве равных партнеров в мероприятиях по противодействию эпидемии. В 1984 году группа из США под названием «Национальная ассоциация людей, живущих со СПИДом» – первая сеть такого рода в мире – выпустила заявление, известное как «Денверские принципы», где декларировалось право ВИЧ-позитивных людей «участвовать во всех форумах по СПИДу на равных правах с другими участниками и обмениваться с ними своим опытом и знаниями». В этом заявлении также провозглашалось: « Мы осуждаем попытки навесить на нас ярлык “жертвы”, что подразумевает поражение, и мы далеко не всегда являемся «больными», что подразумевает пассивность, беспомощность и зависимость от услуг по уходу, предоставляемых другими людьми. Мы – «люди, живущие со СПИДом».* Таким образом, люди, находящиеся в самом центре эпидемии, установили основные условия обсуждения этой проблемы, и это оказало сильное воздействие на восприятие и отношение к ней в дальнейшем.

* Обратите внимание, что термин «люди, живущие со СПИДом» стал предметом широких обсуждений и много раз менялся. В настоящее время ЮНЭЙДС использует термин «люди, живущие с ВИЧ», который охватывает широкий спектр ВИЧ-позитивных людей – как тех, кто еще не имеет симптомов заболевания, так и лиц на продвинутой стадии ВИЧ-инфекции и СПИДа.



Благодаря объединенным усилиям организаций и сетей, принципы значимого участия гражданского общества, и особенно людей, живущих с ВИЧ, внесены в политические и стратегические документы многих организаций и программ по борьбе со СПИДом.

«Тритмент экшн кэмпейн» в Южной Африке позволили услышать голоса людей, нуждающихся в лечении не только во всем мире, но и внутри страны.

В 1990-х годах, когда эпидемия начала развиваться в странах, не имевших глубоких традиций гражданского общества, таких как бывшие советские республики Центральной Азии, поддержка международных организаций в целях профилактики ВИЧ показала необходимость работать через неправительственные организации, исходя из успеха этого подхода в других странах мира. Помимо создания новых неправительственных организаций там, где они ранее не существовали, это помогло изменить официальное отношение к уязвимым группам и распространить концепцию и практику демократического управления и участия в политической деятельности на низовом уровне (Atlani-Duault, 2005).

СИЛА СЕТЕВЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В 1990 году в работе Четвертой Международной конференции людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, прошедшей в Мадриде, Испания, приняли участие 500 человек из 43 стран. Она стала первой действительно международной конференцией, объединившей широкий круг ВИЧ-позитивных людей из

разных стран, и создала возможности для повышения уровня информированности и обмена опытом. Кроме того, она подготовила почву для действий за пределами национальных границ. В 1992 году состоялось официальное открытие Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и в этом же году было создано Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Помимо создания глобальных сетей развитие похожих тенденций оказало огромное воздействие и на национальном уровне. В 1997 году 12 представителей разных штатов сформировали Индийскую сеть людей, живущих с ВИЧ. Сегодня она насчитывает более 20 000 членов и является одной из крупнейших сетей ВИЧ-позитивных людей в мире.

Египетская неправительственная организация «Сеть против СПИДа» была создана в декабре 2003 года. В ее состав вошло 19 неправительственных организаций, многие из которых ранее не работали в сфере ВИЧ, но были готовы изучить эту проблему. Эта сеть проводит тренинги для неправительственных организаций, являющихся ее членами, и предоставляет трибуну людям, живущим с ВИЧ, поскольку в Египте отсутствует их независимая ассоциация. Хотя сеть до сих пор

сталкивается с многочисленными проблемами, она стала рупором неправительственных организаций в борьбе со СПИДом и сегодня полноправно участвует в национальном координационном форуме по проблемам ВИЧ.

Благодаря объединенным усилиям организаций и сетей, основные принципы обеспечения значимого участия гражданского общества, и особенно людей, живущих с ВИЧ, сегодня внесены в политические и стратегические документы многих организаций, учреждений и программ по борьбе со СПИДом.

СПЕЦИАЛЬНАЯ СЕССИЯ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО ВИЧ/СПИДУ 2001 ГОДА: ТРИУМФ И ВОЗМОЖНОСТИ

Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу (ССГАООН), состоявшаяся в июне 2001 года, стала важнейшим событием и данью уважения энтузиазму и активности кампаний гражданского общества, которые помогли сохранить серьезное внимание к проблемам СПИДа в политической повестке дня. В Декларации о приверженности, подписанной 189 главами государств в конце работы сессии, указано, что гражданское общество должно играть ключевую роль, работая в партнерстве с правительством, в достижении поставленных задач по борьбе с эпидемией, с указанием сроков их выполнения, и в контроле над выполнением этих обязательств государствами. Сессия 2001 года продемонстрировала не только напряженность, которая зачастую существует между правительствами и группами гражданского общества, но и вызвала порой жаркие споры о надлежащем уровне представительства и необходимости обеспечения того, чтобы положения о деятельности гражданского общества вообще и его роли, как рупора людей, живущих с ВИЧ, в частности не стали простой формальностью. Открытое обсуждение этой напряженности помогло добиться

реальной приверженности работе в партнерстве для достижения общих целей.

В Декларации определены сроки достижения целевых показателей, которые должны оцениваться в 2003, 2005 и 2010 гг. Таким образом, обзор прогресса в достижении целевых показателей на 2005 год на Генеральной Ассамблее ООН является важным этапом, который привлечет внимание и энергию многих членов гражданского общества.

Одним из примеров является развитие консорциума неправительственных организаций, организованного в 2005 году в поддержку осуществляемых гражданским обществом мониторинга, пропагандистской работы и отчетности о выполнении положений Декларации о приверженности ССГАООН. В консорциум входят неправительственные организации «Фундар», «Гестос» и «Панос» (расположенные, соответственно, в Мексике, Бразилии и Соединенном Королевстве), программа «Контроль за здоровьем населения»/Институт открытого общества, Международный совет организаций по борьбе со СПИДом, Всемирная кампания против СПИДа и Совет организаций по борьбе со СПИДом для стран Латинской Америки и Карибского бассейна. Консорциум действует на основе работы, ранее проделанной Международным советом организаций по борьбе со СПИДом, который стал первой организацией, поддержавшей осуществление гражданским обществом таких видов контроля и пропагандистской работы.

В 2004 году эта организация опубликовала отчет, в котором содержатся результаты и рекомендации исследования на уровне общин в Венесуэле, Кении, Украине и на Филиппинах, представляющих четыре пилотных региона, пострадавших от эпидемии ВИЧ (ICASO, 2004a). В ходе исследования изучались пять областей приверженности в рамках Декларации: доступ к лечению, расширение прав женщин, соблюдение прав людей,



живущих с ВИЧ, выделение ресурсов и вовлечение гражданского общества. Одним из основных выводов исследования явилось то, что принятие правительствами Декларации о приверженности не оказало явного воздействия на уязвимость девочек и женщин к ВИЧ, и этому вопросу до сих пор уделяют меньше всего внимания в глобальной ответной деятельности. В докладах данной организации и консорциума неправительственных организаций указывается, что сотрудничество между правительством и гражданским обществом зачастую чисто формальное и не основано на реальной приверженности, что приводит к отсутствию значимого вовлечения гражданского общества в разработку стратегий.

Расширение масштабов и поддержание стабильности ответной деятельности

Для того, чтобы справиться с долговременными проблемами СПИДа, страны должны мыслить шире, не ограничиваясь краткосрочными планами и периодами между выборами, и разрабатывать планы устойчивой и всеохватной ответной деятельности. Гражданское общество обладает уникальными возможностями для обеспечения более долгосрочных перспектив.

В декабре 2004 года неправительственные организации со всего мира собрались для согласования свода практических правил, которые должны были помочь в определении направлений их мероприятий по противодействию эпидемии. Они разработали Свод практических правил неправительственных организаций по ВИЧ/СПИДу. В этом рекомендательном по характеру документе содержится набор принципов эффективной практики для пропагандистской работы и программ по борьбе со СПИДом, и неправительственные организации могут обязаться соблюдать эти принципы и отвечать за это. В своде правил поддерживается подход к работе по борьбе со СПИДом на основе соблюдения прав человека, который способствует значимому участию людей, живущих с ВИЧ, и нацеливает на устранение причин уязвимости с помощью программ, основанных на проверенных фактах.

На сегодняшний день этот свод правил подписали более 160 неправительственных организаций.

Защита имеющихся людских ресурсов во всех секторах, участвующих в борьбе со СПИДом, имеет высший приоритет и включает охрану здоровья людей, живущих с ВИЧ. Эти люди зачастую составляют костяк национальной ответной деятельности. Обеспечение доступа к лечению и уходу, включая антиретровирусную терапию и лечение коинфекции туберкулеза, имеет важнейшее значение, так же, как и меры по минимизации стресса и истощения. В Бразилии всеобщее предоставление лечения и профилактических услуг сыграло основную роль в предотвращении заболелостей и смертности среди сотрудников и волонтеров неправительственных организаций, а также в сохранении эффективности их работы по борьбе с эпидемией (Halmshaw and Hawkins, 2004).

В Южной Африке отдел экономики здравоохранения и исследований университета провинции Наталь разработал методику в помощь неправительственным и общинным организациям для разработки планов и реализации мероприятий по борьбе со СПИДом на рабочем месте. Толчком к этому послужили результаты исследовательского проекта, осуществленного в наиболее пострадавшей провинции, Квазулу-Наталь, которые указывали на настоятельную необходимость смягчения последствий СПИДа для организаций гражданского общества (Manning, 2002).

Международный альянс по ВИЧ/СПИДу выпустил методическое пособие в помощь неправительственным организациям для оценки и развития их собственного потенциала в ответ на эпидемию (Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, 2004 г.). Это пособие прошло проверку на местах в более чем 50 неправительственных и общинных организациях в Индии, Камбодже и Эквадоре; основное внимание в нем уделяется пяти составляющим потенциала: уровень развития организации, понимание технических аспектов ВИЧ, участие людей, живущих с ВИЧ, и других пострадавших групп, партнерства и координация, а также

СВОД ПРАКТИЧЕСКИХ ПРАВИЛ НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ВИЧ/СПИДУ: ПРИНЦИПЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОГРАММ*

Сквозные вопросы

- Наши программы по ВИЧ/СПИДу интегрированы, чтобы учесть и удовлетворить различные потребности людей, живущих с ВИЧ, и пострадавших общин.
- Наши программы по ВИЧ/СПИДу повышают уровень информированности и усиливают потенциал общин по борьбе с ВИЧ/СПИДом.
- Мы выступаем за создание благоприятной среды, которая защищает права людей, живущих с ВИЧ, и пострадавших общин и способствует их реализации, а также поддерживает эффективные программы по ВИЧ/СПИДу.

Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ)

- Мы предоставляем и/или пропагандируем доступные и конфиденциальные услуги по добровольному консультированию и тестированию.

Профилактика ВИЧ

- Мы осуществляем и/или пропагандируем всесторонние программы по профилактике ВИЧ с целью удовлетворения разнообразных потребностей отдельных лиц и общин.
- Наши программы по профилактике ВИЧ позволяют людям развивать навыки защиты себя и/или других от ВИЧ-инфекции.
- Наши программы по профилактике ВИЧ обеспечивают людям доступ к средствам профилактики ВИЧ-инфекции и информацию об использовании этих средств.
- Мы осуществляем и/или пропагандируем комплексные программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков.

Лечение, уход и поддержка

- Мы осуществляем и/или пропагандируем комплексные программы по лечению, уходу и поддержке.
- Мы даем возможность людям, живущим с ВИЧ, и пострадавшим общинам удовлетворить потребности в лечении, уходе и поддержке.

Решение проблем стигмы и дискриминации

- Мы даем возможность людям, живущим с ВИЧ, и пострадавшим общинам понять их права и выступить против дискриминации и ее последствий.

- Мы ведем мониторинг системной дискриминации и противодействуем ей.
- Мы даем возможность общинам понять, что такое стигма в связи с ВИЧ/СПИДом, и выступить против нее.
- Мы создаем партнерства с правозащитными организациями, правовыми службами и союзами, чтобы защищать права человека и способствовать реализации прав людей, живущих с ВИЧ, и пострадавших общин.

Источник: Свод практических правил неправительственных организаций по ВИЧ/СПИДу, 2004 г.

*Этот свод правил был разработан совместно следующими организациями: «ЭкшенЭйд Интернешнл», КЭР США, Глобальный совет здравоохранения, Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ГНП+), Grupo Pela Vidda, Гонконгский фонд СПИДа, Международный совет организаций по борьбе со СПИДом (ИКАСО), Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Международная ассоциация снижения вреда, Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу и Всемирный совет церквей.

эффективная пропагандистская работа. К началу 2006 года пособие использовали 165 партнерских организаций Альянса в более чем восьми странах.

В АВАНГАРДЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В начале развития эпидемии, когда государственные больницы были перегружены в связи с ВИЧ, ответственность за медицинское обслуживание взяли на себя и организации гражданского общества. Они первыми начали предоставлять услуги консультирования как для инфицированных и пострадавших людей, так и с их

помощью, а также услуги по уходу на дому для больных людей. По мере разработки препаратов для лечения при ВИЧ – в том числе и антиретровирусных препаратов, – организации гражданского общества выступали в авангарде деятельности, направленной на снижение цены лечения, на демонстрацию осуществимости антиретровирусной терапии в условиях нехватки ресурсов и на то, чтобы побудить национальные правительства принять на себя обязательства по предоставлению лечения. Более того, во многих странах, где сочетаются эпидемии ВИЧ и туберкулеза, часто



В начале развития эпидемии, когда государственные больницы были перегружены в связи с ВИЧ, ответственность за медицинское обслуживание взяли на себя и организации гражданского общества.

Группы гражданского общества играют главную роль в расширении доступа к лечению и способствуют большей подотчетности, проводя мониторинг связанных с лечением мероприятий, осуществляемых правительствами, донорами и НПО



именно гражданское общество является движущей силой мероприятий, направленных на то, чтобы кризис, вызванный этими двумя болезнями, решали объединенные программы.

В ходе совместного опроса, проведенного в 2004 году группой «Сидактион» из Парижа, выступавшей за предоставление права на лечение, а также ЮНЭЙДС и ВОЗ, было обнаружено, что неправительственные организации являлись основными поставщиками медицинских услуг во многих странах Африки, где бремя эпидемии было самым тяжелым. Опросом было охвачено 274 общинных организации, работавших с ВИЧ-позитивными людьми в 45 странах и в целом обслуживавших 210 400 клиентов. Антиретровирусную терапию осуществляли 182 организации, из которых 68 сами выписывали лекарства, 133 организации обеспечивали последующее медицинское наблюдение, а 156 – оказывали психосоциальную поддержку людям, получающим терапию. 159 организаций предоставляли образование и информацию об антиретровирусной терапии, о симптомах и лечении побочных эффектов. Кроме того, из 141 организации сообщили, что проводят непосредственное лечение оппортунистических инфекций, включая туберкулез (Sidaction et al., 2005).

Общинные организации в Буркина-Фасо стали импортировать генерические антиретровирусные препараты раньше правительства и международных доноров; общинные группы являются основным источником лечения при ВИЧ в Бурунди. Угандийская СПИД-сервисная организация использовала опыт в предоставлении антиретровирусных препаратов собственным сотрудникам в целях развития своей программы лечения на уровне общины, которая началась в 2004 году с обслуживания 3000 клиентов (сегодня их число превышает 7000 человек). На Гаити организация «Партнеры по здоровью» и Гаитянская группа исследований саркомы Капоши и оппортунистических инфекций стали первыми организациями в стране, предложившими антиретровирусную терапию, а неправительственные организации до сих пор оказывают уход большинству людей на антиретровирусной терапии. В Камбодже 70% неправительственных организаций, участвующих в ответной деятельности, работают в области медицинских услуг и лечения.

Группы гражданского общества играют главную роль в пропаганде расширения доступа к лечению и способствуют большей подотчетности, проводя мониторинг связанных с лечением мероприятий, осуществляемых

правительствами, донорами и неправительственными организациями. Во многих странах были созданы широкие сети, чтобы поддержать облегчение доступа к антиретровирусным препаратам. Например, Кенийская коалиция за доступ к основным лекарствам (в сеть которой входят люди, живущие с ВИЧ, Кенийская медицинская ассоциация, международные неправительственные организации и широкий спектр групп гражданского общества), выступает за координацию действий с целью расширения масштабов лечения.

Стигма и дискриминация не только нарушают права человека и угрожают жизни и благополучию людей, живущих с ВИЧ, но и препятствуют всем аспектам деятельности по борьбе со СПИДом. Они негативно влияют на желание людей воспринимать профилактическую информацию, проходить тестирование на ВИЧ или обращаться за лечением при возникновении проблем со здоровьем в связи с ВИЧ, и являются основной причиной отрицания и медленного принятия мер правительствами (Ogden and Nyblade, 2005). Эти вопросы широко рассматриваются во всех разделах данного доклада. Однако следует помнить, что гражданское общество всегда играло ведущую роль в борьбе со стигмой и дискриминацией, и эта работа сегодня продолжается в большинстве регионов мира. Гражданское общество не только возглавляет борьбу за решение этих проблем, но и оказывает крайне необходимую поддержку для соблюдения прав маргинализированных групп населения на доступ к услугам и информации в связи со СПИДом.

На юге Казахстана неправительственная организация «Сеним», что означает «доверие» на казахском языке, оказывает поддержку работникам коммерческого секса путем распространения презервативов, организации выдачи направлений в службы сексуального здоровья и создания системы обмена шприцев для потребителей наркотиков. «Сеним» выступает в

защиту прав работников секс-бизнеса и против насилия, которому они часто подвергаются. За последние четыре года заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в этой группе снизилась с 64% до 40%, а распространенность ВИЧ оставалась стабильной на уровне 1,6%. При этом 60% работников секс-бизнеса указывали на то, что используют презервативы со своими клиентами.

Эфиопская организация «Интегрированная служба для профилактики СПИДа и оказания поддержки» помогла минимизировать риск ВИЧ-инфекции среди работников коммерческого секса. Эта группа в Эфиопии является маргинализованной и не получает внимания, поэтому она была труднодоступной для мероприятий по борьбе с ВИЧ, которые, в основном, были направлены на население в целом. Работа указанной организации была направлена на повышение осведомленности и изменение поведения и условий жизни путем создания возможностей и альтернатив для разных групп населения. Более 1000 женщин были охвачены этими мероприятиями, и более 200 из них оставили секс-бизнес и организовали малые предприятия.

Старые партнеры, новые партнерства

Расширение и обеспечение стабильного вовлечения групп гражданского общества в многосекторальные национальные ответные меры очень важно для того, чтобы действия стран опережали развитие эпидемии. Силу единства признают все шире, и организации всех типов ищут возможности для создания новых партнерств и альянсов и восстановления существующих.

ОРГАНИЗАЦИИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ: ВРЕМЯ ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЙ?

Как правило, организации людей, живущих с ВИЧ, сначала создаются для оказания взаимной поддержки

ПОДГОТОВКА УСЛОВИЙ ДЛЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Для успеха антиретровирусной терапии требуется значительно больше, чем просто наличие услуг. Те, кому лечение может принести пользу, должны знать, что они ВИЧ-позитивны, а это означает, что они должны быть готовы и иметь возможность пройти тестирование. Люди должны понимать, что такое антиретровирусное лечение, как действуют лекарства, что будет означать прием лекарств на протяжении всей жизни для них лично и для их семей, которым, может быть, придется пойти на определенные жертвы, чтобы приспособиться к требованиям лечения. Кроме того, население в целом должно быть осведомлено об этих вопросах и разбираться в них, и создавать благоприятную среду для лечения.

Такие мероприятия – широко известные, как «обеспечение готовности к лечению» или «повышение грамотности» – осуществляются почти исключительно неправительственными группами. Помимо проведения кампаний за предоставление услуг по лечению ВИЧ и инициирования общественных обсуждений, они разработали и реализовали программы по повышению грамотности в отношении лечения во всех регионах и оказывали текущую психосоциальную поддержку отдельным лицам и общинам с помощью огромного множества механизмов на местах. С ноября 2004 года эта работа стала получать дополнительную поддержку со стороны Единого фонда – партнерства между Международной коалицией по обеспечению готовности к лечению (всемирной коалицией сторонников лечения на уровне общин и специалистов по обучению в этой области) и Фондом Тайдс (благотворительной организацией из США, имеющей богатый опыт в предоставлении малых грантов общинным организациям). Руководящие должности в Фонде занимают люди, живущие с ВИЧ, и именно они определяют приоритеты финансирования с помощью своих объединений и сетей.

и ухода, и постепенно развиваются и начинают играть более широкие и разнообразные роли в мероприятиях по противодействию эпидемии по мере того, как усиливается их потенциал и коллективный голос. Сегодня, в дополнение к тысячам людей, живущих с ВИЧ, которые продолжают оказывать услуги по поддержке и уходу на низовом уровне, существуют сети ВИЧ-позитивных людей, работающих на национальном, региональном и глобальном уровнях.

Основной целью создания сетей является представление интересов ВИЧ-позитивных людей на более широком уровне и создание возможностей для выражения своего мнения при разработке стратегий и принятии решений, которые могут повлиять на их жизнь. Однако сегодня эти сети находятся на перепутье. Хотя принцип

вовлечения ВИЧ-позитивных во все аспекты ответной деятельности получил широкое признание, и они заняли разные должности во многих организациях, вопрос, стоящий перед ними сегодня, заключается в том, как эффективно использовать завоеванные ими возможности. В поиске ответов группа людей, живущих с ВИЧ, из разных стран мира обсуждала будущие стратегии. В 2005 году при поддержке ЮНЭЙДС и партнеров в Йоханнесбурге и Найроби была организована серия встреч по принципу «мозгового штурма» (UNAIDS, 2005c, 2005d).

После проведения самооценки участники согласились, что существует срочная необходимость повышения профессионализма неформальных структур, что позволит им эффективно функционировать и независимо

участвовать во властных организациях и форумах высокого уровня. В ходе дискуссий также была выявлена тенденция утраты связей с низовыми организациями по мере того, как сети начинают работать с более широким кругом организаций, а также необходимость определения четких полномочий, подотчетности и создания нормальных линий связи. Участники обсуждения также подчеркнули необходимость разработки механизмов для продвижения новых людей и новых идей в своих организациях, чтобы они не утратили актуальности для молодых поколений ВИЧ-позитивных людей. Недавние тенденции указывают на уменьшение приверженности к действиям в связи с проблемами СПИДа – особенно среди людей, получающих антиретровирусную терапию, для которых вопрос выживания перестал быть таким острым и перед которыми открылись более широкие возможности (Rawstorne and Prestage, 2005).

Одной из многих важных проблем, выявленных в ходе «мозгового штурма», явилась тенденция, допускающая, чтобы приоритеты доноров влияли на повестку дня, разработанную для людей, живущих с ВИЧ. Еще одним поводом для беспокойства стало отсутствие реальной приверженности принципам расширения участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (РУАС), среди доноров и других

организаций, работающих в области СПИДа, включая неправительственные организации, правительства и ООН. Таким образом, мероприятия в ответ на эпидемию продолжают расширяться на национальном, региональном и глобальном уровнях, но зачастую это происходит без значимого участия людей, живущих с ВИЧ.

Женские группы

Из 40 миллионов человек, живущих с вирусом в мире сегодня, более 17 миллионов – женщины, и этот гендерный разрыв продолжает сужаться. В 2004 году под эгидой ЮНЭЙДС была создана Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИДа для привлечения внимания к последствиям эпидемии для женщин и девочек и ускорения практических и эффективных действий с целью удовлетворения их потребностей. Коалиция представляет собой неформальный глобальный альянс широкого круга партнеров, включая группы гражданского общества, сети людей, живущих с ВИЧ, правительства и учреждения ООН. Она ведет действия по трем взаимосвязанным направлениям: сбор фактов и разработка стратегий, пропагандистская работа на высоком уровне и деятельность на уровне стран.

Предоставляя «каталитические» фонды в размере до 50 000 долларов США



Основной целью создания сетей является представление интересов ВИЧ-позитивных людей и создание возможностей для участия в разработке стратегий и принятии решений, которые могут повлиять на их жизнь.

ВЗГЛЯД С ДРУГОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗНАНИЙ И ОПЫТА ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

Гражданское общество не только занимается предоставлением услуг и пропагандой в связи со СПИДом, но и является значительным источником информации и независимых профессиональных знаний. Это было наглядно проиллюстрировано в 2004 году, когда Межучрежденческая целевая группа ЮНЭЙДС под руководством ЮНЕСКО поручила провести первое в истории Глобальное исследование по оценке готовности образовательного сектора к борьбе с ВИЧ/СПИДом (МУЦГ, 2006 г.). В его рамках анкета для самооценки была разослана в министерства образования в 117 стран мира; ответы поступили из 71 страны (обобщенные результаты рассматриваются в главе «Уменьшение последствий»). Параллельное исследование, проведенное неправительственной организацией «Глобальная кампания за образование», основывалось на семинарах, в которых приняли участие образовательные сети гражданского общества, профсоюзы учителей и представители министерств образования 18 стран, испытывающих большие трудности из-за СПИДа (Boyer and Jellema, 2005).

Исследования показали очень разные оценки того, насколько эффективно министерства образования и учебные заведения борются со СПИДом. В докладе Глобальной кампании за образование, вышедшем под названием «Убийственная инерция», ситуация рассматривается с гораздо более критической точки зрения, чем в докладе Межучрежденческой целевой группы. Например, в нем указано, что целевые стратегии борьбы со СПИДом в действительности реализовываются только в двух из 18 стран и что очень мало делается, чтобы удовлетворить потребности сирот и уязвимых детей в образовании. Оба этих содержательных исследования привлекают внимание к проблемам в связи со СПИДом в образовательном секторе (см. главу «Последствия СПИДа»).

Проект Глобальной кампании за образование не только предоставил дополнительные качественные данные для Исследования о глобальной готовности – он был направлен на стимулирование диалога между гражданским обществом и правительствами, и на поощрение гражданского общества к участию в формировании национальных стратегий в области СПИДа и образования.

Данные, полученные в ходе этих исследований, принесли важные сопутствующие результаты. Например, в Боливии учреждения, принимавшие участие в семинарах в рамках Глобальной кампании, приняли решение действовать немедленно и направили в правительство предложение немедленно включить вопросы СПИДа в национальные учебные программы.

тематическим группам ООН в странах, пострадавших от ВИЧ, Коалиция усиливает гендерный компонент в национальных стратегиях по СПИДу и способствует включению женских групп в форумы гражданского общества. В 2004 – 2005 гг. семь стран Азии и Африки и два региона – дельта Меконга и Ближний Восток – получили такую поддержку (ЮНЭЙДС, 2006 г.).

Например, в Кении эти средства были использованы для картирования женских организаций в качестве ресурса для Национального координационного комитета по СПИДу. Во Вьетнаме ЮНЭЙДС создала партнерство с Женским союзом, членами которого являются 13 миллионов женщин по всей стране, для разработки стратегии борьбы с ВИЧ. На Ближнем Востоке, в

Иордании, в июне 2005 года было проведено региональное совещание, основной темой которого было обеспечение прав женщин, наращивание потенциала женских организаций и повышение информированности о вопросах гендера, риска и уязвимости к ВИЧ.

Исследования показывают, что обеспечение адекватного представительства женщин в форумах, занимающихся разработкой стратегий и планов, является трудновыполнимой стратегией. Например, Международный научно-исследовательский центр по вопросам женщин обнаружил, что женские организации сами не принимали систематического участия в дискуссиях, которые привели к созданию Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, и что среди представителей гражданского общества в правлении Глобального фонда до сих пор отмечается отсутствие специальных знаний о гендерных вопросах (Cornman and Divvuru, 2005). Более того, тематические исследования в других странах показывают, что гендерные проблемы редко отражены в программах, получающих финансирование. Программы, которые действительно занимаются удовлетворением потребностей женщин, обычно сосредоточены на профилактике передачи вируса от матери ребенку. Общая картина отображает ограниченное участие женских

групп в национальных форумах по планированию борьбы со СПИДом. Недавняя оценка, проведенная ЮНЭЙДС в 79 странах, показала, что 90% национальных рамок по СПИДу практически не получают вклада со стороны женских организаций, хотя их участие повышается в 50% обследованных стран (см. главу «Наращивание национального потенциала»).

РЕЛИГИОЗНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Церкви и другие религиозные организации, особенно в развивающихся странах, одними из первых начали предоставлять лечение, уход и поддержку людям, живущим с ВИЧ и умирающим от СПИДа, и решать проблемы осиротевших детей. Они до сих пор находятся на переднем крае предоставления услуг во многих местах. Например, Христианские медицинские ассоциации Африки, работая в сотрудничестве с министерствами здравоохранения, оказывают около 40% национальных медицинских услуг в Лесото, 45% - в Зимбабве, 48% - в Танзании, 47% - в Либерии, 40% - в Кении и 30% - в Замбии (Dimmock, 2006). Во всем мире, по оценкам ВОЗ, каждая пятая организация, осуществляющая программы по борьбе со СПИДом, является религиозной (ВОЗ, 2004 г.). Однако несомненно до сих пор существует неиспользованный потенциал религиозных общин, который можно было бы применить для



Церкви и религиозные организации, особенно в развивающихся странах, одними из первых начали предоставлять лечение, уход и поддержку людям, живущим с ВИЧ и умирающим от СПИДа, и решать проблемы осиротевших детей.

Частные предприятия имеют идеальные условия для внесения вклада в борьбу с эпидемией. Они обладают потенциалом для охвата миллионов рабочих с помощью программ по СПИДу на рабочем месте.



борьбы со СПИДом, не в последнюю очередь, путем работы с многочисленными членами своих структур для преодоления стигмы и дискриминации, а также расширения охвата услугами в области образования, ухода и поддержки. ЮНЭЙДС помогает выявить пробелы в ответной деятельности для последующих мероприятий религиозных групп. Она также ведет работу по созданию партнерств с другими организациями, работающими в области СПИДа, и сотрудничает с более крупными международными религиозными организациями в области развития, такими как «Уорлд Вижн», «Христианская помощь», и норвежское и датское отделения «Христианской помощи». ЮНЭЙДС подписала официальный меморандум о взаимопонимании с организацией «КАРИТАС Интернационалис» с целью совместной работы для усиления деятельности по борьбе с ВИЧ в 180 странах с помощью всемирной сети ее организаций-членов. ЮНЭЙДС также сотрудничает с организацией «Позитивные мусульмане» из Кейптауна и имеет особые отношения с Африканской сетью религиозных лидеров, инфицированных ВИЧ или пострадавших от него (см. вставку).

Поскольку эпидемия ставит людей перед моральными и этическими дилеммами, которые могут вызвать

распри или затруднения, важно поощрять открытое обсуждение вопросов противодействия СПИДу внутри религиозных общин и между ними. Например, в декабре 2004 года ПРООН в партнерстве с организацией «Фэмили хелс интернешнл» организовала в Каире colloquium для религиозных лидеров Африки. Проведенный под эгидой Лиги арабских стран, он собрал мусульманских и христианских лидеров из 19 стран, которые разработали и подписали Каирскую декларацию, обязавшись принять срочные меры в ответ на эпидемию. В этой Декларации, которую впоследствии подписали еще 300 религиозных лидеров, подчеркивается необходимость «отменить все формы дискриминации... и стигматизации людей, живущих с ВИЧ...».

ЧАСТНЫЕ ПРЕДПРИЯТИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧИХ

Частные предприятия имеют идеальные условия для внесения вклада в борьбу с эпидемией. Они обладают потенциалом для охвата миллионов рабочих с помощью программ по СПИДу на рабочем месте, а также общин, которые поставляют им сотрудников и покупателей. В докладе 2006 года Всемирного экономического форума о бизнесе и СПИДе было отмечено, что растет число компаний, имеющих стратегии по борьбе со СПИДом или планирующих

ОТКРЫТИЕ НОВОГО ПОЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ, является уникальным примером эффективной мобилизации и самоорганизации людей, живущих с ВИЧ, в Содружестве Независимых Государств бывшего Советского Союза. За последние шесть лет Сеть охватила и объединила людей, живущих с ВИЧ, в 34 городах Украины. Она твердо зарекомендовала себя как неустанный защитник прав людей, живущих с ВИЧ, и как стратегический поставщик услуг для своих клиентов. Сеть является отличным примером того, как организации гражданского общества могут решать вопросы устойчивости на разных уровнях. Например, Сеть постоянно инвестирует в развитие собственной организации, выявляя, нанимая на работу, обучая и удерживая лидеров из общин. Благодаря этому, сеть может похвалиться наличием большого ядра менеджеров, которые возглавляют работу организации на разных направлениях.

В 2005 году Всеукраинская сеть основала Союз людей, живущих с ВИЧ в Восточной и Центральной Европе, в которую вошли организации ВИЧ-позитивных людей из 10 стран бывшего Советского Союза. Этот Союз создал важный прецедент для 24 стран восточноевропейского и центральноазиатского регионов, которые испытали серьезные трудности в привлечении финансовых средств для создания и поддержки собственных организаций. Теперь у них есть хотя бы одна действующая организация людей, живущих с ВИЧ. Эти группы, как правило, невелики и расположены в больших городах, а их доступ к ВИЧ-позитивным людям на местах довольно слабый. Однако их появление в регионе, не знакомом с практической деятельностью гражданского общества, является обнадеживающим фактором.

В сентябре 2005 года Российская Православная Церковь начала реализацию программы по профилактике и уходу в связи с ВИЧ в Российской Федерации. В рамках программы планируется обучить священнослужителей и прихожан-добровольцев методам медсестринского ухода за ВИЧ-позитивными людьми, создать «горячие» телефонные линии и разработать профилактические программы для молодежи, направленные на решение проблем потребления наркотиков и ВИЧ. В потенциале эта программа может объединить церковные общины во всех странах бывшего Советского Союза и использовать преимущества их широкой сети социальных центров, воскресных школ и молодежных клубов.

их внедрить, хотя еще есть потенциал для более масштабного вклада в мероприятия по противодействию эпидемии (Bloom et al., 2006).

Однако многие небольшие компании не имеют ресурсов для измерения потенциальных последствий ВИЧ для их бизнеса, не говоря уже об организации ответной деятельности. По этой причине они находятся в центре внимания Образовательной программы МОТ по решению проблем СПИДа на

рабочем месте, осуществляемой совместно с Департаментом труда США, которая сегодня реализуется на 289 предприятиях в 22 странах. Назначены координаторы; инструкторы по методу «равный-равному» обучены на таких разных предприятиях как небольшие шахты в Индии и России, авторемонтные мастерские в Гане и гостиницы в Камбодже. Стратегии профилактики и медицинского обслуживания в связи с ВИЧ разрабатываются с помощью местных профсоюзов и организаций

РЕЛИГИОЗНЫЕ ЛИДЕРЫ, ОТКРЫТО ЖИВУЩИЕ С ВИЧ

В ноябре 2002 года группа священнослужителей – мужчин и женщин – из угандийского города Муконо решила создать Африканскую сеть религиозных лидеров, живущих с ВИЧ и СПИДом или лично пострадавших от них. Для каноника Гидеона Бьямугиша это стало осуществлением его мечты. Каноник Гидеон стал первым священником англиканской церкви, открыто рассказавшим о своем ВИЧ-статусе. Он открыто жил с вирусом 10 лет и знал, что многие ВИЧ-позитивные религиозные лидеры живут в молчании и страхе перед дискриминацией, и нуждаются в уходе и поддержке. Он и его коллеги, которые участвовали во встрече в Муконо и собрались, в том числе, для того, чтобы отметить десятилетие раскрытия его статуса, были убеждены, что, являясь лидерами различных религиозных общин, они находятся в уникальном положении для того, чтобы разрушить молчание, окружающее СПИД, и преодолеть стигму и дискриминацию. Их сеть начала официальную деятельность на 11-й Международной конференции людей, живущих с ВИЧ, которая проходила в октябре 2003 года в Кампале под девизом «Рассвет нового позитивного лидерства». Получив финансирование от «Уорлд Вижн Интернешнл», «Христианской помощи», СИДА и ЮНЭЙДС, Сеть начала работу с организации серии тренингов в нескольких странах, и сегодня в ее состав входят более 1000 членов из большинства африканских стран и религиозных общин, представленных на субконтиненте. Все они сами ВИЧ-позитивны или заботятся о близких родственниках, живущих с ВИЧ.

работодателей. Проводятся опросы рабочих, согласован план мониторинга. Охвачены как государственные предприятия, так и рабочие места в частном секторе, от управления доков в Индонезии, до парикмахеров на Ямайке (МОТ, из неопубликованных докладов).

Организации работодателей играют особенно важную роль, помогая мотивировать и поддерживать более мелкие, находящиеся в государственной собственности или не обладающие большими ресурсами компании. Эти организации, - которые поддерживает глобальный орган, Международная организация работодателей, членами которой являются 142 национальные организации в 137 странах, - предоставляют руководящие принципы, проводят тренинги, поощряют объединение ресурсов и создание партнерств между крупными и небольшими компаниями. Конфедерация работодателей Барбадоса, например, распространяет примеры лучшей практики среди своих членов, предоставляет материалы и организывает тренинги,

а также сотрудничала с министерством труда при разработке национального кодекса на рабочем месте.

Профсоюзы также играли важную роль в борьбе со СПИДом. Многие профсоюзы решают такие вопросы как проведение скрининга перед приемом на работу, сохранение занятости людей, живущих с ВИЧ, предоставление льгот по болезни и выплат иждивенцам после смерти кормильца. Ведется деятельность и в области профилактики, включая обучение должностных лиц профсоюзов и активистов, чтобы они могли выступать в качестве координаторов работы по борьбе со СПИДом, инструкторов по методу «равный-равному» и тренеров. Таким образом профсоюзы помогают расширять доступ к лечению. В Уганде федерация работников сельского хозяйства, пищевой промышленности и гостиниц вступила в партнерство с местными женскими группами с целью создания клиник на плантациях, где работники смогут пройти тестирование на ВИЧ и услуги по планированию

семьи (UNAIDS/ILO/ICFTU, 2006). На глобальном уровне Международная конфедерация свободных профсоюзов, в состав которой входят 236 дочерних организации в 154 странах, создала партнерство с десятью всемирными федерациями профсоюзов для реализации Глобальной программы профсоюзов по ВИЧ/СПИДу.

Глобальная коалиция предпринимателей по ВИЧ/СПИДу является ведущим и развивающимся альянсом более чем 200 международных компаний, посвятивших себя делу борьбы с эпидемией ВИЧ. Ее целью является привлечение индивидуальных и коллективных возможностей крупнейших корпораций мира для борьбы со СПИДом на местном, национальном и международном уровнях. Работая над повышением уровня информированности и стимулированием участия предпринимателей в борьбе со СПИДом, она создала первую международную систему измерений, Стандарт лучшей практики борьбы со СПИДом, - инструмент для количественной самооценки, с помощью которого измеряется участие компании в ответной деятельности и выводятся данные для разработки бизнес-стратегий для преодоления пандемии СПИДа.

Национальный частный сектор также усиливает деятельность в ответ на СПИД. Группа ведущих представителей индустрии развлечений в Барбадосе, включая музыкантов, эстрадных поэтов, диск-жокеев, авторов песен и специалистов по планированию массовых мероприятий, сформировала сеть для продвижения профилактики ВИЧ в национальной музыкальной индустрии. Участники группы разрабатывают стратегические подходы к пропаганде положительного образа жизни, безопасного секса, учитывая то, что в шоу-бизнесе идея рискованного поведения зачастую эксплуатируется чрезмерно сильно. Мобилизация и трансформация организованной ключевой группы деятелей

и исполнителей музыкальной индустрии является мощным средством, учитывая огромную популярность и притягательность музыкальной индустрии для большинства молодежи Барбадоса и Карибского региона в целом.

Понимая, насколько трудно достичь сексуально-активных молодых людей с помощью более традиционных методов, этот инновационный подход является многообещающим. Первые успехи включают четырехкратный рост использования услуг по добровольному консультированию и тестированию, предлагаемых мобильными службами во время музыкальных фестивалей.

Направление средств туда, где это поможет больше всего

«Инициативы общин должны стать приоритетом для нашей поддержки, поскольку они лежат в основе устойчивой ответной деятельности, осуществляемой людьми, которые могут больше всего потерять и больше всего выиграть».

Питер Пиот, 27 июня 2005 года

В 2005 году сумма средств, израсходованных на борьбу со СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов, была почти в шесть раз больше, чем в 2001 году (см. главу «Финансирование ответных мер»). Такой значительный рост стал возможным, в том числе, благодаря неустанной пропагандистской работе и активности организаций гражданского общества на всех уровнях. Это все еще меньше, чем требуется для того, чтобы опередить эпидемию, и многие организации гражданского общества продолжают работать во всех секторах, чтобы еще сильнее мобилизовать ресурсы и поддержать приверженность международного сообщества. Повышение уровня финансирования так же важно, как и обеспечение того, чтобы деньги использовались эффективно для улучшения жизни людей и замедления хода эпидемии.

РИСУНОК 9.1

Страновые координационные механизмы (СКМ)
 Субъекты-участники подготовки заявок в рамках
 Четвертого раунда
 100% = все представители во всех 78 опрошенных СКМ



Источник: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (2005 г.).

ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО И ГЛОБАЛЬНЫЙ ФОНД

Развивая опыт других организаций, работающих в области СПИДа, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией создает возможности для участия ВИЧ-позитивных людей и организаций гражданского общества в процессах разработки стратегий и принятия решений. Неправительственные организации и люди, живущие с ВИЧ, туберкулезом или малярией, или пострадавшие от этих болезней, составляют до 25% членов Фонда и имеют полное право голоса. Страновые координационные механизмы Фонда, отвечающие за разработку и подачу заявок на получение грантов в Глобальный фонд и за контроль над их применением, обязаны включать представителей всех секторов и заинтересованных групп (см. Рисунок 9.1). Партнерский форум Глобального фонда, который проводит свои заседания раз в два года, дает возможность широкому

кругу участников для обратной связи и рекомендаций по поводу изменений в стратегиях и процедурах.

К концу 2005 года Фонд обязался выделить 4,4 млрд. долларов США в виде 350 грантов 128 странам. Почти треть этих грантов была предоставлена неправительственным и общинным организациям (см. Рисунок 9.2), многие из которых работают с труднодоступными группами населения, подвергающимися наиболее высокому риску ВИЧ-инфекции. Например, в Казахстане Глобальный фонд помогает национальной программе в формировании партнерств с неправительственными организациями для оказания услуг потребителям инъекционных наркотиков, работникам секс-бизнеса и их клиентам, среди которых эпидемия распространяется быстрее всего. На Мадагаскаре Фонд напрямую финансирует неправительственную организацию «Попюэйшн сервисиз интернешнл», которая предоставляет информацию и презервативы

с целью снижения числа инфекций, передаваемых половым путем, и расширения доступа к службам сексуального здоровья, ориентированным на нужды молодежи (Глобальный фонд, 2006 г.).

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Согласно оценке Глобального фонда, проведенной несколькими организациями, в том числе и самим Фондом, несмотря на приверженность организаций к вовлечению гражданского общества, ее реализация не везде успешна, и проблемы остаются (ИКАСО, 2004b). Например:

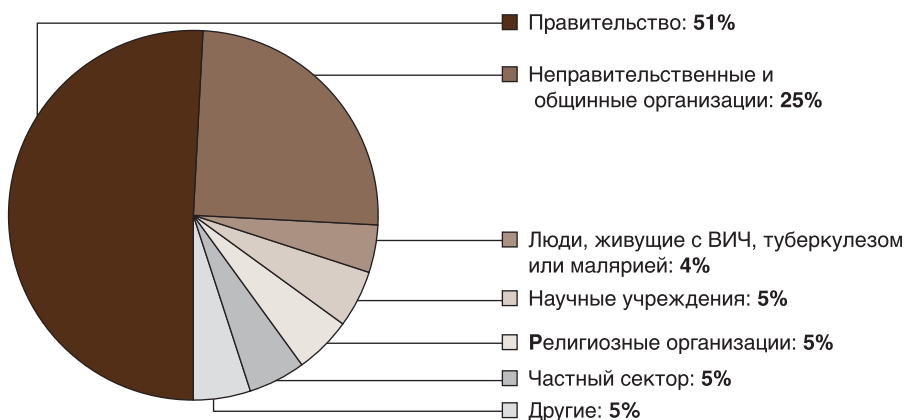
- приверженность к многосекторальному партнерству среди руководства Глобального фонда зачастую не находит отражения на страновом уровне – у многих правительств отсутствует опыт и готовность работать с организациями гражданского общества;
- во многих страновых координационных механизмах наблюдается недостаточное представительство неправительственных организаций и уязвимых групп населения, включая людей, живущих с ВИЧ, потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса, мужчин, практикующих секс с мужчинами, и женщин;
- представители гражданского общества зачастую не имеют мандата от

избирателей – они могут быть назначены правительством, а не избраны в ходе демократического и прозрачного процесса;

- представителям гражданского общества зачастую не хватает образования, навыков, уверенности и/или финансовых ресурсов для того, чтобы результативно участвовать в страновых координационных механизмах или других форумах или бросить вызов нарушениям в распределении полномочий.

Для решения этих проблем был принят ряд мер. Поскольку страновые координационные механизмы обеспечивают доступ к грантам и являются необходимой структурой для формирования по-настоящему многосекторальной ответной деятельности, очень важно, чтобы они работали должным образом. В конце 2004 года в Аруше правление Глобального фонда приняло руководящие принципы, разъясняющие их цели, структуру и состав, с подробными инструкциями для обеспечения того, чтобы группы гражданского общества избирали своих представителей, чтобы были представлены люди, живущие с этой болезнью или пострадавшие от нее, и чтобы весь спектр заинтересованных сторон участвовал в разработке предложений и контроле над грантами (Global

РИСУНОК 9.2 Сектор реципиентов



Источник: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (2005 г.). Только 2–4 раунды. Информация о 1-м раунде отсутствует.

Fund, 2005a, 2005b). Референс-группа Глобального фонда по технической оценке разработала контрольную таблицу результатов работы странового координационного механизма, которую можно найти на вебсайте Глобального фонда. Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, при поддержке Проекта «Полиси» АМР США и Агентства технической помощи Германии выпустила руководство о том, как вовлекать ВИЧ-позитивных людей в работу. Недавно Глобальная сеть и Международный совет организаций по борьбе со СПИДом получили грант от Института открытого общества для помощи развивающимся странам в направлении своих делегатов в правление Глобального фонда.

На пути к большей гармонизации национальной ответной деятельности

«Три принципа» (единые национальные рамки действий против СПИДа, единый национальный координационный орган по СПИДу, единая согласованная система мониторинга и оценки на уровне страны – см. Главу «Национальные ответные меры») являются основой поддерживающего окружения для мероприятий гражданского общества и упрощают административные процессы деятельности по борьбе со СПИДом. В частности, национальный координационный орган по СПИДу обеспечивает возможность пропаганды по-настоящему содержательной роли гражданского общества во всех аспектах национальной ответной деятельности, от разработки стратегии и планирования до ее практического осуществления.

Однако успеху «Трех принципов» угрожает значительное несоответствие полномочий, которое существует между гражданским обществом, государством и донорами. Если не будут приняты меры для его преодоления, может возникнуть новый бюрократический аппарат, в рамках которого участие гражданского общества будет исключительно симво-

лическим. Результатом этого станет ответная деятельность, которая будет отражать программы наиболее крупных участников, таких как министерства или международные доноры. Нарастание потенциала групп гражданского общества является ключевой стратегией для исправления данного несоответствия в объемах полномочий. Международный альянс по ВИЧ/СПИДу и выпущенный в 2005 году документ для обсуждения «Гражданское общество и «Три принципа»» предлагают двусторонний процесс, в ходе которого роль и вклад гражданского общества будут разъяснены правительствам и донорам, а также будут сделаны рекомендации о том, как удовлетворить его нужды. Предлагаемые меры включают повышение информированности о функции гражданского общества, совершенствование навыков совместного планирования и общения, не перегруженного терминологией (ИКАСО, 2005 г.).

Возможно, самым важным результатом широких дискуссий, возникших вокруг «трех принципов» и других всемирных инициатив, стало признание того, что организации гражданского общества, обладающие уникальным пониманием эпидемии и потребностей людей, являются существенным компонентом национальной ответной деятельности. Если страны хотят добиться прогресса в выполнении обязательств, принятых их правительствами на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 году, необходимо приложить все усилия, чтобы поддержать и усилить гражданское общество и дать ему возможность быть услышанным.

Зная о многочисленных проблемах организаций гражданского общества – особенно тысяч небольших групп, работающих в изоляции на уровне общин, – Институт за демократию в Южной Африке предлагает обучение методам бюджетного анализа и отслеживания ресурсов неправительственным организациям, ученым,

активистам по борьбе со СПИДом и другим жителям региона. Совсем недавно учебные занятия стали предлагать и правительственным чиновникам. Слушатели из числа государственных служащих и гражданского общества совместно готовят анализ бюджетов и пишут проекты отчетов – такая деятельность помогает сформировать понимание и сотрудничество между ними, и, таким образом, способствует реализации ключевых вопросов координации и сотрудничества, которые лежат в основе «трех принципов».

В Индонезии организации гражданского общества в Джакарте, Папуа, Бали и Восточной Яве участвуют в разработке нормативных актов провинций, определяющих выделение бюджета на борьбу со СПИДом,

а также выступают в качестве экспертов на парламентских слушаниях. Помимо оказания помощи в планировании работы в связи со СПИДом, организации гражданского общества активно занимаются предоставлением услуг и проведением мониторинга. «Спирития», национальная сеть поддержки в Индонезии, сформированная в 1995 году, помогает 65 группам людей, живущих с ВИЧ по всей стране, проводя обучение на тему лечения, распространяя основные информационные бюллетени и обучая методам пропагандистской работы. Члены группы «Спирития» регулярно посещают большинство из 35 провинций Индонезии, ведут документацию о лечении, уходе и поддержке и призывают местные органы власти улучшить предоставляемые услуги.

РАСШИРЕНИЕ УЧАСТИЯ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА С ПОМОЩЬЮ «ТРЕХ ПРИНЦИПОВ»

Опыт двух совершенно разных стран показывает, как можно использовать «три принципа» для расширения участия гражданского общества в национальных мероприятиях по противодействию СПИДу.

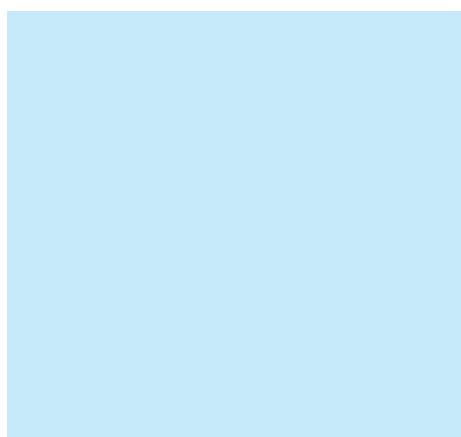
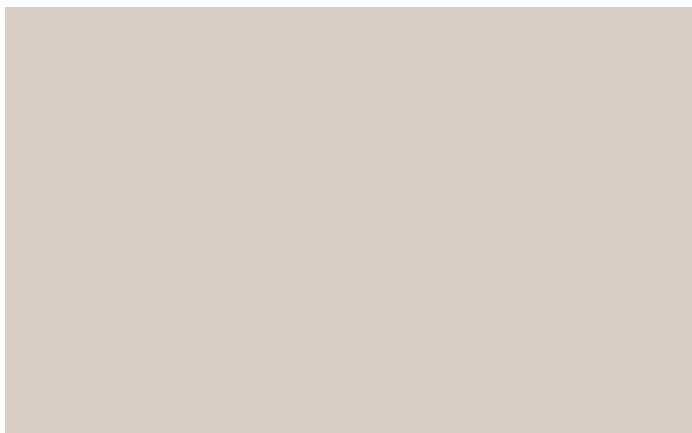
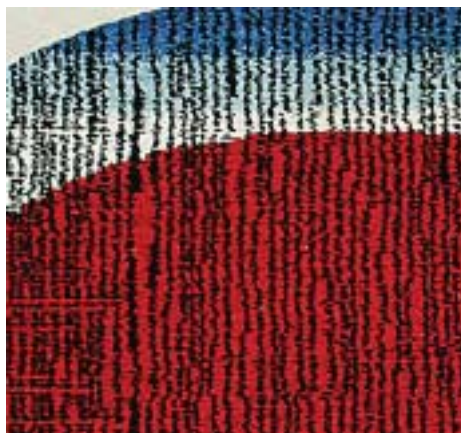
Индонезия находится на четвертом месте в мире по численности населения – 212 миллионов человек проживают здесь на огромной территории и тысячах островов. Она имеет национальную стратегию борьбы со СПИДом и национальный координационный орган по СПИДу, однако в настоящее время переживает процесс децентрализации. Таким образом, необходимы стратегии, обеспечивающие, чтобы директивы координационного органа не просто навязывались органам власти в провинциях. Весной 2005 года в Джакарте были проведены два консультативных совещания гражданского общества для изучения концепции «трех принципов» и обеспечения участия гражданского общества в работе. В рекомендациях этих совещаний указывалось на необходимость изложить документы о «трех принципах» более понятным для простых индонезийцев языком и широко распространить эти принципы среди заинтересованных сторон, включая общинные группы, находящиеся слишком далеко от «глобального диалога».

В Нигерии в 2005 году Сеть гражданского общества по ВИЧ/СПИДу организовала консультацию на тему «трех принципов» для определения роли разных участников гражданского общества в национальных рамках по борьбе со СПИДом. Кульминацией этой консультации стало принятие Декларации гражданского общества о приверженности «трем принципам». Нигерийская сеть людей, живущих с ВИЧ, (NERWHAN), уже имеет два места в национальном комитете по СПИДу, два места в комитете по антиретровирусной терапии и планирует получить еще два места в комитетах по СПИДу на уровне штатов.

Роль гражданского общества зачастую недооценивается, главным образом, потому, что не проводится ее систематическая оценка. К тому же понятно, что без участия неправительственного сектора – включая работу огромного числа волонтеров на уровне общины – многие стратегии и цели, намеченные странами и

международным сообществом для действий по борьбе с ВИЧ, были бы недостижимыми. Опыт и знания этих находящихся на переднем крае борьбы с эпидемией людей и организаций крайне важны для разработки национальной политики и развития более эффективных систем общественного здравоохранения.

Финансирование мер по борьбе со СПИДом 10



Глава 10



ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕР ПО БОРЬБЕ СО СПИДОМ

С самого начала деятельности ЮНЭЙДС в 1996 году и до 2005 года ежегодные объемы финансирования мероприятий по борьбе со СПИДОМ в странах с низким и средним уровнем доходов возросли в 28 раз—с 300 миллионов до 8,3 миллиарда долларов США. Существующие финансовые обещания, обязательства и тенденции дают основания предполагать, что темпы роста могут снизиться и что объемы имеющихся средств составят 8,9 млрд. долларов США в 2006 году и 10 млрд. долларов США в 2007 году.

Эти суммы совершенно не отвечают потребностям в средствах, которые, по оценкам, составят 14,9 млрд. долларов США в 2006 году, 18,1 млрд. долларов США в 2007 году и 22,1 млрд. долларов США в 2008 году. После 2007 года эффективная ответная деятельность будет зависеть от устойчивого роста ежегодного финансирования до тех пор, пока эпидемия не будет остановлена и обращена вспять.

Глобальная и национальная пропагандистская деятельность, направленная на стимулирование и обеспечение устойчивости политического лидерства и государственной поддержки, продолжает играть существенную роль. Также важно добиться более эффективного использования потоков финансовых средств, которые имеются

в наличии. Это означает направление денежных потоков на передний край борьбы с эпидемией, обеспечение их оптимального использования и максимально быстрое предоставление профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ всем, кто в этом нуждается.

Существующее финансирование в перспективе

Ежегодный прирост финансирования впечатляет, однако, учитывая быстрое распространение эпидемии, итоговые суммы приносят разочарование. В 2005 году в 148 странах, отнесенных Всемирным банком к категории стран с низким и средним уровнем доходов, проживало 5,5 млрд. человек, или 85% мирового населения.

Оценочная потребность в ежегодном финансировании мероприятий по борьбе со СПИДом в размере 8,3 млрд. долларов США в этом году включала личные расходы ВИЧ-позитивных людей и членов их домохозяйств. В миллионах случаев их расходы значительно превышали их возможности, из-за чего они еще глубже погружались в пучину нищеты и долгов и при этом не получали ни антиретровирусной терапии, ни других базовых услуг. Оценки потребностей в финансировании также включали все расходы стран, осуществляемые правительствами, организациями гражданского общества и частным бизнесом, а также все средства, пожертвованные двусторонними и многосторонними донорами и международными организациями гражданского общества, включая благотворительные фонды.

В том же году в 22 странах с высоким уровнем дохода, являющихся основными донорами помощи в целях развития (и членами Комитета содействия развитию при Организации экономического сотрудничества и развития), проживало 879 млн. человек, или 13,6% мирового населения. Для обеспечения этих 879 миллионов человек полным спектром медицинских услуг было израсходовано более 3 триллионов долларов США. Именно так обстояли дела, даже при том, что проблемы с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом, малярией, желудочно-кишечными инфекциями и другими заболеваниями, обусловленными нищетой, в этих 22 странах нельзя было и близко сравнить с бременем

этих проблем в 148 странах с низким и средним уровнем доходов.

В Соединенных Штатах Америки, население которых составляет 298 миллионов человек (4,6% мирового населения), около 55% ежегодных расходов на охрану здоровья являются частными, в то время как 45% распределено между федеральным правительством и властями штатов. В начале 2005 года только федеральное правительство обязалось израсходовать 17,3 млрд. долларов США на внутренние мероприятия по борьбе со СПИДом в том же году.

Если сравнивать, то 8,3 млрд. долларов США на расходы в странах с низким и средним уровнем доходов в 2005 году было недостаточно. Еще более важно то, что это далеко не соответствовало действительным потребностям на тот год, и дело было не только в очевидной нехватке общих денежных средств. Это было связано еще и с существованием несоответствия между тем, где деньги требовались в первую очередь, и тем, на что они действительно были потрачены.

Оценочные потребности

ЮНЭЙДС начала проводить оценку потребностей в финансовых средствах еще в 2001 году. В начале 2005 года три экспертные группы – Глобальный консорциум для отслеживания ресурсов, Справочная группа ЮНЭЙДС по экономике и Справочная группа ЮНЭЙДС по оценкам, моделям и прогнозам – начали разработку сегодняшних оценок потребностей в финансировании. Для оказания

| РИСУНОК 10.1 | Потребности в финансировании мер по борьбе со СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов | | | |
|---------------------------------|---|-------------|-------------|-------------|
| | МЛРД. ДОЛЛАРОВ США | 2006 | 2007 | 2008 |
| Профилактика | 8.4 | 10.0 | 11.4 | 29.8 |
| Уход и лечение | 3.0 | 4.0 | 5.3 | 12.3 |
| Помощь сиротам и уязвимым детям | 1.6 | 2.1 | 2.7 | 6.4 |
| Программные расходы | 1.5 | 1.4 | 1.8 | 4.6 |
| Людские ресурсы | 0.4 | 0.6 | 0.9 | 1.9 |
| ВСЕГО | 14.9 | 18.1 | 22.1 | 55.1 |

Источник: ЮНЭЙДС (2005). Ресурсы, необходимые для расширения мер по противодействию СПИДу в странах с низким и средним уровнем доходов.

помощи в дальнейшем составлении оценок в марте 2005 года в Лондоне было проведено совещание высокого уровня по вопросу о глобальной деятельности в ответ на СПИД, где был создан Руководящий комитет по потребностям в ресурсах, в состав которого вошли представители доноров, правительств, гражданского общества, частного сектора и технических партнеров (ЮНЭЙДС, 2005). На рисунке 10.1 обобщаются итоговые оценки потребностей в финансировании с 2006 по 2008 гг.

Профилактика

Степень серьезности эпидемии, сегодняшний охват и необходимый целевой охват людей, нуждающихся в профилактике ВИЧ, а также расходы на предоставление услуг по профилактике в связи с ВИЧ – все это принималось во внимание при оценке общих финансовых потребностей по каждой стране. Кроме того, были учтены потребности специализированных медицинских служб в связи с ВИЧ, необходимость проведения более широких вмешательств в системе здравоохранения (например, для обеспечения безопасности крови), а также деятельность в других секторах, не связанных с медициной

(например, в образовании). На Рисунке 10.2 приведены итоговые оценки потребностей в финансировании профилактических мероприятий во всех странах с низким и средним уровнем доходов, а на Рисунке 10.3 представлены оценочные потребности по регионам.

По оценкам, более половины всех средств, ежегодно необходимых для борьбы со СПИДом, следует направлять на профилактику, что обусловлено множеством компонентов, входящих в состав всесторонних профилактических программ, и большой численностью населения, которое они должны охватить. Эффективные профилактические мероприятия формируют среду, в которой люди знают о ВИЧ, не подвергают ВИЧ-позитивных или людей, которым грозит риск ВИЧ-инфекции, стигме и дискриминации, чувствуют себя безопасно и комфортно при проведении мероприятий для создания служб в связи с ВИЧ, а также обращаются за услугами для себя и других людей. В такой среде услуги по консультированию, тестированию, лечению и уходу будут более эффективными, поскольку люди станут более информированными, будут меньше бояться и с большей

| РИСУНОК 10.2 ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ (млн. долларов США) | Финансирование, необходимое для профилактики | | | |
|--|--|--------------|---------------|---------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2006–2008 |
| Средства массовой информации | 91 | 100 | 109 | 299 |
| Мобилизация общин | 449 | 608 | 772 | 1830 |
| Добровольное консультирование и тестирование | 451 | 569 | 690 | 1,710 |
| Молодежь в школах | 101 | 104 | 108 | 313 |
| Молодежь вне школ | 768 | 945 | 1,126 | 2,838 |
| Программы, направленные на работников секс-бизнеса и их клиентов | 429 | 552 | 682 | 1,663 |
| Программы, направленные на мужчин, имеющих секс с мужчинами | 312 | 407 | 499 | 1,218 |
| Программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков | 114 | 149 | 180 | 443 |
| Программы на рабочих местах | 421 | 523 | 628 | 1,573 |
| Профилактические программы для людей, живущих с ВИЧ | 22 | 33 | 48 | 103 |
| Особые группы населения | 151 | 252 | 252 | 654 |
| Социальный маркетинг презервативов | 159 | 175 | 190 | 525 |
| Распространение презервативов за счет государственных средств и на коммерческой основе | 1,381 | 1,501 | 1,625 | 4,506 |
| Улучшение ведения инфекций, передающихся половым путем | 672 | 718 | 764 | 2,154 |
| Профилактика вертикальной передачи ВИЧ | 206 | 264 | 324 | 794 |
| Безопасность донорской крови | 226 | 228 | 231 | 685 |
| Профилактика после контакта (в медицинских учреждениях, при изнасилованиях) | 1 | 2 | 2 | 5 |
| Безопасные медицинские инъекции | 897 | 897 | 897 | 2,690 |
| Общие предосторожности | 1,590 | 1,944 | 2,303 | 5,838 |
| ВСЕГО | 8,441 | 9,969 | 11,430 | 29,840 |

Источник: ЮНЭЙДС (2005). Ресурсы, необходимые для расширения мер по противодействию СПИДу в странах с низким и средним уровнем доходов.

вероятностью воспользуются всеми преимуществами таких услуг. Эффективная профилактика является предпосылкой и существенной составляющей качественного лечения и ухода.

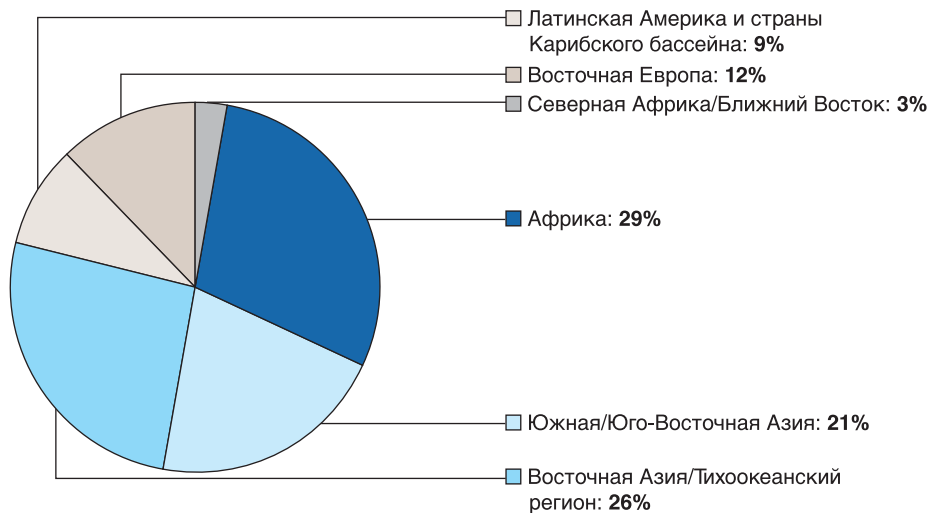
ЛЕЧЕНИЕ И УХОД

Инициатива ВОЗ/ЮНЭЙДС «3 к 5» поставила цели охватить три миллиона человек, нуждающихся в лечении в странах с низким и средним уровнем доходов, антиретровирусной терапией к концу 2005 года. И хотя

в действительности было охвачено 1,3 миллиона человек, это ни в коем случае не было неудачей. В 2003 году, когда инициатива была запущена в действие (это произошло 1 декабря, во Всемирный день борьбы со СПИДом), терапию получали только 400 000 человек; еще 900 000 человек начали получать антиретровирусную терапию в 2004 или 2005 г. Помимо этого значительного достижения, опыт достижения целей «3 к 5» позволил ВОЗ, ЮНЭЙДС и их

РИСУНОК 10.3

Распределение финансирования, необходимого для профилактики (по регионам)



Источник: ЮНЭЙДС (2005). Ресурсы, необходимые для расширения мер по противодействию СПИДУ в странах с низким и средним уровнем доходов.

многочисленным партнерам многое узнать о том, где отсутствуют людские ресурсы и базовая инфраструктура здравоохранения, и где необходимо инвестировать больше денежных средств, чтобы ускорить доступ к лечению.

На Рисунке 10.4 приведены оценки потребностей в денежных средствах на ближайшие три года для ускорения доступа к лечению в таких объемах, которые позволят достичь к 2010 году максимального приближения

к уровню, соответствующему наиболее общему определению всеобщего доступа к лечению. На Рисунке 10.5 показано распределение потребностей в финансировании по видам деятельности, а на Рисунке 10.6 приведено распределение по регионам. Следует отметить, что исследования и дискуссии о том, что называть «всеобщим доступом» продолжаются во многих странах. Тем временем, рабочее определение, использованное для оценки потребностей в ресурсах,

РИСУНОК 10.4

Финансирование, необходимое для лечения и ухода, включая антиретровирусную терапию (АРТ), для достижения указанных целей по охвату

| ГОД | ЛЮДИ, ПОЛУЧАЮЩИЕ АРТ (в млн.) | ОХВАТ АРТ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СЛУЧАЕВ | ОБЩЕЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ (млн. долларов США) |
|------|-------------------------------|--------------------------------|--|
| 2006 | 3.0 | 55% | 2986 |
| 2007 | 4.8 | 67% | 4029 |
| 2008 | 6.6 | 75% | 5250 |
| 2009 | 8.3 | 79% | - |
| 2010 | 9.8 | 80% | - |

Источник: ЮНЭЙДС (2005). Ресурсы, необходимые для расширения мер по противодействию СПИДУ в странах с низким и средним уровнем доходов.

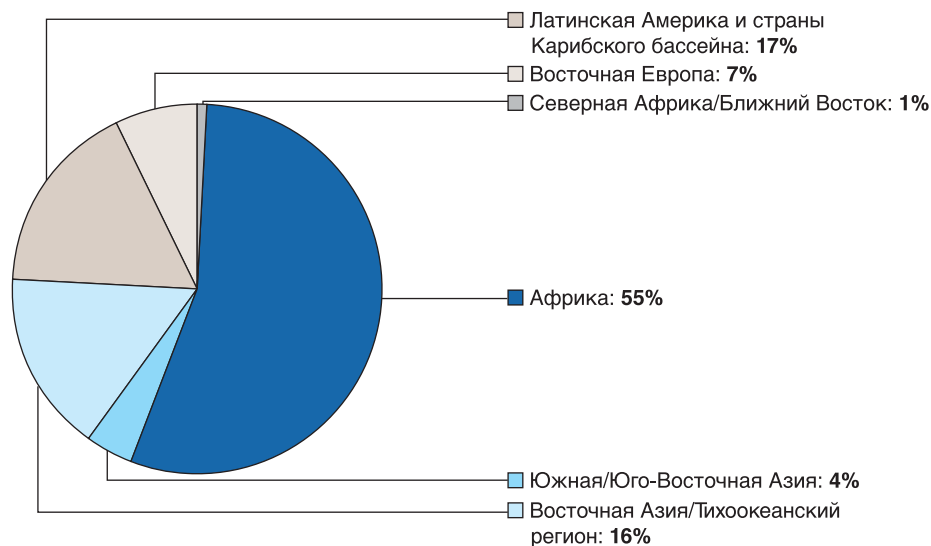
| РИСУНОК 10.5 | Распределение финансирования лечения и ухода (по видам деятельности) | | | |
|--|--|-------------|-------------|---------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2006–2008 |
| ЛЕЧЕНИЕ И УХОД (млн. долларов США) | | | | |
| Паллиативный уход | 308 | 302 | 295 | 905 |
| Тестирование, инициированное поставщиком услуги | 66 | 79 | 109 | 254 |
| Лечение оппортунистических инфекций | 686 | 703 | 707 | 2096 |
| Профилактика оппортунистических инфекций | 287 | 403 | 510 | 1200 |
| Антиретровирусная терапия, включая соответствующее питание | 1642 | 2482 | 3624 | 7748 |
| Лабораторное тестирование | 54 | 79 | 104 | 237 |
| ВСЕГО | 3034 | 4048 | 5349 | 12 440 |

Источник: ЮНЭЙДС (2005). Ресурсы, необходимые для расширения мер по противодействию СПИДу в странах с низким и средним уровнем доходов.

звучит следующим образом: при «всеобщем доступе» 80% всех людей, нуждающихся в срочном лечении, получают его. Это основывается на опыте стран с высоким уровнем доходов и некоторых стран со средним

уровнем доходов с хорошо развитыми системами здравоохранения, где охват лечением редко превышает 80% по разным причинам, включая отрицательную реакцию на лечебные препараты и личный выбор граждан.

РИСУНОК 10.6 Распределение финансирования, необходимого для ухода и лечения (по регионам)



Источник: ЮНЭЙДС (2005). Ресурсы, необходимые для расширения мер по противодействию СПИДу в странах с низким и средним уровнем доходов

| РИСУНОК 10.7 | | Финансирование, необходимое для оказания помощи сиротам и уязвимым детям | | | |
|---|-------------|---|-------------|------------------|--|
| ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ПОМОЩЬ СИРОТАМ (млн. долларов США) | 2006 | 2007 | 2008 | 2006–2008 | |
| Образование | 193 | 287 | 443 | 923 | |
| Медицинская помощь и поддержка | 145 | 174 | 200 | 519 | |
| Семейная/домашняя поддержка | 971 | 1255 | 1604 | 3830 | |
| Общинная поддержка | 14 | 18 | 25 | 57 | |
| Организационные затраты | 246 | 322 | 422 | 990 | |
| ВСЕГО | 1569 | 2055 | 2694 | 6319 | |

Источник: ЮНЭЙДС (2005). Ресурсы, необходимые для расширения мер по противодействию СПИДу в странах с низким и средним уровнем доходов.

ПОДДЕРЖКА СИРОТ И УЯЗВИМЫХ ДЕТЕЙ

Оценки финансирования, необходимого для осуществления деятельности в поддержку сирот и уязвимых детей, учитывают детей-сирот, живущих ниже официального национального уровня бедности, потерявших обоих родителей, сирот, потерявших одного из родителей, и потенциальных сирот (родители которых могут умереть в течение года) из-за ВИЧ-ассоциированной болезни родителей или их смерти от СПИДа. Существовало межучрежденческое соглашение о том, что в интересах данных оценок будут использоваться оценки ЮНИСЕФ о числе всех сирот по отцу и матери, сирот, потерявших одного родителя, и потенциальных сирот, живущих ниже уровня бедности в странах Африки к югу от Сахары, независимо от причины смерти или болезни их родителей. Это должно было отразить высокую нагрузку в связи с ВИЧ в этом регионе. На Рисунке 10.7 показаны объемы финансирования, необходимые для деятельности в этой области. Из общей суммы, необходимой на 2006-2008 гг., 95% требуется в Африке к югу от Сахары.

ПОДДЕРЖКА ПРОГРАММ И ИНФРАСТРУКТУРА

Для оказания услуг, описанных выше, необходимо будет усилить поддержку программ и улучшить инфраструктуру.

В оценки включены расходы на разработку и администрирование стратегий, планов и программ в связи с ВИЧ; проведение мониторинга и оценки, а также затраты местной и международной технической помощи; на приобретение оборудования, строительство и реконструкцию медицинских пунктов, больниц и лабораторий. Сюда включены только расходы, по нарастающей, на развитие существующих программ и инфраструктур, и не включены непосредственные расходы на оказание услуг населению медицинскими и другими работниками. Как показано на Рисунке 10.8, год от года они колеблются с учетом различных этапов (от планирования до завершения работы) строительства 2700 новых медицинских пунктов к 2010 году и реконструкции 19 000 существующих медицинских пунктов и 800 больниц.

ЛЮДСКИЕ РЕСУРСЫ

Оценочные затраты на людские ресурсы (как показано на Рисунке 10.9) включают только расходы на обучение, удержание и привлечение достаточного числа квалифицированных медсестер и врачей для поддержки мероприятий по борьбе со СПИДом в странах с низким уровнем доходов и двух странах со средним уровнем доходов, Ботсване и Южной Африке.

| РИСУНОК 10.8 | Финансирование, необходимое для поддержки программ и инфраструктуры | | | |
|--|---|-------------|-------------|-------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2006–2008 |
| ПРОГРАММНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (млн. долларов США) | | | | |
| Менеджмент | 485 | 376 | 390 | 1251 |
| Пропагандистская деятельность и коммуникации | 118 | 111 | 111 | 340 |
| Мониторинг и оценка | 148 | 138 | 146 | 432 |
| Оперативные исследования | 11 | 7 | 7 | 25 |
| Обучение | 72 | 136 | 231 | 439 |
| Логистика и снабжение, включая транспорт | 305 | 259 | 304 | 868 |
| Наблюдение за персоналом и отслеживание пациентов | 97 | 68 | 92 | 257 |
| Надзор за резистентностью к препаратам | 69 | 68 | 68 | 205 |
| Строительство новых медицинских центров | 60 | 23 | 167 | 250 |
| Усовершенствование лабораторий и другой инфраструктуры | 121 | 185 | 236 | 542 |
| Программные и инфраструктурные затраты | 1486 | 1371 | 1753 | 4610 |

Источник: ЮНЭЙДС (2005). Ресурсы, необходимые для расширения мер по противодействию СПИДу в странах с низким и средним уровнем доходов.

Они не включают расходы на обучение, удержание и привлечение консультантов, администраторов больниц, специалистов по формированию приверженности к лечению, лабораторных техников, специалистов по паллиативному уходу и общинных работников или координаторов. Последние являются частью затрат на посещение одного пациента, которые учтены в приведенных выше оценках расходов на профилактику, лечение и уход, помощь сиротам и уязвимым детям, и поддержку программ. (Например, расходы на обучение и оплату более 316 000 общинных работников

включены в оценку расходов на поддержку программ). Для оценки потребностей каждой страны в разнообразных людских ресурсах, необходимых для расширения масштабов мероприятий в ответ на эпидемию СПИДа, потребуется дальнейший анализ, однако оценки, приведенные здесь, включая те, которые здесь показаны, основаны на самой достоверной информации, имеющейся на сегодняшний день.

В оценки включены ежегодные расходы на обучение еще 5700 будущих медсестер и 3070 будущих врачей на период с 2006 по 2008 гг., так что

| РИСУНОК 10.9 | Финансирование, необходимое для развития человеческого потенциала | | | |
|--|---|------------|------------|-------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2006–2008 |
| МЛН. ДОЛЛАРОВ США | | | | |
| Образование | 50 | 89 | 123 | 262 |
| Прибавки к зарплатам медсестринского персонала | 153 | 261 | 370 | 784 |
| Прибавки к зарплатам врачей | 152 | 258 | 366 | 776 |
| ВСЕГО | 355 | 608 | 859 | 1822 |

Источник: ЮНЭЙДС (2005). Ресурсы, необходимые для расширения мер по противодействию СПИДу в странах с низким и средним уровнем доходов.

первые дополнительно обученные медсестры будут выпущены в 2009 году, а первые дополнительно обученные врачи – в 2012 году (эти цифры могут показаться небольшими, однако они отражают оценочный потенциал медицинских учебных заведений в регионе). Также сюда включены расходы на выплату надбавок к зарплате в странах с низким уровнем доходов, где средние годовые зарплаты составляют 3200 долларов США для медсестер и 5300 долларов США для врачей. Надбавки позволят повысить им зарплату до среднего уровня (между тем, что они получают сейчас, и тем, что они могли бы получать, если бы устроились на работу в Соединенном Королевстве). Эти надбавки срочно необходимы, чтобы удержать быстро сокращающееся число медсестер и врачей и восполнить это число за счет удержания новых выпускников и привлечения медсестер и врачей из других мест.

ОГРАНИЧЕННОСТЬ ОЦЕНОК

Предыдущие цифры являются оценками общих потребностей во всех странах с низким и средним уровнем доходов. Решения о выделении ресурсов в любой отдельно взятой стране должны основываться на анализе конкретных условий и потребностей данной страны. Например, исходя из общих требований, 12% всех денежных средств должны направляться на поддержку сирот и уязвимых детей, однако девять десятых из этих 12% приходится на страны Африки к югу от Сахары. В странах, которые не находятся в Африке к югу от Сахары, потребности в ассигнованиях на поддержку сирот и уязвимых детей в связи с ВИЧ, скорее всего, будут значительно ниже 12%. Решения о сумме расходов должны основываться на достоверных свидетельствах о природе эпидемии в каждой конкретной стране.

ГЛОБАЛЬНЫЙ КОНСОРЦИУМ ДЛЯ ОТСЛЕЖИВАНИЯ РЕСУРСОВ И ОЦЕНКИ НАЦИОНАЛЬНЫХ РАСХОДОВ НА БОРЬБУ СО СПИДОМ

Глобальный консорциум ЮНЭЙДС для отслеживания ресурсов предоставляет исходные данные, необходимые для оценки имеющихся финансовых средств на предстоящие годы, включая данные о существующих источниках и ассигнованиях во всех странах. Он также оценивает возможности освоения средств (например, кадровые ресурсы и инфраструктуру для проведения лечения) и определяет препятствия (например, национальную политику лицензирования лекарственных препаратов, которая замедляет импорт лекарств) в странах.

Хотя в состав членов Консорциума входит все больше международных и региональных организаций, его работа по представлению максимально всеохватной, достоверной и новейшей информации зависит от работы национальных специалистов, занимающихся отслеживанием ресурсов. Проблема с данными из стран заключается в том, что они обычно приходят в форме бюджетов, в которых данные о расходах обычно выше реальных, а существенные детали отсутствуют. Например, в бюджете расходы на лечение и уход при оппортунистических инфекциях могут не учитываться как расходы в связи с ВИЧ, и может не отражаться то, что часть расходов покрывается за счет оплаты услуг (то есть, за счет личных средств пациентов и членов их семей). Кроме того, бюджетные данные, представляемые странами, обычно относятся только к сектору здравоохранения, не учитывая сектор образования и другие секторы.

В 2005 году ЮНЭЙДС инициировала проведение Анализа национальных расходов в связи со СПИДом (АНРС) и создания общенациональных систем для постоянного сбора, анализа и передачи данных о расходах в связи с ВИЧ во всех секторах, а не только в здравоохранении.



В то время как внутренние расходы стран с низким и средним уровнем доходов сегодня составляют около 30% всех расходов в связи с ВИЧ, большая часть из этих 30% приходится на страны со средним уровнем доходов.

Например, эпидемия может быть сконцентрирована в отдельных группах населения в городах или, в основном, в отдельных районах, или может быть генерализованной и распространяться в сельских районах. Сегодняшние мероприятия следует также рассматривать с точки зрения имеющихся ресурсов и программ, их экономической эффективности, направлений работы, требующих более серьезных усилий; необходимо выявить, не мешают ли стигма и дискриминация обеспечению равного доступа к услугам для всех нуждающихся.

Также важно понимать, что любые оценки имеют свои ограничения из-за недостаточной доступности данных и присущей людям неуверенности в будущем. Однако, учитывая значительную работу по обеспечению последних данных, ЮНЭЙДС уверена, что предыдущие оценки ресурсов представляют лучшие на сегодняшний день оценки общих потребностей в странах с низким и средним уровнем доходов на 2006 – 2008 гг. В сотрудничестве с ЮНЭЙДС многие международные и страновые партнеры постоянно работают над совершенствованием и уточнением данных и анализа, благодаря которым получают максимально возможные достоверные оценки.

Имеющиеся денежные средства – оценки и тенденции

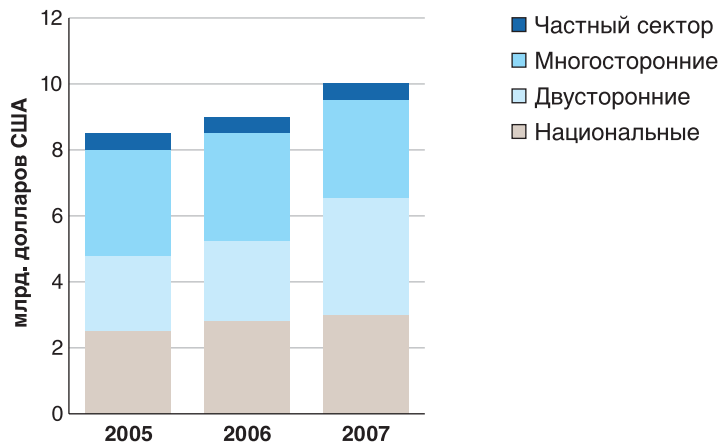
На основе прогнозов ЮНЭЙДС, составленных в середине 2004 года, предполагалось, что в 2005 году страны с низким и средним уровнем доходов имели 8,3 млрд. долларов США для борьбы со СПИДом. Если последние тенденции будут продолжаться и доноры выполнят свои предыдущие обещания и обязательства, то в 2006 году эта сумма будет составлять 8,9 млрд. долларов США, и в 2007 году – 10 млрд. долларов США. На Рисунке 10.10 указаны источники этого финансирования (обратите внимание, что «Частный сектор» в этих прогнозах включает не только предприятия, но и благотворительные фонды, и неправительственные организации).

Внутренние расходы - граждан и правительств

По прогнозам ЮНЭЙДС финансирование из внутренних источников в странах с низким и средним уровнем доходов возрастает с 2,6 млрд. долларов США в 2005 году до 2,8 млрд. долларов США в 2006 году и может достичь 3 млрд. долларов США в 2007 году. Многие правительства до сих пор не считают

РИСУНОК 10.10

Источники оценочного и проектного финансирования мер по противодействию СПИДу с 2005 по 2007* гг.



*Исходя из предположения, что новые обязательства отсутствуют

Источник: ЮНЭЙДС (2005). Ресурсы, необходимые для расширения мер по противодействию СПИДу в странах с низким и средним уровнем доходов.

ВИЧ приоритетной проблемой с точки зрения бюджетного финансирования, но если правительства и внешние доноры не будут ассигновать больше средств, то пострадавшим гражданам придется платить больше из собственного кармана.

СКОЛЬКО РАСХОДУЮТ ПОСТРАДАВШИЕ ГРАЖДАНЕ И ЧЛЕНЫ ИХ СЕМЕЙ

Наиболее достоверные данные о внутренних расходах поступили из Латинской Америки и Карибского бассейна, благодаря новаторской работе, проделанной Региональной инициативой по СПИДу для Латинской Америки и Карибского бассейна (SIDALAC and FUNSALUD, 2004). В среднем, личные расходы домохозяйств составляют 25% всех расходов в связи с ВИЧ, однако этот процент значительно отличается в разных странах. В некоторых странах с уровнем доходов выше среднего правительства покрывают от 80% до 95% всех расходов в связи с ВИЧ в рамках своих программ общественного здравоохранения и социального обеспечения. В некоторых странах с низким (и ниже среднего) уровнем доходов правительства и внешние доноры совместно покрывают от 25%

до 50% расходов. Остаток покрывается за счет личных расходов граждан.

Там, где личные расходы граждан составляют высокий процент всех расходов в связи с ВИЧ, это происходит из-за того, что больницы и другие поставщики медицинских услуг не получают достаточного финансирования. Больные и члены их семей зачастую платят за свои лекарства (например, за антибиотики для лечения оппортунистических инфекций), а также вносят плату за услуги, полностью или частично покрывающую стоимость других предметов первой необходимости, таких как больничные койки, питание и одноразовый инструментарий.

Анализ личных расходов, проведенный в 2002 году в 13 странах Латинской Америки, показал, что личные расходы в связи с ВИЧ достигали 73,9 млн. долларов США (около 25% всех расходов в связи с ВИЧ в этих странах). Из этой суммы граждане заплатили 18,9 млн. долларов США за больничные услуги; половина средств была израсходована на антиретровирусную терапию. Остальная сумма в размере 55 млн. долларов США была потрачена на презервативы.

За исключением Латинской Америки и Карибского бассейна лишь немногие страны систематически собирали информацию о личных расходах граждан, однако в ходе ряда исследований, проведенных в Африке к югу от Сахары, было обнаружено, что личные расходы составляют значительную часть общих расходов в связи с ВИЧ. Например, в 2002 году личные расходы составляли 45% всех расходов в связи с ВИЧ в Кении, 9,4% - в Гане, 30% - в Республике Замбия и 14% - в 2003 году в Буркина-Фасо (Kates, 2005).

СКОЛЬКО РАСХОДУЮТ ПРАВИТЕЛЬСТВА

В то время как внутренние расходы стран с низким и средним уровнем доходов сегодня составляют около 30% всех расходов в связи с ВИЧ, большая часть из этих 30% приходится на страны со средним уровнем доходов. По оценкам ЮНЭЙДС, в ближайшие три года самая большая часть расходов из всех источников придется на страны Африки к югу от Сахары, однако основная часть внутренних расходов (около 57% всех внутренних расходов в странах с низким и средним уровнем доходов) придется на Латинскую Америку и Карибский бассейн. (UNAIDS, 2004)

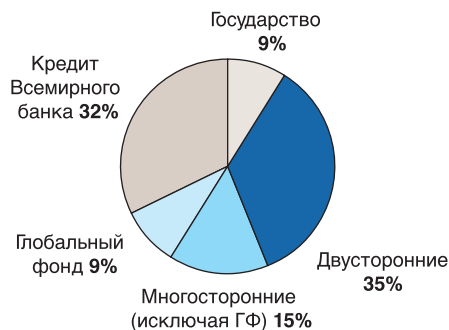
Такая асимметрия объясняется двумя причинами. Во-первых, почти все (кроме нескольких) страны Африки к югу от Сахары являются странами с низким уровнем доходов и сильно зависят от внешнего финансирования мероприятий в ответ на эпидемию СПИДа, в то время как почти все (кроме нескольких) страны Латинской Америки и Карибского бассейна принадлежат к странам со средним уровнем доходов и имеют хорошо развитые системы здравоохранения, в основном финансируемые из внутренних источников. Во-вторых, многие правительства стран Азии, Центральной Европы и других регионов должны тратить на борьбу с ВИЧ больше, и могут себе это позволить, однако они до сих пор не

признали ВИЧ в качестве неотложной проблемы, требующей более серьезного внимания. На самом деле, расходы правительств в большинстве стран с низким и средним уровнем доходов во всех регионах отстают от потребности в оказании более масштабных и всесторонних услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке. Это является одним из главных факторов, ограничивающих возможности стран по осуществлению их национальных планов по борьбе со СПИДом.

Модели расходования средств в разных странах значительно отличаются. Например, Буркина-Фасо является одной из беднейших стран мира. В 2003 году источниками общих расходов страны в связи с ВИЧ были внешнее финансирование (78%); личные расходы граждан (14,3%) и правительственные ассигнования (7,7%). Только за счет Всемирного банка было обеспечено 25,6% общих расходов и 77% всех ресурсов, управляемых государственными организациями. Около 74% расходов страны было направлено на профилактику ВИЧ, включая программы информации, образования и коммуникации и распространение презервативов. Только 26% средств было направлено на лечение и уход, в основном в связи с тем, что 1200 человек начали получать антиретровирусную терапию, хотя в ней срочно нуждалось гораздо больше людей. В том же году Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией одобрил грант, благодаря которому охват лечением будет расширен, и его получат еще 3500 человек.

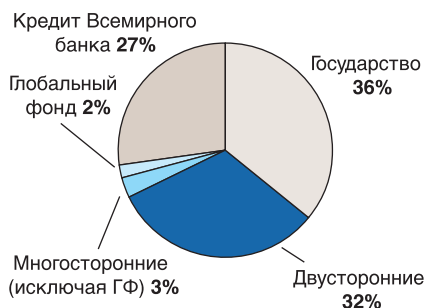
До недавнего времени оценки расходов в связи с ВИЧ в странах отражали только расходы здравоохранения. В 2005 году ЮНЭЙДС начала пропагандировать и поддерживать осуществление Анализа национальных расходов в связи со СПИДом с целью оказания помощи всем международным и национальным партнерам в

РИСУНОК 10.11 Источники расходов в связи с ВИЧ в трех странах, 2004 г.



БУРКИНА-ФАСО

Расходы в связи с ВИЧ/СПИДом на душу населения: 1,87 долл. США



ИНДИЯ

Расходы в связи с ВИЧ/СПИДом на душу населения: 0,59 долл. США



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Расходы в связи с ВИЧ/СПИДом на душу населения: 0,28 долл. США

Источник: ЮНЭЙДС, на основе национальных оценок расходов в связи со СПИДом.

проведении мониторинга финансовых потоков из всех источников и во всех секторах. На Рисунке 10.11 показаны первые результаты оценки расходов в связи с ВИЧ за 2004 год в трех странах с указанием источников. Благополучие трех стран значительно отличалось: валовой внутренний продукт на душу населения (ВВП) составлял 1174 доллара США в Буркина-Фасо, 2982 доллара США в Индии и 9320 долларов США в Российской Федерации. Расходы в связи с ВИЧ на душу населения также серьезно отличались – от 0,28 доллара

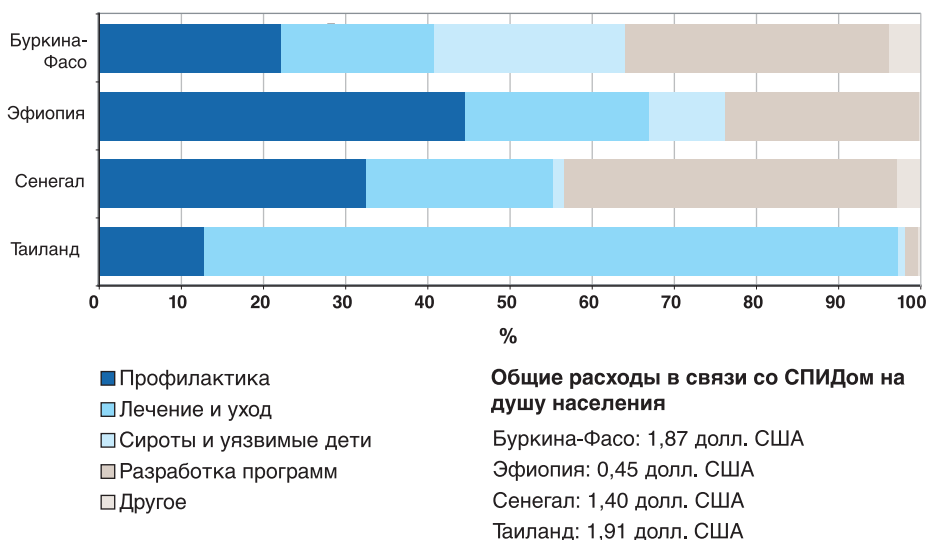
США в Российской Федерации до 1,28 доллара США в Буркина-Фасо.

На Рисунке 10.12 также показаны предварительные результаты Анализа национальных расходов в связи со СПИДом; оценки расходов в связи с ВИЧ в четырех странах приведены в разбивке по областям деятельности программ.

Оценки расходов, приведенные на рисунках 10.11 и 10.12, не показывают очевидной взаимосвязи между национальными расходами в связи с

РИСУНОК 10.12

Расходы в связи с ВИЧ по программным направлениям в четырех странах, 2004 г.



Источник: ЮНЭЙДС, на основе национальных оценок расходов в связи со СПИДОМ.

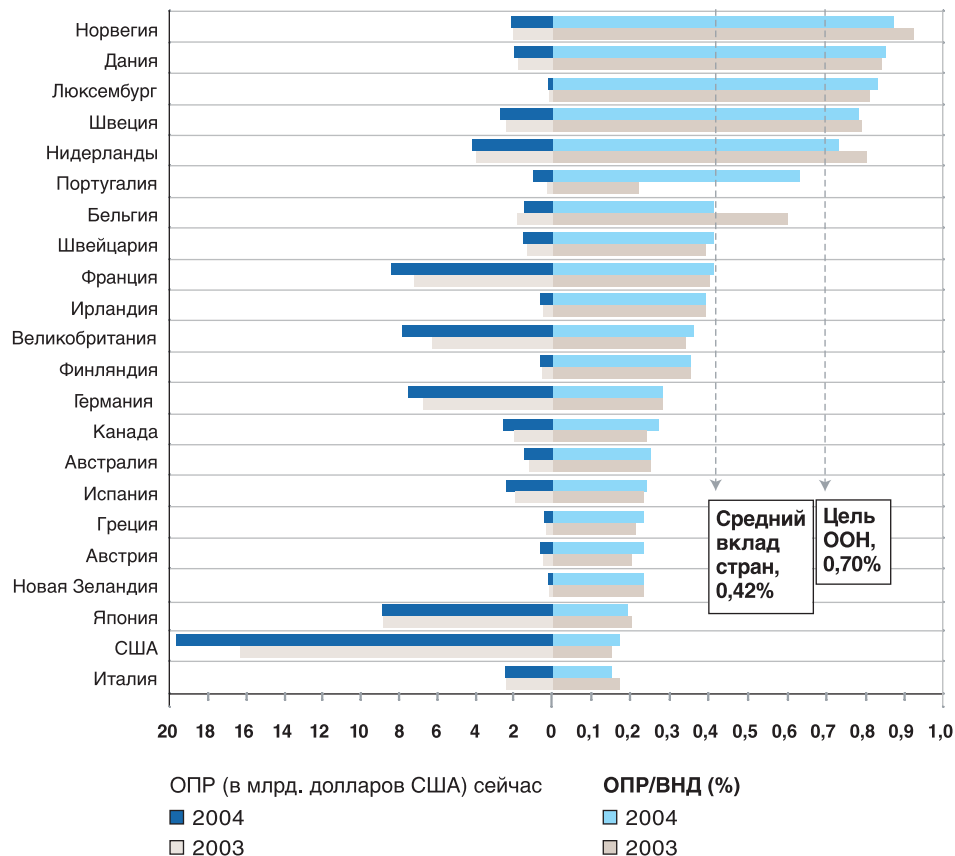
ВИЧ на душу населения и размерами их ВВП на душу населения, и не отражают характера эпидемии ВИЧ в этих странах (умеренная, концентрированная или высокого уровня) и ее стадии (начальная или продвинутая). Разумеется, для того, чтобы удовлетворить потребность в расширении и обеспечении всестороннего характера ответной деятельности, странам придется увеличить общее финансирование в связи с ВИЧ и провести более эффективную работу по целевому направлению расходов на основе надежных доказательных данных о том, где вмешательства необходимы в первую очередь. В частности, страны со средним уровнем доходов должны придавать более приоритетное значение расходам в связи с ВИЧ из собственных источников. Все страны и доноры должны установить более высокие приоритеты задачам по снижению бремени для малообеспеченных домохозяйств, которым приходится платить за услуги в связи с ВИЧ из своего кармана, потому что никто другой за это не платит.

Обязательства по предоставлению официальной помощи в целях развития

Правительства стран-доноров предоставляют значительную помощь в целях развития, которая поступает из стран с высоким уровнем доходов в страны с низким уровнем доходов. Основными странами-донорами являются 22 члена Комитета содействия развитию (КСР) Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), в число которых входят также страны «большой семерки». Официальная помощь в целях развития (широко известная по своему акрониму «ОПР») – это термин для обозначения помощи в целях развития, поступающей из стран-членов КСР.

Тридцать семь лет тому назад на сессии Генеральной Ассамблеи ООН страны-члены Комитета содействия развитию пообещали выделять 0,7% своего валового национального дохода на официальную помощь в целях развития, однако сегодня только пять стран достигли этой цели. В 2005 году

РИСУНОК 10.13 Официальная помощь в целях развития стран-членов КСР в 2003 и 2004 гг.



Источник: Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), 2005 г.

члены Комитета содействия развитию повторили свое обещание на Саммите «большой восьмерки» в Гленнигз и в других местах. Сегодня Греция обязуется достичь цели в 0,7% в 2007 году; Франция – в 2012 и Великобритания – в 2013 году. Если все обязательства, взятые в 2005 году, будут выполнены, включая обязательства в два раза увеличить помощь Африке, то в 2010 году объемы помощи могут достичь 130 млрд. долларов США (ОЭСР, 2006).

Официальная помощь в целях развития выросла в 2004 году на 5,9% по сравнению с 2003 годом, и составила 79,5 млрд. долларов США. Эти средства были направлены

на долгосрочные программы, которые были расширены на 13,3%, что свидетельствует о росте приверженности к устойчивому развитию. На Рисунке 10.13 отображены вклады каждой страны-члена Комитета содействия развитию как в абсолютных величинах, так и в виде процента от валового национального дохода.

ДВУСТОРОННИЕ И МНОГОСТОРОННИЕ ФИНАНСОВЫЕ ПОТОКИ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД

Официальная помощь в целях развития предоставляется одним из двух способов: через двустороннюю или многостороннюю помощь. Двусторонняя помощь – это прямая

НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫМИ РАСХОДАМИ И РЕАЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ СТРАН

В течение нескольких последних лет многие страны разработали национальные планы по борьбе со СПИДом, которые должны направлять их ответную деятельность, но во многих случаях эти планы были недостаточно стратегическими, не основывались на доказательных данных и не имели целевой направленности. В некоторых обзорах, проведенных Всемирным банком и другими организациями, было обнаружено, что многие планы не служат в качестве реального руководства для мер вмешательства, большинство из них слишком общего характера, немногие сопровождались подготовкой ежегодных планов действий и немногие основывались на последних эпидемиологических данных. Поэтому неудивительно, что существуют серьезные нестыковки между тем, какие мероприятия должны получать финансирование, и какие его действительно получают на уровне страны.

Приведем следующий пример. В одной стране Азии уровень ВИЧ-инфекции среди населения в целом остается низким, на что указывает распространенность ВИЧ в размере менее 0,3% среди беременных женщин. С другой стороны, распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков достигает 60% в крупнейшем городе, а среди работников коммерческого секса в отдельных районах составляет 30%. Анализ данных эпиднадзора показывает, что на потребление инъекционных наркотиков приходится до 75% всех случаев передачи ВИЧ и что в совокупности на потребление инъекционных наркотиков и коммерческий секс приходится более 90% всех случаев инфицирования. Тем не менее, несмотря на эти данные, большинство мероприятий в стране направлено не на эти две группы населения. И это не единичный пример. Подобные ситуации наблюдаются и во многих других странах.

