



## 经济及社会理事会

Distr.: General  
23 December 2015  
Chinese  
Original: English

## 妇女地位委员会

## 第六十届会议

2016 年 3 月 14 日至 24 日

临时议程\*\* 项目 3(c)

题为“2000 年妇女：二十一世纪两性平等、发展与和平”的大会第二十三届特别会议的后续行动：  
两性平等主流化、状况和方案事项

## 妇女、女童与艾滋病毒和艾滋病

## 秘书长的报告

## 摘要

全球艾滋病应对行动在制止和扭转艾滋病疫情方面取得重大进展。全球妇女、女童新感染人数已经稳定，艾滋病死亡病例大大降低。拯救生命的抗逆转录病毒疗法供应，特别对孕妇的供应大幅增加，采取母婴传播预防措施使新生儿新感染艾滋病毒病例减少。但是，各区域妇女、女童的进展参差不齐。还需加紧努力促进性别平等，增强妇女权能，加强对妇女、女童的防治，消除使妇女、女童继续成为感染艾滋病毒高危群体的法律、经济和社会因素。

本报告重点阐述会员国和联合国实体为执行妇女地位委员会关于妇女、女童与艾滋病毒和艾滋病的第 58/3 号决议而采取的行动。报告明确了国家、区域和全球各级的良好做法、挑战和差距，就今后加快妇女、女童艾滋病毒应对进展的行动提出了建议。报告采用最近的证据和实证研究，以反映最新趋势和有希望的做

\* 由于技术原因于 2016 年 1 月 28 日重发。

\*\* E/CN.6/2016/1。



法。报告采用的例子取自 25 个会员国(奥地利、中国、哥伦比亚、多米尼加共和国、芬兰、匈牙利、日本、拉脱维亚、利比里亚、立陶宛、马拉维、墨西哥、挪威、巴拉圭、秘鲁、菲律宾、波兰、俄罗斯联邦、塞拉利昂、新加坡、瑞典、多哥、土耳其、乌干达和乌拉圭)和 6 个联合国实体(联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署、土著问题常设论坛秘书处、联合国教育、科学及文化组织、联合国人口基金、联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程处和联合国促进性别平等和增强妇女权能署)提交的文件。

## 一. 引言

1. 在制止和扭转艾滋病毒疫情以及满足妇女、女童需要方面，各个区域和国家以及各年龄组和关键人口群体的进展参差不齐。2014 年，全球约有 3 430 万(3 180 万至 3 850 万)成人和 15 岁及以上青少年艾滋病毒感染者，妇女占其中的 51%(见表 1)。<sup>1</sup> 在 390 万 15 至 24 岁感染者中，青年妇女和女童的占比接近 60%。<sup>2</sup>

2. 2014 年，全球 15 岁及以上人口新增艾滋病毒感染者约 180 万(170 万至 200 万)，其中妇女、女童占 48%(见表 2)。青年妇女感染者人数偏高，占 2014 年 15 至 24 岁青年新感染者的 56%。2014 年，共发生约 120 万(98 万至 160 万)起艾滋病死亡病例，妇女、女童在 15 岁及以上群体中占 42%，75% 的死亡病例发生在撒南非洲。

3. 一些群体受艾滋病毒的影响尤为严重。对一份 50 个国家艾滋病毒流行率和发生率的研究报告进行了元数据分析，显示全球女性工作者的艾滋病毒流行率为 11.8%，估计全球女性工作者感染艾滋病毒的机会是成年妇女的 15 倍。<sup>3</sup> 数据显示，2013 年性工作者新增感染者约 70 000(55 000 至 83 000)。30 个国家报告的数据显示，注射毒品妇女的艾滋病毒总流行率为 13%，注射毒品男子为 9%。<sup>4</sup>

