

PAŃSTWO I SPOŁECZEŃSTWO

STATE AND SOCIETY

E-ISSN 2451-0858 ISSN 1643-8299

ROK XXV, NR SPECJALNY

Copyright© 2025 by the Author

Opublikowano w wolnym dostępie (Open Access) na licencji CC BY-NC-ND 4.0

DOI: 10.48269/2451-0858-pis-2025-sp-008

Data wpłynięcia: 23.03.2025

Data akceptacji: 6.06.2025



„WIEDZA = ŻYCIE”: PROGRESYWNA POLITYKA PROFILAKTYCZNA

Rafał Majka

dr, Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Nauk Społecznych i Filologii

<https://orcid.org/0000-0001-5283-7572>

Streszczenie

W artykule analizie poddano współczesną, progresywną politykę profilaktyki HIV/AIDS, podkreślając znaczenie edukacji, praw człowieka, redukcji szkód oraz strategii opartych na dowodach naukowych. Współczesne podejście do profilaktyki ewoluuje w kierunku ekologii kontekstualnej, wiedzy społecznościowej (*community-based*) oraz inkluzyjnej polityki zdrowotnej. Projekt Organizacji Narodów Zjednoczonych UNAIDS promuje strategię profilaktyki skojarzonej (*combination prevention*), czyli zintegrowany model łączący różne metody redukcji ryzyka w celu maksymalizacji skuteczności. Zagadnienie to zostało osadzone w kontekście praw człowieka oraz (politycznej) walki ze stygmatyzacją i dyskryminacją, wskazując, że dostęp do wiedzy opartej na dowodach naukowych, doświadczenia społecznościowego i skutecznych narzędzi prewencyjnych jest kluczowy dla zakończenia pandemii HIV/AIDS.

Słowa kluczowe: profilaktyka skojarzona, prawa człowieka, żywa polityka profilaktyczna, redukcja szkód, prewencja HIV/AIDS

“Knowledge = Life”: Progressive Prevention Policies Abstract

In the article, contemporary progressive HIV/AIDS prevention policies are examined, with the emphasis put on the critical role of education, human rights, harm reduction, and evidence-based strategies.

Modern prevention approaches are increasingly shifting towards contextual ecology, community-based knowledge, and inclusive health policies. The United Nations program UNAIDS advocates for a combination prevention strategy – an integrated model that synergizes multiple risk reduction methods to enhance overall effectiveness. Situating these developments within the framework of human rights and the broader, progressively political struggle against stigma and discrimination, a claim is made that equitable access to evidence-based knowledge, community-based experience and effective prevention tools is fundamental to achieving the ultimate goal of ending the HIV/AIDS pandemic.

Key words: combination prevention, human rights, living prevention policies, harm reduction, HIV/AIDS prevention

Wprowadzenie

Historia profilaktyki HIV/AIDS jest nierozzerwalnie związana ze sporami politycznymi dotyczącymi praw człowieka, zdrowia publicznego i sprawiedliwości społecznej. Od początku epidemii produkcja wiedzy odgrywała kluczową rolę w kształtowaniu strategii przeciwdziałania kryzysowi, decydując o tym, czyje życie zostanie uznane przez instytucje publiczne za wartę ochrony, a czyje będzie marginalizowane. Z jednej strony, jak wskazują eksperci od zdrowia publicznego – Peter Piot, Sarah Russell i Heidi Larson, „[...] polityka była czasami negatywną siłą, blokując ważne zmiany polityczne i oparte na dowodach działania w zakresie AIDS, w szczególności dostęp do leczenia antyretrowirusowego w biednych krajach, zapobieganie przenoszeniu HIV drogą płciową i redukcję szkód wśród osób zażywających narkotyki w zastrzykach”¹. Z drugiej strony działania polityczne, zarówno te oddolne (np. ruch społeczny na rzecz osób żyjących z AIDS), rządowe (np. bezpłatne leki antyretrowirusowe), jak i międzynarodowe (np. koordynacja działań czy lobbowanie na rzecz skutecznych interwencji), znacząco wzmocniły globalną reakcję na HIV/AIDS, a także dały narzędzia do przeciwstawiania się niesprawiedliwości oraz przeciwdziałania wykluczeniom. Choć postęp medyczny przekształcił HIV z wyroku śmierci w chorobę przewlekłą, uprzedzenia społeczne i nierówności strukturalne wciąż warunkują dostęp do profilaktyki, diagnostyki i terapii.