Разумеется, страны получают пользу от технической помощи в разработке национальных планов по борьбе со СПИДом и годовых планов действий, в которых определены стратегии, приоритеты и учтена эпидемиологическая ситуация в стране. Однако при оказании такой помощи следует избегать общей ошибки, которую слишком часто допускают различные доноры и международные учреждения по оказанию помощи, проводя нескоординированные, перекрывающие друг друга исследования.

помощь одной страны (двустороннего донора) другой стране в форме финансовой, технической и других видов помощи для поддержки развития, включая разработку мероприятий в ответ на эпидемию СПИДа. Многосторонняя помощь – это непрямая помощь, предоставляемая, как правило, странами-донорами, но еще и при участии благотворительных фондов. Сначала она поступает в такие многосторонние организации, как Всемирный банк, региональные банки развития, учреждения системы ООН и другие фонды, например, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а они, в

свою очередь, передают ее странам-реципиентам.

По оценкам ЮНЭЙДС, в 2005 году двусторонние и многосторонние финансовые потоки составили около 5,7 млрд. долларов США, или 68,8% от 8,3 млрд. долларов, выделенных на борьбу со СПИДом. На основе первоначальных обещаний, обязательств и тенденций был произведен расчет, согласно которому двусторонние и многосторонние финансовые потоки составят 6,2 млрд. долларов (70%) от 8,9 млрд., выделенных в 2006 году, и 7 млрд. (70%) от 10 млрд. долларов США в 2007 году. (UNAIDS, 2005)

ФИНАНСОВЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА И РЕАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ

Рассматривая потоки помощи, необходимо обратить внимание на различия между обязательствами и реальными выплатами. Доноры зачастую выделяют средства на один год, которые не могут быть израсходованы до наступления следующего года или могут быть израсходованы в течение нескольких лет. В современных условиях, когда увеличивается финансирование мер по противодействию СПИДу, год от года размеры обязательств будут превышать суммы реальных выплат. В зависимости от источника информации, предоставляемые цифры часто отражают либо обязательства, либо выплаты, но не то и другое вместе.

Двусторонние финансовые потоки для осуществления мер в ответ на СПИД

По оценкам ЮНЭЙДС, двусторонняя поддержка ответных мер в связи со СПИДом будет увеличиваться быстрее, чем помощь из любого другого источника, и в 2007 году достигнет 3,7 млрд. долларов США (UNAIDS, 2005). Такое резкое увеличение объясняется повышением объемов помощи со стороны Чрезвычайного фонда Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), который может предоставить до 75% всей двусторонней помощи в 2007 году. Исследование потоков двусторонней помощи в период 2000-2002 гг., проведенное в 2004 году, показало, что крупные доноры, как правило, поддерживают программы лечения, которые требуют значительного финансирования и долгосрочных обязательств. Доноры меньшего масштаба в первую очередь уделяют внимание программам профилактики ВИЧ, а также поддерживают программы по уходу на дому и некоторые мероприятия по смягчению последствий эпидемии. На Рисунке 10.14 показано, сколько помощи в целях развития страны-члены Комитета содействия развитию выделяли на ответные меры в связи с ВИЧ, в абсолютных цифрах и в процентах валового национального дохода, в 2004 году.

Суммы, указанные на Рисунке 10.14, получены в результате анализа данных об официальной помощи в целях развития, предоставленных Организации экономического сотрудничества и развития, где все обязательства разбиваются по категориям. По целому ряду причин значительное количество затрат в связи с ВИЧ в официальных отчетах не отражено (например, это может быть скрытая статья расходов в рамках более общей категории – расходов на здравоохранение или образование). Анализ, проведенный ранее на основе опроса высокопоставленных официальных лиц из стран-членов Комитета содействия развитию, показал, что реальные обязательства выделять средства на борьбу с ВИЧ в 2004 году едва превысили 2,7 млрд. долларов США, а их реальные выплаты составили немногим более 1,9 млрд. долларов США. На Рисунке 10.15 показан процент от общего количества средств, предоставленных той или иной страной-членом КСР. (Kates, 2005)

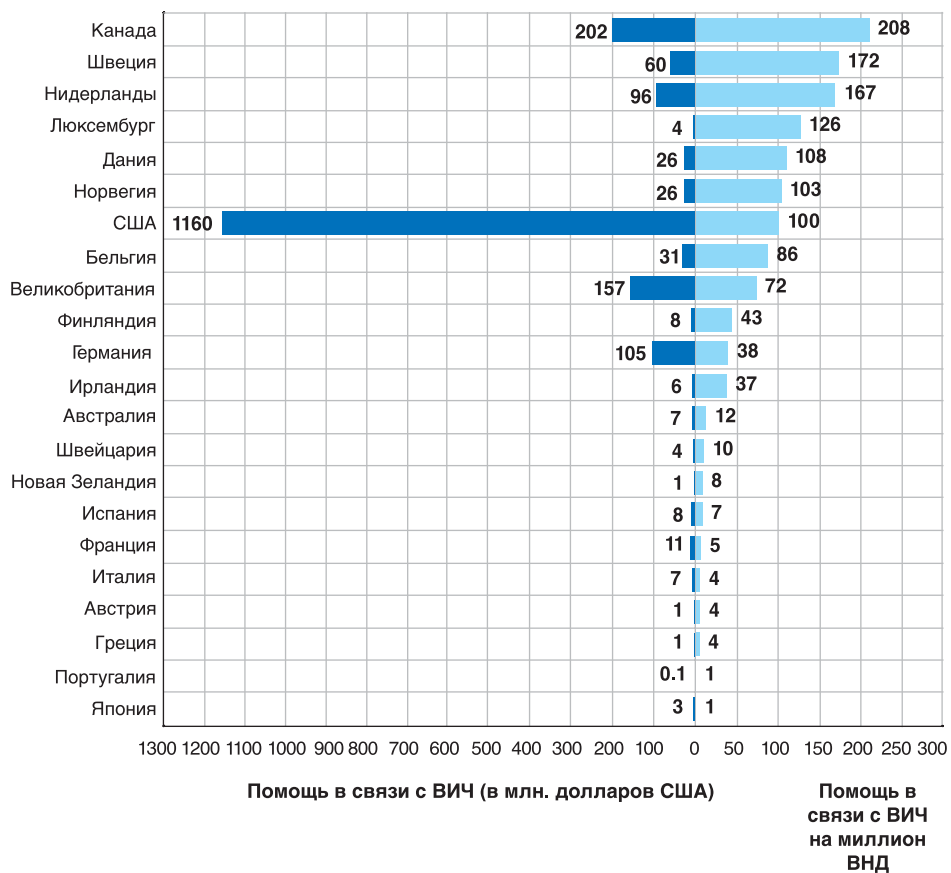
Многосторонние финансовые потоки для осуществления мер в ответ на СПИД

По оценкам ЮНЭЙДС, многосторонняя помощь на ответные меры в связи со СПИДом в 2005 году составила 3,0 млрд. долларов США, или 36% от общей суммы 8,3 млрд. долларов. Скорее всего, этот показатель останется неизменным – на уровне 3 млрд. долларов США, что



Секретариат ЮНЭЙДС и другие девять коспонсоров ЮНЭЙДС из числа учреждений системы ООН (кроме Всемирного банка) являются источниками многосторонней помощи, однако большая ее часть поступает в виде пропагандистской деятельности, информации, содействия, посредничества и технической помощи.

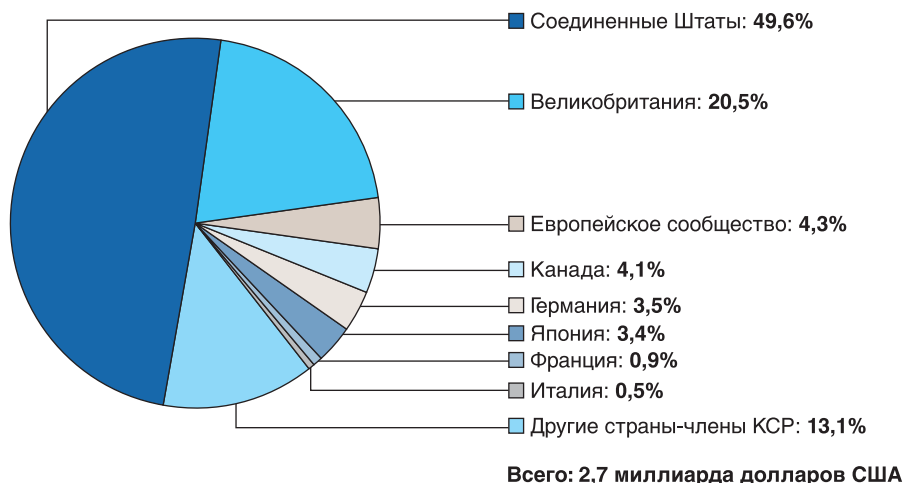
РИСУНОК 10.14 ОПР стран-членов КСР, предоставленная в связи с ВИЧ в 2004 году



Источник: ЮНЭЙДС, на основе данных отчетов стран КСР, подаваемых в ОЭСР.

РИСУНОК 10.15

Двусторонние обязательства стран-членов КСР на программы по ВИЧ в 2004 г.



Источник: ЮНЭЙДС (2005). Ресурсы, необходимые для расширения мер по противодействию СПИДу в странах с низким и средним уровнем доходов.

составит только 30% от общей суммы в 10 млрд. долларов США, которая будет выделена в 2007 году. (ЮНЭЙДС, 2005) Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией является основным и самым крупным источником многосторонней финансовой помощи для стран. За ним следует группа Всемирного банка, в состав которой входят региональные банки развития. Секретариат ЮНЭЙДС и другие 9 коспонсоров ЮНЭЙДС из числа учреждений системы ООН (кроме Всемирного банка) являются источниками многосторонней помощи, однако в то время как часть этой помощи поступает в виде финансирования или совместного финансирования программ на уровне стран, большая ее часть поступает в виде пропагандистской деятельности, информации, содействия, посредничества и технической помощи.

ГЛОБАЛЬНЫЙ ФОНД ДЛЯ БОРЬБЫ СО СПИДОМ, ТУБЕРКУЛЕЗОМ И МАЛЯРИЕЙ
Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом призвала к созданию «глобального фонда в сфере ВИЧ/СПИДа и здравоохранения» и проведению «всемирной кампании по сбору финансовых средств,

направленной на население и частный сектор» для поддержки деятельности фонда. Шесть месяцев спустя, в январе 2002 года был создан Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. С первых дней своей деятельности Глобальный фонд руководствуется принципом «взаимодополняемости», что значит, что все гранты ГФ никоим образом не должны иметь негативного влияния на обязательства национальных правительств и других партнеров по поддержанию программ по борьбе с этими тремя заболеваниями.

К концу декабря 2005 года Глобальный фонд получил 4,7 млрд. долларов США в виде взносов, а также финансовые поручительства, благодаря которым совокупный капитал Фонда к концу 2008 года составит 8,6 млрд. долларов США. ГФ утвердил проведение пяти раундов выдачи грантов: апрель 2002 года, январь 2003 года, октябрь 2003 года, июнь 2004 года и сентябрь 2005 года. Всего было предоставлено 350 грантов правительствам и другим реципиентам в 128 странах мира. Предложения, рассматриваемые Фондом, разделены на два этапа: первый этап охватывает



Международные неправительственные организации вносят значительный вклад в деятельность в ответ на эпидемию СПИДа в странах с низким и средним уровнем доходов.

первых два года деятельности, а второй этап – три года, однако иногда он ограничивается одним или двумя дополнительными годами. Общая сумма грантов, утвержденных по 1 и 2 этапам к концу 2005 года, составила 4,8 млрд. долларов США. Общая сумма всех предложений, утвержденных к концу 2005 года, составит около 9,6 млрд. долларов, если будут утверждены все гранты второго этапа.

Глобальный фонд осуществляет мониторинг и оценку осуществления всех программ, которые он финансирует, и распределяет средства только тогда, когда программы готовы принять их (см. главу «Национальные ответные меры»). ГФ начал осуществлять выплаты в 2003 году, и к концу декабря 2005 года общая сумма выплат составила 1,9 млрд. долларов США, причем только в 2005 году было предоставлено около 1,1 млрд. долларов США. На основе анализа реального финансирования обоих этапов всех предложений, утвержденных в течение первых пяти раундов, годовые выплаты распределяются следующим образом (см. вставку ниже).

Туберкулез является главной причиной смертности среди людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Кроме оказания поддержки исключительно программам по

туберкулезу, Глобальный фонд также поддерживает программы, в которых имеются компоненты и по ВИЧ, и по туберкулезу. По состоянию на конец декабря 2005 года, программы, финансируемые Глобальным фондом:

- предоставили консультирование и тестирование на ВИЧ 2,5 млн. человек;
- обеспечили доступ к антиретровирусной терапии 384 000 человек; к концу пятилетней грантовой программы ожидается, что этот показатель вырастет до 1,8 млн. человек;
- охватили программами лечения туберкулеза 600 000 человек, из которых многие также инфицированы ВИЧ. Ожидалось, что охват возрастет до 3,5 млн. человек;
- обеспечили 397 000 сирот и уязвимых детей социальной, медицинской и образовательной поддержкой;
- обеспечили обучение 304 000 человек дополнительно для работы в сфере борьбы с ВИЧ, туберкулезом и малярией (Global Fund, 2005).

Являясь благотворительной организацией, созданной на основе законодательства Швейцарии, Глобальный фонд должен вести рациональную финансовую деятельность. Фонд утверждает

ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЙ ФОНД ПРЕЗИДЕНТА США ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В СВЯЗИ СО СПИДОМ (ПЕПФАР)

В январе 2003 года Президент Соединенных Штатов Америки заявил об обязательстве предоставить 15 миллиардов долларов США в течение пяти лет для финансирования глобальных мероприятий по противодействию СПИДу. Для передачи этих средств был создан Чрезвычайный фонд Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР). Большая часть средств передается с использованием механизмов двусторонней, а не многосторонней помощи, из них две трети средств поступают в 15 целевых стран: 12 расположены в Африке, 2 – в Карибском бассейне и одна – в Азии. Эти страны наиболее сильно пострадали от эпидемии ВИЧ. Первый годовой отчет ПЕПФАР показал, что в 2004 году Фонд предоставил этим 15 странам 570,2 млн. долларов США для борьбы со СПИДом и обязался выделить еще 915,6 млн. долларов США в 2005 году (Офис глобального координатора США по СПИДу, 2005).

Политика ПЕПФАР по распределению двустороннего финансирования программ, связанных с ВИЧ, заключается в следующем:

- 55% - для лечения людей, живущих с ВИЧ, причем 75% этих средств в 2006 и 2007 году должны быть потрачены на приобретение и распространение антиретровирусных препаратов;
- 15% - для паллиативного ухода за людьми, находящимися на терминальной стадии заболеваний, обусловленных ВИЧ;
- 20% - для профилактики ВИЧ, из которых минимум 33% будут направлены на программы, основанные на пропаганде воздержания;
- 10% - для служб поддержки детей-сирот и уязвимых детей.

Признавая тот факт, что туберкулез является основной причиной смерти людей, живущих с ВИЧ, ПЕПФАР предоставил в 2005 году 20 млн. долларов США на программы по ВИЧ и туберкулезу; кроме того, руководство Фонда пообещало значительно увеличить финансирование таких программ в 2006 году.

первый или второй этап гранта только в том случае, если владеет достаточным количеством активов для обеспечения всех лет деятельности в рамках данного этапа. До сегодняшнего дня все доноры исправно выполняли свои обязательства, поэтому в Глобальном фонде уверены, что все гранты второго этапа будут обеспечены вовремя и предоставлены по всем утвержденным предложениям. Работа по обеспечению будущих финансовых обязательств включает проведение в середине 2006 года конференции для пополнения ресурсов, разработку стратегического плана для увеличения взносов со стороны частного сектора и мобилизацию новых доноров.

ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Всемирный банк – один из десяти коспонсоров ЮНЭЙДС, обладающий

самым большим из всех учреждений системы ООН бюджетом на ВИЧ, благодаря чему он является вторым крупнейшим многосторонним донором в сфере борьбы со СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов после Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Начиная с 1988 года Всемирный банк предоставляет гранты, беспроцентные кредиты и займы с низким процентом для поддержки проектов по борьбе с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов. Начиная с 2000 года он резко усилил свою поддержку.

К концу декабря 2005 года Всемирный банк обязался выделить средств на общую сумму свыше 2,5 млрд. долларов США на проекты по ВИЧ, включая

финансирование компонента ВИЧ в более масштабных проектах. В декабре 2005 года 79 активных проектов, утвержденных с 2001 года, получили 893 млн. долларов США и ожидается, что эти проекты освоят еще около одного миллиарда долларов. Ниже перечислены основные обязательства, проекты и выплаты.

- В рамках Межстрановой программы по ВИЧ/СПИДу для Африки, осуществляемой Всемирным банком, запланировано выделить 1,15 млрд. долларов США для 3 субрегиональных проектов и 33 проектов в 33 разных странах к югу от Сахары; было выплачено 545 млн. долларов США.
- Межстрановая программа по ВИЧ/СПИДу для Карибского бассейна, осуществляемая Всемирным банком, запланировала выделить 118 млн. долларов США одному региональному проекту и девяти проектам в 9 странах региона; было выплачено 25 млн. долларов США.
- Через другие программы развития Всемирный банк запланировал выделить 706 млн. долларов США

двум региональным проектам и 31 национальному проекту в 26 разных странах (включая 10 в странах к югу от Сахары); было выплачено 322 млн. долларов США.

Являясь одним из ключевых поставщиков помощи в целях развития, Всемирный банк всегда был объектом пристального внимания и острой критики. Руководство Банка признает прошлые ошибки и сегодня активизирует усилия в сфере мониторинга и оценки как собственной деятельности, так и деятельности всех проектов, которые он финансирует. В 2005 году он опубликовал «Глобальную программу действий в связи с ВИЧ/СПИДом Всемирного банка», где описываются планы его действий на ближайшие несколько лет. (World Bank, 2005)

ДРУГИЕ КОСПОНСОРЫ ЮНЭЙДС И СЕКРЕТАРИАТ ЮНЭЙДС

Все учреждения в системе ООН отвечают за включение стратегий и мероприятий по борьбе со СПИДом в свои планы действий и программы, что включает в себя предоставление

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВСЕЙ ПОМОЩИ, ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ ГЛОБАЛЬНЫМ ФОНДОМ (ПО СОСТОЯНИЮ НА КОНЕЦ 2005 ГОДА)

- 56% - на ВИЧ; 26% - на борьбу с малярией; 17% - на борьбу с туберкулезом; 1% - на усиление систем здравоохранения;
- 67% - странам с низким уровнем доходов; 25% - странам с уровнем доходов ниже среднего; 8% - странам с уровнем доходов выше среднего;
- 60% - странам Африки к югу от Сахары; 12% - странам Восточной Азии и Тихоокеанского региона; 10% - странам Латинской Америки и Карибского бассейна; 9% - странам Восточной Европы и Центральной Азии; 8% - странам Южной Азии, Ближнего Востока и Северной Африки;
- 47% - на покупку лекарств и предметов потребления; 20% - на развитие кадровых ресурсов и обучение; 12% - на развитие инфраструктуры; 8% - на администрирование; 6% - на проведение мониторинга и оценки; 7% - другое;
- 61% - правительствам; 16% - многосторонним организациям; 15% - неправительственным и общинным организациям; 4% - религиозным организациям; 3% - частному сектору; 1% - другим (только на основе раундов 2-5).

(Обратите внимание, что эта разбивка учитывает распределение средств только среди основных реципиентов и не учитывает множество общественных организаций, зарегистрированных как субреципиенты.)

МЕХАНИЗМ ДОБРОВОЛЬНОГО ПОПОЛНЕНИЯ РЕСУРСОВ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА

До 2004 года Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией зависел от эпизодических пожертвований, осуществляемых более чем 45 странами мира, а также благотворительными фондами, корпорациями и частными лицами. Для обеспечения устойчивости и предсказуемости пополнения ресурсов ГФ разработал Механизм добровольного пополнения ресурсов, который возглавил Генеральный секретарь ООН Кофи Анан. В регулярно проводимых встречах принимают участие представители всех заинтересованных групп. Такие встречи позволяют проанализировать достигнутые результаты, прокомментировать деятельность и эффективность Фонда, а также объявить взносы на основе совместно утвержденных целей и взносов.

В 2005 году состоялось три встречи по вопросам пополнения ресурсов. На последней из них, проходившей в сентябре в Лондоне, 29 международных доноров обещали выделить средства на общую сумму 3,7 млрд. долларов США на 2006 и 2007 гг., что составляет более половины оценочных потребностей Фонда на двухлетний период (около 7 млрд. долларов США). Целью следующей встречи, запланированной на июль 2006 года, станет поиск дополнительных средств для обеспечения всех потребностей.

услуг в связи с ВИЧ их сотрудникам и членам их семей. Однако основными учреждениями, содействующими проведению глобальной деятельности в ответ на эпидемию СПИДа, являются Секретариат ЮНЭЙДС и ее 10 коспонсоров.

Каждые два года Координационный совет программы ЮНЭЙДС утверждает Единый бюджет и рабочий план ЮНЭЙДС (ЕБРП), в котором распределяются фонды для конкретных мероприятий и определяется, какое учреждение или учреждения будут отвечать за проведение каждого мероприятия. В соответствии с этим бюджетом деятельность Секретариата ЮНЭЙДС и коспонсоров регулируется Стратегической основой ЮНЭЙДС для действий (UNAIDS, 2003). В ней определяются пять основных целей и одна сквозная цель: создать потенциал в сфере людских ресурсов для осуществления деятельности в ответ на эпидемию СПИДа в странах. Эти пять основных целей таковы:

1. Расширить возможности лидерства для страновой деятельности в ответ на эпидемию СПИДа.

2. Мобилизовать и расширить возможности партнерств между государственным, частным сектором и гражданским обществом.
3. Поддерживать и усиливать управление стратегической информацией.
4. Нарращивать потенциал для осуществления планирования, отслеживания, мониторинга и оценки страновой ответной деятельности.
5. Облегчать доступ к техническим и финансовым ресурсам.

Кроме того, каждый из коспонсоров проводит мероприятия в связи с ВИЧ, которые согласуются с его основным мандатом. Например, в 2005 году Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН) провело мероприятия, направленные на то, чтобы приблизительно 20 миллионам беженцев, лиц, ищущих убежище, лиц, возвратившихся на родину и других заинтересованных лиц, за которых оно, согласно мандату, несет ответственность, были предоставлены услуги по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

ЭВОЛЮЦИЯ ПРОГРАММ ПО ВИЧ ВСЕМИРНОГО БАНКА

Инициированная в 2000 году, Межстрановая программа по СПИДу Всемирного банка (МПС) предложила целый ряд инноваций в сфере донорской практики, включая покрытие текущих расходов и периодических издержек многосекторальных программ; внедрение упрощенных процедур утверждения и выплаты средств; прямое финансирование программ на базе организаций гражданского общества на национальном, районном и общинном уровне. МПС была разработана с целью эффективного противодействия СПИДу в Африке. Уроки, полученные в ходе решения этих проблем и вызовов, привели к пересмотру программы, и теперь она предусматривает гораздо более широкий и сложный набор видов деятельности, чем раньше могла обеспечить традиционная система финансирования Всемирного банка. Изначально ожидалось, что так это и случится, и было признано, что осуществление программы потребует интенсивного наблюдения и технической помощи и, кроме того, постоянного процесса обучения и внесения структурных изменений. Однако успех африканской программы был столь значителен, что была создана аналогичная программа для стран Карибского бассейна.

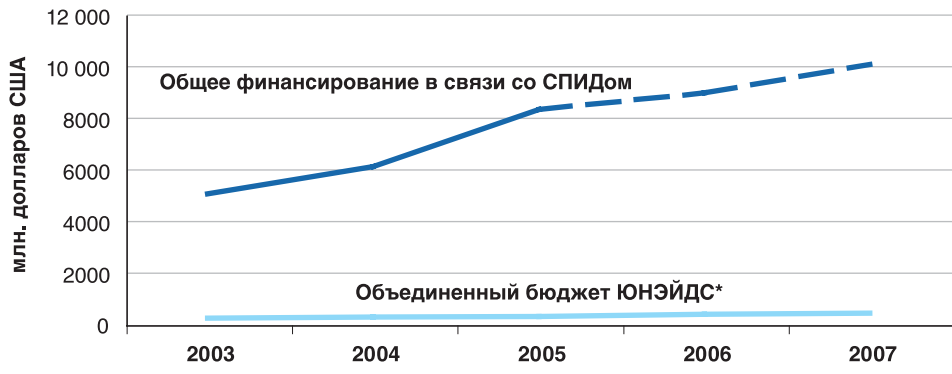
Кроме МПС Всемирный банк разработал новые способы поддержки межстрановых мер вмешательства, которые нельзя поддерживать через отдельные программы в той или иной стране. Речь идет о субрегиональных программах по СПИДу в Карибском бассейне, Центральной Америке, Центральной Азии и Африке. Всемирный банк также интегрировал программы по ВИЧ в проекты развития (например, сооружение транспортных коридоров или трубопроводов) путем обязательного внедрения мер предосторожности против инфицирования ВИЧ там, где возникает риск передачи инфекции.

Единый бюджет на 2004 и 2005 годы составил 522 млн. долларов США, в среднем, по 261 млн. долларов США в год. Бюджеты коспонсоров в связи с ВИЧ на страновом уровне в сумме составили 1,34 млрд. долларов США, в среднем, по 667 млн. долларов США в год. Единый бюджет ЮНЭЙДС на 2006 и 2007 годы составляет 797 млн. долларов США, в среднем, по 398,5 млн. долларов США в год; на 52,7% больше средней годовой суммы в 2004-2005 гг. Бюджеты коспонсоров для проведения мероприятий в связи с ВИЧ на страновом уровне в сумме составили 2,56 млрд. долларов США, в среднем, по 1,28 млрд. долларов США в год, что на 91% больше средней годовой суммы в 2004-2005 гг. На Рисунке 10.16 сравнивается рост Единого бюджета с ростом общей суммы для осуществления деятельности в ответ на СПИД в странах с низким и средним уровнем доходов.

Потоки денежных средств из коммерческого сектора, фондов и неправительственных организаций

В прогнозах расходов на борьбу с ВИЧ, осуществленных ЮНЭЙДС в середине 2004 года и представленных на Рисунке 10.10, широко используется термин «частный сектор», который охватывает частные предприятия, фонды и неправительственные организации, особенно те, которые работают на международном уровне, а не те, которые созданы в странах. (Прогнозы не включают вклад частных предприятий в натуральной форме в рамках их программ по СПИДу на рабочем месте или расширения действия этих программ в окружающих их общинах). Декларация о приверженности, принятая в 2001 году, призвала к всемирной кампании по сбору

РИСУНОК 10.16 Объединенный бюджет ЮНЭЙДС по сравнению с доступными ресурсами



*Объединенный бюджет ЮНЭЙДС включает в себя ключевые, дополнительные ресурсы и ресурсы учреждений. Он не включает в себя оценку затрат на уровне страны, понесенных ко-спонсорами.

Источник: ЮНЭЙДС (2005). Объединенный бюджет и рабочий план ЮНЭЙДС на 2006-2007 гг.

средств, направленной на этот сектор, однако, до сих пор результаты разочаровывают. Учитывая существующие тенденции, ЮНЭЙДС планирует, что вклады из этих источников останутся неизменными и составят около 400 млн. долларов США на 2006, 2007 и 2008 гг., причем три четверти этой суммы будут поступать из фондов, созданных в Соединенных Штатах Америки (UNAIDS, 2005).

ФОНДЫ

Независимые организации в Соединенных Штатах и Европе попытались измерить вклад благотворительных фондов в финансирование борьбы с ВИЧ за последние годы. Как показано на Рисунке 10.17, в ходе исследования, проведенного организацией «Финансисты, озабоченные проблемой СПИДа» (Funders Concerned about AIDS), было выявлено, что 2003 год стал четвертым годом подряд, когда созданные в США фонды (в том числе, благотворительные отделения корпораций) выделили более 300 млн. долларов США на осуществление внутренней и глобальной деятельности в ответ на эпидемию СПИДа. Из 394,5 млн. долларов США, выделенных в 2003 году, 308,2 млн. долларов США пошло

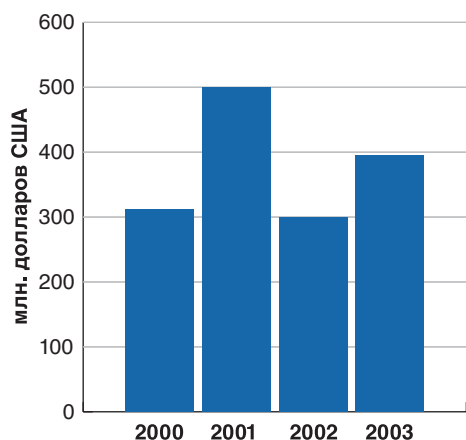
на проекты, предназначенные для помощи странам с низким и средним уровнем доходов, и две трети от этой суммы были выделены Фондом Билла и Мелинды Гейтс. Сумма для проектов, предназначенных для помощи странам с низким и средним уровнем доходов, была распределена следующим образом:

- 75% организациям, созданным в Соединенных Штатах Америки или Западной Европе, которые используют их для глобальных проектов или для передачи грантов проектам в странах с низким или средним уровнем доходов;
- 14% странам Африки и Ближнего Востока;
- 8% странам Азии и Тихоокеанского региона;
- 2% странам Восточной Европы и Центральной Азии;
- 1% странам Латинской Америки и Карибского бассейна.

Исследование, проведенное в Европе в 2005 году Европейской группой организаций, финансирующих борьбу с ВИЧ/СПИДом (the European HIV/AIDS Funders Group), показало, что в 2003 году фонды, созданные в Европе, выделили сумму, эквивалентную 33,6 млн. долларов США, для осуществления проектов в связи с

РИСУНОК 10.17

Обязательства американских фондов в отношении национальных и глобальных проектов по ВИЧ, с 2000 по 2003



Источник: Funders Concerned about AIDS, 2005.

ВИЧ, предназначенных для помощи странам с низким и средним уровнем доходов. В исследовании было отмечено, что традиции и законы Соединенных Штатов поддерживают частную благотворительную деятельность на таком уровне, который встречается в очень немногих странах. В нем также были отмечены преимущества частных организаций, предоставляющих гранты, перед государственными, включая их способность вводить новшества и идти на риск.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Международные неправительственные организации вносят значительный вклад в деятельность в ответ на эпидемию СПИДа в странах с низким и средним уровнем доходов. Иногда считается, что все свои доходы они получают от граждан, которые отзываются на их кампании по сбору средств, однако, в действительности, большую часть дохода они обычно получают от двусторонних и многосторонних доноров и фондов. Существуют сотни крупных и небольших международных неправительственных организаций,

принимающих участие в работе по международному развитию и направляющих, по меньшей мере, часть своих усилий на борьбу со СПИДОМ. Однако в настоящее время не хватает данных для того, чтобы обосновать даже приблизительные оценки финансового выражения их коллективных взносов для борьбы со СПИДОМ и избежать двойного подсчета взносов, сделанных другими.

Финансирование научных исследований в области разработки вакцины и микробицидов

Вакцины и микробициды для профилактики ВИЧ принесут пользу людям во всех странах, от самых богатых до самых бедных. По этой причине расходы и требуемые средства для научных исследований и разработки этих продуктов не факторизованы в каких-либо оценках, приведенных на протяжении этой главы. Несмотря на возрастающую уверенность ученых в возможности разработки безопасной и эффективной вакцины и микробицидов для профилактики ВИЧ, существует много проблем, для решения которых потребуется

Увеличивающиеся объемы финансирования и усилия по улучшению управления финансовыми ресурсами дают основания для осторожного оптимизма в плане поддержки, оказываемой национальным программам противодействия СПИДу.



вложение значительно больших средств, чем имелось в наличии до сих пор.

По оценкам Координационного комитета Глобального предприятия по созданию вакцины от ВИЧ для того, чтобы ускорить исследования по разработке безопасной и эффективной вакцины для профилактики ВИЧ, потребуются выплаты в размере 1,2 млрд. долларов США в год. В 2004 году было получено 682 млн. долларов США, из них 88% поступили из государственного сектора (правительства и университеты), 10% из промышленного сектора и 2% от частных благотворительных организаций. С 2000 года отмечалось небольшое уменьшение финансирования со стороны промышленного сектора. Хотя фармацевтические и биотехнологические компании вкладывают значительные средства в разработку многих других медицинских продуктов, их инвестиции в разработку вакцин для профилактики ВИЧ были небольшими. Финансирование со стороны государственного сектора, напротив, значительно возросло, как это показано на Рисунке 10.18. (Для 2005 года учтены реальные выплаты и твердые обязательства по состоянию на апрель 2005 года.) (HIV Vaccines and

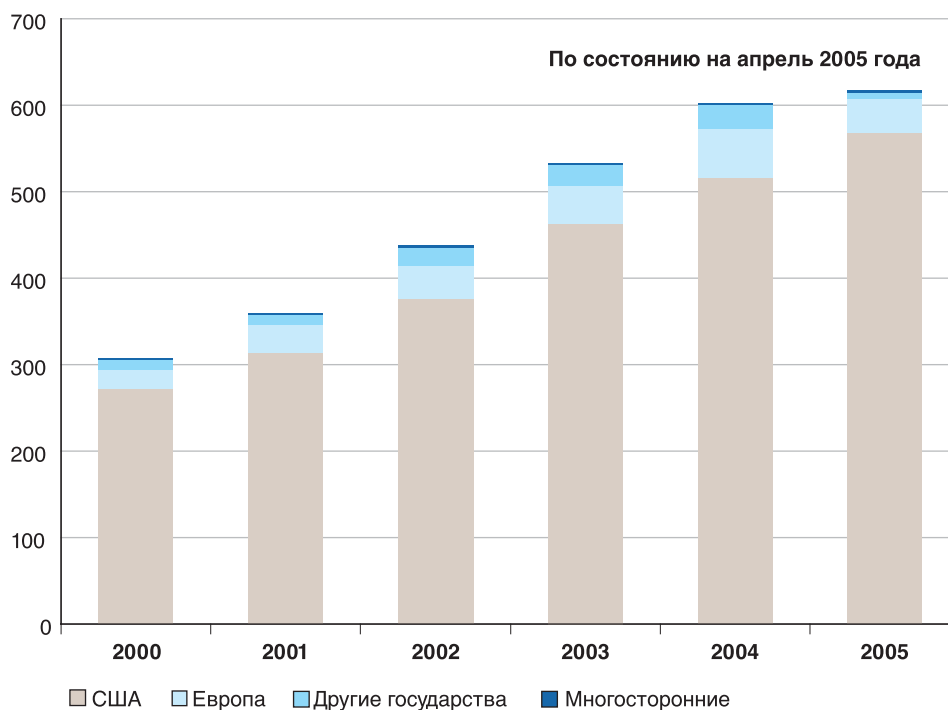
Microbicides Resource Tracking Working Group, 2005)

По оценкам Международного партнерства по микробицидам и Альянса за разработку микробицидов, в течение следующих пяти лет для разработки безопасных и эффективных микробицидов, потребуются расходы в размере 280 млн. долларов США в год. На Рисунке 10.19 показано, что сумма некоммерческих инвестиций возросла с 65,1 млн. долларов США в 2000 году до 163,4 млн. долларов США в 2005 году, что все еще значительно меньше требуемой суммы. Как и в случае с вакциной для профилактики ВИЧ, фармацевтические и биотехнологические компании были мало заинтересованы в этой работе. Они разработали ряд микробицидов-кандидатов для тестирования, однако в 2004 году их собственные инвестиции, по оценкам, составили менее 6 млн. долларов США (HIV Vaccines and Microbicides resource Tracking Working Group, 2005).

Финансирование является только одним компонентом значительного вклада, который государственный сектор вносит в разработку вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ. Государственный сектор в странах с низким и средним уровнем доходов обеспечивает важную

РИСУНОК 10.18

Ежегодные государственные инвестиции в исследование и разработку вакцины против ВИЧ между 2000 и 2005 гг. (по регионам)



Источник: Рабочая группа по отслеживанию ресурсов, затраченных на.

помощь в натуральной форме. В странах, где проводятся испытания вакцин-кандидатов, важнейшую роль в проведении и поддержке этих испытаний играют больницы и клиники, а также их штатный персонал. Национальные распорядительные органы и комитеты по этике работают над обеспечением того, чтобы продукты-кандидаты были безопасными, а испытания проводились надлежащим образом. Так, например, в Африке к югу от Сахары Африканская программа по разработке вакцин против СПИДа помогает странам разработать национальные планы по вакцинам для профилактики ВИЧ и сотрудничает с местными партнерами для создания методов привлечения и найма добровольцев для участия в испытаниях и обеспечения того, чтобы они были должным образом проинформированы и защищены.

Оценивая разрыв: сколько средств имеется и сколько необходимо

Согласно оценкам, приведенным выше (см. Рисунок 10.1), суммы финансирования, необходимые для мер по противодействию СПИДу в странах с низким и средним уровнем доходов, составят 14,9 млрд. долларов США в 2006 году и 18,1 млрд. долларов США в 2007 году, однако в наличии будет всего 8,9 и 10 млрд. долларов США соответственно. Можно очень легко подсчитать разницу и прийти к выводу, что существует насущная потребность в дополнительных финансовых обязательствах на сумму в 6 и 8,1 млрд. долларов США. Однако измерение разрыва между тем, что имеется в наличии, и тем, что будет необходимо – задача далеко не такая простая.

| РИСУНОК 10.19 | | Ежегодные государственные и благотворительные инвестиции в исследование и разработку микробицидов между 2000 и 2005 ГГ. (млн. долларов США) | | | | |
|---|-------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Государственные средства | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| США | 34.6 | 61.3 | 75.3 | 78.8 | 92.0 | 99.3 |
| Европа | 0.7 | 0.4 | 5.1 | 10.6 | 29.9 | 37.8 |
| Другие страны | 0.3 | <0.1 | 0.2 | 0.9 | 2.0 | 5.0 |
| Многосторонние | <0.1 | 0.3 | 0.4 | <0.1 | 0.2 | 0.2 |
| <i>Всего, гос. средств</i> | 35.7 | 62.0 | 81.0 | 90.2 | 124.2 | 142.3 |
| Благотворительные пожертвования | | | | | | |
| <i>Всего благотворительных пожертвований</i> | 29.4 | 3.4 | 24.8 | 16.9 | 18.1 | 21.1 |
| Некоммерческие (государственные и благотворительные) | | | | | | |
| <i>Всего некоммерческих</i> | 65.1 | 65.4 | 105.8 | 107.1 | 142.3 | 163.4 |

Источник: Рабочая группа по отслеживанию ресурсов, затраченных на разработку вакцин и микробицидов от ВИЧ (2005 г.)

Сокращение разрыва

Чтобы удовлетворить требования к финансированию, необходимо действовать в двух направлениях. Во-первых, необходимо собирать больше средств. Несколько действующих источников финансирования, включая правительства стран со средним уровнем доходов, обладают значительным потенциалом в плане выделения большего объема средств на борьбу со СПИДом. Кроме того, потенциал для сбора средств новыми способами имеют и основные страны-доноры, например, путем введения налога на СПИД при авиаперевозках или налога на прибыль, или путем выпуска облигаций. Однако бесспорно то, что обеспечить достаточное финансирование для удовлетворения всех требований можно будет только тогда, когда основные страны-доноры выполняют все обязательства, взятые ими на Саммите «большой восьмерки» (Гленигз, Шотландия, июль 2005 года), а потом – на Всемирном саммите в Нью-Йорке (сентябрь 2005 года). Принятая на последнем Саммите резолюция Генеральной Ассамблеи ООН вновь подтвердила приверженность стран-членов положениям Декларации тысячелетия (2000) и Декларации

о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (2001). В ней также прозвучало новое обязательство: «разработать и осуществить пакет мероприятий по профилактике ВИЧ, лечению и уходу с целью максимального приближения к 2010 году к решению задачи всеобщего доступа к лечению для всех нуждающихся» (United Nations, 2005).

Во-вторых, национальные и международные партнеры по борьбе со СПИДом должны придерживаться единого курса и ускорить работу по усилению потенциала стран для противодействия СПИДу и максимально эффективно использовать средства, имеющиеся в наличии. В следующей главе описываются проблемы в деле расширения национальных ответных мер, а также то, как партнеры пытаются их решить, руководствуясь «тремя принципами». Однако что касается финансирования, то тут следует отметить две важные вещи: возможности для освоения средств и важность отслеживания ресурсов.

ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ СРЕДСТВ

В странах Африки к югу от Сахары, которые наиболее сильно пострадали от эпидемии ВИЧ, в то же время действуют самые слаборазвитые

НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ РАЗМЕРАМИ ДОНОРСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ СТРАН

Краткое изложение оценочных потребностей в финансировании основывается на оценках суммы средств, необходимых для конкретных видов профилактики ВИЧ, лечения и другой деятельности во всех странах с низким и средним уровнем доходов. Очень немногие страны предоставили сопоставимые оценки, основывающиеся на надежных показателях потребностей в финансировании; очень мало стран разработало механизмы, с помощью которых все заинтересованные стороны согласовывают оценки и приоритеты, и соответствующим образом распределяют ресурсы. Кроме того, у стран-доноров существуют собственные приоритеты, которые часто не совпадают с приоритетами стран-реципиентов. В результате этого возникает значительное несоответствие между затратами и реальными потребностями.

В последние годы доноры увеличили объемы своей помощи в ответ на потребность стран развивать собственный потенциал в сфере противодействия эпидемии ВИЧ. Поэтому сегодня возникает вопрос: «Почему развитие потенциала так сильно отстает от увеличения объемов помощи?» Ответить очень сложно, но можно выделить два основных фактора: во-первых, политика доноров часто ограничивает сферы применения их помощи. Если помощь поступает в виде денежных средств, это часто связано с условиями, требующими обмена валюты и закупки импортных товаров (например, медикаментов, оборудования и товаров). Если она поступает в другой форме, то она, как правило, заключается в предоставлении технической помощи или сооружении медицинского учреждения под иностранным руководством. Во-вторых, потребности стран касаются, в основном, ключевых статей расходов бюджета на местном уровне (например, зарплата врачам, медсестрам и другому персоналу), и возникают регулярно.

Существует единое мнение о том, что современные методы управления помощью недействительны и неэффективны (см. главу «Национальные ответные меры»). Долговременный характер эпидемии означает, что странам необходимо стабильное и предсказуемое финансирование, которое со временем будет расти. Принимая во внимание местный характер и периодичность реальных финансовых потребностей стран, донорская помощь должна поступать в виде постоянной поддержки общих бюджетов или специальных разделов бюджетов. В странах, где действуют стандарты управления государственными затратами, потоки финансовой помощи через государственные бюджеты могут способствовать гармонизации и усилению государственного управления, минимизируя при этом потребность в выплатах через параллельные неправительственные системы.

системы здравоохранения. Это вызывает определенное беспокойство относительно того, что организационно-исполнители в этих странах могут не успевать вовремя осваивать значительно возросшую финансовую помощь и претворять в жизнь соответствующие программы.

Данные из Южной Африки показывают, что после первоначальных задержек с созданием новых или расширением существующих программ,

правительственные учреждения страны смогли быстро увеличить свои затраты на программы, связанные с ВИЧ. Еще в 2000 году правительство Южной Африки начало осуществлять Национальный интегрированный план по борьбе с ВИЧ/СПИДом, который предусматривал выдачу грантов на определенных условиях из трех министерств девяти провинциальным партнерам, работающим в сфере здравоохранения, образования и социального развития. В течение

первого года (финансовый год 2000–2001) власти провинций смогли израсходовать только 36,5% средств, предоставленных им в том году. На следующий год они смогли потратить уже 74,5% средств, а в течение третьего года они достигли показателя расходов в 85%. Выводы исследования, проведенного в 2003 году, показывают:

Существенное увеличение уровня расходов в течение двух следующих лет указывает на то, что проблема изначально была связана не с механизмом ГУ (гранта на определенных условиях), а с теми громадными проблемами административно-финансового управления, которые ожидалось многими в первый год внедрения национальной программы. Подготовка и реализация программ НИП (Национальный интегрированный план по борьбе с ВИЧ/СПИДом) потребовала создания управленческих структур и поиска координаторов в провинциях, развития систем финансовых операций и мониторинга, разработки программных стандартов, планов и материалов (Hickey et al., 2003).

Однако исследование, проведенное в 2005 году, указывает, что улучшению ситуации в Южной Африке по-прежнему препятствует слабая система здравоохранения и недостаточные возможности правительства осваивать средства. Вот несколько выводов:

“Увеличение выделяемых правительством и донорами средств для борьбы с ВИЧ и СПИДом без улучшения возможностей для их освоения, бросает серьезный вызов всей системе здравоохранения. ... Не столько наличие ресурсов, сколько возможность для освоения средств превращается во все более серьезную проблему для Южной Африки в сфере расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом. Именно поэтому донорское сообщество должно ... инвестировать в развитие потенциала государственной системы для обеспечения эффективного и действенного использования ресурсов, которые они предоставляют правительству” (Ndllovu, 2005).

В ходе еще одного исследования было обнаружено, что система собственных механизмов финансирования в стране способна улучшить освоение финансирования из внутренних источников, но освоение средств двусторонних доноров более проблематично. Причина этого во многом кроется в определенных условиях, которые доноры оговаривают при выделении финансовых средств. Например, опыт Мозамбика и Южной Африки показывает, что хотя «огражденное» финансирование (то есть финансирование, ограничивающее расходы только определенными видами деятельности) может обеспечивать поддержку новых и важных проектов, оно также может противоречить национальным приоритетам. Это снижает свободу действий руководителей программ, которые пытаются управлять финансовыми потоками так, чтобы это не шло вразрез с интересами страны (НАСС, 2004).

Точный анализ затрат двустороннего финансирования в связи с ВИЧ практически невыполним, поскольку двусторонние доноры имеют склонность сообщать только о величине своих финансовых обязательств, но не о суммах реально выделенных средств. Однако по оценкам государственных чиновников в Африке, реальный уровень средств, выделенных двусторонними донорами, может не превышать 50%.

ОТСЛЕЖИВАНИЕ РЕСУРСОВ

Одним из самых серьезных препятствий для надлежащего использования средств являются «узкие места» — бюрократические процедуры и правила, которые останавливают или замедляют поток финансовых ресурсов из первичного источника (например, правительства или донора) в пункт назначения (например, поставщику услуг, находящемуся на переднем крае борьбы с эпидемией). Из-за традиционного присутствия нескольких посредников между

источником и реципиентом, важно отмечать все эти элементы (источники, посредники, пункты назначения) и отслеживать потоки денежных средств для определения проблемных мест. Чем больше посредников, тем выше вероятность задержек в передаче средств и потери или остановки по пути следования части первоначальных сумм.

Анализ бюджетов для борьбы со СПИДом, проведенный в Кении, Мозамбике, Намибии и Южной Африке, показывает ценность отслеживания средств, позволяющего узнать, были ли реально потрачены выделенные деньги. Например, в Кении с апреля по май 2003 года общественные организации получили лишь 60% средств, официально утвержденных и выделенных Национальным координационным советом по ВИЧ/СПИДу. Из 60% денег, которые поступили в НПО, реально было потрачено лишь 42%. Это означает, что только 25% финансирования, утвержденного для общинных организаций на определенный период, было реально потрачено за этот период (NACSS, 2004).

Обеспечение надлежащего финансирования профилактики, лечения и ухода

Увеличение финансирования и непрекращающиеся усилия, направленные на усовершенствование управления финансовыми ресурсами дают повод для осторожного оптимизма относительно поддержки национальных ответных мер. Однако существует три очень важных *если*. *Если* потребности в финансировании на 2006-2008 гг. (см. Рисунок 10.1)

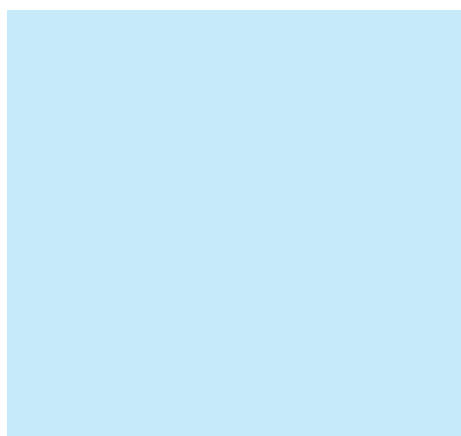
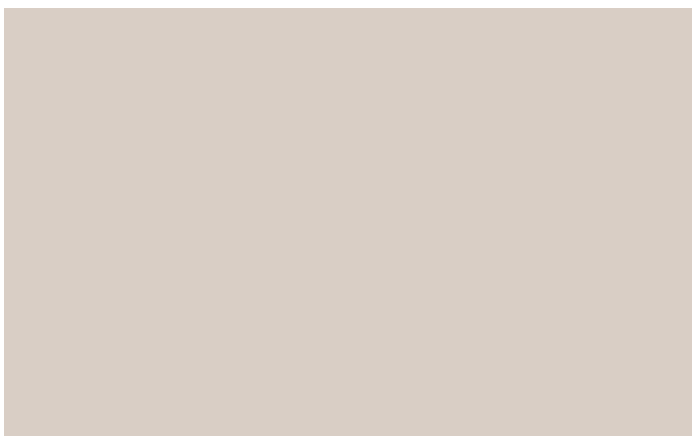
будут удовлетворены; *если* адекватное финансирование будет обеспечено и после 2008 года; и *если* национальные и международные партнеры смогут преодолеть проблемы, то к 2010 году может быть достигнуто следующее:

- Всесторонняя профилактика ВИЧ, основывающаяся на особенностях эпидемии в каждой стране, включая программы для снижения рискованного поведения в группах наивысшего риска инфицирования, а также среди всех взрослых и молодых людей; для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку; и для обеспечения безопасности банков крови и инъекций.
- Лечение и уход для 9,8 миллионов человек, включая 80% тех, кто нуждается в экстренной помощи.
- Адекватная поддержка всех детей-сирот и уязвимых детей, включая помощь на дому, обучение, здравоохранение и помощь общин.
- Достаточный программный потенциал (планирование, управление, кадровое обеспечение) и инфраструктура (больницы, медицинские центры, лаборатории, и т.д.) для поддержки вышеуказанных мер вмешательства.
- Достаточное количество надлежащим образом подготовленных медсестер, врачей и другого персонала для обеспечения вышеуказанного (UNAIDS, 2005).

Эти достижения и будут составлять «пакет по профилактике ВИЧ, лечению и уходу», к разработке которого к 2010 году призвала Генеральная Ассамблея ООН на Всемирном саммите 2005 года (United Nations, 2005).

Оптимальное использование национальных ответных мер

11



Глава 11



ОПТИМАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ОТВЕТНЫХ МЕР

До недавнего времени пропаганда в связи со СПИДом в основном была направлена на развитие руководства и приверженности и на мобилизацию финансовых ресурсов, необходимых для осуществления эффективных мер в ответ на СПИД в глобальном масштабе и в странах. Начиная с 2001 года такая пропаганда обеспечила существенный ежегодный прирост финансовых средств, благодаря чему как никогда ранее реальными становятся надежды на то, что к 2015 году эпидемия СПИДа будет остановлена и обращена вспять—эта цель установлена в Декларации тысячелетия (Организация Объединенных Наций, 2000). Усиление руководства и увеличение денежных средств по-прежнему являются насущной необходимостью, следовательно, эти две целевые области сохраняют важнейшее значение; в то же время сейчас широко признается, что жизненное значение имеет также третье направление—заставить деньги работать более эффективно.

Для чего это необходимо? По мере увеличения объема имеющихся денежных средств, все новые правительственные, международные и другие организации, включая гражданское общество, осуществляют меры в ответ на СПИД во многих странах с низким и средним уровнем доходов, на которые легла основная тяжесть эпидемии. Взаимно согласованные стратегии или механизмы для направления, координации, мониторинга и оценки их усилий зачастую отсутствуют. В результате во многих странах имеют место дублирование, трата средств впустую и серьезные пробелы в национальных мерах в ответ на СПИД. Например, часто не проводится достаточный эпиднадзор, для того чтобы определить лиц, чье поведение ставит их

в положение самого высокого риска инфицирования, и в результате эти люди оказываются неохваченными услугами по профилактике, лечению, уходу и поддержке.

На глобальном и страновом уровне, по мере того как основные участники все лучше понимают эту проблему, у них возникает центральный вопрос: каким образом могут они, индивидуально и коллективно, более оптимально использовать любые имеющиеся деньги для уменьшения числа новых ВИЧ-инфекций и снижения наносимого ими вреда, причем делая и то и другое максимально быстро? Краткий ответ заключается в том, что страны должны идти впереди, а двусторонние и многосторонние организации следо-

вать за ними, становясь партнерами национальных правительств и других заинтересованных участников на страновом уровне.

Рамки для международного сотрудничества в целях возглавляемого странами развития

В 2002 году Конференция Организации Объединенных Наций по финансированию развития в Монтеррее, Мексика, пришла к выводу о том, что наилучшим способом оптимального использования имеющихся денег являются возглавляемые странами процессы, посредством которых двусторонние и многосторонние доноры будут сотрудничать с национальными правительствами и другими заинтересованными сторонами на страновом уровне для мобилизации ресурсов, выделяемых каждой стране из внутренних или внешних источников. Этот заключительный документ, получивший название «Монтерейский консенсус», дает расширенное толкование этого вывода и в настоящее время представляет собой рамки для международного сотрудничества в области развития в странах с низким и средним уровнем доходов (Организация Объединенных Наций, 2002).

Последующие совещания использовали этот Монтерейский консенсус. В феврале 2003 года участники Форума высокого уровня по вопросам согласования выпустили Римскую декларацию, в которой страны-доноры, страны-реципиенты помощи и двусторонние и многосторонние учреждения взяли обязательство по гармонизации своей политики и процедур. В марте 2005 года Форум высокого уровня для рассмотрения совместного прогресса в деле повышения эффективности помощи проанализировал результаты действий по реализации Римской декларации и выпустил Парижскую декларацию (см. вставку), в которой международные и национальные партнеры обязались выполнить конкретный ряд мер по гармонизации.

Руководящие принципы для возглавляемых странами действий

В ходе 13-й Международной конференции по СПИДу и инфекциям, передающимся половым путем, в Африке, проведенной в Найроби, Кения, в сентябре 2003 года, рабочая группа из представителей стран и международных организаций разработала ряд руководящих принципов для улучшения качества мер в ответ



Например, часто не проводится достаточный надзор, для того чтобы определить лиц, чье поведение ставит их в положение самого высокого риска инфицирования, и в результате эти люди оказываются неохваченными услугами по профилактике, лечению, уходу и поддержке.

ПАРИЖСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОМОЩИ

В марте 2005 года ответственные министры стран-доноров и стран-партнеров, а также руководители двусторонних и многосторонних учреждений встретились в рамках Форума высокого уровня для рассмотрения совместного прогресса в деле повышения эффективности помощи, организованного Комитетом содействия развитию Организации экономического сотрудничества и развития. В итоговом документе (Парижской декларации) этого форума отмечается их решимость «расширять помощь и повышать ее эффективность» через:

- развитие потенциала в странах-партнерах для разработки и реализации стратегий национального развития, обусловленных результатами;
- определение мер и стандартов исполнения для систем стран-партнеров в сфере финансового управления и других систем;
- реформирование и упрощение политики и процедур доноров в целях обеспечения их максимальной экономической эффективности, снижения уровня их избыточного дублирования и бюрократической нагрузки на страны и обеспечения постепенного согласования с политикой и процедурами стран-партнеров;
- обеспечение более предсказуемых долгосрочных потоков помощи в соответствии с потребностями стран-партнеров в устойчивом развитии;
- более эффективное включение глобальных инициатив в широкие повестки дня в сфере развития в странах-партнерах, в том числе в таких критических сферах, как ВИЧ/СПИД; и
- усиление отчетности доноров и стран-партнеров перед своими гражданами и парламентами за счет повышения прозрачности своей политики, процедур и исполнения.

на СПИД в странах. Эти принципы получили название «Три принципа», которые были одобрены странами-донорами, странами-реципиентами, двусторонними и многосторонними учреждениями и международными неправительственными организациями в ходе Консультации по вопросам гармонизации международной финансовой помощи в связи со СПИДом, состоявшейся в Вашингтоне, Округ Колумбия, Соединенные Штаты, в апреле 2004 года (ЮНЭЙДС, 2004). «Три принципа» включают:

- Единые согласованные рамки действий по ВИЧ/СПИДу, обеспечивающие основу для координации действий всех партнеров;
- Единый национальный координирующий орган по СПИДу, имеющий широкие межсекторные полномочия; и
- Единую согласованную национальную систему мониторинга и оценки.

Участники совещания в Вашингтоне призвали ЮНЭЙДС выступить в

качестве куратора и посредника для координации действий всех партнеров при осуществлении усилий под руководством стран с целью применения «трех принципов» и поддержки включения мониторинга и оценки в национальные программы, политику и отчеты. Они также призвали всех двусторонних и многосторонних доноров, международных учреждений, оказывающие помощь, и международных неправительственных организаций сыграть свою роль. Вместо установления собственных особых отношений с партнерами на страновом уровне, каждая организация должна гармонизировать свою политику и процедуры с политикой и процедурами в странах и координировать свою деятельность через страновые механизмы, признанные всеми партнерами. Другими словами, международное сотрудничество при осуществлении национальных действий против СПИДа должно отвечать Монтеррейскому консенсусу, Римской декларации и Парижской декларации.



Для того чтобы все заинтересованные стороны стремились к достижению общих целей в соответствии с общими приоритетами, Глобальная целевая группа рекомендовала, чтобы страны включали вопросы СПИДа в свои национальные планы в области развития и государственные рамки затрат.

Глобальная целевая группа: усиление поддержки принципов

«Три принципа» представляют собой наше обещание развивающимся странам, что мы будем работать с их национальным планом, под руководством их координирующего органа, используя их системы мониторинга и оценки. Мы, безусловно, хотим помочь им разработать все это, если им требуется для этого помощь, но они сами должны нести за это **ответственность**».

Посол Рэндал Л. Тобиас, Глобальный координатор по СПИДу Соединенных Штатов.

В марте 2005 года страны-доноры, страны-реципиенты, двусторонние и многосторонние учреждения и международные неправительственные организации провели еще одну встречу в Лондоне в рамках Форума высокого уровня по вопросам глобальных мер в ответ на СПИД. По итогам этой встречи — проходившей под лозунгом «Заставить деньги работать: «три принципа» в действии» — был принято решение создать Глобальную целевую группу по улучшению координации деятельности многосторонних учреждений и международных доноров в области борьбы со СПИДом. Группа была уполномочена разработать рекомендации для действий двусторонних

и многосторонних учреждений с целью усиления их поддержки возглавляемых странами мер в ответ на СПИД (ЮНЭЙДС, 2005а).

Рекомендации Глобальной целевой группы, представленные в июне 2005 года, были нацелены в первую очередь на многосторонние учреждения (учреждения ООН и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией), однако их также могли применять двусторонние учреждения (ЮНЭЙДС, 2005b). В ответ на эти рекомендации многосторонние учреждения согласовали:

- разделение функций (ЮНЭЙДС, 2005c);
- Консолидированный план технической помощи ООН (ЮНЭЙДС, 2005d); и
- вопрос о создании Глобальной совместной группы для решения проблем и поддержки осуществления мероприятий.

«Первый принцип»: согласованные рамки действий по СПИДу

Для того чтобы все заинтересованные стороны стремились к достижению общих целей в соответствии с общими приоритетами, Глобальная целевая группа рекомендовала, чтобы:

- страны вовлекали все заинтересованные стороны в разработку ежегодных планов первоочередных действий в связи со СПИДом, которые должны быть построенными на доказательной информации, межсекторальными и приоритизированными, иметь смету под каждую статью расходов и обеспечивать четкий и простой мониторинг и оценку. Эти планы должны четко определять роли и обязанности всех заинтересованных сторон с указанием того, кто, что, когда и где должен делать. Они должны включать подробное описание, приоритетность и смету для любой потребности в технической помощи и наращивании кадровых ресурсов и инфраструктуры;
- страны «включали» вопросы СПИДа в свои национальные планы в области развития и государственные рамки затрат;
- доноры выполняли Парижскую декларацию об эффективности помощи и переходили при оказании помощи от краткосрочных проектов к устойчивым программам;
- многосторонние учреждения, включая учреждения ООН, сотрудничали со странами с целью разработки международно признанных стандартов для ежегодных планов первоочередных действий в связи со СПИДом, а также простого инструмента для самооценки. Они также должны оказывать содействие для простой и быстрой разработки планов через процессы, не препятствующие непрерывному осуществлению.

Как изложено выше, страны обычно сталкиваются с пятью основными проблемами при использовании первого из «трех принципов»:

- (i) признание фактов и противодействие стигме и дискриминации;
- (ii) вовлечение всех ключевых заинтересованных участников;
- (iii) сбор и анализ стратегической информации;
- (iv) превращение рамок действий по СПИДу в ежегодные планы первоочередных действий с указанием бюджетных расходов; и
- (v) включение стратегий по СПИДу в

национальные планы в области развития и рамки расходов.

НАЛИЧИЕ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ И ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ИМ

Проведенный недавно анализ опыта стран Азии показал, что наиболее успешные программы профилактики распространения СПИДа имеют три общие отличительные особенности. Во-первых, они открыто признают факты о том, каковы основные пути передачи ВИЧ в их регионе, т.е. через анальный или вагинальный проникающий секс без презерватива или в результате употребления инъекционных наркотиков с использованием нестерильных игл и шприцев. Во-вторых, они обеспечивают беспрепятственный доступ к информации, услугам и поставкам в масштабах, достаточно широких для того, чтобы оказывать воздействие на показатель передачи инфекции среди лиц, которые участвуют в этих видах деятельности, путем охвата большей части мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и мужчин, живущих и работающих в условиях изолированности, например, в тюрьмах, на горнорудных предприятиях и в военных лагерях. В-третьих, они обеспечивают безопасные и благоприятные социальные и политические условия, где лица, которым грозит самый высокий риск, могут без опасений пользоваться предлагаемой информацией, услугами и поставками (Monitoring the AIDS Pandemic, 2004).

При возникновении в стране эпидемии СПИДа она, как правило, в первую очередь отмечается среди людей, чье поведение является объектом традиционных табу, социальных предрассудков и вызывает общее смущение или даже может быть незаконным, или же она может просто возникнуть среди молодых людей, которые зачастую бросают вызов нормам поведения. Одним из результатов этого является стремление

членов таких групп населения оставаться невидимыми для осуждающих глаз. Если страны не смотрят смело на эти факты и не принимают соответствующих мер на ранней стадии, они вскоре могут обнаружить у себя концентрированные эпидемии с высоким показателем распространенности ВИЧ среди таких групп населения. Поскольку такие группы населения не являются изолированными, а пересекаются и взаимодействуют с другими членами общества, включая половые контакты, страны могут в конечном итоге столкнуться с генерализованными эпидемиями с высоким показателем распространенности ВИЧ среди населения в целом.

Конкретная страновая информация (включая данные качественного эпиднадзора за ВИЧ и поведением в связи с этим заболеванием), а также просвещение, направленное против невежества, стигмы и дискриминации, являются важнейшими элементами любых усилий по мобилизации ответственности и руководителей не только для того, чтобы начать осуществление реалистичных мер в ответ на СПИД, но также для того, чтобы обеспечить ускорение, корректировку и устойчивость ответных мер до тех пор, пока эпидемия не будет остановлена и обращена вспять.

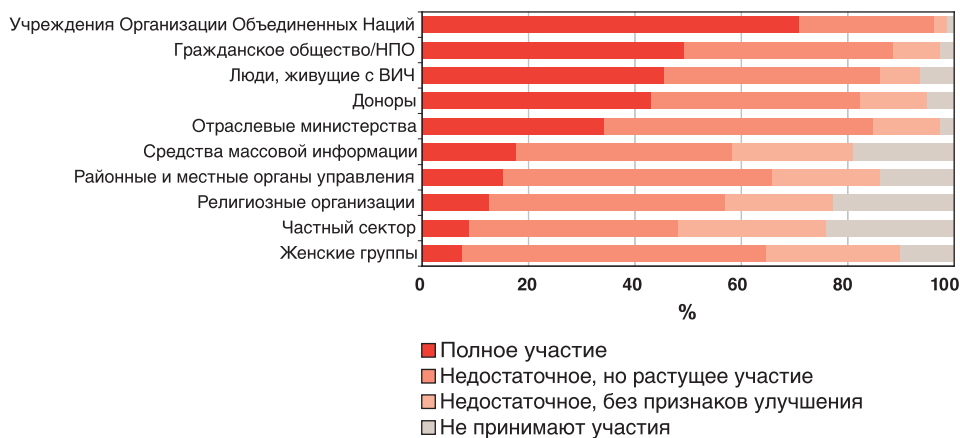
ВОВЛЕЧЕНИЕ ВСЕХ КЛЮЧЕВЫХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ УЧАСТНИКОВ

Если ключевые заинтересованные участники не включены в процесс разработки, анализа и корректировки национального плана по СПИДу, вряд ли такой план будет комплексным и хорошо сбалансированным, учитывающим законные интересы всех заинтересованных сторон и уделяющий им достаточное внимание. Также маловероятно, что все ключевые заинтересованные участники будут привлечены участию в осуществлении данного плана или принятию его в качестве инструмента для руководства своими действиями. Ключевые заинтересованные стороны включают:

- национальные правительственные министерства, ответственные за ключевые сектора социально-экономического развития, в том числе не только министерства здравоохранения, но также другие министерства, например, министерства, отвечающие за финансы, национальное планирование, районные и местные вопросы, образование, вопросы занятости и труда, социального обслуживания, юстиции, обороны и сельского хозяйства;
- провинциальные, районные и местные органы государственного управления;
- организации гражданского общества (в том числе религиозные организации) на международном, национальном и субнациональном уровне, включая организации, участвующие в предоставлении услуг в связи со СПИДом;
- отдельных лиц и сети людей, живущих с ВИЧ, а также людей, которым грозит высокий риск инфицирования, в том числе молодых людей, женщин, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса, лиц, имеющих инфекции, передающиеся половым путем, мужчин, живущих и работающих в условиях изолированности, мобильные группы населения (работников-мигрантов, беженцев и перемещенных лиц, лиц, ищущих убежища, и жертв торговли людьми);
- частный сектор, от крупнейших корпораций до мелких местных предприятий, а также от крупных профсоюзов до небольших объединений работников; и
- двусторонних и многосторонних доноров, международные организации и благотворительные фонды.

В своем анализе ежегодных страновых отчетов ЮНЭЙДС за 2004 год страновые координаторы ЮНЭЙДС определили степень участия многих основных категорий заинтересованных участников в обзорном анализе и

РИСУНОК 11.1 Участие заинтересованных сторон в разработке национальных планов по СПИДу в 79 странах, 2004 г.



Источник: ЮНЭЙДС (2006). От пропаганды к действиям: доклад о результатах работы ЮНЭЙДС на страновом уровне, ЮНЭЙДС.

корректировке национальных планов по СПИДу. На рисунке 11.1 представлены полученные результаты, которые свидетельствуют о том, что самая высокая степень участия была отмечена среди учреждений ООН, после которых следуют объединения людей, живущих с ВИЧ, и доноры. Самая низкая степень участия была отмечена среди религиозных организаций, частного сектора и женских групп.

СБОР И АНАЛИЗ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Любой эффективный план по СПИДу основывается на надежной информации о: (i) людях, инфицированных ВИЧ или пострадавших от ВИЧ; (ii) условиях и поведении, которые ставят людей в положение риска; (iii) ресурсах, имеющихся для осуществления ответных мер; (iv) текущих действиях по осуществлению мер вмешательства с целью профилактики, лечения, ухода и поддержки; (v) результатах таких действий; и (vi) действиях других стран, которые можно было бы позаимствовать.

Ниже в настоящей главе в разделе «Третий принцип» более подробно рассматривается, что делают страны для решения проблемы сбора доказательных данных для построения своих планов.

ПРЕВРАЩЕНИЕ РАМОК ДЕЙСТВИЙ ПО СПИДУ В ЕЖЕГОДНЫЕ ПЛАНЫ ДЕЙСТВИЙ

Если общая философия и широкий набор целей могут быть полезными на начальном этапе, то национальный план по СПИДу может представлять собой не более чем заявление о хороших намерениях, если в нем не будут изложены твердые обязательства по конкретным целям и намечены промежуточные вехи. Для того чтобы такой план был эффективным, такие цели и промежуточные вехи должны быть претворены в годовые планы действий по СПИДу с указанием бюджетных расходов, распределением обязанностей и заданий и выделением ресурсов всем партнерам-участникам.

В 2004 году население Индонезии составляло более 220 миллионов человек, а число ВИЧ-инфицированных превышало 100 000 человек. Страна находилась на ранних этапах мобилизации всесторонних мер в ответ на возникшую и быстро растущую эпидемию СПИДа, которая в основном концентрировалась среди потребителей инъекционных наркотиков, за исключением провинции Папуа, где эпидемия носила генерализованный характер. Начиная с 1990-х годов Австралия и Соединенные Штаты оказывали

В ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКЕ ОТСУТСТВИЕ НАДЕЖНЫХ ДАННЫХ ПРИВЕЛО К ИГНОРИРОВАНИЮ НУЖД МУЖЧИН, ИМЕЮЩИХ ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ С МУЖЧИНАМИ

Оценки о годовых расходах, предоставленные Региональной инициативой по СПИДу для Латинской Америки и Карибского региона, подтверждают, что многие страны Латинской Америки делают мало для того, чтобы предоставить связанные со СПИДом услуги, направленные на обеспечение потребностей мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (СИДАЛАК, 2005). Фактически, многие страны Латинской Америки проводили недостаточный надзорный эпиднадзор для получения надежных данных, на основе которых можно строить свои оценки об уровне распространенности ВИЧ. Вместо этого, они полагались на результаты пассивного эпиднадзора, используя отчеты больниц и клиник о посетителях, имеющих симптомы и впоследствии прошедших тестирование. Поскольку люди часто не имеют симптомов в течение многих лет после заражения, такие отчеты не дают данных за последний период. Они также не содержат надежных доказательных сведений о способах передачи инфекции в странах, где тема половых контактов между мужчинами строго запрещена. Зачастую медработники чувствуют себя слишком неловко, чтобы задавать соответствующие вопросы, а даже если они эти вопросы задают, мужчины боятся дать на них правильный ответ (ПАОЗ и др., 2005).

Недавно представленные результаты исследования, включавшего эпиднадзор в ряде городов андских стран в период с 1999 по 2002 годы, показали, что уровень распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, достигал 23,7% в городе в Боливии, 19,7% в городе в Колумбии, 27,9% в городе в Эквадоре и 13,7% в городе в Перу, а средний показатель во всех городах, включенных в обследование составлял 12,0% (Montano et al., 2005). Эпиднадзор, проведенный в столицах и портах Центральной Америки с 2000 по 2002 годы, показал, что распространенность ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в среднем составляла 17,7% в Сальвадоре, 11,5% в Гватемале, 13,0% в Гондурасе, 9,3% в Никарагуа и 10,6% в Панаме (PASCA et al., 2003).

помощь для наращивания потенциала национальной и провинциальных комиссий по СПИДу и министерства здравоохранения, а также поддерживали работу многих неправительственных организаций, уделяя особое внимание просветительской работе среди групп населения, которым грозил самый высокий риск. Однако национальное правительство выделило на реализацию Национальной стратегии по СПИДу годовой бюджет в размере лишь 10,6 миллиона долларов США. Невзирая на обязательства государства через участие шести министерств и шести губернаторов наиболее пострадавших провинций, малый бюджет означал, что Национальная комиссия по СПИДу не смогла полностью использовать всю политическую помощь путем мобилизации министерств и

провинций для осуществления комплексных действий.

Прорыв наступил в июне 2004 года, когда Глобальный фонд утвердил грант в размере 65 миллионов долларов США. В конце 2004 года создание внутренней рабочей группы позволило вновь активизировать работу странового координационного механизма. В ходе этого процесса был создан секретариат странового координационного механизма, который в настоящее время делит помещение и другие ресурсы с Секретариатом Национальной комиссии по СПИДу. Получение еще одного гранта в размере 25 миллионов фунтов стерлингов (43,9 миллиона долларов США), выделенного Департаментом международного развития Великобритании, позволило создать Индонезийский партнерский фонд по



Если общая философия и широкий набор целей могут быть полезными на начальном этапе, то национальный план по СПИДу может представлять собой не более чем заявление о хороших намерениях, если в нем не будут изложены твердые обязательства по конкретным целям и намечены промежуточные вехи.

ВИЧ/СПИДу для поддержки процесса наращивания потенциала Секретариата Национальной комиссии по СПИДу и реализации Национальной стратегии по СПИДу. Сейчас впервые Национальная комиссия по СПИДу и ее Секретариат имеют возможность претворить Национальную стратегию по СПИДу в планы действий, включающие соответствующие бюджеты для ключевых партнеров. В начале 2006 года на четырех региональных совещаниях была начата реализация минимального пакета ответных мер в 100 приоритетных районах и городах по всей стране.

ВКЛЮЧЕНИЕ СТРАТЕГИЙ ПО СПИДУ В НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПЛАНЫ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ И МЕХАНИЗМЫ РАСХОДОВ

Проведенное ЮНЭЙДС обследование 68 стран с низким и средним уровнем доходов, имеющих документы с изложением стратегии сокращения масштабов нищеты, показало, что 48 стран включили стратегии по СПИДу в свои документы. Эти документы являются предпосылкой для получения грантов, беспроцентных кредитов и низкопроцентных займов Всемирного банка и одним из основанных инструментов в области развития в большинстве стран с низким и средним уровнем доходов, сильно пострадавших от СПИДа. Другие инструменты включают национальные планы в области

развития, механизмы среднесрочных расходов и ежегодные планы и бюджеты национальных правительственных министерств и аналогичных им районных и местных учреждений. Невключение стратегий по СПИДу в документы с изложением стратегии сокращения масштабов нищеты, является сильным показателем того, что национальные меры в ответ на СПИД не включаются в планы текущей работы во всех секторах правительства на национальном, районном и местном уровне. (Это также свидетельствует о невключении национальных ответных мер в мероприятия на рабочих местах в государственном секторе, поскольку предоставление услуг в связи со СПИДом работникам и членам их семей представляет собой важный вклад, который могут внести все работодатели в национальные ответные меры).

В настоящее время Всемирный банк, ПРООН и Секретариат ЮНЭЙДС участвуют в совместном проекте, направленном на наращивание потенциала стран для включения их мер в ответ на СПИД в документы с изложением стратегии сокращения масштабов нищеты. Оценки, выполненные в Гане, Замбии, Мали, Руанде, Сенегале, Объединенной Республике Танзания и Эфиопии, позволили определить точки зрения заинтересованных участников и

ЧТО ОЗНАЧАЕТ «ВКЛЮЧАТЬ» СПИД В ОСНОВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ?

Включение СПИДа в основную деятельность было определено в широком плане, как «процесс, который дает возможность всем участникам процесса развития эффективно и устойчиво устранять причины и следствия СПИДа как в рамках своей обычной работы, так и на своем рабочем месте» (ЮНЭЙДС, 2005d). Например, в августе 2004 года представители четырех крупных религиозных групп (римско-католической, евангелической, исламской и православной) в Эфиопии взяли на себя обязательство включить стратегии по СПИДу в свои мероприятия в духовной сфере и в сфере развития. В то же время на правительства возложена особая ответственность – возглавлять работу во всех секторах (таких как сектор здравоохранения, образования и юстиции) и на всех уровнях (национальном, районном и местном).

создать «дискуссионные» документы с изложением прогресса и определением проблем для каждой страны. На совместном региональном семинаре для указанных семи стран эти дискуссионные документы были использованы в качестве основы для планов действий по включению мер этих стран в ответ на СПИД в их документы с изложением стратегии сокращения масштабов нищеты в 2006 и 2007 годах. В течение 2006 и 2007 годов будут проведены дополнительные раунды оценок, созданы новые дискуссионные документы и разработаны планы действий для наращивания потенциала по включению в основную деятельность в других странах, имеющих документы с изложением стратегии сокращения масштабов нищеты, в Африке,

Азиатско-Тихоокеанском регионе, Латинской Америке и Карибском регионе, Восточной Европе и Содружестве Независимых Государств.

В декабре 1997 года, после участия в симпозиуме в рамках X Международной конференции по ЗППП/СПИДу в Африке, состоявшейся в Абиджане, Кот-д'Ивуар, мэры и руководители муниципалитетов 10 стран Африки к югу от Сахары выпустили Абиджанскую декларацию, в которой заявили о своей приверженности делу борьбы против СПИДа в своих общинах и стремлении действовать в солидарности друг с другом и в партнерстве с национальными, международными, государственными и частными заинтересованными сторонами. В ходе Саммита африканских городов, прове-



В настоящее время Всемирный банк, Программа развития Организации Объединенных Наций и Секретариат ЮНЭЙДС участвуют в совместном проекте, направленном на наращивание потенциала стран для включения их мер в ответ на СПИД в документы с изложением стратегии сокращения масштабов нищеты.

Развитие руководства являлось центральным вопросом пропаганды в связи со СПИДом с момента возникновения эпидемии 25 лет назад, когда люди, живущие с ВИЧ или которым грозил высокий риск заражения ВИЧ, сами стали руководителями и начали требовать руководства и конкретной приверженности от политиков и других заинтересованных сторон.



денном в 1998 году также в Абиджане, было объявлено о создании Альянса мэров и руководителей муниципалитетов по ВИЧ/СПИДу в Африке, который сейчас имеет свои отделения в 13 странах. До создания отделения этого альянса в Свазиленде в 2001 году в стране не осуществлялись меры в ответ на СПИД, организуемые местными органами управления. В настоящее время правительства всех 12 основных муниципалитетов, где проживает около 25% всего населения страны, сотрудничают с Национальным советом по осуществлению экстренных мер в ответ на ВИЧ и СПИД, а также создали партнерство более чем с 25 национальными и международными организациями для наращивания потенциала и расширения масштабов профилактики, лечения и ухода для жителей муниципалитетов (AMISAALL, 2006).

Комплексные национальные меры в ответ на ВИЧ и СПИД также должны проводиться с участием маргинализированных групп населения, таких как беженцы и внутренне перемещенные лица. Включение этих групп населения в существующие программы по ВИЧ, нацеленные на местное население, дополняет национальные усилия и является обособанным с точки зрения общественного здравоохранения, поскольку такие группы населения зачастую смешиваются и

тесно взаимодействуют между собой. Уганда и Замбия имеют интегрированные программы по ВИЧ для местного населения и беженцев, что позволяет улучшить инфраструктуру районных больниц (ЮНЭЙДС/УВКБ ООН, 2005).

«Второй принцип»: национальный координирующий орган по СПИДу

Глобальная целевая группа рекомендует, чтобы:

- национальные координирующие органы по СПИДу возглавляли, а двусторонние и многосторонние учреждения гармонизировали свою политику и мероприятия с политикой и действиями национальных координирующих органов по СПИДу;
- по запросу стран, Объединенная группа ООН по СПИДу поддерживала национальные координирующие органы по СПИДу с целью наращивания их потенциала для разработки планов действий в связи со СПИДом, координации процесса реализации с участием различных заинтересованных сторон и мониторинга и оценки результатов;
- по запросу стран, двусторонние и многосторонние партнеры оказывали содействие другим заинтересованным сторонам для создания под эгидой национального координи-

нирующего органа по СПИДу групп для решения проблем и осуществления действий с целью наращивания кадровых ресурсов и решения других вопросов;

- по запросу стран, Глобальный фонд, Всемирный банк и Секретариат ЮНЭЙДС поддерживали усилия для решения проблем и четкого определения отношений между национальными координирующими органами по СПИДу и страновыми координационными механизмами, а также для распространения примеров хорошей практики.

Обычно национальный координирующий орган по СПИДу включает руководящий совет и секретариат или какую-либо иную структуру, действующую под наблюдением и руководством совета. Его полномочия имеют три источника: (i) правительство, что требует политического руководства, приверженности и делегирования полномочий через законодательство, политику и процедуры; (ii) своя собственная компетенция, что требует адекватного бюджета, квалифицированного персонала и доступа к рекомендациям, обучению и технической помощи; и (iii) заинтересованные стороны, которые признают его полномочия, предоставленные правительством, и его компетенцию.

Заинтересованные стороны будут иметь доверие к национальному координирующему органу по СПИДу, только если, по их мнению, с ними будут проводить должные консультации и их будут иным образом вовлекать во взаимовыгодные отношения с этим органом. Для того чтобы построить отношения со всеми ключевыми заинтересованными сторонами, национальный координирующий орган по СПИДу должен создать или помочь создать структуры (напр., комитеты или партнерские форумы), которые будут служить в качестве средств для передачи информации и идей и для координации усилий. Для этого может также потребо-

ваться квалифицированный персонал, имеющий навыки, необходимые для устойчивого привлечения и координации участия сотен заинтересованных сторон. Кроме того, для этого требуется руководство и приверженность со стороны заинтересованных сторон, а также потенциал, чтобы обеспечить значимое участие.

В то же время природа и качество существующих органов сильно варьируются, и здесь есть что улучшать, даже среди самых лучших из них. При применении «второго принципа» страны сталкиваются с четырьмя основными проблемами: (i) развитие руководства и приверженности; (ii) создание правовых рамок и рамок в области политики; (iii) развитие структур для участия заинтересованных сторон; и (iv) создание партнерств с международными учреждениями, работающими в области развития. Среди путей решения этих проблем можно отметить изучение опыта других стран и активное сотрудничество с ними.

РАЗВИТИЕ РУКОВОДСТВА И ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Как рассмотрено ранее в настоящей главе, степень участия заинтересованных сторон представляет собой объективный критерий определения степени руководства, причем не только на самых высоких уровнях управления, но также в рамках отраслевых министерств, районных и местных органов власти и других заинтересованных групп. Развитие руководства являлось центральным вопросом пропаганды в связи со СПИДом с момента возникновения эпидемии 25 лет назад, когда люди, живущие с ВИЧ или которым грозил высокий риск заражения ВИЧ, сами превратились в руководителей и начали требовать руководства и конкретной приверженности от политиков и других заинтересованных сторон.

Примером является Азиатско-тихоокеанский форум руководителей по проблемам ВИЧ/СПИДа и развития. Созданный в 2002 году, он оказался

Организации гражданского общества поняли, что для обеспечения их участия потребуется руководство с их стороны, и они стремились отстаивать такое руководство с тем, чтобы их интересы были полностью учтены.



эффективным средством поддержки и усиления руководства со стороны политиков и гражданского общества в 33 странах, а также на субрегиональном и региональном уровне. Работу форума направляет Руководящий комитет, включающий видных руководителей, например, бывших премьер-министров Индии и Таиланда, жену бывшего руководителя Папуа – Новой Гвинеи и руководителя Китайского института по контролю и профилактике вирусных заболеваний. Форум разработал ряд инструментов для пропаганды, включая сборник с изложением заявлений видных политических и гражданских лидеров региона, который был переведен на многие языки этого региона. Он также проводит пропагандистские мероприятия для руководителей в различных сферах, включая средства информации и религиозные организации (APLF et al., 2005). За последние три года Азиатско-тихоокеанский форум руководителей сотрудничал с Форумом островов Тихого океана для разработки Тихоокеанской региональной стратегии по ВИЧ/СПИДу (на 2004–2008 гг.) и Плана реализации тихоокеанской региональной стратегии, который был одобрен в октябре 2005 года. Региональное сотрудничество для развития руководства и приверженности и разработки общей стратегии оказалось экономически эффективным методом для осуществления мер в ответ на

СПИД в 22 островных государствах Тихоокеанского региона (Секретариат Тихоокеанского сообщества, 2005).

СОЗДАНИЕ ПРАВОВЫХ РАМОК И РАМОК В ОБЛАСТИ ПОЛИТИКИ

В целом, национальный координирующий орган по СПИДу будет усилен, если его полномочия для руководства и координации национальными ответными мерами будут оговорены законодательством и если закон также определит его взаимоотношения с высшими руководящими органами страны (напр., премьер-министром, правительственным комитетом и парламентом) и с министерствами. Без таких полномочий национальный координирующий орган по СПИДу может не иметь решающего слова или же его будут подменять, например, вышестоящие министерства, имеющие свои собственные программы по СПИДу.

Усилению национального координирующего органа по СПИДу будет также способствовать принятие национальной стратегии по СПИДу с изложением широких целей правительства (напр., защита общественного здоровья и снижение вреда, обусловленного ВИЧ) и определением его отношения к таким вопросам, как уважение прав человека, защита конфиденциальности и содействие по вопросам снижения

вреда даже в случае поведения, которое может быть незаконным (напр., употребление инъекционных наркотиков и секс-бизнес). Необходимо проанализировать и пересмотреть соответствующее законодательство с тем, чтобы оно соответствовало национальной политике. Например, Международная организация труда дает рекомендации правительствам для анализа и, если необходимо, для пересмотра трудового законодательства с целью включения в него вопросов ВИЧ и СПИДа, уделяя особое внимание предупреждению дискриминации при найме на работу.

В то же время такое законодательство необходимо тщательно прорабатывать с тем, чтобы национальный координирующий орган по СПИДу являлся активным и эффективным органом. В мае 2000 года в Мозамбике был принят министерский декрет, который предусматривал создание национального совета по СПИДу, обещавшего стать влиятельным органом. С премьер-министром в качестве председателя и министром здравоохранения в качестве вице-председателя, этот совет включал также представителей министерства финансов, планиро-

вания и развития, образования, по делам женщин и социальным вопросам, по делам молодежи и спорта, а также представителей парламента, организаций гражданского общества, университетов и средств информации. Однако когда в марте 2005 года Мозамбик посетила межучрежденческая миссия по вопросам пропаганды, она установила, что Национальный совет по СПИДу не проводил заседаний более года. В результате этого визита совет провел два заседания в апреле 2005 года, пересмотрел состав своего руководящего органа и согласился вовлечь руководителей из провинций и децентрализовать национальные ответные меры, осуществляя их через провинции и общины. В ноябре 2005 года члены миссии по оценке выполнения «трех принципов» установили, что были предприняты дополнительные действия, направленные на активизацию работы совета. В ответ на жалобы о том, что представители гражданского общества назначались правительством, был налажен процесс, посредством которого зонтичные группы гражданского общества назначали своих представителей сами. Зонтичные группы включают национальную сеть организаций граждан-

ПРЕМЬЕР-МИНИСТР ВЬЕТНАМА РУКОВОДИТ ОТВЕТНЫМИ МЕРАМИ С УЧАСТИЕМ РЯДА МИНИСТЕРСТВ

В марте 2005 года Премьер-министр Вьетнама утвердил Национальную стратегию по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, которая рассчитана на период до 2010 года, а также дает определенную перспективу до 2020 года. Стратегия была разработана министерством здравоохранения – одним из трех министерств, которые выступают в качестве секретариатов Национального комитета по предупреждению и борьбе со СПИДом, наркотиками и проституцией, председателем которого является Премьер-министр. Стратегия призывает к координации действий министерством здравоохранения при участии в мероприятиях пяти других министерств. В декабре 2004 года Премьер-министр объявил, что 2005 год будет «годом реализации программы по СПИДу» и призвал все министерства разработать планы по СПИДу для своих секторов. Также в 2004 году Премьер-министр инициировал разработку Плана социально-экономического развития на 2006–2010 годы, в котором СПИД определен как один из основных вопросов в рамках этого плана. Кроме того, он обратился к Коммунистической партии проявить активность в связи с проблемой СПИДа через Фронт «Отечество» (коалицию, мобилизующую общество), Союз женщин Вьетнама и Союз молодежи Вьетнама (ЮНЭЙДС, 2005е).

данского общества, национальную сеть людей, живущих с ВИЧ, Христианский совет Мозамбика, ЭКОСИДА (организацию, представляющую деловые круги в борьбе против СПИДа) и Организацию трудящихся Мозамбика. Новый состав Национального совета по СПИДу, в который вошли более заинтересованные представители, проводил свои заседания каждые 45 дней и сделал свою работу более активной (Barcellos, 2005).

Миссия для оценки выполнения «трех принципов» в Замбии, проведенная в начале 2005 года, установила, что принятие в 2002 году парламентского закона о создании Национального совета по СПИДу позволило создать организационную структуру, имеющую сильную базу, включающую провинциальные и районные специальные группы по СПИДу, которые способствовали вовлечению в работу широкого спектра правительственных учреждений, организаций гражданского общества и частных предприятий. В то же время на высшем уровне отмечались слабые места, включая малоэффективный Национальный совет по СПИДу, чьи полномочия были ослаблены тем, что Генеральный директор Секретариата Национального совета по СПИДу имел возможность действовать в обход совета и отчетываться непосредственно Комитету по ВИЧ/СПИДу при Кабинете министров. Члены миссии также отметили наличие проекта Национальной политики по ВИЧ/СПИДу, в котором было изложено видение национальных ответных мер, однако этот проект был недостаточно конкретизирован, чтобы он мог служить полезным руководством для обзорного анализа прогресса и обновления национальных планов по СПИДу (Roseberry et al., 2005). Впоследствии в этот проект были внесены изменения, а в июне 2005 года парламент Замбии принял политику, в которой были определены более конкретные меры для претворения в жизнь такого видения. В нем также были более четко представлены правовые и институциональные рамки.

РАЗВИТИЕ СТРУКТУР ДЛЯ УЧАСТИЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН

С сентября 2003 года, когда 13-я Международная конференция по СПИДу и инфекциям, передающимся половым путем, в Африке сформулировала «три принципа», страны предпринимали шаги для расширения участия заинтересованных сторон. Это движение во многом стимулировали организации гражданского общества. В прошлом они принимали недостаточное участие в механизмах разработки и реализации национальных планов по СПИДу, а также в мониторинге и оценке результатов. Сейчас они видят, что «три принципа», которые уделяют особое внимание межсекторальным ответным мерам, представляют собой сильные аргументы для расширения участия.

Организации гражданского общества поняли, что для обеспечения их участия потребуется руководство с их стороны, и они стремились отстаивать такое руководство с тем, чтобы их интересы были полностью учтены. Например, в начале 2005 года совет организаций по борьбе со СПИДом совместно разработали дискуссионный документ с изложением возможностей и проблем в связи с реализацией «трех принципов». Во время совместного совещания ЮНЭЙДС и гражданского общества по вопросам планирования в Ресифи, Бразилия, в сентябре 2005 года, участники договорились, что организации гражданского общества будут играть роль в осуществлении мониторинга за ходом реализации Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в 2001 году Генеральной Ассамблеей ООН, и будут готовить свои собственные доклады о достижениях в определенных странах, которые будут рассматриваться вместе с докладами, направляемыми странами (ЮНЭЙДС, 2005f).

Организации гражданского общества и другие заинтересованные стороны зачастую не принимают достаточного участия в разработке национальных

планов по СПИДу и в других процессах, хотя имеются признаки улучшения положения с точки зрения участия заинтересованных сторон во многих странах. Они добиваются этого за счет таких мер, как расширение представительства своих национальных советов по СПИДу и создание или укрепление комитетов и партнерских форумов, посредством которых сети заинтересованных сторон участвуют в разработке, анализе и модернизации национальных планов по СПИДу и координации своих усилий по реализации этих планов, а также по мониторингу и оценке результатов.

Каждая страна должна определить наиболее оптимальные механизмы в соответствии со своими условиями, и в то же время каждая страна может использовать уроки, полученные другими странами.

СОЗДАНИЕ ПАРТНЕРСТВ С МЕЖДУНАРОДНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ, РАБОТАЮЩИМИ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ

В марте 2005 года, до создания Глобальной целевой группы, Форум на высоком уровне по вопросам глобальных мер в ответ на СПИД рассмотрел доклад с описанием проблем, с которыми страны часто сталкиваются в своих отношениях с донорами. Эти проблемы включают:

- (i) ограниченное участие доноров в разработке национальных планов по СПИДу;
- (ii) ограниченная гармонизация поли-

тики и процедур среди доноров и между донорами и национальными координирующими органами по СПИДу;

- (iii) отсутствие прозрачности, в результате чего политика, процедуры и решения доноров не всегда очевидны;
- (iv) стремление доноров следовать своей собственной повестке дня, а не повестке дня, определяемой странами;
- (v) стремление доноров оказывать поддержку проектам, а не непрерывным программам;
- (vi) стремление доноров использовать свои собственные финансовые механизмы, а не механизмы правительства;
- и (vii) высокие операционные затраты, вытекающие из политики и процедур доноров (ЮНЭЙДС, 2005g).

Многие страны находят свои собственные индивидуальные решения. Например, в 2005 году правительство Объединенной Республики Танзания объединило страновые координационные механизмы с другими финансовыми координационными механизмами и создало Национальный координационный механизм Танзании. Секретариат Комиссии по СПИДу Танзании также является Секретариатом Национального координационного механизма Танзании, председателем которого является Постоянный секретарь администрации Премьер-министра. В координационном механизме представлены министерства здравоохранения и финансов, администрация Президента,



Рекомендации Глобальной целевой группы призывают страны возглавить действия по этим направлениям, обеспечив, проведение обзорного анализа отношений между их национальными координирующими органами по СПИДу, страновыми координационными механизмами и основными финансовыми механизмами.

БРАЗИЛИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ШИРОКОЕ УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН

Бразилию часто приводят в качестве примера хорошей практики, когда речь идет о борьбе со СПИДом. Одним из ключевых моментов в успехе Бразилии является то, что национальные меры в ответ на СПИД осуществляются под руководством трех форумов и ряда консультационных комитетов с участием широкого спектра заинтересованных сторон, включая более 1800 организаций гражданского общества.

Проводя свои заседания четыре раза в год, Национальная комиссия по СПИДу включает представителей университетов, исследовательских учреждений, религиозных организаций, частных предприятий, профсоюзов, гражданского общества, национальных правительственных министерств и учреждений на уровне федеральных округов, штатов и местных органов управления. Координационная комиссия для управления социальным движением, которая также заседает четыре раза в год, представляет собой форум для людей, живущих с ВИЧ, и групп населения, которым грозит риск, в том числе для коренного населения, других расовых меньшинств, женщин, молодежи, мужчин, идентифицирующих себя с геями, трансвеститов и потребителей инъекционных наркотиков. Третий форум координирует мероприятия на уровне штатов и на местном уровне. Кроме того, существуют консультационные комитеты по специализированным областям, таким как профилактика, поддержка, исследования вакцин и средства информации.

Эти три форума и консультационные комитеты принимают участие в регулярном обзорном анализе и пересмотре национального плана по СПИДу, причем это участие означает, что они сильно заинтересованы в том, чтобы этот план был реализован. Несмотря на то что этот план имеет сильную структуру, Национальная комиссия по СПИДу признает, что этот план следует расширить на сельские штаты и общины, где недавно проведенные обследования дают повод для беспокойства. В Бразилии, как и везде, процесс создания, обеспечения устойчивости и модернизации структур для обеспечения участия будет постоянным.

организации гражданского общества, включая религиозные организации, людей, живущих с ВИЧ, академические круги, Конгресс профсоюзов, Коалиция деловых кругов по СПИДу и Совет средств информации Танзании. Кроме них, представлены Группа партнеров по процессу развития (зонтичная группа, представляющая ряд двусторонних доноров), Чрезвычайный фонд Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом и учреждения ООН (Глобальный фонд, 2005).

После того как в июне 2005 года Глобальная целевая группа представила свои рекомендации, Глобальный фонд поручил проведение независимой оценки процесса разработки и анализа предложений, направляемых в этот фонд (European Health Group, 2006), а также, с участием Всемирного

банка, проведение исследования для сравнения сильных сторон этих двух учреждений и возможностей для их взаимного дополнения в рамках совместной поддержки страновых программ (Shakow, 2006). Два полученных доклада включали несколько страниц рекомендаций; основные рекомендации можно обобщенно представить следующим образом.

- Обе организации должны усилить свои действия для поддержки «трех принципов» путем совместной работы при подготовке, определении бюджета и реализации планов действий для конкретных стран. Им следует проанализировать конкретную сферу дублирования действий – существование страновых координационных механизмов, отличных от национальных координационных

механизмов и их финансовых механизмов.

- Глобальному фонду необходимо уточнить, чем он будет и чем он не будет заниматься. Его основное внимание должно быть направлено на непосредственное финансирование профилактики и лечения, а не на оказание непосредственной технической помощи и далеко идущей и разнообразной системной и межсекторальной поддержки, которую оказывают Всемирный банк, другие коспонсоры ЮНЭЙДС и двусторонние учреждения.
- Всемирный банк, совместно с учреждениями ООН, должен направить свое внимание на системный процесс наращивания потенциала сектора здравоохранения, который является основой для прогресса в борьбе со СПИДом и другими заболеваниями. Всемирному банку следует увязывать процесс наращивания потенциала сектора здравоохранения с широкими макроэкономическими и бюджетными целями. Ему также следует помогать правительствам действовать более стратегически и избирательно при определении приоритетов в борьбе со СПИДом и других мероприятий в связи с защитой здоровья с тем, чтобы максимально использовать свои ограниченные возможности.

Рекомендации Глобальной целевой группы призывают страны возглавить действия по этим направлениям, обеспечив, например, проведение обзорного анализа отношений между их национальными координирующими органами по СПИДу, страновыми координационными механизмами и основными финансовыми механизмами, используемыми их национальными правительствами и различными министерствами. В то же время многосторонние доноры продолжают анализ своей политики и процедур с целью повышения эффективности помощи, оказываемой странам.

«Третий принцип»: согласованная система мониторинга и оценки на страновом уровне

Глобальная целевая группа рекомендует, чтобы:

- многосторонние и другие международные учреждения оказывали содействие национальным координирующим органам по СПИДу для укрепления страновых систем мониторинга и оценки и других систем, способствующих надзору и решению проблем;
- национальные координирующие органы по СПИДу, многосторонние



Эффективный мониторинг и оценка требуют сбора и анализа данных из различных источников.

ГЛОБАЛЬНЫЙ ФОНД ДЛЯ БОРЬБЫ СО СПИДОМ, ТУБЕРКУЛЕЗОМ И МАЛЯРИЕЙ ОЦЕНИВАЕТ И СОВЕРШЕНСТВУЕТ СТРАНОВЫЕ КООРДИНАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ

В 2005 году Глобальный фонд поручил проведение независимой оценки состава и функционирования страновых координационных механизмов, используя согласованный набор инструментов и критериев и запрашивая подтвержденные данные в виде проверенных документов (см. главу «Гражданское общество»). Результаты анализа были получены для 82 страновых координационных механизмов (77% из 106 обследованных механизмов); эти результаты показали, что члены таких механизмов представляли широкие группы, участвующие в осуществлении ответных мер в странах в связи с этими тремя заболеваниями в рамках обязанностей Глобального фонда. В среднем 50% членов представляли другие организации, помимо правительства, и 71% страновых координационных механизмов включали представителей людей, живущих с этими заболеваниями. Эта оценка также показала определенные слабости, включая следующее:

- лишь пятая часть членов этих механизмов была избрана в рамках прозрачного и хорошо документированного процесса;
- лишь около половины страновых координационных механизмов сделали достоянием широкой общественности призывы к подаче предложений; и
- менее половины из них опубликовали свои решения и информацию об утвержденных предложениях.

В мае 2005 года, сразу же после проведения оценки, Глобальный фонд выпустил пересмотренные руководящие принципы, а многие страновые координационные механизмы провели реформы для устранения слабых мест и выполнения руководящих принципов. В настоящее время Глобальный фонд включает самооценку страновых координационных механизмов в стандартные системы управления грантами с целью определения слабых мест, принятия мер, направленных на их устранение, и представления отчетов о ходе исполнения.

