

**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 5

审议应为促进多部门合作以及为加强各国消除那些妨碍普及艾滋病毒预防、治疗、护理和支持服务的政策和法律层面障碍的能力而采取何种措施

综述促进多部门合作以及加强各国能力以消除那些妨碍普及艾滋病毒预防、治疗、护理和支持服务的政策和法律层面障碍的各种良好做法

秘书处的说明

内容提要

本文件将说明旨在促进包括司法、治安、毒品控制、保健和社会福利在内的各主要部门间合作的现有措施。亚太区域有着 30 年的应对艾滋病毒和艾滋病问题的经验，在消除那些妨碍有效防治艾滋病毒的政策和法律障碍方面，形成了一些良好做法。此外，本文件论及由联合国开发计划署、联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署、亚太经社会 and 艾滋病毒与法律全球委员会秘书处联合组织的全球委员会亚洲及太平洋区域对话（2011 年 2 月，曼谷）所确定的各领域。

这次对话一个值得注意的成果是，必须采取干预措施来消除主要受影响人群（例如性工作者、注射毒品者、男男性行为者和变性人）的脆弱性和面临的风险，尤其是他们受到的蔑视和歧视，这样就能极大地扩大预防、治疗、护理和支持服务的普及范围。因此，文件中特别论及那些旨在消除或减轻上述各种不利因素以及加强必要的个人行为改变的各项政策和做法。

本文件提供了亚太区域明确针对艾滋病毒与轻蔑/歧视之间关系的各种有效方案的实例。这些方案是基于包括艾滋病毒携带者和主要受影响人群在内的所有主要利益攸关方之间切实的伙伴关系。会议不妨审查亚太区域的经验；这些经验表明，可做出多部门努力并使主要受影响群体参与相关方案的规划、设计和执行，从而创造更为有利的环境。

目 录

章 次	页 次
一、导言	2
二、消除轻蔑和歧视需采取多部门行动	3
A. 要在性工作者及其客户中减少艾滋病毒 就需要采取同伴引导的措施.....	4
B. 有效的多部门应对措施能够在毒品 使用者中减少艾滋病毒感染.....	5
C. 有效地向男性行为者作宣传：了解自己的情况.....	8
三、有利环境决不能只限于满足医疗需要	9
A. 对公民地位的基本承认能够消除轻蔑.....	9
B. 主要受影响人群需能平等地获得劳动保护.....	10
C. 通过法律和政策改革减少轻蔑.....	11
四、结论	11
图示	
（亚太区域某些地区）注射毒品者中的 艾滋病毒感染率.....	6

一、导言

1. 尽管过去十年中取得了一些明显进展（见 E/ESCAP/HIV/IGM.1/1），亚太区域各国政府在以可持续方式逆转和控制艾滋病毒流行的道路上走得很不容易。2008 年，亚洲艾滋病委员会概述了亚洲应对艾滋病的新的有力措施的主要内容。其中一项重要的建议是，各国应从战略角度将其预防工作的重点定为 80% 的主要受影响人群，即性工作者、毒品使用者、变性人和男男性行为者。¹ 委员会的建议是基于对亚洲艾滋病实际现状的确认。亚太区域各国认识到，这些主要受影响人群的艾滋病毒感染率仍然很高。² 在全球，15—24 岁的年轻人占有所有新增艾滋病毒感染者的 45%，而在亚洲、主要受影响人群的新增感染者中有 95% 是青年人。³ 委员会的报告最后作

¹ 亚洲艾滋病委员会：《重新界定亚洲艾滋病：制定有效对策》，2008 年，第 132 页。

² 见亚太经社会第 66/10 号决议。

³ 联合国艾滋病毒/艾滋病规划署(艾滋病规划署)。《2008 年全球艾滋病流行情况报告》，瑞士，日内瓦：艾滋病规划署，2008 年。第 13 页。

出若干预测，强调如果不加强预防措施，艾滋病毒感染将在亚太区域蔓延，造成严重后果。

2. 自委员会建议发表以来，所有现有数据都表明主要受影响人群中艾滋病毒感染率仍远远高于一般成人民众。然而，亚太区域大多数国家预防工作的重点却依然是低风险人群。⁴ 最近联大特别会议关于亚洲及太平洋的数据表明，虽然预防工作的覆盖面已作显著扩大，但只涵盖了三分之一的男男性行为者和女性性工作者，在毒品使用者中这个比例则还不到 17%。⁵