W niniejszym artykule przeprowadzono analizę kontekstu oraz wyzwań współczesnej profilaktyki HIV/AIDS, a także przedstawiono, rekomendowane przez międzynarodowe instytucje i organizacje zajmujące się profilaktyką HIV/AIDS (m.in. UNAIDS, European AIDS Treatment Group, Światowa Organizacja Zdrowia), rozwiązania instytucjonalne i społecznościowe (*community-based*) w tym obszarze. Przez analizę zarówno historycznych, jak i współczesnych modeli prewencji oraz na podstawie wytycznych agend eksperckich w tym obszarze podjęto rozważania, w jaki sposób zmiany w ramach zdrowia publicznego – od

¹ P. Piot, S. Russel, H. Larson, *Good Politics, Bad Politics: The Experience of AIDS*, „American Journal of Public Health” 2007, vol. 97, no. 11, s. 1934, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.121418>. Tłum. R.M.

podejść represyjnych i stygmatyzujących do strategii inkluzywnych i opartych na społeczności – na nowo definiując globalną odpowiedź na epidemię HIV/AIDS.

Wyzwania współczesnej profilaktyki HIV/AIDS

Dostępne technologie biomedyczne, jak np. nowoczesna, wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa (*highly active antiretroviral therapy*, HAART) prowadząca do niewykrywalności², określana też jako leczenie jako profilaktyka (*treatment as prevention*, TasP) czy profilaktyka przedekspozycyjna (PrEP)³, oraz oparte na dowodach naukowych podejścia profilaktyczne, jak np. redukcja szkód⁴, są narzędziami dzięki którym całkiem realny jest świat, w którym nie dochodzi już do zakażeń HIV ani do śmierci z powodu AIDS.

UNAIDS, projekt Organizacji Narodów Zjednoczonych zajmujący się koordynacją i usprawnianiem działań na rzecz zapobiegania epidemii HIV/AIDS, wyznaczył w 2014 r. ambitne cele prewencji HIV/AIDS na rok 2030, nazywane strategią 95–95–95: 95% wszystkich osób żyjących z HIV powinno znać swój status serologiczny, 95% osób zdiagnozowanych z HIV powinno otrzymywać trwałą terapię antyretrowirusową oraz 95% osób w terapii antyretrowirusowej powinno osiągnąć supresję wirusa (czyli niewykrywalność)⁵. Temu

² Zjawisko niewykrywalności, polegające na redukcji poziomu wirumii HIV do wartości niemożliwych do wykrycia przy użyciu standardowych testów diagnostycznych w wyniku stosowania nowoczesnej terapii antyretrowirusowej (ART), stanowi jedno z kluczowych osiągnięć współczesnej biomedycyny. Wyniki badań PARTNER prowadzonych w latach 2010–2018 jednoznacznie wykazały, że w przypadku osób żyjących z HIV, u których wirumia pozostaje niewykrywalna, ryzyko transmisji wirusa na niezakażonego partnera lub partnerkę w kontaktach seksualnych jest całkowicie wyeliminowane, zob. *PARTNER and PARTNER 2 studies*, 3.05.2019, i-base, <https://i-base.info/partner-study/> [dostęp: 21.07.2025]. W wielu krajach dynamicznie rozwija się ruch aktywistyczny skupiony wokół hasła „Niewykrywalny = Niezakażający” ($N = N$; *Undetectable = Untransmittable*, $U = U$), stanowiący istotne narzędzie zmiany społecznej. Jego celem jest przeciwdziałanie stygmatyzacji oraz eliminacja dyskryminacji osób żyjących z HIV ze względu na ich serostatus.

³ PrEP to stosowanie leków antyretrowirusowych w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia HIV przez osoby niezakażone, które znajdują się w sytuacjach podwyższonego ryzyka.

⁴ „Redukcja szkód [jak informuje MONAR – R.M.] odnosi się do polityk, programów i praktyk, których celem jest minimalizacja negatywnych skutków zdrowotnych, społecznych i prawnych, związanych z używaniem narkotyków, polityką narkotykową i prawem narkotykowym”, M. Bartnik, F. Duski, M. Gapiński, R. Majka, J. Put, G. Wodowski, *Redukcja szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych*, Stowarzyszenie MONAR Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Krakowie, Kraków 2024, s. 6, http://www.monar.krakow.pl/pub/files/hr_internet.pdf [dostęp: 25.12.2024].

⁵ UNAIDS, *Fast Track: Ending the AIDS Epidemic by 2030*, UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva 2014, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140925_Fast_Track_Brochure.pdf [dostęp: 11.12.2024]; United Nations General Assembly, 75/284. *Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030*, Resolution adopted by the General Assembly on 8 June 2021, <https://docs.un.org/en/A/RES/75/284> [dostęp: 12.12.2024].