и другие международные учреждения усиливали роль гражданского общества и академических учреждений при проведении мониторинга и оценки, в том числе при сборе данных среди маргинализированных общин и проведении критического анализа всех данных;

- интерактивный обзорный анализ национальных планов и программ по СПИДу включал анализ результатов исполнения всеми заинтересованными сторонами, в том числе заинтересованными сторонами на страновом уровне, а также многосторонними и другими международными учреждениями.

Национальные координирующие органы по СПИДу и все заинтересованные стороны нуждаются в надежной информации, для того чтобы четко

понимать, какие требуются программы и услуги для обеспечения профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ. После того как такие программы и услуги будут созданы, им требуется надежная информация для мониторинга своих конечных результатов (напр., число людей, среди которых проводится просвещение с целью профилактики) и итогов (напр., изменение числа людей, пользующихся презервативами) и долгосрочного воздействия (напр., изменения показателя распространенности ВИЧ). «Третий принцип», согласованная система мониторинга и оценки на страновом уровне, указывает наиболее эффективный путь сбора, анализа и представления такой информации.

Эффективный мониторинг и оценка требуют сбора и анализа данных из

различных источников. При этом требуется информация об условиях в сфере политики и о потоках финансовых средств, а также о природе и качестве услуг, о тех, кто предоставляет услуги и кто ими пользуется, о том, как часто используются такие услуги, о расходах и конечных результатах. Для мониторинга программ требуется создание показателей для измерения прогресса и последующее проведение регулярного обзорного анализа для определения хода исполнения и конечных результатов. Оценка программ включает более детальный анализ для определения преимуществ программ и пояснения того, почему конкретные конечные результаты были или не были достигнуты. Мониторинг и оценка программ могут проводиться на всех уровнях, начиная с конкретного объекта в общине и включая программу, охватывающую всю общину, район или страну. Оценка программ или отсутствие таковой является наиболее слабым компонентом большинства систем мониторинга и оценки.

Другим важнейшим компонентом эффективного мониторинга и оценки является эпиднадзор. Он позволяет получить данные о распространении ВИЧ и СПИДа среди населения в целом и среди конкретных групп населения, а также об ассоциированных инфекциях, поведении и знаниях. Он также позволяет проследить тенденции во времени. Эти данные помогают определить потребности для программ и услуг, а также определить конечные результаты и воздействие таких услуг.

Все данные, получаемые с помощью эффективной системы мониторинга и оценки, называют стратегической информацией. Надежная и всесторонняя стратегическая информация является основой для эффективного планирования и реализации, а также для постоянного повышения эффективности мониторинга и оценки с целью получения более надежной и всесторонней стратегической информации.

НЫНЕШНЕЕ СОСТОЯНИЕ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

Для руководства стран при составлении своих отчетов о прогрессе в достижении целей, изложенных в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, ЮНЭЙДС распространяет анкету для оценки национального комбинированного индекса политики. Впервые этот индекс, распространенный для отчетов за 2005 год, был в значительной степени нацелен на мониторинг и оценку. Среди стран, приславших ответы:

- 51% отметили, что они добились умеренного или значительного прогресса в области мониторинга и оценки после 2003 года, в то время как 43% отметили свои успехи в сфере мониторинга и оценки как средние или ниже среднего;
- 50% разработали планы по мониторингу и оценке, причем большинство из них имели специальный бюджет для мониторинга и оценки и наращивали соответствующий потенциал в виде кадровых ресурсов в подразделениях, отделах, комитетах или рабочих группах по мониторингу и оценке;
- не удивительно, что 50% из них имели больше возможностей для заключения соглашения с различными заинтересованными сторонами об использовании набора показателей для мониторинга и оценки и более активного обмена данными среди заинтересованных сторон;
- 54% создали центральные базы данных по ВИЧ и СПИДу; 85% создали информационные системы для управления в системе здравоохранения; и 45% имели обе эти системы. И кроме того 63% стран имели информационно-образовательные системы. Это важные инструменты, обеспечивающие сбор, анализ и представление данных, а также быстрый доступ к этим данным для всех заинтересованных сторон; и
- 49% отметили высокий уровень обмена данными между своими правительствами и двусторонними

и многосторонними учреждениями, включая учреждения ООН. Хотя это свидетельствует о существовании обнадеживающей тенденции, это также демонстрирует потребность в улучшении положения дел, для того чтобы правительства имели доступ ко всем данным, необходимым для принятия ими решений на основе доказательной информации.

Данные, представленные этими странами, способствовали мониторингу их прогресса по реализации всех «трех принципов». 90% стран указали, что у них имеются единые национальные рамки действий по СПИДу, 85% имели национальный координирующий орган по СПИДу и 50% имели национальный план по мониторингу и оценке. Само существование «трех принципов» не является показателем того, насколько хорошо они функционируют, а имеющиеся данные подтверждают, что необходимо уделить намного больше внимания вопросам усиления систем мониторинга и оценки в странах.

Как указано в отчете одной из стран: «Мониторинг и оценка мероприятий в связи с ВИЧ и СПИДом представляет собой область, где наблюдалось отставание в плане реализации трех компонентов «трех принципов», очевидно по той причине, что от многих учреждений, осуществляющих различные виды деятельности, не требуется по закону предоставлять отчет Национальному совету по СПИДу, а множество влиятельных доноров требуют разные отчетные документы о мониторинге и оценке». В отчете другой страны указано, что «Многие заинтересованные стороны по-прежнему считают, что мониторинг и оценка программ по ВИЧ является основной обязанностью национального координирующего органа. Однако реализация рамок по МиО потребует мобилизации ресурсов на всех уровнях и среди многочисленных заинтересованных сторон: это включает потенциал по МиО гражданского общества и религиозных организаций, а также различных министерств».



УЧАСТИЕ НАСЕЛЕНИЯ В МОНИТОРИНГЕ И ОЦЕНКЕ

Фонд для сотрудничества в целях обеспечения готовности к лечению при ВИЧ представляет собой глобальный проект, нацеленный на увеличение степени участия населения в мероприятиях, направленных на то, чтобы обратить вспять эпидемию СПИДа, и имеет свои подразделения по всему миру (рисунок 11.2). В рамках этого проекта участники содействуют друг другу для проведения мониторинга и оценки хода реализации своих программ. Они проводят региональные учебные семинары и имеют веб-сайт, где все участники проекта на уровне общин могут получить помощь для проведения мониторинга и оценки. Этот веб-сайт включает: (i) популярное введение в основы оценки; (ii) глоссарий общих терминов по оценке; (iii) показатели для измерения прогресса и результатов проекта; (iv) техническую помощь для создания и использования общих инструментов оценки; (v) дискуссионные форумы; (vi) ответы на часто задаваемые вопросы; и (vii) прямую электронную связь со специалистами в области мониторинга и оценки, которые могут оказать техническую помощь.

ДВУСТОРОННЯЯ И МНОГОСТОРОННЯЯ ПОДДЕРЖКА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

Референс-группа по мониторингу и оценке, координируемая ЮНЭЙДС,

объединяет технических экспертов и представителей двусторонних и многосторонних учреждений и стран, включая руководителей программ по ВИЧ в странах и директоров подразделений по мониторингу и оценке. Референс-группа по мониторингу и оценке гармонизирует мероприятия в странах, например, путем создания стандартизированных показателей, содействия в использовании конкретных методов и разработке учебных модулей. Кроме того, ряд двусторонних и многосторонних учреждений – например, центры США по контролю за заболеваниями и ЮНЭЙДС – имеют свой технический персонал более чем в 60 странах для поддержки их усилий по мониторингу и оценке. Эти специалисты работают непосредственно с профессионалами в странах и оказывают среди прочего поддержку для гармонизации и координации мероприятий по мониторингу и оценке, осуществляемых всеми заинтересованными сторонами в странах.

В результате этих усилий был разработан ряд стандартных показателей по мониторингу и оценке, однако предстоит выполнить большую работу по

гармонизации и упрощению показателей, используемых многочисленными заинтересованными сторонами, участвующими в мерах в ответ на СПИД в странах.

КАРТИРОВАНИЕ И ОТСЛЕЖИВАНИЕ РЕСУРСОВ

В главе 10 рассматривается значительное несоответствие, наблюдаемое в большинстве стран между районами, где финансовые средства более всего нужны для осуществления эффективных мер в ответ на ВИЧ и где финансовые средства расходуются фактически. Большинству стран все еще необходимо совершенствовать практику использования стратегической информации для определения уже имеющихся финансовых и кадровых ресурсов и инфраструктуры, а также для оценки того, где нужны дополнительные ресурсы.

Многие страны не проводят эпиднадзора, который позволил бы им определить, какие группы населения более всего нуждаются в услугах, и даже когда данные эпиднадзора имеются, многие страны не определяют такие группы населения как

РИСУНОК 11.2

Точки реализации проекта «Фонд для сотрудничества в целях обеспечения готовности к лечению при ВИЧ», март 2006 г.



Источник: Международная коалиция для обеспечения готовности к лечению; Фонд TIDES.

ПОДХОД ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА К ФИНАНСИРОВАНИЮ НА ОСНОВЕ ДОСТИГНУТЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Глобальный фонд руководит потоком своих грантов, используя результаты, достигнутые программами, реализуемыми через гранты. Глобальный фонд применяет принцип финансирования на основе достигнутых результатов с тем, чтобы программы соответствовали обязательствам, указанным в предложениях на получение грантов.

Успешное достижение результатов инициирует начало следующего этапа финансирования. Программы, имеющие хорошие результаты, получают деньги более оперативно. Программы, имеющие слабые результаты, получают деньги медленнее, причем иногда в меньшем объеме – таким образом, неиспользованные деньги могут быть переданы более успешным программам, обеспечив им большую поддержку. На каждом этапе учитываются особые обстоятельства, а также результаты самооценки, которые позволяют определить требования в расширении оказываемой технической помощи. Однако в целом поток финансирования определяется темпами реализации и подтвержденными результатами.

Финансирование на основе достигнутых результатов имеет два основных требования: (i) мониторинг и оценка; и (ii) прозрачность. Прозрачность обеспечивает возможность использования информации о реализации грантов лицами, принимающими решения, на различных уровнях, независимо от того, участвуют ли они в качестве партнеров в программах, реализуемых на основе грантов, или они являются заинтересованными наблюдателями, действующими внутри или вне страны, где осуществляются эти программы.

Страны подтверждают на опыте, что финансирование на основе достигнутых результатов работает. На данный момент 80% программ, реализуемых через гранты, получают подтвержденные документально результаты к 18-му месяцу своей работы при сроках реализации каждого гранта в 60 месяцев. Беднейшие страны показывают такие же успешные результаты, как и другие, если результаты определяются, исходя из поставленных ими стратегий и целевых задач, и если гранты покрывают потребности в технической помощи, которые они сами определяют. В ряде стране – включая Гондурас, Корею, Лаосскую Народно-Демократическую Республику и Эфиопию – практика показала, что финансирование на основе достигнутых результатов обеспечивает критические стимулы для ускорения процесса реализации.

получателей услуг. Зачастую это обусловлено трудностями охвата ключевых групп населения, которым грозит более высокий риск, и слабостями в политике (включая законодательство по правам человека) и процедурах, которые обеспечивают предоставление услуг наиболее нуждающимся. Очевидно, что управление потоком ограниченных ресурсов следует организовать таким образом, чтобы они направлялись туда, где они более всего нужны, однако этому зачастую мешает политика правительства и доноров, вследствие которой некоторые ключевые группы населения, которым грозит более

высокий риск, вряд ли получают такие услуги вообще.

В 1995 году Всемирный банк поручил Мексиканскому фонду здравоохранения взять на себя роль учреждения-исполнителя Региональной инициативы по СПИДу для Латинской Америки и Карибского региона (СИДАЛАК). В 1996 году, после проведения консультаций с национальными координирующими органами по СПИДу и обеспечения финансирования со стороны Европейской комиссии, Региональная инициатива по СПИДу для Латинской

Америки и Карибского региона инициировала механизм для отслеживания расходов в связи со СПИДом в странах региона. Ее подход был направлен на действие и оказание помощи странам при создании национальных счетов по СПИДу – этот процесс требовал времени и терпения, в то же время уже в 1999 году он позволил получить хорошие годовые оценки расходов в связи со СПИДом в секторе здравоохранения. В последующем при поддержке Региональной инициативы по СПИДу для Латинской Америки и Карибского региона аналогичный подход был применен в Западной Африке. Сейчас в течение ряда лет наиболее оптимальные данные об отслеживании расходов поступают из регионов Латинской Америки и Карибского бассейна и Западной Африки.

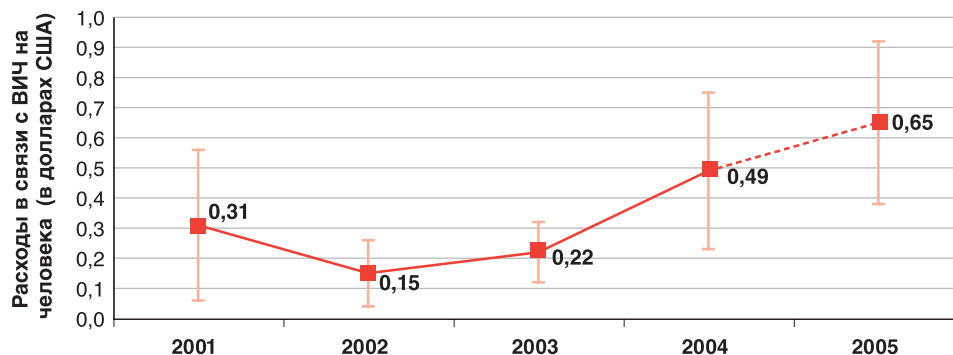
В настоящее время Глобальный консорциум ЮНЭЙДС по отслеживанию ресурсов и его многочисленные члены обеспечивают отслеживание ресурсов на глобальном уровне. При этом они пропагандируют и поддерживают действия в странах, направленные на улучшение системы отслеживания ресурсов. В 2005 году этот консорциум предпринял новую инициативу для содействия и поддержки национальных оценок расходов в связи со СПИДом. В то время как национальные счета по СПИДу в основном сфокусированы на секторе здравоохранения, оценки расходов намного шире и охватывают ряд секторов, где реализация действий по борьбе со СПИДом способствует осуществлению национальных мер в ответ на СПИД. Этот подход аналогичен подходу, применяемому Региональной инициативой по СПИДу для Латинской Америки и Карибского региона: вместо проведения разовых оценок с привлечением консультантов, странам оказывается помощь для наращивания их собственного потенциала с тем, чтобы их процедуры учета расходов в связи со СПИДом были постоянными и устойчивыми.

В настоящее время более 60 стран участвуют в этой инициативе, причем некоторые уже получили предварительные результаты. Там, где эти оценки были завершены, страны имеют возможность определять источники и объемы финансирования (наличные затраты, государственные расходы, донорская помощь двусторонних и многосторонних организаций и частные благотворительные средства), расходы со стороны различных структур, оказывающих услуги (в секторе здравоохранения и в других сферах с разбивкой на зарплату, товары, поездки и т.д.) и расходы по типам программ (профилактика, уход, смягчение социальных последствий, поддержка программ) и по категориям бенефициариев (снижение вреда среди потребителей инъекционных наркотиков, обучение молодых женщин жизненным навыкам и т.д.). Результаты, достигнутые этой новой инициативой, говорят о том, что ситуация может улучшиться быстро, если двусторонние и многосторонние учреждения и национальные координирующие органы по СПИДу окажут поддержку этой инициативе.

В рамках обзора прогресса в ходе выполнения Декларации о приверженности 2001 года, проведенного в 2005 году, 82 страны указали внутренние государственные расходы в связи со СПИДом. Эти оценки были получены на основе результатов текущего или предшествующего отслеживания ресурсов и указывают на значительное увеличение внутренних государственных расходов на человека за последние четыре года. Например, в странах Африки к югу от Сахары с низким уровнем доходов объем внутренних государственных расходов в связи со СПИДом на человека увеличился в два раза – с 0,31 доллара США в 2001 году до 0,65 доллара США в 2005 году (рисунок 11.3). Если в эти расчеты включить Южную Африку, страну со средним уровнем доходов, средний показатель внутренних государственных расходов в связи со СПИДом на

РИСУНОК 11.3

Тенденции изменения расходов в связи с ВИЧ и СПИДом на человека в долларах США в некоторых странах Африки к югу от Сахары, в долларах США



Источник: Страны, отчитывающиеся по показателям ССТАООН в отношении внутренних государственных расходов; оценки ЮНЭЙДС.

человека за 2005 год увеличится до 0,72 доллара США.

ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА ОТВЕТНЫХ МЕР В СТРАНАХ

Исторически многие факторы ограничивали потенциал стран для использования данных с целью улучшения мониторинга и оценки. Эти факторы включают ограниченность кадровых и финансовых ресурсов, наличие различных требований к отчетности со стороны заинтересованных участников (включая доноров) и отсутствие национальной информационной системы данных в связи с ВИЧ. Руководителям программ приходится представлять одни и те же данные в самых различных форматах, и в то же время эти данные редко используются на национальном уровне в качестве основы для доработки и улучшения программ. Даже внутри национальных министерств и между министерствами обмен данными и их координация осуществляются плохо.

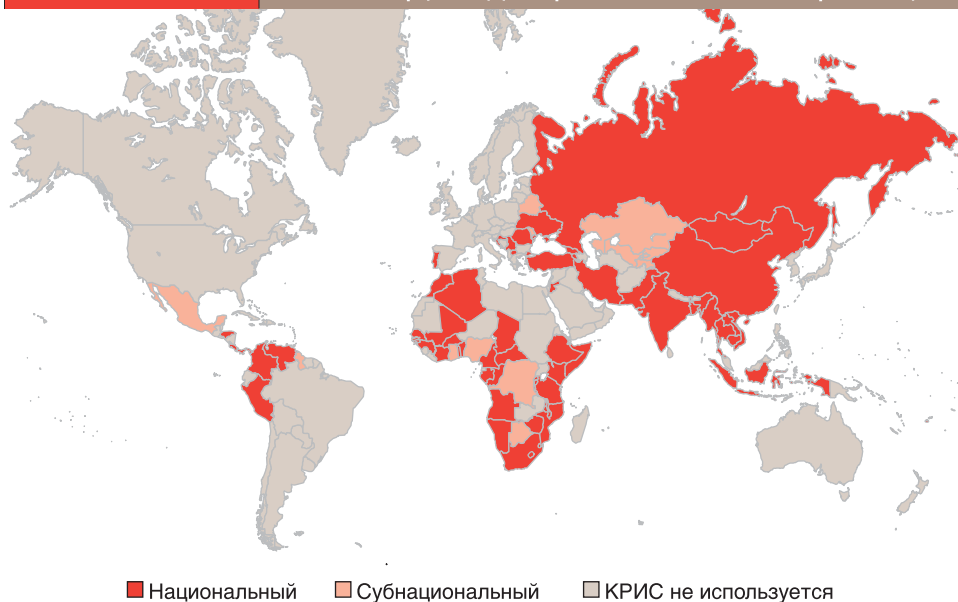
Для решения этих программ была разработана компьютерная программа под названием «Информационная система мониторинга ответных мер в странах». Она обеспечивает платформу для базы данных, необходимых для поддержки мониторинга и оценки. В частности, она дает странам возможность хранить и анализировать данные

о показателях, проектах и исследованиях и обмениваться данными с другими системами.

Отсутствие возможности для быстрого и автоматизированного обмена данными между системами в течение длительного времени являлось барьером на пути сбора и анализа данных среди самых различных заинтересованных сторон и обмена этими данными между ними. Была создана рабочая группа, которая при поддержке Секретариата ЮНЭЙДС устранила этот барьер, разработав стандартный формат передачи данных (схему XML) для мониторинга и оценки. В настоящее время этот формат был интегрирован в Информационную систему мониторинга ответных мер в странах и ряд других компьютерных программ управления данными, включая HealthMapper Всемирной организации здравоохранения, DevInfo Группы Организации Объединенных Наций по вопросам развития, KIDS Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций, Eri Info правительства Соединенных Штатов и базу данных с показателями MACRO для исследований в связи с ВИЧ. Недавно для Чрезвычайного фонда Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом была разработана программа-прототип, основанная на

РИСУНОК 11.4

Страны, использующие информационную систему мониторинга ответных мер (КРИС) (92 стран по состоянию на январь 2006 г.)



Источник: Страны, отчетывающиеся по показателям ССГАООН с использованием КРИС; Отчеты СКЮ и личные сообщения сотрудников по МиО.

информационной системе мониторинга ответных мер в странах.

Более 60% стран, приславших отчеты о прогрессе в области выполнения Декларации о приверженности 2001 года, используют информационную систему мониторинга ответных мер в странах, указывая, что эта система послужила катализатором для поддержки процесса разработки систем мониторинга и оценки в странах (рисунок 11.4).

ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ЛИЦ И ДОМОХОЗЯЙСТВ

Многие показатели системы мониторинга и оценки, разработанные в связи с ВИЧ СПИДом, зависят от получения информации от отдельных лиц или домохозяйств. Для того чтобы эта информация была полезной, потребовались значительные усилия для обеспечения получения стандартных определений и наборов данных из указанных и других источников, в том числе из клиник и больниц. В 2004 году различные международные

и национальные организации согласовали набор данных, необходимых для оптимального ведения и мониторинга пациентов; в настоящее время этот набор данных используется для мониторинга антиретровирусного лечения в различных учреждениях здравоохранения (ВОЗ, 2004а, 2004b). Были проведены учебные семинары для разработки руководящих принципов и планирования проектов с целью разработки инструментов для электронного хранения и передачи данных от отдельных пациентов (ВОЗ, 2004с, 2004d).

ОТСУТСТВИЕ ОЦЕНКИ

До сих пор деятельность по мониторингу и оценке была направлена в основном на разработку показателей и создание систем для мониторинга. В настоящее время Рабочая группа по оценке в рамках Референс-группы по мониторингу и оценке уделяет основное внимание усовершенствованию оценки с целью получения новых данных об эффективности программ профилактики и лечения и

ПИЛОТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА ОТВЕТНЫХ МЕР В СТРАНАХ В БОТСВАНЕ

Национальный координационный комитет по СПИДу Ботсваны разработал собственный Национальный план по мониторингу и оценке на 2003–2007 года. Он также создал соответствующую национальную систему мониторинга и оценки под названием «Информационная система мониторинга ответных мер в Ботсване в связи с ВИЧ/СПИДом, построенную на базе информационной системы мониторинга ответных мер в странах. Для управления этой системой была создана техническая рабочая группа. В рамках этого процесса группа разработала документ с изложением требований к пользователям и выполнила оценку различных вариантов программного обеспечения, включая информационную систему мониторинга ответных мер в странах, для определения программы, которая более всего соответствовала потребностям Ботсваны.

В рамках одного из пилотных проектов Министерство местного управления апробировало информационную систему мониторинга ответных мер в двух районах, которые ранее присылали необработанные данные в центральный офис для анализа и составления отчета. Районы дали положительную оценку того факта, что эта система предоставила им возможность проанализировать и представить их собственные данные и обеспечить целостность этих данных, а также удобный обмен данными с центральным офисом. Центральный офис, получающий данные, положительно оценил тот факт, что эта система была совместима с другими имеющимися компьютерными программами.

определения направлений для улучшения оценки. Усовершенствование оценки включает содействие усилиям для проведения оценки различными учреждениями и оказание им помощи для накопления и изучения полученного опыта. Рабочая группа по оценке также стремится дать более четкое определение терминологии и методики в области оценки и повысить уровень понимания потребностей стран в проведении оценки.

УСИЛЕНИЕ ЭПИДНАДЗОРА ЗА ВИЧ

Эпиднадзор, проводимый в секторе общественного здравоохранения, предусматривает постоянный и систематический сбор, анализ, интерпретацию и распространение информации о состоянии здоровья. Он помогает определить природу и степень проблемы со здоровьем и воздействие программ и услуг на эту проблему.

Эпиднадзор за ВИЧ, основанный на данных о заболеваниях, включает сбор данных о конкретных пациентах в клиниках, которые прошли тестиро-

вание и которым поставлен диагноз ВИЧ. В отличие от этого, дозорный эпиднадзор включает анализ проб крови, отбираемых для других целей (напр., результаты тестирования в дородовых женских консультациях для скрининга на определенные заболевания или контроля за изменениями в состоянии пациента) и, как правило, проводится анонимно без указания на конкретного человека. Поскольку ВИЧ-инфицированные часто не имеют симптомов инфекции в течение многих лет после заражения, а информация о заболеваниях обычно включает лишь данные о небольшой части людей, живущих с ВИЧ, в странах, имеющих слабые системы здравоохранения, дозорный серологический эпиднадзор представляет собой необходимый компонент эпиднадзора за ВИЧ для контроля за ростом эпидемии и учета новых случаев инфекции с указанием способов и мест заражения.

Однако проведение эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией недостаточно. Он включает регистрацию инфекций после того, как произошло заражение,

однако не дает никакой предварительной информации о возможностях распространения инфекции. Таким образом, он не обеспечивает мониторинга за поведением, которое может привести к заражению (напр., незащищенными половыми контактами с различными партнерами и использованием зараженного или нестерильного инъекционного инструментария), другими биологическими маркерами (напр., наличием инфекций, передающихся половым путем) и знаниями или отсутствием знаний о том, как передается ВИЧ. Эпиднадзор за ВИЧ второго поколения расширяет возможности систем эпиднадзора и включает такие дополнительные показатели, а также эпиднадзор за сопутствующими инфекциями, данными о смертности и результатами исследований поведения, таких как демографические и медицинские обследования, которые дают данные, используемые для отслеживания изменений в сексуальном поведении и использовании презервативов.

Во многих странах эпиднадзор за ВИЧ в основном проводился среди населения в целом. Зачастую тестирование проводится среди доноров крови и беременных женщин, и, если в этих группах обнаруживаются очень низкие уровни инфицирования, делается вывод о том, что уровни распространения инфекции в целом низкие или нулевые. Такой эпиднадзор иногда не позволяет обнаружить концентрированную или зарождающуюся эпидемию среди подгрупп населения, которым грозит более высокий риск заражения, таких как работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, и лица, имеющие инфекции, передающиеся половым путем.

Руководящие принципы ЮНЭЙДС/ВОЗ для проведения эпиднадзора за ВИЧ второго поколения рекомендуют различные наборы критериев эпиднадзора в соответствии с типом эпидемии, т.е. эпидемия низкого уровня, концент-

рированная или генерализованная (ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2000).

В 2004 году был проведен анализ результатов дозорного серологического эпиднадзора за ВИЧ, полученных в 132 странах с 1995 по 2002 годы, и было установлено, что эпиднадзор высокого качества проводился только в 58% стран с генерализованными эпидемиями, 34% стран с концентрированными эпидемиями и 10% стран с эпидемиями низкого уровня. В целом, число стран с эпиднадзором высокого качества уменьшилось с 43% в 1995 году до 36% в 2002 году, хотя это число увеличилось с 45% до 58% в странах с генерализованными эпидемиями (García-Calleja et al., 2004). Был сделан вывод о том, что многие страны по-прежнему имеют слабые системы дозорного серологического эпиднадзора за ВИЧ. Исследование не включало анализ других компонентов эпиднадзора второго поколения, однако, скорее всего, в большинстве стран эти компоненты будут слабее дозорного серологического эпиднадзора.

Применение «трех принципов» и рекомендаций Глобальной целевой группы

В марте 2005 года в Парижской декларации было дано более широкое определение рамок для международного сотрудничества в области развития под руководством самих стран. Затем в июне 2005 года были приняты рекомендации Глобальной целевой группы, которые также включали определение рамок для международного сотрудничества при осуществлении мер в ответ на СПИД под руководством самих стран. Эта «новая архитектура оказания помощи», как ее иногда называют, помогает странам руководить международной помощью их усилиям по применению «трех принципов» и наращивать свой потенциал для осуществления мер в ответ на СПИД. Конечная цель заключается в том, чтобы обеспечить наиболее оптимальное использование

имеющихся у них ограниченных ресурсов и ускорить предоставление доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке.

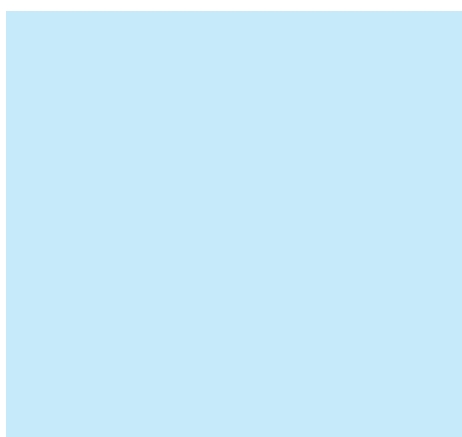
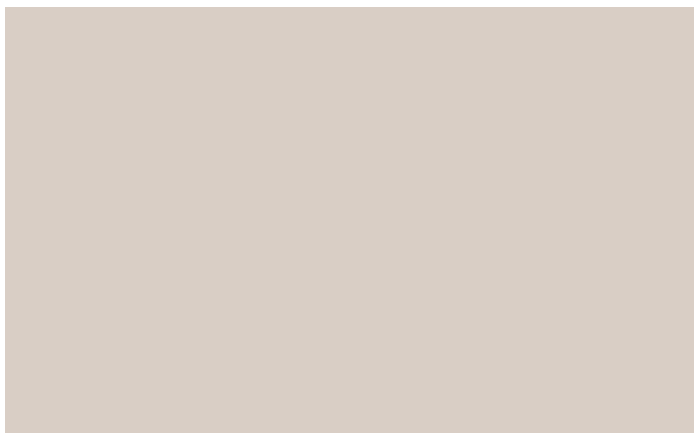
В Нигерии Национальный комитет по осуществлению действий в связи со СПИДом и Национальная расширенная тематическая группа по ВИЧ/СПИДу обеспечили быструю мобилизацию ключевых заинтересованных сторон в рамках мероприятия, на котором были рассмотрены последствия рекомендаций Глобальной целевой группы. В ноябре 2005 года они представили свои собственные рекомендации в докладе под названием «Адаптация рекомендаций Глобальной целевой группы в условиях Нигерии» (Национальная расширенная тематическая группа по ВИЧ/СПИДу Нигерии, 2005). Многие другие страны провели аналогичные мероприятия, определив недостатки в применении «трех принципов» и используя рекомендации Глобальной целевой группы в

качестве руководства по мере определения стратегий для действий.

В Кении Национальный совет для борьбы со СПИДом и широкий круг партнеров строго придерживались идеи применения «трех принципов» при разработке Национального стратегического плана по ВИЧ/СПИДу на 2006–2010 годы, который включал подробный рабочий план и бюджет на каждый год реализации плана. Полученный документ является одним из наиболее комплексных среди существующих национальных планов по СПИДу (Кенийский национальный совет для борьбы со СПИДом, 2005). Вскоре будут приняты другие такие планы, причем каждый из них будет представлять собой полезный справочный документ для других стран в рамках непрерывного процесса обзорного анализа и корректировки национальных планов и наращивания потенциала стран для осуществления мер в ответ на СПИД.

От управления кризисами к стратегической ответной деятельности

12



Глава 12



ОТ УПРАВЛЕНИЯ КРИЗИСАМИ К СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ОТВЕТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

«Давайте не будем питать иллюзий, что в один прекрасный день мир снова станет таким, каким он был до СПИДа. Нет, СПИД просто переписал правила. И для того, чтобы победить, мы тоже должны переписать эти правила».

Питер Пиот, Рио-де-Жанейро, 27 июля 2005 года.

Учитывая то, что до настоящего времени было инфицировано 65 миллионов человек, почти 25 миллионов уже умерли, а большинство из более чем 35 миллионов человек, живущих с ВИЧ, не знают о своем статусе, СПИД представляет собой одну из величайших проблем для развития и безопасности, стоящих сегодня перед миром.

Решение задачи таких масштабов требует исключительного, постоянного лидерства как на национальном, так и на международном уровне. Через двадцать пять лет после начала эпидемии глобальный ответ на эпидемию СПИДа необходимо трансформировать и перейти от эпизодических подходов, основанных на решении кризисных ситуаций, к продуманным, долгосрочным ответным мероприятиям, в которых особое внимание уделяется использованию стратегий, основанных на доказанных фактах, и признается необходимость долгосрочной приверженности.

После принятия Декларации о приверженности в 2001 году был введен

в действие целый ряд программ в поддержку лидерства для борьбы со СПИДом. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией обеспечивает дополнительное финансирование странам с низким и средним уровнем доходов; инициатива «3 к 5» помогла значительно повысить число людей, получающих антиретровирусное лечение; «Три принципа» помогли обеспечить широкое согласие о необходимости координации мероприятий по противодействию СПИДу; а рекомендации Глобальной целевой группы по улучшению координации деятельности многосторонних учреждений и международных доноров в области борьбы со СПИДом помогают повысить эффективность и действенность распределения ресурсов.

Однако, несмотря на продвижение вперед, последовательного лидерства, необходимого для того, чтобы замедлить, остановить и обратить вспять эпидемию, пока еще не наблюдается. Хотя в докладе Генерального секретаря о Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом отмеча-

ется много улучшений в глобальной деятельности в ответ на СПИД с 2001 года, в нем также четко указано, что в целом деятельность была недостаточной, прогресс в странах и регионах был неравномерный, а многие страны не выполнили своих обещаний. Как лаконично отмечено в докладе: «Некоторые важные глобальные целевые показатели на 2005 год Декларации о приверженности были упущены».

Лучше всего лидерство можно определить как способность и готовность предвидеть будущее и объединить разные сегменты общества, чтобы сделать его лучше. Мы все отчетливее понимаем, какая катастрофа нас ждет, если деятельность в ответ на СПИД и дальше будет неадекватной. Мы также знаем, каким образом усилить ответную деятельность, чтобы сохранить миллионы жизней и миллиарды долларов. Для того, чтобы обеспечивать финансирование, преодолевать физические, экономические и культурные препятствия к действиям, осуществлять планы и придерживаться намеченного курса, пока эта эпидемия не будет обращена вспять, необходимо последовательное лидерство глобального масштаба. Рекомендации, изложенные ниже, можно рассматривать как своеобразную концепцию лидерства, в котором сегодня нуждается мир.

ПОДДЕРЖАТЬ И УСИЛИТЬ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И ЛИДЕРСТВО

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом призывает лидеров всех 189 стран, подписавших ее, развивать и осуществлять устойчивые национальные многосекторальные стратегии по борьбе с ВИЧ и СПИДом и интегрировать их мероприятия в основные направления планирования в области развития, обеспечивая полное и активное участие гражданского общества и частного сектора. Тем не менее, в докладе Генерального секретаря отмечено, что хотя почти 90% стран сообщили о разработке многосекторальных стратегических рамок для борьбы со СПИДом, многим из них еще только предстоит превратить эти планы в конкретные дела.

- Национальные органы по СПИДу, работая совместно со всеми партнерами и заинтересованными сторонами, должны разработать или адаптировать планы по борьбе со СПИДом, в которых должны быть определены приоритеты и статьи расходов, поставлены высокие, но достижимые цели; кроме того, эти планы должны быть согласованы с национальными планами развития.
- В этих планах необходимо определить и поддержать четкие национальные приоритеты по



Лучше всего лидерство можно определить как способность и готовность предвидеть будущее и объединить разные сегменты общества, чтобы сделать его лучше.

снижению смертности от заболеваний, обусловленных СПИДом, и по уходу за людьми, живущими с ВИЧ; закрепить устойчивое национальное финансирование мероприятий по борьбе с ВИЧ; предусмотреть борьбу со стигмой и дискриминацией, жестоким обращением с женщинами и другими нарушениями прав человека, включая защиту и поддержку реализации прав человека для людей, живущих с ВИЧ, женщин, детей и представителей уязвимых групп; предусмотреть усиление людских ресурсов и совершенствование систем, а также меры для преодоления препятствий, таких как тарифы и ненужные нормативы, мешающих ускорению доступа к недорогим и качественным средствам профилактики ВИЧ, лекарствам и диагностическим системам.

- Гражданское общество должно в полной мере участвовать в разработке и осуществлении национальных планов. Хотя многие страны расширили работу по вовлечению гражданского общества во всесторонние мероприятия по борьбе со СПИДом, эта работа в большинстве стран ведется непоследовательно и практически отсутствует в каждой четвертой стране, обследованной ЮНЭЙДС, где гражданское общество почти полностью исключено из деятельности в ответ на СПИД – и это положение дел не может оставаться устойчивым в условиях такого масштабного кризиса в области развития.
- Секретариат ЮНЭЙДС, ПРООН и Всемирный банк будут содействовать процессу с участием всех заинтересованных сторон для определения критериев для разработки и контроля за реализацией этих планов.

Для того, чтобы добиться значительного расширения мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа,

необходимо обеспечить подотчетность и прозрачность.

- Страны должны обеспечить подотчетность всех партнеров с помощью прозрачных механизмов экспертной оценки для общественного мониторинга целевых показателей и предоставления регулярной отчетности о прогрессе, достигнутом в странах и регионах.
- Национальные правительства, международные доноры, учреждения Организации Объединенных Наций, гражданское общество и другие заинтересованные стороны должны обеспечить взаимную отчетность на уровне стран с помощью совместного рассмотрения национальных мероприятий по борьбе со СПИДом.

ОБЕСПЕЧИТЬ УСТОЙЧИВОСТЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ И УВЕЛИЧИТЬ ЕГО ОБЪЕМЫ

Объемы глобального финансирования мероприятий по ВИЧ и СПИДу значительно возросли, однако сегодня они составляют едва ли треть от суммы, которая потребует на борьбу с нарастающей эпидемией всего через несколько лет.

- Национальные правительства и международные доноры должны значительно увеличить финансовые ресурсы для борьбы со СПИДом путем расширения и выполнения существующих обязательств, оказания полной поддержки Глобальному фонду и другим новаторским механизмам финансирования.
- Международные доноры и страны-партнеры должны придерживаться «трех принципов», которые призывают к координации национальных мероприятий по борьбе со СПИДом в рамках единых согласованных рамок действий в связи со СПИДом, под руководством единого национального координационного органа (объединяющего представителей правительства, гражданского общества, людей,



Низкий статус и бесправие женщин и девочек повышают их уязвимость к ВИЧ-инфекции и являются движущей силой эпидемии с самых ее первых дней.

живущих с ВИЧ, и частного сектора) и при наличии единой, согласованной на уровне страны, системы мониторинга и оценки.

- В области финансирования необходимо продолжать текущую работу по привлечению значительной части этого финансирования из национальных бюджетов, особенно в странах со средним уровнем доходов.
- Непредсказуемость финансирования является одним из серьезных препятствий, мешающих устойчивым и рациональным мероприятиям по противодействию СПИДу. Это препятствие необходимо преодолеть с помощью согласованных действий, направленных на обеспечение большей предсказуемости долговременного финансирования.
- Новаторские подходы к обеспечению устойчивого, долговременного финансирования мероприятий по борьбе со СПИДом, включая предложения о новых международных механизмах финансирования, заслуживают самого серьезного внимания, так же, как и любые другие предложения, которые могут помочь в получении стабильного финансирования гораздо более широких мероприятий в ответ на эпидемию.
 - Международные финансовые учреждения, министерства здравоохранения и финансов, национальные органы по СПИДу и гражданское общество должны откорректировать макроэкономические и финансовые рамки, чтобы они отражали реалии СПИДа.
 - Национальные правительства также должны сократить число требований к донорскому финансированию до пределов, необходимых для обеспечения разумного управления, фидуциарных гарантий и эффективного использования этих средств.
 - Кроме того, национальные правительства должны обеспечить включение последствий СПИДа в ключевые показатели, которые используются для измерения уровня национального развития и сокращения масштабов нищеты.
 - При необходимости, национальные правительства с помощью Международного валютного фонда и Всемирного банка должны инициировать прозрачный и широкий диалог с участием всех заинтересованных сторон для обеспечения создания бюджетно-финансовых возможностей для направления средств на борьбу со СПИДом в качестве высокоприоритетных социальных расходов.

РЕШИТЕЛЬНО БОРОТЬСЯ СО СТИГМОЙ И ДИСКРИМИНАЦИЕЙ

Прекращение этой пандемии во многом зависит от осуществления ряда мероприятий, направленных на изменение социальных норм, отношений и поведения, которые являются ее движущей силой. Действия по борьбе со стигмой и дискриминацией должны быть полностью одобрены и поддержаны высшим национальным руководством и обществом на всех уровнях, и должны решать проблемы расширения прав женщин, гомофобии, отношения к работникам секс-бизнеса и потребителям инъекционных наркотиков, а также социальных норм, влияющих на сексуальное поведение.

Низкий статус и бесправие женщин и девочек повышают их уязвимость к ВИЧ-инфекции и являются движущей силой эпидемии с самых ее первых дней. Общественные нормы и ценности, в рамках которых допускается дискриминация и эксплуатация женщин, необходимо осудить и изменить.

- Законы и стратегии, защищающие женщин и девочек от сексуального насилия, лишения права на наследство и дискриминации по гендерному признаку, необходимо принять, сделать достоянием общественности и реализовать на практике как на национальном, так и на общинном уровне.
- Эта деятельность должна включать принятие и применение законодательства для защиты женщин и девочек от пагубной традиционной практики и сексуального насилия в браке и вне его, обеспечить равенство в семейных отношениях, включая права на имущество и наследование для женщин и девочек, и включать предоставление образования и обучения, которые необходимы женщинам для реализации их прав.
- Женщины должны быть адекватно представлены в процессах разработки стратегий и принятия

решений по СПИДу, которые в настоящее время принимаются почти исключительно мужчинами. Оценка деятельности на уровне стран, проведенная ЮНЭЙДС в 2004 году, показала, что женщины не участвовали в разработке и рассмотрении национальных рамок по СПИДу в более чем 10% из 79 стран и были неадекватно представлены в более чем 80% стран (ЮНЭЙДС, 2006 г.).

- Правила и нормы организаций, учреждений и программ должны стимулировать значимое участие женских групп в разработке и осуществлении программ. При необходимости, женским организациям следует оказать помощь для наращивания потенциала, чтобы дать им возможность эффективно играть свою роль.
- Законы и стратегии, непосредственно направленные на решение проблем гендерного неравенства и предубежденного отношения к людям, подвергающимся повышенному риску ВИЧ-инфицирования или представляющимся таковыми, включая работников секс-бизнеса, потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, и заключенных, имеют существенное значение.
- Изменения в законах и стратегиях должны сопровождаться адекватно профинансированными кампаниями по мобилизации общественности для защиты прав в связи со СПИДом и поддержки их реализации, а также для искоренения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ.
- К планированию и осуществлению этой работы следует привлекать сети и организации людей, живущих с ВИЧ, наряду с другими сегментами гражданского общества.
- Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что образование является одним из мощнейших средств для профилактики ВИЧ. Полностью обеспеченный финансированием

план по достижению всеобщего образования и решению или преодолению таких проблем как плата за школьное обучение, обязательное ношение школьной формы, плата за учебники и непонимание родителями важности образования для девочек, также имеет важное значение для снижения уровня ВИЧ-инфекции и связанной с этим стигмы.

На пути к всеобщему доступу

На совещании стран «большой восьмерки» в 2005 году и на Всемирном саммите Организации Объединенных Наций 2005 года мировые лидеры взяли обязательство в отношении значительного расширения масштабов профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ, с тем чтобы как можно дальше продвинуться в достижении цели обеспечения всеобщего доступа к лечению к 2010 году для всех, кто в этом нуждается. Секретариат и коспонсоры ЮНЭЙДС приступили к практическому осуществлению этого обязательства, оказывая помощь в проведении всеохватывающих и осуществляемых под руководством стран процессов в более чем 100 странах с низким и средним уровнем доходов, результатом чего стала выработка практических стратегических рекомендаций, которые, в случае их осуществления, будут

способствовать справедливому, недорогому, всеобщему и устойчивому доступу к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ для всех, кто в этом нуждается, а также помогут добиться максимально возможного достижения цели по обеспечению всеобщего доступа к лечению при ВИЧ к 2010 году.

УСИЛИВАТЬ ПРОФИЛАКТИКУ СПИДА

Крайне необходимо еще раз подчеркнуть важность профилактики ВИЧ. Более четырех миллионов новых ВИЧ-инфекций, происходящих ежегодно, могут оказаться слишком тяжелым бременем для программ по лечению ВИЧ, которые сегодня пытаются охватить всех нуждающихся. Успех движения к обеспечению всеобщего доступа будет во многом зависеть от того, смогут ли лидеры сохранить четкую направленность на достижение цели – вырастить поколение, свободное от ВИЧ, добиться массовой мобилизации общества, чтобы существенно снизить число новых случаев ВИЧ-инфекции. Согласованный на международном уровне стратегический документ ЮНЭЙДС «Усиление профилактики ВИЧ» обеспечивает рамки для усиления основанной на фактических данных профилактики ВИЧ.



Страны должны всячески пропагандировать мысль о том, чтобы каждый человек знал свой ВИЧ-статус и имел доступ к информации, консультированию и смежным услугам, в условиях, способствующих тестированию и добровольному раскрытию своего ВИЧ-статуса.

- Ключевым компонентом этой стратегии является обеспечение того, чтобы профилактика, образование, консультирование и добровольное тестирование стали повсеместно доступными и планомерно предлагались во всех соответствующих клинических и общинных учреждениях. Для того, чтобы услуги по профилактике и лечению ВИЧ принесли максимальную пользу, ЮНЭЙДС и ВОЗ рекомендуют, чтобы как минимум 50% всех людей, практикующих рискованное сексуальное поведение, ежегодно проходили добровольное консультирование и тестирование.
- Доступ к понятной, основанной на фактах информации о профилактике ВИЧ необходимо рассматривать как право, особенно для уязвимых людей в районах с высокой заболеваемостью. Страны должны пропагандировать идею о том, что каждый человек должен знать свой ВИЧ-статус и иметь доступ к информации о ВИЧ, консультированию и сопутствующим услугам в таких социальных и правовых условиях, которые являлись бы благоприятными и безопасными для конфиденциального тестирования и добровольного раскрытия ВИЧ-статуса.
- Страны пока еще далеки от выполнения одной из целей 2005 года, поставленных в Декларации тысячелетия, в отношении обеспечения просвещения по вопросам профилактики ВИЧ на основе жизненных навыков для 90% молодежи. По оптимистическим оценкам, половина детей во всем мире получают просвещение по вопросам ВИЧ в школе, хотя уровни охвата им значительно различаются, и ни в одной из 18 стран, в которых в 2001 – 2005 гг. проводились опросы молодежи, уровень знаний о ВИЧ не превышал 50%. Просвещение молодежи с целью изменения поведения для сохранения жизни следует рассматривать как серьезную проверку руководства в сфере борьбы со СПИДом.
- Услуги по образованию и профилактике ВИЧ должны быть направлены на уязвимые группы, включая работников секс-бизнеса, потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, занимающихся сексом с мужчинами. В 2005 году целевыми профилактическими услугами было охвачено 36% работников секс-бизнеса и только 9% мужчин, занимающихся сексом с мужчинами. Программами снижения вреда в 2005 году было охвачено всего 9% потребителей инъекционных наркотиков в Восточной Европе, где потребление инъекционных наркотиков является движущей силой эпидемии.
- Доступ к основным средствам профилактики ВИЧ, таким как презервативы, необходимо улучшить. Результаты исследований охвата показывают, что в среднем в 2005 году презервативы использовались примерно в 9% половых актов с партнером, не являющимся супругом и не проживающим совместно – это ниже оценок охвата в 2003 году.
- Во всем мире уровень распространенности ВИЧ в тюрьмах почти неизменно выше, чем среди населения в целом. Часто высказывались опасения по поводу того, что предоставление презервативов и оказание услуг по снижению вреда в тюрьмах приведут к росту запрещенного поведения, были опровергнуты целым рядом исследований. Руководители должны признать, что тюрьмы являются своего рода инкубатором для ВИЧ, туберкулеза и гепатита С, и поэтому действовать гуманно и в соответствии с принципами общественного здравоохранения для снижения уязвимости заключенных.
- Доступ к программам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку остается неприемлемо низким. В 2005 году 7,9% беременных женщин в странах с низким и средним уровнем доходов были предложены услуги по профилактике передачи

вируса их новорожденным – это очень скромный прирост по сравнению с 7,6% в 2003 году.

- Важно расширить диагностику, лечение и профилактику излечимых инфекций, передаваемых половым путем (ежегодно происходит 340 миллионов случаев заражения ими), чтобы улучшить профилактику ВИЧ, поскольку нелеченные ИППП серьезно повышают риск передачи ВИЧ. Необходимо улучшить сотрудничество между программами профилактики ВИЧ и службами диагностики и лечения ИППП для повышения их общей эффективности.

УСИЛИВАТЬ ЛЮДСКИЕ РЕСУРСЫ И СИСТЕМЫ

Сегодня кризис, вызванный СПИДом, стал той ценой, которую мир вынужден платить за десятилетия неадекватных инвестиций в государственные и частные службы развития образования и здравоохранения. Нехватка человеческого потенциала является самым крупным препятствием на пути к эффективной борьбе со СПИДом во многих развивающихся странах. Слабый эпиднадзор, неэффективное планирование и управление; узкие места в распределении средств; неудачи в осуществлении, мониторинге и оценке мероприятий; неадекватное предоставление услуг, как правило,

обусловлены тем, что в соответствующих системах работает слишком мало людей, обладающих слишком слабой подготовкой.

Нехватка кадрового потенциала достигла кризисных уровней во многих странах Африки, и представляет серьезную проблему в ряде других стран и регионов во всем мире. По данным Доклада ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2006 год, в настоящее время, по оценкам, нехватка врачей, акушерок, медсестер и вспомогательного персонала в мире составляет 4,3 миллиона человек. Нехватка обученных медицинских работников отчасти объясняется постоянной «утечкой мозгов» из Африки и других сильно пострадавших регионов. От 23% до 28% врачей, работающих в Австралии, Канаде, Соединенном Королевстве и США, являются иностранными мигрантами, и до трех четвертых этих специалистов закончили медицинские учебные заведения в развивающихся странах (Mullan, 2005). Такая же картина наблюдается и среди медсестер. По оценкам недавнего исследования, для эффективной борьбы со СПИДом и другими чрезвычайными ситуациями в области здравоохранения Африке к югу от Сахары в ближайшие несколько лет понадобится найти 620 000 новых медсестер (Chaguturu and Vallabhaneni, 2005).



Следует укреплять систему образования и одновременно другие системы. Основная работа по профилактике ВИЧ проводится вне системы здравоохранения, что придает особое значение частному и добровольному сектору.

- Чтобы остановить исход специалистов, необходимо действовать с обеих сторон. Важно принять меры для улучшения условий труда, повышения зарплаты и внедрения других стимулов, чтобы удержать обученный персонал дома, и в то же время следует заключить официальные соглашения между странами о практике найма специалистов.
- Правительства стран и международные доноры должны, если необходимо, принять меры по сохранению на своих должностях и мотивации медицинских специалистов, работников просвещения и общинных работников, и повысить уровень финансирования для центров обучения и аккредитации в странах, переживающих серьезную нехватку кадровых ресурсов.
- Крайне необходимо также ускорить наем и обучение медицинских работников всех уровней. Страны должны определить возможности для привлечения новых игроков из групп населения или секторов, которые пока не очень активно участвуют в ответных мерах, и подумать об инновационных методах образования и обучения специалистов.
- При необходимости, страны должны принять альтернативные и упрощенные модели оказания услуг для усиления профилактики, лечения, ухода и поддержки на уровне общин, включая меры, позволяющие обеспечить «переход функций».
- Национальные правительства должны также значительно расширить свой потенциал по реализации всесторонних программ по борьбе со СПИДом таким образом, чтобы усилить существующие медицинские и социальные системы, в том числе путем интеграции мероприятий по борьбе со СПИДом в программы, касающиеся первичного медицинского ухода, охраны здоровья матери и ребенка, сексуального и репродуктивного

здоровья, диагностики и лечения туберкулеза, малярии и инфекций, передаваемых половым путем.

- Одновременно необходимо укреплять образование и другие системы. Профилактика ВИЧ чаще всего происходит за пределами системы здравоохранения, в связи с чем частный и добровольный секторы приобретают особенно важное значение.

ОБЕСПЕЧИТЬ НАЛИЧИЕ И ДОСТУПНОСТЬ НЕОБХОДИМЫХ ТОВАРОВ

Все участники должны активизировать деятельность для обеспечения доступности основных товаров и средств, от презервативов до антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики, диагностики и лечения в связи с ВИЧ.

- Национальные правительства должны устранить основные препятствия в области ценообразования, тарифов и торговли, регуляторной политики с целью ускорения доступа к недорогим и качественным средствам профилактики, диагностики и лечения при ВИЧ, и должны таким же образом снизить или отменить плату за услуги по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи со СПИДом.
- Национальные органы власти должны также устранить юридические, регуляторные или другие препятствия, мешающие доступу к эффективным услугам и средствам для профилактики ВИЧ, таким как презервативы, программы снижения вреда и другие профилактические меры.
- В целях ускорения лечения правительства должны обеспечить временное разрешение на продажу лекарственных препаратов, предварительно оцененных ВОЗ, или медикаментов, одобренных другими общепризнанными и авторитетными регулятивными органами в области лекарственных препаратов, до прохождения окончательной

регистрации в национальных органах, регулирующих лекарственные препараты.

- При необходимости, следует пересмотреть национальные налоговые кодексы с целью отмены налогов и тарифов на средства профилактики и лечения, в том числе медикаменты.
- Доступ к лекарствам для лечения распространенных оппортунистических инфекций, обусловленных СПИДом, является недостаточным и должен быть расширен.
- Доступ к немногочисленным педиатрическим формам антиретровирусных препаратов и лекарств для профилактики оппортунистических инфекций также в высшей степени неадекватен. Руководители должны рассмотреть и применить рекомендации «призыва к действию» ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС 2005 года, касающегося обеспечения того, чтобы охватить к 2010 году антиретровирусной терапией или профилактикой антибиотиками, или обоими видами лечения, 80% нуждающихся в этом детей (ЮНИСЕФ/ЮНЭЙДС, 2005 г.).

Обеспечение наличия и доступности жизненно необходимых лекарств, включая препараты второго, третьего и четвертого поколения, а также препаратов первого ряда, означает решение сложных, деликатных и

спорных вопросов, связанных с фармацевтическими патентами.

Необходимо добиться баланса между обеспечением достаточных стимулов, чтобы фармацевтические компании продолжали инвестировать в исследование и разработки, и созданием возможностей для максимально широкого и недорогого производства эффективных препаратов от СПИДа, чтобы удовлетворить потребности развивающихся стран.

- При необходимости, страны должны использовать гибкие возможности Соглашения ВТО о торговых аспектах прав интеллектуальной собственности, чтобы обеспечить доступ к устойчивым поставкам недорогих препаратов от ВИЧ и к медицинским технологиям, в том числе за счет организации местного производства там, где это осуществимо.
- ЮНФПА, ЮНИСЕФ и ВОЗ будут продолжать работу в сотрудничестве с существующими глобальными и региональными учреждениями, занимающимися закупками, чтобы обеспечить надежные поставки и снижение цен на средства профилактики и лечения с помощью информированного прогнозирования спроса, оптовых закупок, дифференциального



Постоянные технические инновации жизненно важны для разработки микробицидов и других методов профилактики, которые могут контролировать женщины, новых поколений лекарственных препаратов и профилактической вакцины».

СПИД усугубляет практически каждую из проблем человеческого развития, от поддержания работы государственных учреждений и органов власти до обеспечения продовольственной безопасности и предотвращения конфликтов.



ценообразования и, где возможно, добровольного лицензирования.

РАЗВИВАТЬ ДОСТУП К ЛЕЧЕНИЮ

Примерно 1,3 миллиона человек, получили антиретровирусную терапию в конце 2005 года. С одной стороны, это значительный прирост за последние два года, а с другой – это значительно меньше числа людей, которые сегодня нуждаются в лечении от ВИЧ. Для того, чтобы продолжить обеспечение доступа к лечению ВИЧ и быстро расширить масштабы этого доступа, необходимо предпринять следующие действия:

- В то время как большое число ВИЧ-позитивных людей живет в сельской местности, доступ к лечению, в основном, сосредоточен в городах. Лидеры стран должны сосредоточить работу на расширении и диверсификации мест доступа к лечению и обеспечить справедливый доступ к лечению ВИЧ для всех пострадавших групп населения, включая детей.
- В работе по расширению доступа к антиретровирусным препаратам необходимо уделять внимание и расширению доступа к лекарствам для профилактики распространенных оппортунистических инфекций. Например, доказано, что антибиотик котримоксазол снижает риск смертности среди детей на 40%.

При этом, хотя котримоксазол стоит всего 3 цента США в день, по оценкам, четыре миллиона детей, нуждающихся в этом лекарстве, сегодня не могут его получить.

- Мероприятия по расширению доступа к терапии должны также включать более активную работу по охвату особенно уязвимых групп, таких как работники секс-бизнеса, мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков и заключенные.
- Как уже указывалось выше, отсутствие знаний о ВИЧ-серостатусе является одним из основных препятствий для эффективной профилактики ВИЧ и доступа к лечению. Расширение конфиденциального и добровольного доступа к тестированию на ВИЧ должно стать главным приоритетом на предстоящие годы.
- Мероприятия по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, по наращиванию потенциала кадровых ресурсов в медицинских учреждениях и по улучшению управления поставками, которые обсуждались выше, так же важны для улучшения доступа к лечению и должны занимать центральное место в повестке дня руководителей, отвечающих за борьбу со СПИДом.
- Необходимо расширить пропаганду и просвещение по вопросам лечения,

чтобы население было информировано о существовании таких услуг, знало, как ими воспользоваться, каковы преимущества лечения и что с ним может быть связано.

Инвестирование в исследования и разработки

Постоянные технические инновации жизненно важны для разработки микробицидов и других методов профилактики, которые могут контролировать женщины, новых поколений лекарственных препаратов и профилактической вакцины. К исследованиям необходимо привлекать значительное больше средств, особенно из фармацевтической и биомедицинской отраслей промышленности.

- Разработка эффективного микробицида могла бы значительно усилить работу по профилактике ВИЧ, предоставив женщинам удобный метод профилактики, полностью находящийся под их контролем. Для проведения исследований в области микробицидов, по оценкам, требуется 280 млн. долларов США в год, однако в 2004 году поступило только около половины этой суммы, при этом 142 млн. долларов США пришло от правительств, многосторонних и благотворительных организаций, и от 3 до 6 млн. долларов США от промышленного

сектора (Рабочая группа по отслеживанию ресурсов, выделяемых на разработку вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ, 2005 год). Следует обеспечить рост финансовых обязательств для разработки эффективного и практичного микробицида, который может стать важнейшим достижением в профилактике ВИЧ для женщин.

- По оценкам, необходимо 1,2 млрд. долларов США в год для того, чтобы сохранить темп исследований по вакцине для профилактики ВИЧ, однако в 2004 году общие расходы составили только около 600 млн. долларов США, при этом приблизительно 10% этих средств поступило из коммерческого сектора (Рабочая группа по отслеживанию ресурсов, выделяемых на разработку вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ, 2005 год). Следует увеличить расходы и расширить масштабы исследований в области создания вакцин. В 2005 году Глобальное предприятие по созданию вакцины против ВИЧ, альянс независимых организаций, созданный для более широкого сотрудничества в разработке вакцины против СПИДа, опубликовал стратегический научный план, предназначенный для руководства деятельностью и распределением ресурсов основных участников, работающих в этой области.



Руководители стран должны уделить первостепенное внимание участию своей страны в международных программах, упомянутых в данном докладе, для усиления национальных систем образования, а также оказания помощи детским учреждениям в обеспечении того, чтобы дети получили законченное образование.

- В плане исследований, как правило, не учитывались потребности детей с ВИЧ. Фармацевтическим компаниям, международным донорам, многосторонним организациям и другим партнерам следует развивать партнерства между государственным и частным секторами для того, чтобы содействовать более быстрой разработке новых педиатрических лекарственных форм.
- Клинические испытания средств по профилактике ВИЧ зачастую приводят к разногласиям, что подчеркивает необходимость того, чтобы исследователи привлекали к планированию и проведению этих испытаний широкий круг участников – представителей общин и стран. Исследователям и участникам следует обращаться к руководящим принципам 2005 года, разработанным ЮНЭЙДС на основе процесса глобальных консультаций и предназначенным для содействия долговременному партнерству в исследовательской работе в области профилактики.
- Помимо ускорения технологического развития лидеры правительств, гражданского общества и частного сектора должны создать системы и принять соглашения, которые обеспечат широкий и справедливый доступ к микробицидам, новым поколениям лекарственных препаратов и вакцинам против ВИЧ и инфекций, передаваемых половым путем, а также к усовершенствованным методам лечения таких болезней, как туберкулез, на который сегодня приходится наибольший процент смертей от СПИДа во всем мире.

Смягчение последствий эпидемии СПИДа

СПИД усугубляет практически каждую из проблем человеческого развития, от поддержания работы государственных учреждений и органов власти до обеспечения продовольственной безопасности и предотвращения конфликтов. Последнее предсказание Джонатана Манна, сделанное в начале

1990-х годов, о том, что СПИД выдвигнет на передний план права человека и социальные проблемы, находит много подтверждений (Mann et al., 1994). Учитывая крайне серьезное воздействие, которое эпидемия СПИДа уже оказала на многие страны, необходимо, чтобы деятельность по борьбе с эпидемией была одновременно направлена на профилактику новых инфекций, уход за уже инфицированными людьми и смягчение последствий СПИДа для экономики, институтов и социальной структуры общества.

- Деятельность по смягчению последствий эпидемии СПИДа должна быть, в первую очередь, направлена на пострадавших людей и семьи и включать в себя такие мероприятия, как обеспечение доступа к лечению, продовольственной помощи и лечению оппортунистических инфекций и других медицинских проблем, которые осложняют или обостряют ВИЧ-инфекцию.
- Осуществление всесторонних программ, которые включают в себя психосоциальную поддержку и медикаментозное лечение, обеспечит наилучшие результаты в области уменьшения последствий для отдельных лиц. Китайская программа «Четыре бесплатные услуги и уход», в рамках которой предлагаются бесплатные антиретровирусные препараты, бесплатное консультирование и тестирование, бесплатные лекарства для профилактики передачи вируса от матери ребенку, бесплатное школьное обучение для детей-сирот, а также уход и материальная помощь пострадавшим домохозяйствам, может служить образцом для других стран в деле поддержки семей и общин, пострадавших от СПИДа.
- Деятельность по социальной защите, направленная на сохранение средств к существованию для лиц, пострадавших от СПИДа, в том числе программы социального обеспечения, помощь детям и сиротам, общественные работы для обеспе-

чения занятости, государственная пенсионная система и микрофинансирование, должна быть включена во всестороннее планирование противодействия СПИДу и связанные с этим услуги.

- Образовательный сектор, который страдает от последствий эпидемии ВИЧ, необходимо усилить. Данные из Уганды свидетельствуют о том, что у ребенка, бросившего школу, вероятность оказаться ВИЧ-позитивным в двадцатилетнем возрасте в три раза выше, чем у того, кто получит базовое образование. Для уменьшения воздействия ВИЧ на образовательный сектор следует предпринять ряд первоочередных действий. Руководители стран должны уделить первостепенное внимание участию своей страны в международных программах, упомянутых в данном докладе, для усиления национальных систем образования, а также оказания помощи детским учреждениям в обеспечении того, чтобы дети получили законченное образование.
- Во многих странах частный сектор и близко не играет той роли в деятельности по борьбе со СПИДом, которую он должен играть, и эта ситуация должна быть исправлена. Несмотря на то, что в 47% частных компаний ожидают, что в ближайшие пять лет СПИД окажет воздействие на их бизнес, только у 5% фирм во всем мире есть стратегии по борьбе с ВИЧ, и очень немногие приняли положение о предоставлении антиретровирусных препаратов.
- Бизнесу также следует принимать более активное участие в работе по уменьшению последствий эпидемии в мире труда. В Своде практических правил по ВИЧ/СПИДу и сфере труда (МОТ, 2001 год) содержатся важные руководящие принципы для частных предприятий, основанные на согласии между работодателями, работниками и правительством.
- Беженцы часто прибывают из стран, сильно пострадавших от ВИЧ и

СПИДа, при этом они зачастую не имеют доступа к какому-либо виду услуг по профилактическому уходу или лечению в связи с ВИЧ в принимающих их странах. Руководители стран, принимавших беженцев в прошлые годы (в 2005 году их общее число составило 19,2 миллиона человек), должны учитывать эту большую и уязвимую группу населения при планировании мероприятий по профилактике, уходу и лечению, а также должны обеспечить, чтобы эта группа населения была охвачена услугами и больше не подвергалась стигме и дискриминации, с которыми она зачастую уже сталкивалась ранее.

- В странах Африки к югу от Сахары приблизительно 9% детей в возрасте до 15 лет потеряли из-за СПИДа как минимум одного из родителей. По данным исследований, эти сироты, чаще всего, растут в худших финансовых обстоятельствах и не получают такого образования, как их не осиротевшие ровесники. Они также могут страдать от того, что все их бросили, и от других грубых форм стигмы и дискриминации. Ключевым определяющим фактором лидерства является способность защищать детей, а потребности детей, ставших уязвимыми в результате СПИДа, должны занимать заметное место в национальных планах и стратегиях борьбы со СПИДом.

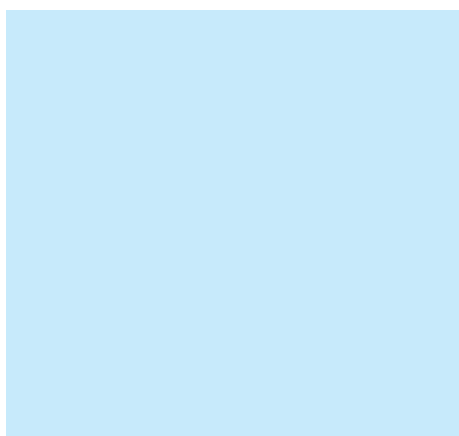
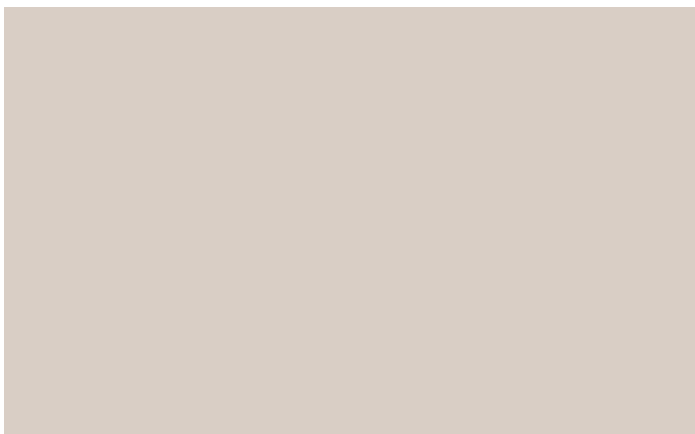
Немногие международные кризисы изучались так же широко как СПИД. Тысячи высококвалифицированных специалистов длительное время напряженно работали, анализируя полученные данные и разрабатывая рекомендации, содержащиеся в данном докладе и некоторых других в высшей степени актуальных документах и докладах. Подписав Декларацию о приверженности, принятую на сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 году, 189 стран с редким на международной арене единодушием признали, что СПИД является одним из самых значительных кризисов в

истории человечества, и каждый из подписавшихся взял на себя обязательство работать на национальном и международном уровнях, чтобы остановить эпидемию.

В своем докладе «Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: пять лет спустя» Генеральный секретарь сказал: «Спустя четверть века после начала эпидемии глобальная деятельность по борьбе со СПИДом находится на перепутье. Впервые за всю историю в мире появились средства для того, чтобы начать обращать эпидемию вспять. Однако для обеспечения успеха потребуются беспрецедентная готовность всех участников глобальной деятельности реализовать их потенциал, использовать новые методы сотрудничества и ... неуклонно оказывать поддержку этой деятельности в течение длительного периода времени».

Цели согласованы и дорожная карта, определяющая пути достижения этих целей, тщательно проработана. Предприняты некоторые реальные действия, хотя и недостаточно своевременно. Очень многим нашим лидерам необходимо осознать, что в сегодняшнем мире быть лидером в какой-либо сфере, будь-то правительство, бизнес, религия или другие сегменты гражданского общества, означает быть лидером в борьбе со СПИДом. Осуществление планов, намеченных в этом докладе, потребует ежедневной и напряженной работы. Для победы над СПИДом требуется общая, глобальная и беспристрастная повестка дня. Для продвижения вперед мы должны потребовать такой приверженности от наших лидеров, наших учреждений и от самих себя.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: Страновые обзоры



Приложение 1



ПРИЛОЖЕНИЕ 1*: СТРАНОВЫЕ ОБЗОРЫ

Следующие обзоры содержат ключевые оценки и набор показателей, отражающих состояние эпидемии ВИЧ и ответных мер по странам. Кроме того, в них включены демографические, социальные и экономические показатели.

Демографические, социальные и экономические показатели

Показатели, включенные в этот раздел, служат базовой информацией для оценок в сфере ВИЧ и СПИДа и показателей о ходе работы в странах. Индекс развития человеческого потенциала, индекс нищеты населения и оценка численности населения, живущего на 2 доллара США или менее в месяц, взяты из Доклада ПРООН о развитии человеческого потенциала за 2005 год. Данные о валовом национальном доходе на душу населения предоставлены Всемирным банком. Оценки численности населения и темпов прироста населения предоставил Отдел по народонаселению Департамента по социальным и экономическим вопросам ООН. Данные о расходах на здравоохранение на душу населения и ожидаемой продолжительности жизни при рождении являются оценками Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за 2004 год.

Величины, обозначенные знаком «\$» (в отличие от «US\$») выражены в

международных долларах, и это означает, что эти суммы были рассчитаны в единицах паритета покупательной способности (ППС). Это сделано для того, чтобы учесть различия в стоимости жизни в разных странах, с тем чтобы эквивалентное количество товаров и услуг, которые можно приобрести за один международный доллар (являющийся гипотетической единицей), было, по возможности, равным в каждой стране.

Оценки в сфере ВИЧ и СПИДа

Глобальный эпиднадзор за ВИЧ, СПИДом и инфекциями, передаваемыми половым путем, осуществляется совместными силами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП, созданная в 1996 году, накапливает лучшую имеющуюся информацию и работает над повышением качества данных об уровнях

и тенденциях эпидемии СПИДа и ее последствиях, необходимых для принятия обоснованных решений и планирования на национальном, региональном и глобальном уровнях. Оценки по ВИЧ и СПИДу, содержащиеся в предлагаемых страновых обзорах, составлены Рабочей группой. Они выведены в тесном сотрудничестве с национальными программами по СПИДу и многими другими партнерами.

Показатели о ходе работы в странах

Имеющаяся информация о ходе работы в странах, о национальных расходах, стратегиях борьбы с ВИЧ, программах и услугах по профилактике и лечению и о моделях рискованного поведения групп населения представлена в Разделе III. Эти ключевые показатели дают представление о ситуации с общими ответными мерами в странах; они были выбраны из документа «ССГАООН. Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом – Руководящие принципы по разработке ключевых показателей» (2005 г.). Выбранные показатели здесь приведены в сокращенной форме в целях экономии места. Для более детального рассмотрения того или иного показателя, его определения, методов и инструментов для его измерения, см. раздел «Примечания» после Приложения 3 в Глобальном докладе за 2006 год или справочный документ, указанный выше. Приведенные данные поступили из самых разных источников, включая страновые доклады о ходе работы за 2005 год, включающие Национальный комбинированный индекс политики (НКИП), Обследование охвата за 2005 год, Глобальный доклад ВОЗ/ЮНЭЙДС об инициативе «3 к 5» за 2005 год и Обследование в области демографии и здравоохранения/Индикаторное обследование по СПИДу. Эти источники данных подробно описаны в разных разделах данного доклада (см. раздел «Примечания» после Приложения

3: «Показатели о ходе работы в странах»), сами данные представлены в Приложении 3, а детальное их обсуждение можно найти в главе «Прогресс, достигнутый в странах». Цифры и проценты приведены округленно, в связи с чем могут возникнуть незначительные несоответствия.

Показатель внутренних государственных расходов был, в основном, получен путем кабинетных обзоров и бюджетного анализа, которые оценивали реальные расходы; лишь несколько стран использовали более точные методы оценки национальных расходов на СПИД (ОНРС). Некоторые страны все еще изучают свою информацию, чтобы отделить расходы из собственных источников от израсходованного за счет средств, полученных из международных фондов. Таким образом, информация по этому показателю зачастую отсутствует или пока анализируется.

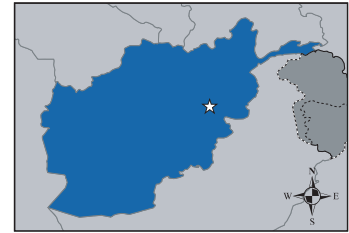
Кроме того, показатели мониторинга прогресса в условиях концентрированных или умеренных эпидемий в 2005 году были еще новыми, и многие страны только начинают готовить доклады по этим показателям. Важно отметить, что даже при генерализованных эпидемиях могут существовать особо уязвимые группы населения, подвергающиеся более высокому риску, в связи с чем возникает необходимость в специальных услугах и мониторинге программ. Эти показатели разработаны для отслеживания хода работы по охвату групп населения, которым грозит наиболее высокий риск.

Пожалуйста, обратите внимание: Эти цифры были составлены сотрудниками штаб-квартиры ЮНЭЙДС в Женеве, которые не отвечают за качество данных, полученных из первоисточников, хотя была проведена серьезная работа для проверки и уточнения источников данных. Там, где цифры отсутствуют, это может быть связано со следующими причинами: показатель был неподходящим, данные не были

включены в страновые доклады о ходе работы, страна не вовремя представила доклад о ходе работы, поэтому он не был включен в данный доклад; цифры до сих пор изучаются или во время подготовки этого обзора в странах отсутствовали другие источники данных. Есть надежда, что в 2007 году будут получены более полные данные по этим показателям.

Более подробное объяснение этих показателей можно найти в Приложении «Примечания».

*ПРИМЕЧАНИЕ: Страны, перечисленные в Приложениях, следуют алфавитному порядку английского оригинала



АФГАНИСТАН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 29 863 000 |
| Темпы прироста населения | 4.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 42 |
| Мужчины..... | 42 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | - |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | - |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 10 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <1000 [<2000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | <1000 [<2000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <100 [<1000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 0.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



АЛБАНИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 3 130 000 |
| Темпы прироста населения | 0.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 74 |
| Мужчины..... | 69 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 72 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | — |
| Показатель | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | — |
| Валовой национальный доход на человека | 5070 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 153 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | [<1000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | — |
| Число смертей в результате СПИДа..... | — |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | — |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты | — |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

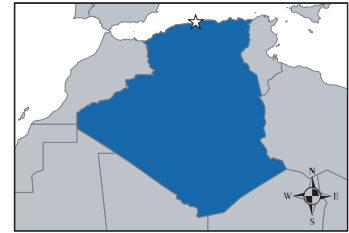
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|-------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 7.0% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | — |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | — |



АЛЖИР

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 32 854 000 |
| Темпы прироста населения | 1.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 72 |
| Мужчины..... | 64 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 103 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 48 |
| Показатель..... | 21.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 15.1% |
| Валовой национальный доход на человека | 2090 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 15 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 19 000 [9000 – 59 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 19 000 [8800 – 60 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 4100 [1700 – 13 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <500 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

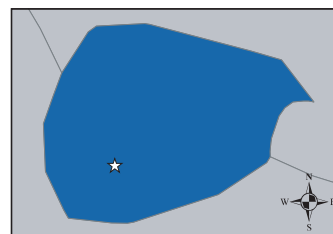
| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 6 740 000 |
|--|----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 39.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 15.0% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



АНДОРРА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|--------|
| Оценочная численность населения..... | 67 000 |
| Темпы прироста населения | 0.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 83 |
| Мужчины..... | 77 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | - |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | - |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1683 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | - |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... – несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

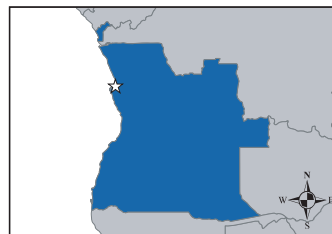
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



АНГОЛА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 15 941 000 |
| Темпы прироста населения | 2.8% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 42 |
| Мужчины..... | 38 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 160 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 83 |
| Показатель..... | 41.5 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 2030 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 41 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 320 000 [200 000 – 450 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 3.7 [2.3 – 5.3%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 280 000 [180 000 – 410 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 170 000 [90 000 – 260 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | 30 000 [18 000 – 47 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 35 000 [12 000 – 76 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 160 000 [95 000 – 230 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|----------------|
| Расходы | |
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 8 897 303 |

Национальные программы

| | |
|---|-------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 2.3% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 6.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты | 73.0% 81.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | 35.2% |
| Мужчины..... | 42.7% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 32.7% |
| Мужчины..... | 61.4% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 24.3% |
| Мужчины..... | 46.7% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 55.2% |
| Мужчины..... | 63.6% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

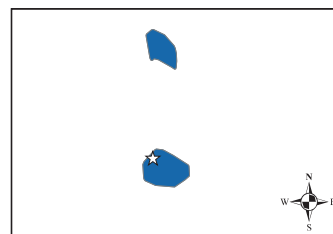
| | |
|--|---|
| Расходы | |
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |

Разработка и реализация политики

| | |
|--|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Нет |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



АНТИГУА И БАРБУДА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|--------|
| Оценочная численность населения..... | 81 000 |
| Темпы прироста населения | 1.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 75 |
| Мужчины..... | 70 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 60 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 10 360 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 304 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | - |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 50.2% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 359 000 |
|--|--------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 60.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



АРГЕНТИНА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 38 747 000 |
| Темпы прироста населения..... | 1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 78 |
| Мужчины..... | 71 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 34 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | — |
| Показатель..... | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 14.3% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 12 460 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 518 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 130 000 [80 000 – 220 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.6 [0.3 – 1.9%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 130 000 [78 000 – 220 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 36 000 [19 000 – 64 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 4300 [2600 – 6400] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | — |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | 87.0% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | — |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты..... | — |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|---|------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 115 164 000 |
|---|------------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | — |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 81.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 93.0% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 30.0% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | 30.0% ³ |



АВСТРАЛИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------------|
| Оценочная численность населения..... | 20 155 000 |
| Темпы прироста населения | 1.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 83 |
| Мужчины..... | 78 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 3 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 14 ¹ |
| Показатель..... | 12.8 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 29 200 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1939 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 16 000 [9700 – 27 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 16 000 [9600 – 27 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <1000 [<2000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <500 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

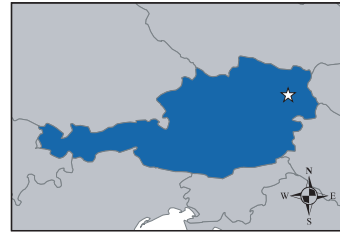
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



АВСТРИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 8 189 000 |
| Темпы прироста населения | 0.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 82 |
| Мужчины..... | 76 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 17 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 1 |
| Показатель..... | 2 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 31 790 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1560 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 12 000 [7200 – 20 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.3 [0.2 – 0.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 12 000 [7200 – 20 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 2300 [1200 – 4100] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100[<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

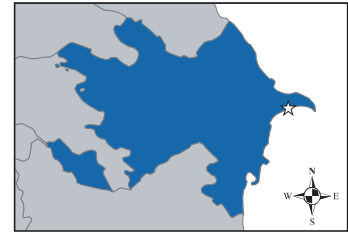
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



АЗЕРБАЙДЖАН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 8 411 000 |
| Темпы прироста населения | 0.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 68 |
| Мужчины..... | 63 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 101 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | — |
| Показатель..... | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день | — |
| Валовой национальный доход на человека | 3830 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 33 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 5400 [2600 – 17 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 0.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 5400 [2600 – 17 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <1000 [300 – 2300] |
| Число смертей в результате СПИДа | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | — |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... | — |
| несироты | — |

Знания и поведение

| | |
|---|-------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 1.0% ¹ |
| Мужчины..... | — ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

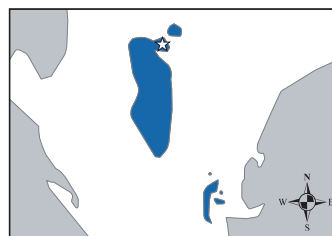
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 0.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | — |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | — |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | — |



БАХРЕЙН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 727 000 |
| Темпы прироста населения | 1.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 75 |
| Мужчины..... | 73 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 43 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | — |
| Показатель..... | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | — |
| Валовой национальный доход на человека | 18 070 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 562 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <1000 [<2000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [$<0.2\%$] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | — |
| Число смертей в результате СПИДа..... | — |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | — |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... | — несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | — Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | — Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | — Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | — Мужчины..... |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

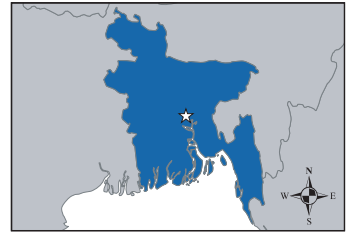
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |

Национальные программы

| | |
|---|---------------------------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | — Женщины-работницы секс-бизнеса..... |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | — |



БАНГЛАДЕШ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------|
| Оценочная численность населения..... | 141 822 000 |
| Темпы прироста населения..... | 1.9% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 63 |
| Мужчины..... | 62 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 139 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 86 |
| Показатель..... | 44.1 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 82.8% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 1980 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 21 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 11 000 [6400 – 18 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 11 000 [6400 – 18 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 1400 [710 – 2500] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <500 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

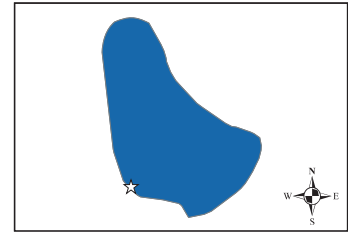
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 1.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 7.0% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 71.6% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | 77.0% ³ |



БАРБАДОС

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 270 000 |
| Темпы прироста населения..... | 0.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 78 |
| Мужчины..... | 71 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 30 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 4 |
| Показатель..... | 4.5 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека..... | 15 060 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 729 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 2700 [1500 – 4200] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.5 [0.8 – 2.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 2700 [1500 – 4200] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | <1000 [<2000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <500 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|-------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | <100 [<200] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 3 349 169 |
|---|----------------|

Национальные программы

| | |
|--|--------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | 90.0% ¹ |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 95.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... | – |
| несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | 15.9% |
| Мужчины..... | 26.6% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | 25.6% |
| Мужчины..... | 35.9% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | 33.3% |
| Мужчины..... | 77.8% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

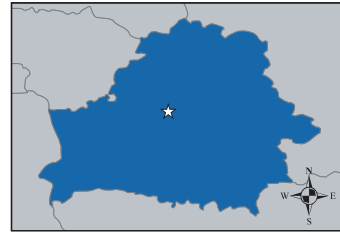
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



БЕЛАРУСЬ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 9 755 000 |
| Темпы прироста населения..... | -0.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 74 |
| Мужчины..... | 63 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 67 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека..... | 6900 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 501 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 20 000 [11 000 – 47 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.3 [0.2 – 0.8%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 20 000 [11 000 – 48 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 5100 [2400 – 13 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | [<2000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | - |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

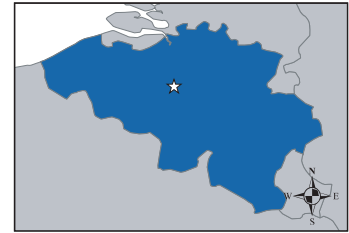
| | |
|---|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 6 140 000 |
|---|----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 5.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 16.4% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 8.8% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 7.1% ³ |



БЕЛЬГИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------------|
| Оценочная численность населения..... | 10 419 000 |
| Темпы прироста населения..... | 0.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 81 |
| Мужчины..... | 75 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 9 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 13 ¹ |
| Показатель..... | 12.4 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека..... | 31 360 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1902 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 14 000 [8100 – 22 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.3 [0.2 – 0.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 14 000 [8100 – 22 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 5400 [2800 – 9500] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

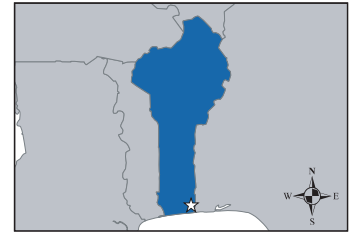
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



БЕНИН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 8 439 000 |
| Темпы прироста населения | 3.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 53 |
| Мужчины..... | 54 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 162 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 95 |
| Показатель..... | 48.4 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 1120 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 16 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 87 000 [57 000 – 120 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.8 [1.2 – 2.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 77 000 [50 000 – 110 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 45 000 [24 000 – 68 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 9600 [5900 – 15 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 9800 [3300 – 21 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 62 000 [38 000 – 89 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|------------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 10 595 122 ¹ |
|--|------------------------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 38.0% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 33.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | 8.0% |
| Мужчины..... | 14.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 36.0% |
| Мужчины..... | 90.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 16.0% ² |
| Мужчины..... | 23.8% ³ |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 19.0% |
| Мужчины..... | 34.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



БУТАН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 2 163 000 |
| Темпы прироста населения..... | 2.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 65 |
| Мужчины..... | 62 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 134 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека..... | - |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 49 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <500 [<2000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | <500 [<2000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | <100 [<200] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | - |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

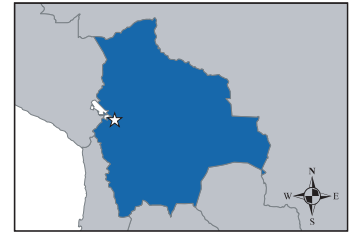
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | - |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | - |



БОЛИВИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 9 182 000 |
| Темпы прироста населения | 2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 66 |
| Мужчины..... | 63 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 113 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 30 |
| Показатель..... | 13.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 34.4% |
| Валовой национальный доход на человека | 2590 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 113 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 7000 [3800 – 17 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 0.3%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 6800 [3600 – 16 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 1900 [880 – 4700] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <500 [<10000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты | – |

Знания и поведение

| | | |
|---|-------------------|---------------------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | | |
| Женщины | – | Мужчины..... 18.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | | |
| Женщины | 32.0% | Мужчины..... 70.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | | |
| Женщины | 6.0% ¹ | Мужчины..... 15.0% ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | | |
| Женщины | 20.0% | Мужчины..... 37.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 37.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



БОСНИЯ И ГЕРЦЕГОВИНА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 3 907 000 |
| Темпы прироста населения | 0.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 77 |
| Мужчины..... | 70 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 68 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 7430 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 166 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <500 [<1000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1% [$<0.2\%$] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

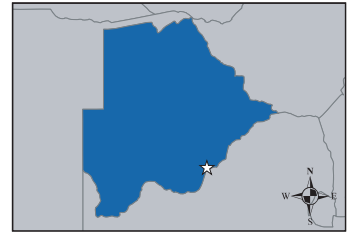
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



БОТСВАНА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 1 765 000 |
| Темпы прироста населения..... | 0.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 40 |
| Мужчины..... | 40 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 131 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 94 |
| Показатель..... | 48.4 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 50.1% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 8920 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 218 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 270 000 [260 000 – 350 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 24.1 [23.0 – 32.0%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 260 000 [250 000 – 330 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 140 000 [130 000 – 190 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 18 000 [17 000 – 25 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|-----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 14 000 [6100 – 32 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | 120 000 [110 000 – 150 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 165 000 000 |
|---|------------------|

Национальные программы

| | |
|--|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 85.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... | 92.0% |
| несироты..... | 93.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | 40.0% |
| Мужчины..... | 33.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | 75.0% |
| Мужчины..... | 88.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



БРАЗИЛИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------|
| Оценочная численность населения..... | 186 405 000 |
| Темпы прироста населения..... | 1.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 74 |
| Мужчины..... | 67 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 63 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 20 |
| Показатель..... | 10.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 22.4% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 8020 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 270 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 620 000 [370 000 – 1 000 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.5 [0.3 – 1.6%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 610 000 [370 000 – 1 000 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 220 000 [110 000 – 390 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 14 000 [8300 – 21 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|--------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | 57.6% ¹ |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

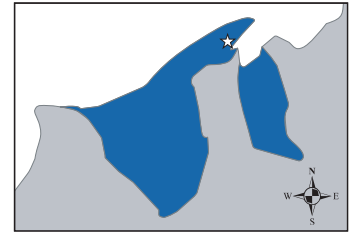
| | |
|---|------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 385 534 000 |
|---|------------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 83.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



БРУНЕЙ-ДАРУССАЛАМ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 374 000 |
| Темпы прироста населения | 2.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 78 |
| Мужчины..... | 76 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 33 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | — |
| Показатель..... | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день | — |
| Валовой национальный доход на человека | — |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 545 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <100 [<200] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | <100 [<200] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <100 [<200] |
| Число смертей в результате СПИДа | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | — |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты | — |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | — |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | — |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | — |



БОЛГАРИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 7 726 000 |
| Темпы прироста населения..... | -0.7% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 76 |
| Мужчины..... | 69 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 55 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека..... | 7870 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 3112 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <500 [<1000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1% [$<0.2\%$] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | - |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

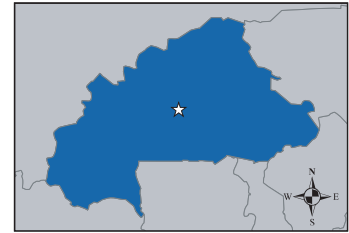
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | - |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | - |



БУРКИНА-ФАСО

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 13 228 000 |
| Темпы прироста населения | 3.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 48 |
| Мужчины..... | 47 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 175 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 102 |
| Показатель..... | 64.2 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 81.0% |
| Валовой национальный доход на человека | 1220 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 32 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 150 000 [120 000 – 190 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 2.0 [1.5 – 2.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 140 000 [100 000 – 160 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 80 000 [49 000 – 110 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 12 000 [8400 – 17 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 17 000 [6100 – 34 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 120 000 [89 000 – 150 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 8 013 260 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 1.1% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 24.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... | 35.0% |
| несироты | 32.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | 15.0% |
| Мужчины..... | 23.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 7.3% ¹ |
| Мужчины..... | 4.7% ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 54.0% |
| Мужчины..... | 67.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

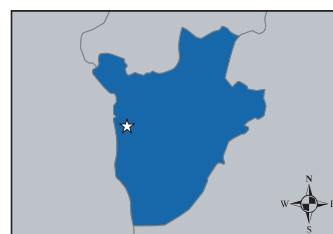
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 42.1% ³ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



БУРУНДИ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 7 548 000 |
| Темпы прироста населения..... | 3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 47 |
| Мужчины..... | 42 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 169 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 80 |
| Показатель..... | 40.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 89.2% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 660 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 4 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 150 000 [130 000 – 180 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 3.3 [2.7 – 3.8%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 130 000 [110 000 – 150 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 79 000 [68 000 – 91 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 13 000 [6800 – 18 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 20 000 [6500 – 37 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | 120 000 [94 000 – 170 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|------------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 44 000 000 ¹ |
|---|------------------------------|

Национальные программы

| | |
|--|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | 2.4% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 14.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | 46.0% |
| ■ несироты..... | 65.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | 3.6% |
| Мужчины..... | 3.6% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | 5.5% |
| Мужчины..... | 14.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | 46.0% |
| Мужчины..... | 55.2% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

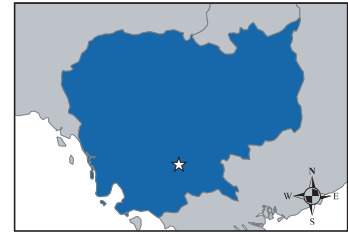
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 77.7% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



КАМБОДЖА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 14 071 000 |
| Темпы прироста населения | 2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 58 |
| Мужчины..... | 51 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 130 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 81 |
| Показатель..... | 41.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 77.7% |
| Валовой национальный доход на человека | 2180 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 36 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 130 000 [74 000 – 210 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.6 [0.9 – 2.6%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 130 000 [70 000 – 200 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 59 000 [28 000 – 99 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 16 000 [8500 – 26 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|-----------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 1 012 000 ¹ |
|--|-----------------------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 1.4% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 36.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 2.6% |
| Мужчины..... | 26.3% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 0.2% |
| Мужчины..... | 0.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

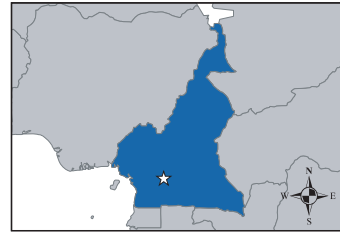
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 97.0% ² |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 60.0% ³ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами . | 17.0% ⁴ |



КАМЕРУН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 16 322 000 |
| Темпы прироста населения | 1.9% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 51 |
| Мужчины..... | 50 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 148 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 67 |
| Показатель..... | 36.2 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 50.6% |
| Валовой национальный доход на человека | 2090 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 19 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 510 000 [460 000 – 560 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 5.4 [4.9 – 5.9%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 470 000 [430 000 – 510 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 290 000 [260 000 – 310 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 46 000 [36 000 – 55 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 43 000 [17 000 – 82 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 240 000 [200 000 – 290 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|-----------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 4 400 000 ¹ |
|--|-----------------------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 4.2% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 22.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | 83.0% |
| ■ Посещаемость школы > несироты | 85.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | 27.0% |
| Мужчины..... | 34.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 44.0% |
| Мужчины..... | 91.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 18.0% ² |
| Мужчины..... | 11.5% ³ |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 46.0% |
| Мужчины..... | 57.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

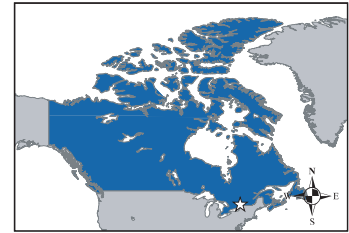
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



КАНАДА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------------|
| Оценочная численность населения..... | 32 268 000 |
| Темпы прироста населения..... | 1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 83 |
| Мужчины..... | 78 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 5 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 9 ¹ |
| Показатель..... | 11.3 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека..... | 30 660 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 2090 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 60 000 [48 000 – 72 000] ³ |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.3 [0.2 – 0.5%] ⁴ |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 59 000 [47 000 – 71 000] ⁵ |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 9 600 [7 700 – 12 000] ⁶ |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <1000 [<2000] ⁷ |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|----------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – ⁸ |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – ⁹ |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

- Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... –

Национальные программы

- Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... –
- Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... –
- Посещаемость школы> дети-сироты..... – несироты..... –

Знания и поведение

- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ
 - Женщины..... – Мужчины..... –
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев
 - Женщины..... – Мужчины..... –
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет
 - Женщины..... – Мужчины..... –
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером
 - Женщины..... – Мужчины..... –

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

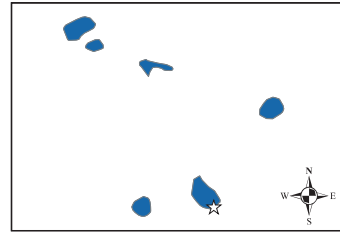
- Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... –

Разработка и реализация политики

- Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... –
- Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... –

Национальные программы

- Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... –
- Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики
 - Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... –
 - Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... –



КАБО-ВЕРДЕ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 507 000 |
| Темпы прироста населения | 2.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 71 |
| Мужчины..... | 67 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 105 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 45 |
| Показатель | 18.7 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день | – |
| Валовой национальный доход на человека | 5650 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 135 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | – |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | – |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | – |
| Число смертей в результате СПИДа..... | – |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

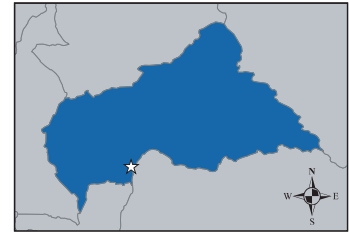
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ЦЕНТРАЛЬНОАФРИКАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 4 038 000 |
| Темпы прироста населения | 1.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 41 |
| Мужчины..... | 40 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 171 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 92 |
| Показатель..... | 478 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 84.0% |
| Валовой национальный доход на человека | 1110 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 18 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 250 000 [110 000 – 390 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 10.7 [4.5 – 17.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 230 000 [100 000 – 350 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 130 000 [53 000 – 220 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 24 000 [10 000 – 39 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 24 000 [7200 – 61 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 140 000 [62 000 – 200 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 742 927 |
|--|--------------|

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 16.4% ¹ |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 3.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты | 49.0% 54.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 9.9% |
| Мужчины..... | 9.6% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 60.6% |
| Мужчины..... | 83.2% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

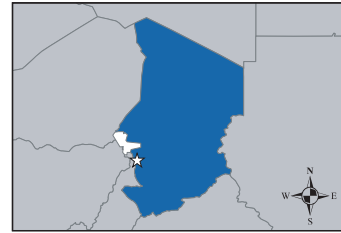
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ЧАД

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 9 749 000 |
| Темпы прироста населения..... | 3.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 48 |
| Мужчины..... | 45 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 173 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 100 |
| Показатель..... | 58.8 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека..... | 1420 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 20 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 180 000 [88 000 – 300 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 3.5 [1.7 – 6.0%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 160 000 [81 000 – 270 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 90 000 [40 000 – 160 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 11 000 [5300 – 20 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|--------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 16 000 [4700 – 37 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | 57 000 [28 000 – 97 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 946 973 |
|---|--------------|

Национальные программы

| | |
|--|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | 0.2% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 17.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | 61.0% |
| ■ Посещаемость школы > несироты..... | 57.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | 8.0% |
| Мужчины..... | 21.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | 7.0% |
| Мужчины..... | 76.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | 19.0% ¹ |
| Мужчины..... | 11.0% ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | 17.0% |
| Мужчины..... | 25.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

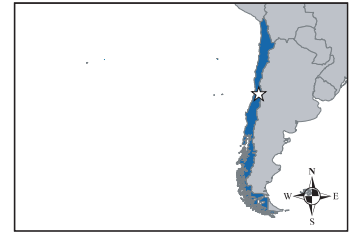
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |

Национальные программы

| | |
|---|-------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 5.0% ³ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



ЧИЛИ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 16 295 000 |
| Темпы прироста населения | 1.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 81 |
| Мужчины..... | 74 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 37 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 2 |
| Показатель..... | 3.7 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 9.6% |
| Валовой национальный доход на человека | 10 500 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 345 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 28 000 [17 000 – 56 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.3 [0.2 – 1.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 28 000 [17 000 – 56 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 7600 [4000 – 16 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <500 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 25 240 460 |
|--|-----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Нет |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 75.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



КИТАЙ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------------|
| Оценочная численность населения..... | 1 323 345 000 |
| Темпы прироста населения | 0.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 74 |
| Мужчины..... | 70 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 85 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 27 |
| Показатель..... | 12.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 46.7% |
| Валовой национальный доход на человека | 1100 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 101 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 650 000 [390 000 – 1 100 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 650 000 [390 000 – 1 100 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 180 000 [90 000 – 310 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 31 000 [18 000 – 46 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 1.3% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | – |
| ■ | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 99 256 506 |
|--|-----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 25.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 45.0% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 25.0% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 8.0% ³ |



КОЛУМБИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 45 600 000 |
| Темпы прироста населения | 1.9% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 77 |
| Мужчины..... | 68 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 69 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 8 |
| Показатель..... | 74 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 22.6% |
| Валовой национальный доход на человека | 6820 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 439 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 160 000 [100 000 – 320 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.6 [0.3 – 2.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 160 000 [100 000 – 320 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 45 000 [24 000 – 95 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 8200 [5200 – 12 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 1.8% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

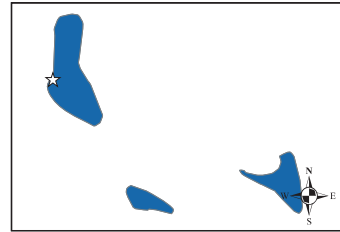
| | |
|--|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 36 014 343 |
|--|-----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 44.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 75.0% ¹ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами . | 30.0% ² |



КОМОРСКИЕ ОСТРОВА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 798 000 |
| Темпы прироста населения | 2.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 67 |
| Мужчины..... | 62 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 132 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 57 |
| Показатель..... | 31.2 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 1840 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 14 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <500 [<1000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | <500 [<1000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <100 [<1000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|-------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | <100 [<200] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | – |
| несироты | 60.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

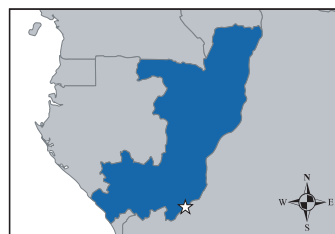
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Нет |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



КОНГО

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 3 999 000 |
| Темпы прироста населения | 3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 55 |
| Мужчины..... | 53 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 142 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 54 |
| Показатель..... | 30.1 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 750 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 15 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 120 000 [75 000 – 160 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 5.3 [3.3 – 7.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 100 000 [66 000 – 140 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 61 000 [33 000 – 89 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 11 000 [6700 – 17 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 15 000 [5600 – 32 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 110 000 [70 000 – 150 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 4 719 207 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 98.6% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 17.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... | – |
| несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 64.7% |
| Мужчины..... | 72.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 9.9% |
| Мужчины..... | 10.1% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

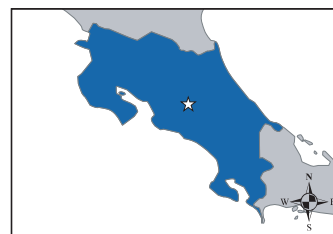
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 53.4% ¹ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами . | 33.3% ² |



КОСТА-РИКА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 4 327 000 |
| Темпы прироста населения | 1.9% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 80 |
| Мужчины..... | 73 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 47 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 3 |
| Показатель | 4.0 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 9.5% |
| Валовой национальный доход на человека | 9530 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 486 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 7400 [3600 – 24 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.3 [0.1 – 3.6%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 7300 [3500 – 24 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 2000 [860 – 6700] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

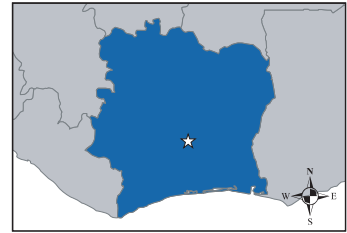
| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 6 432 314 |
|--|----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Нет |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Нет |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 80.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



КОТ-Д'ИВУАР

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 18 154 000 |
| Темпы прироста населения | 1.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 47 |
| Мужчины..... | 41 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 163 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 84 |
| Показатель..... | 41.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 38.4% |
| Валовой национальный доход на человека | 1390 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 16 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 750 000 [470 000 – 1 000 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 7.1 [4.3 – 9.7%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 680 000 [420 000 – 920 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 400 000 [220 000 – 600 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 65 000 [39 000 – 96 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 74 000 [28 000 – 160 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 450 000 [280 000 – 630 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 5 829 480 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 4.3% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 17.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты | 56.0% 67.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 64.3% |
| Мужчины..... | 57.9% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 14.5% |
| Мужчины..... | 13.3% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 71.0% ¹ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ХОРВАТИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 4 551 000 |
| Темпы прироста населения | 0.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 79 |
| Мужчины..... | 72 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 45 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 11 670 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 701 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <500 [<1000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1% [$<0.2\%$] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 100.0% ¹ |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 20.0% ² |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



КУБА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 11 269 000 |
| Темпы прироста населения | 0.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 80 |
| Мужчины..... | 75 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 52 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 5 |
| Показатель..... | 4.8 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | – |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 218 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 4800 [2300 – 15 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.0 – 0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 4700 [2300 – 15 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 2600 [1100 – 8500] |
| Число смертей в результате СПИДа | <500 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

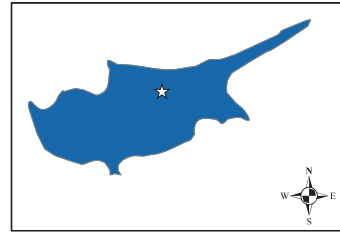
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|--------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 100.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



КИПР

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 835 000 |
| Темпы прироста населения | 1.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 82 |
| Мужчины..... | 77 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 29 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | — |
| Показатель | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | — |
| Валовой национальный доход на человека | 22 330 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 561 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <500 [<1000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [$<0.2\%$] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | — |
| Число смертей в результате СПИДа | — |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Расходы | |
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | — |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты | — |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

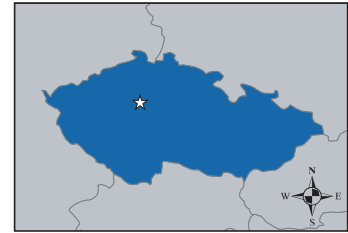
| | |
|--|---|
| Расходы | |
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | — |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | — |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | — |



ЧЕШСКАЯ РЕСПУБЛИКА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 10 220 000 |
| Темпы прироста населения | -0.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 79 |
| Мужчины..... | 73 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 31 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день | - |
| Валовой национальный доход на человека | 18 400 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1172 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 1500 [900 – 2500] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 1500 [900 – 2500] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <1000 [<1000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 31.0% |
| Мужчины..... | 55.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

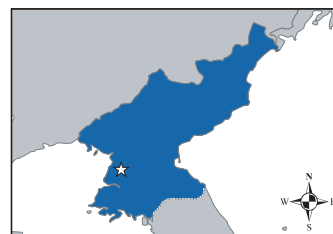
| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 1 386 555 |
|--|----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 60.0% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



КОРЕЙСКАЯ НАРОДНО-ДЕМОКРАТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 22 488 000 |
| Темпы прироста населения | 0.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 68 |
| Мужчины..... | 65 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | - |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | - |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 68 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... – несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

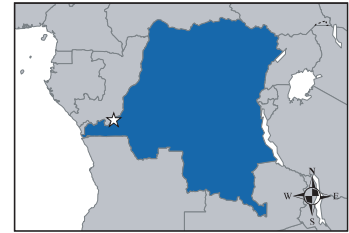
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 0.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины–работницы секс–бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ДЕМОКРАТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА КОНГО

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 57 549 000 |
| Темпы прироста населения | 2.8% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 47 |
| Мужчины..... | 42 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 167 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 82 |
| Показатель..... | 41.4 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день | – |
| Валовой национальный доход на человека | 680 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 3 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 1 000 000 [560 000 – 1 500 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 3.2 [1.8 – 4.9%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 890 000 [500 000 – 1 300 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 520 000 [250 000 – 850 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 90 000 [47 000 – 150 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|-------------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 120 000 [40 000 – 270 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 680 000 [380 000 – 1 000 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 3 621 653 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 4.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... | 50.0% |
| несироты | 70.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

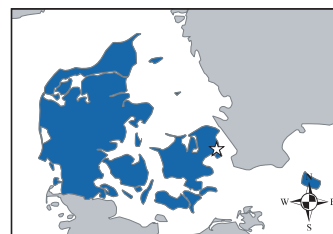
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Нет |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ДАНИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------------|
| Оценочная численность населения..... | 5 431 000 |
| Темпы прироста населения | 0.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 80 |
| Мужчины..... | 75 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 14 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 5 ¹ |
| Показатель..... | 8.9 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 31 550 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 2292 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 5600 [3400 – 9300] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.2 [0.1 – 0.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 5500 [3300 – 9100] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 1300 [670 – 2300] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

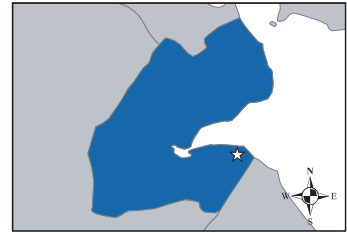
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ДЖИБУТИ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 793 000 |
| Темпы прироста населения | 2.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 57 |
| Мужчины..... | 54 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 150 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 53 |
| Показатель..... | 29.5 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день | – |
| Валовой национальный доход на человека | 2270 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 48 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 15 000 [3900 – 34 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 3.1 [0.8 – 6.9%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 14 000 [3700 – 31 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 8400 [2200 – 19 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 1200 [350 – 2800] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|----------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 1200 [260 – 3600] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 5700 [1900 – 12 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

- Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников

Национальные программы

- Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку
- Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение
- Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты

Знания и поведение

- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ
 - Женщины
 - Мужчины.....
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев
 - Женщины
 - Мужчины.....
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет
 - Женщины
 - Мужчины.....
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером
 - Женщины
 - Мужчины.....

