

# Право мигрантов на здоровье

КОЛЛЕКЦИЯ ЮНЭЙДС “ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА”



ЮОМ • ОИМ



**ЮНЭЙДС**  
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКЕ ООН  
ЮНИСЕФ  
МПП  
ПРООН  
ЮНФПА

ЮНОДК  
МОТ  
ЮНЕСКО  
ВОЗ  
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Фото на обложке – УВКБ ООН/К. МакКинзи

---

UNAIDS/06.12R  
(перевод на русский язык, апрель 2006 г.)

---

Оригинал : на английском языке, UNAIDS/01.16E, март 2001 г.:

*Migrants' Right to Health*

Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 2006.

Все права охраняются. Публикации ЮНЭЙДС можно получить, обратившись в Информационный центр ЮНЭЙДС. За разрешением воспроизводить либо переводить публикации ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого распространения – следует также обращаться в Информационный центр по указанному ниже адресу, либо по факсу +41 22 791 4187, либо по электронной почте: [publicationpermissions@unaids.org](mailto:publicationpermissions@unaids.org).

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны,

территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

Упоминание конкретных компаний либо товаров определенных производителей не подразумевает, что ЮНЭЙДС поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или товарами подобного рода, которые здесь не упоминаются. За исключением возможных ошибок и пропусков, названия патентованных товаров пишутся с заглавной буквы.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и достоверность информации, содержащейся в настоящей публикации, и не несет ответственности за ущерб, причиненный в результате ее использования.

Данные каталога библиотеки ВОЗ

Право мигрантов на здоровье / ЮНЭЙДС.

(Коллекция ЮНЭЙДС “Лучшая практика”. Ключевые материалы)

“Текст – Маргерет Дакетт. Подготовлено для ЮНЭЙДС и Международной организации по миграции. Paper prepared for UNAIDS and the International Organization for Migration.” – Выражение признательности.  
“UNAIDS/06.12R”.

1. Синдром приобретенного иммунодефицита – эпидемиология. 2. Синдром приобретенного иммунодефицита – профилактика и контроль. 3. Синдром приобретенного иммунодефицита – передача. 4. Транзит и мигранты. 5. Права человека. I. Дакетт, Маргарет. II. ЮНЭЙДС. III. Международная организация по миграции. IV. Серия.

ISBN 92 9 173501 9

(Классификация NLM: WC 503.6)

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland  
Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87  
E-mail: [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org) – Internet: <http://www.unaids.org>

## Право мигрантов на здоровье



# Выражение признательности

---

Текст Маргарет Дакетт

Документ подготовлен для ЮНЭЙДС и Международной организации по миграции. Все аспекты процесса публикации координировались Информационным центром ЮНЭЙДС, Женева.

# Содержание

---

<b>Резюме</b>	<b>5</b>
<b>I. Введение</b>	<b>9</b>
<b>II. Описание ситуации</b>	<b>11</b>
<b>III. Баланс между международными договорами и правами государств</b>	<b>20</b>
<b>IV. Доступ к услугам здравоохранения</b>	<b>28</b>
<b>V. Перспективные подходы к анализу/расширению услуг в будущем</b>	<b>37</b>
<b>VI. Последствия для лиц, вырабатывающих политику</b>	<b>46</b>
<b>VII. Заключение</b>	<b>49</b>
<b>Рекомендации</b>	<b>50</b>
<b>Приложение 1. Международные документы (и соответствующие статьи)</b>	<b>51</b>
<b>Библиография</b>	<b>55</b>

*Нет человека, что был бы сам по себе, как остров; каждый живущий – часть континента... Смерть каждого человека умаляет и меня, ибо я един со всем человечеством. А потому никогда не посылай узнать, по ком звонит колокол: он звонит и по тебе.*

*Джон Донн, 1572-1624*

*“Обращения к Господу в час нужды и бедствий”, Увещевание 17, 1624.*

*Состоятельные и мобильные люди готовы, желают и способны разнести болезни по всему миру за 24 часа.*

*Джошуа Ледерберг, университет Рокфеллера, 1997 г.*

*Infectious Diseases as an Evolutionary Paradigm (Инфекционные заболевания как эволюционная парадигма), New Infectious Diseases, Vol. 3, No. 4, October-December 1997.*

*Учитывая миграцию в регионе, ВИЧ/СПИД невозможно будет искоренить до тех пор, пока другие страны будут использовать подход невмешательства и оставаться источником инфекции.*

*Марвелос Млойи, университет Зимбабве, 1999 г.*

*“Вызов современной парадигмы ВИЧ: почему она не сработала?”, пленарное выступление*

## Резюме

---

### *Мир находится в движении.*

Каждый год более одного миллиона человек эмигрируют на постоянной основе, и почти каждый год такое же число людей ищет убежища. Если считать мобильность людей внутри стран, то в глобальном масштабе число людей, которые перемещаются ежегодно, составит, вероятно, два миллиарда человек.

В настоящем документе рассматриваются некоторые вопросы, связанные с правами мигрантов на здоровье.

Во-первых, нет согласованного определения того, что такое мигрант. Каждая страна использует свои собственные определения в своих нормативных документах, касающиеся категорий перемещающихся лиц, мигрантов и новых поселенцев. В документе используется широкое определение мигрантов, которое включает все аспекты перемещения любой группы населения.

Во-вторых, что включается в права на здоровье? Устав Всемирной организации здравоохранения определяет здоровье как “состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недуга”. Что касается здоровья лиц, не являющихся гражданами, большинство стран определили свои обязательства с точки зрения обеспечения важнейшего ухода или ухода в чрезвычайных ситуациях, причем эта концепция в разных странах интерпретируется по-разному. Профессиональные медицинские работники часто играют критическую роль при определении того, можно ли назвать ситуацию чрезвычайной. Можно ли считать, что все вопросы здравоохранения, связанные с ВИЧ/СПИДом<sup>1</sup>, попадают в категорию глобальной чрезвычайной ситуации?

В настоящем документе содержится призыв внести ряд изменений с целью улучшения здоровья мигрантов (в частности, что касается ВИЧ/СПИДа, других инфекций, передающихся половым путем, и репродуктивного здоровья) на глобальном, национальном и местном уровне. Коротко, сюда включают:

- Признание права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Что касается групп мигрантов, это может потребовать уделения внимания праву на получение доступных и недорогих медицинских услуг, праву на здоровые условия работы и жизни и праву на соответствующее санитарное просвещение.
- Уделение внимания со стороны всех стран и выполнение всеми странами международных договоров и соглашений, участниками которых они являются, а также соответствующего международного обычного права. На практике, многие страны подписывают международные договоры/соглашения, но они не обязательно вводят меры, необходимые для выполнения буквы и духа таких соглашений.
- Общее применение и выполнение международных медико-санитарных правил.
- Меры, направленные на то, чтобы все направляющие, транзитные и принимающие страны внедряли общие/трехсторонние программы обеспечения доступа к услугам здравоохранения, включая все временные и пространственные точки в рамках меняющейся совокупности для граждан/работников-мигрантов. Такие точки включают подготовку к отъезду, саму миграцию, начальный период адаптации, успешную адаптацию, обратную миграцию и реинтеграцию в родное сообщество.

---

<sup>1</sup> ВИЧ = вирус иммунодефицита человека; СПИД = синдром приобретенного иммунодефицита.

- Услуги здравоохранения для всех перемещающихся лиц и групп мигрантов, выходящие за рамки оказания экстренной помощи и обеспечивающие физическое, психическое и социальное благополучие, в частности, в связи с ВИЧ/СПИДом, другими инфекциями, передающимися половым путем, и репродуктивным здоровьем.
- Повышение внимания профилактике в политике в области здравоохранения и практике оказания услуг мигрантам/мобильным группам населения, включая широкую разработку и реализацию мер вмешательства на уровне общин.
- Для мигрантов и мобильных групп населения в стране – применение мер для обеспечения хорошего доступа к профилактике для охраны здоровья в связи с ВИЧ/СПИДом/ЗППП/репродуктивным здоровьем и ухода за всеми членами таких групп населения. Например, для обеспечения соответствующего санитарного просвещения может потребоваться создание специальных информационных материалов на различных языках.
- Уделение внимания вопросам гендерного неравенства, которое зачастую отмечается при перемещении работников-мигрантов как внутри стран, так и внутри регионов, а также соотношению между гендером и возможностями, от которого зачастую зависит получение женщинами доступа к информации и медицинскому уходу.
- Понимание основными направляющими странами того, что вклад в совокупный национальный продукт со стороны работников-мигрантов, высылающих деньги домой своим семьям, с одной стороны, может уравниваться бременем, которое ложится на медицинские и социальные услуги, если работники-мигранты возвращаются в свою родную страну больными или нетрудоспособными, с другой стороны.

В документе излагаются основные существующие законы, политика и наилучшая практика, касающиеся прав мигрантов на здоровье, а также описываются связанные с ними уход, лечение, поддержка и профилактика, в частности, в связи с ВИЧ/СПИДом/ИППП и репродуктивным здоровьем. В документе используются рамки существующих законов и политики для анализа этических и экономических параметров и для рассмотрения влияния глобализации и последствий политики для здоровья мигрантов. В конце документа приводятся рекомендации для разработки политики с целью улучшения состояния здоровья групп мигрантов.

В разделе 2 данного документа приводится описание ситуации: в ряде документов изложена взаимосвязь между мобильностью людей и повышением риска заражения ВИЧ. Однако быть мигрантом само по себе не является фактором риска; факторы риска таит в себе деятельность, осуществляемая в процессе миграции.

Согласно последним оценкам Международной организации труда (МОТ), в настоящее время свыше 90 миллионов человек (работников-мигрантов и членов их семей) проживают, законно или незаконно, в стране, которая не является их родной страной. Некоторые страны являются основными странами, направляющими мигрантов, другие в основном принимают мигрантов; во многих случаях страны относятся сразу к обеим категориям – они как направляют, так и принимают большое число мигрантов. Перемещение внутри и между странами часто может наблюдаться в определенных районах; при этом в некоторых районах страны может отмечаться диспропорционально сильное перемещение населения.

В ряде отчетов указывается на снижение доступа к медицинским услугам, что сказывается на здоровье мигрантов во многих частях мира. В целом, тенденция, характеризуемая снижением доступа к медицинским услугам и, как следствие, ослаблением здоровья, отмечается среди новых мигрантов или “групп”, которые в любом случае являются социально неблагополучными в принимающем обществе. Кроме того, работники-мигранты, имеющие проблемы со здоровьем, часто возвращаются в свои родные страны.

Проблемы миграции неразрывно связаны с гендерными проблемами. Несмотря на общее представление о том, что мигрантом, как правило, является мужчина, в докладе МОТ “Трудящиеся мигранты” отмечается, что в 1999 году около половины мигрантов во всем мире составляли женщины, что также сопровождается повышением их уязвимости к эксплуатации и насилию.

Любые международные проблемы, связанные с перемещением людей, не могут разрешиться сами по себе. Предполагается, что в ближайшие годы существенное глобальное перемещение людей усилится; при этом ожидается значительное увеличение числа и пропорции незаконных и маргинализированных мигрантов.

В разделе 3 настоящего документа рассматриваются вопросы, касающиеся того, каким образом можно сбалансировать обязательства согласно международным договорам с суверенитетом государств; особое внимание здесь уделяется соответствующим декларациям и договорам, применению международных медико-санитарных правил в плане международного распространения заболеваний и влияния глобализации. В разделе 4 рассматривается вопрос о доступе к услугам здравоохранения с точки зрения финансирования медицинских услуг, “нового” государственного здравоохранения, уровня доступа, приоритетности ранних мер вмешательства и объема мер вмешательства. В разделе 5 описывается ряд проектов, которые иллюстрируют некоторые наиболее перспективные меры вмешательства, осуществляемые в различных частях мира. В разделе 6 рассматриваются некоторые конкретные последствия решения вопросов, проанализированных в данном документе, для лиц, вырабатывающих политику.

В документе освещаются некоторые значимые вопросы для лиц, вырабатывающих политику, включая:

- положительные и отрицательные последствия глобализации;
- этический и экономический императив для обеспечения доступа к медицинским услугам для мобильных групп населения и мигрантов;
- реальные ограничения прав отдельных государства, налагаемые международной эпидемией; и
- потребность в рассмотрении всех возможных временных и пространственных точек на мобильном непрерывном спектре для граждан/работников-мигрантов, включая подготовку к отъезду, саму миграцию, начальный период адаптации, успешную адаптацию, обратную миграцию и реинтеграцию в исходное сообщество.

Был достигнут прогресс в плане профилактики распространения ВИЧ среди мигрантов и через мигрантов и ослабления воздействия ВИЧ на ВИЧ-инфицированных мигрантов. В ряде стран и в различных обстоятельствах осуществляются проекты, касающиеся других инфекций, передающихся половым путем, и защиты репродуктивного здоровья мигрантов и мобильных групп населения. Задача сейчас заключается в том, чтобы обеспечить всестороннее решение сложных вопросов во всех странах и на всех уровнях.

# I. Введение

---

*Мир находится в движении.*

В 1995 году, по оценкам Всемирного банка, не менее 125 миллионов человек проживали вне страны своего происхождения.<sup>2</sup> Каждый год более одного миллиона человек эмигрируют на постоянной основе, и почти каждый год такое же число людей ищет убежища. Однако если включить в определение тех, кто приезжает на короткое время, то каждый год число людей, переезжающих из страны в страну, превышает один миллиард. В некоторых туристических странах число людей, въезжающих на короткий период, превышает численность местного населения.<sup>3</sup> Если считать мобильность людей внутри стран, то в глобальном масштабе число людей, которые перемещаются ежегодно, составит, вероятно, два миллиарда человек.

Нет согласованного определения того, что такое мигрант. Хаур-Книпе и Ректор<sup>4</sup> уделили несколько страниц их определению (определениям). Как обобщают Декосас и Адриен,<sup>5</sup> “Мигранты могут быть определены по их правовому статусу или этнической принадлежности, или же миграцию можно охарактеризовать, используя параметры длительности, мотивации и расстояния. Если исключить людей, въезжающих на короткий период (например, туристов), наиболее важными категориями являются трудовая миграция, миграция беженцев, миграция в целях переселения, внутренняя миграция и внутригородская ежедневная миграция”. Лури<sup>6</sup> использует другой подход: “в большинстве исследований людей подразделяют просто на “мигрантов” или “немигрантов”. В действительности ситуация намного сложнее; существует, фактически, много различных типов миграции, причем каждый тип может включать различные факторы риска. Кроме того, миграционный статус человека может меняться несколько раз в течение всей его жизни”.

Каждая страна использует свои собственные определения в своих нормативных актах в отношении категорий перемещающихся лиц или мигрантов. Международное право подразделяет между теми, кто является и кто не является гражданами, напр., граждане, чужестранцы, иммигранты, а также признает другие конкретные категории, напр., беженцы, лица, ищущие убежища, рабочие-мигранты.

В настоящем документе будет использоваться определение, которое охватывает все аспекты мобильности любой группы населения. Основное внимание в документе будет уделяться лицам, которые пересекают в настоящий момент или когда-либо ранее пересекали границы. Сюда включаются люди, мобильные по причине профессии и обучения, а также молодежь. В данный документ не включаются беженцы (рассматриваются в других работах) и сообщества этнических меньшинств (в отношении которых данный вопрос может быть совершенно отличным). Вопросы, связанные с беженцами, аналогичны вопросам, касающимся всех мигрантов, однако основные проблемы обычно являются более острыми. Как отмечают многие авторы, в том числе Форрест,<sup>7</sup> “вынужденная или неплановая миграция вследствие гражданских или стихийных бедствий ложится значительным бременем на здоровье и обеспечение продовольствием населения, на системы медицинского ухода и общественного здравоохранения, способствуя появлению и распространению болезни”.

---

<sup>2</sup> World Bank. *Workers in an Integrating World: World Development Report 1995*, Oxford, Oxford University Press, 1995.

<sup>3</sup> Hendriks S. “The right to freedom of movement and the (un) lawfulness of AIDS/HIV specific restrictions from a European perspective”. *Nordic Journal of International Law* 59: Fasc. 2/3, 1990.

<sup>4</sup> Haour-Knipe M and Rector R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. London, Taylor & Francis, 1996.

<sup>5</sup> Decosas J and Adrien A. “Migration and HIV” (Миграция и ВИЧ). *AIDS*, 1997, 11 (suppl. A): 577-684.

<sup>6</sup> Lurie M, Garnett G, Abdool Karim S, Sturm W, Wilkinson D, and Williams B. *Research Protocol. Migration and the Spread of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases in South Africa: Interlocking Urban and Rural Cohort Studies*, January 1998.

<sup>7</sup> Forrest D M. “Control of Impaired Communicable Diseases and Responses: Preparation and Responses”. *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 87, No. 6. November-December 1996, p. 369.

В работе представлены ключевые существующие законы, политика и лучшая практика в связи с правами мигрантов на здоровье, а также описаны соответствующий уход, лечение, поддержка и профилактика, в частности в связи с ВИЧ/СПИДом/ИППП и вопросами репродуктивного здоровья. В документе используются рамки существующих законов и политики для анализа этических и экономических параметров, а также воздействия глобализации и последствий политики для здоровья мигрантов. В заключение приводятся рекомендации в отношении будущего развития политики, направленной на улучшение состояния здоровья групп мигрантов.

## II. Описание ситуации

### А. Миграция и мобильные группы населения

Согласно последним оценкам Международной организации труда (МОТ),<sup>8</sup> в настоящее время свыше 90 миллионов человек (работников-мигрантов и членов их семей) проживают, законно или незаконно, в стране, которая не является их родной страной. Следует отметить, что эта оценка, более низкая по сравнению с оценкой Всемирного банка за 1995 год, согласно которой 125 миллионов человек проживало вне своей родной страны, не включает людей, которые официально изменили свое первоначальное гражданство.<sup>9</sup> Ниже в таблице 1 (взятой из доклада МОТ) эта цифра показана с разбивкой по регионам.

**Таблица 1. Оценка численности лиц, не являющихся гражданами, по основным регионам за 1995 год, исключая лиц, ищущих убежища, и беженцев (в миллионах человек)<sup>10</sup>**

Регион	Экономически активные	Иждивенцы	Итого
Африка	6–7	12–14	18–21
Северная Америка	8	8–10	16–18
Центральная и Южная Америка	3–5	4–7	7–12
Южная, Юго-Восточная и Восточная Азия	2–3	3–4	5–7
Западная Азия (арабские государства)	6	2–3	8–9
Европа	11–13	15–17	26–30
Всего	36–42	44–55	80–97

Некоторые страны являются основными странами, направляющими мигрантов, другие в основном принимают мигрантов; во многих случаях страны относятся сразу к обеим категориям – они как направляют, так и принимают большое число мигрантов. Согласно МОТ, в 1990 году основные страны, направляющие и принимающие рабочих-мигрантов, включали более 100 стран; из них 68 стран считались странами, в основном принимающими мигрантов, 56 стран в основном направляли мигрантов и 24 страны относились к странам, направляющим и принимающим мигрантов.<sup>11</sup> Среди новых стран, в основном принимающих мигрантов, были Италия, Япония, Малайзия и Венесуэла, а среди новых стран, в основном направляющих мигрантов, были Бангладеш, Египет и Индонезия.

<sup>8</sup> МОТ. "Трудящиеся мигранты", Международная конференция по вопросам труда, 87-я сессия, 1999 г., Доклад III (часть 1B). Женева, 1999 г.

<sup>9</sup> Более низкие оценочные данные МОТ могут быть обусловлены тем, что натурализованные граждане не включаются в мигрирующее население, однако они включаются Всемирным банком в группы населения, проживающего вне своей страны происхождения.

<sup>10</sup> Оценка включает лиц, имеющих иностранные паспорта, а не лиц, родившихся в другой стране, поскольку последняя группа включает неизвестную пропорцию натурализованных лиц, которые более не имеют гражданства страны своего происхождения. Приведенные здесь цифры включают как регулярных мигрантов, так и мигрантов, чей статус может рассматриваться как нерегулярный с точки зрения въезда, пребывания или экономической активности.

<sup>11</sup> МОТ, "Трудящиеся мигранты", 1999 г., там же, с. 4.

В 1996 году около 7 миллионов (примерно 3%) населения Соединенных Штатов составляли лица, родившиеся в Мексике. Из них 2,7 миллиона человек, по оценкам, составляли незаконные мигранты. Среди них от 80 до 90 процентов были мужчины, в основном одинокие или без сопровождения, в возрасте от 15 до 34 лет.