pragmatycznemu i, wydawać by się mogło, prostemu do wykonania – w kontekście dostępnych obecnie technologii i sprawdzonej polityki organizacji państwa – przedsięwzięciu stanęły jednak na drodze kulturowe, społeczne i polityczne siły, uniemożliwiające lub, w najlepszym razie, utrudniające „neutralne”, technokratyczne działania prewencyjne. Upolitycznienie zjawisk i praktyk społecznych, takich jak m.in. nienormatywna seksualność czy płeć, konsumpcja substancji psychoaktywnych czy praca seksualna, w dyskursach kulturowych, religijnych i społecznych sprawia, że same interwencje biomedyczne czy interwencje zorientowane behawioralnie – bez intersekcyjnego i kontekstualnego oglądu – nie wystarczą do realizacji strategii prewencyjnych. Na przestrzeni dekad w dyskursie profilaktyki HIV/AIDS zmieniały się konteksty ryzyka, rozumienie skutecznego aktywizmu czy dobór odpowiednich metod prewencji. Stygmatyzujące „grupy wysokiego ryzyka” oraz wyrwane z ważnego dla zakażeń HIV/AIDS kontekstu społeczno-kulturowo-ekonomicznego „ryzykowne zachowania” ustąpiły miejsca tzw. populacjom kluczowym (*key populations*), czyli grupom, które, jak krytycznie zauważono⁶, są bardziej podatne na zakażenie HIV ze względów strukturalnych, społecznych i prawnych. Jak piszą socjolożki Agata Dziuban i Agnieszka Król,

wśród wspomnianych „prawnych i społecznych barier” w perspektywie globalnej wymienia się na przykład kryminalizację posiadania i przyjmowania narkotyków, pracy seksualnej oraz tożsamości i wyborów seksualnych czy wykluczenie społeczne, stygmatyzację i dyskryminację w wielu sferach instytucjonalnych itd. Podkreśla się, iż powyższe czynniki nie tylko ograniczają dostęp reprezentantów i reprezentantek kluczowych populacji do efektywnych programów profilaktycznych w zakresie HIV i pomocy medycznej w ogóle, ale również narażają ich na marginalizację i fizyczną czy seksualną przemoc, które owocują znacznym wzrostem ryzyka zakażenia HIV⁷.

UNAIDS wskazuje⁸, że to właśnie nierówności strukturalne, społeczne i prawne, manifestujące się stygmatyzacją, dyskryminacją oraz penalizacją, stoją na drodze wysiłkom zmierzającym do zakończenia epidemii AIDS: nie tylko budują konteksty zwiększonego ryzyka zakażenia HIV (np. kryminalizacja pracy seksualnej, instytucjonalna homo- czy transfobia, brak infrastruktury umożliwiającej dbanie o zdrowie seksualne), ale również narażają osoby żyjące z HIV na śmierć z powodu AIDS (np. ubóstwo, kryminalizacja zakażenia HIV).

⁶ *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 Update*, World Health Organization, Geneva 2016, s. 2–11, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379694/pdf/Bookshelf_NBK379694.pdf [dostęp: 13.12.2024].

⁷ A. Dziuban, A. Król, *Język, stereotypy, zmiana. O społecznych konsekwencjach nazywania*, [w:] *Język, media, HIV. Obraz zakażenia i osób seropozytywnych w artykułach prasowych*, red. M. Mijas, M. Dora, M. Brodzikowska, S. Żołądek, Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat”, Kraków 2016, s. 38.

⁸ *Global AIDS Strategy 2021–2026 – End Inequalities. End AIDS*, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf [dostęp: 11.12.2024].

Nowe horyzonty profilaktyczne

W 2010 r. UNAIDS opublikowało roboczą ekspertyzę *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper* dotyczącą tzw. profilaktyki skojarzonej (*combination prevention*), czyli projektowania profilaktyki HIV i AIDS w taki sposób, aby była ona dostosowana do współczesnych wyzwań, elastyczna i wielopłaszczyznowa. Profilaktyka skojarzona obejmuje strategicznie dobrane interwencje, dostosowane do specyficznych potrzeb danego kraju i/lub społeczności, wdrażane na skalę adekwatną do osiągnięcia zamierzonego efektu populacyjnego. Ma ona służyć uzyskaniu możliwie „największej i najtrwalszej redukcji zakażeń HIV oraz poprawie dobrostanu społeczności dotkniętych [epidemią HIV i AIDS – R.M.] na całym świecie”⁹. Zasadzająca się na dowodach naukowych profilaktyka skojarzona celuje w jednoczesne stosowanie uzupełniających się behawioralnych, biomedycznych i strukturalnych strategii profilaktycznych¹⁰, a zaprojektowane „interwencje pracują na wielu poziomach (np. indywidualnym, relacyjnym, społecznościowym, społecznym) i ich zadaniem jest dostosowanie się do specyficznych potrzeb określonych grup docelowych i udokumentowanych dróg transmisji HIV”¹¹.

Profilaktyka biomedyczna to mające na celu skrócenie okresu zakaźności lub zmniejszenie wydajności transmisji interwencje medyczne i kliniczne, jak: dystrybucja prezerwatyw i lubrykantów, testowanie w kierunku HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP), zwiększających kilkukrotnie ryzyko zakażenia HIV, ogólnodostępne leczenie antyretrowirusowe i osiągalna dzięki niemu niewykrywalność, prewencja zakażeń wertykalnych, dostępna profilaktyka przed- i poekspozycyjna, obrzezanie w przypadku mężczyzn, testowanie i leczenie ZPDP oraz szczepienia czy też programy redukcji szkód, jak np. substytucja opioidami czy wymiana igieł i strzykawek w kontekście użytkowania substancji psychoaktywnych¹².

