



ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ДЛЯ АЗИИ И ТИХОГО ОКЕАНА

Шестьдесят первая сессия  
12-18 мая 2005 года  
Бангкок

**ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И МЕРОПРИЯТИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ:  
НОВЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

(Пункт 3с предварительной повестки дня)

**ДОКЛАД ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ДЕКЛАРАЦИИ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЕЛУ  
БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИДОМ И ОБ АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКОМ ФОРУМЕ  
ЛИДЕРОВ ПО ВИЧ/СПИДУ И РАЗВИТИЮ**

*Записка секретариата*

**РЕЗЮМЕ**

На двадцать шестой специальной сессии Генеральной Ассамблеи по ВИЧ/СПИДУ, состоявшейся в Нью-Йорке в июне 2001 года, 189 государств-членов приняли Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДОМ. Комиссия на втором этапе своей пятьдесят девятой сессии, прошедшем в Бангкоке 1-4 сентября 2003 года, в своей резолюции 59/1 от 4 сентября 2003 года просила секретариат представить доклад о ходе осуществления в регионе ЭСКАТО Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДОМ.

В разделе I настоящего документа оценивается общий прогресс в регионе ЭСКАТО и указываются основные недостатки в процессе достижения целей, установленных в Декларации о приверженности. Несмотря на значительный прогресс в достижении этих целей, остаются нерешенными многие задачи. Правительства в регионе ЭСКАТО в сотрудничестве с международными органами, государственным и частным секторами и образованиями гражданского общества должны будут активизировать свои усилия для достижения более весомых результатов и целей на 2005 год, установленных в Декларации.

Сильное руководство на всех уровнях общества является исключительно важным для эффективного реагирования на эту эпидемию. В разделе II этого документа освещается работа Азиатско-Тихоокеанского форума лидеров по ВИЧ/СПИДУ и развитию в качестве одного из примеров мобилизации инициатив лидеров в рамках регионального механизма.

СОДЕРЖАНИЕ

*Стр.*

ВВЕДЕНИЕ .....	1
I. ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЕЛУ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИДОМ: ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ В АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКОМ РЕГИОНЕ .....	1
A. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДОМ.....	1
B. Региональные обязательства и действия .....	2
C. Национальные обязательства и действия .....	5
II. АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ ФОРУМ ЛИДЕРОВ ПО ВИЧ/СПИДУ И РАЗВИТИЮ.....	14
A. Учреждение форума .....	14
B. Достижения на уровне стран .....	17
C. Межстрановые достижения .....	18
D. Подготовка информационных и пропагандистских материалов .....	19
E. Следующие шаги.....	19
F. Роль ЭСКАТО .....	20
III. ВЫВОДЫ.....	21
Источники.....	23

## ВВЕДЕНИЕ

1. На конец 2004 года в Азиатско-тихоокеанском регионе проживало свыше 9 млн. человек, инфицированных ВИЧ/СПИДом. Эта болезнь пустила глубокие корни в регионе, где проживает свыше 600 млн. молодых людей, относящихся к группе высокого риска (ЭСКАТО, 2003 год).
2. Эта эпидемия может обратить вспять социально-экономический прогресс, достигнутый в большинстве стран и областей в регионе за последние пять десятилетий, если не будут приняты всеобъемлющие ответные меры. Чтобы такой ответ был успешным, правительствам регионе необходимо создать благоприятные условия для применения многосекторального подхода к ВИЧ/СПИДу как к одной из задач развития.
3. В последние годы многие правительства в Азиатско-тихоокеанском регионе признали наличие предстоящих задач и начали действовать. В настоящем документе представлена последняя информация о прогрессе, достигнутом в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом в регионе.
4. В разделе I оценивается общий прогресс в регионе и указываются основные недостатки в ходе выполнения задач, поставленных в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой на двадцать шестой специальной сессии Генеральной Ассамблеи по ВИЧ/СПИДу, которая состоялась в июне 2001 года. Комиссия в ходе второго этапа своей пятьдесят девятой сессии, проходившего в Бангкоке 1-4 сентября 2003 года, в своей резолюции 59/1 от 4 сентября 2003 года просила секретариат выявить недостатки в ходе осуществления, особенно в том, что касается политической воли и обязательств в отношении ресурсов.
5. В разделе II освещается работа Азиатско-Тихоокеанского форума лидеров по ВИЧ/СПИДу и развитию (АТФЛ) в качестве одного из примеров мобилизации инициатив лидеров в рамках регионального механизма. Здесь также содержится информация об учреждении этого форума и его достижениях.

### **I. ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЕЛУ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИДОМ: ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ В АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКОМ РЕГИОНЕ**

#### **A. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом**

6. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом – это коллективный перспективный план 189 государств-членов, принятый в качестве первого шага на пути к созданию глобального альянса против СПИДа. Этот альянс охватывает частный сектор и гражданское общество, включая организации людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, и организации, основанные на вере.
7. В Декларации установлены конкретные и ограниченные временными рамками задачи в 11 областях, касающихся ВИЧ/СПИДа: руководство; профилактика; уход, поддержка и лечение; ВИЧ/СПИД и права человека; уменьшение уязвимости; дети, ставшие сиротами и оказавшиеся в уязвимом положении в результате ВИЧ/СПИДа; ослабление социальных и экономических последствий; научные исследования и разработки; ВИЧ и СПИД в регионах, затронутых конфликтами и стихийными бедствиями; ресурсы; и последующие меры.

8. В 2003 году ЮНЭЙДС выпустила первый доклад о ходе глобальных мер в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа. Для измерения прогресса ЮНЭЙДС разработала 22 основных показателя, охватывающих глобальные/региональные обязательства и действия, национальные обязательства и действия, национальные программы и поведение и национальные последствия. Данные были получены от 103 стран и районов, включая 27 членов и ассоциированных членов ЭСКАТО.

9. Готовится второй доклад ЮНЭЙДС о глобальном прогрессе, который будет выпущен во второй половине 2005 года.

## **В. Региональные обязательства и действия**

10. Декларация о приверженности четко указывает на важное значение регионального, субрегионального и межрегионального сотрудничества в поддержку усилий на уровне стран (Организация Объединенных Наций, 2001 год, пункты 39-43).

11. Для содействия выполнению задач, поставленных в Декларации, Генеральный секретарь заручился поддержкой четырех специальных посланников по ВИЧ/СПИДу, чтобы пропагандировать основные вопросы и активизировать борьбу с ВИЧ/СПИДом в Африке, Азиатско-Тихоокеанском регионе, Карибском бассейне и Восточной Европе.

12. Д-р Нафис Садик в официальном качестве Специального посланника Генерального секретаря по ВИЧ/СПИДу в Азиатско-Тихоокеанском регионе выступает важным пропагандистом борьбы с ВИЧ/СПИДом в регионе ЭСКАТО, совершая многочисленные поездки по региону и проводя консультации с широким кругом заинтересованных сторон.

### **1. ЭСКАТО: укрепление региональных обязательств**

13. Правительства членов и ассоциированных членов ЭСКАТО, являющиеся крупнейшей региональной комиссией Организации Объединенных Наций, начали проводить конкретные региональные меры по борьбе с пандемией ВИЧ/СПИДа в Азиатско-Тихоокеанском регионе.

14. В ходе подготовки к специальной сессии Генеральной Ассамблеи по ВИЧ/СПИДу, которая должна была состояться в июне 2001 года, Комиссия приняла резолюцию 57/1 от 25 апреля 2001 года, содержащую общерегиональный призыв к действиям по борьбе с вирусом иммунодефицита человека/синдромом приобретенного иммунодефицита в Азиатско-Тихоокеанском регионе, что свидетельствовало о проявлении обеспокоенности по поводу ВИЧ/СПИДа на самом высоком в регионе межправительственном форуме по экономическому и социальному развитию.

15. После этого исторического решения Комиссии в рамках главной темы ее пятьдесят девятой сессии, второй этап которой состоялся в Бангкоке 1-4 сентября 2003 года, была глубоко рассмотрена проблемы ВИЧ/СПИДа как задачи экономического и социального развития, что свидетельствовало об изменении доминирующей медицинской концепции о ВИЧ/СПИДе. Президент Ботсваны, выступая в качестве специального гостя Комиссии на этой сессии, настоятельно рекомендовал, чтобы регион ЭСКАТО безотлагательно изучил тяжелые уроки африканской пандемии. Комиссия приняла резолюцию 59/1 о региональных действиях в осуществление Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, в которой она настоятельно призвала членов и ассоциированных членов ЭСКАТО, среди

прочего, осуществить эту Декларацию и в ответ на пандемию ВИЧ/СПИДа взять на себя политические обязательства на самых высоких уровнях принятия решений.

