

**亚洲及太平洋经济社会委员会**

评估《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》和千年发展目标所载承诺履行情况的亚洲及太平洋政府间高级别会议

2011年11月1-3日，曼谷

临时议程项目4

审查《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》和千年发展目标在亚太区域的执行情况以及为确保普及服务而做出的各项努力，包括亚太区域为落实2011年大会艾滋病问题高级别会议成果而做出的努力

概述《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》和千年发展目标在亚太区域的执行情况以及为确保普及服务而做出各项努力，包括亚太区域为落实2011年大会艾滋病问题高级别会议成果而做出的努力**秘书处的说明****内容提要**

自《千年发展目标》、《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》、以及《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》分别于2000年、2001年和2006年获得通过以来，亚太区域已在应对艾滋病毒疫情的工作中取得了长足进展。然而，鉴于本区域在应对艾滋病毒的工作中面临着一些持久性挑战，千年发展目标6以及联合国2001年和2006年关于艾滋病毒/艾滋病问题的相关宣言中所订立的一些目标和具体目标仍然未能实现。

由于认识到在控制艾滋病毒疫情方面取得的进展参差不齐，而且比较脆弱，联合国会员国于2011年6月通过了《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病毒和艾滋病》。《宣言》中表达了包括亚太区域会员国在内的这些联合国会员国通过发挥决定性、包容性和问责式领导作用振兴并加强全球和区域全面应对艾滋病毒/艾滋病行动的承诺，其目的是实现千年发展目标6，尤其是到2015年终止并开始逆转艾滋病毒的蔓延。

就亚太区域而言，亚太经社会此前在其以下两项决议中特别表示支持重申这些承诺的呼吁：(a)第66/10号决议：“为实现亚太区域普及艾滋病的预防、治疗、护理和支助的区域行动呼吁”和(b)第67/09号决议：“《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》落实工作进展情况的亚太区域审查”。

要有效执行2011年《政治承诺》和亚太经社会的这两项决议，就需要有强有力的政治领导，要有广泛的主要利益攸关方的多部门大力支持。为了帮助各政府制订执行这些承诺的前进之路，本文件概述了迄今所取得的进展，其中包括本区域在应对艾滋病毒方面面临的一些重大挑战。会议不妨在这一审查所取得的结果、以及在2011年《政治承诺》和上述亚太经社会决议中所重点强调的各项主要承诺的基础上，考虑确定某些需要采取进一步行动的优先重点领域，其中若干领域的议题似可在临时议程项目5和项目6下进行审议。

目 录

章 次	页 次
一、导言.....	3
二、亚太区域在普及服务方面取得的进展.....	3
A. 区域总体趋势显示出有所改善的迹象.....	3
B. 疫情的地域变化和疫情集中，对艾滋病毒的应对工作提出了挑战.....	6
三、亚太区域在实现普及服务方面存在的缺口和面临的挑战.....	8
A. 预防覆盖率不足，可使所取得的进展发生逆转.....	8
B. 必须缩小在治疗方面存在的缺口.....	9
C. 减少“不可见性”，增加服务的获取.....	12
D. 要保持艾滋病毒应对工作的可持续性，就需要加强国家的自主权 和建立健全的资金筹措平台.....	14
E. 设法解决性别规范问题，降低艾滋病毒易感染性.....	15
四、亚太区域在加强国家和区域行动以普及服务方面的机会.....	15
A. 采取有针对性的重点预防措施.....	16
B. 加强治疗、护理和支持服务.....	17
C. 创造更有利的法律和社会环境.....	18
D. 制订有效和高效的方案.....	18
E. 消除两性不平等、虐待和暴力行为.....	19
五、结论.....	19
列表	
1. 若干地区艾滋病毒疫情的主要统计数据(2009年).....	5
2. 主要受影响人群的全球和区域预防覆盖率比较 (2009年)(百分比).....	8
3. 若干区域与世界抗逆转录病毒疗法覆盖率对比(2009年).....	10
图示	
1. 亚太区域感染艾滋病毒的成人和儿童、新感染者和因艾滋病相关 原因致死者的估计数字(1990-2009年).....	4
2. 亚太区域估计感染艾滋病毒的妇女和成人(15岁以上)人数 (1990-2009年).....	5
3. 与所有中低收入国家相对照的东亚、南亚和东南亚的母婴传 播预防措施的覆盖率(2005年、2008年和2009年).....	11
4. 订立了阻碍为若干主要受影响人群提供艾滋病毒应对措施的法 律和政策的亚太国家所占百分比.....	13

一、导言

1. 自《千年发展目标》、《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》(决议/S-26/2)、以及《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》(决议 60/262)分别于 2000 年、2001 年和 2006 年获得通过以来,亚太区域已在管理艾滋病毒疫情方面取得了长足进展。与世界其他一些区域尤其不同的是,亚太区域疫情广泛流行的情况很少,在一些人群中甚至还出现了疫情稳定或下降的迹象。¹

2. 因此,在相当大的程度上,对整个亚太区域而言,千年发展目标 6 中所订立的具体目标 6,即:“到 2015 年开始终止并逆转艾滋病毒/艾滋病的蔓延”(具体目标 6A)正在逐步实现过程中。然而,就具体目标 6B 而言,即到 2010 年使所有有需要者能够普遍获得艾滋病毒/艾滋病治疗的目标,本区域在相当大的程度上未能实现,尽管在过去十年间加大了预防和治疗的努力。同样,在实现联合国 2001 年和 2006 年关于艾滋病毒/艾滋病的相关宣言所制订的各种目标方面,所取得的成效也是喜忧参半。

3. 时至 2010 年底,联合国会员国分别于 2001 年和 2006 年商定的关于指导和监测艾滋病毒应对行动的目标和具体目标就已到期。由于认识到在实现这些目标方面的缺口和面临的各种挑战,包括亚太区域会员国在内的联合国会员国政府于 2011 年 6 月通过了《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言:加大行动力度,消灭艾滋病毒和艾滋病》(决议 65/277)。这一政治宣言给各会员国评估所取得的进展并指明前进之路,提供了一个重大机会。

4. 本文件旨在审查亚太区域在应对艾滋病毒的工作中取得的进展,以明确 2011 年的《政治宣言》为进一步采取行动提供的机会。本文件同时还援用了亚太经社会成员国就应对艾滋病毒疫情所表达的承诺,包括在经社会第 66/10 号决议:“为实现亚太区域普及艾滋病的预防、治疗、护理和支助的区域行动呼吁”(2010 年 5 月 19 日)和第 67/09 号决议:“《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》落实工作进展情况的亚太区域审查”(2011 年 5 月 25 日)中所载列的各项承诺。

二、亚太区域在普及服务方面取得的进展

A. 区域总体趋势显示出有所改善的迹象

5. 时至 2009 年底,在全球估计感染了艾滋病毒的 3,330 万人当中,有 14.7%,即大约 490 万人生活在亚洲(见图示 1)。² 近年来,感染了艾滋病毒以及因艾滋病毒相关原因致死的成人和儿童的增加率在下降;这表明大多数亚洲国家的疫情已稳定下来。积极的进展包括

