



大会

Distr.: General
2 April 2012
Chinese
Original: English

第六十六届会议

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

携手消灭艾滋病：实现 2011 年《政治宣言》的各项目标

秘书长的报告

摘要

这是 2011 年 6 月举行的艾滋病毒/艾滋病问题高级别会议以来提交大会的首次报告。那次会议审查了上个十年取得的进展，会员国在会上对一个无新的艾滋病毒感染、无歧视、无艾滋病导致死亡的世界这样一个愿景表示拥护。2011 年《关于艾滋病毒/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》提供了实现这一愿景的路线图，把 2015 年定为取得切实成果的最后时限。会员国承诺为 1 500 万名艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗；努力杜绝新的儿童感染病例，并大幅减少因艾滋病而死的孕产妇人数；将新发生的艾滋病毒性传染及在使用注射药物的人群中的传染均减少 50%；大幅增加艾滋病毒防治资金，目标是每年调集资金 220 亿至 240 亿美元；满足妇女和女孩的需要；消除耻辱和歧视。

今天，国际社会有理由对艾滋病防治工作寄予希望、感到乐观。基本治疗和预防服务的覆盖面扩大，新感染病例和艾滋病所致死亡有所减少，高感染率国家内的年轻人日益采取较安全的性行为。近期的研究表明，抗逆转录病毒治疗使一方感染艾滋病毒、另一方未感染的配偶间艾滋病毒传染风险减少 96%。有鉴于此，一些领导人已开始谈论可能的“艾滋病的消亡的开始”。但在这前所未有的时刻，重大挑战依然存在。关键服务的覆盖面持续存在着很大差距，较高风险人口面临尤为棘手的障碍。惩罚性法律、性别不平等、暴力侵害妇女行为和其他



侵犯人权行为继续使国家对策受挫。特别令人关切的是艾滋病毒防治资金在 2010 年首次出现下降，可能有损国际社会在今后几年中消除覆盖面差距并维持进展的能力。需继续努力，最大限度地发挥艾滋病毒方案与更广泛领域的卫生和发展方案之间的协同增效作用和影响。

本报告总结了 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》各项目标的进展结果。虽说已取得巨大进展，但全世界并未踏上到 2015 年实现目标之路，突出表明所有利益攸关方亟需加倍努力地强化艾滋病毒防治对策。

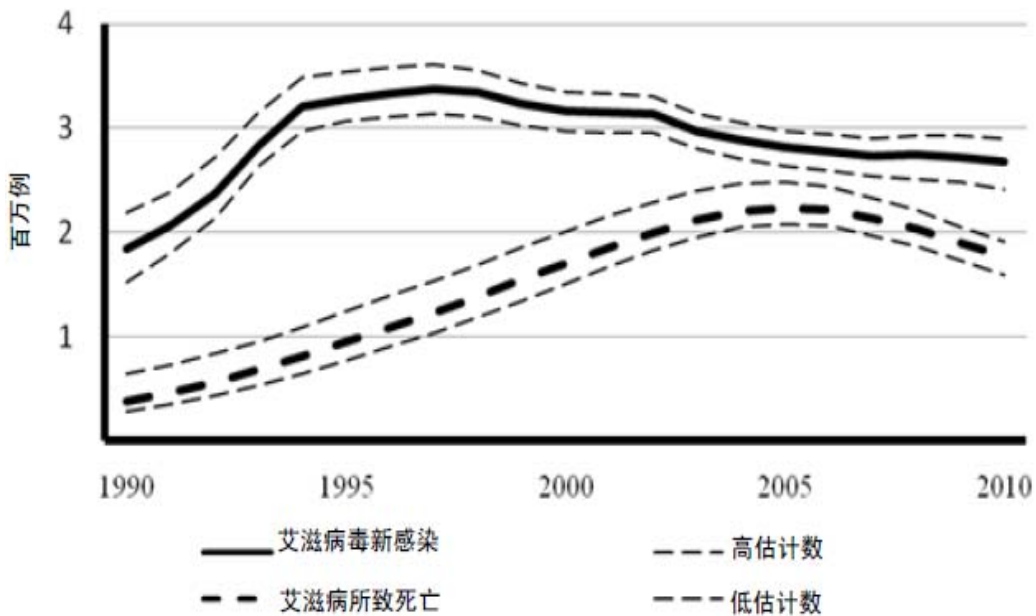
必须调整工作重点以取得真正的成果并消灭这一史无前例的全球流行病。对策必须更加灵验、更具战略性、简化、有效率并以人权为基础。为了加速取得进展并抓住科学研究带来的新机遇，必须承认对防治工作的分担责任。国际捐助者、新兴经济体、受影响国家和其他利益攸关方都必须根据各自能力积极做出贡献。随着更多资源的调集和基本方案的扩大，加紧努力应可为撒哈拉以南非洲的对策更为自主和更可持续打下基石。还需要勇气和决心来应对那些继续有碍进展的挑战，包括缺乏社会正义、平等和公平。

经过 30 多年的奋斗，成功终于在望。

一. 引言

1. 会员国团结在一个无新的艾滋病毒感染、无歧视、无艾滋病导致死亡的世界这一共同愿景周围，在 2011 年《关于艾滋病毒/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》再次集体承诺致力于取得切实成果。《政治宣言》具体列明了到 2015 年的目标，承诺为 1 500 万名艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗，杜绝新的儿童感染病例，将艾滋病毒性传染、艾滋病毒所致孕产妇死亡及相关死亡减少 50%。会员国还承诺消除资源缺口，满足妇女和女孩的需要，消除耻辱和歧视，并推动把艾滋病毒防治工作纳入更广泛的卫生和发展工作。
2. 在过去 10 年，防治工作取得了重要进展，包括在过去 12 个月中取得的令人欣慰的进步。但目前的对策不大可能使雄心勃勃的 2015 年目标得以实现。全球支出近来有所减少，突出表明亟需加倍努力地调集必要资源以实现基本艾滋病毒防治服务覆盖面目标。
3. 实现 2015 年目标对于我们这个世界未来的健康和福祉至关重要。全球与艾滋病作斗争已进入第四个十年，所得经验教训之多、掌握的有效工具种类之广，前所未有。距离这些目标的实现时限只有不到 4 年的时间，迫切需要更大的决心、循证行动和战略重点。
4. 艾滋病仍是我们时代的重大挑战之一。艾滋病毒感染者比以往任何时候都多，截至 2010 年 12 月，估计达 3 400 万(3 160 万-3 520 万)。撒哈拉以南非洲仍是受影响最严重的区域，艾滋病毒感染者中有 68%、2010 年新感染者中有 70%都在该区域。全球成年(15 至 49 岁)艾滋病毒感染者中有 50%为妇女，撒哈拉以南非洲的感染者中有 59%为妇女。该区域年轻妇女(15 至 24 岁)所受的影响尤为严重，青年感染者中有 72%为妇女。截至 2010 年 12 月，估计有 1 660 万儿童因艾滋病而失去父母一方或双方，其中近 1 500 万儿童居住在撒哈拉以南非洲。
5. 艾滋病所致死亡有所减少(见图一)。1995 年以来在低收入和中等收入国家，抗逆转录病毒治疗避免了 250 万例死亡。2000 年代中期以来，艾滋病所致年死亡率下降 18%(2010 年为 180 万例[160 万-190 万])。

图一
1990-2010 年期间艾滋病毒新感染病例及艾滋病所致死亡



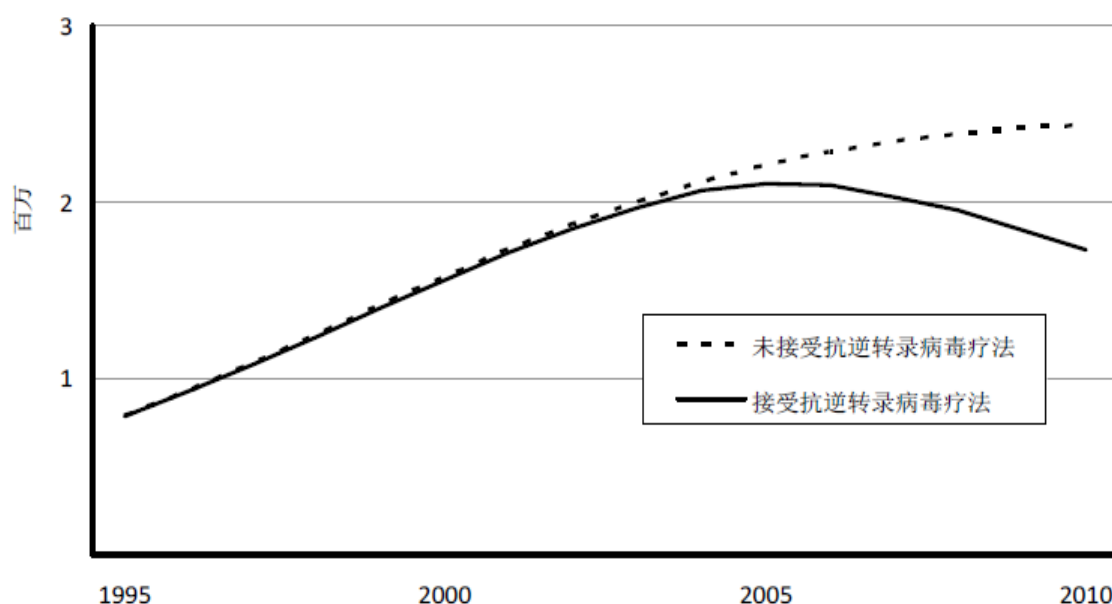
资料来源：联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署，2011 年《世界艾滋病日报》。

