



大会

Distr.: General
7 April 2009
Chinese
Original: English

第六十三届会议

议程项目 41

《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

在执行《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》方面取得的进展

秘书长的报告

在大多数国家中，对妇女、男男性行为者、性工作者、药物使用者和少数民族的歧视仍然合法。这种现象必须改变。我呼吁各国履行其承诺，颁布或执行取缔对艾滋病毒感染者和弱势群体成员的歧视的立法……在没有保护性工作者、药物使用者和男男性行为者的法律的国家中，只有一小部分人可享受预防措施。相反，在对这些人提供法律保护和人权保护的国家中，更多的人可获得各种服务。结果，感染的病例更少，对抗逆转录病毒治疗的需求更少，死亡人数更少。

不保护这些群体不仅是不道德的，而且从健康的角度来看也是没有道理的。它伤害到我们所有人。

秘书长潘基文

国际艾滋病会议

墨西哥城，2008年8月3日



摘要

本报告说明了防治艾滋病方面的最新事态发展，展望商定的 2010 年里程碑，建议为加快进展采取重要行动，并敦促对普及关于艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助的目标重新作出承诺。

2008 年 6 月，大会关于艾滋病毒/艾滋病问题的高级别会议评估了在防治全球艾滋病毒流行方面取得的进展。来自 147 个国家的报告显示，包括在获得抗逆转录病毒疗法和避免幼儿经母体感染艾滋病等方面，取得了重要的进展。很多行为者为这些成就作出了贡献，其中包括各国政府、民间社会和艾滋病毒感染者。美利坚合众国政府在过去 5 年中为防治艾滋病调集了 188 亿美元，全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金向约 200 万人提供了抗逆转录病毒治疗。

尽管取得了这种令人鼓舞的进展，但仍然存在巨大的挑战，包括在获得重要的与艾滋病毒相关的服务方面存在严重的差距。新的感染病例出现的速度仍然超过治疗方案的扩展，对预防艾滋病毒的承诺仍然不足。中低收入国家可用于预防艾滋病毒的资金尽管从 2007 年的 113 亿美元增加到 2008 年的 137 亿美元，但自 2008 年高级别会议以来，全球经济出现下滑。鉴于防艾滋病毒是所有全球投资中最牢靠的投资之一，在这种经济困境中保持和增强对防艾滋病毒工作的承诺，至关重要。

在 2001 年举行的大会关于艾滋病毒/艾滋病问题的第二十六届特别会议期间商定的承诺基础上，各会员国于 2006 年一致商定实现到 2010 年人人能够受惠于综合预防方案、治疗、护理和支助的目标。截至 2009 年 2 月，111 个国家通过广泛的全国协商进程确定了普及防治的国家具体目标。

对于普及防治的承诺反映了一种人权需要，很多会员国在为保护艾滋病毒感染者和易受艾滋病毒感染者的权利所作的很多其他承诺中，对这一需求给予支持。然而，很多国家中的一些法律和政策与这种承诺不符，造成获得重要的防艾滋病毒的服务和产品的机会减少。2007 年，1/3 的国家在报告中指出，它们仍然没有禁止与艾滋病毒相关的歧视的法律，很多具有反歧视立法的国家在充分执法方面存在各种问题。总共有 84 个国家在报告中指出，它们的一些法律和条例妨碍针对弱势人口的有效预防艾滋病毒、治疗、护理和支助。此外，大约 60 个国家具有仅仅根据艾滋病毒阳性状况而限制艾滋病毒感染者入境、逗留和居住的法律。最后，越来越多的国家颁布了过于宽泛的法律，将传播艾滋病毒和使人暴露于这种病毒以及不公开艾滋病毒状况的行为定为刑事犯罪。这种措施很可能导致人们回避艾滋病毒检测，从而影响到实现普及防治的努力。

经过改进的分析方法使各国能够更好地确定其各种流行病的规模和动态、选择适当的干预方式并针对其特定国家情况而特制基于证据的战略。有针对性地制定国家战略对策，扩大了预防艾滋病毒方案的效果并减少浪费和效率不高情况。经过改善的监测和评价系统，也使各国得以根据其各种流行病随着时间的演变而修订其国家战略。各国在将国家战略与国家实际情况密切结合的努力中，应着力于了解和处理艾滋病毒危险和易受感染情况的社会和结构决定因素，例如两性不平等、社会边缘化和背负污名与受歧视。

艾滋病的流行是全球面对的长期挑战，需要我们作出持续承诺，以找到有效的长期对策。随着预防艾滋病毒方案的覆盖面和质量提高，需要加紧努力以加强卫生、教育、社会福利和其他重要部门，并将艾滋病毒与结核病、性健康和生殖健康以及其他保健服务统筹处理。只有在减缓新的艾滋病毒感染率方面取得更大的成功，同时为艾滋病毒感染者提供最佳服务，才能持续实行长期的防治艾滋病的对策。推广适当综合采用行为、生物医学和结构性预防艾滋病毒的战略，可将从现在到 2015 年之间感染艾滋病毒新病例总数减少一半以上。然而，大多数国家在采用这种综合预防战略方面仍然受到极大的限制。据估计，到 2010 年实现各国普及防治的目标，将需要在两年内每年支出 250 亿美元，这就需要所有提供与艾滋病毒有关的资金者作出新的承诺。维持一种有效的防治艾滋病的对策，将需要各国政府、民间社会和受影响社区等各级展现出空前的领导能力。

主要建议

所有利益攸关方必须再次承诺着力于实现到 2010 年普及针对艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助。

国家预防战略应满足国家和地方需要，考虑到国家各种流行病的动态以及何种方式可在个人、社区和社会各级预防艾滋病毒传播的证据。

到 2010 年，每年各种来源的筹资必须增加到 2 500 万美元，以实现国家普及防治的目标。全球领导人应探索对于预防艾滋病毒和应付其他发展挑战的富有创意的筹资机制，并为其提供支助。

应当改进法律和执法，并推广为诉诸司法提供支助的方案，以防止对艾滋病毒感染者和易受感染人口的歧视。与艾滋病毒有关的旅行限制应当取消；将传播艾滋病毒定为刑事罪的做法应仅限于有意传播；加重性工作、男男性行为者和注射药物使用者的负担或妨碍其获得服务的法律，应予废除。

所有利益攸关方必须充分承诺实现全球对策的最大透明度和问责制，包括定期提出报告，说明其国家和全球承诺情况。

一. 引言

1. 2008 年 6 月举行的大会关于艾滋病毒/艾滋病问题的高级别会议评估了在应对全球艾滋病毒流行方面取得的进展以及迄今在实现会员国在 2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》中一致通过的有时间限制的目标方面取得的成就。2006 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》中重申了这些承诺，会员国在宣言中保证到 2010 年普及有关艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助。

2. 来自 147 个国家的报告确定了如下重要成就：

(a) 2007 年，中低收入国家接受抗逆转录病毒治疗的比例上升了 47%，达到 300 万成人。2005 年至 2007 年期间，接受儿科抗逆转录病毒治疗的人数增加了近两倍。仅在 5 年时间里，在资源有限环境中接受抗逆转录病毒治疗的人数增加了 9 倍，使每年艾滋病死亡人数自从 1980 年代初第一次认识的这一流行病以来首次下降；

