Июнь 2012

Война с наркотиками и ВИЧ/СПИДом

Как криминализация употребления наркотиков способствует распространению глобальной пандемии.

Доклад Глобальной комиссии во вопросам наркополитики

Митинг у Российского посольства в Лондоне. Собравшиеся требуют внедрения заместительной терапии и расширения программ обмнеа шприцев в России. *Фото: Международная сеть людей употребляющих наркотики www.inpud.net.*

СЕКРЕТАРИАТ

Илона Сабо де Карвальо
Мигель Дарси де Оливейр
Патрисия Кунтрат
Ребека Лерер

ПОДДЕРЖКА

Igarapé Institute
Instituto Fernando Henrique Cardoso
Фонд «Открытое общество»
Сэр Ричард Брэнсон, основатель и председатель Virgin Group. Поддержка предоставлена через Virgin Unite

КОНСУЛЬТАНТЫ

Д-р Алекс Водак, Австралийский фонд реформирования законодательства о наркотиках
www.adlrf.org.au

Этан Надельман, Альянс по наркополитике
www.drugpolicy.org

Дэн Верб, Международный центр по науке и наркополитике
www.icsdp.org

Д-р Эвон Вуд, Международный центр по науке и наркополитике
www.icsdp.org (ведущий исследователь)

Мартин Йелсма, Транснациональной институт
www.tni.org/drugs

Майк Трейс, Международный консорциум по наркополитике
www.idpc.net

СПРАВОЧНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

www.unodc.org
www.drugpolicy.org
www.icsdp.org
www.idpc.net
www.igarape.org.br
www.talkingdrugs.org
www.tni.org/drugs
www.ihra.net
www.countthecosts.org
www.intercambios.org.ar
www.cupihd.org
www.wola.org/program/drug_policy
www.beckleyfoundation.org
www.comunidadesegura.org

ДОКЛАД ГЛОБАЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ НАРКОПОЛИТИКИ

GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY

Более подробная информация о Комиссии на сайте:
www.globalcommissionondrugs.org

Или по электронной почте:
declaration@globalcommissionondrugs.org

СОСТАВ КОМИССИИ

Александр Квашѝневский, бывший Президент Польши

Асма Джахангир, правозащитник, бывший Специальный докладчик ООН по вопросу о внесудебных, произвольных казнях и расправах, Пакистан

Сезар Гавирия, бывший Президент Колумбии

Эрнесто Зедилло, бывший Президент Мексики

Фернанду Энрике Кардозу, бывший Президент Бразилии (председатель)

Георгиус Папендреу, бывший Премьер министр Греции

Джордж Шульц, бывший Государственный секретарь США (почетный председатель)

Хавьер Солана, бывший Верховный представитель Европейского Союза по вопросам внешней политики и безопасности, Испания

Джон Уайтхед, банкир, государственный служащий, председатель Мемориального фонда Всемирного торгового центра, США

Луиза Арбур, бывший Верховный комиссар ООН по правам человека, Президент международной кризисной группы, Канада

Мария Каттауи, бывший Генеральный секретарь Международной торговой палаты, Швейцария

Марио Варгас Льоса, писатель и общественный деятель, Перу

Марион Касперс-Мерк, бывший Государственный секретарь Федерального министерства здравоохранения Германии

Мишель Казачкин, профессор медицины, бывший исполнительный директор Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Франция

Пол Волкер, бывший Председатель Федеральной резервной системы США и Консультативного совета при Президенте США по экономическому восстановлению

Павел Бем, бывший Майор Праги, член Чешского Парламента

Рикардо Лагос, бывший Президент Республики Чили

Ричард Брэнсон, предприниматель, защитник социальных свобод, основатель Virgin Group, один из основателей The Elders, Великобритания

Рут Дрейфус, бывший Президент Швейцарии и Министр внутренних дел

Торвальд Столтенберг, бывший Министр иностранных дел и Верховный комиссар ООН по делам беженцев, Норвегия

Резюме

Глобальная война с наркотиками является ведущим фактором в распространении пандемии ВИЧ/СПИДа среди людей употребляющих наркотики и их половых партнеров. Исследования, проведенные в разных точках мира, неизменно показывают, что репрессивные законодательные практики в отношении наркопотребителей заставляют эту группу избегать службы здравоохранения и уходить в подпольную среду, где риск инфекции ВИЧ значительно повышается. Массовые заключения наркопотребителей не совершавших насильственных преступлений также играют важную роль в повышение риска распространения ВИЧ. Во многих странах подобное распространение вируса является одной из ключевых проблем здравоохранения. Так например, в Соединенных Штатах каждый год порядка 25 процентов Американцев инфицированных ВИЧ проходят через исправительные учреждения и непропорционально высокие уровни заключения являются причиной повышенной распространенности ВИЧ среди афроамериканцев.

Также было доказано, что агрессивные правоприменительные практики создают преграду для лечения ВИЧ. Свидетельство того, что лечение ВИЧ-инфекции значительно снижает уровень риска передачи заболевания от инфицированных лиц не учитывается правоохранительными органами. Эффект карательной наркополитики на прерывание лечения ВИЧ также не признается, как однин из основных барьеров для успеха контроля пандемии ВИЧ/СПИДа.

Война с наркотиками также привела к полному искажению политики основанной на научно-обоснованных данных, таким образом преуменьшая или игнорируя роль полноценного лечения наркозависимости и других мер общественного здравоохранения. Хотя данная проблема существует на международном уровне, некоторые страны, включая США, Россию и Таиланд, игнорируют существующую доказательную базу и рекомендации Всемирной организации здравоохранения и противостоят реализации научно-обоснованных программ профилактики ВИЧ с самыми разрушительными последствиями. В России, например, один из ста взрослых жителей в настоящий момент инфицирован ВИЧ.

В контрасте с этой ситуацией, в странах, которые приняли научно-обоснованные методологии лечения наркозависимости и медико-санитарные меры по профилактики ВИЧ среди наркопотребителей, распространение ВИЧ было практически остановлено, как среди общего населения так и среди потребителей инъекционных наркотиков. Существуют четкие инструкции для достижения подобного успеха, но многие страны отказываются применять эффективные меры борьбы с ВИЧ, в то время как разрушительная политика войны с наркотиками изменяется очень медленно.

Данная ситуация может быть результатом ошибочного предположения о том, что раскрытие и изъятие крупных партий наркотиков, аресты, возбуждение криминальных дел и другие мероприятия являющиеся индикаторами "успеха" органов наркоконтроля действительно приводят к снижению доступности нелегальных наркотиков на рынке. Но данные Управления ООН по наркотикам и преступности показывают совсем обратное - глобальные поставки опиатов, таких как героин, возросли на более чем 300 процентов за последнее десятилетие, с 1000 тонн в 1980 году до более чем 4800 тонн в 2010. Этот рост совпал с 79 процентным снижением цен на героин в Европе с 1990 по 2009 гг.

Анализ данных США подтверждает полный провал войны с наркотиками в области контроля за поставками. Например, не смотря на 600 процентное увеличение федерального бюджета США на действия по контролю за наркотиками с 1980 г., цены на героин в стране в этот период снизились на 80 процентов, а качество героина улучшилось на более чем 900 процентов. Аналогичная тенденция падения цен и увеличения качества наблюдается и для других широко употребляемых наркотиков, включая кокаин и каннабис.

Как и в случае с запретом на продажу алкоголя в США в 1920 годах, запрет на наркотики в наше время способствует развитию преступности и насилия во всем мире. Например, подсчитано, что с 2006 года более 50 000 человек умерло в результате военных действий Мексиканского правительства против наркокартелей страны. Возможно сторонники агрессивной наркополитики предполагают, что подобные кровопролития способны повлиять на продуктивность наркорынка, но это совсем не так. Последние оценки показывают, что производство Мексиканского героина возросло на 340 процентов с 2004 года.

С ростом ВИЧ эпидемии в регионах и странах, где она в значительной степени обусловлена употреблением инъекционных наркотиков, и учитывая тенденцию роста употребления инъекционных наркотиков в других регионах, включая Африку южнее Сахары, наступило время для непромедлительных действий. К сожалению, мнение национальных учреждений и агентств ООН по здравоохранению зачастую не учитывается. В то время, как война с наркотиками продолжает поддерживать распространение ВИЧ-инфекции, правоохранительные органы и агентства ООН по контролю за оборотом наркотиков придерживаются стратегий агрессивного характера, игнорируя последствия для общественного здравоохранения.

Резюме рекомендаций этого доклада*

Следующие меры должны быть приняты руководителями государств и Генеральным секретариатом ООН, а также Управлением ООН по наркотикам и преступности, Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), и Комиссией ООН по наркотическим средствам:

1. **Признать поражение и сконцентрировать усилия на устранении медико-социальных последствий войны с наркотиками, таких как: распространение ВИЧ-инфекции и инфекции гепатита С, насилие связанное с наркотрафиком, и другие.**

2. **Ответить на существующее доказательство того, что во многих регионах мира рискованное поведение приводящее к распространению ВИЧ и являющееся основным вектором эпидемии - прямой результат репрессивной наркополитики и недостатка финансирования для научно-обоснованных подходов.**

3. **Призвать национальные правительства к отмене практики ареста и заключения лиц, употребляющих наркотики, но не причиняющих никакого вреда окружающим.**

4. **Заменить неэффективные меры, сконцентрированные на криминализации и наказании людей, употребляющих наркотики, на научно-обоснованные, учитывающие права человека мероприятия, доказавшие свою значимость в области снижения негативных последствий от употребления наркотиков как для отдельных лиц, так и для общества в целом.**

5. **Страны, где меры здравоохранения недостаточно применялись, должны немедленно расширить программы, основанные на подходах, доказавших свою эффективность в снижении распространения ВИЧ-инфекции среди и охране здоровья лиц употребляющих наркотики - включая распространение стерильного инъекционного инвентаря и другие программы по безопасным инъекциям. Отказаться от данного шага будет преступлением.**

6. **Государственной и частный секторы должны сделать вклад в спектр легко доступных программ по лечению наркозависимости, основанных на существующей лучшей практике и включающих заместительную терапию и героиновое поддерживающее лечение. Данные стратегии снижают заболеваемость и смертность, а также, снижая общий спрос на наркотики, положительно влияют на спад негативных проявлений нарко-торговли.**