6. 2010 年新感染艾滋病毒者人数(270 万[240 万-290 万])比 1997 年高峰时人数少 21%。但要实现新感染者减少 50%这一商定的 2015 年目标，上述人数仍然太高。
7. 2010 年新感染艾滋病毒的儿童人数(390 000[340 000-450 000])比 2002 年和 2003 年高峰时少 30%。据估计，1995 年以来，预防服务措施避免了 350 000 例儿童感染新病例。
8. 在全世界 15 岁以上新感染者中，15 至 24 岁年轻人占 42%。但这方面也有明显进展。据记录，过去 10 年，在艾滋病毒感染率达 1%或以上的 24 个国家中，有 21 个国家的年轻(15 至 24 岁)孕妇艾滋病毒感染率大幅下降。性行为趋好与初次发生性行为时间推迟、多伴侣情况减少和安全套使用率增加相关。在调查的 19 个非洲国家中有 11 个国家的情况是，在过去 12 个月中有多个伴侣的年轻男子所占比例大幅下降。
9. 各国国内和国家之间以及各个区域内和区域之间的流行病率大不相同。在撒哈拉以南非洲和加勒比，新感染者正在减少，但在东欧和中亚、中东和北非以及在某些亚洲国家，艾滋病毒发生率在上升。就区域而言，亚洲、拉丁美洲、北美以及西欧和中欧的流行率似已趋于稳定。
10. 艾滋病所致死亡率也因地而异。例如，撒哈拉以南非洲的艾滋病所致死亡大幅减少，但在亚洲却未见减少。这些差异反映了低收入和中等收入国家在扩大治

疗覆盖率方面取得的成功程度不同。而且，艾滋病毒仍是全球育龄妇女的一大死因。2010 年，抗逆转录病毒治疗覆盖率在拉丁美洲和加勒比达 63%[57%-74%]，在东非和南部非洲达 56%[53%-59%]，但在东亚、南亚和东南亚(39%[36%-44%])、西非和中部非洲(30%[28%-33%])、东欧和中亚(23%[20%-26%])以及中东和北非(10%[8%-13%])的覆盖率却低许多。在低收入和中等收入国家，治疗覆盖率在成人中高出很多(51%[48%-54%])，在儿童中则很低(23%[20%-25%])。1995 年至 2010 年期间在低收入和中等收入国家，抗逆转录病毒疗法的使用避免了 250 万例艾滋病所致死亡(见图二)。

图二

1995 年-2010 年期间低收入和中等收入国家内艾滋病所致死亡情况



资料来源：世界卫生组织、联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署、联合国儿童基金会，2011 年《全球防治艾滋病病毒/艾滋病工作进展报告》。

11. 艾滋病毒流行率和发生率在高风险人口中往往上升，无论是聚集流行还是广泛流行均是如此。这表明高风险人口缺乏已证明有效的预防工具，这在很大程度上归咎于惩罚性法律、警察的淫威做法以及严重的污名和歧视所带来的影响。没有保护措施的可偿性行为继续对撒哈拉以南非洲艾滋病毒的扩散有着重大影响，包括在成熟流行病中，而且其他区域的性工作者中感染率据报也较高。注射使用毒品仍是东欧和中亚区域艾滋病毒流行的一大致因，而且推使这一流行病在其他区域扩散。此外，据记录，在全世界，包括在撒哈拉以南非洲，这在男男性行为者中已成为一个流行病。

二. 2015 年关键目标：迄今的进展及有待克服的挑战

12. 以下信息说明了迄今在实现 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》各项目标方面取得的进展，明确了需要克服的障碍，并介绍了为加速取得进展而需采取的关键行动步骤。图三至图十二根据联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)现有数据和模型显示了各区域为实现各项 2015 年目标而需落实的改变。

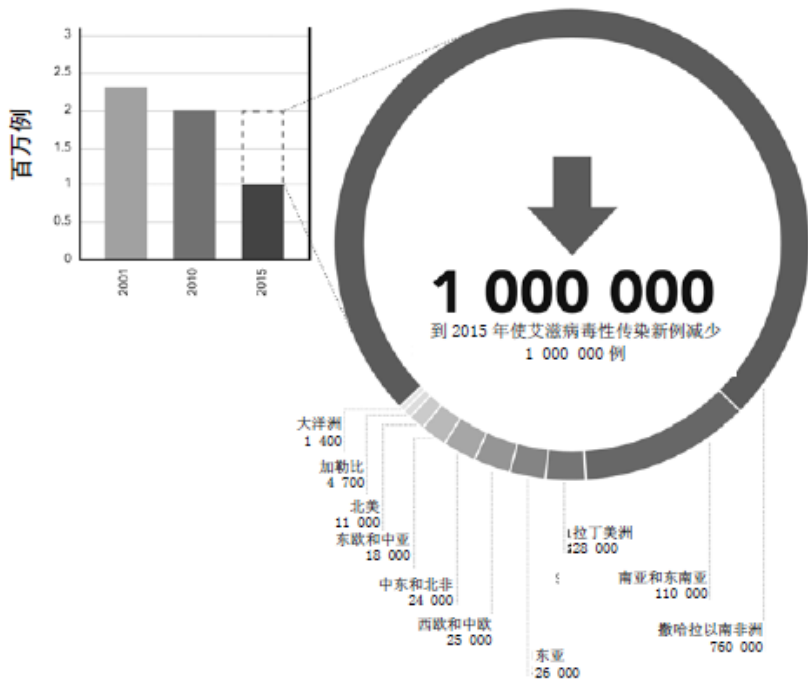
A. 艾滋病毒性传染减少 50%

13. 降低性传染率对于无新的艾滋病毒感染的世界这一愿景的实现至关重要，因为性传染在全球仍是主要的传染模式。要实现 2015 年目标，每年通过性传染感染艾滋病毒的新病例需减少至少 100 万例。

14. 在过去 10 年，减少性传染已取得历史性的进展，特别是在许多高流行率国家。2001 年至 2009 年，22 个国家的艾滋病毒发生率的降幅在 25%以上。2000 年至 2010 年期间在 24 个高流行率非洲国家，接受产前保健的孕妇中的艾滋病毒流行率平均下降 31%。

图三

为实现到 2015 年使性传染率减少 50%这一目标而需落实到位的变化



资料来源：艾滋病署。

15. 有效预防性传染需建立在以下基础之上：知识和技能、尊重人权、致力于性别平等和消除性暴力，以及艾滋病毒感染者更大程度的参与。健全的预防方案应包括行为、生物医疗和结构等方面干预措施的战略结合，大力投资于基本、高效应的方案活动和使能政策。

16. 较安全性行为得到广泛采纳，使许多高流行率环境中的艾滋病毒发生率下降，尽管仍有相当大的挑战。在所调查的非洲地区，只有不到一半的年轻人对艾滋病毒有准确和全面的认知，撒哈拉以南非洲的每个男子每年能得到的男用安全套不足 10 个，各国的安全套供获情况差异很大。

17. 迫切的努力继续带来新的生物医疗预防工具。2011 年在撒哈拉以南非洲的两项重要的临床试验结果发现，每天一次抗逆转录病毒预防治疗使未受感染的异性成人间感染艾滋病毒的风险大为减少。2011 年晚些时候的一些调查结果则不那么乐观，未显示出每天使用基于抗逆转录病毒的阴道杀菌剂能带来任何预防效果。不过，对这些试验数据进行更多分析后得出的结果表明，这些令人失望的结果或许至少应部分归咎于使用不当。必须继续努力开发安全、有效的新方法，以减少妇女艾滋病毒性传染风险，包括开发新的女用安全套。

18. 抗逆转录病毒治疗大幅减少传染风险，这一事实突出表明需要进一步整合艾滋病毒预防、诊断和治疗方案规划。为了抓住早期开始抗逆转录病毒治疗所带来的预防效益，截至 2010 年 12 月，所调查的 52 个国家中有 43 个修订了何时开始抗逆转录病毒治疗的国家标准。

