



## 第六十七届会议

### 议程项目 11

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

## 加快艾滋病防治工作：实现 2011 年政治宣言的目标

### 秘书长的报告

#### 摘要

当前出现了一个前所未有的机会，为最终消灭艾滋病疫情奠定基础。非凡的科学突破、协调一致的全球行动和个别国家的大胆进步已经使艾滋病疫情的完全受控步入正轨。事实上，对于实现 2011 年联合国大会通过的《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》中的宏伟目标，已经取得了重大进展。

在全球范围内，由于救命的防治服务惠及到的人群日益增多，新增艾滋病毒感染人数和艾滋病致死人数持续下降。在 25 个低收入和中等收入国家，新增艾滋病毒感染率已经减少了一半以上，包括撒哈拉以南非洲这一受艾滋病毒影响最严重的地区。最值得瞩目的是，过去两年里，全球新增感染减少的一半出现在新生儿群体中，这为没有艾滋病的一代铺平了道路。

在 2011 年 12 月之前的 24 个月里，全球获得治疗的人数增加了 63%。此外，相比 2005 年，2011 年艾滋病死亡人数减少了 50 多万人。

艾滋病死亡人数减少最多的是艾滋病毒最为肆虐的国家。相比于 2005 年，2011 年南非艾滋病死亡人数减少了 100 000 人，津巴布韦减少近 90 000 人，肯尼亚减少了 71 000 人，埃塞俄比亚减少了 60 000 人。过去六年中，撒哈拉以南



非洲的艾滋病死亡人数减少了三分之一，接受抗逆转录病毒治疗的人数在过去两年中增加了 59%。

低收入和中等收入国家从国内资源中拿出了前所未有的比例用于防治艾滋病。非洲领导人以艾滋病为切入点，提升自身在健康和发展国际议程中的领导力和主导权。亚洲的部长们已经联合起来，解决妇女和女童与艾滋病毒有关的需求。

虽然全球防治艾滋病工作取得了显著进展，但艾滋病疫情还远未结束。在全球范围内，艾滋病仍然是年龄为 15 岁至 49 岁女性死亡的首要原因。在南部和东部非洲，艾滋病是造成寿命损失的第一元凶；在东欧，艾滋病是第三大死亡原因；在全世界，艾滋病是第六大死亡原因。截至 2011 年 12 月，超过 1 700 万儿童因艾滋病失去了父母一方或双方。

为再接再厉解决艾滋病给人类和发展带来的巨大挑战，国际社会必须履行 2011 年《关于艾滋病毒和艾滋病问题政治宣言》做出的承诺，主动修正和调整方法，及时抓住新机遇。为完全控制艾滋病疫情，必须推进责任共担和全球团结的概念。低收入和中等收入国家以及国际捐助者必须持续增加对艾滋病防治工作的投入，以弥补资金缺口。艾滋病毒防治方案必须更具有战略性，并重点投资于具有最大影响力和满足最困难人群需求的干预措施。必须尽量扩大艾滋病毒防治方案与社会保障方案等更广泛的发展项目之间的协同效应，以解决可能助长艾滋病毒传播的社会、法律和经济条件。

## 一. 引言

1. 2011年通过的《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》促进了全球团结，制定了至2015年应实现的10项具体且设有时限的目标。

2. 本报告介绍了迄今为止为实现那些目标所取得的进展。本报告主要借鉴了186个国家在2012年提交的有关艾滋病防治国家进展的综合报告。2012年提交报告的国家数量占联合国193个会员国的96%，可见，全球艾滋病防治进展情况报告系统的响应率在所有国际健康和发展监测机制中是最高的，这生动体现了全球对防治艾滋病承诺的广度和深度。本报告在聚焦全球艾滋病防治成果的同时，还旨在提供信息并加强更为广泛的发展议题，包括将于2013年9月召开的旨在检查为实现千年发展目标所作努力的大会特别活动。

3. 会员国在防治艾滋病方面仍面临相当大的挑战。约700万患者无法获得挽救生命的艾滋病毒治疗，而儿童救治率最低。在东欧和中亚地区，以及中东和北非，新增艾滋病毒感染案例持续增加。妇女和女童继续不成比例地受到影响，她们是感染率最高却缺少平等防治机会的重点人群。此外，在世界许多地方，法律和政策上的障碍仍然阻碍着艾滋病毒防治的有效进行。全球经济的持续低迷阻碍了关键的投入，无法弥补全球艾滋病防治的资金缺口，而世界各地日益扩大的贫富差距也阻碍了人们进行包容各方、有效最优的防治。

4. 虽然这些挑战切实存在，但克服这些困难是可能的。防治艾滋病的历史不断表明，全球的团结、有据可依的行动以及受害最深群体的积极参与可以克服前进道路上的障碍。应对挑战，还需立即推广具有最佳影响力的方案，落实确保方案效果最优的良好政策框架，并促进艾滋病毒防治和其他发展举措之间的协同作用。

## 二. 疫情现状

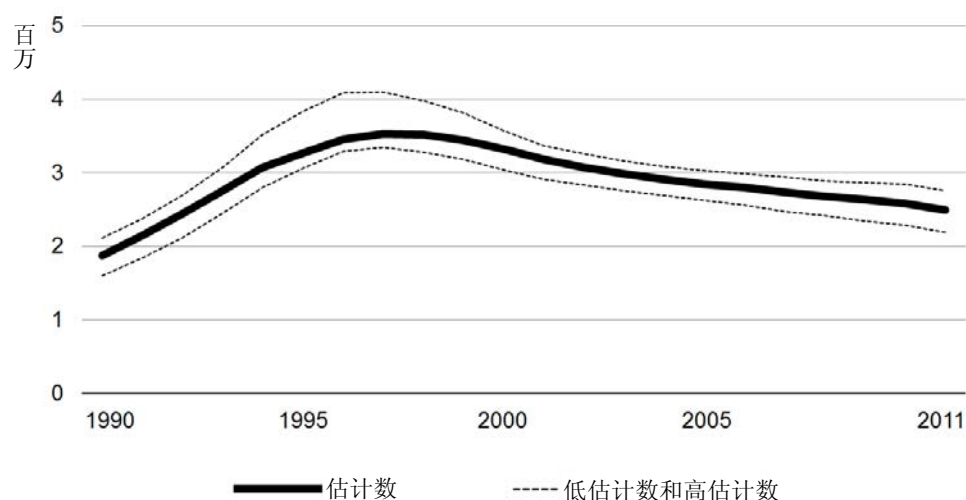
5. 截至2011年底，全球估计有3400万人(3140万-3590万)人感染了艾滋病毒。撒哈拉以南非洲有接近1/20的成年人感染了艾滋病毒，该地区仍然是受疫情影响最严重的地区，占全世界感染者的69%。除了撒哈拉以南非洲，加勒比海地区、东欧和中亚的成人艾滋病毒感染率最高(1%)。全国和区域性的疫情往往复杂、迅速变化并具有多面性，病情流行模式在国与国之间以及各国国内经常差别很大。

6. 据估计，2011年新增250万(220万-280万)成人和儿童艾滋病毒感染者，这一数字比2001年下降20%(见图一)。受害最深的地区出现了显著下降：加勒比地区(42%)

