

Доклад представителя НПО

Люди в движении – ключ к искоренению СПИДА



Дополнительные документы по данному вопросу: не имеются

Действия, требуемые на этом заседании – Программа Координационного Совета призывает к:

4.1 Ссылаясь на статью 25.1. Всеобщей декларации прав человека «Каждый человек имеет право на уровень жизни, достаточный для здоровья и благополучия его самого и его семьи, включая питание, одежду, жилье и медицинское обслуживание и необходимые социальные услуги, а также право на обеспечение в случае безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, старости или других недостатков средств к существованию в обстоятельствах, не зависящих от него. »;

4.2. Напоминает о 41-м заседании Программы Координационного Совета ЮНЭЙДС, пункты принятия решений 4.1–4.6, касающиеся ВИЧ, мигрантов и мобильных групп населения, а также беженцев и пострадавших от кризиса групп населения и Доклад целевой группы ЮНЭЙДС 2014 года;

4.3. *Принимает* к сведению отчет

4.4. *Призывает* Совместную Программу учитывать различные потребности, риски и уязвимости мигрантов и мобильных групп населения, а также беженцев и затронутых кризисом группы населения, а также разрабатывать и осуществлять программы профилактики и реагирования на ВИЧ соответственно, чтобы способствовать доступу к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ;

4.6 *Calls* on the Joint Programme to support Member States, in partnership with communities and civil society organizations and other relevant partners, in accordance with national law, context and priorities, to:

4.5 *Поддерживает* Совместную Программу в полной мере осуществлять Общее Соглашение о Сотрудничестве между Совместной Программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу (ЮНЭЙДС) и Международной Организацией по Миграции (МОМ) в целях активизации участия МОМ в борьбе со СПИДом;

4.6 *Призывает* Совместную Программу оказывать поддержку государствам-членам в партнерстве с общинами и организациями гражданского общества и другими соответствующими партнерами в соответствии с национальным законодательством, контекстом и приоритетами:

- Поддерживать доступ к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ для мигрантов и мобильных групп населения, а также беженцев и затронутых кризисом групп населения, в том числе, при необходимости, путем укрепления международного сотрудничества;
- Способствовать формированию и расширению доступности

национальных, региональных и местных данных о ВИЧ и миграции для улучшения базы фактических данных относительно потребностей мобильных групп населения;

- Пересмотреть и адаптировать законы, политику и практику, которые мешают мигрантам и мобильному населению, а также беженцам и пострадавшему от кризиса населению получить доступ к жизненно необходимому лечению, уделяя особое внимание ключевым группам населения;
- Укрепление технического потенциала, с тем чтобы национальные системы здравоохранения боролись с ВИЧ и сопутствующими заболеваниями среди мигрантов и мобильных групп населения, а также беженцев и затронутых кризисом групп населения;
- Содействовать созданию благоприятных условий для сотрудничества между национальными системами здравоохранения и сообществами, и организациями гражданского общества;

4.7 Просит Совместную Программу сообщить о прогрессе в осуществлении мер в ответ на СПИД для мигрантов и мобильных групп населения, а также беженцев и затронутых кризисом групп населения;

СОДЕРЖАНИЕ

1. СВОДНОЕ РЕЗЮМЕ	4
2. ВВЕДЕНИЕ.....	6
3. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.....	10
4. ОБЩЕСТВЕННЫЕ ГОЛОСА	26
5. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	41
6. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	45

1. СВОДНОЕ РЕЗЮМЕ

1. Дискуссия и диалог вокруг перемещающихся людей, происходили в Организации Объединенных Наций (ООН) с 1951 года, когда была принята *Конвенция о Статусе Беженцев*, и предшественник Международной Организации по Миграции (МОМ), Межправительственного Комитета Европейской Миграции (МКЕМ) был создан, чтобы помочь переселить людей, перемещенных Второй Мировой Войной. Пятьдесят лет спустя связь между миграцией, мобильностью населения и ВИЧ всплыла на Генеральной Ассамблее ООН 2001 года. В 2016 году МОМ стала смежной организацией ООН. ЮНЭЙДС и МОМ впервые вступили в Рамки Сотрудничества в 1999 году, которые впоследствии были пересмотрены в 2002 и 2011 годах. В 2017 году МОМ и ЮНЭЙДС продлили Общее Соглашение о Сотрудничестве для укрепления диалога и сотрудничества в целях объединения и координации своих усилий. Список других соответствующих программных документов ООН, охватывающих период до 2018 года, приводятся в Приложении 3.
2. Отчет НПО за 2018 год для ПКС призван помочь возобновить и сфокусировать диалог вокруг людей, находящихся в пути чтобы достичь цели 2030 года по искоренению СПИДа как угрозы общественному здравоохранению. Вклад делегации НПО заключается в поддержке государств-членов для обеспечения мобильного населения услугами в странах их происхождения, транзита и назначения.
3. Этот отчет основан на отчете НПО за прошлый 2017 год, который ясно показал, что мобильное население доминирует среди людей, живущих с ВИЧ, которые не диагностированы, не получают антиретровирусную терапию (АРТ), не подавляются вирусами - даже в странах, которые достигли или превысили целевые показатели 90–90–90. Эти данные сыграли важную роль в принятии решений о людях, в процессе миграции, в качестве темы для доклада НПО за 2018 год.
4. Для целей настоящего доклада, а также из-за отсутствия международного консенсуса по ключевым терминам, таким как «мобильное» или «мигрирующее» население, люди в движении или мобильность человека, используются в качестве всеобъемлющего термина, включающего международную миграцию, беженцев, людей, внутреннее или вынужденное перемещение, люди, перемещающиеся из-за последствий изменения климата, или трудовые мигранты. Это отражает определение, разработанное Международной Организацией по Миграции (МОМ), которое использует термины миграция и мигрант для обозначения людей, перемещающихся через международную границу, а также внутри государств, независимо от правового статуса, желания, причины или продолжительности пребывания. ,
5. В настоящем докладе рассматриваются некоторые ключевые глобальные тенденции: повышение многообразия и сложности человеческой мобильности, возрастание роли женщин в движении/процессе миграции, сдвиг в нашей парадигме здоровья в сторону более позитивной оценки развития перемещающихся людей, и растущее признание того, что мобильность связана не

только или даже преимущественно с пересечением международных границ, но также с внутренним или страновым перемещением, и возобновлением нападений на права человека и международную миграцию. Эти тенденции оказывают существенное влияние с точки зрения здоровья и ВИЧ уязвимости людей, находящихся в движении.

6. Трудно обеспечить всеобщий доступ к услугам медицинской помощи во время нынешнего всплеска мобильности населения. Повышение мобильности населения ставит под сомнение традиционные подходы к финансированию здравоохранения, которые по-прежнему в значительной степени основаны на стабильном проживании, гражданстве, профессиональной принадлежности или семейных отношениях. Мобильность может увеличить подверженность и уязвимость к ВИЧ, туберкулезу (ТБ) и вирусным гепатитам. Кроме того, различные правовые и нормативные проблемы, возникающие в процессе переезда, могут ухудшить состояние здоровья и повысить стоимость лечения, что может привести к более высокой заболеваемости и смертности. Тот факт, что отсутствует международный консенсус относительно определений ключевых терминов, таких как миграция и мобильность, только усугубляет сложность этих вопросов.
7. Делегация собрала общинный опыт и самоотчеты, иллюстрирующие ключевые проблемы, связанные с мобильностью и ВИЧ, в основном посредством интервью с людьми, находящимися в пути, и заинтересованными сторонами, а также с помощью ответов на опрос. Интервью проводились во всех регионах, представленных делегацией: в Африке, Азиатско-Тихоокеанском регионе, Европе, Латинской Америке, Карибском бассейне и Северной Америке. Большинство участников опроса были трудоустроены с доступом к медицинской помощи и хорошо осведомлены о доступных услугах по ВИЧ, туберкулезу и, в меньшей степени, вирусным гепатитам. Примерно половина идентифицировала себя в ключевой группе населения. Они прибыли из 28 стран происхождения, преимущественно из Колумбии, Индии, Ямайки, Кении, Нигерии, Филиппин, Польши, Соединенных Штатов Америки (США), Венесуэлы и Замбии. Краткие цитаты от людей, находящихся в пути, и от заинтересованных сторон появляются в отчете, чтобы подчеркнуть обсуждаемые вопросы.
8. Опрошенные в процессе перемещения люди, указали на ряд факторов, которые могут привести к повышенной уязвимости к ВИЧ и ко-инфекциям. Они включали языковые и культурные барьеры, страх запрашивать / получать доступ к услугам и сообщаться властям, отсутствие доступа к целевым услугам для людей, находящихся в движении/пути/процессе миграции, отсутствие понимания системы здравоохранения, плохие условия жизни, рискованное поведение и сексуальная практика, а также отсутствие доступа к профилактическим услугам.
9. Опрошенные заинтересованные стороны участвовали в ряде мероприятий, включая прямые услуги по ВИЧ, разработку политики, юридическую поддержку, пропаганду и проведение кампаний, исследования, наращивание потенциала и языковые курсы. Большинство заявило, что они привлекают людей, находящихся в движении, в качестве равных партнеров в осуществлении своей деятельности, в том числе в области лидерства и управления, фронтовых услуг, волонтерства и исследований.
10. В целом заинтересованные стороны отметили аналогичные потребности и проблемы, с которыми сталкиваются люди, в процессе перемещения, в том числе отсутствие основных средств защиты, трудности с получением документально

подтвержденного статуса / легализация, отсутствие знаний о ВИЧ и сопутствующих инфекциях, отсутствие осведомленности о медико-санитарных и других услугах, имеющих культурную и лингвистическую значимость, и доступа к ним, трудности с получением работы, стигма и дискриминация, изоляция, нищета, нехватка жилья, проблемы с психическим здоровьем, страх насилия, страх криминализации / задержания, депортации и травмы.

11. В докладе указывается несколько направлений передовой практики, которые, в случае реализации и расширения, могли бы дать нам больше шансов на достижение целей 2030 года. Эти хорошие практики включают в себя:
- значимое участие перемещаемых людей
 - правовые и/или нормативные реформы;
 - наращивание потенциала людей, находящихся в пути, и связанных с ними поставщиков услуг;
 - развитие национальных систем здравоохранения и всеобщего охвата медико-санитарными услугами (ОМСУ), которые восприимчивы к людям, в процессе миграции;
 - обеспечение непрерывности ухода;
 - борьба со стигмой и дискриминацией;
 - защита от экономической эксплуатации; а также
 - эффективное реагирование на потребности незарегистрированных мигрантов.

12. В докладе проиллюстрированы передовые практики на примере 12 тематических исследований из Бразилии, Канады, Китая, Германии, Индии, Кыргызстана, Филиппин, Российской Федерации, Таиланда, США и Вьетнама.

«Несколько общественных агентств и общественных медицинских центров проделывают большую работу. Самые успешные имеют сотрудников, которые отражают население, которому они служат».

– Латинская комиссия по СПИДу, Нью-Йорк

13. В докладе отмечается отсутствие данных и доказательств о связях между мобильностью населения и ВИЧ в целом, и о потребностях конкретных групп населения, находящихся в движении. Без укрепления такой интегрированной мобильности населения и доказательной базы ВИЧ, маловероятно, что законодатели или планирование здравоохранения станут более восприимчивыми и открытыми для людей, в процессе перемещения.

14. В докладе признается, что значительное число людей, находящихся в движении, принадлежат к ключевым группам населения, участвующим в противодействии СПИДу, потому что они также являются геями или другими мужчинами, имеющими половые контакты с мужчинами, работниками секс-бизнеса, женщинами-трансвеститами и трансменами или людьми, употребляющими инъекционные наркотики. Однако другие люди могут претендовать на то, чтобы считаться ключевыми группами населения, включая людей, находящихся в заключении и содержащихся в закрытых учреждениях, таких как центры содержания под стражей или лагеря, людей с «незаконным» или незарегистрированным статусом, или потому, что конкретная страна могла присвоить им внутренний статус на основе национального эпидемиологического и социального контекста.

15. Наконец, в докладе представлены рекомендации, основанные на следующих выводах:

- Относительно недавнее увеличение, ускорение и разнообразие мобильности людей усиливают уязвимость к ВИЧ людей, находящихся в пути;
- Мобильное население сталкивается со значительными препятствиями в доступе к услугам по ВИЧ и коинфекции;
- Мобильные группы населения, многие из которых принадлежат к ключевым группам, находятся под угрозой отставания в борьбе со СПИДом; а также
- Существует целый ряд инновационных и масштабируемых передовых методов продвижения ВИЧ и связанных с ними услуг среди мобильных сообществ.

2. ВВЕДЕНИЕ

«Я бы хотел, чтобы другие страны приняли нас, не отказываясь от нашего основного права на здоровье».

– Карлос, МСМ мигрант, Венесуэла

16. Делегация НПО в Программе Координационного Совета ЮНЭЙДС (ПКС) ежегодно готовит доклад о некоторых областях противодействия СПИДу, которые нуждаются в более широком освещении, более сфокусированной политической перспективе и более четком смысле намерения и согласия в рамках Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу. В 2018 году в докладе делегации НПО основное внимание уделяется противодействию ВИЧ, характерному для мобильных групп населения, в качестве ключевого элемента для достижения цели 2030 года по прекращению эпидемии СПИДа. Целью отчета является:

- **обеспечить лучшее понимание** (1.1) того, как мобильность населения связана с повышением уязвимости к ВИЧ; и (1.2) как уязвимость ВИЧ среди мобильного населения представляет собой серьезную угрозу для глобального обязательства по прекращению СПИДа к 2030 году;
- **продемонстрировать передовой опыт** в решении проблем уязвимости к ВИЧ, связанных с мобильностью населения; а также
- **дать рекомендации**, как государства-члены и Совместная Программа могут улучшить свой подход к решению проблемы уязвимости к ВИЧ людей, находящихся в движении.

17. Доклад основывается на прошлых решениях, принятых на международном уровне и на уровне ООН. В течение пяти лет после создания Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и трех лет после принятия Генеральной Ассамблеей ООН *Всеобщей Декларации Прав Человека* государства-члены согласовали один из первых международных политических документов по вопросам мобильности и миграции населения: *Конвенция о Статусе беженцев* (1951), а также ряд других соответствующих конвенций и решений Генеральной Ассамблеи. В 2008 году ПКС выпустил свой *Доклад Международной Целевой Группы по Ограничениям на Поездки в связи с ВИЧ*. С тех пор ПКС продолжает принимать другие решения в отношении ВИЧ и мобильных групп населения. В Приложении 3 представлен краткий обзор существующих политических рамок среди государств-членов ООН.

18. В этом докладе рассматриваются существующие доказательства и перспективы сообщества по вопросу определения срочной необходимости осуществления конкретных действий по устранению уязвимостей. Ситуация уже слишком серьезная и отчаянная для слишком большого количества перемещающихся людей, особенно тех, кто живет с ВИЧ или принадлежит к ключевым группам населения. Только при безотлагательных действиях государства-члены смогут достичь целей и задач 2030 в области Целей Устойчивого Развития (ЦУР).

Методология и ограничения

19. Доклад основан на обширном обзоре литературы более 150 документов. Обзор литературы дополняется 27-ми интервью или личными показаниями людей, в процессе миграции, многие из которых также занимались предоставлением услуг. Кроме того, было получено 83 опроса. Опросы проводились на английском и испанском языках в разных местах по всему миру.

20. Учитывая важность Африканского контекста для противодействия СПИДу, была проведена отдельная фокус-группа с участием 15 заинтересованных сторон. В докладе также собраны 12 примеров успешной практики из Бразилии, Канады, Китая, Германии, Индии, Кыргызстана, Филиппин, Российской Федерации,

Таиланда, США и Вьетнама. Мы надеемся, что эти и другие успешные практики могут быть воспроизведены и расширены в других местах. Затем в докладе освещаются основные выводы и рекомендации.

21. Интервью, фокус-группы и опросы использовались для сбора качественных данных. Этот методологический подход обычно используется для изучения взглядов, опыта, аргументации и мотивации участников. Целью этого подхода было углубить понимание мобильности населения наряду с описаниями, доступными в литературном обзоре.
22. Методы, использованные в данном докладе, не предназначены для предоставления количественных данных или для прогнозирования каким-либо образом. Не имеют намерения производить измерения, числовые данные или статистический анализ. Кроме того, в докладе не содержится какой-либо количественной оценки установок, мнений и поведения, чтобы обобщить его результаты для более широкого населения гражданского общества или людей, в процессе миграции в целом. Напротив, этот отчет основан на обзоре литературы и качественных данных, как отмечено выше.
23. Настоящий доклад не является исчерпывающим исследованием чрезвычайно разнообразной области глобальной мобильности людей. И при этом это не должно быть заключительным утверждением в области, которая все еще быстро развивается и которая все еще требует дальнейших глубоких количественных и качественных исследований. Вместо этого доклад, наряду с его выводами и рекомендациями, основан на работе и приоритетах многих исследователей, общественных деятелей, мобильных людей и других заинтересованных сторон со всего мира. Таким образом, это надлежащий вклад со стороны делегации НПО, чья роль заключается в том, чтобы донести голос сообществ на передовой линии борьбы с ВИЧ на заседании ПКС.

Речь об определениях

24. Не существует согласованного на международном уровне определения терминов «мобильность», «миграция» или «мигрант». Мобильность иногда рассматривается как общий процесс путешествий людей в поисках лучшей жизни, в то время как миграция рассматривается как юридический или административный термин, относящийся к пересечению географических границ или границ. До относительно недавнего времени миграция относилась к процессу отъезда из страны происхождения или рождения для переезда в другую страну для новой жизни или средств к существованию.
25. Например, УВКБ ООН отмечает, что беженцами являются люди, спасающиеся от вооруженных конфликтов или преследований, и что эта группа определена и защищена международным правом; УВКБ ООН также рассматривает мигрантов как людей, которые решили переехать не из-за каких-либо прямых угроз, а главным образом для улучшения своей жизни. Опираясь на эти определения УВКБ, например, гомосексуалист, живущий с ВИЧ, переезжающий из Венгрии в Германию в рамках Европейского Союза в поисках работы, может показаться квалифицированным мигрантом, даже если этот человек покинул Венгрию, потому что он чувствовал себя не в безопасности в нынешний политический климат в Венгрии, его качество жизни и безопасность значительно ухудшатся, если он вернется - этот человек беженец или мигрант?

26. Мобильность населения происходит внутри стран по многим тем же причинам, что и трансграничная мобильность, например, для поиска работы, выхода из конфликта или избежания предрассудков. Однако, как и в случае с международной миграцией, степень мобильности внутри страны в последнее время значительно возросла, и иногда она пересекается с трансграничной мобильностью. В результате, хотя, возможно, были более четкие различия между международной миграцией и мобильностью внутри страны, ситуация перестала быть простой, и традиционные определения не могут легко соответствовать современной реальности. По сути, строгое соблюдение наших традиционных определений рискует оставить некоторых людей позади.

27. МОМ подготовила определение миграции, которое является более полным, чем традиционные определения. Охватывая как международное, так и внутри страновое движение, он относится к мигранту как:
«любое лицо, которое перемещается или переместилось через международную границу или в пределах государства вне его / ее обычного места жительства, независимо от (1) юридического статуса лица; (2) является ли перемещение добровольным или недобровольным; (3) каковы причины движения или (4) какова продолжительность пребывания".ⁱ

Делегация НПО видит в этом определении МОМ пример такого всеобъемлющего переосмысления, в котором безотлагательно нуждаемся.

28. Настоящий отчет НПО не предполагает разрешения этих конфликтных определений. Тем не менее, для целей настоящего доклада и отсутствия консенсуса по многим ключевым терминам люди, находящиеся в движении или мобильность людей, рассматриваются как всеобъемлющая концепция, включающая международную миграцию, беженцев, людей, которые испытывают внутреннее или вынужденное перемещение, люди, перемещающиеся из-за последствий климатических изменений или трудовых мигрантов. Это отражает определение МОМ, которое использует термины миграция и мигрант для обозначения как людей, перемещающихся через международные границы, так и внутри государств, независимо от правового статуса, желания, причины или продолжительности пребывания. Он также основан на формулировке Общего Соглашения о Сотрудничестве 2017 года, подписанного между МОМ и ЮНЭЙДС.

29. **Таким образом, в настоящем докладе люди в процессе перемещения или мобильность используются в качестве общих терминов, относящихся к всеобъемлющему явлению человеческого движения.** В нем также рассматриваются подгруппы мобильных групп населения, использующие более конкретные термины, такие как международные или внутренние или трансграничные мигранты, беженцы, лица, ищущие убежища, ВПЛ (внутренне перемещенные лица) и т. д.

