



**nswp**

**ГОЛОСА СЕКС-РАБОТНИКОВ**

Продвижение здоровья и прав человека

## **СПРАВОЧНАЯ СТАТЬЯ:**

Доступ секс-работников  
к лечению от ВИЧ в  
разных странах мира



## **Выражение признательности**

НСВП хотела бы поблагодарить Фонд сетей гражданского общества Роберта Карра и программу «Сокращая разрыв» за финансовую помощь в подготовке этого доклада.

Мы также признательны за вклад в развитие проекта следующим людям:

Глобально: Джиллиан Гэлбрэйт, Митчу Косгроуву, Найн, Нилу МакКаллоку; Африка: Грейс Камо Мукухи, Доти Огуту, Джону Матенге, Фелистеру Абдалла, Пенине Мванги; Азия и Тихоокеания: Картины Слама, Нукшинаро Ао, Рине Джанамнуесук, Шамронгу Фенгонгенгу, Дэвиду Трайноту; Европа: Агате Дзюбан, Пие Якобссон, Сташе Плецас, П.Г. Мачоти, Люке Стивенсону, Кристине Махничевой, Ирине Масловой, Карине Эдлунд, Борче Божинову, Шахназ Исламовой, Динаре Бакировой; Латинская Америка: Синтии Наваррете, Чиде Вьера, Карине Браво, Алеянтре Джил, Анджеле Виллон; Северная Америка и страны Карибского бассейна: Сандре КХ Чу, Сесиль Казачкин, Илие Дерайсин, Пенелопе Сондерс, Крейси Фернандесу, Мириам Эдвардс, Маркусу Дею.

# Доступ секс-работников к лечению от ВИЧ в разных странах мира



**«Мы не станем молчать, когда они продают наши жизни!»**

СЕКС-РАБОТНИКИ НА ФЕСТИВАЛЕ СВОБОДЫ СЕКС-РАБОТНИКОВ, КОЛКАТА, 2012

## Введение

В 2009 году 33 миллиона людей жили с ВИЧ, 68% из них в Африке. В мире среди женщин, секс-работников, ВИЧ-инфицированных на 13.5% больше, чем среди населения в целом. (UNAIDS 2013). Однако, во многих местах уровни зараженности ВИЧ секс-работников неизвестны, как вследствие отсутствия исследовательских данных, так и вследствие нежелания секс-работников сообщать, что они больны ВИЧ – они боятся, что в ответ к ним начнут относиться как к распространителям инфекции вместо того, чтобы анализировать социальные и правовые факторы, обуславливающие риск заразиться ВИЧ.

В мире в целом только у 65% людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) есть возможность лечиться. В странах Карибского бассейна охват населения антриретровирусной терапией (АРТ) вырос с 1% в 2004 до 51% в 2008; однако, большинство ЛЖВ в странах Карибского бассейна проживают там, где охват населения АРТ ниже 50%. АРТ получают 58% ЛЖВ на Гаити и Ямайке в сравнении с 99% на Кубе. Только треть ЛЖВ в США получают АРТ; при этом афроамериканцы и молодежь получают надежное непрерывное лечение реже других (CDC 2012a). В Мьянме уже 40% ЛЖВ не могут получать лечение; ожидается, что их число станет еще больше после вступления в силу закона о патентах. В Восточной Европе и Средней Азии только 26% людей, которые должны получать лечение от ВИЧ, получают его на самом деле (UNAIDS 2013, WHO 2013). В Центральной и Западной Африке охват лечением составляет 56% или 6,2 миллиона из 11 миллионов, нуждающихся в лечении.

В данном докладе предоставлено резюме пяти справочных статей, касающихся доступа секс-работников к лечению в пяти регионах: Африке, Азии и Тихоокеании, Европе, Латинской Америке и Северной Америке и странах Карибского бассейна. Региональные консультанты провели онлайн-опрос, а также встретились с организациями секс-работников и отдельными секс-работниками, чтобы выявить факторы, препятствующие получению надлежащего медицинского обслуживания теми, кто живет с ВИЧ.

Многие из этих факторов связаны со стигмой и дискриминацией. Боязнь проституток, гомофобия, трансфобия, расизм и другие предрассудки, включая предубеждения против ЛЖВ, проявляются в отношении медицинских работников и поддерживаются правовыми мерами, направленными на преследование секс-работников, ЛГБТ, мигрантов и ВИЧ-инфицированных.

Более того, те, у кого нет средств на частную медицину, получают лечение в очень ограниченном объеме – или не получают его вовсе. Доступ к спасительным лекарствам от ВИЧ во многих развивающихся странах осложняется тем, что на внутренние поставки лекарств влияют международные соглашения о свободной торговле. Их влияние трудно переоценить.

Ниже мы кратко обсудим основные препятствия, с которыми секс-работники, живущие с ВИЧ, сталкиваются, пытаясь воспользоваться правом на здоровье, а также изложим рекомендации по их преодолению.