和撒哈拉以南非洲(25%)。近年来,儿童感染的降幅尤其明显,2011年新增儿童感染者约330 000(280 000-390 000)人,比2009年新增的430 000(370 000-490 000)人降低了24%。

图一

## 1990-2011年全球新增艾滋病毒感染者人数



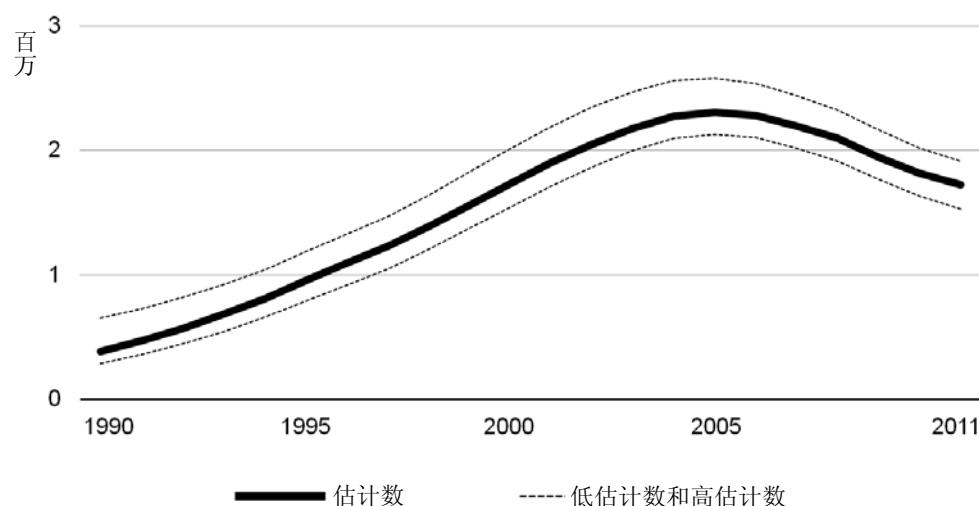
来源: 联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)

7. 艾滋病毒感染的趋势在世界各地并不都是积极的,在东欧、中亚、中东和北非,新增感染人数呈上升趋势。此外,尽管亚洲许多国家已成功减少了新增感染者,但整个地区情况参差不齐,一些国家的感染人数正在增加。

8. 艾滋病毒治疗服务已经急剧扩大,2011年,惠及了低收入和中等收入国家800多万人,占适合人群(根据当前治疗准则)的54%。在一些地区,治疗覆盖率相当高,如拉丁美洲(68%)、加勒比地区(67%)、大洋洲(69%)和撒哈拉以南非洲(56%);而东欧和中亚(25%)以及中东和北非(15%)则相对较低。

9. 2011年,170万人(150万-190万)人因艾滋病死亡,比2005年下降了24%(见图二)。然后,艾滋病所致死亡率在一些地区却有上升,包括东欧和中亚(21%)、中东及北非(17%)。自2004年以来,全球艾滋病毒感染者因结核病死亡的人数下降了25%,而在撒哈拉以南非洲,下降了28%。

图二  
1990-2011 年成人和儿童艾滋病致死人数



来源：艾滋病署。

10. 15-24 岁的年轻人占艾滋病感染者的 14%，占新增感染的 34%。20 世纪 90 年代中期以来，在加勒比和东部非洲，年轻人的艾滋病病毒感染率下降了 50% 以上，而全球降幅则接近 13%。

11. 2011 年，全球感染艾滋病毒的成年人中女性占 49%。在以下两个地区，一半以上感染艾滋病毒的成年人是女性：撒哈拉以南非洲 (58%)、加勒比地区 (52%)。在其他地区，感染艾滋病毒的成年人中，女性比例为 25% (欧洲和中欧以及北美) 至 34% (亚洲及太平洋)。全球范围内，三分之一新增一年女性感染者，而在撒哈拉以南非洲，年轻女性感染艾滋病的比率是同龄男性的两倍多。

12. 疫情对一些特定群体的影响更为显著。调查显示，女性性工作者感染艾滋病的比率平均比其他妇女高 13.5%。吸毒者感染率比一般人群高 22%。性行为者感染率比一般人高 19%。

### 三. 2015 年的关键目标：迄今取得的进展和需要克服的挑战

13. 本节介绍迄今在实现 2011 年《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言》所设目标方面取得的进展。其中 10 项目标是全球社会为在 2015 年底之前确保普及预防、治疗、关怀和支持而作出的更广泛承诺的一部分。

#### A. 将性传播降低 50%

14. 在许多国家，性行为的转变带来新增艾滋病毒感染的减少。在一些艾滋病疫情较为严重的国家，越来越多的年轻人在 15 岁前发生性行为，越来越少的人有

多个性别平等，避孕率也在上升。然而，并非所有国家都是良好趋势。据报，在部分撒哈拉以南非洲国家，青少年的性行为正在增多。全面的性教育有助于年轻人对自身性行为做出明智决定，但 20% 的高收入国家报告称，有关艾滋病毒的预防教育未入学。

15. 低收入和中等收入国家面临资金短缺的严重问题，这阻碍了防止艾滋病毒性传播的工作，这些国家对资金的需求已升至每年约 100 亿美元。然而，2011 年由 9 个国际捐助方提供的、用于在低收入和中等收入国家分发的费用只有 34 亿美元，女用避孕药有 4 330 万剂。由于大多数低收入和中等收入国家依靠外部支持，因此 2011 年不大可能由国家投资来填补这一缺口。

16. 在推广自愿进行包皮环切术方面的进展仍然有限，尽管个别国家的步伐已经加快（见表 1）。截至 2011 年底，在 6 个具有较高艾滋病毒感染率、较低包皮环切术率的国家，不到目标人数 5% 的男性进行了该手术。埃塞俄比亚、肯尼亚、乌干达和津巴布韦等一些国家已优先重视有关自愿进行包皮环切术的方案并为此增加支出。

表 1  
2011 年底之前男性包皮环切术数量占 2015 年国家目标的比例

低于 5%	5%至 20%	高于 20%
拉		埃塞俄比亚
比克	南非	肯尼亚
比亚	尼亚联合共和国	
	比亚	
干		
津巴布韦		

来源：艾滋病署。

17. 虽然 73% 的国家报告称，已经对性工作者实施了艾滋病毒预防方案，然而在 58 个首都进行的调查表明，只有 56% 的性工作者获得了预防服务。

18. 性工作者的艾滋病毒预防方案仍然不足，覆盖率为 55%。安全套的使用也仍然较低。在 69 个国家进行的一项调查中，大多数性工作者表示，他们在最近一次性交中使用了安全套，但在其中 56 个国家，这做的比例低于 75%。

19. 目前，对性工作者和性工作者的计划占基础方案支出的比例不到 4%。艾滋病署建议，在最可适用的国家，对这些人群的支出到 2015 年应升至 7%，以确保效果最大化。

