



第六十九届会议

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

艾滋病防治工作的未来：在以往成就基础上加快步伐，到 2030 年结束艾滋病的流行

秘书长的报告

摘要

自 2000 年以来，全球艾滋病防治工作已取得巨大进展，包括制止和开始扭转艾滋病疫情的蔓延。2015 年，全球新增感染人数和艾滋病相关死亡人数继续减少，许多地方的冒险行为有所减少。通过推广负担得起的药品，同时扩大治疗方案，极大提高了获取救命的抗逆转录病毒疗法的能力，母婴传染率持续下降，减少了艾滋病患儿人数。

这些重要成果使数百万人的生命得到挽救，也使国际社会能够满怀信心地宣布，在今后 15 年内消除艾滋病这一公共健康危害是有可能的。之所以能取得这些成果，是因为在科学上取得了历史性的突破，也因为人们特别是民间社会和艾滋病毒感染者作出了巨大的承诺，发挥了卓越领导作用，开展了有效的动员工作，还因为各地进行了前所未有的共同投资。

然而，为实现这一历史性目标所需要做的工作远未结束。在实现《关于艾滋病毒和艾滋病的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病毒和艾滋病》(见大会 2011 年 6 月 10 日第 65/277 号决议附件)所定目标以及相关的千年发展目标方面，虽然大多数国家都在取得进展，但也有一些国家和地区却进展缓慢或有所倒退。



防治艾滋病的工作在普及性、资金供应、有效性方面都存在差距，造成许许多多艾滋病毒感染者或高危者得不到治疗和防护。由于存在社会和经济不平等，也由于存在性别暴力，致使妇女和女孩更有可能感染艾滋病毒，还导致针对青少年和儿童的艾滋病防治工作严重不足。世界许多地区的男男性行为者、变性者、性工作者、注射毒品使用者、被监禁者、移徙工人、残疾人、50 岁以上者、孕妇也得不到治疗和防护。许多国家也仍然盛行对艾滋病毒感染者和高危者的污名化与歧视。因为有这些挑战，加之缺乏资源、保健基础设施不足、实行惩罚性法律，非常不利于某些地方的关键人群获得与艾滋病毒有关的重要服务、社会保护、法律服务，也难以就业和上学。

目前，需要在以往重大成就的基础上再接再厉，确保实现到 2030 年消除艾滋病这一公共健康危害的全球目标。联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)的模型分析表明，对于加快行动和投资来实现到 2030 年消除艾滋病的目标，下个五年期是独特的机会之窗。为把握这一机会，艾滋病署正在协助各国制订和实施雄心勃勃的 2020 年“快车道”目标。这些目标包括提高艾滋病毒检测率，到 2020 年要使 90% 的人了解自我状况，也包括一项治疗目标，要使尽可能多的艾滋病毒感染者的病毒受到抑制，还包括关于预防和非歧视的目标。要实现这些目标，不仅需要本着全球团结、责任共担的原则，增加资源投入，开展战略投资，还需要采取包容性强、以人为本的办法，将目前得不到服务的人们纳入服务范围。

为了在 2030 年之前消除艾滋病这一公共健康危害，我们的行动必须远远超出医疗卫生范畴，将艾滋病干预措施全面纳入 2015 年后的各项可持续发展目标。过去 30 年的艾滋病防治工作表明，投资于艾滋病防治可对整个发展议程产生影响，包括促进综合工作方式，加强保健服务，有利于增强妇女和女孩的权能。在 2015 年后时代，应借鉴艾滋病防治工作的经验教训，在资源使用上有的放矢，不仅要消除艾滋病这一公共健康危害，而且要在总体上加强和改善全球卫生和发展努力。

一. 引言

1. 2015 年是一系列全球性承诺的目标年度。在这些承诺的推动下, 15 年来全球多个部门为防治艾滋病毒和艾滋病采取了一致行动。
2. 第一次明确提出全球性承诺是 2000 年宣布千年发展目标。当时坚决将艾滋病毒流行病防治工作纳入了全球发展议程的千年发展目标 6, 要求国际社会在全球作出协调一致的努力, 在 2015 年之前制止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延。
3. 2001 年和 2006 年, 大会分别通过《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》, 加强了上述承诺。这两个《宣言》建立了一个综合框架, 指导我们在实现目标 6 方面取得进展, 同时解决在普及艾滋病毒治疗、护理、支助方面存在的迫切需要。
4. 2011 年 6 月 10 日, 大会通过了《关于艾滋病毒和艾滋病的政治宣言: 加大行动力度, 消灭艾滋病毒和艾滋病》(大会第 65/277 号决议, 附件), 其中在以往 2001 年《宣言》和 2006 年《政治宣言》所作的承诺基础上, 着重提出了 10 个优先目标和承诺, 以确保到 2015 年普及相关的预防、治疗、护理、支助服务。2012 年以来, 联合国每年都就这些指标发布报告, 对执行《政治宣言》所作承诺的进展情况进行监测, 同时阐述相关的挑战和制约因素, 并就可采取哪些必要行动以加快实现目标的速度提出建议。
5. 按计划, 各项千年发展目标和 2011 年《政治宣言》所规定的大多数具体目标应于 2015 年实现。本报告将回顾在执行 2011 年《政治宣言》的目标和千年发展目标方面所取得的进展, 同时着重论述如何在全球作出必要努力, 到 2030 年制止艾滋病这一公共健康危害的蔓延。

二. 全球艾滋病毒流行近况报告

6. 全球艾滋病防治工作继续取得重要进展。2001 年至 2013 年, 新增感染人数减少 38%(减至 210 万人); 2005 年(新增感染人数达最高记录的年度)至 2013 年, 艾滋病致死人数减少 35%[1]。
7. 获得抗逆转录病毒疗法的人数有所增加。截至 2014 年 6 月, 接受该治疗的人数达到 1 360 万[2], 其中 1 210 万人位于低收入国家和中等收入国家[3]。在撒哈拉以南非洲, 感染艾滋病毒并知道自己感染的人当中, 约有 86%(63%至 99%)正在接受抗逆转录病毒治疗。在参加治疗的人当中, 约有 76%(53%至 89%)的病毒受到抑制[1]。全球范围内, 对感染艾滋病毒的孕妇扩加大了提供抗逆转录病毒治疗的力度。此后, 儿童新增感染人数从 2002 年(该数字达最高记录的年度)至 2013 年减少了 58%[1]。

8. 艾滋病防治工作尽管取得了这些进展，但一些差距正在显现，令人担忧。尽管全球艾滋病毒新增感染人数正在下降，但在某些区域和国家，新增感染人数正在增加，其中中东、北非和一些东欧国家增加得最多。同样，一些国家的全国艾滋病毒感染率似乎稳定，但其特定地区的感染率却在增加。

9. 在许多国家，特定群体的艾滋病毒感染率也超乎寻常。在某些地区，妇女和少女面临的压力超于常人，包括传染风险高，需要照顾艾滋病毒感染者，因感染了艾滋病毒而遭受暴力侵害，缺乏重要的艾滋病毒预防、治疗、护理服务。在撒哈拉以南非洲，妇女占艾滋病毒成年感染者(15岁或以上)的57%，且感染艾滋病毒的时间比男子早5至7年[1]。