В некоторых регионах перемещение населения внутри или между странами может быть диспропорционально интенсивным: в районе Зигинишор, Сенегал, ежегодно участвуют в миграции 82% мужчин в возрасте от 20 до 40 лет.

Однако, несмотря на представление о том, что типичный мигрант – это мужчина, в докладе МОТ “Трудящиеся мигранты” указывается, что в 1999 году почти половину от общего числа мигрантов во всем мире составляли женщины.<sup>12</sup> В этом докладе внимание правительств обращается на особую уязвимость работниц-мигрантов к эксплуатации и насилию: “В настоящее время женщины, которые более не являются только сопровождающими членами семьи, составляют растущую долю трудящихся мигрантов: например, почти полмиллиона женщин Шри-Ланки работает на Ближнем Востоке, в то же время соотношение между женщинами и мужчинами из Филиппин, работающими в других странах Азии, составляет 12:1 ... Комитет, в частности, отмечает нарастающую тенденцию “импортирования” женщин-мигрантов в качестве работников для коммерческой эксплуатации – включая сексуальную эксплуатацию – через заключение фиктивных браков с иностранцами или подписание с ними трудовых контрактов, которые выглядят привлекательными, однако редко отражают реальную ситуацию. Их уязвимость в основном обусловлена тем, что они работают за рубежом, т.е. вне системы правовой защиты своей родной страны; это также обусловлено тем, что они часто выполняют работу, которая слабо защищается социальным законодательством – домашняя прислуга, ручные работы (в сельском хозяйстве, на предприятиях или особых экспортных зонах), официантки или участвуют в шоу в ночных клубах или кабаре и т.д. Их положение усугубляется ввиду отсутствия самостоятельности и сильными отношениями подчинения, что является типичным для работы такого рода; этому также способствует то, что такие женщины обычно молодые и бедные, боятся потерять свою работу, вынуждены были оставить свою семью в стране происхождения, не знают языка страны трудоустройства, не знают о том, что у них есть права, которые нарушаются, и обычно не знают, куда обратиться за помощью”.

Проблемы миграции и гендера неразрывно связаны между собой. Как отмечает Синганетра-Ренард,<sup>13</sup> “Поскольку женщины-мигранты почти неизменно имеют меньше возможностей для того, чтобы договариваться, и меньше юридических прав по сравнению с местным населением, и особенно по сравнению с местными мужчинами, роль миграции в виктимизации женщин и тем самым в распространении ВИЧ-инфекции нельзя игнорировать”. Кроме того, особый риск для женщин-мигрантов таит широкое распространение организованной торговли женщинами по всему миру. Такие женщины, преимущественно очень молодые, из экономически слабых стран или общин, могут силой вовлекаться в секс-бизнес, что часто включает незащищенный секс.<sup>14</sup>

На работников-мигрантов часто оказывается определенное давление. В справочной публикации ВОЗ “Долгосрочные ограничения на перемещение и ВИЧ/СПИД”<sup>15</sup> отмечается: “Новые промышленно развитые государства могут приветствовать появление работников-мигрантов. Но в то же время они могут стремиться к тому, чтобы не дать таким работникам права на долгосрочное проживание, то есть их могут направить домой, если они перестанут быть полезными в экономическом плане в связи с изменением спроса на рабочую силу или ввиду возраста, заболевания или инвалидности.

<sup>12</sup> Там же, с. 106.

<sup>13</sup> Singhanetra-Renard A. “Population movement and the AIDS epidemic in Thailand”, Paper presented at the IUSSP Seminar on Sexual Subcultures and Migration in the Era of AIDS/STDs, Bangkok, Thailand, March 1994, p. 14.

<sup>14</sup> Ybanez RFC. “Breaking Borders: Migration and HIV/AIDS”, *AIDS action*, Issue 40, July-September 1998.

<sup>15</sup> WHO, *Background Paper: Long term Travel Restrictions and HIV/AIDS*. WHO Global Programme on AIDS, October 1994, p 4.

Работникам-мигрантам могут навязывать ограниченные по срокам действия трудовые контракты и разрешения на работу, для того чтобы они обеспечивали для работодателя и принимающей страны “ротационную временную рабочую силу”.<sup>16</sup>

Как отмечает МОТ, в целом, страны используют три подхода к социальной политике, касающейся мигрантов:

- страны, которые принимают мигрантов на постоянное поселение при въезде, такие как Австралия и Канада, скорее используют социальную политику, направленную как на социальную интеграцию, так и на “взаимодействие культур”;
- страны, которые предоставляют постоянный статус проживания через определенное количество лет пребывания в стране, скорее придерживаются политики “ассимиляции”;
- страны, которые рассматривают мигрантов преимущественно как временных рабочих, выступают за оказание помощи для добровольной репатриации и реинтеграции. Например, Германия не дает иммигрантам права на постоянное жительство при въезде и в рамках своей социальной политики в основном поощряет добровольную репатриацию через Агентство по координации с целью содействия реинтеграции иностранных рабочих.

Германия превратилась в одну из основных стран назначения в Европе. По официальным данным, почти 10% населения составляют мигранты. Однако если включить лиц, проживающих и работающих на нерегулярной основе, этот процент будет значительно выше.

Кроме того, в национальных законодательствах и нормативных актах существует три типа положений, касающихся незаконной миграции: положения, направленные на работников-мигрантов, работающих на нерегулярной основе; положения, предусматривающие наказание для лиц, которые организуют или способствуют подпольной или незаконной миграции; и положения, предусматривающие наказание за незаконную вербовку и трудоустройство работников-мигрантов. В докладе МОТ<sup>17</sup> выражается озабоченность по поводу того, что меры по борьбе с подпольным перемещением мигрантов были направлены на борьбу со спросом на подпольную рабочую силу, а не на ее предложение; однако на практике санкции против мигрантов, работающих на нерегулярной основе, распространены очень широко, причем как в направляющих, так и в принимающих странах. Иногда такие санкции могут быть направлены против иждивенцев незаконных мигрантов, а не на самих мигрантов: например, введение в штате Калифорния, Соединенные Штаты, в 1996 году поправки, которая направлена против незаконной иммиграции в виде запрета принимать детей неучтенных мигрантов в учебные заведения, финансируемые государством (от детских садов до университетов).

<sup>16</sup> Papademetriou D G, “International migration in North America and Western Europe: trends and consequences” In Appleyard R (eds.) *International Migration Today, Vol. 1, trends and prospects*. Paris, UNESCO, 1988, as quoted in WHO Background Paper, *ibid*.

<sup>17</sup> МОТ, “Трудящиеся мигранты”, 1999 г., там же, с. 130.

С 1989 по 1996 годы в Содружестве Независимых Государств (СНГ) было зарегистрировано более 900 000 беженцев, 1,1 миллиона внутренне перемещенных лиц и 4,2 миллиона репатриантов. Ухудшение экологической ситуации также привело к появлению сотен тысяч экологических мигрантов. Кроме того, увеличилась законная и незаконная транзитная миграция. Только в Российской Федерации, по оценкам, проживают от 500 000 до 1 миллиона незаконных мигрантов, в частности афганцев, иранцев и иракских курдов. Эмиграция, в основном в СНГ, резко выросла из стран, где имеют место вооруженные конфликты, таких как Армения, Грузия и Таджикистан.

За некоторыми заметными исключениями, самое большое число нынешних мигрантов приехали по экономическим причинам, и, в отличие от большинства других таких перемещений, возрастной состав мигрантов очень близок к возрастному составу населения в целом.

Как отмечается в Техническом обзоре ЮНЭЙДС по вопросам миграции и ВИЧ/СПИДа,<sup>18</sup> перемещение населения в последние годы усилилось по следующим причинам:

- значительная доступность быстрого и (относительно) недорогого воздушного сообщения;
- открытие ранее закрытых границ, в частности в странах Восточной Европы и Содружества Независимых Государств (СНГ), Южной Африке и свободных экономических зонах вдоль восточного побережья Китая;
- рост международной торговли и коммерции, а также отмена регулирования торговой практики и развитие региональной свободной торговли;
- повышение уровня информированности о таком нарушении баланса, в том числе среди населения бедных стран.

Как ожидается, существенное глобальное перемещение людей в ближайшие годы лишь усилится. Миграция всегда основывалась на стремлении к процветанию и/или стремлении убежать от гражданского или стихийного бедствия. К концу 2000 года лишь 20% мирового населения будет жить в развитых странах, а экономическая поляризация может способствовать усилению миграции. Точно так же, как отмечает Геллерт,<sup>19</sup> экологические проблемы, связанные с ростом индустриализации, такие как повышение уровня моря в результате глобального потепления, опустынивание и обезлесение, могут привести к увеличению числа экологических мигрантов.

Учитывая рост числа стран, внедряющих политику, направленную на уменьшение иммиграции,<sup>20</sup> в сочетании с таким внешним давлением в результате усиления глобального перемещения, в будущем можно ожидать лишь существенного увеличения числа и пропорции незаконных и маргинализированных мигрантов во многих странах.

## **В. Потребности и справедливость в защите здоровья**

Здоровье признается как основополагающее право человека. Устав Всемирной организации здравоохранения определяет здоровье как “состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недуга”. Что касается здоровья лиц, не являющихся гражданами, большинство стран определили свои обязательства с точки зрения обеспечения важнейшего ухода или ухода в чрезвычайных ситуациях, причем эта концепция в разных странах интерпретируется по-разному. Даже в отношении официально признанных работников-мигрантов, специальные соглашения, направленные на обеспечение подлинной справедливости при получении доступа к услугам здравоохранения (если сравнивать с гражданами страны), применяются редко.

<sup>18</sup> UNAIDS. *Technical Update on Migration and HIV/AIDS*, UNAIDS, 2000.

<sup>19</sup> Gellert GA. “International Migration and Control of Communicable Diseases”, *Soc. Sci. Med.* Vol. 37, No. 12, 1993, pp 1489-1499.

<sup>20</sup> See, for example, *Crossing Borders*, op. cit.

Имеется ряд документов, в которых указывается на снижение доступа к услугам по уходу за здоровьем и последствия этого для здоровья мигрантов во многих частях мира.<sup>21</sup> Как утверждают Боллини и Сием, плохое состояние здоровья связывается с тем, что мигранты и этнические группы в принимающих странах не пользуются всеми правами.<sup>22</sup> Они отмечают следующее: “Они не только имеют плохие жилищные и рабочие условия, что само по себе предопределяет плохое состояние здоровья, но также имеют слабый доступ к услугам по уходу за здоровьем, что обусловлено рядом политических, административных и культурных причин, которые не всегда присутствуют для местного населения и отличаются в различных обществах и для различных групп. Примерами таких избирательных барьеров являются язык, различные концепции здоровья и заболевания”.<sup>23</sup>

Конечно, “мигранты” не составляют однородную группу – как отмечают Боллини и Сием, общая тенденция, характеризующая плохое состояние здоровья, может отличаться среди различных групп мигрантов и среди лиц одной и той же группы, – однако общее утверждение является верным в большинстве частей мира.

В целом, тенденция, характеризующая снижение доступа мигрантов к услугам по уходу за здоровьем и, как результат, более слабое состояние здоровья, более заметна среди новых мигрантов или среди “групп”, которые считаются социально неблагополучными в принимающем обществе (напр., выходцы из северной Африки во Франции, из Бангладеш в Великобритании, из Индонезии в Малайзии). В своей работе Тан<sup>24</sup> предлагает термин “этническая дистанция” для иллюстрации элементов культурного различия и риска, связанного с перемещением из одной страны в другую, даже если речь идет об одних и тех же направляющих и принимающих странах. Используя пример в отношении двух граждан Филиппин, переехавших в Гонконг на работу, Тан отмечает, что этническая дистанция для молодой филиппинки из небольшой деревушки, переехавшей в Гонконг для работы в качестве домашней прислуги, намного больше, чем для молодого филиппинца, также переехавшего в Гонконг для работы в межнациональной корпорации. В случае если между направляющими и принимающими странами существуют огромная разница в культуре, эта этническая дистанция может быть еще более существенной.

Кроме того, работники-мигранты, имеющие проблемы со здоровьем, часто возвращаются в свою родную страну по финансовым причинам, в связи с отсутствием необходимых иммиграционных документов или плохим здоровьем – такое возвращение все чаще обусловлено ВИЧ/СПИДом. В настоящее время во многих странах отмечается возвращение домой существенного числа граждан, которые предпочитают умереть среди своих родственников или в своей общине.

Это ставит вопросы о том, что правительствам и лицам, определяющим политику, необходимо найти тонкое равновесие между двумя факторами – признание того, что мигрантам может грозить риск инфицирования в новой среде, и необходимость избежать поиска козлов отпущения среди мигрантов, обвиняя их в том, что они привезли ВИЧ в страну/общину, что объясняется общим стремлением искать виновных среди “других”. Хорошим примером того, как можно добиться этого равновесия, может служить недавняя инициатива – Министерство здравоохранения и социальной защиты Греции содействует осуществлению программы под лозунгом “Забота о здоровье мигрантов – это забота о нашем здоровье”.

<sup>21</sup> See, for example, European Project AIDS and Mobility. *AIDS & STDs and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups; the State of Affairs in Europe*, de Putter J (ed.). June 1998; Haour-Knipe M and Rector R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. London, Taylor & Francis, 1996; МОТ. “Трудящиеся мигранты”, *Международная конференция по вопросам труда, 87-я сессия, 1999 г., Доклад III (часть 1B)*. Женева, 1999; Mishra SI, Conner RF and Magana JR (eds.) *AIDS. Crossing Borders: The Spread of HIV among Migrant Latinos*. Colorado, Westview Press, 1996.

<sup>22</sup> Bollini P and Siem H. “No Real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000, *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, No. 6, pp. 819-828, 1995.

<sup>23</sup> Ibid, p. 821.

<sup>24</sup> Tan M. “Migrants and Risk”, *AIDS action*, Issue 40, July-September 1998, p. 2.

Однако в прошлом примеры использования таких подходов были редкими.

Сеть КАРАМ-Азия сообщает о случаях нарушения прав человека в отношении работников-мигрантов, что оказало воздействие на их здоровье и благополучие. Было установлено, что многие работники-мигранты в Южной и Юго-Восточной Азии работают в тяжелых условиях, включая 12-часовой или более продолжительный рабочий день шесть или семь дней в неделю; неадекватное питание и антисанитарные условия для жизни (сна), предоставляемые их работодателями; и другие нарушения. Также отмечено, что другие опасные производственные факторы включают сексуальное и физическое насилие, которому подвергаются многие работники-мигранты. Все эти тяжелые и жестокие условия жизни и работы могут непосредственно влиять на иммунную систему, в результате чего мигранты могут иметь ослабленную иммунную систему, что делает их восприимчивыми к различным заболеваниям и инфекциям, включая ВИЧ.

Национальная статистика о нетрудоспособности и смертности может, в частности, занижать последствия для полуквалифицированных и неквалифицированных работников-мигрантов – например, Эггер<sup>25</sup> и др. установили, что данные, имеющиеся в Швейцарии, не включают значительное число таких групп, которые пострадали в результате несчастных случаев на производстве и обусловленной этим потерей трудоспособности и которым затем пришлось покинуть Швейцарию, когда они стали слишком слабыми или больными чтобы работать.

Несмотря на то что работников-мигрантов выбирают по причине их хорошего здоровья и способности выполнять работу (“эффект здоровых мигрантов”), имеются данные о том, что позднее в их жизни на них ложиться значительное бремя нетрудоспособности (“эффект истощенных мигрантов”).

В то же время определенные меры вмешательства могут оказаться удивительно эффективными: например, как отмечают Боллини и Сием,<sup>26</sup> в Швеции результаты беременности (мертворождение и перинатальная смертность) оказались чуть лучше для женщин-иностранок, чем для шведок, даже несмотря на то что многие иностранки приезжают из стран (особенно из Турции), где показатели перинатальной смертности были очень высокими по сравнению со Швецией. Они полагают, что это может быть обусловлено тем, что, как указывает Сахс,<sup>27</sup> в Швеции значительное внимание было уделено изучению культурных различий между женщинами Швеции и Турции при уходе за матерью и ребенком и оказании услуг с учетом культурных особенностей.

Права на репродуктивное здоровье являются еще одной областью, где потребностям мигрантов в связи с уходом за здоровьем часто не уделяется внимания. Конференция, проведенная в Каире в 1994 году, дала новое определение половому и репродуктивному здоровью с учетом этических рамок. Конференция подтвердила, что:

- необеспечение потребностей людей в репродуктивном здоровье представляет собой проблему прав человека и социальной справедливости;
- люди имеют право на принятие свободного и информированного решения в отношении своей репродуктивной жизни;
- люди имеют право на информацию и уход, что позволит им защитить свое здоровье и здоровье своих близких; и

<sup>25</sup> Egger M, Minder CE and Smith GD. “Health inequalities and migrant workers in Switzerland”, *Lancet* 816, Sept 29, 1990.

<sup>26</sup> Bollini and Siem, op. cit. p. 823.

<sup>27</sup> Sachs L. *Evil Eye or Bacteria. Turkish Migrants and Swedish Health Care*. Stockholm Studies in Social Anthropology, University of Stockholm, 1993.

- люди имеют право то, чтобы пользоваться результатами научного прогресса в области ухода за здоровьем.

Генеральный директор ВОЗ д-р Бру Харлем Брундтланд отметила, что “определение слабого репродуктивного здоровья не только как проблемы здравоохранения, но и как проблемы социальной справедливости дает правовую и политическую основу для действий со стороны правительств”.<sup>28</sup> Она указала на то, что “от 5 до 15% глобальной нагрузки заболеваемости связано с неудовлетворением потребностей в репродуктивном здоровье. Эта нагрузка ложится на людей – особенно на женщин – в расцвете их жизни, когда их потенциал, обязанности и продуктивность находятся на самом высоком уровне. В глобальном масштабе, женщины репродуктивного возраста утрачивают более 20% всей своей здоровой жизни вследствие трех основных групп, характеризующих состояние репродуктивного здоровья: заболевания, передающиеся половым путем, включая ВИЧ/СПИД, материнская смертность и заболеваемость и рак половых путей. Еще 10% здоровой жизни утрачивается вследствие наступления состояния, воздействующего на новорожденного”. Существуют примечательные факты, которые показывают, что женщины-мигранты испытывают диспропорциональное воздействие.

Еще одним серьезным пробелом в большинстве стран является внимание, уделяемое проблеме миграции и психосоциального здоровья. Как отмечают Карбальо и Сием, “Культурный шок, который часто сопровождает первый контакт с новой социокультурной системой, может оказаться сложным в психологическом отношении и включает намного больше чем простое отрицание доступа к местным медицинским и социальным услугам. Социальная интеграция и восприятие элементов культуры представляет собой сложный процесс, включающий процессы лингвистического, социального, культурного и концептуального переноса, которые могут лишать мигрантов всего того, к чему они были ранее привычными и что могло составлять основу их идентичности. Миграция людей из сельских и зачастую очень традиционных общин ... в крупные промышленные города в равной мере может включать столкновение сильно отличающихся ценностей, ожиданий и образов жизни. Это процесс, таящий в себе психологические и психосоматические проблемы, которые оставались плохо понимаемыми и еще в меньшей степени решаемыми принимающими странами”.<sup>29</sup>

Помимо каких-либо специфических проблем и как отмечалось во многих странах, доминирующее отношение к иммиграции и “иностранцам” (или подгруппам “иностранцев”) влияет на то, каким образом система здравоохранения реагирует на их особые потребности.

## С. Концепция личного риска

В ряде документов описывается взаимосвязь между мобильностью людей и повышением риска заражения ВИЧ. Например, как указывает Шарден, в то время как мигранты составляют 6% населения Франции, среди них зарегистрировано 14% всех случаев СПИДа.<sup>30</sup> Однако, как отмечают Декосас и Адриен,<sup>31</sup> при проведении различных эпидемиологических исследований существуют проблемы, поскольку они зачастую уделяют особое внимание мигрантам, а не факторам, повышающим уязвимость мобильных групп населения.

Быть мигрантом само по себе не является фактором риска; факторы риска таит в себе деятельность, осуществляемая в процессе миграции.