16. Комиссия в своей резолюции 60/1, содержащей Шанхайскую декларацию, и резолюции 60/2, содержащей региональный призыв к действиям в целях укрепления системы здравоохранения, принятых 28 апреля 2004 года, четко отразила общую решимость 62 правительств членом и ассоциированных членом ЭСКАТО разрабатывать всеобъемлющие меры по борьбе с ВИЧ/СПИДом и другими серьезными заболеваниями, в том числе расширения наличия доступных по цене и качественных лекарств, также путем наращивания потенциала в области здравоохранения.

## **2. Процесс осуществления резолюций ЭСКАТО, касающихся ВИЧ**

17. Во исполнение резолюций 57/1 и 59/1 секретариат в сотрудничестве с правительством Таиланда, представителями гражданского общества и частного сектора выступил с инициативой создания модели партнерских связей между государственным и частным секторами и общинами в поддержку предоставления медико-санитарных услуг людям, инфицированным ВИЧ/СПИДом. Через региональный ресурсный орган члены ЭСКАТО будут ознакомлены с механизмом обеспечения доходов и полученными уроками.

18. В декабре 2004 года секретариат завершил долгосрочный проект по профилактике ВИЧ, в котором участвовали шесть стран: Бангладеш, Индия, Камбоджа, Китай, Лаосская Народно-Демократическая Республика и Непал. Этот проект расширил возможности правительств и гражданского общества для того, чтобы составлять и выполнять эффективные программы профилактики ВИЧ, ориентированные на молодежь, с использованием жизненных навыков и отношений между сверстниками. Свыше тысячи подготовленных в рамках этого проекта инструкторов провели работу среди свыше 20 000 молодых людей в неформальной обстановке путем организации обучения в общинах и уличных представлений.

19. Кроме того, с целью изучения связей между наркоманией и ВИЧ/СПИДом секретариат поддерживал экспериментальные учебные программы, направленные против наркомании во Вьетнаме, Лаосской Народно-Демократической Республике, Таиланде и китайской провинции Юннань. В этих программах приняли участие свыше 17 000 человек. Последним мероприятием секретариата в январе 2005 года в поддержку многосекторального подхода стал проект по улучшению состояния здоровья и уменьшению уязвимости перед заражением ВИЧ среди водителей дальних маршрутов в субрегионе Большого Меконга.

20. В целях реализации инициатив по укреплению политической воли к проведению эффективных мер борьбы с ВИЧ/СПИДом секретариат вместе с правительствами Австралии и Таиланда и ЮНЭЙДС оказал поддержку второй Азиатско-Тихоокеанской конференции министров по ВИЧ/СПИДу, состоявшейся в Бангкоке 11 июля 2004 года, во исполнение Программы лидерства пятнадцатой Международной конференции по СПИДу, проведенной в Бангкоке 11-16 июля 2004 года. Министры из 38 стран приняли участие в этом Совещании министров и приняли совместное заявление министров. Секретариат совместно с АТФЛ и ЮНЭЙДС организовал практикум по обмену знаниями между старшими советниками, сопровождавшими министров на Совещании, которое касалось многосекторальных действий по борьбе с ВИЧ/СПИДом и было проведено в Бангкоке 12 июля 2004 года.

21. Секретариат содействует включению проблем ВИЧ/СПИДа в региональные планы в области здравоохранения и развития, о чем свидетельствует включение ВИЧ/СПИДа в качестве приоритетной области действий в Региональную основу стратегических действий: содействие здравоохранению и устойчивому развитию. Эта Основа была принята на первой сессии Подкомитета по здравоохранению и развитию, состоявшейся в Бангкоке 1-3 декабря 2004 года и ставшей первым межправительственным совещанием по вопросам здравоохранения и развития в регионе ЭСКАТО.

### **3. Другие региональные/субрегиональные инициативы в регионе ЭСКАТО**

22. Ниже освещаются другие важные региональные или субрегиональные инициативы в поддержку действий, касающихся Декларации о приверженности.

23. Вскоре после принятия Декларации правительство Австралии организовало 9 и 10 октября 2001 года в Мельбурне, Австралия, первое Азиатско-Тихоокеанское совещание министров по ВИЧ/СПИДу. Главными итогами этого совещания, во-первых, были обязательства принятые министрами правительств 33 членом и ассоциированных членом ЭСКАТО по укреплению многосекторальных подходов и партнерских связей на общинном, национальном, трансграничном и региональном уровнях и, во-вторых, была разработана концепция АТФЛ.

24. На втором Совещании министров, проведенном параллельно с пятнадцатой Международной конференцией по СПИДу, были проанализированы результаты, достигнутые с момента проведения первого совещания. Была отмечена «необходимость ускорения эффективного осуществления программ для обеспечения равного доступа для всех к возможностям профилактики, лечения и ухода». Кроме того, министры взяли на себя обязательство «принимать меры для повышения политической и юридической готовности, мобилизации ресурсов и поощрения общин» (неофициальный перевод) (АРММ 2, 2004, para. 14).

25. Важным итогом второго Совещания стало подтверждение готовности правительств-участников выполнить задачи Декларации. Было подчеркнута особое значение проведения последующих мер во исполнение касающихся ВИЧ/СПИДа резолюций Комиссии 57/1 от 25 апреля 2001 года, 59/1 от 4 сентября 2003 года и 60/1 и 60/2 от 28 апреля 2004 года.

26. На седьмом Саммите АСЕАН, проведенном в Бандар - Сери - Бегаване 5 и 6 ноября 2001 года, главы государств и правительств стран АСЕАН приняли Декларацию седьмого Саммита АСЕАН по ВИЧ/СПИДу. В этой Декларации содержатся обширные ссылки на Декларацию о приверженности и подчеркивается необходимость активизации национальных, региональных и международных усилий по борьбе с ВИЧ/СПИДом на всеобъемлющей основе. Седьмой Саммит АСЕАН принял Программу работы АСЕАН по ВИЧ/СПИДу, которая станет руководством к действию для правительств в их мерах по борьбы с ВИЧ/СПИДом на национальном и региональном уровнях.

27. Вьентьянская программа действий, принятая на десятом Саммите АСЕАН, проведенном во Вьентьяне 29 и 30 ноября 2004 года, вновь подтвердила решимость АСЕАН остановить распространение ВИЧ/СПИДа и уменьшить наносимый им и другими инфекционными болезнями вред. Эта программа предусматривает разработку и осуществление третьей Программы работы АСЕАН по ВИЧ/СПИДу на период 2005-2010 годов.

28. Южноазиатский межрелигиозный совет по ВИЧ/СПИДу – еще одна важная инициатива религиозных лидеров для обеспечения руководства и мобилизации общин ресурсов в ответ на усиливающийся кризис ВИЧ/СПИДа, особенно среди молодых людей. ЮНИСЕФ организовала первое совещание этого Совета в Дели 19-21 ноября 2004 года.

29. Ассоциация регионального сотрудничества стран Южной Азии разрабатывает стратегию по борьбе с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом. Мероприятия по ВИЧ/СПИДу координируются Туберкулезным центром СААРК, находящимся в Бхактапуре, Непал.

30. На первой Азиатско-Тихоокеанской конференции женщин и девочек по передовым методам борьбы с ВИЧ/СПИДом, проведенной в Исламабаде 29 ноября – 1 декабря 2004 года, была принята Исламабадская программа изменений–2004, в которой подчеркивается, что в основе всех мер по борьбе с этой эпидемией должны находиться фундаментальные права всех женщин, мужчин, девочек и мальчиков, инфицированных или испытывающих последствия ВИЧ/СПИДа.

31. Вторая Тихоокеанская региональная стратегия по ВИЧ/СПИДу на 2004-2008 годы включает все элементы декларации о приверженности и отражает особые потребности Тихоокеанского субрегиона. На Форуме лидеров тихоокеанских островных стран, прошедшем в Апия в августе 2004 года, главы правительств всех тихоокеанских стран одобрили эту Стратегию, разработанную в тесном сотрудничестве с заинтересованными сторонами во всех тихоокеанских странах и территориях.

32. Первое совещание Тихоокеанской ассамблеи парламентариев по народонаселению, развитию и роли тихоокеанских парламентариев в борьбе против ВИЧ/СПИДа, состоявшееся в Суве 11-13 октября 2004 года, стало важным форумом для мобилизации парламентариев на борьбу с ВИЧ/СПИДом.

### **С. Национальные обязательства и действия**

33. В докладе о ходе глобальных мер по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа за 2003 год для измерения достигнутого прогресса в отношении национальных обязательств и действий ЮНЭЙДС в качестве показателей использовала объем национальных государственных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом и осуществление государственной политики в отношении ВИЧ/СПИДа.

34. ЮНЭЙДС определила четыре ключевых направления политики для эффективных национальных действий: разработка, осуществление и актуализация стратегических национальных планов по СПИДу; предупреждение передачи ВИЧ; защита и поддержка прав человека и уход и поддержка для людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом (ЮНЭЙДС, 2003).