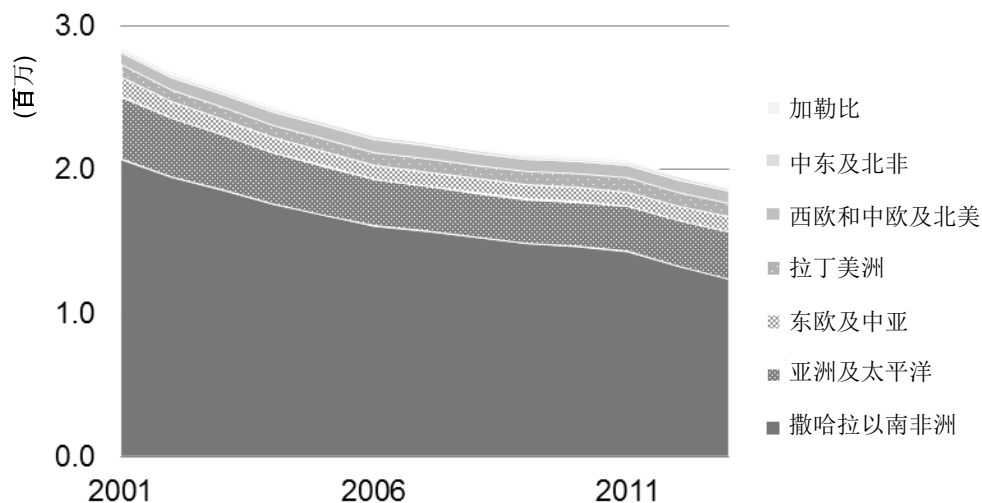
10. 性工作者、男男性行为者、变性者、注射毒品使用者、移徙工人、青少年、被监禁者、流离失所者、残疾人、儿童和孕妇、50岁以上者感染艾滋病毒的风险也更大。青少年艾滋病防治工作尤其不力。2013年，15至24岁的年轻人占全球艾滋病毒新增感染人数的31%，其中57%为青春期少女和年轻妇女[1]。另外，治疗普及率也依然存在差距，坚持不断接受治疗的比率仍较低。尽管取得了进展，但接受抗逆转录病毒治疗的艾滋病毒感染者仍不足50%[1]。

三. 评估实现 2015 年千年发展目标 and 具体目标方面的进展

A. 到 2015 年艾滋病毒的性传染率减少 50%

图一

2001-2013 年各区域 15 岁或以上新增感染艾滋病毒人数



资料来源：艾滋病署 2013 年估计数。

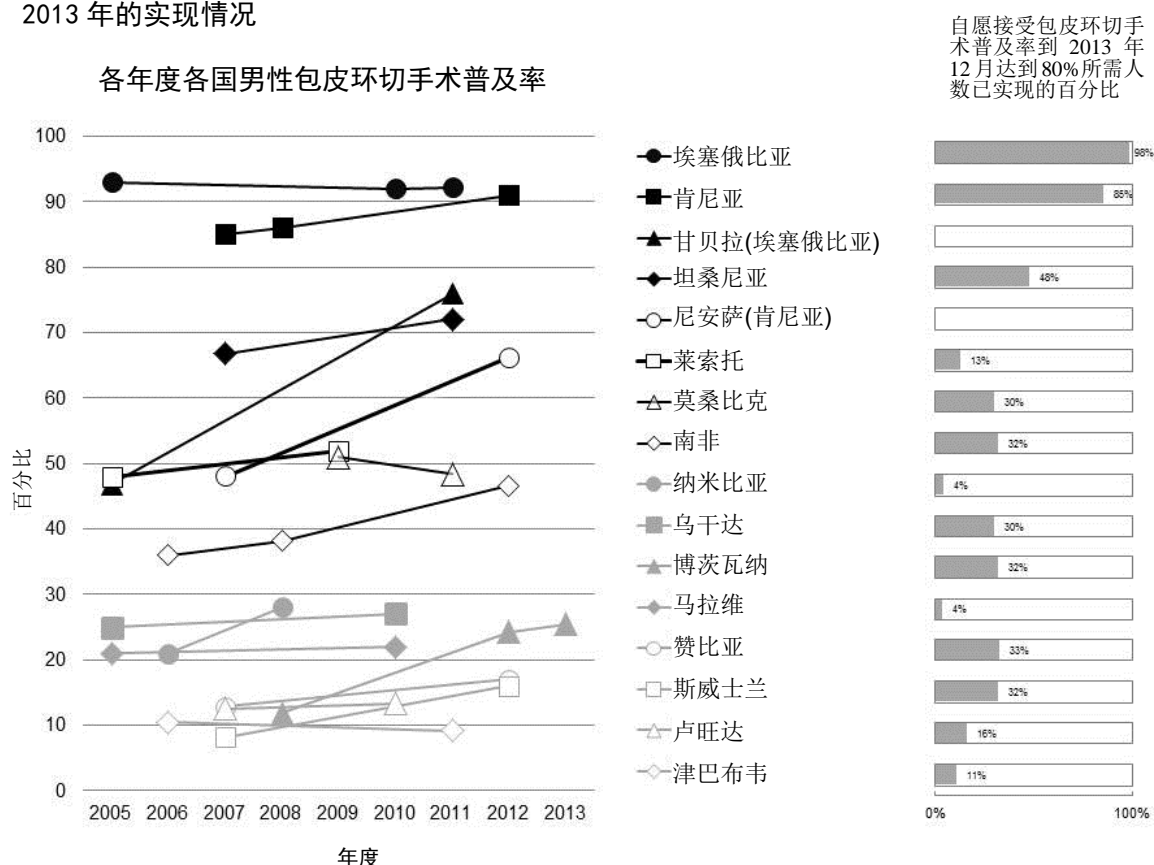
11. 在世界大多数地区，成人新增感染艾滋病毒的人数继续下降。2013 年年底，全球有 210 万人(190 万至 240 万人)新增感染艾滋病毒，比 2001 年减少 38%(见图一)[1]。

12. 自愿接受艾滋病毒检测的人数有所增加，使更多艾滋病毒感染者知道自己已感染(2013 年占 48%)[1]。在艾滋病毒感染情况最严重的国家尤其如此。越来越多了解自己已感染的人获得治疗，结果证明抗逆转录病毒疗法是减少性传染率的强有力工具。事实证明，“以治疗为预防”和“暴露前预防用药”等抗逆转录病毒疗法是行之有效的预防工具，估计已使艾滋病毒的感染率和传染率分别下降 96%[4]和 86%[5]。

13. 增加男用和女用避孕套的供应量也带来了显著的积极成果，包括降低性传染率，但更多工作要做。2014 年各国的全球艾滋病防治进度报告显示，刚果、马拉维、莫桑比克、坦桑尼亚联合共和国的男子和妇女自报避孕套使用率均有增加，令人鼓舞。然而南非与此不同。虽然早些时候的研究表明该国艾滋病毒感染率的下降与安全套使用率上升相关[6]，但最近的全国问卷调查却显示避孕套使用率有所下降，令人担忧。

14. 在过去两年里，自愿接受男性医疗包皮环切手术(包皮环切手术)的人数大幅度增加。据估计，在重点国家，仅这一项措施就可能使新增感染艾滋病毒人数减少五分之一(见图二)[2]。2013 年，大约 100 万名男子接受了包皮环切手术。截至 2013 年年底，14 个重点国家累计共有近 600 万人已自愿接受医疗包皮环切手术[2]。虽然所有重点国家接受该手术的人生均有增加，但进展程度和速度却有很大差异。在实现到 2010 年有 80%的男性接受包皮环切手术这一目标方面，埃塞俄比亚和肯尼亚的进展最大。该两国将重点放在某几个省份。另外几个重点国家的进展则不大。例如，马拉维和纳米比亚的目标实现率还不到 5%。

图二
2005 至 2013 年 14 个重点国家男性包皮环切手术普及率；80%普及率目标截至 2013 年的实现情况



资料来源：艾滋病规划署的分析，依据 2014 年全球艾滋病防治进度报告数据和国家问卷调查结果。

注：南苏丹和中非共和国无数据。

15. 在减少艾滋病毒的性传染方面，尽管总体上取得了进展，但并非所有国家和地区都取得了进展，因此使性传染减少 50%这一目标很可能无法实现。2005 年至 2013 年，中亚和东欧新增感染人数增加了 5%，中东和北非成人新增感染人数增加了 31%[2]。