<sup>28</sup> Всемирная организация здравоохранения, заявление Генерального директора Всемирной организации здравоохранения д-ра Гру Харлем Брундтланд, Форум ICPD + 5, Гаара, 8-12 февраля 1999 г., с. 6.

<sup>29</sup> Crossing Borders, op. cit. p. 36.

<sup>30</sup> Chardin C. “Access to new treatments for migrants living with HIV and AIDS: The Policy Maker’s Point of View – the political and juridical Situation in France” in Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS - Second Annual Seminar, National Focal Points, European Project AIDS & Mobility. Clarke K and Broring G (eds), October 1999, p. 15.

<sup>31</sup> Decosas and Adrien, 1997, op. cit. p. 578.

Люди перемещаются по различным причинам: по работе, для развлечения, в попытке избежать политического преследования или вооруженных конфликтов, в поисках лучшей жизни для себя и своих детей. Такое перемещение может быть не связано с пересечением каких-либо границ: например, в Китае считается, что около 100 миллионов человек перемещаются между городскими и сельскими районами или из одного городского района в другой.

По сравнению с предыдущими поколениями все большее число людей в ряде стран имеют два или даже более постоянных мест пребывания в одной стране или в стране, которая не является страной их происхождения. Особенно для учащихся, но все чаще для многих других людей, круговая мобильность становится частью и жизни. Как отмечает Синганетра-Ренард в отношении Таиланда, «ежедневные поездки на работу из пригорода и обратно, сезонная миграция, краткосрочная и долгосрочная циркуляция присущи как сельскому, так и городскому населению для работы, обучения, развлечений, а также по другим социокультурным причинам».<sup>32</sup>

Мобильность людей, как правило, зависит от возможностей и происходит чаще всего из сельских в городские районы и/или из более бедных в более богатые страны. Однако это, определенно, может осуществляться в обе стороны: мигранты, хорошо устроившиеся в городе или в другой стране, часто возвращаются в свою родную деревню, неся с собой информацию о хорошей жизни.

И хотя перемещение людей может повышать уязвимость и способствовать более рискованному поведению людей, это вовсе не аксиома. Например, как пишет Тан,<sup>33</sup> «сельские женщины могут не иметь возможности повысить свой низкий социальный статус, оставаясь в своей деревне. Их будущее ограничивается ранним замужеством, зачастую они имеют слабые возможности для того, чтобы договариваться, и получают слабую поддержку для защиты репродуктивного и полового здоровья. Перемещение в города все еще остается одной из возможностей для социальной мобильности, что, фактически, может означать улучшение качества жизни или здоровья. Перемещение в городскую среду, где связанные с сексуальностью вопросы могут обсуждаться более открыто, также может приносить пользу».

Однако одной из характеристик многих людей, ведущих мобильный образ жизни, особенно тех, кто перемещается по своей воле, является то, что они относятся к категории лиц, берущих на себя риск – они ввязываются в рискованное предприятие, считая, что другая среда окажется более благоприятной для них. Такая концепция личного риска может в дальнейшем привести к тому, что им придется делать определенный выбор в своей личной жизни.

Иногда люди имеют возможность перемещаться вместе со своей семьей. Однако что касается трудовой миграции, это в основном не так. В Азии имеет место широкое региональное перемещение женщин-работниц, которые выполняют работу на дому; во многих других частях мира миграция лиц одного пола в основном включает мужчин, которые заняты в таких отраслях промышленности, как горнорудная промышленность, строительство и сельское хозяйство.

Изменение обстоятельств может привести к повышению личного риска, возможно, в связи с отсутствием семьи, постоянного сексуального партнера, проживанием среди лиц одного пола, а также в связи со стрессом и уязвимостью, обусловленными миграционным процессом. Некоторые имеют сильную потребность в деньгах, чтобы купить предметы первой необходимости или иметь средства для существования в ожидании работы. Для других чувство обезличенности, обусловленное их положением иностранца, особенно в транзитных районах, может привести к усилению сексуальной активности. Точно так же одиночество, разочарование и давление со стороны людей, находящихся в таком же положении, в сочетании с более легким доступом к наркотикам приводит к тому, что некоторые не

---

<sup>32</sup> Singhanetra-Renard, op. cit. p. 2.

<sup>33</sup> Tan M, op. cit. p. 2.

могут устоять перед искушением попробовать инъекционные наркотики. И, конечно же, везде найдутся продавцы наркотиков, которые используют эту уязвимость.

В некоторых случаях причиной переезда может быть то, что это позволяет заниматься тем, что может быть незаконным или считаться постыдным в своем районе. Например, КАРАМ-Азия отмечает, что “тысячи бедных женщин из Вьетнама приезжают в Камбоджу, чтобы заработать [денег], занимаясь секс-бизнесом ... по имеющимся данным, одна треть лиц, занимающихся коммерческим сексом, родились во Вьетнаме”.<sup>34</sup>

Во многих случаях перемещение связывают с ростом социальной мобильности. Синганетра-Ренард<sup>35</sup> пишет о том, что причины социальной мобильности сельских тайцев могут включать:

- “Гарантированное трудоустройство и получение зарплаты на государственных, производственных или хозяйственных предприятиях или в секторе услуг даже на самом низком уровне иерархии, например, в качестве сторожа, уборщика или садовника, поскольку это означает установление контактов с городскими жителями, которые имеют политическое, финансовое или социальное положение;
- Профессиональное трудоустройство, например, в полиции, армии, в качестве медсестры или на секретарской работе или в любой другой должности, в том числе в неформальном трудовом секторе, где работники носят униформу;
- Трудоустройство на предприятиях, которые символизируют современный стиль или западное влияние, например, на поле для гольфа, в дискотеке, кафе, коктейль-барах и барах караоке;
- Возможность выйти замуж за государственного служащего, китайца или другого человека, имеющего положение, богатство или связи”.<sup>36</sup>

Однако Синганетра-Ренард также отмечает, что причины социальной мобильности для мужчин и женщин могут быть различными и что женщины “часто выбирают короткий путь через коммерческий секс-бизнес”.

Численность и пропорция общин, затронутых миграцией, не являются низкими: например, исследования, проведенные в Африке, показали, что от одной пятой до одной трети мужчин и женщин указали на то, что они жили вдали от своего постоянного полового партнера; это имело два важнейших последствия – половое воздержание или наличие нескольких партнеров.<sup>37</sup>

Это может привести к результатам, таким, как отмечают Кейн и др.: исследование взаимосвязи между миграцией и ВИЧ-статусом сельских жителей Сенегала показало, что 27% мужчин, которые ранее посещали другие африканские страны, и 11,3% супруг таких мужчин были инфицированы ВИЧ. В отличие от этого, в контрольной группе (414 человек), члены которой не выезжали за пределы Сенегала в предыдущие десять лет, ВИЧ-инфицированными оказались только один мужчина и одна женщина.<sup>38</sup>

В Мексике 25% людей в сельских районах, которые, согласно информации, живут со СПИДом, ранее временно находились в Соединенных Штатах.

<sup>34</sup> *Coordination of Action Research on AIDS and Migration*, op. cit. p. 20.

<sup>35</sup> Singhanetra-Renard, op. cit. p. 9.

<sup>36</sup> Ibid p. 9.

<sup>37</sup> Cleland J and Ferry B. Sexual behaviour and AIDS in the developing world. London, Taylor & Francis, 1996, цитируется в работе: Haour-Knipe M and Aggleton P, “Social enquiry and HIV/AIDS”, *Critical Public Health*, Vol. 8, No. 4, 1998, p. 261.

<sup>38</sup> Kane F, Alary M, Ndoye I et al. “Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal”. *AIDS* 1993, 7:1261-1265.

### III. Баланс между международными договорами и правами государств

#### A. Соответствующие декларации

Эпидемия ВИЧ/СПИДа продемонстрировала, что дискриминация, маргинализация, стигматизация и в более общем плане неуважение прав человека и достоинства людей и групп, пострадавших или которым грозит риск, усиливает их уязвимость к ВИЧ/СПИДу.

Таким образом, для решения этой проблемы очень важно понимать и использовать основные документы по правам человека, которые устанавливают международные стандарты. В большинстве промышленно развитых стран действует национальное законодательство, направленное против дискриминации.

Комиссия по глобальному управлению<sup>39</sup> отмечала в своем документе “Наше глобальное соседство”: “Международное право, сравнительно новое по своему происхождению, включает свод юридических правил и принципов, которые применяются между государствами, а также между ними и другими участниками, включая группы глобального гражданского общества и другие международные организации. Ученые когда-то доказывали, что международное право не является правом в подлинном смысле, поскольку нет международной полиции для его применения, нет санкций за его невыполнение и нет международных законодательных органов. Однако по мере роста практики применения международного права сегодня такие аргументы слышны все реже. [...] хотя государства являются суверенными, они не могут самостоятельно делать, что им захочется ... глобальные правила, основанные на обычном праве, ограничивают свободы суверенных государств”.<sup>40</sup>

Международное право и декларации о правах человека устанавливают принципы недискриминации, равенства перед законом, свободу передвижения, право на поиск и пользование убежищем и другие гуманитарные принципы (см. Приложение).

Всеобщая декларация прав человека была принята в 1948 году.<sup>41</sup> Всеобщая декларация построена на основополагающем принципе, который гласит, что права человека основаны на “достоинстве, присущему” каждому человеку. Это достоинство, а также вытекающие из него права на свободу и равенство считаются неотъемлемыми.

Несмотря на то что эта Декларация не имеет обязательной силы договора, она приняла универсальный характер. Многие страны ссылаются на Декларацию или включили ее положения в свои основные законы или конституции. Ее принцип был использован во многих пактах, конвенциях и договорах о правах человека, заключенных после 1948 года.

В 1966 году вступили в силу Международный пакт о гражданских и политических правах и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Они развивают далее Всеобщую декларацию, поскольку их положения являются юридически обязательными. Большинство

<sup>39</sup> Комиссия по глобальному управлению была создана в 1992 году, основываясь на убеждении, что международное развитие создало уникальную возможность для укрепления глобального сотрудничества для решения проблемы обеспечения мира, достижения устойчивого развития и придания всеобщего характера демократии. В ее создании участвовала независимая группа, включающая 28 мировых руководителей, имеющих разнообразный опыт и обязанности. Они предложили “глобальную гражданскую этику” на основе понятия баланса прав и обязанностей с включением семи ключевых ценностей, которые могут использоваться для глобального управления: уважение жизни, свобода, справедливость, равноправие, взаимное уважение, забота и целостность.

<sup>40</sup> *Our Global Neighbourhood: The Report of the Commission on Global Governance*. Oxford University Press, 1995, p. 305.

<sup>41</sup> После тщательного анализа и 1400 туров голосования практически по каждому слову и каждой статье.

стран мира являются участницами обеих конвенций, тем самым открывая дверь для международного мониторинга практики выполнения ими прав человека.

В частности, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах в прямой форме признает право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Кроме того, Статья 2 (1) предусматривает, что каждое государство, участвующее в Пакте, обязуется в индивидуальном порядке или в порядке международной помощи и сотрудничества принять меры к тому, чтобы обеспечить постепенное осуществление прав, признаваемых в Пакте.

Начиная с 1948 года в Организации Объединенных Наций проводились переговоры в связи с примерно 60 договорами и декларациями о правах человека. Другими примерами являются:

- Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (1965 год);
- Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979 год);
- Конвенция о правах ребенка (1989 год);
- Международная конвенция о защите прав всех трудящихся мигрантов и членов их семей (1990 год).

Однако последний упомянутый договор до сих пор не вступил в силу, поскольку для этого требуется ратификация по крайней мере 20 правительствами, а по состоянию на май 2000 года лишь около двенадцати стран полностью или частично завершили этот процесс: Азербайджан, Босния и Герцеговина, Египет, Кабо-Верде, Колумбия, Марокко, Мексика, Сейшельские Острова, Сенегал, Уганда, Филиппины и Шри-Ланка. К сожалению, ни одна из этих стран не является членом группы “большой семерки”,<sup>42</sup> крупной индустриальной державой или крупным вербовщиком работников-мигрантов, следовательно, даже если они завершат этот процесс, общий эффект не будет большим.

Следует отметить, что право на въезд в государство ограничивается только гражданами данного государства, при этом государства имеют широкое право самим выбирать основания для запрета на въезд и высылки чужестранца. Тем не менее международные договоры в действительности вводят некоторые ограничения (хотя часто только в неявной форме) на прерогативы государств. Кроме того, как говорится в документе “Наше глобальное соседство”, “Нормы международного права – в частности о правах человека – уже используются судьями в отдельных странах, когда они справедливо стремятся обеспечить, в той мере, насколько это позволяет их правовая система, чтобы всеобщие признанные нормы и ценности имели защиту внутри страны”.<sup>43</sup>

В действительности, как утверждают Сомервилл и Уилсон, “необходимо использовать презумпцию о том, что все те, кто посещает страну, должны иметь право на въезд, если только государство не представит основание для запрета на въезд; что, если государство может запрещать въезд иммигрантам, в том числе на медицинском основании, такой запрет должен соответствовать принципам прав человека и справедливости; и что беженцам ни в коем случае нельзя запрещать въезд на основании медицинских противопоказаний”.<sup>44</sup>

Точно так же Нгвенга утверждает, что “несмотря на то что правительства склонны рассматривать доступ к медицинскому лечению как привилегию, а не как право, это точно такое же право, как другие права, например, право на жизнь, человеческое достоинство и свободу, которые

<sup>42</sup> Семь стран, признанных как основные международные индустриальные державы

<sup>43</sup> *Our Global Neighbourhood*, op. cit. p. 325.

<sup>44</sup> Somerville MA and Wilson S. “Crossing Boundaries: Travel, Immigration, Human Rights and AIDS”, *McGill Law Journal*, 1998, Vol. 43, p. 782.

недвусмысленно записаны в национальных конституциях”.<sup>45</sup> Он отмечает, что Томасевски<sup>46</sup> (среди прочих) показал, что признание всеобщего права на медицинский уход в международных документах о правах человека не подлежит обсуждению. Необходимо только установить баланс между параметрами и применимостью такого права.

Однако как ожидается, в предстоящем заявлении Комитета по экономическим, социальным и культурным правам ООН будет отмечено, что здоровье является основным правом человека само по себе и в то же время обязательным условием для осуществления других прав человека.

ВОЗ была первой международной организацией, которая определила здоровье с точки зрения прав человека. В Уставе ВОЗ, принятом в 1946 году, признается, что “право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья является одним из основных прав каждого человека”. В Уставе ВОЗ здоровье определяется как “состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недуга”.

С тех пор были приняты различные документы о правах человека – договоры, а также резолюции и рекомендации – которые провозглашают здоровье как право человека и включает множество положений, ссылающихся на широкое описание здоровья, как это изложено в Уставе ВОЗ. Последний документ не подразумевает, что каждый человек имеет право быть здоровым, но, прежде всего, обязывает государства уважать, защищать и осуществлять устремления, предусмотренные в определении здоровья ВОЗ.<sup>47</sup>

Право на здоровые условия для работы и жизни, право на образование и право на недорогой и доступный медицинский уход – это три примера прав, которые правительства должны гарантировать для своих мигрантов.<sup>48</sup>

При обсуждении ограничений на перемещение через границу, в целом, следует отметить, что “ограничения, направленные на снижение или регулирование иммиграции, в основном вводятся странами, которые либо являются развитыми странами, либо находятся на промежуточной стадии развития, однако они могут ложиться тяжелым бременем на граждан развивающихся стран, которых они касаются”.

Также следует отметить, что ограничения, дискриминационные в отношении людей, живущих с ВИЧ или СПИДом, или людей из стран с высоким уровнем заболевания СПИДом, нарушают ряд положений международного права (а во многих случаях также национального права), запрещающих дискриминацию.<sup>49</sup>

В 1996 году ЮНЭЙДС и Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека подготовили “Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека”. При финансировании со стороны ЮНЭЙДС в 1997 году Международный совет организаций по борьбе со СПИДом (ИКАСО) подготовил и распространил (на английском, французском и испанском языках) краткий справочник для НПО и руководство для пропагандистов

<sup>45</sup> Ngwenga C. AIDS and Right of Access to Treatment: The Scope and Limits, Paper presented at the XIth International Conference on AIDS and STDs in Africa, Lusaka (Zambia), 12-16 September 1999. p. 2.

<sup>46</sup> Tomasevski, K. 1995. Health rights. In Eide A., Krause, C. & Rosas, A. (eds.) 1995. *Economic, social and cultural rights: A textbook*. Dordrecht, Boston, London, Martinus Nijhoff Publishers, pp. 125-142; Montgomery, J. 1992. Recognising a right to health. In Beddard, R. & Dilys, DM (eds.). 1992. *Economic, social and cultural rights: Progress and achievement*. New York, St. Martin's Press, pp. 184-203 at 184-186.

<sup>47</sup> Hendriks A. “The Right to Health and Access to New Treatments” in European Project AIDS and mobility: *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS - Second Annual Seminar, National Focal Points, European Project AIDS & Mobility*. Clarke K and Broring G (eds), October 1999, p. 8.

<sup>48</sup> CARAM-Asia.

<sup>49</sup> Somerville MA and Orkin AJ. “Human rights, discrimination and AIDS: concepts and issues”, AIDS 1989, 3 (suppl. 1): S283-287.

по использованию указанных руководящих принципов,<sup>50</sup> в которые были включены рекомендации по использованию руководящих принципов для усиления мер в ответ на эпидемию и снижению уязвимости пострадавшего населения.

Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека были представлены Комиссии ООН по правам человека в ходе ее 53-й сессии в апреле 1997 года. В ходе своей 55-й сессии в апреле 1999 года Комиссия приняла резолюцию, призывающую правительства отчитаться перед Комиссией в ходе 57-й сессии в 2001 году о действиях, предпринятых ими для пропаганды и выполнения руководящих принципов.<sup>51</sup>

В этих Международных руководящих принципах делается ссылка на Венскую декларацию и программу действий, принятую в ходе Всемирной конференции по правам человека в июне 1993 года. В Декларации “подтверждается, что все права человека являются всеобщими, неделимыми, взаимозависимыми и взаимосвязанными. В то время как важно иметь в виду национальные и региональные особенности и разные исторические, культурные и религиозные основы, государства обязаны, независимо от их политических, экономических и культурных систем, развивать и защищать стандарты всеобщих прав человека и фундаментальных свобод.”<sup>52</sup>

Помимо формальной правовой системы, как отмечается в документе “Наше глобальное соседство”, “технические, организационные навыки и навыки лоббирования некоторых НПО являются действенным средством для повышения уровня выполнения требований. Мы поощряем эти группы к тому, чтобы они и в дальнейшем проводили лоббирование и оказывали давление на правительства, многосторонние учреждения, транснациональные корпорации и других субъектов международного права с целью выполнения ими своих международных правовых обязательств”.<sup>53</sup> Автор настоящего документа хотела бы добавить – с целью выполнения подразумеваемых глобальных этических и экономических потребностей.

## **В. Международное распространение заболевания**

Применение ограничительных мер в ответ на инфекционные заболевания не поощряется с середины 19-го века и особенно с момента создания ВОЗ.<sup>54</sup> Согласно международным медико-санитарным правилам, государства-члены ВОЗ должны воздерживаться от введения ограничений, касающихся заболеваний, не включаемых в регулирующие документы: ВИЧ-инфекция и СПИД не включаются в регулирующие документы.

Как отмечает Вадан, “Одной из основных целей принятия международных медико-санитарных правил (ММСП) является внесение определенного порядка в хаотичную ситуацию, которая могла бы возникнуть, когда каждая страна по своему усмотрению начала бы вводить нормативные положения, то есть положения, которые, по ее мнению, защитили бы ее население от появления заболеваний, зарегистрированных в других странах.

По своему назначению ММСП должны представлять собой универсальный практический свод для стандартизации процедур, которым должны следовать все страны с целью борьбы с заболеваниями. [...] В них указано, что и кем должно делаться и для какой цели – будь то уведомление или меры для профилактики и контроля.

<sup>50</sup> International Council on AIDS Service Organizations, *An Advocate Guide to the International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights and NGO Summary of the International Guidelines on HIV/AIDS*. October 1997.

<sup>51</sup> Резолюция 1999/49.

<sup>52</sup> Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека/ЮНЭЙДС. ВИЧ/СПИД и права человека. Международные руководящие принципы. Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк и Женева, 1998 г., с. 40.

<sup>53</sup> *Our Global Neighbourhood*, op. cit. p. 327.

