



## 第六十五届会议

## 议程项目 10

《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

## 联合起来普遍实现无新的艾滋病毒感染、无歧视、无艾滋病 导致死亡的目标

### 秘书长的报告

#### 摘要

2011 年是艾滋病确诊的第 30 个年头。在这段时间里，艾滋病夺去了 25 万多条生命，6 000 多万人感染上了艾滋病毒。目前每天仍有 7 000 多人感染这种病毒，包括 1 000 名儿童。在这种堪称全球流行病的破坏面前，没有一个国家能够幸免。

尽管如此，艾滋病毒方案正在结出硕果：全球艾滋病毒发病率正在下降，接受治疗的机会不断增加，开展了一场前所未有的全球运动，推动尊重易受艾滋病毒伤害以及艾滋病毒感染者的尊严和人权。这种流行病及其防治办法已经使我们的世界发生了改观，在全球政治议程上凸显了全球医疗不平等的状况，使人成为公共卫生、发展和人权努力的中心。

这些成就尽管很有希望，但依然不充分，而且处于危险之中。污名化、歧视和性别不平等继续破坏为普及艾滋病毒防治、护理和扶助措施而做出的努力。全球经济衰退的代价和影响形成的不可持续的轨迹威胁继续取得进展。

在过去三十年里，大会、议会、社区、宗教场所和科学论坛就哪种方法最见效进行了辩论。国际社会在进入第四个十年时，已经掌握了大量的知识和一系列新型工具，为预防工作带来了革命性的变革，显著扩大了治疗、护理和支持的范围。



艾滋病毒防治工作正面临关键时刻：2011 年提供了一个独特的机会：我们可以全面审视进展情况、严肃审慎和诚实地评估那些阻碍我们正视流行病继续领先于防治之道的重重障碍。

我们必须敢做敢为，大胆决策，大规模地重新调整艾滋病毒防治工作，努力实现无新的艾滋病毒感染、无歧视、无艾滋病导致死亡的目标。这需要做出新的政治承诺，制定有重点、高效和可持续的防治计划。人们应认识到，无歧视、务实和富有同情心，不但能够防治艾滋病毒，而且能对公共卫生、发展和人权优先事项发挥作用。

### 缩小差距

- 在每位开始治疗的人中，就有两位是新近感染者。要防止感染上艾滋病毒，就需要有开创精神，把艾滋病毒感染者作为艾滋病毒防治工作的核心，保护人权，消除两性不平等。
- 全球艾滋病防治资源没有增加。需要分担责任，保护 600 多万人能得到防治艾滋病毒的治疗，为数百万需要者提供治疗。
- 费用上升趋势是绝对不可持续的。必须集中资源，借鉴经验教训，采取行动，提高效率，取得可持续的成果，同时宣传国家和人民的防治措施。
- 艾滋病毒防治措施必须抓住全球健康的势头，并特别注重性别问题，整合一切力量，努力实现千年发展目标。
- 关键的领导和问责制资源尚未利用。新兴的政治力量，受影响的国家以及艾滋病毒感染者和易感人群、包括男性同性行为者、从事性交易者、以及吸毒者，都应当对如何管理艾滋病毒防治工作行使更大的主导权。

### 调动一切力量争取最大的效果：5 项建议

本报告载有向所有利益攸关方提出的 5 项建议如下：

(a) 支持开展一场预防性革命，利用青年人的精力以及改变世界的新型通讯方式的潜力，废除阻挠有效防治措施的惩罚性法律，确保人民有能力保护自己、他们的伴侣以及家人免受艾滋病的危害；

(b) 振兴全球团结框架，努力在 2015 年之前普及艾滋病毒防治、护理和扶助措施；

(c) 打破费用上升趋势，努力制定更有效、高效和可持续的方案；

(d) 确保我们的艾滋病毒防治措施能够促进妇女和女孩的健康、人权、安全和尊严；

(e) 致力于建立健全的共同问责机制。

## 一. 引言

1. 2001 年，当会员国在联合国召开第二十六届关于艾滋病毒/艾滋病问题特别会议时，世界几乎被艾滋病毒打败。2001 年，艾滋病毒/艾滋病感染者人数不断增加，高收入国家中治疗艾滋病的革命性疗法在绝大多数受影响严重的国家中几乎绝迹，中低收入国家中用于治疗艾滋病毒资源只占 2009 年费用的 10% 左右。这种流行病使撒哈拉以南非洲几十年的发展进步付诸东流，威胁到稳定与安全，加剧了全球卫生健康方面的不平等。

2. 2001 年特别会议产生了一个具有远见的宣言，为防治措施制定了有时限的目标。特别会议产生了一个重要的全球卫生融资机构，即全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金。承诺采取其他步骤，强化防治举措，各会员国还欢迎 2006 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》中一整套辅助承诺，包括承诺实现普遍获得艾滋病毒预防、治疗、护理和支持。

3. 在具有里程碑意义的 2001 年特别会议召开十年后，艾滋病毒防治已成为国际团结、有实证依据的行动和政治承诺的最显著例证。这些成绩虽然令人振奋，但仍然极其脆弱。

4. 艾滋病毒防治工作正面临关键时刻。艾滋病毒方案正在结出硕果，全球艾滋病发病率正在下降，接受治疗的机会不断扩大，为艾滋病毒/艾滋病感染者争取尊严和人权的全球运动正在兴起。艾滋病毒防治工作改变了我们的世界，把健康不公平问题列入全球政治议程中，有助于实现千年发展目标中的广泛目标，在公共卫生和发展努力中做到以人为本。但这些成果正遭到威胁。援助疲劳和持续的全球经济衰退都为未来支持采取重大举措的前景带来阴影。

5. 2011 年是全球艾滋病毒防治工作中具有历史意义的一年。国际社会可以回顾过去十年的进展情况，它也标志着流行病爆发三十周年。国际社会必须借此机会，反思经验教训，为长期防治和为受影响最严重者带来最大益处而制定防治办法。

6. 本报告根据 182 个国家提供的数据，以及国家和区域对努力普及艾滋病毒防治、治疗、护理和扶助措施审查结果，对防治工作的进展和差距进行了评估。<sup>1</sup> 主要结论如下：

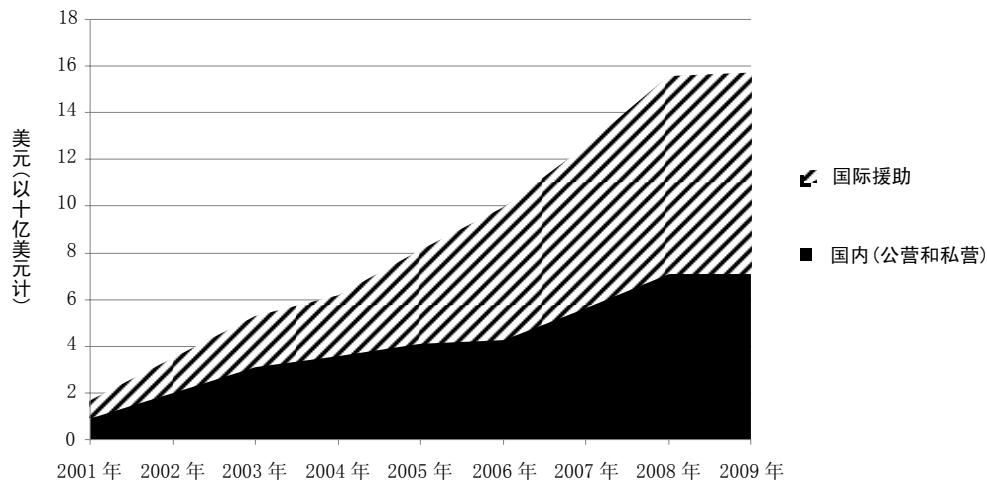
- **预防艾滋病毒。**在截至 2009 年 12 月的十年里，新感染艾滋病毒者下降了 19%，至少 33 个国家的艾滋病毒发病率下降了 25%，有 10 个高发病率国家达到了将青年人艾滋病毒发病率降低 26% 的全球目标。但是，流行病始终领先防治办法，强调说明必须采取革命性办法来防止出现新的感染病例。
- **抗逆转录病毒疗法。**截至 2010 年 12 月，估计中低收入国家有 600 多万人接受抗逆转录病毒疗法。然而，大多数穷人仍与治疗无缘。