表 1

2014 年流行率、新感染病例和艾滋病死亡病例，15 岁及以上妇女和男子

| 区域   | 流行率                         |                             |                                     | 新感染病例                 |                         |                                   | 艾滋病死亡病例               |                         |                                 |
|------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------------------|
|      | 妇女                          | 男子                          | 共计                                  | 妇女                    | 男子                      | 共计                                | 妇女                    | 男子                      | 共计                              |
| 全球   | 17 400 000                  | 16 900 000                  | <b>34 300 000</b>                   | 870 000               | 950 000                 | <b>1 800 000</b>                  | 420 000               | 610 000                 | <b>1 000 000</b>                |
|      | [16 100 000-<br>20 000 000] | [15 700 000-<br>19 500 000] | <b>[31 800 000-<br/>38 500 000]</b> | [790 000-<br>950 000] | [870 000-<br>1 000 000] | <b>[1 700 000-<br/>2 000 000]</b> | [310 000-<br>730 000] | [450 000-<br>1 000 000] | <b>[760 000-<br/>1 800 000]</b> |
| 撒南非洲 | 13 800 000                  | 9 700 000                   | <b>23 500 000</b>                   | 650 000               | 510 000                 | <b>1 200 000</b>                  | 310 000               | 350 000                 | <b>660 000</b>                  |
|      | [12 800 000-<br>15 000 000] | [9 000 000-<br>10 500 000]  | <b>[21 800 000-<br/>25 000 000]</b> | [600 000-<br>700 000] | [470 000-<br>580 000]   | <b>[1 100 000-<br/>1 300 000]</b> | [220 000-<br>350 000] | [250 000-<br>400 000]   | <b>[470 000-<br/>660 000]</b>   |

<sup>1</sup> 联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)，《艾滋病如何改变了一切》：千年发展目标 6：艾滋病应对行动 15 年，15 个有希望的经验教训(2015 年)。

<sup>2</sup> 艾滋病署 2014 年估计数字中关键指标来自艾滋病信息在线数据库，见 <http://aidsinfo.unaids.org/>。除另有注明外，本报告中的调查结果来自艾滋病信息在线数据库 2014 年估计数字。其他分类数字与艾滋病署提供但尚未发布的 2014 年估计数字相对应。这些数字取自各国的艾滋病疫情估算模式。需要估算得出的数字，因为无法一一查清艾滋病疫情爆发期间一国的艾滋病毒感染者、新感染者和艾滋病死亡人数。方括号内的数字为估计数字的误差范围，显示实际数值所处的范围。

<sup>3</sup> Stefan Baral and others, “Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis”, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 12, No. 7. (15 March 2012)。

<sup>4</sup> 艾滋病署，《差距报告》(2014 年，日内瓦)。

| 区域       | 流行率                       |                           |                           | 新感染病例                |                       |                       | 艾滋病死亡病例              |                       |                       |
|----------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
|          | 妇女                        | 男子                        | 共计                        | 妇女                   | 男子                    | 共计                    | 妇女                   | 男子                    | 共计                    |
| 亚洲及太平洋   | 16 000 000]               | 11 300 000]               | 26 200 000]               | 710 000]             | 550 000]              | 1 300 000]            | 570 000]             | 650 000]              | 1 200 000]            |
|          | 1 700 000                 | 3 100 000                 | 4 800 000                 | 110 000              | 210 000               | 320 000               | 69 000               | 160 000               | 230 000               |
| 拉丁美洲     | [1 500 000-<br>2 000 000] | [2 800 000-<br>3 500 000] | [4 300 000-<br>5 400 000] | [75 000-<br>150 000] | [150 000-<br>300 000] | [230 000-<br>450 000] | [47 000-<br>120 000] | [110 000-<br>280 000] | [150 000-<br>410 000] |
|          | 540 000                   | 1 100 000                 | 1 600 000                 | 25 000               | 60 000                | 85 000                | 12 000               | 28 000                | 39 000                |
| 西欧、中欧和北美 | [450 000-<br>640 000]     | [930 000-<br>1 300 000]   | [1 400 000-<br>2 000 000] | [20 000-<br>30 000]  | [48 000-<br>72 000]   | [68 000-<br>100 000]  | [8 700-<br>22 000]   | [20 000-<br>51 000]   | [29 000-<br>73 000]   |
|          | 530 000                   | 1 900 000                 | 2 400 000                 | 18 000               | 67 000                | 85 000                | 4 700                | 21 000                | 26 000                |
| 东欧和中亚    | [340 000-<br>770 000]     | [1 200 000-<br>2 700 000] | [1 500 000-<br>3 500 000] | [10 000-<br>27 000]  | [37 000-<br>99 000]   | [47 000-<br>130 000]  | [2 400-<br>8 500]    | [11 000-<br>38 000]   | [13 000-<br>47 000]   |
|          | 600 000                   | 900 000                   | 1 500 000                 | 54 000               | 80 000                | 130 000               | 25 000               | 36 000                | 61 000                |
| 加勒比      | [520 000-<br>710 000]     | [770 000-<br>1 100 000]   | [1 300 000-<br>1 800 000] | [46 000-<br>66 000]  | [67 000-<br>96 000]   | [110 000-<br>160 000] | [13 000-<br>66 000]  | [20 000-<br>96 000]   | [33 000-<br>160 000]  |
|          | 130 000                   | 130 000                   | 260 000                   | 5 800                | 7 200                 | 13 000                | 3 200                | 5 000                 | 8 200                 |
| 中东和北非    | [110 000-<br>170 000]     | [100 000-<br>160 000]     | [200 000-<br>320 000]     | [4 200-<br>7 200]    | [5 100-<br>8 900]     | [9 300-<br>16 000]    | [1 700-<br>8 500]    | [2 700-<br>13 000]    | [4 400-<br>22 000]    |
|          | 72 000                    | 150 000                   | 220 000                   | 5 800                | 14 000                | 20 000                | 3 200                | 7 700                 | 11 000                |
|          | [51 000-<br>92 000]       | [110 000-<br>190 000]     | [140 000-<br>300 000]     | [3 500-<br>8 700]    | [8 300-<br>21 000]    | [12 000-<br>30 000]   | [1 400-<br>8 900]    | [3 500-<br>22 000]    | [5 000-<br>30 000]    |
|          |                           |                           |                           |                      |                       |                       |                      |                       |                       |