20. 尽管存在这 和那 的挑战，在实现到 2015 年将艾滋病毒性传播减少 50% 的目标方面，依然取得了进展。2012 和 2013 年，南非和中国的有力 据显，治疗艾滋病毒感染者有助于全 预防工作。在南非 - 的，生活在高治疗率社区(感染者中有 30-40%接受治疗)的未感染人群比生活在低治疗率社区(感染者中 有不到 10%的人接受治疗)的未感染人群，感染艾滋病毒的 率低 38%。在中国， 不一致的 ( 一方的艾滋病毒抗体呈 性， 一方的艾滋病毒抗体呈 性)群体中，艾滋病毒呈 性的一方已经接受治疗的 相比 性一方未接受治疗的，艾滋病毒传播率低了 26%。如要 分发治疗对于预防的作用，必须 检测方案， 检测呈 性者提供持续健康，在合适时间开 治疗，并确保病人接受长 临 治疗。正在进行重要临，将有关治疗问题作为预防问题，包括开 治疗的时间、最佳治疗方案以减少传播，以及如 最好地确立治疗方案，最大限度地发 其防止艾滋病毒传播的效力。

21. 解决儿童和 少年经济 势问题的社会 持计划已 明可以减少新增艾滋病毒感染。 来 多的国家正在推行此类方案。2012 年，肯尼亚一项大 国家方案发现， 特困家 和 势儿童家 无条件地补 现金，减少 30%的过 性行为，并减少了无保 措施性行为的情况。

22. 新的艾滋病毒预防工具已近在 前。在北美、拉丁美洲、撒哈拉以南非洲和亚洲及 平洋地区进行的接 前抗逆转录病毒预防 已经表明，这一方法在正确使用的情況下，是行之有效的，这为由女性主导的艾滋病毒预防工作带来了新 。

23. 为实现将艾滋病毒性传播减少一半的目标，必须将生 学、行为学和结 学方法进行战略整合，以满足国家和地方需求。在整合这些方案的同时，还必须齐 协力，促进性别平等、消除 性的法律框架、消除 和，保 人权并加强社会保 。全球正在进行六大临， 估各 整合了多 干预措施的预防方案，以确定预防新增感染和 艾滋病毒感染者健康 况的最优方案。

## B. 将注射吸毒者之间的艾滋病毒传播减少 50%

24. 如 防治艾滋病毒在 毒 人群中的传播已 关 多年。减 害是一明确的、有据可依的重要干预措施，包括提供消毒、 类 代治疗、 检测 and 为 毒者量身定做的艾滋病毒治疗和其他健康服务。在实施较大规模的减 害方案的国家，与毒 使用相关的艾滋病感染率已经急剧下降，在 大 亚和大不 及北 联合 国等一些国家， 完全消除了与毒 有关的艾滋病毒传播。

25. 近年来,虽然一些国家已采取措施扩大减害方案,但服务覆盖面仍然非常有限。2010年,吸毒者每人月分到了两剂。据估计,在全球吸毒行为中,使用无针注射的只有5%。在70个推行减害方案的国家中,有8个国家在监禁中推行了此类方案,并且规模都很小。

26. 联合国对吸毒者推行的其他艾滋病毒预防服务,在覆盖范围和强度上仍然十分有限。2010年,在32个低收入和中等收入国家,只有2.4%的吸毒者具有获得替代治疗的渠道。据估计,只有40%的吸毒者在最近一次性行为中使用了安全套。在那些主要因毒品传播导致疫情扩大的国家,吸毒者接受艾滋病毒治疗的覆盖率低得不成比例。注射吸毒者的治疗也是如此,这是吸毒者的一项重要健康问题。

27. 吸毒的妇女面临的危害最大。她们更可能到注射站、酒吧和夜店(如果她们是性工作者)的门口。艾滋病毒性的吸毒妇女和其他女性艾滋病毒感染者相比,接受治疗从而防止母婴传播的可能性大大降低。

28. 如要提供基础性的减害服务并确保吸毒者免受艾滋病毒感染,各国需要加强人权和法律和政策,禁止强制戒毒等歧视性措施,并为减害项目提供支持。印度尼西亚、巴布亚新几内亚和泰国等十多个国家已实施了值得借鉴的方案,确保执法行为不会阻碍对重点人群的服务渠道。将在2016年召开关于世界毒品问题的大会特别会议,提供了机会,有助于将艾滋病毒预防与有关使用的更广泛的法律和政策框架结合起来。

29. 对吸毒者实施的艾滋病防治方案,其支出的92%来自国际捐助,这表明很少有国家会在国家层面优先给这个群体必要的健康服务。尽管在东欧和中亚,毒品仍然是艾滋病毒传播的主要途径,但在这一地区,为吸毒者提供的艾滋病毒预防资源中,国内供资占15%。

### C. 消除儿童新增艾滋病毒感染病例,并大幅减少与艾滋病相关的孕产妇死亡

30. 全球防治艾滋病工作近取得的最大成就之一,是扭转了儿童新增艾滋病毒感染趋势。全球社会已经启动了一项历史性工作,即在2009至2015年之间将儿童新增艾滋病毒感染人数减少90%,但实现这一目标,一些关键国家必须取得更加中的进展(见表2)。

31. 在2011年关于艾滋病毒/艾滋病问题高级别会议上,启动了到2015年消除儿童中新增艾滋病毒感染并使其母存活下去的全球计划:2011至2015年。该计划开展三项关键行动:加强对孕龄妇女及其预防艾滋病毒的基础性服务;满足艾滋病毒感染妇女计划生育的需求;为感染艾滋病毒的妇女提供及时的病毒检测、咨询和抗逆转录病毒治疗,以防止传染给子女;对感染艾滋病毒的妇女、儿童及其家人提供关怀、治疗和援助。相应系统和机制以协助艾滋病毒性的妇女及其家人,对于这一管齐下法的实施至关重要。



表 2  
2009 至 2011 年疫情广泛流行国家中艾滋病毒感染儿童 (0-14 岁) 的数量变化

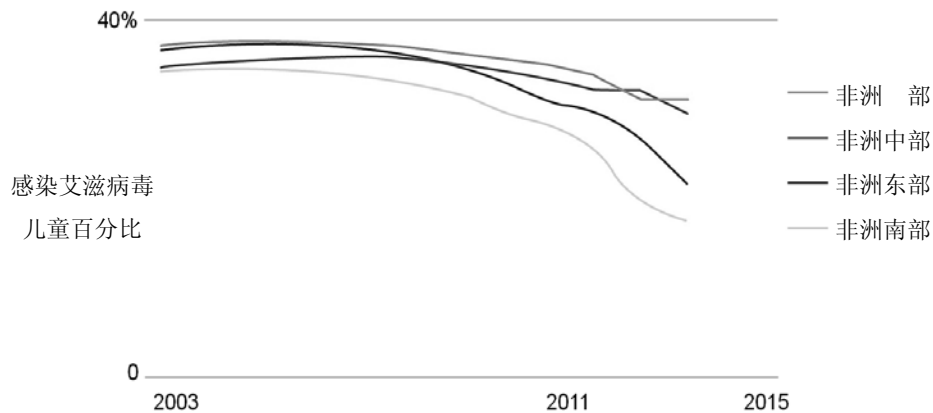
增加	减少 1%至 19%	减少 20%至 39%	减少 40%至 59%
拉			布
果	布基 法		肯尼亚
道 内亚	中非共和国	科特	比亚
内亚比绍	得	埃塞俄比亚	南非
	布提	加	多
	立特里亚	内亚	比亚
	加	海地	
	比克		
	尼日 亚	比里亚	
	南	拉	
	尼亚联合共和国	巴布亚新 内亚	
		塞拉	
		干	
		津巴布韦	