<sup>1</sup> 由于各国报告不可避免的会有拖延，本报告主要依赖截至 2009 年 12 月得到的数据。

- **努力实现整整一代人不被艾滋病毒感染的目标。**为防止艾滋病毒垂直传播，在全球推广抗逆转录病毒预防疗法的普及率达到 50%。但在这种防止母婴垂直传播的干预方法获得验证 10 多年之后，世界仍远未实现保护新生儿不受感染的目标。
- **人权。**全世界每 10 个国家中就有 3 个国家缺乏禁止歧视艾滋病人的相关法律。一半以上的国家报告有间接或无意间减少弱势群体得到服务的法律或政策。很多制定了反歧视法律的国家也没有严格执行。
- **为防治措施融资。**艾滋病毒融资方案的资金大幅度增加，有助于推动全球公共卫生融资数量总体增加(见图一)。尽管如此，2009 年国际艾滋病毒援助首次减少，映射出其他形式的发展援助也在减少。

图一

2001-2009 年期间艾滋病年度资源共计



资料来源：联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署，2011 年。

## 二. 艾滋病署三十年：回顾过去，展望未来

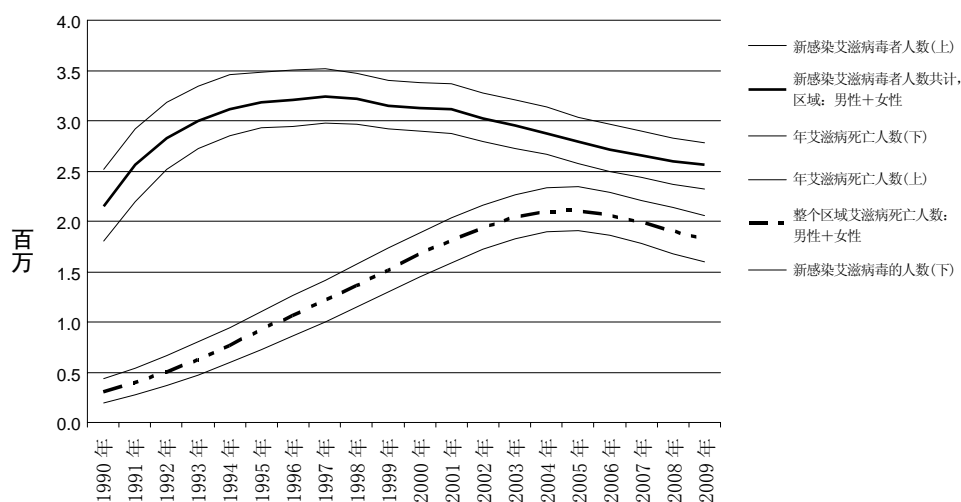
7. 2009 年，估计有 3 330 万人感染上艾滋病毒，比 1999 年增加 27%(见图二)。从全球来看，艾滋病毒感染者中近 23% 的人年龄不到 24 岁，新近感染者中 35% 的人年龄在 15 至 24 岁之间。撒哈拉以南非洲仍然是受影响最严重地区，占有艾滋病毒感染者的 68%，新感染者的 69% 以及死于艾滋病者的 72%。没有任何区域能幸免于这种疾病，1 080 万艾滋病毒感染者居住在撒哈拉以南非洲地区以外。疾病继续加剧贫困，使饥饿状况恶化，产妇和儿童健康难以取得进展，其他传染病状况更加恶化。

8. 这种流行病对妇女和女童的影响最大。2009 年，妇女占微弱多数(占有艾滋病毒感染者的 51% 和撒哈拉以南非洲艾滋病毒感染者的 60%)。撒哈拉以南非洲的少女和年轻妇女成为艾滋病毒感染者的概率是同龄男性的数倍。

9. 尽管全球艾滋病发病率有所下降，但东欧和中亚、北非和中东以及亚洲部分地区的感染人数仍在增加。性传播流行病具有循环性，强调说明需要继续保持高度警惕，加强并随着年轻人性行为活跃而调整预防战略。

图二

1990-2009 年艾滋病病毒新感染者和死于艾滋病者估计数



资料来源：《2010 年艾滋病署全球艾滋病流行病学报告》。

10. 2004 至 2009 年期间，接受抗逆转录病毒疗法的人数增加了 13 倍，同期艾滋病相关死亡人数下降了 19%。这种流行病继续造成严重后果。2005 至 2009 年，艾滋病孤儿人数从 1 460 万增加为 1 660 万。

### 2001 年和 2006 年《宣言》：为取得前所未有的进展而制定的框架

11. 2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》有助于激励全球坚定意志，彻底根除这种流行病。成果指标已经制定，用以监测 2001 年目标的落实情况，由各国向联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)提交两年期进度报告。民间社会和艾滋病毒感染者具有非常关键的重要作用：他们负责追踪执行 2001 和 2006 年《宣言》的进展情况，评价国家防治政策，推动国家审查工作。

12. 2006 年赞同制定希望普遍实现的目标，极大地推动了全球发展势头。110 多个国家制定了明确、有时限的提供服务的国家目标。尽管大多数国家都不大可能达到 2010 年目标，但过去十年的进展明确无误地显示，普遍实现不仅是可行的，而且对取得长远的成就至关重要。

## 三. 实现无新的艾滋病毒感染、无歧视、无艾滋病导致死亡的世界

13. 迄今为止取得了真正并且具有历史意义的成就，然而其进度和范围却仍然不能令人满意。防治措施需要变革。2010 年，艾滋病署提出了防治政策的新愿景：

即争取实现一个“无新的艾滋病病毒感染、无歧视、无艾滋病导致死亡”的世界。这个新愿景雄心勃勃，体现出以人为本的全球运动的殷切期望。

## A. 无新的感染

14. 防治措施变革要求改变工作方法，大幅度减少新感染的人数。尽管全球艾滋病发病率正在下降，但许多国家都未能履行采取预防措施的承诺。因此，疫情继续领先于防治措施，在每两个新感染者中，只有一人自 2009 年起开始接受抗逆转录病毒疗法。

15. 2001 年《宣言》宣布预防艾滋病毒是“防治措施的中流砥柱”，然而国家政策框架和支出优先次序都未能充分体现出这项承诺。尽管有 91% 的国家制定了治疗目标，但只有 33% 的国家制定了青年人艾滋病毒发病率目标，只有 34% 的国家制定了避孕套计划的具体目标。

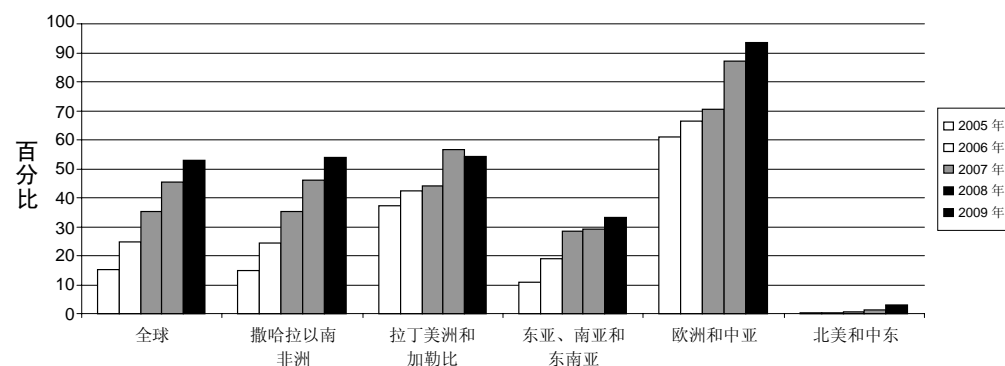
16. 很多时候，国家预防战略包括零散和相互无关联的方案，而且没有明确界定的因果途径，阐述了协同或目标成果。在亚洲，90% 的年轻人支助方案预防资源侧重于低风险青年，而这些人感染艾滋病毒者中只占 5%。同样，在东欧和中亚地区，那里的流行病患者主要是吸毒者，89% 的预防性投资没有把重点放在高危人群上。