35. Ниже предлагается обзор ответов на вопросник по составному индексу национальной политики в отношении правительственных мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом в период 2002-2004 годов (ЮНЭЙДС, 2004с), представленные ЮНЭЙДС 15 членами ЭСКАТО, а именно: Бангладеш, Камбоджей, Китаем, Индией, Индонезией, Лаосской Народно-Демократической Республикой, Мьянмой, Непалом, Пакистаном, Папуа-Новой Гвинеей, Фиджи, Филиппинами, Шри-Ланкой и Таиландом (здесь и далее указываются как «респонденты из региона ЭСКАТО»).

36. В этом разделе также предлагается обзор инициатив национальных лидеров в регионе ЭСКАТО в качестве важного компонента всеобъемлющих национальных мер.

### **1. Ассигнования из национальных бюджетов на борьбу с ВИЧ/СПИДом**

37. Декларация о приверженности призывает увеличить ассигнования из национальных бюджетов на программы по ВИЧ/СПИДу. Хотя многие правительства в регионе увеличили бюджетные ассигнования на борьбу с ВИЧ/СПИДом в период после 2001 года, этого недостаточно для выполнения всеобъемлющих национальных программ по ВИЧ/СПИДу.

38. В Юго-Восточной Азии, за исключением Таиланда, объем ассигнований внутренних ресурсов не отражает ту приоритетность, которой обычно наделяется ВИЧ/СПИД. Одна страна, где резко увеличилось число инфицированных ВИЧ, согласно оценкам, в 2002 году истратила всего 3,4 млн. долларов США из внутренних государственных фондов на борьбу с ВИЧ/СПИДом (ЮНЭЙДС, 2003).

39. Только несколько правительств в регионе ЭСКАТО продемонстрировали твердую решимость устранить нехватку ресурсов. Китай более чем в 2 раза увеличил свой бюджет по борьбе с ВИЧ/СПИДом – с приблизительно 390 млн. юаней в 2003 году до 810 млн. юаней в 2004 году (State Council AIDS Working Committee Office/United Nations Theme Group on HIV/AIDS in China, 2004).

40. Российская Федерация, где эпидемия уже пустила глубокие корни и отмечаются одни из самых высоких в регионе ЭСКАТО темпов распространения, относится к 7 странам со средними доходами, на которые в 2002 году приходилось 75 процентов глобальных внутренних расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом (ЮНЭЙДС, 2003). Эта тенденция не отражается в Центральной Азии, где, несмотря на угрожающий рост эпидемии, правительства выделяют относительно небольшие суммы на мероприятия, касающиеся ВИЧ/СПИДа.

### **2. Стратегические национальные планы по СПИДу**

41. Декларация о приверженности предусматривает, что все страны к 2003 году должны были разработать и осуществить стратегические национальные планы по СПИДу. Многие страны с высокими коэффициентами распространения болезни в регионе ЭСКАТО уже разработали национальные планы, включая многосекторальные стратегии по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

42. Премьер-министр Вьетнама в марте 2004 года утвердил первую национальную стратегию по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа, рассчитанную до 2010 года с перспективой продления до 2020 года. Эта стратегия поддерживает многосекторальный подход к борьбе с ВИЧ/СПИДом и мобилизации на эту борьбу всех слоев общества (ЮНЭЙДС, 2004е).

43. В большинстве стран функционируют национальные органы по ВИЧ/СПИДу, поддерживающие взаимодействие между правительством, частным сектором и гражданским обществом. Индийская национальная организация по борьбе со СПИДом в своем докладе за 2002-2004 годы подчеркнула, что наращивание партнерских связей является важнейшим элементом многосекторальных мер правительства в ответ на ВИЧ/СПИД. Эта организация содействует вовлечению заинтересованных сторон из различных секторов, таких, как



образование, оборона, рабочая сила, вопросы молодежи, железные дороги, промышленность, транспорт, развитие сельских районов, социальная справедливость и расширение прав и возможностей людей, в целях оптимизации мер Индии в ответ на СПИД.

44. По мере распространения эпидемии страны региона все больше признают необходимость пересмотра и обновления своих национальных планов. Индонезийский национальный совет по СПИДу в апреле 2003 года разработал новую многосекторальную стратегию по СПИДу на основе консультаций и с участием представителей гражданского общества, провинций, частного сектора и людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом (ЮНЭЙДС, 2003). Министерство здравоохранения Камбоджи в 2004 году пересмотрело свой стратегический план по ВИЧ/СПИДу и отразило в нем расширение потребностей по профилактике новых тенденций и потребностей в разностороннем уходе и лечении, включая предоставление антиретровирусных лекарств (ЮНЭЙДС, 2004f).

45. Тем не менее во многих странах региона ЭСКАТО стратегические планы еще не претворяются во всеобъемлющие действия, что объясняется, среди прочего, недостаточной политической волей, дефицитом финансовых ресурсов и недостатком человеческого и организационного потенциала.

46. Цунами, случившиеся 26 декабря 2004 года, высветило непонимание гуманитарной общественностью, необходимости включения аспектов ВИЧ/СПИДа в меры в ответ на чрезвычайные ситуации. ЮНЭЙДС активизировала свою работу с национальными органами по СПИДу в Индии, Индонезии, Таиланде и Шри-Ланке в целях удовлетворения потребностей в лечении людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом и уходе за ними в ходе усилий по оказанию помощи и восстановлению в чрезвычайных ситуациях.

### 3. Профилактика ВИЧ

47. Уменьшение коэффициентов распространения ВИЧ среди молодых мужчин и женщин (в возрасте от 15 до 24 лет) лежит в основе целей по профилактике ВИЧ, установленных в Декларации о приверженности. Ответы на вопросник по индексу национальной политики из региона ЭСКАТО свидетельствуют о том, что уже разработаны меры или стратегии для распространения информации, поддержки образования и связи по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС, 2004d).

48. Камбоджа предпринимает целый ряд усилий по включению аспектов ВИЧ/СПИДа в мероприятия министерства образования, молодежи и спорта. Лаосская Народно-Демократическая Республика стремится обеспечить к 2010 году информированность всего общества о ВИЧ/СПИДе (ЮНЭЙДС, 2003). Это достаточно важное начинание ввиду множества этнических групп, каждая из которых имеет свой язык и культурные ценности.

49. Во многих частях региона ЭСКАТО по-прежнему наблюдается низкий уровень знаний и навыков среди молодых людей в отношении безопасного поведения для предупреждения ВИЧ. Вануату, Индия, Индонезия, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Мьянма, Непал, Таиланд и Тимор-Лешти находятся на различных этапах организации обучения жизненным навыкам в школах. Бангладеш недавно объявила, что вопросы ВИЧ/СПИДа будут включены в 2005 году в учебные программы средних школ (*Khaleej Times*, 2005).

50. Лишь несколько стран предоставили подробную информацию о мерах, нацеленных на группы с высоким или увеличивающимся коэффициентом инфицирования ВИЧ. Непал при помощи международных доноров осуществляет стратегии профилактики, предназначенные для работников секс-индустрии, их клиентов и пользующихся шприцами наркоманов. Сообщается, что Индонезия разрабатывает национальную стратегию по профилактике ВИЧ среди иностранных мигрантов (ЮНЭЙДС, 2003).

51. ЮНЭЙДС с 2002 года оказывает поддержку министерствам обороны и внутренних дел/юстиции в осуществлении программ профилактики, предназначенных для молодых военнослужащих мужчин и женщин. Программы в Бангладеш, Вьетнаме, Индии, Индонезии, Китае, Лаосской Народно-Демократической Республике, Монголии, Мьянме, Папуа – Новой Гвинее, на Фиджи, Филиппинах и Шри-Ланке находятся на различных этапах осуществления. Эти программы предусматривают, чтобы вопросы профилактики ВИЧ/СПИДа включались в базовые учебные программы для всех новобранцев, пополняющих ряды вооруженных сил и полиции.

52. Большинство респондентов из региона ЭСКАТО указали на то, что они планируют расширять доступ к профилактическим средствам, включая использование презервативов, добровольные консультации и анализы, лечение венерических болезней и расширение лечения антиретровирусными лекарствами (АРВ) для предупреждения передачи инфекции от матерей детям. В Китае в июле 2004 года шесть министерств и департаментов совместно выпустили стратегию, направленную на обеспечение 100-процентного использования презервативов среди групп населения высокого риска (State Council AIDS Working Committee Office/United Nations Theme Group on HIV/AIDS in China, 2004).

53. В Казахстане в период 2001-2002 годов более, чем удвоилось число шприцев, распределяемых среди пользующихся ими наркоманами. За этот же период вдвое увеличилось число распространяемых презервативов, а в 2002 году открылось 69 новых пунктов для прохождения добровольного консультирования и анализов (ЮНЭЙДС, 2003).

54. Только 78 процентов из азиатских респондентов сообщили о проведении профилактических мер по предупреждению передачи инфекции от матерей детям (ЮНЭЙДС, 2003). Этот вопрос заслуживает особого внимания с учетом того, что в нескольких странах региона передача ВИЧ от матерей детям возникла как одна из серьезных проблем здравоохранения.

