

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ПОЛИТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ПЕТРА ВЕЛИКОГО

На правах рукописи

Кузякин Александр Григорьевич

**ОСОБЕННОСТИ ПОЛИТИКИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИОННЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ПРИМЕРЕ ВИЧ / СПИД В АФРИКАНСКИХ
СТРАНАХ ЮЖНЕЕ САХАРЫ**

Научная специальность: 5.5.4. Международные отношения,
глобальные и региональные исследования

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата политических наук

Научный руководитель:
Погодин Сергей Николаевич,
доктор исторических наук

Санкт – Петербург – 2023

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1. Мирополитические аспекты становления универсальных норм здравоохранения.....	16
1.1. Особенности процесса гуманизации современных международных отношений.....	16
1.2. Формирование универсальных международных норм в области здравоохранения.....	44
Выводы по первой главе.....	74
Глава 2. Стратегические принципы ВОЗ в борьбе с инфекционными заболеваниями	76
2.1. Характеристика основных направлений борьбы с инфекционными заболеваниями	76
2.2. Формы участия международных организаций «семьи ООН» в борьбе с инфекционными заболеваниями.....	93
2.3. Роль неправительственных международных организаций в борьбе с инфекционными заболеваниями.....	108
Выводы по второй главе	117
Глава 3. Специфика деятельности ВОЗ в африканских странах южнее Сахары.....	119
3.1. Исторические и социально-политические причины распространения инфекционных заболеваний в регионе	119
3.2. Политика ВОЗ по координации борьбы с инфекционными заболеваниями с правительствами, гражданским обществом и бизнесом в африканских странах южнее Сахары.....	145
Выводы по третьей главе.....	162
Заключение	164
Библиографический список.....	169

Введение

Актуальность темы. Начало коронавирусной пандемии в 2020 году сфокусировало внимание мирового сообщества на проблеме обеспечения эффективных мер противодействия распространению массовых инфекций, выведя на первый план деятельность Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) среди всех наднациональных институтов в сфере здравоохранения. Обеспечение благополучной санитарно-эпидемиологической обстановки является приоритетной задачей развития любого современного государства и внимание политиков к данному вопросу вполне обоснованно. Между тем в тени коронавирусной инфекции остались более привычные для человечества инфекционные заболевания, такие как ВИЧ/СПИД, традиционным очагом распространения которых остаются государства африканского континента.

Политическое измерение инструментов противодействия распространению инфекционных заболеваний требует концентрации усилий всех государств мира, оператором которых обыкновенно выступают международные организации, прежде всего, ВОЗ. Концентрация людей, живущих с ВИЧ, наиболее заметна в странах с низким и средним уровнем дохода. Более двух третей людей, живущих с ВИЧ, находятся в странах Африки к югу от Сахары. В настоящее время большинство стран Африки к югу от Сахары приняли национальную политику лечения для людей, живущих с ВИЧ, чтобы обеспечить своевременную АРТ-терапию. Во многом благодаря такому расширению лечения прогнозируемое число людей, живущих с ВИЧ, в возрасте 50 лет и старше, как ожидается, утроится к 2040 году в странах Африки к югу от Сахары. По мере того как люди с ВИЧ живут дольше, системы здравоохранения в странах с низким уровнем дохода, особенно в Африке, сталкиваются с все более сложными проблемами в эффективном лечении сопутствующих заболеваний.

Таким образом, ограниченные ресурсы национальных правительств не позволяют государствам африканского континента справиться с распространением инфекции в одиночку. Борьба с инфекционными заболеваниями требует скоординированных политических решений со стороны международного

сообщества. В связи с этим проблемы политики ВОЗ в отношении противодействия распространению инфекционных заболеваний в государствах Африки, расположенных южнее пустыни Сахара, требуют своего научного осмысления и адекватного политического анализа. Данная тема актуальна как в теоретическом, так и в практическом отношении. С теоретической точки зрения существует объективная необходимость восполнения обширного пробела в научном знании относительно политических механизмов взаимодействия международных организаций и национальных правительств государств Африки, расположенных южнее Сахара, по вопросу модернизации систем здравоохранения и медицинско-профилактической работы по борьбе с инфекционными заболеваниями. С практической точки зрения существует необходимость разработки рекомендаций по совершенствованию международной политики в области глобального здравоохранения и повышению роли ВОЗ в деле противодействия массовым инфекционным заболеваниям, представляющим угрозу для населения как африканского региона, так и планетарного человечества в целом.

Таким образом, обращение к данному вопросу представляется актуальным и своевременным в контексте общего повышения внимания субъектов мировой политики к проблемам эпидемиологической безопасности и здоровья населения в глобальном масштабе.

Степень научной разработанности темы. Политические вопросы деятельности ВОЗ в сфере борьбы с инфекционными заболеваниями (прежде всего, ВИЧ) в государствах Африки, расположенных южнее пустыни Сахара, до настоящего момента не становились предметом самостоятельного диссертационного исследования. Данная проблема традиционно является предмет специальных медицинских работ. Ряд политологических исследований косвенно затрагивает данную проблематику. Так, диссертация А.И. Горлинского посвящена международному политическому сотрудничеству в области борьбы с глобальными эпидемиями на современном этапе¹. Роль ВОЗ в данном процессе раскрывается в

¹ Горлинский А.И. Международное политическое сотрудничество в области борьбы с глобальными эпидемиями на современном этапе : диссертация ... кандидата политических наук : 23.00.04 [Место защиты: С.-Петербург. гос. ун-т]. Санкт-Петербург, 2008. 158с.

работе не в полном объеме, так как в фокусе внимания диссертанта находилась политика ведущих мировых держав современности в данной сфере – США, Европейского союза и Российской Федерации.

В диссертационном исследовании А.В. Карпенко раскрываются различные аспекты «глобального здравоохранения» как вектора мировой политики². Наряду с анализом роли национальных государств в современном международном сотрудничестве по вопросам здравоохранения автор в пятой главе исследования раскрывает стратегию ВОЗ в области здравоохранения и роль международных неправительственных организаций в формировании глобального здравоохранения.

Роль международных политических институтов в сфере противодействия распространению инфекционных заболеваний раскрывается в научных публикациях И. Рау³, А.В. Акимова⁴, А.М. Карпенко⁵, И.В. Холикова⁶, Д.В. Михеля⁷ и др.

Весьма разнообразны зарубежные исследования по вопросу политики ВОЗ в сфере борьбы с инфекционными заболеваниями на территории африканских стран южнее Сахары. В обширной публикации Ён Су Ким представлено исследование актуальных форм международного сотрудничества государства-участников Организации Объединенных Наций и ВОЗ в сфере разработки совместных мер по противодействию эпидемии ВИЧ. автором произведен анализ хронологии деятельности ВОЗ с привлечение пакета официальной документации организации по вопросам реализации политики «глобального здравоохранения»⁸.

² Карпенко А.М. Развитие глобального здравоохранения в контексте мировой политики в XXI веке : диссертация ... кандидата политических наук : 23.00.04 [Место защиты: Санкт-Петербургский государственный университет]. Санкт-Петербург, 2020. 187с.

³ Рау И. Ковид-19 и его влияние на международные политические отношения в 2020 г. // Современная научная мысль. 2021. № 1. С. 116-127.

⁴ Акимов А.В. Роль ВОЗ в борьбе с Covid-19. итоги первого года пандемии // Международная жизнь. 2021. № 5. С. 16-31.

⁵ Карпенко А.М. Определение понятия «глобальное здравоохранение» в современной политической науке // Теории и проблемы политических исследований. 2018. Т. 7. № 1А. С. 152-158.

⁶ Холиков И.В. Распространение эпидемий, пандемий и массовых заболеваний как глобальный вызов современности // Пути к миру и безопасности. 2020. № 2 (59). С. 27-40.

⁷ Михель Д.В. Данные, принципы и стратегии: как работают глобальные механизмы контроля эпидемии ВИЧ // Логос. 2021. Т. 31. № 1 (140). С. 143-176.

⁸ Kim Y.S. World Health Organization and Early Global Response to HIV/AIDS: Emergence and Development of International Norms // Journal of International and Area Studies. Vol. 22. №. 1 (June 2015), pp. 19-40.

Политическая нестабильность как деструктивный фактор в противоинфекционной политике ВОЗ проанализирован в совместном исследовании группы ученых из Швейцарии, США и Гвинеи-Бисау⁹. Авторами обоснован вывод, что политическая нестабильность может негативно сказаться на организации и эффективности системы здравоохранения. За последние десятилетия политическая нестабильность в Гвинеи-Бисау проявилась в череде попыток и успешных государственных переворотов, политических убийств и крайне политизированной роли ее вооруженных сил. Эти события оказали пагубное воздействие на борьбу страны с ВИЧ/СПИДом.

Политические аспекты деятельности международных организаций и институтов по борьбе с инфекционными заболеваниями в африканских государствах, расположенными южнее пустыни Сахара, раскрываются работах Н. Симелла и П. Бэррона¹⁰, Д. Фассена и Х. Шнайдер¹¹, Р. Паккарда¹².

Вместе с тем, следует признать недостаточность раскрытия политической роли ВОЗ в процессе борьбы с инфекционными заболеваниями на африканском континенте, что формирует объективную необходимость в появлении специального исследования данной темы. До настоящего момента времени проблематика инфекционных заболеваний и борьбы с ними раскрывалась преимущественно в контексте медицинско-эпидемиологических исследований, не уделяя внимания политико-административным и международно-публичным аспектам данного направления деятельности. Вместе с тем трудно отрицать возрастающее значение механизмов политического управления не только сферой национального здравоохранения, но и международным взаимодействием правительственных и неправительственных агентов в данной области. В связи с дефицитом научных исследований данного вопроса требуется разработка

⁹ Galjour, J., Havik, P.J., Aaby, P. et al. Chronic political instability and HIV/AIDS response in Guinea-Bissau: a qualitative study. *Infect Dis Poverty* 10, 68 (2021).

¹⁰ Simelela N, Venter WD, Pillay Y, Barron P. A Political and Social History of HIV in South Africa. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2015 Jun;12(2):256-61.

¹¹ Fassin D, Schneider H. The politics of AIDS in South Africa: beyond the controversies. *BMJ.* 2003;326(7387):495-497.

¹² Packard R. *White plague, black labour: tuberculosis and the political economy of health and disease in South Africa.* Berkeley: University of California Press; 1990. 360p.

вопросов, раскрывающих политику ВОЗ по борьбе с инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД) на примере африканских стран южнее Сахары.

Объект исследования – система глобального здравоохранения как международно-политический фактор борьбы с распространением инфекционных заболеваний на территории государств Африки, расположенных южнее пустыни Сахара.

Предмет исследования - программы Организации Объединенных наций и ВОЗ в сфере борьбы с распространением инфекционных заболеваний (ВИЧ/СПИД) на территории африканских стран южнее Сахары.

Цель исследования – определить особенности политики ВОЗ по борьбе с инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД) на примере африканских стран южнее Сахары.

Основные задачи исследования:

1. Определить влияние концепции безопасности человека на формирование современных международных норм в области здравоохранения.
2. Охарактеризовать идеологию ВОЗ по борьбе с инфекционными заболеваниями.
3. Классифицировать формы участия международных организаций в борьбе с инфекционными заболеваниями.
4. Провести типологизацию исторических и социально-политических причин распространения инфекционных заболеваний в регионе южнее Сахары.
5. Выявить плюсы и минусы политики ВОЗ по координации борьбы с инфекционными заболеваниями с правительствами, гражданским обществом и бизнесом в африканских странах южнее Сахары.

Теоретико-методологическая основа. Для достижения поставленной цели и решения задач исследования потребовалось привлечение группы методов, центральное место среди которых занимает системный метод. Он позволяет рассматривать политику ВОЗ в области борьбы с инфекционными заболеваниями как определенную целостность, состоящую из совокупности элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом и внешней средой.

Сравнительный метод предоставляет возможность выделять общие и специфические черты в реализации эпидемиологической политики национальных государств, международных организаций и неправительственных организаций в сфере противодействия распространению инфекционных заболеваний на территории государств Африки, расположенных южнее пустыни Сахара.

Исторический метод позволяет рассмотреть эволюцию распространения инфекционных заболеваний в регионе, а также развитие международного инструментария по борьбе с ними.

Структурно-функциональный метод позволяет рассмотреть систему политических институтов, деятельность которых направлена на борьбу с инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД) на примере африканских стран южнее Сахары.

Статистический метод предоставляет возможность анализа динамики распространения ВИЧ/СПИД на территории африканских стран южнее Сахары и оценки эффективности принимаемых решений в сфере борьбы с данными инфекционными заболеваниями.

Теоретическая основа диссертационного исследования определяется концептуальными наработками в сфере безопасности человека и его прав на охрану здоровья, что нашло отражение в теории глобального здравоохранения, разработанной и дополненной в работах отечественных ученых А.М. Карпенко, Д.Ю. Моисеевой, И.А. Троицкой, М.В. Радзиховской, М.Г. Москвичевой, Н.Ю. Брылиной. Наиболее обстоятельно теория глобального здравоохранения разработана в зарубежной науке, ее развернутое изложение и обоснование содержится в работах следующих авторов: К.Дж. Колвин, Н. Леон, К. Уиллс, М. ван Никерк, К. Бисселл, П. Найду, А.С. Фаучи, Г.К. Фолкерс, Х.Д. Марстон, О. Гостин, Д. Шридхар, О. Хеллер, К. Сомервилл, Л.С. Саггс, А. Тейлор.

Научно-теоретическое осмысление проблем глобального здравоохранения осуществлено в рамках неолиберальной парадигмы теории международных отношений, предметные контуры которой позволяет надлежащим образом исследовать вопросы трансграничного политического сотрудничества и

глобального управления в деле консолидации усилий по сдерживанию эпидемий инфекционных заболеваний в регионе Субтропической Африки. Концепция глобального управления здравоохранением является фундаментом для анализа институциональных механизмов в рамках борьбы с инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД) на примере африканских стран южнее Сахары.

Источники. Диссертационное исследование основывается на привлечении широкого круга источников, систему которых целесообразно разделить на несколько групп. Теоретическая основа исследования представлена научными работами российских и зарубежных ученых и источниками по вопросам политики ВОЗ по борьбе с инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД) на примере африканских стран южнее Сахары.

Первую группу источников образуют документы ВОЗ, посвященные борьбе с распространением инфекционных заболеваний на территории государств Африки южнее Сахары. Это официальные материалы ВОЗ, Организации Объединенных Наций (далее – ООН) и отдельные документы, касающиеся работы ее специальной программы ЮНЭЙДС.

Вторую группу составляют источники, раскрывающие основные механизмы и направления двустороннего политического сотрудничества правительственных и неправительственных организаций в рассматриваемой сфере.

Теоретическая значимость диссертационного исследования определяется анализом и обобщением опубликованных материалов академических исследований политики ВОЗ по борьбе с инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД) на примере африканских стран южнее Сахары с учетом актуальной эпидемиологической ситуации в регионе. Содержание диссертационного исследования расширяет предметное поле заявленной тематики, определяет возможности дальнейшего научного анализа политики ВОЗ и других международных организаций в сфере борьбы с инфекционными заболеваниями глобального масштаба.

Практическая значимость диссертационного исследования определяется проблемным анализом политики ВОЗ по борьбе с инфекционными заболеваниями

(ВИЧ/СПИД) на примере африканских стран южнее Сахары. В диссертации представлены авторские рекомендации по дальнейшему развитию политики ВОЗ по борьбе с инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД) на примере африканских стран южнее Сахары. Материалы исследования могут быть использованы при подготовке учебников и учебных пособий по широкому кругу юридических дисциплин, при чтении лекции в рамках образовательного процесса.

Достоверность результатов диссертационного исследования, а также обоснованность сделанных в его рамках выводов обусловлена использованием репрезентативной источниковой базы, валидностью методов диссертационного исследования, а также содержательным анализом выявленных закономерностей и причинно-следственных связей. Выводы исследования носят объективный характер, не искаженный субъективно-оценочными характеристиками, и опираются в своей основе на независимые источники информации.

Научная новизна диссертационного исследования обусловлена восполнение пробелов в научном знании относительно системы глобального здравоохранения как международно-политического фактора борьбы с распространением инфекционных заболеваний на территории государств Африки, расположенных южнее пустыни Сахара:

1. Проведено исследование международно-политических аспектов деятельности ВОЗ по противодействию инфекционным заболеваниям в субтропической Африке с позиций системного подхода, учитывающего общий контекст гуманизации современных международных отношений.

2. Дана авторская оценка текущему состоянию противоинфекционной работы ключевых мирополитических акторов в регионе субтропической Африки с учетом организационных, политических и административных аспектов.

3. Предложена типологизация вопросов, касающихся ВОЗ в глобальном здравоохранении, а также их противостоянию инфекционным болезням в Африке южнее Сахары.

Элементы научной новизны исследования раскрываются в положениях, выносимых на защиту.

Положения, выносимые на защиту.

1. Трансформация системы международных отношений на рубеже столетий привела к вытеснению традиционных проблем межгосударственного взаимодействия, ранее традиционно представленных вопросами военно-политической безопасности наций, проблематикой безопасности индивидуальной личности, неотъемлемым компонентом которой является безопасность здоровья человека. Гуманизация международно-политической повестки дня привела к качественному смещению акцентов в межгосударственных отношениях, легитимизировав вопросы здоровья нации в качестве нового и более значимого компонента национальной безопасности государства. Концентрация совместных усилий государств и новых акторов мирового политического процесса привела к перестройке международной инфраструктуры в области организационно-правового обеспечения безопасности человека и здоровья нации, породив феномен международного права прав человека и системы глобального здравоохранения как фактора борьбы с распространением инфекционных заболеваний. Усиливающаяся роль международных организаций в деле обеспечения здоровья населения обусловлена не только эффективностью наднациональных институтов, позволяющих преодолевать финансовые и социально-политические ограничения национальных правительств, но и актуализацией проблем гуманитарного характера в глобальном масштабе. Кооперация государств в области решения проблем здравоохранения обуславливает необходимость создания и расширения пределов международного действия наднациональных институтов, среди которых первенствующая роль принадлежит ВОЗ как специализированного учреждения ООН. Развитие системы международно-публичного управления вопросами санитарно-эпидемиологического благополучия населения привело к формированию передовой концепции глобального здравоохранения как сферы межгосударственного взаимодействия политических акторов, позволяющей учитывать в процессе противодействия распространению инфекционных заболеваний всю сложность современных трансграничных отношений между людьми.

2. Национальные системы здравоохранения отдельных государств образуют в своей совокупности глобальную систему обеспечения безопасности в области общественного здравоохранения, дополняемую на наднациональном уровне международными институтами, поддерживающими и направляющими межгосударственное взаимодействие в деле достижения максимально эффективной реализации права на здоровье в условиях трансграничной среды распространения массовых инфекционных заболеваний. Территория государств Африки, расположенных южнее Сахары, исторически является местом генезиса и широкого распространения массовых инфекционных заболеваний, население которого в большей степени уязвимо перед ними в силу констелляции широкого круга социально-культурных, политических и экономических обстоятельств. Необходимость активного вмешательства наднациональных институтов в области здравоохранения, прежде всего ВОЗ, в процесс модернизации национальных систем здравоохранения и координации противоинфекционной государственной политики обусловлена ограниченностью финансовых, политических и научных ресурсов африканских государств. Сочетание специфических природно-климатических факторов с хроническими проблемами социально-экономического развития африканских государств требуют привлечения международных ресурсов для оказания финансовой и административной помощи национальным правительствам Африки по обеспечению оказания надлежащих медицинско-профилактических услуг населению.

3. ВОЗ принадлежит значимая политико-административная роль по координации международных усилий в области противоинфекционной деятельности на территории государств Африки, расположенных южнее Сахары. На текущий момент времени политика ВОЗ по борьбе с распространением инфекционных заболеваний в регионе требует модернизации, осуществляемой за счет расширения учета социально-культурных и политических обстоятельств, препятствующих эффективной противоинфекционной деятельности. К перечню данных обстоятельств отнесены: а) низкий уровень социального доверия африканского населения к официальным институтам государственной медицины,

дополняемый активной пропагандой ВИЧ-диссидентства и иных направлений информационного противодействия; б) низкий уровень соблюдения санитарно-эпидемиологических предписаний; в) высокая частота обращения к средствам народной медицины, целительству и магическим практикам в обход услуг, оказываемых лечебными учреждениями; г) стигматизация медицинских работников и медицинских учреждений как предполагаемых «источников» заболеваний; д) низкое инфраструктурное качество городской среды, повышающее риски распространения массовых инфекций. Организация противоинфекционной борьбы требует учета данных социально-культурных и политических обстоятельств с привлечением в рамках ВОЗ ресурсов неправительственных организаций и институтов гражданского общества в целях просвещения населения

4. Координационная функция ВОЗ как центра принятия решения в области глобального здравоохранения может быть расширена за счет создания многопрофильного Глобального технического совета по угрозам инфекционных заболеваний. Компетенция данного предполагаемого органа международно-публичного управления должна включать в себя следующий круг полномочий: б) восполнение пробелов в знаниях в отношении (например) эпиднадзора за инфекционными заболеваниями, потребностей в исследованиях и разработках (НИОКР), моделей финансирования, логистики цепочки поставок и социальных и экономических последствий потенциальных угроз; и в) выработка рекомендаций высокого уровня, основанных на фактических данных, для управления глобальными рисками, связанные с инфекционными заболеваниями. Глобальный технический совет по угрозам инфекционных заболеваний должен сосредоточить особое внимание на нестабильных угрозах инфекционных заболеваний в противовес более стабильным и предсказуемым глобальным проблемам здравоохранения (например, эндемическим заболеваниям). Его миссия будет заключаться в снижении медицинских, социальных и экономических рисков, связанных с болезнями эпидемического потенциала. Совет также будет способствовать координации и сотрудничеству между существующими организациями, стремясь сократить дублирование усилий, содействовать интеграции текущей деятельности, поощрять

партнерские отношения (в том числе между государственным и частным секторами) и препятствовать использованию государственных средств для исследований и разработок продуктов, для которых уже существуют разумные рыночные стимулы.

5. Конструктивным направлением концентрации политических усилий ВОЗ в области противоинфекционной деятельности должна стать разработка на региональном уровне системы предупреждения риска надвигающейся эпидемии. Правительствам стран Африки южнее Сахары необходимо рассмотреть вопрос о создании национальных платформ для систем раннего предупреждения об эпидемиях инфекционных заболеваний и разработать планы действий по их введению в действие, включая мобилизацию ресурсов и взаимодействие с ключевыми заинтересованными сторонами. Для эффективной системы эпидемиологического надзора крайне важно включать другие источники информации, такие как данные о смертности из демографических обследований, данные об окружающей среде, статистика актов гражданского состояния, устойчивость к противомикробным препаратам, метеорологические данные. Большая часть подобной информации генерируется за пределами секторов здравоохранения, что делает ее труднодоступной для целей эпидемиологического надзора за заболеваниями. Принятие данных мер станет эффективным направлением координации политических усилий ВОЗ и национальных правительств государств Африки, расположенных южнее Сахары, по борьбе с инфекционными заболеваниями, в частности ВИЧ/СПИД.

Достоверность результатов диссертационного исследования, а также обоснованность сделанных в его рамках выводов обусловлена использованием репрезентативной источниковой базы, валидностью методов диссертационного исследования, а также содержательным анализом выявленных закономерностей и причинно-следственных связей. Выводы исследования носят объективный характер, не искаженный субъективно-оценочными характеристиками, и опираются в своей основе на независимые источники информации.

Апробация результатов диссертации осуществлена в рамках предусмотренных форм публикации данных и результатов научных исследований. На основании достигнутых выводов подготовлены авторские научные статьи:

1. Кузякин А.Г. Взаимодействие России и ВОЗ как важная составляющая развития системы здравоохранения евразийского пространства // Вопросы национальных и федеративных отношений. 2021. Т. 11. № 12 (81). С. 3614-3620.

2. Кузякин А.Г. Европейское региональное бюро как главный субъект ВОЗ в евразийском регионе (программа работы и актуальная деятельность) // Вопросы политологии. 2022. № 11 (87). С. 3917-3926.

3. Кузякин А.Г., Погодин С.Н. История всемирной организации здравоохранения // Россия в глобальном мире. 2021. № 19 (42). С. 114-122.

4. Кузякин А.Г., Погодин С.Н. Роль ВОЗ в противостоянии пандемии коронавируса COVID-19 // Вопросы политологии. 2021. Т. 11. № 10 (74). С. 2840-2848.

5. Kuzyakin A.G., Pogodin S.N. World health organization: history and mission // International relations and the dialogue of cultures. The collection of scientific articles. 2021. № 9. С. 166-175.

Структура научного исследования включает в себя введение, три главы (семь параграфов), заключение и библиографический список.

Глава 1. Мирополитические аспекты становления универсальных норм здравоохранения

1.1. Особенности процесса гуманизации современных международных отношений

Гуманизация является одной из характерных черт эволюции системы международных отношений на протяжении всего XX столетия и остается значимым вектором сотрудничества государств в начале XXI века. Термин «гуманизация» (от лат. *humanus* – человеческий) носит межотраслевой характер и подразумевает в наиболее общих чертах усиление значения личности человека и его благополучия как важнейшей ценности в той или иной сфере общественной жизни; помещение индивидуальных проблем человека в фокус внимания общественных и государственных (надгосударственных) институтов. С данным понятием также тесно связан термин «гуманитаризация», возникший как результат академического разделения научных дисциплин по их предметным сферам. Гуманизация и гуманитаризация достаточно часто отождествляются друг с другом и рассматриваются как синонимы.

Признавая общее значение гуманизации и гуманитаризации в деле развития и совершенствования человека, П.Г. Евдокимов предлагает различать данные термины, исходя из логики процесса социализации человека. В этом случае процесс гуманизации реализует проблему путем приближения объективного мира к сущности человека, в то время как «процесс гуманитаризации приближает человека к потребностям общества посредством его нравственного совершенствования»¹³. В сфере международных отношений и мировой политики гуманитаризация представляет собой процесс проникновения гуманитарной составляющей «во все сферы мировой политики»¹⁴.

¹³ Евдокимов П.Г. К вопросу о научном объяснении понятий «гуманизация» и «гуманитаризация» // Известия Волгоградского государственного технического университета. Серия: Новые образовательные системы и технологии обучения в вузе. 2004. № 8. С. 17.

¹⁴ Лебедева М.М. Гуманитаризация мировой политики // Полис. Политические исследования. 2021. № 4. С. 77.

Гуманизация международных политических отношений означает, что политика и государство перестают быть самоцелью и самоценностью. Они становятся средством удовлетворения растущих потребностей человека, защиты его прав, свобод и интересов. Гуманизация международных политических отношений предполагает повышение значимости неправительственных субъектов и членов, в частности представителей национальной дипломатии (ученых, деятелей культуры и искусства, членов общественных, религиозных и других организаций) в системе отношений.

Гуманизация международных отношений проявляется в нескольких направлениях:

1. Возрастающая роль «этики убеждения», по Максус Веберу, или, другими словами, индивидуальной этики, которая проявляется в растущем влиянии международного общественного мнения на мировую политику.

2. Повышение эффективности международного гуманитарного права в защите прав человека и ограничение средств и форм вооруженных конфликтов.

3. Растущее влияние частных групп и отдельных лиц с их индивидуальными, а не государственными интересами, то есть тех, кто представляет национальную дипломатию, на функционирование международных отношений.

Одним из основных факторов этого развития было укрепление позиции личности, человека по отношению к государству. В некоторых отношениях индивид переместился в центр внимания, он стал центром регуляторных усилий, как в случае с законом о развитии, с упором на «развитие человека», и безопасности, с упором на «безопасность человека», оба из которых тесно связаны с правами человека, которые сами по себе приобрели важное значение благодаря усилиям по «актуализации прав человека» в Организации Объединенных Наций, в частности, с 1997 года. Уже в 80-х годах прошлого столетия дискуссия о «правах народов» двигалась в том же направлении. С 90-х годов в международном праве произошел заметный сдвиг от подхода, ориентированного на государство, к подходу, ориентированному на человеческую личность или подход, ориентированный на сообщество.

Гуманистическому повороту в системе международных отношений, происходившему на протяжении всего XX столетия, способствовали активные интеллектуальные изыскания и философско-этические концепции наиболее выдающихся мыслителей и представителей академической науки своего времени. Типичным примером влиятельной морально-нравственной теории, преобразившей интеллектуальный облик мировой политической системы, стала Этика благоговения перед жизнью немецко-французского мыслителя и ученого-энциклопедиста, философа и врача А. Швейцера (1875-1965), удостоенного Нобелевской премии мира в 1952 г. Д-р Швейцер признавал благоговение перед жизнью как абсолютную этику. Благоговение перед жизнью означает, что вся жизнь ценна и важна, и что ни одна жизнь (человеческая, животная или растительная) не должна приноситься в жертву без сострадания к потерянной жизни по сравнению с большим благом, которое может принести эта жертва. Уважение к жизни утверждает, что, хотя жизнь может быть потеряна, ею никогда не следует жертвовать бессердечно или бесцеремонно, и что действие, которое может причинить вред, должно совершаться только после того, как будет определено, что потенциальное благо превосходит вред, который возникает в результате потери жизни.

Истинная философия по Швейцеру должна начинаться с самого непосредственного и всеобъемлющего факта сознания, который гласит: «Я есть жизнь, которая хочет жить, посреди жизни, которая хочет жить». Это основной этический опыт жизни для каждого человека. Из-за страха перед уничтожением человек жаждет осуществления своего существования. Жизнеутверждение заложено в человеческой природе. Его естественная воля к жизни ведет человека через процесс размышлений о себе и мире к всеобщему мироутверждению. Человек, думающий о себе и о мире, понимает, что все вокруг – растения, животные и люди – хотят жить так же, как и он сам. Человек осознает, что все живые существа обладают некой таинственной универсальной волей к жизни. Таким образом, основной опыт человека – это не его отсутствие в мире, а его опыт близости и связанности с окружающей его жизнью.

Таким образом, человек является частью природы, и его жизнь, по сути, связана с другими живыми организмами. Тем не менее, ему отведена особая роль в природе. Однако природа далека от того, чтобы быть идеальной гармоничной системой. Каждая воля к жизни стремится к утверждению и наилучшей реализации своего бытия. Это приводит к конфликту интересов и борьбе между живыми существами природного мира. События в природе амбивалентны: красота и логика переплетаются с ужасами и нелогичностью. Поэтому человек не может установить четкие ориентиры для своей жизни на основе своих знаний о природе. Окружающий мир природы не ведет себя этично, поэтому человек должен найти ориентиры для своей жизни в своей внутренней воле к жизни.

Согласно Швейцеру, этическая воля к жизни - это врожденный элемент каждого человека, который повелевает ему проявлять равное уважение ко всем волям к жизни, как и к своей собственной. «Этика, таким образом, состоит в том, что я испытываю принуждение проявлять ко всем волям к жизни такое же почтение, как я к своей собственной»¹⁵. Этика благоговения перед жизнью абсолютно последовательна на теоретической основе и не допускает ранжирования существ как более или менее достойных жизни. Этика почитания жизни не раскрывает, где находятся границы неизбежности и какими основными критериями должен руководствоваться человек при выборе между различными формами жизни. Она требует от человека соблюдения основополагающего принципа «поддерживать и поощрять жизнь», а конкретное воплощение этого принципа зависит от самого человека.

Истинное смирение означает способность к критической дистанции по отношению к миру; оно представляет собой истинную свободу, которая создает в человеке предрасположенность к отказу и самопожертвованию. Экологический кризис заставляет человека изменить свой образ жизни. Возвращение к более простому образу жизни и связанный с этим отказ от потребительства – это первые шаги к более ответственному отношению к окружающей среде.

¹⁵ Швейцер А. Письма из Ламбарене. Л.: Изд-во Наука, 1978. С. 57.

Швейцер заложил основы биоцентрической экологической этики за полвека до других мыслителей. В начале XXI века все большее число мыслителей, ищущих адекватный ответ на вызовы современной эпохи, обращаются к этике Швейцера о благоговении перед жизнью. Кажется, что только сейчас, почти сто лет спустя, понятна глубина мысли Швейцера. Многие считают его пионером экологической этики, искателем общих моральных принципов великих человеческих цивилизаций и архитектором нового нравственного отношения человека к жизни.

Возрастающее внимание к этико-экологическим аспектам существования современной цивилизации в интеллектуальной культуре XX-XXI в. сочеталось с активным вовлечением в процесс международно-политического взаимодействия институтов гражданского общества, выступающих проводником гуманистических идей. Регулярное вовлечение гражданского общества также в процессы законотворчества в различных областях и расширение партнерских отношений с участием многих заинтересованных сторон в международных отношениях приобрели особое значение с конца 90-х годов. Существует тесная взаимосвязь между международными отношениями и международным правом, что позволяет предположить, что гуманизация международного права приводит также к гуманизации международных отношений. Однако следует сделать оговорку, поскольку изменения в международном праве не переводятся механически в развитие международных отношений. В действительности идет постоянная борьба за соблюдение международно-правовых обязательств государствами, которые могут решить игнорировать их, если сочтут, что это отвечает их интересам, в частности, поскольку им не придется сталкиваться с серьезными последствиями. С другой стороны, именно государства, часто подталкиваемые гражданским обществом и международными организациями, несут ответственность за прогресс, достигнутый в гуманизации различных областей международного права. Таким образом, в целом теория международных отношений помогает нам понять, как развиваются международные правовые режимы. Аналогичным образом, международное право влияет на отношения государств друг с другом.

Венскую Всемирную конференцию по правам человека 1993 года можно рассматривать как прорыв, который стимулировал усилия Генерального секретаря ООН Кофи Аннана по актуализации прав человека в системе ООН с 1997 года. Под актуализацией можно понимать интеграцию сквозной проблемы во все сферы деятельности организации. Не вдаваясь в дебаты о космополитизме, может быть, достаточно сказать, что права человека космополитичны по своей природе. В целом, роль прав человека в международных отношениях приобрела большое значение в 90-х годах. С того времени можно наблюдать институционализацию прав человека. Права человека разделяют свое внимание к человеческому достоинству с правами меньшинств, которые, однако, предусматривают дополнительные права для членов групп меньшинств.

Акцент на человеческой личности также является особенностью подхода к человеческому развитию. В отличие от традиционного подхода, ориентированного на экономический рост, подход к человеческому развитию рассматривает комбинацию таких параметров, как ожидаемая продолжительность жизни, материнское здоровье или образование, для измерения прогресса в человеческом развитии с помощью индекса человеческого развития. Развитие человеческого потенциала тесно связано с правами человека, но также и с безопасностью человека. Под гуманитаризацией мировой политики понимается прежде всего процесс проникновения гуманитарной составляющей во все сферы мировой политики подобно тому, как секьюритизация означает, что любая мирополитическая проблема рассматривается с точки зрения безопасности¹⁶.

Концепция безопасности человека тесно связана с концепцией прав человека. Два его основных столпа, т.е. свобода от страха и нужды, могут быть связаны с гражданскими и политическими, а также экономическими, социальными и культурными правами соответственно. Безопасность человека и права человека на самом деле являются взаимосвязанными понятиями, поскольку их общим источником является человеческое достоинство. Безопасность человека имеет

¹⁶ Лебедева М.М. Гуманитаризация мировой политики // Полис. Политические исследования. 2021. № 4. С. 77.

особое значение в области управления кризисами и постконфликтными ситуациями.

Область международного гуманитарного права исторически первой столкнулась с гуманизацией права. Международные усилия по ограничению оружия, причиняющего ненужные страдания, такие как запрет на противопехотные наземные мины, можно рассматривать как дальнейшие шаги по гуманизации права ведения войны и защите гражданских лиц.

Стоит отметить, что гуманизацию можно также наблюдать в области ответственности государства, где права человека и общественные интересы приобрели все большее значение. Существует также международное гуманитарное право, которое фокусируется на улучшении положения людей, пострадавших от гуманитарных кризисов и бедствий. Примером в данном случае является текущая работа Комиссии международного права по защите людей в случае бедствий.

Важной областью гуманизации международного права является право беженцев. Оно предусматривает систему защиты лиц, которые были вынуждены покинуть свою страну из-за обоснованного страха преследования по причинам расы, религии, национальности, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений, и контролируется Управлением Верховного комиссара ООН по делам беженцев. Европейский союз посредством своей общей политики в области предоставления убежища и миграции пытается установить минимальные стандарты, основанные на конвенции о беженцах и правах человека, чтобы противостоять тенденции к ужесточению национальных законов о предоставлении убежища и иностранцам. Однако усиливающиеся тенденции ксенофобии и расизма в Европе вынуждают правительства ограничительно толковать свои международные обязательства.

Существует гуманизация правил, которые необходимо соблюдать также в отношении деятельности транснациональных коопераций, которые часто действуют во всем мире. Хотя трудно поставить эти компании под обязательный международный правовой режим, поскольку они не являются классическими субъектами международного права, предпринимаются постоянные усилия в виде

мягкого права в форме руководящих принципов и добровольного саморегулирования.

Проблемы гуманизации также повлияли на международное экологическое право, что лучше всего видно из Всемирной конференции по окружающей среде и развитию в Рио-де-Жанейро в 1992 году и последующих правовых изменений, например, в области охраны озонового слоя и климата.

Важные события также можно отметить на региональном уровне, например, в случае Африканского союза, который ввел концепции безопасности человека и обязанности защищать в свои соответствующие законы и документы и создал Африканский суд, также отвечающий за права человека. Международное право устанавливает правила международных отношений, и хотя внешняя политика в основном посвящена преследованию национальных интересов, национальные интересы все чаще рассматриваются в более широком контексте: в глобальных интересах. Это также требует общей ценностной основы, которая, хотя и всегда ненадежна, лучше всего может быть найдена в ценностях прав человека, основанных на человеческом достоинстве. В этом процессе глобальное гражданское общество будет играть важную роль в обеспечении его устойчивости. В этой связи важным теоретическим и практическим документом, определяющим суть гуманизации международных отношений в современную эпоху, стала Концепция устойчивого развития. Согласно данному документу, мировая политика должна строиться таким образом, чтобы будущие поколения не были лишены возможности полноценно жить и пользоваться природными и иными благами. То есть предполагается удовлетворять потребности нынешнего поколения в природных ресурсах, но с особым отношением и заботой о праве на жизнь будущих поколений землян¹⁷.

Важнейшим вектором гуманизации современных международных отношений является внимание к проблемам отдельного человека, его состоянию, его социальному благополучию и, как результат, его здоровью. Современная

¹⁷ Соловьева Е.С. Мирополитическое измерение права на жизнь в глобализирующемся мире: диссертация ... кандидата политических наук : 23.00.04. СПб., 2012. С. 33.

философия здоровья в значительной степени сосредоточена на проблеме определения природы понятий здоровья и болезни с научной точки зрения. Некоторые теоретики утверждают, что эти понятия не имеют ценности и описательны в том же смысле, в каком понятия атома, металла и дождя не имеют ценности и описательны. Сказать, что у человека есть определенное заболевание или что он нездоров, значит, объективно описать этого человека. С другой стороны, это, конечно, не исключает дополнительной оценки положения дел как нежелательного или плохого. Другие философы утверждают, что концепция здоровья, наряду с другими медицинскими концепциями, по сути, нагружена ценностями. Установление того, что человек здоров, требует не только некоторого объективного осмотра и измерения. Это предполагает также оценку общего состояния человека. Заявление о том, что он или она здоров, не просто подразумевает определенные научные факты, касающиеся тела или разума человека, но также подразумевает (положительную) оценку физического и психического состояния человека. Проблемное поле в философском осмыслении категории здоровья будет связано в настоящее время с потерей абсолютной ценности здоровья человека, а его восприятие как необходимое дополнительное средство для успешного конкурирования с развивающейся быстрыми темпами техникой¹⁸.

В настоящее время здоровье считается одной из важнейших ценностей. Многие люди считают здоровье одной из самых ценных жизненных ценностей. Здоровье, а также долголетие следует защищать и укреплять в максимально возможной степени. Различные категории здоровья взаимосвязаны друг с другом. Иногда физическому здоровью придавалось приоритетное значение в том смысле, что оно рассматривалось как необходимое условие психического здоровья. Гален (ок. 129-216/17) в некоторых своих трудах пытался объяснить психические свойства человека в терминах специфических сочетаний частей тела. В современной дискуссии о психических заболеваниях одна позиция, которую

¹⁸ Шушунова Т.Н. Категория здоровья в истории развития социогуманитарного знания // Журнал Белорусского государственного университета. Экология. 2017. № 4. С. 14.

особенно поддерживают врачи, заключается в том, что все психические заболевания имеют соматическую подоплеку, т.е., что все психические заболевания (если они вообще существуют) в основном являются соматическими заболеваниями. Однако общепринятая точка зрения, распространенная и в западной медицине, заключается в том, что человек может одновременно быть соматически здоровым и психически больным, или наоборот. Столь широкое понимание делает эту организацию не только «медицинским», а скорее социально-политическим субъектом современных международных отношений¹⁹.

Относительно недавно на мировой академической арене возникло два основных направления в понимании теорий здоровья и болезни. Одно из них иногда называют медицинским или биостатистическим. Для него характерно понимание того, что «здоровье» и «болезнь» являются биологическими понятиями в том же смысле, что и «сердце», «легкие» и «кровенное давление» являются биологическими понятиями. В частности, согласно этой позиции, в понятиях здоровья и болезни нет ничего оценочного или субъективного.

Другое основное направление философии здоровья предполагает совершенно противоположную позицию в отношении этих основных вопросов. Согласно этим философам, которых часто называют нормативистами или холистами, здоровье и болезнь по своей сути являются ценностными концепциями. Они не могут быть полностью определены в биологических или психологических терминах, если предполагается, что эти термины нейтральны с точки зрения ценности. Сказать, что кто-то здоров, частично означает, что этот человек находится в хорошем состоянии тела или ума.

Система международных отношений, доминировавшая на протяжении практически всего XX столетия, носила биполярный характер и характеризовалась противостоянием двух лагерей, представлявших собой разные модели социально-экономического и политического устройства государств (капиталистического и социалистического). Здравоохранение — это центральное звено

¹⁹ Кузякин А.Г. Европейское региональное бюро как главный субъект ВОЗ в евразийском регионе (программа работы и актуальная деятельность) // ...

макроэкономической корпорации, с которым поставщики экономических ресурсов должны выстраивать взаимовыгодные договорные отношения. Главная же функция государства в этой системе это регулирование, нацеленное на улучшение здоровья населения, тогда как общественные, религиозные организации призваны осуществлять контроль гражданского общества в означенной сфере²⁰.

Для данной системы преобладающее значение обрели вопросы международной и государственной безопасности, в то время как широкий класс проблем социально-гуманитарного толка имел второстепенный характер. С момента окончания Холодной войны и начала формирования полицентрического мирового порядка процесс гуманизации международных отношений и первостепенной приоритизации социальных и гуманитарных проблем становится типичным для межгосударственного взаимодействия. Войны и внутренние конфликты в Европе и Африке в 90-х годах XX в. создали стимул для реагирования на массовые нарушения прав человека путем усиления внимания международных организаций к проблемам личности, будь то гражданских лиц, пострадавших от войны, беженцев или перемещенных лиц, или, в более общем плане, людей в целом как обладателей неотъемлемых прав. Дополнительным фактором гуманизации международных отношений стала форсированная глобализация, которая актуализировала необходимость регулирования деятельности международных организаций и транснациональных компаний. И снова возник вопрос об основах регулирования роли отдельных лиц, что привело к призывам к усилению внимания к правам человека в глобализационных процессах.

Одним из общих обстоятельств процесса гуманизации современных международных отношений стало усиление значения прав личности и в целом проблем отдельного человека по отношению к проблемам государств. В некоторых отношениях индивид переместился в центр внимания, он стал центром усилий регулирующих органов и предметом международных соглашений, в которых основное внимание уделяется человеческому развитию и вопросам безопасности,

²⁰ Шамшурин В.И., Шамшурина Н.Г. Философия здоровья: историко-философские и медицинские основы // Человек. 2018. № 1. С. 111.

в которых основное внимание уделяется безопасности человека. Эти тенденции тесно связаны с правами человека, которые сами по себе приобрели важное значение благодаря усилиям по актуализации прав человека в рамках деятельности Организации Объединенных Наций, в частности, с 1997 года. С 90-х годов XX столетия в международном праве произошел заметный сдвиг от подхода, ориентированного на государство, к подходу, ориентированному на человеческую личность, или подходу, ориентированному в целом на человеческое сообщество. Последнее имеет открытое содержание и толкуется максимально широко, начиная с понимания его как сообщества, включающего не только государства, но и иных акторов, вступающих в международные отношения, и заканчивая его отождествлением с человечеством в целом²¹.

Эти события совпадали со значительным повышением роли институтов гражданского общества и неправительственных организаций на глобальном уровне. Регулярное вовлечение гражданского общества в процессы законотворчества в различных областях и расширение партнерских отношений с участием заинтересованных сторон в международных отношениях приобрели ключевое значение с конца 90-х годов XX столетия. Международные организации стали решающим аспектом институционализации сотрудничества государств в XX веке, среди прочего, потому что они могут быть созданы практически для любых целей и наделены компетенциями, адекватными их функциям. Они являются «неотъемлемой и важной частью системы современного международного права и международных отношений; они выступают не только активными субъектами международных правоотношений, а превратились в важных игроков на международной арене»²².

Сегодня международные организации считаются отдельными юридическими лицами, поскольку они осуществляют деятельность, вытекающую из их собственной воли, выражаемой их собственными органами. Именно эта

²¹ Цит по: Focarelli C. *International Law as Social Construct: The Struggle for Global Justice*. Oxford :OxfordUniversity Press, 2012. P. 151-153.

²² Право международных организаций: учебник для бакалавриата и магистратуры / под ред. А.Х. Абашидзе. М. : Юрайт, 2014. С. 23.

способность постоянно укреплялась за счет передачи все большего числа функций международным организациям, а также за счет изменения способа их работы. Яркими примерами являются интеграционные организации, такие как ЭКОВАС, Африканский союз или Европейский союз (ЕС). Например, процесс интеграции в ЕС привел не только к расширению компетенции ЕС, но и к переходу в принятии решений во все большем количестве областей от единогласия к голосованию большинством голосов. Растущее число международных организаций, значительное расширение их функций, соответствующее увеличение их компетенции и сферы деятельности, несомненно, способствовали их растущему влиянию на всех членов международного сообщества в рамках решения широкого круга проблем гуманитарной сферы.

Это касается не только интеграционных организаций, таких как ЕС, но и организаций, проводящих операции по обеспечению безопасности (НАТО, ЕС, АС, ЭКОВАС и т.д.) или финансовых учреждений (Всемирный банк, ВТО и т.д.). Например, Всемирный банк включил нормы о правах человека во многие из своих оперативных политик и процедур. Более того, в 1993 году Исполнительные директора Всемирного банка решили создать Инспекционную коллегия, которая позволяет отдельным лицам, а также ассоциациям и неправительственным организациям подавать жалобы, связанные с проектами Банка и несоблюдением Банком своих собственных правил, что позволяет отдельным лицам и сообществам привлекать Всемирный банк к ответственности за нарушения его внутренних правил.

Еще один аспект, который следует упомянуть здесь, заключается в том, что международные организации стали важными действующими лицами в области защиты прав человека. Меняющееся качество и роль международных организаций, а также общая тенденция учета прав человека во всех аспектах жизни международного сообщества сделали права человека одним из главных аспектов повестки дня многих международных организаций. Можно утверждать, что роль международных организаций в поощрении уважения прав человека (и верховенства закона) была впечатляющей и беспрецедентной. Чтобы не

зацикливаться только на примере Организации Объединенных Наций как международной организации, имеющей большое значение, следует упомянуть важность так называемых Копенгагенских критериев²³, которые были условиями, определенными Европейским Советом ЕС во время его заседания в Копенгагене в 1993 году по вопросу о приеме стран Центральной и Восточной Европы в Европейский союз.

Для оценки обеспечения устойчивого и инклюзивного экономического прогресса за счет углубления сотрудничества между государственным и частным секторами посредством интеллектуального лидерства и анализа, стратегического диалога и конкретного сотрудничества, включая ускорение социального воздействия посредством корпоративных действий, Всемирный экономический форум предложил Индекс инклюзивного развития. Данный индекс оценивает экономические показатели стран по трем основным направлениям: рост и развитие, инклюзивность и справедливость между поколениями и устойчивость. Для оценки инклюзивности применяется двенадцать индикаторов, составляющих индекс инклюзивного развития страны. Такой индекс формируется на базе двенадцати индикаторов, характеризующих не только ВВП, но и занятость, доходы, образование, продолжительность жизни и др. Индекс был предложен на Всемирном экономическом форуме в г. Давос в 2018 г. для использования в качестве альтернативы индексу физического объема ВВП в ситуации усугубляющегося кризиса мировой экономики²⁴. Такой индекс отражает более целостную картину экономического развития, то есть устойчивое повышение уровня жизни населения. В докладе ВЭФ проранжировано по новому индексу 29 развитых стран и отдельно 78 развивающихся. Разделение стран на две группы потребовалось из-за различий между ними в определении уровня бедности. За тот же период менее половины стран с развитой экономикой добились успеха в

²³ Accession criteria (Copenhagen criteria). URL: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/glossary/accession-criteria-copenhagen-criteria.html> (дата обращения: 01.06.2022).

²⁴ Судакова Н.Е. Инклюзия в перспективе мировой политики: актуальные вызовы и стратегии их преодоления // Общество: политика, экономика, право. 2021. № 12 (101). С. 22.

сокращении масштабов нищеты, и лишь восемь добились сокращения неравенства в доходах²⁵.

В целом можно утверждать, что международные организации способствовали повышению эффективности усилий государств в области прав человека во многих отношениях, но особенно за счет институционализации применения международного права или обеспечения основы для его кодификации. Это можно рассматривать как часть общей тенденции, для которой характерен не только отказ от статуса государства как единственного ответственного субъекта в области прав человека, но и возложение обязательств в области прав человека на других негосударственных субъектов, включая международные организации.

Лишь в ответ на теракты 11 сентября 2001 г. возникла противоположная тенденция к укреплению государственного суверенитета и национальной безопасности, которая поставила под сомнение избыточное внимание к большей гуманизации международных отношений. В результате сегодня можно наблюдать две конкурирующие тенденции: одна – к большей гуманизации международных отношений, а другая – к подходам, ориентированным на решение проблем обеспечения государственного суверенитета, в частности, в области антитеррористических действий и законов о миграции. Во времена экономических кризисов люди больше надеются на защиту государства, что, однако, приобретает новое значение в связи с изменившимся контекстом глобализации. В связи с этим возникает вопрос об устойчивости наблюдаемой гуманизации международных отношений.

Существует тесная взаимосвязь между международными отношениями и международным правом, что позволяет предположить, что гуманизация международного права приводит также к гуманизации международных отношений. Здесь следует сделать оговорку, что изменения в международном праве не производятся механически в ответ на соответствующие тенденции развития международных отношений. В современный период идет борьба за

²⁵ Новиков А.И., Виткина М.К. Инклюзивная экономика и социальная ответственность в регионах мира: дилемма или общественное согласие // Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. 2018. № 2 (54). С. 8.

соблюдение международно-правовых обязательств государствами, которые могут принять решение игнорировать их, если сочтут, что это отвечает их интересам. Отчасти это связано с тем, что им не приходится сталкиваться с серьезными последствиями таких шагов. С другой стороны, именно государства, часто подталкиваемые институтам гражданским обществом и международными организациями, несут ответственность за прогресс, достигнутый в гуманизации различных сфер международных отношений.

Таким образом, сфера защиты прав человека остается наиболее продуктивной областью взаимодействия государств, в рамках которой наиболее отчетливо проявляют себя тенденции гуманизации международных отношений. Со времени принятия Всеобщей декларации прав человека в 1948 году²⁶ система ООН по правам человека претерпела интенсивную эволюцию. Венскую Всемирную конференцию по правам человека 1993 года можно рассматривать как прорыв, который стимулировал усилия Генерального секретаря ООН Кофи Аннана по актуализации прав человека в рамках деятельности ООН с 1997 года. Данную актуализацию можно понимать как интеграцию сквозной проблемы прав человека во все сферы деятельности организации. Учет интересов личности человека успешно используется в международных проектах ООН, а также в других организациях, таких как Европейский союз, для развития системы защиты прав человека.

Акцент на человеческой личности также является особенностью подхода к развитию современных сообществ. В отличие от традиционного понимания межгосударственного взаимодействия, ориентированного на экономический рост, подход к развитию человеческого потенциала рассматривает комбинацию таких параметров, как ожидаемая продолжительность жизни, здоровье людей или их образование, для измерения прогресса в развитии человеческого потенциала с помощью индекса человеческого развития. Вот уже более 20 лет Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) выпускает свой ежегодный

²⁶ Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948) // Российская газета. 10.12.1998.

доклад о развитии человеческого потенциала, первый из которых появился в 1990 году. Это хорошо сочетается с правозащитным подходом, применяемым ПРООН с конца 90-х годов, но особенно с момента принятия Итогового документа Всемирного саммита 2005 года, ознаменовавшего результаты процесса реформы ООН в 2005 году²⁷.

Развитие человеческого потенциала тесно связано с правами человека, а также с безопасностью. В своем докладе Генеральной Ассамблее, посвященном завершению процесса реформы Организации Объединенных Наций в 2005 году, бывший Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций Кофи Аннан сформулировал «формулу» взаимосвязи между этими проблемами: «Соответственно, мы не будем наслаждаться развитием без безопасности, мы не будем наслаждаться безопасностью без развития, и мы не сможем наслаждаться ни тем, ни другим без уважения прав человека»²⁸.

В 1994 году, через год после Венской Всемирной конференции по правам человека, ПРООН выдвинула концепцию безопасности человека. В Докладе о человеческом развитии за тот год были выделены семь категорий: экономическая безопасность, продовольственная безопасность, безопасность в области здравоохранения, экологическая безопасность, личная безопасность, общественная безопасность и политическая безопасность. В докладе безопасность описывается как концепция, ориентированная на людей.

В 1997 году была основана Сеть безопасности человека, свободная организация государств, в которой ее участники стремятся усилить внимание к проблемам человеческой личности и ее потребностям в международных отношениях (там, где это возможно) с помощью международных соглашений. Это видно из истории основания организации, которая была связана с переговорами и принятием в рекордно короткие сроки Конвенции ООН о противопехотных минах

²⁷ Resolution adopted by the General Assembly on 16 September 2005, 2005 World Summit Outcome. URL: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_60_1.pdf (дата обращения: 01.06.2022).

²⁸ Secretary-General's Address to the Commission on Human Rights. URL: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2005-04-07/secretary-generals-address-commission-human-rights> (дата обращения: 01.06.2022).

(Оттавский договор) в 1997 году²⁹. Заключение этой конвенции также стало примером практики объединения усилий заинтересованных государств, глобального гражданского общества и международных организаций.

Концепция безопасности человека тесно связана с концепцией прав человека. Два ее основных столпа, свобода от страха и от нужды, могут быть связаны с гражданскими и политическими, а также экономическими, социальными и культурными правами. Безопасность человека и права человека на самом деле являются взаимосвязанными понятиями, поскольку их общим источником является представление о человеческом достоинстве. Безопасность человека имеет особое значение в области урегулирования кризисов и постконфликтных ситуаций. Усилия по гуманизации в этой области соответствуют сближению прав человека и международного гуманитарного права.

Стоит отметить, что гуманизацию можно также наблюдать в области ответственности государств, в рамках которой права человека и общественные интересы приобрели все большее значение. В рамках международного гуманитарного права основное внимание уделяется улучшению положения людей, пострадавших от гуманитарных кризисов и стихийных бедствий. В качестве примера можно привести текущую работу Комиссии международного права по защите людей в случае стихийных бедствий.

Важной областью гуманизации международных отношений также является проблемы беженцев, чьи права защищаются, в частности, на Женевской конвенции о статусе беженцев 1951 года³⁰. Она предусматривает систему защиты лиц, которым пришлось покинуть свою страну из-за обоснованного страха преследования по признакам расы, религии, национальности, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений, и контролируется Управлением Верховного комиссара ООН по делам беженцев. Система международных отношений столкнулась с проблемой увеличения миграционных

²⁹ Human Development Report 1994, New Dimensions of Human Security. URL: <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-1994> (дата обращения: 01.06.2022).

³⁰ Конвенция о статусе беженцев (Женева, 28 июля 1951 г.) // Действующее международное право. В 3 т. М.: МНИМЦ, 1996. Том 1.

потоков в результате многих факторов, в том числе глобализации, что привело к ограничительному толкованию, особенно в западных странах содержания базовых правил предоставления убежища.

Европейский союз посредством своей общей политики в области предоставления убежища и миграции пытается установить минимальные стандарты, основанные на конвенции о беженцах и правах человека, чтобы противостоять тенденции к ужесточению национальных законов о предоставлении убежища и иностранцах. Однако усиливающиеся тенденции ксенофобии и расизма в Европе вынуждают правительства ограничительно толковать свои международные обязательства. Встречные тенденции, в частности в ЕС, включают тенденции к более активному учету прав человека в миграционной политике на уровне ЕС, а также к мониторингу и противодействию ксенофобии и расизму.

Гуманизация международных отношений проявляется также и в отношении деятельности транснациональных коопераций, которые действуют по всему миру. Хотя трудно перевести эти компании под какой-либо обязательный международно-правовой режим (поскольку они не являются классическими субъектами международного права) предпринимаются постоянные усилия в этом направлении с помощью руководящих принципов и саморегулирования. В результате, компании в основном признают наличие обязательств в области прав человека по отношению к своим сотрудникам и людям, затронутым их деятельностью, как часть своей социальной ответственности.

Проблемы гуманизации также сформировали основу для международного экологического сотрудничества, что лучше всего видно на примере Всемирной конференции по окружающей среде и развитию в Рио-де-Жанейро 1992 года и последующих правовых изменений, например, в области защиты озонового слоя и климата. Весь этот процесс установил новые стандарты в международном сотрудничестве на основе подхода, учитывающего интересы местных сообществ.

Одной из самых последних тенденций гуманизации международных отношений стала область управления Интернетом. В этом контексте Всемирная конференция по информационному обществу, проходившая в Женеве и Тунисе в

2003-2005 годах, прямо ссылаясь на Всеобщую декларацию прав человека в контексте управления Интернетом. С тех пор ежегодный Форум по управлению Интернетом посвящен нескольким правам человека, в частности свободе выражения мнений, неприкосновенности частной жизни и защите данных, а также доступу к Интернету как праву человека. Ряд международных и региональных организаций, включая, в частности, Совет Европы, внесли свой вклад в защиту прав человека при управлении Интернетом. Современный Интернет представляет собой арену столкновения разнородных интересов и акторов. При этом возможности влияния государств, которые остаются важнейшими субъектами международных отношений и мировой политики, на процесс принятия решений в сфере управления Интернетом существенно ограничены³¹.

Форум по управлению Интернетом также является примером передовой практики для участия многих заинтересованных сторон в качестве площадки для свободного обмена мнениями между представителями государств, международных организаций, бизнеса и гражданского общества. Одним из нововведений в структуре этих дебатов стало создание так называемых динамичных коалиций заинтересованных сторон, сосредоточенных на конкретных проблемах. В Европе несколько государств поддержали гуманизацию управления Интернетом, в то время как другие государства придерживаются более ориентированного на суверенитет подхода, фильтруя и ограничивая доступ к Интернету в соответствии со своими политическими или религиозными предпочтениями.

Важнейшим направлением гуманизации современных международных отношений стали совместные усилия государств по решению проблем в сфере охраны здоровья и обеспечению доступа к качественным медицинским услугам. Во многих государствах право на доступ к здравоохранению считается элементом права на социальное обеспечение, и оно вполне может быть одним из важнейших достижений современных демократий. Право на доступ к здравоохранению имеет решающее значение для обеспечения справедливого равенства возможностей в

³¹ Васильковский С.А., Игнатов А.А. Управление Интернетом: системные диспропорции и пути их разрешения // Вестник международных организаций: образование, наука, новая экономика. 2020. Т. 15. № 4. С. 8.

свободном и инклюзивном обществе. Действительно, болезни, инвалидность и нетрудоспособность ограничивают возможности, которые в противном случае были бы доступны человеку. Однако, если верно, что многие развитые государства способствуют реализации данного права, то в области системы здравоохранения между государствами существуют различия, и поскольку это право носит неотъемлемый характер, открытым является вопрос о доступе к здравоохранению для людей во всех странах мира. Действительно, всеобщий охват услугами здравоохранения может быть реализован во всем мире, если конкретный уровень охвата будет привязан к уровню ресурсов (людских, материальных и технологических), имеющихся в любом конкретном обществе³².

Несмотря на постепенное улучшение условий жизни человечества, по-прежнему существуют значительные различия между странами и внутри стран в отношении показателей развития человеческого потенциала. Если учесть, что индекс человеческого развития (показатель состояния и развития общества) объединяет показатели дохода на душу населения с ожидаемой продолжительностью жизни и образованием, то всеобщий доступ к системе здравоохранения и его преобразование в показатели здоровья также является решающим фактором для полноценного человеческого развития. Данный индекс является центральным элементом в борьбе с бедностью и различными видами социального неравенства. Следовательно, устойчивое развитие человеческого потенциала выходит за рамки создания богатства и подразумевает, например, повышение справедливости, расширение прав и возможностей различных социальных групп и надлежащее управление демографическим переходом, содействие охране окружающей среды.

Несмотря на существование институтов глобального управления в политике (например, ООН), образовании (например, ЮНЕСКО), здравоохранении (например, Всемирная организация здравоохранения), экономических и финансовых системы (например, Система Всемирного банка и Международный валютный фонд), и даже в отношении свободы международной торговли

³² Nunes R., Nunes S.B. and Rego G. Healthcare as a universal right // Journal of Public Health. 2017. №25 P. 8.

(например, Всемирная торговая организация), отсутствуют всеобъемлющие механизмы для глобального осуществления прав человека. В отсутствие эффективного глобального управления и достаточно надежных международных институтов возникает объективный запрос на удовлетворение основных потребностей человека в области здравоохранения.

Примечательно, что международное сообщество взяло на себя обязательство осуществлять транснациональную политику в области здравоохранения. Например, предпринимаются важные усилия по укреплению глобального здравоохранения, а именно по профилактике инфекционных заболеваний или других глобальных угроз, таких как COVID-19. Глобальные экономические последствия многих заболеваний оправдывают транснациональные меры общественного здравоохранения. Действительно, международное сотрудничество в области здравоохранения вполне совместимо с внедрением современной системы здравоохранения на национальном уровне и продвижением глобальных мер в области здравоохранения для укрепления здоровья людей во всем мире. Это происходит потому, что ни одна нация не способна в одиночку осуществить глобальные усилия в данной сфере³³.

Современные системы здравоохранения повышают эффективность распределения лекарственных ресурсов и обеспечивают надлежащее соотношение цены и качества за счет развития первичной медико-санитарной помощи и профилактических мер. Согласно Алма-Атинской декларации, это подход к основным проблемам здравоохранения сообщества посредством укрепления здоровья и профилактики (первичной, вторичной, третичной и четвертичной), а также лечения и реабилитации пациентов³⁴. Эта декларация была принята на конференции, проведенной в Алма-Ате (Казахстан) при поддержке ВОЗ и Детского образовательного фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), целью которой была необходимость подчеркнуть важность первичной медико-санитарной помощи, а также подчеркнуть ее жизненно важное значение в любой

³³ Beauchamp T. and Childress J. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press, 2013. P. 65.

³⁴ Алма-Атинская Декларация (г. Алма-Ата, 21 декабря 1991 г.) // Содружество (информационный вестник СНГ). N 1. 1992 г.

системе здравоохранения³⁵. Первичная медицинская помощь выполняет двойную функцию контроля (рационализация спроса на стационарную помощь путем ограничения ее конкретными случаями) и указания (способность ориентировать и направлять пациента через систему здравоохранения). Таким образом, исходя из предположения, что первичная медицинская помощь представляет собой первый контакт пациента с системой здравоохранения, важно подчеркнуть решающую роль, которую этот уровень медицинской помощи играет в укреплении здоровья.

Первичная медицинская помощь осуществляется с помощью четко определенной стратегии: а) просвещение в целях укрепления здоровья и профилактики заболеваний; б) содействие просвещению в вопросах ответственной половой жизни; в) обеспечение программ по уходу за матерью и ребенком и планированию семьи; г) пропаганда здорового питания и правильного питания; д) гарантия базовых санитарных условий; е) внедрение обязательной программы вакцинации; ж) профилактика эндемических заболеваний среди населения; и з) обеспечение доступа к необходимым лекарствам³⁶.

Таким образом, первичная медицинская помощь должна быть развита на нескольких уровнях: поддержания здоровья, профилактики заболеваний, диагностики и лечения заболеваний, а также реабилитации пациентов. Для достижения этих целей необходимы межсекторальные усилия, поскольку улучшение здоровья зависит не только от системы здравоохранения, но и от других фундаментальных областей, таких как образование, социальное обеспечение и охрана окружающей среды.

Глобализация как тренд развития современных международных отношений требует сотрудничества для решения проблем здравоохранения, которые не могут быть решены отдельными странами (глобальное здравоохранение). Хорошим примером здесь является пандемия COVID-19. Например, в связи с поразительным ростом цифрового здравоохранения, являющимся прямым следствием новых и

³⁵ Кузьякин А.Г., Погодин С.Н. История всемирной организации здравоохранения // Россия в глобальном мире. 2021. № 19 (42). С. 119.

³⁶ Wilson Y. Distributive justice and priority setting in health care // The American Journal of Bioethics. 2018. №18(3). P. 53–54.

современных информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), будет легче содействовать интеграции системы здравоохранения и полному предоставлению медицинских услуг в глобальном масштабе. Хотя ИКТ вызывают особые этические вопросы (например, обязанность защищать личную неприкосновенность как основное и неотъемлемое право), они будут играть важную роль в современной системе здравоохранения из-за возможности предоставления качественных медицинских услуг даже в отдаленных географических районах с помощью электронного здравоохранения. Интероперабельность различных систем является фундаментальным инструментом содействия взаимосвязанности, которая является краеугольным камнем этой эволюции. Актуальные реалии борьбы с новой коронавирусной инфекцией и вклада России в этот процесс (регистрация первой вакцины «Спутник V» и пр.), определяют развитие как непосредственного сотрудничества между РФ и ВОЗ, так и развитие его евразийского масштаба³⁷.

С другой стороны, паллиативная помощь направлена на обеспечение заботы и духовной поддержки пациенту и его семье, когда медицина не может вылечить болезнь пациента. Паллиативная помощь, хотя и отличается по своему характеру от неотложной помощи, поэтому должна выступать в качестве приоритета развития глобальной системы здравоохранения. Современные государства должны учитывать возможность создания национальных и даже наднациональных сетей, для того чтобы ресурсы доставлялись тем, кто больше всего в них нуждается. Таким образом, всеобщий доступ к паллиативной помощи является логическим развитием предложения о доступе к здравоохранению как об универсальном праве.

Основой современного и развитого общества является то, что все люди обладают равным достоинством и должны иметь возможность пользоваться широким набором основных, неотъемлемых и неделимых прав. Право на здоровье явно подразумевает всеобщий охват услугами здравоохранения, который включает в себя, по крайней мере, адекватный минимальный уход. Однако также необходимо уделять приоритетное внимание оказанию медицинской помощи и повышать

³⁷ Кузякин А.Г. Взаимодействие России и ВОЗ как важная составляющая развития системы здравоохранения евразийского пространства // Вопросы национальных и федеративных отношений. 2021. Т. 11. № 12 (81). С. 3614-3620.

эффективность путем надлежащего управления финансовыми, людскими и материальными ресурсами. Более того, выделение ресурсов для обеспечения надлежащего ухода за населением, помимо последующего нормирования, также должно осуществляться в соответствии с критериями подотчетности и ответственности государств. Именно в этой концептуальной основе предлагается реализовать всеобщее право на доступ к здравоохранению в глобальном масштабе. Важно отметить, что «концепция глобального здравоохранения связана с концепцией глобализации, в соответствии с которой акцент делается на международной взаимозависимости в сфере здравоохранения и на том, как экономические, экологические, политические и социальные процессы в мировом масштабе влияют на здоровье людей»³⁸.

Распределение ресурсов на здравоохранение, помимо распределения других социальных благ, является международной политической проблемой. Принцип солидарности, реализуемый посредством налоговых усилий граждан, может обеспечить сбалансированное распределение ресурсов в обществе. В Европе Конвенция о правах человека и биомедицине (Совет Европы 1996 г.)³⁹ пропагандирует этот идеал, призывая к всеобщему праву на доступ к здравоохранению. Этические и социальные последствия данной Конвенции могут определять признание этого права в качестве основополагающего в соответствии с Всеобщей декларацией прав человека.

Признание здоровья в качестве социального блага привело к разработке международной политики охраны здоровья, которая была адаптирована к данной перспективе. Однако кризис государства всеобщего благосостояния, связанный главным образом с увеличением ожидаемой продолжительности жизни и увеличением расходов на оказание медицинской помощи (в основном из-за научно-технического прогресса), предложил иной подход к этой проблеме. Более того,

³⁸ Карпенко А.М. Развитие глобального здравоохранения в контексте мировой политики в 21 веке // Вестник Евразийского национального университета им. Л.Н. Гумилева. Серия: Политические науки. Регионоведение. Востоковедение. Тюркология. 2020. № 3 (132). С. 55.

³⁹ Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины (Конвенция Овьедо, 4 апреля 1997 г.). URL: <http://hrlibrary.umn.edu/russian/euro/Rz37.html> (дата обращения: 01.06.2022).

общее улучшение условий жизни населения (на социальном, культурном, образовательном и экономическом уровнях) является причиной устойчивого развития показателей здоровья в развитых странах наряду с предоставлением медицинской помощи. В первую очередь, это «разрыв между развитыми и развивающимися странами не только в отношении социального и экономического развития, но и уровня оказания медицинской помощи и состояния системы здравоохранения, что существенно (в разы) влияет на качество жизни в развивающихся странах»⁴⁰.

Признание государством человеческого достоинства личности, по-видимому, подразумевает, что ни один гражданин не может быть исключен из базовой системы здравоохранения из-за нехватки финансовых ресурсов. Равенство в доступе к здравоохранению, материализованное через солидарность в финансировании и равные возможности в доступе, подразумевает, что все люди с одинаковыми потребностями в области здравоохранения должны иметь одинаковые эффективные возможности для получения надлежащего лечения. Однако равенство не означает, что при любых обстоятельствах существует социальная обязанность обеспечивать лечение; скорее, конкретные потребности всех граждан рассматриваются на паритетной основе и всегда находятся под пристальным вниманием общества посредством соблюдения справедливых и демократических процедур.

Право на доступ к здравоохранению имеет решающее значение для достижения эффективного равенства возможностей в современной системе международных отношений. Болезни и инвалидность ограничивают возможности, которые в противном случае были бы в пределах досягаемости человека. Следуя данной логике, все граждане должны иметь необходимые ресурсы для приемлемой физической и психологической работоспособности.

Для современных государств и международных организаций в сфере здравоохранения одним из представлений о распределительной справедливости,

⁴⁰ Пашенцев Д.А. Правовые традиции России и развитие международных экономических организаций // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Юридические науки. 2015. № 3 (24). С. 28.

которое согласуется с концептуальной формулировкой государства всеобщего благосостояния, возможно, является эгалитарная теория Дж. Роулза⁴¹. Эта теория опирается на концепцию общественного договора, в соответствии с которой демократическое и плюралистическое общество, должным образом организованное и структурированное, придерживается фундаментальных ценностей индивидуальной свободы и равного доступа к основным социальным благам. Поэтому принцип равных возможностей становится основным инструментом, определяющим социальную политику, политику в области образования и здравоохранения в большинстве развитых демократических стран. Существование институтов, узаконенных демократической властью, вытекает из этой модели социальной организации. Для Роулза это является необходимым условием для широкого внедрения этих ценностей. Однако следует также учитывать утилитарные ценности, такие как необходимое сдерживание затрат в здравоохранении, а также анализ затрат и выгод, затрат и полезности, и экономической эффективности.

В рамках современной теории международных отношений право на доступ к здравоохранению толкуется с учетом положений эгалитарных теорий, включающих в себя принцип справедливого равенства возможностей. Согласно ему каждый гражданин должен начинать свою социальную жизнь с аналогичных обстоятельств на биологическом и социальном уровнях, чтобы он мог развивать свои таланты и способности в соответствии с принципом индивидуальной свободы. Между тем, важно определить, как следует реализовывать данное право на глобальном уровне, учитывая отсутствие универсальных правоприменительных институтов и механизмов глобального управления в сфере здравоохранения. Существование этого универсального права является частью глобальной перспективы справедливости, предложенной А. Сеном в контексте глобального социального выбора. Этот аргумент подчеркивает, что принцип равных

⁴¹ Rawls J. A theory of justice. New York: Harvard University Press, 1971. 607p.

возможностей должен применяться на международном уровне, обеспечивая гармоничное развитие всех людей и всех сообществ⁴².

Распределение социальных благ в сфере здравоохранения на международном уровне создает основу для сотрудничества государства и помощи беднейшим государствам на планете. Однако при этом открытым является вопрос об объеме и составе помощи, которую могут предоставить те или иные государства, как индивидуально, так и в составе международных организаций, самым уязвимым в социально-экономическом плане общества. Для поиска ответа на данный вопрос Н. Дэниелс проводит четкое различие между предпочтениями (удобствами) и потребностями (фундаментальными) в отношении здоровья⁴³. Они основаны на различии между предпочтениями и потребностями, как описано в знаменитом голландском докладе о приоритетах здравоохранения «Выбор в здравоохранении»⁴⁴. В этом отчете предлагалось исключить некоторые ортодонтические процедуры с чисто эстетической целью из базовой системы здравоохранения, а также определенные психотерапевтические вмешательства (консультирование), которые направлены только на улучшение комфорта и качества жизни. Согласно этому отчету, даже некоторые методы лечения бесплодия (продолжение рода и репродуктивная генетика) могут быть исключены из базового пакета медицинских услуг, поскольку они не считаются необходимыми для нормального социального функционирования.

То есть, исходя из предположения, что ресурсы ограничены, а стоимость здравоохранения имеет тенденцию к экспоненциальному росту, государство-донор должно установить, в соответствии с predeterminedными и взаимно согласованными правилами, методы включения и исключения определенных базовых комплексных вмешательств. Действительно, нормирование в здравоохранении в основном связано с увеличением средней продолжительности жизни населения, увеличением потребления медицинских услуг и

⁴² Sen A. Development as capabilities expansion // The Journal of Development Planning. 1989. №19. P. 41–58.

⁴³ Daniels N., Light D. and Caplan R. Benchmarks of fairness for healthcare reform. New York: Oxford University Press, 1986. P. 21-22.

⁴⁴ Choices in Healthcare. A report by the government committee on choices in healthcare. The Netherlands, 1992. P. 28-29.

беспрецедентным развитием медицины, включая новые фармацевтические препараты, такие как фармакогеномика.

В контексте политики ВОЗ по борьбе с инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД) в государствах Африки необходимо отметить, что вклад международного сообщества является важным шагом для преодоления глобального неравенства между богатыми и бедными странами и для решения многих проблем, связанных с нехваткой лекарственных средств и медикаментов, а также отсутствием доступа к качественным медицинским услугам. Таким образом, конкретные средства реализации международной политики в сфере глобального здравоохранения должны быть направлены на удовлетворение потребностей каждой страны. Действительно, если питание, образование, жилье и здравоохранение считаются основными правами человека, то они являются универсальными, неотъемлемыми, взаимозависимыми и должны быть гарантированы на международном уровне.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что ключевые тенденции процесса гуманизации современных международных отношений получили новые импульсы развития после распада биполярной системы и переходу к приоритизации социальных и гуманитарных проблем, а также защиты прав человека как предмета межгосударственного сотрудничества. Наряду с решением проблем обеспечения безопасности личности, защиты ее прав в деятельности международных организаций и транснациональных компаний, важнейшим направлением гуманизации современных международных отношений стали совместные усилия государств по решению проблем в сфере охраны здоровья и обеспечению доступа к качественным медицинским услугам.

1.2. Формирование универсальных международных норм в области здравоохранения

Отправной точкой построения «архитектуры» международных норм в области здравоохранения является формирование и развитие представлений о

праве на здоровье как универсальной юридической ценности. Право на наивысший достижимый уровень здоровья, обычно называемый правом на здоровье, гарантируется рядом международных договоров по правам человека. Право на здоровье было гарантировано в статье 25 Всеобщей декларации прав человека, где было предусмотрено, что «каждый человек имеет право на жизненный уровень, достаточный для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи, включая питание, одежду, жилье и медицинское обслуживание, а также необходимые социальные услуги». Однако наиболее авторитетное положение о праве на здоровье содержится в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (далее – МПЭСКП)⁴⁵, где оно изложено следующим образом:

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

2 Шаги, которые должны быть предприняты участвующими в настоящем Пакте государствами для достижения полной реализации этого права, включают шаги, необходимые для:

а) обеспечение сокращения мертворождаемости и младенческой смертности и здорового развития ребенка;

б) улучшение всех аспектов экологической и промышленной гигиены;

в) профилактика, лечение и борьба с эпидемическими, эндемическими, профессиональными и другими заболеваниями;

г) создание условий, которые гарантировали бы всем медицинское обслуживание и медицинскую помощь в случае болезни.