资料来源：艾滋病署，2014 年，艾滋病信息在线数据库。

表 2  
2001 年至 2014 年新感染艾滋病毒病例百分比变化

| 区域     | 妇女、女童 | 男子男童 |
|--------|-------|------|
| 全球     | (34)  | (31) |
| 撒南非洲   | (38)  | (39) |
| 亚洲及太平洋 | (28)  | (26) |
| 拉丁美洲   | (25)  | (9)  |
| 东欧和中亚  | 27    | 5    |
| 加勒比    | (48)  | (40) |
| 中东和北非  | 15    | 24   |

资料来源：艾滋病署，2014 年，艾滋病信息在线数据库。

## 二. 规范框架

4. 2011 年,大会通过《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》(第 65/277 号决议,附件),确立了 10 个带有时限的具体目标,包括消除性别不平等和性别暴力。在此之前,各方在 2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》(S-26/2 号决议)和 2006 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》(第 60/262 号决议,附件)等文书中作出承诺,支持实现性别平等和增强妇女权能,以此作为减少妇女、女童艾滋病毒和艾滋病脆弱性的根本抓手。在 2000 年发展议程中,艾滋病毒和艾滋病在千年发展目标 6 中确立了稳固地位,目标 6 要求到 2015 年制止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延。

5. 2016 年,根据第 68/555 号决定,大会将召开艾滋病毒/艾滋病问题高级别会议,全面审查 2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》及 2006 年和 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》的执行进展。会议将回顾成绩,总结经验教训,查明挑战和机会,拟定建议为 2015 年以后的艾滋病应对提供指导,包括到 2030 年消灭艾滋病疫情的具体战略,并加快应对艾滋病毒/艾滋病的全面统筹行动。因此,会议将为重申在应对行动中实现性别平等和妇女权利的政治承诺创造条件。

6. 这次会议和预期发表的 2016 年《政治宣言》将借鉴 2016 年秘书长关于加快艾滋病应对行动的报告,报告将重点阐述在艾滋病毒应对行动中促进妇女、女童权利方面取得的成绩和存在的差距。

7. 2015 年大会通过了两个重大的政府间框架,即发展筹资问题第三次国际会议《亚的斯亚贝巴行动议程》(第 69/313 号决议,附件)和《2030 年可持续发展议程》(第 70/1 号决议),前者申明应把性别平等和增强妇女权能纳入发展筹资的主流,后者列入了目标 5(实现性别平等和增强所有妇女、女童的权能)。目标 5 列有以下 6 个实质性具体目标:消除一切形式对妇女、女童的歧视;消除一切形式对妇女、女童的暴力;消除童婚、早婚和逼婚等一切有害习俗;承认和尊重无薪酬的照顾和家务工作;确保妇女进行全面有效的参与并享有进入领导层的平等机会;确保普遍享有性健康和生殖健康及生殖权利——为艾滋病毒/艾滋病应对中的性别平等方面提出了基准。此外,目标 3(确保健康生活方式、增进所有人的福祉)列有到 2030 年消除艾滋病疫情这一宏伟的具体目标。