## Препятствия к получению секс-работниками эффективного лечения от ВИЧ

### МАРГИНАЛИЗАЦИЯ

Больше всего ВИЧ оказываются затронуты представители маргинальных групп, подвергающиеся дискриминации (сексизму, гомофобии, трансфобии, боязни проституток, расизму, колониализму и ксенофобии), страдающие от социально-экономического неравенства (бедности, отсутствия постоянного жилья, недоступности медицинского обслуживания) и уголовного преследования, находящиеся в заключении или употребляющие наркотики. Их могут игнорировать из-за того, что они – нелегальные мигранты или приезжие; их доступ к услугам может быть ограничен вследствие проживания в удаленных или сельских местностях. Особенно остро нехватка посредников между представителями разных культур, которые могли бы облегчить получение услуг, чувствуется в Европе. От преследований, насилия и нарушения прав человека чаще всего страдают представители тех этнических групп, которые выделяются на фоне других – рома в Болгарии, Македонии и Сербии, узбеки в России, латиноамериканцы и африканцы во Франции и Великобритании. У секс-работников, которые не имеют крыши над головой и места, где хранить лекарства, которым часто приходится прятаться от сотрудников правоохранительных органов, могут возникнуть более насущные потребности, чем доступ к лечению. Дискриминации – включая предрассудки и третирующие детей в школе – подвергаются не только секс-работники, но и их близкие, как, например, это происходит в Камбодже.

Секс-работники часто оказываются в безвыходном положении из-за уголовного преследования их работы (или других особенностей их жизни, таких как сексуальная ориентация, гендерная идентичность, употребление наркотиков или ВИЧ-статус), содержания под стражей, бедности и отсутствия жилья наряду с возросшим риском заразиться ВИЧ и сложностями в получении надлежащего лечения от него.

В секс-работниках часто видят угрозу общественной морали и семейным ценностям; серьезную опасность для общественного здоровья, социального благополучия и безопасности; или, как в Швеции, обманывающих себя жертв мужского доминирования, вынужденных заниматься секс-работой. Эту стигму часто раздувают СМИ. Одним из самых вопиющих примеров стало нарушение права секс-работников на тайну частной жизни и конфиденциальность в 2011 году в Греции, когда сведения о них, роде их занятий и ВИЧ-статусе были преданы гласности. Интернализированная стигма – которую подпитывают предрассудки, уголовное преследование и негативное освещение в СМИ – может выливаться в низкую самооценку и нежелание ухаживать за собой, что еще больше усиливает уязвимость секс-работников к ВИЧ.

***Интернализированная стигма может выливаться в низкую самооценку и нежелание ухаживать за собой, что еще больше усиливает уязвимость секс-работников к ВИЧ.***

Доступ к лечению – это то, на что человек имеет право. Отказ в соблюдении этого права связан с недостаточным признанием секс-работы работой, – факт, который следует учесть, планируя национальные программы по борьбе со СПИДом.

## ПРАВОВЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ

Уголовное преследование секс-работы и связанных с ней видов деятельности усиливает уязвимость секс-работников, и ставит под удар в том числе и их здоровье. Это наблюдение справедливо вне зависимости от того, преследуют ли законы самих секс-работников, их клиентов или третьи лица – например, менеджеров или администраторов. Любой из этих подходов ведет к усилению полицейского контроля, который дестабилизирует условия труда секс-работников и заставляет их работать подпольно, усиливая их уязвимость к насилию и злоупотреблениям. Следует отметить, что правоприменительная практика часто выходит за рамки буквы закона; в разных странах мира полиция превышает рамки своих полномочий, занимаясь вымогательствами и преследуя секс-работников. Борьба с торговлей людьми приводит к задержанию секс-работников, мигрантов, которые подвергаются физическому и вербальному насилию и, как следствие, еще меньше готовы работать открыто.

***...в разных странах мира  
полиция превышает  
рамки своих полномочий,  
занимаясь вымогательствами  
и преследуя секс-работников.***

Даже там, где секс-работа не подвергается ни административному, ни уголовному преследованию, секс-работники не считаются полноправными гражданами перед лицом закона, если то, чем они занимаются, не признается легитимной профессией. Они не могут пользоваться ни правовой защитой, ни трудовыми правами, соблюдение которых является условием доступа к услугам национальной системы здравоохранения. Поскольку секс-работа не считается сегментом рынка труда или формой (само)занятости в большинстве стран Европы, нет правовых норм, апеллируя к которым секс-работники, мигранты, могли бы оформлять вид на жительство или разрешение на работу.