<sup>54</sup> Allin NE. “The AIDS Pandemic: international travel and immigration restrictions and the World Health Organization’s Response”, *Virginia J Int Law* 1988, 28: 1043-1063.

Надзорная направленность старых регулирующих положений, отражающая особый акцент на введение карантина для локализации заболеваний и ограничения контактов, уступила место разумным мерам по охране общественного здоровья. Поправки, внесенные в ММСП, подчеркивали то, что основной эффективной стратегией и механизмом для защиты от международного распространения заболевания должны быть улучшение эпиднадзора, с помощью которого можно быстро обнаружить очаги инфекции и принять необходимые меры”.<sup>55</sup>

Приход ВИЧ и появление (или повторное появление) других ключевых инфекционных заболеваний заставило существенным образом пересмотреть роль, которую играют такие инструменты, как ММСП, для защиты здоровья населения во всем мире, а также мандат таких международных инструментов.

Например, как отмечает Фидлер,<sup>56</sup> “Кризис в связи с ВИЧ/СПИДом наглядно продемонстрировал слабость международных медико-санитарных правил. Поскольку СПИД изначально (или впоследствии) не являлся предметом таких регулирующих положений, государства не имели и по-прежнему не имеют требований в отношении процедуры уведомления в связи с этим новым заболеванием. Кроме того, по мере глобального распространения ВИЧ/СПИДа, многие государства приняли политику запретов, которая, по мнению экспертов, нарушает положения нормативных документов в области здравоохранения. В связи с одним из сильнейших кризисов в области заболеваний в нынешнем столетии некоторые части международных медико-санитарных правил оказались неадекватными, в то время как другие части открыто нарушались”.<sup>57</sup>

Однако Фидлер не считает, что международному праву присущи какие-то проблемы – скорее, проблема заключается в том, что ранее его применению не уделялось достаточного внимания. Он отмечает следующее: “В связи с появлением инфекций ВОЗ выступает за применение международной законной стратегии и рекомендует пересмотреть международные медико-санитарные правила. Согласно этой рекомендации, ВОЗ должна признать потребность в заключении международного правового соглашения для решения проблемы новых инфекций. Глобальная угроза, которую таят в себе эти инфекции, во многом представляет собой проверку международного права в области общественного здравоохранения”.<sup>58</sup>

Фидлер предлагает ряд возможных стратегий для продвижения вперед, включая изучение международного опыта, накопленного в области защиты окружающей среды.

## С. Эффект глобализации

Усиление глобализации всех человеческих обществ побуждает пересмотреть концепцию полного суверенитета государства в рамках национальных границ. Конечно, такие грубые нарушения прав человека, как геноцид, всегда привлекали международное внимание, однако растет уровень признания и понимания того, что “все повторяется”.

“Глобальная деревня” означает намного больше, чем глобальный рынок – в глобальной деревне существует единое глобальное общественное здоровье.

<sup>55</sup> Wadham MH. “Shortcomings in the Current Version of the International Health Regulations and Difficulties in their implementations”, *WHO Informal Consultation to review the International Responses to Epidemics and Application of the International Health Regulations*, December 1995, EMC/IHR/GEN/95.4.

<sup>56</sup> Filder DP. *Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases*, *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 2, No. 2, April-June 1996.

<sup>57</sup> Ibid, p. 80.

<sup>58</sup> Ibid, p. 80.

Примером этого является туберкулез (ТБ): в Австралии, Гонконге (Китай), Малайзии и Сингапуре число случаев туберкулеза в течение многих лет не уменьшается, что обусловлено заболеваемостью туберкулезом среди новых иммигрантов.<sup>59</sup>

К сожалению, ВИЧ вызывает сопутствующую и растущую эпидемию ТБ во многих наиболее пострадавших странах – и если активную форму ТБ можно легко обнаружить в ходе клинического осмотра, она также может относительно легко передаваться на рабочем месте или в общественной жизни, в отличие от ВИЧ. Выступая на пленарном заседании XI-ИКАСА в сентябре 1999 года, д-р Окваре из Министерства здравоохранения Уганды отметил, что “в некоторых частях Африки заболеваемость туберкулезом растет опасными темпами – иногда достигая 8% в год”.

В то время как люди, чье здоровье подорвано ВИЧ-инфекцией, легче других заражаются бациллами ТБ, многие являются их носителями с детства. Во всем мире миллионы людей заражены одновременно ВИЧ и бациллами туберкулеза, а потенциал для дальнейшего роста параллельного инфицирования в развивающихся странах огромен, учитывая разрушительно высокий показатель распространенности ТБ среди населения в целом (около 30%) и почти 6 миллионов новых ВИЧ-инфекций в год. Кроме того, предполагается, что ожидаемый стремительный рост заболеваемости ТБ во всем мире<sup>60</sup> также ассоциируется с появлением значительного числа штаммов ТБ, резистентных к лекарственным препаратам. Это, возможно, также касается дальнейшего распространения штаммов ТБ, резистентных сразу ко многим лекарственным средствам, в развитых, а также в развивающихся странах.

Таким образом, задержка в решении проблемы двойной эпидемии ВИЧ/ТБ в развивающихся странах за счет усиления процесса обнаружения заболевания ТБ и лечения больных – туберкулез можно излечить с помощью антибиотиков, независимо от наличия у пациента ВИЧ-инфекции – может непосредственно привести к серьезным проблемам в секторе здравоохранения во всех странах.

Как отмечается в работе “Наше глобальное соседство”<sup>61</sup>, “Суверенитет всегда был краеугольным камнем межгосударственной системы. Однако в мире, где постоянно растет взаимозависимость, понятия территориальности, независимости и невмешательства утратили в некоторой мере свое значение. В определенных районах суверенитет должен осуществляться коллективно, особенно, если это касается общих глобальных вопросов. Более того, наиболее серьезные угрозы для национального суверенитета и территориальной целостности в настоящее время имеют внутренние корни.

Принципы суверенитета и невмешательства должны быть адаптированы, признавая при этом потребность баланса между правами государств и правами людей, а также между интересами народов и интересами глобального соседства”.<sup>61</sup>

Таким же образом Христакис утверждает, что существуют некоторые проблемы, которые не являются глобальными, но международными проблемами: он указывает на загрязнение окружающей среды, обеднение озонового слоя, распространение оружия, голод и СПИД, которые являются примерами проблем, основывающихся на “прямой взаимосвязанности проблемы в одной стране с проблемой в другой стране”.<sup>62</sup>

<sup>59</sup> *Tuberculosis in the Western Pacific*, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1999.

<sup>60</sup> В промышленно развитых странах, четвертая часть все случаев ТБ регистрируется среди лиц старше 65 лет, в то время как этот же показатель в развивающихся странах Африки, Азии и Латинской Америки составляет лишь десять процентов. В развивающемся мире ТБ преимущественно отмечается среди молодых взрослых – 60 процентов всех случаев регистрируется среди молодых мужчин и женщин репродуктивного возраста. ТБ имеет также серьезные гендерные последствия: в настоящее время туберкулез занимает первое место в мире среди инфекций, уносящих жизни женщин, а также основной причиной смертности среди женщин детородного возраста.

<sup>61</sup> *Our Global Neighbourhood*, op. cit. p. 337.

<sup>62</sup> Christakis NA. “Responding to a Pandemic: International Interests in AIDS Control”, in Graubard, SR (ed.) *Living with AIDS*, Cambridge, MA, MIT Press, Press, p. 330.

Ранее большая часть вопросов политики в отношении мигрантов касалась того, станут ли они бременем для медицинских и социальных служб в принимающих странах – таким образом, существует ряд стран, которые требуют подтверждения отрицательного ВИЧ-статуса при въезде или при возобновлении разрешений на работу.<sup>63, 64, 65</sup> (Согласно имеющей информации, ограничения применяются как в странах с очень высоким числом, так и в странах с очень низким числом зарегистрированных случаев).<sup>66</sup> Следует отметить, что ограничения могут в конечном итоге усиливать уязвимость мигрантов к ВИЧ-инфекции, подрывая доверие, усиливая враждебность и вызывая нежелание у лиц, которые могут относиться к группе пострадавших, обращаться за консультированием и поддержкой.<sup>67</sup>

Ограничения приносят очень мало пользы любой стране. Как указывает Гилмор, “более шестидесяти стран ввели запрет на въезд для одного или нескольких классов ВИЧ-инфицированных иностранцев. Это часто делается в ложной попытке предупредить передачу ВИЧ или избежать государственных расходов в связи с уходом за ВИЧ-инфицированными. Первая ситуация может оказаться не столь проблемной, если люди, уже проживающие в стране, не будут подвергаться возможному заражению ВИЧ; запрет на въезд инфицированным иностранцам ничего не дает в смысле изменения поведения тех, кто не является иностранцем. Экономическое бремя, приписываемое появлению ВИЧ-инфицированных иностранцев, никак не подтверждает тот факт, что инфицированные иностранцы часто трудятся, вносят свой вклад в свое новое общество и обогащают его, привнося новые ценности и умения в страну”.<sup>68</sup>

В целом, относительно малое внимание уделялось экономической (и этической) опасности, вытекающей из игнорирования потребностей таких работников в связи со здоровьем.

Поскольку большинство мигрантов составляют взрослые в расцвете своего трудового потенциала и репродуктивной жизни, ВИЧ может иметь опустошительный социальный и экономический эффект, если большое число людей, входящих в эту крупную по численности трудоспособную группу населения перестанет вносить свой вклад в общество. Такой сценарий уже имеет место во многих странах Африки, а в настоящее время становится все более значимым в других частях мира, где имеются большие группы мобильного населения.

В справочном документе ЮНЭЙДС за 1998 год говорится, что “До тех пор, пока незаконная и неучтенная миграция будет рассматриваться только в связи с безопасностью и национальными интересами, общественному здравоохранению не будет уделяться внимания”.<sup>69</sup> Однако в настоящем документе представлена более широкая точка зрения; в нем утверждается, что до тех пор *какой-либо* сектор населения (независимо от того, присутствуют ли он законно или незаконно) будет игнорироваться с точки зрения общественного здравоохранения, глобальные меры в ответ на СПИД будут носить ограниченный характер, сопровождаясь затратами и страданиями.

В рамках Алма-атинской конференции (1978 г.) был проведен широкий анализ основополагающих принципов и основного направления в работе систем здравоохранения, в результате чего была подтверждена стратегия первичной медико-санитарной помощи как первого шага для серьезного улучшения здоровья любой нации.<sup>70</sup> Однако влияние на здоровье глобального

<sup>63</sup> Duckett M and Orkin AJ. “HIV/AIDS-related migration and travel policies and restrictions: a global study”. *AIDS* 1989; 3(Suppl. 1): S231-252.

<sup>64</sup> Archiv fur Sozialpolitik AIDS Archiv. “Restrictions of entry and residence for people with HIV/AIDS: a global survey”, Frankfurt am Main, 1991.

<sup>65</sup> Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada. *Countries with HIV-Related Entry Restrictions*. December 1996.

<sup>66</sup> Многие страны вводят двойной стандарт: политика и практика сострадания в связи с ВИЧ/СПИДом и в отношении собственных граждан и, с другой стороны, подход, означающий экономическую гибель в отношении других.

<sup>67</sup> *Technical Update on Migration and HIV/AIDS*, op. cit.

<sup>68</sup> Gilmore N. *Human Rights Issues and Migration*, presentation at the 12th World AIDS Conference, Geneva, Switzerland, July 1998.

<sup>69</sup> ЮНЭЙДС. Миграция и ВИЧ/СПИД. Документ, подготовленный для заседания Координационного совета программы ЮНЭЙДС, декабрь 1998 г., с. 5.

<sup>70</sup> Всемирная организация здравоохранения, 1978 г. Первичная медицинская помощь. Доклад на международной конференции по вопросам первичной медицинской помощи, Алма-Ата, СССР, 6-12 сентября 1978 г.

экономического спада и глобализации в Алма-Ате не рассматривались, равно как и потребность в устойчивом развитии, направленном на человека.

Тем не менее в Алма-атинской декларации было отмечено, что “обеспечение здоровья людей в любой отдельной стране непосредственно касается и идет на пользу каждой другой страны”.

В будущем потребуются более сильные глобальные действия для защиты и улучшения здоровья людей на местах и в национальном масштабе за счет признания взаимозависимости между здоровьем различных народов.

## IV. Доступ к услугам здравоохранения

### А. Финансирование медицинской помощи

Финансирование медицинской помощи может осуществляться в основном правительством или преимущественно частным образом, или же может поступать из обоих источников. Правительства также определяют приоритеты использования имеющихся средств: например, в Замбии лишь 0,8% валового национального продукта (ВНП) тратится на оказание медицинской помощи, в то время как в большинстве промышленно развитых стран эта доля составляет 7–10%.

Следует отметить, что финансовые ресурсы на здравоохранение в подавляющем большинстве выделяются внутри самих стран. Эта ситуация не меняется даже в тех странах, которые получают значительную международную помощь в целях развития из таких источников, как банки развития, двусторонние учреждения развития, международные неправительственные организации, фонды и учреждения ООН. Например, в 1994 году расходы в странах с низким и средним уровнем доходов составили в целом около 250 миллиардов долларов США, из них лишь 2 или 3 миллиарда долларов США были получены в виде помощи в целях развития.

Существенные реформы систем здравоохранения во многих странах в последние несколько десятилетий во многих случаях привели к существенной приватизации или значительному увеличению доли платежей со стороны пациентов. В своем вступительном слове к “Докладу о состоянии здравоохранения в мире” за 1999 год Генеральный директор ВОЗ д-р Гру Харлем Брундтланд указывает, что “Активное участие правительства в предоставлении медицинской помощи для всех способствовало значительным достижениям в последние годы – однако многие правительства превысили свои возможности. Усилия, направленные на то, чтобы предоставить все услуги всем людям, привели к установлению произвольных норм, неравноправию, отсутствию отклика и неадекватному финансированию важнейших услуг”. Она отмечает, что правительства не могут “обеспечить и профинансировать все для всех”, а также выступает против введения норм на медицинские услуги для тех, кто способен оплатить их: “Рыночно ориентированные подходы не только ведут к недопустимому неравноправию в отношении основного права человека, но растущие теоретические и практические данные указывают на то, что рынки медицинских услуг также оказываются неэффективными... Однако страны, которые сильно полагались на рыночные механизмы для достижения нынешнего высокого уровня доходов, это те же страны, которые более всего полагаются на государственное финансирование систем здравоохранения”.<sup>71</sup>

Во многих развивающихся странах, а также вследствие различных факторов службы здравоохранения зачастую плохо оснащены, лекарства не всегда имеются и особенно плохо обстоит дело с профилактикой и уходом в связи с ВИЧ/СПИДом. В недавнем документе ВОЗ содержится замечание по поводу использования ресурсов в бедных странах: “Национальные системы здравоохранения, как правило, тратят деньги на меры вмешательства низкого качества, не дающие особых результатов”.<sup>72</sup> И, конечно, в некоторых развивающихся странах увеличение смертности среди медицинского персонала вследствие ВИЧ начало непосредственно влиять на оказание медицинских услуг.

В большинстве промышленно развитых стран существуют универсальные или широко распространенные системы медицинского страхования всех граждан и лиц, легально и постоянно проживающих в стране: таким образом, бремя медицинской помощи редко оказывается существенным

<sup>71</sup> WHO. *The World Health Report 1999: Making a Difference*. World Health Organization, 1999, с. xiv.

<sup>72</sup> WHO. “The Global Health Priority: Reducing the burden on the poor”, *World Health Opportunity: Developing Health, Reducing Poverty. Meeting Report*. May 1999, p. 36.

для любого человека, в частности, стоимость лекарственных препаратов относительно невысока – что заметно отличается от ситуации в большинстве развивающихся стран”.<sup>73</sup>

Даже между соседними развивающимися странами могут существовать сильные различия в оказании медицинской помощи: в Буркина-Фасо, Гане и Того имеется большое число рабочих из соседних стран – пациенты-мигранты в основном посещают больницы в Гане (иногда пересекая границу специально для этого), поскольку стоимость медицинских услуг в этой стране самая низкая среди всех трех стран.

Учитывая этот фактор, а также глобальную мобильность населения, факторы риска для здоровья невозможно решить должным образом, если ими заниматься только внутри отдельной страны; многие промышленно развитые страны предоставляют прямую финансовую помощь секторам здравоохранения в определенных развивающихся странах. Например, Региональная программа по здравоохранению Новой Зеландии для южнотихоокеанского региона (NZODA) была создана в 1997 году в результате озабоченности Новой Зеландии по поводу неблагоприятных тенденций в связи с состоянием здоровья в соседних островных странах Тихого океана, особенно в тех, которые имеют самые тесные связи с Новой Зеландией.<sup>74</sup>

Другой проблемой является разница в стоимости медицинских услуг для граждан/лиц, легально проживающих в стране, и других людей: многие промышленно развитые страны предоставляют бесплатный доступ к услугам здравоохранения для легальных мигрантов, однако требуют полную оплату за услуги с лиц, не имеющих статуса постоянно проживающего в стране лица. В отдельных странах оказание медицинской помощи также может регулироваться двусторонними или многосторонними соглашениями, тем самым предоставляя полный доступ к медицинским услугам для гражданина страны, с которой были заключены такие соглашения. Например, Австралия имеет двусторонние соглашения с Великобританией, Италией, Мальтой, Нидерландами, Новой Зеландией, Финляндией и Швецией.

## **В. “Новое” общественное здравоохранение**

Одним из основных принципов общественного здравоохранения является то, что для обеспечения существенных достижений в области здравоохранения, требуется развитие программ профилактики и раннего вмешательства. Примером реализации этого принципа является улучшение состояния здоровья населения в нынешнем столетии.

Экологические, социальные и индивидуальные изменения, которые способствуют улучшению здоровья и предупреждают возникновение и развитие заболевания, являются наиболее перспективными для будущего, поскольку существует общая точка зрения, что лечение и восстановление здоровья сами по себе всегда были недостаточными мерами для победы над заболеванием. Для того чтобы добиться такого результата, требуется активная профилактика.

Такое понимание привело в последние двадцать лет к развитию “нового” общественного здравоохранения – здравоохранения, которое меньше полагается на запреты и скрининг и больше направлено на разрешения и сотрудничество с соответствующими группами населения. С усилением

<sup>73</sup> “Неравноправие поражает”, – говорит д-р Джонатан Куик, Директор отдела ВОЗ по важнейшим препаратам и другим лекарствам. “В развитых странах курс антибиотиков равен в денежном выражении зарплате за два или три часа. Стоимость годового лечения при ВИЧ-инфекции эквивалентна зарплате за четыре–шесть месяцев. Причем большая часть стоимости препаратов компенсируется. В развивающихся странах полный курс антибиотиков для лечения при простой пневмонии может стоить месячную зарплату. Во многих таких странах на годовой курс лечения при ВИЧ – если за него надо платить – потребуется доход за “30 лет”. Причем большинство домохозяйств должны покупать лекарственные препараты за свои личные деньги”. Цитата взята из пресс-релиза WHA/13 от 22 мая 1999 г. [WHO to Address Trade and Pharmaceuticals](#).

<sup>74</sup> Министерство иностранных дел и торговли Новой Зеландии, Инициативы в рамках региональной программы по здравоохранению NZODA, 1997 г.

акцента на профилактику заболеваний, направленную главным образом на борьбу с курением и снижение факторов риска для сердечнососудистой системы, имело место существенное изменение подхода в общественном здравоохранении к проблеме изменения поведения среди населения, поскольку принудительные модели доказали свою неэффективность.

Новая модель описана в работе Хаур-Книпе:<sup>75</sup> «Данная модель, основанная на социальном познании, включении и сотрудничестве, включает снижение вреда, убеждение в необходимости изменить свой образ жизни в связи с заболеванием, просвещение, добровольное тестирование и консультирование, защиту личной жизни и общественных интересов. Когда акцент переносится с контроля в сторону информирования, а основные допущения трансформируются в виде критического эпистемологического изменения, безрезультатный и потенциально опасный расчет факторов риска можно обойти, при этом все сегменты населения оказываются равными. Лежащее в основе обязательных мер допущение о том, что люди обязательно будут вести себя безответственно, меняется на противоположное допущение – если людям дать возможность, они будут вести себя ответственно. основополагающие правила в первую очередь направлены на то, чтобы защитить жизнь и предупредить распространение заболевания, а во-вторых, чтобы работать вместе с теми, кого необходимо защитить, с тем чтобы развить и использовать их собственные возможности, необходимые для избегания риска».

