



第七十三届会议

议程项目 11

《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》和《关于
艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》的执行情况

在取得十年进展后激发全球结束艾滋病流行的雄心

秘书长的报告

摘要

18年前，大会举行关于艾滋病的第一届特别会议。当时，一个没有该流行病的世界几乎是不可想象的。自那时以来，由于全球战胜历史上最严重的健康危机之一的决心，使这方面出现了显著进展。在过去十年中，得到治疗的艾滋病毒感染者人数增加了 5.5 倍，改变行为的宣传和分发避孕套的方案成功减少了各种情况下的艾滋病毒感染率，越来越多的国家消除了艾滋病毒的母婴传播。在全球范围内，各种年龄的死于与艾滋病有关疾病的人和感染艾滋病毒的儿童人数减少了近一半，成人中新感染人数下降了 19%。

防治这一流行病取得了重大进展，激发了在《2030 年可持续发展议程》中作出到 2030 年结束艾滋病流行的承诺。大会在 2016 年达成共识，即要实现这一目标，需要迅速扩大艾滋病毒预防、检测和治疗服务。

存在着许多挑战，包括艾滋病毒感染者面临的污名化与歧视以及有害的性别规范。许多国家的法律和政策使青年、妇女、关键人群(注射毒品者、性工作者、跨性别者、囚犯和男同性恋者以及其他男男性行为者)、土著人民、移民和难民得不到保健和艾滋病毒相关服务。在过去五年的大部分时间里，全球低收入和中等收入国家的艾滋病毒防治资金情况也一直没有起色。



然而，在所有区域和收入水平上，更多国家具有走上轨道以实现大会商定的 2020 年目标的机会之窗。联合国系统，包括联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)，正在通过联合国改革倡议加强对各国的支持。

一个重要的机会就是日益壮大的实现全民医疗保险的运动。全民健康覆盖的一项核心原则是不让任何一个人掉队。在艾滋病病毒问题方面，不让任何一个人掉队需要有一系列保健福利安排，其中包括以医疗卫生设施为基础的一整套艾滋病病毒防治服务、通过政府专用资金流提供的额外公共卫生和社会保护服务，以及确保弱势和边缘化人群能够获得所需服务的结构改革。

为激发政治意愿，加快行动，并为实现 2020 年目标建立必要的势头，敦促会员国通过以下建议：(a) 重振艾滋病病毒初级预防工作；(b) 使艾滋病病毒检测多样化，并提供不同类型的卫生保健，以实现三个“90%”的目标；(c) 建立有利的法律和政策环境，以惠及边缘化和弱势群体；(d) 调动更多的资源，并将其分配到最需要的地方；(e) 支持社区，使其能够发挥关键作用；(f) 将艾滋病病毒综合对策纳入全民健康覆盖。

一. 在 2016 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》所作承诺方面取得的进展

1. 应对艾滋病是全球最大的防治致命传染病的集体行动，是一次变革之旅。在艾滋病流行的早期，人们大多对艾滋病毒感染者弃之不管。这种忽视使艾滋病毒感染和与艾滋病有关的死亡上升到危机水平。民间社会的积极行动改变了全球人们的心态。调动了史无前例的大量资源，一度被讥为在低收入境况下不可能取得的成果现已大致实现。

2. 大会在这一转变中发挥了核心作用，经常作出雄心勃勃的全球承诺，并监测进展情况。在实现了到 2015 年时制止和扭转这一流行病的千年发展目标之后，大会在《2030 年可持续发展议程》的具体目标中列入了不再让艾滋病对公共健康造成威胁的承诺。2016 年，大会制定了一项“快速通道”战略，以实现这一具体目标。该战略呼吁，到 2020 年迅速扩大循证的艾滋病毒预防、检测和治疗服务，从而到 2030 年将新的艾滋病毒感染和与艾滋病有关的死亡人数减少 90%。¹

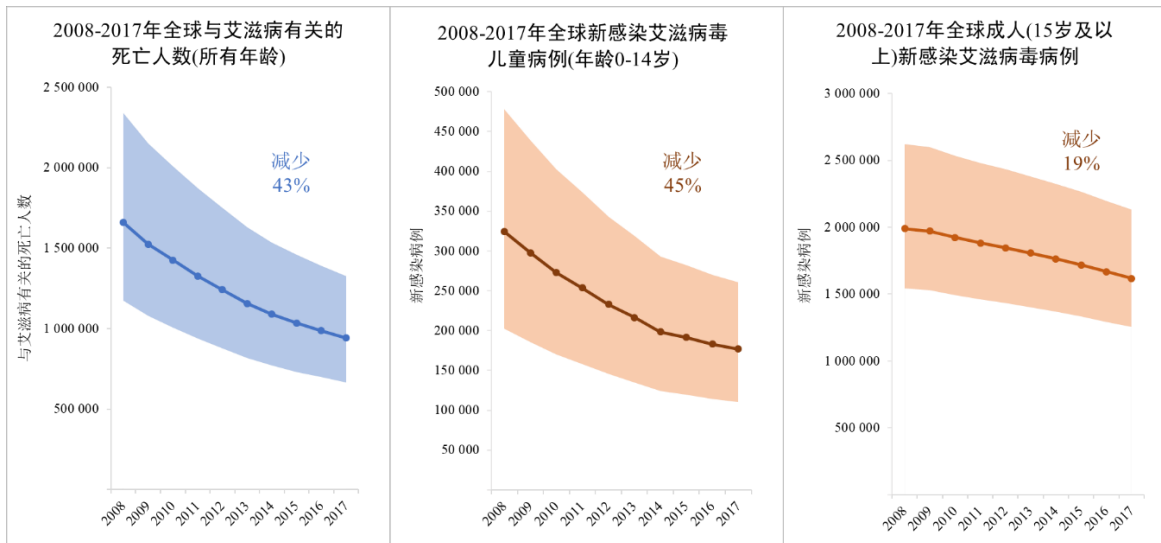
3. 在快速通道办法商定三年后，提交给联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)的国家进度报告表明，这是一项有效的战略。在受艾滋病影响最严重的东部和南部非洲，国内和国际供资稳步增加，支持了有实证依据和以人权为基础的方案的大幅度扩大。过去十年(2008-2017 年)中，该区域与艾滋病有关的死亡率下降了 53%，每年新的艾滋病毒感染病例下降了 36%。这一流行病曾每年夺去该地区一百多万人的生命，现在每年夺去的生命不到 40 万。

4. 在世界其他区域，包括拉丁美洲、加勒比、西部和中部非洲、亚洲和太平洋、西欧和中欧以及北美洲，在过去十年中，艾滋病毒检测和治疗服务覆盖面扩大，从而大大减少了与艾滋病有关的死亡。其中大多数区域的艾滋病毒新感染病例也有所下降。

¹ 与 2010 年基线相比，新的艾滋病毒感染和与艾滋病有关的死亡人数减少 90%。

图一

十年来在应对与艾滋病有关的死亡和艾滋病毒感染方面取得的进展



资料来源：艾滋病署 2018 年估计数。

5. 在过去十年中，在全球范围内，死于与艾滋病有关疾病的人(所有年龄)和感染艾滋病毒的儿童(0-14岁)人数都减少了近一半。在预防成人(15岁及以上)新的艾滋病毒感染方面取得的进展较小，2008年至2017年期间，全球新感染人数下降了19%(见图一)。