¹ 目前普遍采用的定义是:在成人人口中的发生率为 1%或 1%以上。

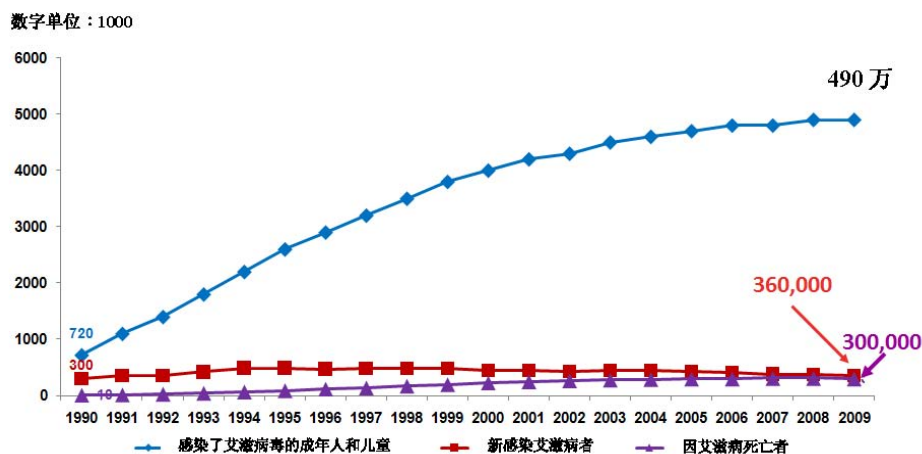
² 本文件提出的所有数据均基于艾滋病规划署的区域分类。相关国家的名单见网页:www.unaids.org/en/regionscountries/countries。

在 8 年里新感染艾滋病毒者的人数减少了 20%，即从 2001 年的 450,000 减至 2009 年的 360,000 人。2009 年估计有 300,000 人死于与艾滋病毒有关的原因；这相当于全球相关总人数的 16.7%。³ 以下列表 1 显示了本区域艾滋病毒疫情的一些主要统计数据。

6. 近年来，15 岁以下儿童的艾滋病毒感染率有所下降。2009 年估计这一年龄组有 22,000 名儿童感染了艾滋病毒，与 1999 年 26,000 例的估计数相比，减少了 15%。其部分原因是，提供预防亲子传播艾滋病毒服务的工作取得了一些进展；这反过来又有助于降低新感染艾滋病毒的儿童人数。儿童中与艾滋病有关的死亡从 2004 年的 18,000 例降至 2009 年的 15,000 例。⁴ 应当予以注意的是，从全球范围来说，如果没有采取干预措施，则亲子传播的危险率便将从 20% 至 45% 不等。⁵

图示 1:

亚太区域感染艾滋病毒的成人和儿童、新感染者和因艾滋病相关原因致死者的估计数字(1990-2009 年)



资料来源：艾滋病规划署亚太区域支援小组，基于为艾滋病规划署 2010 年全球艾滋病毒疫情报告所编纂的相关数据。

³ 艾滋病规划署，《2010 年全球报告》。

⁴ 同上。

⁵ 世界卫生组织，《2010-2015 防止母婴传播战略愿景：预防母婴传播艾滋病毒，实现大会特别会议的目标和《千年发展目标》(2010 年)》。该报告还指出，在全球范围，估计 2008 年间有 430,000 名儿童新感染了艾滋病毒，其中 90% 以上的感染是通过母婴传染的。

7. 近年来，被感染的妇女所占的百分比稳定在大约 35%左右，估计 2009 年有 170 万妇女感染了艾滋病毒(图示 2)。然而，这一数字显著低于全球 52%的平均值。⁶

列表 1:

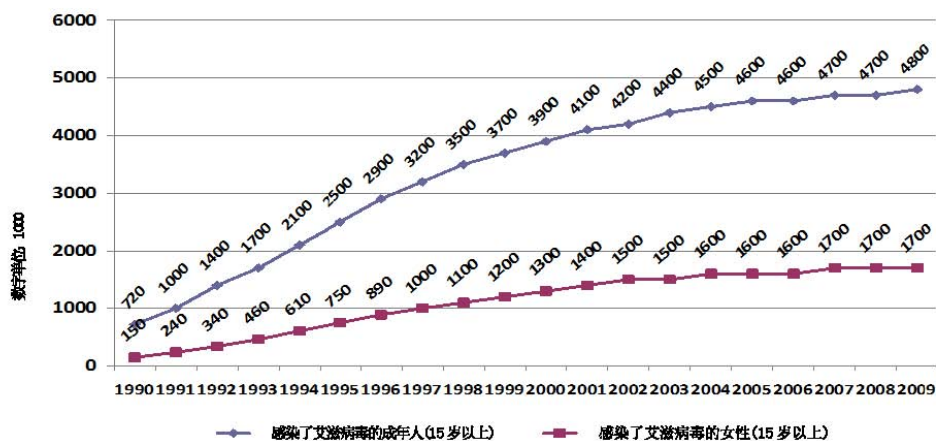
若干地区艾滋病毒疫情的主要统计数据(2009 年)

	感染了艾滋病毒的成人和儿童	新感染艾滋病毒的成人和儿童	因艾滋病毒致死的成人和儿童	成人(15-49岁)艾滋病毒感染率(%)
南亚和东南亚	4 100 000	270 000	260 000	0.3
东亚	770 000	82 000	36 000	0.1
大洋洲	57 000	4 500	1 400	0.3
东欧和中亚	1 400 000	130 000	76 000	0.8
东欧和中亚	33 300 000	2 600 000	1 800 000	0.8

资料来源: 艾滋病规划署, 《2010 年全球报告》。

图示 2:

亚太区域估计感染艾滋病毒的妇女和成人(15 岁以上)人数(1990-2009 年)



资料来源: 艾滋病规划署亚太区域支援小组, 基于为艾滋病规划署 2010 年全球艾滋病毒疫情报告所编纂的相关数据。

⁶ 艾滋病规划署, 《区域协商成果报告, 在亚洲及太平洋区域普及服务》(2011 年)。

B. 疫情的地域变化和疫情集中，对艾滋病毒的应对工作提出了挑战

8. 尽管这些总体数字令人感到鼓舞，但同时也掩盖了艾滋病毒应对方案尤其在决定资源分配时应考虑的一些独特的趋势。

9. 例如，有 7 个国家估计有 100,000 人或更多的人感染了艾滋病毒，而其总数占亚太区域所有感染估计人数的 90% 以上。这些国家依次是：印度、中国、泰国、印度尼西亚、越南、缅甸和马来西亚。印度有 240 万人感染了艾滋病毒，在本区域艾滋病毒感染者总数中，印度几乎占了一半。⁷

10. 此外，尽管印度和泰国感染了艾滋病毒的人口相对较多，但从 2001 年至 2009 年间，这些国家新感染艾滋病毒的感染率下降了 25% 以上。相反，同期在孟加拉国和菲律宾等艾滋病毒感染率较低的国家，新感染率增加了 25% 以上。⁸

11. 国家间的情况也各有不同。例如，在中国的 31 个省中，6 个省的艾滋病毒感染者估计人数占了感染者总数的 61.8%。⁹ 在印度尼西亚的巴布亚省，艾滋病毒感染率相当于国家平均水平的 15 倍。¹⁰