7. **Все органы власти, начиная с муниципального и заканчивая международным уровнем, должны признать очевидный провал войны с наркотиками, для того чтобы значительно уменьшить поставки и, при этом, отказаться от традиционных понятии "успеха" (таких как аресты, конфискации и осуждения), которые не приводят к позитивным улучшениям в обществе.**

8. **Измерять успех наркополитики индикаторами действительно несущими позитивные изменения для общества, такими как снижение распространения ВИЧ и других инфекционных заболеваний (например, гепатита С), снижение смертности от передозировок, снижение преступности и насилия связанного с наркотрафиком, уменьшение количества осужденных, и снижение уровня проблематичного употребления наркотиков.**

9. **Призвать все агентства ООН, имеющие отношение к здравоохранению, взять на себя руководство над формированием ответа употреблению наркотиков и продвижением научно-обоснованных подходов. Провести независимую оценку деятельности других агентств, таких как Международный комитет по контролю за наркотиками, и убедиться, что политика, пропагандируемая этими агентствами, не ухудшает здоровье и безопасность общества.**

10. **Действовать незамедлительно - война с наркотиками не удалась и миллионы новых ВИЧ инфекций и смертей могут быть предотвращены если меры будут приняты прямо сейчас.**

* Резюме рекомендаций доклада Глобальной комиссии во вопросам наркополитики за 2011 год "Война с наркотиками," можно найти на последней странице этого отчета.

Война с наркотиками и пандемия ВИЧ/СПИДа

Глобальная война с наркотиками является ведущим фактором в распространении пандемии ВИЧ/СПИДа среди людей употребляющих наркотики и их половых партнеров. На сегодняшний день оценочное число людей живущих с вирусом иммунного дефицита (ВИЧ) в мире приблизилось к 33 миллионам, и инъекционное употребление наркотиков ответственно за одну треть всех новых инфекций вне Африки южнее Сахары. Не смотря на то, что с конца 1990-ых годов число новых инфекций в мире ежегодно снижается, в течении этого периода заболеваемость ВИЧ увеличилась на 25 процентов в 7 странах, в основном как результат передачи ВИЧ путем внутривенных инъекций.[1] Пять из этих стран расположены в Восточной Европе и Центральной Азии, где действия войны с наркотиками в настоящий момент разыгрываются в полной мере и, как результат, число людей живущих с ВИЧ в этом регионе почти утроилось с 2000 года.[1]

По оценкам, число людей употребляющих нелегальные инъекционные наркотики близко к 16 миллионам, из них 3 миллиона, или почти один из пяти, живут с ВИЧ. [2] В среднем, показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в Китае, Соединенных Штатах Америки и Российской Федерации – трех странах с наибольшим количеством потребителей — измерен как 12 процентов, 16 процентов, и 37 процентов.[2] Не смотря на то, что эти данные указывают на серьезный кризис здравоохранения, они не полностью отображают явную связь между карательной наркополитикой и распространением эпидемии ВИЧ в этой группе населения.[3] Как описано ниже, рассмотрение употребления наркотиков как уголовного преступления влияет на распространение эпидемии ВИЧ посредством нескольких механизмов.

КАК ВОЙНА С НАРКОТИКАМИ СПОСОБСТВУЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ПАНДЕМИИ ВИЧ

- **Страх ареста заставляет людей употребляющих наркотики уходить в подполье и избегать служб тестирования и профилактики ВИЧ, таким образом создавая условия повышенного риска.**
- **Ограничения на предоставления стерильных шприцев приводят к повышению совместного использования шприцев.**
- **Запреты и ограничения на внедрение программ заместительной терапии и других научно-обоснованных подходов к лечению наркозависимотси приводят к невылеченной наркозависимотси и проявлению рискового поведения в отношении ВИЧ.**
- **Отсутствие программ профилактики ВИЧ и ситуация в тюрьмах приводят к вспышкам ВИЧ среди наркопотребителей в заключении**
- **Прерывание антиретровирусной терапии ВИЧ приводит к повышению вирусной нагрузки и, как следствие, к распространению ВИЧ и повышению резистенции к терапии.**
- **Ограниченные государственные ресурсы вкладываются в неэффективные меры борьбы с наркотиками вместо того, чтобы делать вклад в программы профилактики ВИЧ, доказавшие свою эффективность.**

Наверху справа: 1. Морской пехотинец США патрулирует маковое поле в Афганистане
Фото: Корпус морской пехоты США (CC BY-NC 2.0)

2. Потребитель инъекционных наркотиков в процессе инъекции героина, называемого на местном слэнге "темным сахаром." Инъекция делается его товарищем на обочине дороги в городе Силигури, Западная Бенгалия, Индия.
Фото: Reuters / Rupak De Chowdhuri

Страх перед полицией и существующая стигматизация в обществе приводят к рискованному поведению

Агрессивные правоприменительные практики направленные на подавление наркоторговли как правило приводят к тому, что наркозависимые лица уходят в подполье и избегают службы общественного здравоохранения таким образом, становясь более уязвимыми для ВИЧ-инфекции.[4] Насилие и применение пыток в отношении наркопотребителей со стороны полиции хорошо задокументировано,[5] преследования со стороны полиции, конфискация чистых шприцев и арест за хранение игл и шприцев также достаточно распространены, и доказано, что все эти практики приводят к увеличению совместного использования шприцев и распространению другого рискованного поведения при инъекциях наркотиков.[6,7]

То как представители правоохранительных органов влияют на распространение рискованного поведения в отношении ВИЧ можно и нужно изменить. Исследование, опубликованное в Британском медицинском журнале "Ланцет" посвященное столкновениям наркопотребителей с полицией показало, что почти 19 процентов ВИЧ-инфекций среди наркопотребителей в Одессе, Украина, могли бы быть предотвращены, если преследования наркопотребителей со стороны полиции были бы остановлены.[8]

Во многих странах, репрессивные законы о наркотиках доказали увеличение рискового поведения в отношении ВИЧ и отторжение наркопотребителей от служб общественного здравоохранения. Так описывает свой страх перед репрессивными мерами наркоконтроля молодая женщина из Москвы:

«Страх, страх. Это основная причина. И не только страх быть пойманной, но и страх, что тебя поймают и не дадут дозу. В добавок к давлению и воровству [со стороны полиции], еще и риск ломки. И по-этому ты берешь любой шприц, который есть здесь и сейчас.»[7]

Заключенные сидят в комнате отдыха где они размещены в связи с переполнением Калифорнийского исправительного института для мужчин в г. Чино, Калифорния, 3 Июня, 2011 г. Верховный Суд приказал штату Калифорния освободить более 30 000 заключенных в течении следующих двух лет чтобы предотвратить "необоснованные страдания и смерти." Тридцать три исправительные учреждения Калифорнии были построены для содержания 80 000 заключенных; на данный момент в них проживает около 145 000. Более двух миллионов людей пребывают в заключении в штатских и местных тюрьмах в США. В стране наблюдается самый высокий уровень заключения в мире.
Фото: Reuters / Lucy Nicholson

Массовое тюремное заключение способствует распространению ВИЧ

Хотя большинство ВИЧ-инфекций среди наркопотребителей происходят в сообществах, массовое заключение лиц не совершавших насильственные преступления является важным фактором в распространении эпидемии. Во многих странах данные действия приводят к кризису здравоохранения. Например, в Соединенных Штатах, распространенность ВИЧ в тюрьмах во много раз превышает этот же показатель среди общего населения[9,10] и почти четверть всех ВИЧ- инфицированных Американцев ежегодно проходят через места лишения свободы.[11] Показатели США совпадают с глобальными тенденциями – в двадцати странах с низким и средним доходом распространенность ВИЧ среди заключенных превышает 10 процентов.[12]

То насколько пребывание в местах лишения свободы распространено среди наркопотребителей является предметом для размышлений, так как пребывание в заключении связано с повышенным риском совместного использование шприцев, небезопасного секса и вспышками ВИЧ во всем мире. Пребывание в заключении было определено как фактор риска приобретения ВИЧ-инфекции в странах южной Европы, России, Канаде, Бразилии, Иране и Тайландке.[13] Исследования также показали, что совместное использование шприцев является основной причиной распространения ВИЧ в пенетенциарных учреждениях, а эпидемиологические исследования, использующие методики вирусной генетики, доказали, что вспышки ВИЧ в тюрьмах были результатом совместного использования шприцев среди заключенных .[13-15] Как описано ниже, заключение также способствует риску ВИЧ-инфекции и распространению заболевания из-за прерывания лечения ВИЧ.

Исследования, проведенные в Соединенных Штатах, где этнические меньшинства во много раз чаще чем белые попадают в заключение за преступления, связанные с наркотиками, установили что непропорционально высокий уровень заключения является причиной заметно повышенной распространенности ВИЧ среди афроамериканцев.[16,17] В последние несколько лет, это безусловно становится проблемой особой важности для служб здравоохранения, так как не смотря на то, что всего 12 процентов населения США представлено афроамериканцами, 50 процентов всех новых ВИЧ-инфекций в стране выявляется именно в этой группе.[18]

Глобальная гонка за усилением мер по борьбе с наркотиками также привела к массовым заключениям наркопотребителей в принудительные "наркологические исправительные центры," особенно в местах где ВИЧ быстро распространяется в этой группе.[19] Не смотря на то, что эти центры различаются по их строю и деятельности, отчеты регулярно показывают, что данные учреждения не оказывают лечене наркозависимости, основанное на научно-доказательной базе и не предоставляют должного ухода и лечения для ВИЧ-инфицированных. Задокументировано, что случаи принудительного труда, пыток, и других нарушений прав человека распространены в этих центрах.[20] В пику открытой критике со стороны ряда агентств по защите прав человека и охране здоровья, а также со стороны ООН и правительства США, принудительные наркологические исправительные центры продолжают функционировать во многих странах, в частности в Китае и в Юго-Восточной Азии.[21,22]

Карательная наркополитика препятствует внедрению антиретровирусной терапии, таким образом способствуя распространению ВИЧ

Карательная наркополитика не только способствует практике совместного использования шприцев, но и препятствует тестированию и лечению ВИЧ. Есть несколько причин по которым криминализация употребления наркотиков предотвращает обращение наркопотребителей живущих с ВИЧ в программы лечения и ухода. Основными барьерами для лечения являются стигма и дискриминация в медицинских учреждениях, отказ от услуг, нарушение конфиденциальности, требование быть полностью трезвым для получения лечения, а также регистрация наркопотребителей, которая ведет к потере родительских прав, снижению способности к трудоустройству и препятствует реализации других основных прав.[19,23] В результате, исследования регулярно показывают, что наркопотребители гораздо реже получают антиретровирусную терапию и гораздо чаще умирают от ВИЧ/СПИДа.[24]

Карательная наркополитика и практика также имеют более широкие последствия для общественного здравоохранения. Например, установлено, что антиретровирусная терапия снижает количество вирусных клеток в крови и половых выделениях, и последние клинические испытания показали, что этот эффект снижает уровень передачи ВИЧ. Как результат данного открытия, многие международные и национальные агентства по борьбе с ВИЧ приняли стратегию "лечения в качестве профилактики."[25-28] Данный подход очень важен для разработки глобального ответа эпидемии ВИЧ/СПИДа, так как он подчеркивает значимость предоставления возможности доступа к лечению всем группам населения, включая людей, употребляющих наркотики.