Уголовное преследование сокрытия информации о ВИЧ-статусе, распространения ВИЧ-инфекции и поставления в опасность заразиться ВИЧ отбивает у секс-работников желание тестироваться на ВИЧ, а у тех, кто ВИЧ-инфицирован – обращаться за жизненно необходимой медицинской помощью или рассказывать об особенностях своего положения, когда они обращаются за лечением. Понимая, что в случае ареста за занятие секс-работой им грозит суровое наказание, включая предъявление уголовных обвинений, они не заинтересованы рассказывать о своем роде занятий в медицинских и социальных учреждениях. В Канаде такое положение дел позволяет предъявлять секс-работникам обвинения в совершении сексуальных преступлений при отягчающих обстоятельствах, вносить их в списки сексуальных преступников и ставить под вопрос иммиграционный статус секс-работников, мигрантов. Подобного рода законы используются также для оправдания принудительного тестирования на ВИЧ в ходе рейдов полиции, как например, в Восточной Европе и Средней Азии. Более того, в отдельных странах, например, на Кипре или в Узбекистане, законы ограничивают въезд и проживание на территории страны ЛЖВ; а из Молдовы, России, Казахстана и Туркменистана ВИЧ-инфицированных мигрантов депортируют.

Уголовное преследование секса по добровольному согласию между мужчинами негативно сказывается на мужчинах, секс-работниках; тогда как уголовные обвинения в «трансвестизме» предъявляются трансгендерами и тем, кто не вписывается в рамки привычной гендерной дихотомии. Они также ухудшают способность секс-работников защищать себя и обращаться за необходимой помощью.

Карательные законы в отношении наркотиков, такие как законы об уголовном преследовании употребления наркотиков в Грузии, России, Казахстане и Украине создают дополнительные препятствия для некоторых секс-работников, живущих с ВИЧ. Секс-работники, употребляющие наркотики, больше других рискуют пострадать от насилия, принуждения и преследований со стороны сотрудников полиции и других лиц в странах Восточной Европы и Средней Азии.

Законы, преследующие секс-работников, ЛЖВ, ЛГБТ и людей, употребляющих наркотики, не всегда одинаково применяются ко всем. Было отмечено, что в США полиция, в основном, преследует секс-работников, трансгендеров, и цветных секс-работников. У уличных секс-работников, которые больше на виду, меньше времени на переговоры с клиентом, прежде чем они примут предложение; они вынуждены думать о том, как избежать столкновения с полицией больше, чем оценивать риск.

Это значительно увеличивает вероятность пострадать от насилия или злоупотреблений. Во многих странах полиция конфискует презервативы и использует их в качестве доказательства занятия секс-работой, что заставляет секс-работников отказываться от ношения презервативов, увеличивая риск для них самих, их клиентов и партнеров.

В некоторых странах законы позволяют сообщать сведения о состоянии здоровья в правоохранительные или социальные службы. Постоянная документация занятия секс-работой и/или ВИЧ-статуса может использоваться при рассмотрении дела в суде и в качестве предлога проведения принудительного тестирования. Как следствие, у секс-работников нет уверенности, что конфиденциальность будет сохранена. По словам одного из секс-работников Америки: «Конфиденциальность клиента/пациента имеет свои пределы ... Они перед ментами душу на изнанку вывернут».

У тех, кто находится в заключении, условий для получения необходимого лечения и ухода может быть меньше. Меры снижения вреда, такие как средства предохранения и оборудование для безопасного употребления наркотиков, могут быть не предусмотрены в местах содержания под стражей. Центры лечебно-профилактической помощи (2012b) признают, что как бывшие заключенные, так и те, кто находится в тюрьме в текущий момент, болеют чаще других, в том числе и ВИЧ. Стигма и дискриминация сказываются на заключенных, инфицированных ВИЧ, поскольку им может оказаться сложно начинать и продолжать терапию, включая АРТ. Секс-работник из Гайны рассказал, что двое его друзей умерли в тюрьме из-за нежелания признаваться, что они инфицированы: «у каждого был срок в несколько лет, но они боялись принимать лекарства из-за связанной с этим стигмы». В США нет стандартов медицинского ухода для заключенных, инфицированных ВИЧ. Руководство тюрьмы может отказать им в праве получать лекарства в установленное время, может изъять препараты и разгласить конфиденциальные медицинские данные.

Во всем мире секс-работники, мигранты, сталкиваются с препятствиями в получении лечения из-за отсутствия документов, средств или просто из-за незнания языка. Кроме того, внутренние мигранты в большинстве стран Восточной Европы и Средней Азии, а также на Балканах не могут обращаться за услугами в одной местности, если они зарегистрированы в другой; их паспорта, необходимые для регистрации, часто конфискуют сотрудники правоохранительных органов в ходе рейдов или при содержании под стражей. В Канаде беженцы могут лечиться только от болезней, которые представляют угрозу общественному здоровью; это означает, что хотя они могут получать АРТ, им отказывают в лечении от других заболеваний, что было бы необходимо для сохранения здоровья (HALCO 2012).