12. 更为重要的是，艾滋病问题亚洲委员会的《报告》重点指出，在很大程度上，亚洲的疫情仍然由不安全的注射毒品使用、性工作和男男性行为所驱动。¹¹ 特别令人关切的是，在本区域的大城市，男男性行为者的艾滋病毒疫情在增加。据报告，在中国、印度、缅甸、新加坡、泰国和越南的若干地理区域，男男性行为者的艾滋病毒感染率较高，从 13% 至 32% 不等。¹²

13. 同样，在若干国家，注射毒品者的艾滋病毒感染率也仍然较高，估计在亚太区域的每六名注射毒品者中，就有一人感染了艾滋病毒。在印度尼西亚、缅甸和泰国的每三名毒品注射者中，估计有一个以上的艾滋病毒抗体为阳性；在柬埔寨每四个人中就有一个，在尼泊尔、巴基斯坦和越南，每五人中就有一个。¹³

14. 对女性性工作者而言，虽然预防性工作者感染艾滋病毒的工作取得了进展，但这一人群的新感染艾滋病毒的比率在某些领域和背景下

⁷ 同上。

⁸ 艾滋病规划署，《2010 年全球报告》。

⁹ 艾滋病规划署驻华(北京)办事处提供的信息。

¹⁰ 艾滋病规划署，《2010 年全球报告》。

¹¹ 艾滋病问题亚洲委员会，《重新定义亚洲的艾滋病—制定有效的应对措施》，牛津大学出版社(2008 年)。

¹² 艾滋病规划署，《区域协商成果报告，在亚洲及太平洋区域普及服务》(2011 年)。

¹³ 艾滋病规划署，《亚洲及太平洋区域的艾滋病毒疫情：降至零》(2011 年)。

继续增加。性工作者的男性顾客——估计在亚洲及太平洋区域有 7500 万——是决定艾滋病毒疫情在本区域蔓延的范围和规模的关键因素，因为他们是将艾滋病毒传染给其固定的亲密伙伴的最大单一群体。¹⁴

15. 在本区域主要受影响人群中，25 岁以下的青年人占的百分比比较突出。据报道，在印度尼西亚、巴布亚新几内亚和巴基斯坦，在女性性工作者中，那些年龄低于 25 岁者，其艾滋病毒抗体阳性的可能性至少与年龄较大的同行一样。在印尼，毒品注射青年的艾滋病毒感染率为 42%；在缅甸，其同侪的数字为 28%；在巴基斯坦则为 23%；在中国，这一数字是 8%。¹⁵

16. 在太平洋次区域，巴布亚新几内亚的感染率最高，其艾滋病毒感染率为 0.9% (34,000 例艾滋病毒感染者)，尽管最近的分析表明，其艾滋病毒疫情已经开始趋于平稳。¹⁶ 在巴布亚新几内亚，艾滋病毒传播的一种主要形式是无保护的异性性交。在澳大利亚、新西兰和太平洋国家，无保护的男男性交是疫情传播的主要形式。¹⁷

17. 在亚太区域内，一个新出现的令人关切的人群是艾滋病毒抗体阳性的回流迁徙者。在任何国家应对行动中，创造有利于降低这一大批人群脆弱性的机制都非常重要。估计目前全世界国际迁徙者的人数为 2.14 亿，亚太区域当前大约接纳了其中的 25%，其接收侨汇占世界总数的 42%。¹⁸ 在国家内和在国家间迁徙者中，女性工人所占的比例在增加，其中许多人发现，在其所处的环境中，感染艾滋病毒的风险在增加。出现这种情况的一个主要原因是：迁徙者缺乏与艾滋病毒有关的信息和卫生服务。

18. 在东欧和中亚，自 2000 年以来，艾滋病毒感染者的人数几乎增加到了原来的三倍，估计其总数在 2009 年达到了 140 万，而 2001 年的数字为 76 万。¹⁹ 在世纪之交，注射吸毒者中感染艾滋病毒的病例迅猛增加，导致本区域疫情激增。这一组国家中，有两个国家的艾滋病毒感染率为 1% 或更高，这两个国家是俄罗斯联邦和乌克兰，在新报告的艾滋病毒诊断病例中，其合并数字占近 90%。²⁰ 俄罗斯联邦的艾滋病毒疫情继续增加，但现在的速度较 1990 年后期要慢。东欧和中亚的艾滋病毒疫情主要集中于注射毒品者、性工作者、其性伙伴，以及在较小的程度上，集中于男男性行为者上。据估计，在这些国家注射毒品的 370 万人（其中大部分是男性）中，有四分之一的人

¹⁴ 同上。

¹⁵ 同上。

¹⁶ 艾滋病规划署，《2010 年全球报告》。

¹⁷ 同上。

¹⁸ 国际移民组织等注，《2010 年移民与发展全球论坛亚太区域筹备会议报告》。

¹⁹ 艾滋病规划署，《2010 年全球报告》。

²⁰ 乌克兰不是亚太经社会成员国。

感染了艾滋病毒。2009 年，估计有 76,000 例因与艾滋病有关的原因死亡，而 2001 年的数字是 18,000，在此期间这一数字增加至原来的四倍。²¹

19. 这些数字凸显了一个事实：要使艾滋病毒应对行动产生实效，干预战略的基础必须是：适当地重点针对主要受影响人群，并彻底了解其各自的行为。最主要是由于艾滋病毒问题亚洲委员会(2008 年)、艾滋病毒问题太平洋委员会(2009)开展的相关工作，以及各政府自身在亚太经社会第 66/10 号决议和第 67/9 号决议作出的重点强调，近年来人们对这一需求的认识已得到加强。

三、亚太区域在实现普及服务方面存在的缺口和面临的挑战

A. 预防覆盖率不足，可使所取得的进展发生逆转

20. 有迹象表明，本区域主要受影响人群的预防覆盖率不足。尤其是，主要受影响人群的区域平均覆盖率(根据大会特别会议指标 9)明显低于公布的中低收入国家全球平均覆盖率(见以下列表 2)。²²

列表 2

主要受影响人群的全球和区域预防覆盖率比较(2009 年)(百分比)

	全球平均值	区域平均值
毒品注射者	32	17
男男性行为者	57	49
女性性工作者	58	40

资料来源：艾滋病规划署，《亚洲及太平洋区域的艾滋病毒疫情：降至零》(2011 年)。

21. 为主要受影响人群提供足够的预防覆盖，对于本区域处理艾滋病毒疫情至关重要。例如，对男男性行为人群而言，模型预测显示，除非大幅度增加对包括预防方案在内的男男性行为方案的投资，并扩大其规模，否则至 2020 年这一人群在亚洲的新增感染者中将会占到 50%左右。²³