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

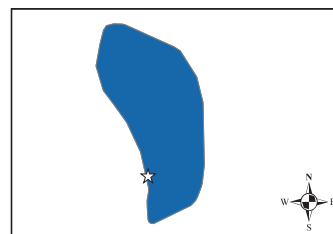
- Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников

Разработка и реализация политики

- Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск
- Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск

Национальные программы

- Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение
- Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики
 - Потребители инъекционных наркотиков..... Женщины-работницы секс-бизнеса.....
 - Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами



ДОМИНИКА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|--------|
| Оценочная численность населения..... | 79 000 |
| Темпы прироста населения | 0.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 76 |
| Мужчины..... | 72 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 70 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 5250 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 228 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | - |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|--------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 100.0% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

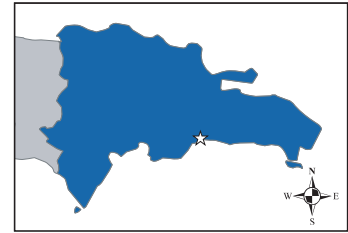
| | |
|--|--------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 19 775 ¹ |
|--|--------------------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 36.7% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ДОМИНИКАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 8 895 000 |
| Темпы прироста населения | 1.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 70 |
| Мужчины..... | 64 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 95 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 25 |
| Показатель..... | 11.8 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | <2% |
| Валовой национальный доход на человека | 6750 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 111 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 66 000 [56 000 – 77 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.1 [0.9 – 1.3%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 62 000 [53 000 – 73 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 31 000 [27 000 – 37 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 6700 [5100 – 8200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 3600 [1300 – 8000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 17.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 29.0% |
| Мужчины..... | 83.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 13.0% ¹ |
| Мужчины..... | 18.0% ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 29.0% |
| Мужчины..... | 52.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

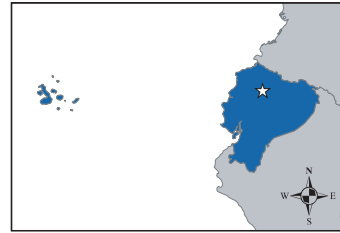
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 30.0% ³ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами . | 10.0% ⁴ |



ЭКВАДОР

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 13 228 000 |
| Темпы прироста населения | 1.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 75 |
| Мужчины..... | 70 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 82 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 22 |
| Показатель..... | 10.6 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 40.8% |
| Валовой национальный доход на человека | 3690 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 85 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 23 000 [11 000 – 74 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.3 [0.1 – 3.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 22 000 [11 000 – 71 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 12 000 [5200 – 40 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 1600 [840 – 2900] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 8.3% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|-------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 7.0% ¹ |
| Мужчины..... | – ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

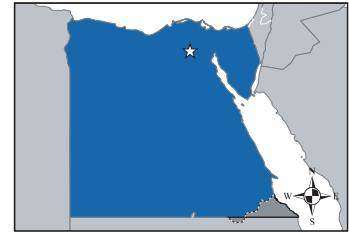
| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 6 756 475 |
|--|----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 42.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 50.0% ³ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 5.0% ⁴ |



ЕГИПЕТ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 74 033 000 |
| Темпы прироста населения | 1.9% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 70 |
| Мужчины..... | 66 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 119 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 55 |
| Показатель..... | 30.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 43.9% |
| Валовой национальный доход на человека | 4120 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 100 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 5300 [2900 – 13 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 5200 [2800 – 13 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <1000 [430 – 2300] |
| Число смертей в результате СПИДа | <500 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|-----|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 73% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

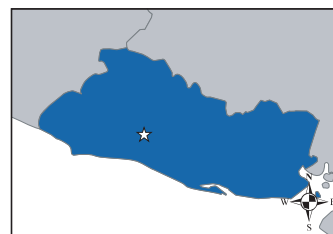
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 12.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



САЛЬВАДОР

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 6 881 000 |
| Темпы прироста населения | 1.8% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 74 |
| Мужчины..... | 68 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 104 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 34 |
| Показатель..... | 15.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 58.0% |
| Валовой национальный доход на человека | 4980 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 174 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 36 000 [22 000 – 72 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.9 [0.5 – 3.8%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 35 000 [22 000 – 71 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 9900 [5300 – 21 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 2500 [1600 – 3700] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 20.8% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

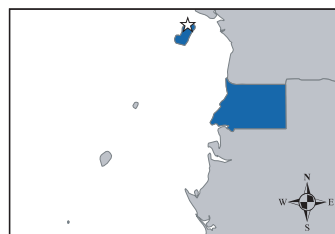
| | |
|--|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 23 704 585 |
|--|-----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 59.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 60.0% ¹ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами . | 17.0% ² |



ЭКВАТОРИАЛЬНАЯ ГВИНЕЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 504 000 |
| Темпы прироста населения | 2.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 44 |
| Мужчины..... | 42 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 121 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 71 |
| Показатель..... | 38.1 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 7400 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 121 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 8900 [7300 – 11 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 3.2 [2.6 – 3.8%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 8000 [6600 – 9400] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 4700 [3900 – 5600] |
| Число смертей в результате СПИДа | <1000 [<2000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | <1000 [<2000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 4600 [3500 – 5900] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|-------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 0.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... несироты | 85.0% 89.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

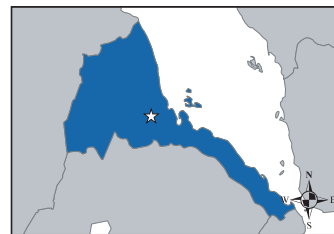
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ЭРИТРЕЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 4 401 000 |
| Темпы прироста населения | 4.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 62 |
| Мужчины..... | 58 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 161 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 73 |
| Показатель..... | 38.7 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 1050 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 23 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 59 000 [33 000 – 95 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 2.4 [1.3 – 3.9%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 53 000 [30 000 – 84 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 31 000 [15 000 – 53 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 5600 [2900 – 9600] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 6600 [2300 – 16 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 36 000 [20 000 – 56 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 5.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|-------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | 37.0% |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | 8.8% ¹ |
| Мужчины..... | – ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | 81.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

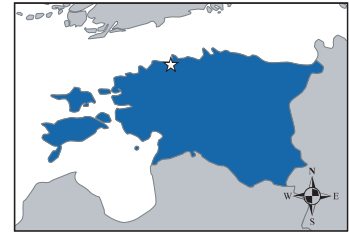
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ЭСТОНИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 1 330 000 |
| Темпы прироста населения | -0.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 78 |
| Мужчины..... | 66 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 38 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 13 190 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 526 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 10 000 [4800 – 32 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.3 [0.6 – 4.3%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 10 000 [4800 – 32 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 2400 [1000 – 7900] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | [<2000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... – несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

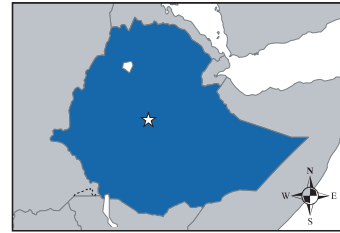
| | |
|--|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 526 565 |
|--|--------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 17.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ЭФИОПИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 77 431 000 |
| Темпы прироста населения | 2.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 51 |
| Мужчины..... | 49 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 170 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 99 |
| Показатель..... | 55.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 80.7% |
| Валовой национальный доход на человека | 810 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 12 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | [420 000 – 1 300 000] ¹ |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [0.9 – 3.5%] ² |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | [380 000 – 1 200 000] ³ |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | [190 000 – 730 000] ⁴ |
| Число смертей в результате СПИДа..... | [38 000 – 130 000] ⁵ |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|----------------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | [30 000 – 220 000] ⁶ |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | [280 000 – 870 000] ⁷ |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|-------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 0.3% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 7.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты | 26.0% 43.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 7.4% |
| Мужчины..... | 37.9% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 41.5% |
| Мужчины..... | 40.3% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 14.6% |
| Мужчины..... | 36.1% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ФИДЖИ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 848 000 |
| Темпы прироста населения | 0.9% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 72 |
| Мужчины..... | 66 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 92 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 49 |
| Показатель..... | 21.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 5770 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 135 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <1000 [320 – 2100] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 0.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | <1000 [320 – 2100] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <500 [<1000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 25.0% ¹ |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

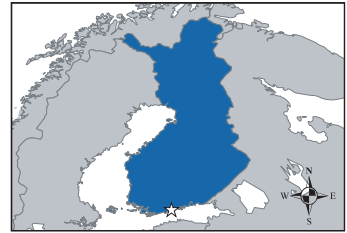
| | |
|--|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 288 475 |
|--|--------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 100.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины–работницы секс–бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ФИНЛЯДИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------------|
| Оценочная численность населения..... | 5 249 000 |
| Темпы прироста населения | 0.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 82 |
| Мужчины..... | 75 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 13 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 4 ¹ |
| Показатель..... | 8.2 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 29 560 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1163 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 1900 [1100 – 3100] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 1900 [1100 – 3200] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <1000 [<2000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

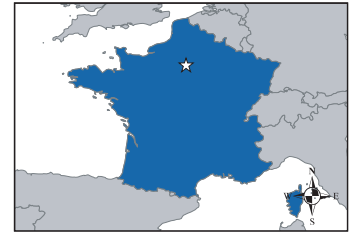
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ФРАНЦИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------------|
| Оценочная численность населения..... | 60 496 000 |
| Темпы прироста населения | 0.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 83 |
| Мужчины..... | 76 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 16 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 10 ¹ |
| Показатель..... | 11.4 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 29 320 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 2213 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 130 000 [78 000 – 210 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.4 [0.3 – 0.8%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 130 000 [78 000 – 220 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 45 000 [23 000 – 79 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 1500 [<2500] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

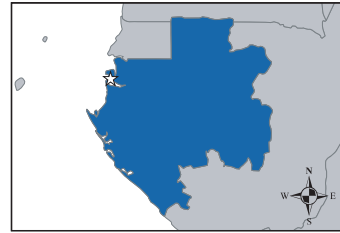
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ГАБОН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 1 384 000 |
| Темпы прироста населения | 1.7% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 59 |
| Мужчины..... | 55 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 123 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 5600 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 170 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 60 000 [40 000 – 87 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 7.9 [5.1 – 11.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 56 000 [37 000 – 81 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 33 000 [18 000 – 52 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 4700 [2800 – 7000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 3900 [1400 – 8900] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 20 000 [13 000 – 29 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 6 709 107 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 0.7% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 23.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | - несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - Мужчины..... |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

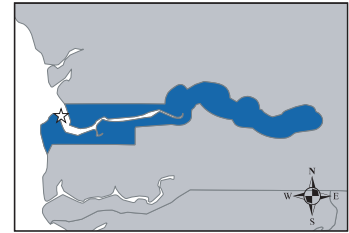
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---------------------------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - Женщины-работницы секс-бизнеса..... |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ГАМБИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 1 517 000 |
| Темпы прироста населения | 2.8% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 59 |
| Мужчины..... | 55 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 155 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 88 |
| Показатель..... | 44.7 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 82.9% |
| Валовой национальный доход на человека | 1900 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 38 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 20 000 [10 000 – 33 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 2.4 [1.2 – 4.1%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 19 000 [9600 – 31 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 11 000 [5100 – 20 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | 1300 [670 – 2200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 1200 [430 – 2800] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 3800 [2200 – 6000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 5 543 227 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 16.6% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 10.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты | 58.0% 68.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ГРУЗИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 4 474 000 |
| Темпы прироста населения | -1.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 77 |
| Мужчины..... | 70 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 100 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 2930 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 42 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 5600 [2700 – 18 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.2 [0.1 – 2.7%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 5600 [2700 – 18 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <1000 [410 – 3200] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <500 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | - несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - Мужчины..... |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

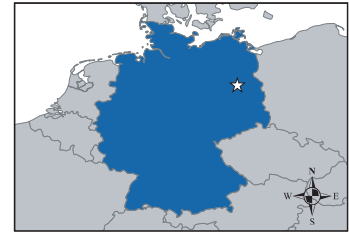
| | |
|--|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 594 067 |
|--|--------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 49.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 25.0% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 75.6% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ГЕРМАНИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------------|
| Оценочная численность населения..... | 82 689 000 |
| Темпы прироста населения | 0.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 82 |
| Мужчины..... | 76 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 20 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 6 ¹ |
| Показатель..... | 10.3 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 27 950 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 2348 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 49 000 [29 000 – 81 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 49 000 [29 000 – 81 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 15 000 [7700 – 26 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | <1000 [<2000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 80.0% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты..... – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

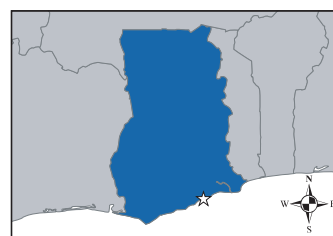
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины–работницы секс–бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



Г А Н А

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 22 113 000 |
| Темпы прироста населения | 2.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 58 |
| Мужчины..... | 56 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 138 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 62 |
| Показатель..... | 35.1 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 78.5% |
| Валовой национальный доход на человека | 2280 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 31 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 320 000 [270 000 – 380 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 2.3 [1.9 – 2.6%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 300 000 [250 000 – 350 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 180 000 [150 000 – 210 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 29 000 [21 000 – 36 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 25 000 [9800 – 48 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 170 000 [130 000 – 210 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 9 267 783 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 1.3% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 7.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты | 65.0% 81.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | 38.0% |
| Мужчины..... | 44.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 50.0% |
| Мужчины..... | 83.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 7.4% ¹ |
| Мужчины..... | 3.9% ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 33.0% |
| Мужчины..... | 52.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

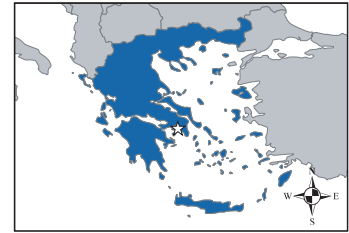
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 50.0% ³ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ГРЕЦИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 11 120 000 |
| Темпы прироста населения | 0.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 82 |
| Мужчины..... | 77 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 24 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 22 000 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1025 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 9300 [5600 – 15 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.2 [0.1 – 0.3%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 9300 [5600 – 15 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 2000 [1000 – 3500] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

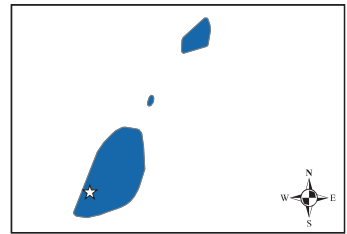
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ГРЕНАДА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 103 000 |
| Темпы прироста населения | 0.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 69 |
| Мужчины..... | 66 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 66 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 7000 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 348 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | - |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ГВАТЕМАЛА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 12 599 000 |
| Темпы прироста населения | 2.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 71 |
| Мужчины..... | 65 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 117 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 51 |
| Показатель..... | 22.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 37.4% |
| Валовой национальный доход на человека | 4140 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 93 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 61 000 [37 000 – 100 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.9 [0.5 – 2.7%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 59 000 [35 000 – 97 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 16 000 [8300 – 29 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 2700 [1600 – 4000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|------------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 11 187 481 ¹ |
|--|------------------------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 43.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | – |
| несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|-------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 7.0 ² |
| Мужчины..... | 15.0 ³ |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

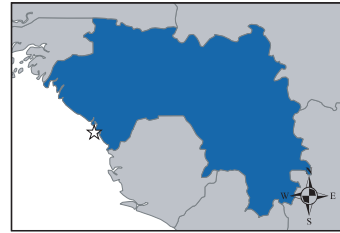
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|-------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 75.0 ⁴ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | 10.0 ⁵ |



ГВИНЕЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 9 402 000 |
| Темпы прироста населения | 2.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 55 |
| Мужчины..... | 52 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 156 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | – |
| Показатель..... | – |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 2130 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 16 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 85 000 [69 000 – 100 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.5 [1.2 – 1.8%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 78 000 [62 000 – 91 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 53 000 [42 000 – 61 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 7100 [4700 – 9900] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 7000 [2400 – 16 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 28 000 [18 000 – 43 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 271 052 |
|--|--------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 0.4% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 9.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | 38.0% |
| несироты | 33.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 17.6% |
| Мужчины..... | 15.7% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 27.0% |
| Мужчины..... | 42.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

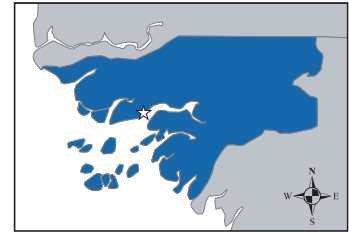
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 50.0' |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ГВИНЕЯ-БИСАУ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 1 586 000 |
| Темпы прироста населения | 3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 48 |
| Мужчины..... | 45 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 172 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 93 |
| Показатель..... | 48.2 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 690 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 21 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 32 000 [18 000 – 50 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 3.8 [2.1 – 6.0%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 29 000 [16 000 – 45 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 17 000 [8100 – 29 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | 2700 [1400 – 4400] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 3200 [1100 – 7500] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 11 000 [6000 – 16 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|-----------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 2 065 487 ¹ |
|--|-----------------------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 19.5% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 1.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | 51.0% |
| несироты | 50.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

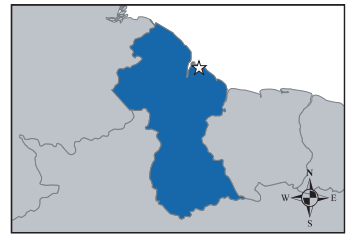
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



GUYANA

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 751 000 |
| Темпы прироста населения | 0.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 64 |
| Мужчины..... | 62 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 107 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 31 |
| Показатель..... | 14.8 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 4110 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 233 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 12 000 [4700 – 23 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 2.4 [1.0 – 4.9%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 11 000 [4400 – 22 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 6600 [2300 – 14 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 1200 [440 – 2300] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | <1000 [160 – 2000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 840 665 |
|--|--------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 17.6% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 50.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | – |
| ■ несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ГАИТИ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 8 528 000 |
| Темпы прироста населения | 1.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 56 |
| Мужчины..... | 53 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 153 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 70 |
| Показатель..... | 38.0 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 1680 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 32 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 190 000 [120 000 – 270 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 3.8 [2.2 – 5.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 180 000 [100 000 – 250 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 96 000 [50 000 – 150 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | 16 000 [9500 – 24 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 17 000 [5800 – 36 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 115 609 |
|--|--------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 20.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | – |
| несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ГОНДУРАС

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 7 205 000 |
| Темпы прироста населения | 2.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 70 |
| Мужчины..... | 65 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 116 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 39 |
| Показатель | 16.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 44.0% |
| Валовой национальный доход на человека | 2710 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 104 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 63 000 [35 000 – 99 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.5 [0.8 – 2.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 61 000 [33 000 – 95 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 16 000 [7500 – 27 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 3700 [2000 – 6200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|-------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 2400 [790 – 5600] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|-----------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 6 214 056 ¹ |
|--|-----------------------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 3.4% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 35.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|-------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 13.0 ² |
| Мужчины..... | 19.0 ³ |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ИНДИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------------|
| Оценочная численность населения..... | 1 103 371 000 |
| Темпы прироста населения | 1.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 63 |
| Мужчины..... | 61 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 127 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 58 |
| Показатель..... | 31.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 79.9% |
| Валовой национальный доход на человека | 3100 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 20 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 5 700 000 [3 400 000 – 9 400 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.9 [0.5 – 1.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 5 600 000 [3 400 000 – 9 300 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 1 600 000 [820 000 – 2 800 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | [270 000 – 680 000] ¹ |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|------------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 73 300 000 ² |
|--|------------------------------|

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 1.6% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 7.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 2.0% |
| Мужчины..... | 12.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 51.0% |
| Мужчины..... | 59.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 47.8% ³ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 52.4% ⁴ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами . | 45.0% ⁵ |



ИНДОНЕЗИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------|
| Оценочная численность населения..... | 222 781 000 |
| Темпы прироста населения | 1.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 68 |
| Мужчины..... | 65 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 110 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 41 |
| Показатель..... | 17.8 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 52.4% |
| Валовой национальный доход на человека | 3460 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 40 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 170 000 [100 000 – 290 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 170 000 [100 000 – 290 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 29 000 [15 000 – 52 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 5500 [3300 – 8300] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 0.7% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 13 000 000 |
|--|-----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 30.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 15.0% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | 37.3% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 1.3% ³ |



ИРАН (ИСЛАМСКАЯ РЕСПУБЛИКА)

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 69 515 000 |
| Темпы прироста населения | 0.9% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 72 |
| Мужчины..... | 68 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 99 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 36 |
| Показатель..... | 16.4 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 73% |
| Валовой национальный доход на человека | 7550 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 235 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 66 000 [36 000 – 160 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.2 [0.1 – 0.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 66 000 [35 000 – 160 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 11 000 [5200 – 28 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 1600 [920 – 2700] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

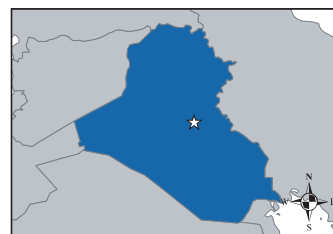
| | |
|--|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 14 000 000 |
|--|-----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 9.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 11.4% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ИРАК

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 28 807 000 |
| Темпы прироста населения | 2.8% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 61 |
| Мужчины..... | 51 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | - |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | - |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 33 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

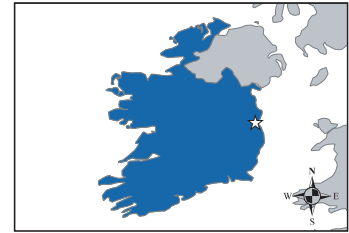
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ИРЛАНДИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------------|
| Оценочная численность населения..... | 4 148 000 |
| Темпы прироста населения | 1.7% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 81 |
| Мужчины..... | 75 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 8 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 16 ¹ |
| Показатель..... | 15.2 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 33 170 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1968 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 5000 [3000 – 8300] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.2 [0.1 – 0.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 5000 [3000 – 8300] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 1800 [920 – 3200] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

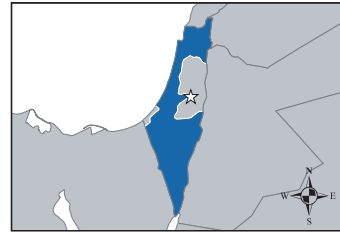
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ИЗРАИЛЬ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 6 725 000 |
| Темпы прироста населения | 2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 82 |
| Мужчины..... | 78 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 23 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 23 510 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1303 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 4000 [2200 – 9800] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ИТАЛИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------------|
| Оценочная численность населения..... | 58 093 000 |
| Темпы прироста населения..... | 0.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 84 |
| Мужчины..... | 78 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 18 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 18 ¹ |
| Показатель..... | 29.9 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека..... | 27 860 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1703 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 150 000 [90 000 – 250 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.5 [0.3 – 0.9%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 150 000 [90 000 – 250 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 50 000 [26 000 – 88 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 3000 [<4000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

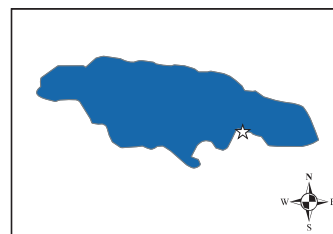
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



ЯМАЙКА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 2 651 000 |
| Темпы прироста населения | 0.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 74 |
| Мужчины..... | 70 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 98 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 21 |
| Показатель..... | 10.5 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 13.3% |
| Валовой национальный доход на человека | 3630 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 109 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 25 000 [14 000 – 39 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.5 [0.8 – 2.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 25 000 [14 000 – 39 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 6900 [3300 – 12 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 1300 [710 – 2200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | <500 [<1000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 4 722 123 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 56.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты | – |
| несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

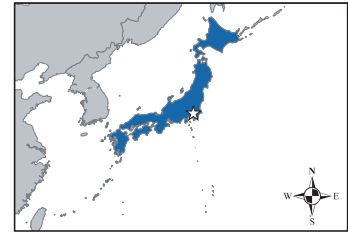
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 60.0% ¹ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ЯПОНИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------------|
| Оценочная численность населения..... | 128 085 000 |
| Темпы прироста населения..... | 0.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 86 |
| Мужчины..... | 79 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 11 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 12 ¹ |
| Показатель..... | 11.7 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека..... | 30 040 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1818 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 17 000 [10 000 – 29 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 17 000 [10 000 – 28 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 9900 [5000 – 17 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 1400 [830 – 2100] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

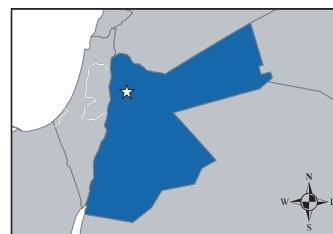
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



ИОРДАНИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 5 703 000 |
| Темпы прироста населения..... | 2.7% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 73 |
| Мужчины..... | 69 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 90 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 11 |
| Показатель..... | 8.1 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 7.4% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 4640 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 199 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <1000 [<2000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [$<0.2\%$] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число смертей в результате СПИДа..... | – |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 45.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



КАЗАХСТАН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 14 825 000 |
| Темпы прироста населения | -0.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 67 |
| Мужчины..... | 56 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 80 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 6980 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 180 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 12 000 [11 000 – 77 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 3.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 12 000 [11 000 – 76 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 6800 [5600 – 43 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <1000 [<2000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 9.0% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| ■ | несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

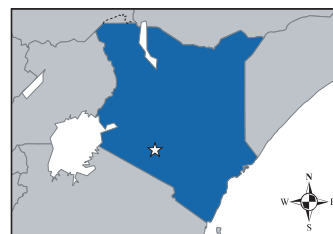
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 15.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 8.0% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 31.0% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 1.0% ³ |



КЕНИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 34 256 000 |
| Темпы прироста населения..... | 2.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 50 |
| Мужчины..... | 51 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 154 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 63 |
| Показатель..... | 35.4 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 58.3% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 1050 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 25 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 1 300 000 [1 100 000 – 1 500 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 6.1 [5.2 – 7.0%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 1 200 000 [990 000 – 1 300 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 740 000 [640 000 – 840 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 140 000 [110 000 – 170 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---------------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 150 000 [55 000 – 290 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | 1 100 000 [890 000 – 1 300 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|------------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 33 245 670 ¹ |
|---|------------------------------|

Национальные программы

| | |
|--|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | 9.3% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 19.7% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | 88.0% |
| ■ несироты..... | 92.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | 34.0% |
| Мужчины..... | 47.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | 30.0% |
| Мужчины..... | 84.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | 14.5% ² |
| Мужчины..... | 30.9% ³ |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | 25.0% |
| Мужчины..... | 47.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

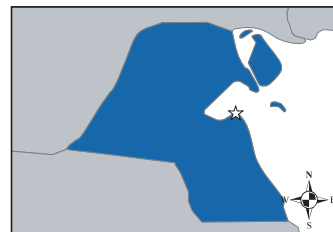
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Нет |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Нет |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 17.0% ⁴ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 2.0% ⁵ |



КУВЕЙТ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 2 687 000 |
| Темпы прироста населения | 3.7% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 78 |
| Мужчины..... | 76 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 44 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 19 510 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 440 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <1000 [<2000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты | - |
| ■ несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

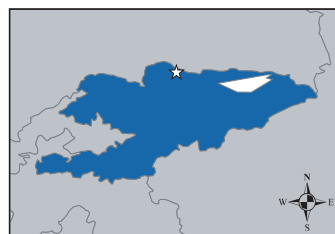
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



КЫРГЫЗСТАН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 5 264 000 |
| Темпы прироста населения | 1.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 67 |
| Мужчины..... | 59 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 109 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день | - |
| Валовой национальный доход на человека | 1840 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 66 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 4000 [1900 – 13 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 1.7%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 4000 [1900 – 13 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <1000 [290 – 2200] |
| Число смертей в результате СПИДа | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| ■ Посещаемость школы > не-сироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

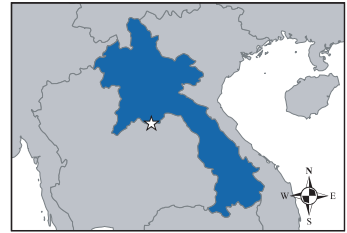
| | |
|--|---------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 217 440 ¹ |
|--|---------------------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 12.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 8.4% ² |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 75.3% ³ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами .. | 79.2% ⁴ |



ЛАОССКАЯ НАРОДНО-ДЕМОКРАТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 5 924 000 |
| Темпы прироста населения | 2.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 60 |
| Мужчины..... | 58 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 133 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 72 |
| Показатель | 38.2 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 73.2% |
| Валовой национальный доход на человека | 1850 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 22 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 3700 [1800 – 12 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 0.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 3600 [1700 – 12 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <1000 [260 – 2000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 2.5% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

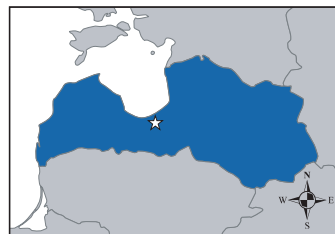
| | |
|--|-------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 26 090 |
|--|-------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 49.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 70.7% ¹ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ЛАТВИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 2 307 000 |
| Темпы прироста населения..... | -0.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 76 |
| Мужчины..... | 66 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 48 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | |
| Показатель..... | |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека..... | 11 850 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 348 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 10 000 [6100 – 17 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.8 [0.5 – 1.3%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 10 000 [6100 – 17 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 2200 [1100 – 3900] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <500 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | - |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | 58.6% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | - - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

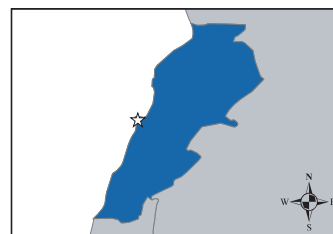
| | |
|---|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 980 110 |
|---|--------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | - |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 31.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 7.9% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 17.0% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 2.0% ³ |



ЛИВАН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 3 577 000 |
| Темпы прироста населения | 1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 72 |
| Мужчины..... | 68 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 81 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 18 |
| Показатель..... | 9.6 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 5380 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 214 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 2900 [1400 – 9200] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 0.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 2900 [1400 – 9300] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | <1000 [270 – 2100] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты | – |
| ■ несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

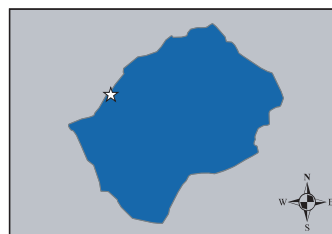
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 36.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ЛЕСОТО

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 1 795 000 |
| Темпы прироста населения..... | 0.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 44 |
| Мужчины..... | 39 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 149 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 91 |
| Показатель..... | 476 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 56.1% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 3210 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 84 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 270 000 [250 000 – 290 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 23.2 [21.9 – 24.7%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 250 000 [240 000 – 270 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 150 000 [140 000 – 160 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 23 000 [20 000 – 27 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 18 000 [6900 – 34 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | 97 000 [88 000 – 110 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 1 357 875 |
|---|----------------|

Национальные программы

| | |
|--|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | 5.1% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 14.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | 79.0% |
| ■ Посещаемость школы > несироты..... | 91.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | 43.3% |
| Мужчины..... | 89.5% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | 14.4% |
| Мужчины..... | 27.5% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | 50.0% |
| Мужчины..... | 48.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

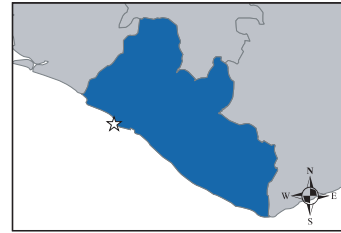
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Нет |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



ЛИБЕРИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 3 283 000 |
| Темпы прироста населения | 1.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 44 |
| Мужчины..... | 39 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | - |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | - |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 10 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [2.0 – 5.0%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 104 733 |
|--|--------------|

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 3.0% |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты | - |
| ■ Несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

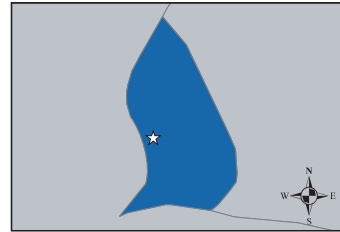
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ЛИХТЕНШТЕЙН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------------|
| Оценочная численность населения..... | 35 000 |
| Темпы прироста населения | 1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | — Мужчины |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | — |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | — |
| Показатель | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | — |
| Валовой национальный доход на человека | — |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | — |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | — |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | — |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | — |
| Число смертей в результате СПИДа..... | — |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | — |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | — |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | — несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | — Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | — Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | — Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | — Мужчины..... |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

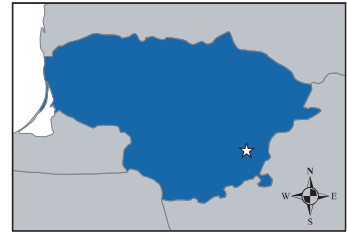
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |

Национальные программы

| | |
|---|---------------------------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | — Женщины-работницы секс-бизнеса..... |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | — |



ЛИТВА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 3 431 000 |
| Темпы прироста населения..... | -0.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 78 |
| Мужчины..... | 66 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 39 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | |
| Показатель..... | |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | — |
| Валовой национальный доход на человека..... | 12 610 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 573 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 3300 [1600 – 10 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.2 [0.1 – 0.6%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 3300 [1600 – 11 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | <1000 [<2000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | — |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | — |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | — |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | — |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

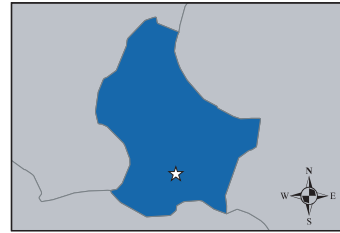
| | |
|---|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 838 150 |
|---|--------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | — |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | — |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 64.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | — |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | — |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | — |



ЛЮКСЕМБУРГ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------------|
| Оценочная численность населения..... | 465 000 |
| Темпы прироста населения..... | 1.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 81 |
| Мужчины..... | 76 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 4 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 8 ¹ |
| Показатель..... | 11.1 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека..... | 61 220 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 3341 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <1000 [<1000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.2 [0.1 – 0.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | <1000 [<2000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

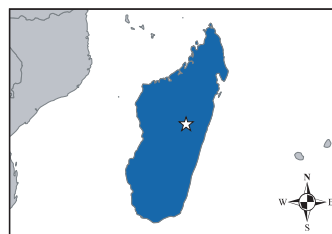
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



МАДАГАСКАР

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 18 606 000 |
| Темпы прироста населения | 2.8% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 59 |
| Мужчины..... | 55 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 146 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 63 |
| Показатель..... | 35.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 85.1% |
| Валовой национальный доход на человека | 830 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 15 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 49 000 [16 000 – 110 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.5 [0.2 – 1.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 47 000 [16 000 – 110 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 13 000 [4000 – 33 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 2900 [1100 – 6500] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 1600 [470 – 4900] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 13 000 [5000 – 24 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

- Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников

Национальные программы

- Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку
- Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение
- Посещаемость школы > дети-сироты

Знания и поведение

- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ
 - Женщины
 - Мужчины.....
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев
 - Женщины
 - Мужчины.....
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет
 - Женщины
 - Мужчины.....
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером
 - Женщины
 - Мужчины.....

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

- Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников

Разработка и реализация политики

- Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск
- Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск

Национальные программы

- Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение
- Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики
 - Потребители инъекционных наркотиков
 - Женщины-работницы секс-бизнеса.....
 - Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами



МАЛАВИ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 12 884 000 |
| Темпы прироста населения..... | 2.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 42 |
| Мужчины..... | 41 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 165 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 85 |
| Показатель..... | 43.4 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 76.1% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 620 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 16 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 940 000 [480 000 – 1 400 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 14.1 [6.9 – 21.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 850 000 [440 000 – 1 300 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 500 000 [220 000 – 800 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 78 000 [38 000 – 120 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|-----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 91 000 [28 000 – 190 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | 550 000 [310 000 – 780 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 8 704 000 |
|---|----------------|

Национальные программы

| | |
|--|-------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | 2.3% ¹ |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 20.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | 81.0% |
| ■ несироты..... | 87.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | 23.5% |
| Мужчины..... | 36.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | 13.9% |
| Мужчины..... | 62.1% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | 35.0% |
| Мужчины..... | 47.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



МАЛАЙЗИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 25 347 000 |
| Темпы прироста населения..... | 1.9% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 74 |
| Мужчины..... | 69 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 61 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 16 |
| Показатель..... | 8.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 9.3% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 9630 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 218 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 69 000 [33 000 – 220 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.5 [0.2 – 1.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 67 000 [32 000 – 220 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 17 000 [7300 – 57 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 4000 [2100 – 7200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | 6.1% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

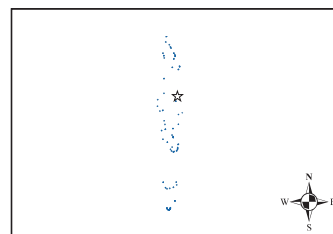
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Нет |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 27.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 4.0% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | 10.0% ² |



МАЛЬДИВСКИЕ ОСТРОВА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 329 000 |
| Темпы прироста населения | 2.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 68 |
| Мужчины..... | 66 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 96 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 37 |
| Показатель..... | 16.6 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | – |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 324 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | – |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | – |
| Число смертей в результате СПИДа..... | – |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты | – |
| ■ Посещаемость школы> несироты | – |

Знания и поведение

| | | |
|---|---|--------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | | |
| Женщины | – | Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | | |
| Женщины | – | Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | | |
| Женщины | – | Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | | |
| Женщины | – | Мужчины..... |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

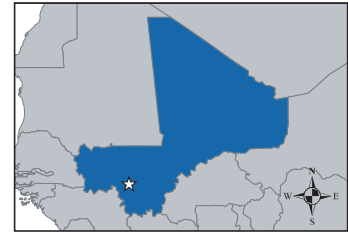
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 0.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



МАЛИ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 13 518 000 |
| Темпы прироста населения | 3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 47 |
| Мужчины..... | 44 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 174 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 101 |
| Показатель..... | 60.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 90.6% |
| Валовой национальный доход на человека | 980 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 22 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 130 000 [96 000 – 160 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.7 [1.3 – 2.1%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 110 000 [86 000 – 140 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 66 000 [51 000 – 81 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 11 000 [7400 – 16 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 16 000 [6000 – 32 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 94 000 [70 000 – 120 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 3 500 000 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 0.8% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 32.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | 39.0% |
| ■ Посещаемость школы > несироты | 37.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | 9.0% |
| Мужчины..... | 15.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 18.0% |
| Мужчины..... | 85.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 26.0% ¹ |
| Мужчины..... | 10.6% ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 14.0% |
| Мужчины..... | 30.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

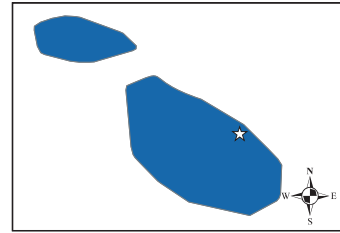
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 45.3% ³ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



МАЛЬТА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 402 000 |
| Темпы прироста населения | 0.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 81 |
| Мужчины..... | 76 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 32 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | — |
| Показатель | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день | — |
| Валовой национальный доход на человека | 18 720 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1150 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <500 [<1000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | <500 [<1000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | — |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | — |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | — |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты | — |
| несироты | — |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

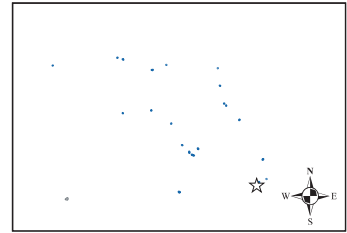
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | — |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | — |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | — |



МАРШАЛЛОВЫ ОСТРОВА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|--------|
| Оценочная численность населения..... | 62 000 |
| Темпы прироста населения..... | 3.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 64 |
| Мужчины..... | 60 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | — |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | — |
| Показатель..... | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | — |
| Валовой национальный доход на человека..... | — |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 461 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | — |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | — |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число смертей в результате СПИДа..... | — |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | — |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | — |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | — |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | — |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

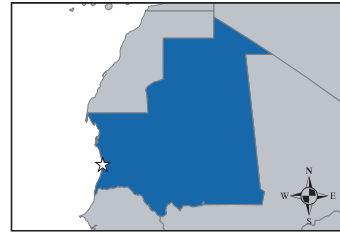
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | — |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | — |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | — |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | — |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | — |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | — |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | — |



МАВРИТАНИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 3 069 000 |
| Темпы прироста населения..... | 3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 60 |
| Мужчины..... | 55 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 152 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 79 |
| Показатель..... | 40.5 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 63.1% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 2050 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 46 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 12 000 [7300 – 23 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.7 [0.4 – 2.8%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 11 000 [6600 – 21 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 6300 [3300 – 13 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <1000 [<2000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|----------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 1100 [320 – 2600] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | 6900 [3900 – 10 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

- Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... –

Национальные программы

- Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... –
- Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... –
- Посещаемость школы > дети-сироты..... – несироты..... –

Знания и поведение

- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ
 - Женщины..... – Мужчины..... –
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев
 - Женщины..... – Мужчины..... –
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет
 - Женщины..... 13.2%¹ Мужчины..... 2.1%²
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером
 - Женщины..... – Мужчины..... –

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

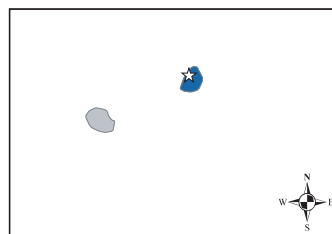
- Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... –

Разработка и реализация политики

- Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... –
- Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... –

Национальные программы

- Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... 40.0%
- Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики
 - Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... –
 - Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... –



МАВРИКИЙ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 1 245 000 |
| Темпы прироста населения..... | 1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 75 |
| Мужчины..... | 69 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 65 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 24 |
| Показатель..... | 11.4 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека..... | 11 870 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 261 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 4100 [1900 – 13 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.6 [0.3 – 1.8%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 4100 [1900 – 13 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | <1000 [310 – 2400] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | – |
| ■ Посещаемость школы > не-сироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

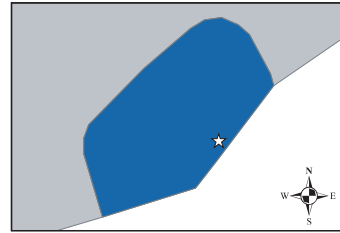
| | |
|---|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 128 341 |
|---|--------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



МОНАКО

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|--------|
| Оценочная численность населения..... | 35 000 |
| Темпы прироста населения | 1.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 85 |
| Мужчины..... | 78 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | - |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | - |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 3403 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | - |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| ■ | - |
| ■ | - |
| ■ | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

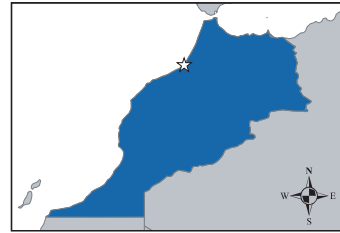
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



МОРОККО

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 31 478 000 |
| Темпы прироста населения | 1.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 73 |
| Мужчины..... | 69 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 124 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 61 |
| Показатель..... | 34.5 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 14.3% |
| Валовой национальный доход на человека | 4100 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 72 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 19 000 [12 000 – 38 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 0.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 19 000 [12 000 – 38 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 4000 [2100 – 8400] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 1300 [850 – 2000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ Посещаемость школы > не-сироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | 12.0% |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

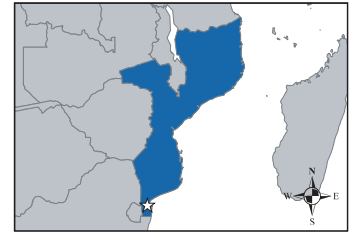
| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 1 544 444 |
|--|----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 48.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



МОЗАМБИК

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 19 792 000 |
| Темпы прироста населения | 2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 46 |
| Мужчины..... | 44 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 168 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 96 |
| Показатель..... | 49.1 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 78.4% |
| Валовой национальный доход на человека | 1160 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 28 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 1 800 000 [1 400 000 – 2 200 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 16.1 [12.5 – 20.0%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 1 600 000 [1 300 000 – 2 000 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 960 000 [590 000 – 1 300 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 140 000 [100 000 – 200 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 140 000 [57 000 – 310 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 510 000 [390 000 – 670 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 2 564 600 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | | |
|---|----------------|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 3.4% | |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 9.0% | |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | 63.0% | |
| ■ | несироты | 78.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | 20.0% |
| Мужчины..... | 33.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 37.0% |
| Мужчины..... | 84.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 27.7% ¹ |
| Мужчины..... | – ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 29.0% |
| Мужчины..... | 33.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

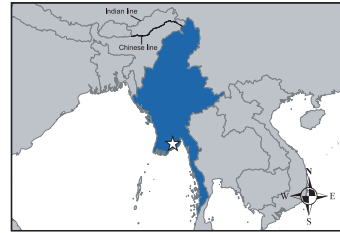
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | <0.5% ³ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 5.0% ⁴ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



МЬАНМА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 50 519 000 |
| Темпы прироста населения..... | 1.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 63 |
| Мужчины..... | 56 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 129 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 50 |
| Показатель..... | 21.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека..... | – |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 10 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 360 000 [200 000 – 570 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.3 [0.7 – 2.0%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 350 000 [200 000 – 550 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 110 000 [53 000 – 190 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 37 000 [20 000 – 62 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|-----|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 70% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

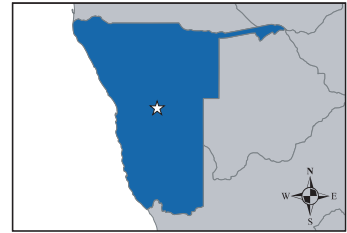
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



НАМИБИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 2 031 000 |
| Темпы прироста населения | 1.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 55 |
| Мужчины..... | 52 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 125 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 60 |
| Показатель..... | 33.0 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 55.8% |
| Валовой национальный доход на человека | 6960 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 252 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 230 000 [110 000 – 360 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 19.6 [8.6 – 31.7%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 210 000 [99 000 – 340 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 130 000 [54 000 – 220 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 17 000 [7800 – 27 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 17 000 [5800 – 40 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 85 000 [42 000 – 120 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|------------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 38 558 000 ¹ |
|--|------------------------------|

Национальные программы

| | | |
|---|----------------|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 25.0% | |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 35.0% | |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | 83.0% | |
| ■ | несироты | 90.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

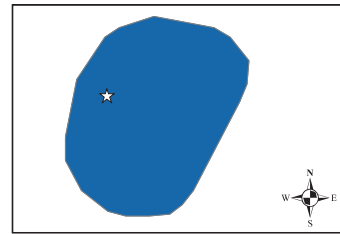
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



НАУРУ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|--------|
| Оценочная численность населения..... | 14 000 |
| Темпы прироста населения | 2.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 65 |
| Мужчины..... | 58 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | - |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | - |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 675 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | - |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Расходы | |
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

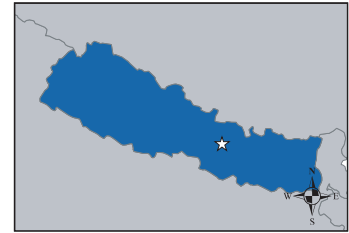
| | |
|--|---|
| Расходы | |
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



НЕПАЛ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 27 133 000 |
| Темпы прироста населения..... | 2.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 61 |
| Мужчины..... | 61 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 136 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 74 |
| Показатель..... | 38.7 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 82.5% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 1470 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 18 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 75 000 [41 000 – 180 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.5 [0.3 – 1.3%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 74 000 [40 000 – 180 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 16 000 [7500 – 40 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 5100 [2800 – 8400] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | 0.9% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | – |
| ■ Посещаемость школы > несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | 9.0% ¹ |
| Мужчины..... | 20.0% ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|---|--------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 82 000 ⁴ |
|---|--------------------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 1.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | <0.5% ³ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 35.2% ⁴ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами... .. | 5.4% ⁵ |



НИДЕРЛАНДЫ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------------|
| Оценочная численность населения..... | 16 299 000 |
| Темпы прироста населения | 0.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 81 |
| Мужчины..... | 77 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 12 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 3 ¹ |
| Показатель | 8.2 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 31 220 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1863 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 18 000 [11 000 – 29 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.2 [0.1 – 0.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 17 000 [10 000 – 29 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 5900 [3000 – 10 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты | – несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – Мужчины..... |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

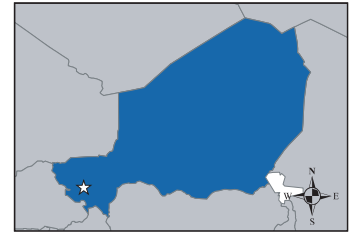
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – Женщины-работницы секс-бизнеса |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



НИГЕР

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 13 957 000 |
| Темпы прироста населения..... | 3.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 41 |
| Мужчины..... | 42 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 177 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 103 |
| Показатель..... | 64.4 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 85.3% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 830 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 16 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 79 000 [39 000 – 130 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.1 [0.5 – 1.9%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 71 000 [35 000 – 120 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 42 000 [17 000 – 75 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 7600 [3400 – 13 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|--------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 8900 [2900 – 23 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | 46 000 [20 000 – 85 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

- Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... –

Национальные программы

- Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... –
- Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... 5.0%
- Посещаемость школы > дети-сироты..... – несироты..... 45%

Знания и поведение

- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ
 - Женщины..... – Мужчины..... –
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев
 - Женщины..... – Мужчины..... –
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет
 - Женщины..... – Мужчины..... –
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером
 - Женщины..... – Мужчины..... –

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

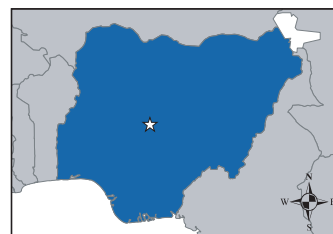
- Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... –

Разработка и реализация политики

- Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... –
- Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... –

Национальные программы

- Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... –
- Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики
 - Потребители инъекционных наркотиков..... – Женщины-работницы секс-бизнеса..... 92.0%¹
 - Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... –



НИГЕРИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------|
| Оценочная численность населения..... | 131 530 000 |
| Темпы прироста населения | 2.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 46 |
| Мужчины..... | 45 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 158 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 75 |
| Показатель | 38.8 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день | 90.8% |
| Валовой национальный доход на человека | 930 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 13 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 2 900 000 [1 700 000 – 4 200 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 3.9 [2.3 – 5.6%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 2 600 000 [1 600 000 – 3 800 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 1 600 000 [810 000 – 2 400 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | 220 000 [120 000 – 330 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|-------------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 240 000 [81 000 – 550 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 930 000 [510 000 – 1 300 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 6 522 851 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 0.2% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 7.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | 18.0% |
| Мужчины..... | 21.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 29.0% |
| Мужчины..... | 78.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 20.3% ¹ |
| Мужчины..... | 7.9% ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 24.0% |
| Мужчины..... | 46.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

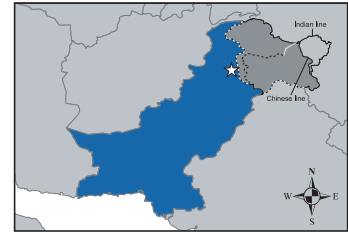
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ПАКИСТАН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------|
| Оценочная численность населения..... | 157 935 000 |
| Темпы прироста населения | 2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 63 |
| Мужчины..... | 62 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 135 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 68 |
| Показатель..... | 37.1 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 65.5% |
| Валовой национальный доход на человека | 2160 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 13 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 85 000 [46 000 – 210 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 84 000 [45 000 – 210 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 14 000 [6600 – 36 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | 3000 [1700 – 4900] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – Мужчины..... |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

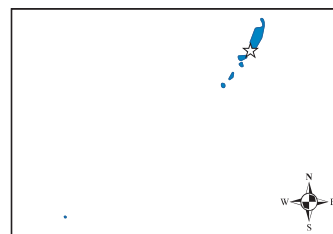
| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 2 408 277 |
|--|----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 2.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 28.4% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | 11.0% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами . | 22.0% ³ |



ПАЛАУ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|--------|
| Оценочная численность населения..... | 20 000 |
| Темпы прироста населения | 0.7% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 70 |
| Мужчины..... | 67 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | - |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | - |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 691 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | - |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| ■ | - |
| ■ | - |
| ■ | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

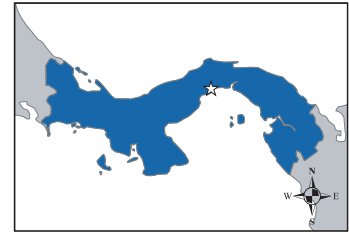
| | |
|--|-------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 48 377 |
|--|-------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 33.3% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ПАНАМА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 3 232 000 |
| Темпы прироста населения | 1.8% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 78 |
| Мужчины..... | 73 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 56 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 9 |
| Показатель..... | 7.7 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 17.6% |
| Валовой национальный доход на человека | 6870 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 368 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 17 000 [11 000 – 34 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.9 [0.5 – 3.7%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 17 000 [10 000 – 33 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 4300 [2300 – 9200] |
| Число смертей в результате СПИДа | <1000 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 0.0% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – Мужчины..... |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 9 729 957 |
|--|----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Нет |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---------------------------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 97.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – Женщины-работницы секс-бизнеса..... |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами . | 43.8% ² |



ПАПУА-НОВАЯ ГВИНЕЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 5 887 000 |
| Темпы прироста населения | 2.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 61 |
| Мужчины..... | 58 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 137 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 70 |
| Показатель..... | 40.5 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 2300 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 118 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 60 000 [32 000 – 140 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.8 [0.9 – 4.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 57 000 [31 000 – 140 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 34 000 [16 000 – 85 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 3300 [1800 – 5400] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – Мужчины..... |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

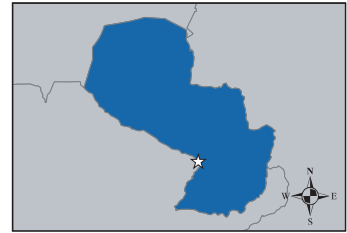
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|--|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 15.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – Женщины-работницы секс-бизнеса |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ПАРАГВАЙ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 6 158 000 |
| Темпы прироста населения..... | 2.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 74 |
| Мужчины..... | 70 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 88 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 17 |
| Показатель..... | 9.4 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 33.2% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 4870 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 95 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 13 000 [6200 – 41 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.4 [0.2 – 4.6%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 13 000 [6000 – 41 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 3500 [1500 – 12 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <500 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | 2.1% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

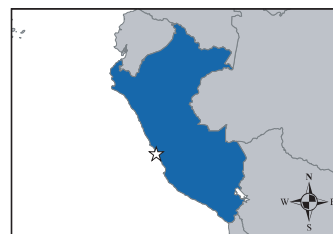
| | |
|---|---------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 721 802 ¹ |
|---|---------------------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Нет |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 29.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 10.0% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | 50.0% ³ |



ПЕРУ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 27 968 000 |
| Темпы прироста населения | 1.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 73 |
| Мужчины..... | 69 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 79 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 26 |
| Показатель..... | 12.0 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 37.7% |
| Валовой национальный доход на человека | 5370 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 112 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 93 000 [56 000 – 150 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.6 [0.3 – 1.7%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 91 000 [55 000 – 150 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 26 000 [13 000 – 45 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 5600 [3400 – 8500] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 3.5% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

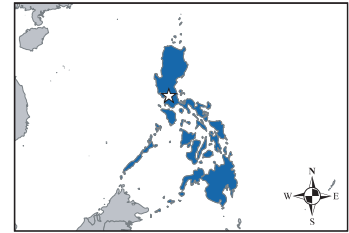
| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 4 272 035 |
|--|----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 52.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | 20.0% ¹ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами . | 22.6% ² |



ФИЛИППИНЫ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 83 054 000 |
| Темпы прироста населения | 1.8% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 72 |
| Мужчины..... | 65 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 84 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 35 |
| Показатель..... | 16.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 46.4% |
| Валовой национальный доход на человека | 4890 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 76 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 12 000 [7300 – 20 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 12 000 [7200 – 20 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 3400 [1800 – 6000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <1000 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 0.4% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – Мужчины..... |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

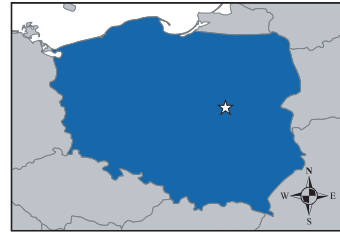
| | |
|--|---------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 605 600 ¹ |
|--|---------------------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 5.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | <0.5% ² |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 7.0% ³ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 2.0% ⁴ |



ПОЛЬША

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 38 530 000 |
| Темпы прироста населения | -0.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 79 |
| Мужчины..... | 71 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 36 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 12 640 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 521 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 25 000 [15 000 – 41 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 25 000 [15 000 – 42 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 7500 [3800 – 13 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | <1000 [<2000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| ■ | - |
| ■ | - |
| ■ | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

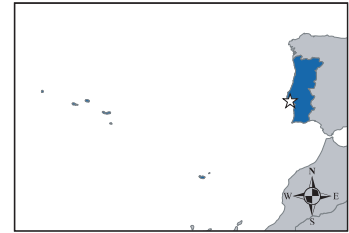
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|--------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 100.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ПОРТУГАЛИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 10 495 000 |
| Темпы прироста населения | 0.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 81 |
| Мужчины..... | 74 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 27 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 19 250 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1294 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 32 000 [19 000 – 53 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.4 [0.3 – 0.9%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 32 000 [19 000 – 53 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 1300 [670 – 2300] |
| Число смертей в результате СПИДа | <1000 [<2000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

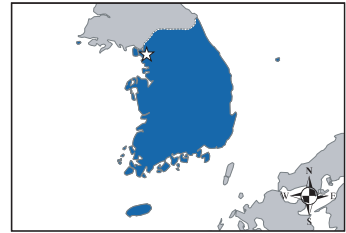
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



РЕСПУБЛИКА КОРЕЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 47 817 000 |
| Темпы прироста населения | 0.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 80 |
| Мужчины..... | 73 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 28 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | <2.0% |
| Валовой национальный доход на человека | 20 400 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 531 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 13 000 [7900 – 25 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 13 000 [7800 – 25 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 7400 [3900 – 16 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <500 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 4 206 000 |
| Темпы прироста населения | -0.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 71 |
| Мужчины..... | 64 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 115 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 1930 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 96 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 29 000 [15 000 – 69 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.1 [0.6 – 2.6%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 28 000 [15 000 – 69 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 16 000 [7400 – 40 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 1400 [810 – 2400] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 23.5% Мужчины..... 34.1% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 44.0% Мужчины..... 63.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|--------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 360 000 |
|--|--------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 39.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 22.4% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | 14.1% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами . | 90.0% ³ |



РУМЫНИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 21 711 000 |
| Темпы прироста населения | -0.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 76 |
| Мужчины..... | 68 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 64 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | — |
| Показатель..... | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | — |
| Валовой национальный доход на человека | 8190 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 340 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 7000 [3400 – 22 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1% [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | — |
| Число смертей в результате СПИДа | — |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|-------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 0.2% ¹ |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | — несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | — Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | — Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | — Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | — Мужчины..... |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 42 654 000 |
|--|-----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 100.0% ² |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 9.3% ³ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 3.6% ⁴ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 3.1% ⁵ |



РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------|
| Оценочная численность населения..... | 143 202 000 |
| Темпы прироста населения | -0.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 72 |
| Мужчины..... | 59 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 62 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 9620 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 325 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 940 000 [560 000 – 1 600 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.1 [0.7 – 1.8%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 940 000 [560 000 – 1 600 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 210 000 [110 000 – 370 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | [22 000 – 56 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 14.6% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| ■ | несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 8.2% |
| Мужчины..... | 17.2% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

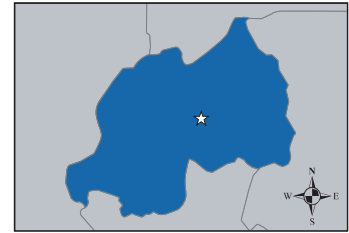
| | |
|--|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 33 430 000 |
|--|-----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Нет |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Нет |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 5.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 4.9% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | 15.6% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 1.0% ³ |



РУАНДА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 9 038 000 |
| Темпы прироста населения | 2.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 47 |
| Мужчины..... | 44 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 159 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 69 |
| Показатель..... | 37.7 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 83.7% |
| Валовой национальный доход на человека | 1300 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 14 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 190 000 [180 000 – 210 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 3.1 [2.9 – 3.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 160 000 [160 000 – 170 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 91 000 [86 000 – 95 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 21 000 [13 000 – 26 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 27 000 [11 000 – 53 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 210 000 [170 000 – 260 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 1 705 474 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | | |
|---|----------------|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 9.4% | |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 39.0% | |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | 64.0% | |
| ■ | несироты | 80.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 28.0% |
| Мужчины..... | 41.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

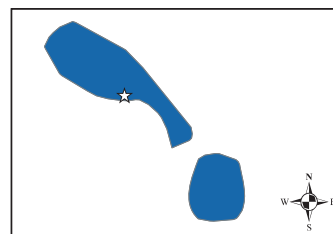
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



СЕНТ-КИТС И НЕВИС

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|--------|
| Оценочная численность населения..... | 43 000 |
| Темпы прироста населения | 1.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 72 |
| Мужчины..... | 69 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 49 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 11 190 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 427 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | - |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| ■ | - |
| ■ | - |
| ■ | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

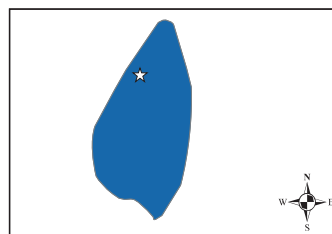
| | |
|--|---------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 347 500 ¹ |
|--|---------------------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



СЕНТ-ЛЮСИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 161 000 |
| Темпы прироста населения | 0.8% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 77 |
| Мужчины..... | 71 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 76 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 12 |
| Показатель..... | 8.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 5560 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 200 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | – |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | – |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | – |
| Число смертей в результате СПИДа..... | – |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 20.0% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ Посещаемость школы > не-сироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

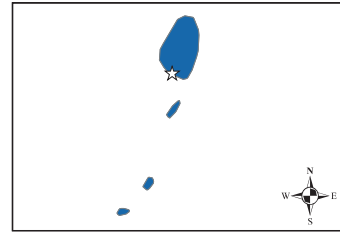
| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 2 164 444 |
|--|----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Нет |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 80.6% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



СЕНТ-ВИНСЕНТ И ГРЕНАДИНЫ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 119 000 |
| Темпы прироста населения | 0.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 73 |
| Мужчины..... | 66 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 87 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 6250 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 259 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | - |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 61.6% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| ■ | несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 37.0% |
| Мужчины..... | 63.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

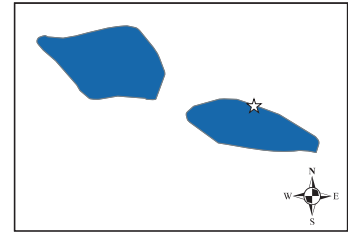
| | |
|--|---------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 461 914 ¹ |
|--|---------------------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 100.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



САМОА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 185 000 |
| Темпы прироста населения | 0.8% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 70 |
| Мужчины..... | 66 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 74 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 5670 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 165 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | - |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

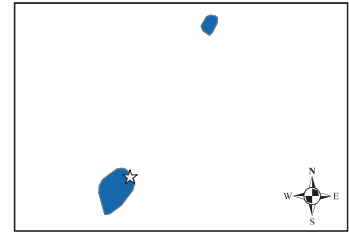
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



САН-ТОМЕ И ПРИНСИПИ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 157 000 |
| Темпы прироста населения..... | 2.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 60 |
| Мужчины..... | 57 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 126 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | — |
| Показатель..... | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | — |
| Валовой национальный доход на человека..... | — |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 78 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | — |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | — |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число смертей в результате СПИДа..... | — |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | — |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | — |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | — |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | 81.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | — |
| Мужчины..... | — |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | — |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | — |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | — |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | — |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | — |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | — |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | — |



СЕНЕГАЛ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 11 658 000 |
| Темпы прироста населения | 2.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 57 |
| Мужчины..... | 54 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 157 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 87 |
| Показатель..... | 44.2 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 67.8% |
| Валовой национальный доход на человека | 1720 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 24 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 61 000 [29 000 – 100 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.9 [0.4 – 1.5%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 56 000 [26 000 – 92 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 33 000 [14 000 – 58 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 5200 [2500 – 8600] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 5000 [1700 – 12 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 25 000 [14 000 – 39 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 11 921 236 |
|--|-----------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 1.4% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 47.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | 40.0% |
| ■ Посещаемость школы > несироты | 54.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | 34.0% |
| Мужчины..... | 54.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

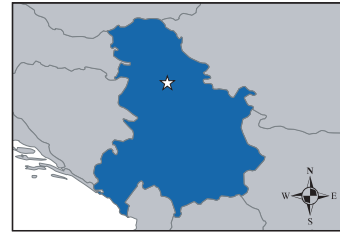
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



СЕРБИЯ И ЧЕРНОГОРИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 10 503 000 |
| Темпы прироста населения | -0.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 75 |
| Мужчины..... | 70 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | - |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | - |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 282 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 10 000 [6000 – 17 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.2 [0.1 – 0.3%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 10 000 [6000 – 17 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 2000 [1000 – 3500] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| ■ | - |
| ■ | - |
| ■ | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|-----------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 6 697 551 ¹ |
|--|-----------------------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



СЕЙШЕЛЬСКИЕ ОСТРОВА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|--------|
| Оценочная численность населения..... | 81 000 |
| Темпы прироста населения | 0.9% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 77 |
| Мужчины..... | 67 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 51 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | — |
| Показатель..... | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | — |
| Валовой национальный доход на человека | 15 590 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 439 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | — |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | — |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | — |
| Число смертей в результате СПИДа..... | — |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 97.7% ¹ |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | — |
| ■ | — |
| ■ | — |
| ■ | — |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

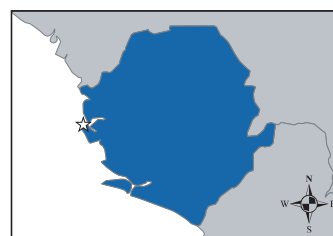
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | — |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | — |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | — |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | — |



СЬЕРРА-ЛЕОНЕ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 5 525 000 |
| Темпы прироста населения | 4.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 40 |
| Мужчины..... | 37 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 176 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 98 |
| Показатель..... | 54.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 74.5% |
| Валовой национальный доход на человека | 790 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 20 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 48 000 [27 000 – 73 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.6 [0.9 – 2.4%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 43 000 [25 000 – 66 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 26 000 [15 000 – 39 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 4600 [2600 – 7500] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 5200 [1800 – 12 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 31 000 [19 000 – 49 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | | |
|---|----------------|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – | |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 2.0% | |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | 35.0% | |
| ■ | несироты | 50.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

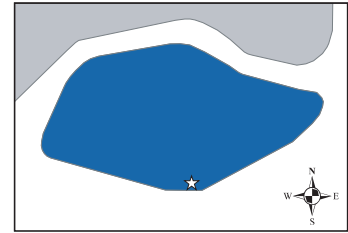
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



СИНГАПУР

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 4 326 000 |
| Темпы прироста населения | 1.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 82 |
| Мужчины..... | 77 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 25 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 6 |
| Показатель..... | 6.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 26 590 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 417 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 5500 [3100 – 14 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.3 [0.2 – 0.7%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 5500 [3000 – 14 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 1500 [700 – 3700] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| – несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



С Л О В А К И Я

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 5 401 000 |
| Темпы прироста населения | 0% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 77 |
| Мужчины..... | 70 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 42 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 14 370 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 687 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | <500 [<1000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | <0.1 [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | <500 [<1000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Расходы | |
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

| | |
|--|---|
| Расходы | |
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



СОЛОМОНОВЫ ОСТРОВА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 478 000 |
| Темпы прироста населения | 2.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 70 |
| Мужчины..... | 66 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 128 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | 1760 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 81 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | - |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Расходы | |
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

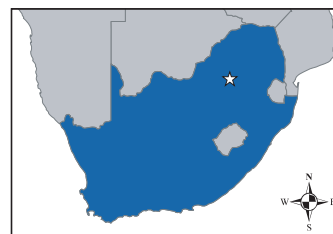
| | |
|--|---|
| Расходы | |
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ЮЖНАЯ АФРИКА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 47 432 000 |
| Темпы прироста населения | 0.8% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 49 |
| Мужчины..... | 47 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 120 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 56 |
| Показатель | 30.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 34.1% |
| Валовой национальный доход на человека | 10 960 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 258 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 5 500 000 [4 900 000 – 6 100 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 18.8 [16.8 – 20.7%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 5 300 000 [4 800 000 – 5 800 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 3 100 000 [2 800 000 – 3 400 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | 320 000 [270 000 – 380 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---------------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 240 000 [93 000 – 500 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 1 200 000 [970 000 – 1 400 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|-------------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 446 461 994 ¹ |
|--|-------------------------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 14.6% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 21.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ИСПАНИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------------|
| Оценочная численность населения..... | 43 064 000 |
| Темпы прироста населения | 1.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 83 |
| Мужчины..... | 77 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 21 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 11 ¹ |
| Показатель..... | 11.6 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 25 070 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 1321 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 140 000 [84 000 – 230 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.6 [0.4 – 1.0%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 140 000 [84 000 – 230 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 32 000 [16 000 – 57 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 2000 [<3000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------------------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – несироты |

Знания и поведение

| | |
|---|----------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – Мужчины..... |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – Мужчины..... |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---------------------------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – Женщины-работницы секс-бизнеса..... |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



СУДАН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 36 233 000 |
| Темпы прироста населения | 1.9% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 60 |
| Мужчины..... | 56 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 141 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 59 |
| Показатель..... | 32.4 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 1870 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 23 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 350 000 [170 000 – 580 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.6 [0.8 – 2.7%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 320 000 [160 000 – 530 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 180 000 [80 000 – 320 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 34 000 [18 000 – 58 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 30 000 [12 000 – 74 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 0.0% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 1.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

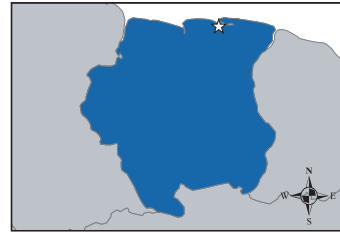
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



СУРИНАМ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 449 000 |
| Темпы прироста населения | 0.7% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 70 |
| Мужчины..... | 65 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 86 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 23 |
| Показатель | 10.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | – |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 142 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 5200 [2800 – 8100] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.9 [1.1 – 3.1%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 5100 [2800 – 8000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 1400 [690 – 2400] |
| Число смертей в результате СПИДа | <500 [<1000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|-------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | <100 [<200] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 55.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ Посещаемость школы > не-сироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

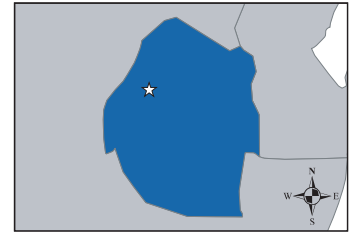
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



СВАЗИЛЕНД

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 1 032 000 |
| Темпы прироста населения | 0.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 39 |
| Мужчины..... | 36 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 147 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 97 |
| Показатель..... | 52.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 4970 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 185 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 220 000 [150 000 – 290 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 33.4 [21.2 – 45.3%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 210 000 [140 000 – 270 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 120 000 [70 000 – 180 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 16 000 [10 000 – 23 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|--------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 15 000 [5500 – 32 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 63 000 [45 000 – 77 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 3 960 517 |
|--|----------------|

Национальные программы

| | | |
|---|----------------|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 11.9% | |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 31.0% | |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | 79.0% | |
| ■ | несироты | 87.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

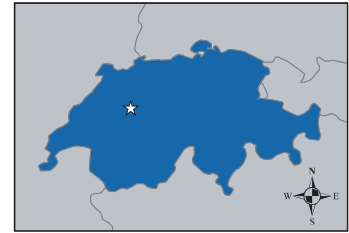
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ШВЕЙЦАРИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------------|
| Оценочная численность населения..... | 7 252 000 |
| Темпы прироста населения | 0.2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 83 |
| Мужчины..... | 78 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 7 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 7 ¹ |
| Показатель | 11.0 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 35 370 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 2209 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 17 000 [9900 – 27 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.4 [0.3 – 0.8%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 16 000 [9900 – 27 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 5900 [3000 – 10 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

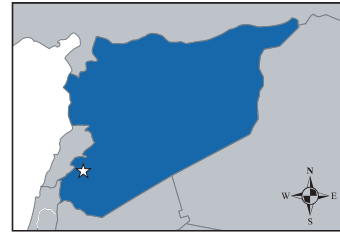
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



СИРИЙСКАЯ АРАБСКАЯ РЕСПУБЛИКА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 19 043 000 |
| Темпы прироста населения | 2.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 74 |
| Мужчины..... | 70 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 106 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 29 |
| Показатель | 13.8 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 3550 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 56 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | – |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | – |
| Число смертей в результате СПИДа | – |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Расходы | |
| Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| Посещаемость школы > не-сироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

| | |
|--|---|
| Расходы | |
| Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|------|
| Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 9.0% |
| Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ТАИЛАНД

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 64 233 000 |
| Темпы прироста населения | 0.9% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 73 |
| Мужчины..... | 67 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 73 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 28 |
| Показатель | 12.8 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 32.5% |
| Валовой национальный доход на человека | 8020 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 160 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 580 000 [330 000 – 920 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.4 [0.7 – 2.1%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 560 000 [320 000 – 900 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 220 000 [100 000 – 370 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | 21 000 [14 000 – 42 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 16 000 [5400 – 38 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|------------------------------|
| Расходы | |
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 92 821 968 ¹ |

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 30.6% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 60.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 6.6% |
| Мужчины..... | 10.9% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

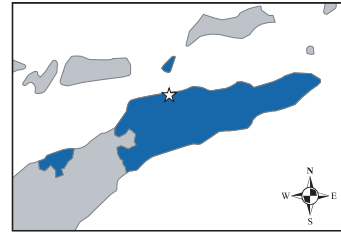
| | |
|--|---|
| Расходы | |
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ТИМОР-ЛЕШТИ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 947 000 |
| Темпы прироста населения | 5.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 66 |
| Мужчины..... | 61 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 140 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека | - |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 95 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

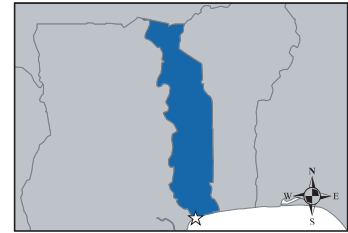
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



ТОГО

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 6 145 000 |
| Темпы прироста населения | 2.7% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 56 |
| Мужчины..... | 52 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 143 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 76 |
| Показатель..... | 39.5 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 1690 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 15 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 110 000 [65 000 – 160 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 3.2 [1.9 – 4.7%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 100 000 [60 000 – 150 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 61 000 [31 000 – 95 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 9100 [5000 – 14 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 9700 [3700 – 22 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 88 000 [51 000 – 130 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 587 123 ¹ |
|--|---------------------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 1.8% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 27.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | 74.0% |
| ■ Посещаемость школы > несироты | 78.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

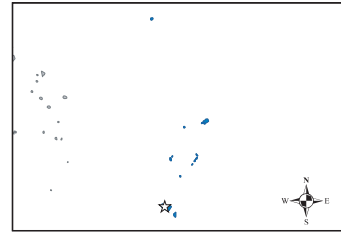
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 30.0% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ТОНГА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 102 000 |
| Темпы прироста населения..... | 0.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 70 |
| Мужчины..... | 71 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 54 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | - |
| Показатель..... | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | - |
| Валовой национальный доход на человека..... | 7220 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 255 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | - |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | - |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | - |
| несироты..... | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | - |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | - |



ТУНИС

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 10 102 000 |
| Темпы прироста населения..... | 1.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 74 |
| Мужчины..... | 70 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 89 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 43 |
| Показатель..... | 18.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 6.6% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 7310 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 187 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 8700 [4700 – 21 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.1 [0.1 – 0.3%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 8600 [4600 – 21 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 1900 [860 – 4700] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <100 [<200] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

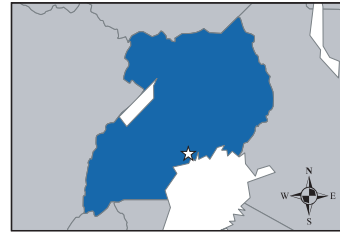
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 34.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 2.0% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 20.0% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 5.0% ³ |



УГАНДА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 28 816 000 |
| Темпы прироста населения | 3.4% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 51 |
| Мужчины..... | 48 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 144 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 66 |
| Показатель..... | 36.0 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 1520 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 23 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 1 000 000 [850 000 – 1 200 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 6.7 [5.7 – 7.6%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 900 000 [780 000 – 1 000 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 520 000 [450 000 – 590 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 91 000 [54 000 – 130 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---------------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 110 000 [39 000 – 200 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 1 000 000 [870 000 – 1 300 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 18 778 886 |
|--|-----------------|

Национальные программы

| | |
|---|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 12.0% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 56.0% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | 88.0% |
| ■ Посещаемость школы > несироты | 93.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 26.0% |
| Мужчины..... | 74.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 12.2% ¹ |
| Мужчины..... | 16.3% ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 53.0% |
| Мужчины..... | 55.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

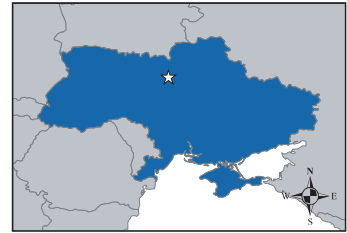
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 10.0% ³ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



УКРАИНА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 46 481 000 |
| Темпы прироста населения | -1.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 73 |
| Мужчины..... | 62 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 78 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | — |
| Показатель..... | — |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | — |
| Валовой национальный доход на человека | 6250 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 201 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 410 000 [250 000 – 680 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 1.4 [0.8 – 4.3%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 410 000 [250 000 – 680 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 200 000 [100 000 – 350 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | 22 000 [13 000 – 33 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | — |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | — |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | — |
|--|---|

Национальные программы

| | | |
|---|----------------|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 31.8% | |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | — | |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | — | |
| ■ | несироты | — |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | — |
| Мужчины..... | — |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 65.1% |
| Мужчины..... | 73.2% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 3 935 259 |
|--|----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|-----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Нет |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 7.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | 38.4% ¹ |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | 33.7% ² |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 5.0% ³ |



ОБЪЕДИНЕННЫЕ АРАБСКИЕ ЭМИРАТЫ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-----------|
| Оценочная численность населения..... | 4 496 000 |
| Темпы прироста населения | 6.5% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 79 |
| Мужчины..... | 76 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 41 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | - |
| Показатель | - |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день | - |
| Валовой национальный доход на человека | 21 000 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 465 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Посещаемость школы> дети-сироты | - |
| несироты | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

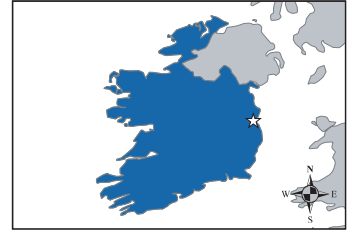
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | - |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | - |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | - |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | - |



СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО ВЕЛИКОБРИТАНИИ И СЕВЕРНОЙ ИРЛАНДИИ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------------|
| Оценочная численность населения..... | 59 668 000 |
| Темпы прироста населения | 0.3% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 81 |
| Мужчины..... | 76 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 15 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 15 ¹ |
| Показатель | 14.8 ² |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 31 460 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 2047 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|--|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 68 000 [41 000 – 110 000] ³ |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.2 [0.1 – 0.4%] ⁴ |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 67 000 [40 000 – 110 000] ⁵ |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 21 000 [11 000 – 37 000] ⁶ |
| Число смертей в результате СПИДа..... | <1000 [<2000] ⁷ |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|----------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – ⁸ |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – ⁹ |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ Посещаемость школы > не-сироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ОБЪЕДИНЕННАЯ РЕСПУБЛИКА ТАНЗАНИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 38 329 000 |
| Темпы прироста населения..... | 2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 49 |
| Мужчины..... | 47 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 164 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 65 |
| Показатель..... | 35.8 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 59.7% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 660 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 16 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 1 400 000 [1 300 000 – 1 600 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 6.5 [5.8 – 7.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 1 300 000 [1 200 000 – 1 400 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 710 000 [640 000 – 780 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 140 000 [110 000 – 180 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---------------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 110 000 [43 000 – 210 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | 1 100 000 [910 000 – 1 200 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | US\$ 45 000 000 |
|---|-----------------|

Национальные программы

| | |
|--|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 70% |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... | 73.0% |
| несироты..... | 90.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | 44.0% |
| Мужчины..... | 49.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | 36.0% |
| Мужчины..... | 81.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | 10.1% ¹ |
| Мужчины..... | 10.7% ² |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | 42.0% |
| Мужчины..... | 47.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

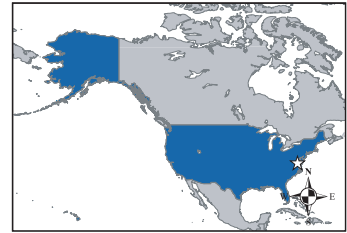
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | – |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | – |



СОЕДИНЕННЫЕ ШТАТЫ АМЕРИКИ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|-------------|
| Оценочная численность населения..... | 298 213 000 |
| Темпы прироста населения | 1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 80 |
| Мужчины..... | 75 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 10 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | – |
| Показатель..... | – |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 39 710 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 2548 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 1 200 000 [720 000 – 2 000 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.6 [0.4 – 1.0%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 1 200 000 [720 000 – 2 000 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 300 000 [150 000 – 530 000] |
| Число смертей в результате СПИДа..... | 16 000 [9600 – 24 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

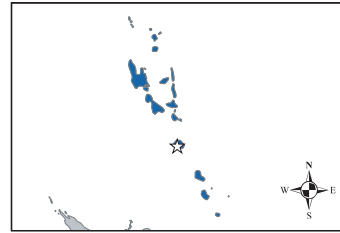
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 70.1% ¹ |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ВАНУАТУ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|---------|
| Оценочная численность населения..... | 211 000 |
| Темпы прироста населения | 2% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 69 |
| Мужчины..... | 67 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 118 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 52 |
| Показатель..... | 24.7 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | – |
| Валовой национальный доход на человека | 2790 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 81 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | – |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | – |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | – |
| Число смертей в результате СПИДа..... | – |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | – |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ Посещаемость школы > несироты | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

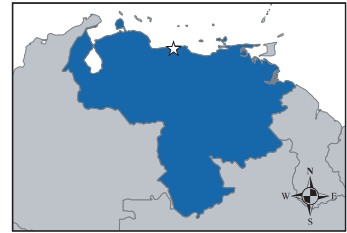
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ВЕНЕСУЭЛА

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 26 749 000 |
| Темпы прироста населения | 1.8% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 77 |
| Мужчины..... | 72 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 75 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 14 |
| Показатель..... | 8.8 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 32.0% |
| Валовой национальный доход на человека | 5760 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 102 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|----------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 110 000 [54 000 – 350 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 0.7 [0.3 – 8.9%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 110 000 [52 000 – 350 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 31 000 [13 000 – 100 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | 6100 [3100 – 11 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | – |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | – |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 4.2% |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | – |
| ■ | – |
| ■ | – |
| ■ | – |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | – |
| Мужчины..... | – |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

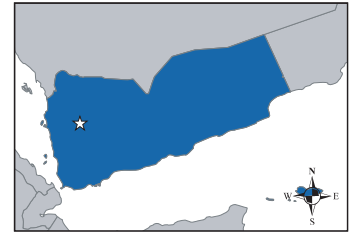
| | |
|--|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 28 244 688 |
|--|-----------------|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 84.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 30.0% ¹ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами ... | 1.0% ² |



ЙЕМЕН

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 20 975 000 |
| Темпы прироста населения..... | 3.1% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины..... | 61 |
| Мужчины..... | 57 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 151 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место..... | 77 |
| Показатель..... | 40.3 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 45.2% |
| Валовой национальный доход на человека..... | 820 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 37 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|---------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | - |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | [<0.2%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число смертей в результате СПИДа..... | - |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|--|---|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | - |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа..... | - |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | - |
|---|---|

Национальные программы

| | |
|--|---|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку..... | - |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | - |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты..... несироты..... | - |

Знания и поведение

| | |
|---|---|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины..... | - |
| Мужчины..... | - |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

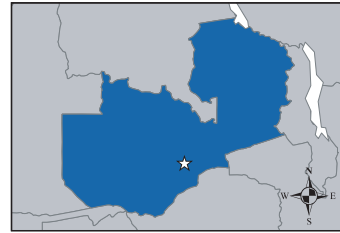
| | |
|---|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников..... | - |
|---|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|---|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | - |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск..... | - |

Национальные программы

| | |
|---|------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение..... | 0.0% |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | - |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | - |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами..... | - |



ЗАМБИЯ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 11 668 000 |
| Темпы прироста населения | 1.7% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 40 |
| Мужчины..... | 40 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 166 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 90 |
| Показатель | 46.4 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 87.4% |
| Валовой национальный доход на человека | 890 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 26 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 1 100 000 [1 100 000 – 1 200 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 17.0 [15.9 – 18.1%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 1 000 000 [950 000 – 1 100 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 570 000 [540 000 – 610 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | 98 000 [77 000 – 120 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|-----------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 130 000 [53 000 – 250 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 710 000 [630 000 – 830 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|------------------------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 32 000 000 ¹ |
|--|------------------------------|

Национальные программы

| | | |
|---|----------------|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 4.0% | |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 27.0% | |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | 73.0% | |
| ■ | несироты | 78.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | 31.0% |
| Мужчины..... | 33.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 30.0% |
| Мужчины..... | 86.0% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 17.5% ² |
| Мужчины..... | – ³ |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 35.0% |
| Мужчины..... | 40.0% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

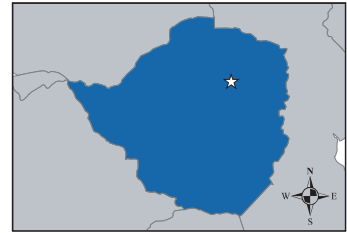
| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|----|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | Да |

Национальные программы

| | |
|---|---|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса | – |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |



ЗИМБАБВЕ

I. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

| | |
|--|------------|
| Оценочная численность населения..... | 13 010 000 |
| Темпы прироста населения | 0.6% |
| Вероятная продолжительность жизни при рождении | |
| Женщины | 34 |
| Мужчины..... | 37 |
| Индекс развития человеческого потенциала..... | 145 |
| Индекс нищеты населения | |
| Место | 89 |
| Показатель..... | 45.9 |
| Процент людей, живущих менее чем на 2 доллара США в день..... | 83.0% |
| Валовой национальный доход на человека | 2180 |
| Государственные расходы системы здравоохранения на человека..... | 47 |

II. ОЦЕНКИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

| | |
|---|-----------------------------------|
| Число людей, живущих с ВИЧ..... | 1 700 000 [1 100 000 – 2 200 000] |
| Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в возрастной группе 15–49 лет..... | 20.1 [13.3 – 27.6%] |
| Число взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ..... | 1 500 000 [1 000 000 – 2 000 000] |
| Число женщин в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ | 890 000 [520 000 – 1 300 000] |
| Число смертей в результате СПИДа | 180 000 [120 000 – 250 000] |

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

| | |
|---|---------------------------------|
| Число детей в возрасте от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ..... | 160 000 [54 000 – 340 000] |
| Число детей в возрасте от 0 до 17 лет, осиротевших в результате СПИДа | 1 100 000 [780 000 – 1 300 000] |

III. ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПРОГРЕСС, ДОСТИГНУТЫЙ СТРАНОЙ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ

Расходы

| | |
|--|-----------------|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | US\$ 12 052 578 |
|--|-----------------|

Национальные программы

| | | |
|---|----------------|-------|
| ■ Процент беременных женщин, получающих лечение для снижения передачи ВИЧ от матери ребенку | 4.4% | |
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | 8.0% | |
| ■ Посещаемость школы > дети-сироты | 90.0% | |
| ■ | несироты | 92.0% |

Знания и поведение

| | |
|---|-------|
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно назвавших способы профилактики ВИЧ | |
| Женщины | 54.1% |
| Мужчины..... | 56.3% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели контакты со случайными партнерами в последние 12 месяцев | |
| Женщины | 23.3% |
| Мужчины..... | 78.6% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| Женщины | 8.1% |
| Мужчины..... | 8.5% |
| ■ Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые пользовались презервативом во время последнего полового контакта со случайным партнером | |
| Женщины | 42.6% |
| Мужчины..... | 56.5% |

КОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ ЭПИДЕМИИ/ЭПИДЕМИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Расходы

| | |
|--|---|
| ■ Национальные средства, расходуемые правительством из внутренних источников | – |
|--|---|

Разработка и реализация политики

| | |
|--|---|
| ■ Политика в области информации, просвещения, коммуникации и профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |
| ■ Политика расширения доступа к важнейшим товарам профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск | – |

Национальные программы

| | |
|---|--------------------|
| ■ Процент ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин, получающих антиретровирусное лечение | – |
| ■ Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики | |
| Потребители инъекционных наркотиков..... | – |
| Женщины-работницы секс-бизнеса..... | 40.0% ¹ |
| Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | – |

ПРИМЕЧАНИЯ

Албания

- 1 Процент потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), получающих услуги по снижению вреда

Алжир

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Аргентина

- 1 Процент потребителей инъекционных наркотиков, получающих услуги по снижению вреда
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Армения

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Австралия

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Австрия

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Азербайджан

- 1 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Бангладеш

- 1 Процент потребителей инъекционных наркотиков, получающих услуги по снижению вреда
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих

программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем для женщин-работниц секс-бизнеса.

Барбадос

- 1 Данные за 2004 год.

Беларусь

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Бельгия

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Бенин

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 3 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Боливия

- 1 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Бразилия

- 1 Данные за 2004 год.

Буркина-Фасо

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 3 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Бурунди

- 1 Доклады стран включали оценки за несколько лет. Для разбивки этих данных по годам необходима дальнейшая работа.
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Камбоджа

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Процент потребителей инъекционных наркотиков, получающих услуги по снижению вреда
- 3 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 4 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Камерун

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 3 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Канада

- 1 Это предварительные оценки. Окончательные оценки за 2005 год будут подготовлены в середине 2006 года.
- 2 Это предварительные оценки. Окончательные оценки за 2005 год будут подготовлены в середине 2006 года.
- 3 Это предварительные оценки. Окончательные оценки за 2005 год будут подготовлены в середине 2006 года.
- 4 Это предварительные оценки. Окончательные оценки за 2005 год будут подготовлены в середине 2006 года.
- 5 Страны-члены ОЭСР, ВЕ и СНГ
- 6 Страны-члены ОЭСР, ВЕ и СНГ
- 7 Это предварительные оценки. Окончательные оценки за 2005 год будут подготовлены в середине 2006 года.
- 8 Это предварительные оценки. Окончательные оценки за 2005 год будут подготовлены в середине 2006 года.
- 9 Это предварительные оценки. Окончательные оценки за 2005 год будут подготовлены в середине 2006 года.

Чад

- 1 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 3 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Китай

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Колумбия

- 1 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Конго

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Кот-д'Ивуар

- 1 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Хорватия

- 1 На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались.
- 2 Процент потребителей инъекционных наркотиков, получающих услуги по снижению вреда

Чешская Республика

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Дания

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Доминика

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.