19. 日益增加的证据为努力应对艾滋病毒的结构因素提供了帮助。新的数据表明，现金转移有助于减少年轻人感染艾滋病毒的风险；就学是一个保护性要素，特别是对女孩而言；法律和执法手段对关键人口获取服务有着影响。

20. 迄今，高风险人口尚未得到必要关注以确保他们获得有实证依据的艾滋病毒预防举措。调查结果清楚显示了以权利为基础、以关键人口为重点的预防方案的成效。2011 年，世界卫生组织(世卫组织)与联合国开发计划署(开发署)、艾滋病署和其他机构合作发布了关于在男男性行为者中和变性者中预防艾滋病毒感染和其他性传染感染的首份导则。迫切需要有重点的预防支持的其他人口群体包括妇女、年轻人、囚犯、移民、人道主义危机局势中的人口以及注射毒品者或性交易者的性伴侣。

21. 国际人权保护条款禁止卫生服务供应有任何歧视，但在世界许多地方，关键人口获取预防服务的机会仍极为有限。例如在撒哈拉以南非洲，那里的大多数国家都报告说它们没有以男男性行为者为重点的个人或社区一级的行为干预举措。在全球，至少有 18 个国家不支持针对性工作者推广安全套，而推广安全套是面向该人口群体的全面预防方案的一个关键组成部分。这种歧视性忽视必须终止。

22. 在 13 个艾滋病毒流行率较高而包皮环切手术比例较低的非洲国家所做的调查结果表明,成人出于医疗目的的包皮环切手术覆盖率达 80%将可在 2025 年前使新感染减少 20%以上,使未来的医疗费用估计节省 166 亿美元。然而,截至 2010 年 12 月,可做包皮环切手术的成年男子中只有 5%做了这一手术,尽管上升速度在 2010 年加快。去年,一些国家启动或计划进行调查,以评价那些为增加需求和加快推广提供潜在途径的包皮环切手术新装置。

23. 需要加大艾滋病毒预防工作力度以保护妇女免受感染。2011 年在撒哈拉以南非洲的一项调查结果发现,在一方已感染、另一方未感染的配偶中,妇女使用可注射的孕激素荷尔蒙避孕药增加了传染和感染艾滋病毒的风险。对此,国际卫生专家认定,现有证据不具有结论性,不足以据以建议妇女避免荷尔蒙避孕。不过,强烈建议那些使用以孕激素为基础的可注射避孕药的妇女使用安全套和其他预防措施。必须进一步研究荷尔蒙避孕与艾滋病毒感染之间的关系。

24. 若干国家内的调查显示,有更多的年轻人推迟开始性行为,但还是需要更强大、重点更突出的预防工作,因为 10 个新感染者中有 4 个以上是 25 岁以下的年轻人。对预防知识的准确认识依然低下,性和生殖健康信息、全面的性教育和卫生服务需针对年轻人的需要,使他们能够得到。应推动年轻人积极参与制定和执行影响他们自身的政策和方案;加大工作力度应注重培养新一代的艾滋病毒防治领导人;应利用社会网络、媒体和其他创新工具增加年轻人对这方面服务的需求。

B. 注射毒品者艾滋病毒传染率降低 50%

25. 估计每年大约有 24 万注射毒品者感染上艾滋病毒,这一群体的连带感染数至少要下降 12 万,才能实现 2015 年目标并促成在世界上实现无新感染的愿景。实施一套行之有效的预防方法,包括针头和注射器交换方案,阿片类药物替代疗法,以及全面的健康和社会支持服务,完全可以预防因吸毒而传染。

26. 迫切需要加强预防工作,检讨现行方法。2010 年,109 个国家中只有 43 个国家报告有针头或注射器交换方案,只有 58 个国家提供阿片类药物替代治疗。即使有这些服务,覆盖面也很小。

27. 以权利为基础的做法,对于所有艾滋病毒感染者或受艾滋病毒影响者至关重要,对注射毒品者而言尤其重要。许多注射毒品者躲避卫生和社会服务,原因是刑事罪化、公开歧视和淫威执法做法。注射毒品者和其他低收入或社会边缘化的人,往往无力支付艾滋病毒防治服务费用,这些人需要非歧视性、非污辱性的社会保护、宣传和普遍保健服务,才能真正获得服务。

图四

为实现注射毒品者感染艾滋病病毒新病例减少 50%这一目标而需落实到位的变化



资料来源：艾滋病署。

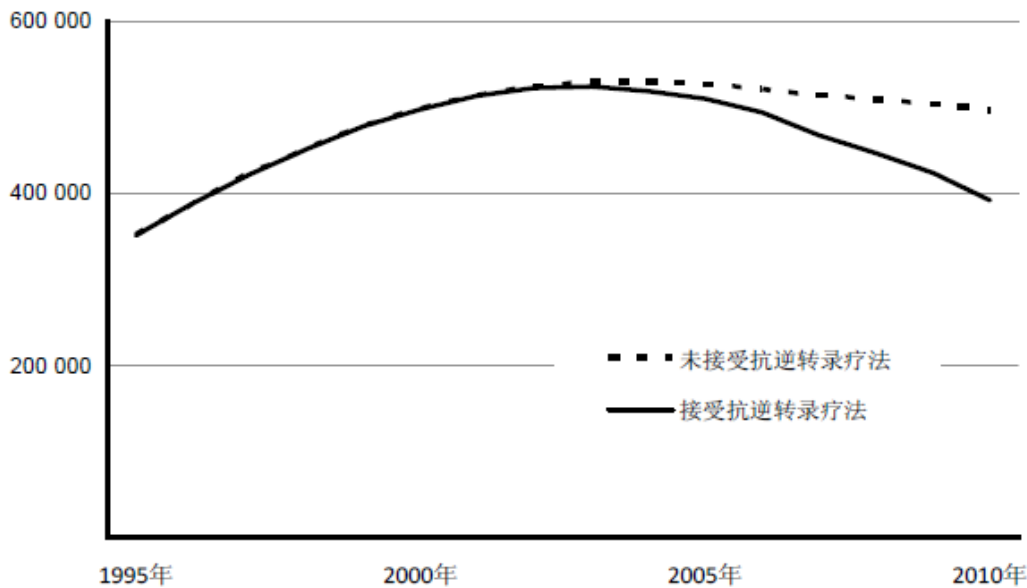
C. 杜绝新的儿童感染病例，大幅减少艾滋病所致孕产妇死亡人数

28. 若让世界上无新感染者，就需要共同努力，保护儿童和促进母亲的健康和福祉。为杜绝儿童感染并把艾滋病所致孕产妇死亡率到 2015 年减少 50%，合作伙伴将需要实现艾滋病署《到 2015 年消除儿童中新艾滋病病毒感染并使他们的母亲存活下去的全球计划》中概述的四点计划：(a) 防止妇女和女童感染艾滋病毒；(b) 消除妇女计划生育服务的差距，尤其是艾滋病毒感染者；(c) 实施推荐的整套服务，确保孕妇和新生儿获得抗逆转录病毒预防办法，以减少怀孕、分娩或哺乳期间艾滋病毒传播的风险；(d) 确保普及对妇女和儿童感染艾滋病毒者及其家人的艾滋病毒治疗、关怀和支持。全面服务有助于消除接受和坚持治疗方面的障碍，因此，消除方案应与更广泛的妇女和儿童健康和营养服务相结合。

29. 迫切需要努力消除获取服务方面的差距，防止儿童新的感染。2010 年，低收入和中等收入国家内艾滋病毒抗体阳性孕妇中，有 48%得到有效的抗逆转录病毒合用预防措施，防止传染给新生儿。全球计划优先重视的 22 个国家中有 5 个国家(博茨瓦纳、莱索托、纳米比亚、南非和斯威士兰)的有效抗逆转录病毒疗法覆盖率超过 80%。努力防止儿童感染，就迫切需要加强对妇女，尤其可能风险更高的孕妇的预防服务，以及立即采取措施满足所有妇女的计划生育服务需求，包括艾滋病毒阳性妇女，同时尊重其生殖权利。1995-2010 年间，在低收入国家和中等收入国家，通过抗逆转录病毒预防法，35 万多名儿童免于感染艾滋病毒。