22. 对于注射毒品者而言，尽管本区域已扩大了减少伤害方案，但在许多情况下疫情仍然持久地存在。缺乏进展的一个原因是享有换针头

²¹ 艾滋病规划署，《2010 年全球报告》。

²² 艾滋病规划署，《亚洲及太平洋区域的艾滋病毒疫情：降至零》(2011 年)。

²³ 艾滋病规划署，《区域协商成果报告，在亚洲及太平洋区域普及服务》(2011 年)。

服务的比率非常低。在亚洲，2010 年间这一比率为大约 14%。阿片类药物替代疗法服务的覆盖面甚至更低，仅为 5%。²⁴

23. 事实上，要较好地了解这些微观趋势和人群，就需要掌握通过足够的由调查系统产生的非常具体的数据。这意味着，要制订循证和有重点针对性的方案，就需要特别提供关于艾滋病毒发病率和感染率的可靠和及时的分列数据(按年龄、性别和传播模式分列)。要获得这样的信息，既要开展研究，也要具备接触到这些人群的能力。关于前者，需要不断改善国家和区域级别的衡量工具、数据管理系统和监测和评价能力。关于后者，需要不断改进在国家和区域级别的衡量工具、数据管理系统以及监测和评价能力。关于后者，即接触到主要受影响人群的能力，能通过营造尊重其权利(以免把他们赶到“地下”)、包括加强其获取医疗保健服务的能力的环境，而得到大幅增强。

24. 因此，要夯实证据的基础，就需要社区的广泛参与。这样的参与不仅在方案执行中很重要，在政策和方案制定的工作中也同样重要。因此，有重点针对性的艾滋病毒应对方案也应该包括：努力支持这些群体在宣传倡导和政策级别、以及在方案的制定过程中，更有效地参与其中。

25. 柬埔寨、泰国和印度疫情的不断下降表明，提高重点服务的覆盖率，再加所有主要受影响人群的广泛参与，是有效的组合解决方法。其他促使在这些情况下取得成功的因素是，适当地利用媒体，以及将方案重点放在性工作者的客户身上——这一群体往往被预防方案忽略。涉及建立关于社区群体和公共安全的有效的伙伴关系的类似例子包括：向本区域一些地理地区的毒品使用者提供减少伤害的服务。²⁵

26. 这些积极的经验应与本区域的其他国家分享。尤其是，对各国有益的是，可以从中学习一些成功的主要干预措施方案，例如在性工作者中推广使用避孕套、升级扩大针对毒品使用者的减少伤害方案以及同侪教育等。事实证明，同侪方案对于预防、提供咨询和支持是非常有效的。

B. 必须缩小在治疗方面存在的缺口

27. 对亚太区域某些人群而言，向其提供的抗逆转录病毒疗法的覆盖率增加了。例如，据估计本区域儿科抗逆转录病毒疗法的覆盖率为 44%，高于 28% 的全球平均值。这在很大程度上是由于柬埔寨、马来西亚和泰国的抗逆转录病毒疗法超过 80% 的高覆盖率。此外，与全球

²⁴ 艾滋病规划署，《亚洲及太平洋区域的艾滋病毒疫情：降至零》(2011 年)。

²⁵ 艾滋病规划署，《区域协商成果报告，在亚洲及太平洋区域普及服务》(2011 年)。

的模式一致，亚洲女性的覆盖率高於男性覆盖率(为 28%，而与此相对照，报告了按性别分列数据的国家的百分比为 22%)。²⁶

28. 然而，总体(合并的)趋势并不是积极的。2009 年，本区域中低收入国家的抗逆转录病毒疗法的覆盖率为 31%，低於全球的平均数 36%，而且远远低於普及服务所要求的 80%覆盖率的具体目标(表 3)。

²⁷ 本区域的六个国家，即中国、印度尼西亚、印度、缅甸、泰国和越南，占本区域治疗需求的 90%以上。²⁸

29. 世界卫生组织于 2010 年发布了新的治疗指南，这给治疗的提供带来更大的挑战。新的指南建议：在 CD4 计数等于或小于 350 个细胞/立方毫米时应开始抗逆转录病毒疗法——这一门槛高於以前的 200 个细胞/立方毫米——这就要求尽早开始治疗。根据新的门槛，符合接受抗逆转录病毒疗法条件的艾滋病毒感染者人数大约增加了 50%，导致在重新计算后抗逆转录病毒疗法覆盖率相应出现下降。

30. 2009 年预防亲子传播抗逆转录病毒疗法覆盖率为 32%，这与全球 53%的平均值相差甚大(图 3)。泰国(覆盖率超过 90%)和马来西亚(80%以上)正走在实现消除儿童新感染艾滋病毒目标的正轨上。印度是未满足需求量最大的国家。在拥有全球大约 90%的需要预防儿童新感染服务的艾滋病毒感染者妇女的 22 个国家中，该国是唯一的亚洲国家。本区域有几个国家仍在使⤵用单剂量奈韦拉平，虽然一些国家正在逐步予以淘汰，并将在 2012 年初作出相应调整来采用卫生组织新修订的准则。²⁹

列表 3:

若干区域与世界抗逆转录病毒疗法覆盖率对比(2009 年)

	接受抗逆转录病毒疗法者人数	需要抗逆转录病毒疗法者人数	抗逆转录病毒疗法覆盖率(百分比)
东亚、南亚和东南亚	739 000	2 400 000	31
欧洲和中亚	114 000	610 000	19
全球	5 250 000	14 600 000	36

资料来源：卫生组织/艾滋病规划署/儿童基金会，《升级扩大卫生领域的重点艾滋病毒/艾滋病干预措施：进度报告》。

²⁶ 同上。

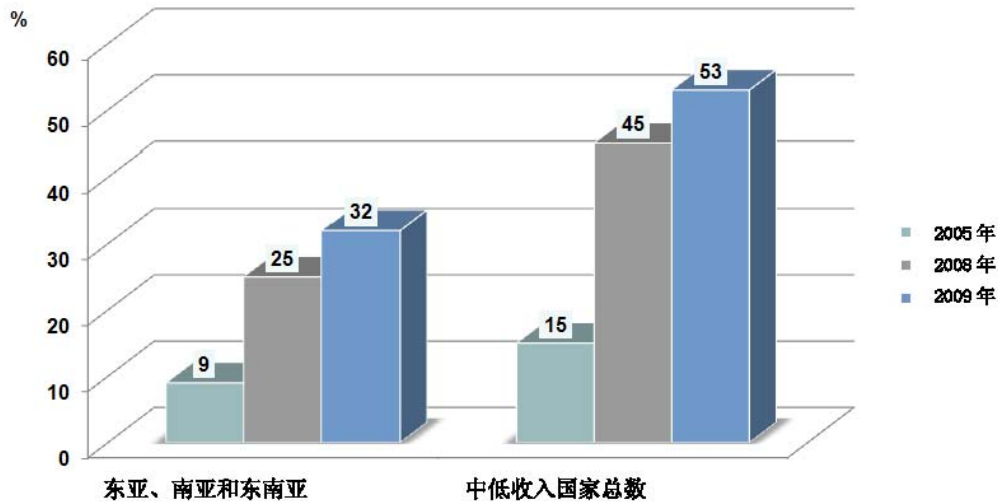
²⁷ 艾滋病规划署，《2010 年全球报告》。

²⁸ 艾滋病规划署，《区域协商成果报告，在亚洲及太平洋区域普及服务》(2011 年)。

²⁹ 艾滋病规划署，《亚洲及太平洋区域的艾滋病毒疫情：降至零》(2011 年)。

图示 3:

与所有中低收入国家对照的东亚、南亚和东南亚的母婴传播预防措施的覆盖率(2005年、2008年和2009年)