Тем не менее, многочисленные исследования показали, что карательная наркополитика и частое заключение людей употребляющих наркотики мешают этой группе обращаться в программы ВИЧ тестирования и лечения, а также способствуют прекращению лечения, если оно было начато.[29] Например, недавнее исследование проведенное в Канаде показало, что чем больше раз человек пребывает в местах лишения свободы, тем меньше вероятность, что он будет привержен к антиретровирусной терапии.[30] Также, исследование среди ВИЧ-ифицированных пациентов в Балтиморе подтвердило, что даже кратковременное пребывание в заключении было связано с двукратным увеличением риска практики совместного использования шприцев и повышало риск провала лечения в семь раз.[31] Тот факт, что карательные практики в отношении людей употребляющих наркотики прерывают лечение ВИЧ, таким образом увеличивая потенциал возникновения резистентности вируса и повышая риск передачи ВИЧ, еще не нашел должного ответа в национальных и международных стратегиях профилактики.[27,28] "Лечение как профилактика" и другие новые стратегии профилактики, такие как усиление мер профилактики антиретровирусной терапией до инфекции, даже не затрагиваются чиновниками и представителями систем здравоохранения при обсуждении ответов на распространение ВИЧ среди наркопотребителей.

Лекарства выставлены для распределения на отделении ВИЧ-инфицированных в Пекинском госпитале Юан, 1 декабря, 2011 г. По сведениям официальных средств массовой информации, приводящим статистику местных чиновников здравоохранения, число новых случаев ВИЧ инфекции в Китае быстро увеличивается, с особым увеличением в группе студентов университетов и пожилых мужчин. По сведениям официального информационного агентства Синхуа, Китайский центр по контролю и профилактике заболеваний в 2011 г. указал число новых случаев ВИЧ в Китае как 48 000. Китайское правительство не сразу признало проблему ВИЧ/СПИДа в 90-ых. *Фото: Reuters / David Gray*

Там где игнорируются подходы общественного здравоохранения, эпидемия ВИЧ выходит из под контроля

Война с наркотиками не только способствует рискованному поведению и препятствует лечению ВИЧ, но она также привела к полному искажению политики основанной на научно-обоснованных данных, таким образом преуменьшая или игнорируя роль полноценного лечения наркозависимости и других мер общественного здравоохранения. В 2008 году Исполнительный директор Управления ООН по контролю за наркотиками и преступности признал эту ситуацию, говоря о последнем десятилетии деятельности по контролю за наркотиками:

"Очевидно, что общественное здравоохранение должно быть первым принципом контроля за оборотом наркотиков и нуждается в большом количестве ресурсов. Но ресурсы, как правило, направлялись на общественную безопасность и службы охраны порядка, которые должны ее обеспечивать. Как следствие, подходы общественного здравоохранения были вытеснены на второй план, и упоминалась на словах и в риторике, но не применялись на практике."

Акцент на карательных стратегиях создает барьер для благополучной законодательной среды в отношении научно-обоснованных методов профилактики ВИЧ таких, как распространение чистых шприцев и научно-обоснованных методов лечения наркозависимости таких, как заместительная терапия метадоном. Доказано, что эти подходы общественного здравоохранения способны снизить риск распространения ВИЧ; эти подходы также пользуются широкой поддержкой основных международных медицинских агентств и агентств здравоохранения.[32,33] Например, метадон, включен в Модельный список Основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения, а распространение стерильных шприцев рекомендуется ООН как способ снижения риска ВИЧ-инфекции из-за наличия большого количества научных обзоров эффективности этой программы.[34]

Тем не менее, оценки программ здравоохранения показали, что уровни охвата этими научно-обоснованными вмешательствами очень низки, включая места, где в них особенно нуждаются.[24] Так, вопреки просьбам многих научных институтов и рекомендациям Всемирной организации здравоохранение, ряд стран, включая США и Россию, продолжают сопротивляться внедрению научно-обоснованных программ профилактики ВИЧ. В течении 21 года, финансирование программ обмена шприцев из федерального бюджета на национальном и международном уровне было запрещено в США; в 2009 году этот запрет был снят, но два года спустя Конгресс США принял решение восстановить запрет. Доступ к стерильным шприцам ограничен и в других странах с высоким уровнем ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.

Примечательно, что не смотря на наличие многочисленных клинических исследований, подтверждающих преимущества заместительной терапии метадоном в снижении вреда от потребления героина и риска ВИЧ-инфекции как для отдельных пациентов, так и для общества в целом,[35,36] использование метадона ограничено во многих странах и запрещено в России. Также, в странах Центральной Азии и других странах пост-Советского пространства, метадоновые программы находятся в постоянной стадии пилотной программы, созданной в ответ на давление донорских организаций, но не отвечающей существующему спросу.

Недавний отчет ООН описывающий профилактические программы ВИЧ в Польше и критикующий национальные законы по борьбе с наркотиками отмечает "определенный недостаток финансирования и работы, направленных на профилактику ВИЧ, влияет на недоступность профилактических программ, включая программы снижения вреда."[37] Страны, где меры по профилактике ВИЧ были сокращены в результате экономического кризиса, оказались особенно уязвимы к увеличению риска ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей. Например, более чем десятикратное увеличение в количестве новых инфекции среди наркопотребителей было отмечено в Греции за первые 7 месяцев 2011 года.[38] Не смотря на то что Российская Федерация ежегодно вкладывает около $800 миллионов долларов США в программы по ВИЧ, менее одного процента от этой суммы идет на профилактику среди лиц употребляющих наркотики, а эпидемия ВИЧ в России сконцентрирована именно в этой группе.[39] Как результат отсутствия программ лечения наркозависимости, основанных на научно-обоснованных подходах, один из ста взрослых в России инфицирован ВИЧ (рис. 1).

Не смотря на растущую проблему инъекционного употребления героина в прибережных районах Африки к югу от Сахары, особенно Восточного побережья Африки,2 небольшая программа метадоновые терапии на Маврикии и программа начавшаяся в феврале 2010 года в Танзании являются единственными государственными программами лечения от опиоидной зависимости к югу от Сахары. Также, метадон практически недоступен во многих частях Юго-восточной Азии, где распространено употребление опиоидных наркотиков.

Интересным примером является Таиланд – страна, где программы распространения и пропаганды использования презервативов среди секс-работников и их клиентов, а также другие научно-обоснованные методологии, привели к снижению распространения ВИЧ в этих группах. Среди секс-работниц в Тайландке, показатель распространенности ВИЧ упал с пикового значения 40 процентов в 1995 году до 5 процентов в недавние годы. В то же время, в отношении употребления нелегальных наркотиков, Таиланд признает исключительно подходы войны с наркотиками и рассматривает

РИСУНОК 1:

Оценочное число ВИЧ-ифицированных в Российской Федерации

Источник: Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)

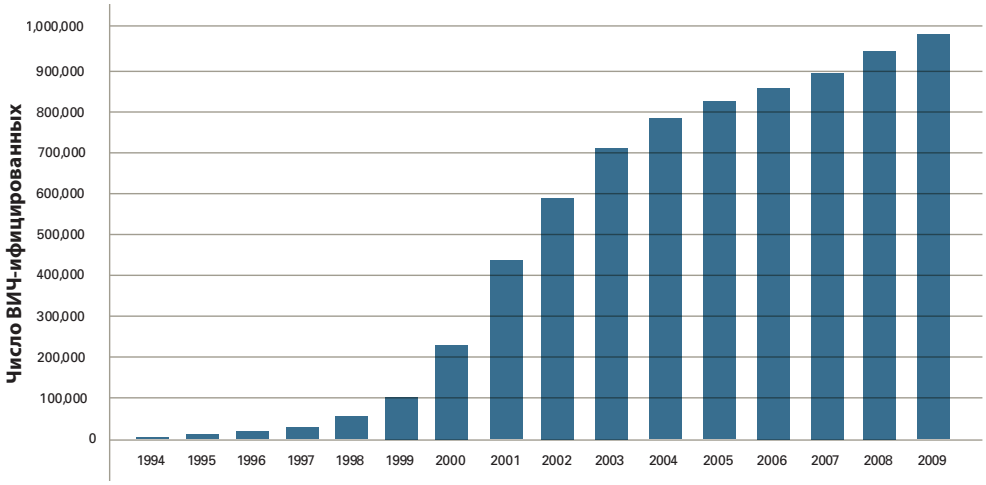
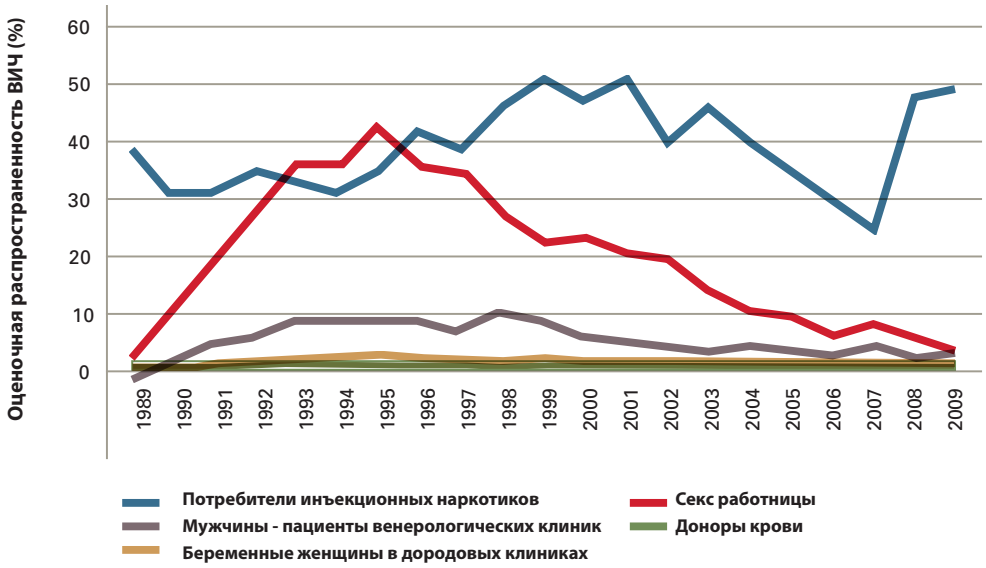