Interwencje behawioralne z kolei nastawione są na zmniejszenie liczby ekspozycji na ryzyko i wykształcanie skryptów wokół troski o (własne) zdrowie; należą do nich m.in. poradnictwo dotyczące redukcji ryzyka zakażeń

⁹ *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper*, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva 2010, s. 8, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf [dostęp: 21.07.2025].

¹⁰ *Ibidem*, s. 5.

¹¹ *Ibidem*, s. 9. Tłum. R.M.

¹² Zob. Pan American Health Organization, *Combination HIV Prevention*, <https://www.paho.org/en/topics/combination-hiv-prevention> [dostęp: 5.01.2025]; M.S. Cohen, N. Hellmann, J.A. Levy, K. DeCock, J. Lange, *The spread, treatment, and prevention of HIV-1: evolution of a global pandemic*, „Journal of Clinical Investigation” 2008, vol. 118, no. 4, s. 1244–1254, <https://doi.org/10.1172/JCI34706>.

w kontekstach seksualnym i towarzyskim, edukacja seksualna, programy edukacji rówieśniczej czy edukacja w redukcji szkód.

Interwencje biomedyczne i behawioralne odbywają się w określonej politycznej i upolitycznionej ekologii strukturalnej, w której różne regulacje i instytucje determinują życie materialne. Czynniki strukturalne, jak zwraca uwagę UNAIDS¹³, to warunki środowiskowe (w tym społeczne, kulturowe, gospodarcze, polityczne czy materialne), na które jednostka nie ma bezpośredniego wpływu. Stąd też w profilaktyce skojarzonej dużą wagę przykładą się do interwencji strukturalnych mających na celu zmianę uwarunkowań środowiskowych, aby stworzyć bardziej sprzyjające warunki dla profilaktyki, leczenia oraz opieki i wsparcia w obszarze HIV/AIDS. Do takich interwencji należą m.in. ustawy chroniące prawa człowieka, dekryminalizacja życia seksualnego osób seropozytywnych oraz znoszenie przepisów prawnych uderzających w populacje kluczowe, podejście uwzględniające różnice w potrzebach zdrowotnych kobiet, mężczyzn i osób transpłciowych oraz przemoc wobec osób ze względu na ich płeć i tożsamość płciową czy działania mające na celu redukcję społecznej stygmatyzacji i dyskryminacji. UNAIDS w szczególności podkreśla ogromną rolę polityki praw człowieka w działaniach zmierzających do zakończenia epidemii HIV/AIDS. Winnie Byanyima, dyrektor wykonawcza tej organizacji, zaznacza:

Gdy dziewczętom odmawia się dostępu do edukacji, gdy przemoc ze względu na płeć pozostaje bezkarna, gdy ludzie mogą zostać aresztowani za to, kim są lub kogo kochają, a wizyta w placówce ochrony zdrowia staje się niebezpieczna ze względu na przynależność do danej społeczności – skutek jest taki, że osoby tracą dostęp do usług związanych z HIV. To właśnie te usługi ratują życie i są kluczowe dla zakończenia pandemii AIDS. Przepisy prawa, polityka i praktyki, które karzą, dyskryminują lub stygmatyzują ludzi, utrudniają dostęp do profilaktyki, testowania, leczenia i opieki związanej z HIV. Podobnie dzieje się w przypadku regulacji, które ograniczają działalność osób świadczących kluczowe usługi związane z HIV lub działających na rzecz reform¹⁴.

Profilaktyka skojarzona nie powinna być wprowadzana odgórnie przez państwo jako techniczny program jednego aktora, ponieważ jest procesem wymagającym „aktywnego zaangażowania oraz współpracy różnych sektorów i interesariuszy”, co otwiera „nowe przestrzenie polityczne na dialog i wspólne działanie”¹⁵. Dużym atutem jest konieczność włączenia do procesu jej projektowania i realizacji profilaktyki społeczności czy populacji, których ona ma dotyczyć¹⁶. Tradycyjne podejście do prewencji w państwowym dyskursie zdrowia publicznego

¹³ *Combination HIV Prevention...*, op. cit., s. 9.

¹⁴ *World AIDS Day Report 2024: Take the Rights Path to End AIDS*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva 2024, s. 2, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/take-the-rights-path-to-end-aids_en.pdf [dostęp: 21.07.2025]. Tłum. R.M.

¹⁵ *Combination HIV Prevention...*, op. cit., s. 11.