Общее Соглашение о Сотрудничестве между Совместной Программой Организации Объединенных Наций по программе ВИЧ/СПИДа (ЮНЭЙДС) и Международной Организацией по Миграции (МОМ) 2017 года

Общие цели:

- Обеспечивать непрерывность профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с

ВИЧ и предоставлять комплекс услуг по уходу за людьми, живущими с ВИЧ, туберкулезом и/или малярией, в условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций и в условиях конфликтов, поскольку перемещенные лица и люди, пострадавшие в результате чрезвычайных гуманитарных ситуаций, сталкиваются с многочисленными проблемами, в том числе повышенная уязвимость к ВИЧ, риск прерывания лечения и ограниченный доступ к качественной медицинской помощи и питательному питанию

- Содействовать развитию и доступу к специализированным комплексным услугам по профилактике ВИЧ для всех женщин и девочек-подростков, мигрантов и ключевых групп населения.
- Поддерживать государства в решении проблем уязвимости к ВИЧ и специфических потребностей в медицинской помощи, испытываемых мигрантами и мобильным населением, а также беженцами и пострадавшими от кризиса населением, и принимать меры по снижению стигмы, дискриминации и насилия, а также пересмотреть политику, касающуюся ограничений на въезд на основании ВИЧ-статуса, с целью устранения таких ограничений и возвращения людей на основе их ВИЧ-статуса, а также поддержать их доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.
- В максимально возможной степени бороться с сексуальным и гендерным насилием, в частности путем предоставления доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и борьбы с множественными и пересекающимися формами дискриминации в отношении женщин и девочек из числа беженцев и мигрантов.

Конкретные области для диалога и сотрудничества соглашения:

- *Адвокация и политические консультации:* содействовать интеграции прав человека и потребностей мигрантов и перемещенных лиц в национальные и региональные меры и стратегии по борьбе с ВИЧ, содействовать всеобщему доступу мигрантов к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ; усилить социальную защиту мигрантов, затронутых ВИЧ, путем продвижения ряда социальных услуг для защиты уязвимых мигрантов и прекращения насилия в отношении женщин и девочек-мигрантов; устранить карательные законы, политику, практику, стигму и дискриминацию, связанные с ВИЧ и мобильностью населения, которые блокируют эффективную борьбу со СПИДом; обеспечить, чтобы ВИЧ / СПИД и связанные со здоровьем приоритеты для мигрантов и беженцев были должным образом учтены в процессах глобального здравоохранения, миграции, устойчивого развития и внешней политики.

Создание потенциала и программная поддержка: предоставить руководство по усилению соответствующей технической поддержки на глобальном, региональном и страновом уровнях для соответствующих национальных мер в борьбе со СПИДом, которые облегчают и способствуют справедливому доступу мигрантов к комплексным услугам в связи с ВИЧ, независимо от миграционного статуса; оказывать помощь в создании потенциала правительств, региональных учреждений и гражданского общества для снижения уязвимости к ВИЧ среди мобильного населения и мигрантов, в том числе в отношении социальных детерминантов здоровья.

• *Исследование и распространение передового опыта*: улучшить понимание ВИЧ и мобильности населения, чтобы информировать и мобилизовать правительства и заинтересованные стороны для укрепления здоровья мигрантов и принимающих общин; улучшить в каждой стране стратегический сбор информации, анализ и использование данных о здоровье мигрантов и перемещенных лиц для обеспечения обоснованной политики и программ по ВИЧ; проводить стратегический анализ программ по ВИЧ, которые включают мобильное население, для улучшения реализации, ориентированной на конкретные результаты, а также выявлять, документировать и продвигать передовой опыт.

3. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Глобальные тенденции в мобильности населения

30. Имеются убедительные свидетельства того, что мобильность может повысить уязвимость к ВИЧ и сопутствующим инфекциям как людей, находящихся в движении, так и их партнеров. Имеются данные, свидетельствующие о том, что районы с высокой мобильностью, такие как транспортные маршруты большого объема и приграничные районы, коррелируют с более высокими показателями заражения.ⁱⁱ
31. Около 1 миллиарда человек перемещаются по всему миру, примерно четверть миллиарда из них на международном уровне и в три раза больше внутри государств. Эта мобильность не является односторонней: люди движутся туда и обратно (туда-сюда), и они движутся с юга на север и с юга на юг. Для сравнения, в 2017 году в мире было почти столько же мобильных людей, сколько и всего населения Индии (1,3 миллиарда человек). Невозможно предсказать степень или характер мобильности через 5-10 лет. Но мобильность населения, безусловно, является очень значительным явлением: такие массовые перемещения людей имеют далеко идущие последствия, в особенности для их здоровья.
32. В данном докладе определяются пять основных тенденций мобильности населения:
- растущее разнообразие и сложность человеческой мобильности;
 - «феминизация миграции»;
 - новая парадигма здоровья;
 - новые подходы к мышлению о мобильности; а также
 - вызовы глобализации.
33. Затем в докладе рассматриваются последствия или влияние этих тенденций на уязвимость к ВИЧ и коинфекции.
34. *Тенденция 1: Увеличение скорости, объема, разнообразия и сложности человеческой мобильности*
35. Мобильность населения столь же стара, как и человеческая раса, и продолжается по сей день. Мобильность является фундаментальным и устойчивым аспектом того, кем мы являемся как люди, определяющим выбор человеческого желания,

как и где жить, что имеет важное значение для торговли и развития. Изучение истории человечества показывает, как люди переехали из Африки, чтобы заселить остальную часть земли. Самые ранние перемещения населения *homo erectus* из Африки могли начаться еще 2 миллиона лет назад и продолжаться до 30 000 лет назад. Древние записи свидетельствуют о человеческой мобильности на протяжении всей истории человечества, когда люди бежали от преследований, бедствий или угнетения, или в поисках продовольственной безопасности.

36. В современной истории карантинный контроль и ограничения на поездки уже использовались в качестве профилактики болезней еще в 14 веке в итальянских морских портах. Печально известная работоторговля из Африки была примером того, что сегодня можно назвать «торговлей людьми», в массовых масштабах. 19 и 20 века предоставили несколько примеров недавних колонизаторов и поселенцев, разбросанных по многим частям земного шара.
37. Помимо общих причин для переезда, таких как поиск профессиональных и экономических возможностей или воссоединение семьи, люди все чаще вынуждены переезжать, чтобы избежать конфликта или из-за изменения климата, истощения природных ресурсов, насилия, преследований, политического угнетения, экономического коллапса, экологических и антропогенных катастроф, отсутствия продовольственной безопасности или голода.
38. Недавние примеры включают людей, спасающихся от конфликта на востоке Украины, который уже пятый год, или пересечение Средиземного моря и достижение Европы. В Южной Америке внутри региона наблюдается значительное движение: Аргентина, Бразилия и Чили привлекают большинство таких людей в процессе перемещения. Большое количество людей покидают Венесуэлу и переезжают в соседние страны, такие как Бразилия и Колумбия.
39. В 2017 году в результате конфликтов и стихийных бедствий произошло 30,6 миллиона новых перемещений населения в 143-странах и территориях. Десять наиболее пострадавших стран - Китай, Филиппины, Сирия, Демократическая Республика Конго (ДРК), Куба, Соединенные Штаты, Индия, Ирак, Сомали и Эфиопия, где на каждую страну приходится более миллиона новых перемещений.ⁱⁱ
40. В ДРК, Сомали, Южном Судане, Йемене и Венесуэле произошли сложные гуманитарные чрезвычайные ситуации со значительным социальным и экономическим кризисом. В Мьянме более 1 миллиона Нохинджа были перемещены. Длительные политические волнения на национальных границах создали трудности для большого числа людей, таких как в Кашмире на границе между Индией и Пакистаном, или границе между Тибетом и Китаем, или границе между Израилем и Палестиной. Колумбия сталкивается с серьезным кризисом перемещения, в результате которого зарегистрировано более 7 миллионов внутренне перемещенных лиц, а еще 350 000 колумбийских беженцев находятся в Коста-Рике, Эквадоре и Панаме. Количество ходатайств о предоставлении убежища из Сальвадора, Гватемалы и Гондураса в 2017 году было на 1500% больше, чем в 2011 году. Насилие в наркокартелях Мексики также приводит к значительному внутреннему и внешнему перемещению.ⁱⁱ

41. В таких ситуациях мало пространства для обсуждения здоровья людей. Что касается темы ВИЧ, люди перемещаются из-за своего ВИЧ статуса или туберкулеза, или сексуальной ориентации, избегают стигмы и дискриминации или переезжают туда, где они могут получить доступ к лучшим услугам по ВИЧ или связанным с ним медицинским услугам. Существует множество примеров, в том числе на Ближнем Востоке и в Северной Африке, где происходят огромные социальные и политические беспорядки, и в которую входят 3 из 10 стран, наиболее пострадавших от перемещения населения (Ирак, Сомали и Сирия).ⁱⁱ Большинство стран этого региона приписывают криминальный характер однополым отношениям, причем 7 из них допускают смертную казнь. Тем не менее, в регионе появляется концентрированная эпидемия среди МСМ, особенно в Ливане, где, по оценкам, 50% ВИЧ-инфекций связаны с деятельностью МСМ. Такие страны, как Ливан, стали убежищем для лесбиянок, геев, бисексуалов и транссексуалов из Алжира, Сирии и других государств региона.ⁱⁱⁱ

«Единственная причина, по которой я решил переехать в Бразилию, была не в том, чтобы получить новую работу или образ жизни - я знал, что экономическая ситуация в то время была плохой и для бразильцев - но там я мог получить доступ к своим АРВ-препаратам».

– Хосе, МСМ мигрант, Гаити

42. Мобильность человека является исторической константой. Но сейчас это происходит быстрее, в большем количестве и с более разнообразным населением. Управление мобильностью населения стало очень затруднительным. Мы являемся свидетелями взаимодействия многих сил, особенно глобализации и вынужденной внутренней или международной миграции. Наши существующие миграционные системы и правила, по-видимому, не в состоянии эффективно идти в ногу с этими проблемами.

Тенденция 2: «Феминизация миграции»

43. Хотя понятие «феминизация миграции» широко используется, оно может вводить в заблуждение, поскольку оно может означать, что число женщин и девочек в настоящее время превышает число мужчин и мальчиков среди мигрирующих групп населения. Это может быть так для определенных регионов и стран, как это было исторически в некоторых местах. Такая феминизация в настоящее время очевидна в южной части Африки, где более двух третей трансграничных торговцев между Южной Африкой и Мозамбиком или Зимбабве составляют женщины. В Австралии и Северной Америке женщины на протяжении десятилетий превосходили мужчин среди людей, находящихся в движении.ⁱⁱⁱ

44. Однако на глобальном уровне доля людей, находящихся в движении, из числа женщин, оставалась относительно стабильной в течение последних нескольких десятилетий, составляя чуть более 50%. В докладе ООН по *Международной Миграции* за 2017 год отмечается, что 48% международных мигрантов составляли женщины, хотя во многих регионах они превосходили мужчин-мигрантов (за исключением Африки и Азии). Женщины составляют чуть более половины мигрантов в странах с высоким уровнем дохода и чуть менее половины в странах с низким и средним уровнем дохода. Таким образом, феминизация миграции на глобальном уровне означает, что женщины составляют растущую долю

перемещающихся людей. Скорее, это относится к способам, которыми женщины перемещаются независимо от мужчин, и связанным с ними новым проблемам, с которыми они сталкиваются, включая уязвимость из-за отсутствия признания домашней работы и работы в секс индустрии, давления, связанного со статусом кормильца, изоляцией и разлукой со своими детьми и семьями.ⁱⁱ

45. Ввиду феминизации нищеты, женщины в менее богатых странах испытывают все большее давление, чтобы обеспечить свои семьи и выступить наемными работниками в качестве кормильцев. В то же время на многих рынках труда (особенно в странах с высоким уровнем дохода) растет спрос на лиц, обеспечивающих уход, особенно женщин, осуществляющих уход. В ответ на это правительства стран с высоким уровнем дохода упростили возможность для женщин из-за рубежа самостоятельно получать въездные визы для работы в качестве домашней прислуги, горничных, аниматоров, нянь и работников дневного ухода для молодежи и пожилых людей.
46. В настоящее время в мире насчитывается около 11,5 млн. человек, которые работают в качестве домашней прислуги, примерно 73% из которых составляют женщины. Мужчины, работающие в качестве домашней прислуги, в основном в арабских государствах и некоторых частях южной Азии, обычно работают садовниками, водителями и охранниками. Однако около 80% домашнего персонала по всему миру сосредоточены в регионах с высоким уровнем дохода, особенно в арабских государствах, Северной Америке и Западной Европе. На Ближнем Востоке и в Северной Африке значительное число людей переезжает из северо-восточной Африки в страны Персидского залива в качестве рабочих-мигрантов. В Катаре и Объединенных Арабских Эмиратах мигранты составляют 90% рабочей силы. Торговля женщинами также увеличивается на Ближнем Востоке и в Северной Африке, в том числе в Судане, Сирии и Йемене. Стоит отметить, что только 25 стран ратифицировали «Конвенцию МОТ C189 - Конвенция о достойном труде домашних работников» - где ни одной страны из Северной Америки или арабских государств.
47. Денежные переводы от женщин в процессе перемещения имеют жизненно важное значение для финансирования и поддержки местного развития в местах их происхождения. Женщины, как правило, переводят большую часть своего заработка и делают это чаще и устойчивее, чем мужчины. Это усиливает меняющуюся роль женщин как семейных кормильцев, хотя их уход происходит за границей.
48. Женщины также перемещаются по неэкономическим причинам, например, в поисках большей личной свободы и возможностей. Они могут избегать оскорбительных отношений и/или насилия в семье, или пытаться избежать культурных или патриархальных обязательств, налагаемых на замужних или незамужних женщин, одиноких матерей или вдов. Женщины, дети и пожилые люди составляют около 80% лиц, ищущих убежища, и беженцев, спасающихся от преследований или насилия. Гендерные причины редко принимаются в качестве уважительных оснований для предоставления статуса беженца.

49. Женщины в движении сталкиваются с постоянными формами гендерного неравенства. Определенные профессии, в которых преобладают женщины, исключены из визовых схем, и могут существовать запреты на трудоустройство женщин-мигрантов в определенных профессиях, в которых доминируют мужчины. Принятые определения того, что представляет собой работа, могут привести к тому, что эти женщины не будут защищены законом. Существуют примеры дискриминации по признаку пола обязательного тестирования на беременность, ВИЧ или другие инфекции. Женщины становятся жертвами гендерного насилия. Они также могут иметь недостаточный доступ к медицинскому обслуживанию в странах назначения.
50. Мобильные женщины особенно распространены в домашней работе/уходе и в сфере развлечений. Это усиливает традиционное разделение труда по признаку пола: женщины работают преимущественно в качестве попечителей или обслуживают развлекательные потребности мужчин. В результате одной из основных возможностей для женщин, находящихся в движении, является в значительной степени незащищенная и нерегулируемая сфера домашнего труда "частного сектора", которая может включать значительную эксплуатацию. Кроме того, это может привести к «утечке медицинской помощи» в странах происхождения, где навыки, связанные с домашней работой, не могут быть оценены или оплачены так, как в странах с высоким уровнем дохода, где стареющее население зависит от таких навыков.
51. Мобильность предоставляет женщинам различные возможности и проблемы, в отличие от мужчин, включая конкретные нарушения прав человека, эксплуатацию и риски для здоровья. Женщины в процессе миграции сталкиваются со специфическими уязвимостями и рисками жестокого обращения и сексуального насилия, включая похищение. Мобильность населения не является нейтральной в гендерном отношении. Тем не менее миграционное законодательство и политика по-прежнему относятся к устаревшим мужским категориям, хотя женщины становятся все более заметными и основными компонентами перемещения населения.

Тенденция 3: Новая парадигма здоровья - связывает развитие и людей в процессе миграции

52. Признание связи между мобильностью человека и развитием растет уже более четырех десятилетий, по крайней мере после Всемирной Конференции по Народонаселению в Бухаресте в 1974 году. Это событие и последующие конференции отметили вклад мигрантов в развитие и подчеркнули необходимость уважать права человека международных мигрантов и поддерживать трудовые стандарты для трудящихся-мигрантов, а также воздействие «утечки умов». Эти обсуждения продолжились на Международной Конференции по Народонаселению и Развитию 1994 года, состоявшейся в Каире, в Диалоге на Высоком Уровне по вопросу Международной Миграции и Развитию 2006 года (первый саммит ООН, посвященный международной миграции) и Диалоге Высокого Уровня 2013 года

(фактически второй миграционный саммит ООН). Третий саммит запланирован на 2019 год.

53. Несмотря на эти обсуждения, в Целях Развития Тысячелетия (ЦРТ) прямая ссылка на миграцию или мобильность была ограниченной. Тем не менее многие элементы ЦРТ тесно связаны с более широким обсуждением взаимосвязи между развитием и мобильным населением: например, цель 1 по сокращению масштабов нищеты; Цель 3 о равенстве полов; Цель 6 по профилактике ВИЧ/СПИДа, малярии и других заболеваний; Цель 7 по экологической устойчивости; и цель 8 о глобальном партнерстве в целях развития.
54. Мобильность населения играет более заметную роль в ЦУР и ее задачах, например, в отношении сохранения кадров здравоохранения в развивающихся странах, искоренения торговли людьми, защиты трудовых прав работников, находящихся в процессе миграции, сокращения операционных затрат на денежные переводы и дезагрегирование данных по статусу миграции.
55. ЦУР не только признают права и уязвимость людей, находящихся в движении, они также признают их вклад и социальные преимущества мобильности населения. ЦУР демонстрируют сдвиг парадигмы в нашем понимании связей между мобильностью и развитием. Народное движение становится позитивным средством обеспечения устойчивого развития. Этот сдвиг, пожалуй, наиболее резко выражен в ЦУР 10.7, которая призывает государства-члены «содействовать организованной, безопасной, регулярной и ответственной миграции». Этот призыв лежит в основе нового Глобального Договора о Миграции, который будет принят Генеральной Ассамблеей ООН в конце 2018 года.
56. В Нью-Йоркской Декларации о Беженцах и Мигрантах в 2016 году государства-члены ООН обязались разработать договор для безопасной, организованной и регулярной миграции. Этот Глобальный Договор о Миграции все еще находится в стадии разработки: «нулевой проект» был подготовлен в феврале 2018 года, а окончательный документ должен быть принят на Встрече Высокого Уровня в регионе Ближнего Востока и Северной Африки (Марокко) в декабре 2018 года. Ожидается, что окончательный документ усилит смещение парадигмы признания того, что мобильность населения может принести пользу государствам и перемещающимся людям.
57. Пока Глобальный Договор не будет юридически обязательным, преамбула «нулевого проекта» подкрепляет соответствующие международные нормы и законы, в том числе касающиеся прав человека, против организованной преступности и торговли людьми, конвенций МОТ о достойном труде и мобильности рабочей силы и ЦУР. Ожидается также, что в Договоре будут содержаться действенные обязательства по ряду тем, таких как сбор дезагрегированных данных, уменьшение уязвимости миграции, борьба с торговлей людьми и создание условий для мигрантов, чтобы они могли в полной мере содействовать устойчивому развитию. Следует надеяться, что Договор будет следовать «нулевому проекту», указав на необходимость предоставления информации всем мигрантам, независимо от их статуса, их права на здоровье и получения доступа к основным социальным и медицинским услугам.

Trend 4: New approaches to thinking about mobility

58. As noted, the lack of shared definitions of mobility poses a challenge for understanding and addressing the links between mobility and HIV risk. Different studies are based on different definitions and yield ambivalent or even contradictory conclusions.ⁱⁱ This variation is also visible in how we understand the variety of people on the move; Annex 4 (below) provides descriptions of 14 different categories or modalities of people on the move.
59. Неясно, будет ли четко выражено обязательство распространять Всеобщий Доступ к Услугам Здравоохранения на людей, находящихся в движении, или обеспечить их доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья, в том числе для ИППП, таких как ВИЧ. Кажется весьма вероятным одно ограничение в предлагаемом Соглашении: оно будет касаться миграции только в узком смысле легальной или документально подтвержденной международной миграции. Более широкие дискуссии о мобильности и внутренней миграции, скорее всего, не будут рассмотрены в этом Глобальном Соглашении о Миграции.