55. Наряду с тем, что все больше внимания уделяется поддержке людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, и уходу за ними, есть насущная потребность в сохранении твердой приверженности делу профилактики. Профилактические программы и усилия можно укрепить за счет налаживания связей между лечением ВИЧ и профилактическими программами. Это позволит расширить обе эти сферы. Результаты недавних исследований свидетельствуют, что сочетание услуг в этих сферах – наиболее эффективный способ сокращения числа новых инфицированных и смертей. Оценки по странам Африки, расположенным к югу от Сахары, показывают, что путем интеграции услуг профилактики и ухода к 2020 году можно предотвратить свыше 29 млн. новых случаев инфицирования и 10 млн. смертей (WHO/UNAIDS, 2005).

56. Лечение предлагает возможности для укрепления профилактики. В то же время увеличение инвестиций в профилактику необходимо для обращения вспять этой эпидемии.

#### 4. Уход, поддержка и лечение

57. Декларация о приверженности призывает к 2003 году разработать национальные стратегии по оказанию всестороннего ухода, поддержки и лечения людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом. Большинство респондентов из региона ЭСКАТО отметили, что они обеспечивают всестороннюю поддержку и уход за людьми, инфицированными ВИЧ/СПИДом (ЮНЭЙДС, 2004d).

58. Эти услуги включают медицинский и психо-социальный уход и лечение венерических болезней. Качество жизни людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, можно значительно повысить, если они будут поддерживать друг друга, в том числе при оказании ухода в семье и поддержке антиретровирусной терапии и лечения оппортунистических инфекций. В Таиланде в рамках программы, координируемой организацией «Врачи без границ», Бельгия, более чем в 120 больницах оказывается поддержка людям, инфицированным ВИЧ/СПИДом.

59. В Восточной, Южной и Юго-Восточной Азии на конец 2004 года 100 000 человек проходили лечение. Это в два раза больше, чем отмечалось за шесть месяцев до этого (WHO/UNAIDS, 2005).

60. В Китае на конец июня 2004 года 10 388 зараженных СПИДом пациентов в 18 провинциях получали бесплатные препараты АРВ. Китай в 2005 году планирует бесплатно предоставить АРВ 20 000 – 30 000 пациентам, больных СПИДом (*People's Daily Online*, 2004).

61. Правительство Индии во Всемирный день борьбы со СПИДом в 2003 году объявило о том, что начиная с 1 апреля 2004 года оно предоставит АРВ 100 000 людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом. С тех пор Индия предоставляет АРВ в государственных больницах в шести штатах с высокими коэффициентами больных СПИДом: Андхра Прадеш, Карнатака, Махараштра, Манипур, Нагалэнд и Тамил Наду (ВОЗ, 2003).

62. Камбоджа – одна из стран, добившихся значительного прогресса в распространении АРВ. На конец 2004 года в этой стране АРВ обеспечивались свыше 10 процентов людей, нуждающихся в этом лечении.

63. Таиланд стал лидером в регионе ЭСКАТО в том, что касается расширения доступа к услугам по уходу и лечению людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом. В рамках национальных программ на всесторонней политической основе, охватывающих таких людей и гражданское общество в качестве основных участников, в первой половине 2005 года правительство Таиланда планирует предоставлять АРВ как минимум 50 процентам инфицированных ВИЧ людей, которые в нем нуждаются. Это будет более чем трехкратное увеличение: с 13 000 людей, получавших АРВ в начале 2003 года, до свыше 50 000 человек в 2005 году (WHO/UNAIDS, 2005).

64. Несмотря на впечатляющие масштабы обязательств, многое еще предстоит сделать в предстоящие годы. На Восточную, Южную и Юго-Восточную Азию в целом приходится 22 процента взрослых людей в мире, которые нуждаются в таком лечении, но не получают его (WHO/UNAIDS, 2005).

65. Особую обеспокоенность вызывает стоимость медицинских препаратов АРВ. По данным на середину 2004 года, стоимость лекарств АРВ составляла 43 процента из общего

объема ресурсов, необходимых для лечения людей в 2005 году в рамках инициативы ВОЗ/ЮНЭЙДС «3 к 5» (WHO/UNAIDS, 2005).

66. Совершенствование инфраструктуры, включая потенциал людских ресурсов, для обеспечения ухода и лечения имеет важнейшее значение для расширения доступа к лекарствам АРВ. Налаживание партнерских связей между людьми, инфицированными ВИЧ/СПИДом, государственным и частным секторами и гражданским обществом имеет главное значение для решения предстоящих задач.

## 5. ВИЧ/СПИД и права человека

67. Декларация о приверженности рекомендует странам принять и укрепить законы и обеспечить их соблюдение для устранения всех форм дискриминации в отношении людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, и борьбы со стигматизацией и социальной изоляцией людей, инфицированных ВИЧ.

68. Удалось добиться некоторого прогресса в отношении законов и положений, защищающих этих людей от дискриминации. Например, новый закон в Китае (август 2004 года), запрещающий дискриминацию в отношении людей, инфицированных заразными заболеваниями, широко приветствовался в качестве важного шага для противостояния жестокому обращению и дискриминации в связи с инфицированием ВИЧ (Human Rights Watch, China, 2004).

69. Азиатско-Тихоокеанский регион находится на весьма низком уровне в том, что касается законов против дискриминации уязвимых групп населения (ЮНЭЙДС, 2003). Заметным исключением в этом случае является Камбоджа. Министерство по делам женщин в Камбодже в 2001 году разработало национальную политику по поддержке прав женщин и девочек, рискующих заразиться ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2003). Кроме того, Камбодже удалось добиться определенного прогресса в обеспечении уязвимых слоев населения равными возможностями для доступа к услугам по профилактике ВИЧ.

70. Для обеспечения эффективности юридической реформы с учетом потребностей в отношении ВИЧ/СПИДа такие меры должны быть частью систематических национальных действий в ответ на эпидемию. В Папуа – Новой Гвинее на основе парламентского закона в 1997 году был создан Национальный совет по СПИДу. Папуа – Новая Гвинея в 2002 году ввела в действие антидискриминационный закон, затем в 2003 году – закон по предупреждению и лечению ВИЧ/СПИДа, в котором подчеркивается важное значение соблюдения прав человека, а в 2004 году был сформирован парламентский комитет по ВИЧ/СПИДу.

71. Однако в большинстве стран и районов региона ЭСКАТО нет законов и положений, защищающих от дискриминации людей, особенно уязвимых перед ВИЧ/СПИДом, включая людей, чье поведение относит их к группе высокого риска (ЮНЭЙДС, 2004d). Во многих случаях наркоманы, использующие шприцы, работники секс-индустрии и их клиенты, а также мужчины, вступающие в половые связи с мужчинами, недостаточно охвачены национальными мерами в ответ на СПИД, прежде всего в том, что касается профилактики ВИЧ.

## 6. Национальное руководство

72. Одно из самых серьезных препятствий для разработки эффективных национальных мер в ответ на СПИД заключается в нехватке политической воли для борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа или даже для того, чтобы обсуждать эту проблему. Только в последние годы усиливается политическая воля в странах, больше других пострадавших от эпидемии. Три наиболее населенные страны добились значительных достижений на уровне руководства. Премьер Госсовета Вэнь Цзябао провел новогодний день по лунному календарю 9 февраля 2005 года с людьми, инфицированными ВИЧ в китайской провинции Ханьнань, где многие фермеры заразились вирусом в результате небезопасных процедур сбора донорской крови в начале и середине 90-х годов (Agence France-Presse, 2005).

74. Правительство Индонезии в январе 2004 года провело совещание министров, старших должностных лиц и лидеров из шести провинций с высокими показателями инфицирования, в результате чего было принято Сентанийское обязательство по борьбе с ВИЧ/СПИДом (APLF/UNAIDS, 2005a). Это стало важным шагом для государственных руководителей в деле выполнения обязательств по пропаганде использования презервативов, уменьшения наносимого вреда, оказания ухода и лечение людей, инфицированных ВИЧ, и устранения стигматизации и дискриминации в отношении людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом.

75. Президент Индонезии отметил Всемирный день борьбы со СПИДом в 2004 году, выразив свою обеспокоенность по поводу этой эпидемии и предложив Министерству здравоохранения напрямую предоставлять ему регулярные информационные сводки (APLF/UNAIDS, 2005a).

76. Выступая на Национальной конвенции парламентского форума по ВИЧ/СПИДу, состоявшейся в Дели 26 и 27 июля 2003, которая явилась первым совещанием в Индии по этой проблеме, премьер-министр Индии призвал принять «безотлагательные меры» в деле борьбы с эпидемией и обеспечить «открытость и полное отсутствие предрассудков к инфицированным людям» (неофициальный перевод) (The Body, 2003). Результатом этой Конвенции стало принятие декларации о политическом руководстве в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом в Индии.