图五

1995-2010 年间，低收入国家和中等收入国家通过抗逆转录病毒预防法使新感染艾滋病毒的儿童人数减少情况



资料来源：世卫组织、艾滋病署、儿基会，2011 年《全球艾滋病毒/艾滋病防治工作进展报告》。

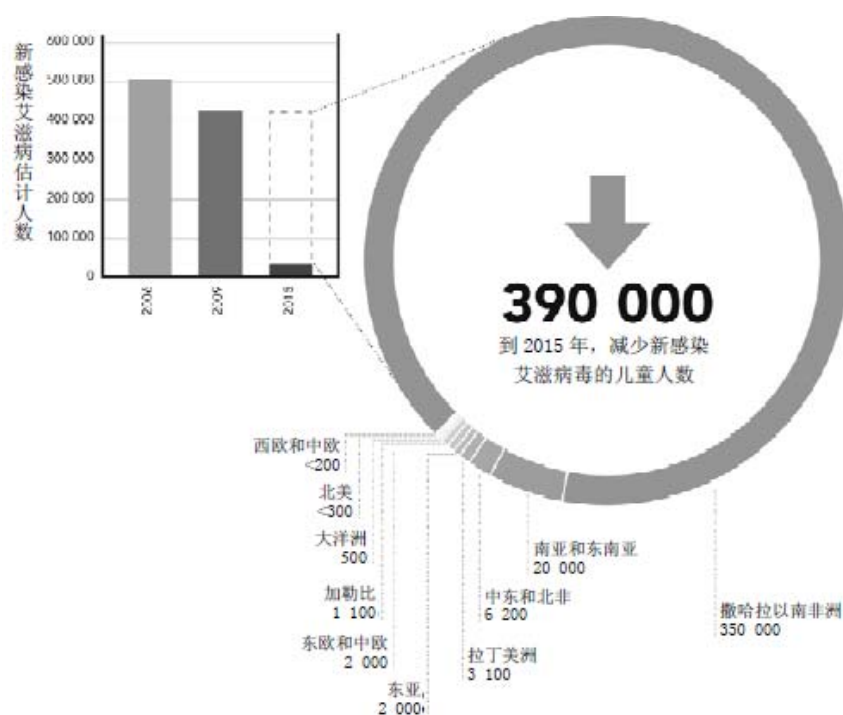
30. 方案缺陷有损预防方案的效果，需要立即解决。根据 2006 年至 2010 年进行的调查，在撒哈拉以南非洲 6 个高感染率国家，艾滋病毒阳性妇女的计划生育服务需求未得到满足率从 12%至 21%不等。儿童获得治疗的情况仍然不佳，2010 年，只有 23%适宜治疗的儿童接受抗逆转录病毒疗法。因普及仍有差距、使用次优的抗逆转录病毒预防疗法等原因，儿童传染率只略有下降——2009 年，艾滋病毒阳性母亲所生孩子占 29%，2010 年，下降到 26%。

31. 2010 年，只有 34%宜于接受治疗的妇女为自身健康而接受抗逆转录病毒疗法。在高收入国家，新生儿母亲一般从治疗中获益，能够继续生育，合家人在一起。所有地区的经验表明，家庭为中心的方法最有效，可推进以下相互关联的目标：减少儿童新感染者，优化感染艾滋病毒的妇女和儿童的健康状况，减少因艾滋病而成为孤儿的儿童人数，尽可能减少受艾滋病毒影响家庭的贫困。

32. 在许多国家，艾滋病毒抗体呈阳性的孕妇正在接受次优药物治疗，防止传染给婴儿。2010 年，在儿童新感染占绝大多数的 22 个国家，艾滋病毒抗体呈阳性孕妇中有 13%接受处方单剂量奈韦拉平治疗，大约三分之一接受优化的双预防疗法。消除次优方案的使用，估计可使儿童新感染减少 20%。

图六

为实现几近杜绝新的儿童感染艾滋病病毒病例这一目标而需落实到位的变化

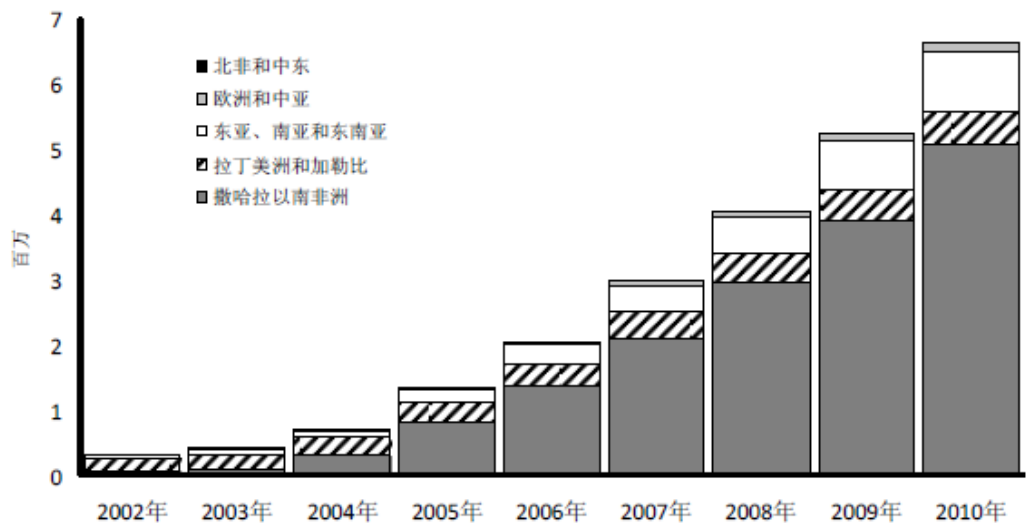


资料来源：艾滋病署。

D. 让 1 500 万艾滋病病毒感染者接受抗逆转录病毒治疗

33. 在加倍努力防止新感染的同时，还需继续下决心促进艾滋病病毒感染者的健康和生活质量。在低收入和中等收入国家，抗逆转录病毒疗法迅速普及，这是全球健康的最重要成就之一，使世界有望实现无艾滋病所致死亡的愿景。仅仅 10 年内，低收入和中等收入国家接受抗逆转录病毒治疗的人数增长 20 倍以上。2010 年，低收入和中等收入国家的抗逆转录病毒治疗覆盖率达到 47%。为实现 2015 年目标，接受抗逆转录病毒治疗的人数要比 2010 年增加 57%。

图七
2002-2010 年期间各区域低收入和中等收入国家接受抗逆转录病毒疗法的人数



资料来源：世卫组织、艾滋病署、儿基会，2011 年《全球艾滋病病毒/艾滋病防治工作进展报告》。

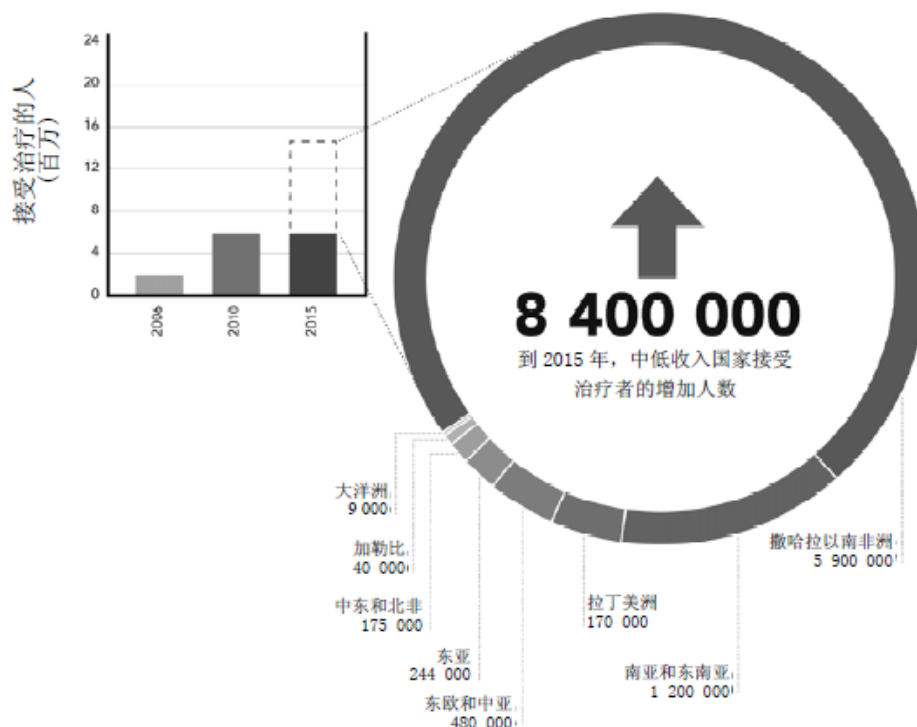
34. 到 2015 年，让 1 500 万人接受抗逆转录病毒治疗，将需要在整个诊断和治疗各个方面取得长足进展。虽然检测和咨询是治疗的起点，但许多艾滋病毒感染者仍然不知道自己已感染。在全球范围内，提供检测和咨询服务的设施在 2010 年增加 18%。为增加了解自己血清状况的人数，已作出努力，在单独自愿咨询和检测中心之外提供检测服务，利用医疗设施内提供者发起的艾滋病毒检测、社区内逐户上门检测活动，工作场所检测方案以及能在家中自行检测的技术等途径。

35. 测试必须始终与咨询及治疗相结合。据估计，撒哈拉以南非洲检测结果呈阳性的人中 41%未接受 CD4 监察检测或临床鉴定，32%被确定可接受抗逆转录病毒治疗者没有得到药物治疗。使用费和高昂的交通费等经济障碍有碍获取治疗，应予以消除。