Этот «новый» подход во многом суммирован в пяти принципах Оттавской хартии:<sup>76</sup>

- выработка государственной политики здравоохранения;
- создание условий, поддерживающих здоровье и выбор, направленный на его улучшение;
- укрепление действий на уровне общин;
- оказание помощи людям для выработки навыков, необходимых для выбора, направленного на улучшение здоровья;
- изменение ориентации органов здравоохранения на профилактику и ранее вмешательство.

К сожалению, несмотря на общее изменение философского подхода среди специалистов по общественному здравоохранению в последние двадцать лет, во многих странах законодательство и нормативные акты по-прежнему отражают старые подходы и отношения. В промышленно развитых и развивающихся странах действуют различные ограничения (в целом основанные на традиционном подходе к инфекционным заболеваниям/общественному здравоохранению, использовавшемся в законодательстве в 19-м столетии). Многие такие положения не применяются (а в случае развивающегося мира в целом минимальная миграция в страны ограничивает их применение), тем не менее ограничения по-прежнему остаются и могут использоваться юридически.

Фласс<sup>77</sup> указывает на то, что «Включение принципов объективной оценки риска, оценки эффективности, уменьшения до минимума нагрузки на права человека в законы, касающиеся заразных заболеваний, способствует принятию решений, основанных на рациональных научных данных, а не на страхе или отсутствии знаний у населения».

## С. Уровни доступа

Мигранты, как правило, занимают сильно уязвимое положение с точки зрения получения доступа к здравоохранению в принимающем обществе, что обусловлено такими общими факторами, как языковые барьеры, различие в концепциях здоровья и заболевания, а также расовая дискриминация среди тех, кто оказывает услуги, и населения в целом. В частности, неучтенные мигранты часто будут

<sup>75</sup> Haour-Knipe M. Social enquiry and HIV/AIDS, Background paper prepared for the XIV International Conference on the Social Sciences and Medicine, Peebles, Scotland, 2-6 September 1996.

<sup>76</sup> Оттавская хартия, ВОЗ/НПР/НЕР/95.1. Хартия, принятая Международной конференцией по развитию здоровья, ноябрь 1986 г.

<sup>77</sup> Fluss S. *Some recent patterns and trends in communicable disease legislation in selected European countries*, presentation at the May 1998 meeting of the Biomed 2 Project on Communicable Diseases, Lifestyles and Personal Responsibility; Ethics, and Rights

иметь небезопасные условия для работы и проживания и могут эксплуатироваться за мизерную зарплату. У многих мигрантов могут отсутствовать деньги для оплаты за медицинские услуги, или же они не будут иметь доступа к местным услугам по причине их правового статуса.

Эти общие проблемы зачастую усугубляются в связи с ВИЧ/СПИДом и в меньшей степени в связи с ЗППП.

Правительства иногда могут вводить непосредственные дополнительные барьеры на пути получения доступа к медицинским услугам даже для законных мигрантов. Например, как отмечает Бронфман, “Конгресс США, вероятно, полагая, что законные или незаконные мигранты “слишком активно” участвуют в государственных программах помощи, одобрил нормативные положения, касающиеся мигрантов, в рамках Закона о реформе незаконной иммиграции и ответственности иммигрантов от 1996 года. Этот закон ограничивает доступ к программам социальной помощи даже для законных мигрантов”.<sup>78</sup>

Однако барьеры на пути получения медицинской помощи могут сильно отличаться в зависимости от страны. Декосас отмечает, что в африканском контексте “некоторые работники-мигранты и члены их семей фактически получают медицинские услуги более высокого качества по сравнению с услугами, которые существуют в их родных общинах, а иногда даже по сравнению с услугами, которые предоставляются принимающим общинам”.<sup>79</sup>

Был реализован ряд конкретных проектов, нацеленных на улучшение доступа. Некоторые из этих подходов отмечены ниже в разделе 5 настоящего документа. К сожалению, лишь немногие включают решение проблемы доступа к профилактике и уходу в стране происхождения, транзитных точках и местах назначения мигрантов. Если мы хотим обеспечить мигрантам полный доступ к их праву на здоровье, необходимо рассматривать все точки на пути их перемещения.

Как отмечает Гилмор,<sup>80</sup> “Когда лица, не являющиеся гражданами, лишены возможности быть здоровыми, это не только ставит под угрозу их собственное здоровье, но также способствует остракизму и дискриминации. Это подрывает усилия общественного здравоохранения, в частности меры по профилактике, тем самым угрожая здоровью населения”.

Докладчики, выступавшие на заседании по вопросу “Мобильные группы населения и СПИД: уязвимость, риск и права человека” в ходе 12-й Всемирной конференции по СПИДу, представили четкие доказательства того, что “группы мигрантов зачастую не получают хорошего медицинского ухода, если этот вопрос решают национальные органы в стране, из которой они уехали или в которую они прибыли”.<sup>81</sup> Очень важно, чтобы страны все шире признавали, что миграция это процесс, который затрагивает не просто одну общину, а две (или более) общин, и вносили соответствующие изменения в свою политику.

## **D. Ранние меры вмешательства являются самыми дешевыми**

Несмотря на широко распространенное мнение о том, что профилактика и раннее вмешательство имеют большое значение, существуют различные личностные, социальные и экономические силы, создающие барьеры на пути широкого развития и реализации программ профилактики и раннего вмешательства.

<sup>78</sup> Bronfman M. “Mexico and Central America” in Appleyard R and Wilson A (eds.) “Migration and HIV/AIDS”, *International Migration Quarterly Review*, Vol. 26 (4), 1998, p. 614.

<sup>79</sup> Decosas J. *Labour Migration and HIV Epidemics in Africa*, presented at the 12th World AIDS Conference, Geneva, Switzerland, July 1998.

<sup>80</sup> Gilmore N. *Human Rights Issues and Migration*, presentation at the 12th World AIDS Conference, Geneva, Switzerland, July 1998.

<sup>81</sup> Haour-Knipe M. *In conclusion*, presentation at the 12th World AIDS Conference, Geneva, Switzerland, July 1998.

Традиционно здоровье становится личной значительной заботой для людей, только когда они могут его потерять в результате травмы или заболевания.

Во-вторых, как отмечает Берлингер,<sup>82</sup> «понятие здоровья как краеугольного камня экономического роста, как мультипликатора людских ресурсов и, что самое важное, как основной цели такого роста широко подменяется противоположным понятием. В настоящее время государственные медицинские услуги и медицинский уход воспринимаются как препятствие, иногда как самое сильное препятствие, угрожающее государственной финансовой системе и богатству нации; снижение расходов на здравоохранение (а не их рациональное использование, что является универсальной насущной потребностью) стало одним из основных приоритетов для всех правительств.

Модель первичной медицинской помощи как основы для профилактики заболеваний и лечения почти что не используется. Сейчас наблюдается тенденция к демонтажу всего механизма общественного здравоохранения. Даже в странах с минимальными ресурсами приоритет отдается дорогим технологиям”.

Ранее иногда считалось, что изменение в понимании значения здоровья для экономического роста обусловлено политикой и подходом Всемирного банка и Международного валютного фонда. В настоящее время Всемирный банк постоянно подчеркивает, что реформа сектора здравоохранения сама является средством, а не целью как таковой, и что сейчас опять акцент делается на факторы, определяющие состояние здоровья (образование, бедность, экология и гендер), и на осязаемые результаты в секторе здравоохранения.

В своей работе Нгвена<sup>83</sup> отмечает, что в Африке “государственные сектора здравоохранения испытывают чрезмерную нагрузку, плохо оснащены и имеют слабое управление. Уменьшение бюджета на здравоохранение в результате снижения правительственных расходов на социальные услуги привело к тому, что в ряде стран Африки различные услуги в секторе общественного здравоохранения оказались подорванными. Лекарства, необходимые для лечения обычных заболеваний, либо отсутствуют, либо имеют плохое качество – то же самое касается медицинского оборудования. Программы реструктуризации, навязанные Бреттон-Вудскими соглашениями для оказания помощи Африке в проведении экономической реформы, оставляют малый объем ресурсов, необходимых для медицинского обслуживания”.

В июле 1999 года Всемирный банк объявил о том, что он планирует в будущем проводить более активные действия для борьбы со СПИДом. По словам официального представителя банка, СПИД более не является исключительной проблемой здравоохранения, а превратился в кризис в области развития, от которого особенно страдает Африка. Работая с правительствами и другими группами, Всемирный банк объявил о том, что он пересмотрит свои действия в Африке и планирует перераспределить финансирование при необходимости.

Обсуждая новый акцент Всемирного банка в борьбе с эпидемией СПИДа в Африке, г-н Каллисто Мадаво, вице-президент для африканского региона, сказал: “С устрашающей скоростью СПИД уничтожил многие достижения в области развития, которых Африка добилась за последние десятилетия. Он снизил продолжительность жизни в наиболее пострадавших районах, а сейчас является угрозой для бизнеса и экономики, – отметил он. – Африка остро нуждается в ресурсах и помощи для того, чтобы повернуть эту катастрофу вспять. По этой причине мы ставим эпидемию в центр нашей повестки в области развития, включая проблему СПИДа во все аспекты нашей работы в Африке”.<sup>84</sup>

<sup>82</sup> Berlinguer G. “Indivisibility and Globalization of Health” in *The Effects of Globalization on Health*, Report from a Symposium held at the Annual Meeting of the NGO Forum for Health, Geneva, May 1998.

<sup>83</sup> Ngwena C. *AIDS and Right of Access to Treatment: The Scope and Limits*, op. cit. p. 10.

<sup>84</sup> UNAIDS Press Release: *UN Officials in Lusaka Commit to Increased Actions against AIDS in Africa*. Lusaka, 15 September 1999.

Аналогичный анализ взаимодействия между экономическим развитием и СПИДом может быть вскоре проведен в Азии: в октябре 1999 года премьер-министр Малайзии призвал руководителей региона, в том числе “всех глав правительств в Азиатско-тихоокеанском регионе, провести саммит по СПИДу с целью улучшения координации наших усилий ... подчеркивания серьезности пандемии СПИДа и потребности в неотложных действиях по борьбе с нею”. Д-р Махатхир также говорил о правах работников-мигрантов, подчеркнув “трансграничную природу эпидемии”.<sup>85</sup>

Дополнительным серьезным фактором, препятствующим уделению должного внимания профилактике или раннему вмешательству, является то, что почти во всех странах системы медицинской помощи были построены в соответствии с моделями оказания экстренной помощи в случае заболевания. Медработников готовят таким образом, чтобы они действовали в рамках обычных параметров системы, поэтому профилактика оказывается редко там, где “самые лучшие и способные” тратят свое время и энергию.

В целом, в большинстве стран государственные деньги выделяются на поддержку систем оказания экстренной медицинской помощи. Многие лица, принимающие решения, чаще всего ориентируются на практику проведения лечения после появления заболевания, а не на практику профилактики, возможно, по той причине, что выгоды от профилактики являются долгосрочными и, следовательно, заметны не сразу.

Ломас<sup>86</sup> использует проблему сердечных заболеваний в качестве инструмента для анализа эффективности возможных мер вмешательства: вопросы для осуществления мер вмешательства с целью предупреждения преждевременной смерти от сердечных заболеваний включали:

- спасение больного, напр., аортно-коронарное шунтирование, тромблиз;
- стандартный медицинский уход, напр., назначение препаратов, снижающих уровень холестерина, контроль при гипертензии;
- улучшение доступа к медицинскому уходу, напр., “бесплатный” уход, расширение доступа к уходу;
- традиционное государственное здравоохранение, напр., программы модификации образа жизни;
- службы помощи семье и поддержки, напр., посещение на дому, социальная помощь,
- социальное согласие, напр., субсидируемые клубы, уменьшение неравенства в доходах.

Последняя мера вмешательства – социальное согласие – редко упоминается при обсуждении политики здравоохранения. Как указывает Ломас, “это меры, направленные на обеспечение и развитие социального согласия. Они включают сохранение и развитие социальных структур, таких как места проведения встреч, спортивные общества, клубы, объединения и все другие элементы сообщества/ общины, которые позволяют обменяться мнениями и ценностями и породить взаимное доверие”.<sup>87</sup> Используя подход на основе анализа экономической эффективности, Ломас указывает, что меры вмешательства, направленные на усиление социальной поддержки и/или социального согласия в общине, по крайней мере настолько эффективны с точки зрения предупреждения преждевременной смерти в результате сердечного заболевания, насколько это позволяет доступ к медицинскому уходу или стандартное медицинское обслуживание.

<sup>85</sup> Report posted on 25 October 1999 on Sea-aids, an independent electronic forum provided by the Foundation du Présent <http://www.fdp.org>.

<sup>86</sup> Lomas J. “Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology”, *Soc. Sci Med.* Vol. 47, No. 9, pp. 1181-1188, 1998.

<sup>87</sup> *Ibid.*, p. 1183.

Если результаты этой работы экстраполировать на ВИЧ/СПИД, что возможно, то можно утверждать, что повышение внимания мерам, направленным на поддержку услуг и социального согласия (что вполне под силу даже самой бедной развивающейся стране), может привести к расширению доступа мигрантов (и других людей) к профилактике и уходу, без увеличения расходов, а, возможно, с меньшими расходами по сравнению с нынешними. Точно так же, если создание групп поддержки для людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, является полезным не только для психологической поддержки членов таких групп, но также понимается как часть необходимой стратегии для экономически эффективной профилактики и ухода в связи с ВИЧ/СПИДом, в таком случае усиление внимания и помощи для таких групп поддержки может исходить от правительства и других основных участников. Следует отметить, что во время XI Международной конференции по СПИДу и ЗППП в Африке (конференция в Лусаке) была проведена дополнительная конференция на тему “Принцип расширения участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом”, на которой было отмечено, что, хотя число ВИЧ-инфицированных в Африке, которые открыто объявили о своем серологическом статусе, составляет менее 1%, они превратились в мощный рупор для тех, кто выступает за перемены на этом субконтиненте.

Кроме того, подход, уделяющий особое внимание социальной поддержке и социальному согласию, также будет подразумевать потребность в повышении уровня внимания мерам вмешательства “на уровне общин”, а не просто мерам, “осуществляемым через общины”. (Меры вмешательства на уровне общин направлены на то, чтобы изменить всю общину через ее организацию и активизацию, в то время как меры вмешательства через общины направлены на то, чтобы изменить индивидуальное поведение в связи с собственным здоровьем.)

Декосас также отмечает, что “Небольшое улучшение физической и социальной среды для мигрантов и их общин может фактически принести больше пользы, чем оказание целевых услуг”. В качестве примера он приводит некоторые плантации в Кот-д’Ивуаре, где работодатели начали улучшать социальную инфраструктуру, организуя школы, жилье для семей и условия для отдыха.<sup>88</sup>

В отчете о заседании на тему “Что работает?” в связи с ВИЧ/СПИДом/ЗППП, а также по вопросам отслеживания положения в общинах, проведенного в рамках конференции в Лусаке в сентябре 1999 года, указывается, что основными итогами этого заседания были следующие:

- Важно не навязывать программы общинам, а включаться в эти программы по их приглашению.
- Общины имеют возможность использовать свои ресурсы и опыт для осуществления устойчивых и эффективных программ профилактики.
- Необходимо вовлекать лиц, занимающихся работой по мобилизации и курированию в общинах, в процесс планирования и реализации программ.
- Увязывание ухода с профилактикой и обеспечение устойчивости в работе волонтеров является обязательным для успешной стратегии профилактики.
- Важно включать уход за ВИЧ-инфицированными и лицами, пострадавшими от ВИЧ, в существующие структуры.<sup>89</sup>

Эти базовые посылки также следует использовать при реализации конкретных программ, предназначенных для мобильных групп населения.

<sup>88</sup> Decosas J. *Labour Migration and HIV Epidemics in Africa*, op. cit.

<sup>89</sup> AF-AIDS Listing no. 408 *Community initiatives – what works?* XI<sup>th</sup> International Conference on AIDS and STDs in Africa, Lusaka (Zambia), 12-16 September 1999, September 22, 1999.

## Е. Требуется ли только конкретные меры вмешательства в связи с ВИЧ/СПИДом?

Существует сильная взаимосвязь между заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП),<sup>90</sup> и передачей ВИЧ-инфекции половым путем. Наличие незалеченного ЗППП увеличивает риск заражения и передачи ВИЧ до 10 раз. Таким образом, лечение при ЗППП представляет собой важную стратегию профилактики ВИЧ в любой группе населения.

Лечение при ЗППП, которое является относительно недорогим, дает высокий экономический эффект уже само по себе. Оно становится еще более эффективным с точки зрения затрат, если сюда прибавить выгоды, связанные со снижением уровня передачи ВИЧ.<sup>91,92</sup> Кроме того, в развивающихся странах ЗППП являются серьезной проблемой общественного здравоохранения и представляют собой вторую по значимости причину утраты здоровья женщинами в возрасте от 15 до 45 лет после материнской заболеваемости и смертности.

ЮНЭЙДС отмечает, что “серьезность проблемы ЗППП и ее сильная взаимосвязь с проблемой передачи ВИЧ подчеркивают потребность в анализе новых инновационных подходов к профилактике и контролю за их распространением. Одним из таких подходов является внедрение “пакета услуг общественного здравоохранения”. Этот пакет мер для борьбы с ЗППП включает следующие компоненты:

- пропаганда более безопасного сексуального поведения;
- усиление программ по распространению презервативов;
- пропаганда поведения, направленного на обращение за медицинской помощью;
- включение контроля за ЗППП в первичную медицинскую помощь и другие медицинские услуги;
- оказание определенных услуг группам населения, которым грозит повышенный риск;
- комплексное ведение больных;
- профилактика и уход при врожденном сифилисе и неонатальном конъюнктивите;
- раннее обнаружение асимптоматических и симптоматических инфекций.<sup>93</sup>

Дополняющий подход включает расширение мер по планированию семьи с тем, чтобы все люди знали свое право на репродуктивное здоровье. Ряд стран, где имеются значительные по численности группы мигрантов, разработали целевые услуги по планированию семьи для этих сообществ мигрантов – такие услуги, предназначенные для мигрантов, можно развивать в соответствии с глобальными изменениями в практике планирования семьи. После проведения в 1994 году Международной конференции по народонаселению и развитию большинство правительств и основные донорские организации взяли на себя обязательство реализовать повестку дня, в которой особое внимание уделяется следующим моментам:

- потребность в развитии более качественных услуг для ухода за репродуктивным и половым здоровьем;
- потребность в обеспечении гендерного равенства и, следовательно, в расширении возможностей женщин;
- повышение ответственности мужчин за свое сексуальное и репродуктивное поведение, а также за выполнение своих социальных и семейных ролей;

<sup>90</sup> Которые все чаще называют инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).

<sup>91</sup> UNAIDS: *Technical Update: The public health approach to STD control*. May 1998.

<sup>92</sup> Piot P. “Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology and challenges for control”. *Sex Transm Dis* 1994 Mar-Apr, 21 (2 Suppl.): S7-13.

<sup>93</sup> Ibid, p. 2.

- повышение внимания потребностям подростков в половом и репродуктивном здоровье;
- ликвидация насилия в отношении женщин;
- осуществление специальных мер для борьбы с распространением инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ;
- расширение участия в программах по репродуктивному здоровью и планированию семьи.

Лицам, вырабатывающим политику, возможно, необходимо пересматривать существующие услуги по репродуктивному здоровью и ЗППП и расширять объемы таких программ и/или целевые группы, включаемые в эти программы. Существует широкая и очевидная взаимосвязь между общей целью по защите полового и репродуктивного здоровья и конкретной целью по локализации ЗППП и ВИЧ.

На практике в большинстве стран мигранты и мобильные группы населения, как правило, имеют меньший доступ к услугам в связи с репродуктивным здоровьем и ЗППП по сравнению с немобильными гражданами страны. Таким образом, планирование и реализация соответствующих программ для мигрантов и мобильных групп населения требует неотложного внимания почти во всех странах.