(b) 接受预防幼儿经母体感染艾滋病服务的感染艾滋病毒孕妇的百分比，从 2005 年的 15% 增加到 2007 年的 33%；

(c) 非洲若干高流行率的国家青年孕妇中间艾滋病毒流行率的下降说明，这一地区预防艾滋病毒的努力造成性行为的重大改变。

3. 这些令人鼓舞的进展显示了从事防治工作者巨大努力的影响。然而，高级别会议还重点提到目前努力中的如下严重弱点和缺陷：

(a) 2007 年，需要接受抗逆转录病毒治疗者中总共有 70% 的人没有得到这种治疗；

(b) 2007 年，每两个人开始接受抗逆转录病毒疗法，就有 5 个感染艾滋病的新病例；

(c) 2007 年，在 11 个高流行率的国家，85% 因艾滋病毒而成为孤儿或处于弱势的儿童生活在得不到任何形式的援助的家庭中；

(d) 在 15 到 24 岁的人群中，只有 40% 的人对艾滋病毒有准确和全面的了解；

(e) 近 2/3 的国家实行妨碍弱势人口获得防艾滋病毒服务的法律和政策，近一半的国家没有为侧重于妇女的方案提供任何财政支助；

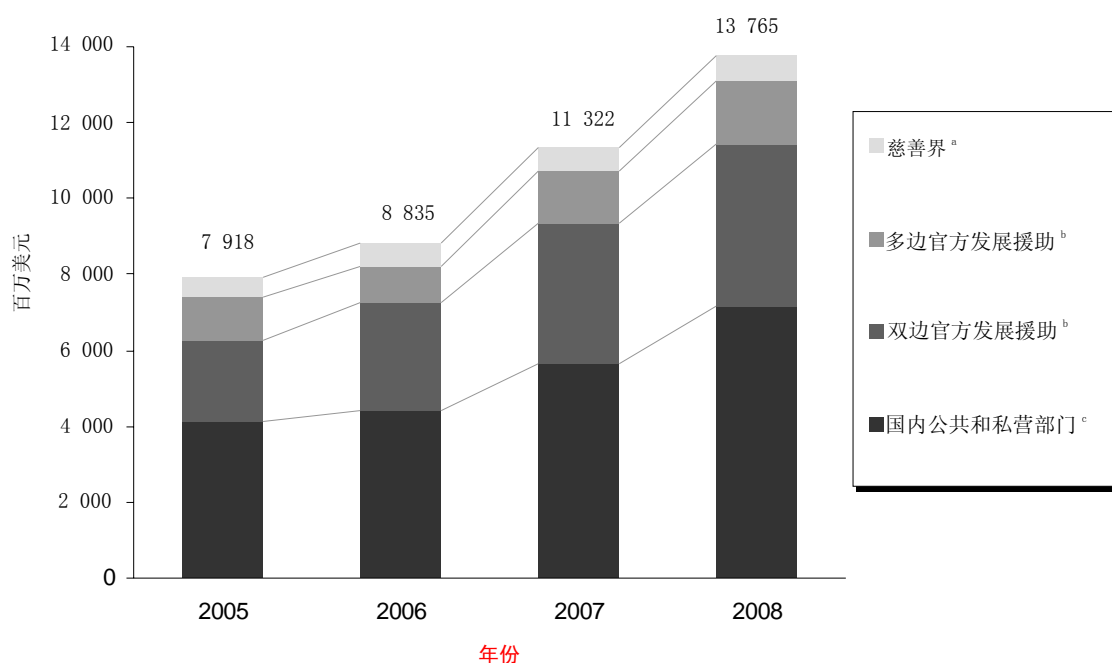
(f) 由于艾滋病/造成结核病的死灰复燃，迫切需要改善针对同时感染艾滋病毒和结核病人的统筹服务。

4. 2007 年，中低收入国家可用于防艾滋病毒方案的资金近 113 亿美元，2008 年近 147 美元(见图一)。从 2007 年到 2008 年，可用于防艾滋病毒方案的资源增

加了 21%。在筹资方面，2008 年国内来源的资金占 53%，其次是来自双边捐助者的 31%、多边机构的 12%(包括全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金)以及慈善机构的 5%。

图一.

每年可用于防治艾滋病病毒/艾滋病方案的资金



^a 关注艾滋病问题供资者组织的报告(2008)和欧洲防治艾滋病病毒/艾滋病供资者集团的报告(2008)。

^b 经济合作与发展组织发展援助委员会，截至 2008 年 12 月 19 日。

^c 联合国艾滋病病毒/艾滋病联合国规划署，2008 年。

5. 在 2008 年高级别会议上，很多国家表示它们面临着无法实现到 2010 年普及防治目标的危险。自这次会议以来，出现了日益加深的全球经济下滑，使履行全球艾滋病承诺的挑战更加严峻。在各国政府应付经济下滑的影响之际，当务之急是维持和加强它们在防治艾滋病中的投资，以便很快并在今后数十年中获得重要的收益。

6. 本报告有 4 个目标：(a) 提供关于防治艾滋病方面的最新事态发展；(b) 展望 2010 年里程碑并说明其在防治这一流行病的可持续、长期对策中的重要作用；(c) 建议为加快取得所做承诺方面的进展而采取重要行动；(d) 对普及有关艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助的目标重新作出承诺。

二. 确保对人权承诺的问责制

7. 各会员国在 2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》中一致认为，尊重艾滋病毒/艾滋病感染者的权利可推动采取有效对策，并保证采取具体行动保护艾滋病毒感染者、妇女和女孩、青年、移民和弱势人口的权利。2006 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》确认和解释了这些承诺。然而，各国政府未能采取充分的政治、法律和方案步骤来实现这些保证。如果要实现防艾滋病毒方面的进展以及普及防治的目标，就必须履行这些人权承诺。

禁止因艾滋病毒而产生的歧视

8. 2008 年高级别会议上提出的证据显示，越来越多的国家通过法律以保护艾滋病毒感染者不受歧视。然而在 2007 年，1/3 的国家在报告中指出，它们没有这种法律。按照各国根据国际人权文书以及 2006 年的《政治宣言》作出的酌情制定、加强或执行立法以消除对感染艾滋病毒者和易感染群体成员的一切形式歧视的承诺，没有反歧视立法的国家应实行这种法律。

9. 反歧视法律如果得到适当执行并辅之以更广泛的消除污名的举措，就可实现其目标。很多国家没有系统地评估因艾滋病毒产生的污名和歧视，不实施或扩大减少污名和歧视的方案，也不优先处理其国家对策中可增强那些受影响者受益于法律保护的能力的方案。

取消因艾滋病毒而对入境、逗留和居住的限制

10. 2008 年，约 60 个国家实行仅由于艾滋病毒抗体呈阳性而限制人们入境、逗留和居住的规定。这种限制不仅是歧视性的，而且还会给争取移民、获得庇护、与家人团聚、学习、经商或参加关于艾滋病毒问题的政策和做法会议的个人造成沉痛的影响。

11. 2008 年，由各国政府、国际组织和民间社会代表组成的艾滋病毒相关旅行限制问题国际工作组强调，这种歧视性限制并没有保护公众的健康，也不是一种可避免与艾滋病毒相关的治疗费用的合理、公平的战略。最近的报告指出，在废除这种效果相反的法律方面取得了一些进展。塔吉克斯坦最近放弃了这种限制，据报告中国、纳米比亚和美利坚合众国政府正采取步骤取消它们的限制。

将传播艾滋病毒定为刑事犯罪：对健全对策的日益严重的威胁

12. 尽管一些高收入国家多年来将传播艾滋病毒或使他人暴露于这一病毒的行为定为刑事犯罪，但超过 15 个非洲国家于 2007 年或 2008 年通过了这种法律。这种针对艾滋病毒的法律通常对那些传播艾滋病毒或使他人暴露于艾滋病毒者施以刑事处罚。没有任何证据显示这种过于宽泛和定义不清的法律阻止人们传播

艾滋病毒，而人们极度关切的是这种法律会加重因艾滋病毒产生的污名并阻止人们了解和披露其艾滋病毒的情况。

13. 涉及蓄意向他人传播艾滋病毒的恶意行为，理应得到惩罚。然而，证据显示这种行为极为罕见，因为大多数经检测感染艾滋病毒者会采取步骤避免使他人受感染。尽管这种案件确有发生，但已经有惩处这种有害行为的刑法。颁布有关艾滋病毒的法律并对各类行为施用这种法律，使关于感染艾滋病毒者具有危险而且不应得到社会同情的观念永久化。这与证据以及 2006 年《政治宣言》中关于营造对自愿披露艾滋病毒身份有利和安全的社会和法律环境的承诺不符。

14. 过于宽泛的法律可能造成起诉那些没有意识到他们感染艾滋病毒或不知道这种病毒如何传播的人，甚至起诉那些已向伴侣披露其感染艾滋病毒情况或采取谨慎措施降低传播危险的人。还有证据显示，这种法律对边缘化群体成员的适用比例超常。