36. 在资源有限的环境中，食品和营养支助可以是具有成本效益的投资，提高治疗成功率，减轻艾滋病毒和结核病对生计的影响，具体是降低早期死亡率，支持营养康复，促进坚持治疗，改善继续接受照顾的比率。治疗的同时应辅之以营养评估、营养教育和辅导、治疗营养不良。

图八

为实现到 2015 年让低收入和中等收入国家 1 500 万艾滋病病毒感染者接受抗逆转录病毒治疗这一目标而需落实到位的变化



资料来源：艾滋病署。

37. 需要特别努力，确保风险较高的人获得治疗，他们常因羞辱和歧视而得不到治疗。柬埔寨为这些群体执行了综合全面服务，加强了治疗方案和社区宣传活动之间的联系。

38. 受人道主义紧急情况影响的艾滋病病毒感染者应有同样机会在周边的东道社区接受治疗。需要正视冲突和冲突后环境中的人们的更多风险和脆弱性，确保艾滋病毒防治方案成为各个解除武装、复员、重返社会和建设和平进程和安全部门改革的不可分割的一部分。

39. 提高治疗服务的效率效益，是防治工作长期成功的关键所在。“2.0 治疗方案”框架旨在加快扩大治疗，改善健康结果，具体是优化药物治疗方案，提供保健点和其他简化诊断和监测工具，降低治疗成本，通过权力下放和综合一体使服务交付模式适应具体情况，并动员社区支持治疗工作。

40. “2.0 治疗方案”愿景已报进展。2006 年以来，第一线治疗使用毒性较大的抗逆转录病毒药物 d4T 的情况减少了，但调查表明，许多国家都遇到瓶颈，难以

引入更好的替代方案，作为单一、每天一次固定剂量的药片治疗。在莫桑比克，业务研究表明，保健点上的 CD4 检测设备，把后续治疗中不见人影的人数减少一半，也把获得 CD4 检测结果所需天数从 27 天减少到一天。

41. 过去十年，低收入和中等收入国家第一线抗逆转录病毒治疗价格下跌 99% 以上，但治疗费用今后可能再次上升。2010 年，美洲以外的低收入和中等收入国家中，估计只有 3% 的患者接受二线治疗，但二线治疗需求定将增加，尽管二线治疗目前仍比一线药物昂贵得多。此外，小儿抗逆转录病毒制剂仍然过于昂贵，助长了儿童治疗的持续滞后。

42. 确保各类抗逆转录病毒药物和治疗合并感染(包括丙型肝炎)药物价格低廉，就要使第一线和二线治疗药物得以简化和标准化，统一用于各类成人和儿童患者。各国还必须根据国际知识产权规则，有效灵活地加以使用。2001 年《关于〈与贸易有关的知识产权协议〉和公共卫生的多哈宣言》承认国家有权考虑到公共健康，促进病人获得优先药品。一些国家已经利用《与贸易有关的知识产权协议》中的灵活性，促进患者获得基本药物，但需要更多行动，因为许多国家尚未充分利用国际规则所允许的各种有利获取的可选手段。需要加紧努力，在撒哈拉以南非洲和其他地区建立强大能力，在国内制造药品，并应立即考虑建立非洲药品监管部门。在谈判自由贸易协定时，各方应避免施加限制《与贸易有关的知识产权协议》如今所允许的灵活性的措施。2011 年，“药品专利池”宣布了其与一家制药公司的第一个许可证，允许 Gilead Sciences 公司生产的复合物的通用药制造。

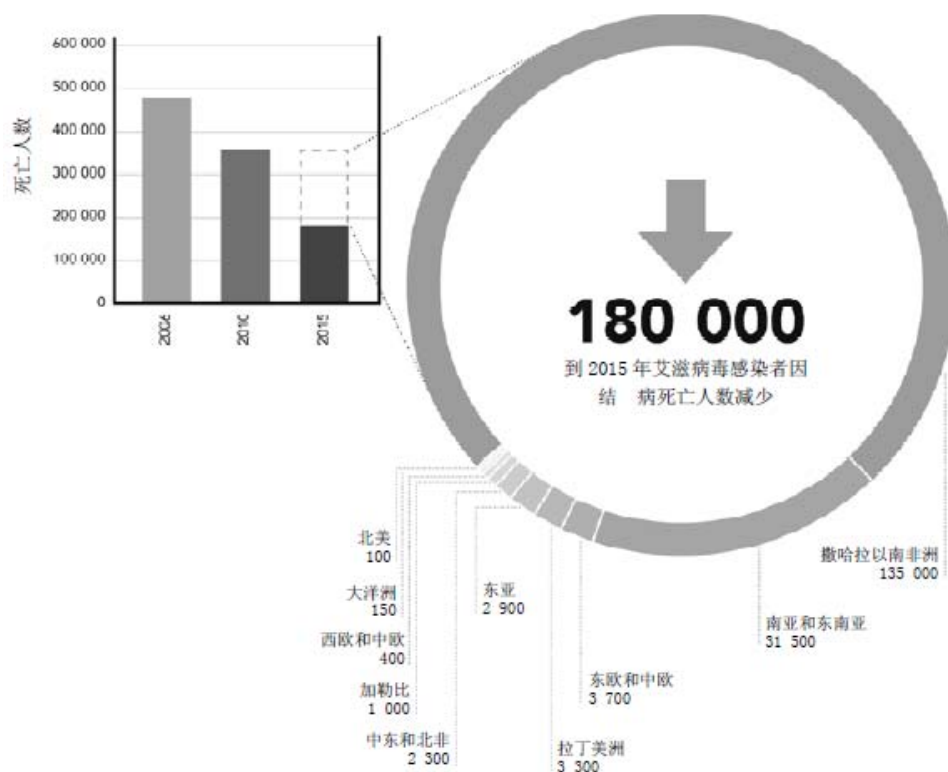
E. 艾滋病毒感染者的结核病死亡率减少 50%

43. 实现无人因艾滋病死亡的愿景，这需要在努力防止艾滋病毒感染者因结核病而亡方面取得成功。多年来，艾滋病毒感染者因结核病死亡的人数已下降，但结核病仍是艾滋病毒感染者死亡的一大原因。2010 年，在被诊断感染艾滋病毒并患有结核病的人中，只有不到三分之一的人获得了结核病临床治疗。

44. 到 2015 年，艾滋病毒感染者因结核病死亡的人数需要比 2010 年至少减少 180 000 人才能实现 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》中的目标。2010 年至 2015 年，结核病治愈率应从 70% 增至 85%，艾滋病毒感染者的结核病检测率必须从 40% 增至 80%，异烟肼预防疗法需至少应用于 30% 的没有活动性结核病的艾滋病毒感染者。根据最近的建模工作，达到这些可实现的目标将超越 2015 年的目标，使艾滋病毒感染者因结核病死亡的比率减少 80%，拯救百万生命。

图九

为实现到 2015 年使艾滋病病毒感染者因结核病死亡数减少这一目标而需落实到位的变化

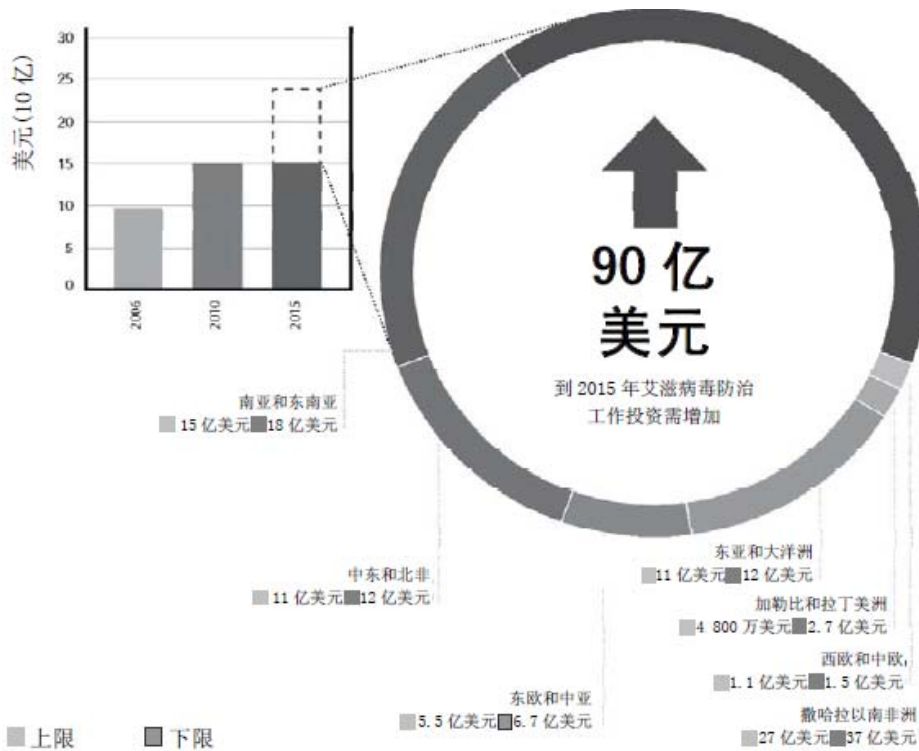


资料来源：艾滋病署。

F. 填补全球艾滋病防治资源缺口，使支出达到相当水平

45. 缺乏足够财政资源将无法实现全球目标。为实现 2011 年《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的政治宣言》中的目标，到 2015 年，每年将需要 220 亿至 240 亿美元的支出。鉴于 2010 年用于艾滋病病毒防治工作的支出为 150 亿美元，需要将目前的支出增加约 50%。