3. 亚太区域一直受艾滋病毒祸害的一个原因是，在主要受影响人群获得服务方面存在着差距。最近的研究表明，在亚太区域许多国家，只有不到 20% 的男男性行为者和变性人能获得艾滋病毒预防服务。⁶ 接受所需服务比例低的一个主要原因是缺乏有利的环境。

4. 委员会表示，亚太区域 90% 的国家仍然存在着阻碍采取艾滋病毒应对措施的法律。在亚洲及太平洋，16 个国家禁止艾滋病毒携带者旅行，20 个国家监禁有同性性行为的人，29 个国家把性工作定为犯罪。⁷ 一些国家把吸毒者关在强制戒毒中心，并仍然对毒品罪判处死刑。这种环境除了造成对主要受影响人群的实际歧视外，还使这种流行病转入地下，阻碍政府在本国制止和扭转艾滋病毒蔓延的努力。鉴于政策框架内的动态和主要受影响人群内的动态很复杂（二者常常相互重叠），本文件的目的是，说明那些旨在消除与艾滋病毒有关的轻蔑、歧视、社会排斥和基于性别的暴力的各项措施。

二、消除轻蔑和歧视需采取多部门行动

5. 在亚太区域，政府制定有效应对行动的能力往往受到法律和政策环境的限制，这种环境仍然不利于采取切实针对主要是影响人群的措施。过去十年中，各国政府发现，要为参与某些行为的人制定和执行相关方案很困难，这些行为不仅往往被公众、并且被本国的司法和立法制度视为非法或不可接受。

6. 对主要受影响人群的轻蔑持续存在，造成了各种负面后果。尤其是它伤害一个人的自尊，常常会使其采取风险更大的行为。就艾滋病毒而言，就是更少使用避孕套，更少寻求检查和治疗。医务工作者由

⁴ 秘书长的报告，《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》（A/65/797），第 16 页。

⁵ 艾滋病规划署、儿童基金会、世卫组织、亚行、亚洲及太平洋艾滋病毒和艾滋病数据中心，见 www.aidsdatahub.org（2011 年 8 月 23 日查阅）。

⁶ John Godwin，《亚洲及太平洋男男性行为者和变性人的人权及防治艾滋病毒措施：行动纲领》（联合国开发计划署，2010 年），第 3 页。

⁷ 艾滋病规划署，《区域协商结果报告，亚洲及太平洋普及服务问题》（2011 年）。

于个人偏见或害怕可能受到执法官员的逮捕/骚扰而拒绝给予治疗，也妨碍了相关人员获得医治。

A. 要在性工作者及其客户中减少艾滋病毒就需要采取同伴引导的措施

7. 一些估计数字表明，进行没有保护措施的商业性行为的男子人数是确定亚太区域艾滋病毒蔓延范围可能有多大的最重要因素。亚太区域一般估计有 1,000 万妇女出售性服务，至少有 7,500 万男子（占成年男子的 0.5%至 15%）买性服务。⁸ 在亚洲，女性性工作者的客户在艾滋病毒感染者中所占比例最大。

8. 对商业性服务的需求持续存在，这可能说明为什么有些国家性工作者中艾滋病感染率接近 20%。⁹ 在亚太区域某些国家，90%以上的妇女从其丈夫或男性伙伴那里感染艾滋病毒。¹⁰ 因此，低风险妇女防止艾滋病毒感染的最有效方式是防止其伙伴感染艾滋病。因而确保买春的男子坚持使用避孕套是任何国家应对措施的一个重要部分。

9. 由于一个国家的艾滋病毒感染率同商业性服务有着密切联系，亚太区域性工作者艾滋病毒预防工作覆盖面低（估计只涵盖亚洲所有性工作者的三分之一）成为一个严重威胁，所有国家都承认必须解决这个问题。