77. Тихоокеанские страны добились существенного прогресса в обеспечении эффективного руководства в процессе борьбы с ВИЧ/СПИДом. Великий совет вождей Фиджи и ЮНЭЙДС в марте 2004 года в Вуде, Фиджи, совместно организовали практикум по активизации действий против ВИЧ/СПИДа в тихоокеанском субрегионе. На этом практикуме президент Фиджи и вожди взяли на себя обязательств по борьбе со СПИДом на Фиджи и призвали последовать этому примеру общины, деловые круги и религиозных лидеров (ЮНЭЙДС, 2004a).

78. На Национальной конференции по ВИЧ/СПИДу, состоявшейся в Хошимине, Вьетнам, 31 декабря 2004 года, премьер-министр Вьетнама призвал всех министров и представителей секторов ознаменовать 2005 год годом активных действий против ВИЧ/СПИДа (ЮНЭЙДС, 2005).

## D. Основные задачи и недостатки

79. Основные задачи по реализации Декларации о приверженности в регионе ЭСКАТО можно изложить следующим образом: нехватка финансовых ресурсов для проведения и

/...

расширения мер; нехватка людских ресурсов и технического потенциала во многих областях осуществления программ по ВИЧ, особенно на местном уровне; укоренившаяся стигматизация и дискриминация и слабые системы мониторинга и оценки.

### **1. Дефицит финансовых ресурсов**

80. Как предполагается, к 2007 году в регионе потребуется 5,1 млрд. долл. США на профилактику ВИЧ/СПИДа, уход за больными и их лечение. Несмотря на значительное увеличение объема финансов на программы по ВИЧ/СПИДу за последние годы, по оценкам АБР и ЮНЭЙДС, имеющихся ресурсов ни в коем случае недостаточно для финансирования реализации всестороннего подхода к борьбе с ВИЧ/СПИДом.

81. В Азиатско-Тихоокеанском регионе в 2003 году в наличии было только 200 млн. долл. США, полученных из национальных и международных источников, в то время, как для применения всесторонних мер требовалась 1,5 млрд. долл. США (ADB/UNAIDS, 2004). По оценкам Организации Объединенных Наций, только в Южной и Юго-Восточной Азии к 2005 году ежегодные расходы на меры борьбы с ВИЧ/СПИДом должны составить 1,440 млрд. долл. США на профилактику и 670 млн. долл. США на уход за больными и их поддержку (Schwartlander and others, 2001, p. 2436). Дефицит ресурсов, по всей вероятности, увеличится, если не будет значительно расширена мобилизация ресурсов.

82. Если не будут значительно расширены меры по борьбе с ВИЧ/СПИДом, экономические потери в результате распространения эпидемии также увеличатся, что тем самым еще больше ограничит объем имеющихся ресурсов. Как предполагается, ежегодные потери увеличатся до 17,5 млрд. долл. США к 2010 году по сравнению с приблизительно 7 млрд. долл. США в 2001 году. Эти издержки исчисляются как потери домашних хозяйств (особенно издержки, связанные с болезнью и смертью) и государственные расходы на профилактику и уход. По оценкам АБР/ЮНЭЙДС, всесторонние меры, несмотря на свои издержки, позволят сократить общие потери до 15,5 млрд. долл. США в 2010 году, что составит экономию в 2 млрд. долл. США.

### **2. Нехватка людских ресурсов и технического потенциала**

83. Для многих стран в регионе ЭСКАТО нехватка людских ресурсов и технического потенциала является серьезным препятствием для расширения мер в ответ на ВИЧ/СПИД. Это одна из основных причин возникновения узких мест, как в ходе осуществления национальных стратегий, так и в процессе эффективного ассигнования национальных и международных ресурсов, все больше выделяемых на программы по ВИЧ/СПИДу.

84. Нехватка людских ресурсов и технического потенциала оказывает серьезное воздействие прежде всего на медико-санитарные услуги. Здравоохранительные системы во многих странах и областях региона ЭСКАТО уже испытывают чрезмерную нагрузку и нехватку финансовых средств. В этих условиях сложно расширить касающиеся ВИЧ/СПИДа услуги, такие, как добровольные консультации и анализы, предоставление АРВ и лечение оппортунистических инфекций.

85. С одной стороны, «потребности в расширении антиретровирусной терапии подчеркивают постоянную неустойчивость здравоохранительных систем в целом, что объясняется последствиями самой эпидемии ВИЧ/СПИДа и результатом хронической нехватки финансов и неэффективного управления. Эта неустойчивость проявляется в слабой

инфраструктуре, разрозненных услугах и нехватке персонала, что усугубляется тем, что во многих странах медицинские работники уходят из государственного в частный сектор и уезжают в другие страны» (неофициальный перевод) (WHO, 2004:14).

86. С другой стороны, успешные меры в ответ на ВИЧ/СПИД могут укрепить здравоохранительные системы. Для борьбы с ВИЧ/СПИДом требуется проводить широкий круг мер на постоянной основе и в различных местах. Задачи, создаваемые пандемией, аналогичны другим медицинским приоритетам, таким, как туберкулез, малярия и материнская и детская смертность (WHO/UNAIDS, 2005).

### **3. Неэффективные системы мониторинга и оценки**

87. Ограниченное финансирование и нехватка людских и организационных ресурсов усугубляют неэффективность систем мониторинга и оценки. Во многих случаях это приводит к нехватке информации, на которой должны основываться важнейшие решения в отношении программ и финансирования. Особую обеспокоенность вызывает дефицит информации о качестве услуг по лечению венерических болезней, правил в отношении ВИЧ на рабочих местах, распространении АРВ и инициативах по предупреждению передачи инфекции от матери ребенку (ЮНЭЙДС, 2003).

88. Для более эффективного устранения недостатков в ходе проведения мер в ответ на ВИЧ/СПИД и измерения результатов осуществления Декларации о приверженности необходимо установить более эффективные системы мониторинга. По данным на конец 2003 года, менее половины стран в Азиатско-Тихоокеанском регионе имели механизмы для мониторинга и оценки в национальных организациях по борьбе со СПИДом. В этой связи ЮНЭЙДС наращивает техническую поддержку странам на цели мониторинга и оценки (ЮНЭЙДС, 2004d).

89. В ходе консультаций по согласованию международного финансирования борьбы со СПИДом, прошедшими в Вашингтоне, округ Колумбия, 25 апреля 2004 года, доноры и развивающиеся страны согласовали принцип «трех единиц»: одна основа для действий против СПИДа, один национальный орган, координирующий борьбу со СПИДом, и одна система мониторинга и оценки на уровне страны. Этот принцип является стратегической ориентацией для наиболее эффективного и действенного использования ресурсов и организации менеджмента, способного на безотлагательные действия и ориентированного на результаты.

### **4. Стигматизация и дискриминация**

90. Множественные исследования показывают, как стигматизация и дискриминация негативно сказываются на жизни людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, и оказывает отрицательное воздействие на усилия по профилактике, уходу и лечению. Например, результаты исследования по четырем странам показали, что 54 процента опрошенных людей в Азии испытывают дискриминацию в секторе здравоохранения (APN+, 2004).

91. Обеспокоенность по поводу последствий дискриминации – один из основных факторов, сдерживающих людей пройти анализ на ВИЧ. Боязнь обсуждения проблем ВИЧ/СПИДа может сдерживать использование презервативов или приводить к тому, что матери, инфицированные ВИЧ/СПИДом, будут продолжать кормить своих детей грудью из страха быть обнаруженными (ЮНЭЙДС, 2004a). В регионе ЭСКАТО по-прежнему

распространены такие методы, как требование о прохождении анализов до приема на работу и увольнение инфицированных или причастных к этой проблеме людей.

92. Укоренившиеся предрассудки и отрицательные стереотипы в отношении женщин, этнических меньшинств, сексуальных меньшинств и других маргинализованных групп, усугубляют их уязвимость перед ВИЧ/СПИДом. Многие представители этих групп, как правило, не охвачены профилактическими программами и испытывают дискриминацию в то время, когда они нуждаются в уходе и поддержке (UNAIDS, 2004).

93. Стигматизация и дискриминация могут также отрицательно сказываться на уровне политической воли. Руководители должны обладать сильной политической волей, чтобы проводить меры, могущие показаться политически спорными и социально неоднозначными, но которые при этом могут оказать самое сильное противостояние эпидемии. Опыт во всем мире подтверждает, что инициативы премьер-министров и президентов в направлении национальных мер в ответ на ВИЧ/СПИД обеспечивают их осуществление в качестве самой приоритетной национальной задачи. Только в этом случае может быть остановлено распространение ВИЧ/СПИДа.

## **II. АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ ФОРУМ ЛИДЕРОВ ПО ВИЧ/СПИДУ И РАЗВИТИЮ<sup>1</sup>**

### **A. Учреждение форума**

94. АТФЛ был учрежден в октябре 2001 года с целью мобилизации инициатив лидеров в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа на основе наращивания усилий в регионе. Дistinguished Александр Даунер, министр иностранных дел Австралии, официально объявил о создании АТФЛ в ходе пост-министерской конференции АСЕАН, состоявшейся в Бандар - Сери - Бегаване 1 августа 2001 года.