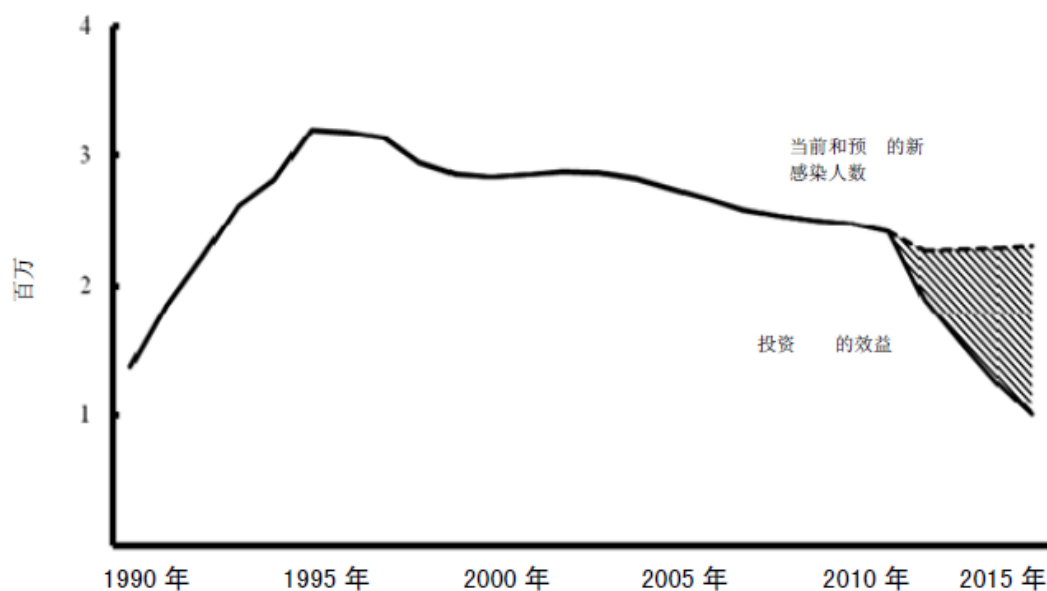
图十
为实现到 2015 年使艾滋病病毒防治工作投资达到 240 亿美元这一目标而需落实到位的变化



资料来源：艾滋病署。

46. 2011 年，艾滋病署与伙伴一起提出了防治工作的新投资框架，旨在促进效率，同时使效果最大化。该投资框架鼓励集中资金用于 6 个基本的方案活动：(a) 重点人群方案；(b) 消除儿童新感染病例；(c) 降低性风险方案；(d) 安全套规划；(e) 护理、治疗和支持艾滋病病毒感染者；(f) 在优先国家内医疗目的的自愿包皮环切手术。这些基本的方案活动需要获得关键推动手段以及资源充分的各项工作的支持，以便利用艾滋病病毒防治举措以及更广泛的卫生和发展举措之间的协同作用。建模工作显示，依据该投资框架的原则来改善资源的战略性利用，将使投资优化，促成全球艾滋病病毒新感染病例迅速下降，到 2020 年将避免 1 220 万新感染病例和 740 万艾滋病所致死亡(见图十一)。

图十一
投资框架对艾滋病毒新感染病例的预测



资料来源：艾滋病署 2011 年《世界艾滋病日报告》。

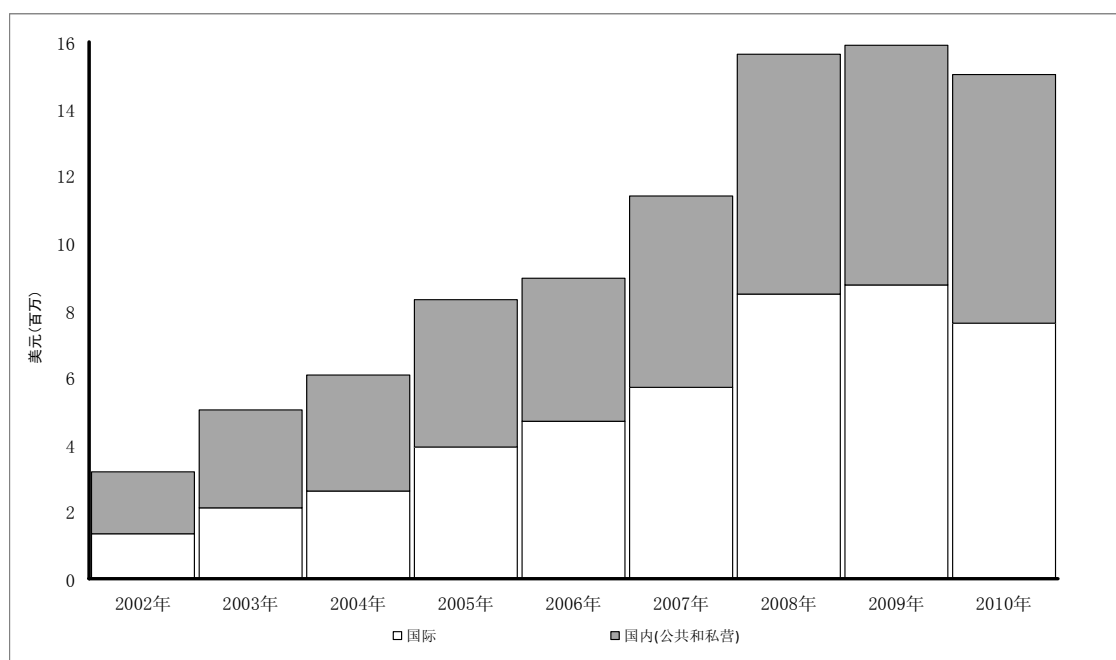
47. 迫切需要努力加强从战略角度有效利用开支，并调动必要资源。如果在融资、采购、方案拟订和报告方面存在并行系统，应予以消除，以促进效率、统一和协调。应积极探索获得可持续融资的新渠道，包括来自私营部门的更多支持，落实国家社会保障机制，加强利用区域开发银行以及拟议的金融交易税。

48. 全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金由于资金短缺取消了计划中的竞争性招标，该基金最近面临的困难生动地说明了防治工作未来融资方面存在的利害关系。比尔及梅林达·盖茨基金会于 2012 年宣布再向全球基金捐款 7.5 亿美元，此举是对这一必不可少的筹资机制的关键性信任投票。全球基金采用了与该投资框架相一致的新模式来与各国谈判赠款协定，目的是将有限资源集中用于针对当地需要、可能产生最大影响且成本效益高的方案。

49. 通过把防治工作当做一项共同责任，国际社会将能够确保获得足够资金手段来实现全球目标。如果高收入国家履行其承诺，使官方发展援助达到国内生产总值的 0.7%，那么可用于发展的总资源将增加一倍以上。撒哈拉以南非洲的经济增长强劲，如果非洲各国政府决定提高用于艾滋病的卫生预算份额，以反映该流行病与其他疾病相比的相对负担，那么艾滋病毒防治活动又可获得 47 亿美元资金。此外，巴西、中国、印度、俄罗斯联邦和南非等新兴的中等收入国家应继续积极探索如何为其他国家的防治工作提供更多财政援助。

图十二

2002-2010 年可用于低收入和中等收入国家防治艾滋病毒的全球资源



资料来源：艾滋病署 2011 年《世界艾滋病日报告》。

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，提高妇女和女孩自我保护、避免感染艾滋病毒的能力

50. 加快防治工作进展将要求在性别平等和增强妇女和女孩权能方面取得持续进展。在新感染病例中，四分之一以上是 15-24 岁的妇女，撒哈拉以南非洲近 60% 的感染者是妇女，2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》确认了不平等的性别规范和习俗的有害影响，并承诺采取一致行动，消除性别不平等。

51. 虽然人们在促进性别平等和增强妇女和女孩权能方面提高了认识并增强了行动承诺，但愿望与现实之间仍有很大的差距。许多国家承认这一流行病对妇女和女孩的影响，但全世界不到一半的国家有用于应对该流行病性别层面问题的方案活动的专项预算。对妇女和女孩而言，更多地获得以权利为基础的性保健和生殖保健服务，增强妇女行使生殖权利的能力，是有效防治工作的关键要素。获得高质量教育也可减少性别不平等，表明艾滋病毒防治和其他发展部门之间有着协同作用。