10. 为降低女性性工作者中急剧增长的艾滋病毒感染率，最初采取的措施几乎完全侧重于规定性工作者及其客户必须使用避孕套（“100%使用避孕套方案”）。虽然这些方案很快产生了重要影响，但后来人们对这种方法的可持续性提出了一些批评意见。数据表明，主要由政府工作人员或妓院老鸨（二者经常相互配合）引导的干预措施只是暂时增加女性性工作者的避孕套使用率，在某些情况下还实际导致性工作者之间的艾滋病毒感染增加。¹¹ 在一些国家，此种方案并没有长期提高客户或非客户伙伴的避孕套持续使用率，对性工作者自愿检测率也几乎没有什么持续影响。最重要的是，在一些执行 100%避孕套使用方案的国家，据报客户和伙伴对性工作者的暴力行为增加了。¹²

11. 同时，同伴引导方案取得了引人注目的持续成功。尤其值得注意的是，Durbar Mahila Samanwaya委员会（印度加尔各答索纳加奇

⁸ 亚洲艾滋病问题委员会：《重新界定亚洲艾滋病：制定有效对策》。（2008 年）。第 2 页。

⁹ 艾滋病规划署、世卫组织、儿童基金会和亚行：《亚洲及太平洋区域艾滋病毒问题评论》（2010 年），第 26 页。

¹⁰ 亚洲艾滋病问题委员会，第 203 页。

¹¹ 轻蔑和边缘化问题咨询中心，以人权为依据赋予性工作者权利：替代 100%使用避孕套方案的艾滋病毒 / 艾滋病防治措施（2008 年）。

¹² E. Jamts, “对蒙古女性性工作者 100%使用避孕套方案实施情况的答复”。在第十七届国际艾滋病会议上宣读的文件。2008 年 8 月，墨西哥，墨西哥城。

的 65,000 名性工作者的一个集体组织)的工作。1999 年至 2007 年,性工作者的避孕套使用率从 2%增加至 85%,这主要归功于他们的创新性方案。¹³ 索纳加奇项目为 2 万名性工作者开办了保健诊所,并建立了艾滋病毒患者支助小组、一个进行公共宣传的戏剧团以及一个储蓄银行合作社。重要的是,他们增加避孕套使用的成功经验在西孟加拉邦的 49 个地点得到推广。¹⁴

12. 事实证明,同伴引导的措施从长期来看是有效的,因为这些措施注重提高性工作者在劝说其客户或非客户伙伴坚持使用避孕套方面的自我意识和信心。此外,他们强有力的集体凝聚力使他们能够积极行动起来对抗轻蔑和歧视,他们还利用这种力量抵抗人身暴力威胁和攻击。¹⁵

13. 重要的是,此种同伴引导措施是与政府机构、特别是地方政府、公共保健人员和警察部门合作采取的。在此种情况下,战略同盟的建立加强了社区当家作主的精神、减少了保健方面的蔑视并创造了有利环境。¹⁶ 这些方案还包括向私营部门进行宣传和动员性工作者的客户,而其他各种预防措施往往忽略了这些人。¹⁷

B. 有效的多部门应对措施能够在毒品使用者中减少艾滋病毒感染

14. 与性工作者一样,据报亚太区域注射毒品者的艾滋病毒感染率也很高。在艾滋病毒影响最严重的亚太国家中,30%至 90%的艾滋病毒感染病例可追溯到注射毒品。¹⁸ 在印度尼西亚、缅甸和泰国接受调查的每三个注射毒品者中就有超过一人呈艾滋病毒阳性反应(超过 30%的感染率),而在尼泊尔、巴基斯坦和越南,约每五个中就有一人。¹⁹

¹³ Ray, P. “Demystifying the Discourse: 索纳加奇经验”。在第十七届国际艾滋病会议上宣读的文件。2008 年 8 月,墨西哥,墨西哥城。

¹⁴ Toorjo Ghose, Dallas Swendeman, Sheba George 和 Debasish Chowdhury, 《印度索纳加奇推动集体身份得到确认,以便在性工作者中降低艾滋病毒风险: 界限、意识、谈判框架》,《社会科学 & 药品》,2008 年 7 月,67(2): 311–320。见 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608001895> (2011 年 8 月 19 日查阅)。