## V. Перспективные подходы к анализу/расширению услуг в будущем

---

Перспективные подходы к профилактике и уходу в связи с ВИЧ/СПИДом/ЗППП для мигрантов охватывают различные меры вмешательства, включая обеспечение доступа к презервативам, проведение кампаний в средствах массовой информации для повышения уровня информированности и знаний о ВИЧ/СПИДе, использование театральные представления и проведение просветительских мероприятий в малых группах, просвещение через лиц одного круга, проведение информационной работы на местах и оказание мобильных медицинских услуг, а также реализацию специализированных программ по уходу и поддержке. Наиболее эффективными являются мероприятия, осуществляемые с использованием различных стратегий.

Опыт работы во многих странах показал, что зачастую экономически более эффективно и менее опасно включать вопросы ВИЧ/СПИДа/ЗППП в широкие медицинские услуги, направленные на решение других медицинских проблем мигрантов. Следует отметить, что для оказания медицинских услуг мигрантам требуется гибкий подход и приверженность со стороны персонала в сочетании с вовлечением представителей целевых групп в процесс разработки и оказания услуг. Специализированное обучение и постоянное просвещение также часто являются необходимыми для всего медицинского и вспомогательного персонала.

Одной особой проблемой (не только в связи с мигрантами и ВИЧ/СПИДом/ЗППП) является тенденция, при которой некоторые успешные программы прекращаются, поскольку считается, что целевая группа населения получила достаточную информацию о методах профилактики и доступ к уходу. Следует отметить, что успешные программы должны продолжаться (хотя, возможно, в измененном виде) даже в ситуациях, когда, как считается, был достигнут достаточный охват. Идет процесс постоянного пополнения любой целевой группы населения (лица, начинающие половую жизнь, лица, начинающие употреблять наркотики, лица, пополняющие сферу секс-бизнеса, и т.д.), в то же время требуется повышать или усиливать уровень знаний и понимания в других группах. Точно так же рекомендации, руководящие принципы и программы на практике иногда выполняются не в полном объеме,<sup>94</sup> следовательно, требуется регулярный обзорный анализ и последующие действия.

Ниже приводится краткое описание ряда проектов: они включены в качестве иллюстрации некоторых перспективных мер вмешательства, осуществляемых в настоящее время в различных частях мира. Следует отметить, что успешные меры вмешательства редко удается перенести без изменений в другие условия: эти выбранные проекты указаны здесь с тем, чтобы показать объем возможных мер вмешательства, а также подсказать какие изменения могут быть внесены в эти проекты при реализации в других условиях. Одной характеристикой, общей для всех этих проектов, является то, что все они нацелены на лиц, вырабатывающих политику, на одном или на нескольких уровнях, помимо аспектов, связанных с предоставлением услуг в рамках того или иного проекта.

### 1. Проекты ЮНЭЙДС и системы ООН

#### i) *Западная Африка*

В Африке проекты, нацеленные на снижение уязвимости к ВИЧ в результате мобильности, миграции и секс-бизнеса (часто сопровождающего миграцию), осуществляются в рамках Инициативы для Западной Африки, для которой в качестве секретариата выступает Межстрановая группа ЮНЭЙДС, базирующаяся в Абиджане.

<sup>94</sup> См. например, an EC-Funded Project Report from the Merchant Navy Welfare Board, UK: *Seafarers: EC Co-ordination of Information on HIV and STDs. Final Report 1998.*

Охватывающая 17 стран, а также сети НПО и людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и финансируемая Всемирным банком (включая вклад со стороны правительства Канады и Германии), Инициатива для Западной Африки позволила получить практическое пособие для организаций, осуществляющих проекты по профилактике ВИЧ среди работников секс-бизнеса и их клиентов, и создать сильную сеть технических экспертов для оказания помощи странам в разработке и реализации проектов.<sup>95</sup>

Эта практическая и исследовательская программа включала семь стран: Буркина-Фасо, Гана, Кот-д'Ивуар, Мали, Нигер, Сенегал и Того. Некоторые из этих проектов осуществляются в важных торговых городах, расположенных вдоль международных торговых путей, другие проекты были реализованы в приграничных районах с высокой интенсивностью перемещения людей через границу.

Успешная реализация этих проектов в Западной Африке стимулировала интерес в странах Центральной Африки, которые в настоящее время предпринимают аналогичные программы.

Инициатива для Западной Африки, в сотрудничестве с Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), также помогает укреплять объединения людей, живущих с ВИЧ.

Правительство Чада инициировало проект совместно со Швейцарским институтом тропической медицины для разработки подхода под названием "Единая медицина" с целью объединения услуг для людей и ветеринарных услуг для кочевников в Чаде. Проект направлен на то, чтобы обеспечить доступ к услугам, охватывая конкретные потребности женщин и детей, в том числе обеспечение правильного питания, и будет включать как медицинский уход, так и санитарное просвещение (включая ИППП) при активном участии целевых групп.

## **ii) Восточная Африка**

Инициатива по ВИЧ/СПИДу для региона Великих озер нацелена на мобильные группы населения и ВИЧ/СПИД и включает Бурунди, Демократическую Республику Конго, Кению, Объединенную Республику Танзания, Руанду и Уганду. Мероприятия включают обмен информацией, помощь по уходу, включение мер в ответ на ВИЧ/СПИД в социально-экономические повестки дня и программы в области развития, содействие проведению рабочих исследований, разработку механизмов координации и сотрудничества между странами и мобилизацию ресурсов.<sup>96</sup>

## **iii) Центральная Америка и Мексика**

Мобильность и секс-бизнес находятся в центре внимания субрегиональной инициативы, осуществляемой в Центральной Америке и Мексике с участием правительств, двусторонних организаций, НПО и системы ООН. Эта инициатива, предпринятая в 1999 году, будет направлена в первую очередь на профилактику ВИЧ и заболеваний, передающихся половым путем, среди мобильных групп населения, включая работников секс-бизнеса и их клиентов, проживающих в приграничных и портовых районах.<sup>97</sup>

## **iv) Южная и Юго-Восточная Азия**

В Южной и Юго-Восточной Азии аналогичная инициатива осуществляется для водителей грузовиков, чье долгое отсутствие вне дома увеличивает риск заражения и передачи ВИЧ как случайным

<sup>95</sup> Полное описание см. в документе Межстрановой группы ЮНЭЙДС для Западной и Центральной Африки "Findings of Research-Actions 'Migration and AIDS' Project"; обращаться в ЮНЭЙДС, Женева и Абиджан, а также Всемирный банк, Вашингтон.

<sup>96</sup> Встреча руководителей национальных программ стран ГЛИА, Кампала, Уганда, март 1998 г.

<sup>97</sup> Bronfman M. *Diagnosis, Intervention and Evaluation of AIDS and Migration in Central America and Mexico*, project proposal, 1999.

партнерам, так и супругам. Инициатива имеет целью повысить уровень информированности о ВИЧ и распространения презервативов среди водителей. ЮНЭЙДС выделило некоторое первоначальное финансирование; по состоянию на середину 1999 года существенные финансовые средства пообещали выделить Азиатский банк развития и Агентство технической помощи Германии (ГТЗ).<sup>98</sup>

### **v) Межстрановые группы ЮНЭЙДС**

В последние несколько лет межстрановые группы ЮНЭЙДС (МСГ) сконцентрировали свои усилия на содействии и укреплении сотрудничества между межстрановыми и региональными органами по трансграничным вопросам, миграции и мобильности. Например, Азиатско-тихоокеанская Межстрановая группа в Бангкоке содействует развитию межстранового сотрудничества и регионального диалога по проблеме миграции и употребления наркотиков – эти две проблемы имеют особое значение для данного региона. Азиатско-тихоокеанская МСГ также поддерживает проведение оперативных прикладных исследований в области уязвимости к ВИЧ и трудовой миграции в регионе.

Кластерная группа для Карибского региона планирует заниматься проблемой мобильности в этом регионе – эта программа будет включать исследования по вопросам иммиграции, секс-бизнеса и туризма.

#### **Работа с моряками в Тихоокеанском регионе**

Значительную долю населения большинства островных стран Тихого океана составляют моряки (или жены моряков). Секретариат южно-тихоокеанского региона (СЮТ) работает через региональные школы и колледжи подготовки моряков с тем, чтобы обеспечить качественное обучение в связи с ВИЧ/СПИДом и ЗППП. Некоторые основные мероприятия включают следующие:

**Разработка учебных программ:** в рамках консультаций с Региональной программой подготовки моряков был разработан модуль, включенный в региональную программу подготовки моряков, которая будет реализована 14 колледжами в 12 островных странах Тихого океана.

**Семинары для обучения инструкторов:** для мореходных компаний, отделов здравоохранения и НПО будут готовиться инструктора, ответственные за практическое применение этого модуля или за проведение постоянной работы, связанной с предоставлением информации и/или оказанием помощи учащимся и морякам.

**Помощь в виде ресурсов:** оказание помощи в стране через члена группы СЮТ совместно с инструкторами из колледжей. Предоставление учебного руководства, видеоматериалов и других учебных и информационных материалов для учащихся и инструкторов.

**Обучение через лиц одного круга:** через субрегиональные семинары для молодых моряков, которые готовы взять на себя роль инструктора для взаимного обучения.

**Малые гранты:** для каждой страны-участницы разработка материалов или перевод других материалов на местные языки.

**Распределение презервативов:** в рамках консультаций с директорами колледжей в 1999 и 2000 годах колледжи получают презервативы.

Данный проект осуществляется в Вануату, Фиджи, Тувалу, Соломоновых Островах, Тонга, Кирибати, Самоа, Федеративных Штатах Микронезии, Маршалловых Островах и – в меньшей степени – в Папуа – Новой Гвинее.<sup>99</sup>

<sup>98</sup> See <http://www.hivundp.apdip.net>.

<sup>99</sup> Armstrong W. Pacific Islands HIV/AIDS and STD project final report, 1998.

## 2. Европейские проекты

### *i) Европейский проект по СПИДу и мобильности*

Европейский проект по СПИДу и мобильности был инициирован по просьбе (бывшей) Глобальной программы по СПИДу Всемирной организации здравоохранения. Созданная в 1991 году, эта программа в основном была нацелена на профилактику ВИЧ/СПИДа среди лиц, совершающих поездки и мигрантов в Европе. В последние годы она стала уделять больше внимания вопросам ухода и поддержки.<sup>100, 101</sup>

Данный проект объединяет национальных координаторов, представляющих 14 государств-членов Европейского союза, и направлен на стимулирование сотрудничества и обмена информацией о мероприятиях в связи со СПИДом среди этнических меньшинств и общин мигрантов. Государства-члены ЕС, представленные в программе, включают: Австрию, Бельгию, Великобританию, Германию, Грецию, Данию, Ирландию, Испанию, Италию, Нидерланды, Португалию, Финляндию, Францию и Швецию.

В 1999 году каждый национальный координатор организовал национальный семинар, темы которого были выбраны, исходя из приоритетов, установленных на страновом уровне в связи с профилактикой ВИЧ/СПИДа и ЗППП среди общин мигрантов, этнических меньшинств и других мобильных групп. Мероприятия в рамках сети включали реализацию региональных учебных программ среди НПО и ОУО и проведение взаимного обучения среди групп мигрантов, мигрантов, живущих с ВИЧ/СПИДом, и оказание услуг с учетом культурных и языковых особенностей.

Кроме того, проект включает центр по информации и документации, имеющий базы данных по материалам и литературе, подключенные к Интернету.<sup>102</sup> В рамках проекта регулярно публикуются обновляемые библиографии соответствующих источников, статьи и отчеты, а также предоставляются справочные услуги другим организациям в Европе, которые активно работают в области миграции и здравоохранения.

В своей Афинской декларации от ноября 1999 года участники проекта отметили, что доступ мигрантов, живущих с ВИЧ/СПИДом в Европе, к медицинской помощи и, в частности, к лечению в связи с ВИЧ зачастую был сильно ограничен. Они отметили, что это обусловлено такими факторами как юридические и административные барьеры, социально-экономические проблемы, отсутствие информации и услуг, учитывающих культурные и языковые особенности, и стигматизация.

Участники проекта подтвердили общую потребность в расширении доступа мигрантов к услугам здравоохранения. Сотрудничающие стороны отметили, что им необходимо вести работу для усиления служб, которые уже проводят работу с мигрантами, улучшение сотрудничества между различными службами, расширения участия работников-мигрантов и повышения уровня понимания медицинскими и социальными работниками культурных и языковых проблем и потребностей мигрантов.

Участники проекта по СПИДу и мобильности отметили, что, хотя государства-члены ЕС теоретически не имеют права выдворять из страны мигрантов, имеющих серьезные проблемы со здоровьем, в страны, где их потребности в медицинской помощи не могут быть удовлетворены, есть множество примеров депортации таких людей. Участники проекта призвали гарантировать доступ к

<sup>100</sup> AIDS and Mobility Project. *AIDS & STD and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups; the State of Affairs in Europe*, de Putter J (ed.), June 1998.

<sup>101</sup> European Project AIDS and Mobility. *AIDS & STDs and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups; the State of Affairs in Europe*, de Putter J (ed.). June 1998; European Project AIDS and Mobility. *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar, National Focal Points, European Project AIDS and Mobility*. Clarke K and Broring G (Eds.). October 1999; *Athens Declaration*, November 1999.

<sup>102</sup> <http://www.nigz.nl/aidsmob/>

новым видам лечения для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, которые проживают в государствах-членах Европейского союза, независимо от статуса проживания. В последнем отчете по проекту указывается на то, что каждый национальный координатор составил план действий, который является основой для осуществления будущих мероприятий в его стране с целью расширения доступа мигрантов к лечению в связи с ВИЧ-инфекцией и СПИДом.<sup>103</sup>

### ***ii) Транснациональный проект по профилактике СПИДа/ЗППП среди мигрирующих работников секс-бизнеса в Европе (ТАМПЕП)***

Проект ТАМПЕП<sup>104</sup> был начат в 1993 году с целью разработки моделей для защиты здоровья женщин и транссвеститов/транссексуалов (трансформация из мужчины в женщину) из стран Восточной Европы, Латинской Америки, Африки и Юго-Восточной Азии, занятых в секс-бизнесе в Западной, Северной и Южной Европе. Основная задача проекта – профилактика ВИЧ/ЗППП; однако, как отмечается в проекте, для того, чтобы поддержать безопасное поведение, им необходимо было решить вопросы охраны здоровья в целом для целевых групп населения, а также вопросы, связанные с общим социальным положением и рабочими условиями мигрирующих работников секс-бизнеса.

В целом, мигрирующие работники секс-бизнеса в Европе имеют очень ограниченный доступ к медицинским услугам.<sup>105</sup> Специализированный проект ТАМПЕП оказался эффективным с точки зрения охвата мигрирующих работников секс-бизнеса: за период с 1995 по 1997 годы национальные группы проекта ТАМПЕП установили контакты более чем с 30 000 мигрирующих работников секс-бизнеса в Италии, Австрии, Германии и Нидерландах.<sup>106</sup>

В Нидерландах около 30 000 человек заняты проституцией. По оценкам официальных властей, 50-60% всех работников секс-бизнеса являются выходцами из стран, не входящих в ЕС, и проживают в Нидерландах незаконно. В документе проекта ТАМПЕП отмечается, что, по данным работы на местах, 80-90% работников секс-бизнеса, позирующих в окнах, являются мигрантами.

В 1997 году в Германии в секс-бизнесе было занято от 200 000 до 400 000 женщин: процент мигрирующих работников секс-бизнеса в городах и приграничных районах колебался от 60 до 70 процентов.

За период с 1994 по 1997 годы в рамках проекта ТАМПЕП зарегистрировано увеличение числа женщин и транссексуалов, занятых в секс-бизнесе, и числа стран, откуда они прибыли: в 1997 году в четырех странах-участницах проекта были зарегистрированы лица, прибывшие из 25 стран. Также было отмечено расширение социокультурных характеристик. Кроме того, к 1997 году в рамках этого проекта было зарегистрировано усиление мобильности мигрирующих работников секс-бизнеса внутри и между странами Европы. Большинство женщин, с которыми сотрудники проекта ТАМПЕП установили контакты, работали в течение каждого отдельно взятого года как минимум в двух европейских странах, причем многие из них работали в трех и более странах.<sup>107</sup>

Проект ТАМПЕП постоянно расширяет свои связи между собственными мероприятиями по профилактике с международной сетью организаций, предоставляющих услуги, и основными проектами в странах происхождения, транзита и конечного назначения, например, с проектом EUROPA, который направлен на всех работников секс-бизнеса в Европе. Эти проекты развивались в качестве

<sup>103</sup> European Project AIDS and Mobility. *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar*, op. cit. p. 5.

<sup>104</sup> Transnational AIDS/STD Prevention among migrant prostitutes in Europe Project (TAMPEP). *October 96/September 97 Final Report*, 1997.

<sup>105</sup> EUROPA/TAMPEP 1996-1997 Final Report, October 1997.

<sup>106</sup> TAMPEP Final Report, op. cit. p 1.

<sup>107</sup> Ibid, p. 3.

экспертного центра для обучения, консультирования и представления рекомендаций относительно мигрирующих работников секс-бизнеса для лиц, оказывающих услуги и вырабатывающих политику (в государственном и негосударственном секторе) во всех странах-членах ЕС и в более широком масштабе.

Проект ТАМПЕП позволил несколько расширить доступ к медицинским и социальным услугам для мигрирующих работников секс-бизнеса в четырех первоначально выбранных странах-участниках. Однако большинство мигрирующих работников секс-бизнеса даже в этих странах имеют очень слабый доступ к медицинским и социальным услугам.<sup>108</sup> Следует отметить, что большинство стран ЕС предоставляет тестирование на ВИЧ и ЗППП (а иногда и лечение), как правило, бесплатно, а во многих случаях анонимно. К сожалению, многие мигрирующие работники секс-бизнеса об этом не знают или же не доверяют государственным службам.

### 3. Северная Америка

#### *i) Клиника Уитмена Уокера, Вашингтон, округ Колумбия, США*

Клиника Уитмена Уокера в Вашингтоне, округ Колумбия, является одной из крупнейших организаций в Соединенных Штатах, предоставляющих услуги в связи со СПИДом: она оказывает услуги для людей, живущих с ВИЧ и СПИДом<sup>109</sup> в Соединенных Штатах, независимо от иммиграционного статуса.<sup>110</sup> Таким образом, здесь обеспечивается уход и поддержка скорее для неучтенных, чем для легальных мигрантов. Эта клиника оказывает широкие услуги лицам, живущим с ВИЧ, включая анонимное тестирование и консультирование, медицинскую и стоматологическую помощь, юридические услуги, услуги для ведения больных, услуги для лечения психического здоровья и лечения в случае зависимости, а также услуги через дневной стационар. Кроме того, здесь предоставляется питание и проживание для клиентов, имеющих диагноз СПИД. Все услуги, предоставляемые этой клиникой, оказываются независимо от доходов, страховки или “учтенного” статуса клиентов.<sup>111</sup>

<sup>108</sup> Доступ к специализированной медицинской помощи для (незаконных) мигрирующих работников секс-бизнеса является обоснованно простым и недорогим или же бесплатным в большинстве районов Нидерландов. В Германии незастрахованным лицам разрешено проходить анонимное и бесплатное тестирование на ВИЧ, однако они не могут получить какого-либо лечения или терапии в целях профилактики. Официальные учреждения (вероятно, включая группы работников секс-бизнеса Германии), как правило, не стремятся адаптировать услуги с тем, чтобы лучше удовлетворить потребности мигрантов, и очень малое число мигрирующих работников секс-бизнеса пользуются какими-либо медицинскими услугами. В Австрии, где бесплатный медицинский осмотр предоставляется только легальным жителям, в Вене и Линце организована сеть, обеспечивающая недорогую или бесплатную медицинскую помощь мигрирующим работникам секс-бизнеса. В Италии официально бесплатное экстренное амбулаторное лечение предоставляется всем, включая временно проживающих иностранцев. Однако, как отмечают участники проекта ТАМПЕП, на практике многие регионы не предоставляют таких услуг (районы ссылаются на ограниченность бюджета), а мигрирующие работники секс-бизнеса редко пользуются какими-либо медицинскими услугами.

<sup>109</sup> Лица, живущие с ВИЧ/СПИДом.

<sup>110</sup> Личное сообщение, Гленн Кларк, директор центра Флеминга-Моргана, клиника Уитмена Уокера, 17 сентября 1999 года.