Доминиканская Республика

- 1 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 4 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Эквадор

- 1 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 4 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Сальвадор

- 1 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Эритрея

- 1 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Эфиопия

- 1 В начале 2006 года в Эфиопии появились важные новые данные национального обследования на базе общин. В то время, когда материалы данного доклада были направлены в печать, эти новые данные были проанализированы только частично. В результате этого, оценки по Эфиопии в данном докладе следует считать предварительными. ЮНЭЙДС и ВОЗ в ближайшее время разместят новые оценки на основе всестороннего анализа всех данных на своих вебсайтах.
- 2 В начале 2006 года в Эфиопии появились важные новые данные национального обследования на базе общин. В то время, когда материалы данного доклада были направлены в печать, эти новые данные были проанализированы только частично. В результате этого, оценки по Эфиопии в данном докладе следует считать предварительными. ЮНЭЙДС и ВОЗ в ближайшее время разместят новые оценки на основе всестороннего анализа всех данных на своих вебсайтах.
- 3 В начале 2006 года в Эфиопии появились важные новые данные национального обследования на базе общин. В то время, когда материалы данного доклада были направлены в печать, эти новые данные были проанализированы только частично. В результате этого, оценки по Эфиопии в данном докладе следует считать предварительными. ЮНЭЙДС и ВОЗ в ближайшее время разместят новые оценки на основе всестороннего анализа всех данных на своих вебсайтах.
- 4 В начале 2006 года в Эфиопии появились важные новые данные национального обследования на базе общин. В то время, когда материалы данного доклада были направлены в печать, эти новые данные были проанализированы только частично. В результате этого, оценки по Эфиопии в данном докладе следует считать предварительными. ЮНЭЙДС и ВОЗ в ближайшее время разместят новые оценки на основе всестороннего анализа всех данных на своих вебсайтах.
- 5 В начале 2006 года в Эфиопии появились важные новые данные национального обследования на базе общин. В то время, когда материалы данного доклада были направлены в печать, эти новые данные были проанализированы только частично. В результате этого, оценки по Эфиопии в данном докладе следует считать предварительными. ЮНЭЙДС и ВОЗ в ближайшее время разместят новые оценки на основе всестороннего анализа всех данных на своих вебсайтах.
- 6 В начале 2006 года в Эфиопии появились важные новые данные национального обследования на базе общин. В то время, когда материалы данного доклада были направлены в печать, эти новые данные были проанализированы только частично. В результате этого, оценки по Эфиопии в данном докладе следует считать предварительными. ЮНЭЙДС и ВОЗ в ближайшее время разместят новые оценки на основе всестороннего анализа всех данных на своих вебсайтах.
- 7 В начале 2006 года в Эфиопии появились важные новые данные национального обследования на базе общин. В то время, когда материалы данного доклада были направлены в печать, эти новые данные были проанализированы только частично. В результате этого, оценки по Эфиопии в данном докладе следует считать предварительными. ЮНЭЙДС и ВОЗ в ближайшее время разместят новые оценки на основе всестороннего анализа всех данных на своих вебсайтах.

Фиджи

- 1 Данные за 2004 год.

Финляндия

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Франция

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Грузия

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Германия

- 1 Страны-члены ОЭСР, ВЕ и СНГ
- 2 Страны-члены ОЭСР, ВЕ и СНГ

Гана

- 1 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 3 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Гватемала

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 4 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 5 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Гвинея

- 1 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Гвинея-Бисау

- 1 Доклады стран включали оценки за несколько лет. Для разбивки этих данных по годам необходима дальнейшая работа.

Гондурас

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 3 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Исландия

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Индия

- 1 Продолжается работа по подготовке более точных оценок смертности в связи со СПИДом в Индии. По данным анализа с использованием распространенности среди взрослых за последние годы и оценок параметров, основанных на международных документах, смертность в связи со СПИДом находится в указанных пределах.
- 2 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 4 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 5 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Индонезия

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем. Женщины-работницы секс-бизнеса.

Иран (Исламская Республика)

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Ирландия

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Италия

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Ямайка

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Япония

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Казахстан

- 1 Процент потребителей инъекционных наркотиков, получающих услуги по снижению вреда
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Кения

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 4 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 5 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Кыргызстан

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 4 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Лаосская Народно-Демократическая Республика

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих

программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Латвия

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Люксембург

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Мадагаскар

- 1 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Малави

- 1 Данные за 2004 год.

Малайзия

- 1 Процент потребителей инъекционных наркотиков, получающих услуги по снижению вреда
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Мали

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 3 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Мавритания

- 1 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Монголия

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Мозамбик

- 1 Процент потребителей инъекционных наркотиков, получающих услуги по снижению вреда
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 4 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Намибия

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.

Непал

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Процент потребителей инъекционных наркотиков, получающих услуги по снижению вреда
Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем. Женщины-работницы секс-бизнеса
- 4 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 5 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Нидерланды

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Новая Зеландия

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Никарагуа

- 1 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Нигер

- 1 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Нигерия

- 1 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Норвегия

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Пакистан

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем. Женщины-работницы секс-бизнеса.

Панама

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Парагвай

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Перу

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Филиппины

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Процент потребителей инъекционных наркотиков, получающих услуги по снижению вреда

- 3 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 4 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Республика Молдова

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем. Работники секс-бизнеса

Румыния

- 1 На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались.
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 4 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 5 Данные за 2003 год.

Российская Федерация

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Сент-Китс и Невис

- 1 Доклады стран включали оценки за несколько лет. Для разбивки этих данных по годам необходима дальнейшая работа.

Сент-Винсент и Гренадины

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.

Сербия и Черногория

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.

Сейшельские Острова

- 1 Данные за 2004 год.

Южная Африка

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.

Испания

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Швеция

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Швейцария

- 1 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 2 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Таджикистан

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.

Таиланд

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.

Того

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Тринидад и Тобаго

- 1 Данные за 2004 год.

Тунис

- 1 Процент потребителей инъекционных наркотиков, получающих услуги по снижению вреда
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Турция

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Уганда

- 1 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 3 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Украина

- 1 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем

Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

- 1 Эти специальные предварительные оценки за 2005 года основаны на официальных оценках Соединенного Королевства за 2004 год - официальные оценки за 2005 год будут опубликованы в конце 2006 года после анализа всех соответствующих данных эпиднадзора за 2005 год.
- 2 Эти специальные предварительные оценки за 2005 года основаны на официальных оценках Соединенного Королевства за 2004 год - официальные оценки за 2005 год будут опубликованы в конце 2006 года после анализа всех соответствующих данных эпиднадзора за 2005 год.
- 3 Эти специальные предварительные оценки за 2005 года основаны на официальных оценках Соединенного Королевства за 2004 год - официальные оценки за 2005 год будут опубликованы в конце 2006 года после анализа всех соответствующих данных эпиднадзора за 2005 год.
- 4 Эти специальные предварительные оценки за 2005 года основаны на официальных оценках Соединенного Королевства за 2004 год - официальные оценки за 2005 год будут опубликованы в конце 2006 года после анализа всех соответствующих данных эпиднадзора за 2005 год.
- 5 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 6 Страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития, Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
- 7 Эти специальные предварительные оценки за 2005 года основаны на официальных оценках Соединенного Королевства за 2004 год - официальные оценки за 2005 год будут опубликованы в конце 2006 года после анализа всех соответствующих данных эпиднадзора за 2005 год.
- 8 Эти специальные предварительные оценки за 2005 года основаны на официальных оценках Соединенного Королевства за 2004 год - официальные оценки за 2005 год будут опубликованы в конце 2006 года после анализа всех соответствующих данных эпиднадзора за 2005 год.

Объединенная Республика Танзания

- 1 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Соединенные Штаты Америки

- 1 Данные за 2003 год.

Уругвай

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.

Венесуэла

- 1 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами
- 2 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

Вьетнам

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 3 Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных хотя бы одним из следующих программных мероприятий: общинные «аутрич»-программы, включая просвещение по методу «равный-равному»; обеспечение контактов с целевыми СМИ; скрининг и/или лечение инфекций, передаваемых половым путем
- 4 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 5 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

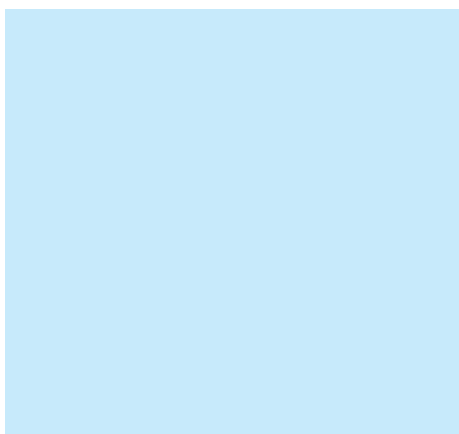
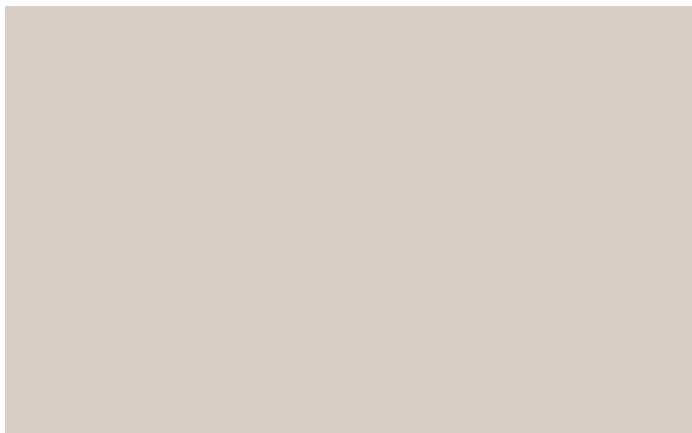
Замбия

- 1 Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.
- 2 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет
- 3 Процент лиц в возрасте 15–19 лет, начавших половую жизнь до достижения полных 15 лет

Зимбабве

- 1 Оценочный процент работников секс-бизнеса или мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, охваченных «аутрич»-услугами

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Оценки и данные в связи с ВИЧ и СПИДом за 2003 и 2005 годы



Приложение 2



ПРИЛОЖЕНИЕ 2*: ОЦЕНКИ И ДАННЫЕ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ ЗА 2005 И 2003 ГОДЫ

Оценки и данные, представленные в Приложении 2, относятся к 2005 и 2003 годам, если не указано особо. Эти оценки были получены и составлены ЮНЭЙДС/ВОЗ. Они были переданы в национальные программы по СПИДу для анализа и комментариев, однако они необязательно представляют собой официальные оценки, используемые национальными правительствами. Для стран, где данные за последний период отсутствуют, оценки для конкретных стран в таблицу не включены. Для подсчета суммарных цифр для регионов оценки для этих стран были получены на основе ранее имевшихся данных или региональных моделей.

Оценки приведены в округленных цифрах. Однако при расчете процентных показателей и суммарных региональных цифр были использованы неокругленные цифры, следовательно, могут быть незначительные расхождения между региональными и глобальными суммарными цифрами и суммарными цифрами для стран.

Общая методика и средства, использованные для получения оценок для отдельных стран в таблице, были описаны в серии статей в *Sexually Transmitted Infections* 2006; “Improved methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections” (Усовершенствованные методы и средства для получения оценок и прогнозов в связи с ВИЧ/СПИДом) 2006, 82 (Suppl) и 2004, 80 (Suppl). Оценки, полученные ЮНЭЙДС/ВОЗ, основаны

на методах и параметрах с использованием информации, представленной Референс-группой ЮНЭЙДС по оценке, моделированию и прогнозированию в связи с ВИЧ/СПИДом, см. на сайте: <http://www.epidem.org/>

В эту группу входят ведущие исследователи в области ВИЧ и СПИДа, эпидемиологии, демографии и смежных областях. Референс-группа проводит оценку последних опубликованных и неопубликованных работ, проведенных в рамках исследований в различных странах. Она также проводит анализ последних данных, касающихся эпидемий ВИЧ, и предлагает методы для повышения качества и точности оценок.

На основе предложений этой референс-группы было разработано программное обеспечение для моделирования хода

развития эпидемий ВИЧ и их воздействия. В 2005 году в странах были проведены семинары для обучения специалистов-аналитиков правилам применения этих средств. Эти изменения в процедурах и допущениях и улучшение координации со странами позволили улучшить оценки в связи с ВИЧ и СПИДом за 2005 год. Для того чтобы читатели могли оценить последние тенденции в развитии эпидемии, мы также приводим оценки за 2003 год, полученные с использованием той же методики и данных, что и при получении оценок за 2005 год.

Новые оценки в настоящем докладе представлены с указанием «вероятных предельных значений». Эти предельные значения отражают степень определенности каждой из оценок. Чем шире предельные значения, тем выше степень неопределенности оценки. Степень неопределенности зависит главным образом от типа эпидемии, качества, охвата и последовательности в применении системы эпиднадзора в стране, а также, при генерализованных эпидемиях, от того, проводилось ли обследование среди населения с тестированием на ВИЧ. Полное описание методов, использованных для разработки вероятных предельных значений, можно найти в документе *Sexually Transmitted Infections 2006*, 82 (Suppl).

Взрослые в настоящем докладе определяются как мужчины и женщины в возрасте 15 лет и старше. Это отличается от того, что было принято в предыдущих докладах, где оценки для взрослых были ограничены возрастной группой 15–49 лет. Поскольку бремя заболевания затрагивает людей старше 49 лет, а также для лучшей оценки этой потребности Референс-группа ЮНЭЙДС по оценке, моделированию и прогнозированию в связи с ВИЧ/СПИДом рекомендовала изменить отчетность, включив все возрастные группы. В то же время процентный показатель распространенности ВИЧ по-прежнему используется для взрослых в возрастной группе 15–49

лет, что позволяет проводить сравнения между странами.

Примечания к конкретным показателям, приведенным в Приложении 2

1. ОЦЕНОЧНОЕ ЧИСЛО ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ И СПИДОМ, ЗА 2005 И 2003 ГОДЫ

В эти оценки включают всех людей, инфицированных ВИЧ, за 2005 и 2003 годы, независимо от того, появились ли у них симптомы СПИДа. Для некоторых стран, где не было достаточных данных за последние шесть лет, оценки не проводились.

Взрослые и дети

Оценочное число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, в 2005 и 2003 годах. Взрослые включают людей в возрасте 15 лет и старше. Дети определяются как лица в возрасте от 0 до 14 лет.

Взрослые (15 лет и старше)

Оценочное число взрослых, живущих с ВИЧ, в 2005 и 2003 годах.

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15–49 лет)

Для расчета процентного показателя распространенности ВИЧ среди взрослых оценочное число взрослых (15–49 лет), живущих с ВИЧ в 2005 году, разделили на общее число взрослых (15–49 лет) в 2005 году; то же самое было сделано для 2003 года.

Женщины (15 лет и старше)

Оценочное число женщин (15 лет и старше), живущих с ВИЧ, в 2005 и 2003 годах.

Дети (0–14 лет)

Оценочное число детей (молочные 15 лет), живущих с ВИЧ, в 2005 и 2003 годах.

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди молодых женщин (15–24 лет) за 2005 год

Оценочное число молодых женщин (15–24 лет), живущих с ВИЧ, в 2005 году.

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди молодых мужчин (15–24 лет) за 2005 год

Оценочное число молодых мужчин (15–24 лет), живущих с ВИЧ, в 2005 году.

2. ЧИСЛО СМЕРТЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ СПИДА СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

Оценочное число взрослых и детей, умерших от СПИДа в 2005 и 2003 годах.

3. ДЕТИ, ОСИРОТЕВШИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ СПИДА

Сироты (0–17 лет), живущие в настоящее время

Оценочное число детей в возрасте от 0 до 17 лет в 2005 и 2003 годах, которые потеряли одного или обоих родителей в результате СПИДа.

Вероятные предельные значения для приведенных выше показателей

В зависимости от надежности имеющихся данных каждая оценка может иметь большую или меньшую степень неопределенности. В то время как мера неопределенности применима ко всем оценкам, в настоящем докладе вероятные предельные значения представлены для следующих оценок:

- Оценочное число взрослых (15 лет и старше) и детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ, в 2005 и 2003 годах
- Оценочное число взрослых (15 лет и старше), живущих с ВИЧ, в 2005 и 2003 годах
- Оценочное число женщин (15 лет и старше), живущих с ВИЧ, в 2005 и 2003 годах
- Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ, в 2005 и 2003 годах
- Оценочный показатель распространенности ВИЧ среди молодых женщин и мужчин (15–24 лет) в 2005 году
- Оценочное число смертей от СПИДа среди взрослых (15 лет и

старше) и детей (0–14 лет) в 2005 и 2003 годах

- Дети (0–17 лет), осиротевшие в результате СПИДа, в 2005 и 2003 годах

4. ТЕНДЕНЦИИ В ИЗМЕНЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ (%) СРЕДИ МОЛОДЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН (15–24 ЛЕТ) В СТОЛИЧНОМ ГОРОДЕ, ДОРОДОВЫХ ЖЕНСКИХ КЛИНИКАХ, ЗА 2000 ИЛИ 2001 ГОДЫ И 2004 ИЛИ 2005 ГОДЫ.

Этот показатель взят из документов специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, проведенной в 2001 году, и дает обоснованную оценку относительно последних тенденций в изменении ВИЧ-инфекций во времени в странах с генерализованными эпидемиями, развивающимися преимущественно в результате гетеросексуальных контактов. Число беременных женщин в возрасте 15–24 лет, посещающих дородовые клиники, чей результат тестирования оказался положительным, делится на число беременных женщин в возрасте 15–24 лет, прошедших тест на ВИЧ. В оценку включается медианный показатель для столичного города. По мере возможности указывается самый широкий тренд. Данные для характеристики трендов получают с указанием данных либо за 2000 или 2001 годы, либо за 2004 или 2005 годы, если таковые имеются.

5. ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ В ГРУППАХ, КОТОРЫМ ГРОЗИТ САМЫЙ ВЫСОКИЙ РИСК, В СТОЛИЧНОМ ГОРОДЕ

Эти показатели рекомендуется включать для отчетности о целевых показателях, намеченных в документах специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, проведенной в 2001 году, в странах с эпидемиями низкого уровня или концентрированными эпидемиями ВИЧ. Большую часть этих данных получают в результате проведения стандартного дозорного эпиднадзора. Для каждой из групп населения в

таблице указывается год представления самого последнего отчета и медианное значение для участков эпиднадзора в столичном городе. Указанные в таблице конкретные группы населения, которым грозит повышенный риск заражения ВИЧ, включают:

- потребителей инъекционных наркотиков
- женщин-работниц секс-бизнеса
- мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами

Данные для характеристики трендов предоставляются по мере возможности с использованием данных за 2000 или 2001 годы и данных за 2004 или 2005 годы.

*ПРИМЕЧАНИЕ: Страны, перечисленные в Приложениях, следуют алфавитному порядку английского оригинала

| I. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|---|------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|
| Взрослые и дети, 2005 | | | Взрослые и дети, 2003 | | Взрослые (15+), 2005 | |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Глобальная цифра | 38 600 000 | [31 200 000 – 49 100 000] | 36 200 000 | [29 300 000 – 45 600 000] | 36 300 000 | [29 300 000 – 46 300 000] |
| Африка к югу от Сахары | 24 500 000 | [20 600 000 – 28 600 000] | 23 500 000 | [19 800 000 – 27 400 000] | 22 400 000 | [19 000 000 – 26 100 000] |
| Ангولا | 320 000 | [200 000 – 450 000] | 300 000 | [190 000 – 430 000] | 280 000 | [180 000 – 410 000] |
| Бенин | 87 000 | [57 000 – 120 000] | 90 000 | [59 000 – 130 000] | 77 000 | [50 000 – 110 000] |
| Ботсвана | 310 000 | [270 000 – 350 000] | 290 000 | [250 000 – 340 000] | 290 000 | [250 000 – 330 000] |
| Буркина-Фасо | 150 000 | [120 000 – 190 000] | 150 000 | [110 000 – 180 000] | 140 000 | [100 000 – 160 000] |
| Бурунди | 150 000 | [130 000 – 180 000] | 140 000 | [120 000 – 170 000] | 130 000 | [110 000 – 150 000] |
| Камерун | 510 000 | [460 000 – 560 000] | 490 000 | [450 000 – 540 000] | 470 000 | [430 000 – 510 000] |
| Центрально-Африканская Республика | 250 000 | [110 000 – 390 000] | 240 000 | [110 000 – 370 000] | 230 000 | [100 000 – 350 000] |
| Чад | 180 000 | [88 000 – 300 000] | 160 000 | [79 000 – 270 000] | 160 000 | [81 000 – 270 000] |
| Коморские Острова | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] |
| Конго | 120 000 | [75 000 – 160 000] | 110 000 | [72 000 – 160 000] | 100 000 | [66 000 – 140 000] |
| Кот-д'Ивуар | 750 000 | [470 000 – 1 000 000] | 710 000 | [440 000 – 950 000] | 680 000 | [420 000 – 920 000] |
| Демократическая Республика Конго | 1 000 000 | [560 000 – 1 500 000] | 940 000 | [520 000 – 1 400 000] | 890 000 | [500 000 – 1 300 000] |
| Джибути | 15 000 | [3900 – 34 000] | 14 000 | [3900 – 31 000] | 14 000 | [3700 – 31 000] |
| Экваториальная Гвинея | 8900 | [7300 – 11 000] | 8400 | [6900 – 10 000] | 8000 | [6600 – 9400] |
| Эритрея | 59 000 | [33 000 – 95 000] | 55 000 | [30 000 – 88 000] | 53 000 | [30 000 – 84 000] |
| Эфиопия (1) | ... | [420 000 – 1 300 000] | ... | [400 000 – 1 300 000] | ... | [380 000 – 1 200 000] |
| Габон | 60 000 | [40 000 – 87 000] | 56 000 | [36 000 – 79 000] | 56 000 | [37 000 – 81 000] |
| Гамбия | 20 000 | [10 000 – 33 000] | 17 000 | [9000 – 27 000] | 19 000 | [9600 – 31 000] |
| Гана | 320 000 | [270 000 – 380 000] | 310 000 | [250 000 – 360 000] | 300 000 | [250 000 – 350 000] |
| Гвинея | 85 000 | [69 000 – 100 000] | 80 000 | [62 000 – 99 000] | 78 000 | [62 000 – 91 000] |
| Гвинея-Бисау | 32 000 | [18 000 – 50 000] | 30 000 | [16 000 – 47 000] | 29 000 | [16 000 – 45 000] |
| Кения | 1 300 000 | [1 100 000 – 1 500 000] | 1 300 000 | [1 200 000 – 1 500 000] | 1 200 000 | [990 000 – 1 300 000] |
| Лесото | 270 000 | [250 000 – 290 000] | 270 000 | [250 000 – 290 000] | 250 000 | [240 000 – 270 000] |
| Либерия | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ

| Взрослые (15+), 2003 | | Показатель распространённости (%) среди взрослых (15–49 лет), 2005 | | Показатель распространённости (%) среди взрослых (15–49 лет), 2003 | | Женщины (15+), 2005 | | |
|-----------------------------------|-------------------|--|------------|--|------------|---------------------------|-------------------|----------------------------------|
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Глобальная цифра | 34 000 000 | [27 600 000 – 43 000 000] | 1.0 | [0.8 – 1.3] | 1.0 | [0.8 – 1.2] | 17 300 000 | [13 700 000 – 22 000 000] |
| Африка к югу от Сахары | 21 600 000 | [18 300 000 – 25 100 000] | 6.1 | [5.1 – 7.1] | 6.2 | [5.5 – 7.3] | 13 200 000 | [10 700 000 – 15 800 000] |
| Ангола | 270 000 | [170 000 – 380 000] | 3.7 | [2.3 – 5.3] | 3.7 | [2.3 – 5.3] | 170 000 | [90 000 – 260 000] |
| Бенин | 81 000 | [53 000 – 110 000] | 1.8 | [1.2 – 2.5] | 2.0 | [1.3 – 2.9] | 45 000 | [24 000 – 68 000] |
| Ботсвана | 280 000 | [240 000 – 320 000] | 27.9 | [24.0 – 32.0] | 27.5 | [23.7 – 31.6] | 160 000 | [140 000 – 190 000] |
| Буркина-Фасо | 130 000 | [100 000 – 160 000] | 2.0 | [1.5 – 2.5] | 2.1 | [1.6 – 2.6] | 80 000 | [49 000 – 110 000] |
| Бурунди | 120 000 | [110 000 – 140 000] | 3.3 | [2.7 – 3.8] | 3.3 | [2.8 – 3.7] | 79 000 | [68 000 – 91 000] |
| Камерун | 450 000 | [410 000 – 490 000] | 5.4 | [4.9 – 5.9] | 5.5 | [5.0 – 6.0] | 290 000 | [260 000 – 310 000] |
| Центрально-Африканская Республика | 220 000 | [95 000 – 340 000] | 10.7 | [4.5 – 17.2] | 10.8 | [4.6 – 17.2] | 130 000 | [53 000 – 220 000] |
| Чад | 150 000 | [74 000 – 250 000] | 3.5 | [1.7 – 6.0] | 3.4 | [1.7 – 5.9] | 90 000 | [40 000 – 160 000] |
| Коморские Острова | <500 | [<1000] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | <100 | [<1000] |
| Конго | 99 000 | [63 000 – 140 000] | 5.3 | [3.3 – 7.5] | 5.4 | [3.4 – 7.7] | 61 000 | [33 000 – 89 000] |
| Кот-д'Ивуар | 640 000 | [400 000 – 870 000] | 7.1 | [4.3 – 9.7] | 7.0 | [4.3 – 9.7] | 400 000 | [220 000 – 600 000] |
| Демократическая Республика Конго | 830 000 | [470 000 – 1 300 000] | 3.2 | [1.8 – 4.9] | 3.2 | [1.8 – 4.9] | 520 000 | [250 000 – 850 000] |
| Джибути | 13 000 | [3600 – 29 000] | 3.1 | [0.8 – 6.9] | 3.1 | [0.8 – 6.8] | 8400 | [2200 – 19 000] |
| Экваториальная Гвинея | 7600 | [6300 – 9000] | 3.2 | [2.6 – 3.8] | 3.2 | [2.6 – 3.8] | 4700 | [3900 – 5600] |
| Эритрея | 49 000 | [28 000 – 78 000] | 2.4 | [1.3 – 3.9] | 2.4 | [1.3 – 3.8] | 31 000 | [15 000 – 53 000] |
| Эфиопия (1) | ... | [360 000 – 1 100 000] | ... | [0.9 – 3.5] | ... | [1.0 – 3.5] | ... | [190 000 – 730 000] |
| Габон | 52 000 | [34 000 – 74 000] | 7.9 | [5.1 – 11.5] | 7.7 | [5.0 – 11.0] | 33 000 | [18 000 – 52 000] |
| Гамбия | 16 000 | [8400 – 26 000] | 2.4 | [1.2 – 4.1] | 2.2 | [1.2 – 3.6] | 11 000 | [5100 – 20 000] |
| Гана | 280 000 | [240 000 – 330 000] | 2.3 | [1.9 – 2.6] | 2.3 | [1.9 – 2.7] | 180 000 | [150 000 – 210 000] |
| Гвинея | 74 000 | [58 000 – 91 000] | 1.5 | [1.2 – 1.8] | 1.6 | [1.2 – 1.9] | 53 000 | [42 000 – 61 000] |
| Гвинея-Бисау | 27 000 | [15 000 – 42 000] | 3.8 | [2.1 – 6.0] | 3.8 | [2.1 – 6.1] | 17 000 | [8100 – 29 000] |
| Кения | 1 200 000 | [1 000 000 – 1 400 000] | 6.1 | [5.2 – 7.0] | 6.8 | [5.8 – 7.7] | 740 000 | [640 000 – 840 000] |
| Лесото | 250 000 | [240 000 – 260 000] | 23.2 | [21.9 – 24.7] | 23.7 | [22.3 – 25.1] | 150 000 | [140 000 – 160 000] |
| Либерия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

| I. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|---|---------------------|----------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| Страна | Женщины (15+), 2003 | | Дети (0–14), 2005 | | Дети (0–14), 2003 | |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Глобальная цифра | 16 300 000 | [12 900 000 – 20 400 000] | 2 300 000 | [1 400 000 – 4 000 000] | 2 100 000 | [1 300 000 – 3 700 000] |
| Африка к югу от Сахары | 12 600 000 | [10 200 000 – 15 100 000] | 2 000 000 | [1 200 000 – 3 500 000] | 1 900 000 | [1 100 000 – 3 300 000] |
| Ангола | 160 000 | [85 000 – 250 000] | 35 000 | [12 000 – 76 000] | 31 000 | [11 000 – 71 000] |
| Бенин | 48 000 | [26 000 – 72 000] | 9800 | [3300 – 21 000] | 9200 | [3100 – 20 000] |
| Ботсвана | 160 000 | [130 000 – 180 000] | 16 000 | [6100 – 32 000] | 15 000 | [5100 – 31 000] |
| Буркина-Фасо | 77 000 | [48 000 – 100 000] | 17 000 | [6100 – 34 000] | 16 000 | [6000 – 33 000] |
| Бурунди | 73 000 | [63 000 – 84 000] | 20 000 | [6500 – 37 000] | 19 000 | [7600 – 37 000] |
| Камерун | 280 000 | [250 000 – 300 000] | 43 000 | [17 000 – 82 000] | 40 000 | [16 000 – 79 000] |
| Центрально-Африканская Республика | 130 000 | [51 000 – 220 000] | 24 000 | [7200 – 61 000] | 22 000 | [6700 – 59 000] |
| Чад | 82 000 | [37 000 – 150 000] | 16 000 | [4700 – 37 000] | 13 000 | [3800 – 31 000] |
| Коморские Острова | <100 | [<200] | <100 | [<200] | <100 | [<200] |
| Конго | 58 000 | [32 000 – 85 000] | 15 000 | [5600 – 32 000] | 15 000 | [5500 – 32 000] |
| Кот-д'Ивуар | 370 000 | [210 000 – 560 000] | 74 000 | [28 000 – 160 000] | 71 000 | [26 000 – 150 000] |
| Демократическая Республика Конго | 490 000 | [230 000 – 790 000] | 120 000 | [40 000 – 270 000] | 110 000 | [38 000 – 260 000] |
| Джибути | 7900 | [2000 – 18 000] | 1200 | [260 – 3600] | 1000 | [220 – 3200] |
| Экваториальная Гвинея | 4500 | [3700 – 5300] | <1000 | [<2000] | <1000 | [<2000] |
| Эритрея | 29 000 | [14 000 – 50 000] | 6600 | [2300 – 16 000] | 5900 | [2000 – 14 000] |
| Эфиопия (1) | ... | [180 000 – 700 000] | ... | [30 000 – 220 000] | ... | [27 000 – 220 000] |
| Габон | 31 000 | [16 000 – 48 000] | 3900 | [1400 – 8900] | 3400 | [1100 – 7900] |
| Гамбия | 9400 | [4300 – 17 000] | 1200 | [430 – 2800] | <1000 | [340 – 2100] |
| Гана | 170 000 | [140 000 – 200 000] | 25 000 | [9800 – 48 000] | 23 000 | [8900 – 43 000] |
| Гвинея | 51 000 | [39 000 – 62 000] | 7000 | [2400 – 16 000] | 6100 | [2000 – 14 000] |
| Гвинея-Бисау | 16 000 | [7600 – 27 000] | 3200 | [1100 – 7500] | 2600 | [890 – 6300] |
| Кения | 770 000 | [660 000 – 880 000] | 150 000 | [55 000 – 290 000] | 150 000 | [53 000 – 290 000] |
| Лесото | 140 000 | [140 000 – 150 000] | 18 000 | [6900 – 34 000] | 16 000 | [6000 – 32 000] |
| Либерия | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

| | | | | | 2. Число смертей в результате СПИДа | | | |
|--|--------|--|--------|--|-------------------------------------|--|-----------|---------------------------|
| Показатель распространенности (%) среди молодых женщин (15–24 лет), 2005 | | Показатель распространенности (%) среди молодых мужчин (15–24 лет), 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2003 | | |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Глобальная цифра | | | | | 2 800 000 | [2 200 000 – 3 500 000] | 2 600 000 | [2 000 000 – 3 300 000] |
| Африка к югу от Сахары | | | | | 2 000 000 | [1 500 000 – 2 500 000] | 1 900 000 | [1 500 000 – 2 400 000] |
| Ангола | 2.5 | [1.2 – 4.2] | 0.9 | [0.4 – 1.4] | 30 000 | [18 000 – 47 000] | 29 000 | [17 000 – 45 000] |
| Бенин | 1.1 | [0.6 – 1.8] | 0.4 | [0.2 – 0.6] | 9600 | [5900 – 15 000] | 9400 | [5700 – 14 000] |
| Ботсвана | 17.6 | [15.2 – 20.3] | 6.5 | [5.6 – 7.5] | 21 000 | [17 000 – 25 000] | 19 000 | [16 000 – 23 000] |
| Буркина-Фасо | 1.4 | [0.8 – 2.0] | 0.5 | [0.3 – 0.6] | 12 000 | [8400 – 17 000] | 14 000 | [9600 – 19 000] |
| Бурунди | 2.3 | [2.0 – 2.7] | 0.8 | [0.7 – 0.9] | 13 000 | [6800 – 18 000] | 15 000 | [11 000 – 19 000] |
| Камерун | 4.9 | [4.4 – 5.3] | 1.4 | [1.3 – 1.6] | 46 000 | [36 000 – 55 000] | 41 000 | [33 000 – 50 000] |
| Центрально-Африканская Республика | 7.3 | [2.7 – 13.1] | 2.5 | [0.9 – 4.5] | 24 000 | [10 000 – 39 000] | 23 000 | [9900 – 38 000] |
| Чад | 2.2 | [0.9 – 3.9] | 0.9 | [0.4 – 1.6] | 11 000 | [5300 – 20 000] | 11 000 | [5100 – 20 000] |
| Коморские Острова | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | <100 | [<200] | <100 | [<200] |
| Конго | 3.7 | [1.9 – 5.7] | 1.2 | [0.6 – 1.9] | 11 000 | [6700 – 17 000] | 11 000 | [6900 – 17 000] |
| Кот-д'Ивуар | 5.1 | [2.6 – 7.9] | 1.7 | [0.9 – 2.7] | 65 000 | [39 000 – 96 000] | 63 000 | [38 000 – 93 000] |
| Демократическая Республика Конго | 2.2 | [1.0 – 3.8] | 0.8 | [0.3 – 1.3] | 90 000 | [47 000 – 150 000] | 85 000 | [44 000 – 140 000] |
| Джибути | 2.1 | [0.5 – 4.6] | 0.7 | [0.2 – 1.6] | 1200 | [350 – 2800] | 1100 | [320 – 2400] |
| Экваториальная Гвинея | 2.3 | [1.8 – 2.7] | 0.7 | [0.6 – 0.9] | <1000 | [<2000] | <1000 | [<2000] |
| Эритрея | 1.6 | [0.7 – 2.7] | 0.6 | [0.3 – 1.0] | 5600 | [2900 – 9600] | 5300 | [2700 – 8900] |
| Эфиопия (1) | ... | [0.5 – 2.3] | ... | [0.2 – 0.8] | ... | [38 000 – 130 000] | ... | [38 000 – 130 000] |
| Габон | 5.4 | [2.7 – 8.7] | 1.8 | [0.9 – 3.0] | 4700 | [2800 – 7000] | 3700 | [2200 – 5700] |
| Гамбия | 1.7 | [0.7 – 2.9] | 0.6 | [0.2 – 1.0] | 1300 | [670 – 2200] | <1000 | [<2000] |
| Гана | 1.3 | [1.1 – 1.5] | 0.2 | [0.2 – 0.3] | 29 000 | [21 000 – 36 000] | 26 000 | [19 000 – 33 000] |
| Гвинея | 1.4 | [1.1 – 1.6] | 0.5 | [0.4 – 0.5] | 7100 | [4700 – 9900] | 6000 | [3700 – 9100] |
| Гвинея-Бисау | 2.5 | [1.1 – 4.3] | 0.9 | [0.4 – 1.5] | 2700 | [1400 – 4400] | 2200 | [1200 – 3600] |
| Кения | 5.2 | [4.5 – 6.0] | 1.0 | [0.9 – 1.2] | 140 000 | [110 000 – 170 000] | 140 000 | [110 000 – 180 000] |
| Лесото | 14.1 | [13.3 – 15.0] | 5.9 | [5.5 – 6.2] | 23 000 | [20 000 – 27 000] | 22 000 | [20 000 – 26 000] |
| Либерия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

| 3. Дети, осиротевшие в результате СПИДа | | | | | 4. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичном городе/живущие в 2005 г | | | |
|---|-------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|---------|------|---------|
| Сироты (0–17 лет), живущие в настоящее время, 2005 г. | | | Сироты (0–17 лет), живущие в 2003 г. | | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | | | | |
| Глобальная цифра | 12 100 000 | [9 700 000 – 14 200 000] | 10 000 000 | [8 400 000 – 12 300 000] | | | | |
| Африка к югу от Сахары | 10 800 000 | [8 900 000 – 13 000 000] | 9 400 000 | [7 700 000 – 11 300 000] | | | | |
| Ангола | 160 000 | [95 000 – 230 000] | 120 000 | [72 000 – 180 000] | 2001 | 6.3 | 2004 | 2.8 |
| Бенин | 62 000 | [38 000 – 89 000] | 47 000 | [28 000 – 69 000] | 2001 | 4.1 | ... | ... |
| Ботсвана | 130 000 | [110 000 – 150 000] | 110 000 | [95 000 – 140 000] | 2000 | 33.6 | 2005 | 33.5 |
| Буркина-Фасо | 120 000 | [89 000 – 150 000] | 100 000 | [76 000 – 140 000] | 2002 | 3.3 | 2005 | 1.8 |
| Бурунди | 120 000 | [94 000 – 170 000] | 120 000 | [95 000 – 150 000] | 2000 | 12.6 | 2004 | 8.6 |
| Камерун | 240 000 | [200 000 – 290 000] | 190 000 | [150 000 – 240 000] | ... | ... | ... | ... |
| Центрально-Африканская Республика | 140 000 | [62 000 – 200 000] | 110 000 | [52 000 – 170 000] | ... | ... | ... | ... |
| Чад | 57 000 | [28 000 – 97 000] | 38 000 | [19 000 – 66 000] | ... | ... | 2005 | 3.6 |
| Коморские Острова | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Конго | 110 000 | [70 000 – 150 000] | 100 000 | [67 000 – 140 000] | ... | ... | ... | ... |
| Кот-д'Ивуар | 450 000 | [280 000 – 630 000] | 410 000 | [250 000 – 590 000] | 2001 | 10.0 | ... | ... |
| Демократическая Республика Конго | 680 000 | [380 000 – 1 000 000] | 640 000 | [360 000 – 960 000] | ... | ... | ... | ... |
| Джибути | 5700 | [1900 – 12 000] | 4000 | [1400 – 9400] | ... | ... | ... | ... |
| Экваториальная Гвинея | 4600 | [3500 – 5900] | 3700 | [2800 – 4800] | ... | ... | ... | ... |
| Эритрея | 36 000 | [20 000 – 56 000] | 28 000 | [15 000 – 44 000] | ... | ... | ... | ... |
| Эфиопия (1) | ... | [280 000 – 870 000] | ... | [230 000 – 730 000] | 2000 | 15.0 | 2003 | 11.5 |
| Габон | 20 000 | [13 000 – 29 000] | 15 000 | [9100 – 22 000] | ... | ... | ... | ... |
| Гамбия | 3800 | [2200 – 6000] | 2800 | [1600 – 4 300] | ... | ... | ... | ... |
| Гана | 170 000 | [130 000 – 210 000] | 130 000 | [100 000 – 170 000] | 2000 | 2.7 | ... | ... |
| Гвинея | 28 000 | [18 000 – 43 000] | 20 000 | [12 000 – 34 000] | ... | ... | 2004 | 4.4 |
| Гвинея-Бисау | 11 000 | [6000 – 16 000] | 7200 | [4000 – 11 000] | ... | ... | ... | ... |
| Кения | 1 100 000 | [890 000 – 1 300 000] | 950 000 | [770 000 – 1 200 000] | ... | ... | ... | ... |
| Лесото | 97 000 | [88 000 – 110 000] | 75 000 | [67 000 – 85 000] | ... | ... | 2005 | 27.3 |
| Либерия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

5. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) в группах, которым грозит самый высокий риск, в столичном городе

| Страна | Потребители инъекционных наркотиков | | | | Женщины-работницы секс-бизнеса | | | | Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------|-----|---------|--------------------------------|---------|------|---------|---|---------|-----|---------|
| | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| Глобальная цифра | | | | | | | | | | | | |
| Африка к югу от Сахары | | | | | | | | | | | | |
| Ангола | ... | ... | ... | ... | 2001 | 33.3 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бенин | ... | ... | ... | ... | 2001 | 60.5 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ботсвана | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Буркина-Фасо | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2005 | 20.8 | ... | ... | ... | ... |
| Бурунди | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Камерун | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Центрально-Африканская Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Чад | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Коморские Острова | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Конго | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Кот-д'Ивуар | ... | ... | ... | ... | 2000 | 28.0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Демократическая Республика Конго | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2004 | 12.4 | ... | ... | ... | ... |
| Джибути | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Экваториальная Гвинея | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Эритрея | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Эфиопия (1) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Габон | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2005 | 40.4 | ... | ... | ... | ... |
| Гамбия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Гана | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Гвинея | ... | ... | ... | ... | 2001 | 39.7 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Гвинея-Бисау | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Кения | ... | ... | ... | ... | 2000 | 25.5 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Лесото | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Либерия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

| 1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|--|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------|------------------------------|
| Страна | Взрослые и дети, 2005 | | Взрослые и дети, 2003 | | Взрослые (15+), 2005 | |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Мадагаскар | 49 000 | [16 000 – 110 000] | 40 000 | [14 000 – 84 000] | 47 000 | [16 000 – 110 000] |
| Малави | 940 000 | [480 000 – 1 400 000] | 900 000 | [460 000 – 1 300 000] | 850 000 | [440 000 – 1 300 000] |
| Мали | 130 000 | [96 000 – 160 000] | 120 000 | [92 000 – 150 000] | 110 000 | [86 000 – 140 000] |
| Мавритания | 12 000 | [7300 – 23 000] | 11 000 | [7000 – 16 000] | 11 000 | [6600 – 21 000] |
| Маврикий | 4100 | [1900 – 13 000] | 1600 | [760 – 5000] | 4100 | [1900 – 13 000] |
| Мозамбик | 1 800 000 | [1 400 000 – 2 200 000] | 1 700 000 | [1 300 000 – 2 000 000] | 1 600 000 | [1 300 000 – 2 000 000] |
| Намибия | 230 000 | [110 000 – 360 000] | 220 000 | [100 000 – 330 000] | 210 000 | [99 000 – 340 000] |
| Нигер | 79 000 | [39 000 – 130 000] | 75 000 | [36 000 – 110 000] | 71 000 | [35 000 – 120 000] |
| Нигерия | 2 900 000 | [1 700 000 – 4 200 000] | 2 600 000 | [1 500 000 – 3 800 000] | 2 600 000 | [1 600 000 – 3 800 000] |
| Руанда | 190 000 | [180 000 – 210 000] | 220 000 | [200 000 – 240 000] | 160 000 | [160 000 – 170 000] |
| Сенегал | 61 000 | [29 000 – 100 000] | 57 000 | [28 000 – 92 000] | 56 000 | [26 000 – 92 000] |
| Сьерра-Леоне | 48 000 | [27 000 – 73 000] | 45 000 | [26 000 – 68 000] | 43 000 | [25 000 – 66 000] |
| Сомали | 44 000 | [23 000 – 81 000] | 42 000 | [22 000 – 77 000] | 40 000 | [21 000 – 72 000] |
| Южная Африка | 5 500 000 | [4 900 000 – 6 100 000] | 5 300 000 | [4 800 000 – 5 800 000] | 5 300 000 | [4 800 000 – 5 800 000] |
| Свазиленд | 220 000 | [150 000 – 290 000] | 210 000 | [140 000 – 270 000] | 210 000 | [140 000 – 270 000] |
| Того | 110 000 | [65 000 – 160 000] | 100 000 | [60 000 – 150 000] | 100 000 | [60 000 – 150 000] |
| Уганда | 1 000 000 | [850 000 – 1 200 000] | 960 000 | [810 000 – 1 100 000] | 900 000 | [780 000 – 1 000 000] |
| Объединенная Республика Танзания | 1 400 000 | [1 300 000 – 1 600 000] | 1 400 000 | [1 200 000 – 1 500 000] | 1 300 000 | [1 200 000 – 1 400 000] |
| Замбия | 1 100 000 | [1 100 000 – 1 200 000] | 1 100 000 | [1 000 000 – 1 200 000] | 1 000 000 | [950 000 – 1 100 000] |
| Зимбабве | 1 700 000 | [1 100 000 – 2 200 000] | 1 700 000 | [1 200 000 – 2 300 000] | 1 500 000 | [1 000 000 – 2 000 000] |
| Восточная Азия | 680 000 | [420 000 – 1 100 000] | 560 000 | [340 000 – 920 000] | 680 000 | [410 000 – 1 100 000] |
| Китай | 650 000 | [390 000 – 1 100 000] | 530 000 | [320 000 – 880 000] | 650 000 | [390 000 – 1 100 000] |
| Корейская Народно-Демократическая Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Япония | 17 000 | [10 000 – 29 000] | 17 000 | [10 000 – 28 000] | 17 000 | [10 000 – 28 000] |
| Монголия | <500 | [<2000] | <500 | [<1000] | <500 | [<2000] |

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ

| Страна | Взрослые (15+), 2003 | | Показатель распро- страненности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2005 | | Показатель распро- страненности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2003 | | Женщины (15+), 2005 | |
|--|----------------------|---------------------------------|---|---------------------------------|---|---------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Мадагаскар | 39 000 | [14 000 – 82 000] | 0.5 | [0.2 – 1.2] | 0.5 | [0.2 – 1.0] | 13 000 | [4000 – 33 000] |
| Малави | 810 000 | [420 000 – 1 200 000] | 14.1 | [6.9 – 21.4] | 14.2 | [7.0 – 21.5] | 500 000 | [220 000 – 800 000] |
| Мали | 110 000 | [82 000 – 130 000] | 1.7 | [1.3 – 2.1] | 1.8 | [1.3 – 2.2] | 66 000 | [51 000 – 81 000] |
| Мавритания | 9800 | [6400 – 15 000] | 0.7 | [0.4 – 2.8] | 0.7 | [0.4 – 1.0] | 6300 | [3300 – 13 000] |
| Маврикий | 1600 | [760 – 5100] | 0.6 | [0.3 – 1.8] | 0.2 | [0.1 – 0.7] | <1000 | [310 – 2400] |
| Мозамбик | 1 600 000 | [1 200 000 – 1 900 000] | 16.1 | [12.5 – 20.0] | 16.0 | [12.5 – 19.7] | 960 000 | [590 000 – 1 300 000] |
| Намибия | 200 000 | [92 000 – 310 000] | 19.6 | [8.6 – 31.7] | 19.5 | [8.7 – 30.6] | 130 000 | [54 000 – 220 000] |
| Нигер | 67 000 | [33 000 – 100 000] | 1.1 | [0.5 – 1.9] | 1.1 | [0.5 – 1.7] | 42 000 | [17 000 – 75 000] |
| Нигерия | 2 400 000 | [1 400 000 – 3 500 000] | 3.9 | [2.3 – 5.6] | 3.7 | [2.2 – 5.5] | 1 600 000 | [810 000 – 2 400 000] |
| Руанда | 190 000 | [170 000 – 200 000] | 3.1 | [2.9 – 3.2] | 3.8 | [3.5 – 3.9] | 91 000 | [86 000 – 95 000] |
| Сенегал | 53 000 | [26 000 – 85 000] | 0.9 | [0.4 – 1.5] | 0.9 | [0.5 – 1.5] | 33 000 | [14 000 – 58 000] |
| Сьерра-Леоне | 40 000 | [24 000 – 61 000] | 1.6 | [0.9 – 2.4] | 1.6 | [0.9 – 2.4] | 26 000 | [15 000 – 39 000] |
| Сомали | 38 000 | [20 000 – 69 000] | 0.9 | [0.5 – 1.6] | 0.9 | [0.5 – 1.6] | 23 000 | [11 000 – 45 000] |
| Южная Африка | 5 100 000 | [4 600 000 – 5 600 000] | 18.8 | [16.8 – 20.7] | 18.6 | [16.6 – 20.5] | 3 100 000 | [2 800 000 – 3 400 000] |
| Свазиленд | 190 000 | [130 000 – 250 000] | 33.4 | [21.2 – 45.3] | 32.4 | [20.7 – 44.1] | 120 000 | [70 000 – 180 000] |
| Того | 95 000 | [55 000 – 140 000] | 3.2 | [1.9 – 4.7] | 3.2 | [1.9 – 4.7] | 61 000 | [31 000 – 95 000] |
| Уганда | 850 000 | [740 000 – 960 000] | 6.7 | [5.7 – 7.6] | 6.8 | [5.8 – 7.8] | 520 000 | [450 000 – 590 000] |
| Объединенная Республика Танзания | 1 300 000 | [1 100 000 – 1 400 000] | 6.5 | [5.8 – 7.2] | 6.6 | [5.9 – 7.3] | 710 000 | [640 000 – 780 000] |
| Замбия | 960 000 | [900 000 – 1 000 000] | 17.0 | [15.9 – 18.1] | 16.9 | [15.9 – 18.0] | 570 000 | [540 000 – 610 000] |
| Зимбабве | 1 600 000 | [1 100 000 – 2 100 000] | 20.1 | [13.3 – 27.6] | 22.1 | [14.6 – 30.4] | 890 000 | [520 000 – 1 300 000] |
| Восточная Азия | 560 000 | [340 000 – 910 000] | 0.1 | [<0.2] | 0.1 | [<0.2] | 190 000 | [110 000 – 340 000] |
| Китай | 530 000 | [320 000 – 880 000] | 0.1 | [<0.2] | 0.1 | [<0.2] | 180 000 | [90 000 – 310 000] |
| Корейская Народно- Демократическая Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Япония | 17 000 | [10 000 – 28 000] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | 9900 | [5000 – 17 000] |
| Монголия | <500 | [<1000] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | <100 | [<200] |

| I. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|--|---------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|
| Страна | Женщины (15+), 2003 | | Дети (0–14), 2005 | | Дети (0–14), 2003 | |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Мадагаскар | 11 000 | [3200 – 26 000] | 1600 | [470 – 4900] | 1200 | [340 – 3400] |
| Малави | 480 000 | [210 000 – 760 000] | 91 000 | [28 000 – 190 000] | 92 000 | [29 000 – 190 000] |
| Мали | 63 000 | [49 000 – 78 000] | 16 000 | [6000 – 32 000] | 15 000 | [5700 – 31 000] |
| Мавритания | 5800 | [3100 – 9500] | 1100 | [320 – 2600] | 1000 | [260 – 2500] |
| Маврикий | <500 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Мозамбик | 920 000 | [560 000 – 1 300 000] | 140 000 | [57 000 – 310 000] | 120 000 | [45 000 – 270 000] |
| Намибия | 120 000 | [50 000 – 210 000] | 17 000 | [5800 – 40 000] | 15 000 | [4900 – 35 000] |
| Нигер | 40 000 | [16 000 – 72 000] | 8900 | [2900 – 23 000] | 7900 | [2500 – 21 000] |
| Нигерия | 1 400 000 | [740 000 – 2 200 000] | 240 000 | [81 000 – 550 000] | 200 000 | [64 000 – 470 000] |
| Руанда | 100 000 | [96 000 – 110 000] | 27 000 | [11 000 – 53 000] | 30 000 | [12 000 – 59 000] |
| Сенегал | 31 000 | [13 000 – 55 000] | 5000 | [1700 – 12 000] | 4400 | [1500 – 10 000] |
| Сьерра-Леоне | 24 000 | [14 000 – 36 000] | 5200 | [1800 – 12 000] | 4900 | [1700 – 11 000] |
| Сомали | 23 000 | [11 000 – 43 000] | 4500 | [1500 – 13 000] | 4000 | [1300 – 12 000] |
| Южная Африка | 2 900 000 | [2 600 000 – 3 200 000] | 240 000 | [93 000 – 500 000] | 200 000 | [76 000 – 450 000] |
| Свазиленд | 120 000 | [65 000 – 170 000] | 15 000 | [5500 – 32 000] | 12 000 | [4300 – 28 000] |
| Того | 56 000 | [28 000 – 88 000] | 9700 | [3700 – 22 000] | 8300 | [3200 – 19 000] |
| Уганда | 490 000 | [420 000 – 550 000] | 110 000 | [39 000 – 200 000] | 110 000 | [37 000 – 200 000] |
| Объединенная Республика Танзания | 680 000 | [610 000 – 750 000] | 110 000 | [43 000 – 210 000] | 120 000 | [45 000 – 220 000] |
| Замбия | 540 000 | [510 000 – 580 000] | 130 000 | [53 000 – 250 000] | 120 000 | [51 000 – 240 000] |
| Зимбабве | 930 000 | [540 000 – 1 300 000] | 160 000 | [54 000 – 340 000] | 160 000 | [51 000 – 340 000] |
| Восточная Азия | 140 000 | [77 000 – 250 000] | 6400 | [1900 – 16 000] | 4700 | [1400 – 12 000] |
| Китай | 130 000 | [65 000 – 230 000] | ... | ... | ... | ... |
| Корейская Народно-Демократическая Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Япония | 9600 | [4900 – 17 000] | ... | ... | ... | ... |
| Монголия | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

| | | | | | 2. Число смертей в результате СПИДа | | | |
|---|----------------|---|------------|---------------------------------|---|---------------------------------|---|---------------------------------|
| Показатель распро- страненности (%) среди молодых жен- щин (15–24 лет), 2005 | | Показатель распро- страненности (%) среди молодых муж- чин (15–24 лет), 2005 | | | Число смертей среди взрослых и детей, 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2003 | |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Мадагаскар | 0.3 | [0.1 – 0.6] | 0.6 | [0.2 – 1.3] | 2900 | [1100 – 6500] | 2100 | [760 – 4400] |
| Малави | 9.6 | [3.9 – 16.8] | 3.4 | [1.4 – 5.9] | 78 000 | [38 000 – 120 000] | 86 000 | [42 000 – 140 000] |
| Мали | 1.2 | [0.9 – 1.5] | 0.4 | [0.3 – 0.5] | 11 000 | [7400 – 16 000] | 13 000 | [8300 – 18 000] |
| Мавритания | 0.5 | [0.2 – 1.0] | 0.2 | [0.1 – 0.3] | <1000 | [<2000] | <1000 | [<2000] |
| Маврикий | ... | ... | ... | ... | <100 | [<200] | <100 | [<200] |
| Мозамбик | 10.7 | [6.0 – 15.8] | 3.6 | [2.0 – 5.3] | 140 000 | [100 000 – 200 000] | 120 000 | [81 000 – 160 000] |
| Намибия | 13.4 | [5.2 – 24.7] | 4.4 | [1.7 – 8.1] | 17 000 | [7800 – 27 000] | 16 000 | [7300 – 25 000] |
| Нигер | 0.8 | [0.3 – 1.4] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 7600 | [3400 – 13 000] | 6800 | [2900 – 12 000] |
| Нигерия | 2.7 | [1.3 – 4.4] | 0.9 | [0.4 – 1.5] | 220 000 | [120 000 – 330 000] | 190 000 | [100 000 – 290 000] |
| Руанда | 1.9 | [1.9 – 2.0] | 0.8 | [0.7 – 0.8] | 21 000 | [13 000 – 26 000] | 25 000 | [17 000 – 33 000] |
| Сенегал | 0.6 | [0.2 – 1.1] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 5200 | [2500 – 8600] | 4000 | [2000 – 6500] |
| Сьерра-Леоне | 1.1 | [0.6 – 1.7] | 0.4 | [0.2 – 0.6] | 4600 | [2600 – 7500] | 5000 | [2800 – 7900] |
| Сомали | 0.6 | [0.3 – 1.1] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 4100 | [2000 – 8000] | 3700 | [1700 – 7600] |
| Южная Африка | 14.8 | [13.2 – 16.3] | 4.5 | [4.0 – 4.9] | 320 000 | [270 000 – 380 000] | 290 000 | [230 000 – 350 000] |
| Свазиленд | 22.7 | [11.5 – 35.9] | 7.7 | [3.9 – 12.1] | 16 000 | [10 000 – 23 000] | 12 000 | [7800 – 18 000] |
| Того | 2.2 | [1.0 – 3.6] | 0.8 | [0.4 – 1.2] | 9100 | [5000 – 14 000] | 8100 | [4500 – 13 000] |
| Уганда | 5.0 | [4.2 – 5.7] | 2.3 | [1.9 – 2.6] | 91 000 | [54 000 – 130 000] | 110 000 | [71 000 – 140 000] |
| Объединенная Республика Танзания | 3.8 | [3.4 – 4.2] | 2.8 | [2.5 – 3.1] | 140 000 | [110 000 – 180 000] | 150 000 | [120 000 – 180 000] |
| Замбия | 12.7 | [11.9 – 13.6] | 3.8 | [3.6 – 4.0] | 98 000 | [77 000 – 120 000] | 100 000 | [81 000 – 130 000] |
| Зимбабве | 14.7 | [7.7 – 23.2] | 4.4 | [2.3 – 6.9] | 180 000 | [120 000 – 250 000] | 200 000 | [130 000 – 270 000] |
| Восточная Азия | <0.1 | [<0.2] | 0.1 | [<0.2] | 33 000 | [20 000 – 49 000] | 28 000 | [17 000 – 42 000] |
| Китай | ... | ... | ... | ... | 31 000 | [18 000 – 46 000] | 26 000 | [16 000 – 40 000] |
| Корейская Народно- Демократическая Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Япония | ... | ... | ... | ... | 1400 | [830 – 2100] | 1300 | [<2000] |
| Монголия | ... | ... | ... | ... | <100 | [<200] | ... | ... |

| 3. Дети, осиротевшие в результате СПИДа | | | | | 4. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичном городе/живущие в 2005 г | | | |
|--|---|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------|--|---------|------|---------|
| Страна | Сироты (0–17 лет), живущие в настоящее время, 2005 г. | | Сироты (0–17 лет), живущие в 2003 г. | | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | | | | |
| Мадагаскар | 13 000 | [5000 – 24 000] | 8200 | [3300 – 15 000] | ... | ... | ... | ... |
| Малави | 550 000 | [310 000 – 780 000] | 440 000 | [250 000 – 630 000] | 2001 | 15.0 | ... | ... |
| Мали | 94 000 | [70 000 – 120 000] | 83 000 | [60 000 – 110 000] | ... | ... | ... | ... |
| Мавритания | 6900 | [3900 – 10 000] | 5700 | [2600 – 9200] | ... | ... | ... | ... |
| Маврикий | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мозамбик | 510 000 | [390 000 – 670 000] | 330 000 | [240 000 – 450 000] | 2000 | 11.7 | ... | ... |
| Намибия | 85 000 | [42 000 – 120 000] | 67 000 | [33 000 – 99 000] | ... | ... | 2004 | 7.5 |
| Нигер | 46 000 | [20 000 – 85 000] | 35 000 | [14 000 – 79 000] | ... | ... | ... | ... |
| Нигерия | 930 000 | [510 000 – 1 300 000] | 660 000 | [350 000 – 980 000] | ... | ... | ... | ... |
| Руанда | 210 000 | [170 000 – 260 000] | 220 000 | [170 000 – 270 000] | 2001 | 9.8 | ... | ... |
| Сенегал | 25 000 | [14 000 – 39 000] | 18 000 | [10 000 – 28 000] | ... | ... | ... | ... |
| Сьерра-Леоне | 31 000 | [19 000 – 49 000] | 28 000 | [17 000 – 44 000] | ... | ... | ... | ... |
| Сомали | 23 000 | [11 000 – 45 000] | 18 000 | [7600 – 38 000] | ... | ... | ... | ... |
| Южная Африка | ... | ... | ... | ... | 2001 | 23.1 | 2004 | 25.2 |
| Свазиленд | 63 000 | [45 000 – 77 000] | 46 000 | [32 000 – 59 000] | 2000 | 34.4 | 2004 | 37.3 |
| Того | 88 000 | [51 000 – 130 000] | 70 000 | [40 000 – 110 000] | 2001 | 5.4 | 2004 | 9.3 |
| Уганда | 1 000 000 | [870 000 – 1 300 000] | 1 000 000 | [850 000 – 1 200 000] | 2000 | 8.5 | 2005 | 5.2 |
| Объединенная Республика Танзания | 1 100 000 | [910 000 – 1 200 000] | 970 000 | [830 000 – 1 100 000] | 2000 | 7.5 | ... | ... |
| Замбия | 710 000 | [630 000 – 830 000] | 650 000 | [570 000 – 770 000] | ... | ... | 2004 | 20.7 |
| Зимбабве | 1 100 000 | [780 000 – 1 300 000] | 1 000 000 | [720 000 – 1 200 000] | 2001 | 29.8 | 2004 | 18.6 |
| Восточная Азия | | | | | | | | |
| Китай | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Корейская Народно-Демократическая Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Япония | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Монголия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

5. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) в группах, которым грозит самый высокий риск, в столичном городе

| Страна | Потребители инъекционных наркотиков | | | | Женщины-работницы секс-бизнеса | | | | Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | | | |
|--|-------------------------------------|---------|------|---------|--------------------------------|---------|------|---------|---|---------|------|---------|
| | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| Мадагаскар | ... | ... | ... | ... | 2001 | 0.2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Малави | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мали | ... | ... | ... | ... | 2000 | 21.0 | 2005 | 31.6 | ... | ... | ... | ... |
| Мавритания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Маврикий | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мозамбик | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Намибия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Нигер | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Нигерия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Руанда | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Сенегал | ... | ... | ... | ... | 2000 | 13.0 | 2005 | 27.1 | ... | ... | 2005 | 21.5 |
| Сьерра-Леоне | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Сомали | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Южная Африка | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Свазиленд | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Того | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2005 | 53.9 | ... | ... | ... | ... |
| Уганда | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Объединенная Республика Танзания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Замбия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Зимбабве | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Восточная Азия | | | | | | | | | | | | |
| Китай | 2000 | 0.0 | 2005 | 8.3 | 2000 | 0.2 | 2005 | 0.5 | ... | ... | 2005 | 1.5 |
| Корейская Народно-Демократическая Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Япония | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 | 2.9 | ... | ... |
| Монголия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2005 | 0.0 | ... | ... | 2005 | 4.8 |

| 1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|---|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Страна | Взрослые и дети, 2005 | | Взрослые и дети, 2003 | | Взрослые (15+), 2005 | |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Республика Корея | 13 000 | [7900 – 25 000] | 9400 | [6100 – 14 000] | 13 000 | [7800 – 25 000] |
| Океания | 78 000 | [46 000 – 170 000] | 66 000 | [40 000 – 140 000] | 75 000 | [45 000 – 160 000] |
| Австралия | 16 000 | [9700 – 27 000] | 14 000 | [8300 – 23 000] | 16 000 | [9600 – 27 000] |
| Фиджи | <1000 | [320 – 2100] | <500 | [<2000] | <1000 | [320 – 2100] |
| Новая Зеландия | 1400 | [840 – 2300] | 1400 | [840 – 2300] | 1400 | [840 – 2300] |
| Папуа – Новая Гвинея | 60 000 | [32 000 – 140 000] | 51 000 | [27 000 – 120 000] | 57 000 | [31 000 – 140 000] |
| Южная и Юго-Восточная Азия | 7 600 000 | [4 900 000 – 12 000 000] | 7 000 000 | [4 500 000 – 11 100 000] | 7 400 000 | [4 800 000 – 11 800 000] |
| Афганистан | <1000 | [<2000] | <500 | [<1000] | <1000 | [<2000] |
| Бангладеш | 11 000 | [6400 – 18 000] | 7500 | [4500 – 12 000] | 11 000 | [6400 – 18 000] |
| Бутан | <500 | [<2000] | <100 | [<1000] | <500 | [<2000] |
| Бруней Даруссалам | <100 | [<200] | <100 | [<200] | <100 | [<200] |
| Камбоджа | 130 000 | [74 000 – 210 000] | 150 000 | [83 000 – 230 000] | 130 000 | [70 000 – 200 000] |
| Индия (2) | 5 700 000 | [3 400 000 – 9 400 000] | 5 300 000 | [3 200 000 – 8 800 000] | 5 600 000 | [3 400 000 – 9 300 000] |
| Индонезия | 170 000 | [100 000 – 290 000] | 110 000 | [68 000 – 190 000] | 170 000 | [100 000 – 290 000] |
| Иран (Исламская Республика) | 66 000 | [36 000 – 160 000] | 37 000 | [20 000 – 88 000] | 66 000 | [35 000 – 160 000] |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | 3700 | [1800 – 12 000] | 1700 | [820 – 5500] | 3600 | [1700 – 12 000] |
| Малайзия | 69 000 | [33 000 – 220 000] | 57 000 | [27 000 – 180 000] | 67 000 | [32 000 – 220 000] |
| Мальдивские Острова | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мьянма | 360 000 | [200 000 – 570 000] | 390 000 | [210 000 – 600 000] | 350 000 | [200 000 – 550 000] |
| Непал | 75 000 | [41 000 – 180 000] | 65 000 | [35 000 – 160 000] | 74 000 | [40 000 – 180 000] |
| Пакистан | 85 000 | [46 000 – 210 000] | 56 000 | [30 000 – 130 000] | 84 000 | [45 000 – 210 000] |
| Филиппины | 12 000 | [7300 – 20 000] | 9500 | [5700 – 16 000] | 12 000 | [7200 – 20 000] |
| Сингапур | 5500 | [3100 – 14 000] | 4700 | [2600 – 12 000] | 5500 | [3000 – 14 000] |
| Шри-Ланка | 5000 | [3000 – 8300] | 3100 | [1900 – 4400] | 5000 | [3000 – 8 300] |
| Таиланд | 580 000 | [330 000 – 920 000] | 590 000 | [320 000 – 900 000] | 560 000 | [320 000 – 900 000] |

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ

| Страна | Взрослые (15+), 2003 | | Показатель распространённости (%) среди взрослых (15–49 лет), 2005 | | Показатель распространённости (%) среди взрослых (15–49 лет), 2003 | | Женщины (15+), 2005 | |
|---|----------------------|---------------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|---------------------|--------------------------------|
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Республика Корея | 9300 | [6000 – 14 000] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | 7400 | [3900 – 16 000] |
| Океания | 64 000 | [38 000 – 140 000] | 1.5 | [0.8 – 3.7] | 1.4 | [0.7– 3.4] | 35 000 | [16 000 – 86 000] |
| Австралия | 14 000 | [8200 – 23 000] | 0.1 | [<0.2] | 0.1 | [<0.2] | <1000 | [<2000] |
| Фиджи | <500 | [<2000] | 0.1 | [0.1 – 0.4] | 0.1 | [<0.1 – 0.3] | <500 | [<1000] |
| Новая Зеландия | 1400 | [840 – 2300] | ... | [<0.2] | 0.1 | [<0.2] | ... | ... |
| Папуа – Новая Гвинея | 49 000 | [26 000 – 120 000] | 1.8 | [0.9 – 4.4] | 1.6 | [0.9 – 3.9] | 34 000 | [16 000 – 85 000] |
| Южная и Юго-Восточная Азия | 6 900 000 | [4 400 000 – 10 900 000] | 0.6 | [0.4 – 1.0] | 0.6 | [0.4 – 0.9] | 2 200 000 | [1 300 000 – 3 500 000] |
| Афганистан | <500 | [<1000] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | <100 | [<1000] |
| Бангладеш | 7500 | [4500 – 12 000] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | 1400 | [710 – 2500] |
| Бутан | <100 | [<1000] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | <100 | [<200] |
| Бруней Даруссалам | <100 | [<200] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | <100 | [<200] |
| Камбоджа | 140 000 | [79 000 – 220 000] | 1.6 | [0.9 – 2.6] | 2.0 | [1.1 – 3.1] | 59 000 | [28 000 – 99 000] |
| Индия (2) | 5 200 000 | [3 100 000 – 8 700 000] | 0.9 | [0.5 – 1.5] | 0.9 | [0.5 – 1.5] | 1 600 000 | [820 000 – 2 800 000] |
| Индонезия | 110 000 | [68 000 – 190 000] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | 29 000 | [15 000 – 52 000] |
| Иран (Исламская Республика) | 37 000 | [20 000 – 89 000] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 0.1 | [<0.1 – 0.2] | 11 000 | [5200 – 28 000] |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | 1700 | [810 – 5500] | 0.1 | [0.1 – 0.4] | 0.1 | [<0.1 – 0.2] | <1000 | [260 – 2000] |
| Малайзия | 56 000 | [27 000 – 180 000] | 0.5 | [0.2 – 1.5] | 0.4 | [0.2 – 1.3] | 17 000 | [7300 – 57 000] |
| Мальдивские Острова | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мьянма | 380 000 | [210 000 – 590 000] | 1.3 | [0.7 – 2.0] | 1.4 | [0.7 – 2.2] | 110 000 | [53 000 – 190 000] |
| Непал | 64 000 | [34 000 – 150 000] | 0.5 | [0.3 – 1.3] | 0.5 | [0.3 – 1.2] | 16 000 | [7500 – 40 000] |
| Пакистан | 55 000 | [30 000 – 130 000] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | 0.1 | [<0.1 – 0.2] | 14 000 | [6600 – 36 000] |
| Филиппины | 9400 | [5700 – 16 000] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | 3400 | [1800 – 6000] |
| Сингапур | 4700 | [2600 – 12 000] | 0.3 | [0.2 – 0.7] | 0.3 | [0.1 – 0.6] | 1500 | [700 – 3700] |
| Шри-Ланка | 3100 | [1900 – 4400] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | <1000 | [<1000] |
| Таиланд | 570 000 | [310 000 – 880 000] | 1.4 | [0.7 – 2.1] | 1.4 | [0.7 – 2.1] | 220 000 | [100 000 – 370 000] |

| I. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|---|---------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|
| Страна | Женщины (15+), 2003 | | Дети (0–14), 2005 | | Дети (0–14), 2003 | |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Республика Корея | 5500 | [3000 – 9000] | ... | ... | ... | ... |
| Океания | 30 000 | [14 000 – 74 000] | 3000 | [800 – 7900] | 2200 | [610 – 5800] |
| Австралия | <1000 | [<2000] | ... | ... | ... | ... |
| Фиджи | <100 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Новая Зеландия | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Папуа – Новая Гвинея | 29 000 | [13 000 – 72 000] | ... | ... | ... | ... |
| Южная и Юго-Восточная Азия | 2 000 000 | [1 100 000 – 3 300 000] | 170 000 | [63 000 – 400 000] | 150 000 | [55 000 – 340 000] |
| Афганистан | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Бангладеш | <500 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Бутан | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бруней Даруссалам | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Камбоджа | 65 000 | [31 000 – 110 000] | ... | ... | ... | ... |
| Индия (2) | 1 500 000 | [750 000 – 2 600 000] | ... | ... | ... | ... |
| Индонезия | 15 000 | [7700 – 26 000] | ... | ... | ... | ... |
| Иран (Исламская Республика) | 4800 | [2300 – 12 000] | ... | ... | ... | ... |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | <500 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Малайзия | 14 000 | [5800 – 45 000] | ... | ... | ... | ... |
| Мальдивские Острова | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мьянма | 120 000 | [57 000 – 200 000] | ... | ... | ... | ... |
| Непал | 13 000 | [6000 – 32 000] | ... | ... | ... | ... |
| Пакистан | 7300 | [3400 – 18 000] | ... | ... | ... | ... |
| Филиппины | 1900 | [970 – 3300] | ... | ... | ... | ... |
| Сингапур | 1200 | [570 – 3000] | ... | ... | ... | ... |
| Шри-Ланка | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Таиланд | 220 000 | [99 000 – 350 000] | 16 000 | [5400 – 38 000] | 17 000 | [5300 – 38 000] |

| | | | | | 2. Число смертей в результате СПИДа | | | |
|---|----------------------|---|--------------------|---|-------------------------------------|---|---------------|---------------------------------|
| Показатель распро- страненности (%) среди молодых жен- щин (15–24 лет), 2005 | | Показатель распро- страненности (%) среди молодых муж- чин (15–24 лет), 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2003 | | |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Республика Корея | 5500 | [3000 – 9000] | ... | ... | ... | ... | 2100 | [760 – 4400] |
| Океания | 30 000 | [14 000 – 74 000] | 3000 | [800 – 7900] | 2200 | [610 – 5800] | 86 000 | [42 000 – 140 000] |
| Австралия | <1000 | [<2000] | ... | ... | ... | ... | 13 000 | [8300 – 18 000] |
| Фиджи | <100 | [<1000] | ... | ... | ... | ... | <1000 | [<2000] |
| Новая Зеландия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | <100 | [<200] |
| Папуа – Новая Гвинея | 29 000 | [13 000 – 72 000] | ... | ... | ... | ... | 120 000 | [81 000 – 160 000] |
| Южная и Юго- Восточная Азия | 2 000 000 | [1 100 000 – 3 300 000] | 170 000 | [63 000 – 400 000] | 150 000 | [55 000 – 340 000] | 16 000 | [7300 – 25 000] |
| Афганистан | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... | 6800 | [2900 – 12 000] |
| Бангладеш | <500 | [<1000] | ... | ... | ... | ... | 190 000 | [100 000 – 290 000] |
| Бутан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 25 000 | [17 000 – 33 000] |
| Бруней Даруссалам | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 4000 | [2000 – 6500] |
| Камбоджа | 65 000 | [31 000 – 110 000] | ... | ... | ... | ... | 5000 | [2800 – 7900] |
| Индия (2) | 1 500 000 | [750 000 – 2 600 000] | ... | ... | ... | ... | 3700 | [1700 – 7600] |
| Индонезия | 15 000 | [7700 – 26 000] | ... | ... | ... | ... | 290 000 | [230 000 – 350 000] |
| Иран (Исламская Республика) | 4800 | [2300 – 12 000] | ... | ... | ... | ... | 12 000 | [7800 – 18 000] |
| Лаосская Народно- Демократическая Республика | <500 | [<1000] | ... | ... | ... | ... | 8100 | [4500 – 13 000] |
| Малайзия | 14 000 | [5800 – 45 000] | ... | ... | ... | ... | 110 000 | [71 000 – 140 000] |
| Мальдивские Острова | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 150 000 | [120 000 – 180 000] |
| Мьянма | 120 000 | [57 000 – 200 000] | ... | ... | ... | ... | 100 000 | [81 000 – 130 000] |
| Непал | 13 000 | [6000 – 32 000] | ... | ... | ... | ... | 200 000 | [130 000 – 270 000] |
| Пакистан | 7300 | [3400 – 18 000] | ... | ... | ... | ... | 28 000 | [17 000 – 42 000] |
| Филиппины | 1900 | [970 – 3300] | ... | ... | ... | ... | 26 000 | [16 000 – 40 000] |
| Сингапур | 1200 | [570 – 3000] | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Шри-Ланка | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... | 1300 | [<2000] |
| Таиланд | ... | ... | ... | ... | 21 000 | [14 000 – 42 000] | 40 000 | [22 000 – 67 000] |

| 3. Дети, осиротевшие в результате СПИДа | | | | | 4. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичном городе живущие в 2005 г | | | |
|---|--------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------|--|---------|-----|---------|
| Сироты (0–17 лет), живущие в настоящее время, 2005 г. | | | Сироты (0–17 лет), живущие в 2003 г. | | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | | | | |
| Республика Корея | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Океания | | | | | | | | |
| Австралия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Фиджи | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Новая Зеландия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Папуа – Новая Гвинея | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | | | | | |
| Афганистан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бангладеш | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бутан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бруней Даруссалам | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Камбоджа | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Индия (2) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Индонезия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Иран (Исламская Республика) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Малайзия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мальдивские Острова | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мьянма | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Непал | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Пакистан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Филиппины | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Сингапур | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Шри-Ланка | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Таиланд | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

5. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) в группах, которым грозит самый высокий риск, в столичном городе

| Страна | Потребители инъекционных наркотиков | | | | Женщины-работницы секс-бизнеса | | | | Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | | | |
|---|-------------------------------------|---------|------|---------|--------------------------------|---------|------|---------|---|---------|------|---------|
| | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| Республика Корея | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Океания | | | | | | | | | | | | |
| Австралия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Фиджи | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Новая Зеландия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Папуа – Новая Гвинея | ... | ... | ... | ... | 2000 | 16.0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | | | | | | | | | |
| Афганистан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бангладеш | ... | ... | 2005 | 4.9 | ... | ... | 2004 | 0.2 | ... | ... | 2005 | 0.4 |
| Бутан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бруней Даруссалам | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Камбоджа | ... | ... | ... | ... | 2000 | 26.3 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Индия (2) | 2000 | 5.0 | ... | ... | 2000 | 9.4 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Индонезия | 2000 | 65.5 | ... | ... | 2000 | 0.0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Иран (Исламская Республика) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | ... | ... | ... | ... | 2001 | 1.1 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Малайзия | ... | ... | ... | ... | 2000 | 6.9 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мальдивские Острова | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мьянма | 2000 | 37.1 | ... | ... | 2000 | 26.0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Непал | 2000 | 50.0 | ... | ... | 2000 | 17.1 | 2005 | 2.0 | ... | ... | 2005 | 3.9 |
| Пакистан | 2001 | 0.0 | 2005 | 22.9 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Филиппины | ... | ... | 2005 | 1.0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Сингапур | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Шри-Ланка | ... | ... | ... | ... | 2000 | 0.0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Таиланд | 2000 | 39.6 | 2004 | 38.0 | 2000 | 8.5 | 2004 | 4.3 | ... | ... | ... | ... |

| 1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|--|-----------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|
| Страна | Взрослые и дети, 2005 | | Взрослые и дети, 2003 | | Взрослые (15+), 2005 | |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Восточный Тимор | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Вьетнам | 260 000 | [150 000 – 430 000] | 210 000 | [130 000 – 350 000] | 250 000 | [150 000 – 420 000] |
| Восточная Европа и Центральная Азия | 1 500 000 | [970 000 – 2 400 000] | 1 100 000 | [750 000 – 1 800 000] | 1 500 000 | [960 000 – 2 400 000] |
| Армения | 2900 | [1800 – 5800] | 2600 | [1700 – 3900] | 2900 | [1800 – 5800] |
| Азербайджан | 5400 | [2600 – 17 000] | 1400 | [680 – 4500] | 5400 | [2600 – 17 000] |
| Беларусь | 20 000 | [11 000 – 47 000] | 18 000 | [9800 – 44 000] | 20 000 | [11 000 – 48 000] |
| Босния и Герцеговина | <500 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Болгария | <500 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Хорватия | <500 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Эстония | 10 000 | [4800 – 32 000] | 8700 | [4200 – 28 000] | 10 000 | [4800 – 32 000] |
| Грузия | 5600 | [2700 – 18 000] | 2800 | [1500 – 4700] | 5600 | [2700 – 18 000] |
| Казахстан | 24 000 | [12 000 – 77 000] | 20 000 | [10 000 – 33 000] | 24 000 | [11 000 – 76 000] |
| Кыргызстан | 4000 | [1900 – 13 000] | 1100 | [<2000] | 4000 | [1900 – 13 000] |
| Латвия | 10 000 | [6100 – 17 000] | 7500 | [4500 – 12 000] | 10 000 | [6100 – 17 000] |
| Литва | 3300 | [1600 – 10 000] | 1300 | [650 – 4300] | 3300 | [1600 – 11 000] |
| Республика Молдова | 29 000 | [15 000 – 69 000] | 23 000 | [13 000 – 56 000] | 28 000 | [15 000 – 69 000] |
| Румыния | 7000 | [3400 – 22 000] | 6500 | [3100 – 21 000] | ... | ... |
| Российская Федерация | 940 000 | [560 000 – 1 600 000] | 760 000 | [460 000 – 1 300 000] | 940 000 | [560 000 – 1 600 000] |
| Таджикистан | 4900 | [2400 – 16 000] | 1300 | [700 – 2300] | 4900 | [2300 – 16 000] |
| Туркменистан | <500 | [<1000] | ... | ... | <500 | [<1000] |
| Украина | 410 000 | [250 000 – 680 000] | 380 000 | [240 000 – 550 000] | 410 000 | [250 000 – 680 000] |
| Узбекистан | 31 000 | [15 000 – 99 000] | 11 000 | [5500 – 36 000] | 31 000 | [15 000 – 100 000] |

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ

| Страна | Взрослые (15+), 2003 | | Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2005 | | Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2003 | | Женщины (15+), 2005 | |
|--|----------------------|------------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|---------------------|----------------------------|
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Восточный Тимор | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Вьетнам | 210 000 | [130 000 – 350 000] | 0.5 | [0.3 – 0.9] | 0.4 | [0.3 – 0.7] | 84 000 | [43 000 – 150 000] |
| Восточная Европа и Центральная Азия | 1 100 000 | [740 000 – 1 800 000] | 0.8 | [0.5 – 1.5] | 0.6 | [0.4 – 1.0] | 420 000 | [250 000 – 720 000] |
| Армения | 2600 | [1700 – 3900] | 0.1 | [0.1 – 0.6] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | <1000 | [<2000] |
| Азербайджан | 1400 | [680 – 4600] | 0.1 | [0.1 – 0.4] | <0.1 | [<0.2] | <1000 | [300 – 2300] |
| Беларусь | 18 000 | [9700 – 44 000] | 0.3 | [0.2 – 0.8] | 0.3 | [0.2 – 0.8] | 5100 | [2400 – 13 000] |
| Босния и Герцеговина | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Болгария | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Хорватия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Эстония | 8600 | [4100 – 28 000] | 1.3 | [0.6 – 4.3] | 1.1 | [0.5 – 3.7] | 2400 | [1000 – 7900] |
| Грузия | 2800 | [1500 – 4800] | 0.2 | [0.1 – 2.7] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | <1000 | [410 – 3200] |
| Казахстан | 19 000 | [10 000 – 33 000] | 0.3 | [0.1 – 3.2] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 13 000 | [5600 – 43 000] |
| Кыргызстан | 1100 | [<2000] | 0.1 | [0.1 – 1.7] | <0.1 | [<0.2] | <1000 | [290 – 2200] |
| Латвия | 7400 | [4500 – 12 000] | 0.8 | [0.5 – 1.3] | 0.6 | [0.3 – 1.0] | 2200 | [1100 – 3900] |
| Литва | 1300 | [640 – 4300] | 0.2 | [0.1 – 0.6] | 0.1 | [<0.1 – 0.2] | <1000 | [<2000] |
| Республика Молдова | 23 000 | [12 000 – 56 000] | 1.1 | [0.6 – 2.6] | 0.9 | [0.5 – 2.2] | 16 000 | [7400 – 40 000] |
| Румыния | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Российская Федерация | 760 000 | [450 000 – 1 300 000] | 1.1 | [0.7 – 1.8] | 0.9 | [0.5 – 1.5] | 210 000 | [110 000 – 370 000] |
| Таджикистан | 1300 | [700 – 2300] | 0.1 | [0.1 – 1.7] | <0.1 | [<0.2] | <500 | [<2000] |
| Туркменистан | ... | ... | <0.1 | [<0.2] | ... | ... | ... | ... |
| Украина | 380 000 | [240 000 – 540 000] | 1.4 | [0.8 – 4.3] | 1.3 | [0.8 – 1.9] | 200 000 | [100 000 – 350 000] |
| Узбекистан | 11 000 | [5400 – 36 000] | 0.2 | [0.1 – 0.7] | 0.1 | [<0.1 – 0.3] | 4100 | [1700 – 13 000] |

| 1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|--|---------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|
| Страна | Женщины (15+), 2003 | | Дети (0–14), 2005 | | Дети (0–14), 2003 | |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Восточный Тимор | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Вьетнам | 64 000 | [33 000 – 110 000] | ... | ... | ... | ... |
| Восточная Европа и Центральная Азия | 310 000 | [180 000 – 510 000] | 6900 | [2900 – 15 000] | 5000 | [2100 – 11 000] |
| Армения | <1000 | [<2000] | ... | ... | ... | ... |
| Азербайджан | <100 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Беларусь | 4400 | [2100 – 11 000] | ... | ... | ... | ... |
| Босния и Герцеговина | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Болгария | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Хорватия | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Эстония | 1900 | [800 – 6200] | ... | ... | ... | ... |
| Грузия | <500 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Казахстан | 11 000 | [3800 – 20 000] | ... | ... | ... | ... |
| Кыргызстан | <500 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Латвия | 1500 | [740 – 2600] | ... | ... | ... | ... |
| Литва | <500 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Республика Молдова | 13 000 | [6000 – 32 000] | ... | ... | ... | ... |
| Румыния | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Российская Федерация | 160 000 | [80 000 – 280 000] | ... | ... | ... | ... |
| Таджикистан | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Туркменистан | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Украина | 180 000 | [85 000 – 290 000] | ... | ... | ... | ... |
| Узбекистан | <1000 | [320 – 2500] | ... | ... | ... | ... |

| | | | | | 2. Число смертей в результате СПИДа | | | |
|--|------------|--|------------|--|-------------------------------------|--|---------------|---------------------------|
| Показатель распространенности (%) среди молодых женщин (15–24 лет), 2005 | | Показатель распространенности (%) среди молодых мужчин (15–24 лет), 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2003 | | |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Восточный Тимор | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Вьетнам | ... | ... | ... | ... | 13 000 | [7800 – 20 000] | 8900 | [5300 – 13 000] |
| Восточная Европа и Центральная Азия | 0.5 | [0.3 – 0.9] | 0.9 | [0.5 – 1.8] | 53 000 | [34 000 – 77 000] | 28 000 | [18 000 – 41 000] |
| Армения | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <100 | [<200] |
| Азербайджан | ... | ... | ... | ... | <100 | [<200] | <100 | [<200] |
| Беларусь | ... | ... | ... | ... | ... | [<2000] | ... | [<1000] |
| Босния и Герцеговина | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Болгария | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Хорватия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Эстония | ... | ... | ... | ... | ... | [<2000] | ... | [<1000] |
| Грузия | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <100 | [<200] |
| Казахстан | ... | ... | ... | ... | 1100 | [580 – 2000] | <1000 | [<2000] |
| Кыргызстан | ... | ... | ... | ... | <100 | [<200] | <100 | [<200] |
| Латвия | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] |
| Литва | ... | ... | ... | ... | <100 | [<200] | <100 | [<200] |
| Республика Молдова | ... | ... | ... | ... | 1400 | [810 – 2400] | <1000 | [<2000] |
| Румыния | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Российская Федерация | ... | ... | ... | ... | ... | [22 000 – 56 000] | ... | [11 000 – 28 000] |
| Таджикистан | ... | ... | ... | ... | <100 | [<200] | <100 | [<200] |
| Туркменистан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Украина | ... | ... | ... | ... | 22 000 | [13 000 – 33 000] | 14 000 | [7300 – 22 000] |
| Узбекистан | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <100 | [<200] |

| 3. Дети, осиротевшие в результате СПИДа | | | | | | 4. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичном городе живущие в 2005 г | | | |
|---|--------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-----|--|-----|---------|--|
| Сироты (0–17 лет), живущие в настоящее время, 2005 г. | | | Сироты (0–17 лет), живущие в 2003 г. | | | | | | |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | |
| Восточный Тимор | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Вьетнам | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | | | | | | |
| Армения | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Азербайджан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Беларусь | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Босния и Герцеговина | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Болгария | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Хорватия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Эстония | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Грузия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Казахстан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Кыргызстан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Латвия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Литва | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Республика Молдова | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Румыния | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Российская Федерация | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Таджикистан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Туркменистан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Украина | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Узбекистан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |

5. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) в группах, которым грозит самый высокий риск, в столичном городе

| Страна | Потребители инъекционных наркотиков | | | | Женщины-работницы секс-бизнеса | | | | Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | | | |
|--|-------------------------------------|---------|------|---------|--------------------------------|---------|------|---------|---|---------|------|---------|
| | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| Восточный Тимор | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Вьетнам | 2000 | 17.5 | 2005 | 30.6 | 2000 | 10.0 | ... | ... | ... | ... | 2005 | 6.5 |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | | | | | | | | | |
| Армения | 2000 | 14.2 | 2005 | 9.3 | 2000 | 0.5 | 2005 | 0.4 | ... | ... | ... | ... |
| Азербайджан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Беларусь | ... | ... | 2005 | 30.9 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Босния и Герцеговина | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Болгария | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Хорватия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Эстония | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Грузия | ... | ... | 2005 | 1.0 | ... | ... | 2005 | 1.3 | ... | ... | 2005 | 3.2 |
| Казахстан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Кыргызстан | ... | ... | 2005 | 6.2 | ... | ... | 2005 | 1.7 | ... | ... | ... | ... |
| Латвия | 2000 | 19.0 | ... | ... | 2001 | 7.7 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Литва | ... | ... | ... | ... | 2000 | 1.4 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Республика Молдова | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2005 | 8.5 | ... | ... | 2005 | 2.5 |
| Румыния | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2005 | 1.4 | ... | ... | ... | ... |
| Российская Федерация | ... | ... | 2005 | 12.4 | 2000 | 15.3 | 2005 | 3.1 | ... | ... | 2005 | 0.5 |
| Таджикистан | ... | ... | 2005 | 12.1 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Туркменистан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Украина | 2000 | 64.0 | 2005 | 48.8 | ... | ... | 2005 | 8.0 | ... | ... | ... | ... |
| Узбекистан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

| 1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|--|----------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------|------------------------------|
| Взрослые и дети, 2005 | | | Взрослые и дети, 2003 | | Взрослые (15+), 2005 | |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Западная и Центральная Европа | 720 000 | [510 000 – 1 000 000] | 680 000 | [480 000 – 950 000] | 710 000 | [510 000 – 1 000 000] |
| Албания | ... | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Австрия | 12 000 | [7200 – 20 000] | 12 000 | [7200 – 20 000] | 12 000 | [7200 – 20 000] |
| Бельгия | 14 000 | [8100 – 22 000] | 11 000 | [6600 – 18 000] | 14 000 | [8100 – 22 000] |
| Чешская Республика | 1500 | [900 – 2500] | 1500 | [900 – 2500] | 1500 | [900 – 2500] |
| Дания | 5600 | [3400 – 9300] | 5100 | [3100 – 8400] | 5500 | [3300 – 9100] |
| Финляндия | 1900 | [1100 – 3100] | 1900 | [1100 – 3100] | 1900 | [1100 – 3200] |
| Франция | 130 000 | [78 000 – 210 000] | 120 000 | [72 000 – 200 000] | 130 000 | [78 000 – 220 000] |
| Германия | 49 000 | [29 000 – 81 000] | 44 000 | [26 000 – 73 000] | 49 000 | [29 000 – 81 000] |
| Греция | 9300 | [5600 – 15 000] | 9200 | [5500 – 15 000] | 9300 | [5600 – 15 000] |
| Венгрия | 3200 | [1900 – 5300] | 3000 | [1800 – 5000] | 3200 | [1900 – 5300] |
| Исландия | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] |
| Ирландия | 5000 | [3000 – 8300] | 5000 | [3000 – 8300] | 5000 | [3000 – 8300] |
| Италия | 150 000 | [90 000 – 250 000] | 140 000 | [84 000 – 230 000] | 150 000 | [90 000 – 250 000] |
| Люксембург | <1000 | [<1000] | <1000 | [<1000] | <1000 | [<2000] |
| Мальта | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] |
| Нидерланды | 18 000 | [11 000 – 29 000] | 17 000 | [10 000 – 27 000] | 17 000 | [10 000 – 29 000] |
| Норвегия | 2500 | [1500 – 4100] | 2000 | [1200 – 3300] | 2500 | [1500 – 4200] |
| Польша | 25 000 | [15 000 – 41 000] | 25 000 | [15 000 – 41 000] | 25 000 | [15 000 – 42 000] |
| Португалия | 32 000 | [19 000 – 53 000] | 31 000 | [19 000 – 51 000] | 32 000 | [19 000 – 53 000] |
| Сербия и Черногория | 10 000 | [6000 – 17 000] | 9000 | [5400 – 15 000] | 10 000 | [6000 – 17 000] |
| Словакия | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] |
| Словения | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] |
| Испания | 140 000 | [84 000 – 230 000] | 140 000 | [84 000 – 230 000] | 140 000 | [84 000 – 230 000] |
| Швеция | 8000 | [4800 – 13 000] | 8000 | [4800 – 13 000] | 8000 | [4800 – 13 000] |
| Швейцария | 17 000 | [9900 – 27 000] | 15 000 | [9200 – 25 000] | 16 000 | [9900 – 27 000] |
| Бывшая Югославская Республика Македония | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] |
| Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (3) | 68 000 | [41 000 – 110 000] | 54 000 | [32 000 – 89 000] | 67 000 | [40 000 – 110 000] |

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ

| Взрослые (15+), 2003 | | Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2005 | | Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2003 | | Женщины (15+), 2005 | | |
|--|----------------|--|------------|--|------------|---------------------------|----------------|----------------------------|
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Западная и Центральная Европа | 670 000 | [470 000 – 950 000] | 0.3 | [0.2 – 0.4] | 0.3 | [0.2 – 0.4] | 200 000 | [130 000 – 310 000] |
| Албания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Австрия | 12 000 | [7200 – 20 000] | 0.3 | [0.2 – 0.5] | 0.3 | [0.2 – 0.5] | 2300 | [1200 – 4100] |
| Бельгия | 11 000 | [6600 – 18 000] | 0.3 | [0.2 – 0.5] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 5400 | [2800 – 9500] |
| Чешская Республика | 1500 | [900 – 2500] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | <1000 | [<1000] |
| Дания | 5000 | [3000 – 8300] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 0.2 | [0.1 – 0.3] | 1300 | [670 – 2300] |
| Финляндия | 1900 | [1100 – 3200] | 0.1 | [<0.2] | 0.1 | [<0.2] | <1000 | [<2000] |
| Франция | 120 000 | [72 000 – 200 000] | 0.5 | [0.3 – 0.8] | 0.4 | [0.3 – 0.7] | 45 000 | [23 000 – 79 000] |
| Германия | 44 000 | [26 000 – 73 000] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | 15 000 | [7700 – 26 000] |
| Греция | 9200 | [5500 – 15 000] | 0.2 | [0.1 – 0.3] | 0.2 | [0.1 – 0.3] | 2000 | [1000 – 3500] |
| Венгрия | 3000 | [1800 – 5000] | 0.1 | [<0.2] | 0.1 | [<0.2] | <1000 | [<2000] |
| Исландия | <500 | [<1000] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | <100 | [<200] |
| Ирландия | 5000 | [3000 – 8300] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 1800 | [920 – 3200] |
| Италия | 140 000 | [84 000 – 230 000] | 0.6 | [0.3 – 0.9] | 0.5 | [0.3 – 0.8] | 50 000 | [26 000 – 88 000] |
| Люксембург | <1000 | [<2000] | 0.3 | [0.1 – 0.4] | 0.3 | [0.2 – 0.4] | ... | ... |
| Мальта | <500 | [<1000] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | ... | ... |
| Нидерланды | 16 000 | [9900 – 27 000] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 5900 | [3000 – 10 000] |
| Норвегия | 2000 | [1200 – 3300] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | <1000 | [<2000] |
| Польша | 25 000 | [15 000 – 42 000] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | 7500 | [3800 – 13 000] |
| Португалия | 31 000 | [19 000 – 51 000] | 0.6 | [0.4 – 1.0] | 0.6 | [0.4 – 1.0] | 1300 | [670 – 2300] |
| Сербия и Черногория | 9000 | [5400 – 15 000] | 0.2 | [0.1 – 0.3] | 0.2 | [0.1 – 0.3] | 2000 | [1000 – 3500] |
| Словакия | <500 | [<1000] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | ... | ... |
| Словения | <500 | [<1000] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | ... | ... |
| Испания | 140 000 | [84 000 – 230 000] | 0.6 | [0.4 – 1.0] | 0.6 | [0.4 – 1.1] | 32 000 | [16 000 – 57 000] |
| Швеция | 8000 | [4800 – 13 000] | 0.2 | [0.1 – 0.3] | 0.2 | [0.1 – 0.3] | 2500 | [1300 – 4400] |
| Швейцария | 15 000 | [9100 – 25 000] | 0.5 | [0.3 – 0.8] | 0.4 | [0.3 – 0.7] | 5900 | [3000 – 10 000] |
| Бывшая Югославская Республика Македония | <500 | [<1000] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | ... | ... |
| Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (3) | 53 000 | [32 000 – 88 000] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 0.2 | [0.1 – 0.3] | 21 000 | [11 000 – 37 000] |

| 1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|--|---------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|
| Страна | Женщины (15+), 2003 | | Дети (0–14), 2005 | | Дети (0–14), 2003 | |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Западная и Центральная Европа | 190 000 | [120 000 – 290 000] | 4000 | <8000 | 4000 | <8000 |
| Албания | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Австрия | 2300 | [1200 – 4100] | ... | ... | ... | ... |
| Бельгия | 5000 | [2600 – 8800] | ... | ... | ... | ... |
| Чешская Республика | <1000 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Дания | 1200 | [610 – 2100] | ... | ... | ... | ... |
| Финляндия | <1000 | [<2000] | ... | ... | ... | ... |
| Франция | 40 000 | [20 000 – 71 000] | ... | ... | ... | ... |
| Германия | 13 000 | [6600 – 23 000] | ... | ... | ... | ... |
| Греция | 1900 | [970 – 3400] | ... | ... | ... | ... |
| Венгрия | <1000 | [<2000] | ... | ... | ... | ... |
| Исландия | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Ирландия | 1600 | [820 – 2800] | ... | ... | ... | ... |
| Италия | 47 000 | [24 000 – 83 000] | ... | ... | ... | ... |
| Люксембург | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мальта | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Нидерланды | 5400 | [2800 – 9500] | ... | ... | ... | ... |
| Норвегия | <1000 | [<2000] | ... | ... | ... | ... |
| Польша | 7500 | [3800 – 13 000] | ... | ... | ... | ... |
| Португалия | 1200 | [610 – 2100] | ... | ... | ... | ... |
| Сербия и Черногория | 2000 | [1000 – 3500] | ... | ... | ... | ... |
| Словакия | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Словения | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Испания | 32 000 | [16 000 – 57 000] | ... | ... | ... | ... |
| Швеция | 2500 | [1300 – 4400] | ... | ... | ... | ... |
| Швейцария | 5400 | [2800 – 9500] | ... | ... | ... | ... |
| Бывшая Югославская Республика Македония | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (3) | 16 000 | [7900 – 27 000] | ... | ... | ... | ... |

| | | | | | 2. Число смертей в результате СПИДа | | | | |
|--|--------|--|--------|--|-------------------------------------|--|--------|--|--|
| | | Показатель распространности (%) среди молодых женщин (15–24 лет), 2005 | | Показатель распространности (%) среди молодых мужчин (15–24 лет), 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2003 | |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | |
| Западная и Центральная Европа | | | | | 12 000 | <15 000 | 12 000 | <15 000 | |
| Албания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Австрия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Бельгия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Чешская Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Дания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Финляндия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Франция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Германия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Греция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Венгрия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Исландия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Ирландия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Италия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Люксембург | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Мальта | ... | ... | ... | ... | <500 | [<200] | <500 | [<200] | |
| Нидерланды | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Норвегия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Польша | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Португалия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Сербия и Черногория | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Словакия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Словения | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Испания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Швеция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Швейцария | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Бывшая Югославская Республика Македония | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (3) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |

| 3. Дети, осиротевшие в результате СПИДа | | | | | 4. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичном городе живущие в 2005 г | | | |
|--|--------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------|--|---------|-----|---------|
| Сироты (0–17 лет), живущие в настоящее время, 2005 г. | | | Сироты (0–17 лет), живущие в 2003 г. | | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | | | | |
| Западная и Центральная Европа | | | | | | | | |
| Албания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Австрия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бельгия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Чешская Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Дания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Финляндия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Франция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Германия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Греция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Венгрия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Исландия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ирландия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Италия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Люксембург | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мальта | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Нидерланды | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Норвегия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Польша | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Португалия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Сербия и Черногория | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Словакия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Словения | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Испания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Швеция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Швейцария | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бывшая Югославская Республика Македония | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (3) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

5. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) в группах, которым грозит самый высокий риск, в столичном городе

| Страна | Потребители инъекционных наркотиков | | | | Женщины-работницы секс-бизнеса | | | | Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | | | |
|--|-------------------------------------|---------|------|---------|--------------------------------|---------|------|---------|---|---------|------|---------|
| | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| Западная и Центральная Европа | | | | | | | | | | | | |
| Албания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Австрия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бельгия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Чешская Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Дания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Финляндия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Франция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Германия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Греция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Венгрия | 2000 | 2.2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Исландия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ирландия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Италия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Люксембург | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мальта | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Нидерланды | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2005 | 6.5 | ... | ... | 2004 | 32.1 |
| Норвегия | ... | ... | 2005 | 0.4 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Польша | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Португалия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Сербия и Черногория | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Словакия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Словения | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 | 3.0 | ... | ... |
| Испания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Швеция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Швейцария | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бывшая Югославская Республика Македония | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (3) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

| 1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|---|-----------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|
| Страна | Взрослые и дети, 2005 | | Взрослые и дети, 2003 | | Взрослые (15+), 2005 | |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Северная Африка и Ближний Восток | 440 000 | [240 000 – 750 000] | 380 000 | [210 000 – 640 000] | 400 000 | [220 000 – 690 000] |
| Алжир | 19 000 | [9000 – 59 000] | 9800 | [4700 – 31 000] | 19 000 | [8800 – 60 000] |
| Бахрейн | <1000 | [<2000] | ... | ... | ... | ... |
| Кипр | <500 | [<1000] | ... | ... | ... | ... |
| Египет | 5300 | [2900 – 13 000] | 4300 | [2300 – 10 000] | 5200 | [2800 – 13 000] |
| Ирак | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Израиль | 4000 | [2200 – 9800] | ... | ... | ... | ... |
| Иордания | <1000 | [<2000] | ... | ... | ... | ... |
| Кувейт | <1000 | [<2000] | ... | ... | ... | ... |
| Ливан | 2900 | [1400 – 9200] | 1600 | [770 – 5100] | 2900 | [1400 – 9300] |
| Ливийская Арабская Джамахирия | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Марокко | 19 000 | [12 000 – 38 000] | 17 000 | [11 000 – 25 000] | 19 000 | [12 000 – 38 000] |
| Оман | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Катар | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Саудовская Аравия | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Судан | 350 000 | [170 000 – 580 000] | 330 000 | [170 000 – 540 000] | 320 000 | [160 000 – 530 000] |
| Сирийская Арабская Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Тунис | 8700 | [4700 – 21 000] | 4400 | [2400 – 11 000] | 8600 | [4600 – 21 000] |
| Турция | <2000 | [<5000] | ... | ... | ... | ... |
| Объединенные Арабские Эмираты | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Йемен | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Северная Америка | 1 300 000 | [770 000 – 2 100 000] | 1 200 000 | [710 000 – 1 900 000] | 1 200 000 | [760 000 – 2 100 000] |
| Канада (4) | 60 000 | [36 000 – 99 000] | 56 000 | [34 000 – 93 000] | 59 000 | [35 000 – 98 000] |
| Соединенные Штаты Америки | 1 200 000 | [720 000 – 2 000 000] | 1 100 000 | [660 000 – 1 800 000] | 1 200 000 | [720 000 – 2 000 000] |
| Карибский регион | 330 000 | [230 000 – 440 000] | 310 000 | [220 000 – 410 000] | 300 000 | [210 000 – 410 000] |
| Багамские Острова | 6800 | [3300 – 22 000] | 5800 | [3100 – 9800] | 6500 | [3100 – 21 000] |
| Барбадос | 2700 | [1500 – 4200] | 2700 | [1500 – 4200] | 2700 | [1500 – 4200] |
| Куба | 4800 | [2300 – 15 000] | 4300 | [2100 – 14 000] | 4700 | [2300 – 15 000] |

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ

| Страна | Взрослые (15+), 2003 | | Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2005 | | Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2003 | | Женщины (15+), 2005 | |
|---|----------------------|------------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|---------------------|----------------------------|
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Северная Африка и Ближний Восток | 350 000 | [200 000 – 600 000] | 0.2 | [0.1 – 0.4] | 0.2 | [0.1 – 0.3] | 190 000 | [93 000 – 360 000] |
| Алжир | 9700 | [4600 – 31 000] | 0.1 | [<0.2] | 0.1 | [<0.2] | 4100 | [1700 – 13 000] |
| Бахрейн | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Кипр | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Египет | 4200 | [2300 – 10 000] | <0.1 | [<0.2] | <0.1 | [<0.2] | <1000 | [430 – 2300] |
| Ирак | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Израиль | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Иордания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Кувейт | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ливан | 1600 | [760 – 5100] | 0.1 | [0.1 – 0.5] | 0.1 | [<0.1 – 0.3] | <1000 | [270 – 2100] |
| Ливийская Арабская Джамахирия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Марокко | 17 000 | [11 000 – 25 000] | 0.1 | [0.1 – 0.4] | 0.1 | [<0.2] | 4000 | [2100 – 8400] |
| Оман | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Катар | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Саудовская Аравия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Судан | 300 000 | [160 000 – 500 000] | 1.6 | [0.8 – 2.7] | 1.6 | [0.8 – 2.7] | 180 000 | [80 000 – 320 000] |
| Сирийская Арабская Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Тунис | 4400 | [2400 – 11 000] | 0.1 | [0.1 – 0.3] | 0.1 | [<0.1 – 0.2] | 1900 | [860 – 4700] |
| Турция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Объединенные Арабские Эмираты | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Йемен | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Северная Америка | 1 100 000 | [700 000 – 1 900 000] | 0.8 | [0.4 – 1.0] | 0.7 | [0.4 – 1.0] | 310 000 | [160 000 – 550 000] |
| Канада (4) | 55 000 | [33 000 – 91 000] | 0.3 | [0.2 – 0.5] | 0.3 | [0.2 – 0.5] | 14 000 | [7200 – 25 000] |
| Соединенные Штаты Америки | 1 100 000 | [660 000 – 1 800 000] | 0.6 | [0.4 – 1.0] | 0.6 | [0.4 – 1.0] | 300 000 | [150 000 – 530 000] |
| Карибский регион | 290 000 | [200 000 – 390 000] | 1.6 | [1.1 – 2.4] | 1.5 | [1.1 – 2.1] | 160 000 | [100 000 – 220 000] |
| Багамские Острова | 5500 | [2900 – 9300] | 3.3 | [1.3 – 40.5] | 2.9 | [1.5 – 4.9] | 3800 | [1600 – 13 000] |
| Барбадос | 2700 | [1500 – 4200] | 1.5 | [0.8 – 2.5] | 1.6 | [0.9 – 2.5] | <1000 | [<2000] |
| Куба | 4200 | [2000 – 14 000] | 0.1 | [0.0 – 0.2] | 0.1 | [0.0 – 0.2] | 2600 | [1100 – 8500] |

| 1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|---|---------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|
| Страна | Женщины (15+), 2003 | | Дети (0–14), 2005 | | Дети (0–14), 2003 | |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Северная Африка и Ближний Восток | 180 000 | [83 000 – 320 000] | 31 000 | [12 000 – 76 000] | 28 000 | [11 000 – 69 000] |
| Алжир | 2000 | [850 – 6600] | ... | ... | ... | ... |
| Бахрейн | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Кипр | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Египет | <1000 | [<2000] | ... | ... | ... | ... |
| Ирак | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Израиль | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Иордания | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Кувейт | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ливан | <500 | [<2000] | ... | ... | ... | ... |
| Ливийская Арабская Джамахирия | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Марокко | 3100 | [1700 – 5100] | ... | ... | ... | ... |
| Оман | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Катар | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Саудовская Аравия | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Судан | 170 000 | [75 000 – 310 000] | 30 000 | [12 000 – 74 000] | 28 000 | [11 000 – 68 000] |
| Сирийская Арабская Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Тунис | <1000 | [410 – 2200] | ... | ... | ... | ... |
| Турция | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Объединенные Арабские Эмираты | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Йемен | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Северная Америка | 290 000 | [150 000 – 500 000] | 11 000 | [3300 – 27 000] | 11 000 | [3300 – 27 000] |
| Канада (4) | 13 000 | [6700 – 23 000] | ... | ... | ... | ... |
| Соединенные Штаты Америки | 280 000 | [140 000 – 490 000] | ... | ... | ... | ... |
| Карибский регион | 150 000 | [95 000 – 210 000] | 22 000 | [9100 – 44 000] | 22 000 | [8900 – 45 000] |
| Багамские Острова | 3300 | [1100 – 5900] | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] |
| Барбадос | <1000 | [<2000] | <100 | [<200] | <100 | [<200] |
| Куба | 2300 | [980 – 7600] | ... | ... | ... | ... |

| | | | | | 2. Число смертей в результате СПИДа | | | | |
|---|--------|--|--------|--|-------------------------------------|--|--------|--|--|
| | | Показатель распространенности (%) среди молодых женщин (15–24 лет), 2005 | | Показатель распространенности (%) среди молодых мужчин (15–24 лет), 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2003 | |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | |
| Северная Африка и Ближний Восток | 0.2 | [0.1 – 0.3] | 0.1 | [0.1 – 0.2] | 37 000 | [20 000 – 62 000] | 34 000 | [18 000 – 57 000] | |
| Алжир | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | |
| Бахрейн | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Кипр | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Египет | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | |
| Ирак | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Израиль | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Иордания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Кувейт | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Ливан | ... | ... | ... | ... | <100 | [<200] | <100 | [<200] | |
| Ливийская Арабская Джамахирия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Марокко | ... | ... | ... | ... | 1300 | [850 – 2000] | 1000 | [<2000] | |
| Оман | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Катар | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Саудовская Аравия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Судан | ... | ... | ... | ... | 34 000 | [18 000 – 58 000] | 32 000 | [17 000 – 55 000] | |
| Сирийская Арабская Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Тунис | ... | ... | ... | ... | <100 | [<200] | <100 | [<200] | |
| Турция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Объединенные Арабские Эмираты | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Йемен | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Северная Америка | | | | | 18 000 | [11 000 – 27 000] | 18 000 | [11 000 – 27 000] | |
| Канада (4) | ... | ... | ... | ... | 2000 | [1200 – 3000] | 2000 | [1200 – 3000] | |
| Соединенные Штаты Америки | ... | ... | ... | ... | 16 000 | [9600 – 24 000] | 16 000 | [9600 – 24 000] | |
| Карибский регион | 1.6 | [0.9 – 2.3] | 0.7 | [0.4 – 1.0] | 27 000 | [18 000 – 37 000] | 28 000 | [18 000 – 39 000] | |
| Багамские Острова | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | |
| Барбадос | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | |
| Куба | ... | ... | ... | ... | <500 | [<200] | <100 | [<200] | |

| 3. Дети, осиротевшие в результате СПИДа | | | | | 4. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичном городе/живущие в 2005 г. | | | |
|---|--------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---|---------|-----|---------|
| Сироты (0–17 лет), живущие в настоящее время, 2005 г. | | | Сироты (0–17 лет), живущие в 2003 г. | | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | | | | |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | | | | | |
| Алжир | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бахрейн | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Кипр | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Египет | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ирак | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Израиль | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Иордания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Кувейт | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ливан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ливийская Арабская Джамахирия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Марокко | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Оман | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Катар | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Саудовская Аравия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Судан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Сирийская Арабская Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Тунис | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Турция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Объединенные Арабские Эмираты | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Йемен | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Северная Америка | | | | | | | | |
| Канада (4) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Соединенные Штаты Америки | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Карибский регион | | | | | | | | |
| Багамские Острова | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Барбадос | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Куба | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

5. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) в группах, которым грозит самый высокий риск, в столичном городе

| Страна | Потребители инъекционных наркотиков | | | | Женщины-работницы секс-бизнеса | | | | Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | | | |
|---|-------------------------------------|---------|-----|---------|--------------------------------|---------|------|---------|---|---------|------|---------|
| | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | | | | | | | | | |
| Алжир | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бахрейн | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Кипр | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Египет | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ирак | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Израиль | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Иордания | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Кувейт | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ливан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ливийская Арабская Джамахирия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Марокко | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2005 | 1.9 | ... | ... | 2005 | 1.9 |
| Оман | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Катар | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Саудовская Аравия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Судан | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Сирийская Арабская Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Тунис | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Турция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Объединенные Арабские Эмираты | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Йемен | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Северная Америка | | | | | | | | | | | | |
| Канада (4) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Соединенные Штаты Америки | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Карибский регион | | | | | | | | | | | | |
| Багамские Острова | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Барбадос | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Куба | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

| I. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|---|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Страна | Взрослые и дети, 2005 | | Взрослые и дети, 2003 | | Взрослые (15+), 2005 | |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Доминиканская Республика | 66 000 | [56 000 – 77 000] | 66 000 | [57 000 – 76 000] | 62 000 | [53 000 – 73 000] |
| Гаити | 190 000 | [120 000 – 270 000] | 180 000 | [110 000 – 260 000] | 180 000 | [100 000 – 250 000] |
| Ямайка | 25 000 | [14 000 – 39 000] | 24 000 | [13 000 – 38 000] | 25 000 | [14 000 – 39 000] |
| Тринидад и Тобаго | 27 000 | [15 000 – 42 000] | 25 000 | [14 000 – 40 000] | 26 000 | [15 000 – 41 000] |
| Латинская Америка | 1 600 000 | [1 100 000 – 2 600 000] | 1 400 000 | [1 000 000 – 2 200 000] | 1 600 000 | [1 100 000 – 2 600 000] |
| Америка | 130 000 | [80 000 – 220 000] | 120 000 | [75 000 – 170 000] | 130 000 | [78 000 – 220 000] |
| Белиз | 3700 | [2000 – 5700] | 2900 | [1600 – 4500] | 3600 | [2000 – 5600] |
| Боливия | 7000 | [3800 – 17 000] | 6400 | [3500 – 16 000] | 6800 | [3600 – 16 000] |
| Бразилия | 620 000 | [370 000 – 1 000 000] | 560 000 | [350 000 – 800 000] | 610 000 | [370 000 – 1 000 000] |
| Чили | 28 000 | [17 000 – 56 000] | 25 000 | [16 000 – 37 000] | 28 000 | [17 000 – 56 000] |
| Колумбия | 160 000 | [100 000 – 320 000] | 140 000 | [90 000 – 210 000] | 160 000 | [100 000 – 320 000] |
| Коста-Рика | 7400 | [3600 – 24 000] | 6400 | [3300 – 11 000] | 7300 | [3500 – 24 000] |
| Эквадор | 23 000 | [11 000 – 74 000] | 22 000 | [11 000 – 36 000] | 22 000 | [11 000 – 71 000] |
| Сальвадор | 36 000 | [22 000 – 72 000] | 34 000 | [22 000 – 52 000] | 35 000 | [22 000 – 71 000] |
| Гватемала | 61 000 | [37 000 – 100 000] | 55 000 | [34 000 – 79 000] | 59 000 | [35 000 – 97 000] |
| Гайана | 12 000 | [4700 – 23 000] | 12 000 | [4700 – 23 000] | 11 000 | [4400 – 22 000] |
| Гондурас | 63 000 | [35 000 – 99 000] | 58 000 | [32 000 – 91 000] | 61 000 | [33 000 – 95 000] |
| Мексика | 180 000 | [99 000 – 440 000] | 170 000 | [91 000 – 410 000] | 180 000 | [97 000 – 440 000] |
| Никарагуа | 7300 | [3900 – 18 000] | 5900 | [3200 – 14 000] | 7200 | [3900 – 17 000] |
| Панама | 17 000 | [11 000 – 34 000] | 16 000 | [10 000 – 24 000] | 17 000 | [10 000 – 33 000] |
| Парагвай | 13 000 | [6200 – 41 000] | 11 000 | [6000 – 19 000] | 13 000 | [6000 – 41 000] |
| Перу | 93 000 | [56 000 – 150 000] | 84 000 | [52 000 – 120 000] | 91 000 | [55 000 – 150 000] |
| Суринам | 5200 | [2800 – 8100] | 4500 | [2500 – 7000] | 5100 | [2800 – 8000] |
| Уругвай | 9600 | [4600 – 30 000] | 8100 | [4200 – 14 000] | 9500 | [4500 – 31 000] |
| Венесуэла | 110 000 | [54 000 – 350 000] | 96 000 | [50 000 – 160 000] | 110 000 | [52 000 – 350 000] |

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ

| Страна | Взрослые (15+), 2003 | | Показатель распро- страненности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2005 | | Показатель распро- страненности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2003 | | Женщины (15+), 2005 | |
|--------------------------|----------------------|---------------------------------|---|---------------------------------|---|---------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Доминиканская Республика | 63 000 | [54 000 – 72 000] | 1.1 | [0.9 – 1.3] | 1.2 | [1.0 – 1.3] | 31 000 | [27 000 – 37 000] |
| Гаити | 170 000 | [98 000 – 230 000] | 3.8 | [2.2 – 5.4] | 3.8 | [2.2 – 5.4] | 96 000 | [50 000 – 150 000] |
| Ямайка | 24 000 | [13 000 – 37 000] | 1.5 | [0.8 – 2.4] | 1.5 | [0.8 – 2.4] | 6900 | [3300 – 12 000] |
| Тринидад и Тобаго | 25 000 | [14 000 – 39 000] | 2.6 | [1.4 – 4.2] | 2.6 | [1.4 – 4.1] | 15 000 | [6900 – 24 000] |
| Латинская Америка | 1 400 000 | [990 000 – 2 200 000] | 0.5 | [0.4 – 1.3] | 0.5 | [0.3 – 0.7] | 480 000 | [300 000 – 840 000] |
| Америка | 120 000 | [73 000 – 170 000] | 0.6 | [0.3 – 1.9] | 0.6 | [0.4 – 0.8] | 36 000 | [19 000 – 64 000] |
| Белиз | 2800 | [1600 – 4400] | 2.5 | [1.4 – 4.0] | 2.1 | [1.1 – 3.3] | 1000 | [<2000] |
| Боливия | 6300 | [3400 – 15 000] | 0.1 | [0.1 – 0.3] | 0.1 | [0.1 – 0.3] | 1900 | [880 – 4700] |
| Бразилия | 550 000 | [340 000 – 790 000] | 0.5 | [0.3 – 1.6] | 0.5 | [0.3 – 0.7] | 220 000 | [110 000 – 390 000] |
| Чили | 25 000 | [16 000 – 37 000] | 0.3 | [0.2 – 1.2] | 0.3 | [0.2 – 0.4] | 7600 | [4000 – 16 000] |
| Колумбия | 140 000 | [89 000 – 210 000] | 0.6 | [0.3 – 2.5] | 0.5 | [0.3 – 0.8] | 45 000 | [24 000 – 95 000] |
| Коста-Рика | 6300 | [3300 – 11 000] | 0.3 | [0.1 – 3.6] | 0.3 | [0.1 – 0.4] | 2000 | [860 – 6700] |
| Эквадор | 21 000 | [11 000 – 35 000] | 0.3 | [0.1 – 3.5] | 0.3 | [0.1 – 0.5] | 12 000 | [5200 – 40 000] |
| Сальвадор | 34 000 | [22 000 – 51 000] | 0.9 | [0.5 – 3.8] | 0.9 | [0.6 – 1.4] | 9900 | [5300 – 21 000] |
| Гватемала | 53 000 | [33 000 – 76 000] | 0.9 | [0.5 – 2.7] | 0.9 | [0.5 – 1.2] | 16 000 | [8300 – 29 000] |
| Гайана | 11 000 | [4400 – 22 000] | 2.4 | [1.0 – 4.9] | 2.4 | [0.9 – 4.8] | 6600 | [2300 – 14 000] |
| Гондурас | 56 000 | [31 000 – 88 000] | 1.5 | [0.8 – 2.4] | 1.5 | [0.8 – 2.4] | 16 000 | [7500 – 27 000] |
| Мексика | 170 000 | [90 000 – 410 000] | 0.3 | [0.2 – 0.7] | 0.3 | [0.1 – 0.7] | 42 000 | [17 000 – 91 000] |
| Никарагуа | 5800 | [3100 – 14 000] | 0.2 | [0.1 – 0.6] | 0.2 | [0.1 – 0.5] | 1700 | [780 – 4200] |
| Панама | 15 000 | [9900 – 23 000] | 0.9 | [0.5 – 3.7] | 0.9 | [0.6 – 1.3] | 4300 | [2300 – 9200] |
| Парагвай | 11 000 | [5800 – 19 000] | 0.4 | [0.2 – 4.6] | 0.4 | [0.2 – 0.6] | 3500 | [1500 – 12 000] |
| Перу | 82 000 | [51 000 – 120 000] | 0.6 | [0.3 – 1.7] | 0.5 | [0.3 – 0.8] | 26 000 | [13 000 – 45 000] |
| Суринам | 4500 | [2500 – 7000] | 1.9 | [1.1 – 3.1] | 1.7 | [0.9 – 2.7] | 1400 | [690 – 2400] |
| Уругвай | 8100 | [4200 – 14 000] | 0.5 | [0.2 – 6.1] | 0.4 | [0.2 – 0.7] | 5300 | [2200 – 17 000] |
| Венесуэла | 94 000 | [49 000 – 160 000] | 0.7 | [0.3 – 8.9] | 0.6 | [0.3 – 1.1] | 31 000 | [13 000 – 100 000] |

| 1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ | | | | | | |
|---|---------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|
| Страна | Женщины (15+), 2003 | | Дети (0–14), 2005 | | Дети (0–14), 2003 | |
| | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] |
| Доминиканская Республика | 31 000 | [27 000 – 35 000] | 3600 | [1300 – 8000] | 3600 | [1200 – 8000] |
| Гаити | 90 000 | [47 000 – 140 000] | 17 000 | [5800 – 36 000] | 17 000 | [5800 – 36 000] |
| Ямайка | 6500 | [3100 – 11 000] | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] |
| Тринидад и Тобаго | 14 000 | [6500 – 23 000] | <1000 | [<2000] | <1000 | [<2000] |
| Латинская Америка | 420 000 | [260 000 – 680 000] | 32 000 | [15 000 – 66 000] | 29 000 | [14 000 – 61 000] |
| Америка | 32 000 | [15 000 – 50 000] | ... | ... | ... | ... |
| Белиз | <1000 | [<2000] | <100 | [<200] | <100 | [<200] |
| Боливия | 1700 | [800 – 4300] | ... | ... | ... | ... |
| Бразилия | 190 000 | [89 000 – 300 000] | ... | ... | ... | ... |
| Чили | 6600 | [3500 – 11 000] | ... | ... | ... | ... |
| Колумбия | 37 000 | [20 000 – 60 000] | ... | ... | ... | ... |
| Коста-Рика | 1700 | [600 – 3100] | ... | ... | ... | ... |
| Эквадор | 11 000 | [4000 – 21 000] | ... | ... | ... | ... |
| Сальвадор | 9200 | [5000 – 15 000] | ... | ... | ... | ... |
| Гватемала | 14 000 | [6600 – 22 000] | ... | ... | ... | ... |
| Гайана | 6600 | [2300 – 14 000] | <1000 | [160 – 2000] | <1000 | [170 – 2100] |
| Гондурас | 14 000 | [6700 – 24 000] | 2400 | [790 – 5600] | 1900 | [640 – 4500] |
| Мексика | 34 000 | [15 000 – 79 000] | ... | ... | ... | ... |
| Никарагуа | 1300 | [580 – 3100] | ... | ... | ... | ... |
| Панама | 3900 | [2100 – 6300] | ... | ... | ... | ... |
| Парагвай | 3000 | [1100 – 5500] | ... | ... | ... | ... |
| Перу | 22 000 | [10 000 – 35 000] | ... | ... | ... | ... |
| Суринам | 1200 | [580 – 2100] | <100 | [<200] | <100 | [<200] |
| Уругвай | 4500 | [1600 – 8000] | ... | ... | ... | ... |
| Венесуэла | 26 000 | [9100 – 47 000] | ... | ... | ... | ... |

| | | | | | 2. Число смертей в результате СПИДа | | | | |
|--------------------------|------------|--|------------|--|-------------------------------------|--|---------------|--|--|
| | | Показатель распространности (%) среди молодых женщин (15–24 лет), 2005 | | Показатель распространности (%) среди молодых мужчин (15–24 лет), 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2005 | | Число смертей среди взрослых и детей, 2003 | |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | |
| Доминиканская Республика | ... | ... | ... | ... | 6700 | [5100 – 8200] | 6900 | [4600 – 9000] | |
| Гаити | ... | ... | ... | ... | 16 000 | [9500 – 24 000] | 17 000 | [10 000 – 26 000] | |
| Ямайка | ... | ... | ... | ... | 1300 | [710 – 2200] | 1300 | [670 – 2100] | |
| Тринидад и Тобаго | ... | ... | ... | ... | 1900 | [990 – 3100] | 1700 | [870 – 2700] | |
| Латинская Америка | 0.3 | [0.2 – 1.0] | 0.5 | [0.3 – 1.7] | 59 000 | [43 000 – 82 000] | 51 000 | [36 000 – 72 000] | |
| Америка | ... | ... | ... | ... | 4300 | [2600 – 6400] | 3100 | [1600 – 5000] | |
| Белиз | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | |
| Боливия | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | |
| Бразилия | ... | ... | ... | ... | 14 000 | [8300 – 21 000] | 13 000 | [6800 – 21 000] | |
| Чили | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | |
| Колумбия | ... | ... | ... | ... | 8200 | [5200 – 12 000] | 6800 | [3800 – 10 000] | |
| Коста-Рика | ... | ... | ... | ... | <100 | [<200] | <100 | [<200] | |
| Эквадор | ... | ... | ... | ... | 1600 | [840 – 2900] | 1100 | [450 – 2000] | |
| Сальвадор | ... | ... | ... | ... | 2500 | [1600 – 3700] | 2800 | [1500 – 4200] | |
| Гватемала | ... | ... | ... | ... | 2700 | [1600 – 4000] | 2100 | [1100 – 3400] | |
| Гайана | ... | ... | ... | ... | 1200 | [440 – 2300] | 1300 | [500 – 2600] | |
| Гондурас | ... | ... | ... | ... | 3700 | [2000 – 6200] | 3500 | [1900 – 5800] | |
| Мексика | ... | ... | ... | ... | 6200 | [3800 – 11 000] | 5500 | [3300 – 9900] | |
| Никарагуа | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | |
| Панама | ... | ... | ... | ... | <1000 | [<1000] | <1000 | [<2000] | |
| Парагвай | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | |
| Перу | ... | ... | ... | ... | 5600 | [3400 – 8500] | 5100 | [2700 – 8100] | |
| Суринам | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | |
| Уругвай | ... | ... | ... | ... | <500 | [<1000] | <500 | [<1000] | |
| Венесуэла | ... | ... | ... | ... | 6100 | [3100 – 11 000] | 4300 | [1800 – 7800] | |

| 3. Дети, осиротевшие в результате СПИДа | | | | | | 4. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) среди молодых беременных женщин (15–24 лет) в столичном городе/живущие в 2005 г. | | | |
|---|--------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-----|---|---------|-----|---------|
| Сироты (0–17 лет), живущие в настоящее время, 2005 г. | | | Сироты (0–17 лет), живущие в 2003 г. | | | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| Страна | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | Оценка | [нижняя – верхняя оценка] | | | | | |
| Доминиканская Республика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Гаити | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 | 3.7 | ... | ... |
| Ямайка | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Тринидад и Тобаго | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Латинская Америка | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Америка | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Белиз | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Боливия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Бразилия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Чили | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Колумбия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Коста-Рика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Эквадор | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Сальвадор | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Гватемала | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Гайана | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Гондурас | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Мексика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Никарагуа | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Панама | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Парагвай | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Перу | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Суринам | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Уругвай | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Венесуэла | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

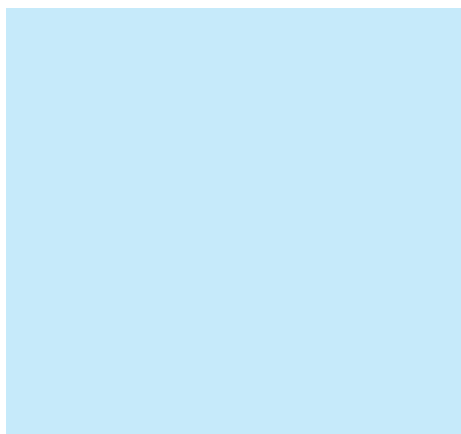
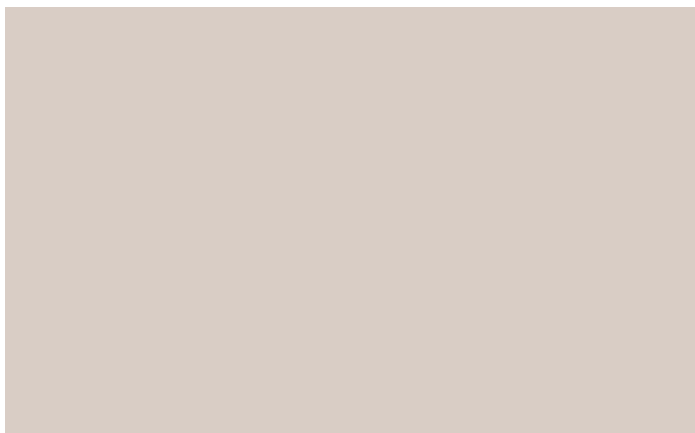
5. Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ (%) в группах, которым грозит самый высокий риск, в столичном городе

| Страна | Потребители инъекционных наркотиков | | | | Женщины-работницы секс-бизнеса | | | | Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---------|-----|---------|--------------------------------|---------|------|---------|---|---------|------|---------|
| | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) | Год | ВИЧ (%) |
| Доминиканская Республика | ... | ... | ... | ... | 2000 | 4.0 | 2004 | 3.6 | ... | ... | ... | ... |
| Гаити | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ямайка | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2005 | 9.0 | ... | ... | ... | ... |
| Тринидад и Тобаго | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Латинская Америка | | | | | | | | | | | | |
| Америка | 2000 | 23.0 | ... | ... | 2001 | 3.4 | ... | ... | 2000 | 13.8 | ... | ... |
| Белиз | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Боливия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 | 14.6 | ... | ... |
| Бразилия | 2000 | 46.0 | ... | ... | 2001 | 2.9 | ... | ... | 2001 | 13.0 | ... | ... |
| Чили | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Колумбия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Коста-Рика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2005 | 0.1 | ... | ... | ... | ... |
| Эквадор | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Сальвадор | ... | ... | ... | ... | 2001 | 3.9 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Гватемала | ... | ... | ... | ... | 2000 | 2.3 | 2005 | 8.7 | ... | ... | 2005 | 11.5 |
| Гайана | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Гондурас | ... | ... | ... | ... | 2000 | 12.5 | 2005 | 9.7 | 2001 | 8.2 | 2005 | 13.0 |
| Мексика | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2001 | 15.2 | ... | ... |
| Никарагуа | ... | ... | ... | ... | 2000 | 0.9 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Панама | ... | ... | ... | ... | 2001 | 1.8 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Парагвай | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2005 | 3.1 | ... | ... | 2005 | 13.0 |
| Перу | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 | 19.7 | 2005 | 23.6 |
| Суринам | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Уругвай | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Венесуэла | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

ПРИМЕЧАНИЯ

- 1 **Эфиопия** | В начале 2006 года в результате проведения национального обследования среди общин и эпиднадзора в сельской местности в Эфиопии были получены важные новые данные. На момент подачи этого доклада в печать эти новые данные были проанализированы лишь частично. Таким образом, оценки для Эфиопии, приведенные в настоящем докладе, следует рассматривать как предварительные. В ближайшее время ЮНЭЙДС и ВОЗ проведут новые оценки на основе комплексного анализа всех данных, размещенных на их веб-сайтах.
- 2 **Индия** | В настоящее время в Индии проводится работа для получения более точных оценок смертности в результате СПИДа. Анализ с использованием показателя распространенности среди взрослого населения за последние годы и оценок параметров на основе международных литературных источников показывает, что смертность в результате СПИДа находится в указанных пределах.
- 3 **Великобритания** | Данные специально проведенные предварительные оценки за 2005 год основаны на официальных оценках для Великобритании за 2004 год; официальные оценки за 2005 год будут опубликованы в конце 2006 года после анализа всех релевантных данных эпиднадзора за 2005 год.
- 4 **Канада** | Эти оценки являются предварительными. Итоговые оценки за 2005 год будут получены в середине 2006 года.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3: Показатели о ходе работы в странах



Приложение 3



ПРИЛОЖЕНИЕ 3*: ПОКАЗАТЕЛИ О ХОДЕ РАБОТЫ В СТРАНАХ

По состоянию на март 2006 года 115 стран отчитались о ходе работы по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, прислав в ЮНЭЙДС свои страновые доклады о ходе работы за 2005 год. Используемые ими показатели были выведены из Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой ССГАООН (2001 г.). Данные, приведенные в таблицах ниже, отражают данные страновых докладов о ходе работы, а также информацию, полученную из других источников. Более 70 стран использовали информационную систему мониторинга ответных мер в странах (КРИС) для сбора и представления своих соответствующих показателей. Это не только является свидетельством огромного успеха в представлении данных; это также формирует, вероятно, самый богатый ресурс информации о глобальной приверженности делу борьбы с ВИЧ, о статусе глобальной эпидемии и национальных ответных мерах в странах.

После того, как был составлен первый доклад о ходе выполнения решений ССГАООН – «Последующая деятельность по выполнению решений ССГАООН 2001 года. Глобальный ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа: Отчет о ходе работы за 2003 год», - ключевые показатели для отчетности были объединены и усовершенствованы для представления докладов за 2005 год в сотрудничестве с глобальными партнерами и Референс-группой ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке (РГМО), международной группой по стандартизации мониторинга и оценки. Инструкции о разработке показателей можно найти на вебсайте ЮНЭЙДС в документе «ССГАООН. Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: Руководящие принципы по

разработке ключевых показателей» (июль 2005 года)».

Всем странам, независимо от их экономического или эпидемиологического положения, было рекомендовано, по возможности, представить данные по всем показателям. Эти показатели включали расходы на борьбу с ВИЧ/СПИДом и на разработку и осуществление стратегий в рамках национального комбинированного индекса политики. После 2003 года этот индекс был существенно расширен, с тем чтобы доклады включали информацию о состоянии стратегического планирования, политической поддержки, мониторинга и оценки, программ по профилактике, уходу и поддержке, о вопросах прав человека

и участия гражданского общества. Полные наборы данных будут размещены на вебсайте ЮНЭЙДС.

Показатели для генерализованных эпидемий, которые здесь указаны под названием «Показатели ГЭ», разработаны для измерения прогресса национальных программ в борьбе с генерализованными эпидемиями (ГЭ-3 - ГЭ-9), уровня знаний и поведения (ГЭ-10 - ГЭ-14) и воздействия (ГЭ-15 - ГЭ-17); всего 17 показателей. За исключением двух показателей воздействия, данные по которым приведены в Приложении 1 «Страновые обзоры» и Приложении 2 «Оценки и данные по ВИЧ и СПИДу за 2005 год», все имеющиеся данные для показателей ГЭ приведены в настоящем Приложении.

Новые показатели для ситуаций, обусловленных концентрированными эпидемиями или эпидемиями с низкой распространенностью, которые здесь приведены под названием КНРЭ, могут быть также актуальны для стран с генерализованными эпидемиями. Они измеряют прогресс в работе программ по тестированию на ВИЧ и профилактике для групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску (КНРЭ-3 - КНРЭ-4), уровень знаний и поведение групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску (КНРЭ-5 - КНРЭ-8), и воздействие на группы населения, подвергающиеся наиболее высокому риску (КНРЭ-9). За исключением показателей воздействия, данные о которых приводились в предыдущих приложениях, все имеющиеся данные по показателям КНРЭ приведены здесь. Таким образом, если всего существует 23 показателя о ходе работы в странах, то в данном Приложении приведены данные по 20 показателям.

Таблицы с данными по показателям

Для того, чтобы помочь читателю ознакомиться с изменениями за определенный период времени, при условии

последовательного использования показателей и методов за отчетные годы, приводятся данные за оба отчетных года. По возможности, год, в течение которого данные собирались, отделен от отчетного года. Проценты и цифры в таблицах приведены округленно до ближайшего десятичного знака. Однако при расчете средневзвешенных и медианных значений использовались неокругленные данные, в связи с чем могут наблюдаться незначительные несоответствия. Читатель заметит значительные вариации значений некоторых показателей в разных странах и регионах. Эти диапазоны значений отмечены в обсуждении этих данных в главе «Прогресс, достигнутый в странах», где зачастую приводятся и обсуждаются действительные глобальные диапазоны значений. Некоторые данные отчетов о ходе работы в странах все еще анализировались в странах на момент подготовки данного Приложения. В таких случаях это прямо указано в таблицах данных по показателям. По мере поступления дополнительных данных эти таблицы будут уточняться и размещаться на вебсайте ЮНЭЙДС.

Пожалуйста, обратите внимание: при отсутствии отчетных данных из стран по конкретному показателю, но при наличии таких данных из других источников, таких как Обследование охвата, Глобальный доклад об инициативе «3 к 5» или Обследование в области демографии и здравоохранения, в таблицу были включены эти данные, а не обязательно данные, представленные национальными правительствами. В таких случаях источник и год получения данных четко указаны в Таблице данных по показателям, а в разделе «Примечания» после данного Приложения 3 описывается использование специального определения показателя и дается ссылка на источник. Эти таблицы были подготовлены и составлены с использованием разных источников информации сотрудниками штаб-квартиры ЮНЭЙДС в Женеве, которые не могут отвечать за точность данных из первоисточников.

2005 Список стран и территорий, которые предоставили доклады о выполнении задач Декларации о приверженности (N=126)

ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ И ТИХООКЕАНСКИЙ

РЕГИОН

1. Китай
2. Микронезия (Федеративные Штаты)
3. Монголия

ЮЖНАЯ И ЮГО-ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ

1. Бангладеш
2. Камбоджа
3. Индия
4. Индонезия
5. Иран (Исламская Республика)
6. Лаосская Народно-Демократическая Республика
7. Малайзия
8. Непал
9. Пакистан
10. Филиппины
11. Шри-Ланка
12. Таиланд
13. Вьетнам

ОКЕАНИЯ

1. Фиджи
2. Кирибати*
3. Маршалловы Острова*
4. Науру*
5. Норфолкские Острова*
6. Палау
7. Самоа*
8. Соломоновы Острова*
9. Токелау*
10. Тувалу*
11. Вануату*

ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ

1. Армения
2. Беларусь
3. Чешская Республика
4. Грузия

5. Республика Кыргызстан
6. Латвия
7. Республика Молдова
8. Польша
9. Румыния
10. Российская Федерация
11. Республика Словакия
12. Таджикистан*
13. Украина

ЗАПАДНАЯ ЕВРОПА

1. Албания
2. Македония
3. Сербия и Черногория

ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА

1. Аргентина*
2. Белиз
3. Бразилия*
4. Чили
5. Колумбия*
6. Коста-Рика
7. Эквадор
8. Сальвадор
9. Гватемала
10. Гондурас
11. Никарагуа
12. Панама
13. Парагвай*
14. Перу
15. Уругвай
16. Венесуэла

КАРИБСКИЙ БАССЕЙН

1. Антигуа и Барбуда
2. Барбадос
3. Куба
4. Доминика
5. Гаити
6. Ямайка
7. Сент-Китс и Невис

*представлены только данные по показателям без описания

8. Сент-Люсия
9. Сент-Винсент и Гренадины
10. Тринидад и Тобаго

СЕВЕРНАЯ АФРИКА И БЛИЖНИЙ ВОСТОК

1. Алжир
2. Марокко
3. Турция

АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ

1. Ангола
2. Бенин
3. Ботсвана
4. Буркина-Фасо
5. Бурунди
6. Камерун*
7. Центральноафриканская Республика
8. Чад
9. Коморские Острова
10. Конго
11. Демократическая Республика Конго
12. Кот-д'Ивуар
13. Эфиопия
14. Габон
15. Гамбия
16. Гана
17. Гвинея
18. Гвинея-Бисау
19. Кения
20. Лесото
21. Мадагаскар
22. Малави
23. Мали
24. Мозамбик

25. Намибия
26. Нигерия
27. Руанда
28. Сенегал
29. Сейшельские Острова*
30. Сьерра-Леоне
31. Сомали
32. Южная Африка
33. Свазиленд
34. Объединенная Республика Танзания
35. Того
36. Уганда
37. Замбия
38. Занзибар
39. Зимбабве

СТРАНЫ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ

1. Австралия
2. Австрия
3. Германия
4. Гуам*
5. Ирландия
6. Израиль
7. Япония
8. Мальта
9. Нидерланды
10. Новая Зеландия
11. Норвегия
12. Швеция
13. Швейцария
14. Соединенное Королевство
15. Соединенные Штаты Америки

*представлены только данные по показателям без описания

*ПРИМЕЧАНИЕ: Страны, перечисленные в Приложениях, следуют алфавитному порядку английского оригинала.

| ГЭ-1: Объем национальных средств, выделяемых правительствами в странах с низким и средним уровнем доходов, 2001–2005 гг. | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--------------------------------|--|--------|---------|---------|---------|
| Страны | Источники для оценки | Использованная методология | Типы представленной информации | Внутренние государственные расходы (в млн. долларов США) | | | | |
| | | | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| Карибский бассейн | | | | | | | | |
| Антигуа и Барбуда | Доклад по ССГАООН | Система финансового мониторинга | | | | | | \$0.40 |
| Барбадос | СИДАЛАК и Доклад по ССГАООН | ОНРС | Расходы | | | \$4.20 | \$4.60 | \$3.30 |
| Доминика* | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Подлежит определению | | | | | \$0.00 |
| Гаити | СИДАЛАК | ОНРС | Расходы | | \$0.10 | \$0.10 | | |
| Ямайка | Проект по анализу потоков ресурсов и Доклад по ССГАООН | Анализ бюджета | Расходы | | | \$2.00 | \$4.70 | |
| Сент-Китс и Невис* | Доклад по ССГАООН | Анализ бюджета | Расходы | | | \$0.10 | \$0.10 | \$0.10 |
| Сент-Люсия | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Расходы | | | | | \$2.20 |
| Сент-Винсент и Гренадины* | Доклад по ССГАООН и ПРЗ+ | НСС в рамках НСЗ | Расходы | | | | \$0.50 | \$0.50 |
| Тринидад и Тобаго | Доклад по ССГАООН и СИДАЛАК | ОНРС | Расходы | | \$3.00 | \$4.50 | \$5.90 | |
| Восточная Азия | | | | | | | | |
| Китайская Народная Республика | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Бюджет | | | \$47.20 | \$98.00 | \$99.30 |
| Монголия* | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Выплаты | | | | | \$0.20 |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | | | | | |
| Армения | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Расходы | \$0.10 | \$0.00 | \$0.10 | \$0.20 | \$0.30 |
| Беларусь | Доклад по ССГАООН и ПАПР | Система финансового мониторинга | Расходы | \$0.70 | | | \$5.80 | \$6.10 |
| Чешская Республика | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Расходы | | | | \$1.00 | \$1.40 |
| Эстония | Проект по анализу потоков ресурсов | Анализ потоков ресурсов | Расходы | \$0.50 | | | | |
| Грузия | Доклад по ССГАООН | Анализ бюджета | Расходы | | | \$0.40 | \$0.50 | \$0.60 |
| Кыргызстан* | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Расходы | | | | \$0.20 | |
| Латвия | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Оцениваемые расходы | | | | | \$1.00 |
| Литва | Проект по анализу потоков ресурсов | Анализ потоков ресурсов | Расходы | \$0.80 | | | | |
| Молдова | Доклад по ССГАООН | Специальное обследование | Расходы | | | \$0.40 | \$0.40 | \$0.40 |

| ГЭ-1: Объем национальных средств, выделяемых правительствами в странах с низким и средним уровнем доходов, 2001–2005 гг. | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|----------|---------|---------|----------|
| Страны | Источники для оценки | Использованная методология | Типы представленной информации | Внутренние государственные расходы (в млн. долларов США) | | | | |
| | | | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| Румыния | КРИС ЮНФПА/ ЮНЭЙДС/ НИДИ | Кабинетный анализ | Расходы | | | \$29.70 | \$36.20 | \$42.70 |
| Российская Федерация | Доклад по ССГАООН | ОНРС | Расходы | | | | \$33.40 | |
| Таджикистан* | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Расходы | | | | | \$0.30 |
| Украина | Доклад по ССГАООН | НСС в рамках НСЗ | Расходы | | | | \$3.90 | |
| Латинская Америка | | | | | | | | |
| Аргентина | СИДАЛАК и Доклад по ССГАООН | ОНРС | Расходы | \$123.90 | \$152.30 | \$77.50 | \$89.60 | \$115.20 |
| Белиз | СИДАЛАК | ОНРС | Расходы | \$0.40 | \$0.50 | \$1.10 | | |
| Чили | Доклад по ССГАООН и СИДАЛАК | ОНРС | Расходы | \$8.80 | \$10.70 | | \$25.20 | |
| Колумбия | СИДАЛАК | ОНРС | Расходы | \$35.90 | \$36.00 | | | |
| Коста-Рика | СИДАЛАК | ОНРС | Расходы | \$8.10 | \$7.50 | \$6.40 | | |
| Эквадор | Доклад по ССГАООН | Бюджет | Подлежит определению | | | \$0.60 | \$2.50 | \$6.80 |
| Сальвадор | Доклад по ССГАООН | ОНРС | Расходы | \$7.90 | \$16.90 | \$22.30 | \$23.70 | |
| Гватемала* | СИДАЛАК | ОНРС | Расходы | | \$9.10 | \$11.20 | | |
| Гайана | СИДАЛАК и ПАПР 2003 | ОНРС | Расходы | \$0.40 | \$0.70 | \$0.80 | | |
| Гондурас* | Доклад по ССГАООН и СИДАЛАК | Бюджет | Расходы | \$6.60 | | | | \$6.20 |
| Мексика | СИДАЛАК | ОНРС | Расходы | \$183.90 | \$196.80 | | | |
| Никарагуа | Доклад по ССГАООН и СИДАЛАК | ОНРС | Расходы | \$3.50 | \$3.40 | \$3.50 | \$3.30 | |
| Панама | СИДАЛАК и Доклад по ССГАООН | ОНРС | Расходы | \$12.50 | \$10.00 | \$9.70 | | |
| Парагвай* | СИДАЛАК и Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Выплаты* | \$0.90 | \$0.80 | | | \$0.70 |
| Перу | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Расходы | | | \$2.10 | \$4.30 | |
| Уругвай* | Доклад по ССГАООН и СИДАЛАК | ОНРС | Расходы | \$8.60 | \$7.50 | | | \$3.80 |
| Венесуэла | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Расходы | \$44.50 | \$36.80 | \$30.20 | \$29.20 | \$28.20 |
| Ближний Восток и Северная Африка | | | | | | | | |
| Алжир | Доклад по ССГАООН | Система финансового мониторинга | Обязательства | | | | | \$6.70 |
| Марокко | Доклад по ССГАООН | Нет | Выплаты | | | \$1.50 | \$1.50 | \$1.50 |

| ГЭ-1: Объем национальных средств, выделяемых правительствами в странах с низким и средним уровнем доходов, 2001–2005 гг. | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|---------|---------|---------|----------|
| Страны | Источники для оценки | Использованная методология | Типы представленной информации | Внутренние государственные расходы (в млн. долларов США) | | | | |
| | | | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| Турция* | Проект по анализу потоков ресурсов | Анализ потоков ресурсов | Расходы | \$1.40 | | \$3.00 | | |
| Океания | | | | | | | | |
| Фиджи | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Бюджет | | | \$0.10 | \$0.20 | \$0.30 |
| Микронезия | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Расходы | | | | \$0.00 | |
| Палау | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Расходы | | | | \$0.00 | |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | | | | | |
| Камбоджа* | МППЗ ОНРС и Доклад по ССГАООН | ОНРС | Расходы | \$0.40 | \$1.40 | \$0.80 | \$1.00 | |
| Индия* | ССГАООН и Доклад ОНРС | ОНРС | Расходы | \$41.70 | \$44.40 | \$41.10 | \$73.30 | |
| Индонезия | Доклад по ССГАООН | Упрощенная ОНРС | Бюджет Выплаты | \$3.00 | \$3.50 | \$6.40 | \$9.60 | \$13.00 |
| Иран | ПАПР и Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Бюджет Выплаты | \$4.20 | | | \$14.00 | |
| Лаос | МППЗ Доклад ОНРС | ОНРС | Расходы | \$0.00 | \$0.00 | \$0.00 | \$0.00 | |
| Непал* | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Расходы | | | \$0.10 | \$0.10 | |
| Пакистан | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Расходы | \$2.90 | \$2.40 | \$0.50 | \$2.60 | \$2.40 |
| Филиппины* | ССГАООН и МППЗ Доклад ОНРС | ОНРС | Расходы | \$0.60 | \$0.80 | \$0.70 | \$0.60 | \$0.60 |
| Шри-Ланка | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Выплаты | | | | | \$3.00 |
| Таиланд* | МППЗ Доклад ОНРС | ОНРС | Расходы | \$50.00 | \$62.70 | \$70.20 | \$92.80 | |
| Вьетнам* | Доклад по ССГАООН и ПАПР | Бюджетные ассигнования | Бюджет | \$4.80 | | \$4.40 | \$5.60 | \$5.60 |
| Африка к югу от Сахары | | | | | | | | |
| Ангола | Доклад по ССГАООН | Специальное исследование | Расходы | | | | \$8.90 | |
| Бенин* | Доклад по ССГАООН | Отчет о деятельности программы | Подлежит определению | | | | \$10.60 | |
| Ботсвана | Доклад по ССГАООН | Отчет о деятельности программы | Расходы | \$69.80 | | | | \$165.00 |
| Буркина-Фасо | Доклад по ССГАООН | ОНРС и финансовый мониторинг | Расходы | \$2.20 | \$5.40 | \$9.30 | \$11.00 | \$8.00 |
| Бурунди** | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Расходы | | \$5.70 | \$5.70 | \$18.60 | \$14.00 |
| Камерун* | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Расходы | | | | | \$4.40 |

| ГЭ-1: Объем национальных средств, выделяемых правительствами в странах с низким и средним уровнем доходов, 2001–2005 гг. | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|
| Страны | Источники для оценки | Использованная методология | Типы представленной информации | Внутренние государственные расходы (в млн. долларов США) | | | | |
| | | | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| Центрально-африканская Республика | Доклад по ССГАООН и ПАПР | Анализ потоков ресурсов | Расходы | | | \$0.60 | | \$0.70 |
| Чад | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Расходы | | | \$0.20 | \$0.50 | \$0.90 |
| Конго | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Бюджетные ассигнования | | | \$0.10 | \$0.10 | \$4.70 |
| Конго (ДР) | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Бюджет | | | | | \$3.60 |
| Кот-д'Ивуар | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Расходы | | | \$1.80 | \$5.20 | \$5.80 |
| Габон | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | | | | | | \$6.70 |
| Гамбия | Доклад по ССГАООН | специальное исследование | Расходы | | | | \$5.50 | |
| Гана | Доклад по ССГАООН и СИДАЛАК | ОНРС | Расходы | | \$2.50 | \$9.30 | | |
| Гвинея, Республика | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Расходы | | | \$0.20 | \$0.20 | \$0.30 |
| Гвинея-Бисау** | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Расходы | \$0.50 | \$0.50 | \$0.50 | \$0.50 | |
| Кения* | ПРЗ+ и Доклад по ССГАООН | Бюджет | Расходы | | \$22.10 | \$33.10 | \$33.20 | |
| Лесото | Доклад по ССГАООН | специальное исследование | Расходы | | | | \$1.30 | \$1.40 |
| Либерия | Доклад ОНРС | Частичная ОНРС | Расходы | | | | \$0.10 | |
| Мадагаскар | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Бюджет | | | \$0.10 | \$0.20 | \$0.20 |
| Малави | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Расходы | \$3.10 | \$4.50 | \$5.40 | \$10.70 | \$8.70 |
| Мали | Доклад по ССГАООН | специальное исследование | Расходы | | | | \$3.50 | |
| Маврикий | Доклад ОНРС | ОНРС | Расходы | | | | \$0.10 | |
| Мозамбик | Доклад по ССГАООН | ОНРС | Расходы | | | | \$2.60 | |
| Намибия* | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Расходы | | | \$35.00 | | \$38.60 |
| Нигерия | Доклад по ССГАООН | ОНРС | Расходы | | | \$6.40 | \$6.50 | |
| Руанда | Доклад по ССГАООН | НСЗ или отдельные ОНРС | Расходы | | | \$1.30 | \$2.70 | \$1.70 |
| Сенегал | Доклад по ССГАООН | ОНРС | Расходы | | | \$5.90 | \$11.90 | |
| Южная Африка* | Доклад по ССГАООН | Национальные оценки расходов | Расходы | \$79.50 | \$121.20 | \$219.20 | \$340.50 | \$446.50 |
| Свазиленд | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Бюджет | | | \$2.60 | | \$4.00 |

ГЭ-1: Объем национальных средств, выделяемых правительствами в странах с низким и средним уровнем доходов, 2001–2005 гг.

| Страны | Источники для оценки | Использованная методология | Типы представленной информации | Внутренние государственные расходы (в млн. долларов США) | | | | |
|------------------------|----------------------|----------------------------|--------------------------------|--|------|------------------|--------------------|--------------------------------------|
| | | | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| Того* | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Расходы | | | \$0.70 | \$0.90 | \$0.60 |
| Уганда | Доклад по ССГАООН | Бюджетные оценки | Расходы | | | | \$18.80 | |
| ОР Танзания | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Бюджет | \$2.80 | | \$5.60 | \$22.10 | \$45.00 |
| Замбия* | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Бюджет | | | | | \$32.00 |
| Зимбабве | Доклад по ССГАООН | Подлежит определению | Выплаты | | | \$6.30 | \$9.90 | \$12.10 |
| Западная Европа | | | | | | | | |
| Македония | Доклад по ССГАООН | Бюджетные ассигнования | Расходы | | | | | \$0.20 |
| Сербия и Черногория* | Доклад по ССГАООН | ОНРС | Расходы | 0.2 [†] | | 0.2 [†] | \$5.6 [‡] | 6.3 [†] 0.4 [†] |
| | | (N=95) | | | | | (N=63) | (N=54) |

*Эти цифры предварительные и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью обеспечить их полноту и включение только внутренних государственных средств, или в связи с нехваткой времени для их уточнения, разными периодами сбора данных, или в связи с заявлениями стран о том, что эти оценки неполные.

**Доклады стран включали оценки за несколько лет. Для разбивки этих данных по годам необходима дальнейшая работа.

[†]Значение для Черногории

[‡]Значение для Сербии

ОНРС = Оценка национальных расходов на СПИД

Подлежит определению = To Be Determined

МППЗ = Международная программа по политике в здравоохранении, Таиланд

СИДАПАК = Региональная инициатива по СПИДу для Латинской Америки и Карибского бассейна

| ГЭ-3: Школьное просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков | | | | | | |
|--|---|---------|-------|---|---------|-------|
| Страна | 2003 | | | 2005* | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН | | | Страновой доклад по ССГАООН | | |
| | Процент школ, учителя которых прошли подготовку в области просвещения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе выработки жизненных навыков и вели такую просветительскую работу в течение последнего учебного года | | | Процент школ, учителя которых прошли подготовку в области просвещения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе выработки жизненных навыков и вели такую просветительскую работу в течение последнего учебного года | | |
| | Начальные | Средние | Всего | Начальные | Средние | Всего |
| Африка к югу от Сахары | | | | | | |
| Ботсвана | | | 50.0 | | | |
| Бурунди | | | | 100.0 | 0.0 | 78.9 |
| Кабо-Верде | | | 0.0 | | | |
| Центральноафриканская Республика | | | | - | - | - |
| Кот-д'Ивуар | | | | 0.0 | 38.4 | 19.3 |
| Эфиопия | 100.0 | 77.0 | 97.0 | 75.0 | 81.8 | |
| Гвинея | | | | - | - | - |
| Кения | | | 5.0 | 61.6 | 49.4 | 60.8 |
| Малави | | | 6.2 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Мали | | | | 82.7 | 73.8 | 77.2 |
| Маврикий | 100.0 | 30.0 | | | | |
| Нигерия | | | | | | 19.0 |
| Сейшельские Острова | 88.5 | 77.0 | 84.5 | | | |
| Свазиленд | | | 25.0 | | | 90.2 |
| Танзания, Объединенная Республика | | | 19.0 | | | |
| Того | | | | 0.0 | 40.4 | 7.1 |
| Уганда | 100.0 | | | | | |
| Замбия | | | 1.5 | | | 60.0 |
| Зимбабве | | | 75.0 | | | |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | | | | |
| Монголия | 3.3 | 67.7 | 35.5 | | | |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | | | |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | | | 7.7 | | | |
| Мьянма | 32.0 | 46.5 | 39.0 | | | |
| Таиланд | | | 100.0 | - | - | - |
| Вьетнам | 100.0 | 100.0 | 100.0 | | | |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | | | |
| Армения | | 15.5 | | | | |
| Казахстан | 0.0 | 54.7 | | | | |
| Кыргызстан | | 13.0 | | | | |
| Российская Федерация | | | 100.0 | | | |
| Таджикистан | | 3.0 | | | | |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | | | |
| Иордания | | 26.0 | | | | |
| Марокко | | | 28.0 | | | |
| Карибский бассейн | | | | | | |
| Антигуа и Барбуда | | | | - | - | - |
| Барбадос | | | 100.0 | | | |
| Доминика | | | | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Доминиканская Республика | | | 18.8 | | | |
| Сент-Люсия | | | | | | 11.1 |
| Сент-Винсент и Гренадины | | | | | | 22.8 |
| Тринидад и Тобаго | | | | - | - | - |

| ГЭ-3: Школьное просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков | | | | | | |
|--|---|----------|-------|---|----------|-------|
| Страна | 2003 | | | 2005 [*] | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН | | | Страновой доклад по ССГАООН | | |
| | Процент школ, учителя которых прошли подготовку в области просвещения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе выработки жизненных навыков и вели такую просветительскую работу в течение последнего учебного года | | | Процент школ, учителя которых прошли подготовку в области просвещения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе выработки жизненных навыков и вели такую просветительскую работу в течение последнего учебного года | | |
| | Начальные | Средние | Всего | Начальные | Средние | Всего |
| Латинская Америка | | | | | | |
| Белиз | | | 80.0 | | | |
| Бразилия | 41.4 | | | | | 25.8 |
| Гватемала | | | 7.0 | | | |
| Гондурас | | | | 16.7 | 18.4 | 15.4 |
| Мексика | | | | | | 75.1 |
| Страны с высоким уровнем доходов | | | | | | |
| Багамские Острова | 44.0 | 41.0 | 42.5 | | | |
| (N = 44) | | (N = 30) | | | (N = 21) | |

^{*} Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2000 по 2005 гг.

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

| ГЭ-4: Контроль над ВИЧ/СПИДом на рабочем месте | | | | |
|--|---|---|---------|------|
| Страна | 2003 | 2005 | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г.* | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.** | | |
| | Процент крупных государственных и частных предприятий, принявших всесторонние стратегии по ВИЧ/СПИДу на рабочем месте | Процент крупных предприятий/компаний, имеющих программы и политику по борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах | | |
| | | Государственные | Частные | Все |
| Африка к югу от Сахары | | | | |
| Ангола | | - | - | - |
| Ботсвана | 70.0 | | | |
| Бурунди | | - | - | - |
| Камерун | | 35.7 | 5.0 | 17.6 |
| Кабо-Верде | 0.0 | | | |
| Центральноафриканская Республика | | - | - | - |
| Коморские Острова | 0.0 | | | |
| Конго | | 3.0 | 70.0 | 28.3 |
| Конго, Демократическая Республика | | 0.0 | 9.1 | 4.8 |
| Кот-д'Ивуар | 48.0 | - | - | - |
| Эфиопия | 92.5 | 33.3 | 33.3 | 33.3 |
| Габон | | 0.0 | 16.0 | 13.3 |
| Гана | 100.0 | 0.0 | 12.0 | 10.0 |
| Гвинея | | 60.0 | 24.0 | 30.0 |
| Кения | 70.0 | - | - | - |
| Лесото | | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Малави | 17.5 | | | 47.0 |
| Мали | | 0.2 | 0.2 | 0.2 |
| Маврикий | 40.0 | | | |
| Мозамбик | | 0.0 | 6.3 | 3.2 |
| Намибия | 49.5 | | | |
| Нигерия | 53.0 | | | 46.9 |
| Руанда | 6.0 | | | |
| Сейшельские Острова | 50.0 | | | |
| Южная Африка | 77.0 | | | |
| Свазиленд | 100.0 | | | 47.7 |
| Уганда | 20.0 | | | |
| Замбия | | | | 80.0 |
| Зимбабве | 80.0 | | | |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | 97.2 | | | |
| Малайзия | | | | |
| Филиппины | 13.0 | | | |
| Таиланд | | - | - | - |
| Вьетнам | 87.5 | | | |

| ГЭ-4: Контроль над ВИЧ/СПИДом на рабочем месте | | | | |
|--|---|---|-----|----------|
| Страна | 2003 | 2005 | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г.* | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.** | | |
| | Процент крупных государственных и частных предприятий, принявших всесторонние стратегии по ВИЧ/СПИДу на рабочем месте | Процент крупных предприятий/компаний, имеющих программы и политику по борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах | | |
| Государственные | | Частные | Все | |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | |
| Украина | | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Карибский бассейн | | | | |
| Ямайка | 5.0 | | | |
| Сент-Китс и Невис | | - | - | - |
| Сент-Винсент и Гренадины | | | | 14.3 |
| Тринидад и Тобаго | | | | 11.9 |
| Латинская Америка | | | | |
| Гондурас | 0.5 | | | |
| Суринам | 24.0 | | | |
| (N = 41) | (N = 23) | | | (N = 24) |

* Доклад за 2003 год, но сбор данных мог происходить с 2001 по 2003 гг.

** Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 гг.

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

| ГЭ-5: Инфекции, передаваемые половым путем—Комплексное ведение болезни | | | | |
|--|---|-------------------|--|-------------------|
| Страна | 2003 | | 2005 | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г. | | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.* | |
| | Процент пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем, получивших необходимые услуги по диагностике (Д), лечению (Л) и консультированию (К) | | Процент женщин и мужчин с инфекциями, передающимися половым путем, в учреждениях системы здравоохранения, получивших необходимые услуги по диагностике, лечению и консультированию | |
| | | Мужчины | Женщины | Все |
| Африка к югу от Сахары | | | | |
| Бенин | | | | 100.0 |
| Ботсвана | 30.0 ¹ | | | |
| Буркина-Фасо | 4.0 (Д+Л) 13.0 (К) | | | |
| Гвинея-Бисау | | - | - | - |
| Кения | 50.0 | | | |
| Мадагаскар | 20.0 (Д+Л) 44.0 (К) | | | |
| Маврикий | 100.0 | | | |
| Нигерия | | 46.0 ² | 41.0 ² | |
| Руанда | | 36.6 ³ | 26.6 ³ | 28.3 ³ |
| Сейшельские Острова | 37.0 | | | |
| Того | | 97.9 | 91.8 | 92.4 |
| Уганда | 21.0 | | | 40.0 ⁴ |
| Замбия | | | | 10.0 |
| Зимбабве | 57.0 | | | |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | | |
| Монголия | 100.0 ⁶ | | | |
| Самоа | 100.0 ⁷ | | | |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | |
| Камбоджа | 88.0 ⁸ | | | |
| Таиланд | | 69.2 ⁴ | 71.5 ⁴ | 70.2 ⁴ |
| Вьетнам | 38.0 | | | |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | |
| Беларусь | 75.0 | | | |
| Казахстан | 98.0 | | | |
| Кыргызстан | 82.0 | | | |
| Словакия | 100.0 ⁹ | | | |
| Таджикистан | 76.0 | | | |
| Украина | | 38.6 | 44.4 | 41.4 |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | |
| Джибути | 16.0 ¹⁰ | | | |
| Марокко | 49.0 | | | |
| Карибский бассейн | | | | |
| Антигуа и Барбуда | | | | 100.0 |
| Тринидад и Тобаго | | - | - | - |
| Латинская Америка | | | | |
| Гондурас | | 80.0 | 80.2 | 80.2 |
| Страны с высоким уровнем доходов | | | | |
| Гуам | 100.0 ((Д), 34.0 (Л), 18.0 (К) ⁵ | | | |
| | (N = 31) | (N = 20) | (N = 12) | |

* Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2000 по 2005 гг.

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

¹ Данные за 1998 г.

² Данные за 2003 г.

³ Данные за 2000 г.

⁴ Данные за 2004 г.

⁵ Обследование государственных и частных клиник, 2002 г.

⁶ Ежегодный доклад Национального центра инфекционных заболеваний, 2002 г.

⁷ Министерство здравоохранения, 2002 г. (все прошедшие лечение и консультирование, но диагноз не основан на лабораторных данных)

⁸ ВОЗ, 2002 г.

⁹ Национальная программа по контролю над СПИДом, 2002 г.

¹⁰ Министерство здравоохранения, 2002 г.

| ГЭ-6: Профилактика передачи вируса от матери ребенку — Антиретровирусная профилактика | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Страна | 2003 | | 2005* | |
| | Страновой доклад по ССГАООН 2003* | Обследование охвата** | Страновой доклад по ССГАООН 2005† | Обследование охвата†† |
| | Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих полный курс антиретровирусной профилактики для снижения риска передачи вируса от матери ребенку | Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих антиретровирусную профилактику | Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих полный курс антиретровирусной профилактики для снижения риска передачи вируса от матери ребенку | Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих антиретровирусную профилактику |
| Африка к югу от Сахары | | | | |
| Ангола | | 0.0 | 2.3 | |
| Бенин | 0.0 ¹ | 94.0 | 18.0 | 38.0 |
| Ботсвана | 34.0 | 18.8 | | |
| Буркина-Фасо | <1.0 | 0.1 | | 1.1 |
| Бурунди | | 1.2 | 13.2 | 2.4 |
| Камерун | | 6.9 | | 4.2 |
| Центральноафриканская Республика | | | 16.4 ¹⁰ | |
| Чад | 0.0 ¹ | | - | 0.2 |
| Конго | | 13.3 | 98.6 | |
| Конго, Демократическая Республика | 0.0 ¹ | 0.6 | | |
| Кот-д'Ивуар | | 1.5 | 4.4 | 4.3 |
| Эритрея | | 0.9 | | |
| Эфиопия | <1.0 | 0.2 | 3.0 | 0.3 |
| Габон | | | 10.7 | 0.7 |
| Гамбия | | 2.8 | | 16.6 |
| Гана | | 1.3 | 0.5 | 1.3 |
| Гвинея | | 0.0 | | 0.4 |
| Гвинея-Бисау | | | 19.5 | |
| Кения | 1.0 | 3.4 | 9.3 | 27.0 |
| Лесото | | | 5.3 ¹⁰ | 5.1 |
| Мадагаскар | | | 0.0 ¹⁰ | 0.0 |
| Малави | <1.0 | 1.7 | 2.3 ¹⁰ | |
| Мали | | 0.5 | 0.7 | 0.8 |
| Мавритания | | | | |
| Маврикий | 100.0 | 40.4 | | |
| Мозамбик | | 1.3 | 4.9 | 3.4 |
| Намибия | 7.0 | 1.3 | 25.0 | 17.4 |
| Нигер | 0.0 ¹ | | | |
| Нигерия | <1.0 | 0.1 | | 0.2 |
| Руанда | | 13.8 | 9.4 | |
| Сенегал | | 0.4 | | 1.4 |
| Сейшельские Острова | 100.0 | | 97.7 ¹⁰ | |
| Сьерра-Леоне | 0.0 | | | |
| Сомали | | | 3.3 | |
| Южная Африка | <1.0 ¹ | 8.9 | 78.7 | 14.6 |
| Свазиленд | | 1.7 | 16.2 | 11.9 |
| Танзания, Объединенная Республика | 0.0 | 0.3 | | |
| Того | | 0.3 | 32.8 | 1.8 |
| Уганда | 4.6 | 6.6 | 12.0 | 25.9 |
| Замбия | | 6.3 | 25.0 | 4.0 |
| Зимбабве | | 4.1 | 6.6 ¹⁰ | 4.4 |

| ГЭ-6: Профилактика передачи вируса от матери ребенку — Антиретровирусная профилактика | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Страна | 2003 | | 2005* | |
| | Страновой доклад по ССГАООН 2003* | Обследование охвата** | Страновой доклад по ССГАООН 2005† | Обследование охвата†† |
| | Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих полный курс антиретровирусной профилактики для снижения риска передачи вируса от матери ребенку | Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих антиретровирусную профилактику | Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих полный курс антиретровирусной профилактики для снижения риска передачи вируса от матери ребенку | Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих антиретровирусную профилактику |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | | |
| Китай | | 0.4 | | 1.3 |
| Монголия | 0.0 | | | |
| Самоа | 0.0 ⁴ | | | |
| Океания | | | | |
| Фиджи | | | 25.0 ¹⁰ | |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | |
| Афганистан | 0.0 ² | | | |
| Бутан | | 25.7 | | |
| Камбоджа | 2.7 ³ | 0.3 | 5.0 | 1.4 |
| Индия | <1.0 | 0.0 | | 1.6 |
| Индонезия | | 0.5 | | 0.7 |
| Иран, Исламская Республика | | 25.7 | | |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | | 0.0 | | 2.5 |
| Малайзия | 0.0 ¹ | 6.2 | | 6.1 |
| Мьянма | 2.0 | | | |
| Непал | 2.1 ¹ | 0.7 | | 0.9 |
| Филиппины | | 0.5 | | 0.4 |
| Таиланд | | 33.3 | 83.4 ¹⁰ | 30.6 |
| Вьетнам | 2.3 | 1.7 | | |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | |
| Армения | 3.0 | | | |
| Беларусь | 87.5 | 9.4 | | |
| Казахстан | 4.5 | 2.2 | | 9.0 |
| Кыргызстан | 0.0 ⁸ | | | |
| Латвия | | 9.2 | | 58.6 |
| Республика Молдова | 0.0 ⁹ | 3.5 | | |
| Румыния | | | 0.2 ¹¹ | |
| Российская Федерация | 12.0 | | | 14.6 |
| Таджикистан | 0.0 | | | |
| Украина | 49.6 ⁴ | 21.3 | 86.7 ¹⁰ | 31.8 |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | |
| Египет | | | | 7.3 |
| Марокко | 1.0 ¹ | 1.5 | | |
| Оман | | 0.0 | | |
| Судан | | | | 0.0 |
| Карибский бассейн | | | | |
| Антигуа и Барбуда | | | 50.2 | |
| Барбадос | 0.0 ¹ | 38.7 | 90.0 ¹⁰ | |
| Куба | 2.5 ⁵ | 19.8 | | |
| Доминика | | | 100.0 | |
| Доминиканская Республика | 0.0 ¹ | 14.2 | | 15.7 |

ГЭ-6: Профилактика передачи вируса от матери ребенку — Антиретровирусная профилактика

| Страна | 2003 | | 2005* | |
|---|--|--|--|--|
| | Страновой доклад по ССГАООН 2003* | Обследование охвата** | Страновой доклад по ССГАООН 2005† | Обследование охвата†† |
| | Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих полный курс антиретровирусной профилактики для снижения риска передачи вируса от матери ребенку | Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих антиретровирусную профилактику | Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих полный курс антиретровирусной профилактики для снижения риска передачи вируса от матери ребенку | Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих антиретровирусную профилактику |
| Гаити | 0.0 ¹ | 1.6 | | |
| Ямайка | | | 20.0 | |
| Сент-Люсия | | | 20.0 | |
| Сент-Винсент и Гренадины | | | 61.6 | |
| Тринидад и Тобаго | 0.0 ¹ | 35.6 | 71.4 ¹⁰ | |
| Латинская Америка | | | | |
| Аргентина | 55.0 | 11.8 | 87.0 | 0.0 |
| Белиз | 70.0 | 19.0 | 73.3 | |
| Бразилия | 33.6 | 26.2 | 57.6 ¹⁰ | 0.0 |
| Чили | | 10.8 | | |
| Колумбия | | | | 1.8 |
| Эквадор | | | | 8.3 |
| Сальвадор | | 21.1 | | 20.8 |
| Гватемала | 10.0 | 3.7 | | |
| Гайана | <1.0 | 14.5 | | 17.6 |
| Гондурас | | 1.9 | 3.4 | |
| Мексика | | 3.5 | | 2.1 |
| Никарагуа | | 1.1 | | |
| Панама | 0.0 ¹ | 7.5 | | 0.0 |
| Парагвай | 40.0 ¹ | | 2.1 | |
| Перу | 14.8 ³ | 9.6 | | 3.5 |
| Уругвай | 97.8 ³ | 56.9 | 19.3 | |
| Венесуэла | 0.0 ⁶ | | | 4.2 |
| Страны с высоким уровнем доходов | | | | |
| Кипр | 100.0 ⁷ | | | |
| Германия | | | 80.0 | |
| Гуам | 0.0 ³ | | | |
| Катар | 0.0 ⁴ | | | |
| (N = 103) | (N = 53) | (N = 67) | (N = 45) | (N = 51) |

*Доклад за 2003, но сбор данных мог происходить с 2002 по 2003 гг.

**Это оценочные данные за 2003 год, основанные на последней информации, имевшейся в тот момент

†Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 гг.

††Это оценочные данные за 2005 год, основанные на последней информации, имевшейся в тот момент

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

¹ВОЗ, 2002 г.

²Представительство ВОЗ в стране

³Национальная программа по контролю над СПИДом, 2002 г.

⁴Министерство здравоохранения, 2002 г.

⁵Национальные целевые показатели, 2002 г.

⁶Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, 2002 г.

⁷Департамент услуг в области медицины и здравоохранения

⁸Обследование "ЕВРО-2002"

⁹Национальная программа по борьбе со СПИДом, 2003 г.

¹⁰Данные за 2004 г.

¹¹Данные за 2003 г.

| ГЭ-7: Лечение ВИЧ – Антиретровирусная комбинированная терапия | | | | | | |
|---|---|---|--------------------|--------------------|--------------------------------------|---|
| Страна | 2003 | 2005 | | | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г. [†] | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. ^{**} | | | Доклад о “3 к 5”, декабрь 2005 г. | Обследование охвата за 2005 г. [†] |
| | | Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ, получающих комбинированное антиретровирусное лечение | | | Оценочный охват АРТ, декабрь 2005 г. | Оценочный охват |
| Все | Мужчины | Женщины | | | | |
| Африка к югу от Сахары | | | | | | |
| Ангола | <1.0 ¹ | | | | 6.0 | |
| Бенин | 2.5 ² | | | | 33.0 | 32.7 |
| Ботсвана | 7.9 | | | | 85.0 | |
| Буркина-Фасо | 1.4 | | | | 24.0 | 8.9 |
| Бурунди | 1.9 ² | | | | 14.0 | 9.5 |
| Камерун | 1.5 ³ | 17.8 | | | 22.0 | 3.8 |
| Центральноафриканская Республика | <1.0 ³ | 4.2 | 4.4 | 4.0 | 3.0 | |
| Чад | | - | - | - | 17.0 | 4.7 |
| Конго | | | | | 17.0 | |
| Конго, Демократическая Республика | 0.0 ² | 2.7 | | | 4.0 | |
| Кот-д’Ивуар | 2.7 | 22.1 | 19.3 | 24.6 | 17.0 | 4.9 |
| Джибути | 1.8 ⁸ | | | | 16.0 | |
| Экваториальная Гвинея | 6.8 ¹ | | | | 0.0 | |
| Эритрея | <1.0 ¹ | | | | 5.0 | |
| Эфиопия | <1.0 ¹ | 7.1 | 8.2 | 6.2 | 7.0 | 7.7 |
| Габон | | - | - | - | 23.0 | 64.3 |
| Гамбия | 6.3 ¹ | | | | 10.0 | 1.2 |
| Гана | 1.8 ¹ | 5.0 | 5.6 | 4.6 | 7.0 | 4.8 |
| Гвинея | | | | | 9.0 | 9.4 |
| Гвинея-Бисау | | - | - | - | 1.0 | |
| Кения | 3.0 | 19.7 | | | 24.0 | 17.0 |
| Лесото | <1.0 ¹ | | | | 14.0 | 13.6 |
| Либерия | | | | | 3.0 | |
| Мадагаскар | | 0.4 | | | 0.0 | 0.2 |
| Малави | 1.8 | 17.7 | 14.9 | 19.7 | 20.0 | |
| Мали | 2.5 ¹⁴ | 11.0 | 16.8 | 8.1 | 32.0 | |
| Мавритания | | | | | 40.0 | |
| Маврикий | 100.0 | | | | | |
| Мозамбик | 0.0 ¹ | 7.4 | 7.4 | 7.4 | 9.0 | 8.5 |
| Намибия | 0.0 ¹ | 35.0 | | | 71.0 | 58.6 |
| Нигер | | | | | 5.0 | |
| Нигерия | 1.5 | 7.0 | | | 7.0 | 5.7 |
| Руанда | <1.0 | - | - | - | 39.0 | |
| Сенегал | <1.0 ² | | | | 47.0 | 52.3 |
| Сейшельские Острова | 68.2 | | 78.0 ¹⁷ | 87.0 ¹⁷ | | |
| Сьерра-Леоне | 0.0 ¹ | | | | 2.0 | |
| Сомали | | 0.8 | 0.6 | 1.1 | 1.0 | |
| Южная Африка | 0.0 ¹ | | | | 21.0 | 13.0 |
| Свазиленд | 1.7 | 44.4 | | | 31.0 | 29.7 |
| Танзания, Объединенная Республика | <1.0 | | | | 7.0 | |
| Того | | - | - | - | 27.0 | 19.6 |
| Уганда | 6.3 | 56.0 | | | 51.0 | 57.4 |
| Замбия | 0.0 ¹ | 20.0 | | | 27.0 | 19.3 |
| Зимбабве | 0.0 ¹ | | | | 8.0 | 9.1 |

| ГЭ-7: Лечение ВИЧ – Антитретровирусная комбинированная терапия | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|---|
| Страна | 2003 | 2005 | | | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г. ^а | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. ^{а*} | | | Доклад о “3 к 5”, декабрь 2005 г. | Обследование охвата за 2005 г. [†] |
| | | Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ, получающих комбинированное антитретровирусное лечение | Оценочный охват АРТ, декабрь 2005 г. | Оценочный охват | | |
| Все | Мужчины | Женщины | | Оценочный охват | | |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | | | | |
| Китай | 5.0 ³ | | | | 25.0 | 18.3 |
| Федеральные Штаты Микронезии | | 0.0 | 0.0 | 0.0 | | |
| Монголия | | | | | 0.0 | |
| Самоа | 100.0 ¹³ | | | | | |
| Тонга | 0.0 ⁶ | | | | | |
| Океания | | | | | | |
| Фиджи | | | 100.0 ¹⁷ | 100.0 ¹⁷ | | |
| Папуа-Новая Гвинея | 0.0 ¹ | | | | 15.0 | |
| Палау | | 33.3 | 0.0 | 50.0 | | |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | | | |
| Афганистан | 0.0 ⁴ | | | | 0.0 | |
| Бангладеш | 0.0 ¹ | | | | 1.0 | 8.9 |
| Бутан | | | | | | |
| Камбоджа | 3.0 ⁵ | 57.0 | | | 36.0 | 35.1 |
| Индия | 2.0 | | | | 7.0 | 6.8 |
| Индонезия | 2.7 ¹ | | | | 30.0 | 94.3 |
| Иран, Исламская Республика | 100.0 ¹ | 12.7 | | | 9.0 | |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | | | | | 49.0 | 84.5 |
| Малайзия | | | | | 27.0 | 87.3 |
| Мальдивские Острова | | | | | 0.0 | |
| Мьянма | <1.0 | | | | 7.0 | |
| Непал | | | | | 1.0 | 11.1 |
| Пакистан | 2.2 ¹ | | | | 2.0 | 1.2 |
| Филиппины | 3.5 ¹ | | | | 5.0 | 100.0 |
| Шри-Ланка | 2.0 ³ | | | | 6.0 | |
| Таиланд | 4.0 ⁶ | 39.2 ¹⁷ | | | 60.0 | 57.9 |
| Вьетнам | 1.0 | | | | 12.0 | 58.9 |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | | | |
| Армения | 0.0 ⁹ | | | | 15.0 | |
| Азербайджан | 0.0 ⁹ | | | | 0.0 | |
| Беларусь | <1.0 | | | | 5.0 | |
| Босния и Герцеговина | 10.0 ⁹ | | | | | |
| Болгария | 44.5 ⁹ | | | | | |
| Хорватия | 98.7 ⁹ | | | | | 100.0 |
| Чешская Республика | | | | | | |
| Эстония | 32.0 ⁹ | | | | 17.0 | |
| Грузия | 8.0 ⁹ | 98.5 | 99.0 | 100.0 | 49.0 | |
| Венгрия | 97.0 ⁹ | | | | | |
| Казахстан | 1.0 | | | | 15.0 | 43.1 |
| Кыргызстан | 0.0 ¹⁰ | | | | 12.0 | |
| Латвия | 51.0 ⁹ | | | | 31.0 | 36.8 |
| Литва | 55.0 ⁹ | | | | 64.0 | |
| Польша | 92.9 ⁹ | | | | 100.0 | |
| Республика Молдова | 8.3 ¹ | | | | 39.0 | 100.0 |
| Румыния | 64.4 ⁹ | | | | | 100.0 |
| Российская Федерация | 83.3 ¹ | | | | 5.0 | 3.7 |
| Словакия | 95.0 ⁹ | | | | | |

| ГЭ-7: Лечение ВИЧ – Антитретровирусная комбинированная терапия | | | | | | |
|--|---|--|--------------------|--------------------|-----------------------------------|---|
| Страна | 2003 | 2005 | | | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г. [‡] | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. ^{**} | | | Доклад о “3 к 5”, декабрь 2005 г. | Обследование охвата за 2005 г. [†] |
| | | Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ, получающих комбинированное антитретровирусное лечение | Все | Мужчины | Женщины | Оценочный охват АРТ, декабрь 2005 г. |
| Таджикистан | 0.0 | | | | | |
| Туркменистан | | | | | 0.0 | |
| Украина | <1.0 ⁸ | 33.5 | 29.1 | 41.0 | 7.0 | 7.3 |
| Узбекистан | 0.0 ⁹ | | | | 0.0 | |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | | | |
| Алжир | | | | | 39.0 | |
| Египет | | | | | 12.0 | 7.5 |
| Ирак | | | | | | |
| Иордания | 21.3 | | | | 45.0 | |
| Ливан | 100.0 ⁶ | | | | 36.0 | |
| Ливийская Арабская Джамахирия | | | | | 35.0 | |
| Марокко | 20.7 | | | | 48.0 | 100.0 |
| Оман | | | | | | |
| Судан | <1.0 ¹ | | | | 1.0 | 0.0 |
| Сирийская Арабская Республика | | | | | 9.0 | |
| Тунис | | | | | 34.0 | 100.0 |
| Турция | | | 26.0 ¹⁷ | 23.5 ¹⁷ | 9.0 | |
| Йемен | | | | | 0.0 | |
| Западная Европа | | | | | | |
| Албания | 0.0 ⁹ | | | | | 100.0 |
| Македония | 20.0 ⁹ | | | | | |
| Сербия и Черногория | 26.4 ⁹ | | | | | |
| Словения | 96.3 ⁹ | | | | | |
| Карибский бассейн | | | | | | |
| Антигуа и Барбуда | | 60.0 | | | | |
| Барбадос | | | | | 95.0 | |
| Куба | | | | | 100.0 | |
| Доминика | | 36.7 | | | | |
| Доминиканская Республика | 0.0 ³ | | | | 17.0 | 13.7 |
| Гаити | | | | | 20.0 | |
| Ямайка | <1.0 ² | | | | 56.0 | |
| Сент-Люсия | | 80.6 | | | | |
| Сент-Винсент и Гренадины | | 100.0 | | | | |
| Тринидад и Тобаго | <1.0 ² | 97.0 | | | 38.0 | |
| Латинская Америка | | | | | | |
| Аргентина | 91.2 | 100.0 | | | 81.0 | 100.0 |
| Белиз | 7.7 | | | | 31.0 | |
| Боливия | <1.0 ¹ | | | | 37.0 | |
| Бразилия | 100.0 | | | | 83.0 | 100.0 |
| Чили | | | | | 75.0 | |
| Колумбия | | | | | 44.0 | 94.7 |
| Коста-Рика | | | | | 80.0 | |
| Эквадор | | | | | 42.0 | 54.9 |
| Сальвадор | | | | | 59.0 | 61.7 |
| Гватемала | 46.0 | | | | 43.0 | 35.1 |
| Гайана | 0.0 ¹ | | | | 50.0 | 100.0 |
| Гондурас | <1.0 ¹ | 36.5 | 26.0 | 53.7 | 35.0 | |
| Мексика | 92.0 | | | | 71.0 | 100.0 |

| ГЭ-7: Лечение ВИЧ – Антиретровирусная комбинированная терапия | | | | | | |
|---|---|---|----------|--|--------------------------------------|---|
| Страна | 2003 | 2005 | | | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г. [*] | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. ^{**} | | | Доклад о “3 к 5”, декабрь 2005 г. | Обследование охвата за 2005 г. [†] |
| | | Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ, получающих комбинированное антиретровирусное лечение | | | Оценочный охват АРТ, декабрь 2005 г. | Оценочный охват |
| Все | Мужчины | Женщины | | | | |
| Никарагуа | 0.0 ¹ | | | | 16.0 | |
| Панама | | | | | 97.0 | 100.0 |
| Парагвай | 50.0 | | | | 29.0 | 54.7 |
| Перу | 19.2 ⁷ | | | | 52.0 | 76.1 |
| Суринам | | | | | 55.0 | |
| Уругвай | 50.5 ⁷ | | | | 69.0 | |
| Венесуэла | | | | | 84.0 | 100.0 |
| Страны с высоким уровнем доходов | | | | | | |
| Австралия | 53.2 ¹⁶ | | | | | |
| Австрия | 92.6 ⁹ | | | | | |
| Багамские Острова | <1.0 ¹ | | | | | |
| Бельгия | 93.8 ⁹ | | | | | |
| Кипр | 100.0 ¹¹ | | | | | |
| Дания | 90.9 ⁹ | | | | | |
| Финляндия | 94.6 ⁹ | | | | | |
| Германия | 94.7 ⁹ | | | | | |
| Гонконг | 100.0 ¹ | | | | | |
| Исландия | 87.5 ⁹ | | | | | |
| Италия | 72.7 ⁹ | | | | | |
| Корейская Народно-Демократическая Республика | | | | | 0.0 | |
| Люксембург | 96.9 ⁹ | | | | | |
| Мальта | 94.3 ⁹ | | | | | |
| Нидерланды | 96.0 ⁹ | | | | | |
| Норвегия | 89.6 ⁹ | | | | | |
| Катар | 64.9 ¹² | | | | | |
| Саудовская Аравия | | | | | 14.0 | |
| Сингапур | 0.0 ¹⁵ | | | | | |
| Испания | 92.3 ⁹ | | | | | |
| Швеция | 95.0 ⁹ | | | | | |
| Швейцария | 95.0 ⁹ | | | | | |
| Соединенное Королевство | 92.1 ⁹ | | | | | |
| Соединенные Штаты Америки | | 70.1 ¹⁸ | | | | |
| | (N = 163) | (N = 114) | (N = 41) | | (N = 118) | (N = 61) |

^{*} Доклад за 2003 год, но сбор данных мог происходить с 2002 по 2003 гг.

^{**} Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 гг.

[†] Это оценочные данные за 2005 год, основанные на последней информации, имевшейся в тот момент

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

¹ ВОЗ, 2002 г.

² Инициатива за ускоренный доступ, 2002 г.

³ Национальные целевые показатели, 2002 г.

⁴ Представительство ВОЗ в стране

⁵ Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ИППП, 2002 г.

⁶ Национальная программа по контролю над СПИДом, 2003 г.

⁷ Национальная программа по контролю над СПИДом, 2002 г.

⁸ Министерство здравоохранения, ВОЗ, 2002 г.

⁹ ВОЗ/Европа - Обследование доступа к АРВ, 2003 г.

¹⁰ Обследование “ЕВРО 2002”

¹¹ Департамент услуг в области медицины и здравоохранения

¹² Реестр ВИЧ, 2002 г.

¹³ Министерство здравоохранения, 2002 г.

¹⁴ ВОЗ, 2003 г.

¹⁵ Министерство здравоохранения

¹⁶ Ежегодный доклад об эпиднадзоре

¹⁷ Данные за 2004 г.

¹⁸ Данные за 2003 г.

| ГЭ-8: Поддержка сирот, пострадавших от ВИЧ/СПИДа | | | | | | | |
|--|---|-----|------|-----------|------|------|------|
| Страна | 2005 | | | | | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. * | | | | | | |
| | Процент сирот и уязвимых детей, чьи домохозяйства получают бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком | | | | | | |
| | Сельские | | | Городские | | | Все |
| Муж. | Жен. | Все | Муж. | Жен. | Все | Все | |
| Африка к югу от Сахары | | | | | | | |
| Конго | - | - | - | - | - | - | - |
| Эфиопия | 2.9 | 2.8 | 2.9 | 7.1 | 5.8 | 6.4 | 3.6 |
| Кения | 6.6 | 6.4 | 6.5 | 10.3 | 18.1 | 14.0 | 10.3 |
| Лесото | | | | | | | 25.0 |
| Мадагаскар | | | | | | | 7.4 |
| Мали | - | - | - | - | - | - | - |
| Того | | | | | | | 9.7 |
| Замбия | | | | | | | 13.4 |
| (N = 8) | | | | (N = 8) | | | |

* Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 г.

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

| ГЭ-9: Безопасность крови | | |
|--|--|---|
| Страна | 2001 | 2005 |
| | Обследование охвата* | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.** |
| | Донорская кровь, прошедшая скрининг на ВИЧ | Процент единиц переливаемой крови, проверенной на ВИЧ |
| Африка к югу от Сахары | | |
| Ангола | 100.0 | |
| Бенин | 100.0 | 100.0 |
| Ботсвана | 100.0 | |
| Буркина-Фасо | 85.0 | |
| Бурунди | 100.0 | 100.0 |
| Центральноафриканская Республика | 80.0 | |
| Чад | 90.0 | - |
| Конго | 80.0 | 100.0 |
| Кот-д'Ивуар | 100.0 | 100.0 |
| Конго, Демократическая Республика | 70.0 | |
| Эфиопия | 100.0 | 100.0 |
| Эритрея | 100.0 | |
| Габон | | 72.5 |
| Гамбия | 100.0 | |
| Гана | 100.0 | |
| Гвинея | 100.0 | |
| Гвинея-Бисау | | 100.0 |
| Кения | 98.0 | 100.0 |
| Лесото | | 100.0 |
| Либерия | 80.0 | |
| Мадагаскар | 100.0 | 99.4 |
| Малави | | 100.0 |
| Мали | 100.0 | 100.0 |
| Мавритания | 80.0 | |
| Маврикий | 100.0 | |
| Мозамбик | 100.0 | 100.0 |
| Намибия | 100.0 | 100.0 |
| Нигер | 100.0 | |
| Нигерия | | 100.0 |
| Руанда | 100.0 | |
| Сенегал | 100.0 | |
| Сейшельские Острова | 100.0 | |
| Сьерра-Леон | 20.0 | |
| Южная Африка | 100.0 | 100.0 |
| Свазиленд | 100.0 | 100.0 |
| Танзания, Объединенная Республика | 100.0 | |
| Того | 100.0 | 79.0 |
| Уганда | 100.0 | 100.0 |
| Замбия | 100.0 | 100.0 |
| Зимбабве | 100.0 | 100.0 |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | |
| Китай | 100.0 | |
| Океания | | |
| Фиджи | | 100.0 |
| Федеральные Штаты Микронезии | | 100.0 |
| Палау | | 100.0 |
| Папуа-Новая Гвинея | 0.0 | |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | |
| Бангладеш | 10.0 | |
| Бутан | 10.0 | |
| Камбоджа | 100.0 | 100.0 |
| Индия | 100.0 | |

| ГЭ-9: Безопасность крови | | |
|--|--|---|
| Страна | 2001 | 2005 |
| | Обследование охвата * | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. ** |
| | Донорская кровь, прошедшая скрининг на ВИЧ | Процент единиц переливаемой крови, проверенной на ВИЧ |
| Индонезия | 100.0 | |
| Иран, Исламская Республика | | 100.0 |
| Малайзия | 100.0 | |
| Мьянма | 35.0 | |
| Непал | 99.0 | |
| Пакистан | 95.0 | |
| Шри-Ланка | 100.0 | 100.0 |
| Таиланд | 100.0 | 100.0 |
| Вьетнам | 100.0 | |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | |
| Беларусь | 100.0 | |
| Хорватия | 100.0 | |
| Латвия | 100.0 | |
| Республика Молдова | 100.0 | |
| Румыния | 100.0 | |
| Российская Федерация | 100.0 | |
| Украина | 100.0 | 100.0 |
| Узбекистан | 100.0 | |
| Северная Африка и Ближний Восток | | |
| Алжир | | 98.9 |
| Марокко | 100.0 | |
| Тунис | 100.0 | |
| Карибский бассейн | | |
| Антигуа и Барбуда | | 100.0 |
| Багамские Острова | 100.0 | |
| Барбадос | 100.0 | |
| Куба | 100.0 | |
| Доминика | | 92.8 |
| Доминиканская Республика | 100.0 | |
| Сент-Люсия | | 96.0 |
| Сент-Винсент и Гренадины | | 99.7 |
| Тринидад и Тобаго | 0.0 | 100.0 |
| Латинская Америка | | |
| Аргентина | 96.0 | 100.0 |
| Белиз | 100.0 | 96.8 |
| Боливия | 35.0 | |
| Бразилия | 100.0 | |
| Чили | 100.0 | |
| Колумбия | 100.0 | |
| Коста-Рика | 100.0 | |
| Эквадор | 100.0 | |
| Сальвадор | 100.0 | |
| Гватемала | 100.0 | |
| Гайана | 100.0 | |
| Гондурас | 100.0 | |
| Ямайка | 100.0 | |
| Мексика | 100.0 | |
| Никарагуа | 100.0 | |
| Панама | 100.0 | |
| Парагвай | 98.0 | |
| Перу | 0.0 | 100.0 |
| Суринам | 100.0 | |

| ГЭ-9: Безопасность крови | | |
|---|--|---|
| Страна | 2001 | 2005 |
| | Обследование охвата* | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.** |
| | Донорская кровь, прошедшая скрининг на ВИЧ | Процент единиц переливаемой крови, проверенной на ВИЧ |
| Уругвай | 100.0 | |
| Венесуэла | 100.0 | |
| Страны с высоким уровнем доходов | | |
| Багамские Острова | 100.0 | |
| Соединенные Штаты Америки | | 100.0 |
| (N = 100) | (N = 85) | (N = 40) |

* Это оценочные данные за 2001 год, основанные на последней информации, имевшейся в тот момент

** Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2004 по 2005 гг.

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

| ГЭ-10: Молодые люди—Знания о профилактике ВИЧ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|-------|---|------|-------|---------|------|-------|------|------|-------|---------|------|---|-------------------|
| Страна | 2003 | | | 2005 | | | | | | | | | | | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г. | | | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.* | | | | | | | | | | | ОДЗ** (если не указано другое) | |
| | Процент молодых женщин (в возрасте 15–24 лет), имеющих всесторонние знания о ВИЧ/СПИДе | | | Процент молодых женщин и мужчин (в возрасте 15–24 лет), имеющих всесторонние знания о ВИЧ/СПИДе | | | | | | | | | | | Процент молодых женщин и мужчин (в возрасте 15–24 лет), имеющих всесторонние знания о ВИЧ/СПИДе | |
| | Женщины | | | Мужчины | | | Женщины | | | Все | | | Мужчины | | Женщин | |
| Город | Село | Все | Город | Село | Все | Город | Село | Все | Город | Село | Все | Город | Село | Все | Мужчины | Женщин |
| Африка к югу от Сахары | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ангола | | | | 56.7 | 10.0 | 42.7 | 46.3 | 10.5 | 35.2 | 51.5 | 10.3 | 39.0 | | | | |
| Бенин | | | | 7.9 | 13.1 | 10.6 | 3.4 | 11.8 | 8.1 | 5.7 | 12.4 | 9.3 | 14.0 | 8.0 | | |
| Ботсвана | 25.2 | 29.8 | 27.9 | | | | | | | | | | | | 33.0 [†] | 40.0 [†] |
| Буркина-Фасо | | | | | | | | | | | | | | | 23.0 | 15.0 |
| Бурунди | 40.0 | 21.0 | 24.0 | 0.6 | 3.9 | 3.6 | 0.3 | 3.8 | 3.6 | 0.4 | 3.9 | 3.6 | | | | |
| Камерун | 24.0 | 7.0 | 16.0 | 40.6 | 24.8 | 34.3 | 36.5 | 14.5 | 27.2 | 37.8 | 17.5 | 30.8 | 34.0 | 27.0 | | |
| Центральноафриканская Республика | 1.5 | 8.7 | 5.1 | | | | | | | | | | | | | |
| Чад | 2.3 | 12.2 | 5.0 | | | | | | | | | | | | 21.0 | 8.0 |
| Коморские Острова | 9.8 | 10.4 | 9.9 | | | | | | | | | | | | | |
| Конго | | | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | |
| Кот-д'Ивуар | 19.0 | 6.0 | 16.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | |
| Экваториальная Гвинея | 1.1 | 6.1 | 3.8 | | | | | | | | | | | | | |
| Эритрея | | | | | | | | | | | | | | | | 37.0 |
| Эфиопия | | | | 56.7 | 25.1 | | 44.4 | 14.0 | | | | | | | | |
| Гамбия | 20.0 | 11.0 | 15.0 | | | | | | | | | | | | | |
| Гана | | | | 54.4 | 28.8 | 40.3 | 43.8 | 29.3 | 35.8 | 48.2 | 29.0 | 38.0 | 44.0 | 38.0 | | |
| Гвинея-Бисау | 16.0 | 2.0 | 8.0 | | | | | | | | | | | | | |
| Кения | 35.0 | 22.0 | 26.0 | 77.8 | 80.0 | 79.5 | 61.5 | 57.1 | 58.3 | 68.2 | 66.7 | 68.9 | 47.0 | 34.0 | | |
| Лесото | 27.0 | 16.0 | 18.0 | | | | | | | | | | | | | |
| Мадагаскар | | | | | | 15.7 | | | 19.4 | | | | | | 16.0 | 19.0 |
| Малави | 44.0 | 31.0 | 34.0 | 43.3 | 34.4 | 36.0 | 30.9 | 22.0 | 23.5 | 33.7 | 24.3 | 29.8 | | | | |
| Мали | | | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 15.0 | 9.0 | | |
| Мозамбик | | | | | | | | | | | | | 33.0 | 20.0 | | |
| Нигер | 17.0 | 2.0 | 5.0 | | | | | | | | | | | | | |
| Нигерия | | | | 33.6 | 19.8 | | 30.5 | 14.8 | | | | | 21.0 | 18.0 | | |
| Руанда | 40.0 | 23.0 | 23.0 | | | | | | | | | | | | | |
| Сан-Томе и Принсипи | 13.0 | 7.0 | 11.0 | | | | | | | | | | | | | |
| Сьерра-Леоне | 22.0 | 10.0 | 16.0 | | | | | | | | | | | | | |
| Сомали | | | | 13.6 | 11.9 | 12.5 | 9.6 | 7.0 | 7.9 | 11.5 | 9.4 | 10.2 | | | | |
| Южная Африка | 26.0 | 13.0 | 20.0 | | | | | | | | | | | | | |
| Свазиленд | 26.1 | 28.4 | 26.9 | | | | | | | | | | | | | |
| Того | 21.0 | 13.0 | 20.0 | | | | | | | | | | | | | |
| Уганда | 48.0 | 23.0 | 28.0 | | | | | | | | | | | | | |
| Танзания. Объединенная Республика | 42.0 | 22.0 | 26.0 | | | | | | | | | | | | 49.0 [†] | 44.0 [†] |
| Замбия | 32.0 | 20.9 | 25.6 | | | 46.1 | | | 40.5 | | | | 33.0 | 31.0 | | |
| Зимбабве | | | | 57.7 | 55.5 | 56.3 | 57.8 | 51.4 | 54.1 | 57.7 | 53.4 | 55.2 | | | | |

| ГЭ-10: Молодые люди—Знания о профилактике ВИЧ | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|-------|---|-----|-------|---------|-----|-------|------|-----|-----|---|-------------------|
| Страна | 2003 | | | 2005 | | | | | | | | | ОДЗ** (если не указано другое) | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г. | | | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.* | | | | | | | | | | |
| | Процент молодых женщин (в возрасте 15–24 лет), имеющих всесторонние знания о ВИЧ/СПИДе | | | Процент молодых женщин и мужчин (в возрасте 15–24 лет), имеющих всесторонние знания о ВИЧ/СПИДе | | | | | | | | | Процент молодых женщин и мужчин (в возрасте 15–24 лет), имеющих всесторонние знания о ВИЧ/СПИДе | |
| | Женщины | | | Мужчины | | | Женщины | | | Все | | | Мужчины | Женщин |
| Город | Село | Все | Город | Село | Все | Город | Село | Все | Город | Село | Все | | | |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | | | | | | | | | | | | |
| Монголия | 28.1 | 36.9 | 32.1 | 4.1 | 2.2 | 3.0 | 5.5 | 4.6 | 5.0 | 4.8 | 3.4 | 4.0 | | |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | | | | | | | | | | | |
| Камбоджа | 52.0 | 33.0 | 37.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Индонезия | 4.2 | 10.2 | 6.8 | | | | | | | | | | | |
| Таиланд | | | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Вьетнам | 20.8 | 41.3 | 25.4 | | | | | | | | | | 50.0 [†] | 42.0 [†] |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | | | | | | | | | | | |
| Азербайджан | 0.8 | 3.2 | 2.1 | | | | | | | | | | | |
| Республика Молдова | 16.2 | 22.7 | 18.9 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Российская Федерация | | | | | | | | | | | | | 48.0 | |
| Украина | | | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Узбекистан | 2.6 | 5.3 | 3.4 | | | | | | | | | | 7.0 | 8.0 |
| Западная Европа | | | | | | | | | | | | | | |
| Албания | 0.3 | 0.0 | 0.2 | | | | | | | | | | | |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | | | | | | | | | | | |
| Марокко | | | | | | | | | | | | | | 12.0 |
| Карибский бассейн | | | | | | | | | | | | | | |
| Барбадос | | | | | | | | | | | | | 1.0 | |
| Куба | 40.2 | 56.2 | 51.8 | | | | | | | | | | | |
| Доминиканская Республика | 33.0 | 23.0 | 33.0 | | | | | | | | | | | |
| Гаити | 24.0 | 8.0 | 14.0 | | | | | | | | | | | |
| Тринидад и Тобаго | | | 33.0 | | | | | | | | | | | |
| Латинская Америка | | | | | | | | | | | | | | |
| Боливия | 9.3 | 29.2 | 21.6 | | | | | | | | | | | 18.0 |
| Бразилия | | | | | | | | | | | | | 58.4 | |
| Гайана | 35.2 | 36.4 | 35.6 | | | | | | | | | | | |
| Суринам | 21.0 | 36.8 | 26.5 | | | | | | | | | | | |
| | (N = 57) (N = 38)(N = 24)(N = 18) | | | | | | | | | | | | | |

* Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 гг.