¹⁵ 同上。

¹⁶ 艾滋病规划署,《减少伤害,重建生活: 艾滋病毒 / 艾滋病与高风险人群,推动改革的执法机构》,2010 年。

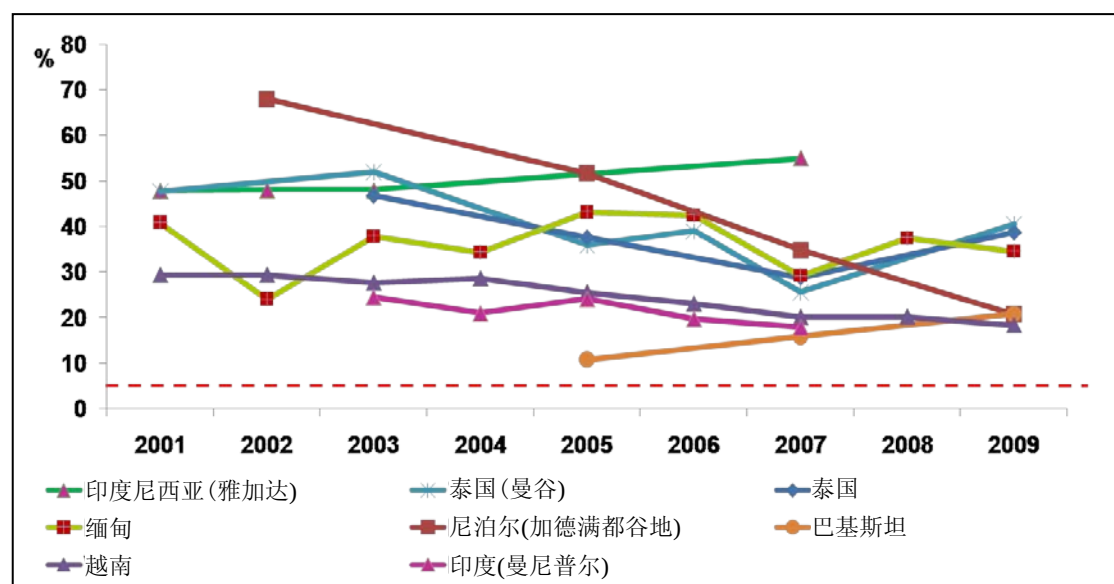
¹⁷ 亚洲艾滋病问题委员会,第 202 页。

¹⁸ 艾滋病规划署、世卫组织、儿童基金会、亚行,《亚洲及太平洋区域艾滋病毒问题评论》(2010 年)。

¹⁹ 同上。

图示

(亚太区域某些地区) 注射毒品者中的艾滋病毒感染率



资料来源: 联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署, 亚太区域区域支助小组, “2006 年以来努力实现普及服务之路: 区域概况”, 在关于普及预防、治疗、护理和支持服务的亚太区域协商会议上介绍, 2011 年 3 月 30 日, 曼谷。

15. 如图所示, 亚太区域一些地区注射毒品者中的艾滋病毒病例有所减少。例如, 尼泊尔的注射毒品者中艾滋病毒病例从 68% (2003 年) 降至 21% (2009 年)。²⁰ 不过, 同样清楚的是, 几十年来艾滋病一直在亚太区域流行, 丝毫未减。例如, 20 多年来曼谷注射毒品者的艾滋病毒感染率始终高于 30%。²¹

16. 另一个令人关切的问题是, 在诸如拘留中心和监狱等封闭地点的人中艾滋病毒感染率很高。目前东南亚的大约 1000 个强制戒毒中心中收容了 35 万名吸毒者。²² 现有数据表明, 总体而言, 这些中心在减少毒瘾方面成效不大。²³ 许多国家报告说, 离开戒毒中心后重新吸毒

²⁰ Sharma 和其他人等, 《注射毒品者间的艾滋病毒流行情况》(2009 年《艾滋病》)(http://www.searo.who.int/LinkFiles/HIV-AIDS_PWID_in_SEA.pdf, 2009 年 8 月 23 日查阅), 其中指出, 尼泊尔、印度和孟加拉国的感染率下降, 主要是因为开展了有效的针头一针筒方案。

²¹ 世卫组织, 《2003 年亚洲及太平洋区域的艾滋病毒/艾滋病问题》, (世卫组织, 2004 年)。

²² 世卫组织、艾滋病规划署、禁毒办、全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金和亚洲毒品使用者网络。《2010-2015 年在亚洲及太平洋制止和逆转注射毒品者中的艾滋病毒流行》, 2010 年。