РИСУНОК 2:

Оценочная распространенность ВИЧ среди разных групп риска в Таиланде

Источник: Тайский отдел эпидемиологических данных, дозорный эпидемиологический надзор ВИЧ-инфекции. Министерство здравоохранения (2011).



наркопотребителей как "угрозу безопасности." В результате преследований людей, подозреваемых в наркоторговле в 2003 году, более 2500 человек было убито без суда и следствия.[40] Данные события и последующие репрессии создали неблагоприятную обстановку для обращения в службы здравоохранения, включая службы профилактики и лечения ВИЧ, со стороны людей, употребляющих наркотики. Поэтому не удивительно, что в то время как показатель распространенности ВИЧ снизился в группе секс-работников, показатели ВИЧ среди Тайских наркопотребителей остаются очень высокими с распространенностью около 50 процентов. (рис. 2).

Даже при сравнении разных регионов внутри страны, показатели распространенности ВИЧ всегда выше в местах с более агрессивной наркополитикой. Например исследование 96 самых больших населенных пунктов в США показало, что там где были приняты репрессивные меры наркоконтроля, распространенность ВИЧ была выше среди инъекционных потребителей. Исследователи пришли к заключению, что "Это могло быть результатом того, что боязнь ареста и/или наказания заставляет наркопотребителей избегать программы обмена шприцев, или делать инъекции в спешке, или делать их в притонах и других местах, где распространено совместное употребление."[41]

Там, где наркозависимость рассматривается как проблема здравоохранения, борьба с ВИЧ имеет успех

Можно сравнить опыт России, Тайландка, США, и других стран, где война с наркотиками в полном разгаре, со странами которые внедрили мероприятия по профилактике ВИЧ и наркологическому лечению, основанные на научно-обоснованных подходах. В этих странах, включающих страны западной Европы и Австралию, число новых ВИЧ-инфекций среди людей, употребляющих наркотики, было почти сведено к нулю, так же как вертикальная передача ВИЧ была полностью устранена в странах, где существует обширный доступ к средствам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Уже к 1997 году, международное исследование установило, что в 52 городах где не было программ обмена шприцев, показатель распространенности ВИЧ увеличивался на 6 процентов ежегодно, а в 29 городах, где эти программы начали действовать показатель распространенности заболевания падал на 6 процентов ежегодно.[42] С тех пор, похожие результаты были отмечены в разных точкам мира.[32] Например в Таллине, столице Эстонии – стране имеющий один из самых высоких показателей распространенности ВИЧ в Европе - снижение распространенности инфекции среди новых потребителей инъекционных наркотиков с 34 процентов до 16 процентов, произошло одновременно с увеличением числа обмененных шприцев – с 230 000 в 2005 г. до 770 000 в 2009 г.[43] Аналогично, в Португалии в 2001 г., чтобы сконцентрироваться на наркозависимости, как на проблеме здравоохранения, правительство изменило законодательство, делая легальным использование и хранение небольшого количества наркотиков для личного пользования. В результате, с 2000 по 2008 гг., число новых случаев ВИЧ уменьшилось с 907 до 267, а число случаев выявления СПИДа снизилось с 506 до 105 среди людей, употребляющих наркотики.[44]

В Швейцарии, в 1980х правительство противостояло развивающейся эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков используя инновационные подходы такие, как раздача чистых шприцев, комнаты для безопасных инъекций, легко-доступная метадоновая терапия, назначение героина по рецепту и антиретровирусное лечение.[45] Эта стратегия привела к заметному уменьшению доли новых ВИЧ-инфекций, связанных с употреблением инъекционных наркотиков - с 68 процентов в 1985 г., до 15 процентов в 1997 г., и до 5 процентов в 2009 г.[45] Также, в штате Британская Колумбия в Канаде, ответ на вспышку эпидемии ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в 1990х включил антиретровирусную терапию, заместительную терапию (включая рецептурное назначение героина), раздачу шприцев, и комнаты для безопасных инъекций с доступом к медицинскому персоналу. Это привело к очевидному снижению показателей заболеваемости ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, а также снизило уровень смертности от СПИДа среди них. (рис. 3).

Существует скромный прогресс в области лечения опиоидной зависимости, но метамфетамины и другие стимулянты доминируют рынок нелегальных наркотиков во многих странах мира и научно-обоснованные методы лечения от этой зависимости более ограничены.[19] Комиссия видит срочную необходимость в проведении дополнительных исследований по поддерживающей терапии и других терапевтических вмешательствах для лечения зависимости от стимулянтов, включая рассмотрение этих вмешательств, как компонент программ профилактики ВИЧ.

Содержание комплекта программы обмена шприцев.
Фото: Todd Huffman (CC BY 2.0)

РИСУНОК 3:

Снижение новых случаев ВИЧ, связанных с употреблением инъекционных наркотиков в Британской Колумбии в соотношении с внедрением программ общественного здравоохранения

Источник: Центр по контролю заболеваний в Британской Колумбии, и Центр передового опыта по ВИЧ/СПИДу в Британской Колумбии

ВИЧ/СПИД продолжает распространяться потому, что война с наркотиками не привела к снижению поставок наркотиков

Доказательства того, что война с наркотиками способствовала распространению ВИЧ неопровержимы, но тем не менее, законы и взгляды меняются чрезвычайно медленно. Данная ситуация может быть результатом ошибочного предположения о том, что раскрытие и изъятие крупных партий наркотиков, аресты, возбуждение криминальных дел и другие мероприятия являющиеся индикаторами "успеха" органов наркоконтроля действительно приводят к снижению доступности нелегальных наркотиков на рынке. Так, подчеркивая важность стратегий сокращения предложения наркотиков Национальная стратегия США по наркотикам за 2012 г. гласит следующее: "Сокращение предложения часто связано с снижением уровня употребления наркотиков и его негативных последствий."[46] Тем не менее, никогда критически не рассматривались "успешные" действия наркоконтроля и постоянное информирование публики о недавних налетах полиции на наркопритоны.

Так, если действия структур охраны порядка, к которым призывает война с наркотиками, действительно достигали бы своих целей в плане сокращения предложения, можно было бы ожидать, что затраты на наркоконтроль совпадут с повышением цен на наркотики, снижением чистоты и силы действия продукта и снижением выбора наркотиков, доступных на рынке. Отнюдь, данные исследований в разных странах мира показывает, что это совсем не так.

Данные Управления ООН по контролю за наркотиками и преступностью подтверждают что глобальные поставки нелегальных опиатов таких, как героин и опиум, резко возросли за последние 30 лет. В течение этого периода, поставки нелегальных опиатов увеличились с 1000 тонн в 1980 г. до более 4800 тонн в 2010 г. (рис. 4).[47] Этот рост, большая часть которого произошла в Афганистане, привел к снижению цент на героин в Европе на более чем 75 процентов с 1990 по 2009 г. (рис. 5)

.Похожее доказательство провала войны с наркотиками предоставляют и данные из США. Например, с 1981 по 2011 г. бюджет Федерального Управления США по контролю за наркополитикой увеличился на 600 процентов (с учетом инфляции). Не смотря на увеличение годового мульти-миллиардного бюджета, данные правительства США заставляют предположить, что даже с учетом инфляции и изменений в качестве, цена героина уменьшилась на 80 процентов, а чистота увеличилась на более чем 900 процентов с 1981 по 2002 г. подтверждая, что затраты на мероприятия по снижению поставок героина в США не были успешны (рис.6).*

** Бюджетная отчетность Федерального Управления США по контролю за наркополитикой была изменена за 2003-2010 годы, ограничивая возможности сравнительного анализа между этим и другими периодами (см. рис. 6).*

РИСУНОК 4:

Оценочное число производства опиатов

Источник: Глобальный отчет ООН о наркотиках, 2011 г. Управление ООН по наркотикам и преступности.

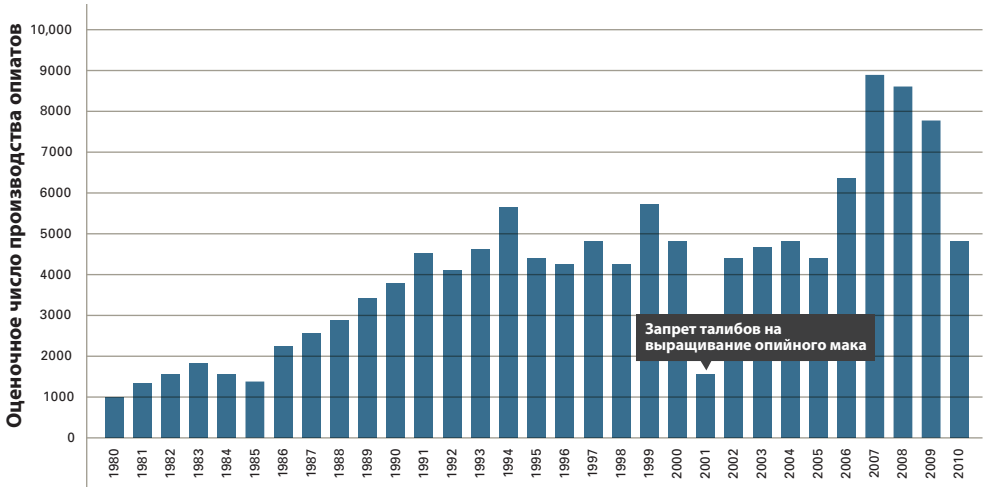


РИСУНОК 5:

Средние оценочные цены на героин в Европе

Примечание: Цены на героин приведены с учетом инфляции. Все цены отображены в долларах США на 2011 г. Источник: Управление ООН по наркотикам и преступности.