### 预防垂直传染方面的进展

17. 近年来，越来越多的国家为消除垂直传播打下了基础(见图三)。截至 2009 年 12 月，有 15 个国家实现了 2001 年《宣言》中制定的目标，即至少 80% 的感染艾滋病毒的孕妇接受抗逆转录病毒疗法，撒哈拉以南非洲另有 7 个国家报告治疗率达到 50%–80%。东欧和中非国家各国的覆盖率尤其高。由于预防服务范围扩大，全球新感染儿童的人数在 2004 年至 2009 年期间下降了 24%。

图三

2005–2009 年全球按地理区域分列的低中收入国家防治艾滋病毒垂直传播抗逆转录病毒药品覆盖面



资料来源：世卫组织、艾滋病署和儿基会，《普及防治：加强卫生部门艾滋病毒/艾滋病重点干预措施：2010 年进度报告》。

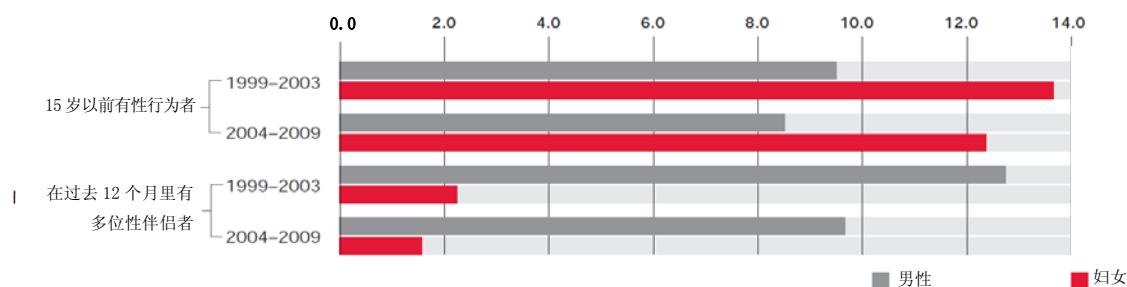
18. 消除垂直传播需要更大、更迅速地扩大覆盖面，需要有更有效的治疗方案。需要加强努力，把艾滋病毒抗体测试融入产前服务的内容中，因为中低收入国家只有 26% 的孕妇做过测试。防止母婴传染服务应与性和生殖健康服务密切结合在一起。2009 年，30% 的接受产前预防服务的人接受了欠佳的单剂抗反转录病毒药物治疗，凸显了获得更有效组合方案的重要性。

#### 年轻人中令人鼓舞的趋势

19. 青年人正引领着全球预防革命。在成人艾滋病毒感染率超过 2% 的国家中，有 8 个国家报告 15 岁以下女孩初次性行为的百分比明显下降，7 个国家报告男孩初次性行为的比例大幅下降(见图四)。年轻人使用安全套(6 个国家的年轻妇女和 5 个国家的年轻男性)和性伴侣的数量(7 个国家的年轻妇女和 10 个国家的年轻人)也呈现好转趋势。尽管青年人正更多地了解艾滋病毒方面的相关知识，但 2009 年只有 34% 的青年人全面准确地掌握艾滋病方面的相关知识，远低于 2001 年《承诺宣言》中确定的 95% 的目标。只有协调一致，共同行动才有可能解决这些知识不足的问题，就如同许多国家——包括白俄罗斯、智利和厄立特里亚，这些国家的情况显示，使了解艾滋病毒知识的年轻人比例达到 70% 是可行的。

图四

年轻人和性行为风险：15-25 岁年龄组中 15 岁前有性行为者和在过去 12 个月中有多个性伴侣者的百分比



资料来源：艾滋病署：《2010 年艾滋病署全球艾滋病流行病学状况报告》。

20. 2001 年《宣言》要求扩大获得基本商品的途径，包括男用和女用避孕套。虽然目前仍未做到普及避孕套，但更多提供和在高风险性行为中使用避孕套的趋势是显而易见的。

#### 对主要高危人群的预防需求关注不足

21. 如果不关注主要高危人群的预防需求，世界将无法大幅降低艾滋病毒的传染率。然而，截至 2009 年，只有 26% 的国家制定了针对性工作者的预防目标，30% 的国家制定了针对吸毒者的预防目标，18% 的国家制定了针对男性同性性行为者

的预防目标。大多数国家并不报告有关这些关键人群的数据；许多国家对这些人 群的规模、年龄和地理分布情况知之甚少。为这些群体预防服务分配的资源往往 很少，或者根本没有。需要得到更多预防支助的其他关键人群包括囚犯、移民、 变性人和残疾人。

22. 根据 27 个国家的数据，2009 年只有 32% 的注射吸毒者得到了艾滋病毒预防 服务。在 2010 年调查的国家中，大多数既没有针头或注射器方案，也没有长效 类鸦片催动剂治疗办法，来减少与吸毒有关的艾滋病毒传染。

### 实现综合预防

23. 要彻底改革艾滋病毒预防，各国必须在对流行病和应对措施透彻理解的基础 上制订国家方案。越来越多的国家不再根据艾滋病毒感染者的总人数（艾滋病毒 感染率）制定预防战略，而是根据对新感染艾滋病毒者（艾滋病毒感染率）的深入 了解来制定。因此，一些国家已开始修订其预防办法以应对新出现的挑战，并将 有限的资源用在刀刃上。

24. 综合预防办法得到了新的重要预防工具的支持，如成年男子包皮环切手术。 这一手术可将女性至男性的性传播风险降低大约 60%。13 个艾滋病毒感染率较高 而包皮环切手术流行率较低的国家进行了国情评估，并拟定了推广环切手术的战 略计划。过去两年里，这 13 个重点国家有超过 200 000 人接受了环切手术，其 中仅肯尼亚尼安萨省就有 90 000 多人动了手术。

25. 行为和生物医药方面的办法需要有解决风险和易受感染性背后潜在的社会 因素的努力相补充。2010 年，由世界银行支助在撒哈拉以南非洲进行的两项研究 发现，按照是否坚持推荐行为（如继续就学或避免无保护的性行为）的情况支付现 金，减少了年轻人感染艾滋病毒或其他性病的风险。

### 预防艾滋病毒的重大生物医药新策略

26. 过去一年制定出更多可以减少任何单一性行为导致艾滋病毒传播可能性的 生物医药策略。2010 年，临床试验结果表明，一种阴道杀菌剂可以减少妇女在性 交中受传染的风险。目前正在进行更多的试验，以确认这些结果，并对其他备选 的杀菌剂进行评估。如果得到证实，这些研究结果将有助于填补预防工具方面的 一个重大空白：一种妇女可以主动采取的预防办法。

27. 也在 2010 年，一项多国研究发现，一种含有抗逆转录病毒药物替诺福韦和 恩曲他滨的日服片剂将男性同性性行为者感染的危险降低了 44%。和杀菌剂案例 一样，目前正在进行其他试验以确认这些结果，包括进行涉及异性性行为的队列 研究。



28. 这些生物医药预防办法方面的每一项进展均遇到独特和复杂的挑战。需要进行更多的研究，以提高可接受性，加强对规定做法的遵守，监测血清转化情况下病毒耐抗性风险，并确定最佳服务提供模式。国家决策者们应按照提示加快将经过验证的新工具纳入预防方案的速度，以提高综合预防工作的可行性和可持续性。

29. 人们也在继续寻找一种预防性疫苗。研究人员已找到多种抗体，似乎可以消除艾滋病毒的毒性，为开发疫苗提供了新的重要途径。

### 防治结合

30. 正如 2006 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》所强调的那样，预防、治疗、护理和支助相辅相成，必须紧密结合在一起。抗逆转录病毒疗法可以减少病毒载量，从而降低艾滋病毒感染者的传染性，其巨大的预防价值不断得到证明，直接突出了将预防努力和治疗努力相结合的必要性。