6. 这些成果是以收集和分析来自医疗保健设施、研究方案、住户调查、关键人群特别研究和其他来源的数据为指导的。借助这些数据，将资源集中用于最需要艾滋病毒相关服务的地点和人群。例如，在尼日利亚，最近的一项全国家庭调查显示，2018年成年人(15-49岁)中艾滋病毒的流行率为1.4%，大大低于先前的估计，其中妇女受艾滋病毒影响的比例过高。尼日利亚成年妇女的艾滋病毒感染率为1.9%，而男子为0.9%。

7. 科学研究也在改善艾滋病毒相关服务的提供。例如，2013年至2018年在南非和赞比亚进行的大规模艾滋病毒预防试验表明，与试验控制组提供方提供的基本保健标准相比，通过社区保健提供者挨家挨户提供综合保健和艾滋病毒相关服务，人口中新感染艾滋病毒的人数减少了20%。

8. 对艾滋病毒疫苗和治愈方法的研究仍在继续。目前正在非洲对两种候选疫苗进行大规模的三期试验，这是自十年前在泰国进行的疫苗研究以来的第一次大型试验。2019年，确认了第二个接受骨髓移植的艾滋病毒感染者病情得到长期缓解，这给治愈可能性带来了新的希望。然而，这种困难且危险的手术并不容易推广，而实验性的旨在清除储存在人体内艾滋病毒的“踢杀”技术至今尚未成功。基因编辑技术在动物模型中被证明是很有前途的。

9. 艾滋病毒治疗方面取得的更实际的进展包括，继续开发长效抗逆转录病毒注射药物，并在一线治疗方案中开始采用度鲁特韦。基于度鲁特韦的治疗方案耐受

性较好，不太可能导致治疗中断，而且关系到更快速的病毒抑制和更高的遗传抗性屏障。关于在怀孕前后使用度鲁特韦可能对胎儿产生严重副作用的报告，正在对这个问题进行更多研究。与此同时，世界卫生组织(世卫组织)已建议保健提供者向妇女提供关于度鲁特韦的风险和益处的信息，改善获得现代避孕选择的机会，并为计划怀孕的妇女提供其他治疗方案。

三个“90%”的检测和治疗目标

10. 截至 2017 年底，全球估计有 2 170 万[1 910 万至 2 260 万]人接受抗逆转录病毒治疗，比十年前增加了 5.5 倍。艾滋病毒治疗方面取得了强有力和稳步进展，其推动因素是受影响人口社区的积极声音、全球在这方面的明确抱负和愿景、各种收入水平的国家的共同投资，以及不断开发新技术和改进向艾滋病毒感染者提供检测和治疗服务的方式(见图二)。

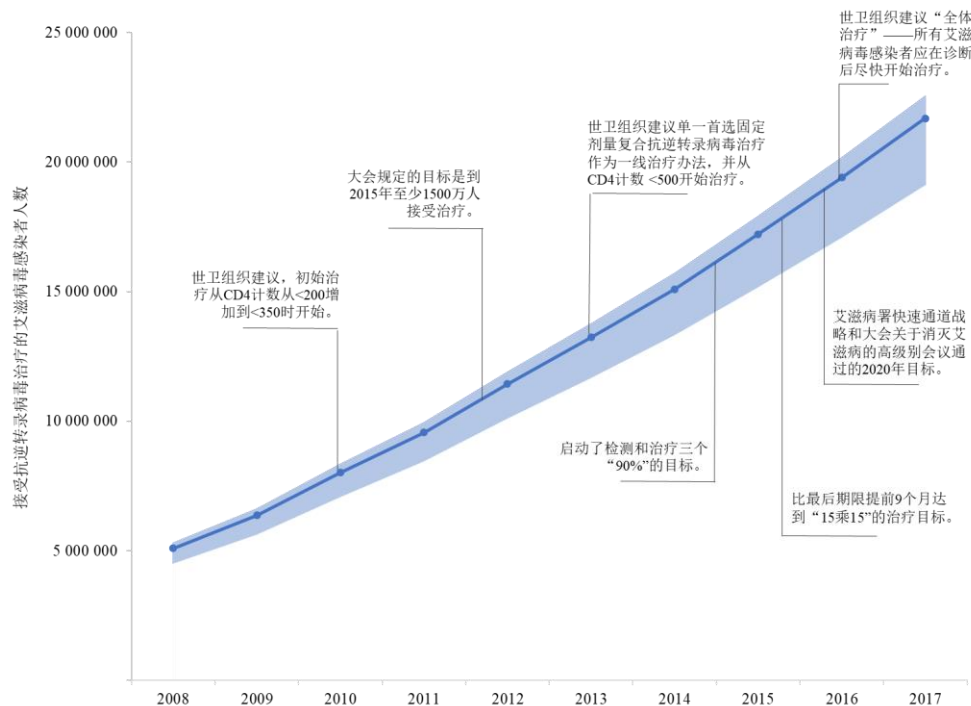
11. 近年来，在雄心勃勃的三个“90%”的目标的指导下，扩大了艾滋病毒的检测和治疗：到 2020 年实现 90%的艾滋病毒感染者知道自己的艾滋病毒状况，90%知道自己感染状况的艾滋病毒感染者接受抗逆转录病毒治疗，90%接受治疗的人的病毒得到抑制。这些目标所强调的是，须在感染艾滋病毒后尽快诊断、立即接受治疗、保持医护和经常监测病毒载量。这一方法在最大限度上抑制病毒，从而保护艾滋病毒感染者免患艾滋病并发症，并极大地降低了将病毒传播给其他人的风险。

12. 截至 2017 年底，估计全球四分之三[55%-92%]的艾滋病毒感染者知道自己的艾滋病毒状况。其中 79%[59->95%]接受抗逆转录病毒治疗，81%[60->95%]接受治疗者的病毒载量受到抑制。这些全球平均数掩盖了区域之间和国家之间的巨大差异。

13. 博茨瓦纳、柬埔寨、斯威士兰、莱索托和纳米比亚等几个中等收入国家已经达到或几乎达到了三个“90%”的目标。西欧和中欧及北美、东非和南部非洲以及拉丁美洲正在朝着这些目标前进。亚洲及太平洋和加勒比区域已取得重要进展，但需要加快其检测和治疗方案，才能到 2020 年时实现这些目标。东欧和中亚、中东和北非以及西非和中部非洲的治疗覆盖率低得令人震惊。

图二

2008-2017 年艾滋病病毒感染者(所有年龄)接受抗逆转录病毒治疗人数增加过程中的里程碑



资料来源：艾滋病署 2018 年估计数。

14. 艾滋病病毒检测方面取得的进展正在缩小对艾滋病病毒状况了解方面的差距。以社区为基础的检测惠及住在远离卫生设施的人，并在适宜艾滋病病毒感染高风险人群的时间段提供服务，还减少污名化与歧视。通过同伴外联工作者让青少年和关键群体参与，这一方法也证明是成功的。艾滋病病毒自测包日益可得，这正在改善青年人、男性和关键人群的艾滋病病毒检测情况。关于自测结果可能阳性之后，确认诊断与治疗启动之间的挂钩问题，目前正通过同伴协助的自测来解除这种担心。指定对象检测——帮助新诊断的艾滋病病毒感染者让其性伴侣、家庭成员和其他家中人员接受检测——已被证明是覆盖不太可能寻求自愿咨询和检测者(如男子和儿童)的一种特别有效的方法。