资料来源: 艾滋病规划署, 《区域评估报告, 在亚洲及太平洋普及服务》(2011年)。

31. 因此很显然, 除非做出协调努力来提高抗逆转录病毒疗法的覆盖率, 否则未来抗逆转录病毒疗法的需求和供应之间的区域差距将会进一步扩大。柬埔寨是唯一达到 2010 年世界卫生组织治疗指南所载的全民享有抗逆转录病毒疗法服务具体目标的亚洲国家。³⁰ 老挝人民民主共和国、巴布亚新几内亚和泰国则是仅有的根据这些新的指南达到超过 50% 的覆盖率的其他亚太国家。³¹

32. 尽管执行世界卫生组织 2010 年的指南可为升级扩大抗逆转录病毒疗法和预防亲子传播服务提供机会, 但这也要求要加强融资、人力资源、以具有成本效益的形式采购治疗产品和交付服务的能力。这一挑战可变得更加艰巨, 因为开始出现了支持“以治为防”做法的新景象。有迹象表明, 如果患者早些接受治疗的话, 这一做法就可降低传播的可能性。新的研究尤其表明, 如果一名艾滋病毒抗体阳性患者早些坚持接受一种有效的抗逆转录病毒疗法的话, 其将病毒传染给未受感染的性伙伴的风险可降低 96%。³²

33. 随着对抗逆转录病毒疗法需求的增加, 必须提供质量良好和支付得起的药品, 包括非专利药。因此, 确保这些药品国际贸易的合法性

³⁰ 同上。

³¹ 艾滋病规划署, 《区域协商成果报告, 在亚洲及太平洋区域普及服务》(2011年)。

³² Michel Sidibé 著, 《改变游戏规则的时刻到了, 第二十八届方案协调委员会会议, 2011年6月, 日内瓦》。

非常重要。在此方面，似宜注意到以下内容的实用性：《与贸易有关的知识产权协定》为发展中国家和最不发达国家纳入了某些“灵活”安排，其目的是允许使用一些与《与贸易有关的知识产权协定》兼容的准则，以使这些国家能实行其自身的公共政策，例如与获取相关医药产品有关的政策等。³³

34. 与先前讨论的预防覆盖率的情况类似，要加强治疗覆盖率，就要使主要的受影响人群能更公平地获取相关服务，要有更好的数据和更好地开展研究，以及要有社区的更广泛参与。更重要的是，应通过整体加强社会保护系统，包括医疗卫生保障系统，使有效的抗逆转录病毒疗法和预防方案得到支持。例如，泰国全民医疗保健系统纳入了日益全面的应对艾滋病毒疫情的措施，包括提供抗逆转录病毒疗法。根据泰国编写的大会特别会议进展报告（覆盖 2008 年 1 月至 2009 年 12 月的报告时期），增加早期接受治疗服务的尝试提高了治疗和护理的覆盖率。时至 2009 年，共有 20 万艾滋病毒感染者在接受抗逆转录病毒疗法治疗（相当于 75% 的治疗覆盖率）。

C. 减少“不可见性”，增加服务的获取

35. 在亚洲和太平洋，人们正在开展多种努力，处理侵犯艾滋病毒感染者和受影响者权利的法律障碍以及歧视性政策和做法。例如，中国取消了旅行限制、马来西亚对毒品使用者用自愿药物依赖治疗代替强制扣留，以及巴布亚新几内亚对其过时的立法框架进行审查。³⁴

36. 尽管取得了这些进展，但一些法律、政策和做法继续对本区域的艾滋病毒应对工作构成挑战。在亚太区域多达 90% 的国家，都有被认为会影响有效的艾滋病毒预防、护理、治疗和支持的法律。³⁵ 事实上，有迹象表明，与世界其他区域相比，亚太区域有更高比例的国家，在其法律和政策中，有的会阻碍普遍获取服务，尤其是阻碍主要受影响人群普遍获取服务（见以下 图示 4）。

37. 有 20 个国家更把同性伙伴之间的性关系定为犯法行为。超过 29 个以上的国家把性工作的某些内容定为犯法。16 个国家对艾滋病毒感染者强加旅行限制。³⁶ 许多国家仍然扣留毒品使用者，将之送入强制戒毒中心，不提供阿片类药物替代疗法服务；11 个国家对毒品罪犯保留死刑。³⁷ 本区域将重点放在公共安全的政策立场，可能

³³ 网页http://www.wipo.int/ip-development/en/legislative_assistance/advice_trips.html。

³⁴ 艾滋病规划署，《区域协商成果报告，在亚洲及太平洋区域普及服务》（2011 年）。

³⁵ 艾滋病规划署，《2010 年全球报告》。

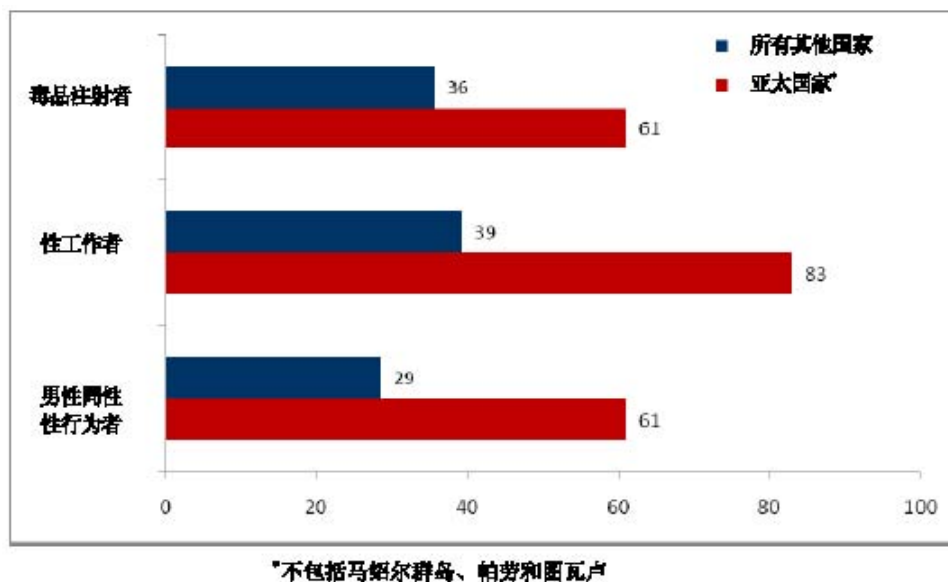
³⁶ 艾滋病规划署，《区域协商成果报告，在亚洲及太平洋区域普及服务》（2011 年）。

³⁷ 同上。

反映了全球“反毒战争”的执法模式所产生的主导影响，而不是重点关注毒品使用的公共卫生层面。³⁸

图示 4:

订立了阻碍为若干主要受影响人群提供艾滋病毒应对措施的法律和政策的亚太国家所占百分比



资料来源：《行动的证据，亚太区域的法律、政策与艾滋病毒》(2010年)。

38. 事实证明，那些主要受影响人群会被不支持其权利(包括医疗卫生权)的法律和社会环境赶到“地下”。这会增加他们采取高风险行为的危险。这一现象不仅损坏了这些人群及其伙伴的医疗卫生前景，也有使管理艾滋病毒疫情方面所取得的进展脱轨的危险。此外，这些人群的隐形会影响收集可靠数据的努力。先前的讨论已指出，收集可靠数据对于有重点针对性的方案制订做法至关重要。