15. 将艾滋病毒的传播定为刑事犯罪的支持者常常举例说，有必要保护那些由于其丈夫或其他男性伴侣的性行为而频繁处于危险中的妇女。然而，这种法律实际上会造成过多地起诉妇女。由于妇女因怀孕而比男子更经常利用保健服务或接受计划生育服务，她们常常首先被诊断已感染艾滋病毒，可能由于“将艾滋病毒带入关系”而受到起诉，或被指控使其新生儿暴露于艾滋病毒。

16. 很多国家除将艾滋病毒传播定为刑事犯罪外，还对同性性行为、商业性性行为和药物注射施以刑事惩处。这种法律构成向重要人群提供艾滋病毒相关服务的主要障碍。应取消对这种行为的刑事定罪，而患毒瘾者应接受保健服务以治疗其毒瘾。

17. 各国政府不应依赖刑法，而因扩大和执行保护人人免于因艾滋病毒而引起的歧视和性暴力的法律，确保人人获得与艾滋病毒有关的保健资料、服务和产品。广泛的经验表明，改变危险行为的方案辅之以强大的人权保护措施，比适得其反地采用刑事惩处或其他形式的强迫手段能够更有效地控制艾滋病毒。

三. 普及防治

18. 推动普及防治的举措使国际社会联合一致，在全世界推广与艾滋病毒相关的服务。截至 2009 年 2 月，111 个国家确定了普及防治的国家落实和成果目标。新的提供技术支助和协调的来源已经开发出来，如区域技术支助机制、艾滋病毒知识中心和全球实施支助小组，用以帮助各国推广防艾滋病毒方案。国家一级的监测和评价系统也有所改善，得以更透明地和及时地追踪各项成就并查明服务的提供和质量方面尚存的差距。

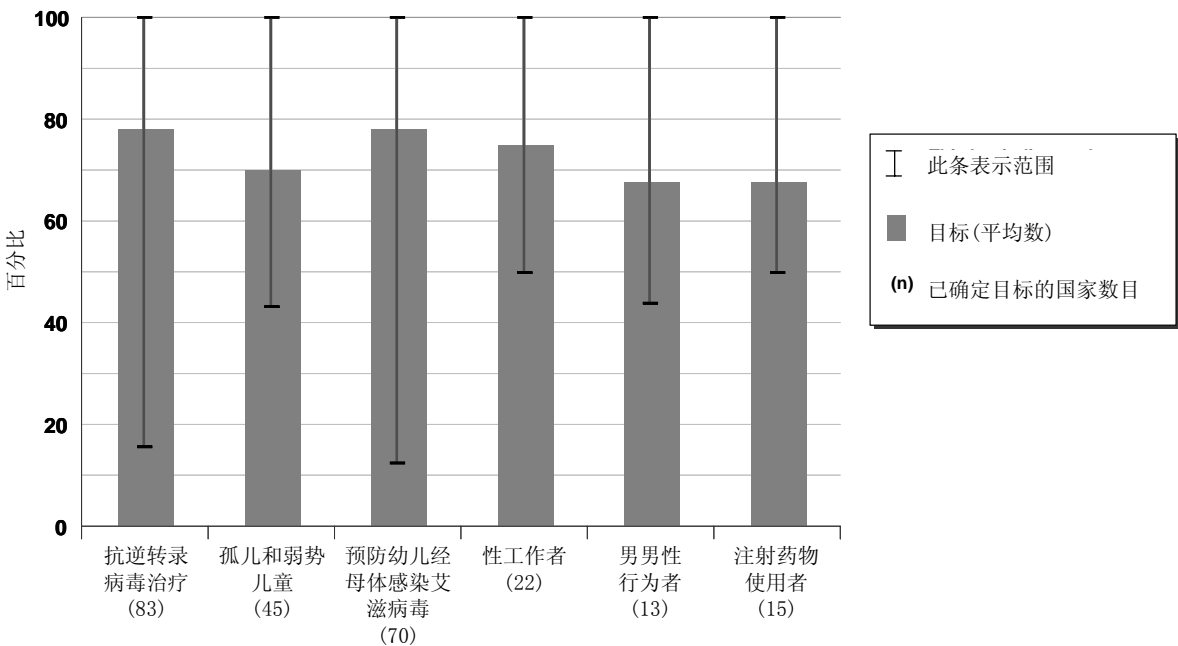
了解普及防治

19. “普及防治”并非意味着百分之百的人将享受所有预防、治疗、护理和支助措施。它只是反映出一种国际承诺，即在大幅度提高控制各种不同流行病所需要的有效干预措施的实施程度方面取得可衡量的、持续的进展。普及防治意味着必须提供公平、易获得、支付得起、全面和照顾到个人需要的服务。普及防治不仅注重取得可衡量的成果，而且还是处理国际保健和发展问题的新的途径。它基于各项权利和力求解决，以国家主导权和解决问题为依据，前提是最大限度的问责制和透明度。

20. 图二显示，各国为普及防治的各个部分制定了广泛的实施目标，大多数国家的目标大胆但可以实现。一些国家确定的 2010 年目标低于其他国家的目标，这主要反映出这些国家推广其防艾滋病毒服务的预期时限，而不是缺乏对普及防治的承诺。

图二.

为到 2010 年提供各种服务制定实施目标的国家的数目



21. 其境内出现不同类型流行病的国家优先采用不同的防艾滋病毒的服务。综合各种干预措施的具体方式，取决于各种因素，包括艾滋病毒的流行率、不同的艾滋病毒传播模式的相对严重性、现有服务差距的严重性和分布情况以及受流行病影响最重的特定人口情况。

22. 联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)的赞助方和秘书处带头进行努力,帮助各国实现普及防治,为国家所领导的对话和确定目标进程提供便利,配合各个伙伴评估普及防治的资源需要,并将实现普及防治的举措置于艾滋病规划署的联合工作计划的中心。艾滋病规划署在新领导层之下,加大了将普及防治作为其最优先工作的力度。

普及防治: 大胆但可以实现

23. 尽管普及防治是一项大胆的举措,但各区域的经验表明它是可以实现的。在 2004 年至 2007 年之间,柬埔寨抗逆转录病毒药物的使用增加了四倍以上。2005 年至 2007 年期间,在塞内加尔、南非和泰国,接受抗逆转录病毒治疗的人数翻了一倍。在中欧和东欧,使用抗逆转录病毒药物的增长更快。

24. 据报告,预防幼儿经母体感染艾滋病的服取得了类似的进展。截至 2007 年,博茨瓦纳实现了普及提供产前预防艾滋病毒服务的国家目标。包括阿根廷、白俄罗斯、贝宁、巴西、格鲁吉亚、哈萨克斯坦、肯尼亚、纳米比亚、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、卢旺达、斯威士兰和乌克兰在内的其他国家,也在普及预防母子传染艾滋病毒方面取得了重大进展。¹

25. 证据显示,能够取得预防艾滋病毒的重大成果。在接受调查的 17 个非洲国家中的 14 个国家中,2000 年至 2007 年期间,年龄在 15 到 24 岁之间感染艾滋病毒的孕妇的百分比下降,其中 9 个国家已经达到了 2001 年《承诺宣言》中要求的将艾滋病毒流行率降低 25% 的目标。

持续的需要

26. 由于艾滋病毒感染新病例的速度仍然超过艾滋病死亡的人数,感染艾滋病毒者的人数继续升高,因而增加了今后需要治疗服务者的人数。向需要治疗者提供治疗的需要,突显出迫切需要加强和扩大在中低收入国家提供抗逆转录病毒治疗的基础设施。

27. 如果不在防止艾滋病毒新感染病例方面取得更大的进展,新感染病例出现的速度将继续超过治疗方案的扩展。各种不同国家的经验表明,综合预防措施可大大降低艾滋病毒新感染病例的速度。例如,在纳米比亚,基于艾滋病毒教育的生活技能、自愿咨询和检测以及广泛分发避孕套的综合行动,促成青年孕妇艾滋病毒流行率从 2003 年的 18% 下降到 2007 年的 14%。估计如果到 2010 年在中低收入国家实现由国家确定的普及防治目标,就会在 2009 年和 2010 年避免 260 万个新感染病例和 130 万人死亡。