⁴⁵ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Принят 16.12.1966 Резолюцией 2200 (XXI) на 1496-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН) // Бюллетень Верховного Суда РФ. N 12. 1994.

В дополнение к этим документам статья 24 Конвенции о правах ребенка⁴⁶ и статья 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации⁴⁷ в отношении женщин содержат важные положения о праве на здоровье.

Комитет по экономическим и культурным правам, ответственный за мониторинг осуществления МПЭСКП, попытался разъяснить природу и содержание права на здоровье. По мнению Комитета, право на здоровье, гарантированное статьей 12 МПЭСКП, не означает права быть здоровым. Скорее, это всеобъемлющее право, которое следует толковать широко, чтобы оно включало основные детерминанты здоровья. Комитет далее разъясняет следующее:

Право на здоровье включает в себя как свободы, так и права. Свободы включают право контролировать свое здоровье и тело, включая сексуальную и репродуктивную свободу, и право быть свободным от вмешательства, такого как право не подвергаться пыткам, неконсенсусному медицинскому лечению и экспериментам. В отличие от этого, права включают право на систему охраны здоровья, которая обеспечивает равенство возможностей для людей пользоваться наивысшим достижимым уровнем здоровья.

Комитет отмечает, что право на здоровье налагает на государства обязательства по обеспечению наличия, доступности, приемлемости и качества медицинских услуг для всех, особенно уязвимых и маргинализированных групп. Комитет далее определяет минимальные основные обязательства в рамках права на здоровье, которые включают, по крайней мере, следующие обязательства:

а) обеспечить право на доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам на недискриминационной основе, особенно для уязвимых или маргинализированных групп;

б) обеспечить доступ к минимальному необходимому питанию, достаточному с точки зрения питательных веществ и безопасному, для обеспечения свободы от голода для всех;

⁴⁶ Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990) // Сборник международных договоров СССР. XLVI. 1993.

⁴⁷ Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (Заключена 18.12.1979) (с изм. от 22.05.1995) // Международная защита прав и свобод человека. Сборник документов. М.: Юридическая литература, 1990. С. 341-355.

в) обеспечить доступ к базовому жилью, жилью и санитарным услугам, а также достаточный запас безопасной и питьевой воды;

г) обеспечивать основными лекарственными средствами, как это время от времени определено в Программе действий ВОЗ по основным лекарственным средствам;

д) обеспечить справедливое распределение всех медицинских учреждений, товаров и услуг;

е) принять и осуществлять национальную стратегию и план действий в области общественного здравоохранения на основе эпидемиологических данных, учитывающих проблемы здоровья всего населения; стратегия и план действий разрабатываются и периодически пересматриваются на основе основанного на широком участии и прозрачного процесса; они должны включать методы, такие как показатели и контрольные показатели права на здоровье, с помощью которых можно тщательно отслеживать прогресс; процесс разработки стратегии и плана действий, а также их содержание должны обеспечивать особое внимание всем уязвимым или маргинализированным группам.

В рамках африканской системы прав человека первая попытка гарантировать право на здоровье содержится в статье 16 Африканской хартии прав человека и народов (далее – Африканская хартия)⁴⁸. Статья 16 Хартии предусматривает следующее:

1. Каждый человек имеет право на наилучшее достижимое состояние физического и психического здоровья.

2. Государства-участники настоящей Хартии принимают необходимые меры для охраны здоровья своих граждан и обеспечения того, чтобы они получали медицинскую помощь, когда они больны.

Из этого положения ясно, что существуют незначительные различия в используемых формулировках по сравнению с формулировками статьи 12 МПЭСКП. Во-первых, в то время как положение МПЭСКП адресовано

⁴⁸ Африканская хартия прав человека и народов [Banjul Charter] (Найроби, Кения, 27 июня 1981 года), 21 I.L.M. 59 (1981), вступила в силу 21 октября 1986 // International Human Rights Law in Africa. Oxford: Oxford University Press, 2012. P. 470-487.

государствам (носителям обязанностей), первая часть статьи 16 Африканской хартии фокусируется на «каждом человеке» (правообладателях). По сути, хотя может показаться, что МПЭСКП больше озабочен привлечением к ответственности государств-участников договора, статья 16 Устава, как представляется, делает акцент на реальном осуществлении прав отдельными лицами. Для целей мониторинга прав человека актуальны эти два подхода. Однако, поскольку государства являются субъектом международного права, предполагается, что акцент на отдельных лицах никоим образом не уменьшает обязательств, налагаемых на государства-участники Африканской хартии. Действительно, формулировка второй части статьи 16 подтверждает это утверждение. Как обсуждается ниже, подход Комиссии заключался в том, чтобы возлагать ответственность за нарушения прав человека, вытекающие из статьи 16, на государства, а не на отдельных лиц.

Во-вторых, конкретная ссылка на медицинскую помощь для больных, по-видимому, предполагает уделение большего внимания лечебным, а не профилактическим медицинским услугам. Это положение не так подробно, как статья 12 (2) МПЭСКП, и не содержит ссылок на основные детерминанты здоровья, такие как здоровая окружающая среда, водоснабжение и санитария, а также профилактика, лечение и борьба с эпидемией. Что еще более важно, в статье 16 Африканской хартии не рассматриваются такие вопросы, как материнская и младенческая смертность, доступ к средствам контрацепции и ВИЧ / СПИД. В частности, эти проблемы затрагивают женщин больше, чем мужчин в Африке. Учитывая, что это серьезные проблемы здравоохранения, которые затрагивают Африку больше, чем другие регионы, это серьезное упущение со стороны составителей Хартии, хотя можно утверждать, что на момент завершения работы над Хартией ВИЧ/СПИД не стал серьезной проблемой в регионе. Однако необъяснимо, что такие проблемы, как младенческая и материнская смертность, которые всегда создавали серьезные проблемы в регионе, не были рассмотрены в Хартии. Альтернативным аргументом в пользу этого было бы то, что неконкретное

упоминание этих вопросов не должно препятствовать широкому толкованию статьи 16 с целью их включения.

Хотя почти все государства-члены Африканского союза (за исключением Южного Судана) ратифицировали Африканскую хартию, очень немногие страны (включая Южную Африку и Кению) прямо признали право на здоровье как юридически закрепленное в их национальных конституциях. Это особенно верно для многих африканских стран, которые являются бывшими колониями Великобритании. Таким образом, в таких странах, как Гана, Нигерия и Замбия, положения, касающиеся социально-экономических прав, классифицируются как простые директивные принципы государственной политики.

Международное законодательство в области здравоохранения может быть определено как совокупность международно-правовых актов, основной или вспомогательной целью которых является защита здоровья человека. Международное законодательство в области здравоохранения продолжает разрабатываться в форме договоров, заключаемых государствами, но в настоящее время оно является менее значимым источником права в этой области, наряду с актами специализированных международных организаций. Кроме того, защита здоровья человека может быть прямо или косвенно связана, например, с охраной окружающей среды или здоровья животных. Разнообразие национальных правовых систем и различные этапы их развития являются камнем преткновения на пути гармонизации и унификации международных норм в области здравоохранения. Задержка с признанием важности международного права здравоохранения отражает медлительность международного научного сообщества в понимании роли, которую уже играет международное законодательство в области охраны здоровья. Масштабы проблем со здоровьем, с которыми продолжает сталкиваться население мира, таковы, что трудности в этой области и чрезмерная осторожность не должны препятствовать установлению международных мер по охране здоровья на правовой основе, достигнутых путем разработки общих международных правил в области здравоохранения.

Истоки международного сотрудничества в области здравоохранения следует искать, по сути, в XIX веке, в результате слияния двух ключевых факторов. С одной стороны, экономические и социальные события и рост медицинских знаний в XIX веке привели к мощной переориентации в отношении профилактики заболеваний; с другой стороны, наблюдался постепенный рост роли государства как гаранта медицинского обслуживания. Все это привело к необходимости международного сотрудничества в области здравоохранения, первоначально сосредоточенного на борьбе с трансграничным распространением инфекционных заболеваний в международном масштабе. Иными словами, сами государства стремились защитить себя от внешних угроз здоровью. Эти усилия в конечном итоге распространятся на другие аспекты общественного здравоохранения, такие как торговля наркотиками, наркотики и вопросы безопасности труда. Первые Международные конференции по вопросам здравоохранения были проведены во второй половине XIX века. Они были направлены на обеспечение карантинных мер против холеры, желтой лихорадки и чумы. На этих конференциях были приняты первые международные соглашения в области здравоохранения⁴⁹.

Установление первых международных правил в области борьбы с инфекционными заболеваниями было направлено не только на защиту Европы от этих заболеваний и гармонизацию карантинных требований, которые искажали международную торговлю. Кроме того, они были направлены на создание международной системы бдительности в отношении эпидемий и, в конечном счете, международных институтов, которые координировали бы работу с участвующими государства во всех вопросах, связанных с борьбой с инфекционными заболеваниями. В дополнение к этим первоначальным мерам в отношении норм и международного сотрудничества, в XX веке произошел институциональный скачок с созданием первых международных организаций, компетентных в вопросах здравоохранения, таких как Международное общественное бюро гигиены (1907), которое, начиная с 1923 года, части пересекалось в своей деятельности с

⁴⁹ Taylor A. Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health // American Journal of Law and Medicine. 1992. №18. P. 46.

Организацию здравоохранения Лиги наций. Две организации, с разными первоначальными взглядами, сохранили это совпадение сфер компетенции, а также свою независимую деятельность, несмотря на несколько попыток координации со стороны Лиги Наций.

С другой стороны, было также на региональном уровне создано Панамериканское санитарное бюро (1902 г.), которому уже более ста лет, которое стало зачатком все еще существующей Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ), и которое в настоящее время является Региональным бюро ВОЗ. Этот первый опыт институционализации сотрудничества в области здравоохранения в первой половине XX века в конечном итоге привел в период после Второй мировой войны и в годы экспоненциального роста многосторонних отношений к созданию Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в качестве единственного учреждения, созданного для руководства международными действиями в области здравоохранения.

Процесс универсализации международных норм в области здравоохранения берет свое начало в 1946 году, когда была создана ВОЗ. В преамбуле к Уставу ВОЗ, принятому в 1946 году, устанавливается, что «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов»⁵⁰. Советский Союз был в числе государств, создавших ВОЗ, принимая активное участие в разработке и принятии многих программ ВОЗ и направляя экспертов по мировому здравоохранению и медицине в различные отделения ВОЗ по всему миру⁵¹.

Идея о том, что глобальное здравоохранение должно быть объектом международного регулирования и сотрудничества, обусловлена, с одной стороны, историческими прецедентами, а с другой стороны, реакцией международного сообщества на необходимость оперативного решения проблем здравоохранения.

⁵⁰ Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)» (Принят в г. Нью-Йорке 22.07.1946). URL: <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution> (дата обращения: 01.06.2022).

⁵¹ Kuzyakin A.G., Pogodin S.N. World health organization: history and mission // International relations and the dialogue of cultures. The collection of scientific articles. 2021. № 9. С. 170.

В той мере, в какой многочисленные аспекты международного сотрудничества могут прямо или косвенно иметь отношение к проблемам глобального здравоохранения, существует несколько международных организаций, которые прямо или косвенно касаются вопросов, связанных с глобальным здравоохранением. Например, вопросы, связанные с безопасностью пищевых продуктов, входят в компетенцию ВОЗ и ФАО (Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН), которые совместно создали Комиссию «Кодекса Алиментариус»⁵², учреждение, которое принимает международные правила, касающиеся стандартов безопасности пищевых продуктов. Вопросы, связанные с опасностью и воздействием на здоровье человека химического, ядерного или бактериологического оружия, являются предметом многочисленных международных договоров и подпадают под юрисдикцию таких организаций, как МАГАТЭ (Международное агентство по атомной энергии) и ОЗХО (Организация по запрещению химического оружия). Озабоченность по поводу этических последствий разработок в области наук о жизни относится к сфере компетенции ЮНЕСКО (Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры), которая уже приняла несколько деклараций по этим вопросам. В рамках этих различных институциональных рамок были приняты международные документы, касающиеся множества вопросов, прямо или косвенно связанных с глобальным здравоохранением, причем некоторые из них являются обязательными, а другие не имеют обязательной юридической силы.

В дополнение к нормативному и институциональному разнообразию ответных мер международного сообщества, недавним явлением, связанным с глобальным здравоохранением, стало появление на международной арене новых частных или государственно-частных субъектов, влияние которых неуклонно растет. Таким образом, к работе благотворительных фондов и корпораций частного сектора, связанных с фармацевтической сферой, следует добавить недавний расцвет организаций государственно-частного партнерства. Последние представляют собой новые институциональные механизмы частноправового

⁵² The Codex Alimentarius. URL: <https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/en/> (дата обращения: 01.06.2022).

характера, которые обладают компетенцией в области глобального здравоохранения, особенно в отношении финансирования борьбы с крупными пандемиями, такими как ВИЧ/СПИД, малярия и туберкулез.

Однако, Организация Объединенных Наций остается руководящим институтом на международной арене, в то время как ВОЗ, без сомнения, является главным авторитетом в вопросах международного здравоохранения. Именно в рамках этих международных организаций разрабатываются основные аспекты международного права, касающиеся глобального здравоохранения. С момента своего создания в 1945 году Организация Объединенных Наций стала рамочным институтом современного международного сообщества. В частности, ее учредительный Устав⁵³ и другие правовые документы, принятые ООН, сформировали правовую базу современного международного права. Ее цели общего, универсального, вневременного и взаимозависимого характера, а также ее состав (также универсальный), принципы, которые она провозгласила и определила с момента своего создания, и ее деятельность в течение последних десятилетий способствовали тому, что ООН стала руководящим институтом международных отношений.

Принятие решения о создании ВОЗ в 1946 году и ратификация ее устава 7 апреля 1948 года повлекло за собой качественный скачок по сравнению с предыдущими международными институтами и целями в области здравоохранения, которые были в основном сосредоточены на борьбе с международным распространением инфекционных заболеваний. Действительно, помимо этих подходов и сохраняя тот же взгляд на концепцию здоровья, изложенную в преамбуле к ее Уставу, ВОЗ заявляет: «Целью Всемирной организации здравоохранения должно быть достижение всеми народами максимально возможного уровня здоровья» (статья 1). Очевидно, что это общая, универсальная и вневременная цель, которая должна быть связана с правом человека на здоровье и с целостной и всеобъемлющей концепцией самого здоровья.

⁵³ Устав Организации Объединенных Наций (Принят в г. Сан-Франциско 26.06.1945) // Сборник действующих договоров, соглашений и конвенций, заключенных СССР с иностранными государствами. Вып. XII. М., 1956. С. 14-47.

В соответствии с этой общей целью функции ВОЗ носят широкий и преимущественно технический характер, принимая на себя ответственность за все вопросы и связанные с ними вопросы, касающиеся здоровья и гигиены в глобальном масштабе. Помимо прочих функций, она действует как направляющий и координирующий орган. Это помогает правительствам предоставлять медицинские услуги и ресурсы общественного здравоохранения, такие как техническая или экстренная помощь. ВОЗ выполняет задачи, связанные с эпидемиологией (исследования, статистика и действия по борьбе с болезнями), способствует улучшению гигиенических стандартов (питание, жилье, санитария, экономические и трудовые условия и т.д.) и продвигает соглашения и правила, касающиеся международного здравоохранения. Наконец, он обеспечивает профилактическую и оперативную техническую помощь в области здравоохранения, особенно немедленное оповещение и превентивные действия перед лицом эпидемических вспышек⁵⁴.

ВОЗ выполняет эти функции с помощью институциональной архитектуры, которая в основном реализуется во Всемирной ассамблее здравоохранения и Исполнительном комитете, которые являются ее двумя основными межправительственными органами. Генеральный директор вместе с необходимым персоналом оказывает помощь этим учреждениям из штаб-квартиры ВОЗ в Женеве и из региональных отделений, распространенных по всему миру. ВОЗ характеризуется значительной степенью децентрализации в своей деятельности благодаря созданию региональных бюро; Региональное бюро ВОЗ для Северной и Южной Америки также является штаб-квартирой независимой Панамериканской организации здравоохранения.

Следует подчеркнуть, что ВОЗ также обладает нормативными полномочиями, которые в соответствии со статьями 19–23 ее Устава позволяют ей принимать конвенции или соглашения, правила и рекомендации. Для принятия конвенций и международных соглашений требуется одобрение двух третей членов

⁵⁴ Gostin L.O., Sridhar D. Global Health and the Law // The New England Journal of Medicine. №370. 18 May 2014, pp. 1732-1740.

Всемирной ассамблеи здравоохранения, и, очевидно, для их вступления в силу требуется официальное согласие ее государств-членов. В любом случае, оригинальной особенностью ВОЗ является то, что для ратификации этих соглашений государствами-членами установлен 18-месячный срок. Если одно из этих государств не ратифицирует соглашение, оно должно официально сообщить Ассамблее о своих причинах; это представляет собой механизм содействия с элементами сдерживания. Тем не менее, эти широкие возможности для разработки международных конвенций по широкому кругу вопросов, касающихся здравоохранения, до сих пор не были использованы в достаточной степени. На протяжении многих лет предлагалось принять различные конвенции, но в рамках ВОЗ была принята только одна конвенция: Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, одобренная в 2003 году, действующая с 2005 года и в настоящее время насчитывающая 179 государств принимая участие⁵⁵.

ВОЗ приняла только два свода правил: Международную статистическую классификацию болезней и связанных с ними проблем со здоровьем (МКБ) в 1948 году (пересматривалась несколько раз⁵⁶); и Международные медико-санитарные правила (ММСП), первая версия которых была принята в 1951 году, и затем в 2005 году были внесены серьезные изменения⁵⁷. Одной из примечательных особенностей правил ВОЗ, которая явно способствует их универсальности и эффективности, является то, что после надлежащего уведомления об их принятии они автоматически вступают в силу и являются обязательными для всех государств-членов, за исключением тех членов, которые могут уведомить Генерального директора об отклонении или оговорке в течение указанного периода. указано в уведомлении (например, своего рода оговорка об «отказе» или «отказе от договора»).

⁵⁵ Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/tobacco.pdf (дата обращения: 01.06.2022).

⁵⁶ Международная классификация болезней 11 пересмотра (МКБ-11). URL: <https://icd.who.int/ru> (дата обращения: 01.06.2022).

⁵⁷ Международные медико-санитарные правила (2005 год). URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1031530/retrieve> (дата обращения: 01.06.2022).

Наконец, ВОЗ обладает компетенцией в отношении принятия рекомендаций по всем видам вопросов, связанных со здоровьем, компетенцией, которую широко используют Всемирная ассамблея здравоохранения и Исполнительный комитет. Некоторые из этих рекомендаций особенно важны и имеют определенный нормативный компонент, даже если они не являются обязательными. К ним относятся, например, Рамочная программа обеспечения готовности к пандемии гриппа (PIP) и Глобальный кодекс практики международного найма медицинского персонала. Отсутствие обязательного характера, без сомнения, способствовало их общему принятию, особенно в том, что касается политики здравоохранения и описания, этиологии и лечения заболеваний. В целом, эти рекомендации оказались достаточно эффективными, поскольку государства в конечном итоге признали центральный авторитет ВОЗ в вопросах здравоохранения. В результате они обычно корректируют свою деятельность в соответствии с этими рекомендациями⁵⁸.

Борьба с инфекционными или заразными заболеваниями всегда была постоянной частью международного сотрудничества в области здравоохранения. Однако в последние десятилетия появились новые, быстро распространяющиеся инфекционные заболевания, что, в свою очередь, потребовало качественного скачка в требованиях к международному сотрудничеству. В этих вопросах ВОЗ выступает в качестве руководящего органа, используя Международные медико-санитарные правила (ММСП) в качестве инструмента международного сотрудничества. Первая редакция этих правил была принята в 1951 году, и в них были внесены поправки в 1969 и 1981 годах. Несмотря на эти изменения, со временем ММСП стали устаревшей и неэффективной нормой, неспособной препятствовать глобальному распространению болезней, поскольку она предусматривала только уведомление и принятие мер в отношении определенных конкретных заболеваний. До 1981 года к ним относились холера, чума, желтая лихорадка, тиф, оспа и возвратная лихорадка; с тех пор были включены чума и желтая лихорадка. Кроме того, ММСП не включали адекватных инструментов, гарантирующих правильное соблюдение решений ВОЗ ее государствами-членами.

⁵⁸ Taylor A. Governing the Globalization of Public Health // Law, Medicine & Ethics. 2004. №32(3). P. 505.

Эта ситуация, и особенно появление новых заболеваний, таких как ВИЧ/СПИД, птичий грипп и атипичная пневмония, о которых я также уже упоминал, в 90-х годах вызвали необходимость пересмотра ММСП. Этот пересмотр был окончательно осуществлен в 2005 году, и недавно пересмотренный ММСП вступил в силу 15 июня 2007 года.

Целью и сферой применения пересмотренных ММСП, как указано в их статье 2, является «предотвращение, защита, контроль и обеспечение ответных мер общественного здравоохранения на международное распространение болезней способами, которые соизмеримы с рисками для здоровья населения и ограничены ими, и которые позволяют избежать ненужного вмешательства в международные перевозки и торговлю». Помимо подчеркивания сходства с предыдущими целями и четкого преобладания интересов, связанных с международной торговлей, существенная новизна новых ММСП заключается в том, что обязательство по уведомлению больше не ограничивается определенными заболеваниями, а распространяется на любые «события, которые могут представлять собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение»⁵⁹. Иными словами, оно распространяется на любой риск для общественного здравоохранения других государств в результате глобального распространения заболевания, где последнее определяется в самом широком смысле как заболевание или медицинское состояние, независимо от происхождения или источника, которое представляет или может представлять значительный вред для людей. ММСП включает механизм официального объявления о существовании чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, начиная с уведомления пострадавшего государства. Официальное чрезвычайное положение определяется Генеральным директором ВОЗ с привлечением Совета Комитета по чрезвычайным ситуациям и может предполагать принятие временных или постоянных рекомендаций.

⁵⁹ Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy // Bull World Health Organ. 2013. №91(8). P. 11.

Таким образом, ММСП устанавливает в качестве основных обязательств государств: уведомление о событиях, происходящих на их территории, которые могут представлять собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение; наличие возможностей для выявления, оценки и уведомления об этих событиях; наличие необходимых возможностей для быстрого и эффективного реагирования на проблемы общественного здравоохранения. риски и чрезвычайные ситуации, вызывающие международную озабоченность. Из-за трудностей, с которыми сталкиваются некоторые государства, ММСП предусматривали пятилетний период после вступления в силу, прежде чем они потребуют наличия этих возможностей у всех государств. ВОЗ также было поручено оказать помощь государствам-членам, которые нуждаются в помощи в создании всего этого потенциала. Очевидно, что все государства-члены разделяют приверженность делу содействия техническому сотрудничеству и материально-технической поддержке в целях укрепления этого потенциала.

Во время эпидемической вспышки Эболы в Западной Африке в 2014 году был задействован чрезвычайный механизм ММСП, хотя, вероятно, слишком поздно, если учесть масштабы и масштабы вспышки. Эта вспышка первоначально произошла в декабре 2013 года и распространилась на Гвинею, Либерию и Сьерра-Леоне, с прогнозируемым распространением на другие страны, в течение восьми месяцев. Только 8 августа 2014 года Генеральный директор созвал Комитет по чрезвычайной ситуации, который объявил, что условия для чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение (PHEIC), были выполнены. Исходя из этого, ВОЗ координировала международное принятие средств борьбы с эпидемией, и Организация Объединенных Наций в целом также ввела в действие свои механизмы реагирования на чрезвычайные ситуации, включая создание Миссии Организации Объединенных Наций по чрезвычайному реагированию на Эболу (МООНЧРЭ)⁶⁰.

⁶⁰ Colvin C.J., Leon N., Wills C., van Niekerk M., Bissell K., Naidoo P. Global-to-local policy transfer in the introduction of new molecular tuberculosis diagnostics in South Africa // *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015. №19(11). P. 38.

Международная охрана здоровья в форме оперативной деятельности посредством двустороннего и, прежде всего, многостороннего сотрудничества между государствами требует правовой основы, учитывающей экономические, социальные, культурные и политические факторы, оправдывающие эту деятельность. Содержание охраны здоровья и, соответственно, правовая база развиваются в соответствии с этими факторами: таким образом, целями законодательства в этой области долгое время была защита здоровья на международном уровне, но теперь они приобрели гораздо более позитивные аспекты. Первоначальные цели в некоторой степени отражены в Договорах, учреждающих Европейские сообщества, или в политике по борьбе со СПИДом, в то время как примером более перспективных целей являются цели, закрепленные в Уставе ВОЗ.

Само увеличение количества законов о здравоохранении порождает ряд трудностей. Может случиться так, что вместо единого свода законодательства в области здравоохранения появится набор разрозненных мер, имеющих различное институциональное происхождение и иногда расходящихся по содержанию. Законодательство, возможно, рискует выйти за рамки единого предмета, так что унитарный характер предмета окажется под угрозой. Все эти вопросы дают веские основания взглянуть на будущее предмета, хотя ответы на них не так просты, и действительно, прогноз в некоторой степени самонадеян. Как бы то ни было, можно предположить, что развитие международного законодательства — это процесс, который постоянно ставится под сомнение, и что гармонизация представляется практически невозможной.

Хотя составные элементы международного законодательства в области здравоохранения многочисленны, можно выделить две общие категории. Все, что связано с охраной здоровья, будь то в связи с борьбой с инфекционными или неинфекционными заболеваниями, явно относится к первой категории. Это действительно является основной, технической и традиционной целью законодательства в этой области, устанавливающего правовые нормы для снижения риска возникновения или распространения заболеваний или даже для их

искоренения, как показывает случай с оспой в 1950-х годах. Трудность заключается в том, что эта категория не только расширилась, но и диверсифицировалась. В дополнение к конкретно медицинской защите была разработана социальная защита и защита здоровья, связанные с различными рисками для здоровья общества, такими как алкоголизм, потребление табака и злоупотребление наркотиками. Диверсификация этих рисков также отражается в медицине труда. Наряду с защитой от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, таких как пневмокониоз, была разработана защита в отношении профессиональной среды и качества жизни на производстве. Иными словами, вокруг центрального ядра законодательства, касающегося классической медицинской защиты, находится периферийная область, связанная со всеми опасностями для здоровья, влияющими на общество, особенно индустриальное общество.

Вторая общая категория международного законодательства в области здравоохранения касается этических вопросов. Эта категория отнюдь не нова, и международное сообщество по-настоящему заинтересовалось этическими проблемами только после принятия правил, касающихся медицинской защиты. Первые действительно являются более сложными объектами для законодательства. Международное право человека, в котором этические вопросы рассматривались одновременно с охраной здоровья, возможно, должно было стать образцом.

С конца 1940-х годов Всемирная медицинская ассоциация многое сделала, чтобы восполнить пробел в этой области, и другие организации (Совет международных организаций медицинских наук и Совет Европы) также рассматривали медицинские технологии в сочетании с медицинской этикой. Следует признать, что проблемы медицинской этики становятся все более сложными, о чем свидетельствует использование методов экстракорпорального оплодотворения. Диверсификация международного законодательства в области здравоохранения также обусловлена разнообразием его источников. В разработке такого законодательства участвуют две категории учреждений. Межправительственные организации, целью которых является здравоохранение (ВОЗ) или обладающие полномочиями в области здравоохранения (все другие

такие организации), отражают в своей нормативной или законодательной деятельности озабоченность национальных правительств в области международной охраны здоровья. Ясно, что эти опасения могут в разное время носить оборонительный или позитивный характер. Они также могут в некоторой степени сочетаться с тенденциями централизации в области международного здравоохранения или, с другой стороны, отражать стремление к большей децентрализации, например, через региональные межправительственные организации.

Поскольку многие межправительственные организации активно участвуют в разработке законодательства, рост неизбежно становится чрезмерным, что влечет за собой трудности с совместимостью или балансом между централизацией, или децентрализацией в международном здравоохранении. Задача ВОЗ, несомненно, заключается в выявлении и достижении баланса, и ее успехи, особенно с 1970-х годов, позволили ей оставаться самой важной организацией в области международного здравоохранения.

Вмешательство неправительственных организаций в разработку международного законодательства в области здравоохранения имеет тенденцию в некоторой степени изменять его содержание. Участие определенных неправительственных организаций в разработке нормативных мероприятий не является чем-то новым, например, Международный комитет Красного Креста на протяжении длительного периода участвовал в разработке международного права в области прав человека, — но, похоже, оно растет. Неправительственные организации в области здравоохранения, такие как «Врачи без границ» и «Международная медицинская помощь», могут внести весомый вклад в развитие права на вмешательство в медицинских целях, которое в большей степени соответствует требованиям населения развивающихся стран, чем это иногда бывает в случае с международным правом здравоохранения, разработанным в рамках под эгидой межправительственных организаций. При вмешательстве неправительственных организаций общее международное право здравоохранения, которое постепенно стало отраслью международного права развития, можно

рассматривать как проект нового «международного права народов». В настоящее время следует подчеркнуть актуальность этого альтернативного и менее технократического подхода для международного права здравоохранения.

Международное законодательство в области здравоохранения должно, насколько это возможно, учитывать технический прогресс в медицине, который, будучи жизненно важным элементом законодательства, сопряжен со многими проблемами на практике. Прежде всего, законодательство по своей природе ограничивает техническое развитие, и эта тенденция усиливается, когда законодательство принимает форму подробных положений по практическим вопросам. Альтернатива гибкому законодательству, например, рамочным законам, на практике не идеально подходит для международного права здравоохранения. Вторая трудность заключается в риске возникновения слишком большой пропасти между международным правом здравоохранения и его предметом — состоянием используемых медицинских технологий. Эта проблема возникает в международном праве здравоохранения в особой форме, особенно в связи с санитарным просвещением. Таким образом, политика первичной медико-санитарной помощи предлагает интересное решение этой проблемы.

Специфический характер международного права здравоохранения также, возможно, в основном следует оценивать в связи с социальными и экономическими (и, следовательно, политическими и даже культурными) факторами, которые являются определяющими в выборе, сделанном при разработке этого права. В XIX веке законодательство в этой области носило в основном превентивный характер в своем отношении к здоровью, соответствуя в первую очередь требованиям европейских стран. С другой стороны, деятельность ВОЗ была позитивной, она была сосредоточена на профилактике и ориентирована на развивающиеся страны. Эта политика может быть связана с масштабом потребностей этих стран и, после 1960-х годов, с увеличением их числа в качестве государств-членов ВОЗ. Договор ЕЭС практически не содержит положений о здравоохранении, поскольку в 1957

году было сочтено более важным подчеркнуть определенные элементы общей социальной политики, дополняющие экономическую политику Сообщества⁶¹.

Вышесказанное сопряжено с несколькими рисками. Во-первых, различные поля и предметы могут быть объединены или размыты. На самом деле существует тенденция к слиянию международного законодательства в области здравоохранения с другими областями, имеющими общее социальное и экономическое измерение, такими как международное трудовое право или, что еще более важно в настоящее время, международное экологическое право и международное право защиты прав потребителей. Правомерно поднять вопрос об общем характере международного права здравоохранения в мирное и военное время, а также проблему границы между международным правом здравоохранения и международным правом прав человека. Есть также основания задуматься о выборе основной цели международного права здравоохранения - охраны здоровья населения, что также ведет к более широкой концепции социально-экономического характера, включающей, в частности, благополучие, концепцию, используемую в Уставе ВОЗ. Кроме того, международное законодательство в области здравоохранения не может игнорировать конкретный вопрос о защите медицинских работников, тем самым поднимая проблему границы между международным правом здравоохранения и международным медицинским правом.

Будущая стратегия международного законодательства в области здравоохранения может быть рассмотрена только после уточнения содержания этой области права. Укрепление этого законодательства может осуществляться на нескольких уровнях: поощрение принятия национального законодательства в области здравоохранения; координация такого законодательства на региональном уровне; и гармонизация международных медико-санитарных правил. Осуществление его предполагает применимость мер и оценку их эффективности. Казалось бы, наилучшие шансы на успешную общую стратегию международного

⁶¹ Договор, учреждающий Европейское Сообщество (Рим, 25 марта 1957 г.) (консолидированный текст с учетом Ниццких изменений) (с изменениями от 16 апреля 2003 г.). URL: https://eulaw.ru/treaties/teuratom_edit/ (дата обращения: 01.06.2022).

законодательства в области здравоохранения заключаются в прагматизме и реализме.

Диапазон правовых инструментов для применения закона в этой области должен быть расширен; Устав ВОЗ служит образцом для этого. Следует подчеркнуть законодательные полномочия, которыми Организация обладает в соответствии со статьями 21 и 22 ее Устава, в дополнение к ее классическому полномочию выносить рекомендации и признанным полномочиям Всемирной ассамблеи здравоохранения в отношении принятия многосторонних договоров. Следует также упомянуть «смешанные» рекомендации, которые, как и в случае с международными непатентованными наименованиями фармацевтических продуктов, имеют правовой статус между чистой рекомендацией и обязательными правилами. Кроме того, пункт 3 статьи 93 ММСП с внесенными в него поправками предусматривает передачу споров, касающихся толкования или применения Правил, в Международный суд.

Прагматизм в применении международного законодательства в области здравоохранения также предполагает адаптацию правовых документов как к целям такого законодательства, так и к средствам, имеющимся в распоряжении международных организаций для его осуществления. Что касается целей, то совершенно очевидно, что международное законодательство в области здравоохранения должно быть многосекторальным. Риски для здоровья, начиная от эпидемий, таких как чума и холера в прошлом, и заканчивая СПИДом сегодня, имеют тенденцию к распространению, независимо от типа общества, традиционного или индустриального. Это можно увидеть в случае рака, табачной зависимости и злоупотребления наркотиками. Кроме того, требуется общая цель глобальной мобилизации сил и ресурсов; ВОЗ показала пример этого в 1981 году, приняв стратегию здравоохранения для всех к 2000 году.

Нехватка средств, в частности, в связи с мировым экономическим кризисом или ростом расходов на вооружение, может подорвать стратегию международной охраны здоровья в зародыше. Вес, придаваемый социальным факторам, способствует сужению сферы применения международного законодательства в

области здравоохранения. Это проявляется, например, в отношении сексуальных калечащих операций на женских половых органах или в тенденции отказаться от «жесткого» законодательства (то есть обязательных положений) в пользу «мягкого» (то есть в форме рекомендаций). Основная проблема, связанная с прагматичным подходом, заключается в том, являются ли при применении международного законодательства в области здравоохранения более эффективными мягкие положения, чем жесткие. Иногда может быть более уместно принять рекомендации, как в случае с Международным кодексом маркетинга заменителей грудного молока⁶², когда альтернативой является попытка найти правила и в конечном итоге вообще не получить никаких положений. Тем не менее, разработка международного законодательства в области здравоохранения должна быть постепенной, что подводит нас к оценке его эффективности.

Для эффективности международного законодательства в области здравоохранения в целом важно выработать наиболее подходящие международные медико-санитарные правила. В этой связи выбор заключается не просто в выборе между «минималистскими» и «максималистскими» правилами (первые применимы в странах, где законодательство в области здравоохранения практически отсутствует, обычно в развивающихся странах, а вторые являются хорошо зарекомендовавшим себя законодательством, часто в промышленно развитых странах). Международные медико-санитарные правила включают примерно в равных пропорциях рамочные правила, в частности, касающиеся признания права на здоровье, и более подробные «функциональные» правила их осуществления, например, методы охраны здоровья. Международное законодательство в области здравоохранения, адресованное главным образом промышленно развитым странам, может развиваться только путем объединения его с рамочными правилами, укрепляющими «идеологический» характер общего международного права в области здравоохранения (то есть путем его соотнесения с международным правом прав человека); с другой стороны, право, созданное в

⁶² Кодекс ВОЗ маркетинга заменителей грудного молока. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1083487/retrieve> (дата обращения: 01.06.2022).

основном для развивающихся стран, может быть усиленным можно только за счет увеличения обычных правил. Результатом является определенная степень конвергенции.

Кроме того, мониторинг соблюдения международного законодательства в области здравоохранения требует гибкости. Таким образом, требуется нечто большее, чем попытки централизовать международные вопросы здравоохранения в соответствии, например, со статьей 63 Устава ВОЗ, или подчеркивание децентрализации. В последнем случае можно было бы рассмотреть вопрос о создании регионального законодательства в области здравоохранения с привлечением судов, например, Суда европейских сообществ или Европейского суда по правам человека. В этом вопросе также необходимо установить баланс, сохранив положительные аспекты как централизации, так и децентрализации в вопросах международного здравоохранения. Именно это позволило ВОЗ разработать программы в области законодательства в области здравоохранения. Такой баланс должен способствовать устранению препятствий на пути инициатив по расширению международного законодательства в области здравоохранения, обусловленных движением к децентрализации в вопросах международного здравоохранения, в частности, посредством сотрудничества между развивающимися странами в области здравоохранения.

Нет сомнений в том, что ВОЗ должна оставаться основной организацией в области международной охраны здоровья, действуя в качестве органа по надзору за применением международного законодательства в области здравоохранения, в частности через Комитет по международному эпиднадзору за инфекционными заболеваниями, и в качестве организации, ответственной за координацию деятельности в области здравоохранения своих государств-членов и различных международных организаций, как межправительственных, так и неправительственных. Следует шире использовать процедуру официальных соглашений, заключенных ВОЗ с определенными межправительственными организациями, как это имеет место при установлении официальных отношений между ВОЗ и многими неправительственными организациями, и при этом

действовать на основе общего обзора последствий делегирования полномочий, которые в конечном итоге как следует рассматривать процесс эффективной децентрализации в вопросах международного здравоохранения.

В последние годы возникла подлинная новая парадигма международных действий, и произошел сдвиг от подхода, который является более строго медицинским (акцент на эпидемиологические факторы и на здоровье населения и сообщества), к подходу, который является гораздо более глобальным, с явным признанием множества факторов социально-экономического характера, влияющих на глобальное здоровье.

Перед лицом растущей озабоченности, вызванной неравенством в отношении здоровья, которое является устойчивым и постоянно растущим, ВОЗ учредила в 2005 году Комиссию по социальным детерминантам здоровья, которая будет предлагать рекомендации о путях смягчения неравенства в отношении здоровья. Заключительный доклад Комиссии, опубликованный в августе 2008 года, озаглавлен «Сокращение разрыва за поколение. Равенство в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья»⁶³. В Докладе на основе трех основных направлений, предложенных в результате анализа Комиссии, были выдвинуты три общие рекомендации: во-первых, улучшить условия повседневной жизни с помощью более здоровой и справедливой среды; во-вторых, бороться с несправедливым распределением власти, денег и ресурсов; и, наконец, понимание проблем, а также оценка влияния предпринимаемых действий. В то время как первая рекомендация предполагает активные действия, а третья — анализ, вторая рекомендация явно ставит под сомнение глубокое неравенство современного мира. Это может быть причиной того, что Всемирная ассамблея здравоохранения, приняв к сведению Отчет, поблагодарив Комиссию за ее работу и обратив внимание государств-членов на его содержание, ограничила свой оперативный ответ будущим празднованием всемирного совещания, на котором будут присутствовать государства-члены, чтобы «обсудить возобновленные планы

⁶³ Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943> (дата обращения: 01.06.2022).

по устранению тревожных тенденций неравенства в отношении здоровья путем устранения социальных детерминант здоровья»⁶⁴.

Этим совещанием стала Всемирная конференция по социальным детерминантам здоровья, состоявшаяся в Рио-де-Жанейро 19-21 октября 2011 года. Одним из результатов этой конференции стало принятие Рио-де-Жанейрской политической декларации о социальных детерминантах здоровья, в которой, среди прочих аспектов, признается, что равенство в отношении здоровья является общей ответственностью и требует участия всех секторов правительства, всех слоев общества и всех членов международного сообщества в глобальные действия «Все для справедливости» и «Здоровье для всех». В Декларации устанавливается, что управление для устранения социальных детерминант обязательно подразумевает прозрачные и инклюзивные процессы принятия решений. Это уместные соображения, но они недалеки от того, чтобы быть просто международной риторикой, поскольку в Декларации не ставится под сомнение неравномерное распределение богатства между государствами и внутри них. Фундаментальная проблема заключается в том, что, несмотря на подтверждение необходимости и решимости воздействовать на социальные детерминанты здоровья, в Декларацию не было включено никаких эффективных финансовых обязательств.

Еще один важный фактор в недавних международных действиях по решению глобальных проблем здравоохранения тесно связан с инновациями и интеллектуальной собственностью: фармацевтическими патентами, с одной стороны, и, с другой, доступом к основным лекарственным средствам. Что касается первого вопроса, следует отметить, что правовая охрана посредством патентов на инновации всех видов — с крайне неравномерным распределением в разных государствах — была одной из осей, на которых были сосредоточены переговоры в рамках Уругвайского раунда Генерального соглашения по тарифам и торговле (ГАТТ)⁶⁵, кульминацией которого стало 1995 год - создание Всемирной торговой организации (ВТО). Одним из соглашений, принятых в ходе этого раунда и

⁶⁴ Wildeman C. Imprisonment and infant mortality // Social Problems. 2012. №59(2). P. 250.

⁶⁵ Генеральное соглашение по тарифам и торговле (ГАТТ) (ВТО, Уругвайский раунд многосторонних торговых переговоров, 15 апреля 1994 г.) // Закон. N 5. 2000 г.

находящихся в ведении ВТО, является Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (Соглашение ТРИПС)⁶⁶.

Это Соглашение, признавая, что в развитых странах уже существуют гарантии и правовая защита, которых нет в развивающихся странах, а также признавая рост промышленного и технологического пиратства, налагает на все государства-члены ВТО обязательство защищать с помощью патентов «любые изобретения, будь то продукты или процессы, во всех областях технологий, при условии, что они являются новыми, имеют изобретательский уровень и способны к промышленному применению» (статья 27 Соглашения ТРИПС). Эти права распространяются на все виды продуктов и процедур, включая продукты и процедуры для лечения заболеваний, в основном фармацевтические продукты.

Соглашение по ТРИПС допускает определенную гибкость, такую как уступка принудительных лицензий. Однако проблема заключается в том, что в связи с охраной общественного здравоохранения правовая охрана фармацевтических патентов была усилена во всех государствах. Это, наряду с его возможными последствиями для цен на лекарства и доступа к ним, быстро вызвало острые разногласия между развитыми странами (в которых расположены штаб-квартиры основных транснациональных фармацевтических компаний) и развивающимися странами (наиболее пострадавшими, как я уже упоминал, от вспышек инфекционных эпидемий, забытых тропических болезней и растущая распространенность заболеваний, не подлежащих декларированию), а также судебные иски фармацевтических компаний в национальных судах. Важной вехой в этой противоречивой ситуации стала «Декларация министров о Соглашении ТРИПС и общественном здравоохранении», принятая на заседании Конференции министров ВТО, состоявшейся в Дохе 14 ноября 2001 года⁶⁷.

Декларация, наряду с другими последующими изменениями в ВТО, направлена на укрепление как обязательного лицензирования, так и механизма

⁶⁶ Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС) (ВТО, Уругвайский раунд многосторонних торговых переговоров, 15 апреля 1994 г.) // Приложение к Собранию законодательства Российской Федерации. N 37. 10.09.2012. (ч. VI).

⁶⁷ Doha 4th Ministerial - Ministerial declaration - WTO. URL: https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_e.htm (дата обращения: 01.06.2022).

параллельного импорта с целью достижения неустойчивого баланса между защитой интеллектуальной собственности и глобальным здравоохранением. В связи с этим в мае 2008 года Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила «Глобальную стратегию и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности»⁶⁸ для оказания поддержки тем странам, которые желают максимально гибко использовать положения Соглашения ТРИПС. Этот план действий направлен на приведение потенциального рынка фармацевтической продукции в соответствие с потребностями здравоохранения людей, живущих в нищете, при одновременном сохранении стимулов для исследований и разработки новых лекарств.

Одной из заслуживающих внимания инициатив ВОЗ в отношении доступа к лекарственным средствам стало продвижение концепции основных лекарственных средств и связанной с ней политики. ВОЗ определяет основные лекарственные средства как те, которые считаются основными, незаменимыми и необходимыми для удовлетворения первоочередных потребностей населения в области здравоохранения. С 1975 года ВОЗ проводит политику, в соответствии с которой государства несут ответственность за выбор и поставку основных лекарственных средств по разумной цене, а в 1977 году Организация разработала первый «Типовой список основных лекарственных средств ВОЗ»⁶⁹. ВОЗ также содействует рациональному использованию лекарственных средств и, в рамках своей миссии, содействует разработке национальной фармацевтической политики. Несмотря на все это, реальность ситуации заключается в глубоком неравенстве в доступе к лекарствам, что, без сомнения, представляет собой дополнительный аспект неравенства, связанного со здоровьем, и, следовательно, посягательство на право человека на здоровье, которое включает доступ к лекарствам в качестве основополагающей части.

⁶⁸ Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_10-en.pdf (дата обращения: 01.06.2022).

⁶⁹ WHO Model Lists of Essential Medicines. URL: <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists> (дата обращения: 01.06.2022).

Последнее обстоятельство, которое необходимо подчеркнуть в контексте универсализации международных норм в области здравоохранения, касается международного финансирования развития, в частности необходимого международного финансирования для решения глобальных проблем здравоохранения. С этой точки зрения последние тенденции в области международного финансирования развития связаны с Международной конференцией по финансированию развития, состоявшейся в Монтеррее в 2002 году, на которой был выработан так называемый «Монтеррейский консенсус»⁷⁰.

Консенсус сориентирован по трем направлениям: приоритет мобилизации внутренних ресурсов в качестве основы для развития, необходимость диверсификации источников финансирования развития и, наконец, необходимость координации и расширения сотрудничества между международными организациями. В нынешних условиях эффективность этого подхода резко снизилась, что привело к серьезным ограничениям и неудачам. Это побудило к необходимому поиску дополнительных, новаторских источников дохода, поскольку средства, предоставляемые донорами, больше не являются ни предсказуемыми, ни достаточными. Поэтому были предложены новые способы привлечения финансовых ресурсов; например, существует налог на выбросы углерода и налог на воздушный транспорт.

В целом, фундаментальными особенностями этих инновационных источников дохода являются, с одной стороны, большая предсказуемость и устойчивость ресурсов в долгосрочной перспективе, а с другой стороны, рыночная ориентация, которая подразумевает введение рыночных стимулов для исследований и для производства определенных лекарств, вакцин и других фармацевтического лечения. Таким образом, эти инновационные источники приобрели особую актуальность в области глобального здравоохранения и повлекли за собой его формулирование посредством создания различных целевых фондов, специализирующихся в конкретных тематических областях. Одной из

⁷⁰ Монтеррейский консенсус Международной конференции по финансированию развития. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/monterrey.shtml (дата обращения: 01.06.2022).

главных вех в области глобального финансирования здравоохранения является заметное присутствие определенных гибридных сетей, объединяющих агентов из государственной и частной сфер. Они также называются государственно-частными партнерствами. Это гибридные международные сети, целью которых является предоставление финансирования в области здравоохранения. В значительной степени они формируются в структуры, которые обеспечивают реальную альтернативу классическим международным действиям, финансируемым через международные организации, которые на практике в конечном итоге ослабляются этим процессом⁷¹.

Участниками этих государственно-частных партнерств являются международные организации и государства, а также частные агенты, включая НПО и частный корпоративный сектор, в который входят частные агенты как с заинтересованностью в прибыли, так и без нее. Изменчивый и меняющийся характер этих партнерств приводит к тому, что их правовая природа и структура в каждом конкретном случае различны. Результаты зависят от желания и отношений, существующих между различными участниками партнерства, а также от финансового вклада, который они вносят. Таким образом, существуют партнерства с более широким участием общественности и контролем со стороны их органов управления, а также партнерства, в которых наблюдается более активное участие и контроль со стороны частного сектора, независимо от того, имеют ли частные партнеры коммерческий или некоммерческий статус. В результате процесс принятия решений может быть обусловлен в самом начале из-за большего влияния определенных партнеров. Кроме того, в некоторых случаях имеет место минимальное участие государств или сообществ, получивших выгоду от действий государственно-частного партнерства. В случае партнерских отношений в области здравоохранения некоторые из них могут даже не предполагать присутствия ВОЗ в соответствующем руководящем органе.

⁷¹ Ugyel L., Daugbjerg C. Successful policy transfer and public sector reform in developing countries // Policy Polit. 2020. №48(4). P. 18.

Например, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией был создан в 2002 году благодаря импульсу, данному Организацией Объединенных Наций⁷². С юридической точки зрения это некоммерческий фонд, который существует под юрисдикцией швейцарского законодательства. Его целями являются привлечение, управление и распределение ресурсов, которые внесут устойчивый и значительный вклад в сокращение числа инфекций, заболеваний и смертности, тем самым смягчая последствия, вызываемые ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией в нуждающихся странах, и способствуя сокращению масштабов нищеты в рамках Целей развития тысячелетия, установленных ООН. Представители развивающихся государств, государств-доноров или развивающихся государств вместе с представителями гражданского общества и частного сектора участвуют в Совете Глобального фонда. Кроме того, представители ВОЗ, объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и попечителя фонда (Всемирного банка) участвуют, но не имеют права голоса.

Подводя итог, необходимо отметить, что международное управление глобальным здравоохранением характеризуется постоянным взаимодействием между всеми участвующими субъектами. Также очевидны трудности и настоятельная необходимость улучшения международного сотрудничества в области управления глобальным здравоохранением, с тем чтобы уделять внимание социальным детерминантам здоровья, т.е. всем социально-экономическим факторам, влияющим на здоровье людей и народов⁷³.

Эти обстоятельства поднимают вопрос об увеличении числа международных учреждений и различных субъектов, участвующих в управлении глобальным здравоохранением, будь то государства, международные организации, НПО, частный сектор или другие смешанные механизмы, включая государственно-частные партнерства. В этой сложной сети учреждений ВОЗ, несомненно, выделяется в качестве направляющей оси благодаря своему специализированному

⁷² The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. URL: https://ec.europa.eu/international-partnerships/programmes/global-fund-fight-aids-tuberculosis-and-malaria-gfatm_en (дата обращения: 01.06.2022).

⁷³ Цит. по: Моисеева Д.Ю., Троицкая И.А. Социально-экономические детерминанты здоровья // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. 2019. Т. 5. № 3. С. 44.

и техническому характеру; ее следует должным образом признать и укрепить ее статус международного авторитета в вопросах здравоохранения. В частности, его следует усилить в связи с событиями в области общественного здравоохранения, имеющими международное значение, в связи с социальными детерминантами здоровья, в связи с доступом к основным лекарственным средствам и в связи с финансированием борьбы с крупными пандемиями. В общих чертах, многостороннее международное сотрудничество сосредоточено на ООН, которая, в свою очередь, опирается на три основных столпа, которые также тесно связаны с глобальным здравоохранением: мир и безопасность, развитие и права человека. Эти три столпа, основа «коллективной безопасности и благополучия», очень актуальны в этом контексте, поскольку основные проблемы глобального здравоохранения влекут за собой серьезные угрозы безопасности всего мира, являются важными препятствиями на пути развития и затрагивают основные права человека, такие как право на здоровье.

Выводы по первой главе

1. Специфической чертой развития современных международных отношений являются тенденции гуманизации, предполагающие усиление значения личности человека и его благополучия как важнейшей ценности в той или иной сфере общественной жизни. Для современных государств гуманизация их внешнеполитической деятельности предполагает фокусировку внимания и интенсификацию усилий по обеспечению защиты прав человека, повышению социального и экономического благополучия личности. Важнейшим направлением гуманизации современных международных отношений стали совместные усилия государств по решению проблем в сфере охраны здоровья и обеспечению доступа к качественным медицинским услугам.

2. Международное взаимодействие государств в сфере здравоохранения характеризуется постоянным взаимодействием между всеми участвующими субъектами. Тем не менее, между государствами существуют глубокие

противоречия в зависимости от уровня их социально-экономического развития и их суверенных интересов. Среди других аспектов эти противоречия выражаются в наличии конкурирующих интересов, связанных с защитой интеллектуальной собственности или связанных с финансированием развития и инновационными механизмами финансирования международных действий в вопросах глобального здравоохранения. ВОЗ является наиболее подходящим учреждением для защиты и укрепления здоровья на международном уровне. В рамках приоритетов, определенных руководящими органами Организации, уважение, которым пользуется Организация, позволит ей разработать свод принципов и стандартов, требуемых международным сообществом, и именно это следует рассматривать как будущую роль международного права здравоохранения. Очевидно, что необходимо уделять больше международного внимания, вместе с улучшением международного финансирования, глобальному здравоохранению и всем другим социально-экономическим секторам, которые связаны со здоровьем.

Глава 2. Стратегические принципы ВОЗ в борьбе с инфекционными заболеваниями

2.1. Характеристика основных направлений борьбы с инфекционными заболеваниями

В начале XXI века инфекционные заболевания по-прежнему являются причиной примерно четверти смертей во всем мире, вызывая, по меньшей мере, 10 миллионов смертей в год, главным образом в тропических странах⁷⁴. Инфекционные заболевания являются тяжелым бременем для общественного здравоохранения, но также оказывают влияние на всю мировую экономику. Их происхождение, как правило, связано с социальными и экономическими условиями, а также с экологическими факторами. Значительный риск возникновения зоонозных и трансмиссивных инфекционных заболеваний у диких животных существует главным образом в развивающихся странах с более низкими широтами, таких как тропическая Африка. В целом, 60% возникающих инфекционных заболеваний являются зоонозами, из которых 72% происходят от диких животных⁷⁵.

Инфекционные заболевания по-прежнему являются основными причинами смертности в Африке. Наиболее типичные инфекционные заболевания, такие как малярия, туберкулез, ВИЧ/СПИД, холера, менингит, гепатит, шистосомоз, лимфатический филяриоз, сонная болезнь, Эбола, атипичная пневмония и другие, причиняют страдания и вызывают высокую смертность среди широких слоев круга населения в развивающихся странах в целом и в Африке в частности. Подавляющее большинство зарегистрированных случаев смерти в мире связаны с хроническими заболеваниями и сердечно-сосудистыми заболеваниями⁷⁶. Исключением является Африка, где традиционно преобладают случаи смерти, вызванные ВИЧ/СПИДом,

⁷⁴ Plowright R.K. et al. Pathways to zoonotic spillover // Nature Reviews Microbiology. 2017. №15. P. 503.

⁷⁵ Lloyd-Smith J.O. et al. Epidemic dynamics at the human-animal interface // Science. 2009. №326. P. 1363.

⁷⁶ Global Health Estimates 2016. Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization, 2018. P. 12.

малярией, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями. Пятью крупнейшими по масштабу распространения инфекционными заболеваниями в Африке являются острые респираторные инфекции, ВИЧ/СПИД, диарея, малярия и туберкулез, на долю которых приходится почти 80% общего бремени инфекционных заболеваний и от которых ежегодно умирает более 6 миллионов человек⁷⁷.

Несмотря на успех программ вакцинации от полиомиелита и многих детских болезней, малярия, туберкулез, ВИЧ/СПИД и другие заболевания по-прежнему не поддаются контролю со стороны служб здравоохранения в большинстве африканских стран. В Африке и, особенно в странах с высокой распространенностью ВИЧ/СПИДа, разрушительные последствия инфекционных эпидемий уже очевидны не только для систем здравоохранения и показателей здоровья, но и с точки зрения доходов населения и производительности труда, образования и знаний, прав человека и гендерного равенства.

Отметим наиболее значимые факторы возникновения и распространения инфекционных заболеваний: адаптация и изменения микроорганизмов, восприимчивость человека к инфекции, климат и погода, трансформация экосистем, демография и поведение людей, экономическое развитие и землепользование, международные поездки и торговля, технологии и промышленность, нарушение мер общественного здравоохранения, бедность и социальное неравенство, войны и голод⁷⁸. К сожалению, большинство из этих факторов избыточно представлены во многих странах Африки. Многие новые инфекционные заболевания, о которых сообщается, происходят из Африки или происходят из нее.

Африку можно рассматривать как регион, отличный от остального мира и, в особенности от развивающегося мира, страны в котором также подвержены распространению инфекций. Наиболее опасные инфекционные агенты, убивающие

⁷⁷ Fenollar F., Mediannikov O. Emerging infectious diseases in Africa in the 21st century // *New Microbes New Infect.* 2018. №26. P. 8.

⁷⁸ Boeckel T. et al. Global trends in antimicrobial resistance in animals in low-and middle-income countries // *International Journal of Infectious Diseases.* 2020. Int. J. Infect. Dis. 101. P. 19.

людей, происходят именно из Африки. Кроме того, хорошо известны трудности с эпидемиологическим надзором (эпиднадзор) за заболеваемостью в Африке. Африканские страны занимают одно из самых низких мест по расходам на здравоохранение на душу населения и доступности врачей.

По данным ВОЗ, уровень смертности детей в возрасте до 5 лет в Африке превышает 100 смертей на 1000 живорождений⁷⁹. Половина всех смертей в Африке вызвана инфекционными заболеваниями, по сравнению всего с 2% в Европе⁸⁰. Это означает, что Африка должна быть приоритетом номер один в борьбе мирового сообщества с инфекционными заболеваниями. Эпидемиологический надзор за возникающими инфекционными заболеваниями имеет жизненно важное значение для раннего выявления угроз общественному здравоохранению.

Так, чума по-прежнему присутствует в качестве постоянного очага эпидемии во многих странах Африки. Среди недавних примеров – эпидемия бубонной чумы, возникшая в Оране (Алжир) в июне 2003 года. Последние случаи заболевания людей чумой произошли в этом городе в 1946 году, а в этой стране - в 1950 году⁸¹. Относительно недавно, в центральном нагорье Мадагаскара, в августе 2017 года мужчину, посетившего район Анказобе, укусила блоха. В течение недели у него появились симптомы, похожие на малярию. Во время поездки на восточное побережье он воспользовался общественным такси, чтобы добраться до столицы, где и скончался. Неделю спустя эпидемия была официально подтверждена⁸². В целом, тот факт, что на Мадагаскаре произошла вспышка чумы, не вызывает удивления. Это появление объясняется сезонными экологическими условиями, которые вызывают сокращение популяции крыс, что приводит к тому, что переносящие заболевание блохи питаются непосредственно кровью людей.

⁷⁹ Mwengee W., Okeibunor J., Poy A., Shaba K., Kinuani L.M., Minkoulou E., et al. Polio eradication initiative: Contribution to improved communicable diseases surveillance in WHO African region // *Vaccine*. 2016. №34(43). P. 4.

⁸⁰ WHO. Technical guidelines for integrated disease surveillance and response in the World Health Organization African Region. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2019. P. 25.

⁸¹ Wagner D.M. et al. *Yersinia pestis* and the Plague of Justinian 541–543 AD: a genomic analysis // *The Lancet Infectious Diseases*. 2014. №14. P. 321.

⁸² Plague-Madagascar, Disease outbreak news (WHO. 2017). URL: <http://www.who.int/csr/don/09-january-2017-plague-mdg/en/> (дата обращения: 01.08.2022).

То, что эта вспышка чумы возникла в стране с чрезвычайно хрупкой системой здравоохранения, не случайно. Низкий доступ к здравоохранению, отсутствие быстрых диагностических тестов во многих медицинских учреждениях, отсутствие связи между мировой системой здравоохранения и национальными органами здравоохранения, а также слабость цепочек поставок и инфраструктуры по всей стране – все это факторы, способствующие распространению бактерии, что приводит к высокой смертности.

Хотя смертность от кори снизилась в странах Африки к югу от Сахары, она остается серьезной проблемой общественного здравоохранения во многих странах, таких как Демократическая Республика Конго (ДРК), где в период с 2010 по 2013 год было зарегистрировано 294 455 случаев, включая 5045 смертей. В общей сложности 186 178 пациентов (63%) были моложе 5 лет. После первых кампаний массовой вакцинации количество еженедельных зарегистрированных случаев сократилось на 21,5%. Однако результаты обследований охвата поствакцинационной кампанией показали неоптимальный (менее 95%) охват вакцинацией среди обследованных детей⁸³.

Вирус желтой лихорадки - это флавивирус, переносимый комарами (семейство Flaviviridae), вызывающий инфекцию у людей с симптомами, варьирующимися от легкого неспецифического заболевания до тяжелого заболевания с желтухой, кровотечением и смертью. Одноразовая вакцина существует с 1940-х годов. Это позволяет контролировать и существенно сократить передачу вируса. Однако отсутствие или прерывистость кампаний вакцинации, главным образом в странах с низким уровнем дохода, является еще одним фактором, который может объяснить неспособность искоренить желтую лихорадку в Африке. С 2000 года многочисленные вспышки желтой лихорадки наблюдались в Западной Африке, на Африканском Роге и в восточно-Центральной Африке. С 2008 года возросло число случаев заболевания также в странах Центральной Африки, что ставит вопрос о том, были ли эти сообщения связаны с

⁸³ Clara A., Ndiaye S.M., Joseph B., Nzogu M.A., Coulibaly D., Alroy K.A., et al. Community-Based Surveillance in Côte d'Ivoire // Health security. 2020. №18(S1). P. 25.

улучшением эпиднадзора или реальным ростом заболеваемости. В период с 2015 по 2016 год в Анголе и Демократической Республике Конго была зарегистрирована крупная эпидемия желтой лихорадки с подозрением на 7334 случая заболевания⁸⁴. Наконец, независимо от причины резкого увеличения числа сообщений (улучшения эпиднадзора или эпидемия), основная причина остается той же: отсутствие устойчивой вакцинации среди населения.

Оспа обезьян – это зоонозное заболевание, вызываемое ортопоксвирусом, вирусом, очень близким к тому, который вызывает оспу у людей. Этот вирус является эндемичным для стран Центральной и Западной Африки. Впервые он был идентифицирован в 1958 году как патоген *Mascas cynomolgus* (тогда использовался в качестве лабораторных животных), а затем в 1970 году был описан как патоген человека в Демократической Республике Конго. Вирус способен заражать людей, других приматов и грызунов. Большинство зарегистрированных случаев были связаны с передачей вируса от животного к человеку и были связаны с обращением с инфицированными животными и употреблением их в пищу, однако имело место несколько случаев передачи вируса от человека к человеку. С 2000 года случаи заражения людей оспой обезьян были зарегистрированы в Центральноафриканской Республике, Республике Конго, Демократической Республике Конго, Южном Судане, Нигерии, Либерии и Сьерра-Леоне. В 2017 году в Нигерии произошла крупнейшая задокументированная вспышка примерно через 40 лет после последних подтвержденных случаев оспы обезьян⁸⁵. Весной 2022-го произошла самая крупная вспышка заболевания в развитых странах. В начале мая в ВОЗ стали поступать сообщения о случаях заражения из ряда стран Европы, Северной Америки и из Австралии. Большинство заболевших выявлено в Великобритании, Испании и Португалии⁸⁶.

Лихорадка Эбола, вызванная вирусом Эбола (*Filoviridae*), вызывает серьезные человеческие эпидемии, выявленные с 1976 года. Передача от животных

⁸⁴ Monath T.P., Vasconcelos P.F. Yellow fever // Journal of Clinical Virology. 2015. №64. P. 73.

⁸⁵ Durski K.N., McCollum A.M., Nakazawa Y., Petersen B.W., Reynolds M.G., Briand S., et al. Emergence of monkeypox—west and central Africa, 1970–2017 // Morbidity and Mortality Weekly Report. 2018. №67. P. 10.

⁸⁶ Оспа обезьян: симптомы, способы передачи, лечение. URL: <https://ria.ru/20220608/ospa-1793992107.html> (дата обращения: 01.08.2022).

к человеку, вероятно, происходит при непосредственном контакте с больными, мертвыми или убитыми дикими животными, собранными в основном в качестве мяса. Затем вирус распространяется в человеческой популяции путем передачи от человека к человеку. С 2001 года болезнь вновь появилась в лесной зоне между Габоном и Республикой Конго, в Уганде и Демократической Республике Конго. Крупнейшая в истории вспышка лихорадки Эбола в мире, вероятно, началась в декабре 2013 года в сельской местности Гвинеи после заражения 2-летнего ребенка с подозрением на индексный случай⁸⁷. Последующая эпидемия перекинулась на Сьерра-Леоне и Либерию. Число случаев быстро росло. В целом, 881 медицинский работник также был заражен, и 513 из них умерли⁸⁸. В Центральной Африке вспышки были сельскими эпидемиями, которые происходили в отдаленных районах и включали относительно небольшое число случаев, что позволяло оперативно контролировать распространение заболевания в пострадавших деревнях, в то время как эпидемия в Западной Африке была городской эпидемией, которая произошла среди высокоомобильного населения, что привело к быстрому распространению вируса. В ДРК по-прежнему регулярно происходят новые вспышки, такие как две, объявленные в 2018 году.

Лихорадка долины Рифт – острая лихорадка, наиболее часто наблюдаемая у домашних животных (таких как козы, овцы, крупный рогатый скот, буйволы и верблюды), вызываемая вирусом, представителем рода Флебовирус (семейство Bunyaviridae), способным заражать и вызывать заболевания у людей. Вспышки заболевания людей также регулярно происходят в Африке. Две крупнейшие вспышки были зафиксированы в Судане с подозрением на 75 000 случаев заболевания людей и в общей сложности 747 подтвержденных случаев заболевания людей, включая 230 смертельных случаев, и в Кении с общим числом 684 случаев, включая 234 смертельных случая⁸⁹.

⁸⁷ Ebola Outbreak Epidemiology Team. Outbreak of Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo, April–May, 2018: an epidemiological study // *Lancet* 2018. №392 P. 21.

⁸⁸ Rojek A., Horby P., Dunning J. Insights from clinical research completed during the West Africa Ebola virus disease epidemic // *The Lancet Infectious Diseases*. 2017. №17. P. 92.

⁸⁹ Hassan O.A., Ahlm C., Sang R., Evander M. The 2007 Rift Valley fever outbreak in Sudan // *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2011 №5. P. 29.

Вирус Зика, еще один флавивирус (семейство *Flaviridae*), передаваемый комарами *Aedes*, впервые был обнаружен в апреле 1947 года у лихорадящей макаки-резуса-стража в лесу Зика на берегу озера Виктория (Уганда). Первый случай заболевания человека был диагностирован в 1962-1963 годах в Уганде. В целом, данные в настоящее время подтверждают скрытую передачу вируса Зика среди людей, комаров и животных по всей тропической Африке на протяжении более 70 лет без сообщений об эпидемии. В 2007 году первая эпидемия произошла в Тихом океане (остров Яп, Микронезия). Вторая эпидемия поразила Полинезию в 2013 году. Первая вспышка вируса Зика в Африке была обнаружена в 2015 году в Кабо-Верде⁹⁰.

Здесь заслуживают упоминания многие другие болезни. Среди наиболее примечательных - появление (с 2001 по 2002 год) рекомбинантных штаммов полиовируса между вакцинными штаммами и циркулирующими штаммами энтеровируса. Эти штаммы, полученные в результате пероральной вакцинации, усложняют стратегии ликвидации полиомиелита. Клещевая рецидивирующая лихорадка, хотя она всегда существовала в Западной и Восточной Африке, по-видимому, вновь появляется, хотя это, вероятно, является результатом растущей доступности методов диагностики в сельских районах Африки. Действительно, рецидивирующая лихорадка может быть второй по значимости причиной острых лихорадочных заболеваний после малярии в сельских странах Западной Африки, таких как Сенегал⁹¹.

Несмотря на научные разработки, направленные на укрепление системы здравоохранения для защиты и укрепления здоровья человека, страны Африки к югу от Сахары продолжают сталкиваться с уже известными и новыми угрозами инфекционных заболеваний. Уязвимость региона к эпидемиям инфекционных заболеваний обусловлена благоприятными климатическими и экологическими условиями для обитания патогенов и их переносчиков в среде с высоким уровнем взаимодействия человека и животных. Миграция диких животных и птиц, частые

⁹⁰ Freire C.C.M., Palmisano G., Braconi C.T., Cugola F.R., Russo F.B., Beltrao-Braga P.C., et al. NS1 codon usage adaptation to humans in pandemic Zika virus // *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2018. №113. P. 85.

⁹¹ Tatem A.J. Mapping population and pathogen movements // *International Health*. 2014. №6. P. 7.

неконтролируемые перемещения людей, товаров, животных и продуктов животного происхождения через национальные и международные границы создают дополнительные угрозы распространению инфекционных заболеваний. К сожалению, регион обладает относительно низким потенциалом для управления рисками эпидемий заболеваний, главным образом из-за нехватки ресурсов для раннего выявления, идентификации и оперативного реагирования⁹².

К 1998 году большинство стран Африки внедрили системы эпиднадзора в рамках социальных программ по противодействию конкретным заболеваниям, имеющим национальный и/или международный приоритет. К ним относятся малярия, ВИЧ/СПИД, туберкулез и заболевания, которые можно предотвратить с помощью вакцин. Эпидемиологические данные собирались в основном на уровне медицинских учреждений и в выездных медицинских учреждениях. Однако эта ситуация привела к фрагментированным и неэффективным системам мониторинга заболеваний во многих аспектах, включая распределение ресурсов, поток и использование информации, а также потенциал стран по выявлению и реагированию. В ответ на возросшую частоту новых заболеваний, вызывающих высокую смертность в Африке, в 1998 году Региональный комитет ВОЗ для Африки принял стратегию под названием «Комплексный эпиднадзор за заболеваниями»⁹³. Цель состояла в том, чтобы создать и внедрить всеобъемлющий, комплексный, ориентированный на конкретные действия, ориентированный на районы эпиднадзор за общественным здравоохранением для африканских стран. В 2001 году стратегия была переименована в Комплексный эпиднадзор за заболеваниями и ответные меры (Integrated disease surveillance and response, далее – IDSR), чтобы подчеркнуть связь между эпиднадзором и ответными мерами общественного здравоохранения⁹⁴.

⁹² Miller I.F. & Metcalf C.J.E. Evolving resistance to pathogens // *Science*. 2019. №363. P. 1277.

⁹³ World Health Organization: Regional Office for Africa: Resolution AFR/RC 48/R2 of 2 1998. URL: <https://www.afro.who.int/publications/integrated-disease-surveillance-and-response-idsr-task-force-meeting-entebbe-uganda> (дата обращения: 01.08.2022).

⁹⁴ Kasolo F., Yoti Z., Bakayaita N., Gaturuku P., Katz R., Fischer J.E., et al. IDSR as a platform for implementing IHR in African countries // *Biosecure Bioterror*. 2013. №11(3). P. 163.

Функции IDSR подразделяются на основные и вспомогательные. Основные функции включают выявление случаев заболеваний, расследование и подтверждение, регистрацию, уведомление/отчетность о случаях, анализ и интерпретацию данных, реагирование на ситуацию, связь, оценку вмешательств и подготовку к чрезвычайным ситуациям. Вспомогательные функции включают в себя руководящие принципы, лабораторный потенциал, надзор, обучение, ресурсы и координацию на всех уровнях системы здравоохранения. Организационная структура IDSR позволяет передавать информацию о эпиднадзоре с низших уровней (населенные пункты и учреждения), где формируются данные, через районный и национальный уровни вплоть до Всемирной организации здравоохранения. Внедрение IDSR использует цель и сферу применения Международных медико-санитарных правил 2005 года⁹⁵.

За последние 20 лет система IDSR использовалась в 94% (44/47) стран африканского региона ВОЗ для укрепления потенциала эпиднадзора за приоритетными заболеваниями, состояниями и событиями⁹⁶. В большинстве из этих стран стратегия реализуется уже около двух десятилетий, и список приоритетных заболеваний, необходимых для отчетности, был пересмотрен и расширен. Низкий потенциал лабораторной диагностики, низкий уровень использования системы первичной медико-санитарной помощи и ограниченные аналитические навыки и возможности в управлении большими и сложными данными приводят к неподтвержденным и неполным данным и минимальному использованию сведений, генерируемых обычной системой. Кроме того, Африканский континент недавно пережил крупные эпидемии, включая болезнь, вызванную вирусом Эбола, лихорадку денге, холеру, желтую лихорадку, которые распространяются быстрее и дальше из-за высокой глобальной связности,

⁹⁵ Buehler J.W., Hopkins R.S., Overhage J.M., Sosin D.M., Tong V., CDC Working Group. Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks. Recommendations from the Centre for Disease Control and Prevention Working Group // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2004. №53. P. 11.

⁹⁶ Fall I.S., Rajatonirina S., Yahaya A.A., Zabolon Y., Nsubuga P., Nanyunja M. et al. Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) strategy: current status, challenges and perspectives for the future in Africa // *BMJ Glob Health*. 2019. №4(4). P. 27.

неадекватного выявления и управления рисками, и могут быть легко пропущены обычными системами мониторинга.

На протяжении многих лет IDSR в значительной степени полагалась на обычную информационную систему управления здравоохранением (Health Management Information System, далее – HMI), внедренную на уровне учреждений систем здравоохранения стран Африки. Развитие технологий и новые коммуникационные платформы, такие как социальные сети и средства массовой информации, расширяются в Африке, открывая больше возможностей для включения цифровых данных в информацию о наблюдении в дополнение к пассивному наблюдению на объектах. С момента его принятия эффективность и эффективность IDSR в африканских странах южнее Сахары оценивались с упором на его функции. Принятие и реализация стратегии IDSR в течение последних 20 лет показали некоторые улучшения в деятельности по эпиднадзору за заболеваниями в нескольких странах. К ним относятся внедрение стандартных руководств по эпиднадзору, лабораторным исследованиям и реагированию; повышение своевременности и полноты данных эпиднадзора, а также расширение обзора и использования данных эпиднадзора на национальном уровне для принятия ответных мер⁹⁷. Успехи стремления к интеграции стратегий эпиднадзора за заболеваниями в африканских странах южнее Сахары были задокументированы в нескольких странах, включая Гану, Эфиопию, Ботсвану, Кению, Либерию, Сьерра-Леоне, Уганду⁹⁸. К ним относится эффективное использование механизмов вертикального программного надзора, которые обеспечивали функциональную инфраструктуру и обученный персонал.

Улучшения в таких характеристиках системы IDSR, как полнота и своевременность представления данных, были отмечены в Уганде, Малави и Гане. К концу 2017 года 68% стран Африканского региона ВОЗ достигли порогового уровня своевременности и полноты, составляющего не менее 80% объектов

⁹⁷ Maïga A., Jiwani S.S., Mutua M.K., Porth T.A., Taylor C.M., Asiki G., et al. Countdown to 2030 collaboration for Eastern and Southern Africa // *BMJ Glob Health*. 2019. №4. P. 22.

⁹⁸ Rumisha S.F., Lyimo E.P., Mremi I.R., Tungu P.K., Mwingira V.S., Mbata D. et al. Data quality of the routine health management information system at the primary healthcare facility and district levels in Tanzania // *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2020. №20. P. 340.

отчетности. Было отмечено улучшение своевременности ежемесячной и еженедельной отчетности с 59 и 40% в 2012 году до 93 и 68% в 2016 году соответственно⁹⁹. За тот же период времени полнота ежемесячной и еженедельной отчетности улучшилась с 69 до 100% и с 56 до 78% соответственно. Исследования, проведенные в Гане, Малави, Мозамбике, Нигерии и Танзании, показали, что регистрация случаев заболевания в медицинском учреждении также является сложной задачей. Существует ошибка в комплексном внесении соответствующей информации о пациенте в регистры, и в некоторых случаях диагнозы либо не регистрируются, либо записываются неправильно. Кроме того, наблюдался высокий уровень несоответствия между регистрационными записями и формами отчетов и электронной районной информационной системой здравоохранения. В Эфиопии и Либерии данные IDSR, полученные с помощью HMI, использовались недостаточно из-за плохих навыков управления данными и анализа. В некоторых странах Африки также сообщалось о высоком уровне несоответствия между записями регистров HMIS, ведомостями учета и базой данных DHIS¹⁰⁰. Таким образом, несмотря на некоторый прогресс, достигнутый в последние годы, основной источник данных IDSR по-прежнему неточно отражает то, что генерируется на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Исследования, проведенные в Гане, Танзании и Замбии, показали, что в нескольких медицинских учреждениях отсутствуют копии Технических руководящих принципов IDSR для стандартных определений случаев; и что лаборатории плохо оборудованы для подтверждения любого подозреваемого инфекционного заболевания, подлежащего приоритетному уведомлению. В Африке было задокументировано отсутствие возможностей для своевременного клинического скрининга, направления, диагностики, уведомления, лечения и локализации подозрительных случаев. Координация протоколов отчетности об

⁹⁹ Kasambara A., Kumwenda S., Kalulu K., Lungu K., Beattie T., Masangwi S. et al. Assessment of implementation of the health management information system at the district level in southern Malawi // *Malawi Medical Journal*. 2017. №29(3). P. 241.