来源：艾滋病署。

注：该表以 2009 年为基准年，不体现 2009 年之前许多国家(如 )在减少新感染儿童病例方面取得的显著进展。

32. 在推广使用抗逆转录病毒法预防儿童感染艾滋病毒方面，已经取得了 速进步。2011 年，全球约 57%(51-64%)感染艾滋病毒的 妇、撒哈拉以南非洲 59%的感染 妇(53-66%)接受了有效的抗逆转录病毒治疗，以预防母 传播。该疗法的覆盖率在南亚和东南亚(18% 13-23% )以及中东和北非(7% 6-9% )相当低。 据显 ，2009 年以来，感染艾滋病毒的妇女和 儿 间成对接受治疗的比例有所增加，尽管许多国家 未实行严 措施以监控 妇女接受抗逆转录病毒疗法的覆盖率。在人道主 的 下预防母 传染的计划已经得到扩展，但 有 39%的措施 到了 100%的 及率(见图三)。

图三  
2000-2011 年撒哈拉以南非洲地区母婴传染率的趋势



来源：艾滋病署。

33. 因全球计划其他优先事项进展不足，到 2015 年消除新感染艾滋病毒儿童病例的努力受阻。在 22 个重点国家，适龄妇女新增艾滋病毒感染人数仍然高不下。除少数国家外，在减少计划生育方面的未满足需求方面，进展有限。在某些情况下，更有效的抗逆转录病毒疗法的推广过于缓慢。

34. 感染艾滋病毒的妇女提供持续生命的治疗对妇女及其家庭同时有益，因为失去母亲的儿童无自身艾滋病毒状况如常，都将面临更大的死亡风险。许多国家日益致力于为艾滋病毒感染的妇女提供终身治疗，该治疗采取的是个性化的、综合的疗法（作为综合项目的一部分）。

35. 结核病的预防、筛查、治疗和感染控制，对于消除新感染艾滋病毒儿童病例和维持其母亲生命是至关重要的。感染艾滋病毒的妇女患结核病的概率比其他妇女高 10%。结核病还使母亲传播艾滋病毒的风险增长一倍多。此外，各方案应加强对儿童结核病的筛查并扩大对患病儿童的治疗。

36. 令人遗憾的是，儿童获得艾滋病毒治疗的渠道仍远远少于成年人。2 岁以下感染艾滋病毒的儿童需要立即治疗，但 2010 年，在艾滋病毒感染的妇女所生儿童中，28% 在出生后两个月内得到筛查。2011 年，在根据当前准则符合治疗条件的 0 至 14 岁儿童中，接受了抗逆转录病毒治疗的儿童占 28% (25-31%)。为了扩大儿童艾滋病毒治疗的范围，各国必须进行完善系统以同时考虑母亲情况，促使儿童接受持续服务。实现儿童抗逆转录病毒治疗的标准化是当务之急。

37. 尽管面临这些挑战，但最近进展表明，到 2015 年消除儿童中新感染艾滋病毒并使其母亲存活下去的目标是可以实现的。为此，需要有效方案，解决导致进展缓慢的系统性因素，并加大努力，确保国家方案符合国际建议。为妇女和儿童制定的方案应重视妇女的自主权，利用艾滋病毒感染妇女的参与和领导，并积极采取措施预防和参与其中。

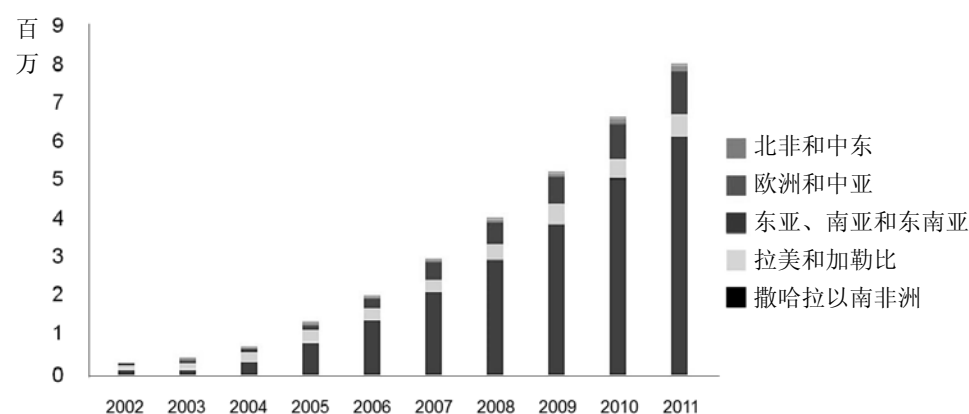
## D. 向 1 500 万艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒疗法

38. 近年来，艾滋病毒治疗在低收入和中等收入国家的推广是全球保健历史上最异常的成 之一。抗逆转录病毒疗法可减少发病率和死亡率，并防止新增艾滋病毒感染。自 1995 年以来，抗逆转录病毒疗法在低收入和中等收入国家增加了 1 400 万生命年，包括撒哈拉以南非洲地区的 900 万生命年。

39. 艾滋病毒治疗覆盖率超过 80% 的低收入和中等收入国家数量从 2009 年的 7 个升至 2011 年的 10 个，而覆盖率低于 20% 的国家数量从 28 个降至 10 个。但全球情况并非都有如此 （见图 ）。在 非和中非、东欧和中亚以及中东和北非，治疗覆盖率 终低于平 值，因此，必须加 努力，在覆盖率低的地区扩大治疗 道。在低收入和中等收入国家， 性的治疗覆盖率 (47%) 远远低于女性 (68%)，这可部分 因于求 行为的差 。

图

按地区开列 2002-2011 年低收入和中等收入国家接受抗逆转录病毒疗法的人数



来源：艾滋病署。

40. 根据 2004 年至 2011 年在撒哈拉以南非洲 14 个国家进行的调查，过去 12 个月里，检测艾滋病毒的成年人比例不断上升。加 接受艾滋病毒检测和 服务的现 得益于 和系统的多项 进，包括 化 速检测，在 疗保健点由服务者主动提供检测，推出以家 为基础的测 策略，分 服务提供 道，进一步整合艾滋病毒检测与其 保健服务，以及使用更多 人员进行 速检测。重 和对多 病的 断服务的社区活动已经 明，能有效推广检测服务。尽管取得上 进展，但很多人仍然未能及时 ， 了治疗。

41. 着规模的持续扩大，治疗方案变得更有效率， 成本降低，健康成果 ，使有限的健康预 能惠及到更多人群。化 疗法和 点 断工具的发展 助 造了近 的增效成果。为确保患者得到最有效的治疗方案， 到 他 定的长 毒性和 作用，各国现正努力 步 这一抗逆转录病毒治疗 。

42. 为了最大限度地发 抗逆转录病毒疗法的保健效果，必须 补整个治疗过程中的 。 断必须在感染之 进行；系统应准确到 从而 测 呈 性的患者立即接受治疗；持续监测应保 治疗及时 动， 的 持服务应满足患者的不同需求。对于 少年、性工作者、 性行为者、变性人、 毒者、 、人道主 中的人群，以及 和其他 中的人群等，需要开展特别的努力，以克服阻碍这些人群接受治疗的因 。