39. 这些挑战的持续存在可归因于若干主要因素。³⁹ 例如，公共卫生与公共安全部门之间似乎采取了不同的做法。将拥有注射器具定为犯法就是这些不同做法的一个实例。具体而言，提供经消毒的针头构成对非法吸毒的“教唆”或“纵容”，这在许多国家是法律明令禁止的。⁴⁰ 这些法律可使未经消毒的注射器具的使用增加，从而增加了艾滋病毒蔓延的危险。此外，有报告指出，尽管相关法律并非总是

³⁸ 同上。

³⁹ 同上。

⁴⁰ 卫生组织等著，《2010-2015年亚太区域终止和逆转毒品注射者艾滋病毒疫情的战略》(2010年)。

由警察执行的，但据报告这些法律在一些涉及骚扰和虐待主要受影响人群的案件中，被作为理据。⁴¹

40. 在工作、学校和医疗保健环境中盛行的羞辱和歧视行为也成为阻碍艾滋病毒预防、治疗、护理和支持的障碍。事实上，区域羞辱指数研究表明，有 24% 的答复者因为其状态而受到歧视，失去了其工作。约有 13% 的答复者指出，羞辱和歧视行为招致其获取的医疗服务减少，其中 19% 的答复者报告其权利受到侵犯。在寻求司法纠正的 27% 的案例中，只有 8% 的获得了成功。⁴²

41. 显然，要消除或减少歧视性的法律障碍、政策和做法，就需要加强国家和民间社会两者的体制机制能力。这些努力应包括所有主要利益相关方开展全面合作。这些利益攸关方是：公共卫生和公共安全部门、法律援助、社会保护服务以及基于社区的权利监测机制，其目的是为艾滋病毒感染者、主要受影响人群、妇女和女孩等提供服务。

D. 要保持艾滋病毒应对工作的可持续性，就需要加强国家的自主权和建立健全的资金筹措平台

42. 本区域目前艾滋病毒应对行动的筹资方式是不可持续的。首先，最重要的是，资金的需求和供应之间似乎存在着显著的缺口。据估计，本区域为实现逆转和控制疫情以及普及治疗、护理和支持服务的具体目标而采取的有针对性的应对行动，其成本估计每年为 33 亿美元⁴³。这一数字相当于区域年度应对艾滋病毒支出的 3 倍——据报道 2009 年的区域年度支出为 11 亿美元。如果不做出多种努力筹集更多资金，预计这一差距还将会扩大，尤其是鉴于国际捐助者近年来没有增加其资金供应。最近的全球金融危机和疲软的经济状况可能正是导致出现这一现象的原因。⁴⁴

43. 这一巨大的资金缺口使人们更加忧心忡忡，原因是存在着目前的全球经济不确定性会维持一段时间的可能性，以及本区域对国际资金的依赖程度较高。所有低收入国家和许多中低收入国家高度依赖国际资金来源。据认为，在四分之三的报告国中 (25 个国家中的 19 个)，全球资金来源占其艾滋病支出总数的 50% 以上。在亚洲，估计公共部门的资金来源占报告支出的大约 53%。很可能这一百分比扭曲了本区域公共资金来源所占百分比的景象。仅是其中两个国家，中国和泰国，其公共资金来源就占了 5 亿美元，在本区域每年花费在艾滋病毒应对行动的大约 10 亿美元中，这一数字所占的比例过高。⁴⁵

⁴¹ John Godwin, 《男男性行为者面临的法律环境、其人权和艾滋病毒应对措施：行动议程》(开发计划署和亚太男性性卫生联盟委托编写), 2010 年。

⁴² 艾滋病规划署, 《区域协商成果报告, 在亚洲及太平洋区域普及服务》(2011 年)。

⁴³ 同上。

⁴⁴ 同上。

⁴⁵ 同上。

44. 有效使用资金，包括适当地分配资源，是决定艾滋病毒应对方案可持续性的一个重要因素。目前分配的资源似乎不足。有迹象表明，在提交了相当详细报告的国家中，只有大约 18% 的支出分配给了那些影响较大、费用较少的预防措施。⁴⁶

45. 上述因素意味着各国必须更加自力更生。亚太区域各国应对各自的艾滋病毒应对工作拥有更大的国家自主权。因此，至关重要的是，各政府应致力于将更多的国家资源用于艾滋病毒方案，加大努力从多种来源(包括通过创新的伙伴关系)筹集外来资金，以及加强国内资金管理的能力和方案管理的能力。

E. 设法解决性别规范问题，降低艾滋病毒易感染性

46. 正如上节所示，本区域的妇女艾滋病毒感染率并非微不足道。对妇女而言，传播艾滋病毒的一个主要来源是：与其男性伙伴，尤其是那些性工作客户男性伙伴，进行没有保护的性行为。有迹象表明，妇女对于艾滋病毒是如何传播以及如何才能预防感染，所了解的知识较少。强化传统角色的性别规范，也可降低包括妇女在内的艾滋病毒感染者获取预防、治疗和支持服务的能力。⁴⁷ 也有迹象表明，性别不平等可能体现于对妇女的暴力行为，暴力使妇女和女孩感染艾滋病毒的风险增加。⁴⁸ 因此要扭转艾滋病毒的蔓延，就必须处理性别关系在性生活和生殖生活中的角色问题，以及它是如何影响艾滋病毒预防、治疗、护理和支持的问题。

四、亚太区域在加强国家和区域行动以普及服务方面的机会

47. 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》表明，193 个联合国会员国承诺加倍努力，争取最迟至 2015 年普及艾滋病毒预防、治疗、护理和支持服务，以便实现千年发展目标 6，即：最迟至这一年终止并开始逆转艾滋病毒蔓延(第 51 段)。以前关于艾滋病毒/艾滋病问题的各项相关宣言所作出的许多承诺，在 2011 年 6 月举行的大会关于全面审查执行《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》和《艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》所取得的进展问题高级别会议上得到了重申。最近发布的《艾滋病规划署愿景》中的许多战略内容：“零新发感染、零歧视和与零艾滋病相关死亡”也与 2011 年的《政治宣言》所强调的承诺相一致。

48. 在亚太区域，亚太经社会于 2011 年《政治宣言》获得通过之前作出的以下两项相关决议均对关于重申承诺的这一大力呼吁表示支

⁴⁶ 艾滋病规划署亚太区域支援小组，《可持续的资金：实现降至三个零的目标》，2011 年亚洲及太平洋艾滋病问题国际大会。

⁴⁷ 艾滋病规划署，《亚洲及太平洋区域的艾滋病毒疫情：降至零》(2011 年)。

⁴⁸ Lewis, I., Maruia, B., Mills, D. 和 Walker S. (2008 年)，巴布亚新几内亚 4 个省关于对妇女的暴力行为与艾滋病毒传播之间联系的最后报告。堪培拉大学(澳大利亚)和国家艾滋病毒支助方案(巴布亚新几内亚)。