16. 各国关键人群的感染率几乎都偏高。事实上，在全世界所有新感染艾滋病毒的成年人中，大约 40%可能来自关键人群及其亲密伴侣[7]。在许多国家，一系列社会障碍和结构性障碍使妇女无法获得艾滋病毒预防、检测、治疗、护理服务，致使她们的艾滋病毒传染率高于男子。此外，不利的法律框架也使某些群体遭到排斥，妨碍其获得艾滋病毒防治服务、接受性健康及生殖健康服务、行使相关权利，因而导致关键人群中的传染率上升。

17. 迫切需要加紧设立和开展艾滋病病毒预防方案活动(包括生理、行为、体制、社会等方面的措施), 目标是被艾滋病防治工作遗漏的关键人群, 途径是将重心转移到工作进展缓慢的关键地区。通过评价国家社会保护方案获得的证据表明, 现金转移能减少危险的性行为, 特别是减少妇女和女童的此种行为, 从而有助于防止感染艾滋病病毒[8]。例如, 马拉维执行一项现金转移计划, 每月向未婚女孩和女青年(13至22岁)发放10美元, 结果使感染艾滋病病毒的风险降低了60%[9]。此外, 还需要推广传统的行为促变方法, 如社区同伴教育, 同时进行媒体宣传, 开展综合性教育, 采取预防措施, 包括提供更多避孕套。

B. 到2015年使注射毒品使用者的艾滋病病毒传染率降低50%

18. 据估计, 世界上有近1 270万人使用注射毒品, 几乎每个国家都有注射毒品使用者[10]。约170万注射毒品使用者(即上述全球总人数的13%)为艾滋病病毒感染者[1]。2013年对30个国家进行的问卷调查表明, 女性注射毒品使用者的艾滋病病毒流行率高于男性注射毒品使用者, 流行率分别为13%对9%[11]。

19. 目前, 注射毒品使用者的艾滋病病毒流行率比其余的成人高28倍[1], 因此成为高风险群体, 非常需要协调一致地对其采取重点措施, 以加速防治进展。

20. 2010至2013年, 全球注射毒品使用者新增感染人数仅减少10%[1], 减幅仍不够大。在此期间, 泰国、乌克兰、越南报告的注射毒品使用者新增感染艾滋病病毒人数减幅最大, 但在亚太、中亚、东欧某些国家, 该群体的艾滋病病毒感染率原有的缓慢进展变为明显上升, 升幅在18%至31%之间[1]。

21. 有明确科学证据显示, 减低危害方案(包括消毒针头及针筒方案、阿片类药物替代疗法)对注射毒品使用者预防感染艾滋病病毒有作用。然而, 许多国家在获得承诺和足够资金(特别是国内资金)方面仍面临挑战。在192个国家中, 有80个报告说其提供阿片类药物替代疗法, 但仅33%的国家报告高普及率[12]。这意味着, 全球只有26个国家提供的阿片类药物替代疗法能为降低注射毒品使用者的艾滋病病毒传染率发挥作用[13]。

22. 在全球各地, 消毒针头针管普及率均低于20%, 每名注射毒品使用者获分配的清洁针头针管平均不到两个。目前的实际需要为该数字的100倍, 即每名注射毒品使用者每年需要200个清洁针头[14]。

23. 在世界上多数国家, 拥有和使用毒品均属犯罪行为, 因此毒品管理政策也都由执法当局而不是卫生当局负责。这种情况往往会妨碍(在某些情况下还会阻止)注射毒品使用者获得保健服务, 包括获得艾滋病病毒预防、检测、治疗、护理, 也包括获得相关的性健康和生殖健康服务及权利。据世界银行一份分析报告估计, 在感染艾滋病病毒的注射毒品使用者中, 大约只有十分之一的人接受抗逆转录病毒治疗[1]。事实表明, 许多国家将使用毒品定为刑事犯罪还导致侵犯人权行为。在柬埔寨、中国、马来西亚、越南, 许多毒品使用者在监狱和毒品使用者拘留中心

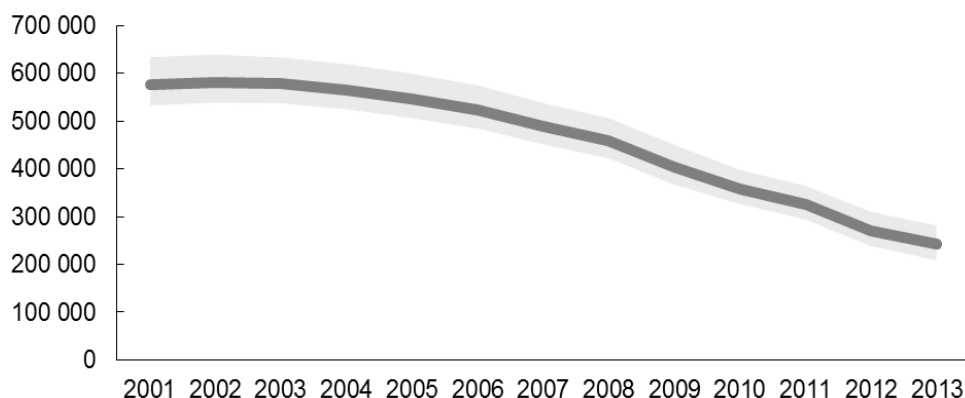
忍受非自愿治疗。同时，监禁又进一步增加了感染艾滋病毒的风险。在一些情况下，被监禁者的艾滋病毒感染率可高达一般人的 50 倍[14]。囚犯很少有机会或者没有机会获得避孕套、消毒针头针筒、阿片类药物替代治疗，而且往往实施无保护性行为和高风险毒品注射行为。毒品使用者因为害怕警察采取行动，还会回避降低风险措施，以免引起怀疑或暴露自己的活动。

24. 处于上述种种原因，在实现到 2015 年将注射毒品使用者的艾滋病毒传染率降低一半这项目标方面，进展十分缓慢。必须紧急处理的一个问题是：无论在社区还是监狱，注射毒品使用者都缺少方便、有针对性、高质量的减低危害服务。为此，必须承诺更多投资，还必须让注射毒品使用者参与设计和实施降低危害服务，以确保此类服务适合注射毒品使用者的需要。关于世界毒品问题的大会特别会议将于 2016 年举行。这是一次重要机会，可就毒品管制政策达成共识，更好地解决注射毒品使用者的需要。还迫切需要为注射毒品使用者大幅度增强针头针筒方案、阿片类药物替代疗法等循证药物依赖治疗、艾滋病毒检测和咨询、抗逆转录病毒疗法。建议特别注重解决女性注射毒品使用者的问题，包括解决她们往往面临的污名化、虐待、暴力行为(包括亲密伴侣的暴力行为)等问题。

C. 杜绝儿童感染艾滋病毒，降低产妇死亡率

图三

2001-2013 年儿童新增感染艾滋病毒的趋势



来源：艾滋病署，2013 年估计数。

25. 执行了“到 2015 年消除儿童中新增艾滋病毒感染并使其母亲存活下去的全球计划：2011-2015 年”中的建议之后，取得了重大进展(见图三)[14]。这包括协调扩大规模的综合服务，以便：(a) 防止育龄妇女新增感染艾滋病毒；(b) 防止感染艾滋病毒的妇女意外妊娠；(c) 防止艾滋病毒的母婴传染；(d) 向感染艾滋病毒的妇女及其子女和家庭提供持续治疗、护理和支持。