¹ 各会员国除作为普及预防工作的一部分而确定预防幼儿经母体感染艾滋病的国家具体目标之外,还通过了 2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》中规定的到 2010 年实现向 80% 的人提供全面预防服务的全球目标。

28. “综合预防”依赖于恰当地综合行为、生物医学和结构性预防艾滋病毒战略，以满足那些面对感染艾滋病毒风险者的特殊需要。² 有效预防艾滋病毒的举措着重于针对青年人的特殊工作，他们在所有地区受艾滋病毒影响的比例超高。

专注于面对最大风险者

29. 艾滋病毒感染的危险和这一疾病的影响都不是平等分布的。例如，在南部非洲，少女可能受到感染的人数是同龄男孩的 2 到 4.5 倍。几乎在所有国家，某些群体中艾滋病毒流行率大大高于整个人口群。

30. 随着各项服务的进一步扩展，这种服务应当更加注重于那些有需要者，并考虑到特定社区的特殊需要和在获得这种服务方面遇到的障碍。例如，在东欧，注射药物者占有艾滋病毒感染者 80% 以上，但只占接受抗逆转录病毒疗法者中的不到 25%。艾滋病规划署的报告指出，仅有 10% 的国家的国家预防方案与国家需要相吻合。

31. 除了扩大妇女和女孩获得预防服务的机会之外，各国还应当加倍努力，消除使妇女和女孩更容易感染艾滋病毒的两性不平等现象。各国的伙伴应当着力于确保普及中小学教育，执行防止基于性别的暴力的措施，并确保采用和执行健全的法律框架，承认妇女的财产、继承、平等政治参与和经济机会等各项权利。

帮助感染艾滋病毒或受其影响的儿童

32. 需要进行特别努力以确保感染艾滋病毒或受其影响的儿童获得服务。正如关于儿童和艾滋病的联合学习倡议 2009 年 2 月的报告中所强调的那样，防治艾滋病的工作忽视了数以百万计的儿童和他们的家庭。在得不到治疗的情况下，感染艾滋病毒的儿童在两岁之前的死亡机会为 50%。而只有 8% 的由感染艾滋病妇女所生的儿童在其出生后的前两个月中得到检测，撒哈拉以南非洲地区的儿童接受抗逆转录病毒治疗的机会低于成年人。在扩大儿童接受治疗方面能够取得迅速的进展。2008 年，通过美利坚合众国《总统艾滋病救济紧急计划》而接受抗逆转录病毒治疗的儿童人数增加了 51%。

33. 大约 1 500 万儿童（其中 80% 生活在撒哈拉以南非洲地区）因艾滋病而失去了一名父母或双亲。由于这一流行病而变为孤儿或处于弱势的儿童人数，突显出迫切需要加强儿童福利和儿童保护系统。

² 见艾滋病规划署“加紧预防艾滋病毒：艾滋病规划署的政策立场文件”，2005 年，登载于 http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PolicyGuidance/UmbrellaPolicies/Prevention_Umbrella_Policies.asp。

普及防治：2010 年及以后

34. 普及防治的成果产生的影响远远持续到 2010 年这一里程碑日期之后。扩大预防艾滋病毒服务的普及，可使从现在到 2015 年之间会出现的所有感染艾滋病毒新病例的一半以上免于发生。千年发展目标 6 呼吁全世界到 2015 年遏制并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延，这一目标的实现将推动实现其他千年发展目标，特别是分别侧重儿童和妇女健康的目标 4 和 5。

35. 普及防治的目标已经取得了重要的收益，促进了国家防治举措的进一步分散下放，扩大了民间社会和感染艾滋病毒者的参与，加强了性健康和生殖健康之间的联系，促进了各国药物采购和供应管理、药物管制和人力资源等制度。

使多个部门参与实现普及防治的目标

36. 尽管各国政府负责领导防治艾滋病的工作，但普及防治需要一系列非政府伙伴的参加。在积极参与推动普及防治工作的不同利益攸关方中，亚洲太平洋区域艾滋病毒/艾滋病问题网络联盟为民间社会参与普及防治制定了最低标准。国际治疗准备情况联盟定期印发报告，借助在中低收入国家进行的民间社会研究，以评估在扩大获得治疗机会方面的进展。各区域减少伤害网络积极推动向注射药物者普及防艾滋病毒的服务。

37. 到 2010 年及以后一直保持普及防治的势头，将仍然需要不同部门的广泛、持续参与。防治艾滋病帮助建立了包含各方的新的参与机制，用于制定政策、执行方案以及监测和评价工作。这种方法必须得到加强和加快，才能用一种与之相吻合的长期、广泛采用的对策应付艾滋病问题的长期挑战。

四. 针对国家和地方的情况制定防治艾滋病的对策

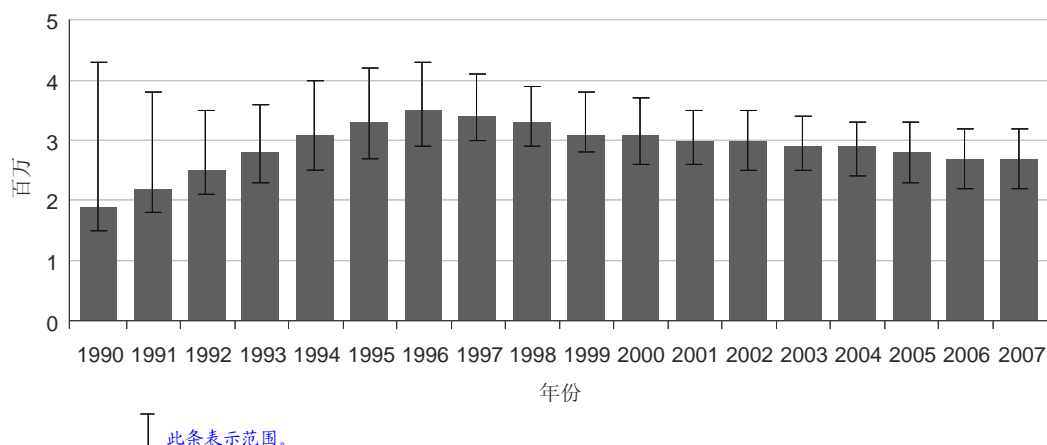
38. 各国应当知道其国内的流行病和对策，从而能够选定干预措施并制定基于证据的战略，用以处理具体的国家和国家以下各级的情况。使各种对策适应于流行病的动态，不仅会减少浪费和效率不高的情况，而且还会扩大国家努力的影响。

流行病的目前状况

39. 截至 2007 年，估计有 3 300 万人感染艾滋病毒。在过去 10 年中，每年感染艾滋病毒的新病例数目逐渐递减，从 1996 年的 350 万例的最高峰下降到 2007 年的 270 万例（见图三），而每年死于艾滋病者的人数也出现下降，从 2005 年的 220 万人减少到 2007 年的 200 万人。2007 年，感染艾滋病毒新病例中总共有 96% 出现在中低收入国家。同年，15 岁以下儿童感染艾滋病毒的新病例比 2000 年少了 80 000 例，部分原因是向更多的人提供预防幼儿经母体感染艾滋病的服

图三

全球感染艾滋病毒新病例的估计数，1990 年至 2007 年



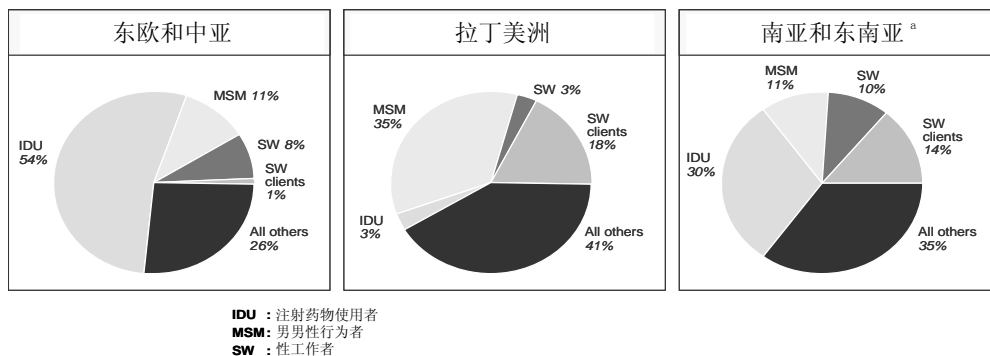
艾滋病毒流行的多种形式

40. 艾滋病毒流行并不是单一模式的，它以不同的方式影响到不同的人口和地理环境(见图四)。在撒哈拉以南非洲地区，妇女占艾滋病毒感染新病例的 60%以上，而在其他地区，男子却为感染艾滋病毒者的大多数。少年和青年人最易受到感染。