持：即其第 66/10 号决议：“为实现亚太区域普及艾滋病的预防、治疗、护理和支助的区域行动呼吁”、以及第 67/9 号决议：“《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》落实工作进展情况的亚太区域审查”。后者是在 2011 年关于艾滋病问题的高级别会议举行之前不久通过的，其中纳入了在此之前由艾滋病规划署和亚太经社会共同组织并于 2011 年 3 月举行的“普及艾滋病毒预防、治疗、护理和支持服务问题亚太协商会议”等会议开展的区域审评的相关意见。

49. 亚太经社会成员国应为履行这些全球和区域举措所提出的各项承诺发挥杠杆作用，以便紧迫地处理目前本区域在应对艾滋病毒工作中存在的缺口。

A. 采取有针对性的重点预防措施

50. 2011 年的《政治宣言》，与 2006 年的《宣言》一样，都主张艾滋病毒的预防工作必须是国家、区域和国际防治艾滋病毒流行工作的基石(第 58 段)。

51. 具体来说，2011 年《政治宣言》强调需要：“加倍努力开展艾滋病毒预防工作，采取所有措施，实施综合的、循证的预防做法……”(第 59 段)。与以前的宣言不同，2011 年《政治宣言》提请关注将重点放在主要受影响人群的需求，其中还指出：“许多国家艾滋病毒预防战略未充分关注流行病学证据显示具有较高风险的人口，特别是男男性行为者、注射毒品的人和性工作……”，并指出，“每一个国家都应根据流行病情况和国家情况确定在其流行病和对策中处于关键地位的特定人口……”(第 29 段)。2011 年的《政治宣言》是大会所通过的明确地把这些人口确定为易受到艾滋病毒疫情感染人群的第一项全球性宣言。

52. 更为关键的是，2011 年《政治宣言》承诺要为受影响人群实现附有时限的、具体的方案目标。《宣言》指出，最迟至 2015 年，各方应当：

(a) 把艾滋病毒的性传播率减少 50%(第 62 段)；

(b) 把艾滋病毒在使用注射药物的人群中的传播率减少 50%(第 63 段)；

(c) 消除母婴传播艾滋病毒，并大幅减少因艾滋病而死的孕产妇人数(第 64 段)。

53. 在承诺加倍努力开展艾滋病毒预防工作时，2011 年《政治宣言》还强调必须：在考虑到当地情况、道德和文化价值观的情况下，采取所有措施，实施综合的、循证的预防做法，包括开展大众宣传运动、发挥青年的能量、减少冒险行为、扩大和促进自愿的艾滋病毒保

密检测、扩大减少伤害方案和为获得性保健和生殖保健服务提供便利(第 59 段)。

54. 《宣言》中还呼吁各方承诺确保用于预防的财政资源要针对循证预防措施, 此类措施体现各国疫情的具体性质, 注重容易感染艾滋病毒的地理方位、社会网络和人群(具体看在每一环境下其占新感染案例的比例)。此外还指出, 应特别注重妇女和女孩、青年人、孤儿和弱势儿童、移徙者和受人道主义紧急情况影响者、囚犯、土著人民和残疾人(第 60 段)。

55. 由于认识到艾滋病毒应对措施必须有据可依, 2011 年《政治宣言》主张循证应对措施“须以包括年龄、性别和传播方式在内的发生率和流行率分类数据为基础, ……”, 并建议必须确保加强关于这些人群的数据的收集系统(第 46 段和第 61 段)。

56. 同样, 在 2011 年 6 月举行的大会关于艾滋病毒问题的高级别会议之前, 亚太经社会就已在第 66/10 号决议和第 67/9 号决议中明确了主要高风险人群、例如注射毒品者、性工作者、男男性行为者和跨性者人群所面临的各种相关挑战。对于跨性者群体而言, 现有数据表明, 其患病率要高于男男性行为者。⁴⁹

B. 加强治疗、护理和支持服务

57. 2011 年《政治宣言》确认全球在治疗覆盖率方面存在着差距, 并呼吁实现“争取至 2015 年让 1 500 万名艾滋病毒感染者接受抗逆转录病毒治疗”的具体目标(第 66 段)。在确认这一挑战时, 该宣言和 2006 年的宣言都确认, 相关国际贸易协定, 尤其是与货物(包括与治疗 and 预防有关的产品)和与知识产权有关的协定, 会阻碍获取支付得起的治疗服务, 以及应使《与贸易有关的知识产权协定》下的灵活安排调整至有利于促进获取药品的贸易。然而, 2011 年《政治宣言》做得更到位, 承诺: “最迟至 2015 年, 在可行的情况下, 消除各种障碍, 以便利低收入和中等收入国家提供负担得起和有效的预防及治疗艾滋病毒的产品、诊断、药物……”(第 71 段)。这一宣言还建议通过以下方式实现这一目标:

(a) 促进非专利药竞争, 以便帮助降低终身长期护理方面的费用; 并鼓励所有国家采取实施知识产权的措施和程序, 避免对医药合法贸易造成障碍, 并就滥用此类措施和程序的行为制定防范措施(第 71 段(b));

(b) 鼓励在适当情形下自愿使用伙伴关系、分级定价、开源共享专利和惠及所有发展中国家的专利池等新机制。(第 71 条(c))

⁴⁹ 艾滋病规划署, 《区域协商成果报告, 在亚洲及太平洋区域普及服务》(2011 年)。

58. 在此方面，亚太经社会第 67/9 号决议通过呼吁考虑采取一些鼓励各种通过利益攸关方开展协商以推动本区域更好地获取支付得起的药品、诊疗和疫苗的进程，对上述举措作出了补充。

C. 创造更有利的法律和社会环境

59. 2011 年《政治宣言》确认有效的艾滋病毒应对方案必须处理“承诺加强各国努力，在每个国家范围内建立有利的法律、社会和政策框架……”的需求(第 77 段)。

60. 关于如何加强国家努力，2011 年《政治宣言》提供了一些指南：审查那些不利的法律和政策(第 78 段)，考虑确定和审查、进而消除任何剩余的与艾滋病毒有关的入境、停留和居住限制(第 79 段)，承诺实施促进和保护权利和消除轻蔑和歧视的本国防治艾滋病毒和艾滋病战略，并酌情为艾滋病毒感染者和受艾滋病毒/艾滋病影响者，包括妇女和女孩、儿童、青年人、迁徙者和流动人口以及工人及其家人，建立适当的社会保障制度(第 80-85 段)。

61. 同样重要的是，2011 年《政治宣言》呼吁各主要利益攸关方开展协作，努力减少羞辱和歧视行为，包括“对警察和法官进行宣传，对卫生保健工作者进行不歧视、保密和知情同意训练，支持本国的人权学习活动、法律知识普及和法律服务，以及监测法律环境对艾滋病毒预防、治疗、护理和支持的影响。”(第 80 段)

62. 在亚洲及太平洋，亚太经社会第 66/10 号决议和第 67/9 号决议确定：需要处理羞辱和歧视问题以及阻碍普及服务的法律和政策障碍，以及促进卫生与其他部门、包括司法、维护法律与秩序和毒品控制等部门之间的多部门努力。第 67/9 号决议，与 2011 年《政治宣言》类似，同样指出，应根据国家的优先重点，着手对国家法律、政策和做法进行审查，以便为全面实现普及服务的具体目标创造有利条件。