15. 在接受治疗的人群中进行病毒载量测试是建议的方法，用来检查治疗是否有效，并确定是否达到和维持了病毒抑制以及诊断和确认治疗的失败。病毒载量测试使患者能够更好地理解、控制治疗，并得到坚持治疗的动力。对于医疗保健提供者来说，它是进行有的放矢医治的一个重要工具，使病毒载量得到抑制的人可以不那么经常地前去医疗设施，更多的注意力可集中在病毒载量未得到抑制的病人。病毒载量测试的覆盖正在扩大。在一些高流行率国家，覆盖规模扩大的速度

非同寻常。例如，在乌干达，病毒载量测试覆盖率在 90%或以上的地区在一年内就从 29 个增加到 70 个，覆盖率低于 80%的地区从 53 个减少到 22 个。²

预防艾滋病毒母婴传播

16. 感染艾滋病毒的儿童人数持续下降，这是公共卫生方面的一项重大胜利。在全球范围内，2008 年至 2017 年期间避免了 160 万[100 万至 240 万]新的儿童感染病例(见图三)——这一成就是由于感染艾滋病毒的孕妇接受抗逆转录病毒药物以防止母婴传播艾滋病毒或以此作为终身治疗的百分比急剧增加，从 2008 年的 25%[19-31%]增至 2017 年的 80%[61->95%]。³ 由于接受梅毒和艾滋病毒筛查的孕妇人数增加，加上获得充分治疗的情况改善，因此，全球先天性梅毒的发病率从 2012 年的估计 752 000 例降至 2016 年的大约 683 000 例。越来越多的低疾病负担国家已证实消除了艾滋病毒和(或)梅毒的母婴传播。在艾滋病毒流行率较高的国家中，斯威士兰、马拉维、纳米比亚和津巴布韦的母婴传播病例大大减少。这种进展表明，有可能在不久的将来消除儿童艾滋病。

17. 对暴露于艾滋病毒的婴儿，即时病毒检测技术为婴儿诊断提供了更快的结果，从而减少了后续治疗的损失，更惯常地在受感染婴儿的免疫系统减弱之前就开始治疗，并因此使艾滋病相关死亡减少。例如，在莫桑比克，89.7%通过即时检测诊断出的感染艾滋病毒的婴儿在采集样本后 60 天内开始接受抗逆转录病毒治疗，相比之下，接受标准早期婴儿诊断的儿童中 12.8%接受抗逆转录病毒治疗。⁴

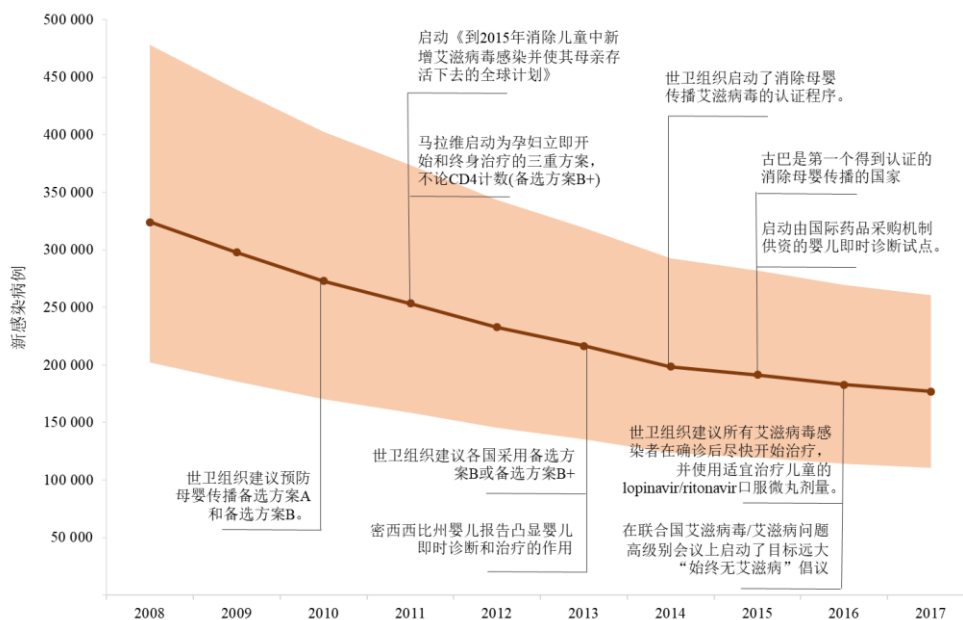
² 乌干达卫生部病毒量显示板。见中央公共卫生实验室网站 <http://cphl.go.ug>。

³ 2008 年的覆盖率估计数不包括单剂量奈韦拉平，该药当时广泛使用，但由于效力有限，世界卫生组织(世卫组织)不再建议使用该药。

⁴ Ilesh V. Jani and others, “Effect of point-of-care early infant diagnosis on antiretroviral therapy initiation and retention of patients”, *AIDS*, vol. 32, No. 11 (July 2018).

图三

2008-2017 年随着儿童(0-14 岁)感染艾滋病病毒新病例减少而逐步消除母婴传播的里程碑



资料来源：艾滋病署 2018 年估计数。

艾滋病病毒初级预防

18. 艾滋病病毒的初级预防从这一流行病一开始就是艾滋病对策的一个核心组成部分，它仍然是努力实现 2020 年和 2030 年减少感染各项目标的基石。通过行为改变、宣传和避孕套分发方案，在许多国家成功地减少了艾滋病病毒感染发生率。最近对 29 项研究进行的系统审查表明，在学校分发避孕套往往导致避孕套的更多，减少青年人中的性传播感染，但并不会导致首次性行为的更早发生，也不会增加性行为或性伴侣的数量。⁵

19. 全面性教育在使青少年和青年为安全、有成果和充实的生活做好准备方面发挥着核心作用，是针对青年人的一揽子艾滋病病毒预防措施的一个重要组成部分。纳入课程的性教育方案已被证明有助于推迟开始性交、降低性交频率、减少性伴侣数量、减少冒险行为、增加避孕套的使用以及使年轻人更多地采取避孕措施。证据还表明，全面的性教育也有助于取得其他关键成果，包括性别平等的态度、信心和自我人格。⁶

⁵ Eda Algur and others, “A systematic global review of condom availability programs in high schools”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 64, No. 3 (March 2019).

⁶ 联合国教育、科学及文化组织、联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署、联合国人口基金、联合国儿童基金会、联合国促进性别平等和增强妇女权能署和世卫组织：《性教育国际技术指南：有实证依据的方法》修订本(巴黎，2018 年)。

20. 减少伤害的做法，包括提供无菌注射设备、阿片类药物替代疗法、纳洛酮以及艾滋病署、联合国毒品和犯罪问题办公室和世卫组织建议的一揽子综合服务中的其他循证要素，在那些确保注射吸毒者能够容易地获得这些服务的国家，大大减少了艾滋病毒感染和使用过量而致命的情况。

21. 近年来，较新的生物学预防干预措施，包括自愿的医疗目的男性包皮环切术和暴露前预防用药，加快了推出步伐。2017年，在东非和南部非洲 14 个艾滋病毒流行率高的国家，进行了 400 万例男性自愿医疗性包皮环切手术。在北美、西欧和澳大利亚，在一些城市中广泛提供暴露前预防用药，促使了这些城市中男同性恋者和其他男男性行为者的新艾滋病毒诊断下降。在撒哈拉以南非洲和亚洲的几个国家以及巴西，获得暴露前预防用药的机会正在增加。