41. 在撒哈拉以南非洲地区，以异性传播为主，南部非洲的艾滋病毒流行率尤其高，占 2007 年全世界所有艾滋病毒感染新病例的 35%。其他地区的流行病情况各有不同。在拉丁美洲，男男性行为者成为最容易受感染的群体，大量感染病例也出现于性工作及其顾客以及那些注射药物者中间。同样，亚洲的流行病的特点是有不同的传播渠道，很多国家流行病是由于注射药物使用者和性工作及其顾客中间的高感染程度所造成。在东欧和中亚，虽然使用被污染的注射设备仍然是新感染的主要来源，但经性行为感染的新病例的比例越来越大。

图四

按区域划分的不同人口群艾滋病毒感染的比例，2007 年

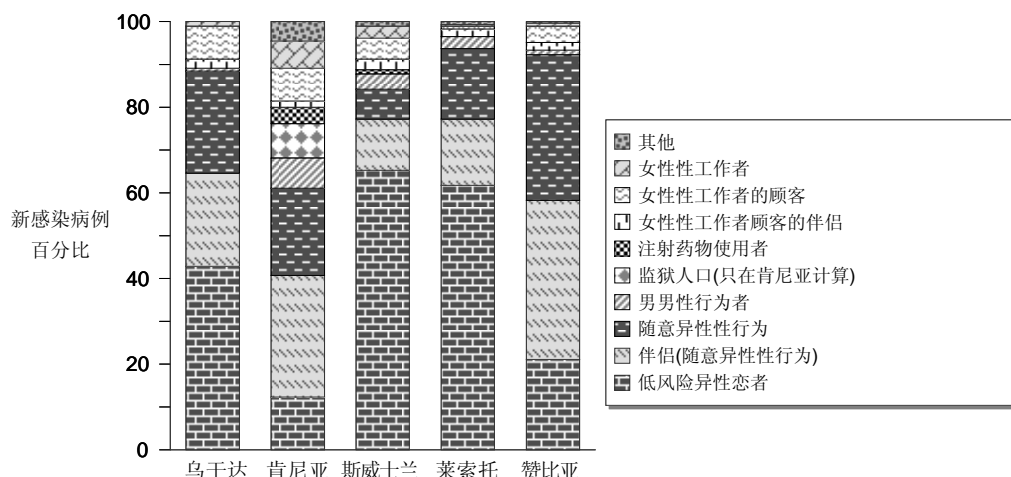


^a 此项分析中删去印度。因为其艾滋病毒的流行(主要是异性传播)掩盖了其他面临危险人口群在该区域各种流行病中的发病程度。

42. 从图五中可看出各国流行病的极大多样性。虽然异性传播是经过调查的非洲各国中艾滋病毒感染新病例的重要来源，但面临最大危险的异性分人口群的情况各不相同。在肯尼亚、乌干达和赞比亚，虽然已婚或同居关系中的异性恋者占新感染者的少数，在莱索托和斯威士兰却是新感染者的多数。

图五

撒哈拉以南非洲各国艾滋病毒新病例的传播模式



43. 记录显示，在撒哈拉以南非洲地区和其他地区，艾滋病毒高流行率出现于性工作中间。近年来，还有证据显示，撒哈拉以南非洲地区的男男性行为者以及注射药物使用者中间的艾滋病毒流行率偏高，他们对形成本国流行病的影响以前并没有得到充分了解。在马拉维，每 5 名男男性行为者中至少有一人目前感染艾滋病毒，在尼日利亚西南部，男男性行为者中艾滋病毒流行率是全国的 3.5 倍以上。在肯尼亚，10 名注射药物使用者中至少有 4 人感染艾滋病毒，南非每 8 名注射药物者中有一人被感染。

帮助各国了解自己的流行病和对策的新战略

44. 为了针对本国情况而有效地制定国家对策，各国需要掌握关于其流行病的确凿和及时的证据。已经出现了新的工具和经过改善的方法，帮助各国收集和分析他们制定针对其流行病的国家对策所需要的资料。越来越多的国家正使用对传播渠道的分析来了解艾滋病毒感染新病例出现的频率以及受影响最严重群体的情况。

45. 这种研究帮助各国根据流行病学方面的证据而修改其防治艾滋病战略。例如，估计乌干达 43% 的新感染病例出现在已婚或同居伴侣中间。这一情况引导乌干达的政策制定者制定出防止伴侣中间艾滋病毒传播的战略，如伴侣咨询以及鼓励人们避免同时保持多个伴侣或减少其性伴侣人数的方案。

46. 新的数据突显出以前不知或缺乏记录的预防需要。例如，肯尼亚的国家官员在流行病学调查之后，正采取步骤补充促进降低广大民众中间风险的战略，重点措施为防止男男性行为者和注射药物使用者以及高流行率社区中间出现新感染病例。

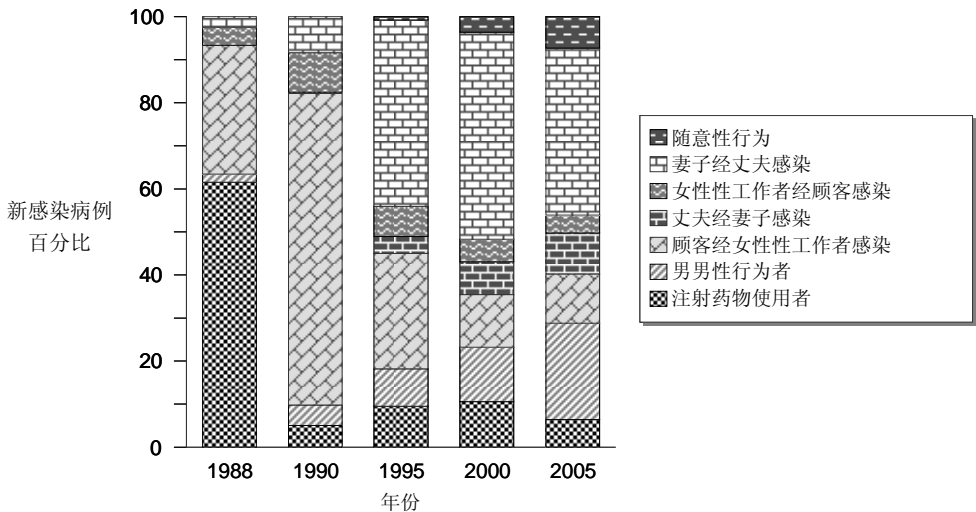
47. 性关系模式和性网络的动态，也促使艾滋病毒迅速蔓延。各种分析显示，同时保持多个伴侣关系的广泛流行，尤其在艾滋病毒出现后加快其在性网络中的传播。在这一流行病集中于注射药物使用者中间的国家，这种药物使用者的性伴侣中间出现感染新病例的比例日益增加。为了确定将最有效地满足各国需求的一系列正确战略，在进行流行病学调查的同时，应当伴之以适当的社会、人种学和行为学研究。

满足不断变化的需要

48. 目前的流行病学研究对国家和国家以下各级的流行病随时间变化的程度进行监测，重点突出再次以防艾滋病毒或治疗方案为重点的必要。泰国的流行病曾经由于同性工作相关的艾滋病毒传播而引起，然而最近的证据显示，很多艾滋病毒感染新病例目前出现于广大民众中间，包括经丈夫对妻子的传染，而男男性行为者中间出现大量的感染新病例(见图六)。

图六

泰国新感染病例的变化模式，1988 年至 2005 年



修订政策和方案对策

49. 各国流行病的持续演变的性质，突出了保持强有力的国家对艾滋病毒的监测、评价和监视系统的重要性。这种系统为方案主管提供了必要的战略资料，用以改进和扩展各种服务，促进加强利益攸关方之间的问责制，帮助各国通过找出