43. 在撒哈拉以南非洲的部分国家，1/3 至更多的人在治疗开 5年后不再接受治疗。各国正在 新措施，以 患者治疗的持续性。 比克开展了一项成功的方案，使在 所接受2年持续治疗的人数从70%上升到98%。

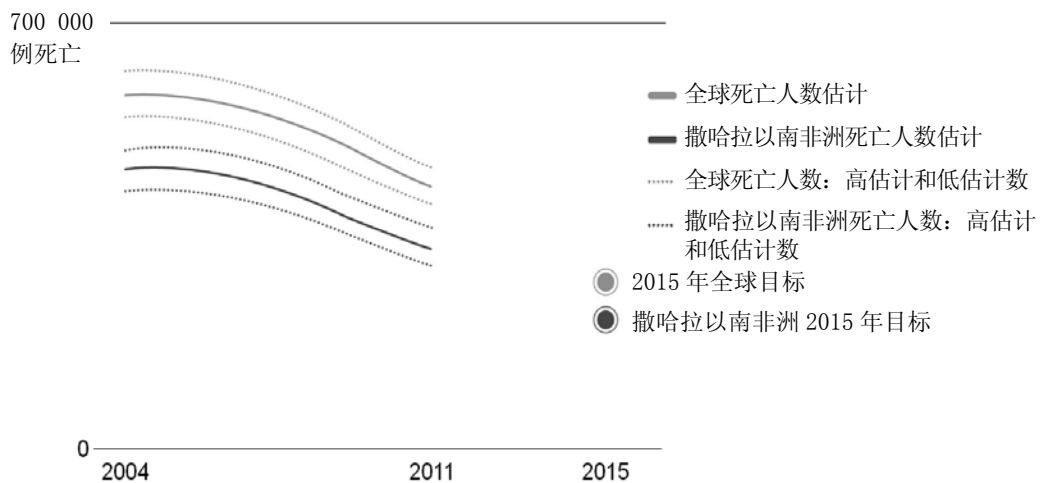
44. 尽管治疗成本持续下降，但对于 动和 持终生治疗而言，进一步降低成本仍然十分必要。降低成本对于二 和三 抗逆转录病毒 尤其重要， 们仍比一 的多，但 到未来对一 抗 性的增加，二 和三 将变得日益重要。 着各国监测患者病毒 的 平不断提升，对二 和三 的需求必定增加。为进一步降低 成本，必须有效 用国际 权规定下的 活性，保持 的 通 代 的可用性，提高低收入和中等收入国家特别是非洲国家的能力，有效地开发和生 基本 。新自由 协定的 各方应 提出或同 可能损害低收入和中等收入国家获得可 担 可 供应的能力的条 。

**E. 将艾滋病毒感染者的结核病死亡减少 50%**

45. 由于各国开展了艾滋病毒/结核病结合防治活动，与艾滋病毒相关的结核病死亡率已经下降，据估 2005至2011年挽救了约130万条生命(见图 )。然而，结核病仍然是导致艾滋病毒感染者死亡的首要原因，2011年所占比例为1/4。

图

**2004-2011年艾滋病毒感染者中死于结核的估计人数**



来源：艾滋病署。

46. 各国一 议方法：加强病例调查，对艾滋病毒 性但没有结核病的人群 取 预防性治疗，并进行有效的感染控制。由于抗逆转录病毒疗法大大降低了艾滋病毒感染者患结核病的 ，艾滋病毒治疗的推广也带来了艾滋病毒相关结核病死亡率的下降。

47. 为结核患者提供的艾滋病毒检测服务已经取得了长足进步。2011 年，撒哈拉以南非洲地区 69%的结核患者接受了艾滋病毒检测，不过全球检测率低的多(40%)。2011 年，320 万艾滋病毒感染者接受了 结核 查，其中 446 000 人接受了 预防性治疗。经 表明， 中行动可以增加基础服务的惠及范围。在南非，2011 年对艾滋病毒感染者进行的结核病 查增长了近两 ，而艾滋病毒感染者接受预防性结核病治疗的人数增加了近三 。

48. 在减少艾滋病毒感染者因结核病死亡方面，结核病的 治同 发 了重要作用。世界 生 目前推 一 新的、 速的分 断测 / ，用于艾滋病毒感染者 结核病的 断。

49. 议所有患有 结核病的艾滋病毒感染者尽 接受艾滋病毒治疗，不管其 4 数量如 。然而，2011 年， 48%的患有结核病同时艾滋病毒 性的患者接受了艾滋病毒治疗。在东欧和中亚，新增艾滋病毒感染病例和患 多 结核病例都在增加，因此，必须加强测 和治疗方案，确保以综合 法应对艾滋病毒和结核病。 多的双重感染人群，包括在监 和其他 中的人群，难以完成 定治疗，因此， 切需要开展长 持措施。

50. 为加 进展，必须确保妇女获得基本的结核病和艾滋病毒治疗服务。在非洲，妇女死于结核病的概率比 性高约 20%。

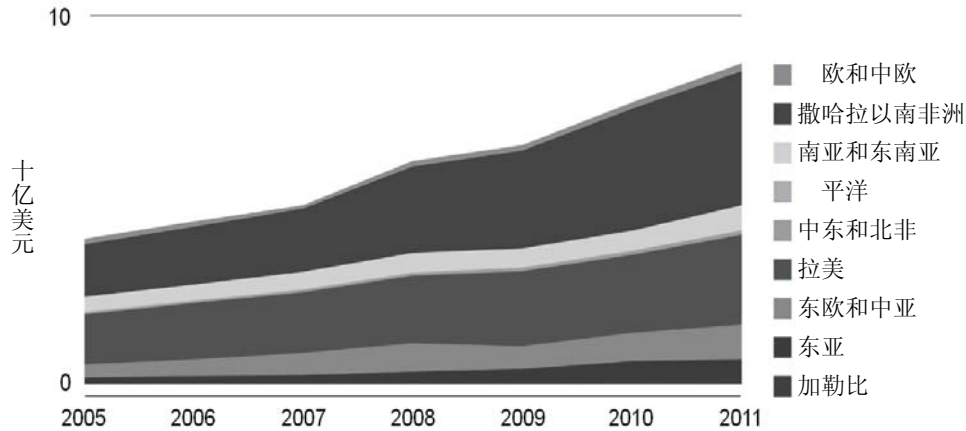
51. 2013 年 3 月，南部非洲发展共同体的领导人们联合全球 提出 议，力在未来 1 000 内(即 到实现千年发展目标的最后 限)，加速结核病和艾滋病防治行动。艾滋病署 ，不得对结核病和艾滋病毒防治服务 取平行系统的做法。为迅速减少艾滋病毒感染者死于结核病的人数，应尽量整合结核病和艾滋病毒防治服务，并且两项服务应在同一地点进行，以确保服务以病人为中 。应通过分 的服务 扩大艾滋病毒治疗。有助于 结核病防治效果的 、 持和其他措施应 入结核病/艾滋病毒双重感染人群的治疗方案。结核病/艾滋病毒综合防治行动还应 入其 相关服务，如 妇和儿童保健方案、防止艾滋病毒母 传播方案、减少 害和 毒治疗方案以及监 健康服务。