²³ Martin, Gayle, Stephens, David, Burrows, David 及其他人。“越南封闭环境中的强制性康复措施是否有效?” 在强制戒毒中心问题非正式协商会议上宣读的论文。2010 年 9 月, 泰国, 曼谷。

者的比例为 60%至 100%。²⁴ 害怕被捕和被送进强制戒毒中心，也被列为注射毒品者不利用所提供服务的理由，进一步阻碍社区一级艾滋病毒预防和戒毒服务的发展。

17. 过去十年中，为消除毒瘾而进行的非自愿治疗，特别是在注射毒品使用引起艾滋病毒感染的情况下进行此种治疗，在国际公共卫生界广泛受到批评。²⁵ 例如，世界卫生组织（世卫组织）药瘾问题专家委员会把毒瘾视为一种多因子疾病，同慢性复发疾病的过程一样。²⁶ 为了减少伤害，人们普遍认识到，必须从更广的公共健康角度看毒品使用问题，将毒瘾视为一种慢性复发疾病。

18. 模拟预测表明，如果不开展减少伤害活动，在感染艾滋病毒后两年内，注射毒品者间的传播率可能增加 40%。²⁷ 认识到注射毒品者中艾滋病毒感染率很高，世卫组织、联合国毒品和犯罪问题办公室（禁毒办）和联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署）建议采用艾滋病毒预防、治疗和护理一揽子措施，包括采用鸦片制剂替代疗法和其他毒瘾治疗方法。²⁸ 然而，在存在着毒品引起的艾滋病毒流行的 11 个亚太国家中，没有任何国家提出了全面的减少伤害一揽子计划建议。²⁹

19. 至 2010 年 11 月，东亚和东南亚大多数国家和领土，包括柬埔寨、中国、印度尼西亚、马来西亚、缅甸、泰国和越南中国香港，都已有了可行的鸦片制剂替代疗法方案。³⁰ 2010 年 7 月，孟加拉国在达卡开办了第一所鸦片制剂替代疗法中心，以改善注射毒品者的健康情况和社会地位。至今，其经验表明，鸦片制剂替代疗法在减少犯罪活动、减少鸦片使用、减少毒品注射、增加就业前景和降低艾滋病毒

²⁴ 世界卫生组织：《西太平洋区域。评估柬埔寨、中国、马来西亚和越南对毒品使用者进行强制治疗的情况：某些人权原则应用情况》。2009 年

²⁵ Mesquita, Fabio, Jacka, David, Dominique Ricard, Graham Shaw 及其他人，加速执行减少伤害措施，从而在西太平洋及亚洲区域控制艾滋病毒流行：世卫组织的作用（西太平洋区域办事处）。（《减少伤害杂志》，2008 年）。见 <http://www.harmreductionjournal.com/content/5/1/26>（8 月 23 日查阅）。

²⁶ 禁毒办和世卫组织，“吸毒成瘾者治疗原则”。讨论文件。联合国毒品和犯罪问题办公室。2008 年，维也纳。

²⁷ Sharma 及其他人，第 2 页。

²⁸ 世卫组织、禁毒办、艾滋病规划署。《各国制定普及对注射毒品使用者的艾滋病毒预防、治疗和护理目标的技术指导》（世界卫生组织，2009 年）。

²⁹ 伯内特学院，亚洲减少伤害问题：在普及为男男性行为者提供的减少伤害服务方面取得的进展。（联合国亚洲及太平洋注射毒品使用和艾滋病毒 / 艾滋病问题区域特别工作组，2009 年）。第 10 页。

³⁰ Catherine Cook 编辑，《2010 年全球减少伤害情况：扩大应对措施的主要问题》，国际减低危害协会，2010 年。见 http://www.ihra.net/files/2010/06/29/GlobalState2010_Web.pdf（2011 年 8 月 23 日查阅）。

传播风险方面是有效的。³¹ 已根据需要扩大了减少伤害方案，以满足在诸如监狱的等封闭地区提供艾滋病毒预防、治疗、护理和支持服务的需求，尤其是在伊朗伊斯兰共和国。³² 虽然交换针头方案已扩大，亚太区域的获得用服务的总体比例（14%）与全球的 40%相比，仍然很低。³³