¹⁰⁰ Bhattacharya A.A., Umar N., Audu A., Felix H., Allen E., Schellenberg J.R.M. et al. Quality of routine facility data for monitoring priority maternal and newborn indicators in DHIS2: a case study from Gombe State, Nigeria // *PLoS ONE*. 2019. 14(1). P. 36.

определении случаев заболевания между программами была определена в качестве необходимого шага на пути к повышению полноты и своевременности отчетности IDSR в Уганде. Более того, поскольку большинство медицинских учреждений первичного звена не имеют диагностических возможностей, полученные данные основаны на синдромном подходе с низкой специфичностью¹⁰¹.

Синдромный эпиднадзор остается более полезным на уровне сообщества для раннего выявления и сообщения о сигналах заболевания, которые должны быть немедленно проверены и на которые должны реагировать учреждения первичной медико-санитарной помощи. Использование медицинских услуг во многих странах с низким уровнем дохода ограничено, и лишь часть людей имеет доступ к обычным медицинским учреждениям. Частота использования выше среди городского населения, чем среди сельского.

В Эфиопии, Либерии и Танзании оценки выявили некоторые проблемы с качеством данных и недостаточное использование полученных данных. В исследовании, проведенном в Эфиопии, хотя система эпиднадзора была признана простой, полезной, гибкой, приемлемой и репрезентативной, ей не хватало регулярного анализа данных и обратной связи. Более того, исследования, проведенные в Кении и Нигерии, выявили пробелы между знаниями и практикой эпиднадзора за заболеваниями среди медицинских работников. Регулярный анализ данных по-прежнему недостаточен на уровне учреждений и районов в большинстве стран, главным образом из-за отсутствия четких руководящих принципов анализа данных, нехватки квалифицированного персонала, плохого понимания использования данных наблюдения при планировании и неадекватной инфраструктуры, включая склады, компьютеры, базы данных, системы интеллектуального анализа данных и аналитическое программное обеспечение¹⁰².

Несколько стран (Буркина-Фасо, Гана, Либерия, Уганда) сообщили об анализе и использовании обычных данных НМИ на субнациональном уровне. Как в

¹⁰¹ Dehnavieh R., Haghdoost A., Khosravi A., Hoseinabadi F., Rahimi H. et al. The District Health Information System (DHIS2): a literature review and metasynthesis of its strengths and operational challenges based on the experiences of 11 countries // Health Information Management Journal. 2019. №48(2). P. 65.

¹⁰² Onyebujoh P.C., Thirumala A.K., Ndiokubwayo J-B. Integrating laboratory networks, surveillance systems and public health institutes in Africa // African Journal of Laboratory Medicine. 2016. №5(3). P. 431.

Либерии, так и в Танзании было обнаружено, что анализу и использованию данных не уделялось должного внимания. Отсутствовала культура анализа данных, а значимость данных эпиднадзора для принятия решений на субнациональном уровне была сильно недооценена. Использование бумажной отчетности, вероятно, привело бы к серьезным ограничениям в передаче данных с точки генерации на более высокий уровень, главным образом из-за неэффективных процессов рассмотрения и утверждения отчетов, ручной маршрутизации отчетов и нехватки форм регистрации и отчетности.

В странах Африки южнее Сахары несколько правительственных министерств, агентств, а также академических и исследовательских институтов участвуют в управлении различными аспектами информационных систем здравоохранения. Национальные статистические управления отвечают за большинство общенациональных демографических и медицинских обследований домашних хозяйств, а также за перепись населения. Другие ключевые информационные системы, связанные со здравоохранением, включают регистрацию актов гражданского состояния, сайты демографического наблюдения и результаты исследований. Сайты демографического наблюдения функционируют в нескольких странах, но полученные данные не интегрируются в национальную информационную систему здравоохранения из-за опасений по поводу репрезентативности. Кроме того, медицинские исследовательские и академические учреждения все чаще собирают фактические данные о здоровье людей и животных, которые могут быть использованы для целей эпиднадзора за заболеваниями. Однако большинство результатов в основном используются для оценки распространения заболеваний в стране, а не для планирования национальных программ борьбы с болезнями.

Для эффективной системы эпиднадзора крайне важно включать другие источники, такие как данные о смертности из демографических обследований, данные об окружающей среде, статистика актов гражданского состояния и регистрация актов гражданского состояния, устойчивость к противомикробным препаратам, систематические обследования, метеорологические данные и данные

исследований. Большая часть информации генерируется за пределами секторов здравоохранения, что делает ее труднодоступной для целей эпиднадзора за заболеваниями. Фактом является то, что инновации, включая использование больших данных и искусственного интеллекта, могут трансформировать эпиднадзор за инфекционными заболеваниями и ответные меры, дополнить существующие традиционные системы эпиднадзора за болезнями и улучшить выявление и реагирование на эпидемии¹⁰³.

Лаборатории играют важную роль в своевременной диагностике инфекционных заболеваний. Поэтому крайне важно, чтобы страны поддерживали усилия по укреплению лабораторного потенциала для выявления широкого спектра патогенов в отношении приоритетных заболеваний. Кроме того, следует поощрять создание сетей лабораторий, в которых должны участвовать как национальные, региональные, так и исследовательские референтные лаборатории. Для устранения пробелов в знаниях важно укрепить информационные системы управления лабораториями, нанять адекватный персонал, который хорошо обучен и мотивирован, а также необходимость периодического вспомогательного надзора за деятельностью по надзору. Заслуживает одобрения план Африканских центров по контролю и профилактике заболеваний по созданию и введению в действие Региональной комплексной сети эпиднадзора и лабораторий. Ожидается, что эта сеть будет координировать и соединять аналитические, надзорные и аварийно-спасательные ресурсы континента.

В мае 2016 года ВОЗ опубликовала список приоритетных заболеваний, потенциально связанных с эпидемией, требующих срочного внимания к НИОКР. Кризис, вызванный Эболой в Западной Африке в 2014 году, выявил значительные пробелы между предполагаемыми функциями ВОЗ и ее реальной эффективностью в качестве защитника глобальной безопасности в области здравоохранения, а также более общие пробелы в глобальной системе здравоохранения. Многочисленные посмертные отчеты о кризисе прямо призывали к созданию нового Центра по

¹⁰³ Kuehnel A., Keating P., Polonsky J., Haskew C., Schenkel K., de Waroux O.L. et al. Event-based surveillance at health facility and community level in low-income and middle-income countries: a systematic review // *BMJ Glob Health*. 2019. №4(1). P. 78.

обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и реагированию на них в рамках ВОЗ, чтобы гарантировать, что организация будет лучше управлять эпидемическими рисками в будущем. ВОЗ ответила на эти призывы, учредив в 2016 году новую Программу по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения для оптимизации своей деятельности, связанной с чрезвычайными ситуациями в области здравоохранения, и улучшения внутренней согласованности¹⁰⁴. Хотя создание этой Программы представляет собой шаг в правильном направлении, и хотя ВОЗ, по-видимому, относительно лучше справляется с продолжающейся вспышкой Эболы в Демократической Республике Конго в сложных условиях, по-прежнему, сохраняется вакуум, когда речь заходит о важнейшей роли координации.

Создание в 2018 году Глобального совета по мониторингу готовности (GPMB), который совместно созывается ВОЗ и Всемирным банком, представляет собой еще один позитивный шаг с точки зрения расширения охвата и повышения эффективности ВОЗ в области обеспечения готовности к вспышкам и эпидемиям и реагирования на них). В дополнение к улучшению координации крайне необходима дополнительная организационная поддержка для финансирования исследований и разработок технологий для борьбы с угрозами инфекционных заболеваний.

В рамках эффективного глобального реагирования на болезни, передаваемые между животными и людьми, звучали призывы к объединению эпиднадзора за зоонозными заболеваниями в популяциях людей и животных. В 2019 году Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций, Всемирная организация охраны здоровья животных и Всемирная организация здравоохранения разработали Трехстороннее руководство по зоонозам (Tripartite Zoonosis Guide, далее – TZG)¹⁰⁵. Цель состоит в том, чтобы помочь странам развить потенциал для скоординированной борьбы с зоонозами, увязывая его с

¹⁰⁴ WHO Health Emergencies Programme. URL: <https://www.afro.who.int/about-us/programmes-clusters/who-health-emergencies-programme> (дата обращения: 01.08.2022).

¹⁰⁵ Tripartite Zoonosis Guide (TZG). URL: <https://www.who.int/initiatives/tripartite-zoonosis-guide> (дата обращения: 01.08.2022).

существующей международной политикой и рамками и поддерживая усилия по обеспечению глобальной безопасности в области здравоохранения. TZG включает в себя три оперативных инструмента для поддержки национальных органов власти: (а) механизм межсекторальной координации, (б) совместная оценка рисков и (в) оперативные инструменты наблюдения и обмена информацией.

Для решения возникающих глобальных проблем, связанных с инфекционными заболеваниями и связанными с ними социальными и экономическими рисками, необходимо создать многопрофильный Глобальный технический совет по угрозам инфекционных заболеваний. Совет, который может быть самостоятельным или размещаться в рамках существующей организации ВОЗ, укрепит глобальную систему здравоохранения путем выполнения следующих действий: (1) улучшение сотрудничества и координации между соответствующими организациями; (2) восполнение пробелов в знаниях в отношении (например) эпиднадзора за инфекционными заболеваниями, потребностей в исследованиях и разработках (НИОКР), моделей финансирования, логистики цепочки поставок и социальных и экономических последствий потенциальных угроз; и (3) выработка рекомендаций высокого уровня, основанных на фактических данных, для управления глобальными рисками, связанными с инфекционными заболеваниями.

Предлагаемый Совет потенциально может быть размещен в рамках ВОЗ (или другого органа), или он может быть создан в качестве самостоятельного органа. В случае размещения в рамках ВОЗ чисто технический и аполитичный характер этого органа укрепил бы легитимность рекомендаций и мероприятий ВОЗ в отношении угроз инфекционных заболеваний. В этой связи было бы важно, чтобы экспертам Совета была предоставлена автономия для вынесения своих оценок и рекомендаций независимо от какого-либо политического влияния со стороны руководства ВОЗ. С другой стороны, если бы Совет был создан как отдельный орган, любая возникающая в результате конкуренция между Советом и ВОЗ, вероятно, стала бы благом для мирового сообщества, поскольку это заставило бы и Совет, и ВОЗ активизировать свои действия. Эксперты ранее указывали на

преимущества конкуренции в других областях глобального здравоохранения и международного развития¹⁰⁶.

Таким образом, большинство стран Африки южнее Сахары полагаются в основном на традиционный эпиднадзор за заболеваниями на основе показателей, использующий данные из медицинских учреждений с ограниченным использованием данных из других источников. Однако традиционные подходы к эпиднадзору за заболеваниями, основанные на показателях, сталкиваются с рядом проблем, включая качество данных и неэффективные системы раннего предупреждения, поскольку они менее чувствительны, чем подходы к эпиднадзору, основанные на событиях. Чаще всего они упускают информацию от населения, которое не имеет доступа к медицинской помощи или делает это по неофициальным каналам, что делает их неспособными выявлять новые, потенциально опасные вспышки заболеваний. На протяжении многих лет использованию и обработке данных не уделялось должного внимания. Этот анализ показывает, что будущие усилия по решению проблем систем эпиднадзора за заболеваниями должны учитывать качество данных, анализ и триангуляцию данных из нескольких источников, использование и интеграцию данных. Решающее значение имеет наращивание потенциала работников здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях в области управления данными.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что активизация усилий, направленных на изучение инфекционных заболеваний в Африке, позволила выявить новые инфекционные агенты. Очевидно, что Африка характеризуется наибольшим бременем инфекционных заболеваний, а также самой слабой инфраструктурой общественного здравоохранения в мире; кроме того, усилия по созданию действительно эффективной инфраструктуры общественного здравоохранения могут занять годы, даже десятилетия. Возникающие инфекционные заболевания должны быть определены в качестве приоритетных заболеваний. Задача будет заключаться в том, чтобы объединить эпиднадзор и

¹⁰⁶ Wójcik O.P., Brownstein J.S., Chunara R., Johansson M.A. Public health for the people: participatory infectious disease surveillance in the digital age // *Emerging Themes in Epidemiology*. 2014. №11. P. 7.

мероприятия по обеспечению готовности к эпидемиям и реагированию на эти приоритетные заболевания. Очевидно, что эта задача довольно сложна, поскольку инфраструктура и уровень поддержки эпиднадзора, исследований и обучения по возникающим инфекционным заболеваниям в Африке ограничены. Лабораторный эпиднадзор и целевые исследовательские обследования для выявления общих источников инфекции в различных типах сообществ позволили бы выработать единый подход к решению этой огромной проблемы. Наиболее важным шагом на пути к ликвидации существующего бремени инфекционных заболеваний в Африке является массовое увеличение числа квалифицированных кадров, включая как врачей, так и ученых.

2.2. Формы участия международных организаций «семьи ООН» в борьбе с инфекционными заболеваниями

Система органов и организаций ООН, также неофициально известная как «семья ООН», состоит из самой ООН и более 30 связанных с ней программ, фондов и специализированных учреждений, все со своим собственным членством, руководством и бюджетом. Программы и фонды финансируются за счет добровольных взносов. Специализированные учреждения являются независимыми международными организациями, финансируемыми как за счет добровольных, так и за счет начисленных взносов¹⁰⁷. Ведущие мировые организации, координирующие совместные усилия государств по противодействию ВИЧ / СПИДу, действуют в системе ООН. К ним относятся: ВОЗ, объединяющая 194 государства-члена; объединенная программа ООН по ВИЧ / СПИД – UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), сформированная в 1996 г.; глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, основанный в 2002 и призванный аккумулировать средства для обеспечения национальных и региональных программ по борьбе со СПИДом; международный центр по закупкам

¹⁰⁷ UN around the World. URL: <https://www.un.org/un70/en/content/UNaroundWorld/index.html> (дата обращения: 01.08.2022).

медикаментов против СПИДа (ЮНИТЭЙД); глобальная вирусологическая сеть (Global Virology Network, GVN); международная инициатива по созданию вакцины против СПИДа (International AIDS Vaccine Initiative – IAVI); глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ (GNP), глобальная сеть женщин, живущих с ВИЧ / СПИДом и пр.¹⁰⁸

Международные организации «семьи ООН» традиционно принимают участие в борьбе с инфекционными заболеваниями на территории африканского континента. Данное участие осуществляется как в организационно-координационных, так и в медико-эпидемиологических формах. Так, в период эпидемии вируса Эбола в 2013-2015 гг. в борьбе в распространением данного инфекционного заболевания был задействован Центр стратегических операций (WHO's Strategic Health Operations Centre, sHOC) Регионального бюро ВОЗ по Африке, который мог отслеживать случаи смертей от данного заболевания, потребности в персонале и фармацевтических товарах, а также готовить ежедневные отчеты о ситуации, которые использовались для разработки надлежащих ответных действий, информирования широкой общественности и средств массовой информации о вспышке инфекции, таким образом повышая осведомленность об этой болезни. ВОЗ также оказала помощь пострадавшим странам в создании Центров экстренной помощи.

По мере развития эпидемии ВОЗ созвала совещание на уровне министров Экономического сообщества западноафриканских государств (ЭКОВАС) в Аккре, на котором Региональному бюро было предложено создать субрегиональный координационный центр по борьбе со вспышкой Эболы (далее – координационный центр) в Гвинее в июле 2014 года¹⁰⁹. ВОЗ полагалась на деятельность этого центра для дальнейшего укрепления координации партнеров, участвующих в реагировании на распространение вируса Эболы. Деятельность координационного центра позже была включена в деятельность Миссии Организации Объединенных

¹⁰⁸ Радзиховская М.В., Москвичева М.Г., Брылина Н.Ю. Глобальные тенденции в развитии распространения ВИЧ-инфекции // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2018. Т. 2. № 2 (21). С. 5.

¹⁰⁹ Ebola: UN agency to help West Africa coordinate response to 'unprecedented' outbreak (4 July 2014). URL: <https://news.un.org/en/story/2014/07/472382-ebola-un-agency-help-west-africa-coordinate-response-unprecedented-outbreak> (дата обращения: 01.08.2022).

Наций по чрезвычайному реагированию на Эболу (далее – МООНЧРЭ). Массовый ответ на эпидемию Эболы в рамках МООНЧРЭ является ярким примером координационной работы в рамках системы ООН.

Из-за своих масштабов, сложности и географического охвата эпидемия Эболы в августе 2014 года была объявлена чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. Пик заболеваемости пришелся на сентябрь 2014 года, когда в среднем в неделю регистрировалось от 150 до 200 случаев заболевания. Ко второму кварталу 2015 года сообщалось о 20-30 случаях заболевания в неделю, и впервые в Либерии и Сьерра-Леоне были выявлены четко определенные цепочки передачи в конкретных и меньшем количестве географических районов. 3 Сентября 2015 года Либерия была объявлена свободной от Эболы¹¹⁰.

К концу августа 2015 года ВОЗ направила в общей сложности 3823 эксперта, в том числе 1244 были направлены Региональным бюро в серьезно пострадавшие страны¹¹¹. К концу сентября 2015 года двести двенадцать сотрудников секретариата ВОЗ в Африканском регионе все еще работали на местах. Несколько из этих экспертов работали на районном уровне, где они играли важную роль в координации действий на местах, эпидемиологическом расследовании, отслеживании контактов и вовлечении общественности. На центральном уровне сотрудники ВОЗ оказывали поддержку национальным органам власти в руководстве и координации ответных мер, способствуя тем самым согласованному осуществлению среди партнеров по развитию и мониторингу для обеспечения прогресса в достижении согласованных результатов. Чтобы обеспечить сотрудничество сообщества с мероприятиями по борьбе с вирусом Эболы, ВОЗ направила антропологов, а также экспертов в области коммуникации и поведенческих наук для выявления основных социальных и культурных детерминант эпидемии. Их выводы послужили основой для деятельности по

¹¹⁰ The Ebola outbreak in Liberia is over: WHO statement (9 May 2015). URL: <https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/2015/liberia-ends-ebola/en/index.html> (дата обращения: 01.08.2022).

¹¹¹ 2014-2016 Ebola Outbreak in West Africa. URL: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/index.html> (дата обращения: 01.08.2022).

вовлечению сообщества и принятию решений, тем самым помогая разорвать цепочки передачи инфекции.

Действия ВОЗ и партнеров помогли остановить вспышки Эболы в Мали, Нигерии и Сенегале; остановить эпидемию в Либерии; замедлить передачу в Гвинее и Сьерра-Леоне; и предотвратить дальнейшее распространение за пределы Региона. За весь период до конца сентября 2015 года было зарегистрировано более 28 417 случаев заболевания и 11 310 случаев смерти, включая смерть более 535 медицинских работников на передовой. По состоянию на конец сентября 2015 года из Сьерра-Леоне и Гвинеи поступило лишь несколько сообщений о случаях заболевания, а по состоянию на 17 октября в Сьерра-Леоне и Гвинее в течение одной недели не было зарегистрировано ни одного случая заболевания¹¹². Региональное бюро ВОЗ внесло свой вклад в ускоренные исследования и разработки вакцин против вируса Эболы, укрепив этический и регулятивный потенциал государств-членов.

Региональное бюро ВОЗ для Африки оказало поддержку в восстановлении систем здравоохранения путем предоставления технических консультаций при разработке национальных планов восстановления для трех наиболее серьезно пострадавших стран. Планы поощряют ответственность стран, обеспечивают эффективную интеграцию ответных мер и мероприятий по раннему восстановлению, а также увязывают данные усилия с долгосрочным развитием систем здравоохранения. Эти планы были обнародованы на встречах Всемирного банка и Международного валютного фонда 2015 года и представлены на конференции Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по объявлению взносов в июле 2015 года, на которой были объявлены взносы доноров на сумму 5 миллиардов долларов США¹¹³.

В регионе стран Африки южнее Сахары был достигнут значительный прогресс в деле ликвидации полиомиелита силами организаций «семьи ООН». 25

¹¹² Goba A., Khan S.H., Fonnier M. et al. An Outbreak of Ebola virus disease in the Lassa fever zone // Journal of Infectious Diseases. 2016. Vol. 214. Supplement 3. P. 111.

¹¹³ World Bank/IMF Spring Meetings 2015: Development Committee Communique (April 18, 2015). URL: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/04/18/world-bank-imf-spring-meetings-2015-development-committee-communique> (дата обращения: 01.08.2022).

Сентября 2015 года Генеральный директор ВОЗ исключил Нигерию, на тот момент единственную оставшуюся эндемичной по полиомиелиту страну в Африканском регионе, из глобального списка после того, как более 14 месяцев не было подтверждено наличие в стране дикого полиовируса – последний случай заболевания диким полиовирусом был зарегистрирован в Нигерии в июле 2014 года¹¹⁴. ВОЗ поддержала осуществление мероприятий по прерыванию передачи полиомиелита и предотвращению завоза дикого полиовируса, включая использование инактивированной полиовакцины для повышения системного иммунитета. Для того чтобы Африканский регион был сертифицирован как свободный от полиомиелита, потребуется еще 2 года, чтобы убедиться в отсутствии пропущенной циркуляции полиовируса в регионе.

При поддержке ВОЗ и партнеров государства-члены добились значительного прогресса в расширении масштабов мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ, туберкулеза и малярии. В результате в период с 2005 по 2014 год число смертей, связанных со СПИДом, сократилось на 56%¹¹⁵. В целом страны африканского региона ВОЗ добились значительного прогресса в достижении Цели 6 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия¹¹⁶, - борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями. ВОЗ внесла свой вклад в это, оказав нормативную и техническую поддержку и задействовав партнерские отношения для осуществления экономически эффективных мероприятий¹¹⁷.

¹¹⁴ Gibb R. et al. Zoonotic host diversity increases in human-dominated ecosystems // Nature. 2020. №584. P. 399.

¹¹⁵ Oliva-Moreno J. Trapero-Bertran M. Economic impact of HIV in the highly active antiretroviral therapy era – reflections looking forward // AIDS Reviews. 2018. №20. P. 227.

¹¹⁶ Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций (Принята резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сентября 2000 г.). URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/summitdecl.shtml (дата обращения: 01.08.2022).

¹¹⁷ WHO's Global HIV Programme. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv-programme> (дата обращения: 15.11.2022); WHO's Global health sector strategies 2022-2030. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies> (дата обращения: 15.11.2022); WHO's Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (дата обращения: 15.11.2022); WHO's Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and STIs for 2016-2021. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies-2016-2021> (дата обращения: 15.11.2022); WHO's Final global health sector strategies on respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022-2030. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies/developing-ghss-2022-2030> (дата обращения: 15.11.2022).

Региональное бюро ВОЗ для Африки и Комиссия Африканского союза в партнерстве организовали Первое совещание министров здравоохранения африканских стран, совместно созванное Комиссией и ВОЗ в Луанде, Ангола, в апреле 2014 года. Одним из достижений этого совещания стало принятие «Обязательства по механизму подотчетности для оценки выполнения обязательств, принятых министрами здравоохранения африканских стран»¹¹⁸, в соответствии с которым министры обязались придерживаться сроков, установленных для выполнения решений и деклараций, и сообщать о достигнутом прогрессе последующим совместным совещаниям ВОЗ. ВОЗ также оказывает поддержку Комиссии Африканского союза в создании Африканского центра по борьбе с болезнями и Африканского агентства по лекарственным средствам.

ВОЗ координировала механизм гармонизации в интересах здравоохранения в Африке, который оказывал техническую поддержку, содействовал руководству правительства и обеспечивал диалог между региональными заинтересованными сторонами в области здравоохранения для достижения Целей развития тысячелетия, связанных со здоровьем. На региональном уровне ВОЗ обеспечивала лидерство в координации действий партнеров, способствуя тем самым снижению операционных издержек, согласованному внедрению и эффективному мониторингу согласованных результатов. Совместные программы с другими учреждениями ООН также координировались для улучшения согласованности действий страновых групп Организации Объединенных Наций в рамках Рамочной программы Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития (далее – РПООНПР)¹¹⁹.

Эпидемия ВИЧ на территории стран Африки, расположенных южнее Сахары, и связанные с ней заболевания усугубляют нищету, замедляют экономический рост и сводят на нет ряд достижений в области развития. Наряду с

¹¹⁸ Accountability mechanisms to assess the implementation of declarations and other commitments made by African Ministers of Health. URL: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/volume-1-ministerial-meeting-final-en.pdf> (дата обращения: 01.08.2022).

¹¹⁹ The United National Development Assistance Framework. URL: <https://www.unscn.org/uploads/web/news/United-Nations-Sustainable-Development-Cooperation-Framework-Cooperation-Framework-half-pager.pdf> (дата обращения: 01.08.2022).

туберкулезом и малярией ВИЧ/СПИД оказывает влияние на рабочую силу, эффективность предприятий и передачу навыков и опыта. Основной целью Международной организации труда (далее – МОТ) является расширение возможностей для женщин и мужчин в получении достойной и производительной работы в условиях свободы, равенства, безопасности и достоинства. Это означает защиту работников от болезней и дискриминации, а также помощь в поддержании производства и доходов. МОТ призвана сыграть ключевую роль в распространении информации и борьбе с дискриминацией на рабочем месте: рабочее место предлагает особые возможности и преимущества в качестве ключевого пункта реализации программ профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ для конкретных групп людей на постоянной основе. Признавая, что рабочее место играет жизненно важную роль в более широкой борьбе за ограничение распространения и последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа, МОТ является одним из спонсоров Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу и вносит свой вклад в ее итоговые рамки.

Перед ключевыми международными организациями, задействованными в противоинфекционной работе на территории африканского континента, все чаще встает задача организации всеобщего охвата услугами здравоохранения. Действуя в рамках Международного партнерства в области здравоохранения в интересах обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения к 2030 г. (ВОУЗ-2030), Европейского парламентского форума по сексуальным и репродуктивным правам (ЕПФ) и Африканского парламентского форума по народонаселению и развитию (АПФ), ключевые международные акторы предпринимают конкретные действия Политической декларацией по всеобщему охвату услугами здравоохранения, принятой на заседании высокого уровня ООН в 2019 г.

Всеобщий охват услугами здравоохранения обеспечивает всем лицам вне зависимости от их местонахождения доступ к качественным, жизненно важным и недорогим услугам здравоохранения и является основным фактором достижения Цели 3 в области устойчивого развития ООН «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» (ЦУР-3). Для

продвижения к ВОУЗ необходимо укрепление систем здравоохранения, включая формирование надежных структур государственного финансирования и объединение средств из обязательных источников поступления финансовых средств, а также наличие, доступность и высокая квалификация медицинских работников для оказания качественной комплексной помощи, ориентированной на пациента¹²⁰.

Чтобы уложиться в срок до 2030 г., необходимы исключительные и всеобъемлющие глобальные меры реагирования, в рамках которых бедность и неравенство рассматриваются как причины и последствия распространения вируса. Требуются срочные и исключительные действия на всех уровнях, чтобы обуздать разрушительные последствия ВИЧ/СПИДа, особенно для женщин и девочек-подростков. Ввиду усугубления воздействия пандемии COVID-19 на и без того уязвимые группы населения парламентарии должны обеспечить решительное лидерство, сохранение обязательств по финансированию, принятие стратегических мер по эпиднадзору и поддержку процесса оптимизации новых цифровых инструментов и технологий для содействия информированию, обучению, реформированию и ускорению прогресса в области профилактики ВИЧ/СПИДа, а также лечения, ухода и поддержки в связи с этим заболеванием. Страны, которые медлили с реагированием, также характеризовались отсутствием координации, непоследовательными или отсутствующими стратегиями и не учетом значимости научных данных при принятии своих решений¹²¹.

В рамках Программы достойного труда МОТ поощряет комплексные действия в области прав, занятости и получения дохода, а также социальной защиты, подкрепляемые социальным диалогом. МОТ уделяет особое внимание содействию пониманию СПИДа как проблемы на рабочем месте, мобилизации действий в сфере труда и укреплению потенциала организаций работников и работодателей для поддержания эффективных программ. Содействие социальной

¹²⁰ Шесть практических шагов в целях достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения / Пособие для парламентариев. URL: https://www.epfweb.org/sites/default/files/2021-09/UHC-Guide_Russian%20FINAL.pdf (дата обращения: 01.12.2022).

¹²¹ Кузякин А.Г., Погодин С.Н. Роль ВОЗ в противостоянии пандемии коронавируса COVID-19 // Вопросы политологии. 2021. Т. 11. № 10 (74). С. 2840-2848.

защите улучшает качество медицинских услуг. МОТ проводит исследования и анализы для улучшения понимания социальных, экономических и трудовых последствий ВИЧ/СПИДа в сфере труда, а также политических и правовых условий, необходимых для осуществления изменений. Исследования служат основой для информационно-пропагандистской деятельности и обеспечивают надежную основу для политики и программ на рабочем месте.

В июне 2010 года Международная конференция труда завершит разработку нового стандарта по ВИЧ/СПИДу и сфере труда. Эта рекомендация подкрепляет и основывается на Кодексе практики МОТ 2001 года по ВИЧ/СПИДу и сфере труда¹²². Кодекс устанавливает основополагающие принципы разработки политики и практические рекомендации для программ на уровне предприятий, сообществ и на национальном уровне. В Международной программе МОТ по искоренению детского труда¹²³ особое внимание уделяется категориям детей, страдающих от воздействия ВИЧ/СПИДа, - сиротам, детям, инфицированным ВИЧ/СПИДом и пострадавшим от него, а также тем, кто уязвим для коммерческой и сексуальной эксплуатации.

Работа МОТ на региональном уровне в Африке сосредоточена на предоставлении консультативных услуг и укреплении потенциала организаций работодателей и работников, наряду с другими, по реагированию на рабочем месте. Программы борьбы с ВИЧ/СПИДом четко интегрированы во многие страновые программы обеспечения достойного труда, являющиеся основным средством реализации Программы обеспечения достойного труда на страновом уровне, и включены в деятельность МОТ в штаб-квартире и на местах¹²⁴.

Международная организация работодателей и Международная конфедерация свободных профсоюзов запустили совместный план действий по совместной борьбе с ВИЧ/СПИДом. Руководящие принципы помогают

¹²² ILO Code of Practice on HIV AIDS. URL: https://www.ilo.org/global/topics/hiv-aids/publications/WCMS_113783/lang-en/index.htm (дата обращения: 01.08.2022).

¹²³ The International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC). URL: <https://www.ilo.org/ipecc/lang-en/index.htm> (дата обращения: 01.08.2022).

¹²⁴ Workplace action on HIV/AIDS: identifying and sharing best practice. Background report for Tripartite Interregional Meeting on Best Practices in HIV/AIDS Workplace Policies and Programmes. 15-17 December 2003, ILO, Geneva.

организациям работодателей и работников продвигать и поддерживать действия по борьбе с ВИЧ/СПИДом среди своих членов. В рамках Глобального договора работодатели во всем мире работают над поощрением недискриминации и равных возможностей для работников, живущих с ВИЧ/СПИДом. МОТ сотрудничает со своими партнерами в подготовке руководящих принципов и пособий для различных секторов экономики по ВИЧ/СПИДу и туберкулезу. МОТ активно участвует в диалоге, объединив усилия с ВОЗ для разработки совместных руководящих принципов по услугам здравоохранения и ВИЧ/СПИДу. Также МОТ является членом тематической группы ООН по ВИЧ/СПИДу и сотрудничает с членами семьи ООН в программировании и глобальных инициативах, таких как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Глобальная коалиция деловых кругов по ВИЧ/СПИДу и Всемирный экономический форум.

Значительная роль в модернизации системы здравоохранения в странах Африки южнее Сахары принадлежит инициативам по искусственному интеллекту. Как специализированное учреждение ООН по информационным технологиям, Международный союз электросвязи (далее – МСЭ) в партнерстве с родственными учреждениями ООН организует ежегодный Глобальный саммит «Искусственный интеллект во благо» для международного диалога, направленного на формирование общего понимания возможностей новых технологий.

МСЭ и ВОЗ объединяют усилия для расширения использования современных технологий в секторе здравоохранения до глобальных масштабов и для использования возможностей искусственного интеллекта для улучшения здоровья. Две организации сотрудничают в рамках Целевой группы МСЭ по искусственному интеллекту для здравоохранения, созданной в июле 2018 года, для разработки международной системы стандартов «Искусственный интеллект для здоровья» и выявления вариантов его использования в секторе здравоохранения, которые могут быть расширены для глобального воздействия. Группа открыта для всех заинтересованных сторон. Спрос на такую платформу был впервые выявлен участниками второго глобального саммита AI for Good, состоявшегося в Женеве 15-17 мая 2018 года. Технологии на базе искусственного интеллекта, такие как

распознавание кожных заболеваний и диагностические приложения на основе вопросов о симптомах, могут быть развернуты на шести миллиардах смартфонов к 2021 году¹²⁵.

Секретариат ВОЗ осуществляет сотрудничества с государствами-членами ООН, партнерами, донорами и другими ключевыми заинтересованными сторонами, включая региональные экономические сообщества, а также в рамках политической платформы, предложенной Африканским союзом и его Повесткой дня на период до 2063 года¹²⁶, для решения этих стратегических приоритетов. Особое внимание будет уделяться: поддержке стран в планировании, осуществлении и оценке прогресса в достижении Целей устойчивого развития (далее – ЦУР), связанных со здоровьем; инвестированию в расширение накопления и использования знаний для разработки политики и программирования; а также укреплению и координации партнерских отношений.

ВОЗ готова сотрудничать с государствами-членами в разработке и осуществлении национальной политики и планов в области здравоохранения, учитывающих их приоритеты и направленных на достижение целей ЦУР. Особое внимание уделяется равенству и инклюзивности; реализации Глобальной стратегии Генерального секретаря ООН по охране здоровья матери, ребенка и подростков с акцентом на подростков; преодолению растущего бремени онкоинфекционных заболеваний; преодолению социальных детерминант здоровья.

Инвестиции государств-членов Африканского союза в здравоохранение оставались низкими. Целевая группа высокого уровня по инновационному международному финансированию систем здравоохранения подсчитала, что к 2009 году стране с низким уровнем дохода необходимо было потратить в среднем 44 доллара США на душу населения (60 долларов США к 2015 году) на укрепление своей системы здравоохранения и предоставление необходимого пакета медицинских услуг. В итоге только 22 страны (47%) в регионе тратили на

¹²⁵ AI for Good Global Summit 2018 — ITU. URL: <https://www.itu.int/en/ITU-T/AI/2018/Pages/default.aspx> (дата обращения: 01.08.2022).

¹²⁶ Agenda 2063: The Africa We Want (African Union). URL: https://au.int/Agenda2063/popular_version (дата обращения: 01.08.2022).

здравоохранение более 60 долларов США на человека в год. Еще одним свидетельством низких внутренних инвестиций в здравоохранение стало ограниченное число стран, которые выполнили поставленную в Абуджийской декларации Африканского союза 2001 г.¹²⁷ цель выделения не менее 15% национальных бюджетов на сектор здравоохранения.

Что касается доступа к питьевой воде и надлежащем соблюдении стандартов санитарии, всем государствам-членам Африканского союза была оказывается поддержка в участии в Совместной программе ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения и санитарии посредством организации национальных семинаров по согласованию данных. Было разработано региональное руководство по борьбе с переносчиками инфекции в целях элиминации малярии и руководство по медицинскому компоненту адаптации здравоохранения к изменению климата.

Создание Африканского агентства по лекарственным средствам было одобрено министрами здравоохранения в Луанде, Ангола, в апреле 2014 года. В соответствии с обязательствами министров Комиссия Африканского союза ВОЗ создали соответствующую Целевую группу, в состав которой вошли представители Африканского союза, ВОЗ и Агентства по планированию и координации НЕПАД в качестве секретариата¹²⁸. Местное производство фармацевтических препаратов может улучшить доступ стран региона к безопасным, эффективным и доступным продуктам медицинского назначения. В контексте Плана Африканского союза по производству фармацевтической продукции для Африки¹²⁹ ВОЗ оказывает поддержку Эфиопии и Танзании в разработке планов производства фармацевтической продукции.

Африканский регион сталкивается со многими чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения, вызванными природными или

¹²⁷ Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (Принята резолюцией S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи от 27 июня 2001 года). URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl2.shtml (дата обращения: 01.08.2022).

¹²⁸ Новое партнерство для развития Африки (НЕПАД) — программа экономического развития Африканского Союза. НЕПАД было принято на 37-й сессии Ассамблеи глав государств и правительств в июле 2001 года в Лусаке, Замбия. Целью создания партнёрства было обеспечить всеобъемлющее видение и политические рамки для ускорения экономического сотрудничества и интеграции между африканскими странами.

¹²⁹ The Pharmaceutical Manufacturing Plan for Africa. URL: <https://www.nepad.org/news/pharmaceutical-manufacturing-plan-africa> (дата обращения: 01.08.2022).

антропогенными причинами, включая засухи, ежегодные наводнения, вспышки инфекционных заболеваний и конфликты. Существуют серьезные пробелы в потенциале и готовности стран, при этом системы здравоохранения большинства стран не в состоянии организовать быстрое, эффективное и адекватное реагирование на эти чрезвычайные ситуации. Кроме того, эти чрезвычайные ситуации, как правило, отвлекают скудные ресурсы от запланированных мероприятий, тем самым ставя под угрозу способность стран решать другие ключевые приоритеты здравоохранения. Нынешняя задача заключается в том, как работать с государствами-членами над наращиванием их основного потенциала для выполнения своих обязательств в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) и для создания сильных и устойчивых систем здравоохранения, обеспечивающих безопасность здоровья.

В странах региона увеличилось число партнеров в области здравоохранения, что привело к увеличению имеющихся ресурсов и возможностей. Однако это привело к возникновению проблемы эффективной координации многочисленных инициатив в области здравоохранения на страновом уровне, что влияет на эффективность и осуществление программ общественного здравоохранения. Задача состоит в том, чтобы поддержать государства-члены в укреплении национальной ответственности, лидерства и потенциала для более эффективной координации действий партнеров в целях более эффективного осуществления программ. Необходимо усилить согласованность и гармонизацию поддержки, оказываемой партнерами по развитию и донорами, в целях повышения эффективности помощи и решения приоритетных задач государств-членов в области здравоохранения.

Экономический спад, связанный с пандемией COVID-19, негативно сказался на каждом отдельном домохозяйстве в результате сокращения доходов и роста уровня безработицы. Подчеркивая необходимость укрепления странами систем социального обеспечения в рамках обеспечения благосостояния граждан. К сожалению, на макроэкономическом уровне большинству африканских стран пришлось отвлечь ресурсы от основных услуг и увеличить долги, чтобы

отреагировать на борьбу с COVID-19, в сочетании с сокращением бюджетных возможностей из-за замедления экономической активности, возможности финансирования постоянно растущих потребностей в здравоохранении и социальном обеспечении ограничены. Таким образом, глобальная солидарность необходима для обеспечения устойчивого, основанного на правах человека подхода к инвестициям в борьбу с туберкулезом, ВИЧ и малярией в условиях угроз безопасности здравоохранения.

Международная ассоциация развития Всемирного банка (МАР), созданная в 1960 году, помогает беднейшим странам мира, предоставляя гранты и кредиты под низкие или нулевые проценты для проектов и программ, которые стимулируют экономический рост, сокращают бедность и улучшают жизнь бедных людей. В 2022 г. Всемирный банк одобрил программу поддержки Африканских центров по контролю и профилактике заболеваний на сумму 100 миллионов долларов, которая поможет расширить технический потенциал учреждения и укрепить его институциональную структуру для активизации поддержки африканских стран в подготовке, выявлении и реагировании на вспышки заболеваний и чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения¹³⁰. Сегодня Африканский континент сталкивается с несколькими вспышками инфекционных заболеваний в дополнение к COVID-19, и в будущем риски возрастают. Недавние оценки выявили широко распространенные пробелы в потенциале обеспечения готовности африканских стран, которые непропорционально сильно сказываются на беднейших и наиболее уязвимых слоях населения. Региональные подходы к политике и вмешательствам в области здравоохранения, дополняющие национальные и глобальные усилия, подчеркивают ценность сильного африканского центра по контролю и профилактике заболеваний, направленного на охрану здоровья континента.

¹³⁰ Africa Centres for Disease Control Receives a \$100 Million Boost from the World Bank to Strengthen Continental Public Health Preparedness. URL: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/07/21/africa-centres-for-disease-control-receives-a-100-million-boost-from-the-world-bank-to-strengthen-continental-public-hea> (дата обращения: 01.08.2022).

Для обеспечения бесперебойного доступа к широкому спектру услуг для всех требуется увеличение внутренних и внешних инвестиций. Инновации также играют ключевую роль в предоставлении услуг, включая использование технологических подходов для улучшения потока данных или информации, доставки основных медицинских принадлежностей, электронного обучения, эпиднадзора за заболеваниями и вспомогательного наблюдения. В случае ВИЧ инновационные примеры моделей доставки на дом существуют в Африке (Нигерия), где вакцины доставлялись с использованием существующих общественных сетей или частных курьеров, чтобы избежать прерывания доставки услуг во время пандемии¹³¹.

Кроме того, инновации в финансировании имеют ключевое значение для повышения уровня финансирования для поддержки полного осуществления приоритетных мероприятий. Например, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией использовала различные инновации, чтобы привлечь до 50 миллиардов долларов США по состоянию на июнь 2021 года для поддержки как программ, так и укрепления системы здравоохранения¹³². Глобальный фонд также предоставил финансирование как для страновых, так и для региональных грантов, повысила роль как внутренних, так и частных источников финансирования при сохранении прозрачности и подотчетности. Фонд продолжает реагировать на возникающие потребности, предоставляя финансирование сверх ассигнований, либо для поддержки достижения странами стратегических целей, либо для создания механизма реагирования на пандемии, чтобы избежать сбоя в работе служб по борьбе с туберкулезом, ВИЧ и малярией.

Продолжающаяся пандемия COVID-19 нарушила работу служб здравоохранения в целом и привела к отвлечению ресурсов от служб по борьбе с туберкулезом, ВИЧ и малярией на различных уровнях. Существует настоятельная

¹³¹ Jiang H., Zhou Y., Tang W. Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic // Lancet HIV 2020. Published Online April 6, 2020.

¹³² Global Fund Urges the World to Boost the Fight Against Malaria as COVID-19 Disruptions, Drug and Insecticide Resistance and New Threats Endanger Progress (25 April 2022). URL: <https://www.theglobalfund.org/en/news/2022-04-25-global-fund-urges-world-boost-fight-against-malaria-covid-19-disruptions-drug-insecticide-resistance-new-threats-endanger-progress/> (дата обращения: 01.08.2022).

необходимость решить эту проблему путем укрепления систем здравоохранения, предоставления необходимых финансовых ресурсов, обновления политического руководства и укрепления сотрудничества. Экономически эффективные мероприятия, основанные на фактических данных, должны быть расширены и включать модели дифференцированного предоставления услуг на уровне сообщества, менее частые посещения медицинских учреждений с менее частым приемом лекарств. Наконец, инновации в предоставлении услуг и технологическая адаптация по-прежнему имеют решающее значение, поскольку страны стремятся ограничить сбои в работе медицинских служб.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что международные организации «семьи ООН» осуществляют согласованную и хорошо скоординированную политику борьбы с инфекционными заболеваниями. Охват организационными и медицинскими мероприятиями против основных инфекционных заболеваний еще не достиг уровня, необходимого для искоренения, ликвидации или борьбы с этими заболеваниями. Задача международных организаций заключается в том, как привлечь государства-члены и партнеров к мобилизации необходимых ресурсов, расширению масштабов и повышению эффективности осуществления политики и стратегий с целью расширения и поддержания охвата сверх нынешних уровней, тем самым подталкивая страны к достижению Целей устойчивого развития. Государства-члены ООН должны будут взять на себя конкретные политические и финансовые обязательства и инвестиции для достижения этих целей.

2.3. Роль неправительственных международных организаций в борьбе с инфекционными заболеваниями

Неправительственные организации (далее – НПО) представляют собой важный сегмент гражданского общества, выступая в глобальном масштабе в качестве значимых международных политических акторов, принимающих активное участие в различных сферах общественно-политической жизни мирового

сообщества. НПО представляют собой организации, которые осуществляют деятельность по защите интересов беднейших слоев общества, охране окружающей среды или социально-экономическому развитию местных сообществ. Во всем мире НПО уже давно представляют интересы бедных и маргинализированных групп населения и оказывают им услуги в различных областях здравоохранения и социального развития. С начала 1990-х годов во всем мире наблюдается быстрый рост сектора НПО, который дополняет усилия правительства в области осуществления различных мероприятий на низовом уровне. Многие НПО проводят различные мероприятия, включая усилия по сдерживанию эпидемии ВИЧ/СПИД.

Многие базирующиеся в США НПО активно участвуют в международных проектах в области здравоохранения. Нынешняя фаза интернационализации здравоохранения характеризуется растущим влиянием связанных со здоровьем НПО, которые включают в себя организации, работающие в сфере общественного здравоохранения, такие как Всемирная федерация ассоциаций общественного здравоохранения (WFPНА), Международный союз укрепления здоровья и образования (ИУНРЕ), Международная ассоциация национальных институтов общественного здравоохранения (IANPHI), национальные и региональные общественные ассоциации здравоохранения.

В мае 1977 года Всемирная федерация ассоциаций общественного здравоохранения (WFPНА) приняла приглашение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) разработать документ с изложением позиции неправительственных организаций в отношении первичной медико-санитарной помощи для представления на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, которая должна быть состоялась в сентябре 1978 года в Алма-Ате. WFPНА провела консультации с большим числом неправительственных организаций (НПО), как с теми, которые имеют официальные отношения с ВОЗ и ЮНИСЕФ, так и со многими другими заинтересованными НПО, национальными и международными. В области здравоохранения НПО уже давно помогают

устанавливать стандарты практики, профессиональной подготовки и непрерывного образования, а также определять роль работников здравоохранения в национальных программах. Другие сосредоточились на конкретном заболевании или деятельности (например, сердечно-сосудистые заболевания, проказа, туберкулез, программы для инвалидов и т.д.).

Разнообразные программы и компетенции многочисленных организаций, непосредственно не связанных со здравоохранением, так или иначе способствуют общему развитию национальных систем здравоохранения. Они включают в себя проекты по улучшению производства продуктов питания и жилья; обеспечению безопасной питьевой водой; пропаганде грамотности; предоставлению образовательных и других учебных материалов; обучению широкому спектру навыков; защите окружающей среды; и т.д. Короче говоря, они помогают создавать условия, способствующие защите, укреплению и поддержанию здоровья и профилактике заболеваний. В последние годы наблюдается рост потенциала неправительственных организаций по разработке моделей сотрудничества между собой на местном, национальном и международном уровнях для проведения консультаций и обмена информацией или для совместных действий.

«Врачи без границ» (*Médecins sans frontières*, далее – MSF) стала первой неправительственной организацией, которая не только оказывала экстренную медицинскую помощь, но и публично свидетельствовала о бедственном положении населения, которому они служили. MSF находится на переднем крае оказания неотложной медицинской помощи, а также помощи населению, страдающему от эндемических заболеваний и безнадзорности¹³³. Масштабы и интенсивность глобальных проблем в области здравоохранения гарантируют, что ни одна страна или учреждение не смогут в одиночку справиться с ними. Чтобы внести свой вклад в достижение общих глобальных целей в области здравоохранения, НПО должны работать в тесном партнерстве с широким кругом международных агентств и

¹³³ Heller O., Somerville C., Suggs L.S. et al. The process of prioritization of non-communicable diseases in the global health policy arena // *Health Policy Plan.* 2019. №34. P. 373.

учреждений для формирования глобальной политики в области здравоохранения, а также для финансирования, реализации и оценки программ.

В то время как правительства играют главную роль в распространении информации об общественном здравоохранении, маргинализированные группы населения, лица с низким уровнем образования, с меньшей вероятностью будут получать информацию по правительственным каналам. Было показано, что недоверие к правительству, особенно среди маргинализированных групп, снижает эффективность различных кампаний в области здравоохранения, включая усилия по искоренению полиомиелита, профилактике ВИЧ/СПИДа и сдерживанию эпидемии лихорадки Эбола в Западной Африке. Данные «Afrobarometer»¹³⁴, собранные в период с 2016 по 2018 год в 34 странах, включая Южную Африку и Замбию, показывают значительное недоверие к правительственным источникам и заметно более высокое доверие к местному руководству, включая религиозных и традиционных лидеров. Специфичное для нынешнего кризиса исследование реакции СМИ и социальных сетей на COVID-19 в Южной Африке сообщает о высоком уровне недоверия к правительству¹³⁵.

В условиях эпидемии ВИЧ/СПИДа НПО эффективно адаптировали чувствительные темы здравоохранения к потребностям различных групп и использовали социальные сети в сообществах для улучшения коммуникации. В Западной Африке меры реагирования на уровне общин считались критически важными в борьбе с распространением лихорадки Эбола. Аналогичным образом, местные НПО и гражданское общество были признаны критически важными для усилий по искоренению полиомиелита в наиболее труднодоступных общинах.

НПО могут иметь важное значение для охвата отдаленных сообществ с ограниченным доступом к технологиям и каналам связи (например, Интернет, социальные сети), где распространяются самые современные научные рекомендации. Согласно данным «Afrobarometer», собранным в 2016-18 годах,

¹³⁴ Afrobarometer – панафриканская, независимая, беспристрастная исследовательская сеть, которая измеряет отношение общественности к экономическим, политическим и социальным вопросам в Африке.

¹³⁵ Costa K. The Cause of Panic at the Outbreak of COVID-19 in South Africa – A Comparative Analysis with Similar Outbreak in China and New York. 2020, March 13.

только 20 процентов взрослых в 34 африканских странах имеют доступ к смартфону и компьютеру, и только 43 процента имеют доступ к базовому мобильному телефону. Опросы, проведенные в Кении в марте 2020 года, показали, что люди с более низким уровнем образования с большей вероятностью получают информацию о COVID-19 от НПО или публичных объявлений через мегафон. Кроме того, самые современные медицинские рекомендации могут быть недоступны на местных языках и не учитывать вопиющую нехватку фармацевтических ресурсов, с которой сталкиваются более уязвимые группы населения¹³⁶.

НПО, работающие в странах Африки к югу от Сахары, сталкиваются с серьезными проблемами из-за пандемии COVID-19. Из 1015 организаций из 44 африканских стран, опрошенных в мае 2020 года, 56 процентов сообщили о потере финансирования, а 85 процентов сообщили о неспособности справиться со сбоями в поставках, вызванными COVID-19¹³⁷. Во время продолжающегося кризиса многим организациям может потребоваться дополнительная поддержка со стороны правительства и инфраструктуры международных организаций для содействия распространению медицинской информации. Кроме того, небольшим организациям может не хватать полномочий и ресурсов для того, чтобы их потребности были услышаны. Чтобы эффективно удовлетворять самые насущные потребности, важно лучше понимать проблемы, с которыми сталкиваются эти организации, и исследовать, как их можно лучше поддержать, чтобы помочь их сообществам бороться с распространением COVID-19.

НПО имеют уникальные возможности для проведения эффективного санитарного просвещения, учитывая их знакомство с местными обычаями и нормами; их осведомленность о местных ограничениях ресурсов; их способность выявлять распространенные на местном уровне мифы и дезинформацию; их знание

¹³⁶ Krönke M. Africa's digital divide and the promise of e-learning. Afrobarometer Policy Paper 66. 2020. URL: <https://www.africaportal.org/publications/africas-digital-divide-and-promise-e-learning/> (дата обращения: 01.08.2022).

¹³⁷ The Impact of COVID-19 on African Civil Society Organizations: Challenges, Responses, and Opportunities. EPIC-Africa & @AfricanNGOs Report. 2020, June. URL: <https://static1.squarespace.com/static/5638d8dbe4b087140cc9098d/t/5efabc7884a29a20185fcbaf/1593490570417/> (дата обращения: 01.08.2022).

потребностей, с которыми сталкиваются конкретные группы риска (например, женщины, дети, мигранты, пациенты с ВИЧ/СПИД и т.д.); их доступ к местным переводчикам, которые могут помочь с переводом медицинской информации. Организации, работающие в местных сообществах Африки, используют установленные каналы связи, включая списки телефонов, платформы социальных сетей, включая группы WhatsApp и Telegram, радио и личные методы общения. НПО также могут использовать свои социальные сети для выявления пользующихся авторитетом религиозных и традиционных лидеров для оказания помощи в распространении медицински значимой информации в период пандемии¹³⁸.

Однако потеря финансирования и нехватка технологий и медицинских знаний для принятия эффективных ответных мер делают организации менее эффективными в обслуживании своих бенефициаров, находящихся в группе риска. Эти проблемы указывают на несколько способов поддержки усилий НПО по санитарному просвещению со стороны правительства или внешних организаций. НПО выиграют от усиления поддержки в решении технологических проблем и проблем безопасности в условиях пандемии. В конечном счете, им нужны устойчивые источники финансирования, чтобы продолжать работать и ставить долгосрочные цели для своих программ.

Поскольку пандемия COVID-19 продолжается организациям будет крайне важно получать поддержку для эффективного проведения санитарного просвещения маргинализированных групп населения. С другой стороны в последние годы в глобальных усилиях по борьбе с эпидемией СПИДа наметились многообещающие сдвиги, включая расширение доступа к эффективным программам лечения и профилактики. Во многих регионах Африки новые случаи ВИЧ-инфекции в значительной степени сосредоточены среди молодежи в возрасте 15-24 лет¹³⁹. В попытке сдержать эпидемию СПИДа НПО реагируют, оказывая

¹³⁸ Mussa A.H., Pfeiffer J., Gloyd S.S., et al. Vertical funding, non-governmental organizations, and health system strengthening: perspectives of public sector health workers in Mozambique // Human Resources for Health. 2013. №11. P. 26.

¹³⁹ Chee G., Pielemeier N., Lion A. et al. Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed // The International Journal of Health Planning and Management. 2013. №28. P. 89.

помощь местным сообществам, пострадавшим от эпидемии, в таких областях, как профилактика, повышение осведомленности, консультирование, уход на дому и поддержка, а также забота об общем благополучии пострадавших людей.

Так, в Танзании был создан ряд НПО для поддержки усилий правительства по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа. В стране более 300 НПО, занимающихся проблемами ВИЧ/СПИДа, и это число неуклонно растет¹⁴⁰. НПО в настоящее время являются очень важным органом по смягчению последствий ВИЧ/СПИДа. В борьбе с ВИЧ/СПИДом участвует широкий спектр организаций, и для борьбы с эпидемией уже было предпринято много мер. В настоящее время они участвуют в программах повышения осведомленности о ВИЧ/СПИДе, профилактики, контроля и ухода.

Профилактика и смягчение последствий ВИЧ/СПИДа являются ключевой областью деятельности большинства НПО, в то время как меньше усилий уделяется тестированию, пропаганде и лечению, которые являются дорогостоящими мероприятиями. Для сравнения профилактические мероприятия, поскольку они приносят большую пользу обществу, являются ключевой ролью НПО, хотя они проявляются в различных аспектах, таких как обеспечение образования/повышение осведомленности, профилактика ВИЧ/СПИДа, а также консультирование, которые сдерживают дальнейшее распространение этого заболевания.

НПО используют различные подходы к профилактике ВИЧ, которая осуществляется преимущественно посредством инициатив по изменению поведения в сообществе, таких как подход «ABC» (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms, «Воздерживайся, будь верным и используй презервативы»). Риск заражения ВИЧ-инфекцией неодинаков для всех групп населения. Усилия по профилактике должны быть нацелены на уязвимые группы населения, подверженные наибольшему риску заболевания, и особенно необходимы успехи в

¹⁴⁰ Farahahni J.A., Ebrahimnia M., Hosseini S.R. Non-Governmental and Voluntary Groups, Collaborators in the Fight against COVID-19 // Journal of Military Medicine. 2020 #22(2) P. 99.

определении практических стратегий, которые могут охватить эти группы населения с высоким риском.

НПО обычно используют семинары и практикумы; наименьшими подходами являются распространение плакатов, групповая терапия, профессиональное обучение и т.д. Это побуждает к дальнейшему изучению вопроса о том, почему большинство НПО предпочитают семинары и практикумы, недостатком которых является то, что они охватывают мало людей (участников) и являются дорогостоящими. Средства массовой информации (радио и газеты) могут быть более подходящим средством повышения осведомленности, в то время как семинары/практикумы могут соответствовать планированию мероприятий и прививать углубленные навыки.

В литературе указывается, что осведомленность респондентов о ВИЧ/СПИДе, как утверждается, в основном возникает благодаря СМИ (радио и газеты), основной же деятельностью НПО по смягчению последствий ВИЧ/СПИДа является проведение семинаров и практикумов, которые обладают меньшей эффективностью¹⁴¹. Сотрудники НПО играют важную роль не только в установлении руководящих принципов относительно того, какие виды деятельности должны выполнять НПО, но и в определении того, какие и какие знания или информация должны быть переданы их подопечным. Поэтому для качественной работы НПО по осуществлению программ смягчения последствий ВИЧ/СПИДа их сотрудники должны обладать глубокими знаниями и быть хорошо информированными. НПО нуждаются в постоянном профессиональном персонале, который работает на ежедневной основе.

Небольшие бюджеты ограничивают возможности большинства НПО нанимать достаточный квалифицированный персонал, поскольку считается, что они требуют высокой заработной платы и других дополнительных льгот. В результате многие НПО зависят от услуг временного персонала при осуществлении своей деятельности. Наем временного персонала обычно свидетельствует о

¹⁴¹ Piotrowicz M., Cianciara D. The role of non-governmental organizations in the social and the health system // Epidemiological Review - Przegląd Epidemiologiczny. 2013. №67(1). P. 74.

временном характере большинства видов деятельности, которыми занимаются НПО, и может привести к использованию некомпетентного персонала. Большинству НПО не хватает квалифицированных штатных сотрудников в достаточном количестве. Несмотря на то, что было установлено, что НПО работают с очень небольшими бюджетами, потребность в достаточном и постоянном профессиональном персонале имеет важное значение для того, чтобы сделать их эффективными и устойчивыми.

Обучение по вопросам ВИЧ/СПИДа является важным мероприятием для НПО, позволяющим им решать проблемы, связанные с ВИЧ/СПИДом. В качестве механизма преодоления дефицита персонала и компетентности многие НПО нанимают специалистов из различных социальных учреждений в качестве альтернативного механизма преодоления. Между НПО, занимающимися проблемами ВИЧ/СПИДа, отсутствует сетевое взаимодействие и какие бы связи ни существовали, они остаются на очень зачаточной стадии и практически неэффективны. В результате сохраняется дублирование профилактических программ и мероприятий между ними. В большинстве случаев один и тот же вид деятельности осуществляется в одном и том же географическом районе, в то время как другие нуждающиеся районы не охвачены подобными услугами¹⁴².

Для большинства НПО не существует юридического обязательства сотрудничать, и это может не гарантировать подотчетности. Большинство НПО работают в сильно локализованной среде и поэтому имеют очень мало информации и опыта от национальных и международных организаций. Это может привести к слабому и плохому обмену информацией и налаживанию связей между НПО. Наличие многих партнеров из международных и национальных организаций означает, что будет происходить обмен информацией и идеями в более широком контексте. С этой точки зрения будет легко изучить различные методы, используемые другими организациями для борьбы с эпидемией. Лица, принимающие решения в области здравоохранения, НПО, научно-

¹⁴² Cuneo C.N., Sollom R., Beyrer C. The Cholera Epidemic in Zimbabwe, 2008–2009: A Review and Critique of the Evidence // Health and Human Rights Journal. 2017. №19. P. 249.

исследовательские учреждения, общественные группы и отдельные лица должны объединить свои усилия, чтобы уменьшить количество случаев конкретных заболеваний, контролировать распространение эпидемий и развитие осложнений, а также оптимизировать управление людскими и материальными ресурсами в области здравоохранения. Для того чтобы стратегии здравоохранения были успешными, необходимы международная солидарность и государственно-частное партнерство для решения проблем нехватки и отсутствия методов лечения, резистентности и потребности в новых лекарствах, вакцинах и диагностических процедурах.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что НПО являются неотъемлемой частью глобального ландшафта здравоохранения и играют важную роль в решении проблем, связанных со здоровьем, на глобальном и национальном уровнях с помощью различных средств. Несмотря на выявленные различные недостатки, НПО по-прежнему играют очень важную роль в борьбе с ВИЧ/СПИДом. В будущем, учитывая численное превосходство НПО и упомянутые пробелы в плане охвата людей, НПО следует пересмотреть существующие сетевые механизмы, чтобы усилить и извлечь выгоду из своей роли. Профилактическим мероприятиям следует уделять приоритетное внимание при разработке мероприятий по смягчению последствий ВИЧ/СПИДа. НПО должны переориентировать свою роль в проведении мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом и нанять квалифицированный постоянный персонал, чтобы предотвратить дальнейшее распространение эпидемии. Наконец, НПО должны провести ситуационный анализ и оценку потребностей сообщества, прежде чем принимать решение о том, какой подход использовать для мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Выводы по второй главе

1. Большинство стран Африки южнее Сахары полагаются в основном на традиционный эпиднадзор за заболеваниями на основе показателей,

использующий данные из медицинских учреждений с ограниченным использованием данных из других источников. Будущие усилия по решению проблем систем эпиднадзора за заболеваниями должны учитывать качество данных, анализ и триангуляцию данных из нескольких источников, использование и интеграцию данных. Внедрение инновационных способов дальнейшего укрепления системы эпиднадзора и реагирования в странах Африки южнее Сахары имеет решающее значение для улучшения раннего выявления и информирования о предполагаемых случаях приоритетных заболеваний, состояний и событий. Международные организации «семьи ООН» традиционно принимают участие в борьбе с инфекционными заболеваниями на территории африканского континента.

2. Предлагается создание многопрофильного Глобального технического совета по угрозам инфекционных заболеваний, который может функционировать как в рамках ВОЗ (или другого органа), или он может быть создан в качестве самостоятельного органа. В его функции должен входить следующий круг полномочий: (1) улучшение сотрудничества и координации между соответствующими организациями; (2) восполнение пробелов в знаниях в отношении (например) эпиднадзора за инфекционными заболеваниями, потребностей в исследованиях и разработках (НИОКР), моделей финансирования, логистики цепочки поставок и социальных и экономических последствий потенциальных угроз; и (3) выработка рекомендаций высокого уровня, основанных на фактических данных, для управления глобальными рисками, связанными с инфекционными заболеваниями.

Глава 3. Специфика деятельности ВОЗ в африканских странах южнее Сахары

3.1. Исторические и социально-политические причины распространения инфекционных заболеваний в регионе

Вспышки массовых инфекционных заболеваний, а также динамика их распространения, достаточно четко коррелируется со специфическими социальными условиями, в которых находится то или иное общество. Данные условия могут носить экономический, политический, культурный характер, а также отражать характерные черты и паттерны поведения людей. Специфику детерминант распространения инфекционных заболеваний в регионе стран Африки, расположенных южнее Сахары, можно проследить в двух основных контекстах: а) историческом и б) социально-политическом. Оба подхода позволяют в полной мере раскрыть причины распространения инфекционных заболеваний в регионе субтропической Африки.

Исследование исторического контекста распространения инфекционных заболеваний в регионе является достаточно хорошо зарекомендовавшим себя методом оценки детерминант анализируемого процесса. В целом историческая эпидемиология уходит своими корнями в наблюдения за экологическими детерминантами болезней, которые были связаны с местом их распространения. В западной науке подход, известный как медицинская география, развился в конце XIX века в попытке каталогизировать информацию о прошлом того или иного заболевания и пространственном распределении болезней¹⁴³. В 1940-х годах, когда новое биомедицинское понимание инфекционных заболеваний начало трансформировать медицинскую практику, историк медицины Эрвин Х. Акеркнехт положил начало современной дисциплине исторической эпидемиологии, стремясь интегрировать биомедицинские данные в области

¹⁴³ Hirsch A. Handbook of Geographical and Historical Pathology. Volume I, Acute Infective Diseases. London: Andesite Press, 2015. 738p.; Volume II, Chronic Infective, Toxic, Parasitic, Septic, and Constitutional Diseases. London, 2017. 698p.

социальных, экономических и экологических факторов инфекционных заболеваний¹⁴⁴. Этот подход был бы подхвачен другими историками, чьи исследования изменили взгляды на историю Африки и ее связь с Атлантическим миром, а также убедительно доказали центральную роль процессов инфекционных заболеваний в глобальной истории.

В 1960-х годах Филип Куртин опубликовал две основополагающие статьи, положившие начало изучению истории инфекционных заболеваний в Африке и Атлантическом мире. Первая, «Могила белого человека: образ и реальность, 1750-1850»¹⁴⁵, исследовала смертность европейского населения вдоль побережья Африки в эпоху работорговли. Во второй, «Эпидемиология и работорговля»¹⁴⁶, исследовались различия в показателях выживаемости африканских пленников, которые были вовлечены в процесс трансатлантической работорговли и подвергались суровым режимам рабства на плантациях в Северной и Южной Америке, по сравнению с европейским населением в Атлантическом мире.

Используя исторические свидетельства, Куртин смог рассчитать показатели заболеваемости, смертности и ожидаемой продолжительности жизни африканцев и европейцев, и тем самым он открыл новые перспективы для исторических исследований. Его исследование положило начало процессу интеграции африканцев и африканской истории в преподавание мировой истории. Различный опыт борьбы африканского и европейского населения с малярией и желтой лихорадкой обеспечил биологическую основу для понимания экономической логики атлантической работорговли, объяснив почему европейцы не колонизировали Африку к югу от Сахары в течение долгих веков работорговли. Позже в своей карьере Куртин написал другие важные статьи о болезнях в Африке и две новаторские книги: исследование смертности европейцев в тропиках в девятнадцатом веке, опубликованное в 1989 году, и исследование значения болезней для европейцев, принимавших участие в завоевании Африки,

¹⁴⁴ Ackerknecht E.H. History and geography of the most important diseases. Hafner publishing go, 1965. 210p.

¹⁴⁵ Curtin P.D. The white man's grave: image and reality, 1780-1850 // Journal of British Studies. 1961. №1. P. 94-110.

¹⁴⁶ Curtin P.D. Epidemiology and the slave trade // Political Science Quarterly. 2968. №83. P. 190-216.

опубликованное в 1998 году¹⁴⁷. Общее влияние работы Кертина в области исторической эпидемиологии заключалось в том, чтобы подчеркнуть эпидемиологическую особенность течения болезней на африканском континенте и ее значение как для африканской, так и для мировой науки.

В 1970-х годах Альфред У. Кросби-младший и Уильям Х. Макнил использовали исторический эпидемиологический подход к другим крупномасштабным процессам заболевания в мировой истории, и они изменили подход мировых историков к анализу распространения инфекций. В 1972 году Кросби в книге «Колумбийский обмен: биологические и культурные последствия 1492 года»¹⁴⁸ привел убедительные доводы в пользу воздействия занесенных болезней Старого Света на население Америку. Его книга изменила исторические взгляды на историю народонаселения Нового Света, хотя он сосредоточился главным образом на евразийском болезнях, которые были занесены с большим разрушительным воздействием в первые века контакта, а не на африканские болезни, принесенные в Новый Свет. В 1976 году У. Макнил написал первую глобальную историю болезней. Его знаменитая работа «Эпидемии и народы» посвятила главу Африке как колыбели человечества, но главы, в которых рассказывалось о болезнях человеческих популяций в эпохи после первых миграций *Homo sapiens* из Африки, были сосредоточены главным образом на опыте населения Евразии и коренных американцев¹⁴⁹.

Исследования Кертина, Кросби и Макнила по исторической эпидемиологии были сосредоточены на крупномасштабной динамике передачи заболеваний в конкретных исторических контекстах. Они фокусировались на периоде до значительных технологических преобразований в современной биомедицине. Их подходы существенно отличались от подходов большинства историков медицины или историков науки тем, что они ретроспективно использовали современные биомедицинские знания для интерпретации исторических свидетельств.

¹⁴⁷ Curtin P.D. *Death by Migration: Europe's Encounter with the Tropical World in the Nineteenth Century*. New York, 1989. 252p.; Curtin P.D. *Disease and Empire: The Health of European Troops in the Conquest of Africa*. New York, 1998. 290p.

¹⁴⁸ Crosby A.W. Jr. *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492*. Westport, 1972. 320p.

¹⁴⁹ McNeill W.H. *Plagues and Peoples*. Garden City, NY, 1976. 368p.

В 1970-х годах небольшая группа ученых-африканистов начала изучать биомедицинскую литературу по африканским инфекционным заболеваниям и продвигать дальнейшие исследования в области истории болезней и медицины на африканском континенте. К. Дэвид Паттерсон опубликовал библиографический обзор в первом выпуске журнала 1974 года «История в Африке», а в 1978 году Паттерсон и Джеральд У. Хартвиг отредактировали сборник тематических исследований под названием «Болезни в истории Африки»¹⁵⁰. Эта работа продемонстрировала, что можно реконструировать некоторые болезнетворные процессы, которые затронули африканское население в Африке, и это выявило тот факт, что евразийские болезни были занесены в Африку в эпоху работорговли и колониальных завоеваний.

Этот взгляд на занос болезней в Африку был расширен Хельге Кекшусом, чей анализ экономического развития в истории Африки продемонстрировали глубоко разрушительные последствия занесенных болезней для населения Африки и их способности структурировать окружающую среду в условиях хаоса и беспорядков позднего доколониального и раннего колониального периода¹⁵¹. В начале 1990-х годов Дэвид Арнольд опубликовал важную статью под названием «Индийский океан как зона заболевания, 1500-1950 годы», в которой исследовалась среда распространения болезней в Индийском океане и ее влияние на африканские заболевания¹⁵². Это дополнило работу Кросби по Атлантическому бассейну, открыв окно в африканские аспекты этой фазы глобальной интеграции болезней.

Начиная с 1980-х годов исторические работы в большей степени сфокусировались на проблемах африканского континента. Проведенное Рэндаллом М. Паккардом исследование туберкулеза в Южной Африке объединило понимание биомедицинских знаний с политическим и экономическим анализом, который

¹⁵⁰ Hartwig G.W., Patterson K.D. (eds.), *Disease in African History: An Introductory Survey and Case Studies*. Durham, NC, 1978. 258p.

¹⁵¹ Kjekshus H. *Ecology Control and Economic Development in East African History: The Case of Tanganyika, 1850-1950*. London, 1977; and edn, Athens, OH, 1996. 215p.

¹⁵² Arnold D. *The Indian Ocean as a disease zone, 1500-1950 // South Asia*. 1991. №14(2) P. 1-21.

раскрыл пагубные последствия правления белых для здоровья африканцев¹⁵³. Другие ученые-африканисты работали над тем, чтобы пролить свет на политические и экономические силы, которые повлияли на культуру общественного здравоохранения и медицинского вмешательства в государствах Африки. Эта новая социальная история здоровья и исцеления открыла множество новых перспектив для понимания африканских практик. Это произошло в момент растущего международного интереса к африканским инфекционным заболеваниям.

Начиная с 1990-х годов большинство историков здравоохранения в Африке сосредоточили свои исследования на колониальном периоде. Результаты были богатыми и разнообразными, однако новые знания мало повлияли на изучение и практику глобального общественного здравоохранения. Растущее знакомство с научными данными о бремени болезней для сообществ стран Африки к югу от Сахары может оказать более широкое влияние на соответствующую область научных исследований. Например, некоторые подходы, которые рассматривают капитализм, колониализм и политику независимых африканских государств как исторические и политические факторы распространения инфекционных заболеваний, могут быть усилены, оспорены или усложнены рассмотрением биомедицинских доказательств.

Африканистские исследования в области исторической эпидемиологии также могут иметь значение для современной практики общественного здравоохранения. Изучение воздействия прошлых вмешательств на изменение распространения заболеваний может помочь изменить предположения о нынешних вмешательствах. На сегодняшний день интервенционисты склонны предполагать, что технологии вмешательства, организованные вокруг контроля или искоренения отдельных заболеваний, могут быть более или менее универсально применены, и, по-видимому, нет особой необходимости понимать местный или региональный исторический контекст.

¹⁵³ Packard R.M. *White Plague, Black Labor: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*. Berkeley, CA, 1989. 416p.

В настоящее время пропасть между биомедицинскими и историческими науками в Африке велика. В биомедицинских науках, в которых технический прогресс был быстрым, научные методы и медицинские вмешательства прошлого, казалось, имели мало значения. Медицинские специалисты, которые внедряют новые биомедицинские технологии, не были обучены взвешивать последствия прошлых вмешательств. Провал первого поколения мер по борьбе с ВИЧ, основанных на опыте общественного здравоохранения в западном мире, заставил переосмыслить эти различия в человеческих знаниях. Некоторые историки погрузились в научную литературу и внесли важный вклад, который нашел читателей как в области социальных наук, так и в области общественного здравоохранения. Одним из наиболее успешных является Джон Илифф, который глубоко изучил микробиологическую и антропологическую литературу по ВИЧ. Он создал обобщение истории эпидемии СПИДа в Африке, который стал одним из первых шагов в изучении СПИДа для нового поколения специалистов общественного здравоохранения¹⁵⁴.

Междисциплинарная задача понимания процессов инфекционных заболеваний также является серьезной проблемой для специалистов в области биомедицины. Некоторые из них пришли к пониманию первостепенной важности включения африканских социальных и культурных реалий в свои модели и внесли решающий вклад в современную борьбу с болезнями. Например, африканские врачи в Уганде настаивали на том, что проблема параллелизма в сексуальных отношениях¹⁵⁵ имеет решающее значение для передачи ВИЧ, и настаивали на том, чтобы она была включена в эпидемиологическое моделирование. Микробиолог и научный писатель Хелен Эпштейн представила этот вопрос широкой аудитории, разоблачив глубоко евроцентричные предубеждения, лежащие в основе

¹⁵⁴ Iliffe J. The African AIDS Epidemic: A History. Athens, OH, 2006. 214p.

¹⁵⁵ Параллельные сексуальные отношения описывают ситуации, в которых человек имеет перекрывающиеся сексуальные отношения с более чем одним человеком. Им можно противопоставить серийную моногамию, когда индивидуум имеет сексуальные отношения только с одним партнером, без совпадения во времени с последующими партнерами.

эпидемиологического моделирования динамики заболеваний, передаваемых половым путем¹⁵⁶.

Исследования истории борьбы с болезнями в Африке только начинаются, и предстоит решить целый ряд различных проблем. Молекулярные исследования возникновения различных инфекционных заболеваний предоставили историкам новые доказательства для контекстуализации. Например, мутация гемоглобина, известная как негативность антигена Даффи, которая очень широко распространена в западной части Центральной Африки и не позволяет носителю заразиться малярийным паразитом *Plasmodium vivax*, по-видимому, появилась много тысяч лет назад. Вероятно, это лучше всего понимать как ответ на тяжелое бремя малярийной инфекции *vivax* и, таким образом, вероятно, свидетельствует о до сих пор неожиданной первой главе в истории инфекционных заболеваний. Разрабатываются молекулярные доказательства, которые прольют свет на историю многих других инфекционных заболеваний, и вполне вероятно, что интерпретирующие структуры, которые были разработаны специалистами, выиграют от исправлений и переосмысления профессиональными историками.

Большинство важных процессов, связанных с инфекционными заболеваниями в Африке, коренятся как в экологических, так и в социально-исторических процессах. Историки-африканисты внесли значительный вклад в понимание болезней колониального периода, опираясь на более раннюю эпоху медицинских данных и зарегистрированных практик¹⁵⁷. Некоторые в настоящее время берут на себя задачу определения и интерпретации современных процессов заболевания.

Некоторые из наиболее важных инфекционных заболеваний имеют давнюю историю, и исследования предыдущих усилий по борьбе с болезнями могут дать ценную информацию. Например, в научной литературе часто утверждается, что Африка была исключена из глобальной программы ликвидации малярии (GMEP), продвигаемой ВОЗ с 1955 по 1969 год, в рамках которой применялось

¹⁵⁶ Epstein H. *The Invisible Cure: Africa, the West, and the Fight Against AIDS*. New York, 2007. 352p.

¹⁵⁷ Lyons M. *The Colonial Disease: A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940*. New York, 1992. 335p.

опрыскивание помещений синтетическими инсектицидами и проводились эксперименты по расширению доступа к терапевтическим препаратам, таким как хлорохин. Тем не менее, ВОЗ провела пилотный проект по ликвидации малярии проекты в различных экологических зонах по всей тропической Африке в попытке разработать протоколы ликвидации, которые могли бы остановить передачу малярии.

В 1959 и 1960 годах ВОЗ опубликовала «Ежегодник по ликвидации малярии в Африке», в котором были перечислены успехи и выражена надежда на «расширение масштабов» проектов по всему континенту. Только в начале 1960-х годов, когда стало ясно, что принимаемые меры не могут полностью остановить передачу малярии, ВОЗ смирилась с эпидемиологическими реалиями: имеющихся средств для прекращения передачи малярии было недостаточно; широкое использование синтетических инсектицидов приведет к уничтожению устойчивых к инсектицидам комаров. В свою очередь широкое использование синтетических противомаларийных препаратов приведет к уничтожению устойчивых к лекарствам паразитов. Исторический опыт имеет решающее значение, поскольку первые успехи пилотных программ ликвидации поставили под угрозу приобретенный иммунитет африканского населения и когда проекты завершились, население было подвержено эпидемической малярии¹⁵⁸.