52. 与受艾滋病毒/艾滋病感染和影响的男子一样，受艾滋病毒/艾滋病感染和影响的妇女和女孩也大不相同，要求方案和政策对策将这些妇女和女孩的不同需求和情况考虑在内。在大多数地区，许多妇女和女孩要么是艾滋病毒感染风险较高的重点人群，要么是重点人群成员的性伴侣而有感染艾滋病毒的风险。

53. 暴力侵害妇女行为既是艾滋病毒感染的根本原因之一，也是感染了艾滋病毒导致的结果；这一事实突出表明采取紧急行动消除性别暴力的重要性。根据最近的家庭调查，儿童时期经历过性暴力的妇女过去 12 个月被诊断有性传播感染的可能性比无此种经历的妇女大 2 倍以上，并且使用安全套的可能性降低一半。联合国制止暴力侵害妇女行为联合运动呼吁采取一致行动，到 2015 年消除性别暴力，包括通过并执行适当的国内法，落实多部门国家计划和其他关键措施。据报，截至 2011 年，接受调查的 94 个国家中只有 40 个国家有专门针对性别暴力问题的卫生部门战略。

54. 艾滋病署《加速执行妇女、女孩、性别平等和艾滋病毒问题国家行动的议程》正带来强劲势头，以应对这一流行病对妇女和女孩的影响。近几个月，包括贝宁、莱索托、摩洛哥、纳米比亚、坦桑尼亚联合共和国和越南在内的许多国家拟定了关于妇女、女孩、性别平等和艾滋病毒的国家行动计划，或采取了其他措施来应对本国疫情中与性别有关的感染原因。马来西亚为遭受人身暴力或性暴力的妇女实施了“一站式危机处理中心模式”，在同一地点提供体察客户需求的服务、心理咨询以及法律、社会和福利服务。印度发起了多层面的干预措施，以防止性工作者和其他重点人群遭受暴力、骚扰和污名。

55. 在建立性别平等的良好社会规范方面，男子和男孩也发挥关键作用，突出表明了有男子和男孩参与的方案和政策的重要性。2011 年，在 94 个国家中，只有 7 个国家专门拨出国家资金用于有男子和男孩参与、扩大挑战性别不平等的方案。

H. 以促进人权的法律、政策、战略和方案来消除对受艾滋病毒感染和影响者的污名化、歧视和暴力以及与艾滋病毒有关的旅行限制

56. 持续的污名化和歧视有碍个人获得防治艾滋病毒服务，加剧艾滋病毒感染者负担，因而有损全球目标取得进展。例如，在亚洲和太平洋地区，据报告，因其艾滋病毒状况而失业或失去收入的艾滋病毒感染者比例为 16%至 50%；4%至 33% 的艾滋病毒感染者因保健专业人员持羞辱态度而减少利用医疗保健；9%至 50% 的艾滋病毒感染者在未经本人同意的情况下被披露给朋友或邻居。与艾滋病毒有关的污名强化了其他形式的污名，如影响感染风险较高人群的污名。与艾滋病毒呈阳性的男子相比，感染艾滋病毒的妇女往往更频繁地遭受更严重的污名和歧视。

57. 显而易见，迫切需要加强行动以解决与艾滋病毒有关的污名和歧视。据报，2010 年，每 3 个国家中就有 1 个国家未制定禁止歧视艾滋病毒感染者的法律。越来越多的国家颁布了不健全且有反作用的法律，将不披露艾滋病毒状况、艾滋病毒接触或传染定为犯罪，其中高收入国家带头依据这些法律实际提起诉讼。

58. 2010 年，46%的国家报告其法律、法规或政策有碍艾滋病毒感染风险较高的重点人群获得预防、治疗、护理和支持服务。76 个国家将彼此同意的成年人

之间的同性性关系定为犯罪，大多数国家将性工作的某些方面定为犯罪，而且大多数国家对吸毒上瘾者处以刑罚。这些法律不仅使重点人群边缘化，使其易遭受暴力、刑事处罚和监禁，还导致这些人群被排斥在国家的经济、卫生和社会支持方案之外。

59. 各国应根据 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》中所作承诺，立即审查本国法律和政策框架，并根据需要制定强有力的反歧视条款，废除或修订阻碍有力的艾滋病毒防治工作的其他法律。2010 年，只有 51% 的国家有涉及艾滋病毒案件的法律援助制度，因此，各国应努力为艾滋病毒感染者和重点人群提供法律援助，并投资于法律权利方面的扫盲方案。还需要加紧努力，提高司法人员和执法官员的认识。

60. 最近出现了在人权方面发挥领导作用的一些重要例子。32 个国家制定了国家或部门政策和立法，以鼓励工作场所的各利益攸关方采取措施，消除污名，保护人权，并为获得服务提供便利。在卢旺达，民间社会组织与律师协会和其他伙伴一起，支持法律服务，普及法律知识，支持司法机构的能力建设。葡萄牙将毒品使用非刑事化后，终生吸毒比率下降，更多的人接受吸毒成瘾治疗。斐济于 2010 年将同性恋非刑事化；新西兰修改了法律以使性工作非刑事化；菲律宾和泰国的相关项目努力提高执法机构对重点人群需求的认识。在南非和巴西，法院在审案中援引了国际劳工组织 2010 年《关于艾滋病毒和艾滋病以及工作场所的建议》(第 200 号)，推翻了因工人的艾滋病毒状况而对工人采取的歧视行动。

61. 开发署认识到迫切需要使法律框架与人权原则和良好防治措施保持一致，正在领导一个为期 18 个月的倡议——艾滋病毒与法律问题全球委员会。该委员会不久将拟定可付诸行动、有实证依据、以权利为基础的有效防治艾滋病的建议。

62. 除改革法律和政策外，在以下方面取得了重要进展：扩大基于社区的方案的证据基础，以减轻与艾滋病毒有关的污名。尤其是阿富汗、孟加拉国、印度、尼泊尔、巴基斯坦和斯里兰卡等国创新的反污名化项目使人们获得了更深入的见解和经验教训，正对其他地区的反污名化工作产生影响。

63. 截至 2011 年 11 月，47 个国家、领土和地区继续对艾滋病毒感染者的入境、停留或居住实行歧视性限制。自 2011 年特别会议以来，斐济的国家艾滋病法令取消了与艾滋病毒有关的旅行限制。亚美尼亚、中国、纳米比亚、乌克兰和美利坚合众国等国 2010 年 1 月起取消了与艾滋病毒有关的旅行限制，为斐济的勇敢行动树立了榜样。

I. 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

64. 艾滋病毒防治工作与更广泛的发展和人权议程有千丝万缕的联系。尤其是，艾滋病毒防治工作的进展可以推动逐步实现千年发展目标并从中受益。

65. 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》保证采取行动，利用防治工作加强卫生和社区系统，并将艾滋病毒防治工作纳入其他卫生和发展努力。艾滋病毒防治工作使人们前所未有地关注青年人、妇女、性工作者、男男性行为者、注射毒品者、囚犯和许多其他人口群体的需要和权利。防治工作还使卫生治理得到加强；使几万名卫生工作者得以接受培训并支持了创新的人力资源战略；改善了卫生监督系统以及卫生商品的采购和供应管理系统；并提高了实验室能力，改善了诊所的有形基础设施。

66. 为改善卫生成果，需要提供全面和以人为本的服务，将艾滋病毒防治与结核病、性保健和生殖保健，包括妇女和儿童保健，以及吸毒成瘾、癌症和心血管疾病等非传染病方面的服务结合起来。因扩大艾滋病毒治疗范围而产生的卫生系统创新办法，例如，让社区参与提供服务和创造需求、下放服务权限以及采取措施提高对基本卫生商品的承受能力和获得此类商品的机会，已在为其他慢性病和非传染病防治方案的改善做出贡献。

67. 社会转移支付粮食、现金或凭单的办法与社区照顾相结合，有助于克服阻碍接受服务和坚持治疗的障碍。虽然社会保护可在加强防治工作方面发挥显而易见的作用，但艾滋病毒防治和社会保护方面的专家和各利益攸关方必须加大协作力度，以确保各项社会保护方案能够满足受艾滋病毒影响的个人和家庭的需要。

68. 由于该流行病对儿童的影响，必须继续采取行动和做出承诺。有令人鼓舞的消息表明，艾滋病毒孤儿人数似乎在 2009 年达到顶峰，有 1 700 万人，随后到 2010 年底略有下降，减至 1 660 万人。这主要是因为扩大了抗逆转录病毒治疗和预防儿童新感染艾滋病毒方案的范围。不过，国别报告显示，有儿童受艾滋病毒影响的大多数家庭没有得到援助，每年都新添几百万孤儿。最有效和最不令人羞辱的办法是把艾滋病毒援助纳入满足所有弱势家庭需要的更大方案之中。