¹⁶ *Ibidem*, s. 8.

nie było włączające – dyscyplinowało społeczeństwo do większościowych konstrukcji moralności i „zdrowego rozsądku”. Francuski psycholog społeczny Alain Giami¹⁷ pisał, że w pierwszej dekadzie epidemii HIV/AIDS wyodrębniły się dwa podejścia dotyczące prewencji HIV w obszarze zdrowia publicznego: pierwsze – progresywne, zainteresowane badaniem tzw. kultur seksualnych w ich społecznych i kulturowych kontekstach, aby zaproponować odpowiednie środki prewencji dostosowane do praktyk społeczno-seksualnych tych kultur¹⁸; drugie – konserwatywne, stawiające na abstynencję i/lub monogamię. Konserwatywne podejście zdominowało wyobraźnię profilaktyczną wielu państw, a sprzęgnięte z neoliberalnym dyskursem indywidualnej odpowiedzialności ograniczyło politykę prewencji do kontroli zachowań jednostki i zarządzania społeczeństwem przez strach (przed odrzuceniem i śmiercią) oraz dyscyplinę (do „poprawnych” kodów społecznych). Profilaktyka skojarzona stawia w centrum osobę, populację, społeczność żyjącą tu i teraz – skuteczne działanie wyrasta z rozumienia lokalności, w tym praktyk i kodów populacji kluczowych i priorytetowych¹⁹.

Polskie socjolożki, Justyna Struzik i Agata Dziuban, przyglądając się europejskim politykom HIV/AIDS, posługują się antropologiczną kategorią „światów polityki”²⁰ (*policy worlds*), „ujmując[ą] politykę jako żywą, dynamiczną i zmienną rzeczywistość konstruowaną społecznie”, które to ramowanie umożliwia „krytyczną refleksję na temat różnorodnych – i stale zmieniających się – sposobów rozumienia i realizacji obywatelskości, zdrowia, praw, przynależności, solidarności i oporu”²¹. Transformacyjność i relacyjność to hasła definiujące charakter „bycia wspólnie”²², stąd też w krytycznej ramie pedagogicznej istotny

¹⁷ A. Giami, *Sexual health: the emergence, development, and diversity of a concept*, „Annual Review of Sex Research” 2002, vol. 13, issue 1, s. 5, <https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559801>.

¹⁸ R.G. Parker, G. Herdt, M. Carballo, *Sexual culture, HIV transmission, and AIDS research*, „The Journal of Sex Research” 1991, vol. 28, issue 1, s. 77–98, <https://doi.org/10.1080/00224499109551596>.

¹⁹ To, jakie grupy nazywa się populacjami priorytetowymi w kontekście HIV/AIDS zależy od lokalnej epidemiologii, stopnia podatności na zakażenie ze względu na jednostkowe czy strukturalne uwarunkowania oraz politykę zdrowia publicznego. Populacjami priorytetowymi bywają nazywane osoby migranckie i uchodźcze, heteroseksualne kobiety, kobiety w ciąży, młodzież i młodzi dorośli czy dzieci; *Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services*, World Health Organization, Geneva 2024, s. 78–79, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378162/9789240096394-eng.pdf?sequence=1> [dostęp: 21.05.2025].

²⁰ Zob. C. Shore, S. Wright, *Conceptualising policy: Technologies of governance and the politics of visibility*, [w:] *Policy worlds: Anthropology and the analysis of contemporary power*, eds. C. Shore, S. Wright, D. Però, Berghahn Books, New York–Oxford 2011, s. 1–26.

²¹ J. Struzik, A. Dziuban, *Epidemia HIV, oddolne mobilizacje i państwo-światy polityk HIV/AIDS w Polsce*, [w:] *HIVstorie. Żywe polityki HIV/AIDS w Polsce*, red. eadem, Kraków 2022, s. 12.

²² Kategoria francuskiego filozofa politycznego Jean-Luca Nancy’ego, teoretyzującego pojęcia wspólnoty i wspólnotowości, zob. *idem, Rozdzielona wspólnota*, wstęp T. Załuski, tłum. M. Gusin, T. Załuski, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2010.

będzie nacisk na kolektywne wypracowywanie polityki przeobrażeniowej. Skuteczne programy profilaktyczne będą zatem współtworzone przez grupy, do których są skierowane, a grupy ze zobiektywizowanych epidemiologicznie, pasywnych „populacji” przeistaczają się – w tak przyjmowanej ramie polityki – w obdarzone sprawstwem, autorefleksyjnością i inicjatywą „społeczności”. Opierająca się na dowodach tak medycznych, jak i społecznych progresywna polityka profilaktyczna będzie więc plastycznym podejściem do rzeczywistości praktykowanym w dynamicznej siatce znaczeń społecznych. Najbliższe takiemu rozumieniu profilaktyki czy też, innymi słowy – podkreślając polityczność tych działań informacyjno-edukacyjnych – uprawiania polityki profilaktycznej są projekty społecznościowe, korzystające z wiedzy lokalnej i zarządzane przez społeczności, w które celują. Działania te można nazwać żywą polityką profilaktyczną rozumianą jako

spосoby działania zakorzenione w doświadczeniu i języku danej populacji czy grupy, używające pierwszoosobowej i sojuszniczej narracji, podążające za doświadczeniami danej populacji, a przez to elastyczne, dostrajające się do zmieniających się kontekstów epidemiologicznych i coraz to nowych praktyk społeczno-seksualnych [np. chemseks wśród GBMSM²³ – R.M.]; biorące pod uwagę kontekst (polityczny, społeczny i ekonomiczny) przy projektowaniu taktyk i strategii informacyjno-edukacyjnych; wykorzystujące intersekcjonalne podejście; zakotwiczone w redukcji szkód²⁴.