### **1. Первые шаги**

95. Правительство Австралии в июне 2002 года предоставило начальные финансовые средства для учреждения АТФЛ. Ответственность за координацию и менеджмент была возложена на действующую тогда межстрановую группу ЮНЭЙДС по Юго-Восточной Азии и району Тихого океана (СЕАПИКТ).<sup>2</sup> Два основных аспекта изначальной концепции АТФЛ заключались в проведении учебных практикумов по обмену знаниями для старших должностных лиц правительств и организация обучения и обмена информацией на основе сотрудничества между региональными партнерами и программами.

96. Было установлено, что деятельность АТФЛ будет главным образом предназначена для ключевых должностных лиц в правительствах региона и для людей, оказывающих влияние на ключевых разработчиков политики, особенно в секторах помимо здравоохранения. Изначально мероприятия в рамках АТФЛ были предназначены для старших политических консультантов в канцеляриях премьер-министров/президентов, женщин, занимающих высокие должности в правительствах и гражданских служащих

---

<sup>1</sup> Информация, представленная в разделе II, была получена из документации по мониторингу и оценке АТФЛ, а также из личного общения с консультантом АТФЛ (Бангкок, 2005).

<sup>2</sup> СЕАПИКТ ЮНЭЙДС с 15 марта 2005 года называется Региональная группа поддержки ЮНЭЙДС (РГП ЮНЭЙДС).



старшего уровня в сектора финансирования и планирования, образования, транспорта и связи, внутренних дел, правопорядка и министерств/департаментов социального обеспечения.

97. В ходе открытых торгов во второй половине 2002 года был предложен контракт Австралийскому консорциуму менеджмента на период с 1 апреля 2003 года до 1 апреля 2004 года. Этот консорциум возглавлялся Барнетским институтом и включал Австралийский международный медицинский институт, Австралийскую федерацию организаций по СПИДу, Университет La Trobe и Университет Нового Южного Уэльса.

## **2. Расширение сферы деятельности АТФЛ**

98. Исполнительный директор ЮНЭЙДС в начале 2004 года предложил провести внутренний обзор деятельности АТФЛ (APFL/UNAIDS, 2004a). В результате этого обзора в сферу компетенции АТФЛ была включена мобилизация инициатив в средствах массовой информации, среди деловых кругов, религиозных общин и женщин.

99. К приоритетным странам на период 2003-2004 годов были отнесены Вьетнам, Бангладеш, Камбоджа, Индонезия, Непал, Папуа – Новая Гвинея, Фиджи и Шри-Ланка. Были начаты усилия для определения двух ключевых провинций/штатов в соответствии в Китае и Индии (APLF/UNAIDS, 2004a). АТФЛ, как и требовалось, предоставлял финансовые средства приоритетным странам. Страны региона, относимые АТФЛ к неприоритетным, могут запросить его помощь через страновых координаторов ЮНЭЙДС. После переориентации деятельности АТФЛ его правительственная поддержка была вновь подтверждена на втором Азиатско-Тихоокеанском совещании министров по ВИЧ/СПИДу.

## **3. Цель, задачи и мероприятия АТФЛ**

100. В ходе переориентации деятельности АТФЛ в марте 2004 года была подготовлена и окончательно доработана стратегическая основа. Эта основа четко определяет цель, задачи, ожидаемые результаты и смежные показатели работы АТФЛ. Эта основа включает значительный компонент по мониторингу и оценке.

101. Общая цель АТФЛ заключается в оказании поддержки и укреплении политического руководства и лидерства гражданского общества на национальном, субрегиональном и региональном уровнях для проведения действий в целях замедления распространения и уменьшения последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа в Азиатско-Тихоокеанском регионе.

102. Стратегическая цель АТФЛ заключается в обеспечении поступательных действий по разработке политики, касающейся ВИЧ/СПИДа, в 11 главных программных областях, перечисленных ниже:

- Общие политические условия для эффективных мер в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа
- Понимание ведущими политиками вопросов ВИЧ/СПИДа и поддерживающей политики
- Стратегическое планирование многосекторальное планирование

- Участие гражданского общества
- Участие людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом
- Участие деловых кругов
- Участие средств массовой информации
- Расширение программ профилактики ВИЧ/СПИДа
- Расширение услуг, касающихся ВИЧ/СПИДа, и услуг по уходу
- Защита прав человека среди людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом
- Участие военнослужащих и полицейских

103. Для достижения главной цели АТФЛ его ресурсы будут стратегически направляться на потенциальных агентов влияния или перемен в целях мобилизации инициатив лидеров по пяти установленным направлениям АТФЛ: политические стратеги, руководители средств массовой информации, деловые круги, религиозные лидеры и женские лидеры. Будет разрабатываться и обновляться фактологическая и документальная база в целях информирования высокопоставленных лидеров политических кругов и гражданского общества по вопросам ВИЧ/СПИДа и расширения их возможностей, чтобы они могли высказываться и предпринимать необходимые действия.

104. На национальном уровне будет уделяться значительное внимание тому, чтобы заручиться поддержкой национальных лидеров, которая подкреплялась и дополнялась бы субрегиональными и региональными усилиями. Кроме того, деятельность в рамках АТФЛ будет поддерживаться путем выявления и мобилизации «чемпионов», которые могли бы высказываться по вопросам ВИЧ/СПИДа.

#### **4. Организация работы АТФЛ**

105. Региональная группа поддержки ЮНЭЙДС в Бангкоке несет основную ответственность за координацию работы и управление АТФЛ.<sup>3</sup> Секретариат АТФЛ состоит из менеджера, трех субрегиональных координаторов (Южная Азия, Юго-Восточная Азия и Тихоокеанский субрегион) и помощника по программам, которые оказывают поддержку проведению мероприятий АТФЛ.

106. На уровне стран за непосредственное выполнение планов работы АТФЛ отвечает страновой координатор ЮНЭЙДС, получающий указания от Тематической группы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу и Консультативной группы АТФЛ.

107. Руководящий комитет АТФЛ состоит из 11 видных лидеров из Азиатско-Тихоокеанского региона. Их роль заключается в предоставлении рекомендаций относительно стратегического направления деятельности и соответствующих приоритетов. Среди его членов есть три бывших главы государств, признанные лидеры гражданского общества и лидеры из людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, а также исполнительный

---

<sup>3</sup> Все мероприятия в рамках АТФЛ проводятся в координации с ЮНЭЙДС и при ее поддержке.

директор ЮНЭЙДС (по должности) и Специальный посланник Генерального секретаря по ВИЧ/СПИДу в Азиатско-Тихоокеанском регионе.

108. Финансовая поддержка предоставляется правительствами Австралии, Японии, Новой Зеландии, Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии и Соединенных Штатов Америки, а также Европейским союзом. По данным на декабрь 2004 года доноры объявили о предоставлении в общей сумме 4 398 830 долл. США, из которых АТФЛ получил 2 990 092 долл. США. Кроме того, Австралия объявила о том, что она выделит дополнительно 3 млн. австралийских долларов в течение трех последующих лет (APLF/UNAIDS, 2005a).

## **В. Достижения на уровне стран**

### **1. Обмен знаниями**

109. К основным мероприятиям АТФЛ относятся практикумы по обмену знаниями, предназначенные для должностных лиц правительств стран. Австралийский консорциум управления в 2003 году организовал три практикума, которые были проведены на Бали, Индонезия (25-29 августа 2003 года), в Маданге, Папуа – Новая Гвинея (6-10 октября 2003 года) и Хендале, Шри-Ланка (8-12 декабря 2003 года). В этих практикумах приняли участие 43 старших должностных лиц правительств из министерств информации, образования, финансов, внутренних дел, национального планирования и развития, здравоохранения и иностранных дел. Участники представляли 15 стран региона ЭСКАТО, включая пять стран из Южной Азии, пять - из Тихоокеанского субрегиона, четыре – из Юго-Восточной Азии, а также Китай. Участники очень высоко оценили качество организации практикумов и их актуальность для своих стран.

110. Последующий опрос участников, проведенный в 2004 года, показал, что многие из них провели совещания со своими начальниками и плановые встречи для дальнейшей разработки планов, составленных на практикумах. Многие зависело от личной мотивации отдельных участников для реализации различных компонентов этих планов. Большинство из них столкнулись со значительными препятствиями при получении официального одобрения и внедрения этих планов действий.

111. Значительного прогресса добились участники практикумов АТФЛ из Тихоокеанского субрегиона. После практикума по обмену знаниями, проведенного в Маданге, участники из Папуа – Новой Гвинеи сформировали консультативную группу лидеров под председательством Генерального губернатора Папуа – Новой Гвинеи. Участники из Кирибати, включая президента Союза находящихся за рубежом моряков островов Кирибати разработали серию радиопрограмм по ВИЧ/СПИДу, а старший помощник министра стал членом целевой группы Кирибати по ВИЧ/СПИДу. Активным участником Национального комитета по ВИЧ/СПИДу стал участник из Тонга – заместитель министра, представляющий канцелярию премьер-министра (APLF/UNAIDS, 2004c).