20. 在马来西亚，自艾滋病毒开始传播以来，注射毒品已成为艾滋病毒感染的主要传播途径。2005 年马来西亚的减少伤害方案开始迅速扩大。³⁴ 方案从九个州的 17 个美沙酮治疗法地点试验阶段扩大到 240 个美沙酮治疗法地点和 357 个针头交换站。2002 年至 2009 年，新增艾滋病毒感染病例大约从 7000 例减少至 3000 例。³⁵

21. 此外，马来西亚在其国家政策中不再使用非自愿治疗法，而是设立了自愿性质的“治疗和护理”中心，这是为了有利于采用减少伤害、而不是进行惩罚的新方式。从非自愿治疗转变为自愿治疗需要多部门齐心协力，才能够用既维护公共安全，又确保采用解决毒品使用及毒瘾问题的公共保健模式。

22. 自 2010 年起，马来西亚治疗和护理诊所取代了戒毒康复中心。这些自愿性质的诊所提供“多种替代治疗，以满足毒品使用者的各种需要”，并把艾滋病毒预防、护理、治疗和支持服务结合起来。³⁶ 同戒毒康复中心不一样，进入此种诊所是自愿的。至 2011 年，已设立了 6 个这样的诊所，1,897 人使用了这一服务。³⁷

C. 有效地向男性行为者作宣传：了解自己的情况³⁸

23. 亚太区域各地男男性行为者的艾滋病毒感染率相差很大，不过都呈增长趋势（见E/ESCAP/HIV/IGM.1/1）。在东亚一些国家，在新诊断的感染病例中，男男性行为已成为主要传播方式。³⁹ 亚洲艾滋病委

³¹ Pang L, Hao Y, Mi G, Wang C 及其他人。中国首批八个美沙酮戒毒法诊所的成效。AIDS 2007, 21: S103-108 见 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18172377> (2011 年 8 月 23 日查阅); 并见中华人民共和国卫生部。《关于艾滋病毒/艾滋病问题的联合国大会特别会议监测进度报告》，2010 年。

³² 伊朗伊斯兰共和国，卫生部国家艾滋病委员会秘书处。《关于艾滋病毒/艾滋病问题的联合国大会特别会议监测进度报告》，2010 年 2 月。

³³ 艾滋病规划署，区域措施结果报告，在亚洲及太平洋普及服务(2011 年)。

³⁴ 马来西亚卫生部，亚洲的良好做法：在马来西亚扩大减少伤害做法。2011 年。

³⁵ 同上。

³⁶ 同上。

³⁷ 同上。

³⁸ “男男性行为者”这个用语包括同性恋、双性恋和变性的男子，以及偶尔有男男性行为的异性恋男子。

³⁹ Mumtaz G, Hilmi N, McFarland W, Kaplan RL, Akala FA 及其他人，2011 年。《在中东和北非的男男性行为者中是否流行艾滋病毒？系统评论和综合数据。PLoS Med 8(8):e1000444.doi:10.1371/journal.pmed.1000444。

员会于 2008 年介绍的模拟预测表明，除非加强和扩大预防措施，否则亚太地区的新增艾滋病毒感染病例中男男性行为者所占比例将会提高，至 2020 年会高达 50%。

24. 此外，研究表明，一些国家的男男性行为者中虽然很多人基本了解艾滋病毒 / 艾滋病，但很大一部分人认为自己感染艾滋病毒的风险不大。尽管数据有限，但一项研究表明，男男性行为者中了解自己状况的人不到 20%。⁴⁰

25. 艾滋病毒自愿检测是国家预防和治疗措施的一部分。检测是进行风险评估和提供预防咨询的一个重要机会，对于那些监测结果为阳性的人来说，他们有机会获得抗逆转录病毒疗法，降低病毒负荷，从而减轻传染性。世卫组织优先保健处的《干预措施报告》建议，在社区组织之间建立协同增效关系，以此提供各种服务（例如同伴支持和咨询），最好在能提供相关生物医学服务的公共诊所和医院建立此这种的关系。