国家的成功举措或缺陷而调集资源。能否保持将资源转到最需要方面的灵活性，取决于健全的国家领导和管理，这一点反映为各国强有力的防治艾滋病权威和多部门的积极参与。

50. 各国应准备采取和推广新的技术和战略，确保它们在推出后能够被接受。例如，对自愿咨询和检测的利用持续偏低，促使一些国家实施由提供者发起的检测和咨询，大大增加了了解其艾滋病毒感染情况的人数。

51. 同样，一些艾滋病毒流行率高和包皮环切手术比例低的国家正采取步骤，推行或扩大成年包皮环切手术，研究表明这种手术将女性对男性的性传播风险降低了 60% 左右。制定政策者应利用指导、技术支助和资金，为普及安全、恰当的包皮环切手术提供支助，采取步骤确保以大力推广使用避孕套的工作补充这种战略。在今后几年中，可能会出现更多的预防工具，如杀微生物剂或对于性传播的暴露前抗逆转录病毒预防，进一步强调政策制定者有必要采用和执行新的战略。

52. 对于防治艾滋病毒，同样需要各国保持警惕和灵活性。各国应在国际技术机构和捐助方的支持下，评价出现抗逆转录药物抗药性的情况，监测药物的毒性，预测是否需要新的抗逆转录药物和疗程。在将防艾滋病毒和结核病的服务统筹起来方面，迫切需要取得更多的进展。

为边缘化人口提供服务

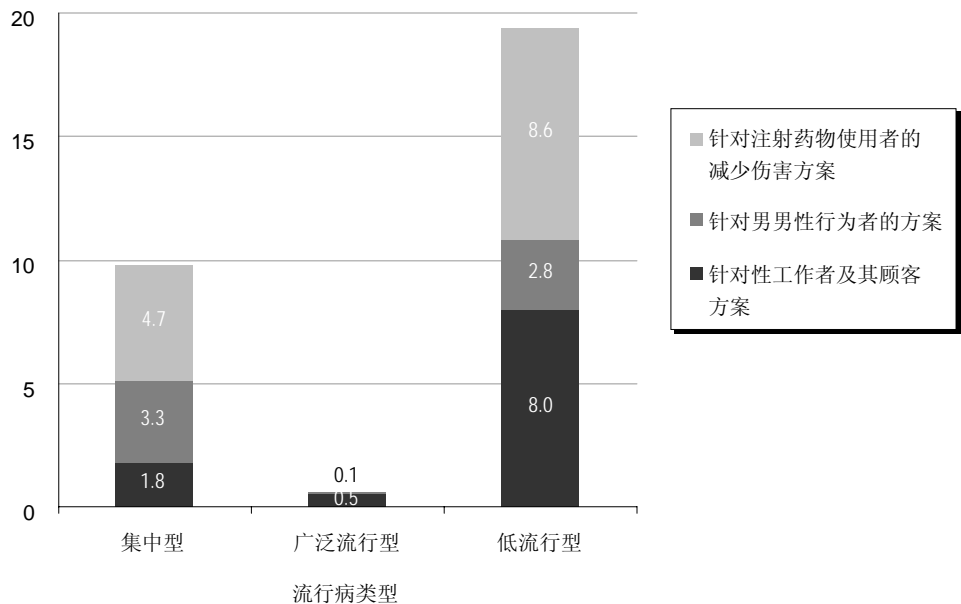
53. 对于面临艾滋病感染最大危险的边缘化人口，应当展开特别的努力，确保其得到艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助(见图七)。在很多流行病集中的国家，2006 年用于预防艾滋病毒的开支中不到 10% 用于面临最大危险的人口。40 个国家的调查表明，每 4 名注射药物者中约有一人在 2007 年得到最基本的预防服务，不到一半的人充分了解如何预防艾滋病毒的传播。已经确立向注射药物使用者提供服务目标的国家数目仍然偏低(见图二)。

54. 同样，没有几个国家制定了为男男性行为者提供服务的目标(见图二)。在获得服务方面受到限制所造成的影响，清楚地体现为在很多亚洲环境中男男性行为者中间艾滋病毒感染率迅速升高。同样，2006 年在高流行率国家中，尽管很多广泛蔓延的流行病在性工作者或其顾客中间的感染新病例百分比相当大，然而用于预防的支出中仅有 0.5% 专门用于预防艾滋病毒在性工作中传播的方案。

55. 在难民所处的环境中提供防艾滋病毒服务的力度大幅度增加，2008 年需要服务的难民中接受抗逆转录病毒治疗和预防幼儿经母体感染艾滋病服务的人数分别达到 75% 和 68%。然而，在帮助受紧急情况影响的人口方面仍然面对着严重的方案和政策难题，包括很多优先向移民、难民和境内流离失所者提供服务的国家战略计划和捐助款未能落实。

图七

用于最易感染人口的支出占按流行病类型划分的用于预防的总支出额的百分比，
现有最新数据，2005 年至 2007 年



化解感染艾滋病毒的风险和可能性的社会 and 结构决定因素

56. 为了使政策和方案战略与国家需要挂钩，各国应与了解增加感染艾滋病毒可能性的社会 and 结构因素。如果这种因素得不到处理，就可能妨碍在普及防治方面取得进展。因艾滋病毒而产生的污名和两性不平等现象降低人们的能力，使其难以降低感染的危险或得到防艾滋病毒的服务。特定的方案能够降低流行率和污名与两性不平等现象的影响，但这种项目通常并没有在各国推广以取得主要效果。

57. 增加最易感染艾滋病毒群体的感染可能性的因素得不到化解，就会减缓普及防治方面的进展。这些群体中很多人担心遭到排斥或不当对待，避免进行艾滋病毒检测或寻找与艾滋病毒相关的信息或服务。歧视态度还常常阻碍政策制定者执行以最需要帮助群体为重点的预防和治疗艾滋病毒的健全措施。2007 年，90 多个国家实行禁止同性成年人之间的双方同意的性行为的法律。2008 年，仅有 52 个国家提供鸦片制剂替代疗法，而这种方案的规模、程度和质量大为不同。此外，甚至在社区提供鸦片制剂替代疗法的国家中，在药物使用者进入监狱后，这种治疗经常中断。

58. 最近的经验突显出，可以通过强有力和大胆的领导能力而克服制定健全的政策方面所遇到的障碍。包括中国、伊朗伊斯兰共和国、马来西亚、乌克兰和越南在内的若干国家采取步骤，扩大药物替代疗法的力度，注意这种疗法有助于减少

注射药物使用者中间的艾滋病毒传播的证据。印度在艾滋病毒高流行率地区扩大针对性工作者的保健服务。2008 年，尼加拉瓜和巴拿马进行了法律改革，取消了对男男性行为的刑事定罪。2009 年 2 月，布隆迪参院驳回了一项关于对同性行为处以刑罚的立法议案。

五. 维持对艾滋病毒的长期对策

59. 艾滋病毒的流行在近 30 年前首次被认识到，将仍然成为后代面对的一项重大的全球挑战。时至今日，针对这一问题的对策的特点是短期的解决危机办法，以求取得迅速的结果。在今后数十年中将需要持续的承诺、支助和资金来预防新的感染、降低因艾滋病毒造成的疾病和死亡并帮助各个社会、社区和家庭应付这一流行病的负担，这一点变得日益清晰。

建设可持续的国家能力

60. 保持一项长期的对策需要在建设很多中低收入国家持久能力的措施方面投入力量。例如，虽然撒哈拉以南非洲地区占有感染艾滋病毒者的 2/3，但全世界仅有 3% 的医疗保健人员生活在这一地区。工作人员报酬低、工作条件差和为得到私营部门或其他国家付薪更高的工作而向外移民的情况，加重了受艾滋病毒影响国家公共部门保健工作者的短缺情况。此外，增加主要的防艾滋病毒服务的努力也常常由于包括如下等其他能力限制因素而受到阻碍：物质基础设施不足，实验室和其他设备短缺，药物管制、采购和供应管理制度不健全。