### **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С МЕДИЦИНСКИМИ СЛУЖБАМИ**

Секс-работники могут не решиться рассказать о роде своих занятий медицинским работникам из-за боязни дискриминации и осуждения; опасения, что им будут задавать нескромные, не имеющие отношения к делу вопросы из любопытства и представлений о секс-работе как о чем-то экзотическом; а также из страха, что об их роде занятий, ВИЧ-статусе или миграционном статусе станет известно властям. Меры по борьбе с торговлей людьми могут усугублять это последнее опасение, поскольку мигрантов часто без особых доказательств считают жертвами торговли людьми и на этом основании проводят

***Во многих странах полиция конфискует презервативы и использует их в качестве доказательства занятия секс-работой, что заставляет секс-работников отказываться от ношения презервативов, увеличивая риск для них самих, их клиентов и партнеров.***

вредоносные, бессмысленные вмешательства. Нежелание рассказывать о роде занятий и состоянии здоровья негативно сказывается на способности секс-работников и медицинских работников наладить конструктивное терапевтическое взаимодействие.

Среди негативных практик, на которые жаловались секс-работники, обращающиеся в медицинские учреждения, – дискриминирующее, покровительственное отношение сотрудников; открытая враждебность и нежелание лечить; нарушение права на тайну частной жизни, конфиденциальности и осознанное согласие; отказ назначить антиретровирусные препараты и другое лечение в отсутствие противопоказаний. Эти препятствия могут вынуждать секс-работников откладывать обращение за лечением, прерывать лечение, использовать методы нетрадиционной или альтернативной медицины вместо традиционного лечения либо вообще отказываться от обращения в медицинские службы.

Среди дополнительных препятствий эффективному лечению – фрагментация услуг здравоохранения, вследствие чего секс-работники вынуждены обращаться к целому ряду изолированных узких специалистов, которые прописывают АРВ, лечат от туберкулеза, вирусного гепатита и других ИППП, а также (в некоторых случаях) ведут метадоновую заместительную терапию. Пациенты, особенно в странах Восточной Европы, считают эту систему трудоемкой, нефункциональной и неудобной. ЛЖВ может не хватать информации, куда обращаться, каковы процедуры и как получать лечение от ВИЧ. Из Мексики, например, поступали жалобы, что в соответствующих учреждениях отсутствует реклама услуг и механизмы связи с теми, кто в этих услугах больше всего нуждается.

## **ФИНАНСИРОВАНИЕ**

По-прежнему отсутствует финансовая поддержка инициатив, которыми руководят секс-работники и которые могли бы улучшить доступ к лечению. Средства, выделяемые на проекты по ВИЧ и секс-работу, составляют ничтожную долю глобального финансирования на борьбу с ВИЧ – всего один процент, по данным ЮНЭЙДС от 2009 года. В целом снижается и финансирование программ по ВИЧ

(в 2010 году правительства-доноры выделили на 10% меньше средств); денег не хватает, бюджеты урезаются, что ставит существование услуг, которые предоставляются на данный момент, под угрозу в связи с потенциальным прекращением финансирования. Доноры, ранее выделявшие средства организациям секс-работников, сменили приоритеты, не предусмотрев «переходного» финансирования, что катастрофичным образом сказалось на возможностях организаций продолжать работу.

Организации в странах Восточной Европы и Средней Азии очень сильно зависят от самого крупного донора, Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, который, в свою очередь, сам переживает финансовые затруднения, вызванные невыполнением странами-донорами своих обязательств. В ноябре 2011 года Фонд аннулировал очередной цикл финансирования и приостановил выдачу новых грантов. Введенный позднее Переходный механизм финансирования предназначен предупредить перерывы в оказании услуг, но не позволяет расширять оказание услуг или выделять средства на укрепление сообщества и адвокацию. В Мексике выделяемые гранты позволяют вести работу по профилактике ВИЧ, но не покрывают доступ к АРВ препаратам.

В 2009 году 58% мировых расходов на программы по ВИЧ и СПИДу оплачивались из средств Чрезвычайного плана президента США по борьбе со СПИДом (ПЕПФАР). Это один из крупнейших доноров в странах Карибского бассейна, Средней Азии и Африки. И хотя обязательство по борьбе с проституцией – неременное условие получения средств, предусмотренное планом – было объявлено антиконституционным для организаций, находящихся в США, условия получения средств иностранными организациями не изменились. ПЕПФАР разрушает добросовестные практики профилактики ВИЧ,

***Средства, выделяемые на проекты по ВИЧ и секс-работу, составляют ничтожную долю глобального финансирования на борьбу с ВИЧ – всего один процент, по данным ЮНЭЙДС от 2009 года.***

поскольку затрудняет или делает невозможным укрепление лидерства секс-работников, наём инструкторов «равный равному», принятие ценностей секс-работников наравне с ценностями других членов общества и борьбу со стигмой (Best Practices Policy Project 2011). Будучи ведущими донорами, и ПЕПФАР и Глобальный фонд в состоянии гарантировать представительство и участие секс-работников в программах по ВИЧ, но они эту возможность не используют.

Страны Карибского бассейна, Балкан и Восточной Европы уже не имеют права получать финансирование после того, как их начинают считать странами с высоким и средним уровнем дохода (UNAIDS 2010, ACTION/TB Europe Coalition 2012, UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights 2012). Все чаще продолжение программ по ВИЧ остается на совести правительства, а оно может отказаться от такого метода ответа на ВИЧ, который направлен на наиболее уязвимые и маргинальные группы населения, вместо этого используя средства на работу с населением в целом или с группами низкого риска.