Jednym z przykładów takiej żywej polityki profilaktycznej w kontekście polskim jest poznańska Przychodnia Stonewall, centrum zdrowia seksualnego współorganizowane przez społeczność LGBTQ+, prowadząca włączającą i solidarnościową edukację na temat zdrowia seksualnego, oferująca profilaktykę, diagnostykę i leczenie zakażeń w niestygmatyzujący, wspierający i uważny sposób, promująca pozytywną seksualność²⁵.

Polityczność profilaktyki

Wprowadzenie w 1996 r. HAART dla osób żyjących z wirusem zainicjowało duże zmiany w profilaktyce HIV/AIDS. Zakażenie HIV ze śmiertelnej choroby zmieniło się w przewlekły stan chorobowy, którym można zarządzać przez długie lata za pomocą leków. Wachlarz dostępnych²⁶, skutecznych metod prewencji HIV poszerzył się o technologie biomedyczne, jak TasP z niewykrywalną

²³ GBMSM, czyli geje, mężczyźni biseksualni oraz inni mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami.

²⁴ R. Majka, *Zdrowie seksualne w Polsce – zalecenia, praktyka i perspektywy*, „Przegląd Pedagogiczny” 2024, nr 1, s. 193, <https://doi.org/10.34767/PP.2024.01.12>.

²⁵ *Ibidem*, s. 193–194.

²⁶ Przynajmniej w rozwiniętych krajach regionu euroatlantyckiego.

wiremią, PrEP, profilaktykę poekspozycyjną²⁷ (PEP) czy narzędzia związane z redukcją szkód (*harm reduction*). Klasyczna profilaktyka HIV/AIDS podkreślała abstynencję, wierność czy prezerwatywę, czyli tzw. taktykę ABC (*abstinence, be faithful, condoms*); wspomniane nowe technologie biomedyczne skomplikowały, w sensie pozytywnym, profilaktyczny krajobraz, przynosząc redukcję lęku i strachu przed bliskością tak fizyczną, jak i seksualną, umożliwiając przejęcie sprawczości nad swoim życiem, m.in. przez bezpieczne rodzicielstwo²⁸. Wraz z nowymi technologiami – i dyskursami – prewencji: profilaktyką przedekspozycyjną, niewykrywalnością czy redukcją szkód, wybrzmiały w nowym kontekście tak krytyki naukowe biomedykalizacji ciała i seksualności²⁹, jak i „ludowe” obawy oraz kulturowe lęki związane z seksem bez zabezpieczenia, prawem do decydowania o własnym ciele bądź „oczekiwanym społeczeństwie” charakterem finansowanych z podatków publicznych interwencji w ramach terapii uzależnień. Dyskusja nad wprowadzeniem PrEP do publicznych systemów ochrony zdrowia w wielu krajach – jak również wśród populacji kluczowych, ujawniła głęboko zakorzenione napięcia między nauką a polityką. Przeciwnicy argumentowali, że ułatwiony dostęp do PrEP może prowadzić do „rozluźnienia norm obyczajowych”³⁰ i wzrostu zachowań seksualnych wiążących się z ryzykiem zakażenia HIV i innymi ZPDP. Podobne kontrowersje dotyczyły programów redukcji szkód, takich jak darmowa dystrybucja sterylnych igieł i strzykawek czy substytucyjna terapia opioidowa, kwestionowanych wciąż z powodów ideologicznych mimo ich potwierdzonej skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej. Widać zatem, że skuteczność strategii profilaktycznych zależy w dużym stopniu od szeroko pojętego kontekstu społeczno-politycznego. Takie zakorzenienie eksponuje polityczność profilaktyki HIV/AIDS, ukazując ją jako pole społecznych i ideologicznych napięć.

Interwencje profilaktyczne potrzebują sprawnej infrastruktury, rozumianej nie tylko jako „materialne sieci, ale ogół czynników społecznych, technologicznych, politycznych i kulturowych niezbędnych do [powołania do życia i – R.M.] utrzymania sprawnego funkcjonowania [tychże interwencji – R.M.]”³¹. Skuteczność

²⁷ Profilaktyka poekspozycyjna to metoda zapobiegania zakażeniu HIV po potencjalnej ekspozycji na wirusa. Polega na przyjmowaniu leków antyretrowirusowych przez 28 dni w celu zahamowania replikacji wirusa.

²⁸ Osoba żyjąca z HIV może spłodzić dziecko wolne od zakażenia wirusem pod warunkiem, że jest na terapii antyretrowirusowej. Współczesne, wysoko zaawansowane leki eliminują konieczność stosowania procedury odwirowywania nasienia w przypadku mężczyzn seropozytywnych.