31. 然而，预防和治疗的规划办法往往各行其是。很少在提供服务这一层次上统一起来。艾滋病毒抗体阳性者转诊系统常常较为分散，也没有监督。许多诊所并没有将预防措施完全结合进来，2009 年艾滋病毒抗体阳性的孕妇有一半没有得到是否可接受抗逆转录病毒治疗的评估。为了加强预防和治疗的结合，并使艾滋病毒感染者在预防工作中发挥主观能动性，民间社会的合作伙伴与艾滋病署一道，呼吁实施“积极的保健、尊严和预防”战略。这一战略将预防工作纳入一个综合办法，顾及到艾滋病毒感染者的治疗需要和人权。

## B. 无歧视

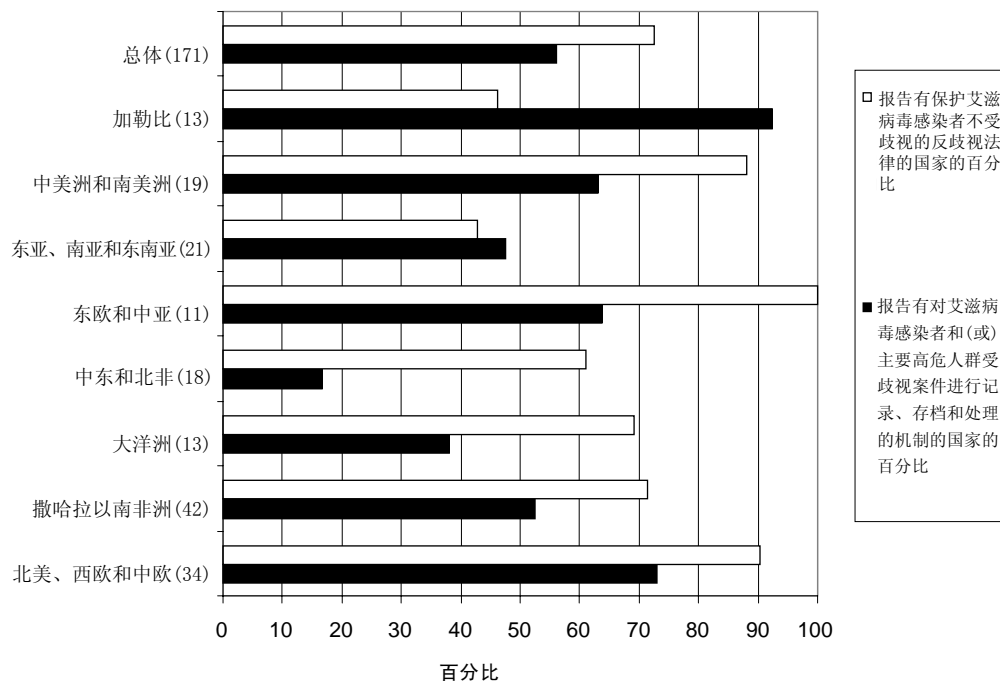
32. 在这一流行病得到确认三十年后，侵害人权现象仍然妨碍对艾滋病毒难题进行开放而富有同情心的讨论，吓阻个人寻求所需的服务，使个人更易受到伤害。2010 年对艾滋病毒感染者的一项国际调查发现，超过三分之一的艾滋病毒感染者经历过失业、治疗遭拒、受到社会或职业排斥和(或)遭到非自愿披露。全球各国政府多把污名化称作是加快防治进度的最大障碍。社会观念必须转变，必须为反污名化战略以及促进和保护人权的其他举措分配资源。

### 针对歧视的保护不足

33. 2001 年的《宣言》呼吁所有会员国制订强有力的可执行措施，消除对艾滋病毒感染者或弱势群体的歧视。尽管报告已制定反歧视法的国家从 2006 年的 56% 增加到了 2010 年的 71%(见图五)，但几乎每 10 个国家就有 3 个依然缺少这样的法律或法规，这令人不安。

图五

具有保护艾滋病病毒感染者不受歧视的法律及矫正机制的国家的百分比，由非政府消息来源报告



资料来源：《艾滋病署 2010 年全球艾滋病流行病学报告》。

34. 即使有反歧视的规定，也常常得不到有效执行。在全球范围内，只有不到 60% 的国家报告有对与艾滋病病毒有关的歧视案件进行记录、存档和处理的机制。在许多国家，由于保护不力，艾滋病病毒感染者很可能会无家可归，失去工作、财产和继承权。

35. 2010 年，绝大多数国家 (91%) 在其国家艾滋病病毒战略中对污名化和歧视问题提出处理办法，90% 的国家报告开展了反污名化活动。但大多数国家并没有反污名化活动的预算。

36. 有 49 个国家、地区和实体对艾滋病病毒感染者的入境、逗留和居住规定了某种限制。最近这方面取得的进展令人鼓舞，因为中国、纳米比亚、乌克兰和美利坚合众国已撤销对艾滋病病毒感染者的旅游限制。

#### 对主要高危人群的歧视

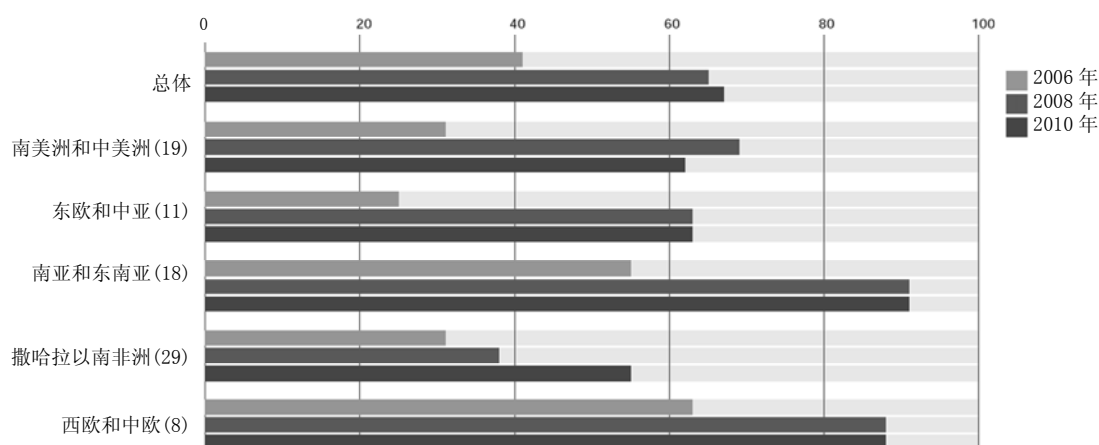
37. 惩罚性的法律和做法也不利于预防措施。有几十个国家把传播艾滋病病毒定为犯罪行为，其中有 20 多个国家是在最近几年颁布这些法律的。这些法律在将艾滋病病毒感染者和主要的高危群体污名化的同时，并没有推动实现公共卫生目标。

38. 79 个国家和地区将彼此同意的成年人之间的同性性关系定为犯罪，有 100 多个国家将性工作的一些方面定为犯罪。在世界各地，恐惧和社会不认同使流动人口、囚犯、有高危行为的青少年和处于某些人道主义状况的人更易受到伤害。这种歧视加深了社会边缘化，增加了骚扰或暴力的危险，并且妨碍社区动员一切力量解决流行病问题。

39. 歧视性政策也不利于获得基本的预防和治疗服务。在 106 个国家中，有 62% 的国家的非政府来源称存在妨碍关键高危人群获得服务的法律、规章或政策(见图六)。