D. 制订有效和高效的方案

63. 2011 年《政治宣言》促请各国承诺通过一系列循序渐进的步骤和共担责任，最迟至 2015 年使全球防治艾滋病毒和艾滋病年度支出达到相当的数额，同时确认估计低收入和中等收入国家的总体目标为 220 亿美元至 240 亿美元(第 88 段)。这一政治宣言还呼吁各国在承担防治艾滋病毒的责任方面，发挥更大作用，尤其是：

(a) 承诺最迟至 2012 年，通过包容各方的、国家主导和透明的程序，更新和实施多部门国家艾滋病毒和艾滋病战略和计划，包括融资计划，其中包括应以有针对性的、公平和持续的方式实现的具有时限的目标(第 54 段)；

(b) 增加国家经费拨款和官方发展援助等传统筹资渠道的资金，增强艾滋病毒和艾滋病防治措施的国家自主权(第 88 段)。

64. 为支持由这些国家驱动的努力，2011 年《政治宣言》呼吁“联合国系统、捐助国、全球抗击艾滋病毒、结核病和疟疾基金、商业部门和国际及区域组织支持会员国确保根据国家优先次序，以透明、问责和有实效的方式，到 2013 年为由国家驱动的、可信的、经成本计算的、循证的、包容各方的综合国家艾滋病毒和艾滋病战略计划提供资金，并执行这些战略计划”（第 55 段）。

65. 为确保提供全面的一系列艾滋病毒预防、治疗、护理和支持服务的应对措施，2011 年《政治宣言》鼓励由艾滋病毒感染者和受艾滋病毒影响者、包括相关青年人管理的社区组织在规划、执行和评估这些应对措施中积极参与并发挥领导作用，并与地方领导人和民间社会、包括社区组织结成伙伴关系（第 56 和 57 段）。

66. 同样，经社会第 67/9 号决议呼吁加强国家自主权，为此应通过提供国内预算资金，并通过将护理、支持和治疗纳入国家医疗卫生保险和社会保护计划，显著增加对应对艾滋病毒工作的支持及其资金来源。该项决议重点强调：需要在国家和社区两级，在公共卫生、执法和民间社会和主要受影响人群代表之间，建立战略性和业务性的伙伴关系，以便升级扩大影响较大的艾滋病毒预防、治疗、护理和支持服务，实现为主要相关人群普及服务的具体目标。

E. 消除两性不平等、虐待和暴力行为

67. 2011 年《政治宣言》对妇女和女童仍是全球受这一流行病影响最严重的群体表示关切，并认识到，其保护自己不受艾滋病毒感染的的能力因生理因素和性别不平等继续受到损害，妇女过多地承担看护重担，（第 21 段）。由于认识到这一挑战，2011 年《政治宣言》呼吁“……消除性别不平等和基于性别的虐待和暴力；增强妇女和少女保护自己不受艾滋病毒感染的的能力……”并采取措施，“创造赋予妇女权力的有利环境，加强她们的经济独立，同时在这方面重申男子和男孩在实现性别平等方面所能发挥的重要作用”（第 53 段）。这些需求也在一定程度上体现于亚太经社会第 66/10 号决议和第 67/9 号决议。

五、结论

68. 简言之，亚太区域已在应对艾滋病毒疫情的工作中取得了进展，尤其是在近年来。然而，这些进展是脆弱的，如果没有亚太经社会成员国的协作努力，这些进展会被逆转。显然，鉴于上述各种挑战，在艾滋病毒疫情不断发展演变的这一关键时刻，需要各方加速采取更多的行动。

69. 2011 年《政治宣言》、亚太经社会第 66/10 号和第 67/9 号决议，以及艾滋病规划署及其共同提议者提出的各项相关举措，为会员国努力消除普及服务的各种障碍提供了机会。特别是，2011 年《政治宣言》呼吁所有会员国：发挥决定性的、包容性和问责式领导作

用，振兴和加强全面的全球艾滋病毒和艾滋病应对行动，以实现千年发展目标 6，尤其是，最迟至 2015 年终止并开始逆转扭转艾滋病毒的蔓延。应当铭记的是，实现目标 6 对实现其他目标也是至为关键的。反之亦然，在实现其他千年发展目标方面取得进展，将有利于在努力消除艾滋病毒疫情方面取得进展。例如，消除儿童新感染艾滋病毒和防止其母亲死亡目标的实现将直接影响到目标 6、以及目标 3(促进两性平等和赋予妇女权力)、目标 4(降低儿童死亡率)和目标 5(改善孕产妇保健)的实现。

70. 鉴于目前距离 2015 年只有四年的时间，亚太经社会成员国迫切需要采取行动，这是至关重要的。因此，本次会议不妨铭记 2011 年《政治宣言》以及亚太经社会第 66/10 号和 67/9 号决议所作各项承诺，考虑推进在以下各个重要领域开展的工作：

(a) 加倍努力，最迟至 2015 年实现普及艾滋病毒预防、治疗、护理和支持服务，并按千年发展目标 6 的要求，最迟在这一年逆转艾滋病毒的蔓延；

(b) 加强国家对艾滋病毒方案的自主权，并落实这一承诺，为此应制定、执行和投资于循证的、具有包容性的、由国家牵头和可持续的国家艾滋病毒和艾滋病方案，其中应包括须以有针对性和公平的方式来实现的附有具体时限的目标；

(c) 在国家和社区各级，在公共卫生、执法部门、民间社会和主要受影响人群的代表之间，建立战略性和业务性伙伴关系，以升级扩大影响较大的艾滋病毒应对行动，并消除羞辱和歧视行为；

(d) 鼓励由主要受影响人群以及艾滋病毒感染者、包括青年人管理的社区组织酌情参加艾滋病毒应对行动的宣传、规划、执行和评价，并在其中发挥领导作用；

(e) 设法摒弃那些阻碍普及服务的法律、政策和做法，包括那些使羞辱和歧视行为、两性不平等和基于性别的暴力行为永久化的法律、政策和做法；

(f) 加强内部数据收集和分析系统，以加强证据库，其中须纳入所有必要的数据库，诸如按年龄、性别和传播方式分列的艾滋病毒发病率和感染率，以及预防和治疗方案覆盖情况的分列数据等；

(g) 支持由亚太经社会成员国以及由各相关区域和国际利益攸关方为应对艾滋病毒疫情而结成的所有必要伙伴关系，例如，不断相互交流信息、研究、证据和经验等；

(h) 在区域一级，对各国在各自国家为防治艾滋病毒所做的努力和所取得的进展，定期开展包容性的政府间审查。

71. 最后，各方都不应忘记的是，如果不能充分应对艾滋病毒疫情，便会招致大量的经济损失。艾滋病毒疫情不仅会因治疗和收入损失造成大量的直接金钱损失，而且也会加剧贫穷和收入不平等，因为它会侵蚀人类、社会、资金和自然资本，从而对家庭收入、就业、教育、性别平等和儿童和孕产妇保健产生长期的负面影响。这反过来又意味着，把艾滋病毒和艾滋病问题更明确和更切实地纳入更广泛的人类发展议程是至关重要的。