26. 2013 年, 67% 感染艾滋病病毒的孕妇接受抗逆转录病毒治疗, 防止传染给子女, 2014 年前 6 个月增幅达 13% [2]。因此, 2002 年至 2013 年全世界新增感染艾滋病毒的儿童减少了 58% [1]。据估计, 2009 年至 2013 年, 因提供了更多的抗逆转录病毒治疗, 使得 90 多万儿童免于感染艾滋病毒 [1]。

27. 不过, 进展还不平衡, 妇女初级艾滋病预防方面仍然存在显著的差距, 包括育龄妇女和感染艾滋病病毒女性的计划生育需求未得到满足, 尤其是在负担沉重的国家。此外, 并非所有孕妇都得到抗逆转录病毒治疗; 在许多国家, 并非所有孕妇都得到艾滋病毒检测。

28. 需要改善向产后哺乳母亲继续提供抗逆转录病毒疗法的工作。艾滋病署估计, 2013 年, 一半以上的母婴传染发生在母乳喂养期间, 现在这比怀孕和分娩期间的传染都多。在整个哺乳期提供抗逆转录病毒治疗, 可以减少哺乳期把艾滋病毒传染给婴儿的危险。需要更快地调整最有效的治疗方法, 包括终生提供抗逆转录病毒疗法, 还包括协助产妇持续接受护理, 以确保感染艾滋病毒的母亲的孩子可以安全地接受母乳喂养, 母亲也可过上健康的生活。

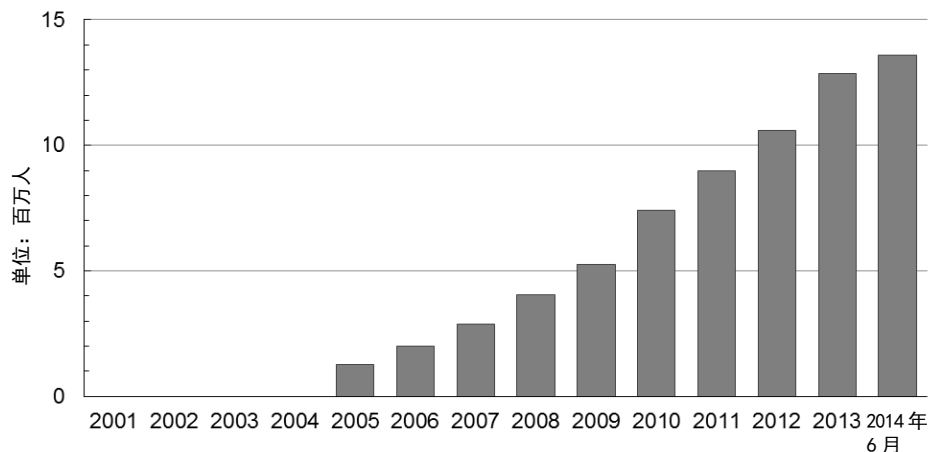
29. 接触或感染艾滋病毒的儿童得不到服务。2013 年, 只有 42% 接触艾滋病毒病的婴儿在出生后两个月内接受过婴幼儿早期诊断, 而接受诊断服务的婴儿中仅一半得到诊断结果 [11]。感染艾滋病毒的儿童也得不到治疗, 儿科抗逆转录病毒治疗又远比成人有限。在全球范围内, 只有 24% 的感染艾滋病毒儿童 (共 762 921 人) 获得治疗, 而成人的比例是 38% [1]。有关拟定儿科抗逆转录病毒治疗方案的问题 (包括如何找到合适的剂量和正确的口味配方) 也仍然是一个挑战。2014 年 12 月, 艾滋病署方案协调委员会在其第三十五次会议上探讨解决这些问题, 要求艾滋病署与合作伙伴合作, 建立一个全球性平台, 协调儿科治疗措施, 从而最大限度地协调和发挥影响。

30. 只有作出更多努力, 防止育龄妇女新发感染, 更多地满足感染艾滋病毒妇女的计划生育需求, 才能减少新发感染艾滋病毒的儿童人数。紧急、有效地采纳 “2013 年世界卫生组织防治孕妇、母亲和儿童感染艾滋病毒的指导方针”, 再加上大幅度提高母婴传染预防措施的普及率, 能显著降低艾滋病毒传染给婴儿的风险, 使其低于 5% [15], 同时也提高产妇生存率。这方面还应采取补充措施, 普及早期婴幼儿及儿童诊断和治疗。为此将需要加强保健体制和机制, 跟踪母婴保健状况, 确保产后母亲和婴儿都获得护理。

D. 到 2015 年为 150 万艾滋病病毒感染者提供救命的抗逆转录病毒疗法

图四

2005 年至 2014 年 6 月所有国家接受抗逆转录病毒治疗人数



来源：艾滋病署，2014 年年中全球艾滋病防治进度报告。

31. 自 1995 年以来，抗逆转录病毒疗法避免了全球 760 万人死亡，自疫情开始以来，拯救了约 4 020 万生命年[1]。经深入工作，充分利用抗逆转录病毒疗法的治疗和预防成效以来，艾滋病病毒感染者接受救命的抗逆转录病毒治疗的人数增加显著。2014 年 6 月底，全球接受这种治疗的患者人数达 1 360 万人(见图四)，因此全世界可以实现到 2015 年底接受抗逆转录病毒治疗的人数达 1 500 万人的目标。在需求最紧迫的一些区域，如撒哈拉以南非洲地区，抗逆转录病毒治疗普及率升幅最大，4 名患者中有 3 人在接受艾滋病病毒治疗。

32. 实现 1 500 万人的目标指日可待，但全球进展并不一致，显著的差距依然存在。共有 2 200 万名患者(即 5 名感染艾滋病病毒者中有 3 人)仍不能获得抗逆转录病毒治疗[3]。虽然数字正在改善，但儿童和青少年仍严重缺少相关服务：4 名感染艾滋病病毒的儿童中有 3 人接受不到治疗。某些重点人群，例如妇女，也不能获得和(或)坚持治疗，原因是服务普及率不高、实行惩罚性法律、一些行为被定为刑事犯罪、性别不平等、贫穷、恐惧、污名化和歧视等。

33. 限制艾滋病病毒感染者接受抗逆转录病毒疗法的因素包括：费用高昂(尤其是儿科治疗费用高昂)，无法确保充分持续地采购和供应高品质、实惠的抗逆转录病毒治疗，社会、法律和人权方面的限制因素难以化解。诊断结果也得不到充分利用。艾滋病病毒感染者中，52% 不知道自己已感染[1]，被确诊为艾滋病病毒抗体阳性者也不一定获得病毒载量检测[11]。

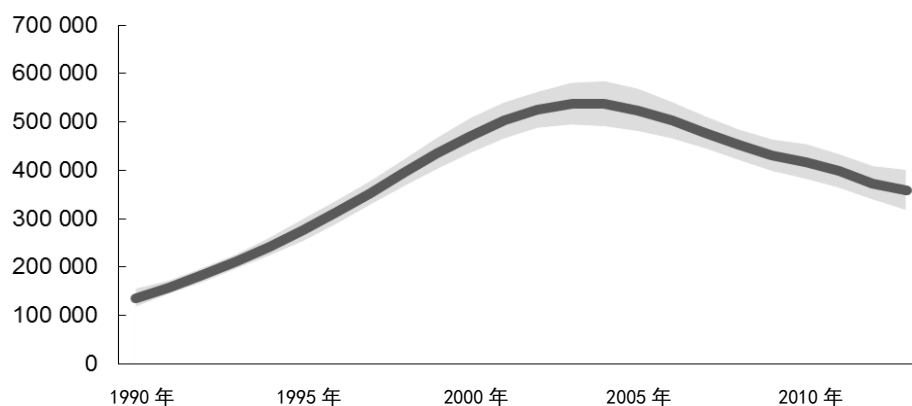
34. 今后 5 年内，需要持续快速普及治疗，以加快进展，终结艾滋病的流行，特别是就妇女和女童(尤其是哺乳期妇女)、青少年和儿童、注射毒品使用者、男男性行为者和性工作者而言。为此，2014 年第二十届国际艾滋病大会发起了 2015