Многим организациям секс-работников из Африки до сих пор не удается привлечь частных доноров из Европы и США. Исследование положения дел в Африке, однако, показывает, что они постепенно начинают рассматривать возможности получения не столько финансирования на борьбу с ВИЧ, сколько финансирования на правозащитные программы. Иными словами, их усилия начинают выходить за рамки парадигмы ВИЧ/СПИДа; они включают социальные, экономические и гражданские права в свои заявки на гранты. Частные доноры продолжают играть чрезвычайно важную роль в финансировании организаций секс-работников, поскольку национальные правительства редко поддерживают организации, которые могут протестовать против законов, нарушающих права человека. Сотрудники Программы по сексуальному здоровью и правам (SHARP, 2006) отмечают, что: «получение государственного финансирования на противодействие государственной политике может оказаться невозможным или нежелательным из-за внутреннего конфликта».

По мере того, как организации, ведущие борьбу с торговлей людьми, начинают получать все больше средств, организации секс-работников, и без того едва сводящие концы с концами, сталкиваются с новыми затруднениями в поиске грантов на программы, не связанные с борьбой с торговлей людьми. Национальные и международные соглашения о финансировании часто выводят на первый план инициативы по борьбе с торговлей людьми, предпочитая выделять средства на программы «спасения и реабилитации», а не на программы в защиту прав человека. Целенаправленное смещение торговли людьми с секс-работой вредит соблюдению прав секс-работников и способствует усилению полицейского надзора и учащению арестов.

## **ДОСТУПНОСТЬ И СТОИМОСТЬ ЛЕКАРСТВ**

Секс-работники нуждаются в нетоксичных лекарствах от ВИЧ первой линии, с невысокой вероятностью вредного взаимодействия лекарств, а также в лечении сопутствующих ВИЧ инфекций, таких как гепатит С, лекарственно резистентный туберкулез, ИППП и оппортунистические инфекции. Тем временем, высокие цены на лекарства вынуждают правительства исключать

ВИЧ из списка болезней, лечение от которых оплачивает государственная медицинская страховка или система социального обеспечения (Global Network of People Living with HIV et al., 2013).

Доступ к эффективному лечению может затруднять плохая система закупок и распределения лекарств, ограниченные поставки и доставка лекарств с опозданием. В Перу, например, в некоторых случаях

лекарств хватает на неделю, что вызывает постоянную смену АРВ препаратов и негативно сказывается на некоторых пациентах. АРВ препараты не всегда есть в наличии в сельских, пограничных и горнодобывающих районах Бразилии, где услуги, если они и существуют, плохо структурированы.

***Тем временем, высокие цены на лекарства вынуждают правительства исключать ВИЧ из списка болезней, лечение от которых оплачивает государственная медицинская страховка или система социального обеспечения***

У секс-работников США реже, чем у населения в целом, бывает медицинская страховка; менее чем у 20% ЛЖВ есть частная медицинская страховка, а у трети ЛЖВ нет медицинской страховки вообще (AVERT, n.d.). Хотя закон о доступном медицинском обслуживании и Программа по ВИЧ/СПИДу Райна Уайта должны помочь с получением лечения, мигранты под их действие подпадать не будут. Кроме того, даже легальные мигранты не могут пользоваться Медикэйд, социальной программой охраны здоровья, в течение первых пяти лет после иммиграции.

## **ВЛИЯНИЕ СОГЛАШЕНИЙ О МЕЖДУНАРОДНОЙ ТОРГОВЛЕ**

Национальные законы, которые регулируют лицензирование лекарств на продажу, возможные методы маркетинга, цены, а также то, кто будет платить за лекарства, все чаще оказываются под влиянием соглашений о международной торговле в отношении прав интеллектуальной собственности. Особенно значимый пример – Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС), которое инициировала Всемирная торговая организация (ВТО) и которое затрагивает как страны, уже входящие в ВТО, так и те страны, которые хотели бы в нее вступить. Оно распространяется на все товары – неважно, предметы ли это роскоши или жизненно важные лекарства; в соответствии с его условиями эти товары охраняются предоставлением компании, выпустившей продукт, эксклюзивных патентных прав сроком минимум на двадцать лет. Компании пользуются монополией на производство и продажу этих товаров, что позволяет им поднимать цены, не опасаясь давления со стороны конкурентов. И хотя в некоторых странах есть законы, непосредственно регулирующие цены на лекарства, эта практика не универсальна.