8. 在其关于加紧努力消除一切形式的暴力侵害妇女行为:消除家庭暴力行为的第 29/14 号决议中,人权理事会敦促各国保障妇女全面、平等地获得优质教育,包括全面的性教育,增强妇女权能。

9. 在 1995 年第四次妇女问题世界大会通过《北京宣言和行动纲要》20 年后,妇女地位委员会第五十九届会议审查了执行进展。审查结果(见 [E/CN.6/2015/3](#))

显示，执行进展缓慢且参差不齐，没有一个国家全面实现妇女、女童平等和增强权能，许多国家的妇女、女童在生活的各个阶段和领域遭受多种形式的歧视、脆弱和边缘化。在保健领域，审查发现艾滋病毒女感染者人数不断增加，产妇死亡率居高不下，妇女、女童在获得性健康和生殖健康服务方面遭遇挑战。审查呼吁保健工作采取基于权利的方法，确保妇女全面参与保健政策和服务决策，改善优质服务的提供、获得和可负担性，包括所有年龄妇女、女童的性健康和生殖健康及权利。

### 三. 会员国和联合国系统采取的行动

10. 15 年来科学和生物医学取得突破，艾滋病疫情从一场危及国家和社区的危机转变为一个长期、慢性的公共卫生问题。但是，这种突破并未使妇女、女童平等受益。长期以来，性别不平等被视为影响艾滋病毒疫情发展的一个关键因素。虽然各个社区和国家的问题各不相同，但是妇女在夫妻关系、家庭、社区缺乏权力并遭受污名、歧视和暴力，削弱了妇女预防艾滋病毒感染和减轻影响的能力。各国建立了强大的艾滋病毒规范框架，作出了性别平等承诺，但在艾滋病毒应对中往往没有充分注意性别不平等造成的影响。政策和制度中的性别偏见也同样影响到妇女、女童，削弱了她们要求和获得服务的能力。因此，收集按性别分列数据和进行性别平等分析，是全面认识艾滋病毒应对中的不平等对妇女、女童各种影响的前提。艾滋病毒计划和方案列入顺应性别平等需要的行动并确保资源充足，有助于改善妇女、女童获得艾滋病毒预防、治疗、护理和支助。有利的扶持性环境是减少妇女脆弱因素和增加保护因素的必要条件。针对艾滋病疫情社会、法律、经济和文化动因采取的干预措施，将能消除艾滋病毒应对中长期和普遍存在的不平等现象。采取基于权利、以人为本的方法确立优先事项，需要女感染者参与战略、政策、计划和预算决策。着力让女感染者参与和领导管理，将能加强应对行动的针对性。证据表明，如果不消除性别不平等，不执行干预措施增强妇女、女童权能，零新感染、零歧视、零艾滋病死亡的三无局面就无法实现。

11. 在本报告所述期间，会员国和联合国系统艾滋病毒应对行动在满足妇女、女童需要方面取得重大进展。报告取得进展的领域有：采取行动把性别平等承诺纳入艾滋病毒应对的管理之中，包括支持妇女领导和参与应对；使更多的妇女、女童获得艾滋病毒预防、治疗、护理和支助服务；制定战略为妇女、女童营造有利环境，支持增强其政治、社会和经济权能，以此作为减少艾滋病毒脆弱性的根本环节。

#### A. 把性别平等纳入国家艾滋病毒应对行动

12. 把性别平等和人权纳入国家艾滋病毒应对行动，将使各国满足妇女、女童的需要和优先事项，消除获得艾滋病毒预防、治疗、护理和支助的性别障碍，并据

此分配资源。加强把性别平等层面纳入国家艾滋病病毒应对行动的全面指导，有助于国家伙伴加强政策，应对妇女、女童的各种需要。证据表明，要实现国家艾滋病病毒应对工作的转型，就必须在政策和方案的各个阶段坚持履行性别平等承诺。

13. 一些国家报告，把应对性别平等行动纳入了国家艾滋病病毒政策、方案、监测和评价框架及预算(奥地利、中国、多米尼加共和国、芬兰、利比里亚、墨西哥、挪威、巴拉圭、菲律宾、俄罗斯联邦、多哥、乌干达等)。乌干达报告，把按性别和年龄分列的成果指标列入了《国家艾滋病病毒监测和评价框架》。多米尼加共和国 2015-2018 年艾滋病病毒预算对男子妇女进行了分列，以使男女双方平等受益。秘鲁和墨西哥把艾滋病病毒和艾滋病方面的优先事项纳入了国家性别平等行动计划。