走向零污名化、歧视和边缘化

22. 在艾滋病毒流行的早期，对艾滋病毒感染高危人群和艾滋病感染者的污名化与歧视普遍存在，这几乎使艾滋病防治工作陷于瘫痪。尽管现在仍能感受到这些早期失败的影响，但消除围绕这一流行病的污名化与歧视的努力产生了显著的积极影响。在进行过多次调查的国家，与艾滋病毒有关的污名化有所减少。例如，在东非和南部非洲，不向艾滋病毒感染者店主购买蔬菜者的比例从 2000-2008 年的 50.7% 下降到 2009-2016 年的 29.5%。

23. 现实证明，一个国家坚持法治是健康的一个基本决定因素。⁷ 艾滋病毒与法律问题全球委员会记录了法律在改善艾滋病毒感染者生活方面的巨大潜力，以及在法律制度未能保护人们免遭歧视和其他权利受侵犯的情况下所造成的伤害。自该委员会 2012 年发表报告以来，已有超过 89 个国家采取行动废除或改革法律：一些国家废除了将艾滋病毒、同性关系和持有毒品定为犯罪的法律，另一些国家颁布了促进生殖权利、性教育和艾滋病毒感染者或受艾滋病毒威胁者的人权的法律。

24. 自 2011 年大会承诺消除与艾滋病毒有关的入境、居留和居住限制以来，有 29 个国家或是废除了此类限制，或是正式作出澄清，它们不因艾滋病毒状况而有所歧视。2017 年，只有 20 个国家报告存在这些限制。

二. 服务方面的重大差距

25. 只要推广了综合循证方案并建立了有利环境，向最需要的人和地方提供服务，就有重大的进展。然而，到 2030 年实现“消灭艾滋病”的决心还不够广泛。有些地区整个没有走上轨道，在几十个国家，这一流行病正在恶化。

26. 例如，在东欧和中亚，自 2010 年以来，每年新增艾滋病毒感染人数增加 30%，而在中东和北非，同期死于艾滋病相关疾病的人数增加了 11%。这些区域内以关

⁷ Angela Maria Pinzon-Rondon and others, “Association of rule of law and health outcomes: an ecological study”, *BMJ Open*, vol. 5, No. 10 (October 2015).

键人群为重点的服务稀少，而且这些区域和其他地方对同性关系、吸毒和性工作的严厉惩罚对仅有的一点服务构成巨大障碍。

27. 在西非和中部非洲，由于各国资金不足、医疗卫生系统薄弱、正式和非正式医疗费用、人道主义局势以及高度的污名化和歧视，破坏了推广艾滋病毒检测和治疗的努力。因此，在艾滋病毒检测、治疗和护理的整个环节都存在着巨大差距。2017年，在该区域所有艾滋病毒感染者中，不到一半(48%)知道自己的艾滋病毒状况，只有五分之二(40%)正在接受抗逆转录病毒治疗，不到三分之一(29%)的人病毒载量得到抑制。在所有区域，针对感染风险最高者需要的各种初级艾滋病毒预防服务的提供很少具有足够的规模和强度。

28. 在难以获得艾滋病毒相关服务的情况下——例如人们必须长途跋涉去诊所、诊所工作时间不适合个人或群体或诊所工作人员歧视艾滋病毒感染者和面临艾滋病毒风险的关键人群——接受这些服务的人数往往会减少。由于政策和结构障碍以及未能系统地大规模实施行之有效的预防方案，使青春期少女、年轻妇女、受感染风险高的关键人群和边缘化人口得不到艾滋病毒预防服务。食品无保障、与艾滋病毒和病毒载量检测有关费用、其他保健费用、交通费用、收入损失和机会损失等因素，部分导致了治疗启动较晚、坚持治疗率较低和与艾滋病有关的死亡率较高。

29. 艾滋病毒检测和治疗服务的各个层面上存在缺口，使全球一半以上艾滋病毒感染者的病毒载量未受抑制，使他们易患与艾滋病有关的疾病并易受死亡威胁，并且增加了将病毒传播给他人的机会。在儿童、青年和男子中，对艾滋病毒状况的了解、治疗覆盖面和病毒抑制率一直较低，大多数证据表明，在女性性工作者、注射毒品者、跨性别者、囚犯和男同性恋者和其他男男性行为者中，坚持治疗者较少，病毒抑制程度较低。

关键人群

30. 许多国家的公共卫生政策制定者在很大程度上忽视了关键人群，尽管数据显示，2017年全球新增艾滋病毒感染者中有近一半(47%)属于关键人群及其性伴侣。例如，只有为数不多的国家大规模提供减少危害的服务。刑法和严酷执法为歧视、骚扰和暴力行为提供了许可，将关键人群推向社会边缘，并剥夺了他们获得基本保健和社会服务的机会。超过68个国家仍然存在将同性性关系定为犯罪的法律和政策，并至少有17个国家将跨性别者定为刑事犯罪者。超过116个国家将性工作定为犯罪，在33个国家，犯下与毒品有关罪行的人仍然面临死刑。在医疗保健环境中对关键人群的污名化与歧视已被确定为艾滋病毒检测和治疗服务的主要障碍，导致诊断和治疗的迟后启动、治疗中断以及与艾滋病有关的发病率和死亡率增加。

31. 艾滋病毒感染者仍然面临很大程度的污名化与歧视，这种情况是不可接受的。在最近接受调查的22个国家中，15-49岁的男女对艾滋病毒感染者持歧视性态度的中位数为50.4%(17.6%至76.0%)，在15-49岁的男性和女性中，31.2%(7.3%至58.8%的中位数)表示，感染艾滋病毒的儿童不应与未感染艾滋病毒

毒的儿童一起上学，尽管在学校环境中儿童感染艾滋病毒的风险几乎为零。在许多国家，对不披露、暴露于和传播艾滋病毒加以太过广泛的刑事定罪，助长了污名化态度和歧视行为。2018年，艾滋病署的一项审查发现，有69个国家的法律将艾滋病毒传播、不披露或暴露定为犯罪。另有19个国家报告说，虽然它们的成文法中没有这样的具体法律，但根据其他刑法进行起诉。

青年人，包括青春期少女和年轻妇女

32. 在撒哈拉以南非洲，儿童死亡率的下降加上目前的高生育率，导致儿童和青年占总人口的很大部分。艾滋病毒预防工作并没有始终如一地覆盖这一大块青年人口。过去20年来，青年人对预防艾滋病毒的认识一直停滞不前。2012年至2017年期间进行的具有全国代表性的调查显示，撒哈拉以南非洲只有34%的青年(15-24岁)男性和28%的青年女性具有如何保护自己免受艾滋病毒感染的基本知识。在向艾滋病署报告的国家中，19%仍然没有在中学提供全面性教育的政策，有95个国家的法律要求青少年获得父母同意才能接受艾滋病毒检测。对避孕套社会营销方案的国内筹资和捐助者筹资减少是分配给初级预防资金百分比总体下降的一个部分，并正在影响高流行率国家获得避孕套的机会。

33. 撒哈拉以南非洲青春期少女和年轻妇女(其中许多人成为母亲)的艾滋病毒感染率仍然很高。2017年，青春期少女和年轻妇女(15-24岁)占该区域艾滋病毒感染者四分之一，尽管她们只占人口的10%，与艾滋病有关的疾病是育龄妇女和女孩(15-49岁)死亡的主要原因。每五名感染艾滋病毒的孕妇中有一人未得到诊断或未得到治疗；而且孕妇和哺乳期妇女的艾滋病毒治疗保持率太低，撒哈拉以南非洲20%已开始治疗的妇女在分娩前放弃治疗。此外，大量妇女在怀孕或哺乳期间感染艾滋病毒，并且没有及时得到诊断以防止垂直传播。