年后时代艾滋病毒治疗新目标。“90-90-90”目标规定，到2020年，90%艾滋病毒感染者都知道自己已感染，90%确诊感染艾滋病毒者将得到持续的抗逆转录病毒治疗，90%接受抗逆转录病毒疗法的患者受到病毒抑制。为实现这些目标，需要大力加强保健系统，以聪明、专注的方式投资于具有最高成效的干预措施，向所有被忽略的患者提供有针对性的治疗服务。

E. 到2015年使感染艾滋病毒而死于结核病的人数减少一半

图五

1990-2012年死于艾滋病毒/结核病的人数



资料来源：世卫组织，《2014年全球结核病报告》。

35. 全球艾滋病毒感染者中死于结核病的人数继续下降，2013年降至36万人，比高峰年度2004年减少36%^[1](见图五)。不过，到2015年使艾滋病毒感染者死于结核病的人数减少一半这一目标似乎不大可能实现。

36. 2013年，290万结核病患者有已记载的艾滋病毒检测结果，检测普及率比2004年提高15倍。不同国家和地区艾滋病毒感染者的结核病检测普及率差别很大，最低的是印度尼西亚，为2%，最高的是卢旺达，为98%。2012年至2013年，全球结核病患者艾滋病毒检测普及率的提升速度减慢^[16]。

37. 艾滋病毒感染者受结核病双重感染的风险要高得多。他们同全球其他成年人人口相比，患结核病的几率高出29倍。2013年，全球结核病患者大约为900万人，其中艾滋病毒感染者占110万人(13%)。这些感染者只有32%开始了救命的抗逆转录病毒治疗，因此需要加大力度，提高检测和治疗的普及率^[16]。

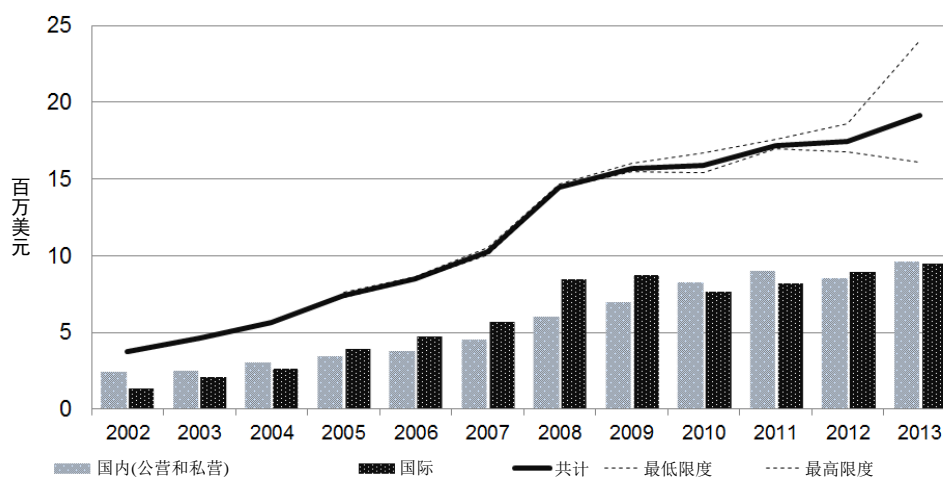
38. 迫切需要创新，重振防治工作，通过提高结核病筛查和艾滋病毒感染者治疗方案的普及率、时效和效益，解决结核病和艾滋病毒同时感染问题。卫生保健系统必须落实世卫组织关于提供防治结核病和艾滋病综合服务的建议，包括向所有艾滋病毒感染者和结核病患者提供抗逆转录病毒治疗和复方新诺明预防性治疗，

向结核病患者提供艾滋病毒预防服务，以及向无显性结核病症的艾滋病毒感染者提供异烟肼预防疗法。

F. 到 2015 年消除全球艾滋病防治工作上的差距

图六

2002–2013 年国际和国内防治艾滋病供资(中低收入国家估计数)



来源：艾滋病署 2014 年估计数。

39. 2011 年和 2012 年间，防治艾滋病的投资没有增长，但在 2013 年底，低收入和中等收入国家防治艾滋病毒的年度投资上升至 191 亿美元，增长 2.5 亿美元[2]。资源增长的主要动因是国际供资边际上升，来源于美国政府和全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金，同时获得持续的国内供资。

40. 2006 年至 2013 年，约 75 个低收入和中等收入国家的国内防治艾滋病投资增长 50% 以上。但是，因商品价格下降，或因经济因素不利于增加支出，一些国家支出下降，减缓了国内公共供资的增长。

41. 截至 2014 年 12 月，几个国家或是拟定、或是实施了防治艾滋病可持续投资计划，包括重新注重高影响的干预措施(如针对重点人群和场所的干预措施)，加强，对增加国内艾滋病支出的承诺，更多考虑创新融资机制。一些非洲国家正在私营和公共部门成功将此项投资纳入主流，要求不同经济部门向防治艾滋病毒工作拨出预订的预算款项。这方面莱索托和斯威士兰成绩显著[17]。

42. 许多国家的艾滋病防治工作缺少稳定资金来源，而且预计国际援助将不会增加，妨碍了进展，并可能影响艾滋病毒防治服务的扩展。2013 年，实际的国际支出略有上升，但传统资金来源的新供资承诺减少了 3% [18]，而且防治所需资源与投资之间仍有显著的差距。

43. 需要加速努力，确保资金达到所需的水平，降低费用，提高效率，以便快速终结艾滋病的流行。要实现供资目标，就必须找到稳定、可持续、逐步增多、无严重副作用的创新融资机制，用于经济、政治或社会发展。私营部门投资具有巨大潜力，也应用来帮助堵上资源缺口。

G. 消除性别不平等和基于性别的虐待和暴力，提高妇女和女童防范艾滋病毒的能力

44. 妇女受艾滋病毒的影响仍然大于男性，特别是在高负担国家和区域。事实上，艾滋病毒是全球育龄妇女死亡的主要原因。从全球来看，2013年，年轻人(15-19岁)新增感染者的64%是女性[1]。撒哈拉以南非洲15-24岁的女青年感染艾滋病毒的可能是男青年的两倍。女性性工作者、变性妇女和女性注射毒品使用者、男性注射毒品使用者的女性伴侣的情况更糟，其感染艾滋病毒和遭受暴力的情况高于一般妇女。

45. 在一些情况下，有害的性别规范和根深蒂固的性别不平等观念使女性更有可能感染艾滋病毒。此类情况包括助长不安全或强迫性行为，控制妇女和对妇女施暴，男子拥有多个性伴侣，同时阻止妇女控制自己的性健康，不让她获得艾滋病毒防治和其他性与生殖健康和权利服务。使妇女更容易感染艾滋病毒的原因还包括受教育机会不平等，其中包括全面的性教育和艾滋病毒防治教育，很难获得固定收入和就业，缺乏经济安全，以及暴力和恐惧。这反过来又导致一些人参与高风险活动，如性交易，同时也阻止妇女了解和交流艾滋病病毒感染情况。

46. 世界许多地方依然存在大量基于性别的虐待和暴力，特别是在许多低收入和中等收入国家，或反复发生冲突的区域。据2013年世界卫生组织报告，世界上3名妇女中就有一名报告遭受亲密伴侣的人身暴力或性暴力，或两者兼有[19]。基于性别的虐待和暴力也影响被认为表现出不符合性别行为的男子和男孩(包括变性人)。在一些国家，基于的看法，一些男人和女人因被认为有某种性取向或性别认同而遭受仇视同性恋者的强奸，又被称为“矫正强奸”。