## F. 弥补全球艾滋病资源缺口

52. 到 2015 年，需要年度资金约 220 亿至 240 亿美元，从而 助为结束疫情奠定基础。艾滋病署 议，所有 应 求投资方式，将资金 中在满足切实需求、影响力大的战略上。

图六  
2005—2011 年低收入和中等收入国家用于防治艾滋病的国内公共和私人资源

(单位：十亿美元)



来源：艾滋病署。

53. 2011 年，全世界用于艾滋病毒防治活动的投入为 168 亿美元，比 2015 年的最低需求少了 50 多亿美元。2011 年，低收入和中等收入国家首次成为艾滋病毒防治投入的主力，供资 86 亿美元，是其 2005 年投入的两倍多(见图六)。然而，由于大多数非洲国家未达到《关于防治艾滋病毒/艾滋病、结核病和其他有关传染病的布隆迪宣言》规定的关于将至少 15% 的国家预算用于保健方案的目标，因此，还有很大的进展空间。随着预期的经济增长，艾滋病署预计，非洲国家自身通过实现上述目标，并使国家的艾滋病毒防治投入符合疫情造成的国家的健康负担比例，可以在 2015 年底之前调动另外 50 亿美元用于防治艾滋病。

54. 在艾滋病防治的筹资问题上，尽管国内投入在增加，国际捐助者仍须继续发挥关键作用。2011 年，经济合作与发展组织 23 个成员国将本国的艾滋病毒防治投入增加了 10%。2012 年，由美国领导于 2003 年启动的“全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金”推出了战略行动图，旨在取得进展以实现没有艾滋病的一代。2013 年，全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金推出一个新的筹资模式，该模式优先资助受影响最严重的国家，并将资金用于具有最大健康影响力的干预措施。

55. 2012 年，艾滋病署与 49 个国家合作，评估各国艾滋病毒防治投入，旨在使投入模式与投入准则保持一致。例如，在塞内加尔，采用了成本效益比为 3.0 的新方法，该方法力求用较少投入取得更多更好的效果，包括促进重点干预措施，应用新战略(如提供基于社区的服务)以增加方案覆盖面和有效性，以及应用战略信息以提高干预措施的数量、效率和效益。

56. 加强资源动员工作的同时，还必须解决筹资方面的不平衡现象。对重点高收入人群的方案仍然严重缺乏资金，而且过度依赖于国际筹资。在 2011 年对女性的艾滋病毒防治投入中，71% 中用于预防儿童新增感染病例，而用于对妇女的

基础性艾滋病病毒预防工作、防止性别暴力的方案以及减轻妇女过重责任的资源则少之又少。

57. 补充资源缺口是国际社会的共同责任。为补充缺口，低收入和中等收入国家应继续增加本国投入，而国际捐助者应坚持对全球努力的承诺。此外，应积极建立新筹资机制。一个关键时刻即将到来，2013年9月，联合国捐助者将召开会议，以补充全球基金2014至2016年间的资金。此外，必须加大努力，提高各方案的效率和实效；解决需求方面的障碍，如不利于人们获得和持续接受保健服务的障碍和生计无保障问题；并消除平行行政和报告系统。

#### G. 满足妇女和女孩的具体需要，消除性别不平等以及性别虐待和性别暴力

58. 不平等的性别规范加剧了妇女的脆弱性，包括限制妇女获得教育和工作的机会，损害她们减少性传染艾滋病病毒的能力，并使她们有可能受到暴力伤害或社会排斥。此外，如果其性行为与是同性、吸毒或卖淫，则她们通过性行为感染艾滋病病毒的风险增大。一项报告估计，亚洲5 000万妇女可能受到感染。性别规范对她们也有害，因其助长高风险行为，而且有碍她们寻求基本保健服务。现行性别规范也增加了变性人的脆弱性，妨碍他们获得预防感染艾滋病病毒的服务及安全、有保障的生计。

59. 依照长期行动议程，艾滋病署发起《加速履行妇女、女童、性别平等和艾滋病病毒问题国家行动的议程》，其中努力帮助各国满足妇女在防治艾滋病病毒方面的需求和权利。该议程促进作出政治承诺并加强行动，60%的国家在艾滋病防治工作中应用该议程加强性别平等。

60. 令人遗憾的是，目前没有充分重视性别不平等及其对妇女与艾滋病病毒有关的需求的影响。2011年，有三分之一的国家大规模采用女用保护方案，有三分之一的国家报告将防止感染艾滋病病毒纳入性健康和生殖健康服务。10个国家中有1个国家没有和有效参与防治工作。

61. 过去12个月在接受调查的国家中，暴力行为流行率为5%至69%。支持女用保护是联合国各机构及政府和部门合作国际联盟，努力支持各国展开调查、采取行动、进行全球宣传和提高警惕，以应对发生的暴力伤害妇女和女童行为。

#### H. 消除对艾滋病病毒感染者和患者羞辱和歧视

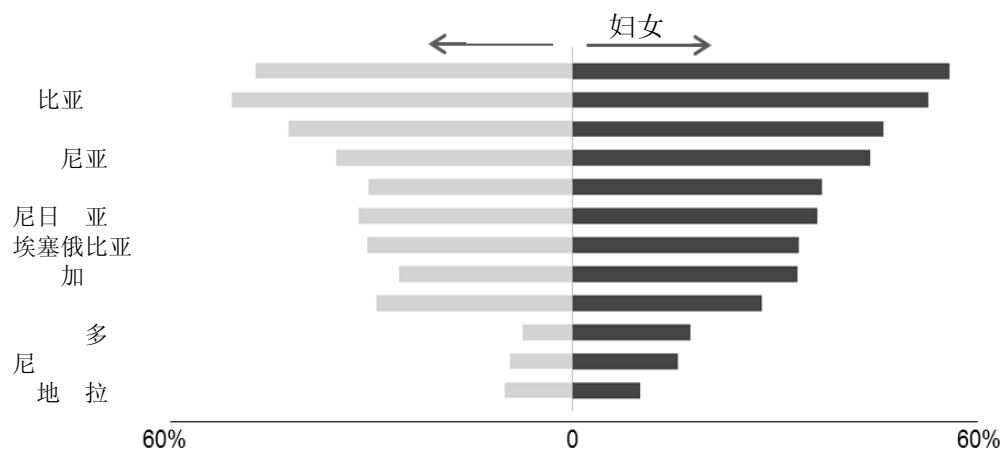
62. 在首次报告艾滋病病例的三十多年之后，对艾滋病病毒感染者或患者的歧视和继续严重影响作出有效反应。通过艾滋病感染者人数收的数据显示，很高比例的艾滋病病毒感染者都受到身体或言语上的伤害、社会排斥和歧视。根据在9个国家进行的一项研究，报告在工作场所受到的艾滋病病毒感染的比例从印度尼西亚的8%至马来西亚的54%不等。