图六

2006-2010 年非政府来源报告存在妨碍高危人群和其他脆弱群体获得有效的艾滋病预防、治疗、护理和支助的国家的百分比



资料来源：《艾滋病署 2010 年全球艾滋病流行病学报告》。

说明：以下区域因国家数量不足而未列入：加勒比、中东和北非、东亚、大洋洲和北美。

40. 强有力的领导有助于克服歧视这一老大难问题。近年来，中国扩大了面向男性同性性行为者的预防方案，印度扩充了针对性工作者的以社区为中心的服务，越来越多的国家也决定取消针对吸毒者的减少危害方案的限制。

### C. 无艾滋病导致的死亡

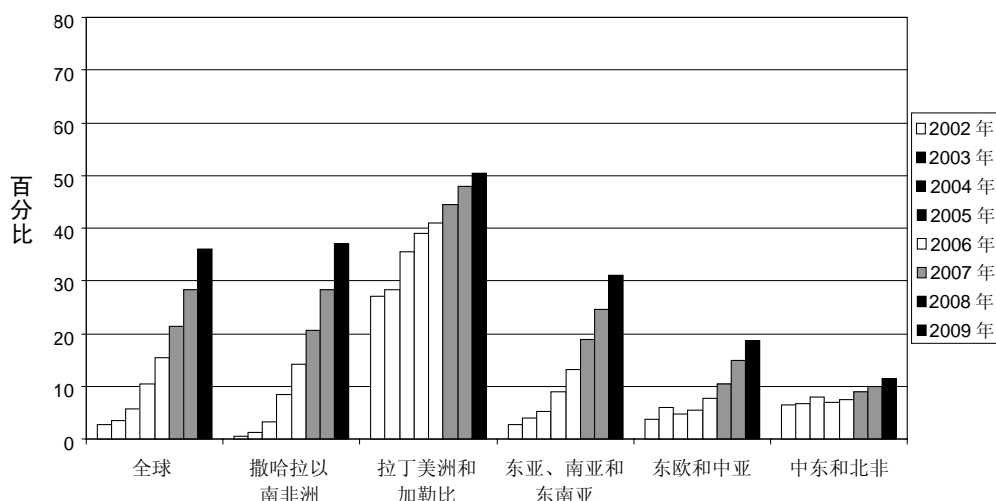
41. 尽管最近取得了进展，但符合接受治疗条件者中仍有三分之二的人得不到治疗。改革防治措施，就要为有需要的人提供生命维持疗法，以及新的更持久的治疗、护理和支持办法。

#### 覆盖范围在扩大，但仍嫌不足

42. 最近在提供治疗方面获得的进步是前所未有的(见图七)。截至 2009 年底，有 8 个中低收入国家为至少 80% 符合条件者提供抗逆转录病毒疗法。东部和南部非洲也取得了令人瞩目的进展。

图七

## 2002-2009 年全球和各区域中低收入国家抗逆转录病毒疗法的覆盖情况



资料来源：世卫组织、艾滋病署、儿基会《普及防治：加强卫生部门艾滋病毒/艾滋病重点干预措施：2010年进度报告》。

43. 然而，这些进展未能跟上全球治疗需求增长的步伐。大约有 1 000 万原本可以从治疗中获益的人在 2009 年没有获得治疗。

#### 追求公平获得治疗的机会

44. 在全球范围内，儿童获得治疗的覆盖情况 (28%) 明显比成人 (37%) 低。从历史来看，儿童获得治疗的机会较低，是因为缺少用于儿童的抗逆转录病毒制剂，婴儿的艾滋病毒诊断较为困难，并且儿童药品成本较高。现在已有一系列成本效益较高的儿童抗逆转录病毒制剂，改进后的技术也可以实现艾滋病毒的快速诊断。

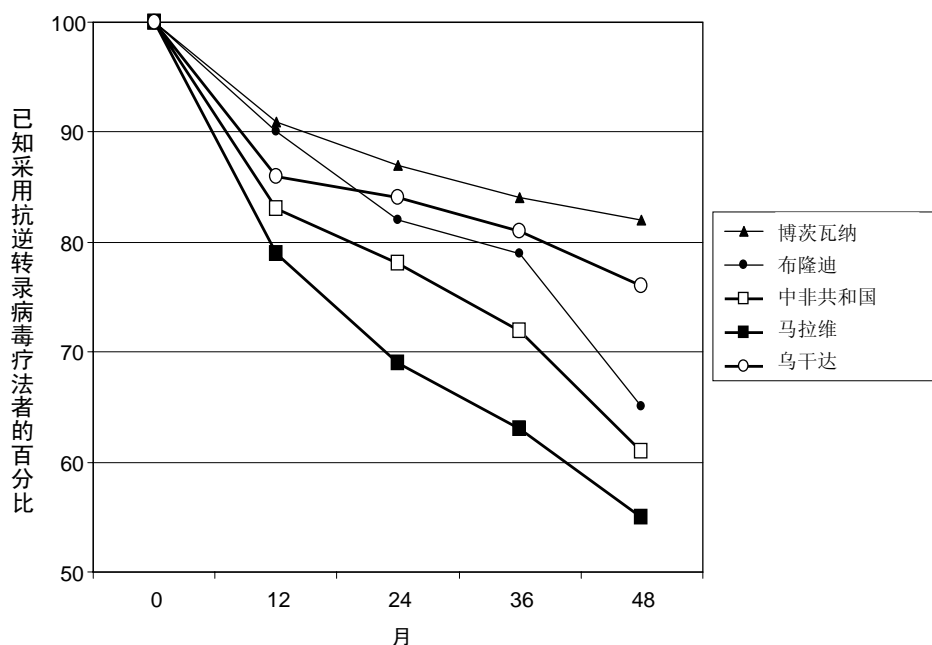
45. 边缘群体也难以获得公平的治疗机会，部分原因是许多医疗工作者存有敌意。在 21 个报告了注射吸毒者利用抗逆转录病毒疗法的数据的国家中，有 14 个国家对这些人的治疗覆盖面不到 5%。

#### 及时诊断和持续护理

46. 尽管艾滋病毒的检测近些年来有所增加，但 2009 年只有不到 40% 的艾滋病毒感染者知道自己感染了病毒。青少年获得检测服务尤其困难，全球感染了艾滋病毒的妇女所生的婴儿只有 6% 得到了检测。在实施了提供者发起的检测和咨询、密集的全国家运动和流动检测措施后，许多国家的检测比率大幅提高。

47. 持续治疗对艾滋病毒感染者获得良好疗效至关重要。在 26 个中低收入国家中，所有开始接受抗逆转录病毒疗法的人至少有 95% 一年后还在继续接受治疗。然而，许多国家报告继续治疗的比例非常低 (见图八)，其中有一个国家，已开始接受抗逆转录病毒疗法的人一年后仍在继续治疗的还不到一半。

图八  
特定国家成人继续接受抗逆转录病毒疗法的比率，0-48 个月，2009 年



资料来源：世卫组织、艾滋病署、儿基会《普及防治：加强卫生部门艾滋病毒/艾滋病重点干预措施：2010 年进度报告》。

48. 有多种因素妨碍接受治疗并导致停止治疗。这些因素包括：诊所路途遥远，交通不便或根本没有交通，支助服务不足，不够理想的治疗方案造成副作用，治疗服务中非药品部分需要掏钱购买，与去诊所治疗有关的机会成本(例如失去收入)，以及保健方面的人力资源不足。

#### 处理结核病和其他并发状况

49. 结核病仍然是艾滋病毒感染者死亡的主要原因。在提供艾滋病毒和结核病服务方面采取更加全面的办法有助于改善医疗结果和减少服务费用。艾滋病署 2011-2015 年战略和遏制结核病全球计划的目标，是通过加强服务协作，将艾滋病毒感染者因结核病而死亡的数量与 2004 年相比减少 50%。

50. 处理艾滋病毒和结核病并发感染的问题已取得重大进展，但仍存在严重不足。2009 年，结核病患者有 26% 的人接受了艾滋病毒检测，比 2003 年的 4% 有所增加，但仍远远不够。55 个国家报告在 2009 年对至少 75% 的结核病患者进行了艾滋病毒检测，其中很多是在艾滋病毒肆虐严重的非洲国家。在 2009 年检测出艾滋病毒抗体阳性的 450 000 名结核病患者中，只有 37% 接受了抗逆转录病毒疗法。在接受结核病筛查方面据报存在更大的不足，仅有 5% 的艾滋病毒感染者获得了结核病筛查。而接受了异烟肼预防性治疗的艾滋病毒感染者只有 0.2%。