性别不平等

34. 性别不平等和有害的性别规范增加了妇女、特别是撒哈拉以南非洲年轻妇女感染艾滋病毒的风险。受教育机会有限，缺乏经济自主权，在家庭和更广泛的社会中权力态势不平衡，使妇女无法控制自己的生活，限制了她们获得艾滋病毒预防以及性健康和生殖健康服务的机会，使她们面临亲密伴侣暴力和性暴力，以及艾滋病毒、其他性传播感染、意外怀孕和孕产妇死亡率增加的风险。⁸ 遭受亲密伴侣暴力的妇女感染艾滋病毒的可能性比没有遭受暴力的妇女高出50%。⁹ 国家报告显示，全球39个国家的女儿和儿子没有平等的继承权。艾滋病署2018年的一项审查发现，在四个国家，妇女需要征得配偶或伴侣的同意才能获得性健康和

⁸ Kristin L. Dunkle and Michelle R. Decker, "Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups", *American Journal of Reproductive Immunology*, vol. 69, No. s1 (February 2013); and Frank Chirowa, Stephen Atwood and Marc Van der Putten, "Gender inequality, health expenditure and maternal mortality in sub-Saharan Africa: a secondary data analysis", *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, vol. 5, No. 1 (2013).

⁹ Lori Heise and Elizabeth McGrory, eds., "Greentree II: violence against women and girls, and HIV", project report, STRIVE research consortium, August 2016.

生殖健康服务；世界银行的数据显示，只有 78 个国家明确将婚内强奸定为刑事犯罪。

处于社会边缘地位的群体

35. 土著人民、移民和难民的边缘化使他们的健康状况较差，与艾滋病有关的发病率和死亡率较高。巴西、加拿大、印度尼西亚和委内瑞拉玻利瓦尔共和国的土著群体获得保健的机会较少，感染艾滋病毒和与艾滋病有关疾病的风险较高。^{10, 11, 12, 13}

36. 进行移民可能使人们处于感染艾滋病毒风险增加的境地。贫穷、剥削性工作条件、被剥夺应享权利或原籍地或目的地(或沿途)的高流行率环境，都是影响移民感染艾滋病毒、结核病和其他感染风险的因素。许多因素也阻碍移民工人获得他们所需的保健服务，包括非正常移民身份、语言和文化障碍、用户费用、缺乏包容移民的保健政策和无法获得服务。¹⁴ 在对艾滋病毒感染者实行旅行限制的国家，这种脆弱性可能会加剧，因为此种限制阻碍了移民获得艾滋病毒检测和治疗服务。

37. 难民和流离失所者在获得保健和其他社会服务方面可能面临类似的障碍。那些没有能力自立的人更有可能遭受性暴力和性剥削，或被迫陷入使他们易受伤害和边缘化的境地——所有这些都可能严重影响他们的健康和福祉。难民和移民也可能受到强制性艾滋病毒检测和对检测呈阳性的人的行动自由或其他权利的限制。被迫逃离家园的艾滋病毒感染者也面临治疗中断和与艾滋病有关的发病率和死亡率的极大危险。紧急情况下的食物无保障也会影响遵守治疗方案的情况，并导致与艾滋病毒有关的风险行为，如性交易行为。

38. 受影响的艾滋病毒感染者人数可能会随着人道主义紧急情况的频率和规模的增加而增加。联合国难民事务高级专员公署根据在世界粮食计划署的支持下建立的模型，估计 2016 年有 4.79 亿人受到紧急情况的影响，高于 2013 年的 3.14 亿人；受人道主义紧急情况影响的艾滋病毒感染者人数从 171 万人增加到 257 万人。

¹⁰ Adele Schwartz Benzaken and others, “HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon”, *International Journal for Equity in Health*, vol. 16, No. 92 (2017).

¹¹ A.C. Bourgeois and others, “HIV in Canada-surveillance report, 2016”, *Canada Communicable Disease Report*, vol. 43, No. 12 (December 2017).

¹² Leslie Butt, “‘Living in HIV-land’: mobility and seropositivity among highlands Papuan men”, in *From “Stone-Age” to “Real-Time”: Exploring Papuan Temporalities, Mobilities and Religiosities*, Martin Slama and Jerry Munro, eds. (Canberra, ANU Press, 2015).

¹³ Julian A. Villalba and others, “HIV-1 epidemic in Warao Amerindians from Venezuela: spatial phylodynamics and epidemiological patterns”, *AIDS*, vol. 27, No. 11 (July 2013).

¹⁴ 世卫组织，欧洲区域办事处：“移民与健康：关键问题。欧洲区域的移民健康”，2016 年。

贫穷和脆弱性

39. 健康权还被载入了 1948 年《世界人权宣言》。70 年后，在所有收入水平的国家，最贫穷和最脆弱的人往往无法达到这一最低健康标准。贫穷增加了一个人不健康的机会，而医疗保健的费用更有可能使这个人陷入更深的贫困。与富人相比，贫困的人必须将更大比例的收入花在医疗保健上，而且不太可能拥有医疗保险来避免支付巨额医疗费。

40. 贫穷与艾滋病毒感染之间的联系是复杂的。贫困的人不一定有更高的感染艾滋病毒的风险，但他们在健康、经济和社会后果方面所受的影响不同。¹⁵ 例如，收入水平似乎是艾滋病毒治疗结果的一个重要变量。在南非，社会经济地位低(基于收入、资产或就业状况)的艾滋病毒感染者因艾滋病毒相关原因死亡的风险比社会经济地位高的人高 50% 以上。¹⁶

41. 用户费用和其他自付费用限制了艾滋病毒感染者获得保健服务的机会。¹⁷ 即使免费提供抗逆转录病毒药物，机会性感染的诊断测试、咨询和药物费用也对低收入者产生巨大影响。用户费用也被证明会更广泛地减少社会中较弱势群体获得保健服务的机会。¹⁸ 自付支出在所有区域的保健总支出中占很大比例(见图四)，在一些低收入和中等收入国家，私人自付支出估计占保健支出总额的 60% 以上。¹⁹

¹⁵ Stuart Gillespie, Suneetha Kadiyala and Robert Greener, “Is poverty or wealth driving HIV transmission?”, *AIDS*, vol. 21, supplement 7 (November 2007).

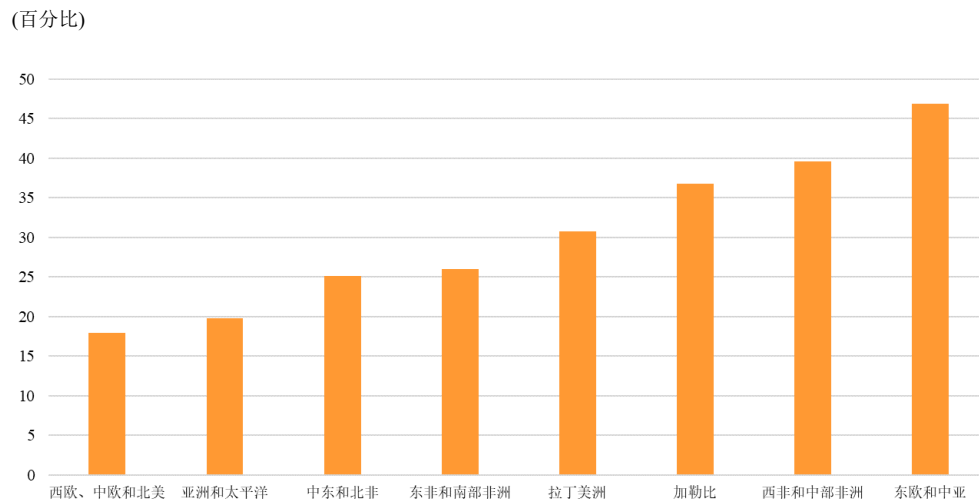
¹⁶ Charlotte Probst, Charles D.H. Parry and Jürgen Rehm, “Socio-economic differences in HIV/AIDS mortality in South Africa”, *Tropical Medicine and International Health*, vol. 21, No. 7 (July 2016).