Исторические эпидемиологические исследования также, вероятно, позволят по-новому понять процессы инфекционных заболеваний, рассматривая их в контексте экологических процессов. Например, мощные силы урбанизации уже давно изменили условия, в которых могут передаваться инфекционные заболевания, и в зависимости от патогена эти силы могли интенсифицировать или подавлять передачу. В качестве примеров можно отметить, что процессы быстрой урбанизации сконцентрировали спрос на мясо в городах, и тем самым увеличили перспективы интродукции патогенов от их диких животных-хозяев. Лагерь беженцев, не имеющие надлежащих условий для обработки отходов

¹⁵⁸ Webb J.L.A. Jr. The first large-scale use of synthetic insecticide for malaria control in tropical Africa: lessons from Liberia, 1945-1962 // *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 2011. №66(3). P. 347-376.

жизнедеятельности человека, способствовали распространению болезней, передаваемых фекально-оральным путем, и холера, таким образом, стала эндемическим заболеванием в Африке¹⁵⁹. Загрязнение источников воды в некоторых крупных пригородных районах привело к снижению передачи малярии, поскольку комарам-переносчикам нужна чистая вода для размножения, в то же время увеличивая количество патогенов, переносимых водой, и создавая «токсичную полосу» вокруг городов.

Эпидемиологическое моделирование передачи малярии также мало учитывало взаимосвязь между прошлыми вмешательствами в области общественного здравоохранения и медицины и их восприятием населением Африки или основными процессами антропогенных изменений, таких как преобразование среды обитания (например, из тропических лесов в плантационные культуры или прибрежные водно-болотные угодья в городские поселения), изменение агро-экономической практики, изменение климата и урбанизация. В некоторых из этих областей историки-африканисты внесли значительный вклад, в частности, в понимание прошлых экологических и агроэкологических изменений. Интеграция этих знаний в современное эпидемиологическое моделирование позволит выработать более реалистичные и менее идеалистичные программные рекомендации.

Биомедицинские представления о болезнетворных процессах в Африке часто поверхностны, поскольку в них отсутствует политический, социальный, культурный и экономический исторический контекст. Историки-африканисты могут развить эти исторические контексты таким образом, чтобы они имели отношение к практике общественного здравоохранения в Африке. Это может повлечь за собой расширение профессиональной идентичности тех историков, которые решили работать в этой области прикладной исторической эпидемиологии.

Социальные детерминанты здоровья представляют собой условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, включая систему

¹⁵⁹ Echenberg M.J. Africa in the Time of Cholera: A History of Pandemics from 1817 to the Present. New York, 2011. P. 33.

здравоохранения. Чтобы любое вмешательство в здоровье населения было эффективным, оно должно быть направлено на изменение нежелательных элементов в социальном контексте, которые влияют на здоровье. Такие нежелательные элементы будут включать, в частности, несправедливые и предотвратимые или устранимые различия в состоянии здоровья между социальными группами.

Социальные детерминанты могут быть сгруппированы в три широкие категории: поведенческие практики, факторы окружающей среды (физические и социальные) и факторы, связанные с системой здравоохранения. В массе своей социально-политические причины распространения инфекционных заболеваний в странах Африки южнее Сахары подпитываются неравенством, предполагающим определенно социально-экономическое положение, социальная структура, социальный класс, образование, профессия, доход, пол и т.д. В более широком контексте (на национальном уровне) это неравенство включает социально-экономические и политические преимущества или ограничения, связанные с управлением, макроэкономической политикой и социально-культурной организацией общества. Социально-экономический и политический контекст (категория социальной среды) вносит значительный вклад в состояние здоровья не только отдельных людей, но и сообществ¹⁶⁰.

В настоящее время наблюдается возобновление политизации здравоохранения на всех уровнях управления, от местного до глобального – в рамках правительств, глобальных учреждений и частного сектора, а также через организации гражданского общества. Здоровье приобретает все большее значение для политической легитимности и экономики, оно имеет решающее значение для фискальной политики и построения социального государства. Это означает, что это затрагивает интересы многих заинтересованных сторон и общества в целом.

Рассмотрим воздействие социальных детерминант (социально-политических причин) на процесс распространения инфекции Эбола. Когда болезнь вспыхивала

¹⁶⁰ Hena D.E. The Ebola epidemic in West Africa and the social determinants // La Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2015. №32(2). P. 403.

в медицинских учреждениях с низкими стандартами гигиены и санитарии, передача инфекции, как правило, усиливалась и приводила к большому числу случаев заболевания и смертей медицинских работников. Эпидемия Эболы в Африке представляла собой смесь внутрибольничных и общих популяционных факторов с усиленной передачей инфекции от человека к человеку по различным причинам, включая обычаи захоронения, неадекватный инфекционный контроль, плотность и мобильность населения, культурные верования и обычаи.

Во время первой известной вспышки Эболы в Конго в 1976 году считалось, что вирус в основном передается через кровь. Однако с последующими вспышками Эболы становилось все более очевидным, что это не так и что некоторые условия в местных больницах (отсутствие проточной воды; ограниченный запас масок, шапочек и халатов; редкая стерилизация больничных инструментов; прямой физический контакт с пациентами с Эболой) были возможными средствами передачи. С годами этот список расширился и теперь включает: а) контакт с жидкостями организма пациента с Эболой, б) совместное проживание в постели на поздних стадиях болезни и на поздней стадии заболевания и в) совместное питание. Более того, прикосновение к трупам в ходе вспышки Эболы в Африке в 2014-2015 годах дает дополнительную иллюстрацию того, как культурные детерминанты определяют меры реагирования на вспышки¹⁶¹.

Социальные факторы риска заражения Эболой включают: контакт с загрязненным медицинским инструментом; интимный контакт, связанный с уходом за больными; прямой физический контакт с больным членом семьи (дома или в больнице); и контакт с жидкостями организма больного человека. Кроме того, заражение на поздних стадиях болезни представляет опасность в таких случаях, как: совместное питание, беседа, совместное ложе, ритуальное мытье рук во время похорон, совместная трапеза во время похорон; и контакт с кровью инфицированного млекопитающего или поедание мяса диких животных. Анализируя вышеперечисленные факторы риска, можно понять, что социальная

¹⁶¹ Zinszer K., Morrison K., Verma A., et al. Spatial Determinants of Ebola Virus Disease Risk for the West African Epidemic // PLOS Currents Outbreaks. 2017. №9. P. 33.

уязвимость была качественно и положительно связана с передачей Эболы. Можно выделить из этих факторов риска три группы или категории, а именно: поведенческие практики, окружающая среда (физическая и социальная) и система здравоохранения.

Правильное понимание влияния культурных, традиционных и религиозных обычаев на распространение Эболы в Африке может привести к стратегическому сдвигу в усилиях по борьбе с распространением болезни в случае вспышки и в понимании динамики передачи вируса. На вирус Эбола, из-за его методов передачи, особое влияние оказывают социокультурные и поведенческие практики, которые происходят в домашних хозяйствах и сообществах, а также на уровне больниц. Следовательно, для целей реагирования общественного здравоохранения всегда необходимо определять соответствующее «сообщество».

Обычно предпочтение отдается научно обоснованным методам борьбы с распространением высокоинфекционных заболеваний, таких как Эбола, при этом очень мало внимания уделяется влиянию традиционных и религиозных практик на профилактические меры. Однако тенденции вспышек Эболой в Африке в 2014-2015 годах продемонстрировали, что одного использования научных методов без учета других контекстуальных факторов недостаточно для борьбы с этим заболеванием¹⁶². Например, во время эпидемии Эболы в Западной Африке в 2014-2015 годах наблюдалось заметное сопротивление предписанным научным методам борьбы передача инфекции в некоторых пострадавших общинах. Хотя нет единого объяснения такого рода устойчивости, учитывая ее сложность, влияние религиозных и социокультурных убеждений нельзя недооценивать в борьбе с возникающими инфекционными заболеваниями¹⁶³. Кроме того, этническое и культурное разнообразие между общинами и внутри них еще больше усложняет проблему. Понимание этой этносоциальной динамики поможет директивным органам в разработке подходов к профилактике заболеваний, соответствующих культурным особенностям в периоды вспышек. Программы профилактики

¹⁶² Stanturf J.A., Goodrick S.L., Warren M.L. Jr, et al. Social Vulnerability and Ebola Virus Disease in Rural Liberia // PLoSOne. 2015. №10(9). P. 54.

¹⁶³ Houeto D. The social determinants of emerging infectious diseases in Africa // MOJ Public Health. 2019. №8(2). P. 59.

передачи Эболы требуют гибкости и адаптивности со стороны правительств, должностных лиц общественного здравоохранения и сообществ.

Соблюдение рекомендованных профилактических мер имеет центральное значение для борьбы с эпидемиями Эбола. Однако ограниченное понимание этиологии заболевания может негативно сказаться на профилактических мерах. В эпидемической ситуации важно отметить, что болезни и смерть, как правило, могут восприниматься как имеющие естественные и метафизические причины. Метафизические причины, такие как колдовство, влекут за собой духовную сферу и могут рассматриваться как некая форма наказания от Бога или духов предков. Такое мышление может затруднить для членов пострадавших сообществ для полного понимания научных причин смертей из-за заболевания.

Важно отметить, что Африка является домом для быстрорастущих исламских и христианских общин в мире и что то, как люди представляют себе этиологию заболевания, может быть связано с их религиозными убеждениями. Поэтому неудивительно, что во время вспышек инфекционных заболеваний люди в таких условиях часто обращаются за консультацией или помощью к традиционным и духовным целителям. Это часто сопровождается ритуалами, направленными на умиловление богов и предков. При вспышках заболевания пострадавшие общины часто приписывают причину заболевания злым духам или колдовству, точно так же, как это происходит со многими другими заболеваниями, такими как малярия в регионе¹⁶⁴.

Это побудило многих обратиться к традиционным или духовным целителям в качестве первого шага в поиске помощи. Традиционные или духовные целители, в свою очередь, используют небезопасные методы лечения пациентов, которые часто приводят к осложнениям, с которыми трудно справиться медицинским учреждениям. Результатом является рост смертности и, как следствие, инертность сообществ в обращении за медицинской помощью в государственные учреждения здравоохранения. Более того, высокие показатели передачи заболеваний в

¹⁶⁴ Nielsen C.F., Kidd S., Sillah A.R., et al. Improving burial practices and cemetery management during an Ebola virus disease epidemic-Sierra Leone // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2014. №64(1). P. 20.

больницах были основной причиной недоверия между медицинскими работниками, больницами и обществом в целом. Поэтому неудивительно, что во время вспышек Эболы дома традиционного лечения часто служат эпицентрами распространения болезни.

Большинство общин в Африке верят в жизнь после смерти. Следовательно, похороны и погребальные практики воспринимаются как важнейшие шаги в переходе от мира живых к духовному миру. Считается, что оставшиеся в живых родственники умершего человека обязаны облегчить переход из этого мира в духовный мир посредством ритуалов похорон и погребения. Невыполнение этой обязанности может привести к тому, что умерший вернется из потустороннего мира, чтобы преследовать и наказывать выживших родственников.

Одним из наиболее часто выполняемых похоронных ритуалов, который в значительной степени способствует распространению лихорадки Эбола, является мытье и уборка трупа с последующим мытьем рук в общей чаше, а затем любовное прикосновение к лицу умершего, чтобы укрепить связь между живыми и мертвыми. Учитывая, что основным способом передачи Эболы от человека к человеку является прямой контакт с инфицированными жидкостями организма, вышеупомянутые похоронные и погребальные практики непреднамеренно приводят к распространению болезни.

Традиционные методы погребения, включающие мытье и прикосновение к умершим, были связаны с 60% случаев Эболы в Гвинее. Уход за больными, в основном женщинами, также был связан со вспышками, что, предположительно, указывает на относительно высокий уровень инфицирования среди женщин (67% пострадавших лиц) во время вспышки в Уганде в 2000-2001 годах¹⁶⁵. Несмотря на очевидное негативное влияние практики захоронения на распространение Эболы, большинство африканских общин продолжают придавать большое значение ритуалам и сопротивляются принятию альтернативных методов, таких как кремация, которые могли бы свести к минимуму распространение вируса.

¹⁶⁵ Olugasa B.O., Dogba J.B., Ogunro B. et al. The rubber plantation environment and Lassa fever epidemics in Liberia, 2008-2012: A spatial regression // *Spatial and Spatio-temporal Epidemiology*. 2014. №11(1). P. 174.

ВОЗ совместно с пострадавшими правительствами разработала руководящие принципы, определяющие, как обращаться с телами жертв Эболы и как их впоследствии хоронить. Но, хотя руководящие принципы были составлены в соответствии с современными научными знаниями об этом заболевании, мало внимания уделялось социально-культурным последствиям некоторых предписанных мер. Некоторые из мер, такие как кремация, находятся в прямом противоречии с широко распространенными представлениями о жизни после смерти. Неспособность принять эти меры может показаться удивительной для людей в других культурах. Но также важно понимать, что некоторые из этих похоронные обычаи передаются из поколения в поколение и практикуются в этих сообществах веками, и вряд ли их можно изменить за одну ночь¹⁶⁶.

По этим причинам некоторые специализированные группы по организации погребения часто проводили захоронения до уведомления родственников умерших, что вызывало значительные подозрения и недовольство среди пострадавших общин. В результате, пытаясь избежать кремации или захоронения своих родственников без их ведома и согласия, некоторые люди воздерживались от сообщения о смерти в своих семьях и тайно продолжали традиционную практику захоронения и в процессе этого были сорваны усилия по борьбе с распространением лихорадки Эбола. Хотя в руководящих принципах ВОЗ подчеркивается необходимость понимания и уважения культурных обычаев и религиозных верований, главная задача для медицинских работников состоит в том, чтобы убедить вовлеченные сообщества отказаться от присущих им культурных обычаев. Для решения этих проблем культурные парадигмы должны быть включены в планы обеспечения готовности к распространению инфекционных заболеваний. Как видно на примере Уганды, некоторые из этих парадигм содержат такие элементы, как изоляция больных, ограничения на общественные собрания и безопасные методы захоронения, которые согласуются с современными принципами контроля распространения инфекций. Приведение

¹⁶⁶ Mbete R.A., Banga-Mboko H., Racey P. et al. Household bushmeat consumption in Brazzaville, the Republic of the Congo // *Tropical Conservation Science*. 2011. №4. P. 189.

таких стратегий сдерживания в соответствии с существующими культурными парадигмами оказалось полезным для борьбы со смертоносными эпидемиями.

Во многих африканских общинах больные люди их семьи обычно сначала обращаются за медицинской консультацией к народным целителям. В то время как здравоохранение, основанное на западной медицине, в настоящее время все чаще считается нормой в некоторых африканских общинах, некоторые сообщества в Западной Африке по-прежнему в значительной степени полагаются на африканские традиционные методы здравоохранения. В 2010 году ВОЗ сообщила, что около 70-80% населения в некоторых странах Западной Африки зависят от африканской традиционной медицины¹⁶⁷. Это было связано с ограниченным доступом к государственным медицинским учреждениям, что делало лечение у традиционных целителей или самолечение предпочтительным вариантом медицинского обслуживания для большинства людей в этих сообществах, особенно для бедных. Во время эпидемии Эболы было выявлено много новых случаев, связанных с контактом с народным целителем, травником или посещением похорон. Но высокие показатели смертности в сочетании с восприятием больниц как мест смерти усилили несоблюдение рекомендаций по обращению за ранней современной медицинской помощью.

Кроме того, в некоторых западноафриканских общинах традиционные целители пользуются большим уважением, чем те, кто пропагандирует «незнакомые» формы медицинского обслуживания. И хотя традиционная медицина может играть положительную роль в здравоохранении, некоторые этномедицинские убеждения и практики также могут оказывать серьезное негативное влияние на результаты в отношении здоровья и, что наиболее важно, на пути передачи патогенов. Например, исследования вспышки Эболы в 2014-2015 годах в Африке показали, что некоторое количество духовных целителей ложно заявляли о своей способности вылечить Эболу. Неудивительно, что несколько человек, в том числе по сообщениям, сами народные целители заразились. Ложно

¹⁶⁷ Umeora O., Emma-Echiegu N., Umeora M.C. et al. Ebola viral disease in Nigeria: the panic and cultural threat // African Journal of Health and Medical Sciences. 2014. №13(1). P. 4.

заявляя о своей способности лечить и избавлять пациентов от Эболы, многие традиционные целители, не имея надлежащего защитного снаряжения, подвергли себя заражению, которое они в дальнейшем передали своим пациентам. Средства массовой информации также сообщили о нескольких религиозных целителях, которые молились за жертв Эболы, при этом сами не только заразились этой болезнью, но и передали ее другим людям. Таким образом, как христианские, так и исламские лидеры могут сыграть важную роль в просвещении членов своих организаций о важности строгого соблюдения превентивных мер по борьбе с распространением Эболы.

В целом, попытки вылечить Эболу традиционными и духовными средствами подчеркивают необходимость расширения сотрудничества между традиционными целителями, духовными целителями и обученным медицинским персоналом. Без полного понимания этиологии, патогенеза, механизмов передачи, а также признаков и симптомов заболевания традиционным и духовным целителям трудно отличить потенциальных пациентов с Эболой от пациентов с другими состояниями, которые они могут вылечить. Кроме того, без надлежащего понимания болезни традиционные и духовные целители часто являются источниками ложной информации и мифов для широкой общественности, особенно в отдаленных сельских районах, где ограничен доступ к информации через электронные и печатные СМИ.

В Западной Африке общество ограничено культурой, которая делает упор на сострадательный уход за больными, а также на церемониальные процедуры для их тел в случае смерти. Это настолько глубоко укоренилось, что даже соседи чувствуют необходимость навещать пациентов дома или в больнице, чтобы поддерживать хорошие и спокойные соседские отношения.

Перемещение людей считается особой характеристикой жителей Африки, при этом темпы миграции превышают аналогичные показатели в остальном мире более чем в 7 раз¹⁶⁸. В значительной степени такая мобильность обусловлена

¹⁶⁸ Chan M. Ebola Virus Disease in West Africa – No Early End to the Outbreak // New England Journal of Medicine. 2014. №371. P. 1184.

бедностью, поскольку люди ежедневно путешествуют в поисках работы или еды. У многих расширенных западноафриканских семей есть родственники, живущие во многих разных странах по всему миру. Во время вспышек инфекционных заболеваний мобильность населения создает два существенных препятствия для борьбы. Во-первых, отслеживание трансграничных контактов затруднено, и, хотя население легко пересекает границы, службы реагирования на вспышки не контролируют этого. Во-вторых, когда ситуация в одной стране начинает улучшаться, это привлекает пациентов из соседних стран, ищущих доступные лечебные койки, тем самым возобновляя цепочки передачи. Другими словами, пока в одной стране происходит интенсивная передача инфекции, соседние страны остаются в опасности, независимо от того, насколько сильными могут быть их собственные меры реагирования.

Традиционный обычай возвращаться, часто на большие расстояния, в родную деревню, чтобы умереть и быть похороненным рядом с предками, является еще одним аспектом перемещения населения, который сопряжен с особенно высоким риском передачи. Сложный набор социологических и экономических факторов влияет на передвижение людей по ландшафту и может оказать решающее воздействие на динамику вспышек и пространственное распространение инфекционных заболеваний.

Потребление мяса диких животных является основным механизмом передачи ряда инфекционных заболеваний от диких животных к людям. Быстрая миграция людей в городские центры оказала давление на производство продуктов питания во многих частях Африки, включая доступ к мясу диких животных, деликатесу и предпочтительному источнику белка. Например, в Либерии мясо диких животных является основным источником белка, и, по оценкам, около трех четвертей населения страны потребляют мясо диких животных. Из-за очевидной нехватки продовольствия и бедности на диких животных, включая летучих мышей и приматов, часто охотятся для пропитания и для торговли. Это усиливает воздействие зоонозных инфекций на человека, поскольку вирусы, переносимые

этими животными, могут легко передаваться людям, когда их туши употребляются в пищу¹⁶⁹.

Стигматизация может повлиять на поведение людей, обращающихся за медицинской помощью во время эпидемии. Это может создать препятствия для борьбы со вспышками. Работники здравоохранения, имеющие решающее значение для борьбы со вспышкой, подверглись стигматизации; их отвергли сообщества, потому что их сообщества думали, что они являются «резервуарами» вируса. Это оказывает огромное влияние на отношение населения к обращению за медицинской помощью. Страх перед стигматизацией также может влиять на то, как жертвы и их семьи сообщают о заболевании. В большинстве случаев инфицированные люди и их семьи намеренно отказывались уведомлять власти о возможных случаях заражения из-за потенциальной негативной реакции своих соседей и сообщества. Стигматизация распространяется не только на ближайших родственников, но и на родственников выживших и умерших. Это также распространяется на уровень управления страной, в результате чего озабоченность по поводу международных ответных мер может повлиять на представление информации о состоянии здоровья. Стигматизация, связанная со здоровьем, была характерной чертой вспышки в Западной Африке и, вероятно, является причиной трудностей, выявленных при сдерживании эпидемии. Санитарное просвещение является одним из многих способов противодействия этому. Наряду с отслеживанием контактов и карантином во время вспышек в Конго (1995 год) и Уганде (2000 год), санитарное просвещение, как полагали, привело к снижению эффективного уровня воспроизводства вирусных инфекций и сокращению конечных масштабов эпидемии в два раза¹⁷⁰. Однако, как бы ни было важно разрабатывать и распространять сообщения о здоровье, сообщения также должны учитывать культурные убеждения и обычаи целевой группы.

¹⁶⁹ Hewlett B.S., Amola R.P. Cultural contexts of Ebola in northern Uganda // *Emerging Infectious Diseases*. 2003. №9(10). P. 1242.

¹⁷⁰ Baize S., Pannetier D., Oestereich L. et al. Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea – preliminary report // *New England Journal of Medicine*. 2014. №371. P. 1422.

Существует корреляция между количеством осадков и риском передачи некоторых инфекций. Дороги могут стать непроходимыми из-за увеличения количества осадков и затруднить обращение за лечением во время вспышек и осуществление мер инфекционного контроля, тем самым увеличивая риск передачи вируса. Хорошие дороги могут снизить риск за счет улучшения доступа к лечебным центрам во время вспышек инфекционных заболеваний. Более того, физическая среда, в которой живут люди, должна быть хорошо организована, чтобы от этого не было вреда. Учитывая физическую среду в Африке, поселения, как правило, плохо спланированы, и даже городские районы печально известны своим быстрым развитием с созданием пригородов и трущоб, которые не способствуют расселению людей. Ситуация в деревнях в большинстве стран региона представляет наихудший сценарий.

Некоторые социальные условия оказывают благоприятное и усиливающее воздействие на передачу вирусных инфекций от человека к человеку. Война, рост населения, бедность и плохая инфраструктура здравоохранения, а также другие социальные условия, вероятно, способствовали продолжительности и размаху эпидемии ряда инфекций в Африке. В этом регионе Африки южнее Сахары наблюдался резкий рост численности населения, при этом плотность населения (чел./км²) увеличилась примерно на 300%¹⁷¹. Например, в период 1960-2012 гг. плотность населения Гвинеи составляла 223%, 178% и 275% соответственно для Сьерра-Леоне и Либерии в период 1961-2013 гг. Эти условия препятствовали созданию адекватных учреждений общественного здравоохранения в регионе, где ожидаемая продолжительность жизни в лучшие времена составляла всего 46 лет.

Бедность была наиболее важной социальной детерминантой распространения всех инфекционных заболеваний. Социальная нестабильность Африки к югу от Сахары уходит корнями в экстрактивный характер ее экономических институтов и коррумпированность политических элит. В Западной Африке эпидемии привели к нехватке продовольствия и игнорированию органами

¹⁷¹ Troncoso A. Ebola outbreak in West Africa: a neglected tropical disease // Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine. 2015 №5(4). P. 259.

общественного здравоохранения других разрушительных тропических болезней, таких как малярия, менингит и холера.

Западная Африка является одной из зон гражданских беспорядков в мире. С 1989 по 2004 год в регионе продолжались вооруженные конфликты, особенно в Либерии, Сьерра-Леоне, Гвинее и Кот-д'Ивуаре. Конфликты создают питательную среду для насилия, грабежей и роста численности наемников. Кроме того, массовые перемещения беженцев в результате конфликтов, а также лагеря для переселения создают большую группу перемещенных и уязвимых людей. Эти общественные беспорядки негативно сказались на инфраструктуре, управлении, социальной сплоченности и психическое и физическое здоровье и средства к существованию людей в Западной Африке. Годы гражданской войны и беспорядков разрушили базовую инфраструктуру здравоохранения и создали группу безработных молодых людей с небольшим образованием или вообще без образования. Дорожные системы, транспортные услуги и телекоммуникации слабы во всех трех пострадавших странах, особенно в сельской местности. Это серьезно подрывает инфраструктуру общественного здравоохранения и предоставление услуг в регионе. Этнические конфликты, политическое насилие и войны, которые в настоящее время происходят во многих частях мира, имеют глубокие структурные причины.

Хотя характер вооруженных конфликты существенно изменились с течением времени, растущее число вооруженных конфликтов и войн во всем мире привело к тому, что мало внимания уделяется моделям страданий, вызванных конфликтом, а также долгосрочным последствиям для здоровья и психосоциальным последствиям для отдельных лиц, сообществ или конкретных этнических групп в пострадавших от войны районах. Оценка краткосрочного или долгосрочного воздействия на гражданское население бедных стран, пострадавших от войны, была недостаточной, и исследования страданий и расстройств, связанных с травмами, среди выживших только начинают появляться в научной литературе. Это привело к ограниченному пониманию взаимосвязей между критически важными социальными детерминантами и возможными последствиями политического

насилия для здоровья. Во время эпидемий эти недостатки окружающей среды значительно задерживали доставку пациентов в лечебные центры, образцов в лаборатории, передачу предупреждений, отчетов, призывов о помощи и кампаний по информированию общественности¹⁷².

Признание наличия проблемы имеет жизненно важное значение для определения надлежащих действий. Национальным правительствам и международным организациям при поддержке ВОЗ следует создать системы эпиднадзора за справедливостью в области здравоохранения для регулярного мониторинга целей в области неравенства в отношении здоровья, а также для оценки воздействия политики и действий на справедливость в отношении здоровья. Создание организационного пространства и потенциала для эффективных действий по борьбе с неравенством в отношении здоровья требует инвестиций в обучение политиков, практикующих врачей и понимание общественностью социальных детерминант здоровья. Это также требует более пристального внимания к социальным детерминантам в исследованиях общественного здравоохранения.

Хотя в настоящее время Африка является наименее урбанизированным континентом, по некоторым показателям Африка, и особенно Африка к югу от Сахары, является наиболее быстро урбанизирующимся регионом мира, при этом оценки предполагают увеличение доли населения, проживающего в городских районах, с 40% до 56-62% от общего числа в период с 2010 по 2050 год¹⁷³. Однако эта реальность сложна, и урбанизация в странах Африки к югу от Сахары отличается от нынешних или исторических тенденций урбанизации в других частях мира.

Одновременно с этими демографическими изменениями в Африке к югу от Сахары продолжают наблюдаться изменения эпидемиологических моделей, в частности переход к «двойному» бремени болезней. Взаимосвязь между

¹⁷² Forster T., Ammann C. African Cities and the Development Conundrum // International Development Policy. 2018. №10. P. 19.

¹⁷³ Vearey J., Luginaah I., Francis Magitta W., Shilla D.J., Oni T. Urban health in Africa: A critical global public health priority // The importance of Africa for global public health. BMC Public Health. 2019. №19. P. 340.

урбанизацией и инфекционными заболеваниями менее четкая, и, кроме того, на нее влияют внешние такие факторы, как география и климат. В некоторых случаях урбанизация может напрямую способствовать возникновению или повторному возникновению инфекционных заболеваний через деградацию экосистем, интенсификацию сельского хозяйства и расширение возможностей для взаимодействия человека и животных, особенно с грызунами или видами, обитающими в околотоводных водоемах. Также более высокая плотность населения, плохое жилье и плохая санитарная инфраструктура (по сравнению с сельскими районами) увеличивают риски, связанные с некоторыми инфекционными заболеваниями. И наоборот, городская среда может снизить передачу и заболеваемость другими патогенами, например, за счет сокращения мест обитания некоторых переносчиков. Более того, городская среда неоднородна, поэтому факторы риска, вероятно, будут различаться по всему континенту, по всей стране и даже в пределах одного города¹⁷⁴.

Помимо факторов, способствующих возникновению заболеваний, городская среда создает новые проблемы для борьбы с инфекционными заболеваниями. Предоставление новых или дополнительных мер контроля может оказаться не в состоянии соответствовать той же модели, которая использовалась для расширения медицинских услуг в сельских населенных пунктах, а расширение масштабов для удовлетворения более широких потребностей населения может привести к перегрузке существующих систем. Неформальные поселения (или «трущобы»), которые тесно связаны с быстрой урбанизацией, обычно перенаселены и не имеют базовых услуг и удобств, что ВОЗ приписывает более высокому риску некоторых инфекционных заболеваний, в частности диарейная болезнь. Однако жители неформальных поселений могут (но не всегда) иметь лучший доступ к здравоохранению, чем сельские общины, что потенциально компенсирует часть риска заболевания. Более того, сами города весьма неоднородны, а урбанизация также связана с растущим неравенством среди граждан. Таким образом, широко

¹⁷⁴ Maher D., Sekajugo J. Health transition in Africa: practical policy proposals for primary care // Bulletin of the World Health Organization. 2010. №88. P. 948.

распространенная практика использования средних значений для показателей городского населения, включая состояние здоровья, может скрывать важные различия в факторах риска и доступе к медицинской помощи и, следовательно, контролировать возможности между разрозненными группами горожан.

Высокая плотность населения была часто выявляемым фактором риска инфекционных заболеваний в странах Африки к югу от Сахары. Болезни, демонстрирующие повышенную распространенность или передачу в городских условиях с высокой плотностью населения, включают респираторные заболевания, вирусные геморрагические лихорадки, малярию и кишечные заболевания. Соответственно, это подвергает население, проживающее в определенных районах с высокой плотностью населения, и особенно в неформальных поселениях или трущобах, повышенному риску инфекционных заболеваний. Эта связь сохраняется даже на уровне домохозяйств, причем одно исследование показало, что более крупные домохозяйства (т.е., с большим количеством людей) подвергались более высокому риску кишечных заболеваний¹⁷⁵.

Характеристики искусственной среды также могут быть важными факторами риска заболевания. Существуют данные, свидетельствующие о том, что риск малярии в городских районах выше в районах с неправильной или редкой застройкой, и что высокая плотность застройки снижает риск заболевания денге. Было установлено, что низкое качество жилья является фактором риска некоторых респираторных заболеваний, малярии и гельминтов, передаваемых через почву. В частности, в отношении малярии имеются данные, свидетельствующие о том, что риск заражения малярией ниже среди жителей достроенных домов, кирпичных домов (по сравнению с глинобитными домами), домов с оконной сеткой или сеткой (по сравнению с домами с отсутствующим или неполным скринингом), домов с электричеством и домов с водопроводом. Отделочный материал для пола в доме

¹⁷⁵ Lagarde E., Congo Z., Meda N., Baya B., Yaro S., Sangli G., Traore Y., Van Rentergem H., Carael M. Study Group on HIV Dynamic Among Young Adults in Burkina Faso Epidemiology of HIV infection in urban Burkina Faso // International Journal of STD & AIDS. 2004. №15. P. 398.

также защищал от гельминтозов, передаваемых через почву, как и наличие многочисленных окон для туберкулеза¹⁷⁶.

Другими основными выявленными факторами риска являются плотность населения, отсутствие муниципальных услуг, таких как гигиена и санитария, а также медицинских услуг. Недостаточный дренаж и отсутствие доступа к уборной повышали риск заболевания холерой в Лусаке, Замбия. Домохозяйства в хорошо дренированных районах имели значительно более низкий риск заражения. Кроме того, в то время как риск заражения малярией, как правило, считается более низким в городских условиях по сравнению с сельской местностью, было показано, что на малярию влияют некачественные системы водоснабжения и санитарии. Помимо доступа к средствам гигиены, имеются данные о том, что качество услуг также влияет на риск кишечных заболеваний¹⁷⁷.

Другие виды муниципальных услуг, такие как удаление отходов, также могут оказывать влияние; исследования показали повышенный риск заражения вирусом денге в домашних хозяйствах, расположенных ближе к мусорным контейнерам. Было также показано, что большие расстояния до медицинских учреждений связаны с более высоким бременем малярии в городских условиях, в то время как более близкие расстояния или близость к основным дорогам были связаны со снижением риска заражения ВИЧ. Существуют также свидетельства того, что женщины, живущие в городских кварталах рядом с рынком, могут подвергаться повышенному риску заражения ВИЧ¹⁷⁸.

Климатические и природные условия городов влияют как на распространенность существующих инфекционных заболеваний, так и на появление новых. Несколько исследований показали, что относительная влажность и близость к воде в городских условиях повышают риск развития малярии и некоторых других инфекций (например, лихорадки денге), как это было бы и в

¹⁷⁶ Hassell J.M., Begon M., Ward M.J., Fevre E.M. Urbanization and Disease Emergence: Dynamics at the Wildlife-Livestock-Human Interface // Trends in Ecology & Evolution. 2017. №32. P. 57.

¹⁷⁷ Kraemer M.U.G., Faria N.R., Reiner R.C., Golding N., Nikolay B., Stasse S., Johansson M.A., Salje H., Faye O., Wint G.R.W., et al. Spread of yellow fever virus outbreak in Angola and the Democratic Republic of the Congo 2015-16: a modelling study // The Lancet Infectious Diseases. 2017. №17. P. 333.

¹⁷⁸ Magadi M.A. The Disproportionate High Risk of HIV Infection Among the Urban Poor in Sub-Saharan Africa // AIDS and Behavior. 2013 №17. P. 1648.

негородских условиях. Аналогичным образом, температура также была определена как фактор риска в городских районах. Однако в городских районах плотность населения может действовать синергически с этими факторами риска, повышая риск передачи. Население, проживающее на более низких высотах, подвергается более высокому риску кишечных заболеваний и гельминтозов, передаваемых через почву.

Городские сообщества, которые живут в непосредственной близости от определенных популяций животных, также могут подвергаться более высокому риску малярии, вирусных геморрагических лихорадок и других инфекций, таких как лептоспироз; в более общем плане характер и частота взаимодействия человека и животных в городских условиях отличаются от сельских и могут способствовать «распространению» патогенов, и приводят к появлению новых человеческих заболеваний. Другие факторы, которые, по прогнозам, могут повлиять на риск заболевания и, в частности, на возникновение заболевания, включают близость к сельскому хозяйству или густой растительности и большую изменчивость влажности¹⁷⁹.

В связи с отсутствием надлежащих услуг в области гигиены и санитарии, было показано, что поведение в области личной гигиены, такое как плохое мытье рук, питьевая вода без надлежащей обработки (т.е. хлорирования) и игры на свежем воздухе, повышают риск заражения кишечными заболеваниями, такими как брюшной тиф, а также глистными инфекциями. Неправильное обращение с бытовыми отходами, вероятно, в сочетании с недостатками на муниципальном уровне, также может увеличить риск трансмиссивных заболеваний, таких как денге и малярия.

Хотя сексуальные практики и поведение не являются уникальными для городских условий, было также показано, что они являются важным фактором риска заражения ВИЧ и другими инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Исследования показали, что более рискованное сексуальное поведение

¹⁷⁹ Mberu B.U., Haregu T.N., Kyobutungi C., Ezech A.C. Health and health-related indicators in slum, rural, and urban communities: A comparative analysis // *Global Health Action*. 2016. №9. P. 331.

повышает риск заражения ВИЧ в городских условиях, хотя есть свидетельства того, что даже беднейшие представители городского населения, проживающие в трущобах, чаще пользуются презервативами и имеют лучший доступ к тестированию на ИППП по сравнению с сельским населением. Другие факторы риска сексуального поведения включают наличие большего количества сексуальных партнеров, внебрачных сексуальных партнеров, начало половой жизни в возрасте до 16 лет, не использование средств защиты (то есть ношение презерватива), употребление алкоголя перед сексом, анальный секс, секс во время менструации и необрезание¹⁸⁰.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что существует необходимость в расследовании и согласовании профилактических мер с культурными нормами и ценностями пострадавших сообществ. Сам регион к югу от Сахары не является монолитом и включает в себя сорок шесть отдельных стран с растущим числом городов в их пределах. Географически крупные страны, такие как Ангола, Эфиопия и Мали, могут быть особенно важны для рассмотрения, учитывая сопутствующие проблемы, связанные с продолжением расширения первичной медико-санитарной помощи и базовых медицинских услуг в сельских районах для достижения целей всеобщего охвата услугами здравоохранения, а также необходимость решения проблемы предоставления услуг быстро растущему городскому населению.

3.2. Политика ВОЗ по координации борьбы с инфекционными заболеваниями с правительствами, гражданским обществом и бизнесом в африканских странах южнее Сахары

Построение конструктивной политики противодействия распространению инфекционных заболеваний, в частности ВИЧ/СПИД, в странах Африки, расположенных южнее Сахары, требует от ВОЗ не только учета всей совокупности

¹⁸⁰ Kirakoya-Samadoulougou F., Nagot N., Defer M.C., Yaro S., Fao P., Ilboudo F., Langani Y., Meda N., Robert A. Epidemiology of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection in Rural and Urban Burkina Faso // Sexually Transmitted Diseases. 2011. №38. P. 119.

факторов социально-политического и культурного характера, способствующих инфицированию, но и соответствующей координации политических акторов, в отношении деятельности которых ВОЗ может выступать «архитектором» системы их взаимодействия. ВОЗ располагает достаточным инструментарием политического воздействия, который позволяет ей координировать политику национальных правительств, институтов гражданского общества и представителей коммерческой бизнес-среды в целях борьбы с распространением инфекционных заболеваний.

Трудно переоценить роль национального правительства в деле организации системы общественного здравоохранения и противодействия инфекционным заболеваниям, учитывая масштабы потенциальных административно-финансовых ресурсов, которые оно может задействовать. В этом контексте особое значение приобретает роль ВОЗ как координатора деятельности национальных правительств стран Африки, расположенных южнее Сахары. В 2014 году Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) запустила целевые показатели 95-95-95. Цель состояла в том, чтобы к 2030 году диагностировать 95% всех ВИЧ-инфицированных, обеспечить антиретровирусную терапию (АРТ) для 95% диагностированных и добиться подавления вируса для 95% лечившихся¹⁸¹.

Успешный национальный ответ на распространение ВИЧ требует, среди прочего, достаточного количества медицинского персонала, доступа к тестированию и лекарствам, кампаний по борьбе со стигматизацией, участия сообщества, политической воли и финансовых ресурсов. Однако в 2017 году улучшение ресурсов для мер реагирования на ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода застопорилось, а глобальное финансирование борьбы с ВИЧ сократилось на 7% в период с 2017 по 2019 год. По оценкам ЮНЭЙДС, глобальное финансирование борьбы с ВИЧ должно увеличиться на 30%, чтобы отреагировать на растущую эпидемию ВИЧ¹⁸².

¹⁸¹ McRobie E. HIV Policy Implementation in Two Health And Demographic Surveillance Sites in Uganda. Findings From a National Policy Review, Health Facility Surveys and Key Informant Interviews // Implementation Science. 2017. №12(47). P. 10.

¹⁸² Apanga P.A. HIV/AIDS-related stigma and discrimination in sub-Saharan Africa. a review // Journal of Natural Sciences Research. 2014. №4(21). P. 41.

В то же время, когда странам настоятельно предлагается увеличить финансирование национальных мер по борьбе с ВИЧ, стоимость антиретровирусной терапии (далее – АРТ) остается препятствием для лечения ВИЧ. В то время как в некоторых странах наблюдалось снижение цен, в других наблюдался даже рост цен на АРТ. Цены на антиретровирусные препараты от ВИЧ могут варьироваться в зависимости от страны: самые низкие цены в странах с низким и средним уровнем дохода и самые высокие цены в странах с доходом выше среднего и высоким уровнем дохода. Крупные международные доноры, такие как Глобальный фонд и Чрезвычайный план президента США по оказанию помощи в борьбе со СПИДом (ПЕПФАР), делают упор на устойчивое финансирование и стимулирование мер реагирования на ВИЧ под руководством стран. Устойчивое финансирование является необходимой долгосрочной целью прекращения эпидемии ВИЧ; однако это создает значительную нагрузку на страны, которые в значительной степени зависят от внешнего финансирования лечения ВИЧ.

Пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19) еще больше обострила проблему доступа к лечению ВИЧ. В июле 2020 года 73 страны сообщили о повышенном риске нехватки АРТ в результате COVID-19, а смертность от ВИЧ, по прогнозам, увеличится на 10% в условиях с высокой нагрузкой в результате нехватки лекарств и отсутствия потенциала в системе здравоохранения¹⁸³. Карантин в некоторых странах привел к дефициту производства АРТ, поскольку это вынуждает заводы и цепочки поставок работать с ограниченной производительностью. Ситуация усугубляется тем, что ряд препаратов АТР используются в клинических испытаниях для определения потенциального эффекта против COVID-19. Новые проблемы, связанные с COVID-19, усугубили существующие барьеры для доступа к лечению и сделали необходимость улучшения доступа к лечению еще более острой.

Эффективное лечение ВИЧ не только снижает заболеваемость и смертность от ВИЧ, но и предотвращает передачу вируса; это сокращение распространения

¹⁸³ Olum R., Chekwech G., Wekha G., et al. Coronavirus disease-2019. knowledge, attitude, and practices of health care workers at Makerere university teaching hospitals, Uganda // Front Public Health. 2020. №8. P. 181.

вируса необходимо для достижения целей ЮНЭЙДС и прекращения СПИДа. Для достижения целей ЮНЭЙДС в области лечения крайне важно, чтобы АРТ была доступна всем, кто нуждается в ней для борьбы с эпидемией ВИЧ – лучшие лекарства по лучшей цене.

На текущий момент лекарства от ВИЧ производятся по значительно более низкой цене, чем их продажная цена по патенту. Часто отпускные цены на запатентованные лекарства, включая антиретровирусные препараты от ВИЧ, не публикуются в открытом доступе; поэтому эти оценки дают лишь краткую картину высоких цен, уплаченных за антиретровирусные препараты. Одной из ключевых причин высоких цен на лекарства являются патентные законы, предоставляющие фармацевтическим компаниям монопольную власть на срок до 20 лет с момента подачи заявки. В большинстве стран срок действия патентов на ключевым препараты АТР истек в 2021 году, что позволит конкуренции за дженерики снизить цены. В большинстве стран срок действия патентов истекает не ранее 2025-2029 годов¹⁸⁴. В США цены на антиретровирусные препараты остаются высокими. Однако цены на антиретровирусные препараты значительно снизились в других странах с низким и средним уровнем дохода, что делает более достижимым дальнейшее снижение минимальной себестоимости.

Положительным примером действий национального правительства по борьбе с распространением ВИЧ может стать Уганда. Причины, по которым Уганда, страна, считающаяся бедной, добилась большего успеха в борьбе с ВИЧ/СПИДом, чем такие страны, как Южная Африка и Ботсвана, остается предметом для дискуссии. Страны отреагировали на меры по смягчению последствий ВИЧ / СПИДа путем предоставления информации и расширения масштабов лечения и профилактики. Однако в них не учитывались социальные, экономические и властные отношения, которые ответственны за индивидуальные риски заражения и способность защитить себя. Распространенность ВИЧ среди женщин в большинстве африканских стран, включая Уганду, выше, чем среди мужчин.

¹⁸⁴ Gilbert M., Pullano G., Pinotti F., et al. Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19. a modeling study // *Lancet*. 2020. №395. P. 875.

Например, женщины не могут договориться о постоянном использовании презервативов из-за распределения власти в отношениях между мужчинами и женщинами. Успех Уганды также примечателен тем, что она смогла создать хорошо скоординированные отношения между различными субъектами, участвующими в борьбе с ВИЧ/СПИДом. Политические, социальные или структурные факторы играют определенную роль в различиях между странами в отношении того, как политика реализуется на практике и, в конечном счете, в успехах, которые могут быть зарегистрированы в профилактике ВИЧ¹⁸⁵.

В Уганде организации гражданского общества долгое время работали независимо, но с ведома правительства о том, что они делают в сфере услуг, особенно в здравоохранении и образовании. Неправительственные организации (НПО) первыми создали системы обслуживания и медицинской поддержки для пациентов с ВИЧ/СПИДом. Для обеспечения устойчивых взаимоотношений между государственным и частным секторами требуется комплексная институциональная среда. Такие страны, как Руанда, разработали программы борьбы с ВИЧ и СПИДом, которые позволили им добиться практически всеобщего доступа к профилактике, уходу и лечению ВИЧ. Это связано с тем, что страна создала децентрализованную систему сектора здравоохранения, а также ее государственную политику, которая позволяет получать дополнительные услуги от НПО и государственных медицинских учреждений. В этих условиях национальное правительство не только вносит вклад и создает благоприятные условия, способствующие развитию частного сектора, но и вовлекает членов гражданского общества в правительственные команды, участвующие в поставке товаров и услуг для борьбы с инфекциями.

Участие ВОЗ является сильным фактором, который облегчает координацию государственного сектора, частного сектора и гражданского общества в предоставлении медицинских и профилактических услуг в целом. Государства создают условия, которые укрепляют и повышают эффективность медицинских

¹⁸⁵ Mayer K.H, Krakower D.S. Antiretrovirals for HIV treatment and prevention. the challenges of success // The Journal of the American Medical Association. 2016. №316(2). P. 152.

учреждений и организаций. ВОЗ может координировать отношения между различными субъектами, участвующими в предоставлении услуг, например, теми, кто участвует в мероприятиях, связанных с ВИЧ/СПИДом. Как государственные, так и негосударственные субъекты должны работать в тесном партнерстве для эффективного предоставления медицинских и профилактических услуг. В то время, когда правительства многих африканских стран, таких как Кения и Зимбабве, отрицали существование ВИЧ/СПИДа, Уганда отреагировала открытой позицией в отношении эпидемии и была одной из первых африканских стран, создавших национальную программу борьбы со СПИДом и Национальный комитет по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Ответные меры правительства Уганды в борьбе с пандемией СПИДа, а не отрицание ее существования, остаются беспрецедентными и не имеют аналогов на африканском континенте. По словам представителя ЮНЭЙДС в стране и исполнительного директора ЮНЭЙДС, Уганда добилась огромного прогресса в борьбе с этим бедствием, что сделало ее образцовой страной для эффективного реагирования на любую эпидемию¹⁸⁶.

Уганда создала среду, которая поощряла мероприятия по профилактике и смягчению последствий ВИЧ/СПИДа различными лицами и группами, включая НПО по борьбе с ВИЧ/СПИДом, религиозные организации и частных лиц. Кроме того, правительство создало такие учреждения, как Комиссия Уганды по СПИДу и Национальный форум партнерства по ВИЧ/СПИДу, а также различные комитеты, такие как Окружные координационные комитеты по СПИДу), которые будут поощрять взаимодействие между различными субъектами, участвующими в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа, а также между различными субъектами и правительственными учреждениями и ведомствами.

Нельзя игнорировать важность политических лидеров в продвижении и поддержке борьбы с ВИЧ/СПИДом. Убеждения высшего политического руководства имеет решающее значение для предоставления ресурсов, необходимых для борьбы с ВИЧ/СПИДом. Чтобы подтвердить свою

¹⁸⁶ Gichuna S., Hassan R., Sanders T., et al. Access to healthcare in a time of COVID-19. sex workers in crisis in Nairobi, Kenya // *Glob Public Health*. 2020. №15. P. 1430.

приверженность делу борьбы с инфекционными заболеваниями, политические лидеры мира на 69-й ассамблее ООН подписали резолюцию о ликвидации ВИЧ к 2030 году. В Уганде президент поддержал борьбу, когда другие африканские лидеры отрицали существование ВИЧ/СПИДа¹⁸⁷.

В Уганде имеется децентрализованная административная структура, в которой районам предоставлена автономия в разработке их собственных программ. В борьбе с ВИЧ/СПИДом политика децентрализации способствует скоординированному партнерству между религиозными, политическими и образовательными учреждениями и НПО при планировании и осуществлении программ через центральный координационный орган на районном уровне. Первоначально Окружной координационный комитет по СПИДу, а затем Окружной комитет по СПИДу взяли на себя важнейшую роль в реагировании на проблему ВИЧ/СПИДа. Создание этих органов способствовало формированию официальной структуры коммуникации, с помощью которой политики могли взаимодействовать с другими участниками и контролировать программы в своих соответствующих районах.

В Уганде децентрализованная структура позволяет Комиссии Уганды по СПИДу поддерживать связь с политиками в местных органах власти. Участие должностных лиц, являющихся частью общества, в процессе управления программами повышает доверие между правительством и гражданами, и такое доверие ведет к улучшению предоставления и управления медицинскими и профилактическими услугами. Децентрализованные реформы в области здравоохранения, включающие создание координационных комитетов по СПИДу на различных уровнях, способствуют участию и вовлечению людей, работающих в различных областях и на всех уровнях. Создание таких органов должно было способствовать координации деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИДом в округах, но эта структура не была полностью реализована из-за отсутствия технического руководства и финансирования. В результате организации системы ООН,

¹⁸⁷ Mbunge E. Effects of COVID-19 in South African health system and society. an explanatory study // *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2020. №14. P. 1810.

правительства и неправительственные организации начали переговоры с крупнейшими фармацевтическими компаниями, производящими АТР-препараты, о снижении цен на них. Фармацевтические компании вели переговоры с правительствами по каждой стране и по каждому лекарству. Непрерывные переговоры с правительством позволили снизить стоимость лекарств от ВИЧ/СПИДа на 80-90%¹⁸⁸.

Уганда является одной из стран, активно разрабатывающих гибридный механизм закупок лекарств, который сочетает в себе международные проекты лекарственного обеспечения ВОЗ с конкурентными процедурами проведения торгов в отношении производителей дженериков. Крупнейшим центром, занимающимся распространением этих препаратов, является Объединенный центр клинических исследований, некоммерческая организация, созданная Министерством обороны, Министерством здравоохранения и УниверситетомMakerере для проведения исследований в области ВИЧ/СПИДа. Следует подчеркнуть, что правительство полагается на медицинские учреждения (государственные больницы и другие государственные учреждения здравоохранения) для реализации различных программ в области здравоохранения. Несмотря на негативные последствия, в качестве механизмов реагирования были приняты некоторые ответные меры, такие как предоставление телефонных консультаций, перепрофилирование служб и учреждений, создание изоляционных центров и положения руководящих принципов. Однако в некоторых условиях некоторые службы остались незатронутыми.

В Уганде гражданское общество и правительство соучаствуют в борьбе с ВИЧ/СПИДом. Организации гражданского общества работают с людьми на низовом уровне. Участие гражданского общества является предварительным условием успешной борьбы с такой эпидемией, как ВИЧ/ СПИД, которая затрагивает все социальные и экономические форумы. Организации гражданского

¹⁸⁸ Beyrer C., Abdool Karim Q. The changing epidemiology of HIV in 2013 // Current Opinion in HIV and AIDS. 2013. №8(4). P. 309.

общества сыграли важную роль в том, чтобы общество осознало и приняло реальность ВИЧ/СПИДа и сотрудничало в борьбе с ВИЧ/СПИДом¹⁸⁹.

В Уганде НПО сыграли важную роль и стали пионерами в борьбе с ВИЧ/СПИДом. Например, НПО по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Уганде рассматривались как каналы, по которым консультирование и уход, а также сообщения о ВИЧ/СПИДе об изменении поведения могли доходить до общин. Правительство Уганды обеспечило стабильную среду, в которой НПО могли развиваться и сосуществовать с правительством в борьбе с ВИЧ/СПИДом. Такого рода сотрудничество позволило направить правильные сообщения сообществам и людям на низовом уровне в Уганде.

Многосекторальный подход ведет борьбу со СПИДом по ряду направлений с участием различных правительственных министерств и организаций гражданского общества, таких как местные и международные НПО, бизнес-сектор и частные лица. На административном уровне правительство и НПО совместно планируют некоторые мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Например, мероприятия по празднованию Международного дня борьбы со СПИДом совместно планируются и проводятся правительством и организациями гражданского общества по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Участие народных представителей в правительственных комитетах не только повышает легитимность программ, но и способствует установлению доверительных отношений между правительством и гражданами¹⁹⁰.

На оперативном уровне организации подписывают меморандумы с государственными органами, обязуясь предоставлять различные услуги и использовать доступные медицинские учреждения. Религиозные организации являются одной из категорий организаций гражданского общества, участвующих в многоотраслевой стратегии, которая играет важную роль в мобилизации сообществ для изменения поведения в отношении фекционных заболеваний. Религиозные

¹⁸⁹ Malani P.N. Vision for an AIDS-free generation. red ribbons of hope // The Journal of the American Medical Association. 2016. №316(2). P. 155.

¹⁹⁰ Kharsany A.B., Karim Q.A. HIV infection and AIDS in sub-Saharan Africa. current status, challenges and opportunities // The Open AIDS Journal. 2016. №10. P. 48.

организации сыграли важную роль в распространении информации о ВИЧ/СПИДе и оказании медицинской помощи в Уганде. Участие религиозных групп в борьбе с ВИЧ/СПИДом укрепило доверие людей к правительству и его учреждениям. Законность обсуждения ВИЧ/СПИДа, который считался болезнью, связанной с грехом, стала успешной благодаря участию религиозных групп. Участие высших церковных руководителей в работе Комиссии Уганды по СПИДу разрушило миф о том, что ВИЧ/ СПИД рассматривается как болезнь, поражающая аморальных людей и передающаяся через аморальное поведение.

Введение дискуссий о ВИЧ/СПИДе на религиозных собраниях и мероприятиях послужило, в первую очередь, легитимизации и признанию наличия заболевания среди прихожан и поощрению принятия проблемы. Включение религиозных лидеров в состав команды, борющейся с ВИЧ/СПИДом, было одним из способов преодоления культурных и религиозных тенденций рассматривать людей с ВИЧ/СПИДом как аморальных социальных извращенцев. Это было частью инициативы по проведению коллективной атаки против ВИЧ/СПИДа.

Открытые дискуссии о сексе включали в себя обсуждение вопросов, связанных с личной жизнью людей и религиозными убеждениями. Привлечение религиозных учреждений не только узаконило такие дискуссии, но и ограничило оппозицию со стороны религиозных лидеров. Большинство государственных должностных лиц не решались решать вопросы, связанные с сексом и сексуальностью, из-за противодействия со стороны религиозных лидеров и заинтересованных групп, которые рассматривали такие вопросы как вопросы индивидуального поведения и не для общественного обсуждения¹⁹¹.

Пандемия COVID-19 бросила вызов местным, национальным, региональным и глобальным возможностям по подготовке и реагированию. Недавние пандемии, такие как COVID-19 и другие, такие как эпидемия ВИЧ в начале 1990-х годов и вспышка Эболы в середине 2010-х годов, создали серьезные проблемы для африканских систем здравоохранения. Несколько стран извлекли ценные уроки из

¹⁹¹ Shu-Acquaye F. The decline of HIV/AIDS. a new paradigm in sub-Saharan Africa? // African Journal of International and Comparative Law. 2016. №24(3). P. 381.

этих кризисов и разработали механизмы преодоления для борьбы с этими заболеваниями. Различные эксперты высказывали предположения о потенциальном воздействии пандемии COVID-19 на системы здравоохранения Африки на ранних стадиях пандемии и предупреждали странам с ограниченными ресурсами необходимо максимально подготовиться к ослаблению последствий пандемии.

Африканские системы здравоохранения будут по-прежнему сталкиваться с возникающими глобальными и местными событиями, включая конфликты, потенциальные новые инфекционные заболевания, изменение климата и растущее бремя неинфекционных заболеваний. С другой стороны, страны с хрупкой системой здравоохранения, вероятно, будут перегружены сложностью выявления случаев заболевания, необходимостью разработки и поддержания коммуникационных стратегий, а также проблемами безопасного ухода за растущим числом тяжелобольных пациентов. В конечном счете, основное внимание в регионе должно быть сосредоточено на создании устойчивого здравоохранения, системы, которая отвечает за все проблемы со здоровьем, времена и люди. Хорошо налаженная и устойчивая система здравоохранения позволяет странам подготовиться и надлежащим образом реагировать на потрясения и нарушения в системе здравоохранения, вызванные беспрецедентными рисками для здоровья населения, включая пандемии. Однако создание устойчивой системы здравоохранения будет сопряжено с трудностями, отчасти из-за ограниченных ресурсов, включая недостаточное финансирование здравоохранения и нехватку квалифицированного медицинского персонала. Хотя COVID-19 остается биомедицинской проблемой, подхода, ориентированного только на борьбу с болезнями, будет недостаточно для сдерживания пандемии. Уроки прошлых эпидемий и серьезные проблемы в области здравоохранения в регионе напоминают о необходимости защиты, поддержки и расширения

возможностей медицинских работников, которые остаются основой системы здравоохранения Африки¹⁹².

Известно, что успешное лечение ВИЧ/СПИДа зависит от оптимального режима питания как ключевого компонента успешного режима лечения, поскольку правильное питание поддерживает положительный иммунный ответ на АРТ. Связанные с ВИЧ потеря веса и истощение из-за низкого потребления энергии и повышенных энергетических потребностей в связи с ВИЧ-инфекцией могут осложняться в условиях отсутствия продовольственной безопасности и низкого дохода и стать фактором риска прогрессирования ВИЧ и смертности. Отсутствие продовольственной безопасности – это отсутствие регулярного доступа к безопасной и питательной пище для нормального роста и развития, а также активная и здоровая жизнь из-за отсутствия продовольствия или нехватки ресурсов для получения продовольствия. Острота проблемы отсутствия продовольственной безопасности усугубляется в совокупности неопределенностью в доступе к продовольствию, нехваткой ресурсов для покупки здоровой пищи и нехваткой продовольствия. Население, инфицированное ВИЧ/СПИДом, в Африке испытывает более высокий уровень продовольственной незащищенности, где недоедание, особенно недостаточное питание, уже носит эндемический характер и может создавать больше проблем для АТР в достижении оптимальной профилактики и ведения, а также в усилении тяжести симптомов ВИЧ/СПИДа. Недостаточное питание присутствует, когда у человека неоптимальное питание, которое ограничивает здоровье и рост.

В 2020 году более 100 миллионов африканцев не имели продовольственной безопасности, и ожидается, что в 2021 году это число увеличится на 60%¹⁹³. В контексте отсутствия продовольственной безопасности фактические данные показывают, что ВИЧ является сильным предиктором недоедания, потенциально повышая уязвимость к другим сопутствующим заболеваниям, таким как

¹⁹² Ojo S.S., Agara J.J., Pojwan M.A. Cultural practices and prevalence of HIV/AIDS among Nigerian women. a case study of Lafia, Nigeria // Research on Humanities and Social Sciences. 2015. №5(18). P. 15.

¹⁹³ Guan D., Wang D., Hallegatte S., et al. Global supply-chain effects of COVID-19 control measures // Nature Human Behaviour. 2020. №4. P. 579.

туберкулез. Недостаточное питание ослабляет иммунитет, тем самым увеличивая шансы развития активного туберкулеза; большинство людей с активным туберкулезом находятся в катаболическом состоянии и, как таковые, страдают от потери веса/истощения.

Двойное бремя ВИЧ/СПИДа и туберкулеза также связано с недоеданием, безработицей, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, нищетой и бездомностью. В африканском контексте вполне вероятно, что отсутствие продовольственной безопасности является фактором пищевого риска или симптомом активной туберкулезной инфекции из-за сильного влияния туберкулезной инфекции на питание среди инфицированного населения.

Практические решения, основанные на синдемическом подходе к решению проблемы бремени болезней, были задокументированы в других случаях многофакторного воздействия на население, страдающее от множественного бремени болезней. Африканские страны, такие как Руанда и Южная Африка, разработали и внедрили комплексное предоставление медицинских услуг для лечения связанных заболеваний (ВИЧ, туберкулез, диабет, психические расстройства), на которые сильно влияют социальные и структурные факторы, такие как экономические трудности, стигматизация и нехватка квалифицированных медицинских работников для удовлетворения потребностей в области здравоохранения. Эти комплексные программы обеспечивают легкий доступ к необходимым медицинским услугам для пострадавших групп населения, поскольку они могут получить доступ ко всем своим потребностям в области здравоохранения в одном месте или получать поддержку со стороны местных медицинских работников для последующей поддержки, что способствует сохранению приверженности лечению и уходу¹⁹⁴.

Со стороны бизнес-структур африканских государств необходима работа по недопущению дискриминации работников по признаку ВИЧ-положительного статуса. ВИЧ/СПИД представляет собой сильно стигматизируемое заболевание. Во

¹⁹⁴ Fayoyin A. Renewing media and public attention to the AIDS pandemic in sub-Saharan Africa in the post-2015 development agenda. a reflective perspective // African Journal of Political Science and International Relations. 2016. №10(1). P. 5.

многим это связано с тем, что она передается половым путем, нагружая инфекцию моральными и культурными суждениями. Даже когда такие суждения можно отбросить, секс остается для многих людей смущающей темой, которую трудно обсуждать открыто. Отсутствие лекарства от СПИДа (и еще большее незнание позитивных шагов, которые инфицированные люди могут предпринять, чтобы оставаться здоровыми) превращает ВИЧ/СПИД в опасную болезнь и усиливает его стигматизированный статус¹⁹⁵.

Такая стигматизация не зависит от места работы, она порождается более широкими социальными ценностями и характером заболевания. Важно создать среду, в которой работник, живущий с ВИЧ или СПИДом, может добровольно раскрыть свой статус, не опасаясь дискриминации или возмездия. Такая среда поможет руководству не только поддерживать сотрудников, где это возможно, но, что важно, также управлять последствиями для людских ресурсов.

Финансовые аспекты борьбы с инфекционными заболеваниями по-прежнему остаются значимым фактором для координации работы национальных правительств и институтов гражданского общества со стороны ВОЗ. Во время глобальных чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения серьезность вспышек и экономическое бремя обычно зависят от готовности страны и ее экономической устойчивости. Большинство слаборазвитых стран сталкиваются с огромными и искаженными экономическими последствиями; например, во время тяжелой пандемии гриппа, когда было зафиксировано снижение валового национального дохода на 4-5%¹⁹⁶. Также сообщалось, что некоторые страны, такие как Гвинея, Сьерра-Леоне и Либерия, потеряли около 2,2 миллиарда долларов в своем валовом внутреннем продукте из-за Эболы в 2015 году. В другом месте сообщалось, что в результате туберкулеза во всем мире было потеряно 12 миллиардов долларов. Кроме того, Всемирный банк оценил общее экономическое воздействие кризиса, вызванного Эолой, на Гвинею, Либерию и Сьерра-Леоне

¹⁹⁵ Fauci A.S., Folkers G.K., Marston H.D. Ending the global HIV/AIDS pandemic. the critical role of an HIV vaccine // *Clinical Infectious Diseases*. 2014. №59(Suppl 2). P. 81.

¹⁹⁶ Tenkorang E.Y. Marriage, widowhood, divorce and HIV risks among women in sub-Saharan Africa // *International Health*. 2014. №6(1). P. 49.

примерно в 2,8 миллиарда долларов: 600 миллионов долларов для Гвинеи, 300 миллионов долларов для Либерии и 1,9 миллиарда долларов для Сьерра-Леоне, что, без сомнения, окажет негативное влияние на эти страны с низким предельным доходом и низким валовым внутренним продуктом¹⁹⁷.

В последнее время пандемия COVID-19 в странах Африки к югу от Сахары имела огромные социально-экономические последствия, в результате чего, по оценкам, потери в регионе составили от 37 до 79 миллиардов долларов, что привело к сокращению сельскохозяйственного производства, ослаблению цепочек поставок, увеличению дефицита торгового баланса, росту безработицы и массовой потере рабочих мест, политической нестабильности. В Гане социально-экономические последствия COVID-19 пандемия на рынках стала очевидной в связи с ростом цен на продукты питания, экономическими трудностями, связанными с директивой о карантине, принудительным переселением и противоотечными мероприятиями для обеспечения социального дистанцирования среди торговцев. Сокращение чистого экспорта нефти и международной торговли нефтью из-за глобальной пандемии привело к торговым потерям в размере от 35 до 65 миллиардов долларов в странах, экономика которых зависит исключительно от экспорта нефти, таких как Ангола, Экваториальная Гвинея и Нигерия¹⁹⁸. В индустрии туризма чистый убыток в размере 5 млрд. долл. было зарегистрировано (0% от валового внутреннего продукта 2018 года), поскольку это влияет на госпитализации и авиаперелеты, особенно в Эфиопии и Кении, где туризм вносит основной вклад в их экономику. В целом, Африка к югу от Сахары может потерять около 200 миллиардов долларов из-за пандемии COVID-19, потеряв более 20 миллионов рабочих мест, что предполагает дальнейшие социальные волнения, такие как рост терроризма, безработицы, увеличение торговли людьми и другие социальные угрозы.

¹⁹⁷ Banda F., Kunkeyani T.E. Renegotiating cultural practices as a result of HIV in the eastern region of Malawi // Culture, Health & Sexuality. 2015. №17(1). P. 39.

¹⁹⁸ Maposa S., Muriuki A.M., Moss T., Kpebo D. Confronting cultural silencing of women. untold stories of abuse and HIV risk in young women in Africa and the United States // World Med Health Policy. 2016. №8(3). P. 289.

Без сомнения, африканские страны страдают от экономических последствий и отвращения, вызванных инфекционными заболеваниями, которые замедлили бы рост и развитие региона. Следовательно, необходимы программы вмешательства в восстановление экономики с тематическими целями сокращения безработицы, улучшения общих систем здравоохранения и управления ресурсами. Поэтому крайне важно, чтобы эти проблемы, с которыми часто сталкиваются во время глобальных чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, были устранены путем разработки политики государствами-членами, региональными органами и Африканским союзом для консолидации процессов восстановления экономики¹⁹⁹.

Для надлежащей подготовки к будущим вспышкам Африка нуждается в усилении африканских центров по контролю и профилактике заболеваний и национальных учреждений общественного здравоохранения. Сильные учреждения общественного здравоохранения имеют решающее значение для согласования и координации ответных мер общественного здравоохранения в разных секторах, дисциплинах и границах. Кроме того, увеличение инвестиций в кадры общественного здравоохранения, а также местные настоятельно рекомендуется производить вакцины, терапевтические и диагностические средства. Несмотря на угрозы, создаваемые инфекционными заболеваниями в Африке, важно отметить, что континент производит только 1% своих вакцин и не имеет достаточных мощностей для их масштабного производства. Таким образом, африканские страны должны вкладывать огромные средства в местное производство вакцин, включая разработку и обслуживание процессов, производственные мощности, управление жизненным циклом и управление портфелем продуктов.

До эпидемии Эболы в африканском регионе не было континентальных центров по контролю и профилактике заболеваний. Роль Африканского центра по контролю и профилактике заболеваний, созданного в 2017 году после смертоносного кризиса Эболы в 2014 году, заключается в реагировании на возникающие и вновь возникающие вспышки заболеваний, включая нынешний коронавирус. Центр принадлежит и частично финансируется 54 участника при

¹⁹⁹ Michalski J.H. Ritualistic rape in sociological perspective // Cross-Cultural Research. 2016. №50(1). P. 19.

дополнительной финансовой поддержке со стороны Соединенных Штатов, Китая, Всемирного банка, Кувейта и Японии. Его секретариат базируется в штаб-квартире Африканского союза в Аддис-Абебе²⁰⁰. Китайско-африканское сотрудничество в области здравоохранения поддерживает глобальную повестку дня в области здравоохранения по профилактике, контролю и ликвидации некоторых инфекционных заболеваний, таких как малярия, шистосомоз, Эбола, туберкулез, ВИЧ/СПИД. Африканский исследовательский центр по народонаселению и здравоохранению является ведущим panaфриканским исследовательским учреждением, базирующимся в Найроби, Кения, которое проводит высококачественные исследования, связанные с политикой, в различных тематических областях, таких как народонаселение, здравоохранение, образование, урбанизация и другие проблемы развития по всему континенту.

До сих пор Африка тратила больше на вертикальные программы борьбы с болезнями. Вертикальные подходы обычно специализированные клинические вмешательства, ориентированные на конкретные заболевания и поддерживающие их, проводятся специализированной службой. Эксперты в области здравоохранения предупреждают, что непропорциональное расходование средств на инициативы, связанные с болезнями, в развивающихся странах может поставить под угрозу системы здравоохранения и привести к фрагментации комплексных мероприятий. В отличие от этого, горизонтальные подходы решают многочисленные взаимосвязанные проблемы здравоохранения путем укрепления систем здравоохранения и разработки комплексных систем оказания помощи. Следовательно, нужен баланс в Африке для реализации жизненно важных вертикальных инициатив, направленных на быстрое снижение смертности, а также с акцентом на общее развитие, которое предполагает активное межсекторальное сотрудничество и комплексные социальные инициативы.

²⁰⁰ Onyiloha C.A, Iheanacho N.N. Socio-ethical implication of contraception and abortion. a rising paradigm of John Paul II's culture of death // International Journal of Arts and Humanities. 2016. №5(2). P. 89.

1. Система факторов распространения инфекционных заболеваний в регионе Африки южнее Сахары может быть условно разделена на исторические и социально-политические причинные комплексы. Исторический контекст распространения инфекционных заболеваний указывает на эпидемиологическую уязвимость населения африканских обществ перед привнесенными заболеваниями в результате миграции и колонизации территории африканского континента. Текущее состояние африканских сообществ указывает на детерминированность процесса распространения инфекционных заболеваний комплексом социальных, политических и культурных причин, редко учитывающихся при разработке политики противодействия данным заболеваниям. Когда цели медицинских вмешательств пересекаются с укоренившимися культурными практиками, последние всегда побеждают, и поэтому меры по контролю за здоровьем должны быть встроены в существующие культурные практики.

2. В современной системе противодействия распространению инфекционных заболеваний в регионе Африки южнее Сахары ключевая роль принадлежит ВОЗ как координирующему центру согласования действий национальных правительства и институтов гражданского общества. Продуктивные примеры борьбы с распространением ВИЧ-СПИД на территории африканского континента свидетельствуют о важности взаимодействия государственных учреждений и неправительственных организаций, местных лидеров и религиозных движений в деле культурно-просветительского и медицинско-профилактического противодействия инфекционным заболеваниям. ВОЗ должна выступать в качестве «архитектором» системы взаимодействия ключевых политических акторов, способных создать благоприятную социально-культурную среду для медицинского вмешательства в процесс распространения инфекций. Необходимо усилить эпиднадзор за общественным здравоохранением, наладить надлежащую коммуникацию между исследователями и политиками, расширить возможности для проведения исследований и обучения специалистов, уделять особое внимание

обратной связи, эффективной инфраструктуре общественного здравоохранения и, наконец, сотрудничеству африканских стран со своими соседями в целях создания сетей мониторинга и лабораторных исследований.

Заключение

Противодействие распространению массовых инфекционных заболеваний в странах Африки, расположенных южнее Сахары, представляет собой процесс политического взаимодействия широкого круга политических акторов, центральное место среди которых принадлежит международным организациям. Ограниченные финансовые, политические и научные ресурсы национальных государств Африки, расположенных южнее Сахары, обуславливают необходимость вовлечения наднациональных организаций, среди которых центральное место принадлежит ВОЗ как специализированному учреждению ООН по координации политики в области глобального здравоохранения. Активное вовлечение международных субъектов в решение проблем здравоохранения в африканском регионе является следствием процесса гуманизации международных отношений как характерной черты взаимодействия современных государств. Фокусирование внимания международных организаций на проблемах социального благополучия населения в разных регионах планеты выражает общую установку современных международных отношений на решение проблем жизнедеятельности человека как высшей ценности глобальной политики.

Здравоохранение выступает одной из важнейших сфер международного взаимодействия, требующей надлежащего уровня правового регулирования и универсализации подходов к политическому управлению. Возникновение ВОЗ как специализированного учреждения ООН стало результатом институционализации межгосударственного взаимодействия в сфере обеспечения социального благополучия населения. Определение полномочий и функций ВОЗ в системе международного публичного права устанавливает границы и формы вмешательства организации в национальную политику государств в области здравоохранения. Последовательная эволюция международно-публичного управления привела к формированию концепции глобального здравоохранения, учитывающего всю сложность современных трансграничных аспектов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Территории государств Африки, расположенных южнее Сахара, остаются на протяжении многих десятилетий зонами санитарно-эпидемиологического неблагополучия в силу констелляции положительных факторов для возникновения и широкого распространения инфекционных заболеваний. Африканский континент остается вирусогенным местом, население которого подвержено повышенным рискам заражения целого спектра инфекционных заболеваний в сравнении с населением, проживающим в других регионах планеты. Специфические природно-климатические факторы, благоприятствующие интенсивному распространению инфекционных заболеваний, дополняются хроническими проблемами социально-экономического и политического характера, разрешение которых силами исключительно национальных правительств невозможно. В связи с этим любая положительная перспектива эффективного противодействия инфекционным заболеваниям в данном регионе предполагает необходимость вовлечения широкого круга международных организаций и неправительственных агентов.

Ресурсы ООН, привлекаемые для модернизации национальных систем здравоохранения правительств государств Африки, расположенных южнее Сахары, распределяются посредством централизованной деятельности специализированных учреждений, фондов и программ, известных как «семья ООН», финансируемой на частно-публичной основе. На территории африканского континента осуществляет непосредственное управление в сфере решения проблем здравоохранения Региональное бюро ВОЗ, интегрирующее международные механизмы в области санитарно-эпидемиологических мероприятий в национальные системы здравоохранения. Положительная роль в деле модернизации международного участия в профилактике ВИЧ/СПИД и лекарственной помощи больным данными инфекционными заболеваниями принадлежит Африканскому союзу. В рамках деятельности специализированных учреждений и организаций «семьи ООН» (МОТ, Всемирный банк, ЮНИСЕФ и проч.) осуществляется финансовая и административная помощь национальным правительствам Африки

по обеспечению оказания надлежащих медицинско-профилактических услуг населению.

Актуальной проблемой модернизации системы здравоохранения и профилактики инфекционных заболеваний в государствах Африки, расположенных южнее Сахары, остается комплекс специфических социально-культурных и политических условий проживания населения, осложняющих борьбы с вирусными заболеваниями. До настоящего момента времени сохраняются проблемы низкого доверия населения институтам государственного здравоохранения, практика обращения к услугам народных целителей и религиозных лидеров, пропагандируемое в африканских сообществах ВИЧ-диссидентство и иных социальных детерминант распространения инфекционных заболеваний в регионе. Наряду с культурной спецификой африканских сообществ сохраняются проблемы социально-экономического характера (бедность, неравенство, низкий уровень образования и проч.), а также градостроительные проблемы обустройства городских инфраструктуры в условиях урбанизации африканских государств. Сочетание данных обстоятельств положительным образом сказывается на распространении инфекционных заболеваний в регионе.

Перед ВОЗ как головным координирующим центром принятия решения в области глобального здравоохранения стоит задача повышения эффективности взаимодействия национальных правительств государств Африки, расположенных южнее Сахары, и институтов гражданского общества, сотрудничество которых продемонстрировало продуктивность совместных действий по противодействию инфекционным заболеваниям. ВОЗ крайне важно учитывать и укреплять более широкие аспекты, выходящие за рамки систем здравоохранения, а именно: а) аспект безопасности человека, б) эффективное управление для сокращения масштабов нищеты и развития человеческого потенциала. Эти факторы макроуровня за пределами сектора здравоохранения обеспечивают гарантии и основы для построения устойчивой системы здравоохранения, которая реагирует на бремя новых и вновь возникающих инфекционных заболеваний. Из-за многих проблем, связанных с безопасностью человека, вызванных изменением климата,

включая нехватку продовольствия, воды и ресурсов и ограничения, которые могут вызвать межгрупповые конфликты в границах национальных государств, существует настоятельная необходимость переориентировать практику ВОЗ на развитие и устойчивость систем здравоохранения.

Для решения существующих проблем, связанных с распространением инфекционных заболеваний с учетом широкого спектра социально-экономической, культурной и политической специфики государств региона, требуется создание многопрофильного Глобального технического совета по угрозам инфекционных заболеваний. Данное международное учреждение, который может носить как автономный характер, так и подчиняться ВОЗ, укрепит глобальную систему здравоохранения путем выполнения следующих действий: а) улучшение сотрудничества и координации между соответствующими организациями; б) восполнение пробелов в знаниях в отношении (например) эпиднадзора за инфекционными заболеваниями, потребностей в исследованиях и разработках (НИОКР), моделей финансирования, логистики цепочки поставок и социальных и экономических последствий потенциальных угроз; и в) выработка рекомендаций высокого уровня, основанных на фактических данных, для управления глобальными рисками, связанными с инфекционными заболеваниями.