51. 2001 年《宣言》呼吁执行向艾滋病毒感染者提供全面护理的战略。由于医疗方面的进展使得艾滋病毒感染者的寿命延长，癌症和其他与衰老有关的疾病很可能在艾滋病毒临床环境中显得更为突出，这突出表明有必要准备提供全面的护理和支持。

#### 为艾滋病毒孤儿或弱势儿童提供护理和支持

52. 2001 年《宣言》使各会员国承诺要执行为孤儿和弱势儿童提供有利环境的政策，包括获得教育、住房、适当的营养及保健和社会服务。在艾滋病猖獗的国家，超过三分之一的孤儿是艾滋病毒造成的。尽管各项社会保护举措有助于改善儿童的艾滋病结果，但极少有儿童能得到任何形式的免费的外部支持。在一些国家，有艾滋病毒孤儿或弱势儿童的家庭接受基本支助的比例实际上在 2005 年至 2010 年期间有所下降。尽管全世界有超过 1 600 万的儿童因艾滋病而成为孤儿，也有成百上千万更多的儿童由于这一流行病每天都可能受到伤害，但为解决儿童需求而进行的努力仍然规模很小。

53. 为加强保护受流行病情影响的儿童的安全网，一些国家已采取措施落实针对弱势家庭的社会现金转移方案。扩大了弱势儿童家庭获得现金支助机会的国家有加蓬、马拉维、纳米比亚和赞比亚。

## 四. 共有问题

54. 要实现无新的艾滋病毒感染、无歧视和无艾滋病导致死亡的世界的愿景，就必须在各种具有共性的问题上取得更大的进展。

#### 性别平等以及增强妇女和女孩的权能

55. 为了彻底改变艾滋病毒防治办法，就必须在争取性别平等方面取得具体进展。这一优先事项在撒哈拉以南非洲尤为急迫，这里居住着 76% 的妇女艾滋病毒感染者，每 10 名男子感染的同时就有 13 名妇女感染。

56. 这种不平衡不仅反映女孩和青年妇女在生理方面特别易受伤害，而且反映出以下各种问题：普遍存在跨代伴侣关系；缺少由女性采取的预防方法；社会和法律意义上的广泛不平等阻碍了青年妇女减轻性风险的能力。妇女感染艾滋病毒的几率与受教育程度成反比，这一事实突出表明普及教育的举措对于减轻艾滋病毒相关脆弱性的作用。此外，妇女还在与艾滋病毒相关的照顾责任方面承受着过多的负担，而且往往更容易成为歧视的受害者。

57. 这种流行病给妇女和女孩造成了巨大伤害，然而，只有不到半数的国家为扶助妇女和女孩的艾滋病毒相关方案编列了具体预算。一些国家性别暴力发生率高达 50%，撒哈拉以南非洲每四名妇女中就有一名报告说，自己的第一次性经历是被强迫的。很少有方案促使男子和男孩协同努力消除性别暴力并灌输更健康的性别观念。对性别暴力的零容忍必须是一个共同目标。

## 大力和持续资助防治工作

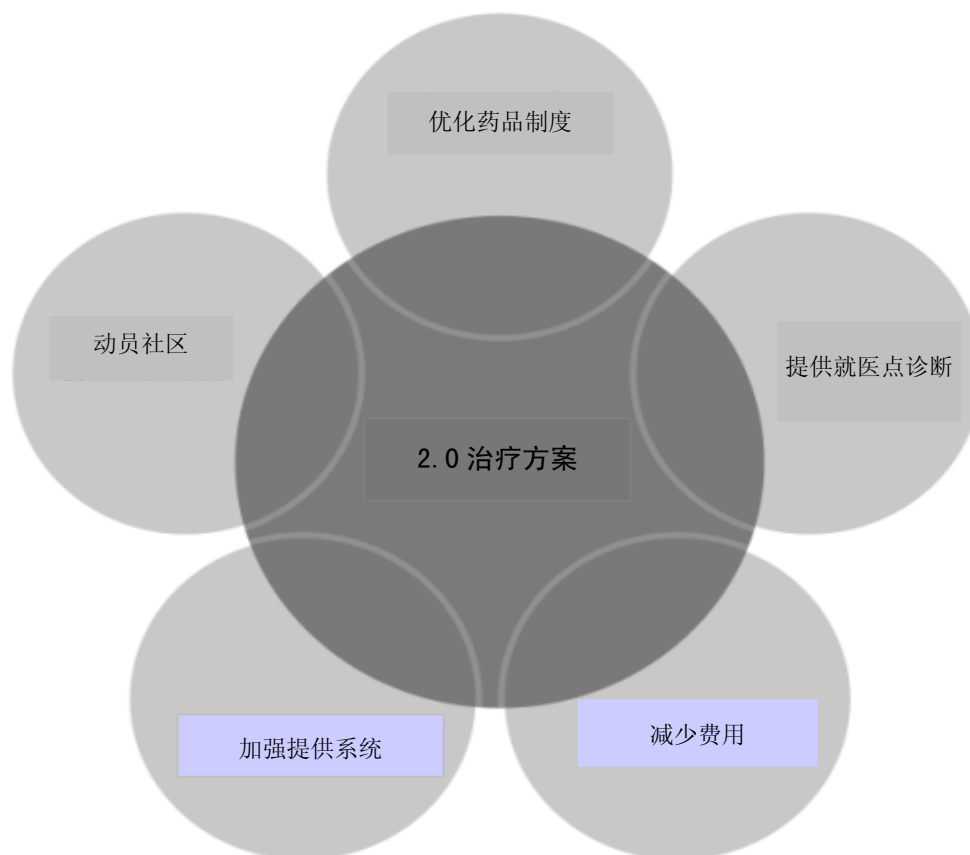
58. 必须有集体承担责任和问责的意识，才能确保未来数年的防治工作拥有充分的资源。2009年，中低收入国家的支出占艾滋病毒支出的52%。但是，很多低收入国家仍然几乎完全依靠外部支持。

59. 很多国家，包括一些流行病严重和不断蔓延的国家，并未对防治工作给予应有的重视。特别是中等收入国家应该承担本国的艾滋病毒相关费用，只有少数需要持续援助的高发病率国家可以例外。未来数年内，低收入国家仍将主要依靠“国际艾滋病”的援助，因此特别需要更有效地利用资源、简化捐助方报告要求、调整国家战略和机构并提供更可预测的资金。然而，即便是低收入国家也应在对本国防治工作的供资和自主方面发挥重要作用。防治工作所需的长期筹资突出表明，迫切需要对全球基金给予持续不断的支持。

60. 在努力为防治工作调动新资源的同时，必须加强重视最大程度的高效利用现有资源。2010年，艾滋病署推出了一个新的治疗平台，即“2.0治疗方案”办法（见图九），它力求优化艾滋病毒治疗的长期效益，同时采取各种措施提高效率。

图九

### 2.0 治疗方案的五个支柱



61. 降低艾滋病毒相关用品的费用至关重要。近年来，允许在知识产权规则上采取灵活做法的国家有所减少，越来越多的双边和区域贸易协定使各国无法最大程度地利用这种灵活性增加获得基本药品的机会。

#### **建设可持续的能力**

62. 2001 年和 2006 年的两份《宣言》都认识到加强有关系统的重要性。在撒哈拉以南非洲，这一流行病对脆弱的保健系统造成的挑战尤其明显。该区域居住着三分之二的艾滋病毒感染者，而医疗保健提供者只占全世界的 3%。在保健系统艰难应对流行病需求的过程中，出现了令人鼓舞的恢复迹象。从 2008 年到 2009 年，提供抗逆转录病毒疗法的保健设施增加了 36%。有关研究表明，艾滋病毒方案正在给保健系统带来广泛效益，例如翻修诊所、加强商品采购和供应管理以及建设国家监测和评价能力。