Тенденция 4: Новые подходы к мышлению о мобильности

60. Как уже отмечалось, отсутствие общих определений мобильности создает проблему для понимания и рассмотрения связей между мобильностью и риском заражения ВИЧ. Различные исследования основаны на разных определениях и дают двойные или даже противоречивые выводы. Это изменение также отражено в том, как мы понимаем разнообразие людей в процессе миграции; В Приложении 4 (ниже) приводятся описания 14 различных категорий или способов перемещения людей.
61. Трудно предоставить надежные статистические данные общественного здравоохранения или согласованные корреляции, связывающие мобильность населения и риск заражения ВИЧ или инфекцию. Последние исследования показывают, что изучение этой области, особенно в отношении связей между мобильностью и уязвимостью к ВИЧ, должно включать сотрудничество и использование исследовательских методологий, связанных как с общественным здравоохранением, так и с исследованиями мобильности и миграции. Эти методы должны учитывать конкретные модели поведения и причины перемещения, конкретные виды мобильности, а также конкретные условия или места, в том числе фоновые показатели распространенности ВИЧ и степень совпадения в сексуальных связях. Новое представление о перемещении населения и риске ВИЧ должно быть более конкретным и включать несколько ключевых направлений: кто перемещается, как он перемещается, почему он перемещается, а также происхождение или направление их перемещений.

Тенденция 5: Вызовы глобализации

62. В Тенденции 1 мы отметили, что глобализация является ключевым фактором современного увеличения движения населения. Однако по мере того, как проблемы глобализации продолжают, международная миграция также сталкивается с растущей оппозицией. Иммиграция вновь становится все более негативно воспринимаемой растущим числом населения, которые считают, что это подрывает национальную самобытность, усиливает конкуренцию среди граждан и усиливает давление на существующие государственные ресурсы и возможности. Как будто произошла обратная реакция против идеала конца 20-го века «мыслить глобально, действовать локально», противопоставляя местное против

глобального. Это подпитывает новые волны популистского национализма в современной политике, ключевым элементом которой является антииммигрант. Эта обратная реакция сопровождается недоверием к политическим и экономическим властям и экспертам, которые способствовали глобализации, в том числе национальным политическим партиям, Международному Валютному Фонду, Всемирному банку, странам Большой Семерки и многим другим.

63. Антиглобалистская перспектива подчеркивает роль государства в максимизации благосостояния своих граждан. Тем не менее, перемещение видит рост международных финансов и свободной торговли именно как опасность для благосостояния своих граждан. Есть уже ранее существовавшая напряженность между внутренней легитимностью государств, основанной на их гражданах, и необходимостью того, чтобы государства все больше и больше обращали внимание на то, чтобы удовлетворить потребности этих самых граждан. В этом контексте мало места для решения проблем, связанных с людьми, которые не являются гражданами, их здоровьем или уязвимостью к ВИЧ.
64. Преимущества глобализации распределяются очень неравномерно и омрачаются многочисленными неудачами. К недостаткам относятся потеря рабочих мест, снижение заработной платы, увеличение «утечки умов», обострение расовой и культурной напряженности, усиление конкуренции за квалифицированных мигрантов, напряженность в отношениях между местными и международными рабочими или другими перемещенными людьми. Все эти факторы также служат движущей силой дальнейшей внутренней и международной мобильности. Дискуссии вокруг глобализации еще не были эффективными при выработке политик, которые включают и поддерживают людей в движении.
65. Антиглобалистские и антииммигрантские течения - и их локальная/глобальная дихотомия - активизировались во многих частях мира. Однако неясно, является ли это водоразделом, ведущим к долгосрочному отступлению от «глобального мышления» и к устойчивому и жесткому национализму и протекционизму. Если это так, это добавит дополнительные негативные последствия для людей, в процессе перемещения, включая еще более ограничительную миграционную политику, аресты и депортации, часто в нарушение прав человека и международных норм.

«Проблема Мигрантов в Италии в настоящее время считается «неотложной», и существует множество движений против их присутствия в стране. Было немало эпизодов физического насилия (в том числе с применением оружия) по отношению к мигрантам и чернокожим, реальных эпизодов расизма. Закон защищает их права, но в действительности все обстоит иначе».

– Лила, Милан

Ключевые воздействия на здоровье и уязвимости к ВИЧ

66. Связь между мобильностью человека и уязвимостью к ВИЧ является достаточно сложной. Мобильность может повлиять на здоровье и уязвимость к ВИЧ. Некоторые люди могут перемещаться именно для того, чтобы обеспечить себе лучший уход и поддержку в связи с ВИЧ или избежать стигмы и предрассудков: они могут уйти от своих семей и общин, чтобы быть ближе к специалистам по ВИЧ в других местах, или они могут стать ближе к своим семьям, для обеспечения

лучшего ухода и поддержки. С другой стороны, некоторые пытаются избежать конфликтов, преследований или бедности только для того, чтобы затем столкнуться с условиями, которые повышают их риск заражения ВИЧ. Они могут не иметь доступа к информации, инструментам и услугам по профилактике ВИЧ; они могут иметь незащищенные половые контакты с партнерами из стран с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции; или они могут подвергаться сексуальному насилию.

67. В данном докладе основные воздействия мобильности на здоровье и уязвимость к ВИЧ подразделяются на четыре категории: непрерывность оказания медицинской помощи (непрерывность ухода); финансирование здравоохранения; среда риска заражения ВИЧ и коинфекцией; и этапы самого процесса мобильности.

Воздействие на непрерывность оказания медицинской помощи

68. Непрерывность медицинской помощи при ВИЧ-инфекции относится к процессу, охватывающему тестирование и диагностику ВИЧ-инфекции, участие в услугах по лечению и уходу, начало АРТ, достижение и поддержание вирусной супрессии. Процесс перемещения может существенно повлиять на непрерывность лечения, облегчая или подрывая любой из четырех основных этапов континуума.
69. Все стандартные вопросы, касающиеся непрерывности лечения ВИЧ и сопутствующих ему инфекций, аналогичны, но более затруднены и осложнены для мобильных групп населения. В Южно-Африканском регионе, где наблюдается самая высокая распространенность ВИЧ и туберкулеза в мире, примерно 10 миллионов человек находятся в процессе миграции, не считая мигрантов без документов. Такие уровни мобильности создают проблемы. Для людей, живущих с ВИЧ, особенно для тех, кто получает АРТ, часто существуют препятствия для поддержания эффективного взаимодействия с системой здравоохранения или доступа к стабильным запасам антиретровирусных препаратов. Люди, которые не заразились ВИЧ, могут теперь не узнать, как получить доступ к информации и инструментам по профилактике, а также к услугам по профилактике и тестированию на ВИЧ. Нахождение в пути может привести к задержкам в доступе к тестированию на ВИЧ и диагностике, к тому же больше не иметь тот же уровень медицинского страхования или услуг, который был предоставлен на родине, а также к новым культурным и языковым барьерам.
70. Мобильность может также осложнить доступ к новой системе здравоохранения, если система не учитывает или не реагирует на людей, находящихся в движении, или не основана на принципах Всеобщего Доступа к Услугам Здравоохранения. Она не была построена таким образом, чтобы интегрировать и обеспечивать устойчивое предоставление услуг людям в процессе миграции, и не имеет поставщиков услуг и структур, обладающих межкультурной и лингвистической компетентностью. Примерами могут служить медицинские услуги, которые люди, находящиеся в пути, не понимают или не могут ориентироваться по ним самостоятельно; дискриминация в отношении мобильных групп населения, включая представителей ключевых групп и/или людей, живущих с ВИЧ; и страх раскрытия ВИЧ-статуса. Когда люди, находящиеся в пути, не знакомы с местными языками, они могут реже обращаться за помощью в лечении какого-либо заболевания, что ставит их здоровье под угрозу.

«Мы сталкиваемся с насилием, бездомностью, стигмой и дискриминацией, а также с ВИЧ. У мигрантов должно быть место, куда они могут обратиться за помощью, например, в качестве еды или места для проживания, и доступа к медицинскому обслуживанию. Правительство, гражданское общество/НПО должны создать системы для помощи мигрантам ».

– Лоренцо, МСМ и мигранты, живущие с ВИЧ, Ямайка

71. Доступ к документации является одной из самых серьезных проблем для мобильных людей, особенно тех, кто имеет нерегулярный статус. Государственные услуги обычно требуют удостоверения личности или места жительства перед предоставлением услуг; поэтому доступ к услугам для людей без необходимой документации является плачевным. Поэтому многие люди избегают обращения в службы, поскольку они опасаются, что их непредставление запрошенной документации может привести к задержанию или депортации.
72. Люди, живущие с ВИЧ и/или коинфекцией, сталкиваются с конкретными проблемами, чтобы избежать прерывания их ВИЧ/или другого лечения. Факты свидетельствуют о том, что чем больше человек в процессе миграции, тем больше шансов не придерживаться режима лечения, как правило из-за препятствий в доступе к лечению или другим услугам в новой системе здравоохранения или в медицинских учреждениях. Лечение, начатое в одной стране или местности, должно быть продолжено во время переезда или в другой местности. В Индии исследования показывают, что внутренняя миграция связана с тем, что четверть всех людей теряются в процессе лечения туберкулеза и последующим наблюдением за ним.^{iv}
73. Различные уязвимые группы населения сталкиваются с особыми проблемами, в попытках продолжить лечение и уход. Например, скотоводы-кочевники испытывают особые риски туберкулеза, связанные с их традиционным образом жизни, например животноводством, употреблением непастеризованного молока или жизнью в условиях плохой вентиляции или перенаселенности. Аналогичным образом, условия жизни и работы беженцев и внутренне перемещенных лиц (ВПЛ) усугубляют риски для их здоровья. Известно, что стигма ВИЧ в системах здравоохранения подрывает непрерывность медицинской помощи. ВИЧ-стигма как барьер для непрерывной медицинской помощи наблюдалась в Таиланде, где опрос медицинских работников показал, что некоторые медицинские работники прямо заявили, что предпочли бы не предоставлять услуги мигрантам.^{iv}
74. Препятствия при ведении переговоров о непрерывном оказании медицинской помощи могут способствовать тому, что люди, в процессе перемещения сталкиваются с серьезными проблемами касательно здоровья, достигают плохих результатов лечения, имеют высокие показатели заболеваемости и смертности, и связаны с большими затратами в системе здравоохранения. Хронические заболевания, такие как туберкулез и ВИЧ, требуют оптимального соблюдения режима лечения для снижения риска передачи и лекарственной устойчивости. Доступ и непрерывность медицинской помощи для мобильных групп населения имеют решающее значение для эффективного устранения уязвимостей к ВИЧ и коинфекций. Возможные решения, которые были определены, включают

мобильные клиники, общественные медицинские центры и сети добровольцев системы здравоохранения, входящие в число мобильного населения.

Воздействие на финансирование представления медицинских услуг

75. Точные дезагрегированные данные необходимы для эффективного планирования и финансирования мероприятий общественного здравоохранения по борьбе с ВИЧ, гепатитом В и С, и туберкулезом, а также для обеспечения наличия необходимых медицинских материалов и оборудования. Информация должна собираться из различных источников и должна проливать свет на миграционные потоки, степень доступа людей в процессе миграции к услугам, структурную дискриминацию в отношении мобильных групп населения, бремя ВИЧ и коинфекций среди конкретных мобильных групп населения и более широкие слои населения. Преимущества удовлетворения потребностей людей в движении.
76. В Турции к примеру находятся почти четыре миллиона беженцев из Сирии, а также из Ирана (Исламская Республика), Ирака, Сомали и Афганистана. До 40% вместимости больниц вдоль турецко-сирийской границы предназначено для обслуживания беженцев, а в некоторых отделениях службы здравоохранения находятся в крайне напряженном состоянии. Было отмечено, что женщины-беженцы получают не качественную дородовую помощь. Недавнее исследование риска заражения ВИЧ среди беженцев в Турции отметило необходимость улучшения ресурсов в нескольких ключевых областях, включая жилье, убежище и безопасность; поддержку основных потребностей; финансовую помощь; и возможности получения средств к существованию. Тем не менее, несмотря на рост мобильности населения и информации, связанной со здоровьем, одновременно признаются значительные ограничения и пробелы в финансировании.^v
77. Чтобы планировать и финансировать отклики на проблемы доступа к услугам здравоохранения большого числа людей из групп риска, в процессе перемещения необходимы модели для оценки числа различных групп населения. Без такой информации было бы невозможно точно определить, сколько экспресс-тестов на ВИЧ должно быть предоставлено, сколько чистых игл должно быть в наличии или сколько рабочих должно быть задействовано для охвата конкретных групп. Однако сбор и анализ репрезентативных данных - и предоставление услуг - могут быть очень затрудненными.^{iv}
78. Существует несколько подходов для сбора более точных данных в широких вариациях моделей движения и групп. Один из них заключается не просто в том, чтобы полагаться на один метод получения данных, а в использовании комбинации методов для оценки числа подгруппы. Человеческая мобильность и эпидемия ВИЧ находятся в постоянном движении. Оценки числа группы должны быть сделаны быстро, чтобы подсчитать людей, когда они находятся в одном месте, при этом убедиться, что они не учитываются дважды в разных местах. Работники секс-индустрии могут работать только в определенных местах в определенное время, или же могут регулярно пересекать границы, чтобы работать в другом месте и возвращаться домой. В таких случаях оценки могут по ошибке подсчитать одного и того же работника секс-индустрии дважды, что приведет к получению не точных данных. Поэтому для достижения точного подсчета необходимо хорошее представление о секс-индустрии.

79. Оценка численности населения и оценка потребностей в медико-санитарной помощи других крайне мобильных групп, таких как кочевники, незарегистрированные мигранты или цыганское общество, могут вызвать еще большие затруднения. Поэтому часто необходимо использовать прокси-определения для групп уязвимых людей, находящихся в движении, на основе конкретных групповых характеристик, которые могут быть связаны с риском заражения ВИЧ (например, профессии или часто посещаемые развлекательные сайты или размещение).
80. 1. Когда речь идет о финансировании доступа к услугам здравоохранения, существует предположение, что люди, находящиеся в пути, особенно лица, ищущие убежища, создают тяжелое экономическое бремя для стран, в том числе для их систем здравоохранения. Однако недавнее исследование "кризиса мигрантов" в 15 европейских странах показало, что любые дополнительные государственные расходы более чем компенсируются увеличением налоговых поступлений, когда лица, ищущие убежища, становятся резидентами. Безусловно, существуют серьезные проблемы в борьбе с большим притоком людей в Европу на национальном и региональном уровнях. Однако признание того, что так называемый «кризис мигрантов» может фактически оказаться экономической возможностью, может способствовать более позитивному политическому подходу к решению этих проблем. В более раннем докладе Агентства Европейского Союза по Основным Правам были сделаны аналогичные выводы. Было отмечено, что: «предоставление доступа к медицинской помощи мигрантам, находящимся в нестандартной ситуации, не только будет способствовать реализации права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, но также будет экономически выгодным. Таким образом, обязательства, вытекающие из всеобъемлющего толкования международного права в области прав человека, будут подкреплены экономическими аргументами ».^v
81. Исследование было специально сфокусировано на доступе к лекарствам от гипертонии и дородовым услугам, поэтому необходимы дальнейшие исследования финансовых последствий предоставления лечения людям, в процессе перемещения для других состояний. Раннее выявление и лечение, безусловно, являются экономически эффективными, поэтому удовлетворение медико-санитарных потребностей мобильных групп населения чем ранее, тем лучше создает хороший экономический и политический склад.
82. Существует множество подходов к финансированию медицинских услуг для людей в процессе перемещения, и их семей, например в зависимости от места жительства, гражданства, профессиональной категории, семейных отношений с кем-либо, имеющим медицинскую страховку и т. д. В Китае, Хукоу, доступ к государственным услугам связан с регистрацией проживания в определенном месте. Однако с ростом мобильности населения в Китае миллионы сельских в городских районах внутренних мигрантов не имеют права на программы государственного медицинского страхования и помощи в их новом местонахождении, где они не имеют зарегистрированного статуса резидента. Ботсвана имеет один из самых высоких в мире уровней подавления распространения ВИЧ-инфекции, где бесплатно предоставляется АРТ для всех граждан, живущих с ВИЧ. Однако неграждане не имеют права на АРТ.

83. С другой стороны, есть также несколько примеров, когда страны предоставляют уход и лечение в неотложных случаях и/или в связи с инфекционными заболеваниями, независимо от их правового статуса или наличия медицинской страховки. Большинство стран в Европейском Союзе предоставляют лечение туберкулеза в интересах общественного здравоохранения; в Соединенном Королевстве существует бесплатный уход и лечение в связи с ВИЧ для всех, независимо от их правового статуса в стране. В Бразилии граница открыта для мобильных групп населения, в том числе людей, живущих с ВИЧ, с четкими руководящими принципами в отношении конфиденциальности, ухода, лечения и поддержки.
84. Проблемы, связанные с ВИЧ и международной миграцией, имеют давнюю историю в Юго-Восточной Азии (Индонезия, Малайзия, Филиппины, Сингапур и Таиланд), особенно в отношении перемещения работников (например, въезда в Таиланд или возвращения на Филиппины). В Таиланде эти мигранты составляют менее 10% населения, тогда как в Сингапуре они составляют почти половину населения. В результате в этих пяти странах действуют системы здравоохранения, которые по-разному охватывают такое мобильное население, причем Таиланд далеко продвинулся не только в реализации всеобщего доступа к медицинским услугам (УНС) для своих граждан, но и для зарегистрированных мигрантов.
85. В Таиланде существует модель финансирования здравоохранения, основанная главным образом на налогах: занятые лица покрываются за счет налогов на заработную плату, а остальная часть населения - за счет общего налогообложения. Схема Обязательного Медицинского Страхования для Мигрантов в Таиланде (2001 год) находится в ведении Министерства общественного здравоохранения и доступна для всех международных мигрантов; Ранее он включал незарегистрированных мигрантов, но больше не делает этого. Система не идеальна и может быть улучшена, чтобы позволить большему количеству людей в процессе перемещения, войти в нее (например, повышение мобильности внутри страны, рассрочка платежей или упрощенная проверка личности в больницах).
86. It seems clear that if we are to develop effective response to the HIV and coinfection vulnerabilities of people on the move, we need to develop more effective methodologies for studying them. In addition, we cannot continue thinking about health finances based on assumptions that populations remain stable. We need to appreciate the reality of increasing human mobility and develop systems of health financing that respond to that reality.
87. Кажется очевидным то, что если мы хотим разработать эффективные ответные меры на ВИЧ и уязвимость сопутствующих инфекций перемещающихся людей, нам необходимо разработать более эффективные методологии их изучения. Кроме того, мы не можем продолжать думать о финансах здравоохранения, основываясь на предположениях о том, что население остается стабильным. Нам необходимо оценить реальность роста мобильности людей и разработать системы финансирования здравоохранения, которые бы отвечали этой реальности.

Последствия, обусловленные различием рисков

88. Различия угроз можно сгруппировать по трем категориям: те, что связаны с принадлежностью к одной или нескольким ключевым группам; те, что возникают в результате перемещения в различные зоны распространенности ВИЧ; и те, что связаны с различными системами здравоохранения.
89. Ключевые группы населения подвержены более высокому риску заражения ВИЧ. Эта уязвимость может быть еще больше увеличена в пути. Мобильность может привести к криминализации, экономической нестабильности, социальной изоляции и маргинализации. Это, в свою очередь, может ограничить доступ ключевых членов населения к профилактическим товарам и услугам, и повысить их уязвимость к сексуальному насилию, принуждению и давлению с целью привлечения участия в опасном сексуальном и инъекционном поведении.
90. В приграничных районах Восточной Африки определенные мобильные группы населения подвергаются особому риску заражения ВИЧ, особенно женщины-работницы секс-индустрии, геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами (МСМ), люди, употребляющие инъекционные наркотики, молодые женщины и водители грузовиков. В некоторых, но не во всех ситуациях, наиболее эффективные мероприятия по профилактике ВИЧ среди этих групп ориентированы на места, где распространено поведение, связанное с высокой распространенностью ВИЧ (например, места секс-индустрии, или месту употребления алкоголя). Тем не менее, существуют значительные пробелы в доступе к презервативам, смазочным материалам и их использованию, а также в обращении за лечением симптомов инфекций, передаваемых половым путем. Эти пробелы необходимо устранить.
91. В странах Карибского бассейна перемещение населения было постоянным, по крайней мере, два столетия. Люди перемещаются по обычным причинам, в том числе из-за бедности или в поисках работы, и они не переезжают из стран с низким уровнем доходов в регион с документацией или без нее. Помимо обычно идентифицируемых ключевых групп населения, сквозные риски ВИЧ связывают молодежь с мобильностью. Молодые не имеющие документов люди, находящиеся в процессе перемещения и имеющие ограниченные возможности для получения средств к существованию, могут заниматься предоставлением сексуальных услуг в эксплуататорских условиях труда и сталкиваться с препятствиями для применения методов безопасного секса. МСМ перемещаются по всему региону, чтобы обеспечить анонимность и безопасность, что может привести как к повышению самооценки, так и к увеличению сексуального риска.