Рекомендуемый к созданию Глобальный технический совет по угрозам инфекционных заболеваний в случае подчинения ВОЗ позволит обеспечить надлежащий уровень администрирования в части, касающейся реализации программных мероприятий и медицинско-профилактических рекомендаций ВОЗ в отношении угроз инфекционных заболеваний. В этой связи было бы важно, чтобы экспертам Совета была предоставлена автономия для вынесения своих оценок и рекомендаций независимо от какого-либо политического влияния со стороны руководства ВОЗ. С другой стороны, если бы Совет был создан как отдельный орган, любая возникающая в результате конкуренция между Советом и ВОЗ, вероятно, стала бы благом для мирового сообщества, поскольку это заставило бы и Совет, и ВОЗ активизировать свои действия.

Таким образом, координирующая политическая роль ВОЗ в деле противодействия распространению инфекционных заболеваний, в частности ВИЧ/СПИД, на территории государств Африки, расположенных южнее Сахары, обеспечивает восполнение неполноты возможностей и ресурсов национальных правительств. Международно-публичный характер мероприятий в области глобального здравоохранения позволяет ВОЗ учитывать всю «палитру» специфических черт социального, культурного и политического бытия населения африканского континента, осуществлять эффективное администрирование процесса взаимодействия национальных правительств и неправительственных организаций, повышая эффективность реализуемых программ в рассмотренной области.

Библиографический список

Нормативные правовые акты

1. Алма-Атинская Декларация (г. Алма-Ата, 21 декабря 1991 г.) // Содружество (информационный вестник СНГ). – N 1. – 1992 г.
2. Африканская хартия прав человека и народов [Banjul Charter] (Найроби, Кения, 27 июня 1981 года), 21 I.L.M. 59 (1981), вступила в силу 21 октября 1986 // International Human Rights Law in Africa. Oxford: Oxford University Press, 2012. – P. 470-487.
3. Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948) // Российская газета. – 10.12.1998.
4. Генеральное соглашение по тарифам и торговле (ГАТТ) (ВТО, Уругвайский раунд многосторонних торговых переговоров, 15 апреля 1994 г.) // Закон. – N 5. – 2000 г.
5. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (Принята резолюцией S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи от 27 июня 2001 года). URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl2.shtml (дата обращения: 15.11.2022).
6. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций (Принята резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сентября 2000 г.). URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/summitdecl.shtml (дата обращения: 15.11.2022).
7. Договор, учреждающий Европейское Сообщество (Рим, 25 марта 1957 г.) (консолидированный текст с учетом Ниццких изменений) (с изменениями от 16 апреля 2003 г.). URL: https://eulaw.ru/treaties/teuratom_edit/ (дата обращения: 15.11.2022).
8. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины (Конвенция Овьедо, 4 апреля 1997 г.). URL: <http://hrlibrary.umn.edu/russian/euro/Rz37.html> (дата обращения: 15.11.2022).

9. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (Заключена 18.12.1979) (с изм. от 22.05.1995) // Международная защита прав и свобод человека. Сборник документов. – М.: Юридическая литература, 1990. – С. 341-355.
10. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990) // Сборник международных договоров СССР. – XLVI. – 1993.
11. Конвенция о статусе беженцев (Женева, 28 июля 1951 г.) // Действующее международное право. – В 3 т. М.: МНИМП, 1996. – Том 1.
12. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Принят 16.12.1966 Резолюцией 2200 (XXI) на 1496-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН) // Бюллетень Верховного Суда РФ. – N 12. – 1994.
13. Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС) (ВТО, Уругвайский раунд многосторонних торговых переговоров, 15 апреля 1994 г.) // Приложение к Собранию законодательства Российской Федерации. – N 37. – 10.09.2012. (ч.VI).
14. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (Принят в г. Нью-Йорке 22.07.1946). URL: <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution> (дата обращения: 15.11.2022).
15. Устав Организации Объединенных Наций (Принят в г. Сан-Франциско 26.06.1945) // Сборник действующих договоров, соглашений и конвенций, заключенных СССР с иностранными государствами. – Вып. XII. – М., 1956. – С. 14-47.

Стандарты

16. Кодекс ВОЗ маркетинга заменителей грудного молока. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1083487/retrieve> (дата обращения: 15.11.2022).

17. Международная классификация болезней 11 пересмотра (МКБ-11). [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://icd.who.int/ru> (дата обращения: 15.11.2022).
18. Международные медико-санитарные правила (2005 год). [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1031530/retrieve> (дата обращения: 15.11.2022).
19. Монтеррейский консенсус Международной конференции по финансированию развития. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/monterrey.shtml (дата обращения: 15.11.2022).
20. Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/tobacco.pdf (дата обращения: 15.11.2022).

Книги

21. Право международных организаций: учебник для бакалавриата и магистратуры / под ред. А.Х. Абашидзе. – М.: Юрайт, 2014. – 687с.

Статьи

22. Васильковский, С.А. Управление Интернетом: системные диспропорции и пути их разрешения / А.А. Игнатов, С.А. Васильковский // Вестник международных организаций: образование, наука, новая экономика. – 2020. – Т. 15. – № 4. – С. 7-29.
23. Евдокимов, П.Г. К вопросу о научном объяснении понятий «гуманизация» и «гуманитаризация» / П.Г. Евдокимов // Известия Волгоградского государственного технического университета. Серия: Новые образовательные системы и технологии обучения в вузе. – 2004. – № 8. – С. 15-17.

24. Карпенко, А.М. Развитие глобального здравоохранения в контексте мировой политики в 21 веке / А.М. Карпенко // Вестник Евразийского национального университета им. Л.Н. Гумилева. Серия: Политические науки. Регионоведение. Востоковедение. Тюркология. – 2020. – № 3 (132). – С. 51-61.
25. Кузякин, А.Г. Взаимодействие России и ВОЗ как важная составляющая развития системы здравоохранения евразийского пространства / А.Г. Кузякин // Вопросы национальных и федеративных отношений. – 2021. – Т. 11. – № 12 (81). – С. 3614-3620.
26. Кузякин, А.Г. Европейское региональное бюро как главный субъект ВОЗ в евразийском регионе (программа работы и актуальная деятельность) / А.Г. Кузякин // Вопросы политологии. – 2022. – № 11 (87). – С. 3917-3926.
27. Кузякин, А.Г., Погодин С.Н. История всемирной организации здравоохранения / А.Г. Кузякин, С.Н. Погодин // Россия в глобальном мире. – 2021. – № 19 (42). – С. 114-122.
28. Кузякин, А.Г., Погодин С.Н. Роль ВОЗ в противостоянии пандемии коронавируса COVID-19 / А.Г. Кузякин, С.Н. Погодин // Вопросы политологии. – 2021. – Т. 11. – № 10 (74). – С. 2840-2848.
29. Лебедева, М.М. Гуманитаризация мировой политики / М.М. Лебедева // Полис. Политические исследования. – 2021. – № 4. – С. 76-87.
30. Моисеева, Д.Ю. Социально-экономические детерминанты здоровья / И.А. Троицкая, Д.Ю. Моисеева // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. – 2019. – Т. 5. – № 3. – С. 42-59.
31. Пашенцев, Д.А. Правовые традиции России и развитие международных экономических организаций / Д.А. Пашенцев // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Юридические науки. – 2015. – № 3 (24). – С. 26-30.
32. Радзиховская, М.В. Глобальные тенденции в развитии распространения ВИЧ-инфекции / Н.Ю. Брылина, М.Г. Москвичева, М.В. Радзиховская // Вестник

Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2018. – Т. 2. – № 2 (21). – С. 3-12.

Литература на английском языке

33. Ackerknecht E.H. History and geography of the most important diseases. – Hafner publishing go, 1965. – 210p.
34. Apanga P.A. HIV/AIDS-related stigma and discrimination in sub-Saharan Africa. a review // Journal of Natural Sciences Research. – 2014. – №4(21). – P. 41-48.
35. Arnold D. The Indian Ocean as a disease zone, 1500-1950 // South Asia. – 1991. – №14(2) – P. 1-21.
36. Baize S., Pannetier D., Oestereich L. et al. Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea – preliminary report // New England Journal of Medicine. – 2014. – №371. – P. 1420-1428.
37. Banda F., Kunkeyani T.E. Renegotiating cultural practices as a result of HIV in the eastern region of Malawi // Culture, Health & Sexuality. – 2015. – №17(1). – P. 34-47.
38. Beauchamp T. and Childress J. Principles of biomedical ethics. – New York: Oxford University Press, 2013. – 288p.
39. Beyrer C., Abdool Karim Q. The changing epidemiology of HIV in 2013 // Current Opinion in HIV and AIDS. – 2013. – №8(4). – P. 306-310.
40. Bhattacharya A.A., Umar N., Audu A., Felix H., Allen E., Schellenberg J.R.M. et al. Quality of routine facility data for monitoring priority maternal and newborn indicators in DHIS2: a case study from Gombe State, Nigeria // PLoS ONE. – 2019. – 14(1). – P. 30-42.
41. Boeckel T. et al. Global trends in antimicrobial resistance in animals in low-and middle-income countries // International Journal of Infectious Diseases. – 2020. – №101. – P. 15-22.
42. Buehler J.W., Hopkins R.S., Overhage J.M., Sosin D.M., Tong V., CDC Working Group. Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks. Recommendations from the Centre for Disease Control and Prevention Working Group // Morbidity and Mortality Weekly Report. – 2004. – №53. – P. 10-18.

43. Chan M. Ebola Virus Disease in West Africa – No Early End to the Outbreak // *New England Journal of Medicine*. – 2014. – №371. – P. 1180-1188.
44. Chee G., Pielemeier N., Lion A. et al. Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed // *The International Journal of Health Planning and Management*. – 2013. – №28. – P. 88-95.
45. Choices in Healthcare. A report by the government committee on choices in healthcare. – The Netherlands, 1992. – 120p.
46. Clara A., Ndiaye S.M., Joseph B., Nzogu M.A., Coulibaly D., Alroy K.A., et al. Community-Based Surveillance in Côte d'Ivoire // *Health security*. – 2020. – №18(S1). – P. 25-31.
47. Colvin C.J., Leon N., Wills C., van Niekerk M., Bissell K., Naidoo P. Global-to-local policy transfer in the introduction of new molecular tuberculosis diagnostics in South Africa // *Int J Tuberc Lung Dis*. – 2015. – №19(11). – P. 35-44.
48. Costa K. The Cause of Panic at the Outbreak of COVID-19 in South Africa – A Comparative Analysis with Similar Outbreak in China and New York. 2020, March 13.
49. Crosby A.W. Jr. *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492*. – Westport, 1972. – 320p.
50. Cuneo C.N., Sollom R., Beyrer C. The Cholera Epidemic in Zimbabwe, 2008–2009: A Review and Critique of the Evidence // *Health and Human Rights Journal*. – 2017. – №19. – P. 245-251.
51. Curtin P.D. *Death by Migration: Europe's Encounter with the Tropical World in the Nineteenth Century*. – New York, 1989. – 252p.
52. Curtin P.D. *Disease and Empire: The Health of European Troops in the Conquest of Africa*. – New York, 1998. – 290p.
53. Curtin P.D. Epidemiology and the slave trade // *Political Science Quarterly*. – 1968. – №83. – P. 190-216.
54. Curtin P.D. The white man's grave: image and reality, 1780-1850 // *Journal of British Studies*. – 1961. – №1. – P. 94-110.
55. Daniels N., Light D. and Caplan R. *Benchmarks of fairness for healthcare reform*. – New York: Oxford University Press, 1986. – P. 21-22.

56. Dehnavieh R., Haghdoost A., Khosravi A., Hoseinabadi F., Rahimi H. et al. The District Health Information System (DHIS2): a literature review and metasynthesis of its strengths and operational challenges based on the experiences of 11 countries // *Health Information Management Journal*. – 2019. – №48(2). – P. 60-65.
57. Durski K.N., McCollum A.M., Nakazawa Y., Petersen B.W., Reynolds M.G., Briand S., et al. Emergence of monkeypox—west and central Africa, 1970–2017 // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2018. – №67. – P. 10-18.
58. Ebola Outbreak Epidemiology Team. Outbreak of Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo, April–May, 2018: an epidemiological study // *Lancet*. – 2018. – №392. – P. 20-28.
59. Echenberg M.J. *Africa in the Time of Cholera: A History of Pandemics from 1817 to the Present*. – New York, 2011. – P. 34-39.
60. Epstein H. *The Invisible Cure: Africa, the West, and the Fight Against AIDS*. – New York, 2007. – 352p.
61. Fall I.S., Rajatonirina S., Yahaya A.A., Zabulon Y., Nsubuga P., Nanyunja M. et al. Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) strategy: current status, challenges and perspectives for the future in Africa // *BMJ Glob Health*. – 2019. – №4(4). – P. 25-31.
62. Farahahni J.A., Ebrahimnia M., Hosseini S.R. Non-Governmental and Voluntary Groups, Collaborators in the Fight against COVID-19 // *Journal of Military Medicine*. – 2020. – №22(2). – P. 98-110.
63. Fauci A.S., Folkers G.K., Marston H.D. Ending the global HIV/AIDS pandemic. the critical role of an HIV vaccine // *Clinical Infectious Diseases*. – 2014. – №59(Suppl 2). – P. 80-84.
64. Fayoyin A. Renewing media and public attention to the AIDS pandemic in sub-Saharan Africa in the post-2015 development agenda. a reflective perspective // *African Journal of Political Science and International Relations*. – 2016. – №10(1). – P. 1-7.
65. Fenollar F., Mediannikov O. Emerging infectious diseases in Africa in the 21st century // *New Microbes New Infect*. – 2018. – №26. – P. 5-11.

66. Focarelli C. *International Law as Social Construct: The Struggle for Global Justice*. Oxford :OxfordUniversity Press, – 2012. – P. 151-153.
67. Forster T., Ammann C. *African Cities and the Development Conundrum // International Development Policy*. – 2018. – №10. – P. 17-22.
68. Freire C.C.M., Palmisano G., Braconi C.T., Cugola F.R., Russo F.B., Beltrao-Braga P.C., et al. *NS1 codon usage adaptation to humans in pandemic Zika virus // Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. – 2018. – №113. – P. 82-91.
69. Gibb R. et al. *Zoonotic host diversity increases in human-dominated ecosystems // Nature*. – 2020. – №584. – P. 398-405.
70. Gichuna S., Hassan R., Sanders T., et al. *Access to healthcare in a time of COVID-19. sex workers in crisis in Nairobi, Kenya // Glob Public Health*. – 2020. – №15. – P. 1430–1442.
71. Gilbert M., Pullano G., Pinotti F., et al. *Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19. a modeling study // Lancet*. – 2020. – №395. – P. 871–877.
72. *Global Health Estimates 2016. Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016*. – Geneva: World Health Organization, 2018. – P. 10-19.
73. Goba A., Khan S.H., Fonnies M. et al. *An Outbreak of Ebola virus disease in the Lassa fever zone // Journal of Infectious Diseases*. – 2016. – Vol. 214. Supplement 3. – P. 110-115.
74. Gostin L.O., Sridhar D. *Global Health and the Law // The New England Journal of Medicine*. – №370. – 18 May 2014. – P. 1732-1740.
75. Guan D., Wang D., Hallegatte S., et al. *Global supply-chain effects of COVID-19 control measures // Nature Human Behaviour*. – 2020. – №4. – P. 577–587.
76. Hartwig G.W., Patterson K.D. (eds.), *Disease in African History: An Introductory Survey and Case Studies*. – Durham, NC, 1978. – 258p.
77. Hassan O.A., Ahlm C., Sang R., Evander M. *The 2007 Rift Valley fever outbreak in Sudan // PLOS Neglected Tropical Diseases*. – 2011. – №5. – P. 28-33.

78. Hassell J.M., Begon M., Ward M.J., Fevre E.M. Urbanization and Disease Emergence: Dynamics at the Wildlife-Livestock-Human Interface // *Trends in Ecology & Evolution*. – 2017. – №32. – P. 56-65.
79. Heller O., Somerville C., Suggs L.S. et al. The process of prioritization of non-communicable diseases in the global health policy arena // *Health Policy Plan*. – 2019. – №34. – P. 370-378.
80. Henao D.E. The Ebola epidemic in West Africa and the social determinants // *La Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. – 2015. – №32(2). – P. 400-410.
81. Hewlett B.S., Amola R.P. Cultural contexts of Ebola in northern Uganda // *Emerging Infectious Diseases*. – 2003. – №9(10). – P. 1240-1246.
82. Hirsch A. *Handbook of Geographical and Historical Pathology*. Volume I, Acute Infective Diseases. – London: Andesite Press, 2015. – 738p.; Volume II, Chronic Infective, Toxic, Parasitic, Septic, and Constitutional Diseases. London, 2017. – 698p.
83. Houeto D. The social determinants of emerging infectious diseases in Africa // *MOJ Public Health*. – 2019. – №8(2). – P. 55-66.
84. Iliffe J. *The African AIDS Epidemic: A History*. – Athens, OH, 2006. – 214p.
85. Jiang H., Zhou Y., Tang W. Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic // *Lancet HIV*. – 2020. Published Online April 6, 2020.
86. Kasambara A., Kumwenda S., Kalulu K., Lungu K., Beattie T., Masangwi S. et al. Assessment of implementation of the health management information system at the district level in southern Malawi // *Malawi Medical Journal*. – 2017. – №29(3). – P. 240-249.
87. Kasolo F., Yoti Z., Bakuyaita N., Gaturuku P., Katz R., Fischer J.E., et al. IDSR as a platform for implementing IHR in African countries // *Biosecur Bioterror*. – 2013. – №11(3). – P. 160-169.
88. Kharsany A.B., Karim Q.A. HIV infection and AIDS in sub-Saharan Africa. current status, challenges and opportunities // *The Open AIDS Journal*. – 2016. – №10. – P. 34-48.

89. Kirakoya-Samadoulougou F., Nagot N., Defer M.C., Yaro S., Fao P., Ilboudo F., Langani Y., Meda N., Robert A. Epidemiology of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection in Rural and Urban Burkina Faso // *Sexually Transmitted Diseases*. – 2011. – №38. – P. 118-122.
90. Kjekshus H. Ecology Control and Economic Development in East African History: The Case of Tanganyika, 1850-1950. London, 1977; and edn, Athens, OH, 1996. – 215p.
91. Kraemer M.U.G., Faria N.R., Reiner R.C., Golding N., Nikolay B., Stasse S., Johansson M.A., Salje H., Faye O., Wint G.R.W., et al. Spread of yellow fever virus outbreak in Angola and the Democratic Republic of the Congo 2015-16: a modelling study // *The Lancet Infectious Diseases*. – 2017. – №17. – P. 330-336.
92. Kuehnel A., Keating P., Polonsky J., Haskew C., Schenkel K., de Waroux O.L. et al. Event-based surveillance at health facility and community level in low-income and middle-income countries: a systematic review // *BMJ Glob Health*. – 2019. – №4(1). – P. 75-81.
93. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy // *Bull World Health Organ*. – 2013. – №91(8). – P. 10-16.
94. Kuzyakin A.G., Pogodin S.N. World health organization: history and mission // *International relations and the dialogue of cultures. The collection of scientific articles*. – 2021. – № 9. – C. 166-175.
95. Lagarde E., Congo Z., Meda N., Baya B., Yaro S., Sangli G., Traore Y., Van Rentergem H., Carael M. Study Group on HIV Dynamic Among Young Adults in Burkina Faso Epidemiology of HIV infection in urban Burkina Faso // *International Journal of STD & AIDS*. – 2004. – №15. – P. 395-405.
96. Lloyd-Smith J.O. et al. Epidemic dynamics at the human-animal interface // *Science*. – 2009. – №326. – P. 1360-1370.
97. Lyons M. *The Colonial Disease: A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940*. – New York, 1992. – 335p.
98. Magadi M.A. The Disproportionate High Risk of HIV Infection Among the Urban Poor in Sub-Saharan Africa // *AIDS and Behavior*. – 2013. – №17. – P. 1644-1651.

99. Maher D., Sekajugo J. Health transition in Africa: practical policy proposals for primary care // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2010. – №88. – P. 945-951.
100. Maïga A., Jiwani S.S., Mutua M.K., Porth T.A., Taylor C.M., Asiki G., et al. Countdown to 2030 collaboration for Eastern and Southern Africa // *BMJ Glob Health*. – 2019. – №4. – P. 20-29.
101. Malani P.N. Vision for an AIDS-free generation. red ribbons of hope // *The Journal of the American Medical Association*. – 2016. – №316(2). – P. 154-155.
102. Maposa S., Muriuki A.M., Moss T., Kpebo D. Confronting cultural silencing of women. untold stories of abuse and HIV risk in young women in Africa and the United States // *World Med Health Policy*. – 2016. – №8(3). – P. 287-304.
103. Mayer K.H, Krakower D.S. Antiretrovirals for HIV treatment and prevention. the challenges of success // *The Journal of the American Medical Association*. – 2016. – №316(2). – P. 151-153.
104. Mberu B.U., Haregu T.N., Kyobutungi C., Ezeh A.C. Health and health-related indicators in slum, rural, and urban communities: A comparative analysis // *Global Health Action*. – 2016. – №9. – P. 330-336.
105. Mbetse R.A., Banga-Mboko H., Racey P. et al. Household bushmeat consumption in Brazzaville, the Republic of the Congo // *Tropical Conservation Science*. – 2011. – №4. – P. 187-195.
106. Mbunge E. Effects of COVID-19 in South African health system and society. an explanatory study // *Diabetology & Metabolic Syndrome*. – 2020. – №14. – P. 1809–1814.
107. McNeill W.H. *Plagues and Peoples*. – Garden City, NY, 1976. – 368p.
108. McRobie E. HIV Policy Implementation in Two Health And Demographic Surveillance Sites in Uganda. Findings From a National Policy Review, Health Facility Surveys and Key Informant Interviews // *Implementation Science*. – 2017. – №12(47). – P. 1-12.
109. Michalski J.H. Ritualistic rape in sociological perspective // *Cross-Cultural Research*. – 2016. – №50(1). – P. 13-33.

110. Miller I.F. & Metcalf C.J.E. Evolving resistance to pathogens // *Science*. – 2019. – №363. – P. 1275-1288.
111. Monath T.P., Vasconcelos P.F. Yellow fever // *Journal of Clinical Virology*. – 2015. – №64. – P. 70-78.
112. Mussa A.H., Pfeiffer J., Gloyd S.S., et al. Vertical funding, non-governmental organizations, and health system strengthening: perspectives of public sector health workers in Mozambique // *Human Resources for Health*. – 2013. – №11. – P. 25-31.
113. Mwengee W., Okeibunor J., Poy A., Shaba K., Kinuani L.M., Minkoulou E., et al. Polio eradication initiative: Contribution to improved communicable diseases surveillance in WHO African region // *Vaccine*. – 2016. – №34(43). – P. 4-11.
114. Nielsen C.F., Kidd S., Sillah A.R., et al. Improving burial practices and cemetery management during an Ebola virus disease epidemic-Sierra Leone // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2014. – №64(1). – P. 20-29.
115. Nunes R., Nunes S.B. and Rego G. Healthcare as a universal right // *Journal of Public Health*. – 2017. – №25. – P. 8-11.
116. Ojo S.S., Agara J.J., Pojwan M.A. Cultural practices and prevalence of HIV/AIDS among Nigerian women. a case study of Lafia, Nigeria // *Research on Humanities and Social Sciences*. – 2015. – №5(18). – P. 12-16.
117. Oliva-Moreno J. Trapero-Bertran M. Economic impact of HIV in the highly active antiretroviral therapy era – reflections looking forward // *AIDS Reviews*. – 2018. – №20. – P. 227-231.
118. Olugasa B.O., Dogba J.B., Ogunro B. et al. The rubber plantation environment and Lassa fever epidemics in Liberia, 2008-2012: A spatial regression // *Spatial and Spatio-temporal Epidemiology*. – 2014. – №11(1). – P. 170-178.
119. Olum R., Chekwech G., Wekha G., et al. Coronavirus disease-2019. knowledge, attitude, and practices of health care workers at Makerere university teaching hospitals, Uganda // *Front Public Health*. – 2020. – №8. – P. 180-181.
120. Onyebujoh P.C., Thirumala A.K., Ndiokubwayo J-B. Integrating laboratory networks, surveillance systems and public health institutes in Africa // *African Journal of Laboratory Medicine*. – 2016. – №5(3). – P. 430-444.

121. Onyiloha C.A, Iheanacho N.N. Socio-ethical implication of contraception and abortion. a rising paradigm of John Paul II's culture of death // *International Journal of Arts and Humanities*. – 2016. – №5(2). – P. 82-95.
122. Packard R.M. *White Plague, Black Labor: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*. Berkeley, CA, 1989. – 416p.
123. Piotrowicz M., Cianciara D. The role of non-governmental organizations in the social and the health system // *Epidemiological Review - Przegląd Epidemiologiczny*. 2013. – №67(1). – P. 70-80.
124. Plowright R.K. et al. Pathways to zoonotic spillover // *Nature Reviews Microbiology*. – 2017. – №15. – P. 500-505.
125. Rawls J. *A theory of justice*. – New York: Harvard University Press, 1971. – 607p.
126. Rojek A., Horby P., Dunning J. Insights from clinical research completed during the West Africa Ebola virus disease epidemic // *The Lancet Infectious Diseases*. – 2017. – №17. – P. 90-99.
127. Rumisha S.F., Lyimo E.P., Mremi I.R., Tungu P.K., Mwingira V.S., Mbata D. et al. Data quality of the routine health management information system at the primary healthcare facility and district levels in Tanzania // *BMC Medical Informatics and Decision Making*. – 2020. – №20. – P. 340-349.
128. Sen A. Development as capabilities expansion // *The Journal of Development Planning*. – 1989. – №19. – P. 41–58.
129. Shu-Acquaye F. The decline of HIV/AIDS. a new paradigm in sub-Saharan Africa? // *African Journal of International and Comparative Law*. – 2016. – №24(3). – P. 362-388.
130. Stanturf J.A., Goodrick S.L., Warren M.L. Jr, et al. Social Vulnerability and Ebola Virus Disease in Rural Liberia // *PLoSOne*. – 2015. – №10(9). – P. 50-66.
131. Tatem A.J. Mapping population and pathogen movements // *International Health*. – 2014. – №6. – P. 7-15.
132. Taylor A. Governing the Globalization of Public Health // *Law, Medicine & Ethics*. – 2004. – №32(3). – P. 500-509.

133. Taylor A. Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health // *American Journal of Law and Medicine*. – 1992. – №18. – P. 42-51.
134. Tenkorang E.Y. Marriage, widowhood, divorce and HIV risks among women in sub-Saharan Africa // *International Health*. – 2014. – №6(1). – P. 46-53.
135. Troncoso A. Ebola outbreak in West Africa: a neglected tropical disease // *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*. – 2015. – №5(4). – P. 255-262.
136. Ugyel L., Daugbjerg C. Successful policy transfer and public sector reform in developing countries // *Policy Polit*. – 2020. – №48(4). – P. 15-22.
137. Umeora O., Emma-Echiegu N., Umeora M.C. et al. Ebola viral disease in Nigeria: the panic and cultural threat // *African Journal of Health and Medical Sciences*. – 2014. – №13(1). – P. 4-12.
138. Vearey J., Luginaah I., Francis Magitta W., Shilla D.J., Oni T. Urban health in Africa: A critical global public health priority // *The importance of Africa for global public health. BMC Public Health*. – 2019. – №19. – P. 340-345.
139. Wagner D.M. et al. *Yersinia pestis* and the Plague of Justinian 541–543 AD: a genomic analysis // *The Lancet Infectious Diseases*. – 2014. – №14. – P. 320-328.
140. Webb J.L.A. Jr. The first large-scale use of synthetic insecticide for malaria control in tropical Africa: lessons from Liberia, 1945-1962 // *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. – 2011. – №66(3). – P. 347-376.
141. WHO. Technical guidelines for integrated disease surveillance and response in the World Health Organization African Region. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2019. – P. 25-33.
142. Wildeman C. Imprisonment and infant mortality // *Social Problems*. – 2012. – №59(2). – P. 250-256.
143. Wilson Y. Distributive justice and priority setting in health care // *The American Journal of Bioethics*. – 2018. – №18(3). – P. 53–54.
144. Wójcik O.P., Brownstein J.S., Chunara R., Johansson M.A. Public health for the people: participatory infectious disease surveillance in the digital age // *Emerging Themes in Epidemiology*. – 2014. – №11. – P. 7-15.

145. Workplace action on HIV/AIDS: identifying and sharing best practice. Background report for Tripartite Interregional Meeting on Best Practices in HIV/AIDS Workplace Policies and Programmes. 15-17 December 2003, ILO, Geneva.
146. Zinszer K., Morrison K., Verma A., et al. Spatial Determinants of Ebola Virus Disease Risk for the West African Epidemic // PLOS Currents Outbreaks. – 2017. – №9. – P. 30-41.

Электронные ресурсы

147. Оспа обезьян: симптомы, способы передачи, лечение. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://ria.ru/20220608/ospa-1793992107.html> (дата обращения: 15.11.2022).
148. 2014-2016 Ebola Outbreak in West Africa. URL: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/index.html> (дата обращения: 15.11.2022).
149. Accession criteria (Copenhagen criteria). URL: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/glossary/accession-criteria-copenhagen-criteria.html> (дата обращения: 15.11.2022).
150. Accountability mechanisms to assess the implementation of declarations and other commitments made by African Ministers of Health. URL: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/volume-1-ministerial-meeting-final-en.pdf> (дата обращения: 15.11.2022).
151. Africa Centres for Disease Control Receives a \$100 Million Boost from the World Bank to Strengthen Continental Public Health Preparedness. URL: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/07/21/africa-centres-for-disease-control-receives-a-100-million-boost-from-the-world-bank-to-strengthen-continental-public-hea> (дата обращения: 15.11.2022).
152. Agenda 2063: The Africa We Want (African Union). URL: https://au.int/Agenda2063/popular_version (дата обращения: 15.11.2022).
153. AI for Good Global Summit 2018 - ITU. URL: <https://www.itu.int/en/ITU-T/AI/2018/Pages/default.aspx> (дата обращения: 15.11.2022).

154. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943> (дата обращения: 15.11.2022).
155. Doha 4th Ministerial - Ministerial declaration - WTO. URL: https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_e.htm (дата обращения: 15.11.2022).
156. Ebola: UN agency to help West Africa coordinate response to 'unprecedented' outbreak (4 July 2014). URL: <https://news.un.org/en/story/2014/07/472382-ebola-un-agency-help-west-africa-coordinate-response-unprecedented-outbreak> (дата обращения: 15.11.2022).
157. Global Fund Urges the World to Boost the Fight Against Malaria as COVID-19 Disruptions, Drug and Insecticide Resistance and New Threats Endanger Progress (25 April 2022). URL: <https://www.theglobalfund.org/en/news/2022-04-25-global-fund-urges-world-boost-fight-against-malaria-covid-19-disruptions-drug-insecticide-resistance-new-threats-endanger-progress/> (дата обращения: 15.11.2022).
158. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_10-en.pdf (дата обращения: 15.11.2022).
159. Human Development Report 1994, New Dimensions of Human Security. URL: <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-1994> (дата обращения: 15.11.2022).
160. ILO Code of Practice on HIV AIDS. URL: https://www.ilo.org/global/topics/hiv-aids/publications/WCMS_113783/lang--en/index.htm (дата обращения: 15.11.2022).
161. Krönke M. Africa's digital divide and the promise of e-learning. Afrobarometer Policy Paper 66. 2020. URL: <https://www.africaportal.org/publications/africas-digital-divide-and-promise-e-learning/> (дата обращения: 15.11.2022).
162. Plague-Madagascar, Disease outbreak news (WHO. 2017). URL: <http://www.who.int/csr/don/09-january-2017-plague-mdg/en/> (дата обращения: 15.11.2022).

163. Resolution adopted by the General Assembly on 16 September 2005, 2005 World Summit Outcome. URL: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_60_1.pdf (дата обращения: 15.11.2022).
164. Secretary-General's Address to the Commission on Human Rights. URL: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2005-04-07/secretary-generals-address-commission-human-rights> (дата обращения: 15.11.2022).
165. The Codex Alimentarius. URL: <https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/en/> (дата обращения: 15.11.2022).
166. The Ebola outbreak in Liberia is over: WHO statement (9 May 2015). URL: <https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/2015/liberia-ends-ebola/en/index.html> (дата обращения: 15.11.2022).
167. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. URL: https://ec.europa.eu/international-partnerships/programmes/global-fund-fight-aids-tuberculosis-and-malaria-gfatm_en (дата обращения: 15.11.2022).
168. The Impact of COVID-19 on African Civil Society Organizations: Challenges, Responses, and Opportunities. EPIC-Africa & @AfricanNGOs Report. 2020, June. URL: <https://static1.squarespace.com/static/5638d8dbe4b087140cc9098d/t/5efabc7884a29a20185fcbaf/1593490570417/> (дата обращения: 15.11.2022).
169. The International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC). URL: <https://www.ilo.org/ipec/lang--en/index.htm> (дата обращения: 15.11.2022).
170. The Pharmaceutical Manufacturing Plan for Africa. URL: <https://www.nepad.org/news/pharmaceutical-manufacturing-plan-africa> (дата обращения: 15.11.2022).
171. The United National Development Assistance Framework. URL: <https://www.unscn.org/uploads/web/news/United-Nations-Sustainable-Development-Cooperation-Framework-Cooperation-Framework-half-pager.pdf> (дата обращения: 15.11.2022).
172. Tripartite Zoonosis Guide (TZG). URL: <https://www.who.int/initiatives/tripartite-zoonosis-guide> (дата обращения: 15.11.2022).

173. UN around the World. URL: <https://www.un.org/un70/en/content/UNaroundWorld/index.html> (дата обращения: 15.11.2022).
174. WHO Health Emergencies Programme. URL: <https://www.afro.who.int/about-us/programmes-clusters/who-health-emergencies-programme> (дата обращения: 15.11.2022).
175. WHO Model Lists of Essential Medicines. URL: <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists> (дата обращения: 15.11.2022).
176. WHO: Regional Office for Africa: Resolution AFR/RC 48/R2 of 2 1998. URL: <https://www.afro.who.int/publications/integrated-disease-surveillance-and-response-idsr-task-force-meeting-entebbe-uganda> (дата обращения: 15.11.2022).
177. WHO's Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (дата обращения: 15.11.2022).
178. WHO's Final global health sector strategies on respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022-2030. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies/developing-ghss-2022-2030> (дата обращения: 15.11.2022).
179. WHO's Global health sector strategies 2022-2030. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies> (дата обращения: 15.11.2022).
180. WHO's Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and STIs for 2016-2021. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies-2016-2021> (дата обращения: 15.11.2022).
181. WHO's Global HIV Programme. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv-programme> (дата обращения: 15.11.2022).

182. World Bank/IMF Spring Meetings 2015: Development Committee Communique (April 18, 2015). URL: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/04/18/world-bank-imf-spring-meetings-2015-development-committee-communique> (дата обращения: 15.11.2022).

PETER THE GREAT ST. PETERSBURG POLYTECHNIC UNIVERSITY

On the rights of the manuscript

Kuzyakin Alexander Grigorievich

**FEATURES OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION'S POLICY TO
COMBAT INFECTIOUS DISEASES ON THE EXAMPLE OF HIV/AIDS IN
SUB-SAHARAN AFRICA**

Scientific specialty: 5.5.4. International Relations, global and regional studies

Dissertation for the degree of Candidate of Political Sciences

Translation from Russian

Scientific supervisor:

Pogodin Sergey Nikolaevich,

Doctor of Historical Sciences

Saint Petersburg – 2023

Table of contents

Introduction	3
Chapter 1. World political aspects of the formation of universal health standards	14
1.1. Features of the process of humanization of modern international relations	14
1.2. Formation of universal international standards in the field of healthcare	37
Conclusions on the first chapter	61
Chapter 2. WHO strategic principles in the fight against infectious diseases.....	63
2.1. Characteristics of the main directions of the fight against infectious diseases.....	63
2.2. Forms of participation of international organizations of the "UN family" in the fight against infectious diseases	76
2.3. The role of non-governmental international organizations in the fight against infectious diseases	89
Conclusions of the second chapter	96
Chapter 3. The Specifics of WHO Activities in Sub-Saharan Africa	97
3.1 Historical and socio-political reasons for the spread of infectious diseases in the region.....	97
3.2 WHO policy on coordination of infectious disease control with governments, civil society, and business in sub-Saharan Africa	118
Conclusions of the third chapter.....	130
Conclusion.....	132
Bibliography	136

Introduction

The relevance of the topic. The beginning of the coronavirus pandemic in 2020 focused the attention of the world community on the problem of ensuring effective measures to counter the spread of mass infections, bringing to the fore the activities of the World Health Organization (hereinafter referred to as WHO) among all supranational institutions in the field of healthcare. Ensuring a safe sanitary and epidemiological situation is a priority task for the development of any modern state and the attention of politicians to this issue is quite justified. Meanwhile, in the shadow of coronavirus infection, infectious diseases more familiar to mankind, such as HIV, have remained/AIDS, the traditional focus of which remains the States of the African continent.

The political dimension of the instruments for countering the spread of infectious diseases requires the concentration of efforts of all States of the world, which are usually operated by international organizations, primarily WHO. The concentration of people living with HIV is most noticeable in low- and middle-income countries. More than two thirds of people living with HIV are in sub-Saharan Africa. Currently, most countries in sub-Saharan Africa have adopted a national treatment policy for people living with HIV to ensure timely ART therapy. Largely due to this expansion of treatment, the projected number of people living with HIV aged 50 and over is expected to triple by 2040 in sub-Saharan Africa. As people with HIV live longer, health systems in low-income countries, especially in Africa, face increasingly complex challenges in effectively treating comorbidities.

Thus, the limited resources of national Governments do not allow the States of the African continent to cope with the spread of infection alone. The fight against infectious diseases requires coordinated political decisions on the part of the international community. In this regard, the problems of WHO's policy in relation to countering the spread of infectious diseases in African States located south of the Sahara Desert require their own scientific understanding and adequate political analysis. This topic is relevant both theoretically and practically. From a theoretical point of view, there is an objective need to fill a vast gap in scientific knowledge regarding the political mechanisms of

interaction between international organizations and national governments of African States located south of the Sahara on the modernization of health systems and medical preventive work to combat infectious diseases. From a practical point of view, there is a need to develop recommendations for improving international policy in the field of global health and increasing the role of WHO in countering mass infectious diseases that pose a threat to the population of both the African region and planetary humanity as a whole.

Thus, addressing this issue seems relevant and timely in the context of a general increase in the attention of world policy actors to the problems of epidemiological safety and public health on a global scale.

The degree of scientific development of the topic. The political issues of WHO activities in the field of combating infectious diseases (primarily HIV) in African States located south of the Sahara Desert have not yet become the subject of independent dissertation research. This problem is traditionally the subject of special medical work. A number of political science studies indirectly affect this issue. So, Gorlinsky dissertation²⁰¹ is dedicated to international political cooperation in the field of combating global epidemics at the present stage. The role of WHO in this process is not fully disclosed in the work, since the focus of the dissertation was on the policy of the leading world powers of our time in this area – the United States, the European Union and the Russian Federation.

In the dissertation research of Karpenko reveals various aspects of "global health" as a vector of world politics²⁰². Along with the analysis of the role of national states in modern international cooperation on health issues, the author in the fifth chapter of the study reveals the WHO strategy in the field of health and the role of international non-governmental organizations in shaping global health.

²⁰¹ Gorlinsky A.I. International political cooperation in the field of combating global epidemics at the present stage : dissertation ... Candidate of Political Sciences : 23.00.04 [Place of defense: St. Petersburg State University]. St. Petersburg, 2008. 158p.

²⁰² Karpenko A.M. The development of global health in the context of world politics in the XXI century : dissertation ... Candidate of Political Sciences : 23.00.04 [Place of defense: St. Petersburg State University]. Saint Petersburg, 2020. 187p.

The role of international political institutions in countering the spread of infectious diseases is revealed in scientific publications and . Rau²⁰³, A.V. ²⁰⁴Akimova, A.M. Karpenko²⁰⁵, I.V. Holikova²⁰⁶, D.V. Michael ²⁰⁷et al.

Foreign studies on WHO policy in the field of combating infectious diseases in sub-Saharan Africa are very diverse. Yong Soo Kim's extensive publication presents a study of current forms of international cooperation between the United Nations Member States and WHO in the development of joint measures to counter the HIV epidemic. the author analyzes the chronology of WHO activities using the official documentation package of the organization on the implementation of the "global health" policy²⁰⁸.

Political instability as a destructive factor in WHO's anti-infection policy was analyzed in a joint study by a group of scientists from Switzerland, the USA and Guinea-Bissau²⁰⁹. The authors substantiate the conclusion that political instability can negatively affect the organization and effectiveness of the healthcare system. Over the past decades, political instability in Guinea-Bissau has manifested itself in a series of attempted and successful coups, political assassinations and the highly politicized role of its armed forces. These events have had a detrimental impact on the country's fight against HIV/AIDS.

The political aspects of the activities of international organizations and institutions to combat infectious diseases in African States located south of the Sahara Desert are

²⁰³ Rau I. Covid-19 and its impact on international political relations in 2020 // *Modern Scientific Thought*. 2021. № 1. Pp. 116-127.

²⁰⁴ Akimov A.V. WHO's role in the fight against Covid-19. results of the first year of the pandemic // *International life*. 2021. № 5. Pp. 16-31.

²⁰⁵ Karpenko A.M. Definition of the concept of "global health care" in modern political science // *Theories and problems of political research*. 2018. Vol. 7. No. 1A. Pp. 152-158.

²⁰⁶ Holikov I.V. The spread of epidemics, pandemics and mass diseases as a global challenge of our time // *Paths to peace and security*. 2020. № 2 (59). Pp. 27-40.

²⁰⁷ Michael D.V. Data, principles and strategies: how global mechanisms for controlling the HIV epidemic work // *Logos*. 2021. Vol. 31. No. 1 (140). Pp. 143-176.

²⁰⁸ Kim Y.S. World Health Organization and Early Global Response to HIV/AIDS: Emergence and Development of International Norms // *Journal of International and Area Studies*. Vol. 22. №. 1 (June 2015), pp. 19-40.

²⁰⁹ Galjour, J., Havik, P.J., Aaby, P. et al. Chronic political instability and HIV/AIDS response in Guinea-Bissau: a qualitative study. *Infect Dis Poverty* 10, 68 (2021).

revealed in the works of N. Simell and P. Barron²¹⁰, D. Fassen and H. Schneider²¹¹, R. Packard²¹².

At the same time, it should be recognized that there is insufficient disclosure of the political role of WHO in the fight against infectious diseases on the African continent, which creates an objective need for a special study of this topic. Until now, the problems of infectious diseases and their control have been revealed mainly in the context of medical and epidemiological studies, without paying attention to the political, administrative and international public aspects of this area of activity. At the same time, it is difficult to deny the increasing importance of political governance mechanisms not only in the field of national health, but also in the international interaction of governmental and non-governmental agents in this area. Due to the lack of scientific research on this issue, it is necessary to develop questions that disclose WHO policy on combating infectious diseases (HIV/AIDS) on the example of sub-Saharan Africa.

The object of the study is the global health system as an international political factor in combating the spread of infectious diseases on the territory of African states located south of the Sahara Desert.

The subject of the study is the United Nations and WHO programs in the field of combating the spread of infectious diseases (HIV/AIDS) on the territory of sub-Saharan African countries.

The purpose of the study is to determine the specifics of the WHO policy to combat infectious diseases (HIV/AIDS) on the example of sub-Saharan Africa.

The main objectives of the study:

6. To determine the impact of the concept of human security on the formation of modern international standards in the field of health.
7. To characterize the ideology of WHO in the fight against infectious diseases.
8. Classify the forms of participation of international organizations in the fight against infectious diseases.

²¹⁰ Simelela N, Venter WD, Pillay Y, Barron P. A Political and Social History of HIV in South Africa. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2015 Jun;12(2):256-61.

²¹¹ Fassin D, Schneider H. The politics of AIDS in South Africa: beyond the controversies. *BMJ.* 2003;326(7387):495-497.

²¹² Packard R. *White plague, black labour: tuberculosis and the political economy of health and disease in South Africa.* Berkeley: University of California Press; 1990. 360p.

9. To typologize the historical and socio-political causes of the spread of infectious diseases in the region. south of the Sahara.

10. To identify the pros and cons of WHO policy of coordinating the fight against infectious diseases with governments, civil society and business in sub-Saharan Africa.

Theoretical and methodological basis. To achieve this goal and solve the research tasks, it was necessary to involve a group of methods, the central place among which is the system method. It allows us to consider WHO policy in the field of combating infectious diseases as a certain integrity, consisting of a set of elements that are in relationships and connections with each other and the external environment.

The comparative method provides an opportunity to identify common and specific features in the implementation of the epidemiological policy of national States, international organizations and non-governmental organizations in the field of countering the spread of infectious diseases on the territory of African States located south of the Sahara Desert.

The historical method allows us to consider the evolution of the spread of infectious diseases in the region, as well as the development of international tools to combat them.

The structural and functional method allows us to consider the system of political institutions whose activities are aimed at combating infectious diseases (HIV/AIDS) on the example of sub-Saharan Africa.

The statistical method provides an opportunity to analyze the dynamics of the spread of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa and evaluation of the effectiveness of decisions taken in the field of combating these infectious diseases.

The theoretical basis of the dissertation research is determined by conceptual developments in the field of human security and his rights to health protection, which is reflected in the theory of global health, developed and supplemented in the works of domestic scientists A.M. Karpenko, D.Yu. Moiseeva, I.A. Troitskaya, M.V. Radzikhovskaya, M.G. Moskvicheva, N.Yu. Brylina. The theory of global health has been most thoroughly developed in foreign science, its detailed presentation and justification is contained in the works of the following authors: K.J. Colvin, N. Leon, K.

Wills, M. van Niekerk, K. Bissell, P. Naidu, A.S. Fauci, G.K. Folkers, H.D. Marston, O. Gostin, D. Sridhar, O. Heller, K. Somerville, L.S. Suggs, A. Taylor.

Scientific and theoretical understanding of the problems of global health is carried out within the framework of the neoliberal paradigm of the theory of international relations, the subject contours of which allow us to properly explore the issues of cross-border political cooperation and global governance in consolidating efforts to contain epidemics of infectious diseases in the Subtropical Africa region. The concept of global health management is the foundation for the analysis of institutional mechanisms in the fight against infectious diseases (HIV/AIDS) on the example of sub-Saharan Africa.

Sources. The dissertation research is based on the involvement of a wide range of sources, the system of which should be divided into several groups. The theoretical basis of the study is presented by scientific works of Russian and foreign scientists and sources on WHO policy on combating infectious diseases (HIV/AIDS) on the example of sub-Saharan Africa.

The first group of sources is formed by WHO documents dedicated to combating the spread of infectious diseases in sub-Saharan Africa. These are official materials of WHO, the United Nations (hereinafter referred to as the UN) and individual documents related to the work of its special UNAIDS program.

The second group consists of sources that reveal the main mechanisms and directions of bilateral political cooperation between governmental and non-governmental organizations in the field under consideration.

The theoretical significance of the dissertation research is determined by the analysis and generalization of published materials of academic research on the WHO policy to combat infectious diseases (HIV/AIDS) on the example of sub-Saharan African countries, taking into account the current epidemiological situation in the region. The content of the dissertation research expands the subject field of the declared topic, determines the possibilities for further scientific analysis of the policy of WHO and other international organizations in the field of combating infectious diseases on a global scale.

The practical significance of the dissertation research is determined by the problematic analysis of the WHO policy on combating infectious diseases (HIV/AIDS)

on the example of sub-Saharan Africa. The dissertation presents the author's recommendations for the further development of the WHO policy to combat infectious diseases (HIV/AIDS) on the example of sub-Saharan Africa. The research materials can be used in the preparation of textbooks and textbooks on a wide range of legal disciplines, when lecturing as part of the educational process.

The reliability of the results of the dissertation research, as well as the validity of the conclusions made within its framework, is due to the use of a representative source base, the validity of the methods of dissertation research, as well as a meaningful analysis of the revealed patterns and cause-and-effect relationships. The conclusions of the study are objective in nature, not distorted by subjective and evaluative characteristics, and are based on independent sources of information.

The scientific novelty of the dissertation research is due to the filling of gaps in scientific knowledge regarding the global health system as an international political factor in combating the spread of infectious diseases on the territory of African states located south of the Sahara Desert:

1. A study of the international political aspects of WHO activities to combat infectious diseases in subtropical Africa has been conducted from the standpoint of a systematic approach that takes into account the general context of the humanization of modern international relations.

2. The author's assessment of the current state of anti-infective work of key world political actors in the subtropical Africa region is given, taking into account organizational, political and administrative aspects.

3. A typology of issues related to WHO in global health, as well as their resistance to infectious diseases in sub-Saharan Africa, is proposed.

The elements of scientific novelty of the research are revealed in the provisions submitted for defense.

Provisions submitted for protection.

1. The transformation of the system of international relations at the turn of the century led to the displacement of traditional problems of interstate interaction, previously traditionally represented by issues of military and political security of nations,

the problems of the security of the individual, an integral component of which is the safety of human health. The humanization of the international political agenda has led to a qualitative shift in emphasis in interstate relations, legitimizing the issues of national health as a new and more significant component of the national security of the state. The concentration of joint efforts of States and new actors in the global political process has led to the restructuring of the international infrastructure in the field of organizational and legal provision of human security and national health, giving rise to the phenomenon of international human rights law and the global health system as a factor in combating the spread of infectious diseases. The increasing role of international organizations in ensuring public health is due not only to the effectiveness of supranational institutions that allow overcoming the financial and socio-political constraints of national governments, but also to the actualization of humanitarian problems on a global scale. The cooperation of states in the field of solving health problems necessitates the creation and expansion of the limits of international action of supranational institutions, among which the leading role belongs to WHO as a specialized agency of the United Nations. The development of the system of international public management of issues of sanitary and epidemiological welfare of the population has led to the formation of an advanced concept of global health as a sphere of interstate interaction of political actors, which allows taking into account the complexity of modern cross-border relations between people in the process of countering the spread of infectious diseases.

2. The national health systems of individual States form in their entirety a global system for ensuring public health security, supplemented at the supranational level by international institutions that support and guide interstate cooperation in achieving the most effective realization of the right to health in a cross-border environment of the spread of mass infectious diseases. The territory of sub-Saharan African States has historically been a place of genesis and widespread spread of mass infectious diseases, whose population is more vulnerable to them due to the constellation of a wide range of socio-cultural, political and economic circumstances. The need for active intervention of supranational institutions in the field of health, primarily WHO, in the process of modernization of national health systems and coordination of anti-infectious public policy

is due to the limited financial, political and scientific resources of African States. The combination of specific natural and climatic factors with chronic problems of socio-economic development of African States requires the involvement of international resources to provide financial and administrative assistance to African national Governments to ensure the provision of appropriate medical and preventive services to the population.

3. WHO has a significant political and administrative role in coordinating international efforts in the field of anti-infective activities in sub-Saharan Africa. At the moment, the WHO policy to combat the spread of infectious diseases in the region requires modernization, carried out by expanding the consideration of socio-cultural and political circumstances that hinder effective anti-infectious activities. The list of these circumstances includes: a) a low level of social trust of the African population in official institutions of state medicine, supplemented by active propaganda of HIV dissidence and other areas of information counteraction; b) a low level of compliance with sanitary and epidemiological regulations; c) a high frequency of recourse to traditional medicine, healing and magical practices bypassing services, provided by medical institutions; d) stigmatization of medical workers and medical institutions as alleged "sources" of diseases; e) low infrastructural quality of the urban environment, which increases the risks of the spread of mass infections. The organization of anti-infection control requires taking into account these socio-cultural and political circumstances with the involvement of non-governmental organizations and civil society institutions within the framework of WHO in order to educate the population

4. The coordination function of WHO as a decision-making center in the field of global health can be expanded through the creation of a multidisciplinary Global Technical Council on the Threats of Infectious Diseases. The competence of this proposed body of international public administration should include the following terms of reference: b) filling knowledge gaps regarding (for example) infectious disease surveillance, research and development (R&D) needs, financing models, supply chain logistics, and the social and economic impacts of potential threats; and c) developing evidence-based high-level recommendations for managing global infectious disease risks

diseases. The Global Technical Council on Infectious Disease Threats should focus on the unstable threats of infectious diseases, as opposed to more stable and predictable global health problems (for example, endemic diseases). Its mission will be to reduce the medical, social and economic risks associated with diseases of epidemic potential. The Council will also promote coordination and cooperation among existing organizations, seeking to reduce duplication of efforts, facilitate the integration of ongoing activities, encourage partnerships (including between the public and private sectors) and discourage the use of public funds for research and development of products for which reasonable market incentives already exist.

5. A constructive direction for the concentration of WHO policy efforts in the field of anti-infectious activities should be the development at the regional level of a system for preventing the risk of an impending epidemic. Governments in sub-Saharan Africa need to consider establishing national platforms for early warning systems for infectious disease epidemics and develop action plans for their implementation, including resource mobilization and engagement with key stakeholders. For an effective epidemiological surveillance system, it is extremely important to include other sources of information, such as mortality data from demographic surveys, environmental data, civil status statistics, antimicrobial resistance, meteorological data. Most of this information is generated outside the health sectors, which makes it difficult to access for the purposes of epidemiological surveillance of diseases. The adoption of these measures will be an effective way of coordinating the political efforts of WHO and the national Governments of sub-Saharan Africa to combat infectious diseases, in particular HIV/AIDS.

The reliability of the results of the dissertation research, as well as the validity of the conclusions made within its framework, is due to the use of a representative source base, the validity of the methods of dissertation research, as well as a meaningful analysis of the revealed patterns and cause-and-effect relationships. The conclusions of the study are objective in nature, not distorted by subjective and evaluative characteristics, and are based on independent sources of information.

Approbation of the results of the dissertation was carried out within the framework of the provided forms of publication of data and results of scientific research. Based on the conclusions reached, author's scientific articles have been prepared:

1. Kuzyakin A.G. Cooperation between Russia and WHO as an important component of the development of the healthcare system of the Eurasian space // Issues of national and federal relations. 2021. Vol. 11. No. 12 (81). Pp. 3614-3620.

2. Kuzyakin A.G. The Regional Office for Europe as the main subject of WHO in the Eurasian region (work program and current activities) // Questions of Political Science. 2022. № 11 (87). Pp. 3917-3926.

3. Kuzyakin A.G., Pogodin S.N. History of the World Health Organization // Russia in the global world. 2021. № 19 (42). Pp. 114-122.

4. Kuzyakin A.G., Pogodin S.N. The role of WHO in countering the COVID-19 coronavirus pandemic // Questions of political science. 2021. Vol. 11. No. 10 (74). Pp. 2840-2848.

5. Kuzyakin A.G., Pogodin S.N. World health organization: history and mission // International relations and the dialogue of cultures. The collection of scientific articles. 2021. № 9. Pp. 166-175.

The structure of the scientific research includes an introduction, three chapters (seven paragraphs), a conclusion and a bibliographic list.

Chapter 1. World political aspects of the formation of universal health standards

1.1. Features of the process of humanization of modern international relations

Humanization is one of the characteristic features of the evolution of the system of international relations throughout the XX century and remains a significant vector of cooperation between states at the beginning of the XXI century. The term "humanization" (from Lat. *humanus* – human) is of an intersectoral nature and implies in the most general terms the strengthening of the importance of a person's personality and his well-being as the most important value in a particular sphere of public life; placing individual human problems in the focus of public and state (supranational) institutions. The term "humanitarization" is also closely related to this concept, which arose as a result of the academic division of scientific disciplines into their subject areas. Humanization and humanitarization are quite often identified with each other and are considered synonymous.

Recognizing the general importance of humanization and humanitarization in the development and improvement of man, P.G. Evdokimov suggests distinguishing these terms based on the logic of the process of human socialization. In this case, the process of humanization implements the problem by bringing the objective world closer to the essence of man, while "the process of humanization brings a person closer to the needs of society through his moral improvement."²¹³ In the sphere of international relations and world politics, humanitarization is a process of penetration of the humanitarian component "into all spheres of world politics."²¹⁴

The humanization of international political relations means that politics and the state cease to be an end in itself and self-worth. They become a means of satisfying the growing needs of a person, protecting his rights, freedoms and interests. The humanization of international political relations implies an increase in the importance of

²¹³ Evdokimov P.G. On the question of the scientific explanation of the concepts of "humanization" and "humanitarization" // *Izvestiya Volgograd State Technical University. Series: New educational systems and technologies of higher education.* 2004. № 8. P. 17.

²¹⁴ Lebedeva M.M. Humanitarization of world politics // *Polis. Political studies.* 2021. № 4. P. 77.

non-governmental actors and members, in particular representatives of national diplomacy (scientists, cultural and artistic figures, members of public, religious and other organizations) in the system of relations.

The humanization of international relations manifests itself in several directions:

1. The increasing role of the "ethics of persuasion", according to Max Weber, or, in other words, individual ethics, which manifests itself in the growing influence of international public opinion on world politics.

2. Increasing the effectiveness of international humanitarian law in the protection of human rights and limiting the means and forms of armed conflict.

3. The growing influence of private groups and individuals with their individual rather than state interests, that is, those who represent national diplomacy, on the functioning of international relations.

One of the main factors of this development was the strengthening of the position of the individual, the person in relation to the state. In some respects, the individual has moved into the spotlight, he has become the center of regulatory efforts, as in the case of the Development Law, with an emphasis on "human development", and security, with an emphasis on "human security", both of which are closely related to human rights, which in themselves have gained importance through efforts on the "actualization of human rights" in the United Nations, in particular, since 1997. Already in the 80s of the last century, the discussion about the "rights of peoples" was moving in the same direction. Since the 90s, there has been a noticeable shift in international law from a State-oriented approach to a human personality-oriented approach or a community-oriented approach.

The humanistic turn in the system of international relations that took place throughout the XX century was facilitated by the active intellectual research and philosophical and ethical concepts of the most outstanding thinkers and representatives of academic science of their time. A typical example of an influential moral theory that transformed the intellectual appearance of the world political system was the Ethics of reverence for the life of the German-French thinker and encyclopedic scientist, philosopher and doctor A. Schweitzer (1875-1965), awarded the Nobel Peace Prize in 1952. Dr. Schweitzer recognized reverence for life as an absolute ethics. Reverence for

life means that all life is valuable and important, and that no life (human, animal or vegetable) should be sacrificed without compassion for the lost life compared to the greater good that this sacrifice can bring. Respect for life asserts that, although life may be lost, it should never be sacrificed callously or unceremoniously, and that an action that can cause harm should be performed only after it is determined that the potential benefit exceeds the harm that results from the loss of life.

True philosophy according to Schweitzer should begin with the most immediate and comprehensive fact of consciousness, which states: "I am a life that wants to live, in the middle of a life that wants to live." This is the basic ethical experience of life for every person. Because of the fear of annihilation, man longs for the realization of his existence. Life affirmation is inherent in human nature. His natural will to live leads a person through the process of thinking about himself and the world to universal world affirmation. A person who thinks about himself and the world understands that everything around him – plants, animals and people – want to live the same way as himself. A person realizes that all living beings have some mysterious universal will to live. Thus, the main experience of a person is not his absence from the world, but his experience of closeness and connectedness with the life around him.

Thus, man is a part of nature, and his life is, in fact, connected with other living organisms. Nevertheless, it has a special role in nature. However, nature is far from being an ideal harmonious system. Every will to live strives for the affirmation and best realization of its being. This leads to a conflict of interests and a struggle between living beings of the natural world. Events in nature are ambivalent: beauty and logic are intertwined with horrors and illogicality. Therefore, a person cannot establish clear guidelines for his life based on his knowledge of nature. The surrounding world of nature does not behave ethically, so a person must find guidelines for his life in his inner will to live.

According to Schweitzer, the ethical will to live is an innate element of every person, which commands him to show equal respect for all wills to life, as well as for his own. "Ethics, then, consists in the fact that I feel compelled to show the same respect for

all the wills of life as I do for my own.²¹⁵" The ethics of reverence for life is absolutely consistent on a theoretical basis and does not allow ranking beings as more or less worthy of life. The ethics of honoring life does not reveal where the boundaries of inevitability are and what basic criteria a person should be guided by when choosing between different forms of life. It requires a person to comply with the fundamental principle of "support and encourage life", and the concrete implementation of this principle depends on the person himself.

True humility means the ability to critically distance oneself from the world; it represents true freedom, which creates in a person a predisposition to rejection and self-sacrifice. The ecological crisis forces a person to change his lifestyle. Returning to a simpler lifestyle and the associated rejection of consumerism are the first steps towards a more responsible attitude to the environment.

Schweitzer laid the foundations of biocentric environmental ethics half a century before other thinkers. At the beginning of the XXI century, an increasing number of thinkers looking for an adequate response to the challenges of the modern era turn to Schweitzer's ethics of reverence for life. It seems that only now, almost a hundred years later, the depth of Schweitzer's thought is clear. Many consider him a pioneer of ecological ethics, a seeker of the common moral principles of great human civilizations and the architect of a new moral attitude of man to life.

The increasing attention to the ethical and ecological aspect of the existence of modern civilization in the intellectual culture of the XX-XXI century was combined with the active involvement in the process of international political interaction of civil society institutions acting as a conductor of humanistic ideas. The regular involvement of civil society in law-making processes in various fields and the expansion of multi-stakeholder partnerships in international relations have become particularly important since the late 90s. There is a close relationship between international relations and international law, which suggests that the humanization of international law also leads to the humanization of international relations. However, a reservation should be made, since changes in international law do not translate mechanically into the development of international

²¹⁵ Schweitzer A. Letters from Lambarene. L.: Nauka Publishing House, 1978. P. 57.

relations. In fact, there is a constant struggle for compliance with international legal obligations by States, which may decide to ignore them if they consider that it is in their interests, in particular, since they will not have to face serious consequences. On the other hand, it is States, often pushed by civil society and international organizations, that are responsible for the progress made in the humanization of various areas of international law. Thus, in general, the theory of international relations helps us to understand how international legal regimes are developing. Similarly, international law affects the relations of States with each other.

The 1993 Vienna World Conference on Human Rights can be seen as a breakthrough that stimulated the efforts of UN Secretary-General Kofi Annan to mainstream human rights in the UN system since 1997. Actualization can be understood as the integration of a cross-cutting problem into all areas of the organization's activities. Without going into the debate about cosmopolitanism, it may be enough to say that human rights are cosmopolitan in nature. In general, the role of human rights in international relations gained great importance in the 90s. Since that time, one can observe the institutionalization of human rights. Human rights shares its focus on human dignity with minority rights, which, however, provide additional rights for members of minority groups.

The emphasis on the human personality is also a feature of the approach to human development. In contrast to the traditional growth-oriented approach, the human development approach considers a combination of parameters such as life expectancy, maternal health or education to measure progress in human development using the human development index. Human development is closely linked to human rights, but also to human security. The humanitarization of world politics is understood primarily as the process of penetration of the humanitarian component into all spheres of world politics, just as securitization means that any world political problem is considered from the point of view of security²¹⁶.

The concept of human security is closely related to the concept of human rights. Its two main pillars, i.e. freedom from fear and want, can be associated with civil and

²¹⁶ Lebedeva M.M. Humanitarization of world politics // Polis. Political studies. 2021. № 4. P. 77.

political, as well as economic, social and cultural rights, respectively. Human security and human rights are actually interrelated concepts, since their common source is human dignity. Human security is of particular importance in the field of crisis management and post-conflict situations.

The field of international humanitarian law has historically been the first to encounter the humanization of law. International efforts to limit weapons that cause unnecessary suffering, such as the ban on anti-personnel landmines, can be seen as further steps to humanize the right to wage war and protect civilians.

It is worth noting that humanization can also be observed in the field of State responsibility, where human rights and public interests have become increasingly important. There is also international humanitarian law, which focuses on improving the situation of people affected by humanitarian crises and disasters. An example in this case is the ongoing work of the International Law Commission on the Protection of People in the Event of Disasters.

Refugee law is an important area of humanization of international law. It provides a system of protection for persons who were forced to leave their country due to a reasonable fear of persecution for reasons of race, religion, nationality, belonging to a certain social group or political beliefs, and is monitored by the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. The European Union, through its common asylum and migration policy, is trying to establish minimum standards based on the Convention on Refugees and Human Rights in order to counter the trend towards tightening national laws on asylum and foreigners. However, the increasing trends of xenophobia and racism in Europe are forcing Governments to interpret their international obligations restrictively.

There is a humanization of the rules that must also be observed in relation to the activities of transnational cooperatives, which often operate all over the world. Although it is difficult to place these companies under a mandatory international legal regime, since they are not classical subjects of international law, constant efforts are being made in the form of soft law in the form of guidelines and voluntary self-regulation.

The problems of humanization have also influenced international environmental law, which is best seen from the World Conference on Environment and Development in Rio de Janeiro in 1992 and subsequent legal changes, for example, in the field of ozone layer and climate protection.

Important developments can also be noted at the regional level, for example, in the case of the African Union, which introduced the concepts of human security and the duty to protect into its relevant laws and documents and created the African Court, also responsible for human rights. International law sets the rules of international relations, and although foreign policy is mainly devoted to the pursuit of national interests, national interests are increasingly viewed in a broader context: in global interests. It also requires a common value framework, which, while always unreliable, can best be found in human rights values based on human dignity. In this process, global civil society will play an important role in ensuring its sustainability. In this regard, the Concept of Sustainable Development has become an important theoretical and practical document defining the essence of the humanization of international relations in the modern era. According to this document, world politics should be built in such a way that future generations will not be deprived of the opportunity to fully live and enjoy natural and other benefits. That is, it is supposed to meet the needs of the current generation in natural resources, but with a special attitude and concern for the right to life of future generations of earthlings²¹⁷.

The most important vector of humanization of modern international relations is attention to the problems of an individual, his condition, his social well-being and, as a result, his health. The modern philosophy of health is largely focused on the problem of determining the nature of the concepts of health and disease from a scientific point of view. Some theorists argue that these concepts have no value and are descriptive in the same sense that the concepts of atom, metal and rain have no value and are descriptive. To say that a person has a certain disease or that he is unwell means to objectively describe this person. On the other hand, this, of course, does not exclude an additional assessment of the state of affairs as undesirable or bad. Other philosophers argue that the concept of

²¹⁷ Solovyova E.S. The world-political dimension of the right to life in a globalizing world: dissertation... Candidate of Political Sciences : 23.00.04. St. Petersburg, 2012. P. 33.

health, along with other medical concepts, is essentially loaded with values. Establishing that a person is healthy requires not only some objective examination and measurement. This also implies an assessment of the general condition of a person. The statement that he or she is healthy does not just imply certain scientific facts concerning a person's body or mind, but also implies a (positive) assessment of a person's physical and mental state. The problem field in the philosophical understanding of the category of health will currently be associated with the loss of the absolute value of human health, and its perception as a necessary additional means for successful competition with rapidly developing technology²¹⁸.

Currently, health is considered one of the most important values. Many people consider health to be one of the most valuable life values. Health, as well as longevity, should be protected and strengthened to the maximum extent possible. Different categories of health are interconnected with each other. Sometimes physical health was given priority in the sense that it was seen as a necessary condition for mental health. Galen (c. 129-216/17) in some of his writings tried to explain the mental properties of a person in terms of specific combinations of body parts. In the modern discussion about mental illness, one position that is particularly supported by doctors is that all mental illnesses have a somatic background, i.e. that all mental illnesses (if they exist at all) they are mainly somatic diseases. However, the generally accepted point of view, common in Western medicine, is that a person can simultaneously be somatically healthy and mentally ill, or vice versa. Such a broad understanding makes this organization not only a "medical", but rather a socio-political subject of modern international relations²¹⁹.

Relatively recently, two main directions in understanding the theories of health and disease have emerged in the world academic arena. One of them is sometimes called medical or biostatistical. He is characterized by the understanding that "health" and "disease" are biological concepts in the same sense as "heart", "lungs" and "blood

²¹⁸ Shushunova T.N. Category of health in the history of the development of socio-humanitarian knowledge // Journal of the Belarusian State University. Ecology. 2017. № 4. P. 14.

²¹⁹ Kuzyakin A.G. Regional Office for Europe as the main WHO entity in the Eurasian region (work programme and current activities) // ...

pressure" are biological concepts. In particular, according to this position, there is nothing evaluative or subjective in the concepts of health and illness.

The other main line of health philosophy assumes a completely opposite position in relation to these basic issues. According to these philosophers, who are often called normativists or holists, health and illness are inherently value concepts. They cannot be fully defined in biological or psychological terms if it is assumed that these terms are neutral in terms of value. To say that someone is healthy partially means that this person is in a good state of body or mind.

The system of international relations that dominated throughout almost the entire twentieth century was bipolar and characterized by the confrontation of two camps representing different models of the socio-economic and political structure of states (capitalist and socialist). Healthcare is the central link of a macroeconomic corporation, with which suppliers of economic resources should build mutually beneficial contractual relations. The main function of the state in this system is regulation aimed at improving the health of the population, while public, religious organizations are called upon to exercise control over civil society in this area²²⁰.

For this system, issues of international and State security gained predominant importance, while a wide class of socio-humanitarian problems was of secondary importance. Since the end of the Cold War and the beginning of the formation of a polycentric world order, the process of humanizing international relations and prioritizing social and humanitarian problems has become typical for interstate interaction. Wars and internal conflicts in Europe and Africa in the 90s of the XX century created an incentive to respond to massive violations of human rights by increasing the attention of international organizations to the problems of the individual, be it civilians affected by war, refugees or displaced persons, or, more generally, people in general as holders of inalienable right. An additional factor in the humanization of international relations was forced globalization, which actualized the need to regulate the activities of international organizations and multinational companies. Once again, the question arose about the

²²⁰ Shamshurin V.I., Shamshurina N.G. Philosophy of health: historical, philosophical and medical foundations // Man. 2018. № 1. P. 111.

basics of regulating the role of individuals, which led to calls for increased attention to human rights in the globalization processes.

One of the general circumstances of the process of humanization of modern international relations has become the strengthening of the importance of individual rights and, in general, the problems of an individual in relation to the problems of States. In some respects, the individual has moved into the spotlight, he has become the focus of regulatory efforts and the subject of international agreements that focus on human development and security issues that focus on human security. These trends are closely related to human rights, which in themselves have become important due to efforts to mainstream human rights within the United Nations, in particular since 1997. Since the 90s of the XX century, there has been a noticeable shift in international law from a State-oriented approach to an approach focused on the human person, or an approach focused on the human community as a whole. The latter has an open content and is interpreted as broadly as possible, starting with understanding it as a community that includes not only states, but also other actors entering into international relations, and ending with its identification with humanity as a whole²²¹.

These developments coincided with a significant increase in the role of civil society institutions and non-governmental organizations at the global level. The regular involvement of civil society in the processes of lawmaking in various fields and the expansion of partnerships with the participation of stakeholders in international relations have become of key importance since the late 90s of the XX century. International organizations have become a crucial aspect of the institutionalization of State cooperation in the 20th century, among other things, because they can be created for almost any purpose and are endowed with competencies adequate to their functions. They are "an integral and important part of the system of modern international law and international relations; they are not only active subjects of international legal relations, but have become important players in the international arena."²²²

²²¹ Quoted by: Focarelli C. *International Law as Social Construct: The Struggle for Global Justice*. Oxford: Oxford University Press, 2012. P. 151-153.

²²² *The law of international organizations: a textbook for undergraduate and graduate studies* / edited by A.H. Abashidze. Moscow : Urait, 2014. P. 23.

Today, international organizations are considered separate legal entities because they carry out activities arising from their own will expressed by their own bodies. It is this ability that has been constantly strengthened by transferring more and more functions to international organizations, as well as by changing the way they work.

Clear examples are integration organizations such as ECOWAS, the African Union or the European Union (EU). For example, the EU integration process has led not only to an expansion of the EU's competence, but also to a shift in decision-making in an increasing number of areas from unanimity to majority voting. The growing number of international organizations, the significant expansion of their functions, the corresponding increase in their competence and scope of activities have undoubtedly contributed to their growing influence on all members of the international community in addressing a wide range of humanitarian issues.

This applies not only to integration organizations such as the EU, but also to organizations carrying out security operations (NATO, EU, AU, ECOWAS, etc.) or financial institutions (World Bank, WTO, etc.). For example, the World Bank has incorporated human rights norms into many of its operational policies and procedures. Moreover, in 1993 the Executive Directors of the World Bank decided to create an Inspection Panel, which allows individuals as well as associations and nongovernmental organizations to file complaints related to Bank projects and the Bank's failure to comply with its own rules, thus allowing individuals and communities to hold the World Bank accountable for violations of its internal rules.

Another aspect that should be mentioned here is that international organizations have become important actors in the field of human rights protection. The changing quality and role of international organizations, as well as the general trend of taking human rights into account in all aspects of the life of the international community, have made human rights one of the main aspects of the agenda of many international organizations. It can be argued that the role of international organizations in promoting respect for human rights (and the rule of law) has been impressive and unprecedented. In order not to dwell only on the example of the United Nations as an international organization of great importance, we should mention the importance of the so-called

Copenhagen Criteria²²³, which were the conditions defined by the European Council of the EU during its meeting in Copenhagen in 1993 on the admission of Central and Eastern European countries to the European Union.

To assess the achievement of sustainable and inclusive economic progress through deepening cooperation between the public and private sectors through intellectual leadership and analysis, strategic dialogue and concrete cooperation, including accelerating social impact through corporate action, the World Economic Forum has proposed an Inclusive Development Index. This index evaluates the economic performance of countries in three main areas: growth and development, inclusiveness and intergenerational equity and sustainability. Twelve indicators that make up the country's inclusive development index are used to assess inclusivity. Such an index is formed on the basis of twelve indicators that characterize not only GDP, but also employment, income, education, life expectancy, etc. The index was proposed at the World Economic Forum in Davos in 2018 to be used as an alternative to the index of the physical volume of GDP in a situation of worsening crisis of the world economy²²⁴. Such an index reflects a more holistic picture of economic development, that is, a steady increase in the standard of living of the population. The WEF report ranks 29 developed countries and 78 developing countries separately according to the new index. The division of countries into two groups was required because of the differences between them in determining the level of poverty. Over the same period, less than half of advanced economies have succeeded in reducing poverty, and only eight have achieved a reduction in income inequality²²⁵.

In general, it can be argued that international organizations have contributed to increasing the effectiveness of States' efforts in the field of human rights in many ways, but especially by institutionalizing the application of international law or providing a basis for its codification. This can be seen as part of a general trend characterized not only

²²³ Accession criteria (Copenhagen criteria). URL: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/glossary/accession-criteria-copenhagen-criteria.html> (date of request: 06/01/2022).

²²⁴ Sudakova N.E. Inclusion in the perspective of world politics: current challenges and strategies to overcome them // Society: politics, economics, law. 2021. № 12 (101). P. 22.

²²⁵ Novikov A.I., Vitkina M.K. Inclusive economy and social responsibility in the regions of the world: dilemma or public consent // Regional economy and management: electronic scientific journal. 2018. № 2 (54). With. 8.

by the rejection of the status of the State as the only responsible entity in the field of human rights, but also by the imposition of human rights obligations on other non-State actors, including international organizations.

It was only in response to the terrorist attacks of September 11, 2001, that the opposite trend towards strengthening State sovereignty and national security emerged, which called into question excessive attention to the greater humanization of international relations. As a result, two competing trends can be observed today: one towards greater humanization of international relations, and the other towards approaches focused on solving problems of ensuring State sovereignty, in particular in the field of anti-terrorist actions and migration laws. In times of economic crises, people rely more on the protection of the state, which, however, takes on new significance due to the changed context of globalization. In this regard, the question arises about the sustainability of the observed humanization of international relations.

There is a close relationship between international relations and international law, which suggests that the humanization of international law also leads to the humanization of international relations. It should be noted here that changes in international law are not made mechanically in response to the corresponding trends in the development of international relations. In the modern period, there is a struggle for compliance with international legal obligations by States, which may decide to ignore them if they consider it to be in their interests. This is partly due to the fact that they do not have to face serious consequences of such steps. On the other hand, it is the States, often pushed to institutions by civil society and international organizations, that are responsible for the progress made in humanizing various spheres of international relations.

Thus, the sphere of human rights protection remains the most productive area of interaction between States, within which the trends of humanization of international relations are most clearly manifested. Since the adoption of the Universal Declaration of Human Rights in 1948, the ²²⁶UN human rights system has undergone an intensive evolution. The Vienna World Conference on Human Rights in 1993 can be regarded as a

²²⁶ Universal Declaration of Human Rights (adopted by the UN General Assembly on 10.12.1948) // Rossiyskaya Gazeta. 10.12.1998.

breakthrough that stimulated the efforts of UN Secretary-General Kofi Annan to mainstream human rights within the framework of UN activities since 1997. This actualization can be understood as the integration of a cross-cutting human rights issue into all areas of the organization's activities. Taking into account the interests of a person's personality is successfully used in international UN projects, as well as in other organizations, such as the European Union, for the development of a human rights protection system.