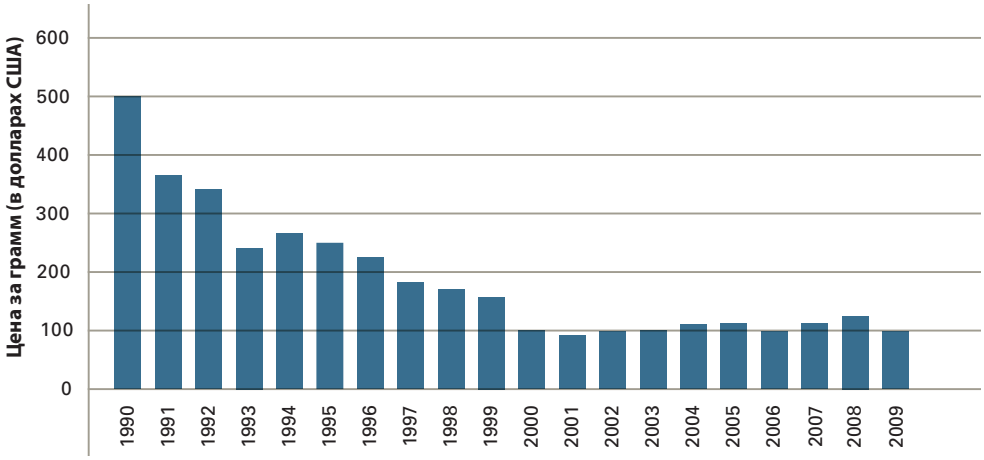
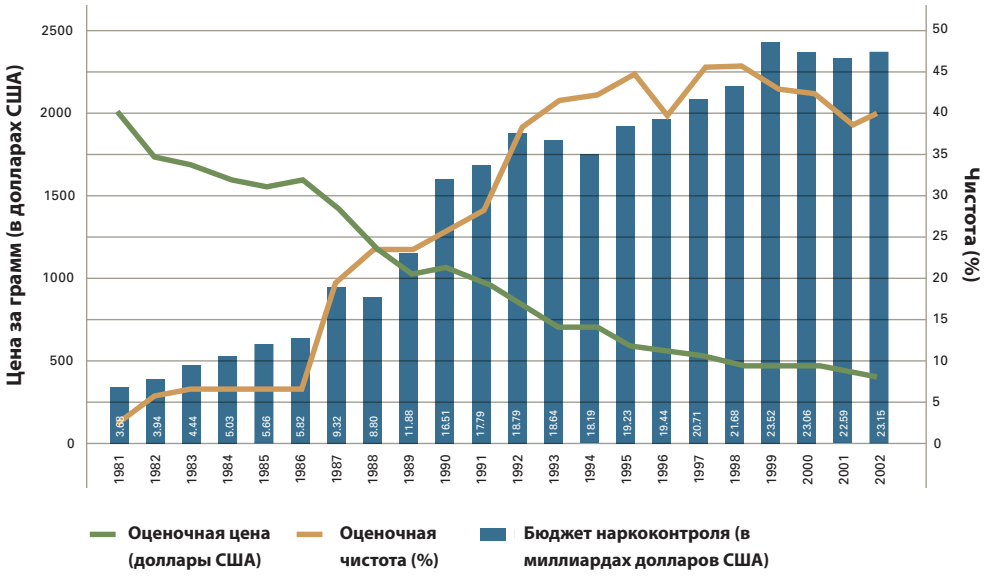


РИСУНОК 6:

Изменения в цене и чистоте героина в контексте растущего годового бюджета на наркоконтроль в США

Примечание: Данные заканчиваются в 2002 г. потому, что после этой даты не было постоянной отчетности о бюджете федерального наркоконтроля. Цены на героин приведены с учетом инфляции и изменений в качестве. Все цены отображены в долларах США на 2011 г. Источники: Управление национальной политики по контролю за наркотиками США, Агентство по борьбе с наркотиками, Система отчетности STRIDE, Программа внутреннего мониторирования героина Агентства по борьбе с наркотиками.



(Продолжение со стр. 11)

Связь между войной с наркотиками и эпидемией ВИЧ/СПИДа требует обратить внимание на героин, но аналогичные модели выстраиваются при анализе затрат на борьбу с другими наркотиками. В течении многих лет, Соединенные Штаты Америки направляли существенные ресурсы на целый ряд инициатив для прерывания торговли кокаина. Например, план "Колумбия," был мульти-миллиардным вложением в искоренение посевов коки в Колумбии посредством опыления с воздуха и вручную, подготовки и поддержки силовых структур, и других способов. Но не смотря на постоянное увеличение бюджета США, направленного на сокращение предложения и борьбу с оборотом наркотиков, чистота кокаина осталась неизменно высокой, в то время как цена на кокаин, с учетом инфляции и изменения качества, уменьшилась на более чем 60 процентов (рис. 7). Эти тенденции свидетельствуют о том, что действия правоохранительных органов никак не подорвали распространение кокаина и по-этому следует интерпретировать последние отчеты правительства США о снижении поставок кокаина в страну с долей скептицизма.[48]

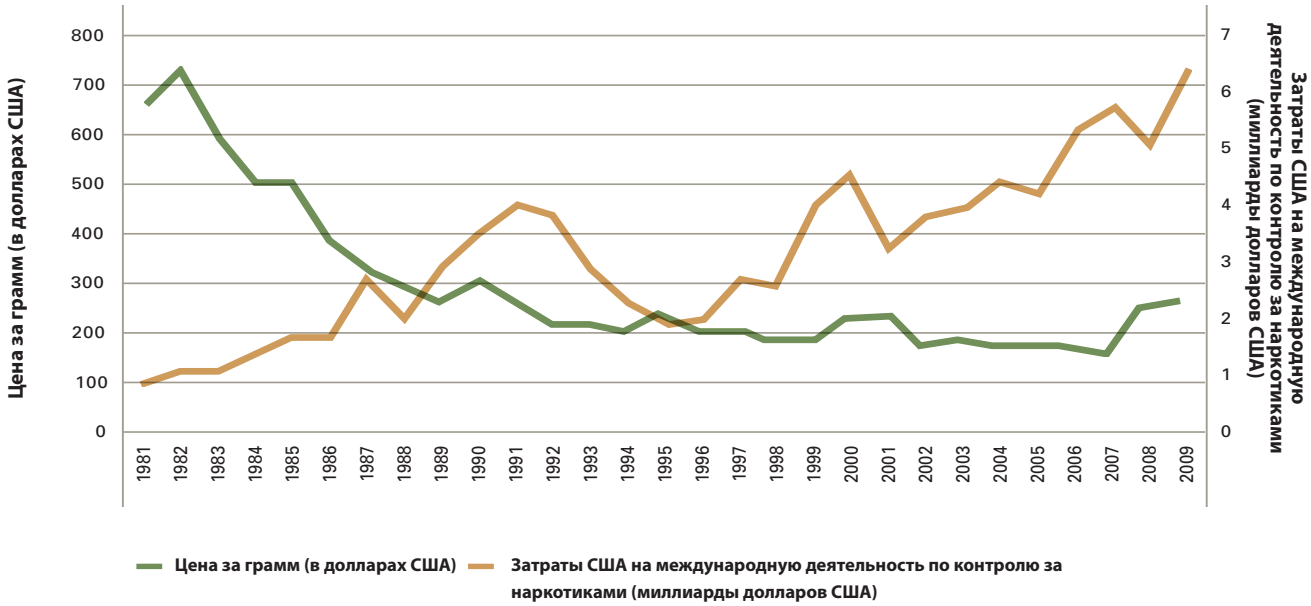
Рассмотрение конопли – наркотика, который уже много лет стоит в центре внимания войны с наркотиками в США – показывает те же результаты. Так, учитывая инфляцию и изменения в качестве, с 1990 г. цена конопли снизилась на 33 процента, тогда как чистота наркотика увеличилась на 145 процентов. Исследования Национального института США по употреблению наркотиков пришли к заключению, что за последние 30 лет запрета на распространение конопли, этот наркотик "почти повсеместно доступен ученикам старших классов средней школы," и от 80 до 90 процентов лиц из этой группы населения сообщают, что наркотик "очень просто" или "достаточно просто" приобрести.[49] Последние оценки Управления ООН по контролю за наркотиками и преступностью указывают на резкое увеличение в производстве стимулянтов амфетаминового ряда за последнее десятилетие. Таким образом, стимулянты амфетаминового ряда, стали самым употребляемым наркотиком после марихуаны. Но агрессивные меры правоохранительных органов принимаемые в отношении лиц, употребляющих наркотики, произведенные на синтетической основе, имеют такие же негативные эффекты для общественного здравоохранения.

Вместе взятые, эти показатели поясняют, что общие поставки наркотиков (выраженные такими индикаторами, как увеличение производства, снижение цен, и увеличение силы действия) в значительной степени не были затронуты мульти-миллиардными затратами на разрушение системы поставок с помощью дорогостоящих внедрений правоохранительных органов, арестов и запретов.