61. 能否实现和保持有关艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助的普及，取决于是否具备健全、顺利运转的保健制度。然而，在资源有限的环境中加快扩大防艾滋病毒的服务，引起如下一些指控：防治艾滋病由于使当地保健优先工作出现偏差并占用其他高度优先的保健问题的资源，而有损于脆弱的保健制度。然而，过去 8 年中对与艾滋病毒有关和无关的保健服务提供的官方发展援助明显增加。

62. 来自海地、卢旺达和其他国家的证据显示，开创新的针对艾滋病毒的服务，能够改善如免疫接种等与艾滋病毒无关的服务、控制结核病和疟疾的措施、性健康和生殖健康服务以及母子保健。扩大防艾滋病毒的工作还有助于增强病人的力量并让各个社区参与病人的教育、保健宣传和促进病人坚持治疗与增强医疗效果的举措。此外，扩大抗逆转录病毒疗法和防艾滋病毒服务的举措，将减轻保健制度的负担，并有助于确保感染艾滋病毒的保健工作者继续过对社会有用的生活。扩大防艾滋病毒的服务，还有利于加大力度，将保健领域由医生承担的责任转给护士或其他工作人员，帮助最大限度地使用有限的人力资源。

63. 鉴于普及强大的保健制度至关重要，应当竭尽全力地纳入加强保健制度的措施，同时扩大防艾滋病毒的服务。已经有一些令人鼓舞的迹象表明，此举正在实

施。例如，全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金正积极鼓励各国将加强保健制度内容纳入其筹资提案。美利坚合众国政府采取行动，允许其防艾滋病毒的资金用于支助加强中低收入国家的一般保健制度以及防治结核病和疟疾的干预措施。在加纳，防艾滋病毒方面的筹资用于支持政府增加保健工作者中所有干部的薪金的举措。

64. 利用扩大防艾滋病毒的服务来加强保健制度的举措，由于关于最佳战略的证据有限而受到限制，这些战略旨在实现所谓纵向或特定疾病方案和基础更广泛的横向服务之间的最大协同增效。多个机构正进行研究，为制定在扩大防艾滋病毒工作范围内加强保健制度的政策提供信息。为帮助国家政策制定者而找到必要的证据基础的工作，需要得到更多的注意。同样，应持续将能量专注于加大力度，将防艾滋病毒的服务与结核病、性健康和生殖健康以及其他相关服务统一起来。

65. 保健尽管对有效的长期对策至关重要，但只是为确保成功地遏制艾滋病毒而必须加强的很多国家制度之一。能否取得持续的进展还将取决于包括社会服务、教育和劳动部门在内的社会其他部门是否具备更强健的、持久的能力。

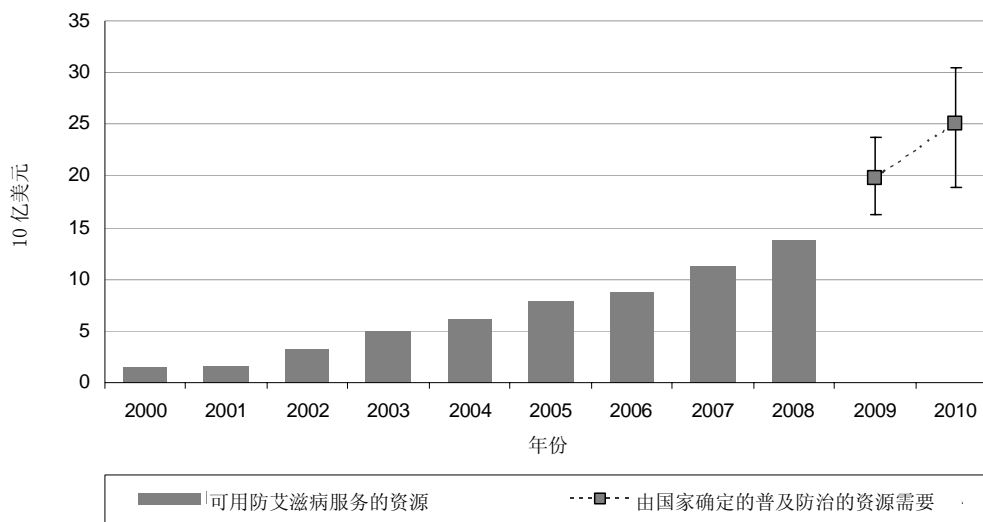
为防艾滋病毒调集可持续资金，以取得长期成果

66. 最近全球和国家资金的增加，是一系列各种机构、双边和多边组织、各基金会和其他利益攸方的领导和承诺的结果。美利坚合众国政府在过去 5 年中，通过《总统艾滋病救济紧急计划》提供了 188 亿美元用于防艾滋病毒的援助，到 2009 年 9 月估计挽救成年人数达 330 万。截至 2008 年 12 月，全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金帮助向 200 万人提供抗逆转录病毒药物，通过艾滋病毒咨询和检测服务而为 620 万人提供帮助。各国自己也在扩大艾滋病毒服务方面追加其国内资源的投资。在 2004 年至 2007 年期间，撒哈拉以南非洲中低收入国家来自国内公共资源的艾滋病毒方面服务人均支出几乎增加一倍。

67. 过去若干年来，虽然为艾滋病毒方案调集的资金大幅度增加，但目前的增长率不足以实现各国为到 2010 年普及有关艾滋病毒预防、治疗、护理和支助所确定的目标。图八显示，最近的预测表明要实现各国到 2010 年普及预防的目标，估计将需要在两年内每年支出 250 亿美元。艾滋病规划署建议，国际捐助方将需要支付约 2/3 这类费用，以确保普及防治。国际捐助方尽管承诺为普及防治提供支助，但可能无法全部补齐预测资源差额，突显出中低收入国家的政府仍然需要增加国内投资，以推广和保持防艾滋病的服务。

图八

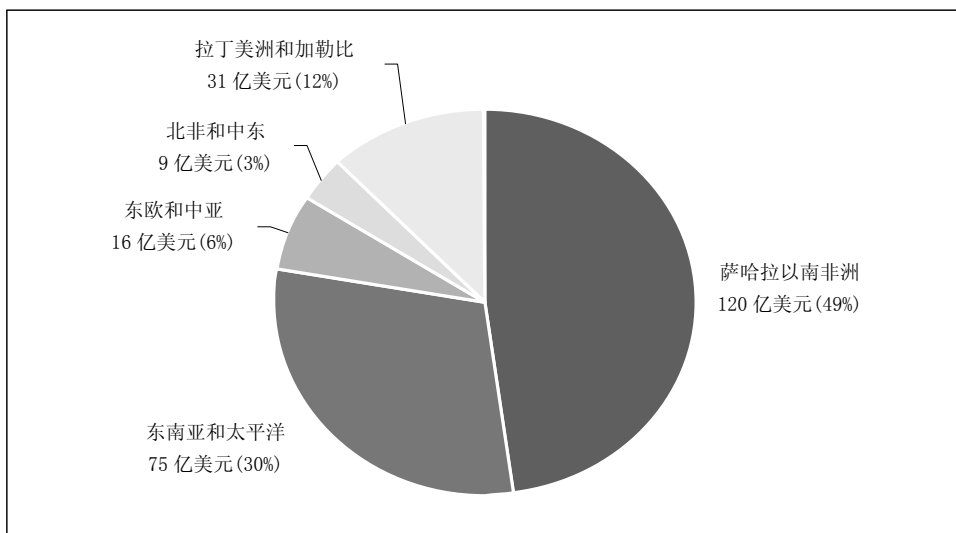
可用于防艾滋病毒的资源，2000 年至 2008 年，与所需资金估计数，2008 年至 2010 年



68. 国家和地方流行病的性质应决定用于实现国家确定的普及防治目标的资源分配。艾滋病规划署估计，撒哈拉以南非洲地区将需要 49% 的资源，以下依次为东南亚和太平洋地区需要 30%，拉丁美洲和加勒比地区需要 12%，东欧和中亚需要 6%，中东和北非需要 3% (见图九)。