The emphasis on the human personality is also a feature of the approach to the development of modern communities. In contrast to the traditional understanding of interstate interaction focused on economic growth, the approach to human development considers a combination of parameters such as life expectancy, people's health or their education to measure progress in human development using the human development index. For more than 20 years, the United Nations Development Programme (UNDP) has been issuing its annual Human Development report, the first of which appeared in 1990. This goes well with the human rights approach applied by UNDP since the late 1990s, but especially since the adoption of the 2005 World Summit Outcome Document, which marked the results of the UN reform process in 2005²²⁷.

Human development is closely linked to human rights as well as security. In his report to the General Assembly on the completion of the United Nations reform process in 2005, former United Nations Secretary-General Kofi Annan formulated a "formula" for the relationship between these problems: "Accordingly, we will not enjoy development without security, we will not enjoy security without development, and we will not be able to enjoy either without respect for human rights."²²⁸

In 1994, a year after the Vienna World Conference on Human Rights, UNDP put forward the concept of human security. The Human Development Report for that year identified seven categories: economic security, food security, health security,

²²⁷ Resolution adopted by the General Assembly on 16 September 2005, 2005 World Summit Outcome. URL: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_60_1.pdf (accessed: 06/01/2022).

²²⁸ Secretary-General's Address to the Commission on Human Rights. URL: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2005-04-07/secretary-generals-address-commission-human-rights> (accessed: 01.06.2022).

environmental security, personal security, public security and political security. The report describes security as a people-centered concept.

In 1997, the Human Security Network was founded, a free organization of States in which its members seek to increase attention to the problems of the human personality and its needs in international relations (where possible) through international agreements. This is evident from the history of the founding of the organization, which was associated with the negotiations and adoption in record time of the UN Convention on Anti-Personnel Mines (Ottawa Treaty) in 1997²²⁹. The conclusion of this convention has also become an example of the practice of combining the efforts of interested States, global civil society and international organizations.

The concept of human security is closely related to the concept of human rights. Its two main pillars, freedom from fear and from want, can be linked to civil and political, as well as economic, social and cultural rights. Human security and human rights are actually interrelated concepts, since their common source is the idea of human dignity. Human security is of particular importance in the field of crisis management and post-conflict situations. Humanization efforts in this area correspond to the convergence of human rights and international humanitarian law.

It is worth noting that humanization can also be observed in the field of State responsibility, in which human rights and public interests have become increasingly important. International humanitarian law focuses on improving the situation of people affected by humanitarian crises and natural disasters. As an example, the current work of the International Law Commission on the Protection of People in the Event of Natural Disasters can be cited.

An important area of humanization of international relations is also the problems of refugees, whose rights are protected, in particular, by the 1951 Geneva Convention relating to the Status of Refugees²³⁰. It provides a system of protection for persons who had to leave their country due to a reasonable fear of persecution on the grounds of race,

²²⁹ Human Development Report 1994, New Dimensions of Human Security. URL: <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-1994> (accessed: 01.06.2022).

²³⁰ Convention on the Status of Refugees (Geneva, July 28, 1951) // Current international law. In 3 t . Moscow: MNIMP, 1996. Volume 1.

religion, nationality, belonging to a certain social group or political beliefs, and is monitored by the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. The system of international relations has faced the problem of increasing migration flows as a result of many factors, including globalization, which has led to a restrictive interpretation, especially in Western countries, of the content of the basic rules for granting asylum.

The European Union, through its common asylum and migration policy, is trying to establish minimum standards based on the Convention on Refugees and Human Rights in order to counter the trend towards tightening national laws on asylum and foreigners. However, the increasing trends of xenophobia and racism in Europe are forcing Governments to interpret their international obligations restrictively. Counter trends, particularly in the EU, include trends towards more active integration of human rights into migration policy at the EU level, as well as monitoring and countering xenophobia and racism.

The humanization of international relations is also manifested in relation to the activities of transnational cooperatives that operate around the world. Although it is difficult to place these companies under any binding international legal regime (since they are not classical subjects of international law), constant efforts are being made in this direction through guidelines and self-regulation. As a result, companies generally recognize the existence of human rights obligations towards their employees and people affected by their activities as part of their social responsibility.

The problems of humanization also formed the basis for international environmental cooperation, which is best seen in the example of the World Conference on Environment and Development in Rio de Janeiro in 1992 and subsequent legal changes, for example, in the field of ozone layer and climate protection. This whole process has set new standards in international cooperation based on an approach that takes into account the interests of local communities.

One of the most recent trends in the humanization of international relations has become the field of Internet governance. In this context, the World Conference on the Information Society, held in Geneva and Tunis in 2003-2005, directly referred to the

Universal Declaration of Human Rights in the context of Internet governance. Since then, the annual Internet Governance Forum has been dedicated to several human rights, in particular freedom of expression, privacy and data protection, as well as access to the Internet as a human right. A number of international and regional organizations, including, in particular, the Council of Europe, have contributed to the protection of human rights in Internet governance. The modern Internet is an arena for the clash of diverse interests and actors. At the same time, the possibilities of influence of states, which remain the most important subjects of international relations and world politics, on the decision-making process in the field of Internet governance are significantly limited²³¹.

The Internet Governance Forum is also an example of best practice for the participation of many stakeholders as a platform for the free exchange of views between representatives of States, international organizations, business and civil society. One of the innovations in the structure of these debates was the creation of so-called dynamic coalitions of stakeholders focused on specific issues. In Europe, several States have supported the humanization of Internet governance, while other States adhere to a more sovereignty-oriented approach, filtering and restricting access to the Internet according to their political or religious preferences.

The most important direction of the humanization of modern international relations has become the joint efforts of states to solve problems in the field of health protection and ensure access to quality medical services. In many States, the right to access health care is considered an element of the right to social security, and it may well be one of the most important achievements of modern democracies. The right to access health care is crucial to ensuring fair equality of opportunity in a free and inclusive society. Indeed, illness, disability and disability limit the opportunities that would otherwise be available to a person. However, if it is true that many developed States contribute to the realization of this right, then there are differences between States in the field of the health system, and since this right is inalienable, the question of access to health care for people in all

²³¹ Vasilkovsky S.A., Ignatov A.A. Internet governance: systemic imbalances and ways to resolve them // Bulletin of International Organizations: Education, Science, New Economy. 2020. Vol. 15. No. 4. With. 8.

countries of the world is open. Indeed, universal health coverage can be realized worldwide if a specific level of coverage is linked to the level of resources (human, material and technological) available in any particular society²³².

Despite the gradual improvement in the living conditions of mankind, there are still significant differences between and within countries in terms of human development indicators. If we take into account that the human development index (an indicator of the state and development of society) combines indicators of per capita income with life expectancy and education, then universal access to the health system and its transformation into health indicators is also a decisive factor for full-fledged human development. This index is a central element in the fight against poverty and various types of social inequality. Consequently, sustainable human development goes beyond wealth creation and implies, for example, increasing equity, empowering various social groups and proper management of demographic transition, promoting environmental protection.

Despite the existence of global governance institutions in politics (e.g., the United Nations), education (e.g., UNESCO), health (e.g., the World Health Organization), economic and financial systems (e.g., the World Bank System and the International Monetary Fund), and even in relation to freedom of international trade (e.g., the World Trade Organization) there are no comprehensive mechanisms for the global implementation of human rights. In the absence of effective global governance and sufficiently reliable international institutions, there is an objective request to meet basic human health needs.

It is noteworthy that the international community has committed itself to implementing a transnational health policy. For example, important efforts are being made to strengthen global health, namely the prevention of infectious diseases or other global threats, such as COVID-19. The global economic consequences of many diseases justify transnational public health measures. Indeed, international cooperation in the field of healthcare is quite compatible with the introduction of a modern healthcare system at the national level and the promotion of global health measures to improve the health of

²³² Nunes R., Nunes S.B. and Rego G. Healthcare as a universal right // Journal of Public Health. 2017. №25 P. 8.

people around the world. This is because no nation is capable of implementing global efforts in this area alone²³³.

Modern healthcare systems increase the efficiency of the distribution of medicinal resources and ensure an appropriate price-quality ratio through the development of primary health care and preventive measures. According to the Alma-Ata Declaration, this is an approach to the main health problems of the community through health promotion and prevention (primary, secondary, tertiary and quaternary), as well as treatment and rehabilitation of patients²³⁴. This declaration was adopted at a conference held in Alma-Ata (Kazakhstan) with the support of WHO and the United Nations Children's Educational Fund (UNICEF), the purpose of which was to emphasize the importance of primary health care, as well as to emphasize its vital importance in any health system²³⁵. Primary health care has a dual function of control (rationalization of the demand for inpatient care by limiting it to specific cases) and guidance (the ability to orient and guide the patient through the health care system). Thus, based on the assumption that primary medical care is the patient's first contact with the healthcare system, it is important to emphasize the crucial role that this level of medical care plays in health promotion.

Primary health care is carried out through a clearly defined strategy: a) education for health promotion and disease prevention; b) promotion of education in responsible sexual life; c) provision of programs for mother and child care and family planning; d) promotion of healthy nutrition and proper nutrition; e) guarantee of basic sanitary conditions; (f) introduction of a mandatory vaccination programme; (g) prevention of endemic diseases among the population; and (h) ensuring access to necessary medicines²³⁶.

Thus, primary medical care should be developed at several levels: health maintenance, disease prevention, diagnosis and treatment of diseases, as well as

²³³ Beauchamp T. and Childress J. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press, 2013. P. 65.

²³⁴ The Alma-Ata Declaration (d. Alma-Ata, December 21, 1991) // Commonwealth (CIS Information Bulletin). N 1. 1992

²³⁵ Kuzyakin A.G., Pogodin S.N. History of the World Health Organization // Russia in the global world. 2021. № 19 (42). P. 119.

²³⁶ Wilson Y. Distributive justice and priority setting in health care // The American Journal of Bioethics. 2018. №18(3). P. 53–54.

rehabilitation of patients. Cross-sectoral efforts are needed to achieve these goals, since improving health depends not only on the health system, but also on other fundamental areas such as education, social welfare and environmental protection.

Globalization as a trend in the development of modern international relations requires cooperation to solve health problems that cannot be solved by individual countries (global health). A good example here is the COVID-19 pandemic. For example, due to the astounding growth of digital healthcare, which is a direct consequence of new and modern information and communication technologies (ICT), it will be easier to promote the integration of the health system and the full provision of health services on a global scale. Although ICT raise special ethical issues (for example, the duty to protect personal integrity as a fundamental and inalienable right), they will play an important role in the modern health system due to the possibility of providing quality medical services even in remote geographical areas using e-health. The interoperability of different systems is a fundamental tool for promoting interconnectedness, which is the cornerstone of this evolution. The current realities of the fight against the new coronavirus infection and Russia's contribution to this process (registration of the first Sputnik V vaccine, etc.) determine the development of both direct cooperation between the Russian Federation and WHO and the development of its Eurasian scale²³⁷.

On the other hand, palliative care is aimed at providing care and spiritual support to the patient and his family when medicine cannot cure the patient's illness. Palliative care, although different in nature from emergency care, should therefore act as a priority for the development of the global health system. Modern States should take into account the possibility of creating national and even supranational networks so that resources are delivered to those who need them most. Thus, universal access to palliative care is a logical development of the proposal on access to health care as a universal right.

The foundation of a modern and developed society is that all people have equal dignity and should be able to enjoy a wide range of basic, inalienable and indivisible rights. The right to health clearly implies universal health coverage, which includes at

²³⁷ Kuzyakin A.G. Cooperation between Russia and WHO as an important component of the development of the healthcare system of the Eurasian space // Issues of national and federal relations. 2021. Vol. 11. No. 12 (81). Pp. 3614-3620.

least adequate minimum care. However, it is also necessary to prioritize the provision of medical care and improve efficiency through proper management of financial, human and material resources. Moreover, the allocation of resources to ensure proper care of the population, in addition to subsequent rationing, should also be carried out in accordance with the criteria of accountability and responsibility of States. It is in this conceptual framework that it is proposed to implement the universal right to access to health care on a global scale. It is important to note that "the concept of global health is linked to the concept of globalization, according to which the emphasis is placed on international interdependence in the field of health and on how economic, environmental, political and social processes on a global scale affect people's health."²³⁸

The allocation of resources for health care, in addition to the distribution of other social benefits, is an international political problem. The principle of solidarity, implemented through the tax efforts of citizens, can ensure a balanced distribution of resources in society. In Europe, the Convention on Human Rights and Biomedicine (Council of Europe 1996)²³⁹ promotes this ideal, calling for a universal right of access to health care. The ethical and social implications of this Convention may determine the recognition of this right as fundamental in accordance with the Universal Declaration of Human Rights.

The recognition of health as a social good has led to the development of an international health policy that has been adapted to this perspective. However, the crisis of the welfare State, associated mainly with an increase in life expectancy and an increase in medical care costs (mainly due to scientific and technological progress), suggested a different approach to this problem. Moreover, the general improvement of the living conditions of the population (at the social, cultural, educational and economic levels) is the reason for the sustainable development of health indicators in developed countries, along with the provision of medical care. First of all, this is "the gap between developed

²³⁸ Karpenko A.M. The development of global health in the context of world politics in the 21st century // Bulletin of the L.N. Gumilev Eurasian National University. Series: Political Sciences. Regional studies. Oriental studies. Turkology. 2020. № 3 (132). P. 55.

²³⁹ Convention on the Protection of Human Rights and Dignity in Connection with the Application of Advances in Biology and Medicine (Oviedo Convention, April 4, 1997). URL: <http://hrlibrary.umn.edu/russian/euro/Rz37.html> (accessed: 01.06.2022).

and developing countries not only in terms of social and economic development, but also the level of medical care and the state of the health system, which significantly (at times) affects the quality of life in developing countries.²⁴⁰

The State's recognition of the human dignity of the individual seems to imply that no citizen can be excluded from the basic healthcare system due to lack of financial resources. Equity in access to health care, materialized through solidarity in financing and equal opportunity in access, implies that all people with the same health care needs should have the same effective opportunity to receive appropriate treatment. However, equality does not mean that there is a social obligation to provide treatment in all circumstances; rather, the specific needs of all citizens are treated on a parity basis and are always under the scrutiny of society through fair and democratic procedures.

The right of access to health care is crucial to achieving effective equality of opportunity in today's system of international relations. Illness and disability limit opportunities that would otherwise be within a person's reach. Following this logic, all citizens must have the necessary resources for acceptable physical and psychological functioning.

For contemporary states and international health care organizations, one notion of distributive justice that is consistent with the conceptual formulation of the welfare state may be the egalitarian theory of J. Rawls²⁴¹. This theory rests on the concept of the social contract, according to which a democratic and pluralistic society, properly organized and structured, adheres to the fundamental values of individual freedom and equal access to basic social goods. That is why the principle of equal opportunity is becoming the main instrument governing social, educational and health policies in most developed democracies. The existence of institutions legitimized by democratic power derives from this model of social organization. For Rawls, this is a prerequisite for the widespread implementation of these values. However, utilitarian values, such as the necessary cost-containment in health care, as well as cost-benefit analysis, cost-utility, and economic efficiency, must also be considered.

²⁴⁰ Pashentsev D.A. Legal traditions of Russia and the development of international economic organizations // Bulletin of the Moscow City Pedagogical University. Series: Legal Sciences. 2015. № 3 (24). P. 28.

²⁴¹ Rawls J. A theory of justice. New York: Harvard University Press, 1971. 607p.

In contemporary international relations theory, the right of access to health care is interpreted in the light of egalitarian theories, which include the principle of equitable equality of opportunity. According to it, every citizen should begin his social life with similar circumstances on the biological and social levels, so that he can develop his talents and abilities in accordance with the principle of individual freedom. Meanwhile, it is important to determine how this right should be implemented at the global level, given the absence of universal enforcement institutions and mechanisms for global health governance. The existence of this universal right is part of A. Sen's global justice perspective. Sen in the context of global social choice. This argument emphasizes that the principle of equal opportunity must be applied at the international level, ensuring the harmonious development of all people and all communities²⁴².

The international distribution of social benefits in the field of health care provides the basis for state cooperation and assistance to the poorest states on the planet. However, the question of the amount and composition of assistance that states, individually and through international organizations, can provide to the socio-economically most vulnerable societies is an open one. To find an answer to this question, N. Daniels draws a clear distinction between preferences (amenities) and needs (fundamental) with regard to health²⁴³. They are based on the distinction between preferences and needs, as described in the famous Dutch report on health priorities "Choices in Health Care"²⁴⁴. This report proposed the exclusion of certain orthodontic procedures with a purely aesthetic purpose from the basic health care system, as well as certain psychotherapeutic interventions (counseling) that aim only to improve comfort and quality of life. According to this report, even some infertility treatments (reproductive continuation and reproductive genetics) can be excluded from the basic health care package because they are not considered necessary for normal social functioning.

That is, on the assumption that resources are limited and that the cost of health care tends to increase exponentially, the donor state must establish, according to

²⁴² Sen A. Development as capabilities expansion // The Journal of Development Planning. 1989. №19. P. 41–58.

²⁴³ Daniels N., Light D. and Caplan R. Benchmarks of fairness for healthcare reform. New York: Oxford University Press, 1986. P. 21-22.

²⁴⁴ Choices in Healthcare. A report by the government committee on choices in healthcare. The Netherlands, 1992. P. 28-29.

predetermined and mutually agreed upon rules, methods of including and excluding certain basic complex interventions. Indeed, rationing in health care has largely been associated with increased life expectancy, increased consumption of health services, and unprecedented medical advances, including new pharmaceuticals such as pharmacogenomics.

In the context of WHO's policy to combat infectious diseases (HIV/AIDS) in African states, it should be noted that the contribution of the international community is an important step to overcome global inequalities between rich and poor countries and to address many problems related to shortages of medicines and medicines and lack of access to quality health services. Thus, the specific means of implementing international policies for global health must address the needs of each country. Indeed, if food, education, housing, and health are considered basic human rights, they are universal, inalienable, interdependent, and must be guaranteed at the international level.

Based on the above, we can conclude that the key trends in the process of humanization of modern international relations received new impulses of development after the collapse of the bipolar system and the transition to the prioritization of social and humanitarian problems, as well as the protection of human rights as a subject of inter-state cooperation. Along with solving the problems of personal security and the protection of human rights in the activities of international organizations and transnational companies, the most important trend in the humanization of modern international relations has been the joint efforts of states to solve problems in the sphere of health care and ensuring access to quality medical services.

1.2. Formation of universal international standards in the field of healthcare

The starting point of building the "architecture" of international norms in the field of health is the formation and development of ideas about the right to health as a universal legal value. The right to the highest attainable standard of health, commonly referred to as the right to health, is guaranteed by a number of international human rights treaties. The right to health was guaranteed in article 25 of the Universal Declaration of Human

Rights, which stipulated that "everyone has the right to a standard of living adequate to maintain the health and well-being of himself and his family, including food, clothing, housing and medical care, as well as necessary social services." However, the most authoritative provision on the right to health is contained in article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (hereinafter – ICESCR)²⁴⁵, where it is stated as follows:

1 The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health

2 The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right include the steps necessary to:

a) ensuring the reduction of stillbirth and infant mortality and the healthy development of the child;

b) improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene;

c) prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;

d) creating conditions that would guarantee everyone medical care and medical assistance in case of illness.

In addition to these documents, article 24 of the Convention on the Rights of the Child ²⁴⁶and article 12 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination ²⁴⁷against Women contain important provisions on the right to health.

The Committee on Economic and Cultural Rights, responsible for monitoring the implementation of the ICESCR, has attempted to clarify the nature and content of the right to health. According to the Committee, the right to health guaranteed by article 12 of the ICESCR does not mean the right to be healthy. Rather, it is a comprehensive right

²⁴⁵ The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Adopted on 12/16/1966 by Resolution 2200 (XXI) at the 1496th plenary session of the UN General Assembly) // Bulletin of the Supreme Court of the Russian Federation. N 12. 1994.

²⁴⁶ Convention on the Rights of the Child (approved by the UN General Assembly on 20.11.1989) (entered into force for the USSR on 15.09.1990) // Collection of international Treaties of the USSR. XLVI. 1993.

²⁴⁷ Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (Concluded on 12/18/1979) (with amendments from 22.05.1995) // International protection of human rights and freedoms. Collection of documents. Moscow: Legal Literature, 1990. Pp. 341-355.

that should be interpreted broadly to include the basic determinants of health. The Committee further clarifies the following:

The right to health includes both freedoms and rights. Freedoms include the right to control one's health and body, including sexual and reproductive freedom, and the right to be free from interference, such as the right not to be subjected to torture, non-consensual medical treatment and experimentation. In contrast, rights include the right to a health care system that ensures equal opportunities for people to enjoy the highest attainable standard of health.

The Committee notes that the right to health imposes obligations on States to ensure the availability, accessibility, acceptability and quality of health services for all, especially vulnerable and marginalized groups. The Committee further defines minimum core obligations under the right to health, which include at least the following obligations:

- (a) Ensure the right of access to health facilities, goods and services on a non-discriminatory basis, especially for vulnerable or marginalized groups;
- b) ensure access to the minimum necessary nutrition, sufficient in terms of nutrients and safe, to ensure freedom from hunger for all;
- c) ensure access to basic housing, housing and sanitation, as well as an adequate supply of safe and potable water;
- d) provide essential medicines, as defined from time to time in the WHO Programme of Action on Essential Medicines;
- e) ensure the fair distribution of all medical facilities, goods and services;
- (e) Adopt and implement a national public health strategy and action plan based on epidemiological data that takes into account the health concerns of the entire population; the strategy and action plan are developed and periodically reviewed through a participatory and transparent process; they should include methods such as right to health indicators and benchmarks, through progress can be carefully monitored; the process of developing a strategy and action plan, as well as their content, should ensure special attention to all vulnerable or marginalized groups.

Within the framework of the African human rights system, the first attempt to guarantee the right to health is contained in article 16 of the African Charter on Human

and Peoples' Rights (hereinafter referred to as the African Charter)²⁴⁸. Article 16 of the Charter provides as follows:

1. Everyone has the right to the best attainable state of physical and mental health.
2. The States Parties to this Charter shall take the necessary measures to protect the health of their citizens and ensure that they receive medical care when they are ill.

It is clear from this provision that there are minor differences in the wording used compared to the wording of article 12 of the ICESCR. Firstly, while the ICESCR provision is addressed to States (duty bearers), the first part of article 16 of the African Charter focuses on "every person" (rights holders). In fact, although it may seem that the ICESCR is more concerned with holding States parties to the treaty accountable, Article 16 of the Charter seems to focus on the actual exercise of rights by individuals. For the purposes of human rights monitoring, these two approaches are relevant. However, since States are subject to international law, it is assumed that the emphasis on individuals in no way reduces the obligations imposed on States parties to the African Charter. Indeed, the wording of the second part of article 16 confirms this statement. As discussed below, the Commission's approach has been to hold States responsible for human rights violations arising from article 16, rather than individuals.

Secondly, the specific reference to medical care for patients seems to imply paying more attention to curative rather than preventive medical services. This provision is not as detailed as article 12 (2) of the ICESCR and does not contain references to the main determinants of health, such as a healthy environment, water supply and sanitation, as well as prevention, treatment and control of the epidemic. More importantly, article 16 of the African Charter does not address issues such as maternal and infant mortality, access to contraception and HIV/AIDS. In particular, these problems affect women more than men in Africa. Considering that these are serious health problems that affect Africa more than other regions, this is a serious omission on the part of the drafters of the Charter, although it can be argued that at the time of the completion of the work on the HIV Charter/AIDS has not become a serious problem in the region. However, it is inexplicable

²⁴⁸ The African Charter on Human and Peoples' Rights [Banjul Charter] (Nairobi, Kenya, June 27, 1981), 21 I.L.M. 59 (1981), entered into force on October 21, 1986 // International Human Rights Law in Africa. Oxford: Oxford University Press, 2012. P. 470-487.

that problems such as infant and maternal mortality, which have always created serious problems in the region, were not addressed in the Charter. An alternative argument in favor of this would be that the vague mention of these issues should not prevent a broad interpretation of article 16 with a view to their inclusion.

Although almost all member States of the African Union (with the exception of South Sudan) have ratified the African Charter, very few countries (including South Africa and Kenya) have explicitly recognized the right to health as legally enshrined in their national constitutions. This is especially true for many African countries that are former colonies of Great Britain. Thus, in countries such as Ghana, Nigeria and Zambia, provisions relating to socio-economic rights are classified as simple directive principles of public policy.

International legislation in the field of health can be defined as a set of international legal acts, the main or auxiliary purpose of which is to protect human health. International legislation in the field of healthcare continues to be developed in the form of treaties concluded by States, but at present it is a less significant source of law in this area, along with acts of specialized international organizations. In addition, the protection of human health may be directly or indirectly related, for example, to the protection of the environment or animal health. The diversity of national legal systems and the different stages of their development are a stumbling block to the harmonization and unification of international standards in the field of health. The delay in recognizing the importance of international health law reflects the slowness of the international scientific community in understanding the role that international health law already plays. The scale of the health problems that the world's population continues to face is such that difficulties in this area and excessive caution should not prevent the establishment of international health protection measures on a legal basis achieved through the development of common international health regulations.

The origins of international cooperation in the field of healthcare should be sought, in fact, in the XIX century, as a result of the merger of two key factors. On the one hand, economic and social events and the growth of medical knowledge in the XIX century led to a powerful reorientation in relation to the prevention of diseases; on the other hand,

there was a gradual increase in the role of the state as a guarantor of medical care. All this has led to the need for international cooperation in the field of health, initially focused on combating the cross-border spread of infectious diseases on an international scale. In other words, the states themselves sought to protect themselves from external threats to health. These efforts will eventually extend to other aspects of public health, such as drug trafficking, drugs, and occupational safety issues. The first International conferences on health issues were held in the second half of the XIX century. They were aimed at providing quarantine measures against cholera, yellow fever and plague. At these conferences, the first international agreements in the field of healthcare were adopted²⁴⁹.

The establishment of the first international rules in the field of combating infectious diseases was aimed not only at protecting Europe from these diseases and harmonizing quarantine requirements that distorted international trade. In addition, they were aimed at creating an international system of vigilance against epidemics and, ultimately, international institutions that would coordinate work with participating States in all matters related to the fight against infectious diseases. In addition to these initial measures regarding norms and international cooperation, an institutional leap took place in the twentieth century with the creation of the first international organizations competent in health issues, such as the International Public Hygiene Bureau (1907), which, since 1923, partially overlapped in its activities with the League of Nations Health Organization. The two organizations, with different initial views, retained this coincidence of spheres of competence, as well as their independent activities, despite several attempts at coordination by the League of Nations.

On the other hand, the Pan-American Sanitary Bureau was also established at the regional level (1902), which is more than a hundred years old, which became the germ of the still existing Pan-American Health Organization (PAHO), and which is now the WHO Regional Bureau. This first experience of institutionalizing health cooperation in the first half of the twentieth century eventually led, in the period after World War II and during the years of exponential growth of multilateral relations, to the creation of the World

²⁴⁹ Taylor A. Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health // American Journal of Law and Medicine. 1992. №18. P. 46.

Health Organization (WHO) as the only institution created to guide international actions in the field of health.

The process of universalization of international standards in the field of health originates in 1946, when the WHO was established. The preamble to the WHO Constitution, adopted in 1946, states that "Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not just the absence of diseases or ailments."²⁵⁰ The Soviet Union was among the States that created WHO, taking an active part in the development and adoption of many WHO programs and sending experts on world health and medicine to various WHO offices around the world²⁵¹.

The idea that global health should be an object of international regulation and cooperation is conditioned, on the one hand, by historical precedents, and on the other hand, by the reaction of the international community to the need to promptly solve health problems.

To the extent that numerous aspects of international cooperation may be directly or indirectly related to global health issues, there are several international organizations that directly or indirectly address issues related to global health. For example, issues related to food safety fall within the competence of WHO and FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations), which jointly created the Codex Alimentarius Commission²⁵², an institution that adopts international rules concerning food safety standards. Issues related to the danger and impact on human health of chemical, nuclear or bacteriological weapons are the subject of numerous international treaties and fall under the jurisdiction of organizations such as the IAEA (International Atomic Energy Agency) and the OPCW (Organization for the Prohibition of Chemical Weapons). Concerns about the ethical implications of developments in the life sciences fall within the purview of UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), which has already adopted several declarations on these issues. Within these various institutional frameworks, international instruments have been adopted

²⁵⁰ The Charter (Constitution) of the World Health Organization (WHO)" (Adopted in New York on 22.07.1946). URL: <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution> (accessed: 06/01/2022).

²⁵¹ Kuzyakin A.G., Pogodin S.N. World health organization: history and mission // International relations and the dialogue of cultures. The collection of scientific articles. 2021. № 9. With. 170.

²⁵² The Codex Alimentarius. URL: <https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/en/> (accessed: 06/01/2022).

dealing with a variety of issues directly or indirectly related to global health, some of which are binding and others are not legally binding.

In addition to the regulatory and institutional diversity of the international community's response, a recent phenomenon related to global health has been the emergence of new private or public-private actors in the international arena, whose influence is steadily growing. Thus, the recent flourishing of public-private partnership organizations should be added to the work of charitable foundations and private sector corporations associated with the pharmaceutical sector. The latter are new institutional mechanisms of a private legal nature that have competence in the field of global health, especially with regard to financing the fight against major pandemics, such as HIV/AIDS, malaria and tuberculosis.

However, the United Nations remains the leading institution in the international arena, while WHO, without a doubt, is the main authority on international health issues. It is within the framework of these international organizations that the main aspects of international law concerning global health are being developed. Since its creation in 1945, the United Nations has become the framework institution of the modern international community. In particular, its founding Charter ²⁵³and other legal documents adopted by the UN have formed the legal basis of modern international law. Its goals of a general, universal, timeless and interdependent nature, as well as its composition (also universal), the principles that it has proclaimed and defined since its inception, and its activities over the past decades have contributed to the fact that the UN has become the leading institution of international relations.

The decision to establish WHO in 1946 and the ratification of its charter on April 7, 1948, entailed a qualitative leap compared to previous international institutions and health goals, which were mainly focused on combating the international spread of infectious diseases. Indeed, in addition to these approaches and maintaining the same view of the concept of health set out in the preamble to its Constitution, WHO states: "The goal of the World Health Organization should be to achieve the highest possible

²⁵³ The Charter of the United Nations (Adopted in San Francisco on 26.06.1945) // Collection of existing treaties, agreements and conventions concluded by the USSR with foreign states. Vol. XII. M., 1956. Pp. 14-47.

level of health for all peoples" (Article 1). It is obvious that this is a common, universal and timeless goal, which should be linked to the human right to health and to a holistic and comprehensive concept of health itself.

In line with this overall objective, WHO functions are broad and predominantly technical in nature, taking responsibility for all issues and related issues related to health and hygiene on a global scale. Among other functions, it acts as a guiding and coordinating body. This helps governments provide medical services and public health resources, such as technical or emergency assistance. WHO performs tasks related to epidemiology (research, statistics and disease control actions), contributes to the improvement of hygiene standards (nutrition, housing, sanitation, economic and labor conditions, etc.) and promotes agreements and regulations related to international health. Finally, it provides preventive and operational technical assistance in the field of health, especially immediate notification and preventive actions in the face of epidemic outbreaks²⁵⁴.

WHO performs these functions through an institutional architecture, which is mainly implemented in the World Health Assembly and the Executive Committee, which are its two main intergovernmental bodies. The Director-General, together with the necessary staff, provides assistance to these institutions from WHO headquarters in Geneva and from regional offices spread around the world. WHO is characterized by a significant degree of decentralization in its activities through the establishment of regional offices; the WHO Regional Office for the Americas is also the headquarters of the independent Pan-American Health Organization.

It should be emphasized that WHO also has regulatory powers that, in accordance with Articles 19-23 of its Constitution, allow it to adopt conventions or agreements, rules and recommendations. The adoption of conventions and international agreements requires the approval of two-thirds of the members of the World Health Assembly, and, obviously, their entry into force requires the official consent of its member States. In any case, the original feature of WHO is that there is an 18-month deadline for the ratification

²⁵⁴ Gostin L.O., Sridhar D. Global Health and the Law // The New England Journal of Medicine. №370. 18 May 2014, pp. 1732-1740.

of these agreements by Member States. If one of these States does not ratify the agreement, it must officially inform the Assembly of its reasons; this is a mechanism of assistance with elements of deterrence. However, these broad opportunities for the development of international conventions on a wide range of issues related to health have not yet been sufficiently used. Various conventions have been proposed over the years, but only one convention has been adopted within WHO: the WHO Framework Convention on Tobacco Control, approved in 2003, in force since 2005 and currently has 179 participating States²⁵⁵.

WHO has adopted only two sets of rules: the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) in 1948 (revised several times²⁵⁶); and the International Health Regulations (IHR), the first version of which was adopted in 1951, and then major changes were made in 2005²⁵⁷. One of the notable features of the WHO rules, which clearly contributes to their universality and effectiveness, is that after proper notification of their adoption, they automatically enter into force and are binding on all Member States, with the exception of those Members who can notify the Director General of a rejection or reservation within a specified period. It is indicated in the notification (for example, a kind of "waiver" or "withdrawal from the contract" clause).

Finally, WHO has the competence to make recommendations on all kinds of health-related issues, a competence that is widely used by the World Health Assembly and the Executive Committee. Some of these recommendations are particularly important and have a certain regulatory component, even if they are not mandatory. These include, for example, the Influenza Pandemic Preparedness Framework (PIP) and the Global Code of Practice for International Recruitment of Medical Personnel. The absence of a mandatory nature has undoubtedly contributed to their general adoption, especially with regard to health policy and the description, etiology and treatment of diseases. In general, these recommendations proved to be quite effective, since States eventually recognized WHO

²⁵⁵ The World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/tobacco.pdf (accessed: 01.06.2022).

²⁵⁶ International Classification of Diseases 11 revision (ICD-11). URL: <https://icd.who.int/ru> (accessed: 01.06.2022).

²⁵⁷ International Health Regulations (2005). URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1031530/retrieve> (accessed: 01.06.2022).

central authority in health issues. As a result, they usually adjust their activities in accordance with these recommendations²⁵⁸.

The fight against infectious or contagious diseases has always been a constant part of international cooperation in the field of health. However, in recent decades, new, rapidly spreading infectious diseases have appeared, which, in turn, has required a qualitative leap in the requirements for international cooperation. In these matters, WHO acts as the governing body, using the International Health Regulations (IHR) as an instrument of international cooperation. The first edition of these rules was adopted in 1951, and they were amended in 1969 and 1981. Despite these changes, over time, the IHR has become an outdated and ineffective norm, unable to prevent the global spread of diseases, since it only provided for notification and action on certain specific diseases. Until 1981, these included cholera, plague, yellow fever, typhus, smallpox, and recurrent fever; since then, plague and yellow fever have been included. In addition, the IHR did not include adequate tools to ensure proper compliance with WHO decisions by its Member States. This situation, and especially the emergence of new diseases such as HIV/AIDS, avian influenza and SARS, which I have also already mentioned, in the 90s caused the need to revise the IHR. This revision was finalized in 2005, and the newly revised IHR entered into force on June 15, 2007.

The purpose and scope of the revised IHR, as stated in their article 2, is to "prevent, protect, control and ensure public health responses to the international spread of diseases in ways that are commensurate with and limited to public health risks and that avoid unnecessary interference with international transport and trade." In addition to emphasizing similarities with previous goals and the clear predominance of interests related to international trade, the essential novelty of the new IHRS is that the notification obligation is no longer limited to certain diseases, but extends to any "events that may constitute a public health emergency of international importance."²⁵⁹ In other words, it applies to any risk to the public health of other States as a result of the global spread of the disease, where the latter is defined in the broadest sense as a disease or medical

²⁵⁸ Taylor A. Governing the Globalization of Public Health // Law, Medicine & Ethics. 2004. №32(3). P. 505.

²⁵⁹ Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy // Bull World Health Organ. 2013. №91(8). P. 11.

condition, regardless of origin or source, which poses or may pose significant harm to people. The IHR includes a mechanism for officially declaring the existence of a public health emergency of international importance, starting with notification of the affected State. The official state of emergency is determined by the Director-General of WHO with the involvement of the Council of the Committee on Emergency Situations and may involve the adoption of temporary or permanent recommendations.

Thus, the IHR establishes as the main obligations of States: notification of events occurring on their territory that may constitute a public health emergency of international importance; availability of opportunities to identify, assess and notify of these events; availability of the necessary capabilities to respond quickly and effectively to public health problems, risks and emergencies of international concern. Due to the difficulties faced by some States, the IHR provided for a five-year period after entry into force before they would require all States to have these capabilities. WHO has also been tasked with providing assistance to Member States that need assistance in building all of this capacity. It is clear that all Member States share a commitment to promoting technical cooperation and logistical support in order to strengthen this capacity.

During the Ebola epidemic outbreak in West Africa in 2014, the IHR emergency mechanism was activated, although probably too late, given the scale and scope of the outbreak. This outbreak initially occurred in December 2013 and spread to Guinea, Liberia and Sierra Leone, with a projected spread to other countries, within eight months. It was not until August 8, 2014 that the Director General convened an Emergency Committee, which announced that the conditions for a public health emergency of International Importance (PHEIC) had been met. Based on this, WHO coordinated the international adoption of means to combat the epidemic, and the United Nations as a whole has also put in place its emergency response mechanisms, including the establishment of the United Nations Ebola Emergency Response Mission (MONRE)²⁶⁰.

International health protection in the form of operational activities through bilateral and, above all, multilateral cooperation between States requires a legal framework that

²⁶⁰ Colvin C.J., Leon N., Wills C., van Niekerk M., Bissell K., Naidoo P. Global-to-local policy transfer in the introduction of new molecular tuberculosis diagnostics in South Africa // *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015. №19(11). P. 38.

takes into account the economic, social, cultural and political factors justifying this activity. The content of health protection and, accordingly, the legal framework are developing in accordance with these factors: thus, the objectives of legislation in this area have long been the protection of health at the international level, but now they have acquired much more positive aspects. The original goals are to some extent reflected in the Treaties establishing the European Communities or in the AIDS policy, while an example of more promising goals are the goals enshrined in the WHO Constitution.

The very increase in the number of health laws creates a number of difficulties. It may happen that instead of a single body of legislation in the field of healthcare, a set of disparate measures will appear, having different institutional origins and sometimes diverging in content. Legislation may risk going beyond the scope of a single subject, so that the unitary nature of the subject will be at risk. All these questions give good reasons to look at the future of the subject, although the answers to them are not so simple, and indeed, the forecast is somewhat presumptuous. In any case, it can be assumed that the development of international legislation is a process that is constantly being questioned, and that harmonization seems almost impossible.

Although the constituent elements of international health legislation are numerous, two general categories can be distinguished. Everything related to health protection, whether in connection with the fight against infectious or non-communicable diseases, clearly belongs to the first category. This is indeed the main, technical and traditional purpose of legislation in this area, establishing legal norms to reduce the risk of the occurrence or spread of diseases or even to eradicate them, as the case of smallpox in the 1950s shows. The difficulty lies in the fact that this category has not only expanded, but also diversified. In addition to specifically medical protection, social protection and health protection related to various risks to public health, such as alcoholism, tobacco use and drug abuse, have been developed. The diversification of these risks is also reflected in occupational medicine. Along with protection against accidents at work and occupational diseases, such as pneumoconiosis, protection has been developed in relation to the professional environment and the quality of life at work. In other words, around the

central core of legislation concerning classical medical protection, there is a peripheral area associated with all the health hazards affecting society, especially industrial society.

The second general category of international health legislation concerns ethical issues. This category is by no means new, and the international community became really interested in ethical issues only after the adoption of rules concerning medical protection. The former are indeed more complex objects for legislation. International human law, in which ethical issues were considered simultaneously with health protection, perhaps should have become a model.

Since the late 1940s, the World Medical Association has done a lot to fill the gap in this area, and other organizations (the Council of International Organizations of Medical Sciences and the Council of Europe) have also considered medical technology in combination with medical ethics. It should be recognized that the problems of medical ethics are becoming more and more complex, as evidenced by the use of in vitro fertilization methods. The diversification of international legislation in the field of healthcare is also due to the diversity of its sources. Two categories of institutions are involved in the development of such legislation. Intergovernmental organizations whose purpose is public health (WHO) or those with authority in the field of public health (all other such organizations) reflect in their regulatory or legislative activities the concerns of national Governments in the field of international health protection. It is clear that these concerns can be defensive or positive at different times. They may also combine to some extent with trends of centralization in the field of international health or, on the other hand, reflect the desire for greater decentralization, for example, through regional intergovernmental organizations.

Since many intergovernmental organizations are actively involved in the development of legislation, growth inevitably becomes excessive, which entails difficulties with compatibility or balance between centralization or decentralization in international healthcare. The task of WHO is undoubtedly to identify and achieve a balance, and its successes, especially since the 1970s, have allowed it to remain the most important organization in the field of international health.

The intervention of non-governmental organizations in the development of international legislation in the field of health tends to change its content to some extent. The participation of certain non-governmental organizations in the development of normative measures is not something new, for example, the International Committee of the Red Cross has been involved in the development of international human rights law for a long period, but it seems to be growing. Non-governmental organizations in the field of health, such as Doctors Without Borders and International Medical Aid, can make a significant contribution to the development of the right to medical intervention, which is more in line with the requirements of the population of developing countries than is sometimes the case with international health law developed under the auspices of intergovernmental organizations. With the intervention of non-governmental organizations, general international health law, which has gradually become a branch of international development law, can be considered as a project of a new "international law of peoples". At present, the relevance of this alternative and less technocratic approach to international health law should be emphasized.

International legislation in the field of health care should, as far as possible, take into account technological progress in medicine, which, being a vital element of legislation, is fraught with many problems in practice. First of all, legislation by its nature restricts technical development, and this trend is intensified when legislation takes the form of detailed provisions on practical issues. An alternative to flexible legislation, such as framework laws, is not ideal in practice for international health law. The second difficulty lies in the risk of creating too large a gap between international health law and its subject — the state of the medical technologies used. This problem arises in international health law in a special form, especially in connection with health education. Thus, the primary health care policy offers an interesting solution to this problem.

The specific nature of international health law should also, perhaps, mainly be assessed in connection with social and economic (and, consequently, political and even cultural) factors that are decisive in the choice made in the development of this law. In the XIX century, legislation in this area was mainly preventive in its attitude to health, meeting primarily the requirements of European countries. On the other hand, WHO work

has been positive, focused on prevention and focused on developing countries. This policy may be related to the scale of the needs of these countries and, after the 1960s, to the increase in their number as WHO Member States. The EEC Treaty contains practically no provisions on health care, since in 1957 it was considered more important to emphasize certain elements of a common social policy that complement the economic policy of the Community²⁶¹.

The above is associated with several risks. Firstly, different fields and objects can be combined or blurred. In fact, there is a tendency to merge international legislation in the field of health with other areas that have a common social and economic dimension, such as international labor law or, more importantly at present, international environmental law and international consumer protection law. It is legitimate to raise the question of the general nature of international health law in peacetime and wartime, as well as the problem of the boundary between international health law and international human rights law. There are also reasons to think about choosing the main goal of international health law - the protection of public health, which also leads to a broader concept of a socio-economic nature, including, in particular, well-being, a concept used in the WHO Constitution. In addition, international health legislation cannot ignore the specific issue of the protection of medical workers, thereby raising the problem of the boundary between international health law and international medical law.

The future strategy of international legislation in the field of health care can be considered only after clarifying the content of this area of law. The strengthening of this legislation can be carried out at several levels: encouraging the adoption of national legislation in the field of health; coordination of such legislation at the regional level; and harmonization of international health regulations. Its implementation presupposes the applicability of measures and an assessment of their effectiveness. It would seem that the best chances for a successful overall strategy of international health legislation lie in pragmatism and realism.

²⁶¹ Treaty establishing the European Community (Rome, March 25, 1957) (consolidated text with Nice amendments) (as amended on April 16, 2003). URL: https://eulaw.ru/treaties/teuratom_edit/ (accessed: 06/01/2022).

The range of legal instruments for the application of the law in this area should be expanded; the WHO Charter serves as a model for this. It is worth emphasizing the legislative powers that the Organization has under Articles 21 and 22 of its Charter, in addition to its classic power to make recommendations and the recognized powers of the World Health Assembly regarding the adoption of multilateral treaties. We should also mention "mixed" recommendations, which, as in the case of international nonproprietary names of pharmaceutical products, have a legal status between a pure recommendation and mandatory rules. In addition, paragraph 3 of article 93 of the IHR, as amended, provides for the referral of disputes concerning the interpretation or application of the Rules to the International Court of Justice.

Pragmatism in the application of international legislation in the field of health also implies the adaptation of legal documents both to the objectives of such legislation and to the means available to international organizations for its implementation. As for the goals, it is quite obvious that international legislation in the field of health should be multisectoral. Health risks ranging from epidemics such as plague and cholera in the past to AIDS today tend to spread, regardless of the type of society, traditional or industrial. This can be seen in the case of cancer, tobacco addiction and drug abuse. In addition, a common goal of global mobilization of forces and resources is required; WHO set an example of this in 1981 by adopting a health strategy for all by the year 2000.

The lack of funds, in particular, due to the global economic crisis or the increase in armament costs, can undermine the strategy of international health protection in the bud. The weight given to social factors contributes to the narrowing of the scope of application of international legislation in the field of health. This is manifested, for example, in relation to sexual female genital mutilation or in the tendency to abandon "hard" legislation (i.e. mandatory provisions) in favor of "soft" (i.e. in the form of recommendations). The main problem associated with a pragmatic approach is whether soft provisions are more effective than hard ones when applying international legislation in the field of health. Sometimes it may be more appropriate to adopt recommendations,

as in the case of the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes²⁶², when the alternative is to try to find rules and eventually not get any provisions at all. Nevertheless, the development of international legislation in the field of healthcare should be gradual, which brings us to an assessment of its effectiveness.

For the effectiveness of international legislation in the field of health in general, it is important to develop the most appropriate international health regulations. In this regard, the choice is not just a choice between "minimalist" and "maximalist" rules (the former are applicable in countries where there is practically no legislation in the field of health, usually in developing countries, and the latter are well-established legislation, often in industrialized countries). The International Health Regulations include, in approximately equal proportions, framework rules, in particular concerning the recognition of the right to health, and more detailed "functional" rules for their implementation, for example, methods of health protection. International legislation in the field of health, addressed mainly to industrialized countries, can only develop by combining it with framework rules that strengthen the "ideological" character of general international law in the field of health (that is, by correlating it with international human rights law); on the other hand, the law created mainly for developing countries, it can be enhanced only by increasing the usual rules. The result is a certain degree of convergence.

In addition, monitoring compliance with international health legislation requires flexibility. Thus, something more is required than attempts to centralize international health issues in accordance, for example, with Article 63 of the WHO Constitution, or emphasizing decentralization. In the latter case, it would be possible to consider the creation of regional legislation in the field of health with the involvement of courts, for example, the Court of Justice of the European Communities or the European Court of Human Rights. It is also necessary to establish a balance in this issue, preserving the positive aspects of both centralization and decentralization in international health issues. This is what allowed WHO to develop programs in the field of health legislation. Such a balance should help to remove obstacles to initiatives to expand international legislation

²⁶² WHO Code of Marketing of Breast Milk Substitutes. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1083487/retrieve> (accessed: 06/01/2022).

in the field of health, due to the movement towards decentralization in international health issues, in particular through cooperation among developing countries in the field of health.

There is no doubt that WHO should remain the main organization in the field of international health protection, acting as a body overseeing the application of international health legislation, in particular through the Committee on International Surveillance of Infectious Diseases, and as an organization responsible for coordinating the health activities of its member States and various international organizations, both intergovernmental and non-governmental. The procedure of formal agreements concluded by WHO with certain intergovernmental organizations should be used more widely, as is the case when establishing official relations between WHO and many non-governmental organizations, and at the same time act on the basis of a general overview of the consequences of delegation of authority, which ultimately should be considered as a process of effective decentralization in international health issues.

In recent years, a genuine new paradigm of international action has emerged, and there has been a shift from an approach that is more strictly medical (emphasis on epidemiological factors and on the health of the population and community) to an approach that is much more global, with explicit recognition of the many socio-economic factors affecting global health.

In the face of growing concerns about health inequalities, which are persistent and ever-increasing, WHO established in 2005 a Commission on the Social Determinants of Health, which will offer recommendations on ways to mitigate health inequalities. The final report of the Commission, published in August 2008, is entitled "Closing the gap in a generation. Equality in relation to health through the impact on the social determinants of health."²⁶³ In the Report, based on the three main directions proposed as a result of the Commission's analysis, three general recommendations were put forward: firstly, to improve the conditions of daily life through a healthier and fairer environment; secondly, to combat the unfair distribution of power, money and resources; and, finally,

²⁶³ Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943> (accessed: 01.06.2022).

understanding the problems, as well as assessing the impact of the actions taken. While the first recommendation presupposes active action, and the third — analysis, the second recommendation clearly calls into question the deep inequality of the modern world. This may be the reason why the World Health Assembly, after taking note of the Report, thanking the Commission for its work and drawing the attention of Member States to its content, limited its prompt response to the future celebration of the world meeting, which will be attended by Member States to "discuss renewed plans to address alarming trends in inequality in health by eliminating the social determinants of health²⁶⁴."

This meeting was the World Conference on Social Determinants of Health, held in Rio de Janeiro on October 19-21, 2011. One of the results of this conference was the adoption of the Rio de Janeiro Political Declaration on the Social Determinants of Health, which, among other aspects, recognizes that equality in health is a shared responsibility and requires the participation of all sectors of Government, all sectors of society and all members of the international community in global action "All for Justice" and "Health for everyone". The Declaration establishes that management to eliminate social determinants necessarily implies transparent and inclusive decision-making processes. These are relevant considerations, but they are not far from being just international rhetoric, since the Declaration does not question the uneven distribution of wealth between and within States. The fundamental problem is that, despite the confirmation of the need and determination to influence the social determinants of health, no effective financial commitments were included in the Declaration.

Another important factor in recent international actions to address global health issues is closely related to innovation and intellectual property: pharmaceutical patents, on the one hand, and, on the other, access to essential medicines. With regard to the first issue, it should be noted that legal protection through patents for innovations of all kinds — with extremely uneven distribution in different States — was one of the axes on which negotiations were focused within the framework of the Uruguay Round of the General Agreement on Tariffs and Trade (GATT)²⁶⁵, which culminated in 1995 - the creation of

²⁶⁴ Wildeman C. Imprisonment and infant mortality // Social Problems. 2012. №59(2). P. 250.

²⁶⁵ General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) (WTO, Uruguay Round of Multilateral Trade Negotiations, April 15, 1994) // Law. N 5. 2000

the World Trade Organization (WTO). One of the agreements adopted during this round and administered by the WTO is the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS Agreement)²⁶⁶.

This Agreement, recognizing that in developed countries there are already guarantees and legal protection that do not exist in developing countries, as well as recognizing the growth of industrial and technological piracy, imposes an obligation on all WTO member States to protect with patents "any inventions, whether products or processes, in all areas of technology, provided that they are new, have an inventive level and are capable of industrial application" (Article 27 of the TRIPS Agreement). These rights apply to all types of products and procedures, including products and procedures for the treatment of diseases, mainly pharmaceutical products.

The TRIPS Agreement allows for certain flexibility, such as the assignment of compulsory licenses. However, the problem is that due to the protection of public health, the legal protection of pharmaceutical patents has been strengthened in all States. This, along with its possible consequences for drug prices and access to them, quickly caused sharp disagreements between developed countries (where the headquarters of major multinational pharmaceutical companies are located) and developing countries (the most affected, as I have already mentioned, from outbreaks of infectious epidemics, neglected tropical diseases and the growing prevalence of diseases, not subject to declaration), as well as lawsuits of pharmaceutical companies in national courts. An important milestone in this controversial situation was the "Ministerial Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health", adopted at the meeting of the WTO Ministerial Conference held in Doha on November 14, 2001²⁶⁷.

The Declaration, along with other subsequent amendments to the WTO, aims to strengthen both mandatory licensing and the parallel import mechanism in order to achieve an unstable balance between intellectual property protection and global health. In this regard, in May 2008, the World Health Assembly approved the "Global Strategy

²⁶⁶ Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) (WTO, Uruguay Round of Multilateral Trade Negotiations, April 15, 1994) // Appendix to the Collection of Legislation of the Russian Federation. N 37. 10.09.2012. (VI).

²⁶⁷ Doha 4th Ministerial - Ministerial declaration - WTO. URL: https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_e.htm (accessed: 06/01/2022).

and Action Plan for Public Health, Innovation and Intellectual Property" ²⁶⁸to support those countries that wish to use the provisions of the TRIPS Agreement as flexibly as possible. This action plan aims to align the potential pharmaceutical market with the health needs of people living in poverty, while maintaining incentives for research and development of new drugs.

One of the noteworthy WHO initiatives on access to medicines has been the promotion of the concept of essential medicines and related policies. WHO defines essential medicines as those that are considered essential, irreplaceable and necessary to meet the primary health needs of the population. Since 1975, WHO has been implementing a policy according to which States are responsible for the selection and supply of essential medicines at a reasonable price, and in 1977 the Organization developed the first "WHO Model List of Essential Medicines"²⁶⁹. WHO also promotes the rational use of medicines and, as part of its mission, contributes to the development of a national pharmaceutical policy. Despite all this, the reality of the situation lies in the deep inequality in access to medicines, which undoubtedly represents an additional aspect of health-related inequality and, consequently, an infringement on the human right to health, which includes access to medicines as a fundamental part.

The last point that needs to be emphasized in the context of the universalization of international norms in the field of health concerns international financing for development, in particular the necessary international financing to solve global health problems. From this point of view, recent trends in international development finance are related to the International Conference on Financing for Development, held in Monterrey in 2002, at which the so-called "Monterrey Consensus" was developed²⁷⁰.

The consensus is focused on three areas: the priority of mobilizing domestic resources as a basis for development, the need to diversify sources of financing for development and, finally, the need for coordination and increased cooperation between

²⁶⁸ Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_10-en.pdf (accessed: 01.06.2022).

²⁶⁹ WHO Model Lists of Essential Medicines. URL: <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists> (accessed: 06/01/2022).

²⁷⁰ The Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/monterrey.shtml (accessed: 01.06.2022).

international organizations. Under the current conditions, the effectiveness of this approach has sharply decreased, which has led to serious limitations and failures. This prompted the necessary search for additional, innovative sources of income, since the funds provided by donors are no longer predictable or sufficient. Therefore, new ways of attracting financial resources have been proposed; for example, there is a carbon tax and an air transport tax.

In general, the fundamental features of these innovative sources of income are, on the one hand, greater predictability and sustainability of resources in the long term, and on the other hand, market orientation, which implies the introduction of market incentives for research and for the production of certain drugs, vaccines and other pharmaceutical treatments. Thus, these innovative sources have become particularly relevant in the field of global health and have led to its formulation through the creation of various trust funds specializing in specific thematic areas. One of the major milestones in the field of global health financing is the noticeable presence of certain hybrid networks that unite agents from the public and private spheres. They are also called public-private partnerships. These are hybrid international networks, the purpose of which is to provide financing in the field of healthcare. To a large extent, they are formed into structures that provide a real alternative to classical international actions funded through international organizations, which in practice are eventually weakened by this process²⁷¹.

Participants in these public-private partnerships are international organizations and States, as well as private agents, including NGO and the private corporate sector, which includes private agents both with and without an interest in profit. The volatile and changing nature of these partnerships leads to the fact that their legal nature and structure are different in each case. The results depend on the desire and relationship existing between the various participants in the partnership, as well as on the financial contribution they make. Thus, there are partnerships with greater public participation and control by their governing bodies, as well as partnerships in which there is more active participation and control by the private sector, regardless of whether private partners have commercial

²⁷¹ Ugyel L., Daugbjerg C. Successful policy transfer and public sector reform in developing countries // Policy Polit. 2020. №48(4). P. 18.

or non-commercial status. As a result, the decision-making process may be conditioned at the very beginning due to the greater influence of certain partners. In addition, in some cases there is minimal participation of States or communities that have benefited from the actions of public-private partnerships. In the case of health partnerships, some of them may not even involve the presence of WHO in the relevant governing body.

For example, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria was established in 2002 thanks to the impetus given by the United Nations²⁷². From a legal point of view, it is a non-profit foundation that exists under the jurisdiction of Swiss law. Its objectives are to attract, manage and allocate resources that will make a sustained and significant contribution to reducing the number of infections, diseases and deaths, thereby mitigating the effects caused by HIV/AIDS, tuberculosis and malaria in countries in need, and contributing to poverty reduction within the framework of the UN Millennium Development Goals. Representatives of developing States, donor States or developing States, together with representatives of civil society and the private sector, participate in the Global Fund Board. In addition, representatives of WHO, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and the trustee of the Fund (World Bank) participate, but do not have the right to vote.

Summing up, it should be noted that the international management of global health is characterized by constant interaction between all the actors involved. There are also obvious difficulties and an urgent need to improve international cooperation in the field of global health management in order to pay attention to the social determinants of health, i.e. all socio-economic factors affecting the health of people and peoples²⁷³.

These circumstances raise the question of an increase in the number of international institutions and various actors involved in the management of global health, whether they are States, international organizations, NGO, the private sector or other mixed mechanisms, including public-private partnerships. In this complex network of institutions, WHO undoubtedly stands out as a guiding axis due to its specialized and

²⁷² The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. URL: https://ec.europa.eu/international-partnerships/programmes/global-fund-fight-aids-tuberculosis-and-malaria-gfatm_en (accessed: 01.06.2022).

²⁷³ Cit. by: Moiseeva D.Yu., Troitskaya I.A. Socio-economic determinants of health // Bulletin of the Tyumen State University. Socio-economic and legal studies. 2019. Vol. 5. No. 3. P. 44.

technical nature; it should be duly recognized and its status as an international authority on health issues should be strengthened. In particular, it should be strengthened in connection with public health events of international importance, in connection with social determinants of health, in connection with access to essential medicines and in connection with financing the fight against major pandemics. In general, multilateral international cooperation is focused on the UN, which, in turn, is based on three main pillars that are also closely related to global health: peace and security, development and human rights. These three pillars, the basis of "collective security and well-being", are very relevant in this context, since the main problems of global health entail serious threats to the security of the whole world, are important obstacles to development and affect basic human rights, such as the right to health.

Conclusions on the first chapter

1. A specific feature of the development of modern international relations are the tendencies of humanization, which imply the strengthening of the importance of a person's personality and his well-being as the most important value in a particular sphere of public life. For modern states, the humanization of their foreign policy activities involves focusing attention and intensifying efforts to ensure the protection of human rights, improving the social and economic well-being of the individual. The most important direction of the humanization of modern international relations has become the joint efforts of states to solve problems in the field of health protection and ensure access to quality medical services.

2. International cooperation of States in the field of healthcare is characterized by constant interaction between all participating entities. Nevertheless, there are deep contradictions between States, depending on the level of their socio-economic development and their sovereign interests. Among other aspects, these contradictions are expressed in the presence of competing interests related to the protection of intellectual property or related to development financing and innovative financing mechanisms for international action on global health issues. WHO is the most appropriate institution for

the protection and promotion of health at the international level. Within the framework of the priorities set by the governing bodies of the Organization, the respect enjoyed by the Organization will allow it to develop a set of principles and standards required by the international community, and this should be considered as the future role of international health law. It is obvious that more international attention needs to be paid, along with improved international financing, to global health and all other socio-economic sectors that are related to health.

Chapter 2. WHO strategic principles in the fight against infectious diseases

2.1. Characteristics of the main directions of the fight against infectious diseases

At the beginning of the 21st century, infectious diseases are still responsible for about a quarter of deaths worldwide, causing at least 10 million deaths per year, mainly in tropical countries²⁷⁴. Infectious diseases are a heavy burden on public health, but also have an impact on the entire global economy. Their origin is usually associated with social and economic conditions, as well as environmental factors. A significant risk of zoonotic and vector-borne infectious diseases in wild animals exists mainly in developing countries with lower latitudes, such as tropical Africa. In general, 60% of emerging infectious diseases are zoonoses, of which 72% originate from wild animals²⁷⁵.

Infectious diseases continue to be the leading causes of death in Africa. The most typical infectious diseases, such as malaria, tuberculosis, HIV/AIDS, cholera, meningitis, hepatitis, schistosomiasis, lymphatic filariasis, sleeping sickness, Ebola, SARS and others cause suffering and cause high mortality among a wide range of the population in developing countries in general and in Africa in particular. The vast majority of reported deaths in the world are associated with chronic diseases and cardiovascular diseases²⁷⁶. The exception is Africa, where deaths caused by HIV/AIDS, malaria, tuberculosis and other infectious diseases traditionally predominate. The five largest infectious diseases in Africa are acute respiratory infections, HIV/AIDS, diarrhea, malaria and tuberculosis, which account for almost 80% of the total burden of infectious diseases and from which more than 6 million people die every year²⁷⁷.

Despite the success of vaccination programs against polio and many childhood diseases, malaria, tuberculosis, HIV/AIDS and other diseases are still beyond the control of health services in most African countries. In Africa and especially in countries with

²⁷⁴ Plowright R.K. et al. Pathways to zoonotic spillover // *Nature Reviews Microbiology*. 2017. №15. P. 503.

²⁷⁵ Lloyd-Smith J.O. et al. Epidemic dynamics at the human-animal interface // *Science*. 2009. №326. P. 1363.

²⁷⁶ Global Health Estimates 2016. Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization, 2018. P. 12.

²⁷⁷ Fenollar F., Mediannikov O. Emerging infectious diseases in Africa in the 21st century // *New Microbes New Infect.* 2018. №26. P. 8.

high HIV prevalence/The devastating consequences of infectious epidemics are already evident not only for health systems and health indicators, but also in terms of income and labor productivity, education and knowledge, human rights and gender equality.

We note the most significant factors of the emergence and spread of infectious diseases: adaptation and changes of microorganisms, human susceptibility to infection, climate and weather, ecosystem transformation, demography and human behavior, economic development and land use, international travel and trade, technology and industry, violation of public health measures, poverty and social inequality, wars and famine²⁷⁸. Unfortunately, most of these factors are overrepresented in many African countries. Many of the new infectious diseases reported originate from or originate from Africa.

Africa can be considered as a region different from the rest of the world and, in particular, from the developing world, countries in which are also susceptible to the spread of infections. The most dangerous infectious agents that kill people originate from Africa. In addition, the difficulties with epidemiological surveillance (surveillance) of morbidity in Africa are well known. African countries occupy one of the lowest places in terms of health care costs per capita and the availability of doctors.

According to WHO, the mortality rate of children under the age of 5 in Africa exceeds 100 deaths per 1000 live births²⁷⁹. Half of all deaths in Africa are caused by infectious diseases, compared to just 2% in Europe²⁸⁰. This means that Africa should be the number one priority in the global community's fight against infectious diseases. Epidemiological surveillance of emerging infectious diseases is vital for early detection of threats to public health.

Thus, the plague is still present as a permanent focus of the epidemic in many African countries. Recent examples include the bubonic plague epidemic that occurred in Oran (Algeria) in June 2003. The last cases of human plague occurred in this city in 1946,

²⁷⁸ Boeckel T. et al. Global trends in antimicrobial resistance in animals in low-and middle-income countries // *International Journal of Infectious Diseases*. 2020. Int. J. Infect. Dis. 101. P. 19.

²⁷⁹ Mwengee W., Okeibunor J., Poy A., Shaba K., Kinuani L.M., Minkoulou E., et al. Polio eradication initiative: Contribution to improved communicable diseases surveillance in WHO African region // *Vaccine*. 2016. №34(43). P. 4.

²⁸⁰ WHO. Technical guidelines for integrated disease surveillance and response in the World Health Organization African Region. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2019. P. 25.

and in this country in 1950²⁸¹. Relatively recently, in the central highlands of Madagascar, in August 2017, a man visiting the Ankazobe area was bitten by a flea. Within a week, he developed symptoms similar to malaria. During a trip to the east coast, he used a public taxi to get to the capital, where he died. A week later, the epidemic was officially confirmed²⁸². In general, the fact that there was an outbreak of plague in Madagascar is not surprising. This appearance is explained by seasonal environmental conditions that cause a decrease in the rat population, which leads to the fact that fleas carrying the disease feed directly on human blood.

The fact that this outbreak of plague originated in a country with an extremely fragile health care system is not accidental. Low access to healthcare, lack of rapid diagnostic tests in many medical institutions, lack of communication between the global health system and national health authorities, as well as weak supply chains and infrastructure throughout the country are all factors contributing to the spread of the bacterium, which leads to high mortality.

Although measles deaths have declined in sub-Saharan Africa, it remains a serious public health problem in many countries, such as the Democratic Republic of the Congo (DRC), where 294,455 cases were reported between 2010 and 2013, including 5,045 deaths. A total of 186,178 patients (63%) were younger than 5 years. After the first mass vaccination campaigns, the number of weekly reported cases decreased by 21.5%. However, the results of surveys of the coverage of the post-vaccination campaign showed suboptimal (less than 95%) vaccination coverage among the surveyed children²⁸³.

Yellow fever virus is a mosquito-borne flavivirus (family Flaviviridae) that causes infection in people with symptoms ranging from mild nonspecific disease to severe disease with jaundice, bleeding and death. A single-use vaccine has been around since the 1940s. This allows you to control and significantly reduce the transmission of the virus. However, the absence or discontinuity of vaccination campaigns, mainly in low-

²⁸¹ Wagner D.M. et al. *Yersinia pestis* and the Plague of Justinian 541–543 AD: a genomic analysis // *The Lancet Infectious Diseases*. 2014. №14. P. 321.

²⁸² Plague-Madagascar, Disease outbreak news (WHO. 2017). URL: <http://www.who.int/csr/don/09-january-2017-plague-mdg/en/> (accessed: 01.08.2022).

²⁸³ Clara A., Ndiaye S.M., Joseph B., Nzogu M.A., Coulibaly D., Alroy K.A., et al. Community-Based Surveillance in Côte d'Ivoire // *Health security*. 2020. №18(S1). P. 25.

income countries, is another factor that may explain the failure to eradicate yellow fever in Africa. Since 2000, numerous outbreaks of yellow fever have been observed in West Africa, the Horn of Africa and east-Central Africa. Since 2008, the number of cases has also increased in Central African countries, which raises the question of whether these reports were related to improved surveillance or a real increase in the incidence. In the period from 2015 to 2016, a major yellow fever epidemic was registered in Angola and the Democratic Republic of the Congo with a suspected 7334 cases of the disease²⁸⁴. Finally, regardless of the reason for the sharp increase in the number of reports (improvements in surveillance or an epidemic), the main reason remains the same: the lack of sustained vaccination among the population.

Monkey pox is a zoonotic disease caused by orthopoxvirus, a virus very close to the one that causes smallpox in humans. This virus is endemic to the countries of Central and West Africa. It was first identified in 1958 as a pathogen of *Macaca cynomolgus* (then used as laboratory animals), and then in 1970 was described as a human pathogen in the Democratic Republic of the Congo. The virus is capable of infecting humans, other primates and rodents. Most of the reported cases were related to animal-to-human transmission of the virus and were related to the handling and consumption of infected animals, however, there were several cases of human-to-human transmission of the virus. Since 2000, cases of human infection with monkey pox have been reported in the Central African Republic, the Republic of the Congo, the Democratic Republic of the Congo, South Sudan, Nigeria, Liberia and Sierra Leone. In 2017, Nigeria experienced the largest documented outbreak in about 40 years after the last confirmed cases of monkey pox²⁸⁵. In the spring of 2022, the largest outbreak of the disease occurred in developed countries. In early May, WHO began to receive reports of cases of infection from a number of countries in Europe, North America and Australia. The majority of cases were detected in the UK, Spain and Portugal²⁸⁶.

²⁸⁴ Monath T.P., Vasconcelos P.F. Yellow fever // *Journal of Clinical Virology*. 2015. №64. P. 73.

²⁸⁵ Durski K.N., McCollum A.M., Nakazawa Y., Petersen B.W., Reynolds M.G., Briand S., et al. Emergence of monkeypox—west and central Africa, 1970–2017 // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018. №67. P. 10.

²⁸⁶ Smallpox of monkeys: symptoms, methods of transmission, treatment. URL: <https://ria.ru/20220608/ospa-1793992107.html> (accessed: 01.08.2022).

Ebola fever caused by the Ebola virus (Filoviridae) causes serious human epidemics identified since 1976. Animal-to-human transmission probably occurs through direct contact with sick, dead or killed wild animals collected mainly as meat. The virus then spreads in the human population by human-to-human transmission. Since 2001, the disease has reappeared in the forest zone between Gabon and the Republic of the Congo, in Uganda and the Democratic Republic of the Congo. The largest Ebola outbreak in the world in history probably began in December 2013 in rural Guinea after infecting a 2-year-old child with a suspected index case²⁸⁷. The subsequent epidemic spread to Sierra Leone and Liberia. The number of cases grew rapidly. Overall, 881 health workers were also infected, and 513 of them died²⁸⁸. In Central Africa, outbreaks were rural epidemics that occurred in remote areas and included a relatively small number of cases, which made it possible to quickly control the spread of the disease in affected villages, while the epidemic in West Africa was an urban epidemic that occurred among a highly mobile population, which led to the rapid spread of the virus. New outbreaks continue to occur regularly in the DRC, such as the two announced in 2018.

Rift Valley fever is an acute fever most commonly seen in domestic animals (such as goats, sheep, cattle, buffaloes and camels) caused by a virus, a member of the genus Phlebovirus (family Bunyaviridae), capable of infecting and causing diseases in humans. Outbreaks of human disease also occur regularly in Africa. The two largest outbreaks were recorded in Sudan with 75,000 suspected human cases and a total of 747 confirmed human cases, including 230 deaths, and in Kenya with a total of 684 cases, including 234 deaths²⁸⁹.

The Zika virus, another flavivirus (family Flaviridae) transmitted by *Aedes* mosquitoes, was first detected in April 1947 in a febrile Rhesus macaque sentinel in the Zika Forest on the shores of Lake Victoria (Uganda). The first human case was diagnosed in 1962-1963 in Uganda. Overall, the data currently confirms the latent transmission of

²⁸⁷ Ebola Outbreak Epidemiology Team. Outbreak of Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo, April–May, 2018: an epidemiological study // *Lancet* 2018. №392 P. 21.

²⁸⁸ Rojek A., Horby P., Dunning J. Insights from clinical research completed during the West Africa Ebola virus disease epidemic // *The Lancet Infectious Diseases*. 2017. №17. P. 92.

²⁸⁹ Hassan O.A., Ahlm C., Sang R., Evander M. The 2007 Rift Valley fever outbreak in Sudan // *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2011 №5. P. 29.

Zika virus among humans, mosquitoes and animals throughout tropical Africa for more than 70 years without a reported epidemic. In 2007, the first epidemic occurred in the Pacific Ocean (Yap Island, Micronesia). The second epidemic hit Polynesia in 2013. The first outbreak of the Zika virus in Africa was detected in Cape Verde in 2015²⁹⁰.

Many other diseases deserve to be mentioned here. Among the most notable is the appearance (from 2001 to 2002) of recombinant enterovirus strains between vaccine strains and circulating enterovirus strains. These strains resulting from oral vaccination complicate polio eradication strategies. Tick-borne recurrent fever, although it has always existed in West and East Africa, appears to be reappearing, although this is probably a result of the increasing availability of diagnostic methods in rural Africa. Indeed, recurrent fever may be the second leading cause of acute febrile illness after malaria in rural West African countries such as Senegal²⁹¹.

Despite scientific developments aimed at strengthening the health system to protect and promote human health, sub-Saharan Africa continues to face already known and new threats of infectious diseases. The vulnerability of the region to epidemics of infectious diseases is due to favorable climatic and environmental conditions for the habitat of pathogens and their vectors in an environment with a high level of human-animal interaction. Migration of wild animals and birds, frequent uncontrolled movements of people, goods, animals and animal products across national and international borders create additional threats to the spread of infectious diseases. Unfortunately, the region has a relatively low capacity to manage the risks of disease epidemics, mainly due to a lack of resources for early detection, identification and rapid response²⁹².

By 1998, most African countries had implemented surveillance systems as part of social programs to combat specific diseases with national and/or international priority. These include malaria, HIV/AIDS, tuberculosis and diseases that can be prevented with vaccines. Epidemiological data were collected mainly at the level of medical institutions and in field medical institutions. However, this situation has led to fragmented and

²⁹⁰ Freire C.C.M., Palmisano G., Braconi C.T., Cugola F.R., Russo F.B., Beltrao-Braga P.C., et al. NS1 codon usage adaptation to humans in pandemic Zika virus // *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2018. №113. P. 85.

²⁹¹ Tatem A.J. Mapping population and pathogen movements // *International Health*. 2014. №6. P. 7.

²⁹² Miller I.F. & Metcalf C.J.E. Evolving resistance to pathogens // *Science*. 2019. №363. P. 1277.

inefficient disease monitoring systems in many aspects, including resource allocation, the flow and use of information, and the capacity of countries to detect and respond. In response to the increased incidence of new diseases causing high mortality in Africa, in 1998 the WHO Regional Committee for Africa adopted a strategy called "Integrated disease surveillance"²⁹³. The goal was to create and implement comprehensive, integrated, action-oriented, area-oriented public health surveillance for African countries. In 2001, the strategy was renamed Integrated Disease surveillance and response (IDSR) to emphasize the link between surveillance and public health responses²⁹⁴.

IDSR functions are divided into basic and auxiliary. The main functions include case detection, investigation and confirmation, registration, case notification/reporting, data analysis and interpretation, situation response, communication, intervention evaluation and emergency preparedness. Support functions include guidelines, laboratory capacity, supervision, training, resources and coordination at all levels of the health system. The organizational structure of IDSR makes it possible to transmit surveillance information from the lower levels (localities and institutions) where data is generated, through the district and national levels up to the World Health Organization. The implementation of IDSR uses the purpose and scope of the International Health Regulations 2005²⁹⁵.

Over the past 20 years, the IDSR system has been used in 94% (44/47) of countries in the WHO African region to strengthen surveillance capacity for priority diseases, conditions and events²⁹⁶. In most of these countries, the strategy has been implemented for about two decades, and the list of priority diseases required for reporting has been revised and expanded. The low potential of laboratory diagnostics, the low level of use of the primary health care system and limited analytical skills and capabilities in

²⁹³ World Health Organization: Regional Office for Africa: Resolution AFR/RC 48/R2 of 2 1998. URL: <https://www.afro.who.int/publications/integrated-disease-surveillance-and-response-idsr-task-force-meeting-entebbe-uganda> (accessed: 01.08.2022).

²⁹⁴ Kasolo F., Yoti Z., Bakyaite N., Gaturuku P., Katz R., Fischer J.E., et al. IDSR as a platform for implementing IHR in African countries // *Biosecur Bioterror*. 2013. №11(3). P. 163.

²⁹⁵ Buehler J.W., Hopkins R.S., Overhage J.M., Sosin D.M., Tong V., CDC Working Group. Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks. Recommendations from the Centre for Disease Control and Prevention Working Group // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2004. №53. P. 11.

²⁹⁶ Fall I.S., Rajatonirina S., Yahaya A.A., Zabulon Y., Nsubuga P., Nanyunja M. et al. Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) strategy: current status, challenges and perspectives for the future in Africa // *BMJ Glob Health*. 2019. №4(4). P. 27.

managing large and complex data lead to unconfirmed and incomplete data and minimal use of information generated by a conventional system. In addition, the African continent has recently experienced major epidemics, including Ebola virus disease, dengue fever, cholera, yellow fever, which spread faster and further due to high global connectivity, inadequate detection and risk management, and can be easily missed by conventional monitoring systems.

For many years, IDSR has relied heavily on the conventional Health Management Information System (HMI), implemented at the level of health system institutions in African countries. Technology developments and new communication platforms such as social media and mass media are expanding in Africa, opening up more opportunities to incorporate digital data into surveillance information in addition to passive on-site surveillance. Since its adoption, the effectiveness and efficiency of IDSR in sub-Saharan Africa has been evaluated with an emphasis on its functions. The adoption and implementation of the IDSR strategy over the past 20 years has shown some improvements in disease surveillance activities in several countries. These include the introduction of standard guidelines for surveillance, laboratory testing and response; improving the timeliness and completeness of surveillance data, as well as expanding the review and use of surveillance data at the national level for response²⁹⁷. The success of the drive to integrate disease surveillance strategies in sub-Saharan Africa has been documented in several countries, including Ghana, Ethiopia, Botswana, Kenya, Liberia, Sierra Leone, Uganda²⁹⁸. These include the effective use of vertical program supervision mechanisms that provided a functional infrastructure and trained personnel.