** Данные за 2005 год, основанные на данных, собранных с 2001 по 2005 гг.

† Источник: Индикаторное обследование СПИДа

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

| ГЭ-11: Половые контакты до 15 лет | | | | | | | | | |
|--|--|------|-------|----------|------|------|------|--|-------------------|
| Страна | 2005 | | | | | | | | |
| | ГЭ-11: Половые контакты до 15 лет* | | | | | | | ОДЗ** (если не указано другое) | |
| | Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет | | | | | | | Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–19 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет | |
| | Мужчины | | | Женщины | | | Все | Женщины | Мужчины |
| Город | Село | Все | Город | Село | Все | Все | | | |
| Африка к югу от Сахары | | | | | | | | | |
| Ангола | 40.9 | 60.0 | 46.7 | 21.7 | 30.0 | 24.3 | 35.5 | | |
| Бенин | 15.7 | 15.7 | 15.7 | 9.9 | 7.5 | 8.5 | 12.1 | 16.0 | 23.8 |
| Буркина-Фасо | | | | | | | | 7.3 | 4.7 |
| Бурунди | 14.3 | 14.0 | 14.0 | 2.5 | 5.7 | 5.5 | 9.7 | | |
| Камерун | 23.4 | 22.3 | 23.0 | 28.8 | 42.5 | 34.6 | 28.8 | 18.0 | 11.5 |
| Центральноафриканская Республика | 8.2 | 10.7 | 9.6 | 12.3 | 8.1 | 9.9 | 9.8 | | |
| Чад | - | - | - | - | - | - | - | 19.0 | 11.0 |
| Конго | 10.0 | 10.4 | 10.1 | 10.0 | 9.9 | 9.9 | 10.0 | | |
| Кот-д'Ивуар | | | 13.3 | | | 14.5 | 14.1 | | |
| Эритрея | | | | | | | | 8.8 | |
| Эфиопия | 47.1 | 38.5 | 40.3 | 49.7 | 39.5 | 41.5 | 40.9 | | |
| Габон | 35.1 | | | 18.6 | | | | | |
| Гана | | | | | | | | 7.4 | 3.9 |
| Гвинея | 16.5 | 15.0 | 15.7 | 23.0 | 14.4 | 17.6 | 16.6 | | |
| Кения | 23.7 | 19.5 | 20.4 | 19.6 | 16.2 | 17.1 | 18.7 | 14.5 | 30.9 |
| Лесото | 27.9 | 27.3 | 27.5 | 9.5 | 16.2 | 14.4 | 20.9 | | |
| Мадагаскар | | | 22.3 | | | 31.0 | | 16.0 | 7.7 |
| Мали | | | | | | | | 26.0 | 10.6 |
| Мавритания | | | | | | | | 13.2 | 2.1 |
| Мозамбик | | | | | | | | 27.7 | |
| Нигерия | | | 4.9 | | | 14.7 | | 20.3 | 7.9 |
| Танзания, Объединенная Республика | | | | | | | | 10.1 ¹ | 10.7 ¹ |
| Уганда | | | | | | | | 12.2 ¹ | 16.3 ¹ |
| Замбия | | | | | | | | 17.5 | |
| Зимбабве | 6.3 | 9.7 | 8.5 | 5.8 | 9.8 | 8.1 | 8.3 | | |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | | | | | | | |
| Монголия | 5.7 | 1.1 | 3.0 | 0.3 | 0.0 | 0.1 | 1.6 | | |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | | | | | | |
| Камбоджа | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 0.2 | 0.1 | | |
| Непал | | | | | | | | 9.0 | 20.0 |
| Таиланд | | | 10.9 | | | 6.6 | 8.7 | | |
| Вьетнам | | | | | | | | 0.5 ¹ | 0.3 ¹ |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | | | | | | |
| Азербайджан | | | | | | | | 1.0 ² | |
| Республика Молдова | 45.8 | 26.6 | 34.1 | 30.9 | 19.0 | 23.5 | 28.8 | | |
| Российская Федерация | | | 17.2 | | | 8.2 | 13.3 | | |
| Карибский бассейн | | | | | | | | | |
| Барбадос | | | 35.9 | | | 25.6 | 31.0 | | |
| Доминиканская Республика | | | | | | | | 13.0 | 18.0 |
| Гондурас | | | | | | | | 13.0 ² | 19.0 ² |
| Сент-Винсент и Гренадины | | | 63.0 | | | 37.0 | | | |
| Латинская Америка | | | | | | | | | |
| Аргентина | | | | | | | 22.6 | | |
| Боливия | | | | | | | | 6.0 | 15.0 |
| Эквадор | | | | | | | | 7.0 ² | |
| Гватемала | | | | | | | | 7.0 ² | 15.0 ² |
| Никарагуа | | | | | | | | 11.0 | |
| | (N = 42) | | | (N = 24) | | | | (N = 24) | |

* Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 гг.

** Данные за 2005 год, основанные на данных, собранных с 2001 по 2005 гг.

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

¹ Источник: Индикаторное обследование СПИДа

² Обследование в области репродуктивного здоровья

| ГЭ-12: Половые контакты повышенного риска среди молодых женщин и мужчин | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|--|-------|---------|---------|------|---------|---------|------|---------|---|---------|
| Страна | 2003 | | 2005 | | | | | | | | | ОДЗ† (если не указано другое) | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г.* | | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.** | | | | | | | | | | |
| | Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты с партнером вне брака или вне постоянного сожительства за последние 12 месяцев | | Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты с партнером вне брака или вне постоянного сожительства за последние 12 месяцев | | | | | | | | | Процент респондентов в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты с партнером вне брака или вне постоянного сожительства за последние 12 месяцев из общего числа респондентов, указавших, что имели половые контакты за последние 12 месяцев | |
| | Мужчины | Женщины | Город | | | Село | | | Все | | | Мужчины | Женщины |
| Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | Все | Мужчины | Женщины | Все | Мужчины | Женщины | Все | Мужчины | Женщины | |
| Африка к югу от Сахары | | | | | | | | | | | | | |
| Ангола | | | 61.5 | 35.6 | 49.2 | 61.1 | 26.3 | 43.2 | 61.4 | 32.7 | 47.1 | | |
| Бенин | | | 31.0 | 2.0 | 9.6 | 32.6 | 4.5 | 13.0 | 31.8 | 3.4 | 17.6 | 90.0 | 36.0 |
| Буркина-Фасо | 82.0 | 19.0 | | | | | | | | | | 78.0 | 23.0 |
| Камерун | 86.0 | 41.0 | 95.2 | 57.2 | 68.6 | 82.0 | 27.3 | 40.1 | 89.9 | 44.7 | 67.3 | 91.0 | 44.0 |
| Центральноафриканская Республика | | | 42.1 | 9.4 | 22.9 | 40.2 | 13.7 | 27.1 | 41.0 | 11.9 | 26.5 | | |
| Чад | | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 76.0 | 7.0 |
| Конго | | | 72.0 | 63.5 | 67.6 | 72.0 | 65.4 | 68.6 | 72.0 | 64.7 | 68.4 | | |
| Кот-д'Ивуар | 91.0 | 51.0 | | | | | | | 57.9 | 64.3 | 61.0 | | |
| Эфиопия | 64.0 | 7.0 | 43.5 | 24.8 | 30.1 | 36.5 | 3.0 | 12.0 | 37.9 | 7.4 | 22.7 | | |
| Гана | | | | | | | | | | | | 83.0 | 50.0 |
| Гвинея | 92.0 | 23.0 | | | | | | | | | | | |
| Кения | 92.0 | 39.0 | 13.5 | 9.8 | 11.5 | 16.1 | 8.2 | 12.2 | 15.5 | 8.6 | 12.1 | 84.0 | 30.0 |
| Лесото | | | 96.4 | 57.6 | 67.4 | 87.6 | 38.0 | 52.5 | 89.5 | 43.3 | 66.4 | | |
| Мадагаскар | | | | | | | | | 71.9 | 30.9 | | 72.0 | 31.0 |
| Малави | 71.0 | 17.0 | | | | | | | 62.1 | 13.9 | | | |
| Мали | | | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 16.0 | 17.0 | 16.5 | 85.0 | 18.0 |
| Мозамбик | | | | | | | | | | | | 84.0 | 37.0 |
| Нигерия | | | 90.5 | 42.9 | | 73.0 | 27.7 | | | | | 78.0 | 29.0 |
| Руанда | 42.0 | 10.0 | | | | | | | | | | | |
| Танзания. Объединенная Республика | 87.0 | 40.0 | | | | | | | | | | 81.0 | 36.0 |
| Того | 89.0 | 51.0 | | | | | | | | | | | |
| Уганда | 59.0 | 22.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 74.0 | 26.0 |
| Замбия | | | | | | | | | 24.0 | 13.0 | | 86.0 | 30.0 |
| Зимбабве | 82.0 | 20.0 | 75.0 | 21.3 | 40.2 | 80.7 | 24.8 | 47.6 | 78.6 | 23.3 | 51.0 | | |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | | | | | | | | | | | |
| Монголия | | | 93.5 | 76.4 | 86.6 | 93.4 | 81.1 | 88.9 | 93.5 | 79.2 | 86.3 | | |

| ГЭ-12: Половые контакты повышенного риска среди молодых женщин и мужчин | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|--|-----|---------|---------|-----|---------|---------|------|---------|---|------------------|
| Страна | 2003 | | 2005 | | | | | | | | | ОДЗ [†] (если не указано другое) | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г.* | | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.** | | | | | | | | | | |
| | Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты с партнером вне брака или вне постоянного сожительства за последние 12 месяцев | | Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты с партнером вне брака или вне постоянного сожительства за последние 12 месяцев | | | | | | | | | Процент респондентов в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты с партнером вне брака или вне постоянного сожительства за последние 12 месяцев из общего числа респондентов, указавших, что имели половые контакты за последние 12 месяцев | |
| | Мужчины | Женщины | Город | | | Село | | | Все | | | Мужчины | Женщины |
| Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | Все | Мужчины | Женщины | Все | Мужчины | Женщины | Все | Мужчины | Женщины | |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | | | | | | | | | | |
| Камбоджа | | | 72.0 | 5.4 | 38.9 | 18.2 | 2.1 | 7.2 | 26.3 | 2.6 | 14.4 | | |
| Индия | | | | | | | | | | | | 12.0 ² | 2.0 ² |
| Таиланд | | | | | | | | | | | | 56.0 | |
| Вьетнам | | | | | | | | | | | | 21.0 ¹ | 0.7 ¹ |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | | | | | | | | | | |
| Узбекистан | | | | | | | | | | | | 45.0 ³ | 1.0 ³ |
| Карибский бассейн | | | | | | | | | | | | | |
| Барбадос | | | | | | | | | 26.6 | 15.9 | 21.6 | | |
| Доминиканская Республика | | | | | | | | | | | | 83.0 | 29.0 |
| Латинская Америка | | | | | | | | | | | | | |
| Боливия | | | | | | | | | | | | 70.0 | 32.0 |
| Никарагуа | | | | | | | | | | | | | 10.0 |
| | (N = 34) | (N = 12) | | | | | | | | | | | (N = 19) |

[†] Доклад за 2003 год, но сбор данных мог происходить с 1998 по 2000 гг.

^{**} Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 гг.

¹ Данные за 2005 год, основанные на данных, собранных с 2001 по 2005 гг.

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

² Источник: Индикаторное обследование СПИДа

³ Источник: Дозорное обследование поведения

⁴ Источник: Обследование состояния здоровья

ГЭ-13: Молодые люди — Использование презервативов с непостоянными партнерами

| Страна | 2003 | | 2005 | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------|--|------|---------|---------|------|---------|---------|------|---------|--|-------------------|--|
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г.* | | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.** | | | | | | | | | ОДЗ.† (если другое не указано) | | |
| | Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с непостоянным партнером | | Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с непостоянным партнером | | | | | | | | | Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с непостоянным партнером | | |
| | | | Город | | | Село | | | Все | | | | | |
| Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | Все | Мужчины | Женщины | Все | Мужчины | Женщины | Все | Мужчины | Женщины | | |
| Африка к югу от Сахары | | | | | | | | | | | | | | |
| Ангола | | | 63.6 | 71.2 | 66.2 | 63.6 | 20.0 | 50.0 | 63.6 | 55.2 | 59.4 | | | |
| Бенин | 34.0 | 19.0 | 53.3 | 25.0 | 49.1 | 65.1 | 71.4 | 66.7 | 59.5 | 50.8 | 55.2 | 34.0 | 19.0 | |
| Ботсвана | 88.0 | 75.0 | | | | | | | | | | 88.0 ¹ | 75.0 ¹ | |
| Буркина-Фасо | 55.0 | 41.0 | | | | | | | | | | 67.0 | 54.0 | |
| Бурунди | | | 50.0 | 7.1 | 20.0 | 55.7 | 48.7 | 51.1 | 55.2 | 46.0 | 50.6 | | | |
| Камерун | 31.0 | 16.0 | 65.7 | 53.6 | 58.6 | 39.9 | 27.2 | 33.3 | 55.4 | 42.5 | 49.0 | 57.0 | 46.0 | |
| Центральноафриканская Республика | | | 84.1 | 79.4 | 83.0 | 82.5 | 46.7 | 72.7 | 83.2 | 60.6 | 71.9 | | | |
| Чад | | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 25.0 | 17.0 | |
| Конго. Демократическая Республика | | 12.0 | | | | | | | | | | | | |
| Кот-д'Ивуар | 56.0 | 25.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | | |
| Эфиопия | 30.0 | 17.0 | 84.4 | 46.3 | 69.5 | 23.3 | 6.7 | 19.5 | 36.1 | 14.6 | 25.4 | | | |
| Эритрея | | | | | | | | | | | | 81.0 | | |
| Габон | 48.0 | 33.0 | | | | | | | | | | | | |
| Гана | 33.0 | 20.0 | 55.5 | 38.5 | 45.9 | 44.7 | 27.1 | 35.9 | 49.6 | 32.2 | 40.9 | 52.0 | 33.0 | |
| Гвинея | 32.0 | 17.0 | | | | | | | | | | 42.0 | 27.0 | |
| Кения | 43.0 | 14.0 | 58.4 | 32.5 | 45.9 | 42.6 | 22.6 | 33.2 | 46.1 | 25.2 | 35.6 | 47.0 | 25.0 | |
| Лесото | | | 72.0 | 65.6 | 67.9 | 42.0 | 44.0 | 43.0 | 48.6 | 49.8 | 49.2 | 48.0 | 50.0 | |
| Мадагаскар | | | | | | | | | | | | 12.0 | 5.0 | |
| Малави | 38.0 | 32.0 | 56.5 | 51.8 | 53.8 | 43.2 | 29.2 | 35.6 | 45.6 | 33.0 | 39.3 | 47.0 | 35.0 | |
| Мали | 30.0 | 14.0 | | | | | | | | | | 30.0 | 14.0 | |
| Мозамбик | | | | | | | | | | | | 33.0 | 29.0 | |
| Нигерия | 38.0 | 21.0 | 66.8 | 50.9 | | 54.1 | 34.1 | | | | | 46.0 | 24.0 | |
| Руанда | 55.0 | 23.0 | | | | | | | | | | 41.0 | 28.0 | |
| Сенегал | | | | | | | | | | | | 54.0 | 34.0 | |
| Южная Африка | | 20.0 | | | | | | | | | | | | |
| Того | 41.0 | 22.0 | | | | | | | | | | | | |
| Уганда | 62.0 | 44.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 55.0 ² | 53.0 ² | |
| Танзания. Объединенная Республика | 31.0 | 21.0 | | | | | | | | | | 47.0 ² | 42.0 ² | |
| Замбия | 38.0 | 38.0 | | | | | | | 38.4 | 26.1 | | 40.0 ³ | 35.0 ³ | |
| Зимбабве | 69.0 | 42.0 | 69.2 | 52.1 | 63.2 | 49.1 | 35.7 | 45.0 | 56.5 | 42.6 | 49.6 | | | |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | | | | | | | | | | | | |
| Монголия | | | 61.4 | 45.7 | 55.8 | 56.5 | 39.5 | 50.8 | 58.5 | 42.1 | 50.3 | | | |

| ГЭ-13: Молодые люди — Использование презервативов с непостоянными партнерами | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|---------|---------|------|----------|---------|------|---------|---------|--|-------------------|-------------------|
| Страна | 2003 | | 2005 | | | | | | | | | | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г. [*] | | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. ^{**} | | | | | | | | | ОДЗ. [†] (если другое не указано) | | |
| | Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с непостоянным партнером | | Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с непостоянным партнером | | | | | | | | | Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с непостоянным партнером | | |
| | | | Город | | | Село | | | Все | | | | | |
| | | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | Все | Мужчины | Женщины | Все | Мужчины | Женщины | Все | Мужчины | Женщины |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | | | | | | | | | | | |
| Камбоджа | | 43.0 | | | | | | | | | | | | |
| Индия | 51.0 | 40.0 | | | | | | | | | | | 59.0 ⁴ | 51.0 ⁴ |
| Непал | 52.0 | | | | | | | | | | | | | |
| Таиланд | | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Вьетнам | | | | | | | | | | | | | 68.0 ² | |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | | | | | | | | | | | |
| Чешская Республика | | | | | | | | 55.0 | 31.0 | | | | | |
| Республика Молдова | | | | | | | | | | | | | 63.0 | 44.0 |
| Российская Федерация | | | | | | | | | | | | | 78.8 | |
| Украина | | | 73.5 | 67.0 | 71.8 | 72.2 | 60.0 | 69.2 | 73.2 | 65.1 | 69.1 | | | |
| Узбекистан | | | | | | | | | | | | | 50.0 ⁵ | |
| Карибский бассейн | | | | | | | | | | | | | | |
| Барбадос | | | | | | | | | 77.8 | 33.3 | 49.3 | | | |
| Доминиканская Республика | 48.0 | 12.0 | | | | | | | | | | | 52.0 | 29.0 |
| Гаити | 30.0 | 19.0 | | | | | | | | | | | | |
| Ямайка | | 38.0 | | | | | | | | | | | | |
| Латинская Америка | | | | | | | | | | | | | | |
| Аргентина | | | | | | | | | | | | 46.0 | | |
| Боливия | 22.0 | 8.0 | | | | | | | | | | | 37.0 | 20.0 |
| Бразилия | 59.0 | 32.0 | | | | | | | | | | 74.1 | | |
| Чили | 33.0 | 18.0 | | | | | | | | | | | | |
| Колумбия | | 29.0 | | | | | | | | | | | | |
| Мексика | 57.0 | 57.0 | | | | | | | | | | | | |
| Никарагуа | | | | | | | | | | | | | | 17.0 |
| Парагвай | | 79.0 | | | | | | | | | | | | |
| Перу | | 19.0 | | | | | | | | | | | | |
| | (N = 54) | (N = 34) | | | | | (N = 24) | | | | | | | (N = 27) |

^{*} Доклад за 2003 год, но сбор данных мог происходить с 1996 по 2001 гг.

^{**} Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2000 по 2005 гг.

[†] Данные за 2005 год, основанные на данных, собранных с 2001 по 2005 гг.

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

¹ Источник: Обследование последствий СПИДа

² Источник: Индикаторное обследование СПИДа

³ Источник: Обследование сексуального поведения

⁴ Источник: Дозорное обследование поведения

⁵ Источник: Обследование состояния здоровья

| ГЭ-14: Сироты—Посещаемость школ | | | | | |
|-----------------------------------|--|---------|------|---|---|
| Страна | 2003 | | | 2005 | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г. [*] | | | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. ^{**} | ОДЗ [†] (если другое не указано) |
| | Отношение числа сирот, посещающих школу, к числу детей, посещающих школу и имеющих родителей | | | Отношение числа сирот, посещающих школу, к числу детей, посещающих школу и имеющих родителей; возраст 10–14 лет | Отношение числа сирот (у которых умерли и отец и мать) в возрасте 10–14 лет, посещающих школу, к числу детей (имеющих хотя бы одного из родителей) в возрасте 10–14 лет, посещающих школу |
| | Мужчины | Женщины | Все | Все | Все |
| Африка к югу от Сахары | | | | | |
| Ангола | | | 0.90 | | 0.90 ¹ |
| Ботсвана | | | 0.99 | | 0.99 ² |
| Буркина-Фасо | | | | | 1.09 |
| Бурунди | | | 0.70 | | 0.70 ¹ |
| Камерун | | 0.64 | 0.94 | | 0.99 |
| Центральноафриканская Республика | | | 0.91 | | 0.91 ² |
| Чад | | | 0.96 | | 1.07 |
| Коморские Острова | | | 0.59 | | 0.59 ¹ |
| Конго, Демократическая Республика | | | 0.72 | - | 0.72 ¹ |
| Кот-д'Ивуар | | | 0.83 | | 0.83 ¹ |
| Экваториальная Гвинея | | | 0.95 | | 0.95 ¹ |
| Эритрея | | | | | 0.83 |
| Эфиопия | 0.58 | 0.64 | 0.60 | - | 0.60 |
| Габон | | | 0.98 | | 0.98 |
| Гамбия | | | 0.85 | | 0.85 ¹ |
| Гана | | | 0.93 | | 0.79 |
| Гвинея | 0.86 | 1.55 | 1.13 | | 1.13 |
| Гвинея-Бисау | | | 1.03 | | 1.03 ¹ |
| Кения | 0.79 | 0.71 | 0.74 | 0.97 | 0.95 |
| Лесото | | | 0.87 | | 0.87 ¹ |
| Мадагаскар | | | 0.65 | 0.80 | 0.76 |
| Малави | 0.96 | 0.90 | 0.93 | 0.97 | 0.93 |
| Мали | | | 0.72 | | 1.04 |
| Мозамбик | 0.44 | 0.50 | 0.47 | | 0.80 |
| Намибия | | | 0.92 | 0.97 | 0.92 |
| Нигер | | | 1.07 | | |
| Нигерия | 0.69 | 1.07 | 0.87 | | 0.64 |
| Руанда | 0.76 | 0.86 | 0.80 | | 0.80 ¹ |
| Сенегал | | | 0.74 | | 0.74 ¹ |
| Сьерра-Леоне | | | 0.71 | | 0.71 ¹ |
| Сомали | | | 0.65 | | 0.65 ¹ |
| Южная Африка | 0.95 | 0.96 | 0.95 | | |
| Свазиленд | | | 0.91 | | 0.91 ¹ |
| Танзания, Объединенная Республика | 0.66 | | 0.74 | | 0.82 ³ |
| Того | | | 0.96 | | 0.96 ¹ |
| Уганда | 0.90 | 1.00 | 0.95 | | 0.95 |
| Замбия | | | 0.87 | 0.17 | 0.92 ⁴ |

| ГЭ-14: Сироты—Посещаемость школ | | | | | |
|---|--|---------|----------|---|---|
| Страна | 2003 | | | 2005 | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2003 г. [*] | | | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. ^{**} | ОДЗ [†] (если другое не указано) |
| | Отношение числа сирот, посещающих школу, к числу детей, посещающих школу и имеющих родителей | | | Отношение числа сирот, посещающих школу, к числу детей, посещающих школу и имеющих родителей; возраст 10–14 лет | Отношение числа сирот (у которых умерли и отец и мать) в возрасте 10–14 лет, посещающих школу, к числу детей (имеющих хотя бы одного из родителей) в возрасте 10–14 лет, посещающих школу |
| | Males | Females | All | All | All |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | | |
| Камбоджа | | | | | 0.71 |
| Индонезия | | | | | 0.82 |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | | |
| Судан | | | 0.96 | | 0.96 ¹ |
| Карибский бассейн | | | | | |
| Доминиканская Республика | | | | | 0.96 |
| Гаити | | | | | 0.87 |
| Сент-Люсия | | | | - | |
| Латинская Америка | | | | | |
| Гватемала | | | | | 0.98 |
| Перу | | | | | 0.85 |
| Суринам | | | | | 0.89 ¹ |
| | (N 5 47) | | (N 5 37) | (N 5 9) | (N 5 44) |

^{*} Доклад за 2003 год, но сбор данных мог происходить с 1997 по 2001 гг.

^{**} Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2001 по 2005 гг.

[†] Данные за 2005 год, основанные на данных, собранных с 1999 по 2004 гг.

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

¹ Источник: Кластерное обследование на основе мультииндикаторного метода

² Источник: Перепись населения

³ Источник: Индикаторное обследование СПИДа

⁴ ..

| ГЭ -16: Лечение ВИЧ—Выживаемость через 12 месяцев на антиретровирусной терапии | | | | | | | | | |
|--|--|------|------|----------|------|-------|-------|------|-------|
| Страна | 2005 | | | | | | | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. | | | | | | | | |
| | Мужчины | | | Женщины | | | Все | | |
| <15 | 15+ | Все | <15 | 15+ | Все | <15 | 15+ | Все | |
| Африка к югу от Сахары | | | | | | | | | |
| Чад | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Кот-д'Ивуар | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Эфиопия | | | 90.2 | | | 86.4 | | | 88.6 |
| Мадагаскар | | | | | | | | | 100.0 |
| Малави | | | | | | | | | 83.0 |
| Намибия | | | | | | | | | 91.0 |
| Нигерия | | | | | | | | | 98.2 |
| Сомали | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | | | | | | |
| Грузия | | | 85.0 | | | 100.0 | | | 88.0 |
| Украина | 100.0 | 67.6 | 68.9 | 100.0 | 73.7 | 75.4 | 100.0 | 70.3 | 71.9 |
| Карибский бассейн | | | | | | | | | |
| Барбадос | | | 92.5 | | | 94.0 | | | 93.3 |
| Доминика | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Сент-Люсия | | | | | | | | | 80.0 |
| Сент-Винсент и Гренадины | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Тринидад и Тобаго | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | (N = 15) | | | (N = 15) | | | | | |

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

| КНРЭ -3: Группы населения, которым грозит самый высокий риск – Тестирование на ВИЧ | | | | |
|--|--|-------|----------|-------|
| Страна | 2005 | | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.* | | | |
| | Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты | | | |
| | Все | РСБ | ПИН | МСМ |
| Африка к югу от Сахары | | | | |
| Бурунди | | 37.6 | | |
| Конго | | 3.3 | | 8.3 |
| Сенегал | | | | 10.8 |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | | |
| Монголия | | 67 | | 23.2 |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | |
| Бангладеш | 1.3 | 1.6** | 3.2 | |
| Индия | 28.9 | | | |
| Индонезия | | 14.8 | 18.1 | 15.4 |
| Иран, Исламская Республика | | | 9.4 | |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | | 8.9 | | |
| Вьетнам | | - | - | |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | |
| Армения | | 33.2 | 21.1 | 42 |
| Беларусь | | 48.5 | 39.2 | 55.4 |
| Грузия | | 24.4 | 6.4 | 27.1 |
| Румыния | | 35.5 | 36 | |
| Украина | 17.9 | 32.4 | 27.1 | 24.6 |
| Западная Европа | | | | |
| Бывшая югославская Республика Македония | | 66.7 | 31.8 | 7.4 |
| Сербия и Черногория | | | | 52.5‡ |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | |
| Алжир | | | 15.1 | |
| Марокко | | | 12.5 | |
| Турция | | 26 | | |
| Карибский бассейн | | | | |
| Ямайка | | 43.0‡ | | |
| Латинская Америка | | | | |
| Аргентина | | 35.9 | | 96.3 |
| Панама | | 76.5 | | 44.8 |
| (N = 23) | | | (N = 23) | |

*Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 гг.

**Женщины-работницы секс-бизнеса

‡Работники секс-бизнеса

‡Значение для Сербии

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

| КНРЭ-4: Группы населения, которым грозит самый высокий риск — Программы профилактики | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|-----------------------|
| Страна | 2005 | | | | | |
| | Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами | | Потребители инъекционных наркотиков | | Работники секс-бизнеса | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.* | Обследование охвата** | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. | Обследование охвата** | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.* | Обследование охвата** |
| Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые охвачены программами профилактики | Процент МСМ, охваченных “аутрич” — программами | Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые охвачены программами профилактики | Процент ПИН, охваченных услугами по снижению вреда | Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые охвачены программами профилактики | Процент РСБ, охваченных “аутрич” — программами | |
| Африка к югу от Сахары | | | | | | |
| Бенин | | | | | | 100.0 ⁶ |
| Буркина-Фасо | | | | | 42.1 | 60.0 |
| Бурунди | | | | | 77.7 | |
| Чад | | | | | | 5.0 |
| Конго | 33.3 | | | | 53.4 | |
| Кот-д’Ивуар | | | | 100.0 ⁶ | | 71.0 |
| Гана | | | | | | 50.0 |
| Гвинея | | | | 100.0 ⁶ | | 50.0 |
| Кения | | 2.0 | | | | 17.0 |
| Мали | | | | | 45.3 | |
| Мозамбик | | | | , 0.5 | | 5.0 |
| Нигер | | | | | | 92.0 |
| Сенегал | | 100.0 ⁶ | | | | 100.0 ⁶ |
| Того | | | | | | 30.0 |
| Уганда | | | | | | 10.0 |
| Зимбабве | | | | | | 40.0 |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | | | | |
| Китай | | 8.0 | 45.0 | 8.0 | 25.0 | 38.0 |
| Монголия | 68.1 | | | | 58.0 | |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | | | |
| Бангладеш | 77.0 | | 82.0 | 7.0 | 71.6 [†] | |
| Камбоджа | | 17.0 | | 97.0 | | 60.0 |
| Индия | 45.0 | 45.0 | 47.8 | 48.0 | 52.4 | 52.0 |
| Индонезия | 1.3 | 10.0 | 15.0 | 89.0 | 37.3 [†] | 50 |
| Иран, Исламская Республика | | | 11.4 | | | |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | | | | | 70.7 | 100.0 ⁶ |
| Малайзия | | 10.0 | | 4.0 | | |
| Непал | 5.4 | 36.0 | 8.6 | ,0.50 | 35.2 [†] | 68.0 |
| Пакистан | 22.0 | 15.0 | 28.4 | 100.0 ⁶ | 11.0 [†] | 20.0 |
| Филиппины | | 2.0 | | ,0.50 | | 7.0 |
| Вьетнам | | | 69.1 | | 81.0 | |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | | | |
| Армения | 0.7 | | 25.1 | | 28.9 | |
| Беларусь | 7.1 | | 16.4 | | 8.8 | |
| Хорватия | | | | 20.0 | | |
| Чешская Республика | | | 60.0 | | | |
| Грузия | | | 25.0 | | 75.6 | |
| Казахстан | | 1.0 | | 8.0 | | 31.0 |
| Кыргызстан | 79.2 | | 8.4 | | 75.3 | |
| Латвия | | 2.0 | 7.9 | 2.0 | | 17.0 |
| Республика Молдова | | 90.0 | 22.4 | 74.0 | 14.1 ^{††} | 50.0 |
| Румыния | 3.1 | | 9.3 | 43.0 | 3.6 | |
| Российская Федерация | | 1.0 | 4.9 | 9.0 | 15.6 | |
| Украина | | 5.0 | 38.4 | 13.0 | 33.7 | 5.0 |

| КНРЭ-4: Группы населения, которым грозит самый высокий риск—Программы профилактики | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|-----------------------|
| Страна | 2005 | | | | | |
| | Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами | | Потребители инъекционных наркотиков | | Работники секс-бизнеса | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.* | Обследование охвата** | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. | Обследование охвата** | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.* | Обследование охвата** |
| Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые охвачены программами профилактики | Процент МСМ, охваченных “аутрич”—программами | Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые охвачены программами профилактики | Процент ПИН, охваченных услугами по снижению вреда | Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые охвачены программами профилактики | Процент РСБ, охваченных “аутрич”—программами | |
| Западная Европа | | | | | | |
| Албания | | | | 7.0 | | |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | | | |
| Алжир | | | 15.0 | | | |
| Египет | | | | 100.0 ^б | | |
| Тунис | | 5.0 | | 2.0 | | 20.0 |
| Турция | | | | | 13.8 | |
| Карибский бассейн | | | | | | |
| Доминиканская Республика | | 10.0 | | 100.0 ^б | | 30.0 |
| Ямайка | | | | | 60.0 | |
| Латинская Америка | | | | | | |
| Аргентина | | 30.0 | | 93.0 | | 30.0 |
| Колумбия | | 30.0 | | | | 75.0 |
| Эквадор | | 5.0 | | | | 50.0 |
| Сальвадор | | 17.0 | | | | 60.0 |
| Гватемала | | 10.0 | | | | 75.0 |
| Панама | 43.8 | | | | 48.0 | 71.0 |
| Парагвай | | 50.0 | | | | 10.0 |
| Перу | 22.6 | | | | | 20.0 |
| Венесуэла | | 1.0 | | | | 30.0 |
| (N = 57) | (N = 13) | (N = 24) | (N = 19) | (N = 24) | (N = 24) | (N = 36) |

* Доклад за 2003 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 г.

** Оценочные данные за 2005 год, основанные на последней имеющейся информации

† Женщины-работницы секс-бизнеса

‡ Работники секс-бизнеса

§ На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

| КНРЭ-5: Группы населения, которым грозит самый высокий риск—Знания о профилактике ВИЧ | | | | |
|---|--|------|----------|--------|
| Страна | 2005 | | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2005* | | | |
| | Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые правильно представляют себе способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и знают, как ВИЧ не передается | | | |
| | Все | МСМ | ПИН | РСБ |
| Африка к югу от Сахары | | | | |
| Бенин | | 42.2 | | |
| Бурунди | | | | 4.3 |
| Конго | | 3.3 | | 66.7 |
| Мали | | | | 90.1 |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | | |
| Китай | | 37.3 | 36.0 | 23.5** |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | |
| Бангладеш | 28.2 | 13.5 | 14.0 | 23.3 |
| Индонезия | | 43.3 | 6.7 | 23.8 |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | | | 20.5 | |
| Непал | | 27.3 | 49.9 | 16.9 |
| Вьетнам | | | 34.4 | 24.2 |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | |
| Армения | | 54.0 | 60.0 | 49.2 |
| Беларусь | | 62.8 | 61.4 | 23.8 |
| Грузия | | | 36.2 | 1.3 |
| Кыргызстан | | 6.9 | | 1.1 |
| Республика Молдова | | 38.3 | 37.1 | 34.7 |
| Румыния | | | 18.0 | 14.1 |
| Украина | 39.4 | 48.9 | 21.2 | 8.1 |
| Западная Европа | | | | |
| Бывшая югославская Республика Македония | | 33.9 | 26.7 | 9.9 |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | |
| Марокко | | | 6.9 | 72.2 |
| Турция | | | | 21.7 |
| Карибский бассейн | | | | |
| Ямайка | | | | 26.1† |
| Латинская Америка | | | | |
| Аргентина | | 55.9 | | 69.4 |
| Коста-Рика | | 48.8 | | |
| Перу | | 72.6 | | |
| | (N = 24) | | (N = 24) | |

*Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 гг.

**Женщины-работницы секс-бизнеса

†Работники секс-бизнеса

| КНРЭ-6: Работники секс-бизнеса—Использование презервативов | | | |
|---|---|--------------------|----------------|
| Страна | 2005 | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г. * | | |
| | Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом | | |
| | Все | Мужчины | Женщины |
| Африка к югу от Сахары | | | |
| Буркина-Фасо | 95.9 | | |
| Бурунди | 73.7 | | 73.8 |
| Сенегал | 86.3 | | 86.6 |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | |
| Китай | | | 68.5 |
| Монголия | 94.1 | 50.0 | 96.4 |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | |
| Бангладеш | 39.8 | 44.1 | 31.8 |
| Камбоджа | 96.0 | | 96.0 |
| Индонезия | 54.7 | 47.5 | 56.2 |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | 83.2 | 58.8 | 88.9 |
| Непал | 67.1 | | |
| Пакистан | 22.6 | 6.6 | 37.0 |
| Шри-Ланка | | | 64.9 |
| Вьетнам | 90.4 | | 90.4 |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | |
| Армения | 89.2 | 100.0 [†] | 89.2 |
| Беларусь | 77.4 | 100.0 [†] | 77.3 |
| Грузия | | | 95.0 |
| Кыргызстан | 80.9 | | |
| Республика Молдова | 98.4 ^{††} | | |
| Румыния | | | 85.0 |
| Российская Федерация | 77.0 | | |
| Западная Европа | | | |
| Бывшая югославская Республика Македония | 85.9 | 87.5 | 84.4 |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | |
| Марокко | 37.7 | | 37.8 |
| Карибский бассейн | | | |
| Ямайка | 84.3 | | |
| Латинская Америка | | | |
| Панама | 91.5 | 90.8 | 91.6 |
| | (N = 24) | | (N = 24) |

* Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 гг.
[†] На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались
^{††} Работники секс-бизнеса

| КНРЭ-7: Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами—Использование презервативов | | | |
|---|--|-----------------|-----------------|
| Страна | 2005 | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.* | | |
| | Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной | | |
| | Все | Возраст <25 лет | Возраст 25+ лет |
| Африка к югу от Сахары | | | |
| Конго | 23.3 | 23.5 | 23.1 |
| Сенегал | 44.5 | | 44.7 |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | |
| Китай | 41.1 | | |
| Монголия | 13.0 | 17.6 | 10.3 |
| Океания | | | |
| Фиджи | 20.0 | | |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | |
| Бангладеш | 49.2 | 52.9 | 48.8 |
| Индонезия | 47.6 | 45.6 | 48.6 |
| Пакистан | 7.6 | 9.8 | 4.9 |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | |
| Армения | 30.4 | 40.0 | 12.5 |
| Беларусь | 61.6 | 57.2 | 66.0 |
| Грузия | 53.6 | | |
| Кыргызстан | 68.3 | | |
| Республика Молдова | 63.0 | 60.5 | 64.9 |
| Российская Федерация | 38.8 | | |
| Украина | 71.6 | 71.1 | 71.9 |
| Западная Европа | | | |
| Бывшая югославская Республика Македония | 29.2 | | |
| Латинская Америка | | | |
| Панама | 84.2 | 83.8 | 84.4 |
| Перу | 46.3 | 47.2 | 45.5 |
| Страны с высоким уровнем доходов | | | |
| Соединенные Штаты Америки | | | 50.5 |
| | (N = 19) | (N = 19) | |

* Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 гг.

| КНРЭ-8: Потребители инъекционных наркотиков — Безопасные практики инъекций и половых контактов | | | | | |
|---|--|----------|----------|----------|------|
| Страна | 2005 | | | | |
| | Страновой доклад по ССГАООН за 2005 г.* | | | | |
| | Процент потребителей инъекционных наркотиков, принявших поведение, снижающее передачу ВИЧ, т.е. избегающих пользоваться общим инструментарием и пользующихся презервативами, за последний месяц (для стран, где потребление инъекционных наркотиков является одним из способов передачи ВИЧ) | | | | |
| | Все возрасты | < 25 лет | | 25 + лет | |
| Все | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | |
| Восточная Азия и Тихоокеанский регион | | | | | |
| Китай | - | - | - | - | - |
| Южная и Юго-Восточная Азия | | | | | |
| Бангладеш | - | 8.3 | 31.3 | 16.2 | 68.3 |
| Индонезия | - | 18.9 | 27.3 | 19.2 | 8.7 |
| Непал | - | - | - | - | - |
| Пакистан | - | - | - | - | - |
| Таиланд | - | 18.8 | 28.6 | 27.4 | 15.6 |
| Вьетнам | - | 81.8 | | 89.1 | |
| Восточная Европа и Центральная Азия | | | | | |
| Армения | - | 46.4 | 66.7 | 30.6 | 33.3 |
| Беларусь | - | 50.7 | 66.7 | 45.8 | 43.5 |
| Грузия | - | - | - | - | - |
| Кыргызстан | - | - | - | - | - |
| Латвия | - | - | - | - | - |
| Республика Молдова | - | 61.9 | 57.1 | 37.3 | 36.2 |
| Румыния | - | - | - | 1.5 | 0.9 |
| Украина | - | 18.3 | 21.3 | 20.6 | 17.4 |
| Западная Европа | | | | | |
| Бывшая югославская Республика Македония | - | 28.7 | 18.5 | 30.7 | 35 |
| Сербия и Черногория | 20.1** | 2.0† | - | - | - |
| Северная Африка и Ближний Восток | | | | | |
| Алжир | - | | | | |
| | (N = 18) | | (N = 18) | | |

*Доклад за 2005 год, но сбор данных мог происходить с 2003 по 2005 гг.

**Значение для Сербии

†Значение для Черногории

(-) = На момент отправки материалов в печать данные еще анализировались

ПРИЛОЖЕНИЕ 3: ПРИМЕЧАНИЯ К КОНКРЕТНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ

Дополнительную информацию о следующих показателях можно найти в документе ЮНЭЙДС «Руководящие принципы по разработке ключевых показателей» (2005 г.).

Показатели для генерализованной эпидемии (ГЭ)

С момента представления Доклада о ходе выполнения глобальных мер в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа (2003 г.) были разработаны новые ключевые показатели, которые обеспечивают лучшее понимание природы и масштабов мер, осуществляемых в ответ на ВИЧ и СПИД на национальном уровне. Кроме того, в настоящее время существуют рекомендации относительно использования отдельных наборов показателей для стран с генерализованными эпидемиями и стран с концентрированными эпидемиями или эпидемиями с низким уровнем распространенности.

Для стран с генерализованными эпидемиями существует пять новых ключевых показателей (см. вставку 1 ниже). (Обращаем внимание на то, что один из первоначальных национальных показателей – процент потребителей инъекционных наркотиков, которые приняли для себя поведенческое изменение, уменьшающее передачу ВИЧ, – был перенесен в набор показателей для стран с концентрированными эпидемиями или эпидемиями с низким уровнем распространенности.)

ВСТАВКА 1: ПЯТЬ НОВЫХ КЛЮЧЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЭПИДЕМИЙ

- Процент сирот и уязвимых детей, чьи домохозяйства получают бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком.
- Процент единиц перелитой крови, проверенной на ВИЧ.
- Процент молодых женщин и мужчин, имевших половые контакты в возрасте до 15 лет.
- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, имевших половые контакты с партнером вне брака или постоянного сожительства за последние 12 месяцев.
- Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые спустя 12 месяцев после начала антиретровирусного лечения продолжают жить и, по имеющейся информации, проходят лечение.

1. ГЭ-1: ОБЪЕМ НАЦИОНАЛЬНЫХ СРЕДСТВ, РАСХОДУЕМЫХ ПРАВИТЕЛЬСТВАМИ ИЗ ВНУТРЕННИХ ИСТОЧНИКОВ ДЛЯ БОРЬБЫ СО СПИДОМ

Данный показатель отражает комплексный подход к мониторингу расходов всех секторов в связи с ВИЧ и СПИДом. Он измеряется путем проведения оценок национальных расходов в связи со СПИДом; или же путем проведения кабинетного анализа или за счет использования других замещающих показателей. Он применим для всех стран, включая страны с концентрированными эпидемиями и эпидемиями с низким уровнем распространенности.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой отчет по ССГАООН:** Объемы национальных средств, выделяемых правительствами в странах с низким и средним уровнем доходов.

Используется для измерения объема затрат, выделяемых правительственными и другими государственными учреждениями из собственных источников на центральном или децентрализованном уровне, исключая средства, поступающие из международных источников (даже если такие средства выделяются через правительство страны).

Суммарная таблица для этого показателя была составлена таким образом, чтобы отразить его эволюцию с 2001 года, когда была согласована Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, до конца 2005 года. Источники, использованные при составлении этой таблицы, включали доклады стран для обзора выполнения Декларации и другие источники, представленные членами Глобального консорциума ЮНЭЙДС по отслеживанию ресурсов.

Большинство стран представили имеющиеся данные за последний год, причем различные страны использовали несколько методик для разработки данного показателя. Эти методики включают

применение рекомендуемых ЮНЭЙДС рамок для оценки национальных расходов в связи со СПИДом, которые служат для измерения фактических расходов по отдельным функциям, касающимся политики оказания услуг в связи со СПИДом. Другие источники информации, используемой странами в своих докладах, включают анализ бюджета в связи со СПИДом, кабинетный обзор исполнения бюджета, отчеты о расходах для проекта по анализу потоков ресурсов (ЮНФПА/ЮНЭЙДС/НИДИ), отчеты о мероприятиях в рамках национальных программ и анализ счетов по СПИДу в рамках национальных счетов здравоохранения.

Также были использованы имеющиеся наиболее оптимальные оценки, отражающие фактические расходы за период 2001–2005 годов. Была предпринята попытка отделить и вычесть международные средства, получаемые правительствами, для того чтобы определить собственные расходы стран.

В случае, когда страны получали текущий заем или кредит из банка развития, была сделана попытка отделить возмещаемую часть этих займов. Эта часть была классифицирована как внутренние расходы наряду с национальными расходами и средствами, уплачиваемыми для реализации проекта в календарном году по мере его появления.

Сюда не были включены страны, отчитывающиеся по данному показателю, если их цифры проверялись. Другие данные включают предварительные оценки, при этом суммарные данные могут быть изменены по мере поступления дополнительной информации.

2. ГЭ-3: ПРОСВЕЩЕНИЕ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ/СПИДА В ШКОЛАХ НА ОСНОВЕ ВЫРАБОТКИ ЖИЗНЕННЫХ НАВЫКОВ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации программ просвещения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе выработки жизненных навыков во всех школах, причем он касается всех стран. Его измеряют раз в два года на основе проведения обследований в школах или обзорного анализа программ просвещения.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

■ **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент школ, учителя которых прошли подготовку в области просвещения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе выработки жизненных навыков и вели такую просветительскую работу в течение последнего учебного года.

Числитель: Число школ, учителя которых проходят подготовку и регулярно обучают учеников по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков.

Знаменатель: Количество обследованных школ.

3. ГЭ-4: БОРЬБА С ВИЧ И СПИДОМ НА РАБОЧИХ МЕСТАХ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации политики и программ по борьбе с ВИЧ на рабочих местах. Он касается всех стран и измеряется раз в два года. Для его измерения проводится обследование репрезентативной выборки основных работодателей в государственном и частном секторе. Работодатели из государственного сектора должны как минимум включать министерства транспорта, труда, туризма, образования и здравоохранения. Работодателей частного сектора следует выбирать, исходя из численности их работников.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

■ **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент крупных предприятий или компаний, имеющих программы и политику по борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах.

Числитель: Число работодателей, осуществляющих комплексную политику и программы в связи с ВИЧ и СПИДом (как определено в руководящих принципах ЮНЭЙДС по разработке ключевых показателей, 2005 г.)

Знаменатель: Число обследованных работодателей.

4. ГЭ-5: ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ: КОМПЛЕКСНОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации всеобщей эффективной диагностики инфекций, передающихся половым путем, лечения и консультирования. Он касается всех стран и измеряется раз в два года через проведение обследований среди учреждений здравоохранения.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент крупных предприятий или компаний, имеющих программы и политику по борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах.

Числитель: Число работодателей, осуществляющих комплексную политику и программы в связи с ВИЧ и СПИДом (как определено в руководящих принципах ЮНЭЙДС по разработке ключевых показателей, 2005 г.)

Знаменатель: Число обследованных работодателей.

5. ГЭ-6: ПЕРЕДАЧА ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ: АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации мер для профилактики вертикальной передачи ВИЧ. Показатель касается всех стран и измеряется раз в два года на основе мониторинга программ и использования оценок.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих полный курс антиретровирусной профилактики для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку.

Числитель: Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших полный курс антиретровирусной профилактики в целях снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку, по данным национального протокола лечения (или согласно стандартам ВОЗ/ЮНЭЙДС) за последние 12 месяцев.

Знаменатель: Оценочное число ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

Другие имеющиеся источники данных:

Обследования для определения охвата: дополнительную информацию относительно обследования можно найти в документах АМР США, ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ и проекта «Полиси»: охват определенными услугами для профилактики, ухода и поддержки в странах с низким и средним уровнем доходов в 2003 году (июнь 2004 год).

6. ГЭ-7: ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВИЧ: КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации программ предоставления комбинированного антиретровирусного лечения всем людям, имеющим продвинутой ВИЧ-инфекцией. Он касается всех стран и измеряется раз в два года на основе мониторинга программ.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ, получающих комбинированное антиретровирусное лечение.

Числитель: Число людей, имеющих продвинутой стадию ВИЧ, которые получают комбинированное антиретровирусное лечение в соответствии с утвержденным общенациональным протоколом лечения (или в соответствии со стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС); это число рассчитывается следующим образом: число людей, получающих лечение на начало года, плюс число людей, которые начали лечение за последние 12 месяцев, минус число людей, для которых лечение было закончено за последние 12 месяцев (включая умерших).

Знаменатель: Число людей, имеющих продвинутой стадию ВИЧ (т.е. тех, кто нуждается в комбинированном антиретровирусном лечении).

Другие имеющиеся источники данных:

Обследования для определения охвата антиретровирусным лечением при ВИЧ/СПИДе. Дополнительную информацию относительно обследования можно найти в документах АМР США, ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ и проекта «Полиси»: охват определенными услугами для профилактики, ухода и поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов в 2003 году (июнь 2004 год).

Инициатива «3 к 5»: охват антиретровирусным лечением (декабрь 2005 г.). Дополнительную информацию можно найти в документе ВОЗ и ЮНЭЙДС «Прогресс в обеспечении глобального доступа к антиретровирусному лечению при ВИЧ: доклад об исполнении инициативы «3 к 5» и других мер (март 2006 г.).

7. ГЭ-8: ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВИЧ/СПИДА

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации программ поддержки домохозяйств, обеспечивающих уход за сиротами и уязвимыми детьми; этот показатель измеряется в странах с высоким показателем распространенности ВИЧ. Он измеряется раз в 4–5 лет на основе обследований среди населения, таких как обследования в области демографии и здравоохранения и кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент сирот и уязвимых детей, чьи домохозяйства получают бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком.

Числитель: Число сирот и уязвимых детей, живущих в домохозяйствах, которые дали утвердительный ответ («Да») по крайней мере на один из четырех вопросов, касающихся типа и частоты получения помощи. (Домохозяйство получило медицинскую помощь за последние 12 месяцев; эмоциональную/психологическую помощь за последние 3 месяца; или социальную помощь в последние 3 месяца.)

Знаменатель: Общее число сирот и уязвимых детей.

8. ГЭ-9: БЕЗОПАСНОСТЬ КРОВИ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации программ проверки единиц крови на ВИЧ. Настоящий показатель касается всех стран и измеряется раз в два года с использованием протокола обеспечения безопасности крови МОИР.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент единиц переливаемой крови, проверенной на ВИЧ.

Числитель: Число единиц крови, проверенных на ВИЧ за последние 12 месяцев в соответствии со стандартами ВОЗ или национальными стандартами.

Знаменатель: Число единиц крови, использованных для переливания за последние 12 месяцев.

Другие имеющиеся источники данных:

Обследования для определения охвата: процент единиц крови, используемой для переливания, которые проверяют на ВИЧ. Дополнительную информацию можно найти в документах АМР США, ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ и проекта «Полиси»: охват определенными услугами для профилактики, ухода и поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов в 2003 году (июнь 2004 год).

9. ГЭ-10: МОЛОДЫЕ ЛЮДИ: ЗНАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации программ предоставления всеобщих знаний о важнейших фактах в связи с передачей ВИЧ. Настоящий показатель касается всех стран и его следует измерять как минимум раз в 4–5 лет; предпочтительно проводить измерения раз в два года. Этот показатель измеряется на основе обследований среди населения, таких как обследования в области демографии и здравоохранения, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода и надзорные обследования поведения (среди молодежи).

Целевые задачи: 2005 год – 90%; 2010 год – 95%

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые правильно указали пути профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время правильно назвали основные неверные представления о передаче ВИЧ.

Числитель: Число респондентов в возрасте 15–24 лет, которые дали правильные ответы на все пять вопросов, касающихся передачи ВИЧ.

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?

Знаменатель: Число респондентов в возрасте 15–24 лет, которые дали ответы (в том числе «не знаю») на все пять вопросов.

Другие имеющиеся источники данных:

Обследования в области демографии и здравоохранения: процент респондентов, которые правильно назвали два основных способа профилактики передачи ВИЧ половым путем (использование презервативов и ограничение половых контактов только с одним хранящим верность неинфицированным партнером), которые правильно указали два основных общепринятых местных неверных представления о путях передачи ВИЧ и которые знают, что здоровый на вид человек может иметь ВИЧ.

10. ГЭ-11: СЕКС В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации мер, направленных на повышение возраста начала половой жизни молодыми мужчинами и женщинами в возрасте 15–24 лет. Он касается всех стран и его следует измерять раз в 4–5 лет на основе обследований в области демографии и здравоохранения, кластерных обследований на основе мультииндикаторного метода и надзорных обследований поведения (среди молодежи).

Определение (определения) показателя и его компоненты:

■ **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент молодых женщин и мужчин, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет.

Числитель: Число респондентов в возрасте 15–24 лет, которые указали на то, что они начали половую жизнь в возрасте до 15 лет.

Знаменатель: Число респондентов в возрасте 15–24 лет.

Другие имеющиеся источники данных:

Обследования в области демографии и здравоохранения: процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–19 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет.

11. ГЭ-12: СЕКС С ПОВЫШЕННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА СРЕДИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации программ, направленных на снижение процента молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые занимаются сексом с повышенным уровнем риска. Он касается всех стран и его следует измерять раз в 4–5 лет на основе обследований среди населения, таких как обследования в области демографии и здравоохранения, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода и надзорные обследования поведения (среди молодежи).

Определение (определения) показателя и его компоненты:

■ **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты с партнером вне брака или вне постоянного сожительства за последние 12 месяцев.

Числитель: Число респондентов в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты с партнером вне брака или вне постоянного сожительства за последние 12 месяцев.

Знаменатель: Число респондентов в возрасте 15–24 лет, которые указали на наличие половых контактов за последние 12 месяцев.

Другие имеющиеся источники данных:

Обследования в области демографии и здравоохранения: процент респондентов, у которых были половые контакты с партнером вне брака или вне постоянного сожительства за последние 12 месяцев, от общего числа респондентов, указавших на наличие у них половых контактов за последние 12 месяцев.

12. ГЭ-13: МОЛОДЫЕ ЛЮДИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВОВ ПРИ КОНТАКТАХ С НЕРЕГУЛЯРНЫМИ ПАРТНЕРАМИ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации мер профилактики заражения ВИЧ в раннем возрасте в результате незащищенных половых контактов с нерегулярными партнерами. Данный показатель касается всех стран и его следует измерять как минимум раз в 4–5

лет; однако данный показатель предпочтительно измерять раз в два года. Показатель измеряется на основе обследований среди населения, таких как обследования в области демографии и здравоохранения, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода и надзорные обследования поведения (среди молодежи).

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент молодых людей в возрасте 15-24 лет, указавших на использование презерватива во время половых контактов с нерегулярным половым партнером.

Числитель: Число респондентов в возрасте 15-24 лет, которые указали на наличие у них нерегулярного (т.е., вне брака или вне постоянного сожительства) сексуального партнера за последние 12 месяцев, а также на то, что во время последнего контакта с этим партнером они пользовались презервативом

Знаменатель: Число респондентов в возрасте 15-24 лет, которые указали на наличие у них нерегулярного сексуального партнера за последние 12 месяцев.

Другие имеющиеся источники данных:

Обследования в области демографии и здравоохранения: процент респондентов, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с партнером вне брака или вне постоянного сожительства, от общего числа респондентов, указавших на наличие у них половых контактов с таким партнером за последние 12 месяцев.

13. ГЭ-14: ДЕТИ-СИРОТЫ: ПОСЕЩАЕМОСТЬ ШКОЛЫ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации мер, направленных на предупреждение относительного невыгодного положения детей-сирот по сравнению с другими детьми с точки зрения посещения школы. Этот показатель касается всех стран и измеряется на основе обследований населения, таких как обследования в области демографии и здравоохранения, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода и другие репрезентативные обследования. Его следует измерять как минимум раз в 4–5 лет; однако данный показатель предпочтительно измерять раз в два года.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Отношение числа сирот, посещающих школу, к числу детей, посещающих школу и имеющих родителей; возраст 10–14 лет.

Посещаемость школы детьми-сиротами

Числитель: Число детей, которые потеряли обоих родителей и по-прежнему посещают школу.

Знаменатель: Число детей, которые потеряли обоих родителей.

Посещаемость школы детьми, имеющими родителей

Числитель: Число детей, у которых оба родителя живы и которые живут по крайней мере с одним родителем и по-прежнему посещают школу.

Знаменатель: Число детей, у которых оба родителя живы и которые живут по крайней мере с одним родителем.

Другие имеющиеся источники данных:

Обследования в области демографии и здравоохранения: отношение пропорции детей-сирот (потерявших мать и отца) в возрасте 10–14 лет, посещающих школу, к пропорции детей, не являющихся сиротами (живущих по крайней мере с одним родителем), в возрасте 10–14 лет, посещающих школу.

14. ГЭ-16: ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВИЧ: ВЫЖИВАНИЕ СПУСТЯ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ НАЧАЛА АНТИРЕТРОВИРУСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации мер, направленных на повышение выживаемости среди инфицированных взрослых и детей за счет предоставления им антиретровирусного лечения. Он касается всех стран и измеряется раз в два года на основе мониторинга программ.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые остаются в живых и, как известно, продолжают антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после начала такого лечения.

Числитель: Число взрослых и детей, продолжающих непрерывный курс антиретровирусного лечения спустя 12 месяцев после его начала.

Знаменатель:

(а) Минимальный показатель выживания: общее число взрослых и детей, начавших курс антиретровирусного лечения в первоначальной группе лечения 12 месяцев назад, включая тех, кто прекратил антиретровирусное лечение, тех, кто был переведен в другие программы лечения, и тех, за кем был утрачен контроль.

(б) Максимальный показатель выживания: Общее число взрослых и детей, начавших курс антиретровирусного лечения в первоначальной группе лечения 12 месяцев назад, исключая тех, кто прекратил антиретровирусное лечение, тех, кто был переведен в другие программы лечения, и тех, за кем был утрачен контроль.

Показатели для концентрированных эпидемий или эпидемий с низким уровнем распространенности (КНРЭ)

С момента представления Доклада о ходе выполнения глобальных мер в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа (2003 г.) были разработаны новые ключевые показатели, которые обеспечивают лучшее понимание природы и масштабов мер, осуществляемых в ответ на ВИЧ и СПИД на национальном уровне. Кроме того, в настоящее время существуют рекомендации относительно использования отдельных наборов показателей для стран с генерализованными эпидемиями и стран с концентрированными эпидемиями или эпидемиями с низким уровнем распространенности.

Для стран с концентрированными эпидемиями или эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ набор из девяти приоритетных показателей включает четыре показателя из категории «приверженность и действия на национальном уровне», четыре показателя из категории «знания и поведение» и один показатель из категории «воздействие» (см. рисунок 2 ниже).

ВСТАВКА 2: ДЕВЯТЬ КЛЮЧЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ КОНЦЕНТРИРОВАННЫХ ЭПИДЕМИЙ ИЛИ ЭПИДЕМИЙ С НИЗКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ

- Объем национальных средств, выделяемых правительствами в странах с низким и средним уровнем доходов.
- Национальный комбинированный индекс политики.
- Процент [групп населения, которым грозит самый высокий риск], которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.
- Процент [групп населения, которым грозит самый высокий риск], которые охвачены программами профилактики ВИЧ/СПИДа.
- Процент [групп населения, которым грозит самый высокий риск], которые правильно представляют себе способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и знают, как ВИЧ не передается.
- Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом.
- Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной.
- Процент потребителей инъекционных наркотиков, принявших поведение, снижающее передачу ВИЧ, т.е. избегающих пользоваться общим инструментарием и пользующихся презервативами, за последний месяц (касается только стран, где употребление инъекционных наркотиков является одним из способов передачи ВИЧ).
- Процент [групп населения, которым грозит самый высокий риск], инфицированных ВИЧ (показатель воздействия).

Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию в одной или нескольких группах населения, которым грозит самый высокий риск. В таком случае им следует рассчитать и представить показатели для таких групп населения.

1. КНРЭ-3: ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ, КОТОРЫМ ГРОЗИТ САМЫЙ ВЫСОКИЙ РИСК: ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования среди групп населения, которым грозит самый высокий риск. Данный показатель касается стран с концентрированными эпидемиями или эпидемиями с низким уровнем распространенности, включая страны с концентрированными подэпидемиями в рамках генерализованной эпидемии. Он измеряется раз в два года на основе мониторинга программ или специальных обследований, таких как надзорные обследования поведения, проводимые «Фэмили хелс интернэшнл».

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

Термин «группы населения, которым грозит самый высокий риск», включенный в определение, следует поменять на термин, определяющий некие измеряемые сегменты населения (напр., работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами). В странах, имеющих несколько групп населения, которым грозит самый высокий риск, показатели следует представлять для каждой группы населения.

Числитель: Число респондентов [которым грозит самый высокий риск], которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты своего теста.

Знаменатель: Число респондентов [которым грозит самый высокий риск], включенных в выборку, или при использовании методов оценки показателя распространенности для определения численности группы населения, которой грозит самый высокий риск.

2. КНРЭ-4: ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ, КОТОРЫМ ГРОЗИТ САМЫЙ ВЫСОКИЙ РИСК: ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации программ профилактики ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск. Этот показатель касается стран с концентрированными эпидемиями и эпидемиями с низким уровнем распространенности, включая страны с концентрированными подэпидемиями в рамках генерализованной эпидемии. Он измеряется раз в два года на основе мониторинга программ или специальных обследований, таких как надзорные обследования поведения, проводимые «Фэмили хелс интернэшнл».

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент [групп населения, которым грозит самый высокий риск], охваченных программами профилактики ВИЧ.

Термин «группы населения, которым грозит самый высокий риск», включенный в определение, следует поменять на термин, определяющий некие измеряемые сегменты населения (напр., работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами). В странах, имеющих несколько групп населения, которым грозит самый высокий риск, показатели следует представлять для каждой группы населения.

Числитель: Число респондентов [которым грозит самый высокий риск], которые получили доступ по крайней мере к одной программе профилактики за последние 12 месяцев. В зависимости от местного контекста программы профилактики могут включать: просвещение через лиц одного круга и через информационно-просветительские программы на местах, проведение целевых кампаний в средствах информации, скрининг на определение инфекций, передающихся половым путем, и/или лечение при таких инфекциях, консультирование и тестирование на ВИЧ и программы заместительного лечения и более безопасную инъекционную практику для потребителей инъекционных наркотиков.

Знаменатель: Число респондентов [которым грозит самый высокий риск], включенных в выборку, или при использовании методов оценки показателя распространенности для определения численности группы населения, которой грозит самый высокий риск.

Другие имеющиеся источники данных:

Обследования для определения охвата: процент [групп населения, которым грозит самый высокий риск], охваченных мерами вмешательства за год. Дополнительную информацию относительно обследования для определения охвата можно найти в документах АМР США, ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ и проекта «Полиси»: охват определенными услугами для профилактики, ухода и поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов в 2003 году (июнь 2004 год).

Дополнительную информацию относительно обследования с целью определения охвата можно найти в документах АМР США, ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ и проекта «Полиси»: охват определенными услугами для профилактики, ухода и поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов в 2003 году (июнь 2004 год).

3. КНРЭ-5: ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ, КОТОРЫМ ГРОЗИТ САМЫЙ ВЫСОКИЙ РИСК: ЗНАНИЯ О ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации мер, направленных на повышение уровня знаний о важнейших фактах, касающихся передачи ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск. Он касается стран с концентрированными эпидемиями или эпидемиями с низким уровнем распространенности, включая страны с концентрированными подэпидемиями в рамках генерализованной эпидемии. Он измеряется раз в два года на основе специальных обследований, таких как надзорные обследования поведения, проводимые «Фэмилли хелс интернэшнл».

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые правильно представляют себе способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и знают, как ВИЧ не передается.

Числитель: Число респондентов из [групп населения, которым грозит самый высокий риск], которые дали правильные ответы на все пять вопросов.

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться ВИЧ через укусы комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?

Знаменатель: Число респондентов из [групп населения, которым грозит самый высокий риск], которые дали ответы, в том числе «не знаю, на все пять вопросов».

4. КНРЭ-6: РАБОТНИКИ СЕКС-БИЗНЕСА: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВА

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации мер, направленных на предупреждение возможности заражения ВИЧ среди работников секс-бизнеса в результате незащищенных половых контактов с клиентами. Он касается стран с концентрированными эпидемиями или эпидемиями с низким уровнем распространенности, включая страны с концентрированными подэпидемиями в рамках генерализованной эпидемии. Он измеряется раз в два года на основе специальных обследований, таких как надзорные обследования поведения, проводимые «Фэмилли хелс интернэшнл» среди работников секс-бизнеса.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом.

Числитель: Число респондентов, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время контактов с последним клиентом за последние 12 месяцев.

Знаменатель: Число респондентов, которые указали на то, что у них были платные половые контакты за последние 12 месяцев.

Другие имеющиеся источники данных:

Обследования для определения охвата: дополнительную информацию относительно обследования можно найти в документах АМР США, ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ и проекта «Полиси»: охват определенными услугами для профилактики, ухода и поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов в 2003 году (июнь 2004 год).

5. КНРЭ-7: МУЖЧИНЫ, ИМЕЮЩИЕ ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ С МУЖЧИНАМИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВА

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации мер, направленных на предупреждение возможности заражения ВИЧ среди мужчин, имеющих незащищенные анальные половые контакты с мужчинами. Он касается всех стран с концентрированными эпидемиями или эпидемиями с низким уровнем распространенности, включая страны с концентрированными подэпидемиями в рамках генерализованной эпидемии. Он измеряется раз в два года на основе специальных обследований, таких как надзорные обследования поведения, проводимые «Фэмили хелс интернэшнл» среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной.

Числитель: Число респондентов, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего анального секса.

Знаменатель: Число респондентов, которые указали на то, что у них был анальный секс с партнером-мужчиной за последние 6 месяцев.

6. КНРЭ-8: ПОТРЕБИТЕЛИ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ: БЕЗОПАСНАЯ ИНЪЕКЦИОННАЯ И СЕКСУАЛЬНАЯ ПРАКТИКА

Цель настоящего показателя заключается в оценке хода реализации мер, направленных на предупреждение передачи ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков. Данный показатель касается стран, где употребление инъекционных наркотиков является одним из путей передачи ВИЧ, и измеряется раз в два года на основе специальных обследований, таких как надзорные обследования поведения, проводимые «Фэмили хелс интернэшнл» среди потребителей инъекционных наркотиков.

Определение (определения) показателя и его компоненты:

- **Страновой доклад для ССГАООН:** Процент потребителей инъекционных наркотиков, принявших поведение, снижающее передачу ВИЧ, т.е. избегающих пользоваться общим инструментарием и пользующихся презервативами, за последние 12 месяцев.

Числитель: Число респондентов, указавших, что они никогда не пользовались нестерильным инъекционным инструментарием за последний месяц, а также отметивших, что во время последнего полового контакта они пользовались презервативом.

Знаменатель: Число респондентов, указавших, что они употребляли инъекционные наркотики и имели половые контакты за последний месяц.

Описание – дополнительные ресурсы

1. ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОХВАТА

Настоящее исследование было предпринято с целью измерения национального охвата различными важнейшими услугами на основе сбора статистических данных об услугах и экспертной оценки. В каждой стране информация была получена через национальных консультантов. Консультанты определили респондентов, имеющих информацию относительно каждой услуги. Респондентов просили предоставить статистические данные относительно числа людей, получавших услугу в прошлом году, если такая информация существовала. Респондентов также просили оценить процент населения, нуждающегося в услуге и имеющего к ней доступ. Консультанты использовали стандартную анкету.

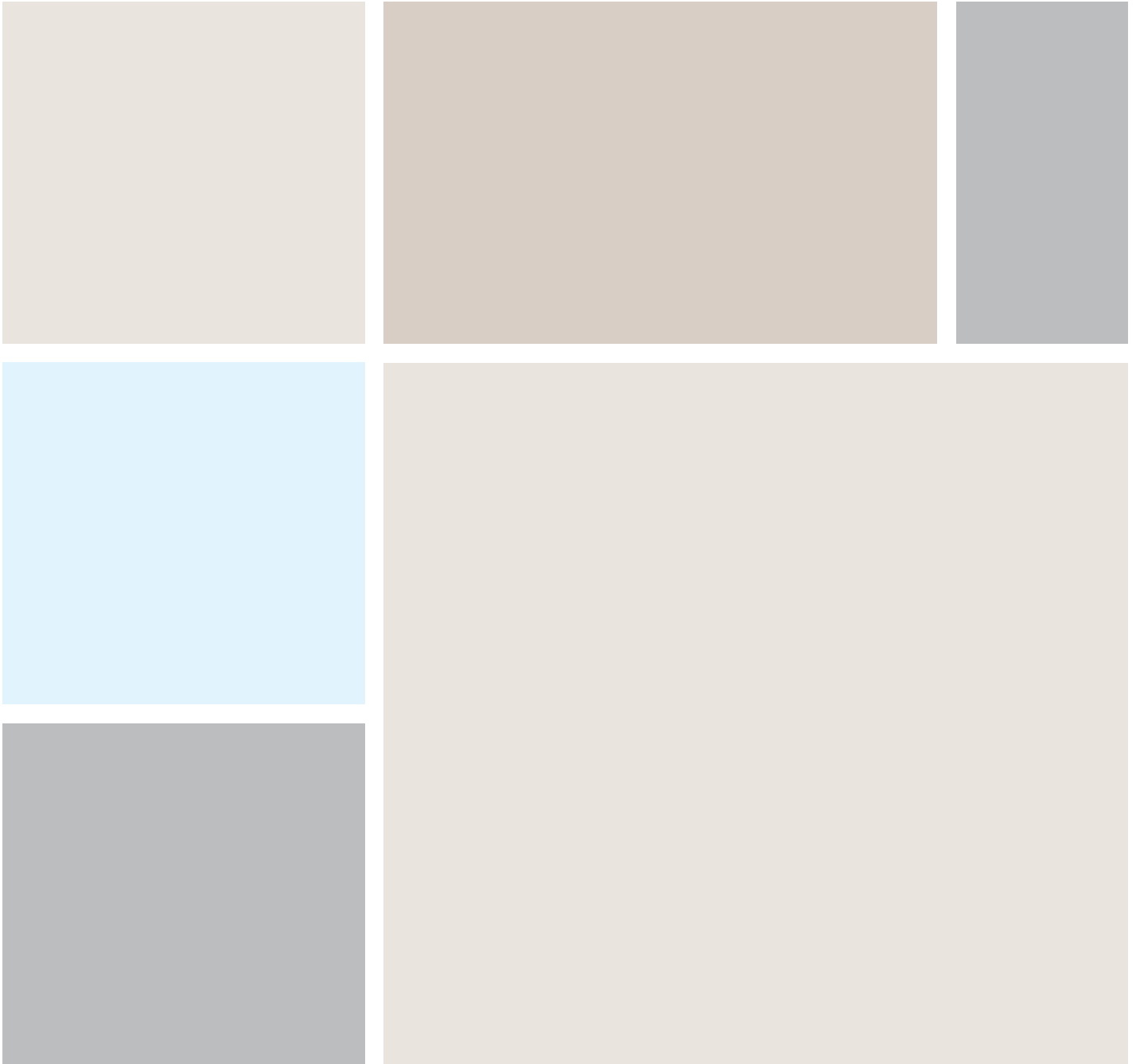
Это исследование было нацелено на оценку услуг, которые легче всего измерить. Во вставке 3 показаны услуги, включенные в это исследование.

ВСТАВКА 3: ВАЖНЕЙШИЕ УСЛУГИ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ЭТО ИССЛЕДОВАНИЕ

- **Добровольное консультирование и тестирование.** Услуги, включающие консультирование до тестирования, тестирование на ВИЧ-инфекцию и консультирование после тестирования для всех, желающих узнать свой ВИЧ-статус. Сюда не включается тестирование, проводимое среди пациентов в больницах в медицинских целях.
- **Профилактика передачи от матери ребенку.** Услуги, включающие добровольное консультирование и тестирование для беременных женщин и услуги по профилактике для ВИЧ-инфицированных. Услуги по профилактике должны включать лечение зидовудином, невирапином или другими антиретровирусными препаратами, а также могут включать консультирование по вопросам грудного вскармливания и дополнительного питания.
- **Презервативы.** Число презервативов, распространяемых ежегодно.
- **Снижение вреда.** Услуги для снижения риска, связанного с употреблением инъекционных наркотиков, включая просвещение и поддержку для снижения риска, обмен игл и шприцев и заместительное лечение при наркозависимости.
- **Просвещение.** Просвещение по вопросам СПИДа для учащихся начальных и средних школ.
- **Уход на дому.** Услуги, предоставляемые ВИЧ-инфицированным на дому, включая базовый паллиативный уход, психосоциальную поддержку и планирование.
- **Лечение при оппортунистических инфекциях.** Стандартный уход за ВИЧ-инфицированными пациентами, нуждающимися в лечении в связи с особыми обстоятельствами.
- **Профилактика оппортунистических инфекций.** Предоставление котримоксазола или изониазида ВИЧ-инфицированным.
- **Антиретровирусное лечение.** Лечение ВИЧ-инфицированных взрослых и детей с использованием по крайней мере трех антиретровирусных препаратов.
- **Сироты и уязвимые дети.** Услуги для поддержки сирот и уязвимых детей, включая продовольственную помощь, помощь в получении образования, медицинский уход, услуги для обеспечения защиты, психосоциальную поддержку и обеспечение экономической самодостаточности.

Для оценки охвата число людей, пользующихся услугой, делится на численность населения, нуждающихся в такой услуге.

Библиография и Авторы фотографий



БИБЛИОГРАФИЯ

Глава 1 | ВВЕДЕНИЕ

UNAIDS (2005). *Intensifying HIV prevention: policy position paper*. UNAIDS, Geneva. August 2005.

ВОЗ (1994). *СПИД. Образы эпидемии*. Всемирная организация здравоохранения, Женева. См. также: <http://aidshistory.nih.gov/transcripts/transcripts/Broder97.pdf>

Глава 2 | ОБЗОР ГЛОБАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ СПИДА

Abdulrahman A et al. (2004). Mode of transmission of HIV-1 in Saudi Arabia. *AIDS*, 18(10):1478–1480.

Aids Prevention Centre (2006). Statistics fact sheets. Riga. Available at <http://aids.gov.lv/?sadala=146>.

Altaf A et al. (2004). *Harm reduction among injection drug users in Karachi, Pakistan*. Paper presented at the 15th International AIDS Conference. Bangkok. 11–16 July.

Asouab F (2005). *Evaluation rapide de la situation sur le risque d'infection a VIH en relation avec l'usage des drogues injecte et injectable et à problème au Maroc*. Paper presented at 3^{ème} Conférence Latine de Réduction de Risques Liés aux Usages de Drogues. Barcelona. 30 June–2 July.

Балакирева О. и др. (2003). *Перспективы развития программ профилактики ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков*. ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС, Центр «Социальный мониторинг». Киев.

Baltazar G (2005). HIV sentinel surveillance 2004. Slide presentation. June. Nairobi, Ministry of Health.

Bautista CT et al. (2004). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:498–504.

Beckerleg S, Telfer M, Hundt GL (2005). The rise of injecting drug use in east Africa: a case study from Kenya. *Harm Reduction Journal*, 2(12).

Beyrer C et al. (2006). The emerging epidemics of HIV-1 and HCV among injecting drug users in Tajikistan. Poster abstract. 13th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Denver. 5–8 February.

Buckingham RW et al. (2005). Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand. *AIDS Care*, 17(5):640–647.

Burrows D (2003). *Policy and environment assessment: illicit drug use, the burden of drug-related harm, and HIV vulnerability in Cambodia*. Phnom Penh, The Policy Project.

Buseh AG (2004). Patterns of sexual behaviour among secondary school students in Swaziland, southern Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 6(4):355–367.

Caribbean Epidemiology Centre, PAHO, WHO (2003). *Success stories in the fight against HIV/AIDS in the Caribbean—an update*. December. Port of Spain, CAREC.

Caribbean Epidemiology Centre, PAHO, WHO (2004). *Status and trends analysis of the Caribbean HIV/AIDS epidemic 1982–2002*. May. Port of Spain, CAREC.

Caribbean Technical Expert Group (2004). *Strengthening the Caribbean regional response to the HIV epidemic: report of the Caribbean technical expert group meeting on HIV prevention and gender*. Draft working document. 28–29 October. Jamaica.

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI), ORC Macro (2002). *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001*. Calverton, Maryland, USA: CPS/MS, DNSI et ORC Macro.

- Center for Health Research and Ministry of Health Indonesia (2002). *A study of injecting drug use behaviour in three cities: Surabaya, Jakarta and Bandung*. University of Indonesia.
- Central Bureau of Statistics, Ministry of Health, ORC Macro. *Kenya Demographic and Health Survey 2003*. Calverton, Maryland, USA: CBS, MOH and ORC Macro, 2004.
- Central Statistical Authority, ORC Macro (2006). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005. Preliminary Report*. Calverton, Maryland, USA.
- Central Statistical Office, Central Board of Health, ORC Macro (2003). *Zambia Demographic and Health Survey 2001–2002*. Calverton, Maryland, USA: Central Statistical Office, Central Board of Health, and ORC Macro.
- Centre de recherche pour le développement humain et MEASURE DHS+ (2005). *Enquête démographique et de santé 2005: rapport préliminaire*. Dakar and Calverton, CRDH and MEASURE Demographic Health Survey Plus.
- Chelugot B, Marum L, Stover J (2006). *Evidence for population-level declines in adult HIV prevalence in Kenya. Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- Day C et al. (2005). Patterns of drug use among a sample of drug users and injecting drug users attending a general practice in Iran. *Harm Reduction Journal*, 3(2).
- Department of Health Myanmar (2004). *Sentinel surveillance data for March–April 2004*. Yangon, Department of Health.
- Department of Health Philippines (2003). *Status and trends of HIV/AIDS in the Philippines: the 2002 technical report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System*. Manila, Department of Health.
- Department of Health Philippines (2005). *Consensus report on HIV and AIDS epidemiology 2005: integrated HIV behavioral and serologic surveillance findings*. Manila, National Epidemiology Center.
- Department of Health South Africa (2005). *National HIV and syphilis antenatal sero-prevalence survey in South Africa 2004*. Pretoria, Department of Health.
- Department of Public Health The Bahamas (2004). *HIV Surveillance 1992–2003*. Nassau, Department of Public Health.
- Des Jarlais DC et al. (2002). HIV risk behaviour among participants of syringe exchange programmes in Central/Eastern Europe and Russia. *International Journal of Drug Policy*, 13:165–170.
- Dougan S et al. (2005). HIV infections acquired through heterosexual intercourse in the United Kingdom: findings from national surveillance. *British Medical Journal*, 330:1304–1305. June.
- Duke V et al. (2004). Sero-prevalence of HIV, HSV-1 and HSV-2 among women in Tobago: a cord blood-based survey. *CAREC Surveillance Report*, 24(3). November.
- Elford J et al. (2005). *Unsafe sex among MSM living in London: still increasing?* Abstract no. MP-096. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. Amsterdam. 10–13 July.
- Eishimi, Warner-Smith, Aon (2004). *HIV risk-behavior of problem drug users in greater Cairo*. UNAIDS/ UNODC, Geneva.
- Ерошина К. и др. (2005а). Когортное исследование эффективности программ обмена шприцев в России. Сборник докладов 16-й конференции по снижению вреда в связи с употреблением наркотиков. 20-25 марта. Белфаст, Северная Ирландия.
- EuroHIV (2005). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2004*. No. 71. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- Fairley CK, Hocking JS, Medland N (2005). Epidemic syphilis among homosexually active men in Sydney. *Medical Journal of Australia*, 183(4) 179–183.
- Fares G et al. (2004). *Rapport sur l'enquête nationale de sero-surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis en Algérie en 2004*. Alger, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

- Федеральная служба Российской Федерации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2005. Эпидемиологический обзор ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации. Москва
- Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- García R et al. (2005). Reducción de la Transmisión Madre-Hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional: 2003–2005. *Biomédica*, 25(4).
- Ghana Statistical Service (GSS), Noguchi Memorial Institute for Medical Research (NMIMR), ORC Macro (2004). *Ghana Demographic and Health Survey 2003*. Calverton, Maryland, USA: GSS, NMIMR, and ORC Macro.
- Gibson DR, Flynn NM, Perales D (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV sero-conversion among injecting drug users. *AIDS*, 15:1329–1341.
- Glynn M, Rhodes P (2005). Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003. Abstract No. 595. National HIV Prevention Conference. Atlanta. 12 June.
- Go VF et al. (2004). High HIV prevalence and risk behaviors in men who have sex with men in Chennai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(3):314–319.
- Gomes do Espirito Santo ME and Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342–344.
- Grayman JH et al. (2005). Factors associated with HIV testing, condom use, and sexually transmitted infections among female sex workers in Nha Trang, Vietnam. *AIDS and Behavior*, 9(1):41–51.
- Gregson S et al. (2006). HIV decline associated with behaviour change in Eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761):664–666.
- Ж.П. Грунд и др. (2005). *QUO VADIS? Роль потребителей инъекционных наркотиков в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине*. Киев, Украинский центр СПИДа
- Hamers FF and Downs AM (2004). The changing face of the HIV epidemic in Western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 364:83–94.
- Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Submitted for publication).
- Health Protection Agency United Kingdom (2005). *Mapping the issues: HIV and other sexually transmitted infections in the UK—2005*. London, The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. Available at http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv_sti_2005/contents.htm
- Health Protection Agency United Kingdom, Health Protection Scotland, Institute of Child Health (London) (2006). *AIDS/HIV quarterly surveillance tables: cumulative UK data to end-December 2005*. No 69:05/4. January. London, Health Protection Agency United Kingdom. Available at http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/hiv/epidemiology/hars_tables.htm
- Health Protection Inspectorate Estonia (2006). HIV infections in Estonia. 1988–2005. Tallinn. Available at <http://www.tervisekaitse.ee/tkuus.php?msgid=3466>
- HelpAge International (2005). *Coping with love: older people and HIV/AIDS in Thailand*. London, HelpAge International. Available at <http://www.helpage.org/Resources/Researchreports>.
- Hien NT et al. (2004). HIV/AIDS epidemics in Vietnam: evolution and responses. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):137–154.
- Hladik W et al. (2006). HIV/AIDS in Ethiopia—where is the epidemic heading? *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- Holtgrave DR (2006). Causes of the decline in AIDS deaths, United States, 1995–2002: prevention, treatment or both? *International Journal of STD & AIDS*, 16(12):777–781.

- Huang M, Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):1001–09.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1): S9–S25.
- Institut de Formation Paramédicale de Parnet (2004). *Rapport de la réunion d'évaluation a mis-parcours de l'enquête de sero-surveillance du VIH*. June.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), ORC Macro (2003). *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003*. Calverton, Maryland, USA: INSD et ORC Macro, 2004.
- Institut National de la Statistique (INS), ORC Macro (2004). *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004*. Calverton, Maryland, USA: INS et ORC Macro, 2004.
- Institut National de la Statistique, Ministère des Finances et de la Planification Economique, Commission Nationale de Lutte contre le Sida, Centre de Traitement et de Recherche sur le Sida, Laboratoire National de Référence, ORC Macro (2005). *Rwanda Enquête Démographique et de Santé 2005. Rapport Préliminaire*. Calverton, Maryland.
- Kaiser R et al. (2006). HIV, syphilis, Herpes Simplex Virus 2, and behavioral surveillance among conflict-affected populations in Yei and Rumbek, southern Sudan. *AIDS*, (20):937–947.
- Kang H et al. (2005). *HIV/AIDS in South Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. Washington & Winnipeg, World Bank & University of Manitoba.
- Kayirangwa E et al. (2006). Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- Khalsa JH, Francis H, Mazin R (2003). Bloodborne and sexually transmitted infections in drug abusers in the United States, Latin America, the Caribbean and Spain. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl. 5):S331–7.
- Khoury J and Aaraj E (2005). *VIH/SIDA—usage de drogues injectables et actions de réduction de risques innovantes au Liban*. Paper presented at 3ème Conférence Latine de Réduction de Risques Liés aux Usages de Drogues. Barcelona.
- Kumar et al. (2005). *HIV-1 trends, risk factors and growth in India*. National Commission on Macroeconomics and Health (NCMH) background papers—burden of disease in India. September. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare.
- Ладная Н.Н. (2005). Эпидемиологическая ситуация с ВИЧ/СПИДом в России. Выступление на Совещании о всеобщем доступе к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ в Российской Федерации. 15-16 декабря.
- Leone P et al. (2005). HIV transmission among black women—North Carolina, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(4):89–94. 4 February. Available at <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5404a2.htm>
- Leukefeld CG et al. (2005). Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S77–S87.
- Lithuanian AIDS Center (2006). Fact sheets. Vilnius. Available at <http://old.aids.lt>
- Liu H et al. (2006). Drug users: potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111–117. February.
- Magis-Rodriguez et al. (2002). People living with HIV estimate in Mexico. Abstract C10846. Presented at the 14th International AIDS Conference. Barcelona. 7–12 July.
- Magis-Rodriguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Suppl. 4):S215–S226.
- Mahomva A et al. (2006). HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997–2004. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.

- Marcus U et al. (2005). Relation between the HIV and the re-emerging syphilis epidemic among MSM in Germany: an analysis based on anonymous surveillance data. *Sexually Transmitted Infections*, 81:456–457.
- Mateo RJ et al. (2003). HIV/AIDS in the Philippines. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):43–52.
- McMahon et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. XV International AIDS Conference. Abstract TuOrD1220. Bangkok. 11–16 July.
- Mejia A et al. (2002). HIV-1, syphilis and hepatitis B virus prevalence and risk factors among commercial sex workers, Bogota, Colombia, 2002. XV International Conference AIDS—Bangkok 2004. Abstract Number: WePeC6251.
- Mills E et al. (2005). The HIV/AIDS epidemic in Cambodia. *Lancet*, 365:596–597.
- Mimouni B, Remaoun N (2005). *Etude du lien potentiel entre l'usage problématique de drogues et le VIH/SIDA en Algérie 2004–2005*. Paper presented at 3ème Conférence Latine de Réduction de Risques Liés aux Usages de Drogues. Barcelona.
- Ministère de la santé Djibouti (2002). *Etude nationale de séroprévalence VIH*. Mars. Djibouti, Ministère de la santé, Djibouti.
- Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies du Niger (2002). *Enquête Nationale de Séroprévalence de l'infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 à 49 ans au Niger 2002*. Niger, CERMES.
- Ministère de la Santé et de la Prévention Médical, Centre de Recherche pour le Développement Humain, ORC Macro (2005). *Sénégal Enquête Démographique et de Santé 2005. Rapport préliminaire*. Calverton, Maryland, USA.
- Ministère de la santé et Laboratoire National de Référence VIH/SIDA (2005). *Enquête Nationale ANC Madagascar*. Antananarivo, Direction Générale de la Lutte contre le SIDA
- Ministère de la santé Maroc (2005). *Bulletin épidémiologique de surveillance du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles*. Rabat, Ministère de la santé Maroc.
- Ministère de la santé publique Burundi (2005). *Bulletin épidémiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA/IST pour l'année 2004*. August. Bujumbura, Ministère de la santé publique.
- Ministère de la santé publique Cameroon (2004). *EDSC—III 2004 Résultats Préliminaires. Octobre. Institut national de la statistique*. Yaoundé and Claverton, Ministère de la santé publique and ORC Macro.
- Ministère de la santé République Démocratique du Congo (2004). *Rapport du passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN, mai 2003 à mai 2004*. June. Kinshasha, Ministère de la santé.
- Ministère de la santé République du Congo (2004). *Evaluation de la séroprévalence des infections par VIH: Rapport d'analyse provisoire*. Brazzaville, Ministère de la santé.
- Ministère de la santé Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales, Année 2003*. February. Lomé, Ministère de la santé.
- Ministère de l'économie, des finances et du budget (2005). *Enquête démographique et de santé Madagascar 2003–2004*. February. Antananarivo and Claverton, Institut National de la Statistique and ORC Macro.
- Ministère de l'économie et du développement Burkina Faso (2004). *Enquête démographique et de santé 2003: Rapport préliminaire*. Ouagadougou, Calverton, Ministère de l'économie et du développement, Measure DHS+.
- Ministère du Plan Guinée (2005). *Enquête démographique et de santé 2005: Rapport préliminaire*. Guinée and Calverton, Ministère du Plan & MEASURE DHS ORC Macro.
- Ministerio da saude do Angola (2004). *Relatório preliminar do estudo de séroprevalência de VIH, sífilis e hepatite B, mulheres grávidas em consulta prenatal*. Luanda, Ministerio da saude.

- Ministerio da saude do Brasil (2004). *Boletim Epidemiológico—Aids e DST. Ano I – No. 01–26 de 2004—semanas epidemiológicas. Janeiro a junho 2004*. Brasilia, Ministerio da saude.
- Ministerio de salud de Argentina (2004). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. October. Buenos Aires, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS
- Ministerio de salud de Argentina (2005). *Boletín sobre el VIH/ SIDA en la Argentina*. September. Buenos Aires, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS.
- Ministerio de salud de Ecuador (2005). *Epidemiología del virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Ecuador*. June. Quito, Ministerio de salud.
- Ministerio de salud de Peru (2004). *Redes de intercambio sexual en la dinámica de transmisión poblacional del VIH según niveles de la epidemia*. Lima, Ministerio de salud de Peru.
- Ministerio de salud de Peru (2005). *Sentinel surveillance report*. Lima, Ministerio de salud de Peru.
- Ministerio de salud pública y asistencia social de Guatemala (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala* (EMC). Ciudad de Guatemala, Ministerio de salud pública y asistencia social de Guatemala.
- Ministry of Health and Family Welfare Bangladesh (2005). *National HIV serological surveillance, 2004–2005 Bangladesh: sixth round technical report*. Dhaka, Ministry of Health and Family Welfare.
- Ministry of Health and Medical Education Iran (2004). *AIDS/HIV surveillance report*. April. Tehran, Ministry of Health and Medical Education.
- Ministry of Health and Population Malawi (2003). *HIV sentinel surveillance report 2003*. November. Lilongwe, Ministry of Health and Population.
- Ministry of Health and Sanitation Sierra Leone (2005). *National population-based HIV seroprevalence survey of Sierra Leone*. Freetown, Ministry of Health and Sanitation.
- Ministry of Health and Social Services Namibia (2004). *Report of the 2004 national HIV sentinel survey*. Windhoek, Ministry of Health and Social Services.
- Ministry of Health and Social Welfare, Bureau of Statistics, ORC Macro (2005). *Lesotho Demographic and Health Survey 2004*. Calverton, Maryland, USA: MOH, BOS and ORC Macro.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho (2005a). *Report of the sentinel HIV/syphilis survey 2005*. September. Maseru, STI/HIV and AIDS Directorate, Ministry of Health & Social Welfare.
- Ministry of Health and Social Welfare Swaziland (2005). *Ninth round of national HIV serosurveillance in women attending antenatal care services at health facilities in Swaziland: survey report*. March. Mbabane, Ministry of Health and Social Welfare Swaziland.
- Министерство здравоохранения Беларуси (2005). *Современные методы дозорного эпиднадзора за ВИЧ в Республике Беларусь: отчет о результатах исследований*. Министерство здравоохранения. Минск.
- Ministry of Health Belize (2004). *Annual HIV/AIDS epidemiological profile: Belize*. June. Belize.
- Ministry of Health China (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministry of Health China, UNAIDS, WHO.
- Ministry of Health Eritrea (2006). *Results from the 2005 round of HIV sentinel surveillance in pregnant women*. Asmara, Ministry of Health.
- Ministry of Health Iran (2004). *HIV/AIDS in Iran*. Presentation to the Regional Consultation on HIV/AIDS and the Uniformed Services in the Middle East and North Africa: mobilizing a potential for change. 15–17 December. Marrakech.
- Ministry of Health Jamaica (2004). *Jamaica HIV sentinel surveillance serosurvey report, 2004*. Division of Health Promotion and Protection, Ministry of Health. Jamaica.
- Ministry of Health Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. Nairobi, National AIDS and STI Control Programme (NASCO), Ministry of Health.

- Ministry of Health Kenya et al. (2003). *Kenya demographic and health survey 2003: preliminary report*. Nairobi & Calverton, Ministry of Health, Central Bureau of Statistics, Kenya Medical Research Institute, Center for Disease Control, and ORC Macro.
- Ministry of Health Malaysia, WHO (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—epidemiology in 2004: Malaysia*. Kuala Lumpur, Ministry of Health and WHO.
- Ministry of Health Mozambique (2005). *Report on the update of the HIV epidemiological surveillance data: 2004 round*. August. Maputo, Ministry of Health.
- Ministry of Health New Zealand (2006). *AIDS—New Zealand*. Issue 57. February. Available at <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf>.
- Ministry of Health Pakistan, DfID, Family Health International (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: survey of high-risk groups in Lahore and Karachi, 2005*. Ministry of Health, Department for International Development, Family Health International. Karachi.
- Ministry of Health Sudan (2005). *Annual report*. Khartoum, Sudan National HIV/AIDS Surveillance Unit.
- Ministry of Health Sudan (2006). *2005 ANC sentinel sites results*. Khartoum Ministry of Health.
- Ministry of Health Uganda (2003). STD/AIDS Control Programme. *STD/HIV/AIDS Surveillance report*. Kampala, Ministry of Health.
- Ministry of Health Uganda (2005). *Uganda HIV/AIDS sero-behavioural survey 2004–2005*. Preliminary report. Kampala & Calverton, Ministry of Health, Uganda Virus Research Institute, Centre for Disease Control and Prevention, Measure DHS ORC Macro.
- Ministry of Health Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanoi, General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministry of Health.
- Ministry of Health Zambia (2005). *Zambia antenatal clinic sentinel surveillance report, 1994–2004*. November. Lusaka, Ministry of Health.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2003). *HIV infection and AIDS in the America*. Havana, MAP.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2004). *AIDS in Asia: Face the facts—a comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. Geneva, MAP.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005a). *Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. July. Geneva, MAP.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005b). *Sex work and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. July. Geneva, MAP.
- Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57–64.
- Montgomery JP et al. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15:829–837.
- Msobi N, Fimbo B, Msumi Z (2004). *AIDS among elderly people in the rural community, Lake Zone, Tanzania*. Poster presentation to 16th International AIDS Conference National Aids Control Programme.
- Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, resurgent infections and population change in Africa*. Springer.
- NACO (2004a). *Annual Report 2002–2003, 2003–2004*. Delhi, Ministry of Health and Family Welfare.
- NACO (2004b). *State-wise HIV prevalence (1998–2003)*. Delhi, Ministry of Health and Family Welfare.
- National AIDS Centre (2005). *HIV and AIDS in Poland: from the beginning of the epidemic in 1985 till the end of 2004*. Slide presentation. Krakow.
- National AIDS Commission Chile (2003). *Epidemiological surveillance report, December 2003*. Santiago, CONASIDA.

National AIDS Commission Tanzania (2005). *Tanzania HIV/AIDS indicator survey 2003–2004*. March. Dar es Salaam and Calverton, Tanzania Commission for AIDS, National Bureau of Statistics, ORC Macro.

National AIDS Coordinating Agency, Botswana (2003). *Botswana 2003 second generation HIV/AIDS surveillance: technical report*. December. Gaborone, Republic of Botswana.