26. 有效的服务通过各种各样的活动鼓励男男性行为者接受艾滋病毒服务。在泰国，“检测热点”、在公共卫生“边界”营业的小型诊所和其他国家流动性很大的诊所，都成功地使男男性行为者寻求检测和咨询服务。进行宣传的形式包括电影节、媒体讲座、社交媒体、手机短讯以及职业和谋生方案等。⁴¹

三、有利环境决不能只限于满足医疗需要

27. 确保医疗护理环境中没有歧视，对于努力普及预防、治疗、护理和支持服务的任何政府来说，都是一个必要的先决条件。同样，艾滋病毒携带者必须能够平等地享受政府的所有其他方案和服务，例如就业服务、教育和保护性法律框架等。

28. 亚太区域许多机构保证其公民的基本权利，例如平等地获得各种服务、隐私权和不受歧视的自由。由于受到蔑视或因为其工作或行为属于非法，主要受影响人群往往发现自己无法同其他公民一样平等地获得政府的各种服务。任何国家的应对措施都应包括确保艾滋病毒携带者必须能够旅行、工作和受教育。

A. 对公民地位的基本承认能够消除轻蔑

29. 变性人易受艾滋病毒感染，因此对他们的法律保护尤其重要。巴

⁴⁰ 美国国际开发署，艾滋病毒 / 艾滋病概况：亚洲，见 http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/asia/hiv_summary_asia.pdf (2010 年 8 月 19 日查阅)。

⁴¹ 联合国开发计划署。努力实现普及服务：六个亚洲国家为男男性行为者和变性人开展市政艾滋病毒方案的实例。2011 年。

基斯坦⁴² 和尼泊尔⁴³ 的最高法院最近裁决承认第三性，这是扩大把变性人视为平等公民这种观点的一个重要方式。能够投票、在法律文件中得到适当承认以及拥有继承权，这些是任何公民的基本权利。为其提供基本保护以及象尼泊尔最近的人口调查中那样将其列入统计，也是一种重要的承认。这种低成本的措施在全社会消除对这些人的轻蔑方面发挥了有效作用，同时让艾滋病毒携带者更可能获得艾滋病毒预防、治疗、护理和支持服务。

B. 主要受影响人群需能平等地获得劳动保护

30. 同非正式经济部门的其他部分一样，性工作并非总是在正式环境中进行，而是依经济情况而变动。对有些人来说，性工作是赚取额外收入而偶尔从事的工作，而非长期职业。

31. 向人权理事会第十四届会议提交的特别报告员关于每个人享有能达到的最高标准身心健康的权利的报告特别指出，对这种职业的轻蔑如何使获得治疗的人数减少、造成不健康的工作条件以及使暴力行为有机可乘。⁴⁴

32. 性工作没有标准的劳动保护，因而其工作环境往往不安全。在这种情况下，性工作者不能享有各种福利，也不能利用合法的法律手段解决工作地点的申诉。其他行业中保护员工的职业保健和安全条例不能保护性工作者。由于其工作具有隐蔽性，业主可能对员工的个人安全冒更大风险。性工作者可能受到管理层施压而避免使用预防艾滋病毒和性传播传染病的措施，因为避孕套等可能被警察当作可对其提出指控的证据或用来对其进行骚扰和威吓。⁴⁵

33. 这种不安全的工作条件存在于暴力可能性很高的环境中。亚太区域性工作者中有 50%至 90%的人遭受过任意拘押、性攻击和其他侵犯人身安全基本行为。⁴⁶ 在亚太区域一些国家，性工作者经常被拘押在再教育中心。在此种拘押期间不能获得法律咨询和上诉权，时间可能长达三个月至两年，⁴⁷ 主要对被拘押者进行道德教育、令其劳动并可能

⁴² 巴基斯坦最高法院，《Muhammed Aslam Khaki 博士和 Almas Shah 诉 SSP Rawalpindhi 及其他人》，2009 年。

⁴³ 巴基斯坦最高法院，《Sunil Babu Pant 及其他人诉尼泊尔政府和其他机构》，2 NJA L.J. 261-285.2008 年。

⁴⁴ 见 A/HRC/14/20，第 19 段。

⁴⁵ Megan Kendall，亚洲及太平洋地区的法律、政策与艾滋病毒，对男男性行为者、女性性工作者和注射毒品者的影响（亚太区域艾滋病毒和艾滋病数据中心，2011 年），第 18 页。