Improvements in the characteristics of the IDSR system, such as completeness and timeliness of data reporting, were noted in Uganda, Malawi and Ghana. By the end of 2017, 68% of countries in the WHO African region had reached the threshold level of timeliness and completeness of at least 80% of reporting objects. There was an improvement in the timeliness of monthly and weekly reporting from 59 and 40% in 2012

²⁹⁷ Maïga A., Jiwani S.S., Mutua M.K., Porth T.A., Taylor C.M., Asiki G., et al. Countdown to 2030 collaboration for Eastern and Southern Africa // *BMJ Glob Health*. 2019. №4. P. 22.

²⁹⁸ Rumisha S.F., Lyimo E.P., Mremi I.R., Tungu P.K., Mwingira V.S., Mbata D. et al. Data quality of the routine health management information system at the primary healthcare facility and district levels in Tanzania // *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2020. №20. P. 340.

to 93 and 68% in 2016, respectively²⁹⁹. Over the same period of time, the completeness of monthly and weekly reporting improved from 69 to 100% and from 56 to 78%, respectively. Studies conducted in Ghana, Malawi, Mozambique, Nigeria and Tanzania have shown that registering cases in a medical facility is also a difficult task. There is an error in the comprehensive entry of relevant patient information into the registers, and in some cases diagnoses are either not recorded or recorded incorrectly. In addition, there was a high level of inconsistency between registration records and report forms and the electronic district health information system. In Ethiopia and Liberia, IDSR data obtained with HMI was underused due to poor data management and analysis skills. In some African countries, a high level of inconsistency between HMIS register entries, accounting statements and the DHIS database has also been reported³⁰⁰. Thus, despite some progress made in recent years, the main source of IDSR data still inaccurately reflects what is generated at the level of primary health care institutions.

Studies conducted in Ghana, Tanzania and Zambia have shown that several health facilities lack copies of the IDSR Technical Guidelines for Standard case Definitions; and that laboratories are poorly equipped to confirm any suspected infectious disease subject to priority notification. In Africa, the lack of capacity for timely clinical screening, referral, diagnosis, notification, treatment and localization of suspicious cases has been documented. Coordination of case detection reporting protocols between programs was identified as a necessary step towards improving the completeness and timeliness of IDSR reporting in Uganda. Moreover, since most primary care facilities do not have diagnostic capabilities, the data obtained are based on a low-specificity syndrome approach³⁰¹.

Syndrome surveillance remains more useful at the community level for early detection and reporting of disease signals that should be checked immediately and to which primary health care facilities should respond. The use of medical services in many

²⁹⁹ Kasambara A., Kumwenda S., Kalulu K., Lungu K., Beattie T., Masangwi S. et al. Assessment of implementation of the health management information system at the district level in southern Malawi // *Malawi Medical Journal*. 2017. №29(3). P. 241.

³⁰⁰ Bhattacharya A.A., Umar N., Audu A., Felix H., Allen E., Schellenberg J.R.M. et al. Quality of routine facility data for monitoring priority maternal and newborn indicators in DHIS2: a case study from Gombe State, Nigeria // *PLoS ONE*. 2019. 14(1). P. 36.

³⁰¹ Dehnavieh R., Haghdoost A., Khosravi A., Hoseinabadi F., Rahimi H. et al. The District Health Information System (DHIS2): a literature review and metasynthesis of its strengths and operational challenges based on the experiences of 11 countries // *Health Information Management Journal*. 2019. №48(2). P. 65.

low-income countries is limited, and only a fraction of people have access to conventional medical facilities. The frequency of use is higher among the urban population than among the rural population.

In Ethiopia, Liberia and Tanzania, the assessments revealed some problems with data quality and insufficient use of the data obtained. In a study conducted in Ethiopia, although the surveillance system was found to be simple, useful, flexible, acceptable and representative, it lacked regular data analysis and feedback. Moreover, studies conducted in Kenya and Nigeria have revealed gaps between the knowledge and practice of disease surveillance among health professionals. Regular data analysis remains insufficient at the level of institutions and districts in most countries, mainly due to the lack of clear guidelines for data analysis, lack of qualified personnel, poor understanding of the use of surveillance data in planning and inadequate infrastructure, including warehouses, computers, databases, data mining systems and analytical software³⁰².

Several countries (Burkina Faso, Ghana, Liberia, Uganda) reported on the analysis and use of conventional HMI data at the subnational level. In both Liberia and Tanzania, it was found that the analysis and use of data was not given due attention. There was no culture of data analysis, and the importance of surveillance data for decision-making at the subnational level was greatly underestimated. The use of paper reporting would probably lead to serious limitations in data transmission from the point of generation to a higher level, mainly due to inefficient processes for reviewing and approving reports, manual routing of reports and a shortage of registration and reporting forms.

In sub-Saharan Africa, several government ministries, agencies, and academic and research institutes are involved in managing various aspects of health information systems. National statistical offices are responsible for most nationwide demographic and health surveys of households, as well as for the population census. Other key health-related information systems include civil registration, demographic surveillance sites, and research results. Demographic surveillance sites operate in several countries, but the data obtained are not integrated into the national health information system due to concerns

³⁰² Onyebujoh P.C., Thirumala A.K., Ndiokubwayo J-B. Integrating laboratory networks, surveillance systems and public health institutes in Africa // *African Journal of Laboratory Medicine*. 2016. №5(3). P. 431.

about representativeness. In addition, medical research and academic institutions are increasingly collecting factual data on human and animal health that can be used for disease surveillance purposes. However, most of the results are mainly used to assess the spread of diseases in the country, and not to plan national disease control programs.

For an effective surveillance system, it is extremely important to include other sources, such as mortality data from demographic surveys, environmental data, civil status statistics and civil registration, antimicrobial resistance, systematic surveys, meteorological data and research data. Most of the information is generated outside the health sectors, making it difficult to access for disease surveillance purposes. It is a fact that innovations, including the use of big data and artificial intelligence, can transform infectious disease surveillance and response, complement existing traditional disease surveillance systems, and improve the detection and response to epidemics³⁰³.

Laboratories play an important role in the timely diagnosis of infectious diseases. It is therefore essential that countries support efforts to strengthen laboratory capacity to identify a wide range of pathogens for priority diseases. In addition, the establishment of laboratory networks should be encouraged, in which both national, regional and research reference laboratories should participate. In order to eliminate knowledge gaps, it is important to strengthen laboratory management information systems, hire adequate staff who are well trained and motivated, as well as the need for periodic support supervision of surveillance activities. The plan of the African Centers for Disease Control and Prevention to establish and put into operation a Regional Integrated Surveillance Network and Laboratories deserves approval. It is expected that this network will coordinate and connect the analytical, supervisory and rescue resources of the continent.

In May 2016, WHO published a list of priority diseases potentially related to the epidemic that require urgent attention to R&D. The Ebola crisis in West Africa in 2014 revealed significant gaps between WHO intended functions and its actual effectiveness as a defender of global health security, as well as more general gaps in the global health system. Numerous post-mortem reports on the crisis have explicitly called for the creation

³⁰³ Kuehnel A., Keating P., Polonsky J., Haskew C., Schenkel K., de Waroux O.L. et al. Event-based surveillance at health facility and community level in low-income and middle-income countries: a systematic review // *BMJ Glob Health*. 2019. №4(1). P. 78.

of a new Health Emergency Preparedness and Response Center within WHO to ensure that the organization will better manage epidemic risks in the future. WHO has responded to these calls by establishing a new Health Emergencies Programme in 2016 to streamline its health emergencies activities and improve internal coherence³⁰⁴. While the creation of this Program represents a step in the right direction, and while WHO appears to be relatively better at coping with the ongoing Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo under difficult conditions, there is still a vacuum when it comes to the crucial role of coordination.

The establishment in 2018 of the Global Preparedness Monitoring Board (GPMB), which is jointly convened by WHO and the World Bank, represents another positive step in terms of expanding WHO's reach and effectiveness in outbreak and epidemic preparedness and response). In addition to improving coordination, additional organizational support is urgently needed to fund research and development of technologies to combat the threats of infectious diseases.

As part of an effective global response to diseases transmitted between animals and humans, there have been calls for joint surveillance of zoonotic diseases in human and animal populations. In 2019, the Food and Agriculture Organization of the United Nations, the World Organization for Animal Health and the World Health Organization developed a Tripartite Guide on Zoonoses (Tripartite Zoonosis Guide, hereinafter – TZG)³⁰⁵. The goal is to help countries develop the capacity to combat zoonoses in a coordinated manner, linking it to existing international policies and frameworks and supporting efforts to ensure global health security. The TZG includes three operational tools to support national authorities: (a) a cross-sectoral coordination mechanism, (b) joint risk assessment, and (c) operational monitoring and information exchange tools.

In order to solve emerging global problems related to infectious diseases and related social and economic risks, it is necessary to create a multidisciplinary Global Technical Council on the Threats of Infectious Diseases. The Council, which can be independent or hosted within an existing WHO organization, will strengthen the global

³⁰⁴ WHO Health Emergencies Programme. URL: <https://www.afro.who.int/about-us/programmes-clusters/who-health-emergencies-programme> (accessed: 01.08.2022).

³⁰⁵ Tripartite Zoonosis Guide (TZG). URL: <https://www.who.int/initiatives/tripartite-zoonosis-guide> (accessed: 01.08.2022).

health system by performing the following actions: (1) improving cooperation and coordination between relevant organizations; (2) filling knowledge gaps regarding (for example) infectious disease surveillance, research and development (R&D) needs, financing models, supply chain logistics, and the social and economic impacts of potential threats; and (3) developing high-level, evidence-based recommendations to manage global risks associated with infectious diseases.

The proposed Council could potentially be hosted within WHO (or another body), or it could be established as an independent body. If placed within WHO, the purely technical and apolitical nature of this body would strengthen the legitimacy of WHO recommendations and activities regarding the threats of infectious diseases. In this regard, it would be important for the Council's experts to be given autonomy to make their assessments and recommendations, regardless of any political influence from the WHO leadership. On the other hand, if the Council were established as a separate body, any resulting competition between the Council and WHO would probably be a boon for the world community, as it would force both the Council and WHO to step up their actions. Experts have previously pointed out the advantages of competition in other areas of global health and international development³⁰⁶.

Thus, most countries in sub-Saharan Africa rely mainly on traditional indicator-based disease surveillance using data from health facilities with limited use of data from other sources. However, traditional indicator-based disease surveillance approaches face a number of challenges, including data quality and ineffective early warning systems, as they are less sensitive than event-based surveillance approaches. Most often, they miss information from the population that does not have access to medical care or does it through unofficial channels, which makes them unable to identify new, potentially dangerous outbreaks of diseases. For many years, the use and processing of data has not been given due attention. This analysis shows that future efforts to address the challenges of disease surveillance systems should take into account the quality of data, the analysis and triangulation of data from multiple sources, the use and integration of data. Building

³⁰⁶ Wójcik O.P., Brownstein J.S., Chunara R., Johansson M.A. Public health for the people: participatory infectious disease surveillance in the digital age // *Emerging Themes in Epidemiology*. 2014. №11. P. 7.

the capacity of health workers at the national and subnational levels in data management is crucial.

Based on the above, it can be concluded that the intensification of efforts aimed at studying infectious diseases in Africa has made it possible to identify new infectious agents. It is clear that Africa has the greatest burden of infectious diseases, as well as the weakest public health infrastructure in the world; moreover, efforts to create a truly effective public health infrastructure can take years, even decades. Emerging infectious diseases should be identified as priority diseases. The challenge will be to combine surveillance and epidemic preparedness and response to these priority diseases. Obviously, this task is quite difficult, since the infrastructure and level of support for surveillance, research and training on emerging infectious diseases in Africa are limited. Laboratory surveillance and targeted research surveys to identify common sources of infection in different types of communities would make it possible to develop a unified approach to solving this huge problem. The most important step towards eliminating the existing burden of infectious diseases in Africa is a massive increase in the number of qualified personnel, including both doctors and scientists.

2.2. Forms of participation of international organizations of the "UN family" in the fight against infectious diseases

The system of UN bodies and organizations, also informally known as the "UN family", consists of the UN itself and more than 30 related programs, funds and specialized agencies, all with their own membership, leadership and budget. Programs and funds are funded by voluntary contributions. Specialized agencies are independent international organizations funded by both voluntary and assessed contributions³⁰⁷. The world's leading organizations coordinating the joint efforts of states to combat HIV/AIDS operate in the UN system. These include: WHO, which unites 194 Member States; the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), formed in 1996; the global fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria,

³⁰⁷ UN around the World. URL: <https://www.un.org/un70/en/content/UNaroundWorld/index.html> (accessed: 01.08.2022).

founded in 2002 and designed to accumulate funds to ensure national and regional AIDS Control programs; international Center for the Procurement of AIDS Medicines (UNITAID); Global Virology Network (GVN); International AIDS Vaccine Initiative (IAVI); global network of People living with HIV (GNP), global network of women living with HIV with HIV / AIDS , etc .³⁰⁸

International organizations "UN families" traditionally take part in the fight against infectious diseases on the territory of the African continent. This participation is carried out both in organizational and coordination, and in medical and epidemiological forms. So, during the Ebola virus epidemic in 2013-2015, the WHO Strategic Health Operations Centre (sHOC) of the WHO Regional Office for Africa was involved in the fight against the spread of this infectious disease, which could track deaths from this disease, the need for personnel and pharmaceutical products, as well as prepare daily reports on situations that have been used to develop appropriate responses, inform the general public and the media about the outbreak of infection, thereby raising awareness of the disease. WHO has also assisted affected countries in setting up Emergency Centers.

As the epidemic progressed, WHO convened a ministerial meeting of the Economic Community of West African States (ECOWAS) in Accra, at which the Regional Office was invited to establish a subregional coordination center to combat the Ebola outbreak (hereinafter referred to as the coordination center) in Guinea in July 2014³⁰⁹. WHO has relied on the activities of this center to further strengthen the coordination of partners involved in responding to the spread of the Ebola virus. The activities of the coordination center were later incorporated into the activities of the United Nations Ebola Emergency Response Mission (hereinafter referred to as UNMEER). The massive response to the Ebola epidemic within the framework of the UNMEER is a vivid example of coordination work within the UN system.

Due to its scale, complexity and geographical coverage, the Ebola epidemic was declared an international public health emergency in August 2014. The peak incidence

³⁰⁸ Radzikhovskaya M.V., Moskvicheva M.G., Brylina N.Yu. Global trends in the development of the spread of HIV infection // Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk region. 2018. Vol. 2. No. 2 (21). With. 5.

³⁰⁹ Ebola: UN agency to help West Africa coordinate response to 'unprecedented' outbreak (4 July 2014). URL: <https://news.un.org/en/story/2014/07/472382-ebola-un-agency-help-west-africa-coordinate-response-unprecedented-outbreak> (accessed: 01.08.2022).

occurred in September 2014, when an average of 150 to 200 cases of the disease were registered per week. By the second quarter of 2015, 20-30 cases per week were reported, and for the first time in Liberia and Sierra Leone, clearly defined transmission chains were identified in specific and fewer geographical areas. On September 3, 2015, Liberia was declared Ebola-free³¹⁰.

By the end of August 2015, WHO had dispatched a total of 3,823 experts, including 1,244 sent by Regional Offices to seriously affected countries³¹¹. By the end of September 2015, two hundred and twelve WHO secretariat staff in the African region were still working in the field. Several of these experts worked at the district level, where they played an important role in field coordination, epidemiological investigation, contact tracing and public engagement. At the central level, WHO staff supported national authorities in guiding and coordinating the response, thereby facilitating coordinated implementation among development partners and monitoring to ensure progress towards achieving agreed outcomes. To ensure that the community cooperates with Ebola virus control activities, WHO has sent anthropologists, as well as experts in the field of communication and behavioral sciences, to identify the main social and cultural determinants of the epidemic. Their findings served as the basis for community engagement and decision-making activities, thereby helping to break transmission chains.

The actions of WHO and partners have helped stop Ebola outbreaks in Mali, Nigeria and Senegal; stop the epidemic in Liberia; slow transmission in Guinea and Sierra Leone; and prevent further spread beyond the Region. For the entire period up to the end of September 2015, more than 28,417 cases of the disease and 11,310 deaths were registered, including the deaths of more than 535 medical workers on the frontline. As of the end of September 2015, only a few cases had been reported from Sierra Leone and Guinea, and as of October 17, no cases had been reported in Sierra Leone and Guinea for one week³¹². The WHO Regional Office has contributed to accelerated research and

³¹⁰ The Ebola outbreak in Liberia is over: WHO statement (9 May 2015). URL: <https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/2015/liberia-ends-ebola/en/index.html> (accessed: 01.08.2022).

³¹¹ 2014-2016 Ebola Outbreak in West Africa. URL: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/index.html> (accessed: 01.08.2022).

³¹² Goba A., Khan S.H., Fonnies M. et al. An Outbreak of Ebola virus disease in the Lassa fever zone // *Journal of Infectious Diseases*. 2016. Vol. 214. Supplement 3. P. 111.

development of Ebola virus vaccines, strengthening the ethical and regulatory capacity of Member States.

The WHO Regional Office for Africa supported the rehabilitation of health systems by providing technical advice in the development of national recovery plans for the three most severely affected countries. The plans encourage country ownership, ensure effective integration of responses and early recovery activities, and link these efforts to the long-term development of health systems. These plans were unveiled at the 2015 World Bank and International Monetary Fund meetings and presented at the United Nations Secretary-General's pledging conference in July 2015, at which \$5 billion in donor contributions were announced³¹³.

In the sub-Saharan Africa region, significant progress has been made in the eradication of polio by the UN Family organizations. On September 25, 2015, the WHO Director-General removed Nigeria, at that time the only remaining polio-endemic country in the African region, from the global list after the presence of wild enterovirus in the country had not been confirmed for more than 14 months - the last case of wild enterovirus was reported in Nigeria in July 2014³¹⁴. WHO supported the implementation of measures to interrupt the transmission of polio and prevent the importation of wild enterovirus, including the use of inactivated polio vaccine to enhance systemic immunity. In order for the African region to be certified as polio-free, it will take another 2 years to make sure that there is no missed circulation of Enterovirus in the region.

With the support of WHO and partners, Member States have made significant progress in scaling up HIV, tuberculosis and malaria prevention and treatment activities. As a result, the number of AIDS-related deaths decreased by 56% between 2005 and 2014³¹⁵. In general, the countries of the WHO African region have made significant progress in achieving the Millennium Development Goal 6³¹⁶- the fight against

³¹³ World Bank/IMF Spring Meetings 2015: Development Committee Communique (April 18, 2015). URL: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/04/18/world-bank-imf-spring-meetings-2015-development-committee-communique> (accessed: 01.08.2022).

³¹⁴ Gibb R. et al. Zoonotic host diversity increases in human-dominated ecosystems // *Nature*. 2020. №584. P. 399.

³¹⁵ Oliva-Moreno J. Trapero-Bertran M. Economic impact of HIV in the highly active antiretroviral therapy era – reflections looking forward // *AIDS Reviews*. 2018. №20. P. 227.

³¹⁶ The United Nations Millennium Declaration (Adopted by General Assembly resolution 55/2 of September 8, 2000). URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/summitdecl.shtml (accessed: 01.08.2022).

HIV/AIDS, malaria and other diseases. WHO has contributed to this by providing regulatory and technical support and engaging partnerships to implement cost-effective interventions³¹⁷.

The WHO Regional Office for Africa and the African Union Commission partnered to organize the First Meeting of African Ministers of Health, jointly convened by the Commission and WHO in Luanda, Angola, in April 2014. One of the achievements of this meeting was the adoption of the "Commitment to an accountability mechanism to assess the implementation of commitments made by African Ministers of Health"³¹⁸, according to which the ministers committed themselves to adhere to the deadlines set for the implementation of decisions and declarations and report on progress made to subsequent joint meetings of WHO. WHO is also supporting the African Union Commission in establishing the African Centre for Disease Control and the African Medicines Agency.

WHO coordinated the harmonization mechanism for health in Africa, which provided technical support, facilitated government leadership, and provided dialogue among regional health stakeholders to achieve the health-related Millennium Development Goals. At the regional level, WHO provided leadership in coordinating the actions of partners, thereby contributing to lower transaction costs, coordinated implementation and effective monitoring of agreed results. Joint programmes with other UN agencies have also been coordinated to improve the coherence of United Nations

³¹⁷ WHO's Global HIV Programme. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv-programme> (accessed: 11/15/2022); WHO's Global health sector strategies 2022-2030. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies> (accessed: 11/15/2022); WHO's Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (accessed: 11/15/2022); WHO's Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and STIs for 2016-2021. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies-2016-2021> (accessed: 11/15/2022); WHO's Final global health sector strategies on respectfully, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022-2030. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies/developing-ghss-2022-2030> (accessed: 15.11.2022).

³¹⁸ Accountability mechanisms to assess the implementation of declarations and other commitments made by African Ministers of Health. URL: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/volume-1-ministerial-meeting-final-en.pdf> (accessed: 01.08.2022).

country teams within the framework of the United Nations Development Assistance Framework (UNDAF)³¹⁹.

The HIV epidemic in sub-Saharan Africa and related diseases exacerbate poverty, slow down economic growth and negate a number of development achievements. Along with tuberculosis and malaria, HIV/AIDS has an impact on the workforce, the efficiency of enterprises and the transfer of skills and experience. The main goal of the International Labour Organization (hereinafter – the ILO) is to expand opportunities for women and men to obtain decent and productive work in conditions of freedom, equality, security and dignity. This means protecting workers from disease and discrimination, as well as helping to maintain production and income. The ILO has a key role to play in disseminating information and combating discrimination in the workplace: the workplace offers special opportunities and benefits as a key point of implementation of HIV prevention, treatment and care programs for specific groups of people on an ongoing basis. Recognizing that the workplace plays a vital role in the broader fight to limit the spread and impact of the HIV epidemic/AIDS, the ILO is one of the sponsors of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and contributes to its final framework.

Key international organizations involved in anti-infective work on the territory of the African continent are increasingly faced with the task of organizing universal health coverage. Acting within the framework of the International Health Partnership for Universal Health Coverage by 2030 (HEU-2030), the European Parliamentary Forum on Sexual and Reproductive Rights (EPF) and the African Parliamentary Forum on Population and Development (APF), key international actors are taking concrete action with a Political Declaration on Universal Health Coverage adopted at the UN High - level Meeting in 2019 .

Universal health coverage ensures that all people, regardless of their location, have access to quality, vital and affordable health services and is a key factor in achieving the UN Sustainable Development Goal 3 "Ensuring a healthy lifestyle and promoting well-being for all at any age" (SDG-3). In order to advance to HEU, it is necessary to strengthen

³¹⁹ The United National Development Assistance Framework. URL: <https://www.unscn.org/uploads/web/news/United-Nations-Sustainable-Development-Cooperation-Framework-Cooperation-Framework-half-pager.pdf> (accessed: 01.08.2022).

healthcare systems, including the formation of reliable public funding structures and pooling funds from mandatory sources of financial resources, as well as the availability, accessibility and high qualification of medical professionals to provide high-quality comprehensive patient-oriented care³²⁰.

To meet the 2030 deadline, an exceptional and comprehensive global response is needed, in which poverty and inequality are considered as the causes and consequences of the spread of the virus. Urgent and exceptional action is required at all levels to curb the devastating effects of HIV/AIDS, especially for women and adolescent girls. In view of the worsening impact of the COVID-19 pandemic on already vulnerable populations, parliamentarians must provide strong leadership, maintain funding commitments, take strategic surveillance measures and support the process of optimizing new digital tools and technologies to promote awareness, education, reform and accelerate progress in HIV prevention/AIDS, as well as treatment, care and support in connection with this disease. Countries that were slow to respond were also characterized by a lack of coordination, inconsistent or missing strategies, and not taking into account the importance of scientific data in making their decisions³²¹.

Within the framework of the Decent Work Programme, the ILO promotes comprehensive actions in the field of rights, employment and income generation, as well as social protection, supported by social dialogue. The ILO pays special attention to promoting the understanding of AIDS as a problem in the workplace, mobilizing action in the field of work and strengthening the capacity of workers and employers organizations to maintain effective programs. The promotion of social protection improves the quality of medical services. The ILO conducts research and analysis to improve understanding of the social, economic and labor consequences of HIV/AIDS in the sphere of work, as well as the political and legal conditions necessary for the implementation of changes. Research provides the basis for advocacy and provides a solid foundation for workplace policies and programs.

³²⁰ Six practical steps to achieve universal health coverage / Handbook for Parliamentarians. URL: https://www.epfweb.org/sites/default/files/2021-09/UHC-Guide_Russian%20FINAL.pdf (accessed: 01.12.2022).

³²¹ Kuzyakin A.G., Pogodin S.N. The role of WHO in countering the COVID-19 coronavirus pandemic // Questions of political science. 2021. Vol. 11. No. 10 (74). Pp. 2840-2848.

In June 2010, the International Labour Conference will finalize the development of a new standard on HIV/AIDS and the world of work. This recommendation reinforces and builds on the 2001 ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the world of work³²². The Code establishes the fundamental principles of policy development and practical recommendations for programs at the enterprise, community and national levels. The ILO International Programme for the Elimination of Child Labour pays ³²³special attention to the categories of children affected by HIV/AIDS, - orphans, children infected with HIV/AIDS and those affected by it, as well as those who are vulnerable to commercial and sexual exploitation.

The ILO's work at the regional level in Africa focuses on providing advisory services and strengthening the capacity of employers' and workers' organizations, among others, to respond in the workplace. HIV/AIDS programmes are clearly integrated into many decent work country programmes, which are the main means of implementing the Decent Work Programme at the country level, and are integrated into ILO activities at headquarters and in the field³²⁴.

The International Organization of Employers and the International Confederation of Free Trade Unions have launched a joint action plan to jointly combat HIV/AIDS. The Guidelines help employers and employees organizations promote and support HIV/AIDS action among their members. As part of the Global Compact, employers around the world are working to promote non-discrimination and equal opportunities for workers living with HIV/AIDS. The ILO cooperates with its partners in the preparation of guidelines and manuals for various sectors of the economy on HIV/AIDS and tuberculosis. The ILO is actively involved in the dialogue, joining forces with WHO to develop joint guidelines on health services and HIV/AIDS. The ILO is also a member of the UN thematic group on HIV/AIDS and cooperates with members of the UN family in programming and global

³²² ILO Code of Practice on HIV AIDS. URL: https://www.ilo.org/global/topics/hiv-aids/publications/WCMS_113783/lang-en/index.htm (accessed: 01.08.2022).

³²³ The International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC). URL: <https://www.ilo.org/ipecc/lang-en/index.htm> (accessed: 01.08.2022).

³²⁴ Workplace action on HIV/AIDS: identifying and sharing best practice. Background report for Tripartite Interregional Meeting on Best Practices in HIV/AIDS Workplace Policies and Programmes. 15-17 December 2003, ILO, Geneva.

initiatives, such as the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, the Global Business Coalition on HIV/AIDS and the World Economic Forum.

Artificial intelligence initiatives play a significant role in the modernization of the healthcare system in sub-Saharan Africa. As the UN specialized agency for information technology, the International Telecommunication Union (hereinafter – ITU), in partnership with related UN agencies, organizes the annual Global Summit "Artificial Intelligence for Good" for international dialogue aimed at forming a common understanding of the possibilities of new technologies.

ITU and WHO are joining forces to expand the use of modern technologies in the health sector to a global scale and to use the capabilities of artificial intelligence to improve health. The two organizations are collaborating within the ITU Task Force on Artificial Intelligence for Health, established in July 2018, to develop an international system of standards "Artificial Intelligence for Health" and identify options for its use in the health sector that can be expanded for global impact. The Group is open to all interested parties. The demand for such a platform was first identified by the participants of the second global AI for Good summit, held in Geneva on May 15-17, 2018. Artificial intelligence-based technologies, such as skin disease recognition and diagnostic applications based on questions about symptoms, could be deployed on six billion smartphones by 2021³²⁵.

The WHO secretariat cooperates with UN Member States, partners, donors and other key stakeholders, including regional economic communities, as well as within the framework of the political platform proposed by the African Union and its Agenda for the period up to 2063³²⁶, to address these strategic priorities. Particular attention will be paid to: supporting countries in planning, implementing and assessing progress towards achieving the health-related Sustainable Development Goals (hereinafter - SDG); investing in increasing the accumulation and use of knowledge for policy development and programming; as well as strengthening and coordinating partnerships.

³²⁵ AI for Good Global Summit 2018 — ITU. URL: <https://www.itu.int/en/ITU-T/AI/2018/Pages/default.aspx> (accessed: 01.08.2022).

³²⁶ Agenda 2063: The Africa We Want (African Union). URL: https://au.int/Agenda2063/popular_version (accessed: 01.08.2022).

WHO is ready to cooperate with Member States in the development and implementation of national health policies and plans that take into account their priorities and are aimed at achieving the goals of the SDG. Special attention is paid to equality and inclusiveness; implementation of the UN Secretary-General's Global Strategy for Maternal, Child and Adolescent Health with an emphasis on Adolescents; overcoming the growing burden of oncological diseases; overcoming social determinants of health.

Investments by African Union member States in health remained low. The High-level Task Force on Innovative International Financing of Health Systems estimated that by 2009, a low-income country needed to spend an average of US\$ 44 per capita (US\$ 60 by 2015) to strengthen its health system and provide the necessary package of medical services. As a result, only 22 countries (47%) in the region spent more than \$60 per person per year on healthcare. Another indication of low domestic investment in health care was the limited number of countries that met the goal set in the 2001 Abuja Declaration of the African Union ³²⁷ to allocate at least 15% of national budgets to the health sector.

With regard to access to drinking water and adequate sanitation standards, all African Union member States have been supported to participate in the Joint WHO/UNICEF Water and Sanitation Monitoring Programme through the organization of national data harmonization workshops. A regional guide on vector control for malaria elimination and a guide on the medical component of health adaptation to climate change have been developed.

The establishment of the African Medicines Agency was approved by the Ministers of Health in Luanda, Angola, in April 2014. In accordance with the ministerial commitments, the WHO African Union Commission has established an appropriate Task Force, which includes representatives of the African Union, WHO and the NEPAD Planning and Coordination Agency as the secretariat³²⁸. Local pharmaceutical production can improve the access of countries in the region to safe, effective and affordable medical

³²⁷ Declaration of Commitment on HIV/AIDS (Adopted by resolution S-26/2 of the special session of the General Assembly of 27 June 2001). URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl2.shtml (accessed: 01.08.2022).

³²⁸ The New Partnership for Africa's Development (NEPAD) is an economic development program of the African Union. NEPAD was adopted at the 37th session of the Assembly of Heads of State and Government in July 2001 in Lusaka, Zambia. The purpose of the partnership was to provide a comprehensive vision and policy framework to accelerate economic cooperation and integration among African countries.

products. In the context of the African Union Pharmaceutical Production Plan for Africa,³²⁹ WHO is supporting Ethiopia and Tanzania in developing pharmaceutical production plans.

The African region is facing many public health emergencies caused by natural or man-made causes, including droughts, annual floods, outbreaks of infectious diseases and conflicts. There are serious gaps in the capacity and preparedness of countries, while the health systems of most countries are not able to organize a rapid, effective and adequate response to these emergencies. In addition, these emergencies tend to divert scarce resources from planned interventions, thereby jeopardizing countries ability to address other key health priorities. The current challenge is how to work with Member States to build their core capacity to meet their obligations under the International Health Regulations (2005) and to build strong and sustainable health systems that ensure health security.

In the countries of the region, the number of health partners has increased, which has led to an increase in available resources and capabilities. However, this has led to the problem of effective coordination of numerous health initiatives at the country level, which affects the effectiveness and implementation of public health programs. The objective is to support Member States in strengthening national ownership, leadership and capacity to better coordinate the actions of partners in order to implement programmes more effectively. It is necessary to strengthen the coherence and harmonization of support provided by development partners and donors in order to improve the effectiveness of aid and address the priorities of Member States in the field of health.

The economic downturn associated with the COVID-19 pandemic has negatively affected each individual household as a result of a reduction in income and an increase in the unemployment rate. Emphasizing the need for countries to strengthen social security systems within the framework of ensuring the well-being of citizens. Unfortunately, at the macroeconomic level, most African countries have had to divert resources from basic

³²⁹ The Pharmaceutical Manufacturing Plan for Africa. URL: <https://www.nepad.org/news/pharmaceutical-manufacturing-plan-africa> (accessed: 01.08.2022).

services and increase debts in order to respond to the fight against COVID-19, combined with budget cuts due to slowing economic activity, the ability to finance ever-growing health and social security needs is limited. Thus, global solidarity is necessary to ensure a sustainable, human rights-based approach to investment in the fight against tuberculosis, HIV and malaria in the face of threats to health security.

The World Bank's International Development Association (IDA), established in 1960, helps the world's poorest countries by providing grants and loans at low or zero interest rates for projects and programs that stimulate economic growth, reduce poverty and improve the lives of poor people. In 2022 The World Bank has approved a \$100 million support program for the African Centers for Disease Control and Prevention, which will help expand the technical capacity of the institution and strengthen its institutional structure to enhance support to African countries in preparing, detecting and responding to disease outbreaks and public health emergencies³³⁰. Today, the African continent is facing several outbreaks of infectious diseases in addition to COVID-19, and the risks are increasing in the future. Recent assessments have revealed widespread gaps in the preparedness capacity of African countries, which disproportionately affect the poorest and most vulnerable segments of the population. Regional approaches to health policies and interventions that complement national and global efforts underscore the value of a strong African center for disease control and prevention focused on protecting the health of the continent.

To ensure uninterrupted access to a wide range of services for everyone, an increase in internal and external investments is required. Innovation also plays a key role in the delivery of services, including the use of technological approaches to improve the flow of data or information, the delivery of essential medical supplies, e-learning, disease surveillance and auxiliary surveillance. In the case of HIV, innovative examples of home delivery models exist in Africa (Nigeria), where vaccines were delivered using existing

³³⁰ Africa Centres for Disease Control Receives a \$100 Million Boost from the World Bank to Strengthen Continental Public Health Preparedness. URL: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/07/21/africa-centres-for-disease-control-receives-a-100-million-boost-from-the-world-bank-to-strengthen-continental-public-hea> (accessed: 01.08.2022).

public networks or private couriers to avoid interrupting the delivery of services during a pandemic³³¹.

In addition, innovation in financing is key to raising the level of funding to support the full implementation of priority activities. For example, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria has used various innovations to raise up to \$50 billion as of June 2021 to support both programs and strengthen the health system³³². The Global Fund has also provided funding for both country and regional grants, increased the role of both domestic and private sources of funding while maintaining transparency and accountability. The Fund continues to respond to emerging needs by providing funding in excess of appropriations, either to support countries achievement of strategic goals, or to create a pandemic response mechanism to avoid disruptions in tuberculosis, HIV and malaria control services.

The ongoing COVID-19 pandemic has disrupted health services in general and led to the diversion of resources from tuberculosis, HIV and malaria control services at various levels. There is an urgent need to address this problem by strengthening health systems, providing the necessary financial resources, updating political leadership and strengthening cooperation. Cost-effective evidence-based interventions should be expanded to include models of differentiated service delivery at the community level, less frequent visits to medical institutions with less frequent medication intake. Finally, innovation in service delivery and technological adaptation remain crucial as countries seek to limit disruptions in health services.

Based on the above, it can be concluded that the international organizations of the "UN family" carry out a coordinated and well-coordinated policy to combat infectious diseases. The coverage of organizational and medical measures against major infectious diseases has not yet reached the level necessary for the eradication, elimination or control of these diseases. The challenge for international organizations is how to involve Member

³³¹ Jiang H., Zhou Y., Tang W. Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic // *Lancet HIV* 2020. Published Online April 6, 2020.

³³² Global Fund Urges the World to Boost the Fight Against Malaria as COVID-19 Disruptions, Drug and Insecticide Resistance and New Threats Endanger Progress (25 April 2022). URL: <https://www.theglobalfund.org/en/news/2022-04-25-global-fund-urges-world-boost-fight-against-malaria-covid-19-disruptions-drug-insecticide-resistance-new-threats-endanger-progress> / (accessed: 01.08.2022).

States and partners in mobilizing the necessary resources, scaling up and improving the implementation of policies and strategies in order to expand and maintain coverage beyond current levels, thereby pushing countries to achieve the Sustainable Development Goals. UN member States will have to make specific political and financial commitments and investments to achieve these goals.

2.3. The role of non-governmental international organizations in the fight against infectious diseases

Non-governmental organizations (hereinafter referred to as NGOs) represent an important segment of civil society, acting on a global scale as significant international political actors taking an active part in various spheres of the socio-political life of the world community. NGOs are organizations that carry out activities to protect the interests of the poorest segments of society, environmental protection or socio-economic development of local communities. All over the world, NGOSS have long represented the interests of poor and marginalized groups of the population and provided them with services in various areas of health and social development. Since the early 1990s, there has been a rapid growth of the NGOS sector worldwide, which complements the Government's efforts to implement various grassroots activities. Many NGOS are carrying out various activities, including efforts to contain the HIV epidemic/AIDS.

Many US-based NGOs are actively involved in international health projects. The current phase of health internationalization is characterized by the growing influence of health-related NGOs, which include organizations working in the field of public health, such as the World Federation of Public Health Associations (WFPHA), the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), the International Association of National Institutes of Public Health (IANPHI), national and regional public associations health care.

In May 1977, the World Federation of Public Health Associations (WFPHA) accepted an invitation from the World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) to develop a document outlining the position of non-

governmental organizations on primary health care for presentation at the International Conference on Primary Health Care, to be held in September 1978 in Alma-Ata. WFPHA has held consultations with a large number of non-governmental organizations (NGOs), both with those that have official relations with WHO and UNICEF, as well as with many other interested NGOs, national and international. In the field of health, NGOs have long been helping to set standards for practice, professional training and continuing education, as well as to define the role of health workers in national programs. Others focused on a specific disease or activity (for example, cardiovascular diseases, leprosy, tuberculosis, programs for the disabled, etc.).

The diverse programs and competencies of numerous organizations that are not directly related to healthcare contribute in one way or another to the overall development of national health systems. These include projects to improve food production and housing; provide safe drinking water; promote literacy; provide educational and other educational materials; teach a wide range of skills; protect the environment; etc. In short, they help to create conditions conducive to the protection, strengthening and maintenance of health and disease prevention. In recent years, there has been an increase in the capacity of non-governmental organizations to develop models of cooperation among themselves at the local, national and international levels for consultations and information exchange or for joint actions.

Doctors Without Borders (Médecins sans frontières, hereinafter referred to as MSF) became the first non-governmental organization that not only provided emergency medical care, but also publicly testified about the plight of the population they served. MSF is at the forefront of providing emergency medical care, as well as assistance to the population suffering from endemic diseases and neglect³³³. The scale and intensity of global health challenges ensure that no single country or institution can cope with them alone. In order to contribute to the achievement of common global health goals, NGOs should work in close partnership with a wide range of international agencies and

³³³ Heller O., Somerville C., Suggs L.S. et al. The process of prioritization of non-communicable diseases in the global health policy arena // Health Policy Plan. 2019. №34. P. 373.

institutions to shape global health policy, as well as to finance, implement and evaluate programs.

While Governments play a major role in disseminating public health information, marginalized groups, those with low levels of education, are less likely to receive information through government channels. It has been shown that distrust of the government, especially among marginalized groups, reduces the effectiveness of various health campaigns, including efforts to eradicate polio, HIV prevention/AIDS and the containment of the Ebola epidemic in West Africa. Afrobarometer data ³³⁴collected between 2016 and 2018 in 34 countries, including South Africa and Zambia, show significant distrust of government sources and markedly higher trust in local leadership, including religious and traditional leaders. A study of the media and social media reaction to COVID-19 in South Africa, specific to the current crisis, reports a high level of distrust of the government³³⁵.

In the context of the HIV epidemic/AIDS NGOs have effectively adapted sensitive health topics to the needs of different groups and have used social media in communities to improve communication. In West Africa, community-based responses were considered critical in the fight against the spread of Ebola. Similarly, local NGOs and civil society have been recognized as critical to polio eradication efforts in the most hard-to-reach communities.

NGOs can be important for reaching remote communities with limited access to technologies and communication channels (e.g., the Internet, social networks), where the most up-to-date scientific recommendations are distributed. According to Afrobarometer data collected in 2016-18, only 20 percent of adults in 34 African countries have access to a smartphone and computer, and only 43 percent have access to a basic mobile phone. Surveys conducted in Kenya in March 2020 showed that people with a lower level of education are more likely to receive information about COVID-19 from NGOs or public announcements through a megaphone. In addition, the most up-to-date medical

³³⁴ Afrobarometer is a pan-African, independent, impartial research network that measures public attitudes towards economic, political and social issues in Africa.

³³⁵ Costa K. The Cause of Panic at the Outbreak of COVID-19 in South Africa – A Comparative Analysis with Similar Outbreak in China and New York. 2020, March 13.

recommendations may not be available in local languages and do not take into account the glaring shortage of pharmaceutical resources faced by more vulnerable groups of the population³³⁶.

NGOs working in sub-Saharan Africa are facing serious challenges due to the COVID-19 pandemic. Of the 1,015 organizations from 44 African countries surveyed in May 2020, 56 percent reported a loss of funding, and 85 percent reported an inability to cope with supply disruptions caused by COVID-19³³⁷. During the ongoing crisis, many organizations may need additional support from the Government and the infrastructure of international organizations to facilitate the dissemination of medical information. In addition, small organizations may lack the authority and resources to make their needs heard. In order to effectively meet the most pressing needs, it is important to better understand the challenges these organizations face and explore how they can be better supported to help their communities combat the spread of COVID-19.

NGOs are uniquely positioned to conduct effective health education, given their familiarity with local customs and norms; their awareness of local resource constraints; their ability to identify locally prevalent myths and misinformation; their knowledge of the needs faced by specific risk groups (e.g. women, children, migrants, HIV patients/AIDS, etc.); their access to local translators who can help with the translation of medical information. Organizations working in local communities in Africa use established communication channels, including phone lists, social media platforms, including WhatsApp and Telegram groups, radio, and personal communication methods. NGOs can also use their social networks to identify reputable religious and traditional leaders to help disseminate medically relevant information during a pandemic³³⁸.

However, the loss of funding and the lack of technology and medical knowledge to take effective responses make organizations less effective in serving their at-risk

³³⁶ Krönke M. Africa's digital divide and the promise of e-learning. Afrobarometer Policy Paper 66. 2020. URL: <https://www.africaportal.org/publications/africas-digital-divide-and-promise-e-learning/> (accessed: 01.08.2022).

³³⁷ The Impact of COVID-19 on African Civil Society Organizations: Challenges, Responses, and Opportunities. EPIC-Africa & @AfricanNGOs Report. 2020, June. URL: <https://static1.squarespace.com/static/5638d8dbe4b087140cc9098d/t/5efabc7884a29a20185fcbaf/1593490570417/> (accessed: 01.08.2022).

³³⁸ Mussa A.H., Pfeiffer J., Gloyd S.S., et al. Vertical funding, non-governmental organizations, and health system strengthening: perspectives of public sector health workers in Mozambique // Human Resources for Health. 2013. №11. P. 26.

beneficiaries. These problems point to several ways that the Government or external organizations can support NGOs health education efforts. NGOs will benefit from increased support in addressing technological and security challenges in a pandemic. Ultimately, they need sustainable sources of funding to keep working and set long-term goals for their programs.

As the COVID-19 pandemic continues, it will be extremely important for organizations to receive support for effective health education of criminalized populations. On the other hand, promising developments have emerged in recent years in global efforts to combat the AIDS epidemic, including increased access to effective treatment and prevention programs. In many regions of Africa, new HIV infections are largely concentrated among young people aged 15-24 years³³⁹. In an attempt to contain the AIDS epidemic, NGOs are responding by providing assistance to local communities affected by the epidemic in areas such as prevention, awareness-raising, counseling, home care and support, as well as caring for the general well-being of affected people.

For example, a number of NGOs have been established in Tanzania to support the Government's efforts to combat the HIV epidemic/AIDS. There are more than 300 NGOs dealing with HIV issues in the country/AIDS, and this number is steadily growing³⁴⁰. NGOs are currently a very important body for mitigating the effects of HIV/AIDS. A wide range of organizations are involved in the fight against HIV/AIDS, and many measures have already been taken to combat the epidemic. They are currently participating in HIV awareness programs/AIDS, prevention, control and care.

HIV prevention and mitigation/AIDS is a key area of activity for most NGOs, while less effort is devoted to testing, advocacy and treatment, which are expensive activities. For comparison, preventive measures, since they bring great benefits to society, are the key role of NGOs, although they manifest themselves in various aspects, such as providing education/awareness-raising, HIV prevention/AIDS, as well as counseling, which restrain the further spread of this disease.

³³⁹ Chee G., Pielemeier N., Lion A. et al. Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed // *The International Journal of Health Planning and Management*. 2013. №28. P. 89.

³⁴⁰ Farahahni J.A., Ebrahimnia M., Hosseini S.R. Non-Governmental and Voluntary Groups, Collaborators in the Fight against COVID-19 // *Journal of Military Medicine*. 2020 #22(2) P. 99.

NGOs use various approaches to HIV prevention, which is carried out mainly through initiatives to change behavior in the community, such as the "ABC" approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms, "Abstain, be faithful and use condoms"). The risk of HIV infection varies for all population groups. Prevention efforts should target vulnerable populations at the highest risk of the disease, and progress is particularly needed in identifying practical strategies that can reach these high-risk populations.

NGOs usually use seminars and workshops; the least approaches are poster distribution, group therapy, vocational training, etc. This prompts further study of why most NGOs prefer seminars and workshops, the disadvantage of which is that they cover few people (participants) and are expensive. Mass media (radio and newspapers) may be a more appropriate means of raising awareness, while seminars/workshops may correspond to event planning and instill in-depth skills.

The literature indicates that respondents' awareness of HIV/AIDS, it is claimed, mainly arises due to the media (radio and newspapers), while the main activity of NGOs is to mitigate the effects of HIV/AIDS is the holding of seminars and workshops that are less effective³⁴¹. NGOs staff play an important role not only in setting guidelines on what activities NGOs should perform, but also in determining what and what knowledge or information should be shared with their wards. Therefore, for the quality work of NGOs to implement HIV mitigation programs/Therefore, their employees must have in-depth knowledge and be well informed. NGOS need permanent professional staff who work on a daily basis.

Small budgets limit the ability of most NGOs to hire sufficient qualified staff, as they are considered to require high salaries and other additional benefits. As a result, many NGOs depend on the services of temporary staff to carry out their activities. The hiring of temporary staff usually indicates the temporary nature of most of the activities that NGOs are engaged in, and may lead to the use of incompetent staff. Most NGOs lack qualified staff in sufficient numbers. Despite the fact that NGOs have been found to

³⁴¹ Piotrowicz M., Cianciara D. The role of non-governmental organizations in the social and the health system // Epidemiological Review - Przegląd Epidemiologiczny. 2013. №67(1). P. 74.

operate with very small budgets, the need for sufficient and permanent professional staff is essential in order to make them effective and sustainable.

HIV education/AIDS is an important event for NGOs, allowing them to solve problems related to HIV/AIDS. As a mechanism to overcome the shortage of staff and competence, many NGOs hire specialists from various social institutions as an alternative coping mechanism. Between NGOs dealing with HIV issues/Of course, there is no network interaction and whatever connections exist, they remain at a very rudimentary stage and are practically ineffective. As a result, the duplication of preventive programs and activities between them persists. In most cases, the same type of activity is carried out in the same geographical area, while other areas in need are not covered by similar services³⁴².

For most NGOs, there is no legal obligation to cooperate, and this may not guarantee accountability. Most NGOs work in a highly localized environment and therefore have very little information and experience from national and international organizations. This can lead to weak and poor information exchange and networking between NGOs. The presence of many partners from international and national organizations means that there will be an exchange of information and ideas in a broader context. From this point of view, it will be easy to study the various methods used by other organizations to combat the epidemic. Healthcare decision makers, NGOs, research institutions, community groups and individuals should combine their efforts to reduce the number of cases of specific diseases, control the spread of epidemics and the development of complications, as well as optimize the management of human and material resources in the field of healthcare. If health strategies are to succeed, international solidarity and public-private partnerships are needed to address shortages and lack of treatments, resistance, and the need for new drugs, vaccines, and diagnostic procedures.

Based on the above, we can conclude that NGOs are an integral part of the global health landscape and play an important role in addressing health-related issues globally and nationally through various means. Despite the various shortcomings identified, NGOs

³⁴² Cuneo C.N., Sollom R., Beyrer C. The Cholera Epidemic in Zimbabwe, 2008–2009: A Review and Critique of the Evidence // *Health and Human Rights Journal*. 2017. №19. P. 249.

continue to play a very important role in the fight against HIV/AIDS. In the future, given the numerical superiority of NGOs and the gaps mentioned in terms of reaching people, NGOs should review existing networking mechanisms to strengthen and benefit from their role. Prevention activities should be prioritized in the development of HIV/AIDS mitigation activities. NGOs should refocus their role in HIV/AIDS interventions and hire qualified permanent staff to prevent the further spread of the epidemic. Finally, NGOs should conduct a situation analysis and community needs assessment before deciding which approach to use for HIV/AIDS interventions.

Conclusions of the second chapter

1. Most countries in sub-Saharan Africa rely primarily on traditional indicator-based disease surveillance that uses data from health facilities with limited use of data from other sources. Future efforts to address disease surveillance systems must consider data quality, data analysis and triangulation from multiple sources, data use, and integration. Implementing innovative ways to further strengthen surveillance and response in sub-Saharan Africa is critical to improving early detection and reporting of suspected cases of priority diseases, conditions, and events. International "UN family" organizations have traditionally been involved in combating infectious diseases across the African continent.

2. The establishment of a multidisciplinary Global Technical Council on Infectious Disease Threats is proposed, which could function either within WHO (or another body) or it could be established as an independent body. Its functions should include (1) improving collaboration and coordination among relevant organizations; (2) filling knowledge gaps regarding (for example) infectious disease surveillance, research and development (R&D) needs, funding models, supply chain logistics, and social and economic implications of potential threats; and (3) generating high-level, evidence-based recommendations for managing global infectious disease risks.

Chapter 3. The Specifics of WHO Activities in Sub-Saharan Africa

3.1 Historical and socio-political reasons for the spread of infectious diseases in the region

Outbreaks of mass infectious diseases, as well as the dynamics of their spread, correlate quite clearly with the specific social conditions in which a particular society finds itself. These conditions may be economic, political, cultural, and reflect the characteristic traits and patterns of human behavior. The specific determinants of the spread of infectious diseases in sub-Saharan Africa can be traced in two main contexts: a) historical and b) sociopolitical. Both approaches allow us to fully reveal the causes of the spread of infectious diseases in the subtropical Africa region.

The study of the historical context of the spread of infectious diseases in a region is a well-established method of assessing the determinants of the process under analysis. In general, historical epidemiology has its roots in the observation of the environmental determinants of diseases that were associated with the place of their spread. In Western science, the approach known as medical geography developed in the late nineteenth century in an attempt to catalog information about the past of a particular disease and the spatial distribution of diseases³⁴³. In the 1940s, as a new biomedical understanding of infectious diseases began to transform medical practice, the medical historian Erwin H. Ackerknecht launched the modern discipline of historical epidemiology, seeking to integrate biomedical data into the social, economic, and environmental factors of infectious diseases³⁴⁴. This approach would be picked up by other historians, whose research has changed the view of African history and its relationship to the Atlantic world, as well as convincingly demonstrating the centrality of infectious disease processes to global history.

In the 1960s, Philip Curtin published two seminal articles that began the study of the history of infectious diseases in Africa and the Atlantic world. The first, "The White

³⁴³ Hirsch A. Handbook of Geographical and Historical Pathology. Volume I, Acute Infectious Diseases. London: Andesite Press, 2015. 738p.; Volume II, Chronic Infective, Toxic, Parasitic, Septic, and Constitutional Diseases. London, 2017. 698p.

³⁴⁴ Ackerknecht E.H.. History and geography of the most important diseases. Hafner publishing go, 1965. 210p.

Man's Grave: Image and Reality, 1750-1850,"³⁴⁵ , examined the mortality of European populations along the African coast during the slave trade era. The second, "Epidemiology and the Slave Trade,"³⁴⁶ , examined differences in survival rates among African captives who were involved in the transatlantic slave trade and subjected to harsh plantation slavery regimes in the Americas, compared to European populations in the Atlantic world.

Using historical evidence, Curtin was able to calculate morbidity, mortality, and life expectancy for Africans and Europeans, and in doing so he opened new perspectives for historical research. His research began the process of integrating Africans and African history into the teaching of world history. The different experiences of African and European populations with malaria and yellow fever provided the biological basis for understanding the economic logic of the Atlantic slave trade, explaining why Europeans did not colonize sub-Saharan Africa during the long centuries of the slave trade. Later in his career Curtin wrote other important articles on disease in Africa and two groundbreaking books: a study of European mortality in the tropics in the nineteenth century, published in 1989, and a study of the significance of disease for Europeans who took part in the conquest of Africa, published in 1998³⁴⁷ . The overall impact of Curtin's work in historical epidemiology has been to highlight the epidemiological specificity of the course of disease on the African continent and its importance to both African and world science.

In the 1970s, Alfred W. Crosby, Jr. and William H. McNeil took a historical epidemiological approach to other large-scale disease processes in world history, and they changed the way world historians analyze the spread of infection. In 1972, Crosby, in *The Columbian Exchange: The Biological and Cultural Consequences of 1492*³⁴⁸ , made a compelling case for the impact of introduced Old World diseases on the American population. His book changed historical perspectives on the population history of the New World, although he focused mainly on Eurasian diseases, which were introduced with

³⁴⁵ Curtin P.D. The white man's grave: image and reality, 1780-1850 // *Journal of British Studies*. 1961. №1. P. 94-110.

³⁴⁶ Curtin P.D. Epidemiology and the slave trade // *Political Science Quarterly*. 1968. №83. P. 190-216.

³⁴⁷ Curtin P.D. *Death by Migration: Europe's Encounter with the Tropical World in the Nineteenth Century*. New York, 1989. 252p.; Curtin P.D. *Disease and Empire: The Health of European Troops in the Conquest of Africa*. New York, 1998. 290p.

³⁴⁸ Crosby A.W. Jr. *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492*. Westport, 1972. 320p.

great devastating impact in the first centuries of contact, rather than on African diseases brought to the New World. In 1976 W. McNeil wrote the first global history of disease. His famous work *Epidemics and Peoples* devoted a chapter to Africa as the cradle of humankind, but the chapters that covered diseases of human populations in the eras after the first migrations of *Homo sapiens* from Africa focused mainly on the experiences of Eurasian and Native American populations.³⁴⁹

Curtin, Crosby, and McNeil's research on historical epidemiology focused on the large-scale dynamics of disease transmission in specific historical contexts. They focused on the period before significant technological transformations in modern biomedicine. Their approaches differed significantly from those of most historians of medicine or historians of science in that they retrospectively used contemporary biomedical knowledge to interpret historical evidence.

In the 1970s, a small group of Africanist scholars began to study the biomedical literature on African infectious diseases and to advance further research into the history of disease and medicine on the African continent. K. David Patterson published a bibliographical review in the first issue of *History in Africa* in 1974, and in 1978 Patterson and Gerald W. Hartwig edited a collection of case studies entitled *Diseases in African History*³⁵⁰. This work demonstrated that it was possible to reconstruct some of the disease processes that affected African populations in Africa, and it revealed the fact that Eurasian diseases were introduced into Africa during the era of the slave trade and colonial conquest.

This view of the introduction of disease into Africa was extended by Helge Kjekshus, whose analysis of economic development in African history demonstrated the profoundly devastating effects of introduced diseases on African populations and their ability to structure the environment in the chaos and turmoil of the late pre-colonial and early colonial period³⁵¹. In the early 1990s, David Arnold published an important article entitled "The Indian Ocean as a Disease Zone, 1500-1950," which investigated the

³⁴⁹ McNeill W.H.. *Plagues and Peoples*. Garden City, NY, 1976. 368p.

³⁵⁰ Hartwig G.W., Patterson K.D. (eds.), *Disease in African History: An Introductory Survey and Case Studies*. Durham, NC, 1978. 258p.

³⁵¹ Kjekshus H. *Ecology Control and Economic Development in East African History: The Case of Tanganyika, 1850-1950*. London, 1977; and edn, Athens, OH, 1996. 215p.

environment of disease in the Indian Ocean and its impact on African disease³⁵². This complemented Crosby's work on the Atlantic Basin by opening a window into the African aspects of this phase of global disease integration.

Since the 1980s, historical works have focused more on the problems of the African continent. Randall M. Packard's study of tuberculosis in South Africa combined an understanding of biomedical knowledge with political and economic analysis that revealed the deleterious effects of white rule on African health³⁵³. Other Africanist scholars have worked to shed light on the political and economic forces that have influenced the culture of public health and medical intervention in African states. This new social history of health and healing has opened up many new perspectives on understanding African practices. It came at a time of growing international interest in African infectious diseases.

Since the 1990s, most health historians in Africa have focused their research on the colonial period. The results have been rich and varied, but the new knowledge has had little impact on the study and practice of global public health. Growing familiarity with scientific evidence on the burden of disease for sub-Saharan African communities may have a broader impact on the relevant field of research. For example, some approaches that view capitalism, colonialism, and the policies of independent African states as historical and political factors in the spread of infectious diseases may be strengthened, challenged, or complicated by consideration of biomedical evidence.

Africanist research in historical epidemiology may also be relevant to contemporary public health practice. Studying the impact of past interventions on changing disease prevalence can help change assumptions about current interventions. To date, interventionists have tended to assume that intervention technologies organized around the control or eradication of individual diseases can be more or less universally applied, and there seems little need to understand the local or regional historical context.

The gulf between the biomedical and historical sciences in Africa is now large. In the biomedical sciences, in which technological advances have been rapid, the scientific

³⁵² Arnold D. The Indian Ocean as a disease zone, 1500-1950 // *South Asia*. 1991. №14(2) P. 1-21.

³⁵³ Packard R.M. *White Plague, Black Labor: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*. Berkeley, CA, 1989. 416p.

methods and medical interventions of the past seemed to have little relevance. Medical professionals who introduced new biomedical technologies were not trained to weigh the consequences of past interventions. The failure of the first generation of HIV interventions based on public health experience in the Western world forced a rethinking of these differences in human knowledge. Some historians have delved into the scientific literature and made important contributions that have found readers in both the social sciences and public health. One of the most successful is John Iliff, who has studied in depth the microbiological and anthropological literature on HIV. He created a synthesis of the history of the AIDS epidemic in Africa, which was one of the first steps in the study of AIDS for a new generation of public health professionals³⁵⁴.

The interdisciplinary task of understanding infectious disease processes is also a major challenge for biomedical professionals. Some have come to understand the paramount importance of incorporating African social and cultural realities into their models and have made crucial contributions to modern disease control. For example, African physicians in Uganda insisted that the problem of concurrency in sexual relations³⁵⁵ was crucial to HIV transmission and insisted that it be included in epidemiological modeling. Microbiologist and science writer Helen Epstein presented this issue to a wide audience, exposing the deeply Eurocentric biases underlying epidemiological modeling of sexually transmitted disease dynamics³⁵⁶.

Research on the history of disease control in Africa is just beginning, and a number of different problems remain to be solved. Molecular studies of the origins of various infectious diseases have provided historians with new evidence to contextualize. For example, the hemoglobin mutation known as Duffy antigen negativity, which is very common in western Central Africa and prevents the host from contracting the malaria parasite *Plasmodium vivax*, appears to have originated many thousands of years ago. This is probably best understood as a response to the heavy burden of *vivax* malaria infection and thus probably indicates a hitherto unexpected first chapter in the history of infectious

³⁵⁴ Iliffe J. *The African AIDS Epidemic: A History*. Athens, OH, 2006. 214p.

³⁵⁵ Parallel sexual relationships describe situations in which an individual has overlapping sexual relationships with more than one person. They can be contrasted with serial monogamy, where an individual has sexual relations with only one partner, with no overlap in time with subsequent partners.

³⁵⁶ Epstein H. *The Invisible Cure: Africa, the West, and the Fight Against AIDS*. New York, 2007. 352p.

diseases. Molecular evidence is being developed that will shed light on the history of many other infectious diseases, and it is likely that the interpretive structures that have been developed by experts will benefit from correction and reinterpretation by professional historians.

Most of the important processes associated with infectious diseases in Africa are rooted in both ecological and socio-historical processes. Africanist historians have made significant contributions to the understanding of diseases of the colonial period, drawing on an earlier era of medical data and recorded practices³⁵⁷. Some are now taking on the task of defining and interpreting contemporary disease processes.

Some of the most important infectious diseases have a long history, and studies of previous disease control efforts can provide valuable information. For example, it is often claimed in the scientific literature that Africa was excluded from the Global Malaria Elimination Program (GMEP) promoted by the WHO from 1955 to 1969, which used indoor spraying with synthetic insecticides and experimented with increasing access to therapeutic drugs such as chloroquine. Nevertheless, WHO conducted a pilot project to eliminate malaria projects in various ecological zones throughout tropical Africa in an attempt to develop elimination protocols that could stop the transmission of malaria.

In 1959 and 1960, WHO published a Yearbook on the Elimination of Malaria in Africa, which listed successes and hoped to "scale up" projects across the continent. Only in the early 1960s, when it became clear that the measures taken could not completely stop malaria transmission, did WHO come to terms with the epidemiological realities: the available means to stop malaria transmission were not sufficient; widespread use of synthetic insecticides would kill insecticide-resistant mosquitoes. In turn, the widespread use of synthetic antimalarials would lead to the eradication of drug-resistant parasites. Historical experience is crucial because the early successes of pilot eradication programs compromised the acquired immunity of the African population and when the projects ended, the population was exposed to epidemic malaria³⁵⁸.

³⁵⁷ Lyons M. *The Colonial Disease: A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940*. New York, 1992. 335p.

³⁵⁸ Webb J.L.A. Jr. The first large-scale use of synthetic insecticide for malaria control in tropical Africa: lessons from Liberia, 1945-1962 // *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 2011. №66(3). P. 347-376.

Historical epidemiological studies are also likely to provide new insights into infectious disease processes by looking at them in the context of ecological processes. For example, the powerful forces of urbanization have long changed the conditions in which infectious diseases can be transmitted, and depending on the pathogen, these forces may have intensified or suppressed transmission. As examples, processes of rapid urbanization have concentrated the demand for meat in cities, and thus increased the prospects for introduction of pathogens from their wild host animals. Refugee camps with inadequate facilities for handling human waste have contributed to the spread of fecal-oral diseases, and cholera has thus become endemic in Africa³⁵⁹. Contamination of water sources in some major peri-urban areas has reduced malaria transmission because vector mosquitoes need clean water to breed, while at the same time increasing water-borne pathogens and creating a "toxic strip" around cities.

Epidemiological modeling of malaria transmission has also taken little account of the relationship between past public health and medical interventions and their perceptions of African populations or major processes of anthropogenic change, such as habitat transformation (for example, from rainforest to plantation crops or coastal wetlands to urban settlements), changing agro-economic practices, climate change, and urbanization. In some of these areas, Africanist historians have made significant contributions, particularly in understanding past ecological and agro-ecological changes. Integrating this knowledge into contemporary epidemiological modeling will produce more realistic and less idealistic policy recommendations.

Biomedical representations of disease processes in Africa are often superficial because they lack the political, social, cultural, and economic historical context. Africanist historians can develop these historical contexts in ways that are relevant to the practice of public health in Africa. This may entail broadening the professional identity of those historians who choose to work in this field of applied historical epidemiology.

The social determinants of health are the conditions in which people are born, grow, live, work, and age, including the health care system. For any intervention in public health

³⁵⁹ Echenberg M.J.. *Africa in the Time of Cholera: A History of Pandemics from 1817 to the Present*. New York, 2011. P. 33.

to be effective, it must aim to change the undesirable elements in the social context that affect health. Such undesirable elements would include, but are not limited to, inequitable and avoidable or avoidable health disparities between social groups.

Social determinants can be grouped into three broad categories: behavioral practices, environmental factors (physical and social), and factors related to the health care system. For the most part, the socio-political causes of the spread of infectious diseases in Sub-Saharan Africa are fed by inequalities assuming a certain socio-economic status, social structure, social class, education, profession, income, gender, etc. In a broader context (at the national level), these inequalities include socio-economic and political advantages or constraints related to governance, macroeconomic policies, and the socio-cultural organization of society. The socio-economic and political context (social environment category) contributes significantly to the health of not only individuals, but also communities³⁶⁰.

There is now a renewed politicization of health at all levels of government, from local to global, within governments, global institutions and the private sector, as well as through civil society organizations. Health is becoming increasingly important for political legitimacy and economics, it is crucial to fiscal policy and the construction of a welfare state. This means that it affects the interests of many stakeholders and society as a whole.

Consider the impact of social determinants (sociopolitical causes) on the spread of Ebola infection. When the disease broke out in health care facilities with low standards of hygiene and sanitation, transmission tended to increase and resulted in a large number of cases and deaths of health care workers. The Ebola epidemic in Africa was a mixture of nosocomial and general population factors with increased person-to-person transmission for various reasons, including burial practices, inadequate infection control, population density and mobility, and cultural beliefs and practices.

During the first known Ebola outbreak in the Congo in 1976, it was thought that the virus was mainly transmitted through blood. However, with subsequent Ebola

³⁶⁰ Henao D.E.. The Ebola epidemic in West Africa and the social determinants // La Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2015. №32(2). P. 403.

outbreaks, it became increasingly clear that this was not the case and that certain conditions in local hospitals (lack of running water; limited supply of masks, caps and gowns; rare sterilization of hospital instruments; direct physical contact with Ebola patients) were possible means of transmission. Over the years, this list has expanded to include a) contact with the body fluids of an Ebola patient, b) bed-sharing in the later stages of the disease and in the advanced stages of the disease, and c) sharing meals. Moreover, touching corpses during the 2014-2015 Ebola outbreak in Africa provides further illustration of how cultural determinants shape outbreak responses³⁶¹.

Social risk factors for Ebola infection include: contact with contaminated medical instruments; intimate contact related to nursing care; direct physical contact with a sick family member (home or hospital); and contact with body fluids of a sick person. In addition, late-stage infection poses a risk in cases such as: sharing meals, talking, sharing a bed, ritual hand washing during funerals, eating meals together during funerals; and contact with the blood of an infected mammal or eating meat from wild animals. Analyzing the above risk factors, it is clear that social vulnerability has been qualitatively and positively associated with Ebola transmission. Three groups or categories can be distinguished from these risk factors, namely: behavioral practices, the environment (physical and social), and the health care system.

A proper understanding of the influence of cultural, traditional and religious practices on the spread of Ebola in Africa can lead to a strategic shift in efforts to control the spread of the disease in the event of an outbreak and in understanding the dynamics of transmission. The Ebola virus, because of its modes of transmission, is particularly influenced by sociocultural and behavioral practices that occur in households and communities as well as at the hospital level. Consequently, it is always necessary to define the relevant "community" for purposes of public health response.

Usually the preference is for science-based methods to control the spread of highly infectious diseases such as Ebola, with very little attention paid to the influence of traditional and religious practices on preventive measures. However, trends in the 2014-

³⁶¹ Zinszer K., Morrison K., Verma A., et al. Spatial Determinants of Ebola Virus Disease Risk for the West African Epidemic // PLOS Currents Outbreaks. 2017. №9. P. 33.

2015 Ebola outbreaks in Africa have demonstrated that using scientific methods alone, without considering other contextual factors, is not enough to control the disease³⁶². For example, during the 2014-2015 Ebola outbreak in West Africa, there was notable resistance to prescribed scientific methods of infection transmission in some affected communities. While there is no single explanation for this kind of resistance, given its complexity, the influence of religious and sociocultural beliefs cannot be underestimated in combating emerging infectious diseases³⁶³. In addition, ethnic and cultural diversity between and within communities further complicates the problem. Understanding these ethno-social dynamics will help policymakers develop culturally appropriate approaches to disease prevention during outbreaks. Ebola transmission prevention programs require flexibility and adaptability on the part of governments, public health officials, and communities.

Adherence to recommended preventive measures is central to controlling Ebola epidemics. However, a limited understanding of the etiology of the disease can have a negative impact on preventive measures. In an epidemic situation, it is important to note that illness and death can generally be perceived as having natural and metaphysical causes. Metaphysical causes, such as witchcraft, entail the spiritual realm and may be seen as some form of punishment from God or ancestral spirits. Such thinking can make it difficult for members of affected communities to fully understand the scientific causes of deaths due to illness.

It is important to note that Africa is home to fast-growing Islamic and Christian communities around the world and that the way people imagine the etiology of disease may be related to their religious beliefs. It is not surprising, therefore, that during outbreaks of infectious disease, people in these settings often seek counseling or help from traditional and spiritual healers. This is often accompanied by rituals designed to propitiate the gods and ancestors. In outbreaks, affected communities often attribute the

³⁶² Stanturf J.A., Goodrick S.L., Warren M.L. Jr, et al. Social Vulnerability and Ebola Virus Disease in Rural Liberia // PLoSOne. 2015. №10(9). P. 54.

³⁶³ Houeto D. The social determinants of emerging infectious diseases in Africa // MOJ Public Health. 2019. №8(2). P. 59.

cause of the disease to evil spirits or witchcraft, just as is the case with many other diseases such as malaria in the region³⁶⁴ .

This has prompted many to turn to traditional or spiritual healers as a first step in seeking help. Traditional or spiritual healers, in turn, use unsafe methods to treat patients, which often result in complications that are difficult for medical institutions to handle. The result is an increase in mortality and, consequently, an inertia of communities in seeking medical care in public health facilities. Moreover, high rates of disease transmission in hospitals have been a major cause of mistrust between health care providers, hospitals, and the community at large. It is not surprising, therefore, that during Ebola outbreaks, traditional care homes often serve as epicenters for the spread of the disease.

Most communities in Africa believe in life after death. Consequently, funeral and burial practices are perceived as essential steps in the transition from the world of the living to the spiritual world. The surviving relatives of the deceased person are believed to have an obligation to facilitate the transition from this world to the spirit world through funeral and burial rituals. Failure to do so may result in the deceased returning from the netherworld to haunt and punish surviving relatives.

One of the most common funeral rituals performed, which greatly contributes to the spread of Ebola, is the washing and cleaning of the corpse, followed by washing hands in a common bowl, and then touching the face of the deceased lovingly to strengthen the bond between the living and the dead. Given that the primary mode of transmission of Ebola from person to person is direct contact with infected body fluids, the aforementioned funeral and burial practices unintentionally lead to the spread of the disease.

Traditional burial practices involving washing and touching the dead were associated with 60% of Ebola cases in Guinea. Caregiving, mostly by women, has also been associated with outbreaks, suggesting a relatively high infection rate among women

³⁶⁴ Nielsen C.F., Kidd S., Sillah A.R., et al. Improving burial practices and cemetery management during an Ebola virus disease epidemic-Sierra Leone // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2014. №64(1). P. 20.

(67% of those affected) during the 2000-2001 outbreak in Uganda³⁶⁵. Despite the obvious negative impact of burial practices on the spread of Ebola, most African communities continue to place a high value on rituals and resist the adoption of alternative methods, such as cremation, that could minimize the spread of the virus.

WHO worked with the affected governments to develop guidelines on how to treat the bodies of Ebola victims and how to bury them afterwards. But while the guidelines have been drafted in accordance with current scientific knowledge about the disease, little attention has been paid to the socio-cultural implications of some of the prescribed measures. Some of the measures, such as cremation, are in direct conflict with widely held notions of life after death. The failure to take these measures may seem surprising to people in other cultures. But it is also important to realize that some of these funeral customs have been passed down from generation to generation and practiced in these communities for centuries, and are unlikely to be changed overnight.³⁶⁶

For these reasons, some specialized burial groups often conducted burials before notifying relatives of the deceased, causing considerable suspicion and resentment among the affected communities. As a result, in an attempt to avoid cremation or burying their relatives without their knowledge and consent, some people refrained from reporting deaths to their families and continued traditional burial practices in secret, and in the process, efforts to control the spread of Ebola were thwarted. Although WHO guidelines emphasize the need to understand and respect cultural practices and religious beliefs, the main challenge for health professionals is to persuade the communities involved to abandon their inherent cultural practices. To address these issues, cultural paradigms must be incorporated into communicable disease preparedness plans. As seen in Uganda, some of these paradigms contain elements such as isolation of the sick, restrictions on public gatherings, and safe burial practices that are consistent with current infection control principles. Aligning such containment strategies with existing cultural paradigms has proven useful in combating deadly epidemics.

³⁶⁵ Olugasa B.O., Dogba J.B., Ogunro B. et al. The rubber plantation environment and Lassa fever epidemics in Liberia, 2008-2012: A spatial regression // *Spatial and Spatio-temporal Epidemiology*. 2014. №11(1). P. 174.

³⁶⁶ Mbete R.A., Banga-Mboko H., Racey P. et al. Household bushmeat consumption in Brazzaville, the Republic of the Congo // *Tropical Conservation Science*. 2011. №4. P. 189.

In many African communities, sick people and their families usually first seek medical advice from traditional healers. While health care based on Western medicine is now increasingly considered the norm in some African communities, some communities in West Africa still rely heavily on African traditional health practices. In 2010, the WHO reported that about 70-80% of the population in some West African countries depended on African traditional medicine³⁶⁷. This was due to limited access to public health facilities, which made treatment by traditional healers or self-treatment the preferred health care option for most people in these communities, especially the poor. During the Ebola epidemic, many new cases were identified from contact with a traditional healer, herbalist, or funeral attendance. But high mortality rates combined with the perception of hospitals as places of death reinforced the lack of adherence to recommendations for seeking early modern medical care.

In addition, in some West African communities, traditional healers are more respected than those who promote "unfamiliar" forms of health care. And while traditional medicine can play a positive role in health care, some ethnomedical beliefs and practices can also have a serious negative impact on health outcomes and, most importantly, pathogen transmission pathways. For example, research into the 2014-2015 Ebola outbreak in Africa showed that a number of spiritual healers falsely claimed to be able to cure Ebola. Not surprisingly, several people, including reportedly folk healers themselves, became infected. By falsely claiming their ability to treat and cure patients of Ebola, many traditional healers, without proper protective equipment, exposed themselves to the infection, which they later passed on to their patients. The media has also reported on several religious healers who prayed for Ebola victims while not only contracting the disease themselves, but also passing it on to others. Thus, both Christian and Islamic leaders can play an important role in educating their members about the importance of strict adherence to preventative measures against the spread of Ebola.

Overall, attempts to cure Ebola through traditional and spiritual means underscore the need for greater collaboration between traditional healers, spiritual healers, and

³⁶⁷ Umeora O., Emma-Echiegu N., Umeora M.C. et al. Ebola viral disease in Nigeria: the panic and cultural threat // African Journal of Health and Medical Sciences. 2014. №13(1). P. 4.

trained medical personnel. Without a full understanding of the etiology, pathogenesis, transmission mechanisms, and signs and symptoms of the disease, traditional and spiritual healers have difficulty distinguishing potential Ebola patients from those with other conditions they can treat. In addition, without a proper understanding of the disease, traditional and spiritual healers are often sources of misinformation and myths for the general public, especially in remote rural areas where access to information through electronic and print media is limited.

In West Africa, society is constrained by a culture that emphasizes compassionate care for the sick and ceremonial procedures for their bodies when they die. This is so deeply rooted that even neighbors feel the need to visit patients at home or in the hospital in order to maintain good and peaceful neighborly relations.

The movement of people is considered a particular characteristic of Africans, with migration rates more than 7 times higher than in the rest of the world³⁶⁸. Much of this mobility is due to poverty, as people travel daily in search of work or food. Many extended West African families have relatives living in many different countries around the world. During infectious disease outbreaks, population mobility poses two significant obstacles to control. First, tracking cross-border contacts is difficult, and although populations cross borders easily, outbreak response services have no control over this. Second, when the situation in one country begins to improve, it attracts patients from neighboring countries seeking available treatment beds, thereby restarting transmission chains. In other words, as long as intensive transmission occurs in one country, neighboring countries remain at risk, no matter how strong their own response may be.

The traditional custom of returning, often over long distances, to one's home village to die and be buried next to one's ancestors is another aspect of population movement that carries a particularly high risk of transmission. A complex set of sociological and economic factors influences the movement of people across the landscape and can have a decisive impact on the dynamics of outbreaks and the spatial spread of infectious diseases.

³⁶⁸ Chan M. Ebola Virus Disease in West Africa - No Early End to the Outbreak // *New England Journal of Medicine*. 2014. №371. P. 1184.

Consumption of wild animal meat is a major mechanism for the transmission of a number of infectious diseases from wild animals to humans. The rapid migration of people to urban centers has put pressure on food production in many parts of Africa, including access to wild meat, a delicacy and a preferred source of protein. In Liberia, for example, wild animal meat is the main source of protein, and it is estimated that about three-quarters of the country's population consumes wild animal meat. Because of obvious food shortages and poverty, wild animals, including bats and primates, are often hunted for subsistence and trade. This increases human exposure to zoonotic infections because viruses carried by these animals can be easily transmitted to humans when their carcasses are eaten³⁶⁹ .