РИСУНОК 7:

Резкое снижение внутренних цен на кокаин не смотря на увеличение затрат Соединенных Штатов на наркоконтроль за границей

Примечание: Цены на кокаин приведены с учетом инфляции. Все цены отображены в долларах США на 2011 г. Источник: Управление национальной политики по контролю за наркотиками США



Война с наркотиками способствует не только распространению ВИЧ, но и продолжению насилия

Существует целый ряд доказательств того, что аналогично ситуации с запретом на алкоголь в Соединенных Штатах в 20м веке, запрет на наркотики привел к увеличению смертности от осложнений связанных с наркотиками и преступности и насилию на наркорынке. Исследования из Швейцарии показывают,что смертность среди зависимых от героина наркопотребителей снизилась в результате применения заместительной терапии, но повысилась в период ожесточения деятельности полиции против наркотиков.[50] Кроме того, согласно недавнему систематическому обзору опубликованных научных исследований, рассматривающих связь между агрессивными действиями служб охраны порядка и насилием, связанным с наркотиками, практически все исследования по этой теме пришли к выводу, что усиление деятельности полиции напрямую связано с увеличением насилия на наркорынке.[51] Авторы этого исследования также пришли к заключению, что аресты, связанные с наркотиками и другие стратегии правоохранительных органов, которые убирают лиц, вовлеченных в наркоторговлю с прибыльных мест, приводят к "обратному эффекту создания новых возможностей для бизнеса," таким образом приводя к борьбе за долю на рынке, с применением насилия.

Журналисты стоят рядом с набором ружей, мешки марихуаны и кокаина изъятого у картели Синалоа в ходе операции "Трубопроводный экспресс" на пресс-конференции в Финексе, штат Аризона. *Фото: Reuters / Joshua Lott*

Насилие, связанное с наркоторговлей можно рассматривать как прямое последствие запрета на наркотики во всех странах, но особенно пострадали некоторые регионы, где происходит основное производство наркотиков. Например в Мексике, после инициированной правительством в 2006 г. атаки на наркокартели, столкновение военных, полиции и членов картелей привели к масштабным потерям человеческих жизней. Трудно приводить точные данные, но по широко использующемся оценкам, с 2006 г. порядка 50 000 человек погибло в результате насилия, связанного с наркоторговлей (рис. 8).[52] Согласно другим оценкам, еще 10 000 человек пропало без вести и 1,5 миллиона стали вынужденными переселенцами в результате действий наркоконтроля.

Сторонники агрессивных мер наркоконтроля предполагают, что подобные кровопролития прерывают работу картелей в отношении производства и распространения наркотиков, но очевидно, что это совсем не так. Последние оценки подтверждают, что производство героина в Мексике увеличилось на более чем 340 процентов с 2004 г. (рис. 9)

Рынки "крэк"-кокаина также заслуживают особого внимания, в свете проблем общественного здравоохранения и известной связи между действиями правоохранительных органов в отношении крэк-кокаина и насилием на рынке наркотиков.[53] В частности, в середине 1990-х годов, связь между употреблением крэка и ВИЧ-инфекцией была описана исследованием, проведенным в больших городах США и установившим, что у курильщиков крэка вероятность инфекции ВИЧ была в два раза больше, чем у тех, кто не курил наркотик.[54] Эти результаты были впоследствии подтверждены другими исследованиями. Недавнее исследование в Канаде показало, что рост в употреблении крэк-кокаина способствовал повышению распространенности ВИЧ-инфекции.[55] Учитывая, что интенсивные меры по борьбе с крэк-кокаином привели к увеличению насилия на наркорынках и не смогли ограничить поставки наркотика, рассмотрение крэк-кокаина, как проблемы общественного здравоохранения нежели как проблемы соблюдения правопорядка, должно стать приоритетом.[53]

РИСУНОК 8:

Оценочное число убийств, связанных с наркотиками, в Мексике до и после атак правительства на наркокартели

Источник: Правительственные оценочные данные и данные из средств массовой информацией, представленные в отчетах Transborder Institute "Насилие, связанное с наркотиками в Мексике" и WM Consulting "Мексика: общие данные по смертности, 2011."

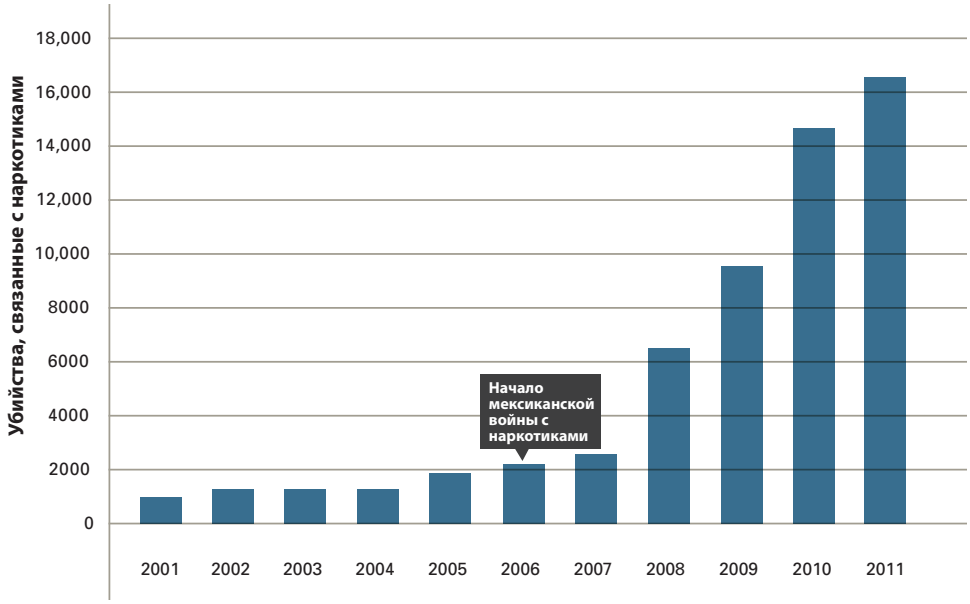
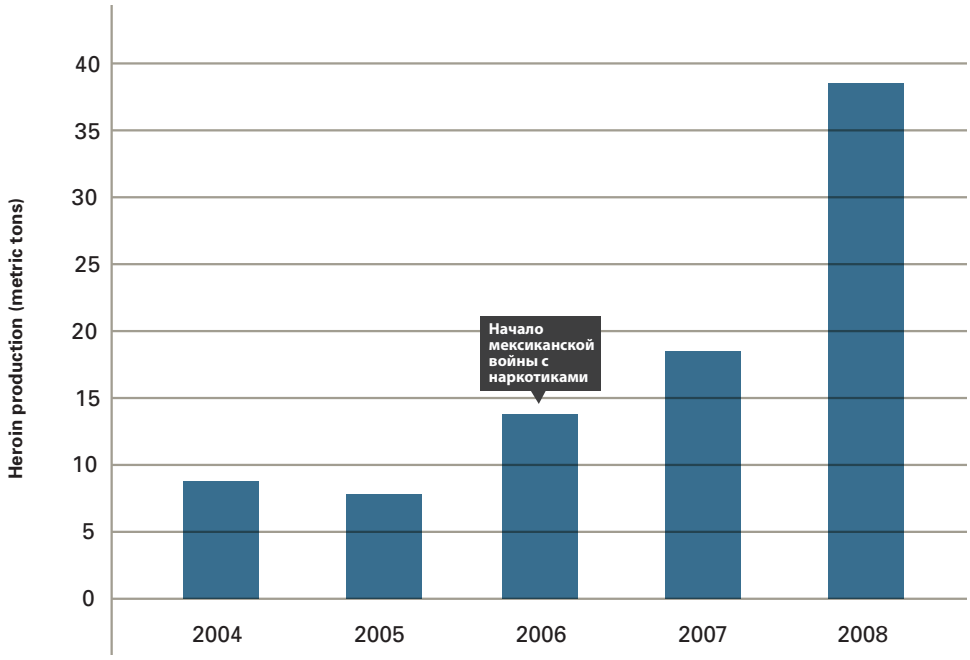


РИСУНОК 9:

Производство героина в Мексике

Источник: Министерство юстиции США, Национальный центр по разведке наркотиков, Оценка угрозы наркотиков 2010.



Во многих странах мира, постоянных страх перед арестом, насилием и заключением среди клиентов центров снижения вреда, метадоновых клиник, и других учреждений где люди употребляющие наркотики получают услуги, влияет на эффективность предоставляемых услуг. *Фото: Гражданский информационный сервис (CC BY 3.0)*

Использование подходов общественного здравоохранения снижает распространенность употребления наркотиков

Предыдущий доклад Глобальной комиссии по вопросам наркополитики содержал призыв к использованию подходов общественного здравоохранения для снижения вреда от употребления наркотиков и запрета на наркотики. К сожалению, доклад был встречен критикой со стороны Белого дома, выраженной в следующей цитате представителя Управления по национальной наркополитике: "Наркозависимость – это болезнь, которая может быть успешно предотвращена и вылечена. Делая наркотики более доступными, как рекомендует доклад, усложнит охрану здоровья и безопасности нашего общества."[56] Этот комментарий неверно интерпретирует наш первый доклад и проблематичен по двум причинам. Во-первых, стратегия наркоконтроля США остается привязана к уголовной ответственности за употребление наркотиков, и подавляющее количество федеральных и штатских финансовых ресурсов направляется на программы по вовлечению правоохранительных органов, силовые действия и действия по пресечению наркоторговли, нежели чем на лечения наркозависимости или подходы общественного здравоохранения. Во вторых, предположение о том, что подходы общественного здравоохранения к наркопотреблению приведут к увеличению употребления или нежелательных последствий для общества, не согласуется с эмпирическими данными.