112. После возвращения с практикума АТФЛ по обмену знаниями на Бали участники из Вьетнама разработали национальный план действий по привлечению лидеров к борьбе с ВИЧ/СПИДом и учредили Вьетнамский форум лидеров в качестве механизма для реализации этого плана.

113. Представители Бангладеш, участвовавшие в практикуме по обмену знаниями в Хендале, активно занимаются вопросами ВИЧ/СПИДа после своего возвращения, в том числе прикладывая усилия для включения вопросов ВИЧ/СПИДа в национальные учебные программы.

## **2. Участие лидеров**

114. Отсутствие лидерства – один из главных факторов быстрого распространения СПИДа на Азиатском континенте. Помимо информирования и мобилизации старших правительственных должностных лиц и разработчиков политики в рамках практикумов по обмену знаниями АТФЛ также ориентируется на установление прямых связей с широким кругом партнеров, лидеров и инициатив, прежде всего в приоритетных странах.

115. Благодаря мероприятиям по привлечению лидеров в Шри-Ланке была создана консультативная группа лидеров Шри-Ланки для АТФЛ. Эта группа включает высокопоставленных и уважаемых лидеров, включая советников президента и премьер-министра. Возглавляет эту группу сестра президента Шри-Ланки, также являясь при этом Покровителем Коалиции по СПИДу (APLF/UNAIDS, 2004с).

116. Активно поддерживается участие лидеров из Тихоокеанского субрегиона, и уже достигнуты многообещающие результаты. АТФЛ провел дискуссии в начале 2004 года с лидерами Великого совета вождей Вануату и правительства, включая министров иностранных дел, министров по делам молодежи, спорта, здравоохранения и женщин. Через Тихоокеанское отделение ЮНЭЙДС АТФЛ работает в тесном контакте с Великим советом вождей Фиджи, после того как в июле 2003 года было проведено первое совместное совещание.

117. Под лозунгом АТФЛ в 2004 году были проведены встречи со старшими должностными лицами в Федеративных Штатах Микронезии, на Маршалловых Островах и в Палау. В Федеративных Штатах Микронезии представители АТФЛ встретились с президентом, членами международного дипломатического сообщества и видными общинными лидерами, чтобы заручиться их поддержкой и привлечь к участию в действиях в ответ на ВИЧ/СПИД. В Папуа – Новой Гвинее в качестве «чемпиона» АТФЛ была назначена министр общинного развития леди Керол Киду.

## **С. Межстрановые достижения**

118. Заметным достижением АТФЛ стало объединение видных деятелей из Азиатско-Тихоокеанского региона для участия в работе Руководящего комитета АТФЛ. Его члены продолжают вести на высоком уровне пропагандистскую деятельность по ВИЧ/СПИДу в своих сферах влияния и способствовать работе лидеров по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Азиатско-Тихоокеанском регионе.

119. Стоит отметить сотрудничество между АТФЛ и ЭСКАТО в организации двух специальных практикумов по обмену знаниями параллельно с важными мероприятиями в Бангкоке. Эти практикумы были проведены параллельно с пятьдесят девятой сессией Комиссии (1-4 сентября 2003 года) и практикумом по ВИЧ/СПИДу для старших советников министров, присутствовавших на втором Азиатско-Тихоокеанском совещании министров по ВИЧ/СПИДу, организованном параллельно с Программой лидеров пятнадцатой

Международной конференцией по СПИДу. Кроме того, АТФЛ подготовил три информационных документа для Программы лидеров.

120. Пытаясь охватить парламентариев по всей Азии, АТФЛ наращивает сотрудничество с Азиатским форумом парламентариев по народонаселению и развитию.

121. АТФЛ поддержал идею проведения пропагандистских мероприятий в преддверии совещания лидеров непосредственно до и после совещания лидеров Форума по Азиатско-Тихоокеанскому экономическому сотрудничеству, проведенного в Сантьяго 20 и 21 ноября 2004 года. АТФЛ также работает в тесной связи с секретариатом АСЕАН. Среди прочего, АТФЛ показывает поддержку в ходе подготовки к одиннадцатому Саммиту АСЕАН, который состоится в Куала-Лумпуре в декабре 2005 года.

122. На 2005 год АТФЛ зарезервировал ресурсы для оказания поддержки в разработке и осуществлении плана по тихоокеанской региональной стратегии и ключевых действиях против ВИЧ/СПИДа в 2004-2008 годах, который был одобрен тихоокеанскими лидерами на тридцать пятом совещании Форума тихоокеанских островных стран, проведенном в Апия 5-7 августа 2004 года (APLF/UNAIDS, 2005b).

#### **D. Подготовка информационных и пропагандистских материалов**

123. В 2004 году АТФЛ разработал целый комплекс основанных на фактах образовательных и пропагандистских материалов для мобилизации и поддержки инициатив лидеров в ответ на ВИЧ/СПИД. Информационный комплект АТФЛ/ЮНЭЙДС под названием "The Challenge of HIV/AIDS: Resources for Effective Leadership" («Проблема ВИЧ/СПИДа: ресурсы для эффективного лидерства») был подготовлен в поддержку практикумов АТФЛ по обмену знаниями.

124. На пятнадцатой Международной конференции по СПИДу была представлена пропагандистская публикация АТФЛ/ЮНЭЙДС *Act Now («Действуй сейчас!»)*. Эта публикация была переведена на местные языки и распространена во Вьетнаме и Китае, а также планируется перевести ее на индонезийский язык. На этой Конференции была также распространена серия аналитических исследований, совместно подготовленных ЮНЭЙДС и АБР в партнерстве с АТФЛ в целях углубления знаний и расширения фактологической базы для пропагандистской деятельности лидеров.

125. На торжественном заседании по случаю Всемирного дня борьбы со СПИДом 2004 года, организованном совместно с ЭСКАТО, была распространена публикация АТФЛ/ЮНЭЙДС *Portraits of Commitment («Обязательства в лицах»)*. Эта публикация является пропагандистским документом для субрегиональных лидеров, в котором представлены лидеры из различных сфер жизни, участвующие в деятельности, касающейся ВИЧ/СПИДа, во всей Юго-Восточной Азии.

#### **E. Следующие шаги**

126. С момента своего учреждения АТФЛ сталкивается с серьезными задачами в том, чтобы учредить программу лидерства для Азиатско-Тихоокеанского региона. Выявление и мобилизация лидеров на самых высоких уровнях является весьма серьезной задачей. Отсутствует единая модель или методология для вовлечения лидеров самого высокого уровня в Азиатско-Тихоокеанском регионе. По многим аспектам АТФЛ вступает на

/...

неизведанную территорию, для чего требуются чрезвычайные новаторские методы и гибкость.

127. В то же время АТФЛ сталкивается с проблемами, ограничивающими его возможности для мобилизации лидеров на борьбу со СПИДом. Переориентация деятельности АТФЛ вызвала задержку в процессе разработки и осуществления программы АТФЛ. Кроме того, составление программ наперед представляется сложной задачей из-за представления донорских средств по частям.

128. АТФЛ начнет работать в полном масштабе во второй половине 2005 года. Руководствуясь стратегической основой, включающей систему мониторинга и оценки, и будучи полностью укомплектованным сотрудниками, АТФЛ сможет эффективно решать возникающие задачи и устранять проблемы.

129. Стратегическое направление деятельности, определенное в результате переориентации 2004 года, останется прежним, как и 10 приоритетных стран (APLF/UNAIDS, 2005b). В 2005 году АТФЛ будет уделять повышенное внимание провинции Гуандон в Китае.<sup>4</sup> Устанавливается приоритетный штат в Индии.

130. Опираясь на прогресс, достигнутый в нескольких приоритетных странах и других странах, особенно в тихоокеанском субрегионе, АТФЛ будет работать в целях полной реализации страновых планов работы. В то же время будут активизированы усилия по мобилизации региональных лидеров с уделением повышенного внимания средствам массовой информации и религиозным лидерам.

## Ф. Роль ЭСКАТО

131. Поскольку секретариат ЭСКАТО взял на себя обязательство поддерживать правительства в Азиатско-Тихоокеанском регионе в деле достижения Декларации о приверженности, он имеет все возможности, чтобы играть стимулирующую роль в укреплении регионального компонента программы АТФЛ.