«В наших условиях девочки-подростки и молодые женщины ходят на секс-игрушки в лагерях или приютах для внутренне перемещенных лиц. Молодые мужчины и мальчики также выживают в качестве секс-объектов для сахарных мамочек и других мужчин по соседству».

- Молодежная Коалиция Уганды по Правам Подросткового Сексуального и Репродуктивного Здоровья и ВИЧ

92. Среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, мобильность может быть обусловлена несколькими факторами, включая доступность наркотиков, законность, цену и качество. В Тихуане, Мексике, находящейся на границе с США, «наркотики» из США в городе кажутся обычным явлением. Существует высокий потенциал трансграничной передачи ВИЧ, что подчеркивает необходимость усиления услуг, связанных с ВИЧ на обеих сторонах границы между Мексикой и США.
93. Эпидемия ВИЧ среди людей, перемещающихся из других частей Европы и других стран в Европейский союз / Европейское экономическое пространство, в значительной степени обусловлена продолжающейся передачей ВИЧ среди МСМ, в основном приобретенной после прибытия. Например, ВИЧ-положительные люди, которые переехали из стран Латинской Америки и Карибского бассейна, составляют растущую долю случаев ВИЧ в регионе Европейского Союза/Европейского экономического пространства. По оценкам, среди лиц из Латинской Америки и Карибского бассейна более половины (53%) ВИЧ-инфицированных были МСМ. МСМ также составили 84% зарегистрированных случаев ВИЧ среди людей из Южной Америки и 46% из стран Карибского бассейна.
94. МСМ часто переезжают в более крупные городские районы в поисках большего признания, расширения возможностей для поиска сексуальных партнеров и выявления сообщества геев. Такое движение может означать повышенный риск заражения ВИЧ. Рассматривая Нью-Йорк в качестве одного из таких привлекательных мест для МСМ, недавнее исследование показывает, что недавно прибывшие МСМ (в течение предыдущих 2–5 лет) подвергаются более высокому риску незащищенного секса и употребления алкоголя в больших количествах. В другом исследовании, проведенном CARAM Asia, отмечается, что перемещающиеся МСМ в регионе, уязвимы к насилию и групповому изнасилованию, о котором они часто боятся сообщать, поскольку это повлечет за собой признание участия в гомосексуальных актах. Крайне проблематично получить доступ к услугам на дому, если вы вернетесь в консервативную религиозную страну, такую как Пакистан, Бангладеш, Шри-Ланка или Филиппины.^{vii}
95. Другое исследование оценило риск заражения ВИЧ для мобильных женщин, живущих в Лиме, Перу, но родившихся в других местах. Было обнаружено, что трансгендерные женщины, особенно молодые, демонстрируют поведение с повышенным риском в отношении ВИЧ и ректального ИППП.^{viii}
96. В справочном документе Глобальной Сети Проектов в Сфере Секс-индустрии 2018 года были определены три ключевые причины мобильности работников секс-индустрии: избежание карательных законов, избежание стигмы и предрассудков, а также повышение доходов и уровня жизни. Подавляющее большинство мобильных работников секс-индустрии, опрошенных для доклада в Испании (90%), сообщили, что переехали туда в поисках лучшей жизни. Многие из них регулярно отправляли деньги домой, чтобы содержать своих детей. Из-за криминализации и стигмы, работники секс-индустрии во многих странах уязвимы перед жестоким обращением и насилием, в том числе со стороны полиции и их клиентов. Эта ситуация

усугубляется для мобильных работников секс-индустрии, независимо от того, задокументированы они или нет, они также могут столкнуться с дополнительными рисками отсутствия права на доступ к медицинским услугам и депортации. Недавнее исследование на Ближнем Востоке и в Северной Африке, посвященное сирийским работникам секс-индустрии в Турции, показало, что эта группа в значительной степени «невидима» и мало осведомлена о существовании медицинских центров, которые предлагают анонимное тестирование и консультирование.^x

97. Хотя разные группы населения по-разному испытывают риск заражения ВИЧ в зависимости от своего ключевого статуса, существуют также явные риски, связанные с перемещением между районами, в которых распространенность ВИЧ различается. Глобальные различия в распространенности будут по-прежнему влиять как на страны происхождения, так и на страны назначения, независимо от их отдельных национальных программ и политики в области здравоохранения, также могут больше обременять страны происхождения, когда мобильные люди депортируются домой в связи с инфекцией ВИЧ или туберкулезом. Глобальный Фонд представляет попытку комплексного решения этой проблемы в отношении туберкулеза, малярии и ВИЧ, принимая во внимание разнообразие сложных условий работы.

98. Люди, в процессе миграции, признаны одной из ключевых групп населения, страдающих туберкулезом, с повышенной заболеваемостью и смертностью от туберкулеза, отчасти из-за поздней стадии лечения и заболеваемости с лекарственной устойчивостью. В странах с низким или умеренным бременем туберкулеза, распространенность среди международных мигрантов имеет высокий показатель. Люди, покинувшие свои места жительства или люди из неблагополучных стран, сталкиваются с многочисленными факторами, которые способствуют повышению уязвимости к туберкулезу и создают значительные препятствия для доступа к услугам и лечению. Мобильные люди, которые не имеют документов, находятся в центрах содержания под стражей, оказываются в условиях принудительного труда или торговли людьми или вынужденно перемещены, особенно уязвимы для заражения туберкулезом.

99. По данным ВОЗ, до 500 миллионов человек могут жить с вирусным гепатитом, который уносит более одного миллиона жизней в год. Вероятно, от 8 до 16 миллионов случаев заражения вирусом гепатита В в год происходит в результате совместного использования зараженного инъекционного инструмента. Мобильность населения, особенно массовые перемещения людей из, через или в страны с высокой распространенностью, являются проблемой для их соответствующих систем здравоохранения.

100. Находясь в пути, можно экспортировать и импортировать эпидемиологические риски, в том числе связанные с такими хроническими инфекциями, как туберкулез, гепатит В и С, ВИЧ и другие инфекции, передаваемые половым путем. Узкий акцент на внутреннюю эпидемиологию с целью составления медицинских прогнозов об объеме или бремени болезней потерпит неудачу, если не принять во внимание мобильное население. Кроме того, появляется все больше доказательств того, что более эффективные результаты могут быть получены в результате усиления мероприятий борьбы с болезнями в странах происхождения, путем более усиленного тестирования и лечения, а не путем использования механизмов скрининга, таких как обязательное медицинское обследование в местах назначения.

101. В целом системы здравоохранения недостаточно адаптировались к растущим проблемам, связанным с размером, скоростью и несоответствием современных моделей мобильности человека. Доступ к медицинским услугам и их использование в разных странах различны, как и сами услуги. Системы страхования в обслуживании перемещающихся людей часто жесткие и ограниченные. Казалось бы, Всеобщий Доступ к Услугам Здравоохранения (УНС) является наиболее подходящим подходом для обеспечения полного охвата мобильных групп населения.

«Система здравоохранения Канады не в состоянии удовлетворить потребности расизированных трансгендеров. Они нуждаются в безопасном месте для контакта с услугами. Но когда они действительно выходят на контакт, они сталкиваются с большим количеством трансфобии со стороны медицинских работников. Образование, средства правовой защиты, политика и практика для помощи этой группе населения будут полезны ».

– Альянс по Профилактике СПИДа в Южной Азии, Торонто

99. В Европе мобильное население чрезмерно представлено в эпидемии ВИЧ.

Исследования показывают, что возможности для профилактики ВИЧ среди перемещающихся людей в Европе упускаются, включая расширенное тестирование на уровне сообщества, предоставление услуг по тестированию и консультированию по инициативе лечебных учреждений, усиление тестирования по показателю состояния или показателю первичной медицинской помощи, предэкспозиционная профилактика и «лечение как профилактика» среди МСМ.

100. Нередко МСМ, вначале тестирующиеся на ВИЧ-инфекцию в принимающей европейской стране, впоследствии заражаются ВИЧ. Точно так же хронический гепатит В является важной проблемой политики общественного здравоохранения в Европе. Болезнь непропорционально поражает людей, переезжающих из районов со средним и высоким уровнем распространенности. Тем не менее, скрининг на хронический гепатит В не систематически предлагается людям, путешествующим по Европе; в результате тестирование и лечение неоптимально. Другие упущенные возможности включают в себя ограничение или отсутствие доступа к общественному здравоохранению для незарегистрированных мигрантов в большинстве стран и обязательные требования к отчетности для иммиграционных властей.

101. Стигма и дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения в системе здравоохранения является особым аспектом уязвимости к ВИЧ, связанной с неравенством в системе здравоохранения. Эта дискриминация относится к «нечестному и несправедливому обращению (по действию или бездействию) с лицом, основанным на его реальном или предполагаемом ВИЧ-статусе, или на том факте, что он относится к той части населения, которая, как считается, подвергается большему риску, или более уязвима для ВИЧ-инфекции ». Дискриминация может быть направлена на ключевые группы населения и уязвимые группы (например, работников секс-

бизнеса, людей, употребляющих инъекционные наркотики, МСМ, женщин-трансвеститов и трансменов, коренных народов и людей, находящихся в движении). Люди могут столкнуться с такой стигмой и дискриминацией на любом этапе процесса мобильности, и это может привести к перемещению этих групп населения.

102. Во всем мире по-прежнему отсутствуют навыки, необходимые медицинским работникам для удовлетворения потребностей самых разных людей в процессе перемещения. Результаты в отношении здоровья зависят от уровня общего состояния здоровья человека, а также от социальных, образовательных, экономических, медицинских и культурных аспектов места, через которое человек путешествует, от предварительного отъезда до прибытия. Наиболее скомпрометированные в этом процессе люди, являются наиболее уязвимыми.
103. Люди, которые в меньшей степени способны контролировать свою мобильность, сталкиваются с особыми рисками, особенно беженцы, перемещенные лица, жертвы торговли людьми или незарегистрированные мигранты. В зависимости от ситуации женщины, пожилые люди и дети также сталкиваются со значительными рисками. Иногда упорядоченная миграция может привести к потере контроля над обстоятельствами, например, среди домашних работников, которые оказываются в изоляции в домах своих работодателей, где они могут подвергаться насилию, в том числе сексуальному насилию. Люди, в процессе перемещения, могут быть не знакомы с языком принимающей страны и могут иметь разные культурные предположения о здоровье, отличающиеся от культуры принимающей страны или местонахождения. Эти разнообразные события и обстоятельства, особенно в контексте больших перемещений людей, создают огромную проблему в сфере здравоохранения. Это также подчеркивает необходимость в наращивании потенциала и увеличении инвестиций, например, в целях противодействия стигме и негативному отношению, и устранению языковых барьеров.^{vii}

Последствия от самого процесса мобильности

104. Движение населения является человеческой константой. Многие страны, особенно более промышленно-развитые, с низким уровнем рождаемости и стареющим населением, зависят от международных мигрантов в плане их долгосрочного роста. Однако такая миграция может вызвать множество изменений, в том числе изменения в расовом и культурном составе, и может привести к появлению новых политических группировок с их собственными требованиями. Одним из ответов на возросшую в настоящее время мобильность людей является обратная реакция: некоторые штаты вводят или возвращаются к жестким иммиграционным законам и процедурам. Эти реакции усугубляют уязвимость в отношении здоровья и ВИЧ, которой подвергаются люди, в процессе перемещения.
105. Каждый этап процесса перемещения имеет свои уникальные последствия и уязвимости к ВИЧ. Человек начинает с существующего состояния здоровья в его/ее собственной стране, возможно, с определенными заболеваниями. Эта фаза перед отъездом была бы идеальной для проведения совместных мероприятий по

укреплению здоровья между странами происхождения и назначения, но это происходит редко. Основное исключение из этого относится к странам, вовлеченным в значительную трудовую миграцию высококвалифицированных специалистов, где имеется несколько примеров до-выездного обучения по рискам для здоровья и правам на обслуживание, даже включая многосторонние схемы социального страхования. Во время перемещения люди могут испытывать ряд проблем со здоровьем, связанных с разоблачением, лишением, голодом, изоляцией, травмой, насилием и даже пытками.

106. Большинство мероприятий в области политики здравоохранения были посвящены этапу прибытия в новое место назначения. Этот этап может быть особенно рискованным, если он включает перехват и временное задержание, как это может быть в случае соискателей убежища, перемещенных лиц, беженцев или работников, не имеющих документов. В европейском контексте Европейская Комиссия призвала к увеличению количества задержанных и депортируемых, и стремится ограничить проблемы прав человека спасением жизней. Например, лица, ищущие убежища, прибывающие на греческие острова, должны ждать в регистрационных центрах или лагерях, пока не будут приняты решения о переводе их на материк. Лицам, ищущим убежища, возможно, придется прожить там до года, часто в ужасных и отчаянных условиях с недостаточным доступом к медицинским услугам.
107. На этапе временного или постоянного возвращения в страну происхождения могут возникнуть дополнительные риски для здоровья, особенно для детей. Например, люди, возвращающиеся в сельские общины, которые не имеют надлежащего (ДККТ) или доступа к услугам, могут неосознанно передавать ВИЧ своим партнерам или туберкулез членам своей семьи.
108. 109. Одно из самых серьезных последствий для здоровья, связанных с процессом мобильности, связано с растущими попытками исключить пограничные районы из законодательства и обязательств в области прав человека, фактически игнорируя права человека мобильных групп населения. В результате границы становятся все более опасными, особенно для нелегальных мигрантов. Лица могут быть подвергнуты ограничениям на поездки на основании статуса ВИЧ, обязательного тестирования на ВИЧ, недостаточного доступа к медицинским услугам, таким как скрининг на ВИЧ и гепатит, перенаселенности и удержания паспортов.
109. К примеру, имеются явные свидетельства нарушений прав человека в депортационном центре Линдела в Южной Африке, где в местах лишения свободы было зарегистрировано большое количество смертей, и где доступ к медицинской помощи и инфекционный контроль являются недостаточными, причем многие люди задерживаются на месяцы. Мобильные люди также могут быть подвергнуты принудительному возвращению, даже в страны, где они могут столкнуться с преследованием - даже если международное право запрещает такое выдворение. В некоторых странах депортация мобильных людей, живущих с ВИЧ, включала карантин. Преждевременное возвращение домой в сочетании с отсутствием консультаций или направления приводит таких мобильных людей и их партнеров к риску передачи и заражения.

110. Люди могут также сталкиваться с проблемами в различных правовых системах при их переезде в другие страны. МСМ криминализованы в некоторых странах, а употребление наркотиков и секс-индустрия криминализованы в подавляющем большинстве стран. Многие страны запрещают участие мигрантов в их отечественной секс-индустрии или запрещают иммигрировать лицам, которые являются «известными» работниками секс-индустрии. Это превращает подавляющее большинство мобильных работников секс-индустрии во всем мире в мигрантов без документов. Также отрицает защиту трудовых и гражданских прав мобильных работников секс-индустрии и повышает их уязвимость к трудовой эксплуатации и небезопасным условиям труда. Переход в такую страну ставит человека в опасное положение с точки зрения ограничения доступа к здравоохранению и повышения уязвимости к ВИЧ.

«В связи с текущим проектом пересмотра Уголовного Кодекса в Индонезии, который будет включать презервативы в качестве средства контрацепции, которое может рассматриваться как доказательство в соответствии с Уголовным Кодексом, - проект пересмотра будет включать криминализацию неуполномоченного персонала (не медицинский персонал) в проведении профилактических мероприятий с использованием противозачаточных средств. Это означает, что работникам НПО, работникам секс-индустрии не будет разрешено пропагандировать использование презервативов в профилактических мероприятиях. Кроме того, из-за принудительного закрытия борделей многие координаторы работников секс-индустрии теряют связь, и поэтому Organisasi Perubahan Sosial Indonesia не может вмешиваться в обеспечение использования презервативов (клиентами), что обычно делается через координаторов ».

- Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (Сообщество работников секс-индустрии в Индонезии)

111. Недавняя юридическая затрудненность связана с усилиями по криминализации определенных видов гуманитарной помощи. Например, Бюро по Управлению Земельными Ресурсами США выдвинуло обвинения в загрязнении окружающей среды против лиц, которые оставляют бутылки с водой для людей, незаконно пересекающих границу Мексики через пустыню Аризоны, несмотря на то, что тысячи людей погибли во время таких переездов. Недавно Венгрия ввела уголовную ответственность за некоторые виды гуманитарной помощи в рамках своего пакета «Остановить Сорос», сославшись на необходимость остановить миграцию, защитить свои границы и защитить национальную безопасность.
112. Такое развитие событий подчеркивает проблему, связанную с гуманным удовлетворением потребностей и прав всех людей, находящихся в движении, и обеспечением того, чтобы гуманитарная помощь не рассматривалась как уголовное преступление. Права человека не перестают существовать, когда люди перемещаются или прибывают на международные границы: управление иммиграцией и границами должно соответствовать правам человека.
113. Чем больше барьеров для здоровья включено в процесс мобильности человека, тем тяжелее результаты состояния здоровья. Это говорит о более высоких затратах на лечение и более высокую смертность. Здравоохранение должно стать неотъемлемой частью внутренней и глобальной мобильности населения, а также обсуждений и планирования внешней политики.

Сводное Резюме

114. В обзоре литературы освещены пять геополитических тенденций в современной мобильности населения. Эти тенденции оказывают серьезное влияние на противодействие СПИДу среди мобильных групп населения. Если мы не будем адекватно учитывать эти реалии, человеческие издержки будут по-прежнему оставаться неприемлемо высокими, и мы не сможем достичь наших целей на 2030 год.

“Большинство существующих НПО фокусируются на услугах: консультирование, тестирование и лечение - но не более того. Нет программ по расширению прав и возможностей мигрантов, нет разнообразных тренингов для социальных работников, ограниченная поддержка, когда речь идет о процедуре получения убежища или легализации людей без документов”.

– Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Берлин

115. В обзоре также указывается несколько направлений передовой практики, которые, при реализации и расширении могли бы дать нам больше шансов на достижение наших целей на 2030 год. Данные практики включают в себя:

- Значимое вовлечение перемещаемых людей, а также гражданского общества, особенно из ключевых групп населения;
- Эффективная законодательная и/или нормативно-правовая реформа, такая как декриминализация определенных видов поведения ключевых групп населения (МСМ, ПИН, работников секс-индустрии) и прекращение дискриминации в иммиграционном законодательстве в отношении определенных форм работы, в которых преобладают женщины;
- Создание потенциала для людей, в процессе перемещения, работников здравоохранения, ключевых организаций, возглавляемых населением, и поставщиков общественных услуг, чтобы гарантировать, их компетентность в культуре и языке, возможность предоставления безопасных услуг;
- Национальные системы здравоохранения, которые восприимчивы к людям, находящимся в процессе миграции, включая Всеобщий Доступ к Услугам Здравоохранения, а также эффективный мониторинг и финансирование медицинских услуг;
- Непрерывность оказания медицинской помощи на всех этапах, предшествующих отъезду, транзиту, прибытию, задержанию и возвращению, включая системы медицинских паспортов, содержательную подготовку до отъезда и после прибытия, медицинские вмешательства, доступные места для оказания услуг, системы направления в сообщество;
- Борьба со стигмой и дискриминацией посредством просвещения населения о социально-экономической ценности мобильности населения;
- защита людей в движении, в том числе детей, от экономической эксплуатации; а также
- Эффективные меры по снижению уязвимости мигрантов, не имеющих документов, к ВИЧ и коинфекции.

4. ГОЛОС ОБЩЕСТВА

Интервью, опросы и фокус-группы

116. Делегация собрала общественный опыт и самоотчеты, которые иллюстрируют ключевые проблемы, связанные с опытом мобильности людей и ВИЧ. Это было сделано в основном посредством интервью с людьми, в процессе перемещения и заинтересованными сторонами, а также с помощью ответов на вопросы. Интервью проводились во всех регионах, представленных делегацией: в Африке, Азиатско-Тихоокеанском регионе, Европе, Латинской Америке, Карибском бассейне и

Северной Америке. В докладе появляются цитаты от людей, в процессе перемещения, а также заинтересованных сторон.