47. 有研究显示，对妇女施暴(特别是来自亲密伴侣的性暴力和人身暴力)的严重程度与妇女感染艾滋病毒的风险增大之间相互关联[20]。研究还表明，感染艾滋病病毒的妇女因其感染状况而更容易遭受暴力。大不列颠及北爱尔兰联合王国对191名女性艾滋病毒感染者进行的一项调查显示，其中50%的人报告自己遭受过亲密伴侣的暴力[21]。针对感染艾滋病毒妇女的其他形式暴力行为包括施加机构暴力和侵犯人权，如强迫或强制绝育或堕胎(有时作为接受抗逆转录病毒治疗的条件)，还包括不予生殖保健，例如计划生育服务等。

48. 关于消除性别不平等和性别暴力和虐待的承诺尚未兑现，但正在取得可见的进展(不过进展并不稳固)。2013年109个提交报告的国家中，有100个国家表明，

消除性别不平等是国家的优先事项；更多国家采取政策、法律或规范，减少对妇女的暴力行为，包括性侵犯。这些国家在一贯提交报告的国家中，从 2012 年占 90%，上升至 2014 年的 92%[22]。2012 年和 2013 年之间，68 个国家感染艾滋病毒或受艾滋病毒影响的妇女和女孩的领导能力也得到了加强。一些国家扩大了国家供资，促进男性参与，从而促进性别平等。不过，报告女性艾滋病毒感染者参与国家艾滋病防治工作正式规划和审查机制的国家的比例从 2010 年的 66% 下降到 2012 年的 61%[22]。

49. 虽然各国政府的承诺是令人鼓舞的，但还迫切需要更始终如一地把承诺化为强有力的行动。当务之急包括强化保护妇女和女童免受性暴力和性别暴力的国家和国际行动，还包括为妇女领导和参与今后的艾滋病防治战略而投资。研究表明，通过增强女性的经济权能，可增强其寻求安全性行为的能力，还可使其更有能力负担和获得艾滋病毒检测和咨询服务以及抗逆转录病毒治疗[23]。因此，必须使妇女成为“变革的推动者”，包括让妇女有机会参与关键的议程制定活动，还包括动员基层妇女参与这方面的工作。

H. 消除艾滋病毒引起的污名化、歧视、惩罚性法律和做法(促进确保充分实现所有人权和基本自由的法律和政策)

50. 有一次以上人口与健康调查国家的数据显示，对艾滋病毒感染者持接受态度者的比例有一定增加，妇女平均从 37% 增加至 51%，男性从 45% 增加至 55%。但是，艾滋病毒引起的污名化与歧视在全世界许多国家仍然普遍存在。

51. 污名化与歧视以及惩罚性法律、政策和做法滋生重大的侵犯人权行为、促成恐惧并妨碍面临艾滋病毒感染风险的人和艾滋病毒感染者获得他们需要的法律保护以及补救、信息和服务。由于污名化与歧视态度，艾滋病毒感染者及重点人群和高危人群得不到保健服务，得不到或失去就业和受教育机会，并受到家庭和社区的排斥。八分之一的艾滋病毒感染者报告他们得不到保健服务，九分之一由于艾滋病毒抗体阳性而被剥夺就业机会。艾滋病毒感染者污名化指数显示，艾滋病毒感染者的失业率比全国失业率高三倍[1]。

52. 将重点人群定为刑事犯罪者的情况也继续普遍存在。60% 的国家报告仍在实施阻碍重点人群和高危群体得到有效艾滋病毒预防、治疗、护理和支助的法律、法规或政策。共有 79 个国家将同性性关系定为刑事犯罪，而大多数国家将性工作的某些方面和使用毒品定为刑事犯罪。60 多个国家制定法律专门将隐瞒、接触和传染艾滋病毒的行为定为刑事犯罪。至少有 49 个国家对艾滋病毒感染者，包括对没有艾滋病毒传染危险的行为提出过于宽泛的起诉。

53. 研究表明，对污名化与歧视的恐惧也可能与对暴力的恐惧有关，这一恐惧使许多艾滋病毒感染者即使对家庭成员和性伴侣也不敢透露自己的状况，从而削弱了他们接受和坚持治疗的能力和意愿。研究还表明，凡存在与性工作有关的惩罚

性法律的地方，性工作者的艾滋病毒相关知识和获得服务的机会便较少，而艾滋病毒感染率较高[24]。

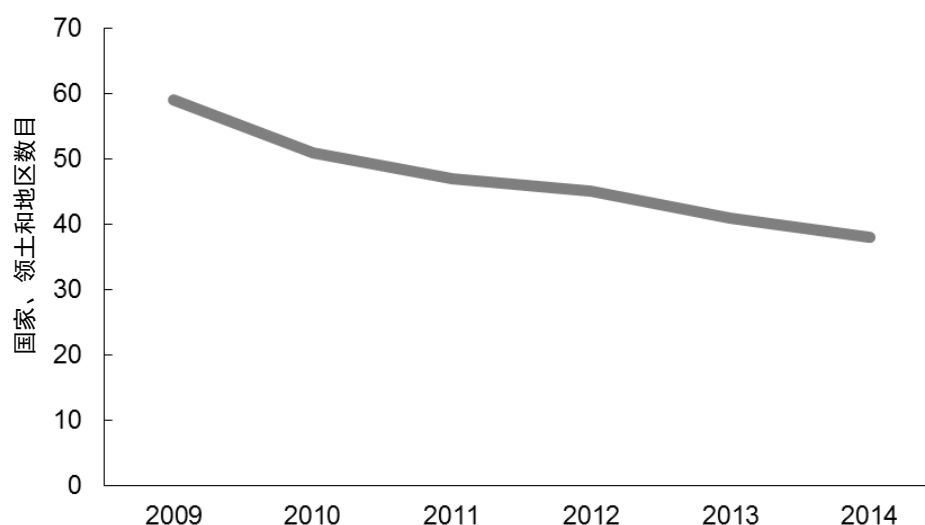
54. 在许多国家，国家艾滋病毒方案日益重视人权问题，同时努力实现零歧视目标。例如，摩洛哥和泰国制订了国家艾滋病毒计划，具体目标围绕减少污名化、歧视以及侵犯人权行为，并包括了 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》规定的主要人权方案。在 109 个国家中，共有 103 个已确定将消除污名化与歧视作为国家优先事项，61% 的国家已报告有保护艾滋病毒感染者的反歧视法律[25]。

55. 需要立即采取步骤，以便能够审查法律和政策框架，使它们符合人权义务和国际劳工权利文书。旨在减少艾滋病毒引起的污名化与歧视的方案，应当帮助感染艾滋病毒或罹患艾滋病者增强社会和经济能力。特别应帮助妇女和女童，因为她们往往遭受一种或多种污名化与歧视。方案的实施办法应促进平等、不歧视、问责，并使重点人群和艾滋病毒感染者能够参与并获得兼顾。

I. 消除与艾滋病毒有关的入境、停留和居住限制

图七

随时间的推移实行与艾滋病毒有关的旅行限制的国家、领土和地区数目



资料来源：艾滋病署，2014 年。

56. 2011 年《政治宣言》使取消一切与艾滋病毒有关的入境、停留和居住限制成为努力实现零歧视的关键优先事项(见图七)。经过艾滋病署的技术支助和政治接触，来自不同区域的 3 个国家(澳大利亚、科摩罗和塔吉克斯坦)取消了限制，或者澄清说本国在 2014 年没有限制。这些国家因此加入了大约 140 个不实行任何与艾滋病毒有关的旅行限制的国家、领土和地区的行列。