Stigma can affect the behavior of people seeking medical care during an outbreak. This can create barriers to controlling outbreaks. Health care workers who are crucial to controlling an outbreak have been stigmatized; they have been rejected by communities because their communities thought they were "reservoirs" of the virus. This has a huge impact on people's attitudes toward seeking health care. Fear of stigma can also affect how victims and their families report the disease. In most cases, infected people and their families have deliberately refused to notify authorities of possible cases of infection because of the potential negative reaction from their neighbors and community. Stigmatization extends not only to immediate family members, but also to relatives of survivors and those who have died. It also extends to the level of governance in the country, with the result that concerns about the international response may affect health reporting. Health-related stigma has been a feature of the outbreak in West Africa and is likely the cause of the difficulties identified in containing the epidemic. Health education is one of many ways to counteract this. Along with contact tracing and quarantine during the outbreaks in Congo (1995) and Uganda (2000), health education was thought to have reduced the effective reproduction of viral infections and halved the final extent of the

³⁶⁹ Hewlett B.S., Amola R.P. Cultural contexts of Ebola in northern Uganda // *Emerging Infectious Diseases*. 2003. №9(10). P. 1242.

epidemic³⁷⁰. However, as important as it is to develop and disseminate health messages, messages must also be sensitive to the cultural beliefs and practices of the target group.

There is a correlation between the amount of rainfall and the risk of transmission of some infections. Roads can become impassable due to increased rainfall and make it difficult to seek treatment during outbreaks and implement infection control measures, thereby increasing the risk of transmission. Good roads can reduce risk by improving access to treatment centers during infectious disease outbreaks. Moreover, the physical environment in which people live must be well organized so that there is no harm from it. Given the physical environment in Africa, settlements tend to be poorly planned, and even urban areas are notorious for rapid development with the creation of suburbs and slums that are not conducive to human settlement. The situation in villages in most countries of the region represents the worst-case scenario.

Certain social conditions have a favorable and reinforcing effect on the person-to-person transmission of viral infections. War, population growth, poverty and poor health care infrastructure, as well as other social conditions, have probably contributed to the duration and scope of epidemics of several infections in Africa. This region of sub-Saharan Africa has seen dramatic population growth, with population densities (persons/km²) increasing by about 300%³⁷¹. For example, Guinea's population densities were 223%, 178%, and 275%, respectively, for Sierra Leone and Liberia between 1961 and 2013. These conditions hindered the establishment of adequate public health facilities in a region where life expectancy at the best of times was only 46 years.

Poverty has been the most important social determinant of the spread of all infectious diseases. The social instability of sub-Saharan Africa is rooted in the extractive nature of its economic institutions and the corruption of political elites. In West Africa, epidemics have led to food shortages and the neglect by public health authorities of other devastating tropical diseases such as malaria, meningitis, and cholera.

³⁷⁰ Baize S., Pannetier D., Oestereich L. et al. Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea - preliminary report // *New England Journal of Medicine*. 2014. №371. P. 1422.

³⁷¹ Troncoso A. Ebola outbreak in West Africa: a neglected tropical disease // *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*. 2015 №5(4). P. 259.

West Africa is one of the areas of civil unrest in the world. From 1989 to 2004, armed conflicts continued in the region, especially in Liberia, Sierra Leone, Guinea and Cote d'Ivoire. Conflicts create a breeding ground for violence, looting and an increasing number of mercenaries. In addition, the massive movements of refugees as a result of the conflicts, as well as the resettlement camps, create a large group of displaced and vulnerable people. This social unrest has negatively affected the infrastructure, governance, social cohesion, and mental and physical health and livelihoods of people in West Africa. Years of civil war and unrest have destroyed basic health infrastructure and created a pool of unemployed young people with little or no education. Road systems, transportation services, and telecommunications are weak in all three affected countries, especially in rural areas. This seriously undermines public health infrastructure and service delivery in the region. The ethnic conflicts, political violence, and wars currently taking place in many parts of the world have deep structural causes.

Although the nature of armed conflict has changed considerably over time, the increasing number of armed conflicts and wars around the world has resulted in little attention being paid to patterns of suffering caused by conflict, and to the long-term health and psychosocial consequences for individuals, communities, or specific ethnic groups in war-affected areas. There has been little assessment of the short- or long-term impact on civilians in poor war-affected countries, and studies of trauma-related suffering and distress among survivors are only just beginning to appear in the scientific literature. This has led to a limited understanding of the relationships between critical social determinants and the possible health consequences of political violence. During epidemics, these environmental flaws significantly delayed the delivery of patients to treatment centers, specimens to laboratories, and the transmission of warnings, reports, appeals for help, and public awareness campaigns.³⁷²

Recognition of the problem is vital in determining appropriate action. National governments and international organizations, with the support of WHO, should establish health equity surveillance systems to regularly monitor health inequity goals and to assess

³⁷² Forster T., Ammann C. African Cities and the Development Conundrum // International Development Policy. 2018. №10. P. 19.

the impact of policies and actions on health equity. Creating the organizational space and capacity for effective action to address health inequities requires an investment in training for policymakers, practitioners, and public understanding of the social determinants of health. It also requires greater attention to social determinants in public health research.

Although Africa is currently the least urbanized continent, by some measures Africa, and particularly sub-Saharan Africa, is the most rapidly urbanizing region in the world, with estimates suggesting that the share of the population living in urban areas will increase from 40% to 56-62% of the total between 2010 and 2050³⁷³. But this reality is complex, and urbanization in sub-Saharan Africa differs from current or historical urbanization trends in other parts of the world.

Parallel to these demographic changes, sub-Saharan Africa continues to see changes in epidemiological patterns, in particular the transition to a "double" burden of disease. The relationship between urbanization and infectious diseases is less clear, and is also influenced by external factors such as geography and climate. In some cases, urbanization can directly contribute to the emergence or re-emergence of infectious diseases through ecosystem degradation, agricultural intensification, and increased opportunities for human-animal interactions, especially with rodent or near-water species. Also, higher population densities, poorer housing and poor sanitation infrastructure (compared to rural areas) increase the risks associated with some infectious diseases. Conversely, urban environments can reduce the transmission and incidence of other pathogens, for example, by reducing the habitats of some vectors. Moreover, urban environments are heterogeneous, so risk factors are likely to vary across the continent, across the country, and even within a single city³⁷⁴.

In addition to contributing factors, the urban environment poses new challenges to infectious disease control. Providing new or additional control measures may not be able to follow the same model used to expand health services in rural settlements, and scaling up to meet broader population needs may overburden existing systems. Informal

³⁷³ Vearey J., Luginaah I., Francis Magitta W., Shilla D.J., Oni T. Urban health in Africa: A critical global public health priority // The importance of Africa for global public health. BMC Public Health. 2019. №19. P. 340.

³⁷⁴ Maher D., Sekajugo J. Health transition in Africa: practical policy proposals for primary care // Bulletin of the World Health Organization. 2010. №88. P. 948.

settlements (or "slums"), which are closely associated with rapid urbanization, tend to be overcrowded and lack basic services and amenities, which WHO attributes to a higher risk of certain infectious diseases, particularly diarrheal disease. However, residents of informal settlements may (but not always) have better access to health care than rural communities, potentially offsetting some of the risk of disease. Moreover, cities themselves are very heterogeneous, and urbanization is also associated with growing inequalities among citizens. Thus, the widespread practice of using averages for indicators of urban populations, including health status, can mask important differences in risk factors and access to health care and, therefore, control for opportunities between disparate groups of urban residents.

High population density has been a frequently identified risk factor for infectious diseases in sub-Saharan Africa. Diseases showing increased prevalence or transmission in high-density urban settings include respiratory diseases, viral hemorrhagic fevers, malaria and intestinal diseases. Consequently, this exposes populations living in certain high-density areas, and especially in informal settlements or slums, to an increased risk of infectious diseases. This link persists even at the household level, with one study showing that larger households (i.e., with more people) were at higher risk of intestinal diseases.³⁷⁵

Characteristics of the built environment can also be important risk factors for disease. There is evidence that the risk of malaria in urban areas is higher in areas with irregular or sparse development, and that high building density reduces the risk of dengue. Poor quality housing has been found to be a risk factor for some respiratory diseases, malaria, and soil-borne helminths. Particularly for malaria, there is evidence that residents of completed homes, brick homes (compared to earthen homes), homes with window screens or netting (compared to homes with no or incomplete screening), homes with electricity, and homes with running water have a lower risk of malaria. House floor

³⁷⁵ Lagarde E., Congo Z., Meda N., Baya B., Yaro S., Sangli G., Traore Y., Van Rentergem H., Carael M. Study Group on HIV Dynamic Among Young Adults in Burkina Faso Epidemiology of HIV infection in urban Burkina Faso // *International Journal of STD & AIDS*. 2004. №15. P. 398.

finishes also protected against soil-borne helminth infestations, as did the presence of numerous windows for tuberculosis³⁷⁶.

Other major risk factors identified were population density, lack of municipal services such as hygiene and sanitation, and health services. Inadequate drainage and lack of access to latrines increased the risk of cholera in Lusaka, Zambia. Households in well-drained areas had a significantly lower risk of infection. In addition, while the risk of malaria infection is generally thought to be lower in urban settings compared to rural areas, poor water and sanitation systems have been shown to affect malaria. In addition to access to hygiene products, there is evidence that the quality of services also affects the risk of intestinal disease³⁷⁷.

Other types of municipal services, such as waste disposal, can also have an impact; studies have shown an increased risk of dengue virus infection in households closer to dumpsters. Longer distances to medical facilities have also been shown to be associated with a higher burden of malaria in urban settings, while closer distances or proximity to major roads have been associated with a reduced risk of HIV infection. There is also evidence that women living in urban neighborhoods near a market may be at increased risk for HIV infection³⁷⁸.

The climatic and natural conditions of cities influence both the prevalence of existing infectious diseases and the emergence of new ones. Several studies have shown that relative humidity and proximity to water in urban settings increase the risk of malaria and some other infections (e.g., dengue fever), as would be the case in non-urban settings. Similarly, temperature has also been identified as a risk factor in urban areas. However, in urban areas, population density can act synergistically with these risk factors, increasing the risk of transmission. Populations living at lower elevations are at higher risk for intestinal diseases and soilborne helminthiasis.

³⁷⁶ Hassell J.M., Begon M., Ward M.J., Fevre E.M. Urbanization and Disease Emergence: Dynamics at the Wildlife-Livestock-Human Interface // *Trends in Ecology & Evolution*. 2017. №32. P. 57.

³⁷⁷ Kraemer M.U.G., Faria N.R., Reiner R.C., Golding N., Nikolay B., Stasse S., Johansson M.A., Salje H., Faye O., Wint G.R.W., et al. Spread of yellow fever virus outbreak in Angola and the Democratic Republic of the Congo 2015-16: a modelling study // *The Lancet Infectious Diseases*. 2017. №17. P. 333.

³⁷⁸ Magadi M.A. The Disproportionate High Risk of HIV Infection Among the Urban Poor in Sub-Saharan Africa // *AIDS and Behavior*. 2013 №17. P. 1648.

Urban communities that live in close proximity to certain animal populations may also be at higher risk of malaria, viral hemorrhagic fevers and other infections such as leptospirosis; more generally, the nature and frequency of human-animal interactions in urban settings differ from rural settings and may contribute to pathogen "spread" and lead to new human diseases. Other factors that are predicted to affect disease risk and, in particular, the occurrence of disease include proximity to agriculture or dense vegetation and greater humidity variability³⁷⁹ .

Due to the lack of adequate hygiene and sanitation services, personal hygiene behaviors such as poor hand washing, drinking water without proper treatment (i.e. chlorination) and playing outdoors have been shown to increase the risk of contracting intestinal diseases such as typhoid, as well as worm infections. Improper handling of household waste, probably combined with deficiencies at the municipal level, can also increase the risk of vector-borne diseases such as dengue and malaria.

While sexual practices and behaviors are not unique to urban settings, they have also been shown to be an important risk factor for HIV and other sexually transmitted infections (STIs). Studies have shown that more risky sexual behaviors increase the risk of HIV infection in urban settings, although there is evidence that even the poorest urban slum dwellers are more likely to use condoms and have better access to STI testing compared to rural populations. Other risk factors for sexual behavior include having more sexual partners, having extramarital sexual partners, becoming sexually active before age 16, not using protection (i.e., wearing a condom), drinking alcohol before sex, having anal sex, having sex during menstruation, and not being circumcised³⁸⁰ .

On the basis of the above, it can be concluded that there is a need to investigate and align preventive measures with the cultural norms and values of the affected communities. The sub-Saharan region itself is not a monolith, comprising forty-six separate countries with a growing number of cities within them. Geographically large countries such as Angola, Ethiopia, and Mali may be particularly important to consider,

³⁷⁹ Mberu B.U., Haregu T.N., Kyobutungi C., Ezeh A.C. Health and health-related indicators in slum, rural, and urban communities: A comparative analysis // *Global Health Action*. 2016. №9. P. 331.

³⁸⁰ Kirakoya-Samadoulougou F., Nagot N., Defer M.C., Yaro S., Fao P., Ilboudo F., Langani Y., Meda N., Robert A. Epidemiology of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection in Rural and Urban Burkina Faso // *Sexually Transmitted Diseases*. 2011. №38. P. 119.

given the concomitant challenges of continuing to expand primary health care and basic health services in rural areas to meet universal health coverage goals as well as the need to address service delivery to rapidly growing urban populations.

3.2 WHO policy on coordination of infectious disease control with governments, civil society, and business in sub-Saharan Africa

The construction of a constructive policy against the spread of infectious diseases, in particular HIV/AIDS, in the countries of Sub-Saharan Africa requires from WHO not only the consideration of all the factors of sociopolitical and cultural nature that contribute to infection, but also appropriate coordination of political actors, whose activities could be the "architect" of the system of their interaction. WHO has a sufficient toolkit of political influence, which allows it to coordinate the policies of national governments, civil society institutions and representatives of the commercial business environment in order to combat the spread of infectious diseases.

It is difficult to overestimate the role of the national government in organizing the public health system and counteracting infectious diseases, given the scale of potential administrative and financial resources it can draw on. In this context, the role of the WHO as a coordinator of national governments in sub-Saharan Africa is of particular importance. In 2014, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) launched the 95-95-95 targets. The goal was to diagnose 95% of all people with HIV by 2030, provide antiretroviral therapy (ART) for 95% of those diagnosed, and achieve viral suppression for 95% of those treated³⁸¹.

A successful national response to HIV requires, among other things, sufficient health personnel, access to testing and medicines, anti-stigma campaigns, community engagement, political will, and financial resources. In 2017, however, improving resources for the HIV response in low- and middle-income countries stagnated, and

³⁸¹ McRobie E. HIV Policy Implementation in Two Health And Demographic Surveillance Sites in Uganda. Findings From a National Policy Review, Health Facility Surveys and Key Informant Interviews // Implementation Science. 2017. №12(47). P. 10.

global HIV funding declined by 7% from 2017 to 2019. UNAIDS estimates that global funding for HIV must increase by 30% to respond to the growing HIV epidemic³⁸².

At the same time that countries are urged to increase funding for national HIV responses, the cost of antiretroviral therapy (hereafter, ART) remains a barrier to HIV treatment. While some countries have seen price reductions, others have even seen increases in ART prices. Prices of HIV antiretroviral drugs can vary from country to country, with the lowest prices in low- and middle-income countries and the highest prices in upper-middle- and high-income countries. Major international donors, such as the Global Fund and the U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), emphasize sustainable funding and incentives for country-led HIV responses. Sustainable funding is a necessary long-term goal to end the HIV epidemic; however, it places a significant burden on countries that rely heavily on external funding for HIV treatment.

The pandemic of coronavirus infection (COVID-19) has further exacerbated the problem of access to HIV treatment. In July 2020, 73 countries reported an increased risk of ART shortages as a result of COVID-19, and HIV-related deaths are projected to increase by 10% in a high-burden environment due to drug shortages and lack of capacity in the health care system³⁸³. Quarantine in some countries has resulted in a shortage of ART production as it forces plants and supply chains to operate at limited capacity. The situation is exacerbated by the fact that a number of ART drugs are being used in clinical trials to determine the potential effect against COVID-19. The new challenges associated with COVID-19 have exacerbated existing barriers to treatment access and made the need for improved access to treatment even more acute.

Effective HIV treatment not only reduces HIV morbidity and mortality, but also prevents transmission of the virus; this reduction in the spread of the virus is essential to achieving UNAIDS goals and ending AIDS. To achieve UNAIDS' treatment goals, it is crucial that ART be available to all who need it to fight the HIV epidemic-the best drugs at the best price.

³⁸² Apanga P.A. HIV/AIDS-related stigma and discrimination in sub-Saharan Africa. a review // Journal of Natural Sciences Research. 2014. №4(21). P. 41.

³⁸³ Olum R., Chekwech G., Wekha G., et al. Coronavirus disease-2019. Knowledge, attitudes, and practices of health care workers at Makerere university teaching hospitals, Uganda // Front Public Health. 2020. №8. P. 181.

Currently, HIV drugs are manufactured at a much lower price than their patent sale price. Often the selling prices of patented drugs, including HIV antiretroviral drugs, are not publicly available; therefore, these estimates provide only a snapshot of the high prices paid for antiretroviral drugs. One of the key reasons for high drug prices are patent laws that give pharmaceutical companies monopoly power for up to 20 years from the time of application. In most countries, patents on key ATR drugs expired in 2021, allowing generic competition to lower prices. In most countries, patents do not expire until 2025-2029³⁸⁴. In the U.S., prices for antiretroviral drugs remain high. However, prices of antiretroviral drugs have dropped significantly in other low- and middle-income countries, making further reductions in minimum cost more achievable.

Uganda can be a positive example of a national government's response to the spread of HIV. The reasons why Uganda, a country considered poor, has been more successful in combating HIV/AIDS than countries such as South Africa and Botswana remain a subject of debate. Countries have responded to HIV/AIDS mitigation by providing information and scaling up treatment and prevention. However, they have not taken into account the social, economic, and power relations that are responsible for individual risks of infection and the ability to protect oneself. HIV prevalence among women in most African countries, including Uganda, is higher than among men. For example, women cannot agree on consistent condom use because of the power distribution between men and women. Uganda's success is also notable because it has been able to create a well-coordinated relationship between the various actors involved in the fight against HIV/AIDS. Political, social or structural factors play a role in the differences between countries as to how policies are put into practice and, ultimately, in the successes that can be registered in HIV prevention³⁸⁵.

In Uganda, civil society organizations have long operated independently, but with the government's knowledge of what they do in services, especially health and education. Non-governmental organizations (NGOs) pioneered systems of care and medical support

³⁸⁴ Gilbert M., Pullano G., Pinotti F., et al. Preparedness and vulnerability of African countries to importations of COVID-19. a modeling study // *Lancet*. 2020. №395. P. 875.

³⁸⁵ Mayer K.H., Krakower D.S. Antiretrovirals for HIV treatment and prevention. the challenges of success // *The Journal of the American Medical Association*. 2016. №316(2). P. 152.

for patients with HIV/AIDS. A comprehensive institutional environment is needed to ensure a sustainable relationship between the public and private sectors. Countries like Rwanda have developed HIV and AIDS programs that have enabled them to achieve near-universal access to HIV prevention, care, and treatment. This is because the country has created a decentralized health sector system and its public policy that allows for additional services from NGOs and public health facilities. In this environment, the national government not only contributes and creates an enabling environment that promotes the private sector, but also involves members of civil society in government teams involved in the delivery of goods and services to fight infections.

WHO involvement is a strong factor that facilitates the coordination of the public sector, the private sector and civil society in the provision of health and preventive services in general. States create an environment that strengthens and enhances the effectiveness of health facilities and organizations. WHO can coordinate relationships between the various actors involved in service delivery, such as those involved in HIV/AIDS-related activities. Both state and non-state actors must work in close partnership to effectively deliver health and prevention services. At a time when many African governments, such as Kenya and Zimbabwe, denied the existence of HIV/AIDS, Uganda responded with an open attitude toward the epidemic and was one of the first African countries to establish a national AIDS program and a National Committee on HIV/AIDS. The Ugandan government's response to the AIDS pandemic, rather than denial of its existence, remains unprecedented and unparalleled on the African continent. According to the UNAIDS country representative and UNAIDS Executive Director, Uganda has made tremendous progress in combating the scourge, making it a model country for an effective response to any epidemic³⁸⁶.

Uganda created an environment that encouraged HIV/AIDS prevention and mitigation activities by various individuals and groups, including HIV/AIDS NGOs, faith-based organizations and individuals. In addition, the government created institutions such as the Uganda AIDS Commission and the National HIV/AIDS Partnership Forum

³⁸⁶ Gichuna S., Hassan R., Sanders T., et al. Access to healthcare in a time of COVID-19. Sex workers in crisis in Nairobi, Kenya. 2020. №15. P. 1430.

as well as various committees such as the District AIDS Coordinating Committees) that would encourage collaboration among the various actors involved in combating the HIV/AIDS epidemic as well as among the various actors and government agencies and departments.

The importance of political leaders in promoting and sustaining the fight against HIV/AIDS cannot be ignored. The conviction of top political leaders is critical to providing the resources needed to fight HIV/AIDS. To reaffirm their commitment to fighting infectious diseases, the world's political leaders at the 69th UN Assembly signed a resolution to eliminate HIV by 2030. In Uganda, the president supported the fight when other African leaders denied the existence of HIV/AIDS³⁸⁷.

Uganda has a decentralized administrative structure in which districts are given autonomy to design their own programs. In responding to HIV/AIDS, the decentralization policy promotes a coordinated partnership among religious, political, and educational institutions and NGOs in planning and implementing programs through a central coordinating body at the district level. Initially the District AIDS Coordinating Committee and later the District AIDS Committee took on a critical role in the response to HIV/AIDS. The creation of these bodies facilitated a formal communication structure through which policymakers could interact with others and monitor programs in their respective districts.

In Uganda, the decentralized structure allows the Uganda AIDS Commission to liaise with policy makers in local government. Involvement of officials who are part of the community in program management increases trust between government and citizens, and this trust leads to better provision and management of health and prevention services. Decentralized health reforms, including the creation of AIDS coordinating committees at various levels, promote participation and involvement of people working in different fields and at all levels. The creation of such bodies should have facilitated the coordination of HIV/AIDS activities in the districts, but this structure has not been fully implemented due to a lack of technical guidance and funding. As a result, UN

³⁸⁷ Mbunge E. Effects of COVID-19 in South African health system and society. an explanatory study // *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2020. №14. P. 1810.

organizations, governments, and nongovernmental organizations began negotiating with major pharmaceutical companies producing ATR drugs to lower their prices. Pharmaceutical companies negotiated with governments on a country-by-country and drug-by-drug basis. Continuous negotiations with the government reduced the cost of HIV/AIDS drugs by 80-90%³⁸⁸.

Uganda is one of the countries actively developing a hybrid drug procurement mechanism that combines WHO international drug supply projects with competitive bidding procedures for generic manufacturers. The largest center involved in the distribution of these drugs is the Joint Center for Clinical Research, a nonprofit organization created by the Ministry of Defense, the Ministry of Health, and Makerere University to conduct research on HIV/AIDS. It should be emphasized that the government relies on medical institutions (public hospitals and other public health facilities) to carry out various health programs. Despite the negative consequences, some response mechanisms have been adopted as response mechanisms, such as telephone counseling, reassignment of services and facilities, isolation centers, and provisions of guidelines. In some settings, however, some services were left unaffected.

In Uganda, civil society and the government have been involved in the fight against HIV/AIDS. Civil society organizations work with people at the grassroots level. Civil society participation is a prerequisite for a successful fight against an epidemic such as HIV/AIDS that affects all social and economic forums. Civil society organizations have played an important role in making society aware of and accepting the reality of HIV/AIDS and cooperating in the fight against HIV/AIDS³⁸⁹.

In Uganda, NGOs have played an important role and have been pioneers in the fight against HIV/AIDS. For example, HIV/AIDS NGOs in Uganda were seen as channels through which counseling and care and behavior change messages about HIV/AIDS could reach communities. The government of Uganda provided a stable environment in which NGOs could develop and coexist with the government in the fight

³⁸⁸ Beyrer C., Abdool Karim Q. The changing epidemiology of HIV in 2013 // *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2013. №8(4). P. 309.

³⁸⁹ Malani P.N.. Vision for an AIDS-free generation. Red ribbons of hope // *The Journal of the American Medical Association*. 2016. №316(2). P. 155.

against HIV/AIDS. This kind of collaboration allowed the right messages to be sent to communities and people at the grassroots level in Uganda.

The multisectoral approach combats AIDS in a number of ways, involving various government ministries and civil society organizations, such as local and international NGOs, the business sector, and individuals. At the administrative level, the government and NGOs jointly plan some HIV/AIDS activities. For example, activities to celebrate International AIDS Day are jointly planned and carried out by the government and civil society organizations fighting HIV/AIDS. The participation of people's representatives in government committees not only increases the legitimacy of programs, but also helps build trust between the government and citizens.³⁹⁰

At the operational level, organizations sign memoranda with government agencies committing to provide various services and use available medical facilities. Religious organizations are one category of civil society organizations involved in a multisectoral strategy that plays an important role in mobilizing communities to change behavior regarding infectious diseases. Faith-based organizations have played an important role in disseminating information about HIV/AIDS and medical care in Uganda. The involvement of faith-based groups in the fight against HIV/AIDS strengthened people's trust in the government and its institutions. The legitimacy of discussing HIV/AIDS, which was considered a disease associated with sin, was successful because of the involvement of religious groups. The participation of senior church leaders in the Uganda AIDS Commission has shattered the myth that HIV/AIDS is seen as a disease that affects immoral people and is transmitted through immoral behavior.

The introduction of discussions of HIV/AIDS at religious gatherings and events served primarily to legitimize and acknowledge the presence of the disease among parishioners and to encourage acceptance of the problem. Including religious leaders on the HIV/AIDS team was one way to overcome cultural and religious tendencies to view people with HIV/AIDS as immoral social perverts. It was part of an initiative to launch a collective attack against HIV/AIDS.

³⁹⁰ Kharsany A.B., Karim Q.A. HIV infection and AIDS in sub-Saharan Africa. Current status, challenges and opportunities // The Open AIDS Journal. 2016. №10. P. 48.

Open discussions about sex included discussions about people's personal lives and religious beliefs. The involvement of religious institutions not only legitimized such discussions, but also limited opposition from religious leaders. Most government officials were hesitant to address issues related to sex and sexuality because of opposition from religious leaders and interest groups, who viewed such issues as matters of individual behavior and not for public discussion.³⁹¹

The COVID-19 pandemic has challenged local, national, regional, and global preparedness and response capacities. Recent pandemics such as COVID-19 and others, such as the HIV epidemic in the early 1990s and the Ebola outbreak in the mid-2010s, have posed serious challenges to African health systems. Several countries have learned valuable lessons from these crises and have developed coping mechanisms to combat these diseases. Various experts have speculated about the potential impact of the COVID-19 pandemic on African health systems in the early stages of the pandemic and have warned that countries with limited resources need to prepare to mitigate the effects of the pandemic as much as possible.

African health systems will continue to face emerging global and local events, including conflict, potential new infectious diseases, climate change, and a growing burden of non-communicable diseases. On the other hand, countries with fragile health systems are likely to be overwhelmed by the complexity of case detection, the need to develop and maintain communication strategies, and the challenges of safely caring for a growing number of critically ill patients. Ultimately, the region's focus must be on building sustainable health care, a system that is responsible for all health problems, times and people. A well-established and resilient health system allows countries to prepare for and respond appropriately to health shocks and disruptions caused by unprecedented public health risks, including pandemics. However, building a resilient health system will be challenging, in part because of limited resources, including inadequate health care funding and a shortage of qualified health care personnel. Although COVID-19 remains a biomedical problem, a disease-focused approach alone will not be sufficient to contain

³⁹¹ Shu-Acquaye F. The decline of HIV/AIDS. a new paradigm in sub-Saharan Africa? // African Journal of International and Comparative Law. 2016. №24(3). P. 381.

a pandemic. Lessons from past epidemics and serious health challenges in the region remind us of the need to protect, support, and empower the health professionals who remain the backbone of Africa's health care system³⁹² .

Successful HIV/AIDS treatment is known to depend on optimal nutrition as a key component of a successful treatment regimen, as proper nutrition supports a positive immune response to ART. HIV-related weight loss and wasting due to low energy intake and increased energy requirements due to HIV infection can be compounded in conditions of food insecurity and low income and become a risk factor for HIV progression and mortality. Food insecurity is the lack of regular access to safe and nutritious food for normal growth and development and an active and healthy life due to lack of food or lack of resources to obtain food. The severity of food insecurity is exacerbated by a combination of uncertainty in access to food, lack of resources to purchase healthy food, and food insecurity. Populations infected with HIV/AIDS in Africa experience higher levels of food insecurity, where malnutrition, particularly malnutrition, is already endemic and may pose more challenges for APR in achieving optimal prevention and management, as well as increasing the severity of HIV/AIDS symptoms. Malnutrition is present when a person has a suboptimal diet that limits health and growth.

In 2020, more than 100 million Africans were food insecure, and that number is expected to increase by 60% in 2021³⁹³ . In the context of food insecurity, evidence shows that HIV is a strong predictor of malnutrition, potentially increasing vulnerability to other related diseases such as tuberculosis. Malnutrition weakens immunity, thereby increasing the chances of developing active tuberculosis; most people with active tuberculosis are catabolic and, as such, suffer from weight loss/extinction.

The double burden of HIV/AIDS and tuberculosis is also associated with malnutrition, unemployment, substance use disorders, poverty and homelessness. In the African context, it is likely that food insecurity is a food risk factor or symptom of active

³⁹² Ojo S.S., Agara J.J., Pojwan M.A. Cultural practices and prevalence of HIV/AIDS among Nigerian women. a case study of Lafia, Nigeria // *Research on Humanities and Social Sciences*. 2015. №5(18). P. 15.

³⁹³ Guan D., Wang D., Hallegatte S., et al. Global supply-chain effects of COVID-19 control measures // *Nature Human Behaviour*. 2020. №4. P. 579.

tuberculosis infection because of the strong impact of tuberculosis infection on nutrition among infected populations.

Practical solutions based on a syndemic approach to addressing the burden of disease have been documented in other cases of multifactorial impact on populations suffering from multiple burdens of disease. African countries, such as Rwanda and South Africa, have developed and implemented integrated health services to treat related diseases (HIV, tuberculosis, diabetes, mental disorders) that are strongly influenced by social and structural factors, such as economic hardship, stigma, and a lack of qualified health workers to meet health needs. These integrated programs provide easy access to needed health services for affected populations because they can access all of their health needs in one location or be supported by community health workers for follow-up support, which helps maintain adherence to treatment and care.³⁹⁴

Businesses in African states need to work to prevent discrimination against workers on the basis of their HIV-positive status. HIV/AIDS is a highly stigmatized disease. This is largely because it is sexually transmitted, loading the infection with moral and cultural judgments. Even when such judgments can be set aside, sex remains an embarrassing topic for many people that is difficult to discuss openly. The lack of a cure for AIDS (and even greater ignorance of the positive steps that infected people can take to stay healthy) makes HIV/AIDS a dangerous disease and reinforces its stigmatized status³⁹⁵.

This stigma is not dependent on the place of work, but is generated by broader social values and the nature of the disease. It is important to create an environment in which an employee living with HIV or AIDS can voluntarily disclose his or her status without fear of discrimination or retaliation. Such an environment will help management not only support employees where possible, but importantly, also manage the human resource implications.

The financial aspects of infectious disease control remain a significant factor in the coordination of national governments and civil society institutions by WHO. During

³⁹⁴ Fayoyin A. Renewing media and public attention to the AIDS pandemic in sub-Saharan Africa in the post-2015 development agenda. a reflective perspective // African Journal of Political Science and International Relations. 2016. №10(1). P. 5.

³⁹⁵ Fauci A.S., Folkers G.K., Marston H.D. Ending the global HIV/AIDS pandemic. The critical role of an HIV vaccine // Clinical Infectious Diseases. 2014. No. 59(Suppl 2). P. 81.

global health emergencies, the severity of outbreaks and the economic burden usually depend on a country's preparedness and economic resilience. Most underdeveloped countries face enormous and distorted economic consequences; for example, during a severe influenza pandemic when there was a 4-5% drop in gross national income³⁹⁶. It has also been reported that some countries such as Guinea, Sierra Leone, and Liberia lost about \$2.2 billion in their gross domestic product due to Ebola in 2015. Elsewhere, it was reported that \$12 billion was lost globally due to tuberculosis. In addition, the World Bank estimated the total economic impact of the Ebola crisis on Guinea, Liberia, and Sierra Leone at about \$2.8 billion: \$600 million for Guinea, \$300 million for Liberia, and \$1.9 billion for Sierra Leone, which will no doubt have a negative impact on these low marginal income and low gross domestic product countries³⁹⁷.

The recent COVID-19 pandemic in sub-Saharan Africa has had enormous socioeconomic consequences, with estimated losses in the region ranging from \$37 billion to \$79 billion, resulting in reduced agricultural production, weakened supply chains, widening trade deficits, rising unemployment and massive job losses, and political instability. In Ghana, the socioeconomic impact of the COVID-19 pandemic in markets became evident with rising food prices, economic hardship due to the quarantine directive, forced relocation, and anti-swelling measures to ensure social distancing among traders. The decline in net oil exports and international oil trade due to the global pandemic has resulted in trade losses of \$35 billion to \$65 billion in countries whose economies depend solely on oil exports, such as Angola, Equatorial Guinea and Nigeria³⁹⁸. In the tourism industry, a net loss of \$5 billion was reported at 0% of gross domestic product (2018) as it affects hospitalizations and air travel, especially in Ethiopia and Kenya, where tourism is a major contributor to their economies. Overall, sub-Saharan Africa could lose about \$200 billion to the COVID-19 pandemic, losing more than 20 million jobs, which suggests further social unrest such as increased terrorism, unemployment, increased human trafficking and other social threats.

³⁹⁶ Tenkorang E.Y.. Marriage, widowhood, divorce and HIV risks among women in sub-Saharan Africa. 2014. №6(1). P. 49.

³⁹⁷ Banda F., Kunkeyani T.E. Renegotiating cultural practices as a result of HIV in the eastern region of Malawi // Culture, Health & Sexuality. 2015. №17(1). P. 39.

³⁹⁸ Maposa S., Muriuki A.M., Moss T., Kpebo D. Confronting cultural silencing of women. Untold stories of abuse and HIV risk in young women in Africa and the United States, World Med Health Policy. 2016. №8(3). P. 289.

Without a doubt, African countries suffer from the economic consequences and aversions caused by infectious diseases that would slow down the growth and development of the region. Consequently, economic recovery intervention programs are needed with the thematic goals of reducing unemployment, improving overall health systems, and managing resources. Therefore, it is imperative that these challenges, often faced during global health emergencies, be addressed through policy development by member states, regional bodies, and the African Union to consolidate economic recovery processes³⁹⁹.

To adequately prepare for future outbreaks, Africa needs stronger African Centers for Disease Control and Prevention and national public health institutions. Strong public health institutions are critical to harmonizing and coordinating public health responses across sectors, disciplines, and borders. In addition, increased investment in the public health workforce as well as local production of vaccines, therapeutics, and diagnostics is strongly encouraged. Despite the threats posed by infectious diseases in Africa, it is important to note that the continent produces only 1% of its vaccines and lacks the capacity to produce them on a large scale. Thus, African countries must invest heavily in local vaccine production, including process development and maintenance, production capacity, lifecycle management, and product portfolio management.

Before Ebola, there were no continental centers for disease control and prevention in the African region. The role of the African Center for Disease Control and Prevention, established in 2017 after the deadly Ebola crisis in 2014, is to respond to emerging and re-emerging disease outbreaks, including the current coronavirus. The center is owned and partially funded by 54 participants, with additional financial support from the United States, China, the World Bank, Kuwait and Japan. Its secretariat is based at the African Union headquarters in Addis Ababa⁴⁰⁰. The China-Africa Health Cooperation supports the global health agenda for the prevention, control and elimination of certain infectious diseases such as malaria, schistosomiasis, Ebola, tuberculosis, HIV/AIDS. The African Population and Health Research Center is a leading pan-African research institution based

³⁹⁹ Michalski J.H.. Ritualistic rape in sociological perspective // *Cross-Cultural Research*. 2016. №50(1). P. 19.

⁴⁰⁰ Onyiloha C.A., Iheanacho N.N. Socio-ethical implication of contraception and abortion. a rising paradigm of John Paul II's culture of death // *International Journal of Arts and Humanities*. 2016. №5(2). P. 89.

in Nairobi, Kenya, that conducts high-quality policy-relevant research in various thematic areas such as population, health, education, urbanization, and other development issues across the continent.

So far, Africa has spent more on vertical disease control programs. Vertical approaches are usually specialized clinical interventions that focus on specific diseases and support them, delivered by a specialized service. Health experts warn that disproportionate spending on disease-related initiatives in developing countries can jeopardize health systems and lead to fragmentation of complex interventions. In contrast, horizontal approaches address multiple interrelated health problems by strengthening health systems and developing integrated systems of care. Consequently, a balance is needed in Africa to implement vital vertical initiatives aimed at rapidly reducing mortality, and with a focus on overall development that involves strong intersectoral cooperation and integrated social initiatives.

Conclusions of the third chapter

1. The system of factors responsible for the spread of infectious diseases in sub-Saharan Africa can be conventionally divided into historical and sociopolitical causal complexes. The historical context of the spread of infectious diseases indicates the epidemiological vulnerability of the population of African societies to introduced diseases as a result of migration and colonization of the African continent. The current state of African communities indicates that the spread of infectious diseases is determined by a complex of social, political, and cultural causes that are rarely taken into account in the development of policies against these diseases. When the goals of medical interventions intersect with ingrained cultural practices, the latter always win out, so health control measures must be embedded in existing cultural practices.

2. In the current system of counteracting the spread of infectious diseases in sub-Saharan Africa, WHO plays a key role as a coordinating center for coordinating the activities of national governments and civil society institutions. Productive examples of combating the spread of HIV/AIDS on the territory of the African continent demonstrate

the importance of interaction between government agencies and non-governmental organizations, local leaders and religious movements in cultural, educational and medical-preventive counteraction to infectious diseases. WHO should act as the "architect" of a system of interaction between key political actors capable of creating a favorable socio-cultural environment for medical intervention in the spread of infections. It is necessary to strengthen public health surveillance, establish proper communication between researchers and policymakers, expand research and training opportunities for specialists, focus on feedback, effective public health infrastructure, and finally, cooperation of African countries with their neighbors to create monitoring and laboratory research networks.

Conclusion

Countering the spread of mass infectious diseases in sub-Saharan Africa is a process of political interaction between a wide range of political actors, among which international organisations play a central role. The limited financial, political and scientific resources of national states in sub-Saharan Africa make it necessary to involve supranational organisations, of which WHO, as the UN specialised agency for global health policy coordination, has a central role to play. The active involvement of international actors in addressing health problems in the African region is a consequence of the humanisation of international relations as a characteristic feature of the interaction between modern states. The focus of international organizations on the social well-being of the population in different regions of the world expresses the general attitude of modern international relations to addressing the problems of human life as the highest value of global politics.

Health is one of the most important areas of international interaction, requiring an appropriate level of regulation and universalization of approaches to political governance. The emergence of WHO as a specialized agency of the United Nations was the result of the institutionalization of inter-state cooperation in the field of ensuring the social well-being of the population. The definition of WHO's powers and functions in the system of public international law establishes the boundaries and forms of the organization's intervention in the national health policy of states. The consistent evolution of international-public governance has led to the formation of the concept of global health, which takes into account all the complexity of modern cross-border aspects of ensuring the sanitary and epidemiological well-being of the population.

Areas of sub-Saharan Africa have for many decades remained areas of public health and epidemiological disadvantage due to the constellation of positive factors for the emergence and widespread spread of infectious diseases. The African continent remains a virulent environment with a population at higher risk of a range of infectious diseases than populations in other parts of the world. Specific environmental and climatic factors favouring the intense spread of infectious diseases are compounded by persistent socioeconomic and political challenges that cannot be solved by national governments

alone. In this connection any positive prospect of effectively combating infectious diseases in this region presupposes the need to involve a wide range of international organizations and non-governmental agents.

UN resources mobilized to modernize the national health systems of governments in sub-Saharan Africa are allocated through the centralized activities of specialized agencies, funds and programmes, known as the "UN family", funded on a private-public basis. Within the African continent, the WHO Regional Office directly manages health issues, integrating international mechanisms for sanitation and epidemiology into national health systems. The African Union has been instrumental in modernizing international involvement in HIV/AIDS prevention and drug treatment for these infectious diseases. The specialized agencies and organizations of the United Nations family (ILO, the World Bank, UNICEF, etc.) provide financial and administrative assistance to national governments in Africa to ensure the provision of appropriate preventive health services to the population.

An urgent challenge in modernising the health system and preventing infectious diseases in sub-Saharan Africa is the complex socio-cultural and political context of the population, which makes it difficult to control viral diseases. The problems of low public confidence in public health institutions, the practice of turning to the services of traditional healers and religious leaders, HIV dissemination propagated in African communities and other social determinants of the spread of infectious diseases in the region remain to this day. In addition to the cultural specificities of African communities, socio-economic challenges (poverty, inequality, low levels of education, etc.), as well as urban planning problems associated with the development of urban infrastructure under conditions of urbanization of African states, persist. The combination of these factors is having a positive impact on the spread of infectious diseases in the region.

WHO, as an umbrella focal point for global health decision-making, faces the challenge of making national governments in sub-Saharan Africa work more effectively with civil society institutions, whose collaboration has demonstrated the productivity of joint action against infectious diseases. It is critical for WHO to consider and strengthen the broader dimensions beyond health systems, namely: a) human security, b) effective

governance for poverty reduction and human development. These macro-level factors outside the health sector provide the safeguards and foundations for building a resilient health system that responds to the burden of new and emerging infectious diseases. Because of the many human security challenges posed by climate change, including food, water and resource scarcity and constraints that can cause inter-group conflicts within national boundaries, there is an urgent need to refocus WHO practices on health systems development and sustainability.

The establishment of a multidisciplinary Global Technical Council on Infectious Disease Threats is required to address existing infectious disease challenges, taking into account the wide range of socioeconomic, cultural and political specificities of states in the region. This international agency, which could be autonomous or subordinate to the WHO, would strengthen global health by: a) improving cooperation and coordination among relevant organizations; b) filling knowledge gaps regarding (for example) communicable disease surveillance, research and development (R&D) requirements, funding models, supply chain logistics, and social and economic implications of potential threats; and c) recommending

The recommended establishment of a Global Technical Council on Communicable Disease Threats, if subordinate to WHO, would ensure an appropriate level of administration with respect to the implementation of WHO programme activities and medical and preventive advice on communicable disease threats. It would therefore be important that the Council's experts be given autonomy to make their assessments and recommendations, independent of any political influence exercised by WHO's leadership. On the other hand, if the Council were established as a separate body, any resulting competition between the Council and WHO would probably be a boon to the global community, as it would force both the Council and WHO to step up their actions.

Thus, the coordinating political role of WHO in counteracting the spread of infectious diseases, in particular HIV/AIDS, in sub-Saharan Africa fills the gaps in the capacities and resources of national governments. The international and public nature of activities in the field of global health allows WHO to take into account all the "palette" of specific features of social, cultural and political life of the population of the African

continent and to efficiently administer the process of interaction between national governments and non-governmental organizations, increasing the effectiveness of implemented programs in the area under consideration.

Bibliography

Regulatory legal acts

1. Alma-Ata Declaration (Alma-Ata, December 21, 1991) // Commonwealth (CIS newsletter). - N 1. - 1992 г.
2. African Charter on Human and Peoples' Rights [Banjul Charter] (Nairobi, Kenya, June 27, 1981), 21 I.L.M. 59 (1981), entered into force October 21, 1986 // International Human Rights Law in Africa. Oxford: Oxford University Press, 2012. - P. 470-487.
3. Universal Declaration of Human Rights (adopted by the UN General Assembly on 10.12.1948) // Rossiyskaya Gazeta. - 10.12.1998.
4. General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) (WTO, Uruguay Round of Multilateral Trade Negotiations, April 15, 1994) // Law. - N 5. - 2000 г.
5. Declaration of Commitment on HIV/AIDS (Adopted by General Assembly resolution S-26/2 of 27 June 2001). URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl2.shtml (accessed 15.11.2022).
6. United Nations Millennium Declaration (Adopted by General Assembly resolution 55/2 of September 8, 2000). URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/summitdecl.shtml (accessed 15.11.2022).
7. Treaty Establishing the European Community (Rome, March 25, 1957) (consolidated text with the Nice amendments) (modified on April 16, 2003). URL: https://eulaw.ru/treaties/teuratom_edit/ (accessed 15.11.2022).
8. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Respect to the Application of Biology and Medicine (Oviedo Convention, April 4, 1997). URL: <http://hrlibrary.umn.edu/russian/euro/Rz37.html> (accessed 15.11.2022).
9. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (Concluded 18.12.1979) (amended 22.05.1995) // International protection of human rights and freedoms. Collection of documents. - Moscow: Juridical literature, 1990. - C. 341-355.

10. Convention on the Rights of the Child (approved by the UN General Assembly on November 20, 1989) (entered into force for the USSR on September 15, 1990) // Collection of International Treaties of the USSR. - XLVI. - 1993.
11. Convention relating to the Status of Refugees (Geneva, 28 July 1951) // Current International Law. - In 3 vols. MOSCOW: MINISTRIES OF FOREIGN AFFAIRS, 1996. - Vol. 1.
12. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Adopted on December 16, 1966 by Resolution 2200 (XXI) at the 1496th Plenary Session of the UN General Assembly) // Bulletin of Russian Supreme Court. - N 12. - 1994.
13. Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) (WTO, Uruguay Round of multilateral trade negotiations, April 15, 1994) // Annex to the Collection of Laws of the Russian Federation. - N 37. - 10.09.2012. (Part VI).
14. Charter (Constitution) of the World Health Organization (adopted in New York City on July 22, 1946). URL: <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution> (accessed 15.11.2022).
15. Charter of the United Nations (Adopted in San Francisco 26.06.1945) // Collection of existing treaties, agreements and conventions concluded by the USSR with foreign countries. - Vol. XII. - M., 1956. - C. 14-47.

Standards

16. The WHO Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. [Electronic resource]. - Access mode: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1083487/retrieve> (accessed 15.11.2022).
17. International Classification of Diseases Revision 11 (ICD-11). [Electronic resource]. - Access mode: <https://icd.who.int/ru> (accessed 15.11.2022).
18. International Health Regulations (2005). [Electronic resource]. - Access mode: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1031530/retrieve> (accessed 15.11.2022).
19. Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development. [Electronic resource]. - Access mode:

https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/monterrey.shtml (date of access: 15.11.2022).

20. World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. [Electronic resource]. - Access mode: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/tobacco.pdf (accessed 15.11.2022).

Books

21. Law of International Organizations: textbook for Bachelor's and Master's Degree / ed. by A.Kh. - M.: Yurite, 2014. – 687p.

Articles

22. Vasilkovsky S.A. Internet Governance: System Disproportions and Ways to Solve Them / A.A. Ignatov, S.A. Vasilkovsky // Bulletin of International Organizations: Education, Science, New Economy. - 2020. - T. 15. - № 4. - P. 7-29.

23. Evdokimov P.G. To the question of scientific explanation of the concepts of "humanization" and "humanitarization" / P.G. Evdokimov // Izvestiya Volgograd State Technical University. Series: New Educational Systems and Teaching Technologies in Higher Education Institutions. - 2004. - № 8. - P. 15-17.

24. Karpenko A.M. Development of global health in the context of world politics in the 21st century / A.M. Karpenko // Bulletin of L.N. Gumilev Eurasian National University. Series: Political Sciences. Regional Studies. Oriental Studies. Turkology. - 2020. - № 3 (132). - P. 51-61.

25. Kuzyakin A.G. Interaction of Russia and WHO as an important component of the development of health care system of Eurasian space / A.G. Kuzyakin // Voprosy natsional'noi i Federativnykh sostoyanii. - 2021. - T. 11. - № 12 (81). - P. 3614-3620.

26. Kuzyakin A.G. The European Regional Bureau as the main subject of the WHO in the Eurasian region (work program and actual activities) / A.G. Kuzyakin // Voprosy politologii. - 2022. - № 11 (87). – P. 3917-3926.

27. Kuzyakin A.G., Pogodin S.N. History of World Health Organization / A.G. Kuzyakin, S.N. Pogodin // *Russia in the Global World*. - 2021. - № 19 (42). - C. 114-122.
28. Kuzyakin A.G., Pogodin S.N. The role of WHO in confronting the pandemic of coronavirus COVID-19 / A.G. Kuzyakin, S.N. Pogodin // *Voprosy politologii*. - 2021. - T. 11. - № 10 (74). - P. 2840-2848.
29. Lebedeva M.M. Humanitarization of World Politics / M.M. Lebedeva // *Polis. Politicheskie issledovanie*. - 2021. - № 4. - P. 76-87.
30. Moiseeva D.Y. Socio-economic determinants of health / I.A. Troitskaya, D.Y. Moiseeva // *Bulletin of Tyumen State University. Socio-economic and legal research*. - 2019. - T. 5. - № 3. - P. 42-59.
31. Pashentsev, D.A. Legal traditions of Russia and the development of international economic organizations / D.A. Pashentsev // *Bulletin of the Moscow City Pedagogical University. Series: Juridical Sciences*. - 2015. - № 3 (24). - P. 26-30.
32. Radzikhovskaya, M.V. Global trends in the development of HIV infection / N.Yu. Brylina, M.G. Moskvicheva, M.V. Radzikhovskaya // *Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region*. - 2018. - T. 2. - № 2 (21). - P. 3-12.

Literature in English

33. Ackerknecht E.H.. History and geography of the most important diseases. - Hafner publishing go, 1965. - 210p.
34. Apanga P.A. HIV/AIDS-related stigma and discrimination in sub-Saharan Africa. a review // *Journal of Natural Sciences Research*. - 2014. - №4(21). - P. 41-48.
35. Arnold D. The Indian Ocean as a disease zone, 1500-1950 // *South Asia*. - 1991. - №14(2) - P. 1-21.
36. Baize S., Pannetier D., Oestereich L. et al. Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea - preliminary report // *New England Journal of Medicine*. - 2014. - №371. - P. 1420-1428.
37. Banda F., Kunkeyani T.E. Renegotiating cultural practices as a result of HIV in the eastern region of Malawi // *Culture, Health & Sexuality*. - 2015. - №17(1). - P. 34-47.

38. Beauchamp T. and Childress J. Principles of biomedical ethics. - New York: Oxford University Press, 2013. - 288p.
39. Beyrer C., Abdool Karim Q. The changing epidemiology of HIV in 2013 // Current Opinion in HIV and AIDS. - 2013. - №8(4). - P. 306-310.
40. Bhattacharya A.A., Umar N., Audu A., Felix H., Allen E., Schellenberg J.R.M. et al. Quality of routine facility data for monitoring priority maternal and newborn indicators in DHIS2: a case study from Gombe State, Nigeria // PLoS ONE. - 2019. - 14(1). - P. 30-42.
41. Boeckel T. et al. Global trends in antimicrobial resistance in animals in low- and middle-income countries // International Journal of Infectious Diseases. - 2020. - №101. - P. 15-22.
42. Buehler J.W., Hopkins R.S., Overhage J.M., Sosin D.M., Tong V., CDC Working Group. Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks. Recommendations from the Centre for Disease Control and Prevention Working Group // Morbidity and Mortality Weekly Report. - 2004. - №53. - P. 10-18.
43. Chan M. Ebola Virus Disease in West Africa - No Early End to the Outbreak // New England Journal of Medicine. - 2014. - №371. - P. 1180-1188.
44. Chee G., Pielemeier N., Lion A. et al. Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed // The International Journal of Health Planning and Management. - 2013. - №28. - P. 88-95.
45. Choices in Healthcare. A report by the government committee on choices in healthcare. - The Netherlands, 1992. - 120p.
46. Clara A., Ndiaye S.M., Joseph B., Nzogu M.A., Coulibaly D., Alroy K.A., et al. Community-Based Surveillance in Côte d'Ivoire // Health security. - 2020. - №18(S1). - P. 25-31.
47. Colvin C.J., Leon N., Wills C., van Niekerk M., Bissell K., Naidoo P. Global-to-local policy transfer in the introduction of new molecular tuberculosis diagnostics in South Africa // Int J Tuberc Lung Dis. - 2015. - №19(11). - P. 35-44.
48. Costa K. The Cause of Panic at the Outbreak of COVID-19 in South Africa - A Comparative Analysis with Similar Outbreak in China and New York. 2020, March 13.

49. Crosby A.W. Jr. *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492*. - Westport, 1972. - 320p.
50. Cuneo C.N., Sollom R., Beyrer C. *The Cholera Epidemic in Zimbabwe, 2008-2009: A Review and Critique of the Evidence* // *Health and Human Rights Journal*. - 2017. - №19. - P. 245-251.
51. Curtin P.D. *Death by Migration: Europe's Encounter with the Tropical World in the Nineteenth Century*. - New York, 1989. - 252p.
52. Curtin P.D. *Disease and Empire: The Health of European Troops in the Conquest of Africa*. - New York, 1998. - 290p.
53. Curtin P.D. *Epidemiology and the slave trade* // *Political Science Quarterly*. - 1968. - №83. - P. 190-216.
54. Curtin P.D. *The white man's grave: image and reality, 1780-1850* // *Journal of British Studies*. - 1961. - №1. - P. 94-110.
55. Daniels N., Light D. and Caplan R. *Benchmarks of fairness for healthcare reform*. - New York: Oxford University Press, 1986. - P. 21-22.
56. Dehnavieh R., Haghdoost A., Khosravi A., Hoseinabadi F., Rahimi H. et al. *The District Health Information System (DHIS2): a literature review and metanalysis of its strengths and operational challenges based on the experiences of 11 countries* // *Health Information Management Journal*. - 2019. - №48(2). - P. 60-65.
57. Durski K.N., McCollum A.M., Nakazawa Y., Petersen B.W., Reynolds M.G., Briand S., et al. *Emergence of monkeypox-west and central Africa, 1970-2017* // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. - 2018. - №67. - P. 10-18.
58. Ebola Outbreak Epidemiology Team. *Outbreak of Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo, April-May, 2018: an epidemiological study* // *Lancet*. - 2018. - №392. - P. 20-28.
59. Echenberg M.J.. *Africa in the Time of Cholera: A History of Pandemics from 1817 to the Present*. - New York, 2011. - P. 34-39.
60. Epstein H. *The Invisible Cure: Africa, the West, and the Fight Against AIDS*. - New York, 2007. - 352p.

61. Fall I.S., Rajatonirina S., Yahaya A.A., Zabulon Y., Nsubuga P., Nanyunja M. et al. Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) strategy: current status, challenges and perspectives for the future in Africa // *BMJ Glob Health*. - 2019. - №4(4). - P. 25-31.
62. Farahahni J.A., Ebrahimnia M., Hosseini S.R. Non-Governmental and Voluntary Groups, Collaborators in the Fight against COVID-19 // *Journal of Military Medicine*. - 2020. - №22(2). - P. 98-110.
63. Fauci A.S., Folkers G.K., Marston H.D. Ending the global HIV/AIDS pandemic. The critical role of an HIV vaccine // *Clinical Infectious Diseases*. - 2014. - No. 59(Suppl 2). - P. 80-84.
64. Fayoyin A. Renewing media and public attention to the AIDS pandemic in sub-Saharan Africa in the post-2015 development agenda. a reflective perspective // *African Journal of Political Science and International Relations*. - 2016. - №10(1). - P. 1-7.
65. Fenollar F., Mediannikov O. Emerging infectious diseases in Africa in the 21st century // *New Microbes New Infect*. - 2018. - №26. - P. 5-11.
66. Focarelli C. *International Law as Social Construct: The Struggle for Global Justice*. Oxford: Oxford University Press, 2012. - P. 151-153.
67. Forster T., Ammann C. African Cities and the Development Conundrum // *International Development Policy*. - 2018. - №10. - P. 17-22.
68. Freire C.C.M., Palmisano G., Braconi C.T., Cugola F.R., Russo F.B., Beltrao-Braga P.C., et al. NS1 codon usage adaptation to humans in pandemic Zika virus // *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. - 2018. - №113. - P. 82-91.
69. Gibb R. et al. Zoonotic host diversity increases in human-dominated ecosystems // *Nature*. - 2020. - №584. - P. 398-405.
70. Gichuna S., Hassan R., Sanders T., et al. Access to healthcare in a time of COVID-19. Sex workers in crisis in Nairobi, Kenya. - 2020. - №15. - P. 1430-1442.
71. Gilbert M., Pullano G., Pinotti F., et al. Preparedness and vulnerability of African countries to importations of COVID-19. a modeling study // *Lancet*. - 2020. - №395. - P. 871-877.
72. *Global Health Estimates 2016. Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016*. - Geneva: World Health Organization, 2018. - P. 10-19.

73. Goba A., Khan S.H., Fonnier M. et al. An Outbreak of Ebola virus disease in the Lassa fever zone // *Journal of Infectious Diseases*. - 2016. - Vol. 214. Supplement 3. - P. 110-115.
74. Gostin L.O., Sridhar D. Global Health and the Law // *The New England Journal of Medicine*. - №370. - May 18, 2014. - P. 1732-1740.
75. Guan D., Wang D., Hallegatte S., et al. Global supply-chain effects of COVID-19 control measures // *Nature Human Behaviour*. - 2020. - №4. - P. 577-587.
76. Hartwig G.W., Patterson K.D. (eds.), *Disease in African History: An Introductory Survey and Case Studies*. - Durham, NC, 1978. - 258p.
77. Hassan O.A., Ahlm C., Sang R., Evander M. The 2007 Rift Valley fever outbreak in Sudan // *PLOS Neglected Tropical Diseases*. - 2011. - №5. - P. 28-33.
78. Hassell J.M., Begon M., Ward M.J., Fevre E.M. Urbanization and Disease Emergence: Dynamics at the Wildlife-Livestock-Human Interface // *Trends in Ecology & Evolution*. - 2017. - №32. - P. 56-65.
79. Heller O., Somerville C., Suggs L.S. et al. The process of prioritization of non-communicable diseases in the global health policy arena // *Health Policy Plan*. - 2019. - №34. - P. 370-378.
80. Henao D.E.. The Ebola epidemic in West Africa and the social determinants // *La Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. - 2015. - №32(2). - P. 400-410.
81. Hewlett B.S., Amola R.P. Cultural contexts of Ebola in northern Uganda // *Emerging Infectious Diseases*. - 2003. - №9(10). - P. 1240-1246.
82. Hirsch A. *Handbook of Geographical and Historical Pathology*. Volume I, Acute Infectious Diseases. - London: Andesite Press, 2015. - 738p.; Volume II, Chronic Infective, Toxic, Parasitic, Septic, and Constitutional Diseases. London, 2017. - 698p.
83. Houeto D. The social determinants of emerging infectious diseases in Africa // *MOJ Public Health*. - 2019. - №8(2). - P. 55-66.
84. Iliffe J. *The African AIDS Epidemic: A History*. - Athens, OH, 2006. - 214p.
85. Jiang H., Zhou Y., Tang W. Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic // *Lancet HIV*. - 2020. Published Online April 6, 2020.

86. Kasambara A., Kumwenda S., Kalulu K., Lungu K., Beattie T., Masangwi S. et al. Assessment of implementation of the health management information system at the district level in southern Malawi // *Malawi Medical Journal*. - 2017. - №29(3). - P. 240-249.
87. Kasolo F., Yoti Z., Bakyaita N., Gaturuku P., Katz R., Fischer J.E., et al. IDSR as a platform for implementing IHR in African countries // *Biosecur Bioterror*. - 2013. - №11(3). - P. 160-169.
88. Kharsany A.B., Karim Q.A. HIV infection and AIDS in sub-Saharan Africa. Current status, challenges and opportunities // *The Open AIDS Journal*. - 2016. - №10. - P. 34-48.
89. Kirakoya-Samadoulougou F., Nagot N., Defer M.C., Yaro S., Fao P., Ilboudo F., Langani Y., Meda N., Robert A. Epidemiology of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection in Rural and Urban Burkina Faso // *Sexually Transmitted Diseases*. - 2011. - №38. - P. 118-122.
90. Kjekshus H. Ecology Control and Economic Development in East African History: The Case of Tanganyika, 1850-1950. London, 1977; and edn, Athens, OH, 1996. - 215p.
91. Kraemer M.U.G., Faria N.R., Reiner R.C., Golding N., Nikolay B., Stasse S., Johansson M.A., Salje H., Faye O., Wint G.R.W., et al. Spread of yellow fever virus outbreak in Angola and the Democratic Republic of the Congo 2015-16: a modelling study // *The Lancet Infectious Diseases*. - 2017. - №17. - P. 330-336.
92. Kuehnel A., Keating P., Polonsky J., Haskew C., Schenkel K., de Waroux O.L. et al. Event-based surveillance at health facility and community level in low-income and middle-income countries: a systematic review // *BMJ Glob Health*. - 2019. - №4(1). - P. 75-81.
93. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy // *Bull World Health Organ*. - 2013. - №91(8). - P. 10-16.
94. Kuzyakin A.G., Pogodin S.N. World health organization: history and mission // *International relations and the dialogue of cultures. The collection of scientific articles*. - 2021. - № 9. - C. 166-175.

95. Lagarde E., Congo Z., Meda N., Baya B., Yaro S., Sangli G., Traore Y., Van Rentergem H., Carael M. Study Group on HIV Dynamic Among Young Adults in Burkina Faso Epidemiology of HIV infection in urban Burkina Faso // *International Journal of STD & AIDS*. - 2004. - №15. - P. 395-405.
96. Lloyd-Smith J.O. et al. Epidemic dynamics at the human-animal interface // *Science*. - 2009. - №326. - P. 1360-1370.
97. Lyons M. *The Colonial Disease: A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940*. - New York, 1992. - 335p.
98. Magadi M.A. The Disproportionate High Risk of HIV Infection Among the Urban Poor in Sub-Saharan Africa // *AIDS and Behavior*. - 2013. - №17. - P. 1644-1651.
99. Maher D., Sekajugo J. Health transition in Africa: practical policy proposals for primary care // *Bulletin of the World Health Organization*. - 2010. - №88. - P. 945-951.
100. Maïga A., Jiwani S.S., Mutua M.K., Porth T.A., Taylor C.M., Asiki G., et al. Countdown to 2030 collaboration for Eastern and Southern Africa // *BMJ Glob Health*. - 2019. - №4. - P. 20-29.
101. Malani P.N.. Vision for an AIDS-free generation. Red ribbons of hope // *The Journal of the American Medical Association*. - 2016. - №316(2). - P. 154-155.
102. Maposa S., Muriuki A.M., Moss T., Kpebo D. Confronting cultural silencing of women. Untold stories of abuse and HIV risk in young women in Africa and the United States // *World Med Health Policy*. - 2016. - №8(3). - P. 287-304.
103. Mayer K.H., Krakower D.S. Antiretrovirals for HIV treatment and prevention. the challenges of success // *The Journal of the American Medical Association*. - 2016. - №316(2). - P. 151-153.
104. Mberu B.U., Haregu T.N., Kyobutungi C., Ezeh A.C. Health and health-related indicators in slum, rural, and urban communities: A comparative analysis // *Global Health Action*. - 2016. - №9. - P. 330-336.
105. Mbetse R.A., Banga-Mboko H., Racey P. et al. Household bushmeat consumption in Brazzaville, the Republic of the Congo // *Tropical Conservation Science*. - 2011. - №4. - P. 187-195.

106. Mbunge E. Effects of COVID-19 in South African health system and society. an explanatory study // *Diabetology & Metabolic Syndrome*. - 2020. - №14. - P. 1809-1814.
107. McNeill W.H.. *Plagues and Peoples*. - Garden City, NY, 1976. - 368p.
108. McRobie E. HIV Policy Implementation in Two Health And Demographic Surveillance Sites in Uganda. Findings From a National Policy Review, Health Facility Surveys and Key Informant Interviews // *Implementation Science*. - 2017. - №12(47). - P. 1-12.
109. Michalski J.H.. Ritualistic rape in sociological perspective // *Cross-Cultural Research*. - 2016. - №50(1). - P. 13-33.
110. Miller I.F. & Metcalf C.J.E.. Evolving resistance to pathogens // *Science*. - 2019. - №363. - P. 1275-1288.
111. Monath T.P., Vasconcelos P.F. Yellow fever // *Journal of Clinical Virology*. - 2015. - №64. - P. 70-78.
112. Mussa A.H., Pfeiffer J., Gloyd S.S., et al. Vertical funding, non-governmental organizations, and health system strengthening: perspectives of public sector health workers in Mozambique // *Human Resources for Health*. - 2013. - №11. - P. 25-31.
113. Mwengee W., Okeibunor J., Poy A., Shaba K., Kinuani L.M., Minkoulou E., et al. Polio eradication initiative: Contribution to improved communicable diseases surveillance in WHO African region // *Vaccine*. - 2016. - №34(43). - P. 4-11.
114. Nielsen C.F., Kidd S., Sillah A.R., et al. Improving burial practices and cemetery management during an Ebola virus disease epidemic-Sierra Leone // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. - 2014. - №64(1). - P. 20-29.
115. Nunes R., Nunes S.B. and Rego G. Healthcare as a universal right // *Journal of Public Health*. - 2017. - №25. - P. 8-11.
116. Ojo S.S., Agara J.J., Pojwan M.A. Cultural practices and prevalence of HIV/AIDS among Nigerian women. a case study of Lafia, Nigeria // *Research on Humanities and Social Sciences*. - 2015. - №5(18). - P. 12-16.
117. Oliva-Moreno J. Trapero-Bertran M. Economic impact of HIV in the highly active antiretroviral therapy era - reflections looking forward // *AIDS Reviews*. - 2018. - №20. - P. 227-231.

118. Olugasa B.O., Dogba J.B., Ogunro B. et al. The rubber plantation environment and Lassa fever epidemics in Liberia, 2008-2012: A spatial regression // *Spatial and Spatio-temporal Epidemiology*. - 2014. - №11(1). - P. 170-178.
119. Olum R., Chekwech G., Wekha G., et al. Coronavirus disease-2019. Knowledge, attitudes, and practices of health care workers at Makerere university teaching hospitals, Uganda // *Front Public Health*. - 2020. - №8. - P. 180-181.
120. Onyebujoh P.C., Thirumala A.K., Ndiokubwayo J-B. Integrating laboratory networks, surveillance systems and public health institutes in Africa // *African Journal of Laboratory Medicine*. - 2016. - №5(3). - P. 430-444.
121. Onyiloha C.A., Iheanacho N.N. Socio-ethical implication of contraception and abortion. a rising paradigm of John Paul II's culture of death // *International Journal of Arts and Humanities*. - 2016. - №5(2). - P. 82-95.
122. Packard R.M. *White Plague, Black Labor: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*. Berkeley, CA, 1989. - 416p.
123. Piotrowicz M., Cianciara D. The role of non-governmental organizations in the social and the health system // *Epidemiological Review - Przegląd Epidemiologiczny*. 2013. - №67(1). - P. 70-80.
124. Plowright R.K. et al. Pathways to zoonotic spillover // *Nature Reviews Microbiology*. - 2017. - №15. - P. 500-505.
125. Rawls J. *A theory of justice*. - New York: Harvard University Press, 1971. - 607p.
126. Rojek A., Horby P., Dunning J. Insights from clinical research completed during the West Africa Ebola virus disease epidemic // *The Lancet Infectious Diseases*. - 2017. - №17. - P. 90-99.
127. Rumisha S.F., Lyimo E.P., Mremi I.R., Tungu P.K., Mwingira V.S., Mbata D. et al. Data quality of the routine health management information system at the primary healthcare facility and district levels in Tanzania // *BMC Medical Informatics and Decision Making*. - 2020. - №20. - P. 340-349.
128. Sen A. Development as capabilities expansion // *The Journal of Development Planning*. - 1989. - №19. - P. 41-58.

129. Shu-Acquaye F. The decline of HIV/AIDS. a new paradigm in sub-Saharan Africa? // *African Journal of International and Comparative Law*. - 2016. - №24(3). - P. 362-388.
130. Stanturf J.A., Goodrick S.L., Warren M.L. Jr, et al. Social Vulnerability and Ebola Virus Disease in Rural Liberia // *PLoSOne*. - 2015. - №10(9). - P. 50-66.
131. Tatem A.J.. Mapping population and pathogen movements // *International Health*. - 2014. - №6. - P. 7-15.
132. Taylor A. Governing the Globalization of Public Health // *Law, Medicine & Ethics*. - 2004. - №32(3). - P. 500-509.
133. Taylor A. Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health // *American Journal of Law and Medicine*. - 1992. - №18. - P. 42-51.
134. Tenkorang E.Y.. Marriage, widowhood, divorce and HIV risks among women in sub-Saharan Africa // *International Health*. - 2014. - №6(1). - P. 46-53.
135. Troncoso A. Ebola outbreak in West Africa: a neglected tropical disease // *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*. - 2015. - №5(4). - P. 255-262.
136. Ugyel L., Daugbjerg C. Successful policy transfer and public sector reform in developing countries // *Policy Polit*. - 2020. - №48(4). - P. 15-22.
137. Umeora O., Emma-Echiegu N., Umeora M.C. et al. Ebola viral disease in Nigeria: the panic and cultural threat // *African Journal of Health and Medical Sciences*. - 2014. - №13(1). - P. 4-12.
138. Vearey J., Luginaah I., Francis Magitta W., Shilla D.J., Oni T. Urban health in Africa: A critical global public health priority // *The importance of Africa for global public health. BMC Public Health*. - 2019. - №19. - P. 340-345.
139. Wagner D.M. et al. *Yersinia pestis* and the Plague of Justinian 541-543 AD: a genomic analysis // *The Lancet Infectious Diseases*. - 2014. - №14. - P. 320-328.
140. Webb J.L.A. Jr. The first large-scale use of synthetic insecticide for malaria control in tropical Africa: lessons from Liberia, 1945-1962 // *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. - 2011. - №66(3). - P. 347-376.

141. WHO. Technical guidelines for integrated disease surveillance and response in the World Health Organization African Region. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2019. - P. 25-33.
142. Wildeman C. Imprisonment and infant mortality // *Social Problems*. - 2012. - №59(2). - P. 250-256.
143. Wilson Y. Distributive justice and priority setting in health care // *The American Journal of Bioethics*. - 2018. - №18(3). - P. 53-54.
144. Wójcik O.P., Brownstein J.S., Chunara R., Johansson M.A. Public health for the people: participatory infectious disease surveillance in the digital age // *Emerging Themes in Epidemiology*. - 2014. - №11. - P. 7-15.
145. Workplace action on HIV/AIDS: identifying and sharing best practices. Background report for Tripartite Interregional Meeting on Best Practices in HIV/AIDS Workplace Policies and Programmes. 15-17 December 2003, ILO, Geneva.
146. Zinszer K., Morrison K., Verma A., et al. Spatial Determinants of Ebola Virus Disease Risk for the West African Epidemic // *PLOS Currents Outbreaks*. - 2017. - №9. - P. 30-41.

Electronic resources

147. Monkey pox: symptoms, modes of transmission, treatment. [Electronic resource]. - Access mode: <https://ria.ru/20220608/ospa-1793992107.html> (accessed 15.11.2022).
148. 2014-2016 Ebola Outbreak in West Africa. URL: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/index.html> (accessed 15.11.2022).
149. Accession criteria (Copenhagen criteria). URL: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/glossary/accession-criteria-copenhagen-criteria.html> (accessed 15.11.2022).
150. Accountability mechanisms to assess the implementation of declarations and other commitments made by African Ministers of Health. URL: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/volume-1-ministerial-meeting-final-en.pdf> (accessed 15.11.2022).

151. Africa Centers for Disease Control Receives a \$100 Million Boost from the World Bank to Strengthen Continental Public Health Preparedness. URL: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/07/21/africa-centres-for-disease-control-receives-a-100-million-boost-from-the-world-bank-to-strengthen-continental-public-hea> (accessed 15.11.2022).
152. Agenda 2063: The Africa We Want (African Union). URL: https://au.int/Agenda2063/popular_version (accessed 15.11.2022).
153. AI for Good Global Summit 2018 - ITU. URL: <https://www.itu.int/en/ITU-T/AI/2018/Pages/default.aspx> (accessed 15.11.2022).
154. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943> (accessed 15.11.2022).
155. Doha 4th Ministerial - Ministerial declaration - WTO. URL: https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_e.htm (accessed 15.11.2022).
156. Ebola: UN agency to help West Africa coordinate response to 'unprecedented' outbreak (4 July 2014). URL: <https://news.un.org/en/story/2014/07/472382-ebola-un-agency-help-west-africa-coordinate-response-unprecedented-outbreak> (accessed 15.11.2022).
157. Global Fund Urges the World to Boost the Fight Against Malaria as COVID-19 Disruptions, Drug and Insecticide Resistance and New Threats Endanger Progress (25 April 2022). URL: <https://www.theglobalfund.org/en/news/2022-04-25-global-fund-urges-world-boost-fight-against-malaria-covid-19-disruptions-drug-insecticide-resistance-new-threats-endanger-progress/> (accessed 15.11.2022).
158. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_10-en.pdf (accessed 15.11.2022).
159. Human Development Report 1994, New Dimensions of Human Security. URL: <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-1994> (accessed 15.11.2022).

160. ILO Code of Practice on HIV AIDS. URL: https://www.ilo.org/global/topics/hiv-aids/publications/WCMS_113783/lang--en/index.htm (accessed 15.11.2022).
161. Krönke M. Africa's digital divide and the promise of e-learning. Afrobarometer Policy Paper 66. 2020. URL: <https://www.africaportal.org/publications/africas-digital-divide-and-promise-e-learning/> (accessed 15.11.2022).
162. Plague-Madagascar, Disease outbreak news (WHO. 2017). URL: <http://www.who.int/csr/don/09-january-2017-plague-mdg/en/> (accessed 15.11.2022).
163. Resolution adopted by the General Assembly on 16 September 2005, 2005 World Summit Outcome. URL: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_60_1.pdf (accessed 15.11.2022).
164. Secretary-General's Address to the Commission on Human Rights. URL: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2005-04-07/secretary-generals-address-commission-human-rights> (accessed 15.11.2022).
165. The Codex Alimentarius. URL: <https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/en/> (accessed 15.11.2022).
166. The Ebola outbreak in Liberia is over: WHO statement (9 May 2015). URL: <https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/2015/liberia-ends-ebola/en/index.html> (accessed 15.11.2022).
167. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. URL: https://ec.europa.eu/international-partnerships/programmes/global-fund-fight-aids-tuberculosis-and-malaria-gfatm_en (accessed 15.11.2022).
168. The Impact of COVID-19 on African Civil Society Organizations: Challenges, Responses, and Opportunities. EPIC-Africa & @AfricanNGOs Report. 2020, June. URL: <https://static1.squarespace.com/static/5638d8dbe4b087140cc9098d/t/5efabc7884a29a20185fcbaf/1593490570417/> (дата обращения: 15.11.2022).
169. The International Programme on the Elimination of Child Labor (IPEC). URL: <https://www.ilo.org/ipec/lang--en/index.htm> (accessed 15.11.2022).

170. The Pharmaceutical Manufacturing Plan for Africa. URL: <https://www.nepad.org/news/pharmaceutical-manufacturing-plan-africa> (accessed 15.11.2022).
171. The United National Development Assistance Framework. URL: <https://www.unscn.org/uploads/web/news/United-Nations-Sustainable-Development-Cooperation-Framework-Cooperation-Framework-half-pager.pdf> (accessed 15.11.2022).
172. Tripartite Zoonosis Guide (TZG). URL: <https://www.who.int/initiatives/tripartite-zoonosis-guide> (accessed 15.11.2022).
173. UN around the World. URL: <https://www.un.org/un70/en/content/UNaroundWorld/index.html> (accessed 15.11.2022).
174. WHO Health Emergencies Program. URL: <https://www.afro.who.int/about-us/programmes-clusters/who-health-emergencies-programme> (accessed 15.11.2022).
175. WHO Model Lists of Essential Medicines. URL: <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists> (accessed 15.11.2022).
176. WHO: Regional Office for Africa: Resolution AFR/RC 48/R2 of 2 1998. URL: <https://www.afro.who.int/publications/integrated-disease-surveillance-and-response-idsr-task-force-meeting-entebbe-uganda> (accessed 15.11.2022).
177. WHO's Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (accessed 15 November 2022).
178. WHO's Final global health sector strategies on respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022-2030. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies/developing-ghss-2022-2030> (accessed 15.11.2022).
179. WHO's Global health sector strategies 2022-2030. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies> (accessed 15.11.2022).

180. WHO's Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and STIs for 2016-2021. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies-2016-2021> (accessed 15.11.2022).
181. WHO's Global HIV Program. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv-programme> (accessed 15.11.2022).
182. World Bank/IMF Spring Meetings 2015: Development Committee Communique (April 18, 2015). URL: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/04/18/world-bank-imf-spring-meetings-2015-development-committee-communique> (accessed 15.11.2022).