«Я иммигрировала из-за насильственной ситуации в Венесуэле и скудного запаса еды. Я хотела лучшей жизни для себя. Правительство должно обеспечивать положение мигрантов, гражданское общество должно иметь сеть, позволяющую узнать, где находятся мигранты, а мигранты должны создать организацию, которая будет выносить свои проблемы на национальный уровень. У меня нет доступа к здравоохранению. У меня есть формальная постоянная работа, и я не зарегистрирована как мигрант ».

– Джессика, трансгендерный работник секс-индустрии, Венесуэла

117. Большинство участников опроса были трудоустроены с доступом к медицинской помощи и хорошей осведомленностью о доступных услугах по ВИЧ, туберкулезу и, в меньшей степени, гепатиту. Около половины участников идентифицировали себя в ключевой группе населения. Они прибыли из 28 стран происхождения, преимущественно из Колумбии, Индии, Ямайки, Кении, Нигерии, Филиппин, Польши, США, Венесуэлы и Замбии. Примечательным наблюдением является влияние перемещения населения из Венесуэлы в соседние латиноамериканские страны, где, как сообщается, большинство людей, перемещающихся в регионе, являются мужчинами, которые находились в пути менее года.
118. Люди, находящиеся в пути, выявили ряд факторов, которые могут привести к повышенной уязвимости к ВИЧ и сопутствующим инфекциям. К таким факторам относятся языковые и культурные барьеры, боязнь запрашивать/получать доступ к услугам и общаться властям, отсутствие доступа к целевым услугам для людей, находящихся в пути, отсутствие понимания системы здравоохранения, плохие условия жизни, рискованное поведение и сексуальные отношения, и отсутствие доступа к профилактическим услугам. Ниже приведены три интервью с людьми, находящимися в пути, которые иллюстрируют соответствующие проблемы.

«Я приехала из очень отдаленного района в Субанге, Западная Ява, где очень мало возможностей для трудоустройства. Плюс, я женщина, это значит, что у меня еще меньше возможностей по сравнению с мужчинами. Поэтому я решила воспользоваться услугами агентства и работать в другой стране. Я жила в разных странах (в основном на Ближнем Востоке) и городах с моей нынешней работой. С тех пор, как я впервые узнала о своем ВИЧ-статусе, я не вернулась в свое агентство для работы в другой стране, поскольку перед выездом из страны проводится медицинский осмотр, который включает тест на ВИЧ. Работая в странах Ближнего Востока, я смогла сэкономить много денег, чтобы помочь семье вернуться домой.

Мне все еще нужно возвращаться домой чтобы получить мой ежемесячный АРВ-препарат домой, и я не могу возвращаться домой каждый месяц. Поэтому мне нужен кто-то, чтобы отправлять мой АРВ препарат туда, где я сейчас нахожусь каждый месяц. И я все еще должна присутствовать каждые 3 месяца. К счастью, я работаю с семьей, которая понимает ситуацию, поэтому мне разрешают возвращаться домой каждые 3 месяца. Я знаю других людей, которым в конечном итоге приходится прекращать АРВ-терапию, потому что семья, с которой они работают, не знает об их ВИЧ-статусе и не позволяет им регулярно возвращаться домой.

Все мои административные учеты находятся в моем родном городе. Поэтому мне трудно получить доступ к услугам в другом городе. Принцип работы национального страхования в Индонезии зависит от места проживания. У меня не было CD4 или теста на вирусную нагрузку за последние 2,5 года, и если мне придется заплатить, это будет слишком дорого. Я потеряла возможность трудоустройства из-за своего ВИЧ-статуса, несмотря на то, что теперь имею другую работу».

- Нани, гетеросексуальная женщина и внутренний мигрант, живущие с ВИЧ, Индонезия

«У вас нет доступа ни к чему, нет доступа к здравоохранению, вы не можете работать. Вы не можете владеть ничем от своего имени. У вас нет удостоверения личности, рабочих документов, номера социального страхования, которые могут вам помочь. Когда вы начинаете работать с документами, удостоверяющими личность, у вас появляется доступ. Это также очень сложно, если вы хотите двигаться. Потребность в документах имеет первостепенное значение. Вам нужны документы для банковского дела, для работы, для безопасности. Их получение может занять годы. Если вы заболели, вам нужно просто прогуляться и найти больницу, которая примет вас и вылечит. Вы отделены от вещей, которые определяют вас как личность. Вы оставляете свою страну, свою культуру, свою личность позади. Поверьте мне, это не легко

Правительство и НПО должны разработать систему поддержки, чтобы охватить людей в моей ситуации и помочь с базовой информацией и потребностями. Нам нужна базовая информация о том, как лучше всего получить доступ к удостоверению личности/подать заявление на получение юридического статуса, не подвергая опасности ваше пребывание. Существует необходимость в разъяснении ситуации с мигрантами. Люди болеют, нуждаются в медицинской помощи. НПО могут иметь добровольные программы для мигрантов, чтобы помочь им развить навыки и улучшить языковые навыки. Важно научиться работать в новой стране.

Будучи беженцем или мигрантом, вы можете оказаться в очень уязвимом положении - вы можете в конечном итоге делать то, чего обычно не делаете, или даже подумать над этим.

Я просто думаю, что стать беженцем/иммигрантом - это сложное решение. Вы не знаете, что это такое, пока не окажетесь в ситуации. Это идет со своими собственными проблемами, о которых вы не знаете, пока не сделаете этого. Мне повезло. Мне есть, где остаться, и семья здесь. И все же это все еще очень тяжело. Это очень сложно - вы не знаете, что будет дальше. Это действительно тяжело. Люди все еще будут это делать. Они думают, что прибытие на новое место – лучшее решение.

– Пелагия, гетеросексуальная женщина и международный мигранты, Зимбабве

«У меня был очень страшный инцидент с полицией в Мексике, и на меня напали, избили в канаве, обнажили посреди ночи. Тогда я понял, что мне нужно уехать из Мексики. Я скитался и скитался, и семья пригласила меня в Сан-Франциско.

Нам нужна языковая справедливость и приверженность языковой доступности. По этому вопросу отсутствует полное понимание. Это выходит далеко за рамки перевода. Люди не имеют знаний и опыта в техническом английском. Жизнь, в которой говоришь не на родном языке очень сложна.

Что должно произойти, так это международная приверженность расовой справедливости. Там должно быть значимое участие мигрантов и беженцев в местных общинах, и это является реальной проблемой. Нам нужны рабочие места для мигрантов с ВИЧ.

Сообщество по борьбе с ВИЧ должно принять программу расового правосудия. Миграционное сообщество должно бороться с ВИЧ. Два мира должны объединиться. По умолчанию я буду сталкиваться со многими барьерами: геями, Латинками, ВИЧ-инфицированными, мигрантами - это может быть неопределимым. Нам нужно создать уютные центры и места, где мигранты могут отдать свою жизнь обществу и друг другу. Я - осведомленный поборник ВИЧ, и мне было тяжело получать необходимую помощь, соответствующую культуре, и компетентную помощь - для того, кто я есть».

– Марко, MSM, живущие с ВИЧ, в пути, Мексика

119. Кроме того, делегация собрала информацию от заинтересованных сторон и поставщиков услуг по противодействию СПИДу в пяти регионах. Эти заинтересованные стороны участвуют в ряде мероприятий, включая прямые услуги по ВИЧ, разработку политики, юридическую поддержку, защиту и проведение кампаний, исследования, наращивание потенциала и языковые курсы. Большинство заявило, что они привлекают людей, которые находятся в процессе перемещения, в качестве равных партнеров в выполнении своей деятельности, например, в области лидерства и управления, фронтальных услуг, волонтерства и исследований.

120. В целом, заинтересованные стороны отметили потребности и проблемы, аналогичные тем, которые были выявлены перемещающимися людьми, включая отсутствие основных средств защиты; трудности с получением документально подтвержденного статуса/легализацию; отсутствие знаний о ВИЧ и сопутствующих инфекциях; отсутствие осведомленности и доступа к культурно и лингвистически компетентным услугам здравоохранения и другим службам; поиск работы, стигма и дискриминация, изоляция, бедность, нехватка жилья, проблемы с психическим здоровьем, страх насилия, страх криминализации/задержания и депортации, потеря личности, травма.

121. Краткие цитаты заинтересованных сторон разбросаны по всему докладу.

УСПЕШНОЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ

В этом разделе представлены примеры передового опыта, которые можно тиражировать и/или расширять для улучшения мер в ответ на СПИД и поддержки достижения цели 2030 года по искоренению СПИДа, как угрозы для общественного здравоохранения.

1. MAP Foundation, Чианг Май, Таиланд

В Таиланде зарегистрировано более 2 миллионов рабочих-мигрантов из соседних стран Камбоджи, Лаосской Народно-Демократической Республики и Мьянмы, а также неизвестное количество мигрантов без документов. Мигранты, которые должным образом зарегистрированы, должны иметь медицинское страхование мигрантов или социальное обеспечение. Тем не менее, есть многочисленные случаи, когда трудящиеся-мигранты не имеют медицинской страховки из-за пренебрежения брокерами или работодателями. Политика, которая позволила мигрантам, не имеющим документов, приобрести медицинскую страховку, была отменена из-за нежелания больниц участвовать в переезде. Зарегистрированные мигранты без надлежащего медицинского страхования и незарегистрированные мигранты теперь должны платить из своего кармана за все медицинские услуги и услуги в связи с ВИЧ.

Мигранты, имеющие медицинскую страховку, имеют доступ к бесплатной АРТ, но добровольное тестирование на ВИЧ не оплачивается. Языковые барьеры, отсутствие доверия и ограничения, связанные с расположением и сроками оказания услуг, являются, среди прочего, препятствиями, с которыми сталкиваются мигранты при доступе к консультированию и тестированию на ВИЧ в государственных медицинских учреждениях Таиланда. В результате у мигрантов, живущих с ВИЧ-инфекцией, часто диагностируется прогрессирующий ВИЧ.

Фонд MAP, местная неправительственная организация, занимающаяся продвижением и защитой прав трудящихся-мигрантов в Северном Таиланде, является суб-реципиентом проекта Глобального фонда «STAR - Остановить туберкулез и СПИД посредством RRTTR». В целях расширения доступа мигрантов к тестированию на ВИЧ MAP открыл собственный центр тестирования здоровья в сообществе мигрантов. Центр поощряет мигрантов проходить тестирование на ВИЧ, например, добавляя тесты на сифилис и гепатит В и С в пакет бесплатного тестирования.

Обученные сотрудники MAP, сами являющиеся мигрантами, оказывают помощь в консультировании на языках мигрантов и координируют свои действия с сообществом мигрантов, в то время как медицинские врачи предоставляют консультации и проводят тесты. Благодаря партнерству с международной исследовательской организацией и местным университетом, центр располагает самым современным оборудованием для тестирования и обеспечивает быстрые и точные результаты испытаний. Все случаи ВИЧ или других заболеваний затем направляются на подтверждающее тестирование и лечение.

За последние два года Фонд MAP провел тестирование и консультирование более 315 мигрантов через центр и направил на лечение 11 рабочих-мигрантов, живущих с ВИЧ.

Тем не менее, поддержка Глобального фонда для Таиланда должна прекратиться в 2020 году. Правительство Таиланда, тем временем, не может использовать государственные средства для поддержки услуг для не тайцев. Для трудящихся-мигрантов важно, чтобы общественные медицинские центры, такие как MAP, были признаны и поддерживались в качестве каналов для предоставления услуг по ВИЧ.

Данная успешная практика демонстрирует значимое участие и наращивание потенциала людей, находящихся в пути, сотрудничество с местными поставщиками медицинских услуг и интеграцию тестирования на ВИЧ в другие службы добровольного медицинского тестирования на уровне общин для снижения стигматизации.

2. Службы борьбы со СПИДом в Нижней долине Рио-Гранде, США

У Техаса есть граница с Мексикой протяженностью в 3200 километров, большая часть которой непроходима. Граница вдоль долины Нижнего Рио-Гранде является более доступной и включает в себя легко проходимую реку, многие трансграничные сельскохозяйственные города и ряд официальных пунктов въезда. Следовательно, около 30 000 иммигрантов въезжают в США ежегодно по этому участку границы без официального разрешения. Многие спасаются от бандитского насилия в Мексике и Центральной Америке, другие - от нищеты и домашнего насилия, а некоторые - от дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности. Некоторые люди, которые знают, что живут с ВИЧ, также пересекают границу, чтобы обратиться за медицинской помощью, которую они не могут получить по месту жительства.

Правительство США начало программу абсолютной нетерпимости к иммигрантам без документов, в том числе о широкомасштабных усилиях по депортации, при администрации Обамы. Эти усилия стали резко ужесточаться последние два года. Когда пограничники задерживают иммигрантов, они помещаются под стражу, которая может длиться месяцами или годами, если задержанные лица пытаются обжаловать их депортацию. Обстоятельства в этих центрах заключения, по крайней мере, такие же суровые, как и в тюрьмах. Физическое и сексуальное насилие распространено, и люди с хроническими заболеваниями часто лишены медицинской помощи.

Valley AIDS Services - неправительственная организация, созданная в 1987 году для обслуживания людей, живущих с ВИЧ, в долине Нижнего Рио-Гранде. Единственная служба по СПИДу в регионе, предоставляющая широкий спектр услуг по профилактике и лечению. Она находится в одном из мест профилактики ВИЧ-инфекции в двух кварталах от крупнейшего пограничного пункта в Браунсвилле. Она также проводит целевую профилактику и тестирование среди MSM-иммигрантов и предоставляет PrEP независимо от платежеспособности человека, а также первичную помощь, которая подчеркивает здоровье ЛГБТИ-сообщества.

Для людей, живущих с ВИЧ, Valley AIDS Services предоставляет комплексное медицинское обслуживание, ориентированное на ВИЧ, ведение случаев и равную поддержку. Услуги по ведению дел включают направление к юрисконсульту для решения вопросов, связанных с правовым статусом. Кроме того, Valley AIDS Services

предоставляет транспорт на собственные средства, чтобы преодолеть страх подопечных, быть задержанными властями. Группы поддержки проводятся дискретно. Когда клиенты арестовываются, Совет по Борьбе со СПИДом в Долине продолжает оказывать им медицинскую помощь, находясь в тюрьме или перед депортацией. Благодаря своему гостеприимному подходу около четверти всех людей, находящихся под опекой, являются иммигрантами, не имеющими документов.

Данная успешная практика иллюстрирует значимость вовлечения людей в процессе миграции, а также эффективные правовые и медицинские меры реагирования на уязвимость мигрантов, не имеющих документов, к ВИЧ и сопутствующим инфекциям.

3. ARK-АнтиСПИД и ECUO, юг России (Ростовская область)

Из-за своего геополитического положения этот регион испытывает интенсивные миграционные потоки, когда люди пересекают регион Кавказа и Центральной Азии или Украину. Мигранты, живущие с ВИЧ, не могут получить регистрацию в Российской Федерации, поскольку им грозит депортация на основании их ВИЧ-статуса. Поэтому они остаются без медицинской поддержки и вынуждены прерывать АРТ в России по многим причинам.

Местная организация людей, живущих с ВИЧ (ARK-Antiaids), вместе со своим партнером в Украине, Европейским и Центрально-Азиатским Союзом людей, живущих с ВИЧ, разработали алгоритм передачи АРВ-препаратов украинским мигрантам, бежавшим из Донецка и людям, которые жили на аннексированной территории Крыма.

Благодаря партнерству с местным медицинским центром по ВИЧ, эти организации обеспечивают прохождение клиентов из Украины тестирования на ВИЧ (вирусная нагрузка и клетки CD4) и получение документов, указывающих о необходимости получения АРТ. Отсканированные копии отправляются в киевский офис ECUO и/или партнерам в Донецкой Народной Республике, где они могут забрать свои лекарства, а затем отправить их по почте или с людьми, которые едут в Российскую Федерацию.

По этой схеме было организовано лечение более 100 человек в Российской Федерации, которые не смогли начать или продолжить лечение. Однако ситуация требует более стратегического подхода, и необходимо срочно работать в партнерстве со странами Центральной Азии, Грузией, Литвой и другими странами вдоль миграционных маршрутов. Недавняя инициатива - IMMIGRANIADA, проект, который нацелен на объединение общественных организаций, обслуживающих людей, живущих с ВИЧ, в Восточной Европе и Центральной Азии (в партнерстве с ECUO) для создания эффективных структур для обслуживания незарегистрированных мигрантов с ВИЧ.

Данная успешная практика иллюстрирует непрерывность оказания медицинской помощи за национальными границами и эффективные ответные меры на уязвимость к ВИЧ и коинфекциям незарегистрированных мигрантов, живущих с ВИЧ.

4. Ответные меры организаций, связанных с католической церковью и другими конфессиями, на людей, в процессе перемещения, живущих с ВИЧ и сопутствующими инфекциями.

В апреле 2016 года более 100 специалистов со всего мира, которые участвуют в религиозных мерах реагирования на людей, живущих с ВИЧ и затронутых эпидемией, собрались, чтобы поделиться передовым опытом и опытом в отношении детей, живущих с ВИЧ или находящихся под угрозой заражения. К ним присоединились другие заинтересованные стороны, в том числе представители национальных правительств. Следующие примеры демонстрируют передовую практику по оказанию помощи при ВИЧ и внимание к людям, находящимся в пути.

Программа «Май-Там» (Центр Надежды), расположенная в городе Хошимин, Вьетнам, была начата местными священниками с целью ответных мер на женщин и детей, живущих с ВИЧ, которые были брошены своими семьями и часто оказывались живущими на улицах или в больничных палатах. Многие женщины мигрировали в город из сельской местности и стали жертвами торговли людьми и/или зависели от наркотиков. Поскольку большинство матерей были внутренними мигрантами без разрешения на выезд из своих родных городов, они не могли получить доступ к медицинским услугам.

Матери обучались профессиональным навыкам и поощрялись в открытии собственного бизнеса. Некоторые женщины работают в швейной промышленности, а другие создали успешный бизнес по производству цветов. Благодаря раннему финансированию со стороны ПЕПФАР, матери и дети были обеспечены АРТ. В настоящее время программа обслуживает 87 детей в трех центрах и более 200 детей в рамках поддержки на уровне общины для поддержки соблюдения режима лечения. Хотя многим матерям из числа внутренних мигрантов рекомендуется рассмотреть возможность возвращения в свои родные города, большинство из них предпочитают оставаться в городе Хошимин из-за дискриминации людей, живущих с ВИЧ, в местах их происхождения.

Международная католическая миграционная комиссия представляет собой сеть связанных с католической церковью организаций, занимающихся обслуживанием людей, находящихся в движении, особенно вынужденных мигрантов. Он осуществляет полевые программы, которые включают гуманитарную помощь и защиту беженцев и вынужденных переселенцев. Среди них девять клиник первичной медико-санитарной помощи в лагерях для афганских беженцев вдоль границы с Пакистаном, где медицинский персонал внимательно относится к уязвимости к ВИЧ и содействует тестированию на ВИЧ, особенно среди беременных женщин. Организация также предоставляет доступ к медицинским услугам для матерей и новорожденных в сирийском районе Дамаск, а также к услугам по охране психического здоровья и социальным услугам для пострадавших от сексуального и гендерного насилия среди беженцев в Иордании, Малайзии и Пакистане. Комиссия также тесно сотрудничает с ЮНЭЙДС, ВОЗ и МОМ, чтобы привлечь внимание к миграции и здоровью в рамках Глобального Договора о Миграции и Беженцах.

Данная успешная практика иллюстрирует значимое участие гражданского общества, а также защиту людей в процессе миграции от экономической

эксплуатации.

5. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Берлин



Данные показывают, что беженцы нетрадиционной ориентации в Германии не имеют равного доступа к системе здравоохранения, информации, консультированию, тестированию на ВИЧ / ИППП и лечению, и редко участвуют в профилактике ВИЧ/ИППП. Подход общественного здравоохранения на основе участия является ценным инструментом для наращивания потенциала и позволяет беженцам с нетрадиционной ориентацией и поставщикам услуг укреплять знания и разрабатывать соответствующие инструменты и услуги по профилактике для гетерогенного нетрадиционного сообщества.