Инициатива по психическому здоровью Всемирной организации здравоохранения пришла с следующему заключению в исследовании сравнивающем модели подходов к контролю за наркотиками и распространенностью наркопотребления: "Во всем мире, потребление наркотиков распространено неравномерно и не имеет просто объясняемой связи с наркополитикой, так как уровень употребления наркотиков в странах с жесткой наркополитикой не ниже чем в странах с либеральной ориентацией."[57] Исследования моделей употребления, проводимые на уровне отдельных стран, поддерживают эту тенденцию. Например, десятилетнее исследование в 93 больших городах США пришло к заключению, что увеличение в числе арестов за преступления, связанные с наркотиками, не привело к снижению распространенности инъекций наркотиков.[58]

Эмпирические данные показывают, что вместо снижения в потреблении наркотиков, карательные законы приводят к обратным результатам. В США, где одна восьмая подростков сообщает, что в какой то момент их биологический отец был в заключении, недавнее исследование обнаружило, что лишение свободы отца было напрямую связано с употреблением наркотиков в подростковом возрасте, даже после учета других факторов, таких как социальное положение семьи и индивидуальные характеристики.[59] Подобные нежелательные последствия войны с наркотиками на благополучие семей объясняют почему, например, употребление каннабиса в США остается выше чем в Португалии, где употребление каннабиса было декриминализировано, или в Нидерландах, где продажа каннабиса была почти легализована.[44,60]

Существующая доказательная база четко показывает, что применение законов, поощряющих подходы здравоохранения не увеличивают распространенность употребления наркотиков, а наоборот, потенциально может повлиять на ее снижение. Многочисленные исследования показали, что распространенность

употребления наркотиков не увеличивается внедрением программ обмена шприцев.[61] Также, наличие комнат для безопасного употребления наркотиков, где наркопотребители могут делать инъекции уличных наркотиков в присутствии медицинских работников, привело к увеличению обращаемости в программы лечения наркозависимости и снижению распространенности инъекций.[62] Аналогично, применение подходов снижения вреда к употреблению героина в Швейцарии, включая программы предоставления героина по рецепту, совпало с устойчивым снижением в количестве новых потребителей героина. В частности, в период с 1990 по 2002 г., ежегодное число новых потребителей героина снизилось на 82 процента с 850 до 150, а общая численность потребителей героина снижалась на 4 процента каждый год в этот период.[63] Обзор результатов исследований по применению героина по рецепту пришел к следующему заключению: "Имеющиеся данные заставляют предположить, что назначение рецептурного героина наряду с гибкими дозами метадона для долгосрочного лечения опиоидной зависимости означало снижение в использовании нелегальных наркотиков, снижение в уровне вовлечения в преступную деятельность и лишения свободы, возможное снижение смертности и увеличение в приверженности к лечению."[64] Несколько стран сообщают, что употребление инъекционных наркотиков снизилось не смотря на развитие доступа к стерильному инвентарю для употребления наркотиков.[32,43] На данный момент, существуют убедительные доказательства того, что подходы общественного здравоохранения к наркозависимости на самом деле способствуют снижению распространенности употребления.

Время действовать

Эпидемия ВИЧ продолжает нарастать среди людей, употребляющих наркотики, и для глав стран и международных агентств настало время действовать. Внутри системы ООН, ключевые агентства, включая Объединенную программу ООН по ВИЧ/СПИДу и Всемирную организацию здравоохранения, слишком долго оставались в стороне, тогда как война с наркотиками продолжала содействовать распространению эпидемии ВИЧ. В то время как Управление Верховного комиссара по правам человека неоднократно призывало к адаптации сбалансированной и комплексной политики, другие агентства ООН, в частности Управление ООН по наркотикам и преступности и особенно Комиссия ООН по наркотическим средствам продолжают настаивать на применении агрессивной карательной практики ценой общественного здравоохранения.65 Мандат Комиссии ООН по наркотическим средствам включает в себя обеспечение того, чтобы страны использовали контролируемые лекарственные средства в медицинских целях — например, метадон для лечения наркозависимости. Совет директоров Комиссии имеет долгую историю осуждения быстрого распространения ВИЧ, связанного с инъекционным употреблением наркотиков, но почти ничего не делает, чтобы заставить Россию и другие страны разрешить доступ к медицинскому употреблению метадона. Учреждение ООН, которое должно играть ключевую роль в расширении доступа к опиоидной заместительной терапии выбирает поощрение репрессивных законов во имя соблюдения международных договоров. Совсем недавно, Комиссия ООН по наркотическим средствам отказалась присоединиться к многим другим агентствам ООН в осуждении центров принудительного лечения наркозависимости и продолжает отказываться от осуждения смертной казни, как наказания за преступления связанные с наркотиками.

Любая трезвая оценка последствий войны с наркотиками покажет что многие национальные и международные службы, работающие на снижение проблемы наркотиков, на самом деле усугубляют эту проблему и способствуют ухудшению здоровья и безопасности общества. Это должно измениться!

Но долговременное молчание в отношении вреда войны с наркотиками было нарушено, благодаря отважным лидерам в разных областях. Венская декларация и другие высказывания лидирующих специалистов в науке, медицине, и общественном здравоохранении подчеркнули на сколько важно чтобы наркополитика была основана на эмпирических данных, а не на идеологии войны с наркотиками.[3,66]

В Латинской Америке, Президент Колумбии Хуан Мануэль Сантос, гватемальский Президент Отто Перес Молина и Президент Коста Рики Лаура Чинчилья заявили о своем желании переоценить подходы войны с наркотиками.

Интересно также то, что в Соединенных Штатах, война с наркотиками начинает подвергаться всесторонней критике, даже от групп, когда-то ее поддерживающих. Эти изменения проявляются через весь политический спектр с консервативными группами, такими как инициатива "Исправить преступность," а также двумя кандидатами в Президенты от Республиканцев, недавно возглавившими обсуждения о том, как значительно уменьшить уровень инкарцерации и остановить войну с наркотиками.[67] В добавок, в 2012, ряд штатов США рассмотрит на выборах инициативы по введению налогов и регулирования закупок каннабиса.

Мы полностью поощряем смелые и прагматичные инициативы, которые совпадают с мнением Глобальной комиссии о том, что здоровье и безопасность общества должны быть приоритетом при составлении законодательства в отношении наркотиков, и соответствуют нашей поддержке декриминализации употребления наркотиков и экспериментальными моделями законного регулирования.

ВЕНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ

Венская декларация: Научная поддержка для изменений к которым призывает Глобальная комиссия

Венская декларация была принята, как официальная декларация XVIII Международной конференции по СПИДу, проходившей в Вене с 18 по 23 июля, 2010 г. Собрав больше 20 000 делегатов, конференция являлась одной из самых крупнейших в мире. Она была организована Международным обществом по СПИДу, и другими международными партнерами, включая Всемирную организацию здравоохранения, Объединенную программу ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Управление ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК), и Европейскую комиссию.

Декларация подчеркивает, что война с наркотиками не достигла своих целей, и призывает признать ее разрушительные последствия. После издания Декларации более 20 000 лиц и более 400 организаций высокого уровня из всех регионов земного шара ее поддержали. Среди подписавшихся на сегодняшний день есть несколько нобелевских лауреатов, тысячи научных экспертов и академиков, а также представители разнообразных медицинских, религиозных и общественных организаций, руководители правоохранительных органов и судебной власти со всего мира. Подписавшие Венскую декларацию специально призывают правительства и международные организации, включая Организацию Объединенных Наций к:

- Проведению объективного анализа эффективности текущих подходов в наркополитике;
- Оценке и внедрению научно обоснованных подходов общественного здравоохранения к проблеме потребления наркотиков и к ассоциированным вредным последствиям, как для отдельных лиц, так и для общества в целом;
- Отмене уголовной ответственности за употребление наркотиков, расширению научно обоснованных методологий наркологического лечения и отмене принудительных центров лечения наркозависимотси, деятельность которых нарушает Всеобщую декларацию прав человека;
- Однозначной поддержке и расширению финансирования для реализации комплексного пакета мер по ВИЧ, описанному в Руководстве целевых показателей ВОЗ, ЮНОДК и ЮНЭЙДС;
- Значимому вовлечению представителей уязвимых групп в разработку, оценку, и внедрению услуг и законов, которые влияют на их жизни

Ананд Гровер, Специальный докладчик ООН по праву на наивысший достижимый уровень здоровья, написал о Венской декларации:

«Право на здоровье включает в себя не только право на своевременное и надлежащее медицинское обслуживание, но и право на основополагающие предпосылки для сохранения своего здоровья такие, как широкое применение программ снижения вреда. Криминализация наркопотребителей не приносит пользы обществу, ведет к ухудшению общественного здоровья и вносит вклад в серьезные нарушения прав человека. Декриминализация наркопотребления, как к этому призывает Венская декларация, улучшит здоровье и благосостояние людей употребляющих наркотики и общества в целом и должна быть признана правительствами, политическими деятелями и частными лицами по всему миру.»

Поддержка наркополитики, основанной на науке, а не на идеологии.