63. 保健系统的潜在弱点仍在削弱扩大获得服务人群的能力。在 94 个提交报告的国家中，38% 的国家 2009 年至少出现过一次药品脱销。由于目前的扩大治疗模式要求提供大量的医院和医生治疗，需要弥补保健工作人员短缺造成的影响，尤其需要将诊所职责更多地移交给较低一级工作人员。有关研究证实，在抗逆转录病毒疗法环境中更多使用护士、中级工作人员和非专业人员有助于取得良好的、有时甚至是极佳的保健成果。在提供预防服务方面也需要类似的创新。

64. 社区领导和提供服务是未来成功的关键，但很多社区没有能力对国家防治工作做出最大贡献。捐助方应该提供社区所需的资源和技术支持，包括对所做工作的适当报酬，各国政府也必须确保社区作为全面合作伙伴参与制定、实施和监测艾滋病毒战略。还需要增加支助，以加强国家社会保护制度，更加努力减轻流行病的影响。

#### **扩大循证行动的基础**

65. 需要大力开展研究，以加速寻找治愈方法，开发安全有效的疫苗，加快研发更多新的预防技术，更好地了解和处理潜在的脆弱性。需要进行有重点的研究，以加快推出新的预防工具，确定增加艾滋病毒检测的更有效战略，使艾滋病毒抗体检测呈阳性者有机会得到持续不断的高质量护理，并提高坚持用药率。尤其需要努力增加对社区所做研究和最佳做法文件编制工作的支持。

#### **将防治措施纳入更大范围的保健与发展努力**

66. 艾滋病毒与其他保健与发展优先事项之间的协同作用需要得到最大程度的发挥。2009 年，估计有 26 万儿童死于与艾滋病相关疾病；在所有孕产妇死亡中，估计 20% 的主要死因是艾滋病毒。艾滋病毒加深贫穷、加剧饥饿并导致结核病和其他传染病高发生率。反之，其他发展优先事项的进展，例如普及学校教育、性别平等和加强保健系统，则有助于促进艾滋病毒的防治。实现这种协同作用需要在战略规划、提供服务、宣传以及培养伙伴关系等层面将艾滋病毒问题纳入更广泛的发展议程。



## 艾滋病毒与安全

67. 人口危机和冲突的景况发生了显著变化。面对不断变化的挑战和新的风险，更需要结合联合国预防冲突、促进安全、增强脆弱国家的能力和建设和平的努力，加强防治艾滋病毒。需要制定新的行动方案，动员数百万军警人员推动变革，特别是在打击各种暴力侵害妇女行为方面，并调整艾滋病毒预防战略，使之与冲突期间、冲突后及建设和平的行动相一致。

## 五. 行动呼吁：五项建议

68. 在这一紧要关头，有必要大幅度改变艾滋病毒的防治，以实现无艾滋病毒新感染、无歧视和无艾滋病导致死亡。为此，需要为政治领导重新注入活力，使防治工作更加突出重点、高效、可持续并与更广泛的保健、发展和人权议程相一致。

69. 秘书长呼吁所有领导人利用流行病的这一转折点：使艾滋病发生转变，使新感染人数低于开始接受治疗的人数，这是一个可及的目标。国际社会必须加强努力，到 2015 年实现普及艾滋病毒预防、治疗、护理和支持，实现 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》中提出的其他尚未达到的目标，并执行题为“履行诺言：团结一致实现千年发展目标”的 2010 年成果文件的行动议程(见大会第 65/1 号决议)。

70. 防治工作的方方面面都必须体现出对保健、发展和人权推动根本性社会变革的共同承诺。它必须鼓励领导人采取果敢行动促成这种变革。它必须确保艾滋病毒的防治作为一个政治优先事项得以持续进行，摆脱孤立状态，并用来巩固我们各个社会的社会结构。它必须加强相关系统，向我们各群体中最脆弱和最边缘化的成员提供关键的服务。

### A. 消除新的艾滋病毒感染

71. 要消除新感染，就必须对这个城市化、人口流动和不安全现象日益显著的迅速变化的世界作出反应。艾滋病流行已有三十年，预防和治疗艾滋病毒的努力也越来越统一，有利于更高效地实现减少新感染和减少死亡人数的共同目标。因此，至关重要的是将艾滋病毒感染者置于防治工作的核心。必须认识到，包容、不歧视、务实和同情不仅会给艾滋病毒的防治，而且会给所有保健、发展和人权优先事项带来效益。

72. 因此，秘书长呼吁各会员国、民间社会、私营部门和其他行为体通过采取下列行动，倡导一场“预防革命”，利用青年的旺盛精力和使世界发生变革的新的联络通信方式的潜力，废除那些阻碍有效防治努力的惩罚性法律，确保人们增强权能，使自己和伴侣及家人免于感染艾滋病毒：

(a) 承诺利用好每一块美元避免最大数量的艾滋病毒感染病例，方法是对新感染中比例最高的人群重点开展以实证为依据、以权利为基础的努力，并对传播

严重地区全面采取已证明有效的措施，例如提倡女用和男用保险套、包皮环切手术、以治为防、减轻吸毒者所受伤害以及“积极保健、尊严和预防”办法，这种办法在人权框架内将艾滋病毒感染者与社会需求与保健需求挂钩；

(b) 通过保护性法律、支持性执法和司法救助等途径，确保法律、政治和社会环境有利于有效防治艾滋病毒，以消除与艾滋病毒相关的污名化和歧视，使人们能够公平地获得艾滋病毒相关信息和服务，特别是对于吸毒者、从事性交易者、青年和受人道主义局势影响的人群；

(c) 增加研究投资，以加速开发疫苗、由女性控制的方法、杀微生物剂和其他预防工具，并加强科学家、私营部门、政府和社区之间的合作，以加快推出和公平提供经过确证的新工具。

## B. 对可持续的成果共担责任并掌握自主权

73. 2010年，全球防治工作可用资金约为160亿美元，但投资需求与可用资源之间仍然存在巨大差距，而且这一差距还在加大。当务之急是确保防治努力具有可持续性，包括保障中低收入国家600多万接受治疗者获得服务的机会，以及确保数百万仍有需要的人获得服务。各国必须承诺在共担责任、真正的国家自主以及相互问责的基础上建立全球战线。全球南方国家必须在所有各级对艾滋病防治措施的治理中发挥更大的领导作用。让艾滋病防治成为全球一致视保健为人权的信标，并为今后召开联合国全球保健框架会议奠定基础。

74. 因此，秘书长呼吁各会员国和所有防治艾滋病毒的行为体采取下列行动，建立一个全球团结的新框架，力求到2015年实现普及艾滋病毒预防、治疗、护理和支持：

(a) 实行包容、问责的领导，为有关优先事项、战略投资、社会保护和法律措施的全国辩论提供空间，促进广泛的自主和获得应享权利的机会，确保已感染或容易感染艾滋病毒的人无论老幼都能作为伙伴参与防治措施的治理、设计、提供和评价；

(b) 履行满足投资需求的公平分享承诺，从而使国际捐助方实现其长期和可预测的供资承诺，低收入和中等收入国家国内投资大幅增加，新兴政治和经济力量在国际和区域艾滋病防治中分享主导地位，创新的筹资机制得以扩大；

(c) 积极支持和强化国家保健机构的能力、社区系统和人力资源，开展以实证为依据、以人权为基础的防治，包括促进南南合作和利用来自本区域的技术支持。

## C. 打破费用上升趋势

75. 国家防治工作必须从危机管理转向变革管理。成功取决于将资源重点用于既能产生效果和效率、又能促进国家和人民自主防治的行动。加强国家和社区机构，

将解决问题的过程民主化，会促成更适合当地情况、具有广泛自主性的防治和以服务对象为中心、费用更低的护理，这将促进长期可持续性。

76. 因此，秘书长敦促各国政府、民间社会、私营部门和其他行为体致力于下列行动，打破费用上升趋势，实施效率更高、更可持续的方案：

(a) 通过2.0治疗方案议程等途径，在提供治疗机会方面推动创新提高效率，方法包括与制药工业合作，促进开发更易于负担、更具复原力、毒性更小、效用更长久、使用更便利的药物疗程，大量增加提供就医点诊断和临床监测工具，支持各国充分利用《关于与贸易有关的知识产权协议和公共卫生的多哈宣言》所固有的灵活性并确保其他贸易协定不损害这些灵活性，扩大专利库，以及以可持续的价格增加提供各类基本药品；