¹⁷ Shabnam Asghari and others, “Challenges with access to healthcare from the perspective of patients living with HIV: a scoping review and framework synthesis”, *AIDS Care*, vol. 30, No. 8 (2018).

¹⁸ Chris D. James and others, “To retain or remove user fees? Reflections on the current debate in low- and middle-income countries”, *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 5, No. 3 (September 2006); and Mylene Lagarde and Natasha Palmer, “Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people”, policy brief prepared for the international dialogue on evidence-informed action to achieve health goals in developing countries, Khon Kaen, Thailand, December 2006.

¹⁹ 经济合作与发展组织, “Universal health coverage: facts and figures”, 2018 年 12 月。

图四
2015 年家庭自付支出占保健总支出的百分比，区域平均数



资料来源：世界卫生组织全球保健支出数据库。

见 <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> (2018 年 6 月 1 日查阅)。

未充分提供最新方法

42. 在大多数地区，较新的检测技术仍然不是很普及。在 2018 年向艾滋病署报告现有艾滋病毒检测方式信息的国家中，只有 32 个国家允许非专业人员进行艾滋病毒检测，14 个国家提供艾滋病毒自我检测，18 个国家提供家庭艾滋病毒检测。得到协助的伴侣通知更为常见，140 个报告国中有 54 个报告说，可以让受过培训的检测提供者协助新得到诊断的个人向伴侣披露其艾滋病毒状况，然后向其提供艾滋病毒检测(见图五)。

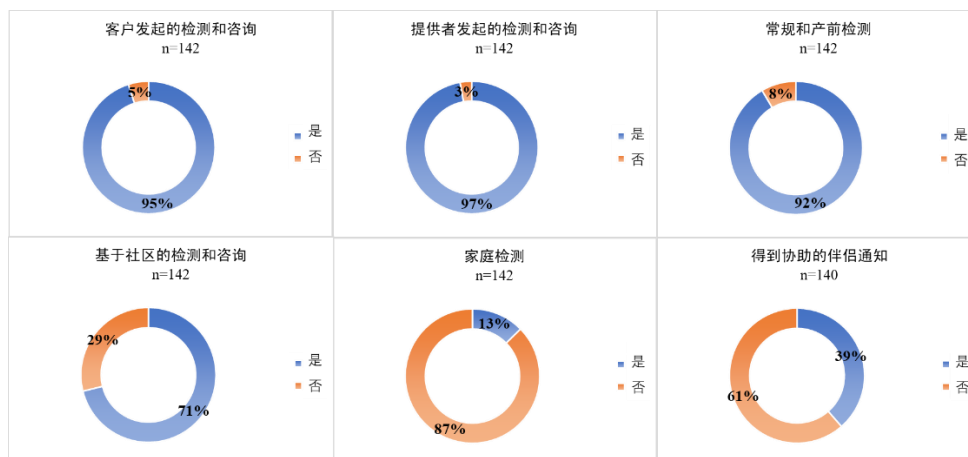
43. 在世界许多地区，病毒载量测试覆盖率仍然很低。在 2017 年向艾滋病署报告数据的 79 个国家中，四分之一的国家表示，在接受治疗的人中，不到一半的人接受了病毒载量年度测试。

44. 在实现到 2020 年全世界 300 万人做到暴露前预防用药的全球目标方面进展缓慢。据估计，到 2018 年年中，开始暴露前预防用药的人数约为 35 万，其中三分之二在美利坚合众国。

投资不足

45. 2009 年，在全球经济动荡中，低收入和中等收入国家艾滋病毒防治资金在增长十多年后出现了停滞。随着金融市场趋于稳定以及对消除世界上最大的健康威胁之一的势头可能丧失的关切，大会同意扩大对低收入和中等收入国家的投资，在 5 年期间增至 260 亿美元——这一数额与这些国家实现 2016 年《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：快速加紧防治艾滋病毒，到 2030 年消除艾滋病疫情》中的快速通道方案目标的估计费用相符。

图五
2018 年全球报告采用下列艾滋病毒检测方法的国家百分比



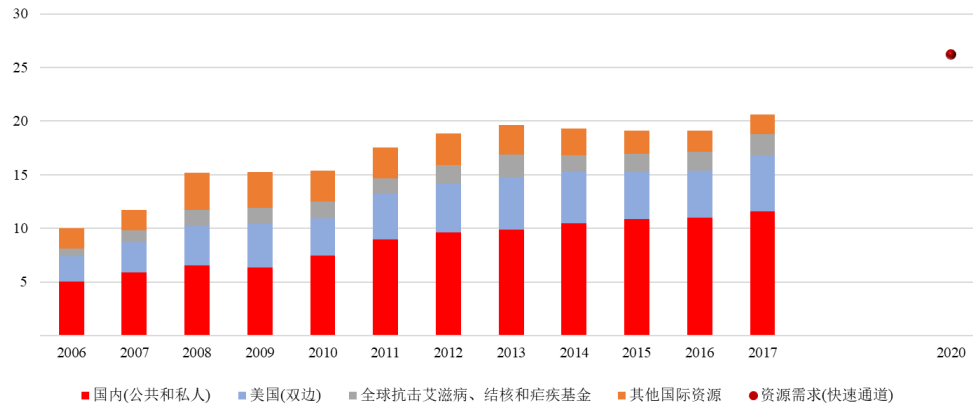
数据来源：世卫组织，2018 年。

缩写：n=报告数据的国家数目。

46. 2012 年至 2016 年期间，低收入和中等收入国家防治艾滋病毒的供资总额没有多大变化。在这一总趋势范围内，国内投资的稳步增加被捐助者资金的减少所抵消。2017 年，捐助者支出增加，并且国内投资继续增加，使支出增加到 206 亿美元(按 2016 年定值美元计算)——约为低收入和中等收入国家 2020 年目标的 80%(见图六)。最近美国总统艾滋病紧急救援计划的期限延长，这是为全球艾滋病防治工作提供国际支持最多的一个国家作出的一项令人欢迎的新承诺。然而，要实现 2020 年的投资目标，还需要更多的捐助方和国内承诺。全球抗击艾滋病、结核和疟疾基金的第六次充资会议将于 2019 年 10 月举行，这对确保捐助者为 2020 年至 2022 年作出更多承诺并刺激更多国内投资很关键。

图六
2000-2017 年低收入和中等收入国家按资金来源分列的的艾滋病病毒可用资源
(以定值美元计)和 2020 年资源目标

(十亿美元)