«Ваше здоровье, ваши права» (2017–2018 гг.) - это двухгодичный проект общественного здравоохранения, основанный на участии населения, который призван улучшить участие нетрадиционных беженцев в профилактике ВИЧ/ИППП, а также совместными усилиями создать соответствующие средства профилактики ВИЧ/ИППП. Он находится в ведении Национальной Ассоциации Общественных Служб по Борьбе со СПИДом (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) с находящимися в Берлине партнерами из различных организаций иммигрантов, нетрадиционных активистов-беженцев, организаций по борьбе со СПИДом и проектов МСМ. Компоненты проекта включают многоязычный семинар по оценке потребностей с участием общественности, серию методологических семинаров по наращиванию потенциала, художественный проект под руководством сообщества и совместную оценку.

Двенадцать нетрадиционных беженцев (женщин-транс, трансменов, геев и лесбиянок) и члены организаций мигрантов нетрадиционной ориентации решили принять участие в проекте и получили образование и поддержку для документирования своего жизненного опыта и потребностей с использованием таких методов, как составление карт сообщества и рассказ историй. Ключевые темы и потребности, связанные с сексуальным здоровьем, были определены совместно. На

основе этих результатов и в рамках художественного семинара участники разработали концепцию и дизайн многоязычного веб-сайта для беженцев с нетрадиционной ориентацией, который предоставляет полезную информацию о правовой ситуации в Германии, системе здравоохранения Германии, ВИЧ и других венерических заболеваниях. и безопасном сексе. Кроме того, в нем указаны адреса организаций, которые предлагают консультации, тестирование на ВИЧ/ИППП и поддержку. Оценка показывает частое использование веб-сайта.

Проект показывает, что большее вовлечение беженцев с нетрадиционной ориентацией и групп мигрантов возможно, если это разрешено. Это требует ресурсов, обученного и преданного своему делу персонала, а также понимания и практики участия, которые включают предоставление полномочий по принятию решений участникам из числа беженцев. Интерактивный подход и использование поддерживающей перформативной профилактики и методов развития средств массовой информации предоставили возможности участия сильно травмированных беженцев, которые изо всех сил пытались устно выразить свои мысли и чувства. Это также позволило общаться участникам, не говорящим на одном языке.

Участие мигрантов в проекте оказывает положительное влияние на нескольких уровнях: непосредственно вовлеченные лица улучшают свои компетенции (расширение прав и возможностей); поставщики услуг лучше адаптируют свои медиа услуги к потребностям и условиям жизни беженцев с нетрадиционной ориентацией и мигрантов; ресурсы участвующих сообществ идентифицированы и мобилизованы, процессы формирования сообщества поддержаны.

Данная успешная практика иллюстрирует значимое участие ключевых групп населения в движении - MSM, женщин и трансменов, а также наращивание потенциала как для мобильных групп, так и для поставщиков услуг.

6. Канадская сеть по ВИЧ СПИДу для чернокожих, африканских и карибских стран, Оттава, Канада

Канадская сеть по ВИЧ/СПИДу для чернокожих, африканских и карибских стран - это национальная сеть организаций, отдельных лиц и других заинтересованных сторон, которые стремятся решать проблемы, связанные с ВИЧ в африканских, карибских и чернокожих общинах Канады. Созданная в 2010 году сеть, призвана дополнить мероприятия, связанные с Федеральной Инициативой по Борьбе с ВИЧ/СПИДом в Канаде, особенно среди людей из таких стран, где ВИЧ является эндемическим заболеванием как в Африке и Карибском бассейне.

В 2018 году сеть была профинансирована Агентством Общественного Здравоохранения Канады в рамках Фонда Действий Сообщества по ВИЧ и гепатиту С для проекта под названием «Канадская сеть африканских стран по борьбе с ВИЧ/СПИДом (СНАВАС): мобилизация усилий по регионам для создания эффективных ответных мер на ВИЧ в АСВ сообщества ».

В рамках этого проекта сеть разрабатывает программную научную модель для услуг по профилактике ВИЧ, которая систематически оценивается, основана на научных

данных и специально разработана для африканских, карибских и чернокожих общин. В рамках проекта проводится обучение по этой модели, по крайней мере с 80 поставщиками услуг в Альберте, Онтарио, Нью-Брансуике и Новой Шотландии, чтобы они могли адаптировать свои предусмотренные меры и принять новые. Через вебинары, информационные бюллетени и презентации на конференциях сеть широко расскажет о своей программной научной модели и уроках, извлеченных из ее реализации.

Предполагается, что эта инициатива станет моделью наилучшей практики и может помочь мобилизовать сообщества африканских, карибских и чернокожих в других странах для рассмотрения вопроса о разработке аналогичной модели регионального центра для привлечения этих сообществ к воздействию на уровне страны, финансируемому их национальным правительством.

Данная передовая практика иллюстрирует важность значимого вовлечения и наращивания потенциала людей, находящихся в движении, и организаций гражданского общества, а также борьбу со стигмой и дискриминацией с помощью государственного образования.

7. AIDS care China, Китай, Руили

Город Руили в префектуре Дехонг, в провинции Юньнань, расположен недалеко от опиумных районов Золотого Треугольника и является отправной точкой основных маршрутов незаконного оборота наркотиков в Китае. Первые случаи ВИЧ-инфекции были обнаружены здесь среди людей, употребляющих инъекционные наркотики в 1989 году.

По оценкам, 50 000 человек из Мьянмы живут в районе Цзягао в Руили. AIDS Care China, организация, объединяющая альянс, сотрудничает с правительством Руили в управлении «Лучшей Клиникой». «Лучшая клиника» предлагает комплексные услуги для людей, живущих с ВИЧ, и людей, употребляющих инъекционные наркотики, из близлежащих деревень в Руили или через границу в Мьянме. Услуги включают в себя обмен игл, продление поддерживающего лечения метадонном, тестирование на ВИЧ и консультирование, а также АРТ. Большинство клиентов являются мигрантами из Мьянмы и включают водителей грузовиков, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и работников секс-индустрии.

Благодаря этим эффективным стратегиям в Руили среди людей, живущих с ВИЧ, имеющих право на антиретровирусную терапию, уровень смертности снизился на 95% по сравнению с 2005 годом. С 2008 года до нуля было зарегистрировано ноль новых случаев ВИЧ-инфекции среди людей, которые употребляли наркотики и посещали клиники поддерживающего лечения метадонном. С 2008 по 2014 года не было сообщений о том, что дети, рожденные от беременных женщин, живущих с ВИЧ, были ВИЧ-положительными.

Данная успешная практика иллюстрирует эффективную реформу регулирования, а также восприимчивые и инклюзивные местные системы здравоохранения по отношению к людям, употребляющим инъекционные наркотики, и людям, живущим с ВИЧ, находящимся в процессе перемещения.

8. Бразилия: Ответная реакция на Венесуэлу, серьезный кризис для латиноамериканского региона

Из-за серьезных политических и экономических кризисов основная миграция венесуэльцев из этой страны началась в 2015 году и значительно возросла. С января по июнь 2018 года в Бразилию въехало около 130 000 венесуэльцев, а около 60 000 обратились с просьбой о легализации миграции. Бразильское правительство согласилось принять венесуэльцев, но растущий приток создал серьезные проблемы для служб общественного здравоохранения в северном регионе.

Решение бразильского правительства принять венесуэльцев основано на новом Законе о Миграции (№ 13,445), который обеспечивает доступ к службам общественного здравоохранения и социального обеспечения, а также к социальному обеспечению независимо от национальности и миграционного статуса. Объединенная система здравоохранения Бразилии (которая предлагает всеобщий и бесплатный доступ к здравоохранению) также гарантирует мигрантам доступ к комплексному медицинскому обслуживанию.

В этом контексте был разработан Комплексный план действий в области здравоохранения для руководства и организации своевременного реагирования на миграционные потоки в штате Рорайма, включая действия федерального правительства, правительства штата Рорайма и муниципалитетов Боа Виста, Пакарайма и другие муниципалитеты, пострадавших от миграционного потока. Для размещения тысяч венесуэльцев в столице штата (Боа-Виста) было построено 10 приютов, где также предоставляются услуги по вакцинации и укреплению здоровья.

Что касается профилактики и ухода в связи с ВИЧ, план уже способствовал созданию потенциала для более чем 100 медицинских работников (врачей, медсестер и фармацевтов) для диагностики и клинического ведения ВИЧ-инфекции и других ИППП, с акцентом на предотвращение стигмы и дискриминации. План также способствовал перестройке служб здравоохранения, связанных с ВИЧ, с акцентом на децентрализацию. Важно подчеркнуть, что скрининг на ВИЧ и другие ИППП не является обязательным; Услуги предоставляются в медицинских учреждениях и приютах на добровольной основе.

Лечение ВИЧ гарантировано всем людям, живущим с ВИЧ в Бразилии, независимо от того, имеют ли они гражданство Бразилии или нет. Согласно государственной системе АРВ-диспансеризации, количество новых венесуэльских пациентов, получающих АРТ, увеличилось в 5,5 раза в период с 2016 года (16 новых пациентов) и с июня 2018 года (104 новых пациента).

Поддержка Бразилии венесуэльцам распространяется за пределы страны. Зная, что Колумбия также получила большой контингент мигрантов, Бразилия недавно пожертвовала препараты первой линии (тенофовир / ламивудин + долутегравир) для лечения 500 венесуэльцев в этой стране.

Данная успешная практика иллюстрирует эффективную реформу законодательства и/или регулирования, наращивание потенциала работников здравоохранения и развитие национальных систем здравоохранения, которые восприимчивы к потребностям людей, находящихся в процессе перемещения.

9. Кыргыз Индиго - услуги для МСМ в процессе перемещения в Кыргызстане

Кыргыз Индиго является общественным объединением, которое поддерживает сообщество лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (ЛГБТИ) в Кыргызстане. Его деятельность направлена на пропаганду здорового образа жизни, укрепление психологического здоровья, развитие потенциала, предоставление приютов в Бишкеке и поддержку в городе Ош, а также защиту прав ЛГБТИ.

Кыргыз Индиго было основано в 2009 году. Организация обеспечивает правовую защиту, реагирует на нарушения прав человека, проводит исследования, выступает за инклюзивную профилактику и устойчивые вмешательства в области здравоохранения, а также объединяет государственные и международные институты для содействия недискриминации. Он также провел тренинги по вопросам лидерства и активности, прав и пола, ВИЧ, ИППП, гепатита, туберкулеза и здорового образа жизни.

Кыргызстан переживает как внутреннюю, так и внешнюю миграцию. Геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, мигрируют, главным образом, для получения образования или работы. Международная миграция происходит в основном в поисках более высоких заработков и/или большей свободы или во избежание психологического угнетения или культурного насилия, включая принудительные браки. Миграция и работа снимают финансовую зависимость от родственников и эмоциональное давление, для демонстрации мужественности посредством брака и рождения детей.

Кыргызстан - это страна, которая предоставляет особые возможности для внутренних и внешних мигрантов. Внутренние МСМ-мигранты могут получить бесплатное консультирование и тестирование на ВИЧ от неправительственных организаций или государственных учреждений. Они также могут воспользоваться диспансером в столице, даже если у них нет вида на жительство в городе. Лечение ВИЧ бесплатно для всех, включая иностранных граждан.

Кыргыз Индиго работает в столице города, что обеспечивает быстрое тестирование и социальную поддержку. Организация также имеет приют, который предоставляет временное безопасное место, горячее питание, социальные, психологические и юридические услуги жертвам насилия и мигрантам.

Данная успешная практика показывает, что могут быть предоставлены инклюзивные и восприимчивые мобильные и ключевые медицинские услуги для МСМ, также возможность избежать стигмы и дискриминации.

10. Инициатива “Меры в интересах здоровья” (ACHIEVE, Inc.), Филиппины

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди иностранных филиппинских рабочих неуклонно росла на протяжении многих лет. Регистр по ВИЧ/СПИДу и АРТ на Филиппинах сообщил, что 10% (5889) филиппинцев с диагнозом ВИЧ в период с 1984 по июнь 2018 года (56 275) были филиппинскими работниками за рубежом. Семьдесят один процент (4 181) из филиппинских работников из-за рубежа, которым поставлен диагноз ВИЧ, были мужчинами, и, по оценкам, 86% из них заразились ВИЧ в результате незащищенного секса с другими мужчинами. В ответ Инициатива Мер в интересах Здоровья (ACHIEVE) объединили мобилизацию сообщества, наращивание институционального потенциала и пропаганду на основе совместных действий.

ACHIEVE провело многочисленные исследования взаимосвязей между миграцией и ВИЧ и использовало полученные результаты для разработки учебной программы, направленной на усиление мер в ответ на ВИЧ для филиппинских иностранных работников в странах назначения. Работая в тесном сотрудничестве с Институтом Дипломатической Службы, Школой Дипломатии Министерства Иностранных Дел, в течение последних 14 лет ACHIEVE обучил 14 сотрудников дипломатической службы работе с нуждами и проблемами филиппинцев в странах назначения, связанных с ВИЧ. Сотрудники дипломатической службы проходят подготовку, чтобы стать профессиональными дипломатами и будущими послами.

Тренинги включают повышение осведомленности о ВИЧ и реалиях миграции; снижение стигмы посредством беседы с зарубежными филиппинскими работниками, живущими с ВИЧ; и развитие навыков деликатного интервьюирования и консультирования. Тренинг был дополнен руководством по решению проблем, связанных с ВИЧ, для иностранных филиппинских рабочих в странах назначения, которое также было опубликовано и распространено среди филиппинской почты за рубежом.

ACHIEVE убеждает об устойчивости программы. Организация призвала включить модуль обучения по вопросам ВИЧ и миграции в учебную программу Института Дипломатической Службы для всех сотрудников дипломатической службы и другого персонала. Участники программы обучения FSI, отстаивали эту пропаганду в рамках Департамента, что привело к его институционализации.

Привлечение иностранных филиппинских работников, живущих с ВИЧ, делает эту учебную программу успешной. На разработку этой программы оказал влияние филиппинский работник из-за рубежа, которому поставили диагноз ВИЧ. Участие этих работников, живущих с ВИЧ, в качестве докладчиков произвело неизгладимое впечатление на участников тренинга. ACHIEVE обеспечило значимость и эффективность участия этого сообщества путем разработки программы по наращиванию потенциала, которая позволила им лучше понять проблемы ВИЧ, пола, сексуальности, прав человека и миграции, а также развития практических навыков, таких как публичные выступления, содействие в обучении и пропаганда. ,

Данная успешная практика иллюстрирует значимое участие людей в процессе перемещения, живущих с ВИЧ в наращивании потенциала ключевых

заинтересованных сторон.

11. WAJOOD: Расширение прав и возможностей трансгендеров и хиджр для доступа к сексуальному здоровью и правам человека в Индии.



Общины трансгендеров и хиджры являются одними из самых маргинализированных групп населения в Индии. У них второе место по распространенности ВИЧ в Индии - 7,2% (NACO 2017), и во всем мире вероятность заражения ВИЧ в 49 раз выше. В 2016 году правительство Индии наконец предоставило им правовой статус. Тем не менее, они остаются в маргинальном положении из-за ограниченного доступа к услугам, включая здравоохранение, образование, социальные права, а также возможностей получения средств к существованию. Насилие и особенно гендерное насилие в отношении трансгендеров и хиджры внутри и вне сообщества является значительным и распространенным явлением: со стороны полиции, клиентов и даже постоянных партнеров. Поскольку большинство трансгендеров и членов хиджры либо выброшены из своих домов, либо покидают свои дома, они часто становятся мигрантами или мобильными лицами без документов.

WAJOOD разработан для трансгендеров и хиджры, и возглавляется ими же. Уникальность проекта заключается в том, что он демонстрирует модели для расширения масштабных, основанных на потребностях и восприимчивых услуг для трансгендеров и хиджры. Он реализуется в пяти штатах и шести местах: Дели, Гуджарат (Вадодара), Карнатака (Холар и Чикбалапура), Андхра-Прадеш (Элуру) и Телангана (Хайдарабат). Все три основных сотрудника и 32 сотрудника на местах обслуживают 7000 трансгендерных лиц и хиджр из области транс или хиджры.

Поскольку сообщества не являются однородными, важно, чтобы WAJOOD достиг широкого разнообразия трансгендеров и хиджры. На каждом участке от двух до трех членов сообщества, обладающих лидерскими качествами, были обучены в качестве «агентов перемен» и оснащены для реагирования на три конкретные области потребностей - работа по обеспечению доступа к безопасной феминизации, поддержка против насилия, с которым сталкивается сообщество, и помощь в социальной защите и поддержке - с консультационной поддержкой, тестированием на ВИЧ и непрерывным уходом в качестве основной услуги. Агенты перемен были из разных групп трансгендеров и хиджры, включая тех, кто был чрезвычайно традиционен и жил в общественных домах, тех, кто имел сильную религиозную принадлежность, и тех, кто относится к группе работников секс индустрии в современных банях (места высокой плотности для секс индустрии).

Прежде чем отправиться в сообщества, аутрич-работники и агенты перемен картографировали посредников и сторонников, и разработали такие системы, как группы реагирования на кризисы, в которых есть адвокаты и врачи, а также лидеры трансгендеров и хиджры. Они также картографировали сообщество дружественных докторов для феминизации услуг и ознакомления с отделом социальной справедливости и полицией. Затем они начали связываться с более широкими группами трансгендеров и хиджры, обучать и распространять информацию и связывать людей, которые нуждались в услугах, например, поступление в образовательные учреждения, доступ к социальным льготам, таким как удостоверения личности, и обсуждение возможностей трудоустройства. В результате, охват услугами по ВИЧ также увеличился.

Данная успешная практика иллюстрирует наращивание потенциала ключевых групп населения, находящихся в процессе перемещения - в особенности транс, включая работников секс индустрии, также поставщиков услуг и борьбу со стигмой через государственное образование.

12. Гостепреимство Америки - создание нации соседей, США

[\(https://www.welcomingamerica.org/\)](https://www.welcomingamerica.org/)

Программа «Гостепреимство Америки» предполагает, что культурное разнообразие обогащает сообщества уникальными взглядами и разнообразием мышления. Это общенациональная сеть некоммерческих и местных правительственных партнеров, которая признает, что гостепреимство ведет к процветанию. Все люди, включая иммигрантов, являются ценными участниками, которые жизненно важны для успеха сообществ и их общего будущего. «Гостепреимство Америки», созданная в 2009 году, спровоцировала растущее движение по всей территории США, где каждый восьмой житель проживает в Гостепреимном сообществе: эти места показывают, что можно выйти за пределы страха и даже терпимости к светлому будущему. Эта отмеченная наградами модель социального предпринимательства начинает расширяться в других местах.

Движение охватывает широкий круг участников в каждой локальной области: корпоративные партнеры и агентства экономического развития, включая финансовые

институты; гражданские партнеры, такие как YMCA и образовательные учреждения; партнеры из государственного сектора, включая не только местные органы власти, но и руководителей полиции и школьные советы; местные благотворительные организации и общественные фонды; и представители многих религиозных общин.

Гостепреимные сообщества создают культурную и политическую среду, которая позволяет новичкам всех слоев общества чувствовать себя ценными и в полной мере участвовать вместе со своими соседями в социальной, гражданской и экономической структуре своих приемных родных городов. Эти сообщества соглашаются обеспечить совместную работу всех соответствующих секторов, таких как правительство, бизнес и некоммерческие организации, для создания благоприятного общественного климата, который поддерживает долгосрочную интеграцию.

Муниципалитеты обязуются институционализировать стратегии, обеспечивающие постоянное включение и долгосрочную экономическую и социальную интеграцию вновь прибывших. Сообщения о единстве и общих ценностях пронизывают сообщество через средства массовой информации, голоса лидеров и жителей. Кроме того, разработаны политика и практика, обеспечивающие позитивное взаимодействие между новыми и давними жителями, а также жизнеспособность общины.

Одним из примеров такого гостеприимного сообщества является Айова-Сити. Этот локальный подход предполагает выход за рамки единой программы или службы для работы с учреждениями по всему сообществу, чтобы уменьшить барьеры, с которыми сталкиваются иммигранты, и навести мосты между вновь прибывшими и постоянными жителями. Сильный импульс был от Группы Развития Района города Айовы, сформированной в 1984 году, которая привержена делу повышения экономической жизнеспособности района, создания благоприятного делового климата и расширения возможностей трудоустройства. Был разработан веб-сайт, чтобы помочь иммигрантам подключиться ко всем ресурсам и мероприятиям, необходимым для поселения в этом районе. Наконец, по всему городу была развернута серия приветственных баннеров, призванных способствовать хорошим отношениям и позитивному отношению к иммигрантам.