⁴⁶ 世卫组织，侵害妇女暴力行为与艾滋病毒/艾滋病：关键交叉点，对性工作者的暴力与艾滋病毒预防，2005 年。见 <http://www.who.int/gender/documents/sexworkers.pdf>（2011 年 8 月 23 日查阅）。

⁴⁷ Kendall，第 6 页。

包括对其强制进行性传播感染检查。

C. 通过法律和政策改革减少轻蔑

34. 对主要受影响人群有关行为予以禁止的刑事法会导致轻蔑和歧视，阻碍提供预防、治疗、护理和支持服务的努力。⁴⁸ 最近，亚太区域一些国家，特别是印度、⁴⁹ 斐济、⁵⁰ 和澳大利亚，⁵¹ 修正了立法，创造了更有利的环境。取消把同性行为定为犯罪的法律、禁止歧视以及承认同性关系，是努力消除主要受影响人群在社区、包括在保健方面所受到的轻蔑和歧视的重要途径。

四、结论

35. 在自艾滋病毒出现在亚太区域以来的 30 年里可清楚地看到，主要受影响人群需要获得由可信任的人用他们懂得的语言向他们提供的符合其各种需要的服务。由于轻蔑和艾滋病毒二者间复杂的相互作用，同伴引导的干预措施证明能有效地解决那些阻碍确保主要受影响人群获得艾滋病毒预防、治疗、护理和支持服务的各种问题（例如缺乏自尊心）。

36. 亚太区域的经验表明，防治艾滋病毒的措施要侧重于改进主要受影响群体的总体福利和价值观，而不是达到一些公式化标准。在治安、毒品控制、社会福利和公共卫生部门之间形成审慎的战略关系，对于成功实施这些方案至关重要。要确保艾滋病毒和艾滋病方案的运作不会孤立于其他努力（例如旨在消除基于性别的暴力行为的各种方案），协调和交叉对话至关重要。鉴于社区团体能够切实接触主要受影响人群，在任何国家应对措施中，争取社区团体参与以及支持和加强这些团体，都是一个优先事项。

37. 这些努力最初可能需要进行大量的多部门合作，但长期来看这种方式最终将节省时间和金钱，并能拯救生命。亚洲及太平洋各国在制订减少伤害方案和切实接触主要受影响群体方面有着丰富的经验，在使同伴引导方案取得成效方面尤其如此，可通过区域合作和分享知识来利用这些方案。向主要受影响人群提供的服务覆盖面仍然不足，这不仅对实现普及服务目标构成挑战，如果不加以制止，还会引起艾滋病再次流行的危险。

⁴⁸ 开发署，把艾滋病毒携带者和易受艾滋病毒感染人群定为罪犯的法律和做法，见 http://asia-pacific.undp.org/practices/hiv/aids/documents/aprd/IssuesBrief_Criminalization.pdf，2011 年 8 月 23 日。

⁴⁹ 《Naz Foundation 诉德里国家首都辖区政府》，160《德里法律时报》277(2009 年)。

⁵⁰ 斐济，《斐济国家刑事法》，2010 年

⁵¹ 通过《同性关系法》。（英联邦法律中的平等待遇—普通法改革）承认同性关系和消除对同性配偶的歧视，2008 年。

38. 在向前推进时，会议不妨注意到亚太经社会第 67 / 9 号决议，其中各国政府商定，“酌情根据各国的优先重点安排着手对那些有助于全面实现全民享有服务的具体目标的国家法律、政策和做法进行审查，以便消除对有被感染风险者和艾滋病毒感染者、尤其是主要受影响人口的一切形式的歧视。”因此，会议还不妨审议以何种方式方法确保实施这些国家审查结果，包括多部门参与的必要性。

39. 在亚洲及太平洋，联合国系统已准备好在这个进程中协助成员国，促进在亚太区域各国间交流信息、研究成果、证据和经验。此外，会议不妨根据出席 2011 年大会艾滋病问题高级别会议的成员国作出的承诺，在区域一级对各国所做的努力和取得的进展定期进行包容性政府间审查。