<sup>111</sup> В момент поступления сотрудники клиники оценивают положение клиента и потребность в услугах, включая право на государственное пособие. Юридическая служба, имеющаяся в данной клинике, помогает клиенту обратиться за получением государственного пособия. Хотя неучтенные иммигранты не имеют права на участие во многих программах государственной помощи в Соединенных Штатах, они могут пользоваться услугами Программы лекарственной помощи при СПИДе, которая выделяет бесплатно препараты для лечения при ВИЧ клиентам с низкими доходами. Вся информация о клиенте является конфиденциальной. Языковые барьеры решаются через использование сотрудников, говорящих на соответствующем языке, если таковые имеются, или через переводчика с тем, чтобы клиент активно участвовал в процессе оказания услуги. Для обслуживания латиноамериканцев в клинике открыт соответствующий отдел. Центр доступа в частности финансируется частным донором, что тем самым дает этой клинике относительную свободу действий для предоставления первичных услуг. Источники финансирования других услуг в связи с ВИЧ (которые включают федеральное, местное и частное финансирование) также позволяют клинике оказывать услуги клиентам, независимо от их иммиграционного статуса.

#### 4. Азия

##### *і) Сеть КАРАМ (Координация исследований мероприятий в связи со СПИДом и миграцией)*

Сеть КАРАМ, созданная в марте 1997 года, представляет собой региональную сеть НПО из Южной и Юго-Восточной Азии, участвующих в реализации крупной исследовательской программы по мобильности и ВИЧ/СПИДу.<sup>112</sup> По состоянию на середину 1999 года в сети КАРАМ участвовали следующие организации: Tenaganita (Малайзия), CCDB (Бангладеш), Kalayaan (Филиппины), CARE (Таиланд), CARE (Вьетнам), CARE (Камбоджа) и UCM (Индонезия). Эта сеть вскоре может охватить большее число стран региона. Сеть получает техническую помощь со стороны персонала центра по медицинскому уходу и культуре университета Врийе, Нидерланды.

Цели сети КАРАМ:

- получение информации относительно уязвимости и состояния здоровья работников-мигрантов в целом и в связи с ВИЧ/СПИДом в частности;
- пропагандистская работа для улучшения жилищных условий мигрантов и демонстрации того, каким образом миграция способствует увеличению уязвимости к ВИЧ-инфекции;
- разработка базовых мер вмешательства в области здравоохранения, особенно проведение просвещения мигрантов по проблеме ЗППП/ВИЧ/СПИДа и улучшение доступа к услугам;
- разработка моделей проведения исследований для выполнения описанной выше работы, а также для сбора данных, необходимых для пропагандистской работы в рамках сети КАРАМ;
- защита прав человека в отношении мигрантов.

Организации-партнеры КАРАМ в первую очередь отвечают за получение информации и разработку и стимулирование мер вмешательства на местном/национальном уровне (начиная от предоставления медицинских услуг на базовом уровне до пропаганды на местном и национальном уровне). Сеть КАРАМ/Азия возглавляет пропагандистскую работу в регионе и обеспечивает международную координацию и обмен информацией.

Сеть КАРАМ-Азия и ее партнеры стремятся к тому, чтобы мигранты этого региона имели доступ к услугам в точке происхождения и точке назначения. Например, если Министерство труда Камбоджи объявит о том, что значительное число женщин направляются на работу в Малайзию в качестве домашней прислуги, в таком случае сеть КАРАМ-Камбоджа начнет разрабатывать программы соответствующих мероприятий до отъезда, сеть КАРАМ-Малайзия разработает меры вмешательства для камбоджийских женщин по прибытии, а сеть КАРАМ-Азия предпримет действия на уровне политики в связи с такими вопросами как тестирование этих женщин на ВИЧ.<sup>113</sup>

Члены сети КАРАМ-Азия отметили, что меры вмешательства и исследования мобильности с участием нескольких стран и на нескольких уровнях осуществляются редко. Однако они указывают, что «опыт проведения интерактивных исследований в рамках программы КАРАМ показал, что вовлечение самих людей в процесс изучения проблем, сбор необходимой информации и анализ вносят большой вклад в изучение возможности реализации мер вмешательства, вытекающей из проводимых исследований. Характер исследований в области ВИЧ/СПИДа (изучение сексуального поведения, скрытых предрассудков в отношении иностранцев, людей с другими сексуальными предпочтениями и т.д.) делает сотрудничество между участниками очень важным. Люди, которые подвергаются

<sup>112</sup> CARAM-Asia. *Coordination of Action Research on AIDS and Migration. The vulnerability of migrants to HIV/AIDS*. June 1998

<sup>113</sup> Ibid, p. 28.

стигматизации и опасаются дискриминации (если не худшего), ни в коем случае не захотят делиться информацией с посторонними людьми”.<sup>114</sup>

В настоящее время сеть КАРАМ-Азия разработала матрицу для осуществления мер вмешательства, включая концепции “уязвимости (что ведет к осуществлению мер вмешательства через общины и расширение их возможностей), риска (что связано с более персонализированными мерами вмешательства и индивидуальным выбором) и прав человека (что связано с пропагандистской работой)” и концепции “возможности во времени, пространстве и в условиях для реализации мер вмешательства”. Эта матрица мер вмешательства также включает очевидное внимание гендерным вопросам. Параметры времени и пространства, имеющие значение, включают процесс до отъезда, саму миграцию, начальный период адаптации, успешную адаптацию, обратную миграцию и реинтеграцию в исходное сообщество.<sup>115</sup>

## *ii) Австралийские межкультурные проекты по СПИДу*

В контексте значительного внимания со стороны правительства/НПО этническим общинам, в частности вновь прибывающим, национальное правительство Австралии и правительства штатов этой страны профинансировали ряд просветительских проектов по ВИЧ/СПИДу, нацеленных на этнические общины, особенно на те из них, которые включают большое число людей, не говорящих или плохо говорящих по-английски.

Видеофильм (на шести языках плюс на английском), посвященный проблемам, связанным с ВИЧ/СПИДом, и предназначенный для вновь прибывающих, снятый в рамках межкультурного проекта по СПИДу в штате Новый Южный Уэльс, получил в 1999 году австралийскую премию в области межкультурного маркетинга.

Все кампании по ВИЧ/СПИДу, проводимые в средствах массовой информации в стране и в отдельных штатах, включают по крайней мере один компонент на нескольких языках; печатная информация в большинстве случаев переводится более чем на 16 языков. Кроме того, в большинстве районов Австралии имеются специализированные работники по оказанию медицинской помощи этническим группам и в связи с ВИЧ, включая специализированные проекты, предназначенные для работников секс-бизнеса и ПИН.

“История Сирены” – это небольшая брошюра на тагальском языке для филиппинских работниц секс-бизнеса в Австралии. В ней содержится информация о том, как заниматься этой работой и правильно использовать деньги, а также информация по вопросам здоровья и рекомендации о том, как договариваться о безопасном сексе. Существует несколько версий этой брошюры для работниц секс-бизнеса из различных стран.

В то время как медицинская помощь, финансируемая правительством, официально предоставляется только легальным жителям, иногда существуют неофициальные договоренности. Неучтенные мигранты, живущие с ВИЧ/СПИДом в Австралии, получали лечение через сеть центров по защите полового здоровья. Эти центры оказывают конфиденциальные услуги, не спрашивая удостоверения личности, в то время как большинство других медицинских центров обязаны требовать национальную карточку медицинского страхования, которая выдается только законным жителям. Это означает, что люди, живущие с ВИЧ/СПИДом и не имеющие законного права на

<sup>114</sup> Wolfers I, Fernandez I, Verghis S and Painter T. *A Model for Evaluating HIV/AIDS Interventions for Mobile Populations*, Paper presented at the Fifth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific, Kuala Lumpur, Malaysia, 23–27 October 1999

<sup>115</sup> Ibid, p. 8.

проживания в Австралии, могут получить амбулаторную помощь и лечение по относительно низкой цене или бесплатно, включая антиретровирусные препараты, другие необходимые лекарства и медицинский осмотр. Ситуация становится более сложной, если пациентов необходимо положить в больницу, поскольку им необходимо предъявить карточку медицинского страхования, иметь личную медицинскую страховку или оплатить самим за медицинскую помощь.

В Австралии предоставляются (бесплатные) национальные услуги по устному и письменному переводу более чем на 100 языков 24 часа в сутки семь дней в неделю.

## VI. Последствия для лиц, вырабатывающих политику

Одной из общих проблем в области охраны здоровья мигрантов, в частности, что касается ИППП/ВИЧ и репродуктивного здоровья, является то, что этому, в основном, уделялось ограниченное, неравномерное и спорадическое внимание.

В настоящем документе приводятся данные в пользу более комплексного и глобального подхода и излагается необходимость четкого руководства со стороны ряда международных организаций. Однако каким бы ни было влияние “международной” или “глобальной” повестки, основным местом принятия решений будет оставаться национальное государство. Задача будет заключаться в том, чтобы национальные государства понимали, что их собственные интересы требуют внимания проблеме ИППП/ВИЧ среди всех народов мира. Помимо этого, лицам, вырабатывающим политику, необходимо учитывать весь спектр принятия решений с тем, чтобы здоровье мигрантов непрерывно оставалось на повестке дня при принятии всех решений.

Как указывает Парсонс,<sup>116</sup> “Если мы определим принятие решений как процесс, в ходе которого делается выбор или же выбирается некий предпочтительный вариант, в таком случае принятие “решения” включает некую точку или ряд точек во времени и пространстве, когда лица, вырабатывающие политику, назначают ценности. В этом смысле принятие решений охватывает весь цикл политики; например:

- решения о том, что включать в “проблему”;
- какую информацию выбирать;
- выбор, касающийся стратегий, с тем чтобы повлиять на повестку дня в области политики;
- выбор, касающийся того, какие варианты политики следует учитывать;
- выбор, касающийся того, какой вариант следует выбрать;
- выбор, касающийся целей и средств;
- выбор, касающийся того, как следует реализовывать политику;
- выбор, касающийся того, каким образом можно оценивать политику.

Принятие решений имеет место в каждой из этих точек. Некоторые из этих решений включают назначение ценностей и распределение ресурсов посредством выработки политики или через процесс осуществления программы. Таким образом, принятие решений имеет место на различных аренах и различных уровнях. На одном уровне лица, занимающие важное положение, принимают решение о выработке “национальной” политики в области здравоохранения или экономики, на другом уровне решения принимаются другими лицами, участвующими в политике в области “здравоохранения” на уровне больницы или местной службы.

Международные организации могут иметь возможность оказать помощь странам, пропагандируя политику реализации лучшей практики и необходимые для этого договоренности, учитывая все точки непрерывного процесса принятия решений в связи с правом мигрантов на здоровье, в частности, в связи с ВИЧ/СПИДом/ЗППП и репродуктивным здоровьем. Кроме того, различные публикации о проведенных исследованиях в данной области необходимо “перевести” с тем, чтобы лица, вырабатывающие политику или принимающие решения, имели больший доступ к этим исследованиям и лучше понимали последствия этих исследований для политики.

Лица, вырабатывающие политику и занимающиеся планированием, должны признать, что для обеспечения равноправия при получении доступа к информации и медицинским услугам часто

<sup>116</sup> Parsons W. *Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Edward Elgar Publishing Ltd, UK, 1997, p. 245.

требуются различные и дополнительные стратегии с тем, чтобы все части населения, особенно такие трудно охватываемые группы, как незаконные мигранты, получили реальный доступ. Слишком часто, особенно в промышленно развитых странах, делаются заявления о том, что доступ к медицинскому уходу предоставляется всем, не ссылаясь при этом на практические и психологические барьеры или не уделяя внимания этим барьерам, с которыми сталкиваются такие подгруппы населения, как женщины, люди, говорящие на другом языке, люди, имеющие другие культурные особенности, люди из сельской местности или удаленных районов, люди, имеющие ограниченные финансовые ресурсы и живущие среди, в целом, богатого населения, или люди, стыдящиеся того, что они заразились инфекцией, передающейся половым путем.

В настоящем документе приводятся доводы в пользу осуществления различных перемен для улучшения состояния здоровья мигрантов (особенно в связи с ВИЧ/СПИДом, другими инфекциями, передающимися половым путем, и репродуктивным здоровьем) на глобальном, национальном и местном уровне. Коротко, они включают следующее:

- признание права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Что касается групп мигрантов, это может потребовать уделения внимания праву на получение доступных и недорогих медицинских услуг, праву на здоровые условия работы и жизни, и праву на соответствующее санитарное просвещение;
- уделение внимания со стороны всех стран и выполнение всеми странами международных договоров и соглашений, участниками которых они являются, а также соответствующего международного обычного права. На практике, многие страны подписывают международные договоры/соглашения, но они не обязательно вводят меры, необходимые для выполнения буквы и духа таких соглашений;
- общее применение и выполнение международных медико-санитарных правил;
- меры, направленные на то, чтобы все направляющие, транзитные и принимающие страны внедряли общие/трехсторонние программы обеспечения доступа к услугам здравоохранения, включая все временные и пространственные точки в рамках меняющейся совокупности для граждан/работников-мигрантов. Такие точки включают подготовку к отъезду, саму миграцию, начальный период адаптации, успешную адаптацию, обратную миграцию и реинтеграцию в родное сообщество;
- услуги здравоохранения для всех перемещающихся лиц и групп мигрантов, выходящие за рамки оказания экстренной помощи и обеспечивающие физическое, психическое и социальное благополучие, в частности, в связи с ВИЧ/СПИДом/ЗППП и репродуктивным здоровьем;
- повышение внимания профилактике в политике в области здравоохранения и практике оказания услуг мигрантам/мобильным группам населения, включая широкую разработку и реализацию мер вмешательства на уровне общин;
- для мигрантов и мобильных групп населения в стране – применение мер для обеспечения хорошего доступа к профилактике для охраны здоровья в связи с ВИЧ/СПИДом/ЗППП/репродуктивным здоровьем и ухода за всеми членами таких групп населения. Например, для обеспечения соответствующего санитарного просвещения может потребоваться создание специальных информационных материалов на различных языках.
- уделение внимания вопросам гендерного неравенства, которое зачастую отмечается при перемещении работников-мигрантов как внутри стран, так и внутри регионов, а также соотношению между гендером и возможностями, от которого зачастую зависит получение женщинами доступа к информации и медицинскому уходу;
- понимание основными направляющими странами того, что вклад в совокупный национальный продукт со стороны работников-мигрантов, высылающих деньги домой своим семьям, с одной стороны, может уравновешиваться бременем, которое ложится на медицинские и социальные услуги, если работники-мигранты возвращаются в свою родную страну больными или нетрудоспособными, с другой стороны.

## VII. Заключение

---

Мигранты могут быть особенно уязвимыми к ВИЧ/СПИДу/ЗППП, но они зачастую исключаются или просто не учитываются различными программами профилактики и ухода.

Последствия глобализации, вероятно, требуют, чтобы правительства, хотя бы ради собственных интересов, стремились к тому, чтобы такое положение дел не оставалось без изменения. Кроме того, существуют данные о нарушениях прав человека и других этических норм, что требует срочного решения на местном, национальном и международном уровне.

Для изменения такого положения дел необходимо учитывать ряд социально-экономических и политических факторов.

Успешные программы по профилактике и уходу в связи с ВИЧ/СПИДом/ЗППП для групп мигрантов – это, как правило, программы, разрабатываемые и осуществляемые под руководством общин мигрантов и включающие существенную мобилизацию этих общин. Программы должны обеспечивать доступ к уходу и должны интегрироваться с другими программами в связи со СПИДом на местном и национальном уровне. Просвещение через лиц одного круга зачастую может играть ключевую роль, в то же время гибкость и наличие персонала, приверженного своему делу, является очень важным для руководства и поддержки тех, кто занимается таким просвещением.

Государственным организациям особенно трудно заниматься проблемами ВИЧ/СПИДа/ЗППП, поскольку речь идет о неучтенных мигрантах. Однако неправительственные организации в ряде стран и в различных условиях показали, что они могут легко установить контакты и эффективно работать с людьми, не имеющими легального статуса в стране, где они проживают.

Успех был достигнут в профилактике распространения ВИЧ среди мигрантов и через мигрантов и в смягчении воздействия заболевания на ВИЧ-инфицированных мигрантов. В различных странах и условиях осуществляются проекты, касающиеся профилактики других инфекций, передающихся половым путем, и защиты репродуктивного здоровья мигрантов и мобильных групп населения. Сейчас задача заключается в том, чтобы решать эти сложные вопросы более комплексно, причем во всех странах и на всех уровнях.

## Рекомендации

---

Необходимо опубликовать и реализовать на практике руководящие принципы и рекомендации в области политики, касающиеся здоровья мигрантов, в частности, в связи с ВИЧ/СПИДом/ЗППП и репродуктивным здоровьем. Именно международные организации, мандат которых включает вопросы миграции или здравоохранения, должны возглавить этот процесс выработки таких рекомендаций в области политики – причем сделать это надо неотложно. МОМ может оказать содействие в этом процессе, предоставив информационную поддержку по вопросам состояния здоровья (мигрантов) и улучшения этого здоровья в основных направляющих и принимающих странах.

Требуется глобальное внимание потребностям мигрантов в получении доступа к услугам здравоохранения, особенно в связи с ВИЧ/СПИДом/ЗППП. Стратегические действия необходимо предпринять на глобальном, региональном, национальном и местном уровне. Необходимо обеспечить координацию политики, действий и обмена информацией между странами происхождения, транзита и проживания мигрантов. Именно учреждения ООН и соответствующие международные организации и международные НПО должны быть вовлечены в этот процесс, чтобы обеспечить такую координацию.

Странам, принимающим мигрантов, необходимо внедрить политику и практику в области здравоохранения, которые позволят устранить экономические, административные и языковые барьеры, препятствующие доступу мигрантов к услугам здравоохранения. Такая политика и практика должны охватывать мигрантов всех видов, включая наиболее уязвимых, таких как сезонные рабочие и неучтенные мигранты. В политику и программы необходимо включать гендерные вопросы.

Необходимо усилить медицинские услуги для мобильных/мигрирующих групп населения в связи с ЗППП и репродуктивным здоровьем в дополнение или в рамках программ профилактики и ухода в связи с ВИЧ/СПИДом.

При необходимости такие программы должны осуществляться в приграничных районах.

Меры вмешательства с целью профилактики и ухода в связи с ВИЧ/СПИДом/ЗППП и репродуктивным здоровьем должны осуществляться с участием лиц, занимающихся вопросами мобилизации и содействия местному населению. Члены целевой общины должны включаться в этот процесс на всех стадиях, начиная от планирования и включая предоставление услуг и оценку программ по пропаганде здоровья и оказанию медицинских услуг.

# Приложение 1. Международные документы (и соответствующие статьи)

---

В настоящем приложении приводятся некоторые ключевые статьи международных документов, касающихся вопросов, изложенных в настоящем документе. Полные тексты можно найти на сайте: <http://www.unhchr.org>

## Устав Организации Объединенных Наций (1945 год)

Статья 2. Для достижения целей, указанных в статье 1, Организация и ее Члены действуют в соответствии со следующими Принципами:

1. Организация основана на принципе суверенного равенства всех ее Членов.
4. Все Члены воздерживаются в их международных отношениях от угрозы силой или ее применения как против территориальной неприкосновенности, или политической независимости любого государства, так и каким-либо другим образом, не совместимым с целями Объединенных Наций.

Статья 10. Генеральная Ассамблея уполномочивается обсуждать любые вопросы или дела в пределах настоящего Устава или относящиеся к полномочиям и функциям любого из органов, предусмотренных настоящим Уставом, и, за исключениями, предусмотренными статьей 12, делать рекомендации Членам Организации Объединенных Наций или Совету Безопасности или и Членам Организации и Совету Безопасности по любым таким вопросам или делам.

Статья 55. С целью создания условий стабильности и благополучия, необходимых для мирных и дружественных отношений между нациями, основанных на уважении принципа равноправия и самоопределения народов, Организация Объединенных Наций содействует:

- a) повышению уровня жизни, полной занятости населения и условиям экономического и социального прогресса и развития;
- b) разрешению международных проблем в области экономической, социальной, здравоохранения и подобных проблем; международному сотрудничеству в области культуры и образования;
- c) всеобщему уважению и соблюдению прав человека и основных свобод для всех, без различия расы, пола, языка и религии.

Статья 56. Все Члены Организации обязуются предпринимать совместные и самостоятельные действия в сотрудничестве с Организацией для достижения целей, указанных в статье 55.

## Устав Всемирной организации здравоохранения (1946 год)

Преамбула: Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения.