Те государства, которые подписали ТРИПС, обязаны проводить «принудительное лицензирование», которое позволяет производить лекарства-генерики без согласия держателя патента в обмен на «адекватное вознаграждение». Это помогает ограничить монополии и снизить цены. Производство и продажа генериков становится единственной надеждой для тех, кто не может себе позволить купить фирменное лекарство. И хотя Дохинская декларация, предусматривающая эти гибкие возможности, была подписана в ноябре 2011, в большинстве европейских стран с низким и средним уровнем дохода широкого применения они не получили, поскольку правовые системы неблагоприятны или противоречивы, а технических и административных ресурсов, чтобы оценить патенты, провести переговоры с держателями патентов и принять решение о вознаграждении, не хватает (El Said & Karczynski 2011, ICO et al. 2013). На некоторые слаборазвитые страны, такие как Гаити, действие ТРИПС в отношении фармацевтической продукции не распространяется до 2016 года; при этом большинство стран Африки, которые получили отсрочку на подписание ТРИПС до 2021 года, уже начали вводить ограничения прав интеллектуальной собственности в соответствии с нормативами ВТО. Правительству Бразилии удалось добиться таких условий Североамериканского соглашения о свободной торговле (НАФТА), которые позволяют продолжать производство генериков, а Кения и Южная Африка стали первыми странами в Центральной и Западной Африке, которые приняли законы, позволяющие импортировать генерики, расширив тем самым доступ к лечению. Одновременно стоит отметить, что средств на проведение исследований и разработку генериков не хватает (Correa 2004).

Страны, где находятся крупные фармацевтические компании, а также некоторые развитые страны – в частности США и государства-члены ЕС – пытаются ввести еще более суровые ограничения прав интеллектуальной собственности, подписывая региональные или

***Производство и продажа генериков становится единственной надеждой для тех, кто не может себе позволить купить фирменное лекарство. И хотя Дохинская декларация, предусматривающая эти гибкие возможности, была подписана в ноябре 2011, в большинстве европейских стран с низким и средним уровнем дохода широкого применения они не получили...***

двусторонние соглашения о международной торговле, которые постепенно разрушают гибкие возможности, предусмотренные ТРИПС. Эти соглашения получили название «ТРИПС-плюс». Они обязывают принимать такие меры, – например, расширение условий патента в отношении монополии на данные и их осуществления – которые осложняют производство и распространение генериков во многих странах с низким и средним уровнем дохода. Развитые страны вынуждают страны Африки подписывать соглашения об экономическом партнерстве и соглашения о свободной торговле, позволяющие развитым странам обойти требования по обязательному лицензированию лекарств, экспортируемых в Африку (Baker 2011), и предъявлять иски к тем правительствам, которые приняли законы по охране общественного здоровья, позволяющие местным компаниям производить генерики. Другие примеры ТРИПС-плюс включают Транс-Тихоокеанское партнерство (ТТП), соглашение о котором подпишут двенадцать стран в районе Тихого океана; Глубокое и всестороннее соглашение о свободной торговле, которое недавно подписали Грузия и Молдова (European Commission 2013); Соглашение о партнерстве и сотрудничестве между Европейским Союзом и странами Центральной Азии (European Commission 2010); Европейские соглашения о свободной торговле, которые подписали Албания, Черногория, Сербия и Турция; и Меморандум о взаимопонимании, подписанный в 1994 году между США и Тринидадом и Тобаго. Все они ограничивают возможности подписавших их стран принимать законы и создавать «ограниченные исключения» патентов на лекарства.

Условия ТТП позволяют включить интеллектуальную собственность в категорию «инвестиций» и дают возможность частным корпорациям возбуждать иски к правительству, если постановления правительства негативно сказываются на инвестициях и возможностях получения прибыли. Это поставит под угрозу независимость правительств национальных государств и не позволит защищать национального производителя. Тем временем ЕС ведет переговоры о заключении соглашений об экономическом партнерстве с основными странами со средними доходами, включая Индию, Таиланд, Филиппины и Индонезию. У этих стран есть возможность выпускать генерики, однако соглашения об экономическом партнерстве существенно снизят объем производства. Особенно заметную роль в поставках АРВ в страны с низким и средним уровнем дохода – как по государственным программам лечения, так и на средства доноров – играют производители Индии; но именно ей с большой долей вероятности грозит опасность.

***Особенно заметную роль в поставках АРВ в страны с низким и средним уровнем дохода – как по государственным программам лечения, так и на средства доноров – играют производители Индии; но именно ей с большой долей вероятности грозит опасность.***

Международное соглашение по борьбе с контрафактной продукцией (АКТА), инициированное США, ограничило доступ к генерикам и – несмотря на то, что текст соглашения к этому открыто не призывает – стало причиной конфискации лекарств на границах некоторых стран. Активисты призывают правительства сопротивляться принятию мер по борьбе с контрафактной продукцией, усиливая вместо этого службы, отвечающие за надзор за лекарственными средствами, что позволит гарантировать качество препаратов.

Высокая стоимость патентованных лекарств от крупных фармацевтических компаний может вынудить правительства выбирать, кому отдать предпочтение в назначении лечения. Секс-работники, которые уже подвергаются стигме и дискриминации, в очереди на лечение могут оказаться последними, что негативно скажется не только на них самих, но и на их близких.