资料来源：艾滋病署资源可用性和需求估计数，2018 年。

注：根据 2015 年世界银行收入水平分类作出的低收入和中等收入国家估计数。所有数字均以 2016 年定值美元表示。

不再孤立地对待艾滋病问题

47. 对艾滋病的反应并不是孤立存在的。艾滋病毒的性质-无论是其传播方式还是攻击免疫系统的方式-都要求在多个部门开展以人为本的整体努力，以减少多种健康和社会问题带来的风险，并解决艾滋病毒感染者面临的多种医疗问题。例如，人类乳头瘤病毒使感染艾滋病毒的妇女患浸润性宫颈癌的风险比未感染艾滋病毒的妇女高出四至五倍。²⁰ 结核病是艾滋病毒感染者的主要可预防死因，2017 年约有 30 万[27 万至 34 万]人死于与艾滋病毒相关的结核病。²¹ 2016 年，超过一半的注射吸毒者患有丙型肝炎，八分之一的人感染了艾滋病毒，在艾滋病毒阳性注射吸毒者中五分之四有过去或现在感染丙型肝炎病毒的血清学证据，7%的人患有乙型肝炎。²²

48. 尽管将结核病和艾滋病毒相关服务结合起来具有明显的优势，但这一方法远未普及。在 2017 年底向艾滋病署报告数据的 117 个国家中，约有一半已将艾滋病毒咨询和检测与结核病服务结合起来，略超过三分之一的国家已将艾滋病毒和结核病治疗充分结合(见图七)。世卫组织估计，2017 年艾滋病毒和结核病感染者中有一半不知道自己的结核病感染情况，因此没有接受结核病治疗。在

²⁰ Sheri A. Denslow and others, “Incidence and progression of cervical lesions in women with HIV: a systematic global review”, *International Journal of STD and AIDS*, vol. 25, No. 3 (March 2014).

²¹ 世卫组织，“与艾滋病毒相关的结核病”，情况报道，2018 年。

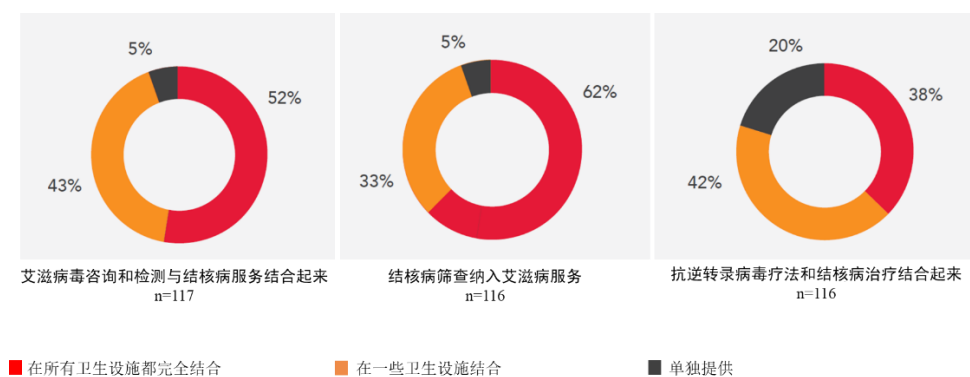
²² 世卫组织，全球肝炎报告，2017 年(日内瓦，2017 年)。

诊断延迟的地方，死亡的风险就会增加，特别是多重耐药性和广泛耐药性结核病造成的死亡。

49. 分子技术的发展意味着使用单一平台快速诊断不同疾病的可能性越来越大。这些平台提高了国家卫生系统的技术和财政效率，同时扩大了获得护理和拯救生命的机会。²³ 多种疾病服务还可以促进将常规艾滋病毒检测作为健康检查的一部分，也有助于消除污名化和歧视，因为一个人访问综合服务机构可能会使其他人更难猜到一个人的艾滋病毒状况。²⁴

图七

2017 年全球报告提供艾滋病毒和结核病综合服务的国家百分比



资料来源：艾滋病署，2017 年国家承诺和政策工具。

缩写：n=报告数据的国家数目。

三. 各国实行全民医保，不让任何一个人掉队

50. 努力消除艾滋病这一对公众健康的威胁，实现可持续发展目标中的其他健康承诺，以及落实 71 年前的关于全球不可剥夺健康权的宣言，所有这些都很大程度上取决于在实现一个具体目标方面取得的进展：全民健康覆盖。

51. 全民健康覆盖运动日益扩大，目的是确保所有人都能获得他们需要的优质保健服务，保护所有人不受公共健康风险的影响，并保护所有人不因疾病而陷入贫困，无论是由于在家庭成员生病时自付支出保健费用还是由于收入损失。确保普遍获得负担得起的优质保健服务，也将是对到 2030 年消除极端贫穷的一个重要贡献。

52. 全民健康覆盖的核心原则是：不让任何人掉队。十多年来，这一直是艾滋病毒防治工作的口头禅。这些呼吁背后的多种不平等紧密相联。艾滋病毒是低收入

²³ 世卫组织，“世卫组织建议对结核病、艾滋病毒和肝炎使用多种疾病检测设备”，2017 年 6 月 22 日；世卫组织，全球结核病方案和艾滋病毒/艾滋病部门，“在综合实验室网络中采用和使用多种疾病检测设备的考虑因素”，信息说明，2017 年 6 月。

²⁴ Baotran N.Vo and others, “Patient satisfaction with integrated HIV and antenatal care services in rural Kenya”, *AIDS Care*, vol. 24, No. 11 (2012); and Population Council, “Assessing the benefits of integrated HIV and reproductive health services: the Integra Initiative”.

国家第四大死亡原因，也是撒哈拉以南非洲第二大死亡原因。²⁵ 不让任何人掉队需要一揽子保健福利方案，其中包括一整套艾滋病毒相关服务、通过专门的政府资金流提供的额外公共卫生和社会保护服务，以及确保弱势和边缘化人群能够获得所需服务的结构改革。

53. 作为全民健康覆盖核心的一揽子保健福利应包括以设施为基础的艾滋病毒相关服务，如成人和儿童艾滋病毒检测和治疗、预防母婴传播、暴露前预防用药和自愿医疗男性包皮环切术。全民健康覆盖平台还可促进正在进行的将艾滋病毒相关服务与妇幼保健服务、性健康和生殖健康服务、结核病、肝炎、性传播感染和非传染性疾病的预防和治疗、人类乳头瘤病毒疫苗接种和减少危害服务结合起来的努力。

54. 此外，全民健康覆盖应包括一系列部门提供的其他关键服务的专用公共卫生或社会保护资金流，如推广安全套、改变行为干预措施、全面性教育、人权方案拟订、减少污名化和歧视以及为关键人群提供外联服务。

55. 在艾滋病毒负担高的低收入和中等收入国家，艾滋病毒相关服务占保健支出总额的很大比例，国内资源可能无法在中期内支付一整套服务的费用。即使在流行病程度较低的低收入和中等收入国家，艾滋病毒终身治疗的费用也会给国家卫生筹资计划造成压力。随着各国过渡到全民健康覆盖系统，将需要捐助者的支助。接受这种支助的国家将需要加强基本制度，例如保健信息和财政管理制度，以建立公众和捐助者对国家保健筹资计划的信心。

四 .实现全球目标需要加强政治意愿

56. 消灭艾滋病的挑战是多种多样的，各国(甚至是各国国内)的挑战各不相同，反映了全球法律、政策、习俗和做法的多样性。这些挑战有时似乎是无法克服的，因为各国都在努力应对需要兼顾的优先事项和有限的资源。然而，证据是明确的：已经建立了扶持性环境，并在各种流行病和收入背景下实现了快速通道目标。实现这些目标后，艾滋病毒感染和与艾滋病有关的死亡人数将稳步下降。