63. 感染艾滋病病毒的妇女往往受更严重的歧视和暴力。感染艾滋病病毒的男性和女性都受到言语暴力(见图1)和身体暴力(见图2)；女性受到的暴力更大。根

据全国调查与 相比 妇女更可能受 或 、失 和感到 。据报 在许多国家 感染艾滋病毒的妇女 非自 。

图

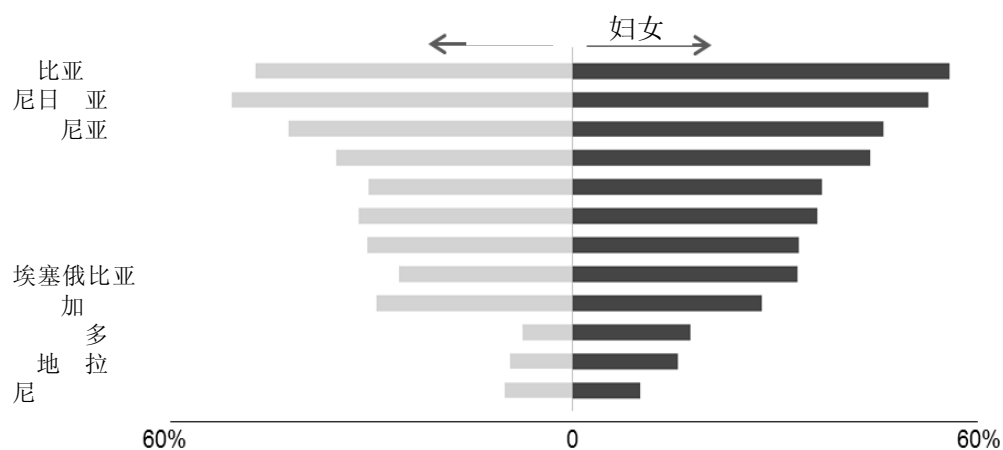
利用现有按性别分列的数据显示各国感染艾滋病毒的男子和妇女遭受语言暴力的百分比



来源：艾滋病署。

图

利用现有按性别分列的数据显示各国感染艾滋病毒的男子和妇女遭受身体暴力的百分比



来源：艾滋病署。



64. 年行动议程 制 一个政策框架 防止 人权 并提出保 的责任。 有国家实施以人权为中 的预防感染艾滋病毒政策框架。2012 年 10 个国家中有 4 个国家报告 , 没有防止或 与艾滋病毒有关的 的具体法律规定。提供与艾滋病毒相关法律服务的国家比率从 2008 年的 45% 增至 2012 年的 55%, 但许多国家未 取步 落实这些权 。

65. 至少 60% 的国家报告 , 其法律、法规和政策有碍提供有效的预防、治疗、 和 助。此外, 43% 有难 的国家没有保 感染艾滋病毒的 求 者权的立法。约 60 个国家 通过法律, 将传播艾滋病毒定为 事 ; 40% 以上的国家将同性关系定为 事 ; 大多数国家的法律 性工作的 些方面为非法。根据一项国际 查, 对 用 取 措施, 包括确定依 的个人 有 事 , 持用 者强制性 中 或方案 成部分(减少 害)中的 , 这有损获得预防感染艾滋病毒的服务。

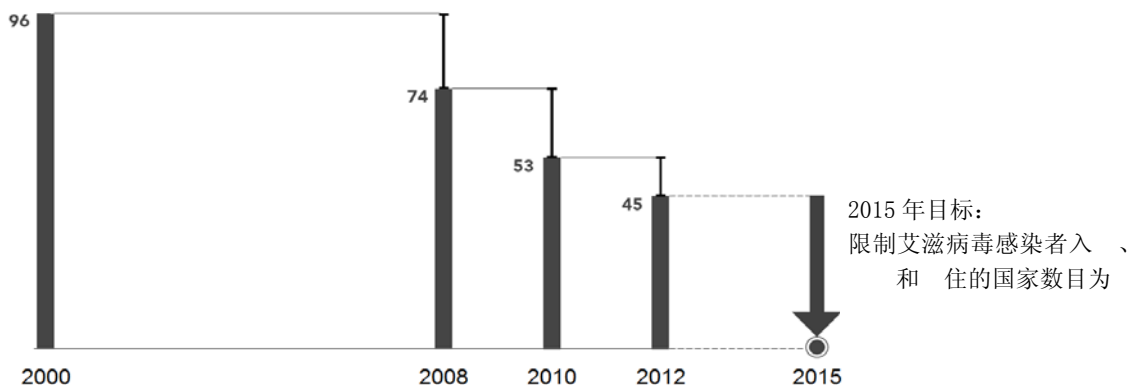
66. 艾滋病毒与法律问题全球 员会已 议各国明确 止与艾滋病毒有关的 ; 将感染、不 或传播艾滋病毒定为 事 ; 制定保 妇女和女 的具体措施; 用法律措施确保获得治疗; 取消 及关键人口和 势群体的 性法律和政策。所有合作 必须加强努力, 确保 行这些对管 、控制和消除艾滋病毒 至关重要的 议。

## 1. 消除与艾滋病毒有关的入境、停留和居住限制

67. 显而 见 国际上趋于取消与艾滋病毒有关的入 、 和 住限制, 大多数国家和领 已 实行此类 性措施(见图 )。2000 年至 2012 年, 实行与艾滋病毒有关的 行限制的国家、领 和地区减少了一半以上, 从 96 个减至 45 个。自 2010 年起, 9 个国家(亚美尼亚、中国、 济、 、 比亚、大国、 多 共和国、 克 和美国)已经 除有关限制。

图

2000-2012 年限制艾滋病毒感染者入境、停留和居住的国家数目和 2015 年目标



来源: 艾滋病署。

68. 不能以 共健康 为由限制入 、 和 住 但此类措施仍然存在，而且继续对艾滋病毒感染者及其家 造成 重 担。 个国家 持全面 止艾滋病毒感染者入 ， 个国家要求 要 (10 至 90 ) 的个人出具艾滋病毒 性 明。20 个国家 权将艾滋病毒 性者 解出 。

69. 除了对艾滋病毒感染者造成 接 害之外，也日益 到 行限制的经济成本，因为在当今时代， 需要能 将人力资源，如同资本和 资源， 往最需要的地方。2012 年，约 40 行政 责人代表全球近 200 万 员工 取消与艾滋病毒有关的所有入 ， 和 住限制。

#### J. 消除平行并存的艾滋病毒防治服务系统，加大对艾滋病防治工作的整合力度

70. 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》 作出协调一致的努力， 防治艾滋病工作与更广泛的发展和人权议程更 地联系起来。强调统 防治， 到可 取许多方式 制和 转此流行病，这取决于实现一系 千年发展目标 and 更广泛发展议程的进展。此外，还可 取多 方式，通过艾滋病防治工作的进展推动其他全球健康目标取得进展。将艾滋病毒防治与其他保健和发展努力的 法也有助于保持可持续性， 合 年行动议程。

71. 世界已经从艾滋病防治工作学到许多东 。迄今取得的显著成果显 出以人为本对策的力量。艾滋病防治工作率 取 新 法 通过包容、问责、共同责任和全球团结原则 实行全球 生治 。在这一进展的基础再接再厉 立最终消除艾滋病的 基础 从而有可能 世界展现通过 权和动员社区和国际社会一致努力 能 取得 等成 。这方面的成功将 再 下定决 解决其他 生和发展难题。