132. Поскольку секретариат ЭСКАТО работает с правительствами 62 стран, являющихся членами и ассоциированными членами, где проживает свыше 60 процентов населения мира, укрепление сотрудничества между АТФЛ и секретариатом может принести значительные результаты. Многодисциплинарный характер секретариата ЭСКАТО и его возможности доступа к экономическим и социальным секторам правительств, в том числе с помощью межправительственных форумов по экономическому и социальному развитию и учебных практикумов, которые он созывает, составляют ресурсы, которые Форум мог бы изучить более досконально. АТФЛ мог бы также в большей степени привлекать Исполнительного секретаря как самое высокопоставленное должностное лицо Организации Объединенных Наций в Азиатско-Тихоокеанском регионе, в пропагандистской деятельности и обсуждении политики на самых высоких уровнях правительств и политического руководства.

133. ЭСКАТО могла бы содействовать региональным усилиям по укреплению руководства на всех уровнях на основе сотрудничества с правительствами своих членов и ассоциированных членов, представителями гражданского общества, частного сектора, аналогичными учреждениями в системе Организации Объединенных Наций и другими

---

<sup>4</sup> Консультант АТФЛ, электронная почта от 27 января 2005 года.

международными учреждениями, такими, как АБР. В рамках текущей работы по ВИЧ/СПИДу ЭСКАТО могла бы способствовать созданию условий, в которых лидерам было бы более удобно высказываться и действовать по щепетильным вопросам, касающимся ВИЧ. Этого можно достичь путем расширения возможностей для пропагандистской деятельности, распространения во всем регионе полученных уроков и передовой практики в области государственного образования в целях информирования общественности и содействия изменению поведения.

### III. ВЫВОДЫ

134. Регион ЭСКАТО начинает осознавать беспрецедентную угрозу ВИЧ/СПИДа.

135. Успехов в сдерживании эпидемии добились именно те правительства, которые однозначно признали ВИЧ/СПИД в качестве угрозы развитию, выделили достаточные ресурсы на широкомасштабные программы, сориентировали заблаговременные усилия на наиболее уязвимых группах и приспособили свои ответные меры к изменяющимся тенденциям эпидемии.

136. Согласно целям, установленным в инициативе ВОЗ «3 к 5», многие правительства в регионе ЭСКАТО расширяют доступ к средствам АРВ. Информирование общественности и изменение поведения – основные направления кампаний и обучения жизненным навыкам. Профилактика, лечение, уход и поддержка и сострадание к людям, инфицированным ВИЧ/СПИДом, во всех ситуациях приобретает все более важное значение при разработке программ.

137. Люди, инфицированные ВИЧ/СПИДом, все больше признаются в качестве главных участников борьбы против ВИЧ/СПИДа, что является важным шагом для устранения стигматизации и дискриминации. Лидеры всех секторов все больше выступают публично в поддержку действий по ВИЧ/СПИДу. Вместо мифов и табу, касающихся ВИЧ/СПИДа, постепенно возникает понимание, восприимчивость в отношении прав и потребностей людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, и большая готовность действовать.

138. Несмотря на существенный прогресс, достигнутый в деле реализации целей Декларации о приверженности, еще предстоит решить многие задачи, чтобы поддерживать возможности для обеспечения нашего общего будущего (ESCAP, 2003). Правительствам в регионе ЭСКАТО потребуется активизировать их усилия по поддержанию и укреплению достигнутых результатов для реализации целей Декларации к 2005 году. Удовлетворенность достигнутым угрожает обратить вспять полученные ранее достижения.

139. С учетом имеющихся возможностей регион ЭСКАТО должен действовать, чтобы предотвратить распространение эпидемии среди широких слоев населения, что может вызвать серьезную угрозу жизни людей в масштабах, аналогичных африканской трагедии. Сильное руководство на всех уровнях общества является исключительно важным. Лидеры из всех секторов должны выразить личную приверженность и предпринять конкретные действия против ВИЧ/СПИДа.

140. АТФЛ – одна из инициатив в поддержку мобилизации лидеров на самых высоких уровнях. Членам и ассоциированным членам ЭСКАТО рекомендуется стать активными партнерами этого Форума.

141. Для того чтобы ответные меры были актуальными, они должны быть всесторонними и многосекторальными. Единство региона ЭСКАТО имеет важнейшее значение для глобального альянса против ВИЧ/СПИДа. Правительствам региона ЭСКАТО рекомендуется присоединиться к этому альянсу для выполнения коллективных обязательств, чтобы спасти миллионы человек от верной смерти.



### Источники

Agence France-Presse (2005). “Chinese Premier Wen Jiabao spends Lunar New Year with AIDS victims” (<http://www.aegis.com/news/afp/2005/AF050221.html>, 15 February 2005).

ADB/UNAIDS (2004). *Asia Pacific's Opportunity: Investing to Avert an HIV/AIDS Crisis*, ADB/UNAIDS Study Series, July 2004.

APLF/UNAIDS (2004a). APLF fourth progress report: January-July 2004.

APLF/UNAIDS (2004b). APLF's Strategic Framework and Monitoring System, July 2004.

APLF/UNAIDS (2004c). Building leadership engagement in ASIA/Pacific: achievements and challenges 2003-2004.

APLF/UNAIDS (2005a). APLF fifth progress report: August-December 2004, draft.

APLF/UNAIDS (2005b). APLF in 2005, draft prepared for dissemination at the APLF Steering Group meeting, February 2005.

APMM 2 (Second Asia-Pacific Ministerial Meeting on HIV/AIDS) (2004). “Joint Ministerial Statement – The Second Asia-Pacific Ministerial Meeting on HIV/AIDS”, 11 July 2004, Bangkok (<http://www.mfa.go.th/internet/document/982.doc>, 15 February 2005).

APN+ (Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS) (2004). *AIDS Discrimination in Asia* (<http://www.gnppplus.net/regions/files/AIDS-asia.pdf>, 15 February 2004).

ESCAP (2003). *Economic and Social Progress in Jeopardy: HIV/AIDS in the Asian and Pacific Region* (United Nations publication, Sales No. E.03.II.F.24).

Human Rights Watch, China (2004). “Law bans HIV-related discrimination” (<http://hrw.org/english/docs/2004/08/31/china9280.htm>, 11 February 2005).

*Khaleej Times* (2005). “Bangladesh to teach students about HIV/AIDS for first time” ([http://www.khaleejtimes.com/Displayarticle.asp?section=subcontinent&xfile=data/subcontinent/2005/february/subcontinent\\_february247.xml](http://www.khaleejtimes.com/Displayarticle.asp?section=subcontinent&xfile=data/subcontinent/2005/february/subcontinent_february247.xml), 11 February 2005).

*People's Daily Online* (2004). “China to treat more AIDS patients with free ARV therapy in 2005” ([www.asean-disease-surveillance.net/ASNNews\\_Detail.asp?ID=2261](http://www.asean-disease-surveillance.net/ASNNews_Detail.asp?ID=2261), 22 February 2005).

Schwartlander and others (2001). “Resource needs for HIV/AIDS”. *Science* 292, 5526, pp. 2434-6, 29 June.

State Council AIDS Working Committee Office/United Nations Theme Group on HIV/AIDS in China (2004). “A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China (2004)” (<http://www.unchina.org/unaid/JAREng04.pdf>, 15 February 2005).

The Body (2003). “Indian Prime Minister calls for “undelayed response” to HIV/AIDS at Indian AIDS Convention” ([http://www.thebody.com/kaiser/2003/jul28\\_03/india\\_aids.html](http://www.thebody.com/kaiser/2003/jul28_03/india_aids.html), 22 February 2005).

UNAIDS (2003). *Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003* (Geneva, UNAIDS).

UNAIDS (2004a). *Report on the Global AIDS Epidemic* (Geneva, UNAIDS).

UNAIDS (2004b). *AIDS Epidemic Update: December 2004* (Geneva, UNAIDS).

UNAIDS (2004c). National Composite Policy Index Questionnaire, 2003, compiled for UNAIDS SEAPICT, December 2004.

UNAIDS (2004d). *UNAIDS at Country Level: Progress Report* (Geneva, 2004).

UNAIDS (2004e). Viet Nam  
(<http://www.unaids.org/en/geographical+area/by+country/viet+nam.asp>, 23 February 2005).

UNAIDS (2004f). Cambodia  
(<http://www.unaids.org/en/geographical+area/by+country/cambodia.asp>, 23 February 2004).

UNAIDS (2005). “National Conference on HIV/AIDS, Ho Chi Minh City, 31 December 2004: informal meeting summary”.

United Nations (2001). “Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Global Crisis – Global Action” (<http://www.un.org/ga/aids/covergae/FinalDeclarationHIVAIDS.html>, 15 February 2005).

WHO (2003). “India: Report of the First 3 by 5 Mission”  
([http://w3.who.org/en/Section10/Section18/Section353/Section1156\\_4531.htm](http://w3.who.org/en/Section10/Section18/Section353/Section1156_4531.htm), 22 February 2005).

WHO (2004). *Investing in a Comprehensive Health Sector Response to HIV/AIDS: Scaling up Treatment and Accelerating Prevention* (Geneva, WHO).

WHO/UNAIDS (2005). “3 by 5” *Progress Report: December 2004* (Geneva, WHO).

. . . . .