Данная практика иллюстрирует возможность преодоления стигмы и дискриминации с помощью совместных действий на местном уровне и просвещения о социальной и экономической ценности миграции, и о защите людей, в процессе миграции, от эксплуатации.

5. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

«Должны быть созданы Двужычные и гостеприимные пространства. Необходимо гостепреимство на новом месте. Гостеприимный центр. И возможность людей подключения к системам в таком центре. Было бы замечательно, если бы существовала система одноранговых навигаторов - вам нужна помощь во всем этом. Это было бы менее пугающим - тогда может произойти куча всего. Это действительно сложно и требует невероятных внутренних ресурсов для получения медицинской помощи, когда у вас есть базовые потребности для удовлетворения. Я не нашла простой способ сделать это ».

- Лорел, лесбиянка, живущая с ВИЧ, рабочий-мигрант, США

122. В настоящем докладе подчеркивается, что связи между мобильностью населения и ВИЧ являются ключевыми для достижения наших глобальных целей и задач на 2030 год и для того, чтобы охватить всех без исключения. Можно сделать четыре основных вывода:

Относительно недавнее увеличение, ускорение и разнообразие мобильности людей усиливают уязвимость к ВИЧ людей, находящихся в пути.

123. В настоящем докладе рассматриваются несколько соответствующих глобальных тенденций, в том числе:

- растущее разнообразие и сложность человеческой мобильности;
- возникающая дифференцированная роль женщин в перемещении;
- изменение нашей парадигмы здоровья в сторону более позитивного восприятия развития и людей в процессе миграции;
- понимание того, что мобильность связана не только или даже преимущественно с пересечением международных границ, но также с внутренним или страновым перемещением населения; а также
- появление антиглобализации с возвратом к более негативным взглядам на права человека и международную миграцию.

124. Эти тенденции оказывают значительное влияние на здравоохранение в связи с ВИЧ. Трудно обеспечить непрерывность лечения ВИЧ во время нынешнего всплеска мобильности населения, например, из сельской местности в города или через международные границы. Финансирование и доступ к медицинскому обслуживанию обычно основывались на проживании, гражданстве, профессиональной категории или семейных отношениях с лицом, имеющим медицинскую страховку. Однако рост мобильности населения ставит в тупик эти традиционные подходы. Мобильность и миграционный статус могут увеличить подверженность и уязвимость к ВИЧ, туберкулезу и гепатиту.

125. Различные правовые и нормативные проблемы и барьеры, возникающие в процессе переезда, могут усугубить состояние здоровья, поскольку дискриминационная политика ведет к увеличению затрат, ограничению доступа к услугам и лечению, а также к увеличению заболеваемости и смертности. Тот факт, что отсутствует международный консенсус относительно определений ключевых

терминов, таких как миграция и мобильность, только усугубляет сложность нынешнего контекста.

Существенные препятствия и пробелы стоят перед мобильным населением в плане доступа к услугам по ВИЧ и сопутствующим инфекциям

126. Существуют значительные препятствия, а также пробелы в пропаганде ВИЧ, коинфекции, политике, программировании и финансировании мобильных сообществ. В слишком многих случаях границы все чаще рассматриваются как зоны, свободные от прав, где права человека незаконно считаются приостановленными, а защита от дискриминации ошибочно воспринимается как основанная на обычном статусе в месте пребывания.
127. Медицинские учреждения по-прежнему являются одним из основных источников дискриминационной практики для людей в процессе перемещения. Медицинские службы и правоохранительные органы даже частично совпадают в недостаточной подготовке или наращивании потенциала по сравнению с опытом людей, в процессе миграции, и в отсутствии брендмауэров для обеспечения доступа к медицинским услугам независимо от миграционного статуса.
128. Не хватает средств и обучения, чтобы люди, находящиеся в пути, могли преодолеть препятствия, например юридическая помощь, омбудсмены, отстаивающие права или другие механизмы возмещения ущерба. Недостаточное внимание может быть уделено эффективной лингвистической и культурно-восприимчивой коммуникации и медицинской информации. Перемещающееся лицо может также подвергаться различным уровням стигмы, связанной с ВИЧ или ключевым населением, и может быть криминализовано, задержано или депортировано.

«Я решила переехать, потому что употребляю наркотики и подвергаюсь притеснениям со стороны семьи. В целом основные проблемы, с которыми я сейчас сталкиваюсь, включают доступ к еде, жилью, работе и медицинским услугам. Иногда я сталкиваюсь с преследованием со стороны полиции. Поскольку я человек, живущий с ВИЧ, мне нужно регулярно проходить лечение; Мне также нужно лечение от гепатита С. У правительств мог бы быть центр для мигрантов, который бы помогал людям, приезжающим из дома, система, где иммигранты могли бы получить поддержку для получения документов или удостоверения личности. Хотелось бы, чтобы не было границ.

- Рачи, гетеросексуальный мужчина, потребитель инъекционных наркотиков, живущий с ВИЧ, мигрант, Мьянма

129. В основе этих барьеров лежит отсутствие данных и фактических данных о связях между мобильностью населения и ВИЧ в целом, и о потребностях конкретных групп населения, находящихся в движении. Без укрепления такой интегрированной мобильности населения и базы фактических данных о ВИЧ,

маловероятно, что законодатели или планирование здравоохранения станут более восприимчивыми к людям, находящимся в процессе перемещения.

Мобильные группы населения находятся под угрозой отставания в борьбе со СПИДом; значительное количество из них относится к ключевым группам населения

130. Значительное количество людей в движении принадлежат к ключевым группам населения. Эти мобильные группы населения имеют ограниченный доступ к услугам и подвергаются большему риску заражения ВИЧ, чем люди, которые не находятся в пути, отчасти из-за того, что они маргинализированы, сталкиваются с ограничениями на передвижение и могут также подвергаться уголовному преследованию. Расширение прав и возможностей мобильных групп населения, особенно тех, которые принадлежат к ключевым группам населения, является ключевой стратегией для достижения целей 2030 года.

«Я ушел из дома из-за драки с семьей; У меня была поддержка моего гуру (старшего хиджры). И я переехал в свое нынешнее место, потому что нашел там новую семью хиджры и гуру. В настоящее время мои основные проблемы связаны с высоким кровяным давлением, необходимостью в услугах сексуального здоровья и гормональной терапией. Я также борюсь с нехваткой воды, работаю в загрязненных областях, и иногда сталкиваюсь с преследованием полиции. Люди не осознают проблемы трансгендерных людей: нас нужно принять и предоставить возможности».

– *Raya, хиджра / транс-женщина, внутренний мигрант, Индия*

Существует целый ряд инновационных и масштабируемых передовых методов продвижения ВИЧ и связанных с ними услуг среди мобильных сообществ.

131. В этом отчете представлены различные передовые практики, которые решают широкий круг вопросов, в том числе значимое вовлечение мобильных групп населения, наращивание потенциала как людей, находящихся в движении, так и работников здравоохранения, с целью обеспечения услуг, ориентированных на культуру и язык, мобильных медико-санитарные услуги, учитывающие особенности населения, непрерывность доступа к услугам здравоохранения/непрерывность ухода на протяжении всего процесса перемещения (включая системы медицинских паспортов и доступные места обслуживания) и меры реагирования на уязвимость мигрантов, не имеющих документов, к ВИЧ и сопутствующим инфекциям. Тем не менее, передовая практика не исчерпывает диапазон возможных инновационных решений. Есть примеры многих НПО, которые предоставляют услуги по ВИЧ и коинфекции, в том числе для незастрахованных или незарегистрированных мигрантов. Удовлетворение медико-санитарных потребностей людей, в процессе перемещения, имеет решающее значение для прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году. Правительства, НПО и частный сектор могут сотрудничать в целях тиражирования или расширения масштабов многих передовых методов работы.

Рекомендации

132. В данном отчете широко обсуждается широкий круг заинтересованных сторон, как общинных, так и других. Тем не менее, эти Рекомендации специально предоставлены в качестве ресурса для разработки пунктов решений, которые будут представлены делегацией НПО на совещании ПКС в декабре 2018 года. В этом докладе рекомендуются следующие действия для более эффективного устранения уязвимости к ВИЧ и сопутствующим инфекциям среди мобильных групп населения и достижения целей 2030 года. Он призывает ЮНЭЙДС:

- *принять* определение МОМ мигранта; и в полной мере реализовать соглашение о сотрудничестве между ЮНЭЙДС и МОМ в целях расширения доступа к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ для мигрантов, мобильного населения и людей, пострадавших от чрезвычайных гуманитарных ситуаций;
- *повысить* свои усилия по устранению всех правовых и нормативных барьеров, которые подрывают права человека и здоровье мобильных групп населения, включая ограничения на поездки, криминализацию основных групп населения, криминализацию передачи ВИЧ и отсутствие предоставления услуг и доступа, в том числе к службам снижения вреда;
- *разработать* и продвигать базовый пакет неосуждающих, конфиденциальных и компетентных в культурном и лингвистическом отношении услуг первичной медико-санитарной помощи, которые будут предоставляться людям, находящимся в пути бесплатно, в рамках Всеобщего Доступа к Услугам Здравоохранения и в знак признания их права на наивысший достижимый уровень здоровья, независимо от миграционного статуса, в том числе быстрый доступ к качественным и культурно компетентным средствам диагностики ВИЧ, туберкулеза и гепатита, службам лечения и ухода, службам охраны психического здоровья по мере необходимости, услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья для женщин и девочек и обеспечению непрерывности ухода;^{xlviii}
- *запросить* Управление Верховного Комиссара Организации Объединенных Наций по Правам Человека подготовить доклад об обеспечении соблюдения прав человека и здоровья мобильных групп населения, в том числе людей, живущих с ВИЧ и подверженных риску заражения ВИЧ, а также лиц, принадлежащих к ключевым группам населения и любые законы, которые допускают ограничения на поездки и работу, депортацию или заключение на основании сексуальной ориентации и социального несоответствующего поведения, а также статуса ВИЧ, туберкулеза или гепатита;
- *разработать* краткое изложение политики значимого участия мобильных групп населения в соответствии с принципом GIPA «ничего о нас без нас» с рекомендациями для правительств, гражданского общества и международных доноров о том, как расширить, улучшить и поддержать их участие в качестве

равных в развитии обеспечения и оценки глобальных, региональных и страновых мер в ответ на СПИД;

- *предлагать* техническую поддержку для обеспечения того, чтобы национальные системы здравоохранения и планы по ВИЧ в обязательном порядке учитывали потребности людей, находящихся в пути, включая предоставление мобильных клиник и других форм тестирования на ВИЧ на уровне сообщества, альтернатив задержанию, медико-санитарных паспортов или других Карточек с историей болезни пациентов, которые обеспечивают непрерывность медицинской помощи, создают общую базу данных и улучшают базу фактических данных о ВИЧ в отношении мобильных групп населения, обучают персонал медицинских учреждений основанным на правах, восприимчивым/инклюзивным, и межкультурным компетентным и безопасным уходом за здоровьем. Забота о мобильных группах населения, защита от трудовой эксплуатации и сексуального насилия, а также укрепление международного сотрудничества в области охраны здоровья мобильных групп населения;
- *призвать* к четким мерам по противодействию СПИДу ключевых групп населения, находящихся в пути людей, принадлежащих к ключевым группам населения, а именно людей, находящихся в движении, которые также являются гееми и другими мужчинами, имеющими половые контакты с мужчинами, работников секс индустрии, транссексуалов, лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и людей, находящихся в пути, которые содержатся в закрытых помещениях, таких как центры содержания под стражей или лагеря; а также особенно уязвимые группы, такие как мигранты без документов, люди, которые, возможно, были вынуждены перемещаться против своей воли или которые стали жертвами торговли людьми, и мобильные группы населения, которые могут быть определены в качестве ключевых групп населения конкретными странами на основе национального эпидемиологического и социального контекста.

6. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Признательность и участники

Делегация НПО ПКС выражает благодарность всем лицам и организациям, включая 83 респондента, которые поделились своим временем, опытом и знаниями, чтобы сделать этот доклад возможным. Ваши голоса, опыт и истории имеют решающее значение для обеспечения того, чтобы на встрече ПКС были приняты срочные и соответствующие меры для решения проблем людей, находящихся в процессе перемещения, в контексте глобальной эпидемии СПИДа.

Аллен Кендикува, Молодежная Коалиция Уганды по вопросам СРЗП и ВИЧ для подростков (CYSRA-Уганда)

Амара Кесада, Инициатива Меры в интересах здоровья, Филиппины

Бангюань Ван, AIDS Care China, Руили

Бой Гупта, Пана Африка Позитивная женская коалиция

Брам Пресс, Фонд MAP, Таиланд

Кармен Фостер, La Clinica de la Raza

Чарльз Кинг, Служба долины по борьбе со СПИДом, Нижняя долина Рио-Гранде, США
Chiwere, HIVOS

Чиринг Шерпа

Кристиан Хуэй, Канадская сеть позитивных людей

Кристофер Хикс, Национальный фонд борьбы со СПИДом, Великобритания

Данияр Орсеков, Кыргыз Индиго - услуги для МСМ, находящихся в процессе перемещения в Кыргызстане

Эрик Омонди, ASWA

Эвелин Фуст, Отделение инфекционных болезней Северной Каролины

Фабио да Силва Сартори, Департамент по ИППП, ВИЧ / СПИДУ и вирусным гепатитам,

Министерство Здравоохранения Бразилии

Фернанда Рик

Гильермо Чакон, Латинская комиссия по СПИДУ

Джудит Рорри, Совместное служение в Северном Далласе

Джулиана Гивизье

Джунани, Бандунг, Индонезия

Константин Леженцев, АРК-АнтиСПИД и ЕСУО, Юг России (Ростовская область)

Кваку Адомако, Глобальная сеть африканской черной диаспоры

Лаурель

Лелла Космаро, ЛИЛА Милано ONLUS, Италия

Марсо

Набвире Джанет, Busia Youth Center

Нассака Мариам, Альянс молодежи Восточной и Южной Африки по вопросам СРЗП и ВИЧ

Нулмук Сутти Бхасилп

Олив Мумба, Восточноафриканские сети организаций по ВИЧ

Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI) / Индонезийская сообщество сработников секс-индустрии, Джакарта

Пэйшенс Ниагаглила

Пелагия

Роберт Дж. Витилло, Ответная реакция организации, связанной с католической церковью и другими религиозными организациями, на людей, находящихся в пути и живущих с ВИЧ и сопутствующими инфекциями

Самуэй Лопес

Шазия Ислам

Сипиве Мапфумо

Таня Гангарова, Deutsche AIDS-Hilfe, Германия

Тереза Штекер, Айова Сити

Wangari Tharao, Здоровье Женщин в Женских Руках, Канада

Приложение 2: Сокращения и аббревиатуры

ACHIEVE	Содействие для инициатив в области здравоохранения
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
АРТ	Антиретровирусная терапия
СНАВАС	Канадская сеть по ВИЧ/СПИДу для чернокожих, африканских и карибских сетей
ДРК	Демократическая Республика Конго
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВПЛ	Внутренне перемещенные лица
МОМ	Международная Организация по Миграции
ЛАК	Латинская Америка и Карибский бассейн
ЛГБТИ	Лесбиянки, геи, бисексуалы, транссексуалы и интерсексуалы
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
МСМ	Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами
OFW	Филиппинские рабочие за рубежом
ПКС	Программа Координационного Совета
PrEP	Первичная профилактика
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ЦУР	Цели устойчивого развития
ТВ	Туберкулез
УНС	Всеобщий доступ к услугам здравоохранения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ / СПИДу

Приложение 3. Существующие политические рамки государств-членов ООН

Ключевые документы	Избранные рекомендации
<p>2018. 38-я сессия Совета по правам человека ООН, пункт 3 повестки дня: Поощрение и защита всех прав человека, гражданские, политические, экономические, социальные и культурные права, в том числе право на развитие</p>	<p>19. настоятельно призывает государства рассмотреть многочисленные и пересекающиеся формы дискриминации и конкретные потребности в медицинской помощи, испытываемые мигрантами и мобильным населением, а также беженцами и пострадавшим от кризиса населением в контексте ВИЧ, и ликвидировать стигму, дискриминацию и насилие, а также пересмотреть политику, связанную с ограничениями на въезд на основании ВИЧ-статуса, с целью устранения таких ограничений и возвращения людей на основе их ВИЧ-статуса, а также поддержать их доступ к профилактике, диагностике, лечению ВИЧ, уходу и поддержке;</p>
<p>2017. 35-я сессия Совета по правам человека ООН, пункт 3 повестки дня: право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья</p>	<p>2) призывает государства уважать, защищать и осуществлять право каждого человека на наивысший доступный уровень физического и психического здоровья с уделением особого внимания группам в уязвимых ситуациях;</p>
<p>2017. 70-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Пункт 13.7 повестки дня. Укрепление здоровья беженцев и мигрантов.</p>	<p>2. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены в соответствии с их национальным контекстом, приоритетами и правовой базой:</p> <p>(1) рассмотреть вопрос о продвижении в соответствующих случаях системы приоритетов и руководящих принципов на глобальном, региональном и страновом уровнях, включая ее использование для информирования государств-членов и партнеров, участвующих в разработке глобального договора о беженцах и глобального договора о безопасной, упорядоченной и регулярной миграции;</p> <p>(2) выявить и собрать основанную на фактических данных информацию, передовые методы и извлеченные уроки в отношении удовлетворения потребностей в области здравоохранения беженцев и мигрантов, чтобы внести вклад в разработку проекта глобального плана действий по укреплению здоровья беженцев и мигрантов;</p> <p>(3) укреплять международное сотрудничество в области охраны здоровья беженцев и мигрантов в соответствии с пунктами 11 и 68 и другими соответствующими пунктами Нью-Йоркской Декларации Беженцев и Мигрантов;</p> <p>(4) рассмотреть вопрос об оказании необходимой медицинской помощи на основе двустороннего и международного</p>

	<p>сотрудничества тем странам, которые размещают и принимают большое число беженцев и мигрантов;</p>
<p>2017. РСВ, пункт 1.4; Доклад представителя НПО</p>	<p>4.4. Просит ЮНЭЙДС и государства-члены в партнерстве с организациями гражданского общества и всеми другими заинтересованными сторонами:</p> <p>а. Разработать и применить методологии сбора доказательств с участием общественности на уровне стран для выявления барьеров и измерение уровня и качества доступа к услугам для всех групп риска, для охвата всех без исключения</p> <p>4.5 Просит Совместную программу содействовать партнерским отношениям между государствами-членами и общественными организациями, чтобы помочь обеспечить эффективные действия по удовлетворению потребностей в профилактике, ранней диагностики и лечении ВИЧ, для охвата всех без исключения</p>
<p>2016. Генеральная Ассамблея ООН, Нью- Йоркская Декларация о Беженцах и Мигрантах.</p>	<p>30. Мы призываем государства учитывать уязвимость к ВИЧ и конкретные потребности в медико-санитарной помощи, испытываемые мигрантами и мобильным населением, а также беженцами и пострадавшим от кризиса населением, также принимать меры по снижению стигмы, дискриминации и насилия, а также что касается пересмотра политики, связанной с ограничениями на въезд на основании ВИЧ-статуса, с целью устранения таких ограничений и возвращения людей на основе их ВИЧ-статуса, а также поддержки их доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.</p>