14. 2104 年，阿尔及利亚政府和阿拉伯国家联盟召开阿拉伯妇女领袖高级别会议，联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)<sup>5</sup> 和联合国促进性别平等和增强妇女权能署(妇女署)为执行《阿拉伯艾滋病问题战略》提供了支助。会议发出行动呼吁，促进性别平等，普及艾滋病病毒预防和治疗服务，包括满足青年的性健康和生殖健康需要，消除艾滋病病毒感染者的污名和歧视。

15. 自妇女地位委员会上次报告(E/CN.6/2014/12)以来，艾滋病署和重要伙伴合作制作多种工具，用以加强把性别平等纳入艾滋病病毒应对的能力，其中包括：艾滋病病毒应对中处理妇女暴力的方案编制工具；<sup>6</sup> 向注射毒品妇女提供顺应性别需要的艾滋病病毒服务指南；<sup>7</sup> 性健康和生殖健康与艾滋病病毒的关系和指标汇编；<sup>8</sup> 艾滋病病毒/结核性别评估工具。妇女署制作的宣传包(在艾滋病病毒应对中倡导性别平等和妇女领导)，介绍了柬埔寨、牙买加、肯尼亚、巴布亚新几内亚和卢旺达等

<sup>5</sup> 艾滋病署的成员有：联合国难民事务高级专员公署(难民署)、联合国儿童基金会(儿基会)、世界粮食署(粮食署)、联合国开发计划署(开发署)、联合国人口基金(人口基金)、联合国毒品和犯罪问题办公室(毒品和犯罪问题办公室)、联合国促进性别平等和增强妇女权能署(妇女署)、国际劳工组织(劳工组织)、联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)、世界卫生组织(世卫组织)和世界银行。

<sup>6</sup> 世界卫生组织，《应对艾滋病病毒疫情背景下妇女遭受暴力的 16 个设想：方案工具》(2013 年，日内瓦)。见 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf?ua=1)。

<sup>7</sup> “Women who inject drugs and HIV: addressing specific needs”, policy brief (Vienna, UNODC, 2014). Available from [http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN\\_POLICY\\_BRIEF2014.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf)。

<sup>8</sup> 国际计划生育联合会、人口基金和世卫组织，“性健康和生殖健康与艾滋病病毒的联系汇编：指标及相关评估工具”(2014 年 12 月，伦敦)。见 [http://srhhivlinkages.org/wp-content/uploads/SRH-HIV-Linkages-Compendium\\_rev.pdf](http://srhhivlinkages.org/wp-content/uploads/SRH-HIV-Linkages-Compendium_rev.pdf)。

国在把性别平等纳入艾滋病毒应对方面的经验教训。<sup>9</sup> 联合国人口基金(人口基金)制作了艾滋病毒与性工作指南, 加强了战略信息和最佳做法。<sup>10</sup>

16. 2014 年至 2015 年, 艾滋病署为 40 个国家艾滋病毒应对中的性别平等评估提供支助, 找到了数据、服务覆盖、满足妇女、女童具体需要行动方面的差距。妇女署与艾滋病署、世界卫生组织(世卫组织)和泛美卫生组织合作, 加强了 15 个国家性健康和生殖健康及艾滋病毒方案人员以性别平等敏感方式进行监测的技能(巴西、柬埔寨、危地马拉、印度尼西亚、牙买加、吉尔吉斯斯坦、马拉维、巴拿马、南非、巴勒斯坦国、塔吉克斯坦、泰国、突尼斯、乌干达和津巴布韦)。2015 年上半年, 艾滋病署与儿基会、人口基金、世卫组织、美国总统艾滋病紧急救援计划(PEPFAR)、全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金(全球基金)、MTV 生存基金会、艾滋病毒青年领袖基金等合作伙伴启动了“人人参与”平台, 以改进数据收集和分析, 扩大对青少年的服务。全球基金采用筹资新模式, 优先采取扩大服务和减少性别不平等的干预措施。<sup>11</sup> 为此, 艾滋病署、联合国开发计划署(开发署)、人口基金、妇女署和世卫组织, 帮助国家伙伴把性别平等因素纳入向全球基金提交的《概念说明》, 申请资金重点针对国家艾滋病毒战略计划中的差距采取干预措施。