57. 要想世界实现到 2030 年消除艾滋病这一公众健康威胁，需要所有区域和收入水平的更多国家在今后几年中找到应对这些挑战和实现 2020 年目标的政治意愿。相比之下，对现状的自满产生的最好结果是延长这一流行病的持续时间，最坏的情况是会导致危机的反弹。成年人中新感染艾滋病毒的比率一直很高，这意味着需要终身抗逆转录病毒治疗的艾滋病毒感染者人数不断增加。保健系统的护理负担每年都在增加。

58. 目前正在采取多种举措，协助各国履行其承诺，特别是在艾滋病毒防治方面落后的领域。这些举措是在联合国改革的更大背景下实施的，联合国改革正在为更有效地利用资源提供指导，并提高联合国系统的能力，以便按照其任务规定交

²⁵ 世界卫生组织。“2016 年全球卫生估计数：2000 年和 2016 年按原因和区域分列的估计死亡人数”。

付成果和支持各国执行《2030 年议程》。艾滋病署是一个由 11 个联合国实体组成的联合方案，它一直在根据更广泛的联合国改革改进其独特的模式。

59. 由会员国、捐助者、民间社会组织和执行者组成的全球艾滋病毒预防联盟正在解决减少成人艾滋病毒感染方面进展缓慢的问题。联合国人口基金的一项公私伙伴关系举措旨在扩大在撒哈拉以南非洲以营利为目的的避孕套推广和分销，包括呼吁更多地关注私营部门面临的障碍，如高税收、关税和混乱的监管途径。

60. 一个由联合国机构和国际非政府组织组成的广泛联盟呼吁有关方面采取行动将性健康和生殖健康及权利与艾滋病毒干预联系起来，这对维护性健康和生殖健康权利以及满足艾滋病毒相关服务需求的 10 项关键战略有促进作用。在东部和南部非洲，共同努力实现性健康和生殖健康方案(“2gether 4 SRHR”)正在致力于增加向 10 个高流行率国家提供的综合服务。

61. 2018 年发布了《国际性教育技术指南》修订版，强调了在学校开展全面性教育的重要性，从而解决了向年轻人提供有关艾滋病毒预防、性行为以及性健康和生殖健康的准确信息的需要，特别是在感染率高的环境下。

62. 2018 年启动了一个新的全球伙伴关系，以采取行动消除与艾滋病毒有关的一切形式的污名和歧视，一些国家已承诺对污名和歧视采取行动。“一开始排除艾滋病、保持不感染艾滋病及最后摆脱艾滋病”倡议正在推动一套基于人权的干预措施，以结束艾滋病这一儿童公共健康威胁，重点是 23 个儿童、青少年和年轻妇女感染艾滋病毒人数较多的国家。²⁶

63. 全球已有 300 多个城市加入了“快速通道城市倡议”，该倡议的重点是这些城市地区努力实现三个“90%”的目标，更多地利用艾滋病毒综合预防服务，并将污名化和歧视的负面影响降至零。该倡议启动五年后，第一次国际快速通道城市会议将于 2019 年 9 月在伦敦举行，以应对贯穿各领域的挑战并分享最佳做法。

五. 建议

64. 在防治艾滋病毒流行病方面取得了显著进展，但进展参差不齐。数十个国家和若干区域整体面临着无法实现 2016 年《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言》中商定的 2020 年目标的危险。敦促会员国通过以下建议，以保持政治意愿，激励行动，并建立必要的势头，以实现大会制定的 2020 年目标，并使世界实现到 2030 年消除艾滋病这一公共健康威胁。

²⁶ 安哥拉、博茨瓦纳、布隆迪、喀麦隆、乍得、科特迪瓦、刚果民主共和国、斯威士兰、埃塞俄比亚、加纳、印度、印度尼西亚、肯尼亚、莱索托、马拉维、莫桑比克、纳米比亚、尼日利亚、南非、乌干达、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚和津巴布韦。

建议 1：重振艾滋病毒初级预防工作

65. 全球艾滋病毒预防联盟制定了“2020 年艾滋病毒预防路线图”，²⁷ 这是一项要求各国制定国家和国家以下各级预防目标并加强艾滋病毒初级预防方案的共同议程。自 2017 年成立联盟以来，许多艾滋病毒负担沉重的国家成立了新的国家预防联盟，并修订了国家预防战略。这些国家战略迫切需要转化为国家行动。

建议 2：使艾滋病毒检测多样化和提供不同类型的医疗保健以实现三个“90%”的目标

66. 已经实现三个“90%”的目标的国家的经验表明，需要采取多种艾滋病毒检测方法-包括由提供者发起的检测、基于社区的检测、同伴外联、指定对象检测和自我检测-才能实现使 90% 的艾滋病毒感染者了解自身艾滋病毒状况的目标。在艾滋病毒确诊后，需要立即启动抗逆转录病毒治疗、遵守治疗方案支持机制和定期病毒载量测试，以在被诊断为艾滋病毒的人中达到 90% 的治疗覆盖率，并使 90% 的接受治疗者的病毒载量受到抑制。提供不同类型的保健服务的做法，包括将任务从医生转移到护士以及从护士转移到社区保健工作者，已证明在卫生人力资源水平较低的情况下可以实现较高的服务覆盖率。

建议 3：建立有利的法律和政策环境，以惠及边缘化和弱势群体

67. 需要作出具体努力，确保边缘化和弱势群体，包括感染艾滋病毒风险高的主要群体的健康和艾滋病毒相关需求得到满足。艾滋病毒和法律问题全球委员会详细阐述了为确保根据普遍人权义务采取有效、可持续的卫生对策而应采取的措施。²⁸

建议 4：调动额外资源并将其分配到最需要的地方

68. 目前正在设法获得至少 140 亿美元的资金，以供全球基金在 2020 年至 2022 年期间为防治艾滋病毒、结核病和疟疾提供赠款。充分实现这一目标至关重要，但仍不足以使世界实现到 2030 年消除艾滋病这一公众健康威胁。需要继续增加捐助者和国内资源的分配，以达到 2016 年《政治宣言》中呼吁的较高服务覆盖水平。还需要提高效率。国内和捐助者的资源应用于侧重于需求最大的人和地点的循证服务，采用以细化数据收集为依据的地点-人口办法。

建议 5：支持社区，使其能够发挥关键作用

69. 非同一般的民间社会宣传推动了对艾滋病毒的非同一般的全球反应，并且需要民间社会参与关键服务的提供，以达到较高的覆盖面。应让艾滋病毒感染者、关键人群、妇女、青少年以及青年人等社区群体参与保健和社会方案的设计、执行和监测工作，包括建立实现全民健康覆盖制度的工作。让妇女担任领导和决策

²⁷ 见 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf。

²⁸ 艾滋病毒和法律问题全球委员会提出的所有 30 项建议均载于其 2018 年补编“风险、权利和健康”。

职位是关键。需要建立国家和地方的社会契约制度，以确保社区组织获得提供服务的公共资金。

建议 6：将艾滋病毒综合防治措施纳入全民健康覆盖

70. 将于 2019 年 9 月举行的大会全民健康覆盖问题高级别会议是将艾滋病毒综合防治措施纳入全民健康覆盖的一次机会。循证艾滋病毒干预措施应纳入综合保健福利一揽子计划、公共卫生运动、公共教育系统和社会保护的提供。需要健全和透明的公共财政管理系统，以确保有效利用国内资源和捐助者资源。