National AIDS Coordinating Agency, Botswana (2005). *Botswana AIDS impact survey II: popular report*. March. Gaborone, Republic of Botswana.

National AIDS Coordinating Agency, Central Statistics Office (2005). *Botswana AIDS Impact Survey II 2004. Statistical Report*. Central Statistics Office, Gaborone, Botswana.

National AIDS Council, National Department of Health Papua New Guinea (2004). *The report of the 2004 national consensus workshop of Papua New Guinea*. Port Moresby, National Department of Health.

National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs Cambodia (NCHADS) (2004). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2003: trends results, and estimates*. Phnom Penh, National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2005). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: annual surveillance report 2005*. Sydney, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Available at <http://www.med.unsw.edu.au/nchecr>.

Ni M et al. (2006). HIV/AIDS prevalence and behaviour in drug users and pregnant women in Kashgar Prefecture: a case report. *Harm Reduction Journal*, 3(7). February.

Odek-Ogunde M, Lore W, Owiti FR (2003). Risky behaviours among injecting drug users in Kenya. Proceedings of 14th International Conference on the Reduction of Drug-related Harm, Chiang Mai. 6–10 April.

Институт открытого общества, 2004. Экспресс-оценка ситуации, проведенная в 15 городах, июнь-июль. Москва.

PAHO (2005). Care fact sheets. Washington, Pan American Health Organization.

Pando de los A et al. (2003). HIV immunodeficiency virus type I seroprevalence in men who have sex with men from Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection. *International Journal of Epidemiology*, 32:735–740.

Phimphachanh C and Sayabounthavong K (2004). The HIV/AIDS/STI situation in Lao People's Democratic Republic. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A): 91–99.

Pisani E and Dili STI survey team (2004). HIV, STIs and risk behaviour in East Timor: an historic opportunity for effective action. Dili, Family Health International.

Покровский В. (2005). ВИЧ/СПИД в России. Презентация на тему ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации и Украине, семинар, Женева. Январь.

Présidence du Faso (2005). Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDAA (UNGASS): cadre pour la présentation des reports pays—période concernée janvier–décembre 2004. Ouagadougou.

Prieto F (2003). Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la vigilancia epidemiológica. *Inf Quinc Epidem Nac (Colombia)* 2003, 8(22):355–366.

Programa Nacional de Lucha contra el Sida, Proyecto Centro de Referencia para el control de endemias en Guinea Ecuatorial (2004). *Informe de la Encuesta de Seroprevalencia del VIH en Guinea Ecuatorial, 2004*. Guinea Ecuatorial.

Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA) (2003). *Central American multi-site HIV/STI prevalence and behaviour study*. Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA). Guatemala. Available at http://www.pasca.org/english/estudio_eng.htm

Public Health Agency of Canada (2004). *HIV/AIDS among aboriginal peoples in Canada: a continuing concern*. HIV/AIDS Epi Update—May 2004. Public Health Agency of Canada. Available at http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi_update_may_04/9_e.html

Public Health Agency of Canada (2005). *HIV and AIDS in Canada: surveillance report to June 30, 2005*. Surveillance and Risk Assessment Division, Public Health Agency of Canada. Ottawa. Available at http://www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/public_e.html

- Punpanich W et al. (2004). Thailand's response to the HIV epidemic: yesterday, today and tomorrow. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):119–136.
- Rahbar AR, Rooholamini S, Khoshnood K (2004). Prevalence of HIV infection and other blood-borne infections in incarcerated and non-incarcerated injecting drug users (UDSs) in Mashhad, Iran. *International Journal of Drug Policy*, 15(2):151–155.
- Reproductive Health Research Unit, Medical Research Council (2004). *National survey of HIV and sexual behaviour among young South Africans*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.
- Т. Родз и др. (2004). Передача и профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, в Российской Федерации. *Международный журнал по наркополитике*, 15:1–16.
- Rhodes T, Simic M (2005). Transition and the HIV risk environment. *British Medical Journal*, 331:220–223.
- Riono P, Jazant S (2004). The current situation of the HIV/AIDS epidemic in Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):78–90.
- Robert Koch Institut (2005). HIV-Infektionen/AIDS: Halbjahresbericht I/2005. *Epidemiologisches Bulletin*, 30. September. Available at <http://www.rki.de/>
- Ruan Y et al. (2005). HIV incidence and factors contributed to retention in a 12-month follow-up study of injection drug users in Sichuan Province, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 39(4):459–463.
- Sammud A (2005). *HIV in Libya*. August. Ministry of Health. Tripoli.
- St John MA et al. (2003). Efficacy of Nevirapine administration on mother-to-child transmission of HIV using a modified HIVNET 012 regimen. *West Indian Medical Journal*, 51 (Suppl. 3):1–87.
- Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005a). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. January. Santo Domingo, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica.
- Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005b). *De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004*. March. Santo Domingo, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, USAID–FHI/CONNECTA.
- Secretariat of the Pacific Community, AIDS Section (2005). Cumulative reported HIV, AIDS and AIDS death cases, crude incidence rates, gender & cases with missing details: all Pacific Islands countries and territories, New Zealand & Australia to 31st December 2004. Table. December. Available at <http://www.spc.org.nc/aids/>
- Segura M et al. (2005). *Cohort of men who have sex with men: recruitment, retention and seroincidence of HIV and other sexually-transmitted infections*. Poster presentation to the IAS Pathogenesis conference 2005. Rio de Janeiro. 24–27 July 2005.
- Шакаришвили А. и др. (2005). Секс-бизнес, употребление наркотиков, ВИЧ-инфекция и распространение инфекций, передающихся половым путем, в Москве, Российская Федерация. *The Lancet*, 366:57-60.
- Shisana O et al. (2005). *South African national HIV prevalence, HIV incidence, behaviour and communication survey*. Human Sciences Research Council. Pretoria. Available at http://www.hsrb.ac.za/media/2005/11/20051130_1.html
- Смоленская Т. Т. и др. (2005). Дозорный эпиднадзор среди групп населения с рискованным поведением в северо-западном регионе России (пресс-релиз). Проект поддержан фондом «Ферст Дейта Вестерн Юнион».
- Solomon S et al. (2004). A review of the HIV epidemic in India. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):155–169.
- Sullivan EA et al. (2003). Prevalence of sexually transmitted diseases among antenatal women in Vanuatu, 1999–2000. *Sexually Transmitted Diseases*, 30:362–366.
- Sullivan EA et al. (2004). Prevalence of sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus among pregnant women attending prenatal services in Apia, Samoa. *International Journal of STD & AIDS*, 15:116–119.

- Susman E (2003). US could learn from Cuban AIDS policy. *AIDS*, 17:N7–8.
- Thwe M (2004). HIV/AIDS education and prevention in Myanmar. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):170–177.
- Todd CS et al. (2005). Human immunodeficiency virus (HIV) infection in female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. Abstract MP–025. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. Amsterdam. 10–13 July.
- Toole M et al. (2005). *Study of young men's sexual behaviour: Vientiane, Lao People's Democratic Republic, August–November*. Burnet Institute.
- Toro-Alfonso J, Varas-Diaz (2005). *Proyecto de identificación y descripción de conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana*. January. Santo Domingo, CESDEM, CONECTA.
- Tran TN et al. (2005). HIV infections and risk characteristics among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *Journal of Acquired Deficiency Syndromes*, 39(5):581–586.
- Украинский центр СПИДа (2005а). ВИЧ-инфекция в Украине. Информационный бюллетень, 24. Киев.
- Украинский центр СПИДа (2005б); *Эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией и инфекциями, передающимися половым путем, как компонент системы эпиднадзора второго поколения за ВИЧ-инфекцией в Украине*. Киев, Украинский центр СПИДа.
- ЮНЭЙДС (2004). Доклад о состоянии эпидемии СПИДа. ЮНЭЙДС. Женева
- UNDP (2004). *Thailand's response to HIV/AIDS: progress and challenges*. Bangkok, UNDP.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2004a). *HIV/AIDS surveillance report*, 15. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm>.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2004b). HIV/AIDS among African Americans. Fact Sheet. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/afam.htm>.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2005a). *HIV/AIDS surveillance report, 2004*, 1(16)1:46. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2005b). HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men—five US cities, June 2004–April 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54:597–601.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2005c). Trends in HIV/AIDS diagnoses—33 states, 2001–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54:1149–1153. Available at <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5445a1.htm>
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006). *A glance at HIV/AIDS among men who have sex with men*. January. Atlanta, Centres for Disease Control and Prevention. Available at http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/msm_glance.htm
- Vall Mayans M et al. (2004). Outbreaks of infectious syphilis and other STIs in men who have sex with men in Barcelona, 2002–2003. *Eurosurveillance*, 9(4):60
- Valleroy LA et al. (2004). The bridge for HIV transmission to women from 15– to 29–year-old men who have sex with men in 7 US cities. XV International AIDS Conference. Abstract ThOrC1367. Bangkok. 11–16 July.
- Van de Laar M and Op de Coul ELM (2004). Increase in STIs in the Netherlands slowed in 2003. *Eurosurveillance*, 9(4).
- Van Griensven F et al. (2006). *HIV surveillance among men who have sex with men (MSM) populations in Thailand: evidence for high prevalence and incidence*. Poster abstract. 13th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Denver. 5–8 February.
- Веровочкин С. В и др. (2005). Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН: без существенных изменений. Русский журнал. СПИД, рак и общественное здоровье, 9 (2). Представлено в ходе 14-й международной конференции по СПИДу, раку и общественному здоровью. 23-27 мая. Санкт-Петербург.

- Walensky RP et al. (2005). 2 Million Years of Life Saved: the survival benefits of AIDS therapy in the United States. Abstract 143LB. 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston. 22–25 February.
- Wawer M et al. (2005). Declines in HIV prevalence in Uganda: not as simple as ABC. Abstract 27 LB, 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Boston. 22–25 February.
- Weissenbacher M et al. (2003). AIDS National Center of Reference, Argentina. High seroprevalence of blood-borne viruses among street-recruited injection drug users from Buenos Aires, Argentina. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl. 5):S348–52.
- WHO (2005a). *HIV/AIDS epidemiological surveillance report for the WHO African region—2005 update*. Harare, WHO Regional Office for Africa.
- WHO (2005b). *The 2004 First national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients*. July. WHO.
- WHO (2005c). Development of harm reduction programmes within the project, 'Complex partnerships strategies of HIV/AIDS prevention among young people in the Russian Federation'. Project Best Practice Examples, Moscow.
- WHO/UNAIDS (2006). *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: a report on "3 by 5" and beyond*. March. Geneva, WHO/UNAIDS.
- Wi T et al. (2002). *RTI/STD prevalence in selected sites in the Philippines*. Manila, Department of Health and Family Health International.
- Wiwat P, Brown T, Calleja-Garcia JM (2005). *Report from the technical working group on HIV/AIDS projection and demographic impact analysis in Myanmar*. September. Yangon.
- Wright M et al. (2005). Fulfilling prophecy? Sexually transmitted infections and HIV in indigenous people in Western Australia. *Medical Journal of Australia*, 183(3):124–128.
- Yang H et al. (2005). Heterosexual transmission of HIV in China: a systematic review of behavioral studies in the past two decades. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(5):270–280. May.
- Zamani S (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709–716.

Глава 3 | ПРОГРЕСС В СТРАНАХ

- Aran-Mantero D, Aran C, Izazola-Licea JA (2003). Por qué el gasto de bolsillo en América Latina es necesario en respuesta al VIH/SIDA? [Why is the out-of-pocket expenditure in Latin America necessary in the response to HIV/AIDS?] In: *El financiamiento de las respuestas nacionales contra el SIDA en América Latina y el Caribe y el flujo de financiamiento internacional*. JA Izazola-Licea, Daniel Aran and Ricardo Valladares. Mexico City, FUNSALUD/SIDALAC. 73–82.
- Dehne KL and Riedner G (2005). Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. Geneva, WHO and Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit. 2005. Available at http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_156288_9.pdf
- G8 (2005). The Gleneagles Communiqué. Gleneagles, United Kingdom, G8 Gleneagles 2005. Available at http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/PostG8_Gleneagles_Communique,0.pdf
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Global Fund) (2006). Website information accessed March 28, 2006. Available at <http://www.theglobalfund.org>
- Group of 77 (2005). 2005 Doha Declaration. Available at www.g77.org/southsummit2/en/intro.html
- Gutierrez JP, Bertozzi S (2004). Resources availability for HIV/AIDS and the funding gap. National Health Institute, Mexico. Document presented during the Fifth UNAIDS Global Resource Tracking Consortium. September 2004. Johannesburg, South Africa.
- Izazola-Licea JA (2003). Financiamiento y Gasto en respuesta al VIH/SIDA: lecciones aprendidas en América Latina y el Caribe. [Financing and expenditure in response to HIV/AIDS: lessons learned from Latin

- America and the Caribbean]. Sustainable Development Department Technical papers series; SOC–133. Washington, Inter-American Development Bank.
- MEASURE DHS (2006). Measure, Demographic and Health Surveys/AIDS Indicator Surveys. Website information accessed March 1, 2006. Available at <http://www.measuredhs.com/>
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2006). Creditor reporting system—aid activities in support of HIV/AIDS control database.
- Stover J, Fahnenstock M (2006 in press). Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low and middle income countries in 2005, funded by UNAIDS, USAID, and UNFPA. Washington, DC, Futures Group/POLICY Project. Forthcoming, July 2006.
- UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance (2005). *Mapping the issues: HIV and other sexually transmitted infections in the UK*. London, Health Protection Agency Centre for Infections. Available at http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv_sti_2005/pdf/Mtl_FC_report.pdf
- ЮНЭЙДС (2003). Последующая деятельность по выполнению решений Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу: Глобальный ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа. Отчет о ходе работы. 2003.
- UNAIDS (2004). Financing the expanded response to AIDS. Executive summary. 15th PCB Meeting. Jamaica. December 2004.
- ЮНЭЙДС (2005а). Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: Руководящие принципы по разработке ключевых показателей.
- ЮНЭЙДС (2005b). КРИС V2.1 Руководство для пользователей (Испр. 0.2). Информационная система мониторинга ответных мер в странах. Можно найти по адресу: <http://www.unaids.org>
- UNAIDS (2006). National AIDS spending assessment. A notebook on methods, definitions and procedures for resource tracking and measurement of AIDS financing flows and expenditures. (Draft).
- UNAIDS/UNHCR (2005). *Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations*. Geneva, UNAIDS and the United Nations High Commissioner for Refugees. Available at http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1157-refugees_en_pdf.pdf
- Организация Объединенных Наций (2000). Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций, *Генеральная Ассамблея ООН, 55 сессия, 6 сентября 2000 года*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций
- Организация Объединенных Наций (2001). Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом *Принята на специальной сессии Генеральной Ассамблеи от 25-27 июня 2001 года*. Нью-Йорк. Можно найти по адресу: http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_en.pdf
- United Nations (2005). *2005 World Summit Outcome*. New York. Available at <http://www.un.org/summit2005/>
- US Centers for Disease Control and Prevention/Global AIDS Program (CDC/GAP) (2005). Atlanta, US, International Strategic Information/Monitoring and Evaluation Field Officer Directory.
- ВОЗ/ЮНЭЙДС (2005). Ход работы по обеспечению глобального доступа к антиретровирусной терапии против ВИЧ. Информация о выполнении инициативы «3 к 5». Июнь 2005 г.
- WHO/UNAIDS (2006). Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: a report on “3 by 5” and beyond. March 2006.

Глава 4 | ВОЗДЕЙСТВИЕ СПИДА НА ЛЮДЕЙ И ОБЩЕСТВО

- Abadia-Barrero CE, Castro A (2005). Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. *Social Science and Medicine*.
- Aliber M et al. (2004). *The impact of HIV/AIDS on land rights*. Cape Town, Integrated Rural and Regional Development Research Programme, Human Sciences Research Council, and the Food and Agriculture Organization (FAO). Available at http://www.fao.org/sd/dim_pe3/docs/pe3_040902d1_en.pdf

- Avirgan T, Bivens LJ, Gammage S (2005). *Good jobs, bad jobs, no jobs: labor markets and informal work in Egypt, El Salvador, India, Russia, and South Africa*. Washington, Economic Policy Institute.
- Barany M, Holding-Anyonge C, Rugalema G (2005). *Firewood, food, and medicine: interfaces between forest resources, vulnerability, and rural responses to HIV/AIDS*. HIV/AIDS and food and nutrition security: from evidence to action. Durban, South Africa. Available at <http://www.ifpri.org/events/conferences/2005/durban/papers/baranyWP.pdf>
- Barnett T, Whiteside A (2002). *AIDS in the twenty-first century: disease and globalization*. New York, Palgrave Macmillan, Houndmills, Basingstoke, Hampshire.
- Bell C et al. (2003). *The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa*. Washington, DC, World Bank Human Development Network Office of the Vice President. Available at <http://econ.worldbank.org/resource.php?type=5>
- Bonnell R, Temin M, Tempest F (2004). *Poverty reduction strategy papers: do they matter for children and young people made vulnerable by HIV/AIDS?* New York, UNICEF, World Bank. Available at http://www.unicef.org/publications/files/Poverty_Reduction_Strategy_Papers_EY_final.pdf
- CAREC/PAHO/WHO (2004). *Status and trends analysis of the Caribbean HIV/AIDS epidemic 1982–2002*. Port of Spain, Caribbean Epidemiology Centre, Pan American Health Organization, World Health Organization. Available at http://www.catin.org/pubs/status_trends1982–2002.pdf
- Case A, Paxson C, Ableidinger J (2004). Orphans in Africa: parental death, poverty, and school enrolment. *Demography*, 41(3):483–508. Available at http://wss.princeton.edu/rpds/downloads/case_paxson_orphansafrica.pdf
- Chapoto A, Jayne TS (2005). *Characteristics of individuals afflicted by AIDS-related mortality in Zambia*. Lusaka, Zambia Food Security Research Project (FSRP). Available at http://www.aec.msu.edu/agecon/fs2/zambia/Chapoto-Jayne_FSRP_WP_final_for_pdf.pdf
- Das J et al. (2005). *Teacher shocks and student learning: evidence from Zambia*. Washington, DC, World Bank.
- de Waal A (2005). *HIV/AIDS and democratic governance (issue paper 2)*. AIDS, security and democracy: expert seminar and policy conference. The Hague, Clingendael Institute. Available at http://www.ssrc.org/programs/HIV/publications/hague2005/issue_paper2.pdf
- de Waal A, Whiteside A (2003). New variant famine: AIDS and food crisis in southern Africa. *Lancet*, 362(9391):1234–1237. Available at <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673603145485/fulltext>
- Deininger K, Garcia M, Subbarao K (2003). AIDS-induced orphanhood as a systemic shock: magnitude, impact and program interventions in Africa. *World Development*, 31(7).
- Evans D, Miguel AM (2005). *Orphans and schooling in Africa: a longitudinal analysis*. Berkeley, Center for International and Development Economics Research, University of California. Available at <http://repositories.cdlib.org/iber/cider/C05–143>
- FAO (2004). *HIV/AIDS, gender inequality and rural livelihoods: the impact of HIV/AIDS on rural livelihoods in Northern Province, Zambia*. Rome, Food and Agriculture Organization, Development Cooperation Ireland (DCI), Government of Zambia. Available at http://www.fao.org/sd/dim_pe1/pe1_040602_en.htm
- Fox MP et al. (2004). The impact of HIV/AIDS on labour productivity in Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 9(3):318–24. Available at <http://info.worldbank.org/etools/library/latestversion.asp?135887>
- Фролов В. (2004). Последствия эпидемии ВИЧ/СПИДа для национальной безопасности России. *Как обратить эпидемию вспять. Состояние проблемы и возможные решения. ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и Содружества Независимых Государств*. Нью-Йорк, Программа развития Организации Объединенных Наций. Можно найти по адресу: <http://rbec.undp.org/hiv/>
- Garrett L (2005). *HIV and national security: where are the links?* Washington, Council on Foreign Relations. Available at http://www.cfr.org/publication/8256/hiv_and_national_security.html
- Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS, food and nutrition security: from evidence to action*. Washington, DC, International Food Policy Research Institute. Available at <http://www.ifpri.org/pubs/preview/pv07/pv07.pdf>

- Grant KB, Gorgens M, Kinghorn A (2004). *Mitigating the impact of HIV on service providers study: what has been attempted, what is working, what has not worked, where and why?* Johannesburg, Mobile Task Team on the Impact of HIV/AIDS on Education (MTT), University of Kwazulu-Natal. Available at <http://www.mtttaids.com/site/awdep.asp?dealer=5562&depnum=8535>
- Greener R (2004). The impact of HIV/AIDS on poverty and inequality. *The macroeconomics of HIV/AIDS*, (Ed. Haacker M). Washington, International Monetary Fund. Available at <http://www.imf.org/external/pubs/ft/AIDS/eng/index.htm>
- Griekspoor A et al. (2004). The health sector gap in the southern Africa crisis in 2002/2003. *Disasters*, 28(4):388–404.
- Haacker M (2004). The impact of HIV/AIDS on government finance and public services. *The macroeconomics of HIV/AIDS*, (Ed. Haacker M). Washington, International Monetary Fund. Available at <http://www.imf.org/external/pubs/ft/AIDS/eng/index.htm>
- IAVI (2005). *Putting it together: AIDS and the Millennium Development Goals*. New York, International AIDS Vaccine Initiative. Available at <http://www.iavi.org/viewfile.cfm?fid=33078>
- ILO (2003). *Socio-economic impact of HIV/AIDS on people living with HIV/AIDS and their families*. New Delhi, Delhi Network of Positive People, Manipur Network of People Living with HIV/AIDS, Network of Maharashtra by People Living with HIV/AIDS, Positive Women's Network of Southern India, International Labour Organization.
- ILO (2004). *HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response*. Geneva, International Labour Organization. Available at <http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/english/protection/trav/aids/publ/research/>
- ILO (2005). *Study report on economic impact of HIV/AIDS on Singareni Collieries Company Limited (SCCL), Andhra Pradesh*. New Delhi, International Labour Organization, Andhra Pradesh State AIDS Control Society and Singareni Collieries Company Limited.
- ILO (2006). *HIV/AIDS and work in a globalizing world*. Geneva, International Labour Organization. (In press).
- ILO/GTZ (2004). *HIV/AIDS, work and development in the United Republic of Tanzania*. Geneva, International Labour Organization and Deutsche Gesellschaft Technische für Zusammenarbeit. Available at http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/cp_2_tanzania.pdf
- ILO/IPEC (2003). *HIV/AIDS and child labour in sub-Saharan Africa: synthesis report. A state-of-the-art review with recommendations for action*. Geneva, International Labour Organization, International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC). Available at <http://www.ilo.org/public/english/standards/ipecc/publ/hiv/>
- Intigrinova T, Hauslohner P (2004). *Abandoned children born to HIV-positive women: analysis of the situation in Russia*. Moscow, Transatlantic Partners Against AIDS, USAID, UNICEF, IREX. Available at <http://www.tpaanet/files/upload/publications/846.pdf>
- Korenromp EL (2005). Malaria attributable to the HIV-1 epidemic, sub-Saharan Africa. *Emerging Infectious Diseases*, 11(9):1410–9.
- Lee MB et al. (2005). HIV-related stigma among market workers in China. *Health Psychology*, 24(4):435–8.
- Lieber E et al. (2005). HIV/STD stigmatization fears as health-seeking barriers in China. *AIDS Behavior*, 1–9.
- Mackay V (2003). *Best practices in HIV/AIDS prevention in the informal sector*. Geneva, Inter-regional tripartite meeting on best practices in workplace policies and programmes on HIV/AIDS. Available at <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/informalecoprev.pdf>
- Mahal A, Rao B (2005). HIV/AIDS epidemic in India: an economic perspective. *Indian Journal of Medical Sciences*, (April 2005), 582–600. Available at <http://icmr.nic.in/ijmr/2005/April/0428.pdf>
- Mann JM et al. (1994). Health and human rights. *Health Human Rights*, 1(1):6–23.
- Manning R (2002). *The impact of HIV/AIDS on civil society: assessing and mitigating impacts: tools and models for NGOs and CBOs*. Durban, Health Economics & HIV/AIDS Research Division (HEARD), University of Natal. Available at <http://www.eldis.org/static/DOC11102.htm>
- Marais H (2005). *Buckling: the impact of AIDS in South Africa 2005*. Centre for the Study of AIDS, University of Pretoria. Available at <http://www.csa.za.org/article/articlestatic/7/1/2/>

- Measure DHS and ORC Macro International (2002). *Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2002)*. Washington.
- Monasch R, Boerma JT (2004). Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS*, 18(Suppl. 2):S55–65. Available at <http://www.aidsonline.com/pt/re/aidspdfhandler.00002030-200406002-00007.pdf;jsessionid=DGtO53PaurRS2x1Sf2VYh4eJ2U1TWs4XF9EsCJ8R0T0qDDj0dkkW!-1660146838!-949856145!9001!-1>
- Mount AM et al. (2004). Impairment of humoral immunity to *Plasmodium falciparum* malaria in pregnancy by HIV infection. *Lancet*, 363(9424):1860–7.
- Murray U (2005). *Promoting gender-sensitive entrepreneurship via microfinance institutions*. Rome, Paper presented at FAO Headquarters on International Women's Day. Available at http://www.fao.org/sd/dim_pe1/pe1_050401_en.htm
- Nyamukapa C, Gregson S (2005). Extended family's and women's roles in safeguarding orphans' education in AIDS-afflicted rural Zimbabwe. *Social Science and Medicine*, 60(10):2155–67.
- Paxton S et al. (2005). *AIDS-related discrimination in Asia*. Asia Pacific Network of People living with HIV/AIDS (APN+). Available at <http://www.gnpplus.net/regions/files/AIDS-asia.pdf>
- Peltzer K et al. (2005). *Educator supply and demand in the South African public education system: integrated report*. Johannesburg, Human Sciences Research Council. Available at <http://www.hsrcpress.ac.za/index.asp?id=2119>
- SABCOHA (2004). *The economic impact of HIV/AIDS on business in South Africa, 2003*. Johannesburg, South African Business Coalition on HIV and AIDS (SABCOHA). Available at <http://www.synergyaids.com/documents/SAfricaEconomicImpactOnBusiness.pdf>
- Safman RM (2004). Assessing the impact of orphanhood on Thai children affected by AIDS and their caregivers. *AIDS Care*, 16(1):11–9.
- Schatz E, Ogunmefun C (2005). *Caring and contributing: the role of older women in multigenerational households in the HIV/AIDS era*. Research Program on Population Processes, University of Colorado at Boulder. Available at <http://www.colorado.edu/ibs/pubs/pop/pop2005-0004.pdf>
- Shapiro RL et al. (2003). Low adherence to recommended infant feeding strategies among HIV-infected women: results from the pilot phase of a randomized trial to prevent mother-to-child transmission in Botswana. *AIDS Education and Prevention*, 15(3):221–30.
- Shisana O et al. (2004). HIV/AIDS prevalence among South African health workers. *South African Medical Journal*, 94(10):846–50.
- Sitoe A et al. (2004). *HIV/AIDS and the Miombo. Woodlands of Mozambique & Malawi: an exploratory study*. Washington, Conservation International Annual Meeting. Available at <http://www.fao.org/forestry/foris/data/hiv/HIV-AIDSWoodlands.pdf>
- Spiegel P (2004). HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters*, 28(3). Available at <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/opedoc.pdf?tbl=PROTECTI ON&id=4162693e4>
- Stanecki KA (2004). *The AIDS pandemic in the 21st century*. Washington, USAID, US Department of Commerce. Available at <http://www.census.gov/ipc/prod/wp02/wp02-2.pdf>
- Strand P et al. (2004). *HIV/AIDS and democratic governance in South Africa— illustrating the impact on electoral processes*. Pretoria, Institute for Democracy in South Africa (IDASA). Available at <http://www.idasa.org.za/gbOutputFiles.asp?WriteContent=Y&RID=1176>
- Tanzarn N, Bishop-Sambrook C (2003). *The dynamics of HIV/AIDS in small-scale fishing communities in Uganda*. Rome, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), FAO HIV/AIDS Programme. Available at <http://www.sflp.org/fr/003/faogtzreport.pdf>
- Treacy M (2003). In India, integrating the informal sector into the global economy. *International Trade Forum*, October 2003.

UN Population Division (2005a). *Population, development and HIV/AIDS with particular emphasis on poverty: the concise report*. New York, Dept. of International Economic and Social Affairs, United Nations. Available at <http://www.un.org/esa/population/publications/concise2005/PopdevHIVAIDS.pdf>

UN Population Division (2005b). *World population prospects: the 2004 revision*. New York, Dept. of International Economic and Social Affairs, United Nations. Available at http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004Highlights_finalrevised.pdf

UNAIDS/UNHCR (2005). *Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations*. Geneva, UNAIDS and the United Nations High Commissioner for Refugees. Available at http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1157-refugees_en_pdf.pdf

UNDP (2003a). *The socio-economic impact of HIV/AIDS in Viet Nam: a preliminary note*. United Nations Development Programme. Available at <http://www.undp.org.vn/undp/docs/2003/seimpact/seimpacte.pdf>

UNDP (2003b). *Zimbabwe human development report 2003: redirecting our responses to HIV and AIDS*. Harare, Institute of Development Studies, University of Zimbabwe. Available at http://hdr.undp.org/docs/reports/national/ZIM_Zimbabwe/Zimbabwe_2003_en.pdf

ПРООН (2004). *ВИЧ и человеческое развитие в Центральной и Восточной Европе и Содружестве Независимых Государств. Как обратить эпидемию вспять. Состояние проблемы и возможные решения*. Братислава, Программа развития Организации Объединенных Наций. Можно найти по адресу: <http://rbec.undp.org/hiv/>

ПРООН (2005). *Доклад о развитии человека 2005. Международное сотрудничество на перепутье: помощь, торговля и безопасность в мире неравенства*. Нью-Йорк, Программа развития ООН. Можно найти по адресу: <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/>

UNESCO (2000). *The Dakar framework for action, education for all: meeting our collective commitments*. Dakar, World Education Forum, 26–28 April 2000.

UNESCO (2005). *EFA global monitoring report 2005: the quality imperative*. Paris, UNESCO. Available at http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=35939&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

UNESCO (2006). *EFA global monitoring report 2006: literacy for life*. Paris, UNESCO. Available at http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=43283&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

UNFPA (2003). *The impact of HIV/AIDS: a population and development perspective*. New York, United Nations Population Fund. Available at http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/197_filename_PDS09.pdf

UNICEF (2005). *Children: the missing face of AIDS*. New York, UNICEF. Available at http://www.unicef.org/publications/files/AIDS_Launch_final_14Oct.pdf

Воронин Е. и др. (2005). *Дети, женщины и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации*. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей, и ЮНИСЕФ.

WHO (2005). *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. Geneva, World Health Organization. Available at http://www.who.int/tb/publications/global_report/2005/en/

World Bank (2005a). *HIV/AIDS in the Caribbean region: a multi-organization review (draft final report)*. Review team from DFID, WHO/PAHO, The Global Fund, UNAIDS and the World Bank.

World Bank (2005b). *Workers in the informal economy (webpage)*. Available at <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTLM/0,,contentMDK:20224904%7EmenuPK:584866%7EpagePK:148956%7EipPK:216618%7EtheSitePK:390615,00.html> (accessed 17 December 2005)

Yamano T, Jayne TS (2004). Measuring the impacts of working-age adult mortality on small-scale farm households in Kenya. *World Development*, 32(1):91–119. Available at <http://www.csae.ox.ac.uk/conferences/2004-GPRaHDiA/papers/1r-Jayne-CSAE2004.pdf>

Глава 5 | РИСК И НЕДОСТАТОК ВНИМАНИЯ: ЧЕТЫРЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ

Asian Harm Reduction Network (2005). Targeting HIV/AIDS and drug use in Asia. *AHR News*, Number 39. August–December 2005.

- Beckley Foundation (2005). UNAIDS and the prevention of HIV infection through injecting drug use. Briefing Paper 9. Available at http://www.internationaldrugpolicy.net/reports/BeckleyFoundation_BriefingPaper_09.pdf
- Belza J (2005). Risk of HIV infection among male sex workers in Spain. *Sexually Transmitted Infections*, 81:85–88. 2005. Available at <http://sti.bmjournals.com/cgi/content/full/81/1/85>
- Burkhalter H (2003). Sex traffic and the HIV/AIDS pandemic. Washington, Testimony for Physicians for Human Rights before the House International Relations Committee. Available at <http://www.phrusa.org/campaigns/aids/news062403.html>
- Central and Eastern European Harm Reduction Network/OSI (2005). *Sex work, HIV/AIDS, and human rights in Central and Eastern Europe and Central Asia*. July 2005. Available at http://www.soros.org/initiatives/health/articles_publications/publications/sexwork_20051018?skin=printable
- Chicago Department of Public Health (2005). *STD/HIV/AIDS surveillance report—summer 2005*.
- Dandona L, Dandona R, Gutierrez JP, Kumar GA, McPherson S (2005). Sex behaviour of men who have sex with men and risk of HIV in Andhra Pradesh, India. *AIDS*, 19(6):611–619.
- De Groot AS (2005). HIV infection among women in prison: considerations for care. *Infectious diseases in corrections report*. Available at <http://www.idronline.org/archives/mayjune05/article.html>
- De Herrera PA et al. (2005). Amphetamine (“meth”) use trends at the Los Angeles Gay and Lesbian Center’s HIV counseling and testing program from 2001 to 2004. Abstract M1–B0604. Atlanta, National HIV Prevention Conference. 12–15 June 2005.
- Dolan K, Lowe D, Shearer J (2004). Evaluation of the condom distribution program in New South Wales prisons, Australia. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 32(1):124–128.
- Gibson DR, Han L, Guo Y (2004). High levels of unprotected sex with men and women among men who have sex with men: a potential bridge of HIV transmission in Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, 16(1):19–30.
- Gorbach PM, Galea JT, Amani B, Shin A, Celum C (2004). Don’t ask, don’t tell: patterns of HIV disclosure among HIV positive men who have sex with men with recent STI practising high risk behaviour in Los Angeles and Seattle. *Sexually Transmitted Infections*, 80:512–517.
- Gordon RJ, Lowy FD (2005). Bacterial infections in drug users. *New England Journal of Medicine*, 353(18):1945–1954. 3 November 2005.
- Goyer K (2003). *HIV/AIDS in prison: problems, policies and potential*. Available at <http://www.iss.co.za/Pubs/Monographs/No79/Content.html>
- Guanira J et al. (2004). Second generation of HIV surveillance among men who have sex with men in Peru during 2002. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6162. Bangkok. 11–16 July.
- Huang M, Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):1001–09.
- ILO (2002). *Every child counts: new global estimates on child labour*. Geneva, International Labour Organization. Available at <http://www.ilo.org/public/english/standards/ipecc/simpoc/others/globalest.pdf>
- ILO (2004). *Protecting migrant women workers from going into exploitive work situations*. Geneva, International Labour Organization. Available at <http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/advocacy/protect.htm>
- ITPC (2005). *Missing the target: a report on HIV/AIDS treatment access from the frontlines*. International Treatment Preparedness Coalition. Available at <http://www.aids-treatment-access.org/itpcfinal.pdf>
- Longfield K, Astatke H, Smith R, McPeak G, Ayers J (2004). *Promoting safer sexual behavior among MSMs in southeastern Europe: sexual norms, common beliefs, and risk*. Washington, DC, Population Services International, Research Division, 41 p. (PSI Research Division Working Paper No. 60).
- MAP (2005). *Sex work and HIV/AIDS in Asia*. MAP Network, 2005. Available at http://www.mapnetwork.org/docs/MAP_SW%20in%20Asia%20Final%2004July05_en.pdf
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M (2003) Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1. Oxford.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (2003). Estudio multicéntrico centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en hombres que tienen sexo con otros hombres en El Salvador.
- Ministry of Health Jamaica (2002). *Jamaica HIV/AIDS/STI National Strategic Plan 2002–2006*. Ministry of Health.
- Ministry of Health Malaysia, WHO (2004). Consensus report on HIV and AIDS—epidemiology in 2004: Malaysia. Ministry of Health and WHO. Kuala Lumpur.
- Ministry of Health People's Republic of China/UNAIDS (2005). *Update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing.
- Министерство здравоохранения Украины (2005). Украина: национальный отчет о выполнении решений Декларации ССГАООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом – отчетный период 2003-2004 гг.
- Молотилев В. и др. (2003). Быстрый рост ВИЧ-инфекций в Орловской области, Российская Федерация, 1999-2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52:657-660.
- Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Network. Sex Work and HIV/AIDS in Asia. MAP.
- OSI (2004). Harm reduction news: fighting for prison health. Open Society Institute. Fall 2004, volume 5, issue 3.
- Pan-Caribbean Partnership on HIV/AIDS (2002). *The Caribbean regional strategic framework for HIV/AIDS 2002–2006*. Available at <http://www.caricom.org/jsp/projects/hiv-aidsstrategicframework.pdf>
- Peck JA et al. (2005). Sustained reductions in drug use and depression symptoms from treatment for drug abuse in methamphetamine-dependent gay and bisexual men. *Journal of Urban Health*, 82(Suppl.1):i100–108.
- Pisani E, Dili STI survey team (2004). *HIV, STIs and risk behaviour in East Timor: an historic opportunity for effective action*. Dili, East Timor, Family Health International. Available at http://www.oxfam.org.au/world/asia/east_timor/hivsti.pdf
- Pisani et al. (2004). HIV, syphilis infection, and sexual practices among transgenders, male sex workers, and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. *Sex Transmitted Infection*, 80(6):536–40. December 2004.
- Министерство юстиции Российской Федерации (2004). Информация ГУИН и Российского федерального центра СПИДа.
- Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominica (2005). De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004. March. Santo Domingo, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, USAID–FHI/CONECTA.
- Шакаришвили А. и др. (2005). Секс-бизнес, употребление наркотиков, ВИЧ-инфекция и распространение инфекций, передающихся половым путем, в Москве, Российская Федерация. *The Lancet*, 366:57-60.
- Simooya OO, Sanjoko N (2006). HIV/AIDS is still a double sentence in prisons. *BMJ*, 332(7533):119–20. 14 January 2006. Available at <http://press.psprings.co.uk/bmj/january/ltr118.pdf>
- Stöver H, Nelles J (2003). Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*.
- South China Morning Post (2005). High-risk HIV threat for gays in Shenzhen. 23 May 2005.
- Sullivan LE et al. (2005). Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users. *Addiction*, 100:150–58.
- Tran TN et al. (2004). *Drug use among female sex workers in Hanoi, Viet Nam, 2004*. Available at http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/publications/Tran_Addiction_04-05.pdf
- UNAIDS (1996). *HIV/AIDS in prisons—statement by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*. Geneva, Presentation to the United Nations Commission on Human Rights. April 1996.

- UNAIDS (1998). *Expanding the global response to HIV/AIDS through focused action: reducing risk and vulnerability: definitions, rationale and pathways*. Geneva, UNAIDS Best Practice Collection. Available at http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC171-ExpGlobResp_en.pdf
- UNAIDS (2000a). Female sex worker HIV prevention projects: lessons learnt from Papua New Guinea, India and Bangladesh. Geneva, Best Practice Collection. Available at http://wmc.who.int/images/uploaded/Female_sex_worker%20%20.pdf
- UNAIDS (2000b). AIDS and men who have sex with men. Technical update, May 2000.
- UNAIDS (2002). *Sex work and HIV/AIDS. Technical Update*. Available at http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC705-SexWork-TU_en.pdf
- ЮНЭЙДС (2003). Отчет о ходе работы – 2003 г.: Глобальный ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа, ЮНЭЙДС, 2003. Приложение 16. Можно найти по адресу: http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_en.php?ID=2773_201&ID2=DO_TOPIC
- ЮНЭЙДС (2005а) *Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2005 г.* Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу/Всемирная организация здравоохранения.
- UNAIDS (2005b). A scaled-up response to AIDS in Asia and the Pacific. Geneva. Available at http://data.unaids.org/UNA-docs/REPORT_ICAAP_01July05_en.pdf
- UNAIDS (2005c). Joint UNAIDS statement on HIV prevention and care strategies for drug users. Geneva. Available at http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/cco_idupolicy_en_pdf.pdf
- UNAIDS (2005d). *Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper*.
- UNODC (2004). *2004 World drug report*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.
- USAID (2004). *How to integrate gender into HIV/AIDS programs: using lessons learned from USAID and partner organizations*. Gender and HIV/AIDS Task Force Interagency Gender Working Group (IGWG), United States Agency for International Development (USAID).
- USAID et al. (2004) *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*. USAID, UNAIDS, WHO, CDC and the Policy Project. Available at http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/coverage/en/
- US Department of State (2004). *Victims of trafficking and violence protection act of 2000: trafficking in persons report 2004*. Washington, United States Department of State. Available at <http://www.state.gov/g/tip/rls/tiprpt/2004/>
- Vancouver Coastal Health Authority (2005). Unpublished data.
- Walmsley R (2005). *World prison population list* (sixth edition). Kings College London, International Centre for Prison Studies. Available at <http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/world-prison-population-list-2005.pdf>
- WHO (2005). *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. World Health Organization, May 2005. Available at <http://www.euro.who.int/document/e85877.pdf>
- Wolfe D (2005). *Opportunities lost: HIV prevention, harm reduction and the Russian funding gap*. International Harm Reduction Development Program (IHRD). 31 August 2005.
- World Bank (2005). Global HIV/AIDS Program of Action. Available at <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1127498796401/GHAPAFinal.pdf>

Глава 6 | КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ

- Auvert B et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PloS Medicine*, 2(11):e298.
- Bunnell R (2006). Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. *AIDS*, 20(1):85–92.
- CDC (2001). Updated U.S. public health service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50:RR11:1–42.

- CDC (2003). Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV: recommendations of CDC, the Health Resources and Services Administration, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52(RR-12).
- Cohen DA, Farley TA (2004). Social marketing of condoms is great, but we need more free condoms. *Lancet*, 364:13–14.
- Cowan F (2002). Adolescent reproductive health interventions. *Sexually Transmitted Infections*, 78:315–18.
- Crepaz N et al. (2005). Systematic review of HIV prevention interventions in reducing sexual risk behaviors among HIV+ persons. Abstract No. TP-50. Atlanta, National HIV Prevention Conference. 12–15 June 2005.
- Dallabetta G, Neilson G (2004). Efforts to control sexually transmitted infections as a means to limit HIV transmission: what is the evidence? *Current HIV/AIDS Report*, 1(4):166–71.
- Degraft-Johnson J et al. (2005). HIV voluntary counseling and testing service preferences in a rural Malawi population. *AIDS Behavior*, 27:1–10.
- Denning PH, Campsmith ML (2005). Unprotected anal intercourse among HIV-positive men who have a steady male sex partner with negative or unknown HIV serostatus. *American Journal of Public Health*, 95(1):152–58.
- Elwy R et al. (2002). Effectiveness of interventions to prevent sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus in heterosexual men. *Archives of Internal Medicine*, 162:1818–30.
- Fleming DT, Wasserheit JN (1999). From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*, 75:3–17.
- Flys T et al. (2005). Sensitive drug-resistance assays reveal long-term persistence of HIV-1 variants with the K103N nevirapine (NVP) resistance mutation in some women and infants after the administration of NVP: HIVNET 012. *Journal of Infectious Diseases*, 192:24–29.
- Freeman E et al. (2005). Herpes simplex virus type 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal analysis. (In press).
- Gallant M, Maticka-Tyndale E. School-based HIV prevention programmes for African youth. *Social Science & Medicine*, 58(7):1337–51.
- Global HIV Prevention Working Group (2004). HIV prevention in the era of expanded treatment access. Seattle, Bill and Melinda Gates Foundation and Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Global HIV/AIDS Vaccine Enterprise (2005). The Global HIV/AIDS Vaccine Enterprise: scientific strategic plan. *Public Library of Science, Medicine*, 2(2):e25.
- Grown C, Gupta GR, Pande R (2005). Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet*, 365:541–43.
- Halperin DT, Epstein H (2004). Concurrent sexual partnerships help to explain Africa's high HIV prevalence: implications for prevention. *Lancet*, 364:4–6.
- Halperin DT et al. (2004). The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV. *Lancet*, 364:1913–15.
- Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJF (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD & AIDS*, 15:7–16.
- Hoffman S et al. (2004). The future of the female condom. *International Family Planning Perspectives*, 30(3):139–45.
- Hook EW, Peeling RW (2004). Syphilis control—a continuing challenge. *New England Journal of Medicine*, 351(2):122–24.
- ILO (2005). Guidelines for the transport sector. Geneva, ILO.
- International AIDS Society (2005). Building collaboration to advance HIV prevention: global consultation on tenofovir pre-exposure prophylaxis research. International AIDS Society.
- IPPF (2003a). Vision 2000 funds: PROFAMIL project, Haiti. International Planned Parenthood Federation.

- IPPF (2003b). Vision 2000 funds: male involvement project, Kenya. International Planned Parenthood Federation.
- Jackson JB et al. (2003). Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 362:859–68.
- Johnson J et al. (2005). Emergence of drug-resistant HIV-1 after intrapartum administration of single-dose nevirapine is substantially underestimated. *Journal of Infectious Disease*, 192:16–23.
- Jourdain G et al. (2004). Intrapartum exposure to nevirapine and subsequent maternal responses to nevirapine-based antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 351(3):229–40.
- Kirby D et al. (2005). Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviours of youth in developing and developed countries. FHI/YouthNet. Youth Research Working Paper No. 2.
- Lowicki-Zucca M, Spiegel P, Ciantia F (2005). AIDS, conflict and the media in Africa: risks in reporting bad data badly. *Emerging Themes in Epidemiology*. doi:10.1186/1742–7622–2–12.
- MAP (2005). Sex work and HIV/AIDS in Asia. Monitoring the AIDS Pandemic Network.
- Meekers D, Agha S, Klein M (2005). The impact on condom use of the “100% Jeune” social marketing program in Cameroon. *Journal of Adolescent Health*, 36(6):530.
- Merson MH et al. (2000). Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. *AIDS*, 14(Suppl. 2):S68–S84.
- Moore JP (2005). Topical microbicides become topical. *New England Journal of Medicine*, 352(3):298–300.
- Pettifor AE et al. (2004). Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS*, 18:1435–42.
- Prata P, Vahidnia F, Fraser A (2005). Gender and relationship differences in condom use among 15–24-year-olds in Angola. *International Family Planning Perspectives*, 31(4):192–99.
- Reynolds SJ et al. (2004). Male circumcision and risk of HIV-1 and other sexually transmitted infections in India. *Lancet*, 363:1039–40.
- Richardson JL et al. (2004). Effect of brief safer-sex counseling by medical providers to HIV-1 seropositive patients: a multi-clinic assessment. *AIDS*, 18(8):1179–86.
- Ross JS, Labbok MH (2004). Modeling the effects of different infant feeding strategies on infant survival and mother-to-child transmission of HIV. *American Journal of Public Health*, 94(7):1174–80.
- Salomon JA, Hogan DR, Stover J, Stanecki KA, Walker N, et al. (2005). Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact. *Public Library of Science, Medicine*, 2(1):e16.
- Santelli J et al. (2006). Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. *Journal of Adolescent Health*, 38(1):72–81.
- Schmid GP et al. (2004). Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 363:482–88.
- Siegfried N et al. (2005). HIV and male circumcision—a systematic review with assessment of the quality of studies. *Lancet Infectious Diseases*, 5:165–73.
- Singh S et al. (2005). HIV in Nepal: is the violent conflict fuelling the epidemic? *PLoS Medicine*, 2(8):e216.
- Stover J (2005). Estimating the global impact of an AIDS vaccine. International AIDS Vaccine Initiative.
- Stover J et al. (2006). The global impact of scaling-up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. *Science*. DOI:10.1126/science1121176.
- Thielman NM et al. (2006). Cost-effectiveness of free HIV voluntary counseling and testing through a community-based AIDS service organization in Northern Tanzania. *American Journal of Public Health*, 96(1).
- ЮНЭЙДС (2001). Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2001 г. ЮНЭЙДС.
- UNAIDS (2005a). Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper. UNAIDS.
- UNAIDS (2005b). Resources needs for an expanded response to AIDS in low and middle income countries.

- UNAIDS (2006). Creating effective partnerships for HIV prevention trials: report of a UNAIDS Consultation, Geneva 20–21 June 2005. *AIDS*, 20(6):W1–W11.
- UNAIDS et al. (2005c). Joint UNAIDS statement on HIV prevention and care strategies for drug users.
- UNAIDS/ILO/ICFTU (2006). Global reach: how trade unions are responding to HIV and AIDS, case studies of union actions. UNAIDS.
- UNAIDS/UNHCR (2005). Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations. UNAIDS.
- UNAIDS/WHO (2004). UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing.
- Underwood C et al. (2006). Reducing the risk of HIV transmission among adolescents in Zambia: psychosocial and behavioral correlates of viewing a risk-reduction media campaign. *Journal of Adolescent Health*, 38(1):55.e1–55.e13.
- UNDP/UNAIDS (2004). Thailand's response to HIV/AIDS: progress and challenges. UNDP.
- UNFPA (2004a). The New York call to commitment: linking HIV/AIDS and sexual and reproductive health. Available at http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/321_filename_New%20York%20Call%20to%20Commitment.pdf
- UNFPA (2004b). The Glion call to action on family planning and HIV/AIDS in women and children. 3–5 May 2004. Available at http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/333_filename_glion_cal_to_action.pdf
- UNFPA (2005). Sexual and reproductive health & HIV/AIDS: a framework for priority linkages. Available at http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/501_filename_framework_priority_linkages.pdf
- UNFPA et al. (2004). Position statement on condoms and HIV prevention. Available at http://data.unaids.org/una-docs/condom-policy_jul04_en.pdf
- UNFPA et al. (2005). UNAIDS statement on South African trial findings regarding male circumcision and HIV. Available at <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr32/en/>
- UNHCR (2005). Refugees, HIV and AIDS: UNHCR's strategic plan 2005–2007. UNHCR.
- UNICEF (2005). Girls, HIV/AIDS and education. UNICEF.
- USAID et al. (2004). Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low- and middle-income countries in 2003. Policy Project for USAID.
- Weber J et al. (2005). The development of vaginal microbicides for the prevention of HIV transmission. *PLoS Medicine*, 2(5):e142.
- Weiss H et al. (2000). Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 14:2361–70.
- WFP (2004). Getting started: WFP support to the prevention of mother-to-child transmission of HIV and related programmes. WFP, October 2004. Available at http://www.wfp.org/food_aid/doc/Getting_Started.pdf
- WFP (2006). Getting started: WFP support to HIV/AIDS training for transport and contract workers. WFP, March 2006.
- WHO (2005a). Countries offering free access to HIV treatment—fact sheet. WHO.
- WHO (2005b). Sexually transmitted and other reproductive tract infections. WHO.
- WHO (2005c). The safety of immunization practices improves over last five years, but challenges remain. News Release, 11 November 2005. Geneva, WHO.
- WHO et al. (1999). WHO/UNICEF/UNFPA joint statement on the use of auto-disable syringes in immunization services.
- Wilson TE et al. (2004). Changes in sexual behavior among HIV-infected women after initiation of HAART. *American Journal of Public Health*, 94(7):1141–47.

Wong ML, Chan R, Koh D (2004). Long-term effects of condom promotion programmes for vaginal and oral sex on sexually transmitted infections among sex workers in Singapore. *AIDS*, 18(8):1195–99.

Глава 7 | ЛЕЧЕНИЕ И УХОД

Baingana F, Thomas R, Comblain C (2004). HIV/AIDS and mental health. HNP discussion paper. World Bank.

Bates I et al. (2004). Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infectious Disease*, 4:368–75.

Beckmann S et al. (2005). HIV/AIDS workplace programmes and public-private-partnerships (PPP) through co-investment: extension of treatment and care into the community. ILO.

Bicanic T et al. (2005). Antiretroviral roll-out, antifungal roll-back: access to treatment for cryptococcal meningitis. *Lancet Infectious Diseases*, 5:530–31.

Bonacini M et al. (2004). Survival in patients with HIV infection and viral hepatitis B or C: a cohort study. *AIDS*, 18(15):2039–45.

Bonnett F et al. (2005). Opportunistic infections as causes of death in HIV-infected patients in the HAART era in France. *Scandinavian Journal of Infectious Disease*, 37(6–7):482–87.

Bonolo PD et al. (2005). Non-adherence among patients initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. *AIDS*, 19(Suppl. 4):S5–13.

Bunnel R et al. (2006). Changes in sexual behaviour and risk of HIV transmission after ART and prevention interventions in rural Uganda. *AIDS*, 20:85–92.

CDC (2003). Hepatitis C Virus and HIV Coinfection. Available at http://www.cdc.gov/idu/hepatitis/hepc_and_hiv_co.pdf.

Chintu C et al. (2004). Co-trimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 364:1865–71.

Cooper CL (2005). Therapeutic interventions for HIV infection and chronic viral hepatitis. *Clinical Infectious Diseases*, 41(Suppl. 1):S69–72.

Da Silva CG et al. (2005). Optimistic perception of HIV/AIDS, unprotected sex and implications for prevention among men who have sex with men, Sao Paulo, Brazil. *AIDS*, 19(Suppl. 4):S31–36.

Degraft-Johnson J et al. (2005). HIV voluntary counseling and testing service preferences in a rural Malawi population. *AIDS Behaviors*, 9(4):475–484. December 2005

Deutsche Press-Agentur (2005). Doctors Without Borders blasts Nigeria's approach to HIV/AIDS. 6 December 2005.

Ellman T, Culbert H, Torres-Feced V (2005). Treatment of AIDS in conflict-affected settings: a failure of imagination. *Lancet*, 365(9456):278–8

Felkin DR et al. (2004). Global strategies to prevent bacterial pneumonia in adults with HIV disease. *Lancet Infectious Diseases*, 4:445–55.

Gayle H, Lange JM (2004). Seizing the opportunity to capitalize on the growing access to HIV treatment to expand HIV prevention. *Lancet*, 364:6–7.

Global HIV Prevention Working Group (2004). HIV prevention in the era of expanded treatment access.

Gordillo V et al. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13:1767.

Harding R, Higginson IJ (2005). Palliative care in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 365:971–77.

Havlic DV, Hammer SM (2005). Patents versus patients? Antiretroviral therapy in India. *New England Journal of Medicine*, 353(8):749–51.

- МПК (2004). *Руководящие принципы осуществления мер вмешательства в связи с ВИЧ/СПИДом в условиях чрезвычайной ситуации*. Целевая группа Межучрежденческого постоянного комитета (МПК) по ВИЧ/СПИДу в условиях чрезвычайной ситуации. Можно найти по адресу: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/249_filename_guidelines-hiv-emer.pdf
- Karim S et al. (2004). Implementing antiretroviral therapy in resource-constrained settings: opportunities and challenges in integrating HIV and tuberculosis care. *AIDS*, 18(7):975–79.
- Karuru JW et al. (2005). Prevalence of HCV and HCV/HIV co-infection among in-patients at the Kenyatta National Hospital. *East African Medical Journal*, 82(4):170–72.
- Kontorinis N, Agarwal K, Dieterich DT (2005). Treatment of hepatitis C virus in HIV patients: a review. *AIDS*, 19(Suppl. 3):S166–73.
- Lucas GM (2005). Antiretroviral adherence, drug resistance, viral fitness and HIV disease progression: a tangled web is woven. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 55(4):413–16.
- McArthur JC, Brew BJ, Nath A (2005). Neurological complications of HIV infection. *Lancet Neurology*, 4:543–55.
- McComsey GA, Leonard E (2004). Metabolic complications of HIV therapy in children. *AIDS*, 18(13):1753–68.
- Narasimhan V et al. (2004). Responding to the global human resources crisis. *Lancet*, 363:1469–72.
- Nelson LJ et al. (2005). Antituberculosis drug resistance and anonymous HIV surveillance in tuberculosis patients in Botswana, 2002. *Lancet*, 366:488–90.
- Nemes MIB et al. (2004). Antiretroviral adherence in Brazil. *AIDS*, 18(Suppl. 3):S15–S20.
- Norrby SR et al. (2005). Lack of development of new antimicrobial drugs: a potential serious threat to public health. *Lancet Infectious Diseases*, 5:115–19.
- Obaro SK, Pugatch D, Luzuriaga K (2004). Immunogenicity and efficacy of childhood vaccines in HIV-1-infected children. *Lancet Infectious Diseases*, 4:510–18.
- Okere IN et al. (2005). Antimicrobial resistance in developing countries. Part I: recent trends and current status. *Lancet Infectious Diseases*, 5:481–93.
- Open Society Institute (2004). *Breaking down barriers: lessons on providing HIV treatment to injection drug users*. Open Society Institute.
- Osterberg L, Balsche T (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5):487–97.
- Over M et al. (2004). *HIV/AIDS treatment and prevention in India: modelling the cost and consequences*. World Bank.
- Paterson D et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133:21–30.
- Petersen PE et al. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization. Print ISSN 0042–9686.
- Quinn TC et al. (2000). Viral load and heterosexual transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *New England Journal of Medicine*, 342(13):921–29.
- Salomon JA et al. (2005). Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact. *PLoS Medicine*, 2:e16.
- Severe P et al. (2005). Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *New England Journal of Medicine*, 353(22):2325–34.
- Siegel K, Karus D, Dean L (2004). Psychosocial characteristics of New York City HIV-infected women before and after the advent of HAART. *American Journal of Public Health*, 94(7):1127–32.
- Singh N et al. (1999). Adherence of Human Immunodeficiency Virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 29(4):824–30.
- Sobhani I et al. (2004). Anal carcinoma: incidence and effect of cumulative infections. *AIDS*, 18(11):1561–69.
- Spiegel PB, Qassim M (2003). Forgotten refugees and other displaced populations. *Lancet*, 362:72–74.

Spiegel P, Harroff-Tavel H (2006). HIV/AIDS and internally displaced persons in 8 priority countries. Geneva, UNHCR and IDD, OCHA. January 2006.

Thielman et al. (2006). Cost-effectiveness of free HIV voluntary counseling and testing through a community-based AIDS service organization in Northern Tanzania. *American Journal of Public Health*, 96(1):114–9

UNAIDS (2005a). Access to treatment in the private-sector workplace: the provision of antiretroviral therapy by three companies in South Africa. UNAIDS Best Practice Collection.

ЮНЭЙДС (2005 b). Развитие эпидемии СПИДа. ЮНЭЙДС

UNAIDS (2005c). Making the money work through greater UN support for AIDS responses: the 2006–2007 consolidated UN technical support plan for AIDS. UNAIDS.

UNAIDS Global Resource Tracking Consortium (2004). National spending for AIDS 2004. UNAIDS.

ПРООН (2005). Доклад о развитии человека. ПРООН.

UNHCR (2005). Refugees, HIV and AIDS: UNHCR's strategic plan 2005–2007.

UNHCR (2006). Antiretroviral therapy for refugees (draft). UNHCR.

UNHCR/WFP (2004). Integration of HIV/AIDS activities with food and nutrition support in refugee settings: specific programme strategies. Geneva, UNHCR and WFP. USAID et al. (2003). The level of effort in the national response to HIV/AIDS: the AIDS Program Effort Index (API), 2003 round. POLICY Project, Futures Group.

ВОЗ (2004). Расширение масштабов антиретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов. Руководство по лечению для системы общественного здравоохранения. ВОЗ.

WHO (2005a). Technical and operational recommendations for scale-up of laboratory services and monitoring HIV antiretroviral therapy in resource-limited settings. WHO.

WHO (2006a). Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings, towards universal access: recommendations for a public health approach (2006 revision).

WHO (2006b). IMAI (website) Available at <http://www.who.int/hiv/pub/imai/en/>

WHO/UNAIDS (2004). Guidance on ethics and equitable access to HIV treatment and care. WHO.

ВОЗ/ЮНЭЙДС (2005b). Ход работы по обеспечению доступа к антиретровирусной терапии против ВИЧ. Информация о выполнении инициативы «3 к 5». ВОЗ

Wood E et al. When to initiate antiretroviral therapy in HIV-1-infected adults: a review for clinicians and patients. *Lancet Infectious Diseases*, 5:407–14.

World Bank (2005). The World Bank's global HIV/AIDS programme of action. World Bank.

Глава 8 | УМЕНЬШЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭПИДЕМИИ СПИДА

Abadia-Barrero CE and Castro A (2005). Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. *Social Science and Medicine*. Available at http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16099573

Agha S, Balal A and Ogojo-Okello F (2004). The impact of a microfinance program on client perceptions of the quality of care provided by private sector midwives in Uganda. *Health Services Research*, 39(6.2):2081–100. Available at <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1111/j.1475-6773.2004.00333.x/enhancedabs/>

Boler T and Jellema A (2005). *Deadly inertia: a cross country study of educational responses to HIV/AIDS*. Brussels, Global Campaign for Education. Available at <http://www.campaignforeducation.org/resources/Nov2005/ENGLISHdeadlyinertia.pdf>

Brown L, Macintyre K, Trujillo L (2001). *Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned?* The Population Council. Available at <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/litrvwstgdisc.pdf>

Centre for Development Policy Research (2005). *Unequal prospects: disparities in the quantity and quality of labour supply in sub-Saharan Africa (World Bank employment issues regional stocktaking review paper 1: labour supply)*. London, Centre for Development Policy Research, School of Oriental and African Studies, University of London. Available at <http://siteresources.worldbank.org/INTLM/Resources/UnequalProspects.pdf>

CGAP (2003). *Microfinance and HIV/AIDS*. Washington, Consultative Group to Assist the Poor. Available at http://www.cgap.org/docs/DonorBrief_14.pdf

Chaguturu S, Vallabhaneni S (2005). Aiding and abetting—nursing crises at home and abroad. *New England Journal of Medicine*, 353(17):1761–3. Available at http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&anddb=PubMedanddopt=Citationandlist_uids=16251530

FAO (2004). *Property and a piece of land give women peace of mind*. Harare, FAO, UNIFEM and National AIDS Council Joint National Workshop on HIV and AIDS, Women's Property Rights and Livelihoods in Zimbabwe. Available at http://www.sahims.net/doclibrary/Sahims_Documents/FAO,%20UNIFEM%20NAC%20report.pdf

FAO (2006). Junior farmer field and life schools (webpage). Available at http://www.fao.org/bestpractices/content/11/11_04_en.htm

FAO/Government of Zambia (2004). *Strengthening institutional capacity in mitigating HIV/AIDS impact on the agricultural sector—potential mitigation interventions*. Rome, FAO—Lusaka and Ministry of Agriculture and Cooperatives, Republic of Zambia. Available at <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5656e/y5656e00.pdf>

FHI (2005). *Adolescents: orphaned and vulnerable in the time of HIV/AIDS*. Washington, Family Health International. Available at <http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/YouthIssuesPapers.htm>

Foan L, Irwin B (2004). Mitigation of the economic impact of HIV/AIDS on women, vulnerable children and orphans through asset protection (abstract). Available at http://www.iasociety.org/abstract/show.asp?abstract_id=2174501 (accessed 12 January 2006)

GBC (2006). Global Business Coalition on HIV/AIDS website. Available at <http://www.businessfightsaids.org/site/apps/nl/content.asp?c=gwKXJfNVJtFandb=1009003andct=1366193> (accessed 20 February 2006)

Global Partners Forum (2006). Free up and open up: the elimination of school fees. Background paper at the technical consultation of Global Partners Forum on Children Affected by HIV AND AIDS, February 2006, convened by UNICEF and the UK Department for International Development (DFID).

HelpAge International (2005). *AIDS: the frontline. Supporting older carers of people living with HIV/AIDS and orphaned children in Mozambique, South Africa and Sudan*. London, HelpAge International. Available at <http://www.helpage.org/Resources/Researchreports>

Human Rights Watch (2005). *Letting them fail: government neglect and the right to education for children affected by AIDS*. New York, Human Rights Watch. Available at <http://hrw.org/reports/2005/africa/1005/index.htm>

IATT (2003). *HIV/AIDS and education: a strategic approach*. Paris, UNAIDS Inter Agency Task Team on Education (IATT), UNESCO/IIEP.

IATT (2006). *Education sector global HIV & AIDS readiness survey 2004: policy implications for education & development*. Paris, UNAIDS Inter Agency Task Team on Education (IATT), UNESCO/IIEP.

MOT (2001). *Свод практических правил МОТ по ВИЧ/СПИДу и сфере труда*. Женева. Можно найти по адресу: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/code/codemain.htm>

ILO et al. (2006). *Global reach: how trade unions are responding to HIV/AIDS*. Geneva, ILO, UNAIDS, ICFTU, Global Unions.

ILO/IPEC (2003). *HIV/AIDS and child labour in sub-Saharan Africa: synthesis report. A state-of-the-art review with recommendations for action*. Geneva, International Labour Organization, International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC). Available at <http://www.ilo.org/public/english/standards/ipecc/publ/hiv/>

ILO/WHO (2005). *Joint ILO/WHO guidelines on health services and HIV/AIDS*. Geneva, International Labour Organization and World Health Organization. Available at www.who.int/hiv/pub/prev_care/healthservices/en/index.html

Jayne TS et al. (2004). *Interactions between the agricultural sector and the HIV/AIDS pandemic: implications for agricultural policy*. Rome, Food and Agriculture Organization (FAO). Available at <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/ae061e/ae061e00.pdf>

- Joint Learning Initiative (2004). *Human resources for health: overcoming the crisis*. Global Equity Initiative. Cambridge, Mass., Harvard University Press. Available at <http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>
- Kourta D (2005). Un atelier régional à Alger. *Al Watan*. Alger. 13 November 2005.
- Mahendra VS, Gilborn L (2006). *Improving the hospital environment of HIV-positive people in India: findings from a pilot study on addressing AIDS-related stigma and discrimination*. Horizons/Population Council.
- Mather D et al. (2004). *A cross-country analysis of household responses to adult mortality in rural sub-Saharan Africa: implications for HIV/AIDS mitigation and rural development policies*. Department of Agricultural Economics, Michigan State University. Available at <http://www.aec.msu.edu/agecon/fs2/papers/idwp82forreview.pdf>
- Mathison S (2005). *Economy and epidemic. Microfinance and HIV/AIDS in Asia*. Brisbane, The Foundation for Development Cooperation. Available at <http://www.fdc.org.au/Files/Microfinance/Microfinance%20and%20HIV-AIDS.pdf>
- Meintjes H et al. (2003). *Children in need of care or in need of cash? Questioning social security provisions for orphans in the context of the South African AIDS pandemic*. Children's Institute, University of Cape Town. Available at http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_en.php?ID=3347_201andID2=DO_TOPIC
- Mobile Task Team (2005). *Education access and retention for educationally marginalised children: innovations in social protection*. Johannesburg, Mobile Task Team on the Impact of HIV/AIDS on Education (MTT), University of Kwazulu-Natal. Available at <http://www.mttaids.com/site/files/5562/MTT%5FUNICEF%5FReport%2Epdf>
- Murray U (2005). *Promoting gender-sensitive entrepreneurship via microfinance institutions*. Rome, Paper presented at FAO Headquarters on International Women's Day. Available at http://www.fao.org/sd/dim_pe1/pe1_050401_en.htm
- Onwujekwe O and Uzochukwu B (2005). Socio-economic and geographic differentials in costs and payment strategies for primary healthcare services in Southeast Nigeria. *Health Policy*, 71(3):383–97. Available at http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15694504
- Pal K et al. (2005). Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise. *Issues in Social Protection*. Discussion Paper 13. ILO. June 2005.
- PDA (2005). The positive partnership project: micro credit loans for people living with and affected by HIV/AIDS in Thailand (and border areas). Population and Community Development Association (PDA). Available at http://www.pda.or.th/eng/posivite_project.htm (accessed 8 January 2005)
- Peltzer K et al. (2005). *Educator supply and demand in the South African public education system: integrated report*. Johannesburg, Human Sciences Research Council. Available at <http://www.hsrcpress.ac.za/index.asp?id=2119>
- Prywes M et al. (2004). *Costs of projects for orphans and other vulnerable children: case studies in Eritrea and Benin*. Washington, DC, Social Protection Team, World Bank Human Development Network. Available at <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS%5FIBank%5FServlet?pcont=details&eid=000012009%5F20041012101822>
- Russell S (2004). The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71(Suppl. 2):147–55. Available at http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15331831
- Russell S (2005). *Justice for widows and orphans in Zambia*. Geneva, The Global Coalition on Women and AIDS. Available at http://www.womenandaids.unaids.org/regional/jwop1_13%20May05.doc
- Save the Children, HelpAge International and Institute of Development Studies (2005). *Making cash count: lessons from cash transfer schemes in east and southern Africa for supporting the most vulnerable children and households*. London, Save the Children UK. Available at http://www.savethechildren.org.uk/scuk_cache/scuk/cache/cmsattach/3604_Making_Cash_Count_final.pdf
- Schuler N et al. (2005). *Lessons and experiences from mainstreaming HIV/AIDS into urban/water (AFTU1 and 2) projects, Vol. 1 of 1*. Washington, World Bank. Available at http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000012009_20051019135310

- Sengwana M, Quinlan T (2004). *Review of studies of socio-economic impact of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Durban, Health Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD) of the University of KwaZulu Natal, Durban, South Africa.
- Sibale B, Kachale E (2004). *Educational perspectives related to the impact of the HIV/AIDS pandemic on child labour in Malawi*. Geneva, ILO International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC). Available at <http://www.ilo.org/iloroot/public/english/standards/ipec/doc-view.cfm?id=121>
- Stillwaggon E (2005). *The ecology of poverty: nutrition, parasites, and vulnerability to HIV/AIDS*. HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action, Durban, South Africa. Available at <http://www.ifpri.org/events/conferences/2005/durban/papers/stillwaggonWP.pdf>
- Thirumurthy H, Graff-Zivin J, Goldstein M (2005). *The economic impact of AIDS treatment: labor supply in Western Kenya*. NBER Working Paper No. 11871.
- UBS, FandC Asset Management (2005). *HIV/AIDS beyond Africa: managing the financial impacts*. London, FandC Asset Management. Available at http://www.fandc.com/uploadFiles/co_gsri_hiv_aids_report_may_05.pdf
- UN Population Division (2005). *World population prospects: the 2004 revision*. New York, Dept. of International Economic and Social Affairs, United Nations. Available at http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004Highlights_finalrevised.pdf
- ЮНЭЙДС (2005). *Стигма, дискриминация и нарушения прав человека в связи с ВИЧ: Тематические исследования успешных программ*. Женева, Сборник ЮНЭЙДС «Лучшая практика». Можно найти по адресу: http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/jc999-hrviolations_en_pdf.pdf
- UNAIDS (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministry of Health, People's Republic of China and UNAIDS.
- UNAIDS/UNHCR (2005). *Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations*. Geneva, UNAIDS and the United Nations High Commissioner for Refugees. Available at http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1157-refugees_en_pdf.pdf
- UNDP (2005). *Hoping and coping: a call for action—the capacity challenge of HIV/AIDS in least developed countries*. New York, United Nations Development Programme and the Office of the High Representative for the Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States. Available at http://www.undp.org/hiv/docs/hoping_and_coping_final.pdf
- UNESCO (2005a). *EFA global monitoring report 2006*. Paris, UNESCO. 2005.
- UNESCO (2005b). *Towards an AIDS-free generation: the global initiative on HIV/AIDS and education*. Paris, International Institute for Educational Planning, UNESCO. Available at <http://www.unesco.org/iiep>
- UNICEF (2005a). *Innovations in social protection in eastern and southern Africa: reaching the most vulnerable children in the context of HIV and AIDS. An integrated summary report on education, public works and cash transfer programmes*. Nairobi, UNICEF Eastern and Southern Africa.
- UNICEF (2005b). *Progress for children: a report card on gender parity and primary education*. New York, UNICEF. Available at <http://www.unicef.org/progressforchildren/2005n2/>
- UNICEF/UNAIDS (2004). *Framework for the protection, care and support of orphans and vulnerable children*. New York. Available at http://www.unicef.org/aids/files/Framework_English.pdf
- USAID et al. (2005). *Working report measuring HIV stigma: results of a field test in Tanzania*. Washington, USAID, ICRW, Department of Psychiatry at Muhimbili University College of the Health Sciences, Policy Project, Horizons, Synergy Project. Available at http://www.synergyaids.com/documents/StigmaIndicatorsReportFinal_JuneEdited.pdf
- WHO (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization Commission on Macroeconomics and Health. Available at <http://www.un.org/esa/coordination/ecosoc/docs/RT.K.MacroeconomicsHealth.pdf>
- WHO (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization. Available at http://www5.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm?p=0000000682
- WHO (2005a). *The World Health Report 2005: make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization. Available at <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>

WHO (2005b). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization. Available at http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html

Wilton Park/UNICEF (2005). Wilton Park/UNICEF high level policy consultation. Strengthening national responses to children affected by HIV/AIDS: what is the role of the state and social welfare in Africa? 14–16 November 2005

World Bank (2006). *HIV/AIDS and education: accelerating the education sector response to HIV/AIDS*. Available at <http://www.schoolsandhealth.org/HIV-AIDSandEd/Introduction-HIV-AIDSandEducation-Accelerate.htm>

Wu Z et al. (2002). Diffusion of HIV/AIDS knowledge, positive attitudes, and behaviors through training of health professionals in China. *AIDS Education and Prevention*, 14(5):379–90. Available at http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12413184

Глава 9 | ВАЖНАЯ РОЛЬ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

Atlani-Duault L (2005). *Au bonheur des autres: anthropologie de l'aide humanitaire*. Nanterre, Société d'ethnologie.

Berkman A, Parker R, et al. (2005). A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health*, Vol. 95, No.7. July 2005.

Bloom DE, Bloom LR, Steven D, Weston M (2006). Business and HIV/AIDS: a healthier partnership? A global review of the business response to HIV/AIDS 2005–2006. Geneva, World Economic Forum, 2006. Available at http://www.weforum.org/pdf/initiatives/gbs2006_reports.pdf

Boler T, Jellema A (2005). *Deadly inertia: a cross country study of educational responses to HIV/AIDS*. Brussels, Global Campaign for Education. Available at <http://www.campaignforeducation.org/resources/Nov2005/ENGLISHdeadlyinertia.pdf>

Cornman H, Duvvury N (2005). Civil society participation in Global Fund governance: recommendations and actionable items. Working Paper Series, International Center for Research on Women. April 2005.

Dimmock F (2006). Christian health associations in Africa. PowerPoint presentation to Christian Connections for International Health Annual Conference, May 2006. Available at http://www.ccih.org/conferences/presentations/2005/CHAs-dimmock_files/frame.htm

Global Fund (2005a). *Revised guidelines on purpose, structure and composition of country coordinating mechanisms and requirements for grant eligibility*. Geneva, Technical Evaluation Reference Group, The Global Fund.

Global Fund (2005b). *Report on the assessment of country coordinating mechanisms: performance baseline*. Geneva, Technical Evaluation Reference Group, The Global Fund.

Global Fund (2006). Available at <http://www.theglobalfund.org>

Halmshaw C, Hawkins K (2004). Capitalising on global HIV/AIDS funding: the challenge for civil society and government. *Reproductive Health Matters*, 12(24):35–41.

IATT (2006). *Education sector global HIV & AIDS readiness survey 2004: policy implications for education & development*. Paris, UNAIDS Inter Agency Task Team on Education (IATT), UNESCO/IIEP.

ICASO (2004a). In-country monitoring of the implementation of the Declaration of Commitment adopted at the UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS: a four-country pilot study.

ICASO (2004b). *NGO perspectives on the Global Fund: a report prepared by the International Council of AIDS Service Organisations*. International Council of AIDS Service Organisations.

ICASO (2005). *Civil society and the "Three Ones": capacity building towards effective multisectoral national AIDS responses*. International Council of AIDS Service Organisations.

IFRC (2006). Available at <http://www.ifrc.org/what/health/hivaids/antistigma>

IFRC (2006). Available at http://www.ifrc.org/cgi/pdf_pubs.pl?health/hivaids/NGOCode.pdf

International AIDS Alliance (2004). *NGO capacity analysis: a toolkit for assessing and building capacities for high quality responses to HIV/AIDS*. Frontiers Prevention Project, International AIDS Alliance. July 2004.

Manning R (2002). *The impact of HIV/AIDS on civil society: assessing and mitigating impacts: tools & models for NGOs and CBOs*. Durban, Health Economics & HIV/AIDS Research Division (HEARD), University of Natal. Available at <http://www.eldis.org/static/DOC11102.htm>

NGO HIV/AIDS Code of Practice Project (2004). *Renewing our voice: code of good practice for NGOs responding to HIV/AIDS*. Geneva, NGO HIV/AIDS Code of Practice Project. Available at http://www.ifrc.org/cgi/pdf_pubs.pl?health/hivaids/NGOCODE.pdf

Ogden J and Nyblade L (2005). *Common at its core: HIV-related stigma across contexts*. ICRW (International Center for Research on Women). 2005. Available at http://www.icrw.org/docs/2005_report_stigma_synthesis.pdf

Piot P (2005). Speech to the 17th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board. Geneva. 27 June 2005.

Rawstorne P, Prestage G et al. (2005). Trends and predictors of HIV positive community attachment among PLWHA. *AIDS Care*, 17(5):589–600. July 2005.

Sidaction, UNAIDS and WHO (2005). *Expanding access to HIV treatment through community-based organizations*. Geneva, Sidaction, UNAIDS and WHO, Best Practice Collection.

Terrence Higgins Trust and GNP+ (2005). *Criminalisation of HIV transmission in Europe*. Available at <http://www.tht.org.uk/home/informationresources/publications/policyreports/criminalisationeurope.pdf>

UNAIDS (2005a). Meeting on development of index on human rights, stigma and discrimination by and for people living with HIV: report of the meeting. Geneva, Switzerland. 22–23 August 2005.

UNAIDS (2005b). *The five pillars of UNAIDS*. Available at <http://www.unaids.org>

UNAIDS (2005c). Report from an Eastern and Southern Africa Regional Think Tank Meeting on identifying obstacles, challenges and opportunities faced by people living with HIV and AIDS. 23–25 October 2005.

UNAIDS (2005d). Time for Conscientizacao: revitalising the global movement of people living with HIV. Communiqué from the Nairobi Think Tank meeting of people living with HIV. 28–30 November 2005.

UNAIDS (2006). *The global coalition on women and AIDS: 2005 progress report*. Geneva, UNAIDS

UNAIDS/ILO/ICFTU (2006). *Global reach: how trade unions are responding to HIV and AIDS. Case studies of union action*. UNAIDS, ILO, ICFTU, Global Unions. 2006 (in print).

ВОЗ (2004). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2004 году*. Женева.

World AIDS Campaign (2006). *Stop AIDS, keep the promise*. Available at http://ungasshiv.org/index.php/ungass/ungass/monitoring_ungass_2006

Глава 10 | ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕР ПО БОРЬБЕ СО СПИДОМ

European HIV/AIDS Funders (2005). *European philanthropy and HIV/AIDS*. European Foundation Centre, European HIV/AIDS Funders Group. Available at http://www.efc.be/ftp/public/Orpheus/HIV/EFC10_904_newprint.pdf

Henry J. Kaiser Family Foundation (2005). *HIV/AIDS policy fact sheet: The HIV/AIDS epidemic in the United States*. Menlo Park, California, Henry J. Kaiser Family Foundation. Available at <http://www.kff.org/hivaids/us.cfm>

Funders Concerned about AIDS (2005). *US philanthropic commitments for HIV/AIDS*. New York, Funders Concerned about AIDS. Available at <http://www.fcaids.org/publications/documents/resourcetracking2005.pdf>

G8 (2005). *The Gleneagles Communiqué*. Gleneagles, United Kingdom, G8 Gleneagles 2005. Available at http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/PostG8_Gleneagles_Communique,0.pdf

Global Fund (2005). *Sustaining performance, scaling up results: third progress report 2005*. Geneva, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Work Group (2005). *Tracking funding for microbicide research & Development: estimates of annual investments and expenditures 2000 to 2005*. Geneva, AIDS

Vaccine Advocacy Coalition, Alliance for Microbicide Development, International AIDS Vaccine Initiative, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Available at <http://www.iavi.org/viewfile.cfm?fid=32580>

HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Work Group (2005). *Tracking funding for preventive HIV vaccine research & development: estimates of annual investments and expenditures 2000 to 2005*. Geneva, AIDS Vaccine Advocacy Coalition, Alliance for Microbicide Development, International AIDS Vaccine Initiative, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Available at <http://www.iavi.org/viewfile.cfm?fid=30892>

Kates J (2005). Financing the response to HIV/AIDS in low and middle income countries: funding for HIV/AIDS from the G7 and the European Commission. Menlo Park, California, Henry J. Kaiser Family Foundation. Available at <http://www.kff.org/hivaids/upload/Financing-the-Response-to-HIV-AIDS-in-Low-and-Middle-Income-Countries-Funding-for-HIV-AIDS-from-the-G7-and-the-European-Commission-Report.pdf>

Mullen P (2005). Review of national HIV/AIDS strategies for countries participating in the World Bank's Africa multi-country AIDS program (MAP). Washington, World Bank.

NACC (2004). *Report on the implementation of the Kenyan National HIV/AIDS Strategic Plan*. Nairobi, National AIDS Control Council, Office of the President. Quoted in Kioko U and Njeru E. Kenya. In Hickey and Guthrie, 41.

Ndlovu (2005). An exploratory analysis of HIV and AIDS donor funding in South Africa. Budget Brief No. 155. UNDASA.

OECD (2005). *OECD health data 2005*. October 2005. Available at <http://www.oecd.org/dataoecd/60/27/35529803.xls>

OECD (2006). *Aid rising sharply according to final ODA figures for 2004*. Paris, Organization for Economic Cooperation and Development. Available at <http://www.oecd.org/dataoecd/0/41/35842562.pdf>

Office of the United States Global AIDS Coordinator (2005). *Engendering bold leadership: the president's emergency plan for AIDS relief, first annual report to congress*. Washington, United States Department of State.

SIDALAC, FUNSALUD (2004). Financial indicators of the national responses to HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean, 1999–2002. Mexico City, Regional AIDS Initiative for Latin America and Caribbean (SIDALAC) and Mexican Health Foundation (FUNSALUD). Data tables available at <http://www.sidalac.org.mx>

Stover J, Bollinger L, Walker N, and Monasch R (2005). *Resources required to support orphans and vulnerable children in sub-Saharan Africa*. New York, United Nations Children's Fund.

UNAIDS (2003). *Directions for the future: unifying and intensifying country support*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS (2003). *UNAIDS unified budget and workplan 2004–2005*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS (2004). *Financing the expanded response to AIDS*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS (2005). *Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Available at http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/ResourceNeedsReport_en.pdf

UNAIDS (2005). *The global response to AIDS: making the money work—the Three Ones in action*. Communiqué from the High Level Meeting on the Global Response to AIDS in London. 9 March 2005. Available at: http://www.unaids.org/html/pub/media/information-notes01/in_three_ones_09mar05_en_pdf.pdf

UNAIDS Resource Tracking Consortium (draft not yet published). *National AIDS spending assessments: absorptive capacity, bottlenecks, and out-of-pocket spending*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

United Nations (2005). *World population prospects: the 2004 revision, highlights*. New York, United Nations Secretariat, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Available at <http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/wpp2004.htm>

United Nations (2005). *2005 World Summit outcome: resolution adopted by the General Assembly, 16 September 2005*. New York, United Nations. Available at <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/487/60/PDF/N0548760.pdf?OpenElement>

World Bank (2005). Country Classification. Available at <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>

World Bank (2005). The World Bank's Global HIV/AIDS Program of Action. Washington, World Bank.

Глава 11 | ОПТИМАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ОТВЕТНЫХ МЕР

AMICAALL (2006). Available at <http://www.amicaall.org/>.

APLF et al. (2005). Act now: Asia-Pacific leaders respond to HIV/AIDS. Bangkok, Asia Pacific Leadership Forum on HIV/AIDS and Development. Available at (http://www.aplfaids.com/avocacy_tools.php#act).

Barcellos NT (2005). Consultancy report of Mozambique "Three Ones"/Global Task Team assessment mission. Geneva and London, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS and United Kingdom Department for International Development.

European Health Group (2006 draft). Assessment of the proposal development and review process of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Søborg, Denmark, European Health Group.

Garcia-Calleja et al. (2004). A global analysis of trends in the quality of HIV sero-surveillance. *Sexually Transmitted Infections*, 80(Suppl. 1):i25–i30. London, BMJ Publishing Group Ltd.

Global Fund (2005). Harmonization of Global Fund programs and donor coordination: four case studies with a focus on HIV/AIDS. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Available at http://www.theglobalfund.org/en/files/about/replenishment/harmonization_paper_3rdreplenishment.pdf

International HIV/AIDS Alliance and International Council of AIDS Service Organizations (2005). Discussion paper: civil society and the "Three Ones." Brighton and Toronto, International HIV/AIDS Alliance and International Council of AIDS Service Organizations.

Kenya National AIDS Control Council (2005). Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan (KNASP) for 2005/06 to 2009/10. Nairobi, National AIDS Control Council.

MAP (2004). AIDS in Asia: face the facts. Bangkok, Monitoring the AIDS Pandemic Network.

Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes, and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 40(1):57–64. September 2005.

National Expanded Theme Group on HIV/AIDS Nigeria (2005). *Domestication of the global task team recommendations in Nigeria*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

PAHO et al. (2005). *HIV and AIDS in Latin America and the Caribbean: the evolving epidemic and response and the challenges ahead*. Washington, Pan American Health Organization. (Unpublished draft).

Paris Declaration on Aid Effectiveness (2005). High level forum on joint progress toward enhanced aid effectiveness. 28 February–2 March 2005. Available at <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>

PASCA et al. (2003). Central American multi-site HIV prevalence and behaviour study. Central American AIDS Prevention Project. Available at http://www.pasca.org/english/estudio_informes_eng.htm

Roseberry W, Seale A, Mphuka S (2005). Assessing the application of the "Three Ones Principles" in Zambia, 31 January–11 February –2005. London, Department for International Development Health Systems Resource Centre.

Secretariat of the Pacific Community (2005). *The Pacific regional strategy on HIV/AIDS*. New Caledonia, Secretariat of the Pacific Community. Available at <http://www.aplfaids.com/documents/Final%20Pacific%20Regional%20Strategy%20on%20HIVAIDS.pdf>

Shakow A (2006). Global Fund—World Bank HIV/AIDS programs: comparative advantage study. Geneva and Washington, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and the World Bank.

SIDALAC (2005). Country spending estimates can be found on the web site of the Regional AIDS Initiative for Latin America and the Caribbean (SIDALAC). Available at <http://www.sidalac.org.mx/english/home.html>

Tobias R (2005). Coming together to support national strategies. Statement to the high level forum on the global response to AIDS: making the money work—the “Three Ones” in action, London, 9 March 2005.

UNAIDS (2004). Consultation on harmonization of international AIDS funding, Washington, 25 April 2004. End of meeting agreement. Available at http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/three-ones_agreement_en_pdf.pdf

UNAIDS (2005a). Making the money work through greater UN support for AIDS responses: the consolidated UN technical support plan for AIDS. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Available at http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/techsupportplan_aug05_en_pdf.pdf

UNAIDS (2005b). Global task team on improving AIDS coordination among multilateral institutions and international donors: final report. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Available at http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1125-globaltaskteamreport_en_pdf.pdf

UNAIDS (2005c). UNAIDS technical support division of labour. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Available at http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/divisionoflabour_aug05_en_pdf.pdf

UNAIDS (2005d). Mainstreaming HIV and AIDS in sectors and programmes: an implementation guide for National responses. Geneva, New York, Washington, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme and World Bank.

UNAIDS (2005e). “Three Ones” country mission Viet Nam: mission report. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. March 2005.

UNAIDS (2005f). Strengthening the response to HIV and AIDS at local, country and global level: the role and opportunities for civil society in tracking progress toward UNGASS targets. Report on a joint UNAIDS and civil society planning meeting on UNGASS 2006 preparation held at Recife, Brazil, 15–17 September 2005. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

ЮНЭЙДС (2005g). «Три единых принципа» в действии: Как обстоят дела и как двигаться дальше. Женева, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу.

UNAIDS/UNHCR (2005). Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations. Geneva, UNAIDS and the United Nations High Commissioner for Refugees. Available at http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1157-refugees_en_pdf.pdf

ЮНЭЙДС/ВОЗ (2000). Руководящие принципы эпиднадзора за ВИЧ второго поколения. Женева, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу и Всемирная организация здравоохранения.

UNHCR (2005 and 2006). Reports on UNHCR’s HIV and AIDS programmes and activities for 2004 and 2005. Geneva, United Nations High Commissioner for Refugees. The 2005 report was not yet published at the time of this writing. The 2004 report is available at <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/protect/openssl.pdf?tbl=PROTECTION&id=430591752>

Организация Объединенных Наций (2000). Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций, Генеральная Ассамблея ООН, 55 сессия, 6 сентября 2000 года. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций.

United Nations (2002). Report of the international conference on financing for development, Monterrey, Mexico. 18–22 March 2002. New York, United Nations. Available at <http://www.un.org/esa/ffd/aconf198-11>.

WHO (2004a). Available at <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/patientmonitoring.pdf>.

WHO (2004b). Available at <http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/hivpatientartmonitoringmeeting2004.pdf>.

WHO (2004c). Available at http://www.who.int/kms/initiatives/EMR_Meeting_Report_2004.pdf

WHO (2004d). Available at http://www.who.int/kms/initiatives/HL7_ART_meeting_report_FINAL.pdf.

Глава 12 | ОТ УПРАВЛЕНИЯ КРИЗИСАМИ К СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ОТВЕТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Chaguturu S, Vallabhaneni S (2005) "Aiding and abetting—nursing crises at home and abroad," *New England Journal of Medicine*, 353 (17), 1761–3.

HIV Vaccine and Microbicide Resource Tracking Working Group (2005).

Mullan F (2005). The metrics of the physician brain drain. *New England Journal of Medicine*, 353(17):1810–18.

UNAIDS (2006). *From advocacy to action: A progress report on UNAIDS at country-level*. UNAIDS, Geneva.

UNICEF/UNAIDS (2005). *A call to action: Children, the missing face of AIDS*. UNICEF, New York, 2005

АВТОРЫ ФОТОГРАФИЙ

Предисловие и Вступление

Предисловие UNDP/

Вступление ЮНЭЙДС/О.О.Хэнлон

Глава 1 | ВВЕДЕНИЕ

| | |
|------------|--|
| Страница 1 | ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева), ЮНЭЙДС/UNICEF/Г.Пироцци (внизу справа) |
| Страница 2 | ЮНЭЙДС/AVECC/Г. Винсент |
| Страница 3 | ЮНЭЙДС/Г.Пироцци |
| Страница 5 | ЮНЭЙДС/Г.Тейлор |
| Страница 6 | ЮНЭЙДС/ILO/Л.Солмссен |

Глава 2 | ОБЗОР ГЛОБАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ СПИДА

| | | | |
|-------------|------------------------------------|-------------|-------------------|
| Страница 7 | ЮНЭЙДС/Г.Пироцци (вверху слева) | Страница 42 | ЮНЭЙДС/Б.Прессг |
| | ЮНЭЙДС/ П.Виро (внизу справа) | Страница 43 | ЮНЭЙДС/ Б.Прессг |
| Страница 8 | ЮНЭЙДС/С.Нурани | Страница 51 | ЮНЭЙДС/С.Дракборг |
| Страница 21 | ЮНЭЙДС/С.Саттлбергер | Страница 54 | ЮНЭЙДС/С.Дракборг |
| Страница 23 | ЮНЭЙДС/Л.Тейлор | | |
| Страница 37 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | | |
| Страница 38 | ЮНЭЙДС/С.Дракборг | | |

Глава 3 | ПРОГРЕСС В СТРАНАХ

| | | | |
|-------------|---|-------------|-------------------|
| Страница 57 | ЮНЭЙДС/ П.Виро (вверху слева) ЮНЭЙДС/В.Филлипс (внизу справа) | Страница 74 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци |
| Страница 58 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | | |
| Страница 59 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | | |
| Страница 66 | ЮНЭЙДС/WHO/А.Ваак | | |
| Страница 67 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | | |

Глава 4 | ВОЗДЕЙСТВИЕ СПИДА НА ЛЮДЕЙ И ОБЩЕСТВО

| | | | |
|--------------|--|--------------|----------------------|
| Страница 87 | ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева) ЮНЭЙДС/ВОЗ/В.Суворов (внизу справа) | Страница 106 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци |
| Страница 88 | ЮНЭЙДС/Б.Нилеман | Страница 107 | ЮНЭЙДС/ С.Нурани |
| Страница 96 | ЮНЭЙДС/С.Саттлбергер | Страница 108 | ЮНЭЙДС/МОТ/Дж.Майард |
| Страница 103 | ЮНЭЙДС/Л.Альянак | | |
| Страница 104 | ЮНЭЙДС/Л.Альянак | | |

Глава 5 | РИСК И НЕДОСТАТОК ВНИМАНИЯ: ЧЕТЫРЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ

| | | | |
|--------------|--|--------------|------------------|
| Страница 113 | ЮНЭЙДС/С.Нурани (вверху слева) ЮНЭЙДС/С.Нурани (внизу справа) | Страница 122 | ЮНЭЙДС/Ф.Санчес |
| Страница 114 | ЮНЭЙДС/МОТ/Дж.Майард | Страница 125 | ЮНЭЙДС/Ф.Санчес |
| Страница 115 | ЮНЭЙДС/Дж.Спаулл | Страница 126 | ЮНЭЙДС/А.Саблер |
| Страница 116 | ЮНЭЙДС/ВОЗ/Суворов | Страница 128 | ЮНЭЙДС/А.Саблер |
| Страница 118 | ЮНЭЙДС/МОТ/Дж.Майард | Страница 129 | ЮНЭЙДС/А.Саблер |
| Страница 121 | ЮНЭЙДС/Ф.Санчес | Страница 130 | ЮНЭЙДС/Дж.Спаулл |

Глава 6 | КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| Страница 137 | ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева) ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци (внизу справа) | Страница 148 | ЮНЭЙДС/А.Sterck |
| Страница 138 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | Страница 150 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци |
| Страница 139 | ЮНЭЙДС/Л.Губб | Страница 152 | ЮНЭЙДС/Л.Тейлор |
| Страница 143 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | Страница 155 | ЮНЭЙДС/П.Виро |
| Страница 144 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | Страница 157 | ЮНЭЙДС/Дж.Спаулл |
| Страница 147 | ЮНЭЙДС/С.Нурани | Страница 159 | ЮНЭЙДС/ВОЗ/Суворов |
| | | Страница 160 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци |

Глава 7 | ЛЕЧЕНИЕ И УХОД

| | | | |
|--------------|---|--------------|----------------------|
| Страница 165 | ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева) ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон (внизу справа) | Страница 176 | ЮНЭЙДС/А.Vasconcelos |
| Страница 166 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон | Страница 178 | ЮНЭЙДС/ВОЗ/Е.Миллер |
| Страница 167 | ЮНЭЙДС/ВОЗ/А.Ваак | Страница 180 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |
| Страница 171 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | Страница 186 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |
| Страница 173 | ЮНЭЙДС/С.Нурани | Страница 188 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |
| Страница 175 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | Страница 191 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |

Глава 8 | УМЕНЬШЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭПИДЕМИИ СПИДА

| | | | |
|--------------|---|--------------|------------------------|
| Страница 197 | ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева) ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон (внизу справа) | Страница 207 | ЮНЭЙДС/П.Виро |
| Страница 198 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон | Страница 209 | ЮНЭЙДС/АВЕКК/Х.Винсент |
| Страница 199 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | Страница 211 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |
| Страница 200 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | Страница 212 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |
| Страница 203 | ЮНЭЙДС/Л.Тейлор | Страница 214 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |
| Страница 204 | ЮНЭЙДС/Л.Тейлор | Страница 216 | ЮНЭЙДС/С.Жирей |
| | | Страница 217 | ЮНЭЙДС/С.Жирей |
| | | Страница 219 | ЮНЭЙДС/С.Жирей |

Глава 9 | ВАЖНАЯ РОЛЬ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

| | | | |
|--------------|---|--------------|---------------------|
| Страница 223 | ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева) ЮНЭЙДС/ВОЗ (внизу справа) | Страница 232 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |
| Страница 224 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | Страница 235 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |
| Страница 225 | ЮНЭЙДС/Л.Губб | Страница 237 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |
| Страница 227 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | Страница 238 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |
| Страница 229 | ЮНЭЙДС/Дж.Спаулл | | |
| Страница 231 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон | | |

Глава 10 | ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕР ПО БОРЬБЕ СО СПИДОМ

| | |
|--------------|---|
| Страница 247 | ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева) ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци (внизу справа) |
| Страница 248 | ЮНЭЙДС/Л.Альянак |
| Страница 257 | ЮНЭЙДС/Л.Альянак |
| Страница 265 | ЮНЭЙДС/МОТ/Дж.Майард |
| Страница 267 | ЮНЭЙДС/АВЕСС/Н.Vincent |
| Страница 274 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |

Глава 11 | ОПТИМАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ОТВЕТНЫХ МЕР

| | | | |
|--------------|--|--------------|----------------------|
| Страница 281 | ЮНЭЙДС/МОТ/Дж.Майард (вверху слева) ЮНЭЙДС/Г.Пироцци (внизу справа) | Страница 290 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци |
| Страница 282 | ЮНЭЙДС/Л.Альянак | Страница 291 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци |
| Страница 283 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | Страница 292 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци |
| Страница 285 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци | Страница 294 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци |
| | | Страница 297 | ЮНЭЙДС/С.Саттлбергер |
| | | Страница 299 | ЮНЭЙДС/О. О' Хэнлон |
| | | Страница 302 | ЮНЭЙДС/С.Дракборг |

Глава 12 | ОТ УПРАВЛЕНИЯ КРИЗИСАМИ К СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ОТВЕТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| | | | |
|--------------|--|--------------|-------------------------------|
| Страница 311 | ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева) ЮНЭЙДС/Р.Кангале (внизу справа) | Страница 319 | ЮНЭЙДС/С.Дракборг |
| Страница 312 | ЮНЭЙДС/В.Филлипс | Страница 321 | ЮНЭЙДС/Tango Photo/П.Каррера |
| Страница 313 | ЮНЭЙДС/ВОЗ/Е.Миллер | Страница 322 | ЮНЭЙДС/Tango Photo/ П.Каррера |
| Страница 315 | ЮНЭЙДС/П.Виро | Страница 323 | ЮНЭЙДС/С.Дракборг |
| Страница 317 | ЮНЭЙДС/Дж.Спаулл | | |

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 | СТРАНОВЫЕ ОБЗОРЫ

| | | | |
|--------------|--|--------------|-------------------|
| Страница 327 | ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева) ЮНЭЙДС/Л.Альянак (внизу справа) | Страница 328 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци |
|--------------|--|--------------|-------------------|

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 | ОЦЕНКИ И ДАННЫЕ В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ ЗА 2003 И 2005 ГОДЫ

| | | | |
|--------------|--|--------------|-------------------|
| Страница 537 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци (вверху слева) ЮНЭЙДС/С.Дракборг (внизу справа) | Страница 538 | ЮНЭЙДС/ Г.Пироцци |
|--------------|--|--------------|-------------------|

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 | ПОКАЗАТЕЛИ О ХОДЕ РАБОТЫ В СТРАНАХ

| | | | |
|--------------|---|--------------|-----------------|
| Страница 585 | ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева) ЮНЭЙДС/С.Нурани (внизу справа) | Страница 586 | ЮНЭЙДС/Ж.Далдэн |
|--------------|---|--------------|-----------------|

Заявление: Фотографии в настоящем Докладе необязательно отражают ситуацию, мнения или убеждения изображенных на них лиц, и ни в коей мере не отражает их ВИЧ-статус.