²⁹ Zob. m.in. P. Preciado, *Mieszkanie na Uranie. Kroniki przeprawy*, tłum. i posłowie A. Araszkiewicz, Wydawnictwo Karakter, Kraków 2022, s. 133–137.

³⁰ W tym samym tonie kilkadziesiąt lat wcześniej toczyły się konserwatywne debaty wokół doustnej antykoncepcji hormonalnej dla kobiet – pigułki antykoncepcyjnej.

³¹ Ł. Afeltowicz, M. Wróblewski, *Socjologia epidemii. Wylaniające się choroby zakaźne w perspektywie nauk społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2021, s. 15.

nowoczesnych strategii profilaktycznych w dużej mierze zależy zatem od warunków strukturalnych i politycznych, w których są one wdrażane. O ile biomedyczne innowacje, takie jak PrEP, PEP czy TasP, stanowią przełom w redukcji transmisji HIV, ich rzeczywista dostępność i skuteczność są determinowane przez szereg czynników – od polityki zdrowotnej i regulacji prawnych, przez poziom finansowania publicznego, po społeczne i kulturowe postawy wobec HIV/AIDS oraz osób żyjących z wirusem. Podobnie w przypadku interwencji behawioralnych – skuteczność zależy od ich społecznej akceptacji i dostosowania do kontekstu kulturowego oraz specyfiki grup szczególnie narażonych na zakażenie. Nie bez znaczenia pozostaje tutaj rola organizacji społecznych i ruchów aktywistycznych, które od dekad nie tylko wymuszają zmiany polityczne (np. ACT UP w Stanach Zjednoczonych czy AIDES we Francji), ale także wprowadzają alternatywne modele opieki i edukacji zdrowotnej. Kampanie takie jak U = U³² – w Polsce kampania edukacyjno-społeczna „Niewykrywalni” zorganizowana w 2018 r. przez aktywistę gejowskiego Tomasza Siarę, czy oddolne inicjatywy dystrybucji PrEP (np. w społecznościowych ośrodkach zdrowia seksualnego we Francji), pokazują, że wiedza naukowa, strategie biomedyczne czy interwencje behawioralne muszą być osadzone w kontekście praw człowieka, równego dostępu do opieki zdrowotnej oraz walki z dyskryminacją. Skuteczna profilaktyka HIV/AIDS to bowiem nie tylko kwestia technologii i leków, ale również szeroko rozumianej polityki społecznej, która wymaga kompleksowego podejścia i uwzględnienia zróżnicowanych potrzeb oraz perspektyw osób najbardziej narażonych na zakażenie. Instytucjonalna polityka społeczna z pewnością powinna czerpać inspiracje z oddolnych ruchów społecznych i organizacji społecznościowych, budujących progresywną politykę profilaktyczną z doświadczeń osób bezpośrednio dotkniętych HIV/AIDS: żyjących z HIV, chorujących z powodu AIDS, ich rodzin czy osób sojuszników.

Podsumowanie. Wiedza = życie

Seksualność osób żyjących z HIV, przyjmowanie leków chroniących przed zakażeniem HIV czy działania mające na celu minimalizowanie negatywnych skutków konsumpcji substancji psychoaktywnych są upolityczniane przez konserwatywne dyskursy, co może prowadzić do dyskryminujących postaw społecznych oraz represyjnych regulacji instytucjonalnych. Historia aktywizmu HIV/AIDS uczy, że konserwatywna polityka profilaktyczna ze stygmatyzacją, kryminalizacją i dyskryminacją nie jest w stanie zapewnić dobrostanu zdrowotnego społeczeństwa. Skuteczną odpowiedź stanowi progresywna polityka profilaktyczna, poruszająca się w ramach praw człowieka, dostrzegająca wartość wiedzy lokalnej

³² Amerykańska Prevention Access Campaign wraz z organizacjami partnerskimi zapoczątkowała w 2016 r. aktywizm w tym obszarze.

i ekologii kontekstualnej, budująca infrastrukturę opartą o dowody naukowe. W 1987 r., w czasie kryzysu HIV/AIDS, amerykański kolektyw aktywistyczny ACT UP zaczął używać hasła „Milczenie = Śmierć” (*Silence = Death*) do piętnowania ignorancji, uprzedzeń i bierności politycznej tak instytucji publicznych, jak i społeczeństwa. Piętnując moralistyczne ramy, w jakich konserwatywna polityka interpretowała epidemię HIV/AIDS, aktywiści i aktywistki wskazywali, że AIDS to globalny kryzys zdrowia publicznego, a skuteczne reakcje muszą być pozbawione homofobii, rasizmu i nierówności w dostępie do leczenia. Kolejne lata przyniosły nowe rozwiązania (skuteczną terapię antyretrowirusową w 1996 r.) oraz nowe strategie prewencji (PrEP czy N = N) i świadomość, że dostęp do informacji oraz terapii może uratować życie. W zakorzenionym w doświadczeniach ruchu na rzecz praw osób żyjących z HIV i chorych z powodu AIDS hasło „Wiedza = Życie” (*Knowledge = Life*) zawierają się właściwie kluczowe założenia progresywnej polityki profilaktycznej: zasadność interwencji opierających się na prawach człowieka i intersekcyjnym rozumieniu lokalności, znaczenie dostępu do innowacyjnych metod prewencji jak PrEP i TasP, przeświadczenie o nieodzownej roli edukacji w zapobieganiu nowym zakażeniom czy konieczność upowszechniania rzetelnej wiedzy medycznej w celu przeciwdziałania stygmatyzacji i wykluczeniu osób żyjących z HIV oraz chorych z powodu AIDS.