<p>2016. Генеральная Ассамблея ООН Политическая декларация по ВИЧ / СПИДУ</p>	<p>42. С тревогой отмечают медленный прогресс в снижении числа новых инфекций и ограниченный масштаб программ комбинированной профилактики, подчеркивая, что каждая страна должна определять конкретные группы населения, которые имеют ключевое значение для ее эпидемии и ответных мер, исходя из местного эпидемиологического контекста, и отмечать обеспокоенность тем, что женщины и девочки-подростки, в частности в странах Африки к югу от Сахары, более чем в два раза чаще становятся ВИЧ-инфицированными, чем мальчики того же возраста, и отмечает также, что многие национальные программы профилактики, тестирования и лечения ВИЧ обеспечивают недостаточный доступ к услугам, предоставляемым женщинам и девочкам-подросткам, мигрантам и основным группам населения, которые, как показывают эпидемиологические данные, во всем мире подвержены более высокому риску заражения ВИЧ, особенно населению, употребляющим инъекционные наркотики, которые в 24 раза чаще заражаются ВИЧ, чем взрослые в общей популяции, работники секс индустрии, в 10 раз чаще заражаются ВИЧ, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, в 24 раза чаще заражаются ВИЧ, транссексуалы в возрасте 49–1 года вероятно живущие с ВИЧ, и заключенные, которые в 5 раз чаще заражаются с ВИЧ, чем взрослые в общей популяции;</p> <p>62 (е). Содействовать развитию и доступу к специализированным комплексным услугам по профилактике ВИЧ для всех женщин и девочек-подростков, мигрантов и ключевых групп населения;</p>
<p>2016. Цели устойчивого развития Генеральной Ассамблеи ООН</p>	<p>Цель 10.7. Содействовать упорядоченной, безопасной, регулярной и ответственной миграции и мобильности людей, в том числе посредством реализации плановой и хорошо управляемой миграционной политикой.</p>
<p>2015. Пункт 6 повестки дня ПКС: ВИЧ в тюрьмах и других закрытых учреждениях</p>	<p>8.5 Призывает Совместную Программу:</p> <p>а. Предпринять меры для обеспечения того, чтобы соответствующие мероприятия по ВИЧ регулярно включались во все программы гуманитарной готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации;</p> <p>с. Расставить приоритеты направленные на решение проблем гендерного насилия в отношении людей, пострадавших от чрезвычайных гуманитарных ситуаций, в том числе женщин, молодежи и других ключевых групп населения [...];</p> <p>д. Содействовать трансграничному и региональному сотрудничеству, а также сотрудничеству на национальном и общинном уровнях для обеспечения доступа к основным услугам по профилактике, уходу, лечению и поддержке в связи с ВИЧ для беженцев и других перемещенных лиц;</p>

	<p>е. Укрепление стратегической информации о ВИЧ, включая данные с разбивкой по возрасту и полу, в условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций [...]</p>
<p>2008 г. Комитет ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин (CEDAW): Общая рекомендация № 26 в отношении трудящихся женщин-мигрантов.</p>	<p>23 (а) Разработка всеобъемлющей политики, учитывающей гендерные аспекты и основанной на правах человека: государствам-участникам следует использовать Конвенцию и общие рекомендации для разработки политики, учитывающей гендерные аспекты и основанной на правах человека, на основе равенства и недискриминации для регулирования и управления всеми аспектами и этапами миграции для облегчения доступа трудящихся женщин-мигрантов к возможностям трудоустройства за рубежом, содействия безопасной миграции и обеспечения защиты прав трудящихся женщин-мигрантов (статья 2 (а) и 3);</p> <p>23 (b) Активное участие трудящихся женщин-мигрантов и соответствующих неправительственных организациях. Государствам-участникам следует стремиться к активному сотрудничеству трудящихся женщин-мигрантов и соответствующих неправительственных организаций в разработке, осуществлении, мониторинге и оценке политики (статья 7 (b));</p>
<p>2008 г., пункт 3 повестки дня ПКС: доклад Международной целевой группы по ограничениям на поездки в связи с ВИЧ</p>	<p>6.1 настоятельно рекомендует всем странам отменить специфические для ВИЧ ограничения на въезд, пребывание и проживание и обеспечение исключения задержания или депортирования людей на основании ВИЧ статуса;</p>
<p>2008 г. Шестьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Пункт 11.9 повестки дня. Здоровье мигрантов.</p>	<p>Призывает государства-члены:</p> <p>(1) содействовать политике здравоохранения, учитывающей интересы мигрантов;</p> <p>(2) содействовать равноправному доступу к укреплению здоровья, профилактике заболеваний и уходу для мигрантов с учетом национальных законов и практики без дискриминации по признаку пола, возраста, религии, национальности или расы;</p> <p>(3) создать информационные системы здравоохранения для оценки и анализа тенденций в области здоровья мигрантов с</p>

	<p>разбивкой информации о здоровье по соответствующим категориям;</p> <p>(6) повысить культурную и гендерную восприимчивость поставщиков медицинских услуг и специалистов по вопросам здоровья мигрантов;</p>
<p>2001. Декларация Генеральной Ассамблеи ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.</p>	<p>50. К 2005 году разработать и приступить к реализации национальных, региональных и международных стратегий, облегчающих доступ к программам профилактики ВИЧ/СПИДа для мигрантов и мобильных работников, включая предоставление информации о медицинских и социальных услугах.</p>
<p>1990. Международная конвенция о правах всех трудящихся-мигрантов и их семей</p>	<p>Статья 70</p> <p>Государства-участники принимают меры, не менее благоприятные, чем меры, применяемые к гражданам, для обеспечения того, чтобы условия труда и жизни трудящихся-мигрантов и членов их семей в обычной ситуации соответствовали стандартам пригодности, безопасности, здоровья и принципам человеческого достоинства.</p>
<p>1966. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах</p>	<p>Статья 12</p> <p>1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.</p> <p>2. Меры, которые должны быть приняты государствами-участниками настоящего Пакта для полной реализации этого права, включают в себя меры, необходимые для:</p> <p>a) положение о снижении коэффициента мертворождения и младенческой смертности и о здоровом развитии ребенка;</p> <p>b) улучшение всех аспектов экологической и промышленной гигиены;</p> <p>c) профилактика, лечение и борьба с эпидемическими, эндемическими, профессиональными и другими заболеваниями;</p> <p>(d) Создание условий, которые обеспечивали бы всю медицинскую помощь в случае болезни.</p>

<p>1951 г. Конвенция о статусе беженцев</p>	<p>Статья 33 (1)</p> <p>Ни одно Договаривающееся Государство не может высылать или возвращать («refouler») беженца каким-либо образом к границам территорий, где его жизни или свободе будет угрожать опасность из-за его расы, религии, национальности, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений. ,</p>
<p>1948. Всеобщая декларация прав человека Генеральной Ассамблеи ООН.</p>	<p>Статья 25</p> <p>(1) Каждый человек имеет право на уровень жизни, достаточный для здоровья и благополучия его самого и его семьи, включая еду, одежду, жилье и медицинское обслуживание и необходимые социальные услуги [...]</p> <p>(2) Материнство и детство имеют право на особую заботу и помощь. Все дети, родившиеся в браке или вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой.</p>
<p>1946. Устав Всемирной организации здравоохранения..</p>	<p>Обладание наивысшим доступным уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономических или социальных условий.</p>

Приложение 4: Разнообразие мобильного населения

Конкретное мобильное население	Описание
Беженец	<ul style="list-style-type: none"> - Лицо, которое покидает свою страну и просит убежище или защиту в другой стране. - Никакая заявка на получение статуса беженца еще не была определена
Трансграничный мигрант	<ul style="list-style-type: none"> - Лицо, которое работает в одной стране, но проживает в другой, периодически перемещаясь назад и вперед через международные границы, например, границы Китая / Вьетнама, Швейцарии / Франции или Мьянмы / Таиланда
Внутренний мигрант	<ul style="list-style-type: none"> - Лицо, которое переезжает из своего обычного места жительства, но остается в пределах границ своей собственной страны. - Обычно включает в себя пересечение региональных, районных или муниципальных границ (например, между городскими и сельскими районами или наоборот) для образовательных целей или трудоустройства или повышения уровня жизни.
Внутренне перемещенное лицо	<ul style="list-style-type: none"> - Лица, которые были вынуждены покинуть свои дома в результате или во избежание последствий вооруженного конфликта, генерализованного насилия, нарушений прав человека или стихийных или техногенных катастроф - В отличие от беженцев, они находятся в бегах дома и не пересекли международную границу
- Международный трудовой мигрант	<ul style="list-style-type: none"> - Лицо, осуществляющее оплачиваемую деятельность в стране, где он не является гражданином - Обычно под специальным ограниченным по времени разрешением на работу или визой
Международный мигрант	<ul style="list-style-type: none"> - Лицо, которое пересекает международную государственную границу и находится в стране назначения в течение некоторого времени, обычно не менее одного года
Иностраннный студент	<ul style="list-style-type: none"> - Лицо, которое пересекло национальную границу в целях обучения и в настоящее время зарегистрировано за пределами страны своего происхождения.

	<ul style="list-style-type: none"> - Обычно по специальному ограниченному студенческому разрешению или визе
кочевник	<ul style="list-style-type: none"> - Человек, который перемещается с места на место и не имеет постоянного дома - Может включать сезонное перемещение, чтобы найти новые пастбища для его/ее животных
Эмигрант	<ul style="list-style-type: none"> - Лицо, которое было вынуждено покинуть свою страну из-за преследования, войны или насилия - Имеет обоснованные опасения преследования по признаку расы, религии, национальности, политических убеждений или принадлежности к определенной социальной группе. - Скорее всего, не может безопасно вернуться домой или боится это сделать.
Ром (Рома)	<ul style="list-style-type: none"> - Лица, принадлежащие к этой этнической группе традиционно странствующих людей, которые родились в северной Индии, но живут в настоящее время по всему миру, главным образом в Европе - Множественные рома, также называемые цыганами (считаются оскорбительными)
Лицо без гражданства	<ul style="list-style-type: none"> - Лицо, которое юридически не считается гражданином какого-либо государства
Турист	<ul style="list-style-type: none"> - Человек, который посещает места вдали от их обычной среды, главным образом, в целях удовольствия и интереса
Жертва торговли людьми	<ul style="list-style-type: none"> - Лицо, которое завербовано, транспортировано или укрыто с помощью угрозы, силы, мошенничества, обмана или злоупотребления властью, с целью эксплуатации - Эксплуатация может включать принудительный труд, сексуальное насилие, рабство или даже извлечение органов. - Может происходить на родине или пересекать международную границу
Незарегистрированный мигрант	<ul style="list-style-type: none"> - Лицо, которое въезжает или пребывает в стране без документов, необходимых для легального нахождения в стране.

ССЫЛКИ

ⁱИзображение предоставлено Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), Берлин / Германия.

ⁱⁱОтчет НПО. (2017). ЮНЭЙДС, в котором мы нуждаемся, должна охватить всех без исключения. Сведение к нулю касается всех нас (10-10-10).

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20171129_UNAIDS_PCB41_NGO_Report_17-18_EN.pdf

ⁱⁱⁱВеб-сайт УВКБ ООН: <http://www.unhcr.org/news/latest/2016/7/55df0e556/unhcr-viewpoint-refugee-migrant-right.html>

^{iv}Веб-сайт МОМ: <https://www.iom.int/who-is-a-migrant>

^vМОМ. (2003). Мобильность населения и ВИЧ / СПИД.

^{vi}Последние крупные перемещения населения из Африки с точки зрения эволюции человека, по-видимому, произошли чуть более 100 000 лет назад и распространились на различные части света, вплоть до Австралии (45 000 лет назад) и Восточной Азии (30 000 лет назад). Левин Р. (2005). Эволюция человека. Публикация: Оксфорд, Великобритания.

^{vii}Центр мониторинга внутреннего смещения. (2018). Глобальный отчет о внутреннем перемещении. Muggah, R, et al. «Потрясающие масштабы миграционного кризиса в Латинской Америке», квартал «Америка», 20 июня 2018 года.

<https://www.americasquarterly.org/content/stunning-scale-latin-americas-migration-crisis>

^{ix}В своем определении региона Ближнего Востока и Северной Африки ЮНЭЙДС включает 20 стран: Алжир, Бахрейн, Египет, Джибути, Иран, Ирак, Иордания, Кувейт, Ливан, Ливия, Марокко, Оман, Катар, Саудовская Аравия, Сомали, Судан, Сирия, Тунис, Объединенные Арабские Эмираты и Йемен. Тем не менее, ООН включает в себя Бахрейн, Иран, Ирак, Иорданию, Кувейт, Оман, Катар и Саудовскую Аравию как часть их азиатского региона. ВОЗ размещает Бахрейн, Египет, Иран, Ирак, Марокко и других в своем регионе Восточного Средиземноморья. Другие списки стран MENA включают Израиль, который ООН и ВОЗ считают частью своих европейских регионов. И недавно Международный Валютный Фонд начал говорить о MENAP (Ближний Восток, Северная Африка, Афганистан и Пакистан), в то время как другие сейчас говорят о MENAT, то есть странах MENA плюс Турция.

^xУВКБ. (2016). Геи и трансгендерные беженцы ищут безопасность на Ближнем Востоке. <http://www.unhcr.org/news/stories/2016/8/57ac32274/gay-transgender-refugees-look-for-safety-middle-east.html>

^{xi}В результате деколонизации Индонезии и Суринама и въезда многих преимущественно женщин-беженцев из Второй мировой войны женщины составляли 61% иностранцев, родившихся в Нидерландах в 1960 году. Сегодня Индонезия продолжает служить примером страны, где в процессе миграции больше женщин, чем мужчин. В Непале в начале 2000-х годов 70% жителей, родившихся за границей, составляли женщины, что явилось следствием практики брака и перемещения населения в Южной Азии. Донато К. и Габачча Д. (2016). Глобальная феминизация миграции: прошлое, настоящее и будущее. Институт миграционной политики, США.

^{xii}Гоус А. (2007). Феминизация миграции. <https://www.researchgate.net/publication/268056291>

^{xiii}Ранее женщины переезжали в основном в качестве супругов, дочерей или других иждивенцев мигрантов-мужчин, путешествуя вместе с ними или позже присоединяясь к ним за границей. Теперь есть новые национальные и международные толчки и удары, специально предназначенные для женщин, которые производят новый набор динамики человеческой мобильности. Паевонский Д. (2009). Феминизация международной трудовой миграции.

Доминиканская Республика: Международный научно-исследовательский и учебный институт ООН по улучшению положения женщин.

^{xiv} Гокенгин Д. и др. «ВИЧ / СПИД: тенденции в регионе Ближнего Востока и Северной Африки», Международный журнал инфекционных заболеваний, 44, (2016), 66-73.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26948920>

^{xv} Caritas internationalis. (2012). Женское лицо миграции: Справочный документ.

^{xvi} Например, конкретное исследование может определять мобильность как движение, происходящее в течение определенного периода времени (определенных лет или отрезка времени), или относительно того, кто был доступен, когда проводилось исследование, или количества раз, когда один отсутствовал дома, и т.д. В зависимости от риска заражения ВИЧ, мобильность также может быть измерена с точки зрения расстояния до ближайших служб по уходу и лечению ВИЧ. Обобщения, основанные на таких широких вариациях в определении, дают разные выводы. Тейлор Б. и соавт. «Забота о ВИЧ для географически мобильных групп населения», Медицинский журнал Mount Sinai, (2011).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3100665/>

^{xvii} Антиглобалистское движение существует почти столько же, сколько и сама глобализация, начиная с бурных дней 1980-х годов. Тем не менее, движение получило важный перезапуск с глобальным финансовым кризисом, который начался в 2007 году; предыдущий консенсус относительно ценности глобализации был серьезно потрясен. Леви Д. и Снайдер Н.

«Преобразованный суверенитет: социология прав человека». Британский социологический журнал (2006), том 57, выпуск 4.

^{xviii} Никиль С. «Глобализация: взлет и падение идеи, охватившей мир». The Guardian, июль 2017 года. <https://www.theguardian.com/world/2017/jul/14/globalisation-the-rise-and-fall-of-an-idea-that-swept-the-world>

^{xix} Понтье А. и Инсенти А. «Непрерывность ухода за мигрантским населением в южной части Африки», Quarterly Survey of Survey, (2011), 0, 1-18.

^{xx} Партнерство "Остановить туберкулез". (2016). Краткое описание основных групп населения: мобильные группы населения.

http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_MobilePopulations_EN_G_WEB.pdf

^{xxi} ЮНЭЙДС. (2017). Противодействие дискриминации: преодоление стигмы, связанной с ВИЧ, в медицинских учреждениях и за их пределами.

^{xvii} Некоторые списки стран БВСА (Ближнего Востока и Северной Африки) включают все эти страны, входящие в регион БВСА: Иран, Ирак, Сомали, Сирия и Турция.

^{xviii} ВОЗ. (2018). Состояние здоровья беженцев и мигрантов в Турции: обзор доказательств опубликованных научных работ.

^{xxiv} Рабочая группа ЮНЭЙДС / ВОЗ. (2010). Руководство по оценке численности групп населения, наиболее подверженных риску заражения ВИЧ.

^{xxv} D'Albis, H, Boubtane, E, and Coulibaly, D. «Макроэкономические данные свидетельствуют о том, что лица, ищущие убежища, не являются «бременем» для стран Западной Европы», Science Advances. Нью-Йорк: Американская ассоциация развития науки, 2017.

^{xxvi} Агентство Европейского Союза по основным правам. Цена исключения из здравоохранения: случай мигрантов в неурегулированной ситуации. Австрия: Агентство по основным правам, (2015), с. 3.

^{xxvii} Escudero D, et al. Аннотация: «Необходимость улучшения помощи ВИЧ-инфицированным среди мигрантов в Ботсване: решение проблемы неизвестных», 22-я Международная конференция по СПИДу, (2018 г.), Амстердам.

^{xxviii} Guinto R. и соавт. (2015). «Универсальное медицинское страхование в «Единой АСЕАН»: включены ли мигранты?», Global Health Action, 8: 1, 25749, DOI: 10.3402 / gha.v8.25749.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v8.25749>

^{xxix} Виркуд А. и др. Аннотация: «Использование услуг по профилактике ВИЧ в Восточно-Африканском трансграничном интегрированном исследовании здоровья, 2016 г.», 22-я Международная конференция по СПИДу, (2018 г.), Амстердам.

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/gr-18-35>

^{xxx} Garfein R.S., et al. Аннотация: «Строительство мостов, а не стен: распространенность и корреляция между употреблением инъекционных наркотиков среди жителей Соединенных

Штатов, употребляющих инъекционные наркотики в Тихуане, Мексика», 22-я Международная конференция по СПИДу (2018 г.), Амстердам.

^{xxxix} Del Amo, J, et al. Аннотация: «Эпидемии ВИЧ-инфекции среди мигрантов из стран Латинской Америки и Карибского бассейна в Европе вызваны МСМ», 22-я Международная конференция по СПИДу (2018 г.), Амстердам.

^{xl} Egan, J.E., et al. Аннотация: «Миграция и риск среди геев, бисексуалов и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Нью-Йорке», 22-я Международная конференция по СПИДу (2018 г.), Амстердам.

^{xli} КАРАМ Азия. (2014). Аналитическая записка - Пересечение между МСМ и миграцией: повышенная уязвимость к ВИЧ и сексуальному насилию.

^{xlii} Мориарти К. и соавт. Аннотация: «Парадокс миграции: оценка факторов защиты и риска для ВИЧ и ИППП среди трансгендерных женщин в Лиме, Перу», 22-я Международная конференция по СПИДу, (2018 г.), Амстердам.

^{xliii} Глобальная сеть проектов секс индустрии. (2018). Информационный документ: Секс-работники-мигранты.

http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/briefing_paper_migrant_sex_workers_nswp_-_2017.pdf

^{xliiii} Ордек К. (2017). Сирийцы находятся под «временной защитой» в Турции и секс-работой. Анкара: Красный Зонт.

^{xlv} Глобальный фонд. (2016). Политика в отношении сложной окружающей среды.

https://www.theglobalfund.org/media/4220/bm35_03-challengingoperatingenvironments_policy_en.pdf

^{xlvii} Факоя, Я и др. «История тестирования на ВИЧ и доступ к лечению среди мигрантов, живущих с ВИЧ в Европе», Журнал Международного общества по СПИДу, 2018, 21 (S4): e25123.

^{xlviii} Pannetier, J, et al. «Время диагностики хронического гепатита В после миграции и его детерминанты среди африканских мигрантов из стран Африки к югу от Сахары, живущих во Франции», PLOS One, 12 (12), e0189196.

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0189196>

^{xlvi} ЮНЭЙДС. (2017). Ликвидация дискриминации в сфере здравоохранения: ступенька к прекращению эпидемии СПИДа.

^{xlv} Недавний пример многоязычного веб-сайта из Германии, ориентированного на мигрантов: <https://www.your-health.tips/>

^{xli} MSF. (2015). Полоса препятствий для Европы: политический гуманитарный кризис на границах ЕС.

https://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_obstacle_course_to_europe_0.pdf

^{xlii} Биот, М. Слайд-презентация: «Услуги по ВИЧ для мигрантов и беженцев в различных регионах Африки: проблемы и решения», 22-я Международная конференция по СПИДу, (2018 г.), Амстердам.

^{xliii} Курувилла, С. «Лидеры веры говорят, что их преследуют за то, что они оставили воду, чтобы помочь мигрантам» https://www.huffingtonpost.com/entry/faith-leaders-leave-water-migrants_us_5b68556ae4b0fd5c73dbd56f?quccounter1