Переговоры о заключении соглашений ТРИПС-плюс часто ведутся в тайне, а обществу становятся известны лишь незначительные подробности. Общество, включая секс-работников, должно знать об условиях торговли, которые влияют на доступ ЛЖВ к лекарственным средствам. Правительства не прикладывают достаточно усилий, чтобы все заинтересованные стороны принимали участие в процессе: в Малайзии, например, НГО в процесс не включены. Секс-работникам и другим активистам необходимо дополнительное обучение, если они хотят изменить этот тип действий и одержать верх над группами давления, которые ставят получение прибыли над охраной здоровья общества.

# Рекомендации

## ЗАКОНЫ И ПРАВА

Правительства должны отменить законы, наказывающие за занятие секс-работой; за инфицирование ВИЧ, поставление в риск заразиться ВИЧ и сокрытие ВИЧ-статуса; за половую жизнь между представителями одного пола; за трансгендерную идентичность и формы ее проявления; за употребление наркотиков. Правительства должны отказаться от применения законов об административных нарушениях – таких как законы о нарушении общественного порядка – для преследования секс-работников. Наконец, они должны отменить или изменить законы о борьбе с торговлей людьми, которые смешивают торговлю людьми и секс-работу, либо которые применяются для запрета занятия секс-работой.

Необходимо прекратить преследования и насилие против секс-работников со стороны полиции и дать секс-работникам возможность трудиться в безопасности.

Действие стандартов занятости и законов в области гигиены и безопасности труда должно распространяться и на секс-работников.

Необходимо изменить законы против дискриминации таким образом, чтобы открыто запретить дискриминацию по роду занятий, включая занятие секс-работой; по состоянию здоровья, включая действительное и подозреваемое заболевание ВИЧ; по сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

Секс-работники должны принимать участие в реформе законодательства, чтобы снизить потенциальный ущерб; на их участие следует выделять соответствующие средства.

У секс-работников, ЛЖВ и представителей других маргинальных групп должен быть доступ к адекватным жилищным условиям и другой социальной и экономической помощи.

Мигранты должны иметь возможность пользоваться услугами здравоохранения, включая лечение от ВИЧ, не опасаясь при этом того, что информация о заболевании ВИЧ или иммиграционном статусе станет известна властям.

## ФИНАНСИРОВАНИЕ

Выделяя финансирование, необходимо руководствоваться подходом соблюдения прав человека и отказаться от включения в соглашения о предоставлении финансирования карательных условий, например таких как обязательство бороться с проституцией, брать которое на себя требует ПЕПФАР.

Все инициативы по борьбе с торговлей людьми, на которые выделяются средства, должны опираться на фактические данные, соблюдать права человека и проводить конструктивные совещания с секс-работниками.

***Выделяя финансирование, необходимо руководствоваться подходом соблюдения прав человека и отказаться от включения в соглашения о предоставлении финансирования карательных условий, например таких как обязательство бороться с проституцией, брать которое на себя требует ПЕПФАР.***

## **РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОБЩИНЫ**

Необходимо провести конструктивные консультации с секс-работниками и обсудить стратегии устранения структурных факторов, усиливающих их уязвимость к ВИЧ.

Согласно новому руководству Всемирной организации здравоохранения касательно секс-работников, всеми программами в отношении секс-работников должны руководить представители затронутой общины, что будет содействовать их самоопределению и расширению их возможностей.

***...всеми программами в отношении секс-работников должны руководить представители затронутой общины, что будет содействовать их самоопределению и расширению их возможностей.***

Организации секс-работников должны вступать в партнерские отношения с другими НГО, что поможет объединить усилия по разным правозащитным вопросам.

Доминирующее гражданское общество и другие общинные организации должны признать, что стигматизация ключевых затронутых групп населения все еще имеет место на общинных форумах и площадках. Активисты движения за доступ к лечению должны работать вместе.

Следует поддерживать тренинги, которые секс-работники проводят для борьбы с дискриминацией, стигмой и осуждением секс-работников, МСМ, трансгендеров, потребителей наркотиков и представителей других маргинальных групп со стороны сервис-провайдеров.

Секс-работники и их союзники должны призвать правительства к ответу по вопросу защиты и соблюдения прав граждан на здоровье.

## **СНИЖЕНИЕ ВРЕДА И УСЛУГИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Основанные на соблюдении прав человека программы в отношении ВИЧ должны включать комплексное, доступное и опирающееся на фактические данные лечение от ВИЧ и уход за ВИЧ-инфицированными; первичную медицинскую помощь; и охрану репродуктивного и сексуального здоровья.

Людям, употребляющим наркотики, необходимо предоставить доступ к эффективной медицинской помощи, включая услуги по снижению вреда (куда входит обмен шприцов и игл, заместительная терапия и услуги по надзору за потреблением) и добровольное, основанное на фактических данных лечение от наркотической зависимости.

Связанные с ВИЧ услуги здравоохранения, качество которых не отличается от того, что доступно общине, должны предоставляться в местах заключения. Сюда входит АРТ, полноценное питание и питательные добавки, а также средства предохранения и безопасного употребления наркотиков.