72. 艾滋病防治工作有助于加强国家 生系统。对得到美国 统艾滋病 急救计划 持的国家健康数据进行全面 查后发现，艾滋病方案增加了预 寿命，降低了结核病发病率和死亡率，并加强了国家 生基础设施。许多国家已 取步 ，整合艾滋病毒和结核病防治工作，同时在所有 担 重的国家将预防儿童感染艾滋病毒的工作 入 妇和儿童保健服务。目前，正在 埃塞俄比亚 病患者临 管 传 从防治艾滋病工作 取的经 ，而南非已经 动了一项综合检测 动，重点是艾滋病毒、高 和 病。 治 布 统 所、美国 统艾滋病 急救 计划、 科 基金会和艾滋病规划署共同发起了一项新 议 旨在将艾滋病毒、 和 的 检和治疗范围扩大到撒哈拉以南非洲和拉丁美洲妇女。

73. 目前 正在将 重防治艾滋病毒的措施 入更广泛的社会保 制度。根据世界 行最近的一项 正在 有 儿和 势儿童及 率高的家 有效提供 些类 的社会保 投资 最需要者的经济和社会 性问题。

74. 艾滋病毒也已广泛 入人道主 行动。2012 年 一个 家 发表 导 见 旨在通报二方面的 和实 ；调整预防感染艾滋病毒服务； 突和 突 后 中的性别 力。

75. 应协调一致地努力 抓住更多机会进行整合。必须将预防感染艾滋病毒服务 更全面地 入性健康和生 健康服务。在此方面 应 防止性别 力的政策和 方案。艾滋病毒临 服务也必须与防治非传染性 病工作 因为这些 病在 中低收入国家有正在增加。防治艾滋病工作也能 为国际社会推动全 保提供 信息并从中受益。

#### 四. 注重成果问责制：加快实现 2015 年目标

76. 着 2015 年全球目标的最后 限迅速 近 所有 益 关方必须重新 重成 果问责制。为加 取得进展并加强问责制和 明度 从 2013 年起将 年而不是 两年出 发行艾滋病规划署关于全球艾滋病流行情况的报告。 年提出报告将 可以更及时地 估进展和不足，并突显为取得成果立即行动的 性。

77. 全世界领 和社区已接受其防治工作中的问责制。东南亚国家联 生部 长在 2011 年关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言中提及 2015 年目标 共同 承诺于 2012 年在整个区域 取重点突出的特别行动 以减少妇女和女 感染 艾滋病毒。

78. 非洲联 防治艾滋病、结核病和 分担责任和全球团结路 图表明，非洲 领导人承诺并决 对取得成果的可持续防治措施进行战略投资。路 图有三个主 要 ；更多 化、多 和更可持续的 资模式；提供 ，包括通过地方生 和实行统一监管；领导、治 和监 ，促进可持续性。

79. 要实现 2015 年目标， 必须将最近 年的 进展化为有效的方案。必须 新保健工具的出现严重 后于其在资源有限情况下的有效 用。 着艾滋 病毒 的迅速 变，方案规划人员和实施人员需要 时了解 动 ，并 着新 的出现调整工作方法。应更有效地 用战略信息， 重最需要方案 的地方。此外，还必须作出更大承诺，及时监测方案，以使方案能 在现有成 功的基础上再接再厉，解决新出现的 。

80. 要实现 2015 年目标 必须作出新承诺和团结。应 用近年来取得的成果 完成这一进程，但不得以此为借口，减少对最严重人类健康挑战之一的全球承 诺。艾滋病并未消失。事实上，这一流行病继续在世界许多地区 。作为一项 未实现的千年发展目标，防治艾滋病工作必须在 2015 年后的发展议程中占有显 著 。为此，艾滋病规划署和《 》杂 设立了一个新 员会 从艾滋 病到可持续健康。

## 五. 结论和建议

81. 要抓住这一历史时机，为后代消灭艾滋病奠定基础，必须立即行以下议：

- ( ) 应立即采取具体步骤，填补艾滋病防治资源缺口。低收入和中等收入国家、国际捐助者、联合国机关、民间社会和其他方面应共同努力，每年调动资金至少 220 亿至 240 亿美元，用于开展与艾滋病毒有关的活动。南非和其他国家效仿中国采取行动增加国内投资，所有中低收入国家应重新评估国家投资优先事项。国际捐助者应保持并增加对与艾滋病毒有关方案的投资，捐与其在全球经济中所占比例不高的国家作出特别努力。一切需要确保全球基金得到强有力的补充，该基金今后几年仍将是防治艾滋病的重要资金来源；
- ( ) 必须更策略地分配稀少的防治艾滋病资源。在合作方的协助下，所有国家都应评估和纠正投资优先事项，以最大限度地扩大影响，促进可持续地采取对策。重点资源应加以扩大基本方案活动。这些活动应以对重要政策和方案的战略投资，以扩大需求并尽量减少阻碍提供服务的因素，还应以协同发展措施，降低脆弱程度并减轻艾滋病对弱势群体的社会和经济影响(例如，社会保护和医疗)；
- ( ) 在技术伙伴的支持下，所有国家都应开展战略活动，以确定和利用其卫生和社会保护系统中的协同作用。必须充分整合预防感染艾滋病毒和结核病的服务；必须将消除母婴感染进一步纳入产前服务；各项服务应与性健康和生殖健康服务相结合；应将艾滋病毒问题并入非传染性疾病的预防、治疗和护理并提供相关信息。各国应努力实现全民健康覆盖，确保满足艾滋病毒感染者的需要。还应加强行动，扩大现金转账和其他社会保障方案规模，特别是对因艾滋病毒而成为孤儿和最受伤害的儿童，因为如果没有父母的社会化、教育和医疗，儿童可能面临被忽视、虐待和剥削，感染艾滋病毒的风险增大；
- ( ) 所有利益攸关方应共同努力，在获得与艾滋病毒有关的服务方面消除不平等。需要重点资源满足在现有方案之外妇女与艾滋病毒相关的需要，并预防新的儿童感染病例。还一切需要努力提供检测、预防、治疗和护理。对与艾滋病毒有关的投资进行了战略再评估，其中包括各国应增加现有资源，用于有实证依据、基于权利的方案，以满足同性性行为者、性工作者及其伴侣和包括其他脆弱人口在内的其他弱势群体的需要。各国应审查其法律和政策框架，消除阻碍获得基本服务的障碍，包括法律和其他措施，并确保制定具体措施防止歧视，保护主要群体和艾滋病毒感染者获得法律服务；

- 
- ( ) 应采取以人为本的新方法，培养和调动领导意识必须支持新出现的艾滋病问题区域领导机构，同时特别注重为促进加强防治措施问责制所作的区域努力。新经济体应站出来，协助领导全球防治措施。应用强大的新工具和调动工具与今后一代年轻人接轨，如社交媒体等；
  - ( ) 2015 年后的国际发展议程应推进无新的艾滋病毒感染、无歧视、无艾滋病导致死亡的愿景。2015 年以后艾滋病仍将是一项全球重大挑战。2015 年以后的国际发展议程应明确显示出有效防治艾滋病措施的作用，这是未来保健和发展努力的重要。