57. 尽管艾滋病毒感染者的行动自由日益扩大，但仍有 38 个国家、领土和地区保持某种形式的与艾滋病毒有关的旅行限制。其中 18 个国家授权驱逐被认定为感染艾滋病毒的外国人[26]。移徙工人在入境、停留和居住方面尤其受到与艾滋病毒有关的限制的影响。例如，中东许多国家对申请获得工作签证或续签的移徙工人实行强制性艾滋病毒检测。这些做法不仅损害开放的国际征聘，有可能破坏各国防治艾滋病毒的努力，而且还侵犯了健康权、隐私权、尊严权。

58. 保持这些限制的国家需要加快法律和监管改革领域的进展。

J. 加强艾滋病毒防治工作的整合(将其纳入全球总体保健和发展工作)

59. 通过将艾滋病毒防治工作纳入总体保健系统和发展工作，在消除并行系统方面取得了重大进展。许多国家已着手将防治艾滋病毒服务与结核病、性健康与生殖健康和权利(包括孕产妇保健、计划生育、性传染、宫颈癌和性别暴力)以及儿童保健服务加以整合。在卢旺达，消除艾滋病毒母婴传染的工作促成了防治艾滋病毒服务与其他性与生殖健康和权利服务的整合。通过这一整合，在单个保健设施内就可提供孕产妇和新生儿保健服务、计划生育、艾滋病毒咨询和检测、抗逆转录病毒治疗以及性别暴力和性传染方面的服务。

60. 尽管对整合工作承诺的程度令人鼓舞，但由于许多国家处于进程的不同阶段，还有更多的工作要做。需要加强对消除并行制度的领导和承诺，同时需要加强联合规划和实施，增加对提供综合服务(包括基础设施、培训、管理以及监测和评价)的投资，并改进跨部门合作。防治艾滋病毒服务(包括抗逆转录病毒治疗)与非传染性疾病的治疗之间需要进一步整合。防治艾滋病毒服务与社会保护、就业、粮食安全、人权、执法司法、减贫、教育、社会服务等非卫生部门之间的联系也需要进一步加强。

61. 随着防治艾滋病毒服务整合到更广泛的保健和发展议程的进展中，必须持续集中努力，确保艾滋病毒感染者的特殊需要继续得到解决和满足。同样重要的是，实现服务整合的办法必须符合具体国家的疫情和受影响的人群，以确保综合对策符合当地的情况。

四. 促进实现千年发展目标

目标 3：促进性别平等并增强妇女权能

62. 促进性别平等并增强妇女权能是全球艾滋病防治的一个组成部分。虽然实现与性别平等和增强妇女权能有关的具体目标仍有很长的路要走，但艾滋病毒干预措施在这方面的影响已开始显示出来。例如，通过现金转移帮助妇女和女童增强经济权能和坚持上学，正在对高风险的性行为产生直接的影响。然而，需要做更多的工作，以增进妇女权能，解决影响妇女和女童应对艾滋病毒挑战能力的结构

性性别障碍和不利的权力关系。需要采取关键的行动，以确保女青年和女童能够上学并坚持上学，使妇女感到安全并能控制自己的性健康，使妇女更大程度地参与领导、决策和提供服务，并进一步增进妇女的法律权利和司法救助。

目标 4：降低儿童死亡率；目标 5：改善孕产妇保健

63. 艾滋病防治工作通过一系列保健干预措施，有助于实现减低儿童死亡率和促进孕产妇保健的目标。防治艾滋病毒服务和性健康与生殖健康和权利服务的整合对实现千年发展目标具体目标 5B(即实现普遍享有生殖保健)方面取得的进展发挥了关键作用。通过减少艾滋病毒母婴传染，5 岁以下儿童的死亡率已有所改善，但要确保感染艾滋病毒的儿童能得到治疗，还有很长的路要走。

目标 6：与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争

64. 通过扩大改变行为的方案活动，促进了避孕套的使用，提高了对艾滋病毒的了解，在实现具体目标 6A 和 6B 方面促成了重大进展。虽然父母一方或双方死于艾滋病的儿童数字仍然高得惊人(2013 年全球这一人数增加到 1 770 万人，其中撒哈拉以南非洲 1 510 万人[3])但最近对减轻艾滋病对家庭和社区影响的干预措施进行的投资已产生了显著的影响。今天，10 至 14 岁孤儿和非孤儿入学人数接近相等。

五. 2015 年后时代的艾滋病问题

快速行动，到 2030 年结束艾滋病的流行

65. 目前已有的工具使 2030 年结束艾滋病的流行有很大的可能性，全球对此已有共识。艾滋病署的模型研究显示，今后 5 年是一个重要的机会之窗，可以通过加速行动和投资实现这一目标。然而，进展不平衡、持续的污名化与歧视、性别不平等、惩罚性法律、资金不足和不稳定、重点人群缺乏有充分针对性的艾滋病毒预防、治疗和护理，意味着许多人得不到防治服务。如果全球社会不能以应有的干劲加快努力，使防治工作适应最迫切的需要，艾滋病的流行将有可能比以往更加凶险地卷土重来。

66. 经验表明，远大的目标能够推动进展、加强问责制、团结利益攸关方。为此，联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署除了与各国合作制定和执行“90-90-90”治疗目标外，还在制订 2020 年补充预防和不歧视目标。这些雄心勃勃但有可能实现的目标一旦兑现，到 2030 年将有效制止艾滋病流行这一公共健康危害，避免 1 800 万人成为新增艾滋病毒感染者，使 1 120 万人免于死亡。[2]

67. 要创造使消除艾滋病疫情带来的公共健康危害成为现实所需的势头，今后 5 年迫切需要针对重点地点和人群展开前期投资并迅速加快预防方案活动。这一方案活动应包括：促进正确和持之以恒地使用避孕套，实施自愿医疗包皮环切手术

方案，执行现金转移方案、对性工作者、男男性行为者、变性者、注射毒品使用者开展宣传方案活动。此外，还应保证性工作者、男男性行为者、高流行率环境中血清不一致的夫妇和流行率极高环境中的青年妇女都能获得接触前预防。

68. 为解决需要，低收入国家估计到 2020 年每年需要投资 97 亿美元，而中等收入国家的投资必须达到 87 亿美元。要实现这一投资水平，所有中低收入国家必须将国内供资增加到能够反映其艾滋病毒防治负担的水平。中低收入国家的防治工作应争取在更大程度上实现自筹资金，但艾滋病毒防治负担沉重的国家将继续需要大量的捐助者支助。中上收入国家应立即采取步骤，开始过渡到防治工作自筹资金。

69. 为了结束艾滋病的流行，防治工作必须有针对性、有活力、可持续，不让任何人被遗漏。这包括所有利益攸关方致力于建设强有力、灵活的保健系统、创新供资机制，还包括针对最需要帮助者或风险最高者进行高成本效益的战略性资金分配，并采取高效的干预措施。必须调整短期的政治优先事项，以确保建立产生长期健康、发展、经济回报的政策和方案。这些做法反过来应以保护和促进人权和性别平等以及全球团结和共同责任的原则为基础。定于 2016 年召开的艾滋病毒/艾滋病问题大会高级别会议是一个潜在的变革机会，可在结束艾滋病流行病方面加强全球决心，加倍作出战略性努力。