## Всеобщая декларация прав человека (1948 год)

Статья 25. 1. Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния, его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам.

## **Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 год)**

Статья 12. 1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

2. Меры, которые должны быть приняты участвующими в настоящем Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают мероприятия, необходимые для:
  - a) обеспечения сокращения мертворождаемости и детской смертности и здорового развития ребенка;
  - b) улучшения всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности;
  - c) предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними;
  - d) создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

Статья 2. 1. Каждое участвующее в настоящем Пакте государство обязуется в индивидуальном порядке и в порядке международной помощи и сотрудничества, в частности в экономической и технической областях, принять в максимальных пределах имеющихся ресурсов меры к тому, чтобы обеспечить постепенно полное осуществление признаваемых в настоящем Пакте прав всеми надлежащими способами, включая, в частности, принятия законодательных мер.

2. Участвующие в настоящем Пакте государства обязуются гарантировать, что права, провозглашенные в настоящем Пакте, будут осуществляться без какой бы то ни было дискриминации, как-то в отношении расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или иного обстоятельства.
3. Развивающиеся страны могут с надлежащим учетом прав человека и своей национальной экономики определять, в какой мере они будут гарантировать признаваемые в настоящем Пакте экономические права лицам, не являющимся их гражданами.

## **Международный пакт о гражданских и политических правах (1966 год)**

Статья 6. Право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека. Это право охраняется законом. Никто не может быть произвольно лишен жизни.

Статья 7. Никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему его достоинство обращению или наказанию. В частности, ни одно лицо не должно без его свободного согласия подвергаться медицинским или научным опытам.

Статья 17. 1. Никто не может подвергаться произвольному или незаконному вмешательству в его личную и семейную жизнь, произвольным или незаконным посягательствам на неприкосновенность его жилища или тайну его корреспонденции или незаконным посягательствам на его честь и репутацию.

2. Каждый человек имеет право на защиту закона от такого вмешательства или таких посягательств.

## **Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (1966 год)**

Статья 5. В соответствии с основными обязательствами, изложенными в статье 2 настоящей Конвенции, государства-участники обязуются запретить и ликвидировать расовую дискриминацию во всех ее формах и обеспечить равноправие каждого человека перед законом, без различия расы, цвета кожи, национального или этнического происхождения, в особенности в отношении осуществления следующих прав: (...)

- e) прав в экономической, социальной и культурной областях, в частности: (...)
- iv) права на здравоохранение, медицинскую помощь, социальное обеспечение и социальное обслуживание.

## Библиография

---

- Accion Ciudadana Contra El SIDA – ACCSI (Citizen Action against AIDS). Cornieles C. Carrasco E and Koch R. *Magdalena's Story: The pregnancy of a HIV+ adolescent who lives in the streets of Caracas*. 1999
- Achmat Z, Barrett C, Cohen B et al. *HIV/AIDS and The Law: A Resource Manual*. Published by the AIDS Law Project and Lawyers for Human Rights, South Africa. May 1997
- Allin NE. "The AIDS Pandemic: international travel and immigration restrictions and the World Health Organization's Response", *Virginia J Int Law* 1988, 28: 1043-1063
- Appleyard R and Wilson A (eds.) "Migration and HIV/AIDS", *International Migration Quarterly Review*, Vol. 26 (4), 1998
- Archiv fur Sozialpolitik AIDS Archiv. "Restrictions of entry and residence for people with HIV/AIDS: a global survey". Frankfurt am Main, 1991
- Berlinguer G. "Indivisibility and Globalization of Health" in *The Effects of Globalization on Health*, Report from a Symposium held at the Annual Meeting of the NGO Forum for Health, Geneva, May 1998
- Bidjeh K, Zinsstag J and Wyss K. *Sante des Nomads au Tchad. Un project de Recherche et d'Inteventuion*. Ministere de l'Elevage, Tchad, Ministere de la Sante Publique, Tchad, Centre de Support en Sante Internationale, Tchad, Institut Tropical Suisse, 1999
- Bollini P and Siem H. "No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000". *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, No. 6, pp 819-828, 1995
- CARAM-Asia. *Coordination of Action Research on AIDS and Migration. The vulnerability of migrants to HIV/AIDS*. June 1998
- Christakis NA. "Responding to a Pandemic: International Interests in AIDS Control", in Graubard, SR (ed.) *Living with AIDS*, Cambridge, MA, MIT Press, 1990, pp 329-351
- Colvin M, Abdool Karim SS and Wilkinson D. "Migration and AIDS". *The Lancet* 1995; 346: 1304
- Commission on Global Governance. *Our Global Neighbourhood: The Report on the Commission on Global Governance*. Oxford University Press, 1995
- Decosas J and Adrien A. "Migration and HIV". *AIDS* 1997, 11 (suppl. A): 577-584
- Decosas J, Kane F, Anarfi JK, Sodji KDR and Wagner HU. "Migration and AIDS". *The Lancet* 1995; 346: 826-28
- Decosas J. *Labour Migration and HIV Epidemics in Africa*, presented at the 12<sup>th</sup> World AIDS Conference, Geneva, Switzerland, July 1998
- Doupe A. *AIDS and Human Rights: Time for an Empowered Response*, LLM Thesis, September 1997
- Duckett M and Orkin AJ. "HIV/AIDS-related migration and travel policies and restrictions: a global study". *AIDS* 1989; 3(Suppl. 1); s231-252
- Egger M, Minder CE and Smith GD. "Health inequalities and migrant workers in Switzerland", *Lancet* 816, Sept 29, 1990
- European Project AIDS and Mobility. *AIDS and Mobility Annual Report 1998, Planned Activities 1999*. 1999
- European Project AIDS and Mobility. *AIDS & STDs and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups; the State of Affairs in Europe*, de Putter J (ed.). June 1998

- European Project AIDS and Mobility. *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – conclusions and recommendations*. August 1999
- European Project AIDS and Mobility. *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar, National Focal Points, European Project AIDS and Mobility*. Clarke K and Broring G (Eds.). October 1999
- European Project AIDS and Mobility. *Athens Declaration*. November 1999
- European Project AIDS and Mobility. *Bibliography*. February 1997
- European Project AIDS and Mobility. “*Equal Opportunities in Public Health*”. *A European Meeting on vulnerability of socially disadvantaged groups in public health*, Bonn, September 1996
- European Project AIDS and Mobility. *Exchange Meeting: HIV/AIDS Prevention and Care Programmes among Migrants*, Geneva, July 1998
- European Project AIDS and Mobility. *AIDS and Mobility Annual Report 1999, Planned Activities 2000*. 2000
- European Project AIDS and Mobility. *Literature and Materials*. February 2000
- EUROPAP/TAMPEP. *1996 – 1997 Final Report*, October 1997
- European Network on Male Prostitution. *First Interim Report* 1998
- Fernandez I. *Migration and HIV/AIDS Vulnerability in South East Asia*. Paper presented at the 12<sup>th</sup> World AIDS Conference, Geneva, July 1998
- Fiddler DP. “Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases”, *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 1, No. 2, April-June 1996
- Fluss S. *Some recent patterns and trends in communicable disease legislation in selected European countries*, presentation at the May 1998 meeting of the Biomed 2 Project on Communicable Diseases, Lifestyles and Personal Responsibility; Ethics, and Rights
- Forrest DM. “Control of Imported Communicable Diseases”. *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 87, No. 6, November-December 1996, pp 368-372
- Friedrich D and Heckmann W (eds.). *AIDS in Europe – The Behavioural Aspect. Vol. 1: General Aspects*. 1995
- Gellert GA. “International Migration and Control of Communicable Diseases”, *Soc. Sci. Med.* Vol. 37, No. 12, 1993, pp 1489-1499
- Gilmore N. *HIV/AIDS Legislation: Blame and Responsibility. The Saga of HIV-infected Haitian Refugees at Guantanamo Bay, Cuba*, Presentation at (US) National Council for International Health Workshop, June 1995. Revised text, November 1995
- Gilmore N. *Human Rights Issues and Migration*, presentation at the 12<sup>th</sup> World AIDS Conference, Geneva, Switzerland, July 1998
- Graubard. SR (Ed.). *Living with AIDS*, Cambridge, MA, MIT Press, 1990
- Gruskin S, Mann J, and Tarantola D (eds.). *Health and Human Rights Journal*, Vol. 2, No. 4. Special Focus: HIV/AIDS and Human Rights. 1998
- Haour-Knipe M and Rector R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. London, Taylor & Francis, 1996
- Haour-Knipe M and Aggleton P, “Social enquiry and HIV/AIDS”, *Critical Public Health*, Vol. 8, No. 4, 1998, pp 257-271

- Haour-Knipe M. *In conclusion*, presentation at the 12<sup>th</sup> World AIDS Conference, Geneva, Switzerland, July 1998
- Hendriks A. “The right to freedom of movement and the (un) lawfulness of HIV/AIDS specific travel restrictions from a European perspective”. *Nordic Journal of International Law* 59: Fasc. 2/3, 1990
- Human Rights Internet. *Human Rights and HIV/AIDS: Effective Community Responses*. May 1998
- ILO. *Migrant Workers, International Labour Conference, 87<sup>th</sup> Session 1999, Report III (Part 1B)*. Geneva, 1999
- International Council on AIDS Service Organizations. *NGO Summary of the International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*, 1997
- International Council on AIDS Service Organizations (ICASO). *An Advocate’s Guide to the International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*, October 1997
- Kane F, Alary M, Ndoye I et al. “Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal”, *AIDS* 1993, 7:1261-1265
- Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada. *Countries with HIV-Related Entry Restrictions*. December 1996
- Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organizations (LACCASO). *Migratory Routes from Haiti to Dominican Republic: Consequences for HIV/AIDS and the Human Rights of Infected People*, Paper prepared by Severino IL, de Moya EA, Scharboy V, Rowinsky P, Stephens R and Esquea R, April 1999
- Loewenson R and Whiteside A. *Social and Economic Issues of HIV/AIDS in Southern Africa*. A Consultancy Report prepared for ASfAIDS, Harare, March 1997
- Lomas J. “Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology”, *Soc. Sci Med.* Vol. 47, No. 9, pp 1181-1188, 1998
- Lurie M, Garnett G, Abdool Karim S, Sturm W, Wilkinson D, and Williams B. *Research Protocol. Migration and the Spread of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases in South Africa: Interlocking Urban and Rural Cohort Studies*. January 1998
- Mann J, Tarantola DJM and Netter TW (eds.). *AIDS in the World: A Global Report*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992
- Merchant Navy Welfare Board, UK. *Seafarers: EC Co-ordination of Information on HIV and STDs, Final Report 1998*
- Mishra SI, Conner RF and Magana JR (eds.). *AIDS. Crossing Borders: The Spread of HIV among Migrant Latinos*. Colorado, Westview Press, 1996
- Montgomery J. “Recognizing a right to health” in Beddard R & Dilys DM (eds.). 1992 *Economic, social and cultural rights: Progress and achievement*. New York, St. Martin’s Press, pp. 184-203
- Network of Sex Work Projects (NSWP). *Making sex work safer*. London, 1997
- New Zealand Ministry of Foreign Affairs and Trade. *NZODA Regional Health Programme Initiatives, 1997-1999*
- Ngwena C. *AIDS and Right of Access to Treatment: The Scope and Limits*, Paper presented at the XIth International Conference on AIDS and STDs in Africa, Lusaka (Zambia), 12-16 September 1999
- Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека/ ЮНЭЙДС. ВИЧ/СПИД и права человека. Международные руководящие принципы. Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк и Женева, 1998

- Оттавская хартия, WHO/HPR/HEP/95.1 Хартия, принятая Международной конференцией по развитию здравоохранения, ноябрь 1986 г.
- Overseas Development Briefing Paper. *Global Governance: An Agenda for the Renewal of the United Nations?* 1999 (2) July
- Parsons W. *Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Edward Elgar Publishing Ltd, UK, 1997
- Piot P. "Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology and challenges for control". *Sex Transm Dis* 1994 Mar-Apr, 21 (2 Suppl.): S7-13
- Secretariat of the Pacific Communities. *HIV/AIDS among Seafarers in the Pacific Region: A Situational Analysis*. 1999
- Secretariat of the Pacific Communities. Report on Seafarers Project. *PASA 18*, 1999
- Singhanetra-Renard A. "Population movement and the AIDS epidemic in Thailand", Paper presented at the IUSSP Seminar on Sexual Subcultures and Migration in the Era of AIDS/STDs, Bangkok, Thailand, March 1994
- Somerville MA and Orkin AJ. "Human rights and AIDS: concepts and issues". *AIDS* 1989, 3 (suppl. 1): S283-S287
- Somerville MA and Wilson S. "Crossing Boundaries: Travel, Immigration, Human Rights and AIDS", *McGill Law Journal*, 1998, Vol. 43, pp 782-835
- Tan M. "Migration and Risk". *AIDS action*, Issue 40, July-September 1998
- Tenaganita. *Solidariti Migran*. Issue No. 1, June 1998
- Tomasevski K. "Health rights" in Eide A, Krause C & Rosas A. (eds.) 1995. *Economic, social and cultural rights: A textbook*. Dordrecht, Boston, London, Martinus Nijhoff Publishers, pp 125-142
- Transnational AIDS/STD Prevention among migrant prostitutes in Europe Project (TAMPEP). *1996-1997 Final Report*, October 1997
- ЮНЭЙДС. Доклад ЮНЭЙДС. UNAIDS/99.29E, июнь 1999 г.
- ЮНЭЙДС. Миграция и ВИЧ/СПИД (Migration and HIV/AIDS). Документ, подготовленный к заседанию Координационного совета программы ЮНЭЙДС, декабрь 1998 г.
- UNAIDS. Technical Update: The public health approach to STD control. May 1998
- UNAIDS. Technical Update on Migration and HIV/AIDS, UNAIDS, 2000
- UNAIDS Press Release: *UN Officials in Lusaka Commit to Increased Actions against AIDS in Africa*. Lusaka, 15 September 1999
- UNAIDS. Fages V *Migration and AIDS in South Africa: A Public Health Issue*, UNAIDS Pretoria, March 1999 (unpublished)
- UNAIDS. *Report of the Executive Director, UNAIDS Programme Coordinating Board*. UNAIDS/PCB (8)/99.2, June 1999
- UNFPA. Chung M. *Integrating Reproductive Health and STD/HIV Prevention Services. A Guide for Pacific Island Reproductive Health Programme Managers*. 1999
- United Nations. Ayton-Shenker D, *The Challenge of Human Rights and Cultural Diversity*. United Nations Background Note. DPI/1627/HR March 1995

- United Nations. *The Universal Declaration of Human Rights, 1948-1998*. United Nations Department of Public Information, June 1998
- van Beelen N, Wolfers I and Brussa L (eds.). *Research for Sex Work*. June 1998
- van den Berg, RG. *Migrants with HIV/AIDS and access to health care in Europe: human rights aspects*. European Project AIDS and Mobility. February 1999
- Wahdan MH. "Shortcomings in the Current Version of the International Health Regulations and Difficulties in their Implementation", *WHO Informal Consultation to review the International Responses to Epidemics and Application of the International Health Regulations*, December 1995, EMC/IHR/GEN/95.4
- ВОЗ/ Первичная медицинская помощь. Доклад Международной конференции по первичной медицинской помощи, Алма-Ата, СССР, 6-12 сентября 1978 г.
- WHO. *Background Paper: Long Term Travel Restrictions and HIV/AIDS*. WHO Global Programme on AIDS, October 1994
- WHO. *Report of the Preparatory Meeting for a Consultation on Long Term Travel Restrictions and HIV/AIDS*. WHO Global Programme on AIDS, October 1994
- WHO. *Removing Obstacles to Healthy Development: Report on Infectious Diseases*. World Health Organization, 1999 WHO/CDS/99.1
- WHO. *The World Health Report 1999: Making a Difference*. World Health Organization, 1999
- WHO. *World Health Opportunity: Developing Health, Reducing Poverty. Meeting Report*, May 1999
- WHO. *Statement by Dr Gro Harlem Brundtland, Director-General, World Health Organization, ICPD + 5 Forum*, The Hague, 8-12 February 1999
- WHO. *Tuberculosis in the Western Pacific*, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1999
- WHO. Press Release WHA/13 22 May 1999 *WHO to Address Trade and Pharmaceuticals*
- WHO. Murray CJL and Lopez AD (eds.). *Health Dimensions of Sex and Reproduction: the Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders, and Congenital Anomalies*. Global Burden of Disease and Injury Series, Harvard, 1999
- WHO. Fact Sheet No. 186: *Young People and Sexually Transmitted Diseases*. December 1997
- Wolfers I and Fernandez I. "Migration and AIDS". *The Lancet* 1995; 346: 1303
- Wolfers I, Fernandez I, Verghis S and Painter T. *A Model for Evaluating HIV/AIDS Interventions for Mobile Populations*, Paper presented at the Fifth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific, Kuala Lumpur, Malaysia, 23-27 October 1999
- World Bank. *Workers in an Integrating World: World Development Report 1995*. Oxford, Oxford University Press, 1995
- World Bank. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Oxford, Oxford University Press, 1997
- Ybanez RFC. "Breaking Borders: Migration and HIV/AIDS". *AIDS action*, Issue 40, July-September 1998

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) объединяет десять учреждений ООН в общем деле борьбы с эпидемией: Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Мировую продовольственную программу (МПП), Программу развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Международную организацию труда (МОТ), Организацию Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк (ВБ).

ЮНЭЙДС, в качестве программы коопонсоров, объединяет меры, принимаемые десятью организациями-коопонсорами в ответ на эпидемию, а также дополняет их конкретными инициативами. Цель ЮНЭЙДС – возглавлять международные меры в ответ на ВИЧ/СПИД по всем направлениям и способствовать их расширению. ЮНЭЙДС работает с широким кругом партнеров – правительственными и неправительственными организациями, представителями деловых и научных кругов и общественностью – в деле повсеместного и не знающего границ распространения знаний, навыков и передового опыта.



## КОЛЛЕКЦИЯ ЮНЭЙДС “ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА”

### Коллекция ЮНЭЙДС “Лучшая практика”

- представляет собой серию информационных материалов ЮНЭЙДС, способствующих обучению, обмену опытом и расширению возможностей людей и партнеров (людей, живущих с ВИЧ, пострадавших общин, гражданского общества, правительства, частного сектора и международных организаций), участвующих в расширенных мерах противодействия эпидемии СПИДа и ее последствий;
- дает возможность услышать тех, кто борется с эпидемией и работает над смягчением ее последствий;
- предоставляет информацию о мерах, оказавшихся эффективными в определенных условиях, для тех, перед кем стоят аналогичные вызовы;
- заполняет пробелы в ключевых областях политики и программ путем предоставления технического и стратегического руководства и современных знаний о профилактике, уходе и смягчении последствий в различных условиях;
- стремится стимулировать новые инициативы в интересах расширения мер противодействия эпидемии СПИДа на уровне стран; и
- представляет собой совместный межучрежденческий проект ЮНЭЙДС в партнерстве с другими организациями и сторонами.

Дополнительную информацию о коллекции ЮНЭЙДС “Лучшая практика” и других публикациях ЮНЭЙДС можно найти на сайте [www.unaids.org](http://www.unaids.org). Приглашаем читателей присылать свои комментарии и предложения в Секретариат ЮНЭЙДС по адресу: Best Practice Manager, UNAIDS, 20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

Несмотря на отсутствие согласованного определения понятия “мигрант”, по оценкам, ежегодно около двух миллиардов человек участвуют в процессе перемещения. Мигранты могут быть особо уязвимыми к ВИЧ/СПИДу/ЗППП, однако их часто исключают или просто не учитывают при осуществлении различных программ по профилактике и уходу. В настоящем документе изложены основные существующие законы, политика и лучшая практика, связанные с правами мигрантов на здоровье, а также на вытекающие из него уход, лечение, поддержку и профилактику. В нем содержатся аргументы в пользу осуществления незамедлительных перемен с целью улучшения здоровья мигрантов; в заключение приводятся рекомендации относительно разработки в будущем политики, направленной на улучшение состояния здоровья популяций мигрантов.

UNAIDS  
20 AVENUE APPIA  
CH-1211 GENEVA 27  
SWITZERLAND

Tel.: (+41) 22 791 36 66  
Fax: (+41) 22 791 41 87  
e-mail: [bestpractice@unaids.org](mailto:bestpractice@unaids.org)

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)