(b) 最大程度地提高非药物相关成本的效益，方法包括下放服务、移交任务和建设社区保健工作者的能力，以及加强提供服务的社区系统和基于人权的服务提供办法；

(c) 与伙伴合作，确保利用防治艾滋病毒与实现千年发展目标之间的协同作用，方法包括加大努力协调一致地处理艾滋病毒和结核病合并感染问题，利用艾滋病防治工作改善妇幼保健以及性保健和生殖保健成果，以及将艾滋病毒相关服务与食品和营养辅助相结合，适当情况下也可与慢性疾病服务相结合，包括提供缓和医疗和防治机会性感染、心血管病、糖尿病和丙型肝炎。

#### **D. 为妇女和女孩发起一场社会变革**

77. 性别不平等、有害的性别规范和暴力行为损害了妇女和女孩保护自己避免感染艾滋病毒的能力，并因此助长了流行病肆虐。妇女署的成立以及“联合起来制止暴力侵害妇女行为”运动标志着联合国和会员国致力于性别平等和增强妇女权能的一个新阶段。防治艾滋病毒运动和妇女运动必须结合起来，增强妇女和女孩特别是青年妇女的权能，了解并主张她们的权利，包括免受性胁迫和性暴力以及参加对性别问题有敏感认识和改变性别观念的艾滋病毒相关方案。

78. 因此，秘书长敦促所有利益攸关方确保妇女和女孩在我们社会中的地位以及我们防治艾滋病毒的措施有利于她们的健康、人权、安全和尊严，方法包括采取下列行动：

(a) 从家庭到议会，在各级采取具体措施增强妇女和女孩权能，方法包括扭转有害的性别规范，确保法律框架保护妇女和女孩的平等权利并保障其获得司法救助和安全保护的平等机会，保护感染艾滋病毒的妇女和女孩的权利，包括其性保健和生殖保健权利及人权，加强对感染艾滋病毒的儿童的社会保护、照顾和扶助，以及扩大有关方案，消除与艾滋病毒互为因果的性别暴力，男子和男孩也应参与这些方案；

(b) 确保国家防治措施满足妇女和女孩在艾滋病毒方面的终身需求，并积极应对和消除性别不平等在获得艾滋病毒相关信息、服务和商品的机会方面造成的差距，包括受人道主义局势影响的妇女和女孩；

(c) 支持全球妇幼健康战略和艾滋病署的《国家加速对妇女、女童、性别平等和艾滋病毒问题采取行动的议程》，提供综合全面的艾滋病毒、结核病及性保健和生殖保健一揽子方案，满足妇幼保健的多种需求，包括孤儿的需求，利用各种防止艾滋病毒垂直传播的服务，将其作为向妇女、儿童和家庭提供一系列服务的起点。

## E. 确保对普及防治相互问责

79. 可持续的政治承诺、人力资源和财政支持是实现普及防治的必要基础，但这些因素并不保证取得成果。强有力的问责制度才是成功的关键。问责制的起点必须包括：有助于制定适合各类人群的政策和方案的数据收集和分析系统；传播方式；地理环境；防治工作在方案、法律和结构上的漏洞。

80. 因此，秘书长建议各会员国、民间社会和其他利益攸关方致力于建立强有力的相互问责机制，将承诺变成行动，方法包括下列行动：

(a) 各国树立远大的国家目标，利用“了解流行病，了解对策”的方法充分实现普及防治；与艾滋病署合作制定全球核心指标订正框架，以适应新的全球承诺和目标；对实现国家目标的进展情况进行以实证为依据、以权利为基础的定期和全面审查；在艾滋病署支助下，根据全球报告千年发展目标的要求，在 2013 年大会关于千年发展目标的特别会议上以及其后的千年发展目标审查中向秘书长报告进展情况；

(b) 建立年度区域性同级审议制度，由主管的区域政治机构主办，由相关的联合国区域委员会和艾滋病署给予支助，以促进卫生部与非传统相关的重要部委（例如司法、财政、公安和执法）互动协作；

(c) 确定民间社会和受影响群体，包括艾滋病毒感染者、吸毒者、男性同性行为者、从事性交易者和青年代表团在国家和区域审查中的实务职责（例如共同主持），并对他们的参与给予财政支助。

### 2015 年全球目标

在承诺无艾滋病毒新感染、无歧视和无艾滋病导致死亡的愿景时，国际社会必须对实现共同目标相互问责，这些目标将重塑后世后代的未来。艾滋病署 2011-2015 年战略提出了一系列远大目标，力求引导和激励联合国系统和全球的防治努力取得变革性的成果。

为了加快艾滋病署战略所提出的各项目标的进展，致力于为受影响最大群体的生活带来可衡量的影响，并将工作集中于最关键的防治支柱，秘书长敦促全球社会落实下列 2015 年目标：

(a) 预防工作是当务之急。不采取充分行动将导致极高的人类、社会、经济代价和因此造成的政治代价。因此，秘书长敦促各会员国承诺将艾滋病毒的性传播——包括在青年和男性性行为者等主要人群中以及在性服务环境中的传播——减少 50%，并防止注射毒品造成任何艾滋病毒新感染；

(b) 全球团结使 600 多万艾滋病毒感染者得到了治疗。通过药品、定价和提供系统等各方面的创新，可以减少费用、防止新感染并普及治疗。因此，秘书长呼吁各会员国确保到 2015 年有 1 300 万人接受艾滋病毒治疗；

(c) 结核病虽然可以预防和治愈，但它仍然是艾滋病毒感染者死亡的主要原因。因此，秘书长呼吁各会员国承诺将艾滋病毒感染者因结核病死亡的人数降低 50%；

(d) 在中低收入国家，每年有 37 万新生儿感染艾滋病毒，而在高收入国家，垂直传播已几乎绝迹，这是一种严重的全球不公正现象。因此，秘书长呼吁各会员国团结起来，消灭艾滋病毒的垂直传播，让母亲们活下去，不让儿童变成孤儿，并改善妇女、儿童和家庭的健康；

(e) 儿童继续受到流行病的严重影响，对照顾者的要求很高。与非孤儿相比，失去双亲的儿童接受教育的机会较少。因此，秘书长敦促各会员国确保受艾滋病影响的最脆弱儿童得到扶助而不失学，方法包括建立安全和无污名化的学习环境，以及扩大为最脆弱家庭提供的社会保护和照顾及扶助方案，目标是到 2015 年实现孤儿与非孤儿平等接受教育；

(f) 针对艾滋病毒感染者的制度化的歧视继续削弱着我们为防治艾滋病所做的一切努力。因此，秘书长敦促各会员国作出承诺，使对艾滋病毒感染者入境、逗留和居住实施限制的国家数量减少 50%。

81. 秘书长坚信，这六个目标是能够实现的。这一信念源于防治艾滋病的历史：这是一段由艾滋病毒感染者主导的彰显人类勇气的历史，它重树了人类的期望，改变了机构，在极其困难的情况下取得了显著的成果。

82. 联合国在这段历史中发挥了重要作用。艾滋病署依然处于这些努力的核心。在扩大发展努力的过程中，艾滋病署将全球社会团结在一个共同的议程周围，转达人民的要求并促进各级承诺和行动，为联合国改革树立了行动楷模。

83. 通过共同努力执行这些建议，国际社会到 2015 年能够实现这些目标，向一个“无新的艾滋病毒感染、无歧视和无艾滋病导致死亡”的世界迈出非凡而团结的一步。