Венская декларация

Подпишите на сайте: http://www.viennadeclaration.com/

БИБЛИОГРАФИЯ

1. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf.
2. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. Lancet, 2008; 372(9651): 1733-1745.
3. Beyrer C, Malinowska-Sempruch K, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Sidibe M, Strathdee SA. Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. Lancet, 2010; 376(9740): 551-563.
4. Kerr T, Wood E. The public health and social impacts of drug market enforcement: a review of the evidence. Int J Drug Pol, 2005; 16(4): 210-220.
5. Jurgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. Lancet, 2010; 376(9739): 475-485.
6. Rhodes T, Mikhailova L, Sarang A, et al. Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment. Soc Sci Med, 2003; 57(1): 39-54.
7. Sarang A, Rhodes T, Sheon N, Page K. Policing drug users in Russia: risk, fear, and structural violence. Subst Use Misuse, 2010; 45(6): 813-864.
8. Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. Lancet, 2010; 376(9737): 268-284.
9. Maruschak L, Beavers R. Bureau of Justice Statistics bulletin. HIV in prisons, 2007–08. http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/hivp08.pdf.
10. CDC. HIV surveillance—United States, 1981–2008. MMWR, 2011; 60(21): 689-693.
11. Hammett TM, Harmon MP, Rhodes W. The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. Am J Public Health, 2002; 92(11): 1789-1794.
12. Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV. HIV in prison in low-income and middle-income countries. Lancet Infect Dis, 2007; 7(1): 32-41.
13. Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. Lancet Infect Dis, 2009; 9(1): 57-66.
14. Yirrell DL, Robertson P, Goldberg DJ, McMenamin J, Cameron S, Leigh Brown AJ. Molecular investigation into outbreak of HIV in a Scottish prison. BMJ, 1997; 314(7092): 1446-1450.
15. Dolan KA, Wodak A. HIV transmission in a prison system in an Australian State. Med J Aust, 1999; 171(1): 14-17.
16. Johnson R, Raphael S. The effects of male incarceration dynamics on acquired immune deficiency syndrome infection rates among African American women and men. J Law Econ, 2009; 52(2): 251-293.
17. Adimora AA, Schoenbach VJ, Martinson FE, Donaldson KH, Stancil TR, Fullilove RE. Concurrent partnerships among rural African Americans with recently reported heterosexually transmitted HIV infection. J Acquir Immune Defic Syndr, 2003; 34(4): 423-429.
18. CDC. Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2009. http://www.cdc.gov/hiv/surveillance/resources/reports/2009report.
19. Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. Lancet, 2010; 376(9738): 355-366.
20. Jurgens R, Csete J. In the name of treatment: ending abuses in compulsory drug detention centers. Addiction, 2012; 107(4): 689-691.
21. Венская декларация. http://www.viennadeclaration.com.
22. Parry J. Vietnam is urged to close drug detention centres after widespread abuse is discovered. BMJ, 2011; 343: d5739.
23. Wood E, Kerr T, Tyndall MW, Montaner JSG. A review of barriers and facilitators of HIV treatment among injection drug users. AIDS, 2008; 22(11): 1247-1256.
24. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. Lancet, 2010; 375(9719): 1014-1028.
25. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med, 2011; 365(6): 493-505.
26. Wood E, Kerr T, Marshall BD, et al. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. BMJ, 2009; 338: b1649.
27. National HIV/AIDS strategy for the United States (2010). http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/uploads/NHAS.pdf.
28. UNAIDS. The treatment 2.0 framework for action: catalysing the next phase of treatment, care and support. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110824_JC2208_outlook_treatment2.0_en.pdf.
29. Small W, Wood E, Betteridge G, Montaner J, Kerr T. The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study. AIDS Care, 2009; 21(6): 708-714.
30. Milloy MJ, Kerr T, Buxton J, et al. Dose-response effect of incarceration events on nonadherence to HIV antiretroviral therapy among injection drug users. J Infect Dis, 2011; 203(9): 1215-1221.
31. Westergaard RP, Kirk GD, Richesson DR, Galai N, Mehta SH. Incarceration predicts virologic failure for HIV-infected injection drug users receiving antiretroviral therapy. Clin Infect Dis, 2011; 53(7): 725-731.
32. WHO. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. 2004. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf.
33. WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf.
34. International guidelines on HIV/AIDS and human rights 2006 consolidated version. Organized jointly by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf.
35. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev, 2009; 3: CD002209.
36. Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan L, Ali R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database Syst Rev, 2008; 2: CD004145.
37. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2010). Mission to Poland. http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/134/03/PDF/G1013403.pdf?OpenElement.
38. Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, et al. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. Euro Surveill, 2011; 16(36): 19962.
39. UNAIDS Worlds AIDS Day Report 2011. How to get to zero: Faster. Smarter. Better. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf.
40. Cohen J. Thailand. Not enough graves: the war on drugs, HIV/AIDS, and violations of human rights. Human Rights Watch, 2004; 16(8): (C). http://www.hrw.org/reports/2004/thailand0704/thailand0704.pdf.

БИБЛИОГРАФИЯ

41. Friedman SR, Cooper HL, Tempalski B, et al. Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. AIDS, 2006; 20(1): 93-99.

42. Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. Lancet, 1997; 349(9068): 1797-1800.

43. Anneli U, Des Jarlais Don KM, Kristi R, Katri AO, Ave T. Expanded syringe exchange programs and reduced HIV infection among new injection drug users in Tallinn, Estonia. BMC Public Health, 2011; 11: 517.

44. Hughes CE, Stevens A. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? Brit J Criminol, 2010; 50(6): 999-1022.

45. Csete J, Grob PJ. Switzerland, HIV and the power of pragmatism: lessons for drug policy development. Int J Drug Policy, 2012; 23(1): 82-86.

46. US Office of National Drug Control Policy. National drug control strategy, 2012. http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/2012_ndcs.pdf.

47. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2010. http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html.

48. US Office of National Drug Control Policy. Update: New data show cocaine market remains under significant stress. Press release, June 16, 2011. http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/press-releases/20110617_new_data_show_cocaine_market_remains_under_significant_stress.pdf.

49. International Centre for Science in Drug Policy (2010). Tools for debate: US federal government data on cannabis prohibition. http://www.icsdp.org/docs/ICSDP-2.pdf.

50. Nordt C, Stohler R. Combined effects of law enforcement and substitution treatment on heroin mortality. Drug Alcohol Rev, 2010; 29(5): 540-545.

51. Werb D, Rowell G, Guyatt G, Kerr T, Montaner J, Wood E. Effect of drug law enforcement on drug market violence: a systematic review. Int J Drug Policy, 2011; 22(2): 87-94.

52. Trans-Border Institute (2011). Drug violence in Mexico. http://justiceinmexico.files.wordpress.com/2011/03/2011-tbi-drugviolence.pdf.

53. Klein M, Maxon C, Conningham L. "Crack," street gangs, and violence. Criminology, 1991; 29(4): 623-650.

54. Edlin BR, Irwin KL, Faruque S, et al. Intersecting epidemics–crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team. N Engl J Med, 1994; 331(21): 1422-1427.

55. DeBeck K, Kerr T, Li K, et al. Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. CMAJ, 2009; 181(9): 585-589.

56. Global war on drugs has failed, key panel says. MSNBC. http://www.msnbc.msn.com/id/43248071/ns/us_news-crime_and_courts/t/global-war-drugs-has-failed-key-panel-says/ - .T0U5bFFD6-I.

57. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLoS Med, 2008; 5(7): e141.

58. Friedman SR, Pouget ER, Chatterjee S, et al. Drug arrests and injection drug deterrence. Am J Public Health, 2011; 101(2): 344-349.

59. Roettger ME, Swisher RR, Kuhl DC, Chavez J. Paternal incarceration and trajectories of marijuana and other illegal drug use from adolescence into young adulthood: evidence from longitudinal panels of males and females in the United States. Addiction, 2011; 106(1): 121-132.

60. Reinarman C, Cohen PDA, Kaal HL. The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and in San Francisco. Am J Public Health, 2004; 94(5): 836-842.

61. Vlahov D, Des Jarlais DC, Goosby E, et al. Needle exchange programs for the prevention of human immunodeficiency virus infection: epidemiology and policy. Am J Epidemiol, 2001; 154(12 Suppl): S70-S77.

62. Wood E, Tyndall MW, Zhang R, et al. Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. N Engl J Med, 2006; 354(23): 2512-2514.

63. Nordt C, Stohler R. Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. Lancet, 2006; 367(9525): 1830-1834.

64. Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. Cochrane Database Syst Rev, 2011; 12: CD003410.

65. Wolfe D, Malinowska-Sempruch K. Illicit drug policies and the global HIV epidemic: effects of UN and national government approaches. Open Society Institute, New York; 2004. http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/cnd_20040316/Illicit%20Drug%20Policy%20for%20web%20FINAL.pdf.

66. HIV and injecting drug use: a global call for action. Lancet, 2011; 377(9773): 1212.

67. Moll J. Treating addictions and preventing crime. Right on Crime, 2012. http://www.rightoncrime.com/2012/02/treating-addictions-and-preventing-crime/.

Рекомендации доклада Глобальной комиссии "Война с наркотиками" за 2011 г.

1. Разрушить существующее табу. Вести открытые дискуссии и продвигать меры, которые эффективно сокращают потребление, а также предупреждают и снижают вред, связанный как

   с употреблением наркотиков, так и с наркоконтролем. Увеличить финансовый вклад в проведение научных исследований и анализа эффективности различных стратегий и программ.

2. Вместо преследования и уголовного наказания людей, употребляющих наркотики, предложить медико-профилактическую помощь и лечение тем, кто в них нуждается.

3. Поощрять внедрение государствами экспериментальных моделей правового регулирования оборота наркотиков (например, каннабиса) для того чтобы прекратить деятельность организованной преступности и защитить здоровье и безопасность граждан.

4. Установить более точные критерии, показатели и цели для адекватной оценки деятельности и целеустремленного продвижения вперед.

5. Разоблачать, а не укреплять распространенные мифы и заблуждения относительно наркорынков, наркопотребления и наркозависимости.

6. Страны, которые вопреки фактам продолжают вкладывать средства главным образом в силовые методы, должны сосредоточить репрессивные меры на борьбе с насильственными преступлениями организованных криминальных структур и крупных наркоторговцев, чтобы снизить ущерб, наносимый обществу незаконным рынком наркотиков.

7. Применять альтернативные методы наказания для мелких и впервые нарушивших закон дилеров.

8. Вкладывать больше ресурсов в научно-обоснованные методы профилактики с особым упором на молодежь.

9. Предложить широкий и доступный выбор вариантов лечения и помощи при наркотической зависимости, включая заместительную и героиновую поддерживающую терапию и уделяя особое внимание лицам наиболее высокого риска, в том числе содержащимся в тюрьмах и в других закрытых учреждениях.

10. Система ООН должна взять на себя ведущую роль в реформе глобальной наркополитики. Это значит - поощрять эффективные и научно-обоснованные подходы, оказывать поддержку странам в разработке наркополитики, соответствующей их контексту и удовлетворяющей

    их запросы, а также обеспечить координацию различных учреждений, стратегий и конвенций ООН.

11. Действовать нужно без промедления: поскольку война с наркотиками не удалась, следует сейчас же изменить политику!

ГЛОБАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ПО ВОПРСАМ НАРКОПОЛИТИКИ

Цель Глобальной комиссии по вопросам наркополитики - инициировать на международном уровне дискуссию на основе всесторонней информации и научных данных о гуманных и эффективных способах уменьшить вред, который причиняют наркотики человеку и обществу.

ЦЕЛИ

- проанализировать основные предположения и гипотезы, степень эффективности и последствия "войны с наркотиками"
- оценить риски и преимущества различных национальных ответов на проблему наркотиков
- разработать практически осуществимые, научно-обоснованные рекомендации по вопросам конструктивныхправовых и политических реформ

GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY

www.globalcommissionondrugs.org