三. 相互问责和让广大利益攸关方参与防治工作

69. 要建立一个无新感染、无歧视和无艾滋病所致死亡的世界，就必须采取集体对策，因为没有哪个部门或哪一组别的利益攸关方有能力单独承担或负责紧急推动实现商定的 2015 年防治艾滋病具体目标。每个利益攸关方都可在确保成功方面发挥关键作用，每个利益攸关方都必须承诺在防治工作中恪守相互问责、包容、透明和协调一致的原则。

70. 发挥领导作用以取得成果，这在防治工作的各个方面都有显见例子。近几个月来，印度议会议员成立了一个新的论坛，以提高政治决策者对艾滋病毒的认识；莫桑比克总理为加紧实现 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》所载具体目标举办了一次全国对话。面对经济挑战，一些捐助方也挺身应对挑战：2011 年，美国承诺到 2013 年 12 月为至少 600 万艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗，并公布了一个与投资框架原则相一致的国际艾滋病毒预防援助新战略。巴西、

中国、印度、俄罗斯联邦和南非等国卫生部长正式承诺携手合作，充分执行 2011 年《政治宣言》。

71. 民间社会继续发挥主导作用，以前所未有的洞察力和热情和干劲参与防治工作。艾滋病毒感染者组织率先推出了“艾滋病毒感染者羞辱指数”，并倡导采取一种被称为“积极保健、尊严和预防”的全面和注重权利的办法。在国家乃至全球一级，民间社会团体继续带头开展宣传工作，各方宣传人员团结一致，共同督促采取协调一致的行动，以保障得到治疗、不受歧视和参与的权利。在许多国家中，各民间社会组织在服务方面发挥了重要作用，这突出表明，各国政府必须与非国家行为体进行合作，制定可持续的国家和地方对策。

72. 区域机构的积极参与对继续取得进展和加快进展速度也至关重要。2012 年 2 月，亚太地区各国政府核准了一份改善协调路线图，以加快区域进展速度，实现 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》的各项具体目标。同样，非洲国家共同制订了一份旨在消除儿童感染新病例的区域计划；振兴了非洲艾滋病观察举措；并在非洲人权和人民权利委员会领导下，共同成立了保护艾滋病毒感染者和有危险、易感染和受艾滋病毒影响者权利委员会。

四. 成果计量

73. 定期报告进展情况对推动艾滋病毒防治工作取得成功、加强问责制和推动提高透明度颇有助益。通过民间社会和其他非政府伙伴的参与，国家编制核心指标报告也为开展更具有包容性和更加有效的防治工作做出贡献。

74. 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》反映并加强了促使艾滋病防治工作颇具创新性、非常稳健和十分成功的各项原则。为计量 2011 年《政治宣言》的执行情况，监测和评价咨商小组在艾滋病署的支持下，召集各国政府、民间社会和国际组织的专家共同制订了一套编制全球艾滋病防治进度报告订正指标。这些指标已被纳入世卫组织的卫生部门报告编制系统。各国的进度报告将在向大会提交的年度报告中汇总，为大会关于 2011 年《政治宣言》执行进展情况的年度辩论提供资料。

75. 鉴于紧迫需要加快进展速度，满足 2015 年最后期限，应该做出更大的努力，最大限度地利用国别报告加快进展速度，以实现各项商定目标。尤其是，区域机构必须更多参与进展情况的监测和报告工作，并提高其在这一领域的能见度。

五. 建议

76. 2011 年是艾滋病防治工作不同寻常的一年。700 多万人正在接受抗逆转录病毒治疗，新的科学进步成果证实，预防艾滋病毒感染新病例的治疗办法大有潜力。大会《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》的各项宏伟目标和承诺展现出伟

大的前景和希望，使世界各国领导人和社区活动者备受鼓励而谈论艾滋病流行终止的开始。不过，仍有大量紧迫工作要做。秘书长促请国际社会立即挺身履行它做出的各项承诺。为此，必须根据《五年行动议程》中关于缔结新社会契约的呼吁，从开展慈善事业转变为伸张正义，增强对更可持续的艾滋病防治工作的自主能力并分担责任。秘书长特别敦促所有利益攸关方携手开展以下工作：

(a) **大力加强和加紧开展新艾滋病毒感染预防工作。**预防方案应借鉴近年来在推广更安全性行为方面取得的进步，通过倡导性别平等和相互尊重的社会准则，进一步努力巩固、维持和扩大行为变化。预防方案应更加注重发生新感染的地点和特定社区。需要重新下定决心，在《全球计划》列明的 22 个优先国家中消除新的儿童感染病例，并延长他们母亲的生命。特别要努力确保所有国家都做出承诺和投入精力。防治工作的利益攸关方必须调动必要的智慧、勇气和决心，以执行各项强有力和有实证依据的预防方案，增强重点人口群体保护自己和伴侣不受艾滋病毒感染的权能，包括特别关注 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》确认的 3 个艾滋病毒感染高风险人口群体，即男男性行为者、性工作者和注射毒品者；

(b) **继续并更坚定地下定决心为有需要的人提供艾滋病毒治疗、照顾和支持服务。**为实现到 2015 年确保 1 500 万人接受抗逆转录病毒治疗的目标，所有伙伴都必须协力提高扩大治疗的效率和问责制，更快地逐步普及与艾滋病毒状况有关的知识，利用所获经验教训提高坚持治疗和继续接受照顾的比率，并采取具体步骤确保重点人口群体和其他遭受社会排斥的群体平等接受治疗。必须紧迫注意推动下一阶段的艾滋病毒治疗和照顾。强化研究应注重开发和采用更简单、可负担得起的诊断技术和优化有效的综合疗程；各国应最大限度利用国际知识产权规定允许的灵活性，以减低药物成本；还必须推动和动员社区支持扩大治疗范围。所有国家都必须落实已证明有效的方案战略，以加强对艾滋病毒感染者中结核病例的及时诊断、预防、治疗和根治；

(c) **世界绝不能再夸夸其谈，必须面对现实，切实致力于对艾滋病毒采取基于权利的办法。**所有国家都应对本国法律和政策框架立即进行全面审查，以消除那些有碍切实开展基于权利的艾滋病防治工作的障碍。禁止艾滋病毒歧视的有效法律应适用于所有场合，还应在执行方面得到支持，并包括具体的机制和服务，以使所有受该流行病影响的人有更多的机会获得司法救助。各国和各捐助方应共同努力，着重为编制社区方案提供大量新资金，以克服与艾滋病毒有关的污名，宣传性别平等准则和消除基于性别的暴力。应修订或消除有碍高风险重点人口群体有效享受健康和其他人权的刑事法规和其他法律或政策障碍。必须通过在艾滋病防治工作中利用各种机会与其他卫生、社会和人权运动建立更强大的联系，来增强妇女和青年的权能，促进性别平等；

(d) **需要对艾滋病毒防治工作采取新的投资办法，调动必要的资源，加强资源使用的战略性，并加快非洲转型，以加强其对防治工作的自主程度和防治工作**

的可持续性。艾滋病毒防治工作的所有当前和潜在供资方，包括国际捐助方、新兴经济体、受影响的国家和私营部门，应根据每个伙伴的能力，利用机会调动更多的资源，为防治工作提供资金。作为伙伴，国际捐助方和技术机构应继续积极参与防治工作，同时支持各国加强统筹协调以及对方案规划和资源的控制，并最大限度地提高资金效益。国际伙伴应通过投资框架之类的工具，支持各国制订稳健的投资项目，为方案扩展工作提供信息并加快工作速度，加强严格的战略优先安排，并通过方案合并和关键推进手段优化协同增效。撒哈拉以南非洲各国和伙伴应在国际社会的支持下，利用区域内更大范围发展工作的杠杆作用，推动新兴工业和知识经济。当务之急是要努力扩大撒哈拉以南非洲抗逆转录病毒药物的国内和区域生产规模，并加强南南技术合作；

(e) 应建立新的伙伴关系和合作关系，共同承担防治艾滋病毒的责任，减少风险和推动对弱势人群的保护。艾滋病毒和其他健康问题需要在主要的国际、区域和国家论坛中，并在制订 2015 年以后的发展议程过程中占据突出位置。我们必须着力建立伙伴关系，使联合国、民间社会、各国政府、学术界和私营部门能够通过加强与其他卫生和社会运动以及更广泛的人权运动的联系，努力处理各种深层问题，如增强妇女和青年的权能。相关利益攸关方也必须正视冲突和冲突后环境下的更大风险和脆弱性，并确保使艾滋病毒防治方案成为所有解除武装、复员、重返社会和建设和平进程以及安全部门改革的不可分割的一部分，同时利用艾滋病毒防治方案加强维持和平人员和军警人员的能力，使他们成为积极变革的推动者。