Bibliografia

- Afeltowicz Ł., Wróblewski M., *Socjologia epidemii. Wylaniające się choroby zakaźne w perspektywie nauk społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2021.
- Bartnik M., Duski F., Gapiński M., Majka R., Put J., Wodowski G., *Redukcja szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych*, Stowarzyszenie MONAR Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Krakowie, Kraków 2024, http://www.monar.krakow.pl/pub/files/hr_internet.pdf [dostęp: 25.12.2024].
- Cohen M.S., Hellmann N., Levy J.A., DeCock K., Lange J., *The spread, treatment, and prevention of HIV-1: evolution of a global pandemic*, „Journal of Clinical Investigation” 2008, vol. 118, no. 4, s. 1244–1254, <https://doi.org/10.1172/JCI34706>.
- Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva 2010, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf [dostęp: 21.07.2025].
- Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services*, World Health Organization, Geneva 2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378162/9789240096394-eng.pdf?sequence=1> [dostęp: 21.07.2025].
- Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 Update*, World Health Organization, Geneva 2016, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379694/pdf/Bookshelf_NBK379694.pdf [dostęp: 13.12.2024].

- Dziuban A., Król A., *Język, stereotypy, zmiana. O społecznych konsekwencjach nazywania*, [w:] *Język, media, HIV. Obraz zakażenia i osób seropozytywnych w artykułach prasowych*, red. M. Mijas, M. Dora, M. Brodzikowska, S. Żołądek, Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat”, Kraków 2016, s. 27–42.
- Fast Track: Ending the AIDS Epidemic by 2030*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva 2014, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140925_Fast_Track_Brochure.pdf [dostęp: 11.12.2024].
- Giami A., *Sexual health: the emergence, development, and diversity of a concept*, „Annual Review of Sex Research” 2002, vol. 13, issue 1, s. 1–35, <https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559801>.
- Global AIDS Strategy 2021–2026. End Inequalities. End AIDS*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf [dostęp: 11.12.2024].
- Majka R., *Zdrowie seksualne w Polsce – zalecenia, praktyka i perspektywy*, „Przegląd Pedagogiczny” 2024, nr 1, s. 173–200, <https://doi.org/10.34767/PP.2024.01.12>.
- Nancy J.-L., *Rozdzielona wspólnota*, wstęp T. Załuski, tłum. M. Gusin, T. Załuski, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2010.
- Pan American Health Organization, *Combination HIV Prevention*, <https://www.paho.org/en/topics/combination-hiv-prevention> [dostęp: 5.01.2025].
- Parker R.G., Herdt G., Carballo M., *Sexual culture, HIV transmission, and AIDS research*, „The Journal of Sex Research” 1991, vol. 28, issue 1, s. 77–98, <https://doi.org/10.1080/00224499109551596>.
- PARTNER and PARTNER 2 studies*, 3.05.2019, i-base, <https://i-base.info/partner-study/> [dostęp: 21.07.2025].
- Piot P., Russel S., Larson H., *Good Politics, Bad Politics: The Experience of AIDS*, „American Journal of Public Health” 2007, vol. 97, no. 11, s. 1934–1936, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.121418>.
- Preciado P.B., *Mieszkanie na Uranie. Kroniki przeprawy*, tłum. i posłowie A. Araszkiewicz, Wydawnictwo Karakter, Kraków 2022.
- Shore C., Wright S., *Conceptualising policy: Technologies of governance and the politics of visibility*, [w:] *Policy worlds: Anthropology and the analysis of contemporary power*, eds. C. Shore, S. Wright, D. Però, Berghahn Books, New York–Oxford 2011, s. 1–26.
- Struzik J., Dziuban A., *Epidemia HIV, oddolne mobilizacje i państwo-światy polityk HIV/AIDS w Polsce*, [w:] *HIVstorie. Żywe polityki HIV/AIDS w Polsce*, red. J. Struzik, A. Dziuban, Nomos, Kraków 2022, s. 11–31.
- United Nations General Assembly, 75/284. *Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030*, Resolution adopted by the General Assembly on 8 June 2021, <https://docs.un.org/en/A/RES/75/284> [dostęp: 12.12.2024].
- World AIDS Day Report 2024: Take the Rights Path to End AIDS*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva 2024, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/take-the-rights-path-to-end-aids_en.pdf [dostęp: 21.07.2025].