艾滋病和 2015 年后可持续发展议程

70. 对防治艾滋病的快速投资，未来的回报不限于在控制艾滋病疫情方面。艾滋病推动的对整合和加强保健系统的投资直接影响到一系列其他可持续发展挑战。西非埃博拉病毒的爆发使与艾滋病有关的保健系统的投资和改善以及艾滋病防治工作者所拥有的专门知识的价值得到高度重视。2014 年，艾滋病防治工作取得的专门知识迅速得到利用，途径包括艾滋病署工作人员自愿调动到受影响最严重的国家，还包括秘书长和联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署执行主任和副主任进行相关的访问。经济及社会理事会 2013 年 7 月 22 日第 2013/11 号决议确认全球艾滋病防治取得的经验教训可为执行整个可持续发展议程发挥作用(第 8 段)，并确认艾滋病署为联合国 2015 年后如何加强战略统一性、促进协调、采用注重成果方式、增强国家一级成效提供了一个有益例子(第 9 段)。

六. 建议

71. 为巩固过去的成就和利用未来的机会，国际资金来源、各国政府、民间社会、联合国系统和其他重要伙伴需要致力于采取以下行动：

- 目前得不到服务的某些地点和人群必须成为 2015 年后艾滋病防治工作的重点，以确保资源和方案活动针对和顺应需要，并建立在人权和性别

平等的基础上。艾滋病毒感染者和重点人群必须充分参与艾滋病防治工作，并应积极参与确定优先事项和执行方案。

- 2015 年后时代必须保持对艾滋病的高度重视，以确保目前的成果得到维护和扩大，并利用这一机会，实现到 2030 年结束艾滋病流行的目标。这包括确保促进艾滋病防治工作与 2015 年后可持续发展议程相结合，特别是在减少贫穷、创造就业和增强妇女和女童权能方面。
- 必须严格执行实现零歧视的目标。必须制定和监测衡量污名化、歧视和侵犯人权行为减少程度的指标。还必须制定查明和处理侵犯人权行为的相关制度，以便能够治疗和预防新增艾滋病毒感染，保护艾滋病毒感染者和艾滋病患者的尊严。同样至关重要的是培训法律专业人员，包括培训向艾滋病毒感染者和艾滋病患者提供支持的 legal 专业人员[27]。
- 应扩大加强艾滋病毒预防、治疗、护理和支助的社会保护方案，特别是艾滋病毒高感染率国家的青年妇女的现金转移方案[28]，使其发挥最大影响。
- 必须尽可能提高效率，确保资源得到有效利用，以便在最需要的人群中发挥最大的影响。这包括努力改进后续行动和确保坚持治疗。
- 2015 年后时代艾滋病防治工作未来的成功取决于这项工作是否获得充足的资金。应鼓励各国根据各自的经济状况和疫情增加国内供资。低收入国家的大部分资源需要继续由捐助国提供。国际资金提供方应重申其承诺，按照全球团结、分担责任和善治的原则，支持 2015 年后时代的艾滋病防治工作。为此，中上收入国家则应开始过渡到国家防治工作大部分实现自筹资金。
- 应通过复制和推广在艾滋病防治中形成的行之有效的公私伙伴关系，扩大私营部门的投资。
- 全球艾滋病防治取得的知识、专长和经验教训应在 2015 年后时代得到利用，以协助解决可持续发展方面的其他复杂挑战。这包括汲取经验教训，例如学习联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署如何以独特方式加强战略统一性、促进协调、采用注重成果方式、实施包容性治理、增强国家一级级的成效。

参考文献

1. 艾滋病署,《差距报告》(日内瓦,2014年9月)。
2. 艾滋病署,《快车道:2014年世界艾滋病日报告》(日内瓦,2014年10月)。
3. 艾滋病署,《艾滋病毒流行情况估计,2013年》。
4. M.S. Cohen and others, “Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy”, *New England Journal of Medicine*, vol. 365, No. 5 (2011), pp. 493-505.
5. S. McCormack and D. Dunn, “Pragmatic open-label randomised trial of preexposure prophylaxis”, Abstract 22LB, PROUD Study, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, 23 and 24 February, 2015.; and M. Molina and others, “Pragmatic open-label randomised trial of preexposure prophylaxis”, Abstract 23LB, PROUD Study, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, 23 and 24 February, 2015.
6. L.F. Johnson and others, “The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis”, *Journal of the Royal Society*, 18 January 2012。可查询: <http://rsif.royalsocietypublishing.org/content/early/2012/01/11/rsif.2011.0826.full>。
7. 世界卫生组织,《重点人群艾滋病毒预防、诊断、治疗和护理综合指南》(日内瓦,2014年),第8页。可查询: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1。
8. 儿基会,“社会保护方案有助于艾滋病毒预防”,对艾滋病毒有敏感认识的社会保护政策简报。2015年1月。
9. S. J. Baird and others, “Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial”, *Lancet*, vol. 379, No. 9823(7 April 2012), pp. 1320-1329。可查询: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961709-1/abstract>。
10. 联合国毒品和犯罪问题办公室,《2014年世界毒品问题报告》(维也纳,2014年6月)。
11. 艾滋病署,联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)执行主任的报告(日内瓦,2015年1月)。
12. Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014* (London, 2014)。

13. 艾滋病署方案协调委员会，“注射毒品使用者艾滋病毒传染人数减半”，背景说明(UNAIDS/PCB 35/14.27), 2014年12月。可查询：http://www.UNAIDS.org/sites/default/files/media_asset/20141125_Background_Note_Thematic_Segment_35PCB.pdf。
14. 联合国毒品和犯罪问题办公室、国际劳工组织、联合国开发计划署、世界卫生组织和艾滋病署，“监狱和其他封闭环境中的艾滋病毒预防、治疗和护理：全套干预措施”，政策简报(维也纳，2013年6月)。可查询：http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf。
15. 艾滋病署，《倒计时至零：到2015年消除儿童中新增艾滋病毒感染并使其母亲存活下去的全球计划，2011-2015年》(日内瓦，2011年)。
16. 世界卫生组织，《2014年全球结核病报告》(日内瓦，2014年)。
17. 艾滋病署，“艾滋病问题依赖性危机：寻求非洲解决方案”(日内瓦，2014年10月)。
18. Henry J. Kaiser Family Foundation and UNAIDS, “Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries: international assistance from donor governments in 2013” (Menlo Park, California, July 2014)。
19. Claudia Garcia-Moreno and others, “The health-systems response to violence against women”, *Lancet* online, 20 November 2014。
20. D. Durevall and A. Lindskog., “Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us?” *Lancet* online, 20 November 2014。
21. 艾滋病署，“联合妇女：团结起来抗击暴力行为和艾滋病毒”(日内瓦，2014年)。可查询：http://www.UNAIDS.org/sites/default/files/media_asset/JC2602_Unite_WithWomen_en_0.pdf。
22. 艾滋病署，“全球艾滋病防治进度报告：国家承诺和政策工具”，2014年。
23. P. Pronyk and others, “Effect of a structured intervention for the prevalence of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial”, *Lancet*, vol. 368, No. 9551 (2 December 2006), pp. 1973-1983。
24. S. Gruskin and others, “Realigning government action with public health evidence: the legal and policy environment affecting sex work and HIV in Asia”, *Culture, Health and Sexuality*, vol. 16, No. 1 (2014), pp. 14-29。
25. 艾滋病署，《全球报告：艾滋病署全球艾滋病疫情报告》(日内瓦，2013年)。
26. 艾滋病署，“欢迎(与否)”，2015年。可查询：http://www.UNAIDS.org/sites/default/files/UNA064Infographics_7%20v6.pdf。

27. 国际劳工组织,《艾滋病毒/艾滋病与劳动权利:法官和法律专业人员手册》,第二版(日内瓦,2015年)。
 28. 艾滋病署,艾滋病署方案协调委员会第35次会议,2014年12月9日至11日:决定。可查询:http://www.UNAIDS.org/sites/default/files/media_asset/20141212_Decisions_35PCB_meeting_EN.pdf。
-