Необходимо увеличить число сотрудников и их опыт в области лечения ВИЧ, чтобы добиться увеличения частоты обращений за лечением, особенно вне крупных городов. Необходимо ввести децентрализованную модель лечения, поскольку на данный момент секс-работники и их близкие могут столкнуться с ситуацией, когда они вынуждены переезжать в большой город, чтобы иметь возможность лечиться.

Прекращение занятия секс-работой не должно становиться условием получения лечения.

## **МЕЖДУНАРОДНЫЕ ТОРГОВЫЕ СОГЛАШЕНИЯ**

Правительства должны отказаться от преждевременного внедрения требований ТРИПС в отношении интеллектуальной собственности, не использовать стандарты ТРИПС-плюс в национальном законодательстве и международных соглашениях и воздержаться от давления на другие страны, чтобы те ввели меры ТРИПС-плюс. Кроме того, они должны в полной мере использовать «гибкие возможности», которые предоставляют ТРИПС и другие сходные соглашения, и изменить патентное законодательство таким образом, чтобы создать условия для защиты и соблюдения права на получение лекарств тех лиц, кто нуждается в лечении.

# Список цитированной литературы

- ACTION/TB Europe Coalition, 2012, *Bridging the Gap: Why the European Union Must Address the Global Fund Funding Crisis to Tackle the Escalating HIV and TB Epidemics in Eastern Europe and Central Asia*
- AVERT, n.d., "HIV & AIDS Treatment in the United States of America", available online at [www.avert.org/aids-treatment-america.htm](http://www.avert.org/aids-treatment-america.htm) (accessed 2 July 2013)
- Baker, B.K., 2011, "ACTA – Risks of Third-Party Enforcement for Access to Medicines", *Law Review*, 26(3), pp. 579–99
- Best Practices Policy Project (BPPP), 2011, *Appeals Court Rules on Anti-Prostitution Loyalty Oath*, available online at [www.bestpracticespolicy.org/2011/07/08/2011\\_aplo\\_ruling](http://www.bestpracticespolicy.org/2011/07/08/2011_aplo_ruling) (accessed 26 November 2013)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2012a, *CDC Fact Sheet – HIV in the United States: Stages and Care*
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2012b, *HIV in Correctional Settings*
- Correa, C.M., 2004, "Ownership of Knowledge – The Role of Patents in Pharmaceutical R&D", *Bulletin of the WHO* 82, pp. 784–790
- El Said, M. & Kapczynski, A., 2011, *Access to Medicines: The Role of Intellectual Property Law and Policy*, Working Paper prepared for the Third Meeting of the Technical Advisory Group of the Global Commission on HIV and the Law
- European Commission, 2010, *EU's Relations With Central Asia – Partnership & Cooperation Agreements*, available online at [http://ec.europa.eu/external\\_relations/central\\_asia/pca/](http://ec.europa.eu/external_relations/central_asia/pca/) (accessed 27 January 2014)
- European Commission, 2013, *Press Release: Georgia and Moldova One Step Closer to a Privileged Trade Relation With the EU*, available online at <http://trade.ec.europa.eu/doclib/press/index.cfm?id=994> (accessed 27 January 2014)
- Global Network of People Living with HIV (GNP+), Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), International Network of People Who Use Drugs (INPUD), Global Network of Sex Work Projects (NSWP) & International Treatment Preparedness Coalition (ITPC), 2013, *Access Challenges for HIV Treatment among People Living with HIV and Key Populations in Middle-Income Countries*
- HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO), 2012, *Urgent Immigration Law Changes*, available online at [http://halco.org/wp-content/uploads/2012/05/Immigration\\_Law\\_Changes-2012May\\_HALCO.pdf](http://halco.org/wp-content/uploads/2012/05/Immigration_Law_Changes-2012May_HALCO.pdf) (accessed 8 November 2013)
- Sexual Health And Rights Project (SHARP) of the Open Society Institute, 2006, *Sex Worker Health and Rights: Where is the Funding?*
- UNAIDS, 2009, *Guidance Note on HIV and Sex Work*
- UNAIDS, 2010, *The Status of HIV in the Caribbean*
- UNAIDS, 2013, *Global Report*
- UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights, 2012, *The Global Fund and the Crisis of HIV Funding – A Severe Setback for HIV and Human Rights: Statement and Recommendations*
- World Health Organization (WHO), 2013, *Global Update on HIV Treatment: Results, Impact and Opportunities*



**nswp**

**ГОЛОСА СЕКС-РАБОТНИКОВ**  
Продвижение здоровья и прав человека

The Matrix, 62 Newhaven Road  
Edinburgh, Scotland, UK, EH6 5QB,  
[secretariat@nswp.org](mailto:secretariat@nswp.org)  
[www.nswp.org](http://www.nswp.org)

NSWP является частной неправительственной организацией с ограниченной ответственностью.  
Регистрационный номер: SC349355



**BRIDGING THE GAPS**  
Health and rights  for key populations