图九

按区域分列的所需投资



69. 尽管目前的全球经济下滑可能会使这些数字看起来很可怕，在政策制定者必须考虑到不进行这种投资的代价。补齐 2008 年实现各国确定的 2010 年目标所需支出和投资之间的资源差额，将需要追加 113 亿美元。这笔资金只有各国政府最近在全世界所执行的大规模经济刺激计划的一小部分。这种大胆但却是可以控制的用于普及防治的投资，将会带来不寻常的收益(见表 1)。

70. 各捐助方应履行其承诺，使用于防治艾滋病的筹资更可预测。不确定、按年进行的筹资妨碍有效的国家规划，为执行建设可持续的国家能力的长期战略设置障碍。为了使用于防治艾滋病的筹资更加可靠，目前正考虑一些有创意的选项，其中包括将赠款方案转变为各国可以支用的长期信贷额度，以及扩大使用篮子基金或部门办法，即多个捐助方汇集其资源以支助国家战略和优先事项。

71. 为了应付流行病所构成的长期挑战，必须连续多年保持充足的资金。防治艾滋病毒的举措已经产生了很多创造性的调集资源机制，包括像全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金、国际药品采购机制和艾滋病规划署这种多边渠道，以及像产品 (RED) 项目这种私营部门举措。长期筹资的需要突出了为支持防治艾滋病工作而找到更多有创意的和持久的筹资机制的重要性。

到 2010 年对中低收入国家确定的国家目标进行全额投资的预期成果和影响

(百万)

被避免的艾滋病毒新病例 (2009–2010)	2.6
被避免的死亡人数 (2009–2010)	1.3
接受抗逆转录病毒治疗者	6.7
经过培训的小学教师	1.0
接受帮助的性工作者	7.5
自愿咨询和检测	40.9
所提供的避孕套	8 153.7
在工作场所接受帮助的工作人员	46.2
制成安全血液单位	42.6
为其提供全面的预防幼儿经母体感染艾滋病服务的孕妇	74.5
接受减少伤害服务的注射药物使用者	9.6
向其提供帮助的男男性行为者	20.4
向其提供帮助的囚犯	6.2
所提供的安全注射	4 247.1
已实施的包皮环切手术	1.5
向其提供支助的孤儿	6.7
接受机会性感染治疗和缓和护理者	2.1

提高用于防治艾滋病毒的支出的效率

72. 全球经济下滑突显出必须确保以最大的效率利用防治艾滋病的投资。《援助有效性巴黎宣言》表明，发展领域日益意识到必须统一和比对不同的国际援助努力，以减少重复，承认国家主导权和领导权，鼓励进行更集中的努力以取得更大的战略效果。在防治艾滋病的工作中，推动改进统一和比对的工作反映在“三个一”原则之中，其中规定了一个指导国家一级努力的国家战略框架、一个国家协调权力机构和一个单一的用于监测和评价工作的商定框架。

73. 很多国家的防治艾滋病工作的统一和比对有所改进。各国越来越多地利用其国家防治艾滋病框架来支持国家发展规划进程。《艾滋病战略和行动计划》的服务帮助 50 多个国家制定、评估或修订国家战略框架。然而迫切需要取得更多的进展，以减少这些国家的不必要的行政和报告负担，并加强战略协调以支持本国所有的与本地流行病的动态挂钩的战略。进一步统一监测和评价工作，是一个特殊的优先任务。

防治艾滋病方面的其他重要优先任务

74. 继续开展有效的防治艾滋病工作，将需要各级以及不同部门的空前领导才能。当问题不再是“新的”时，就会出现政策制定者放松对问题的关注的危险，不管难题是否已经得到有效的解决。鉴于事关数百万人的生命，防治艾滋病毒/艾滋病方面的这种自满情绪，会带来可怕的后果。

75. 强有力的和持久的政治领导是成功的长期防治工作的前提，然而民间社会和受影响社区的实际参与同样至关重要。艾滋病毒感染者的领导能力和参与对长期进展尤其重要。民间社会积极参与 2008 年高级别会议的情况表明，在加强社区参与防治艾滋病毒方面取得了重大进展。然而，民间社会组织在有效参与防治这一流行病方面遇到持续的障碍，如治理方面的难题、基础设施的限制以及一些国家政府的抵制。一些非政府答卷人向艾滋病规划署所提供的资料显示，仅有约 20% 的国家中的民间社会组织能够在帮助促进其参与防治工作方面得到针对能力发展的财政支助。

六. 加快实现普及防治：行动建议

76. 距离所商定的实现普及艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助的期限不足两年。一些国家已经实现了为普及防治所确定的国家目标，或即将落实防治工作的重要部分。然而，很多其他国家需要在达到普及防治目标方面取得更多的实质进展。考虑到普及防治的里程碑，各利益攸关方(各国政府、国际捐助方、联合国和其他国际技术机构、民间社会、受影响社区和艾滋病毒感染者)都必须加倍努力，加强和加快防治艾滋病毒/艾滋病的行动。艾滋病规划署的赞助者和秘书处必须

重申其要在支持各国开展这种努力中的作用。为此，应立即注意执行下文所规定的建议。

重申对普及防治的承诺

77. 在全球、区域和国家各级，所有利益攸关方必须再次承诺到 2010 年实现艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助的普及。各国应当利用一切现有技术和财政支助来源，评估推广工作所遇到的障碍，并为克服这种障碍制定一种基于证据和权利的战略。国际利益攸关方必须进一步改善各国获得技术和财政支助的情况。普及防治仍然必须成为 2009 年、2010 年和 2011 年所有首脑会议上最优先的议程项目。艾滋病规划署应当与各国和国际伙伴合作，继续和加紧向这些国家提供援助，助其评估进展、查明障碍和加快推广。

履行对人权所作的承诺并实现有助于普及防治的法律和政策环境

78. 各国应当审查并酌情修订其法律和政策框架及相关的执行机制，以保护艾滋病毒感染者和弱势人口的权利。应当以减少污名和歧视的方案支持健全的法律框架。各国应废除针对艾滋病毒而实行的根据艾滋病毒感染情况而对入境、逗留和居住的限制，并仅限于对有意传播艾滋病毒行为实行刑事处罚。各国应扩大受艾滋病毒影响者诉诸司法的能力的方案，如获得法律服务，开展法律扫盲运动，保护妇女财产和继承权的方案。

加大对预防艾滋病毒的承诺

79. 应当强化并有针对性地制定应对国家和地方现实情况的国家预防战略，并在这一过程中考虑到国家流行病的动态和何种方法发挥作用的实情。各国应采用“综合预防”办法，适当综合行为、生物医学和结构性方案。用于化解加重艾滋病毒危险和感染可能性的根本社会、法律和经济因素的充分方案，必须得到执行和扩大。

为普及防治筹资

80. 到 2010 年必须将每年的筹资增加到 250 亿美元，以实现各国普及防治的目标。要补齐低收入国家的资源差额，将需要国际捐助方增加筹资，但各国均应增加其用于防治艾滋病的筹资。捐助方应加大与艾滋病毒有关的供资以及其他发展筹资的可预测性，积极研究在国家一级促进长期战略规划的可行政策。全球领导人应研究并支持有创意的筹资机制。为了取得最大的长期成功，目前的筹资工作应为制定和执行预防和治疗艾滋病毒的技术和战略的研究努力提供支助。

随着扩大防艾滋病毒的服务，加强保健、教育和福利制度

81. 普及防治将需要强有力的针对防艾滋病毒的筹资、政策和方案行动，以及对广泛加强保健和其他重要制度的坚定支持。所有中低收入国家都应制定和执行国家战略计划，建立和维持保健、教育和福利部门的强大工作队伍。应当提供有重

点的技术支助，帮助各国执行如转交任务和电子保健等加强保健制度的前景可观的战略。

防治艾滋病方面的问责制

82. 所有利益攸关方均必须充分承诺在全球防治工作中实现最大的透明度和问责制。捐助方和各国政府应完全公开其与艾滋病毒有关的资金的使用情况。所有国家一级的伙伴必须按照“三个一”原则立即在一个单一的国家监测和评价制度中比对和统一其行动。各国必须确保它们做好准备，及时收集和报告关于所商定的绩效指标的标准化数据，这些指标用于监测普及防治以及 2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》和 2006 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》所做出的其他承诺的情况。