#### 艾滋病毒应对中用于妇女、女童的费用和筹资行动

17. 截至 2015 年底, 国家和国际两级投入艾滋病毒/艾滋病的资金总额估计达到 217 亿美元。<sup>3</sup> 到 2015 年 9 月, 全球基金发放艾滋病毒赠款 150 亿美元。<sup>12</sup> 全球基金增加了用于妇女、女童的经费, 比例从 2013 年的 42% 提高到 2015 年的约 60%。<sup>3</sup> 增加的经费基本用于生殖、产妇、新生儿、儿童和青少年保健。

18. 暂时无法得到用于顺应性别方案满足妇女、女童需要的资金比例。符合成本效益的顺应性别干预措施以及费用计算工具的改进, 可帮助各国政府划拨充足预算款项, 把性别平等承诺转为具体行动。艾滋病毒女感染者网络的资金依然严重

<sup>9</sup> 妇女署, “在艾滋病毒应对中倡导性别平等: 五个方案国家的经验”(2015 年)。见 <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/4/championing-gender-equality-in-the-hiv-response-the-experiences-of-five-programme-countries>。

<sup>10</sup> See the series “HIV and sex workers”, The Lancet (23 July 2014). Available from <http://www.thelancet.com/series/hiv-and-sex-workers>。

<sup>11</sup> 全球基金, 应对性别不平等的现象, 加大对妇女、女童的应对力度。情况说明(2014 年 4 月)。

<sup>12</sup> See <http://www.theglobalfund.org/en/financials/>。

短缺。<sup>13</sup> 在加大政治承诺助推妇女、女童参与领导工作的同时，没有为持续开展组织工作和集体行动投入充足资源。<sup>13</sup>

19. 顺应性别的艾滋病毒方案筹资数据严重欠缺，但有会员国报告在这方面取得进展。墨西哥报告划拨专项资金，帮助女感染者继续参加抗逆转录病毒治疗方案。芬兰制订国家艾滋病毒新战略，为艾滋病毒高发区的女感染者、女移民者和性工作者划拨专款。波兰和瑞典向民间社会组织的艾滋病毒预防活动提供财政支持，如针对育龄妇女的国家艾滋病毒检测运动和感染者生活品质调查。

20. 艾滋病署和伦敦卫生与热带医学学院对顺应性别的艾滋病毒干预措施的成本效益进行了系统审查。<sup>14</sup> 审查发现了有希望的顺应性别干预措施，以更好地提供艾滋病毒服务、坚持治疗和行为改变，并证明了增加性别平等投入以及教育部门与其他部门共同筹资的合理性。

#### 加强妇女、女童的接触、领导和参与

21. 妇女参与和领导应对决策受到诸多制约，如缺乏进行接触的信息和机会、污名和歧视、家庭和社区的照顾责任、资金不足等。全球基金国家协调机制是负责制订建议和监测执行情况的多利益攸关方机构，其妇女比例从 2010 年的 34% 上升到 2015 年的 40%。<sup>15</sup> 但是，数据不能说明妇女声音在机制中的影响力，因为没有对妇女，特别是女感染者对国家艾滋病毒应对工作的参与和影响力进行系统跟踪。

22. 奥地利、挪威、俄罗斯联邦、塞拉利昂和乌干达与艾滋病毒女感染者组织和妇女组织结成伙伴关系，帮助提供预防服务，提高针对妇女暴力和艾滋病毒交叉领域的认识。拉脱维亚、塞拉利昂、多哥和乌干达支持妇女，包括女感染者参与国家艾滋病毒协调机制。

23. 艾滋病署、开发署、人口基金和妇女署在 30 多个国家加强女感染者的能力。妇女署促进女感染者在国家一级参与《北京行动纲要》20 年期审查，分享女感染者的关键优先事项。开发署、人口基金和妇女署在中国、印度、哈萨克斯坦、塔吉克斯坦和越南协助艾滋病毒女感染者网络，向消除对妇女歧视委员会提供投入，提出女感染者在获得保健服务方面遭遇歧视的问题。妇女署启动青年战略，增强青年妇女，特别是边缘化青年妇女的领导能力。

<sup>13</sup> Angelika Arutyunova and Cindy Clark, “Watering the leaves, starving the roots: the status of financing for women’s rights organizing and gender equality, (Ontario, Canada, Association for Women’s Rights in Development, 2013)。

<sup>14</sup> Michelle Remme and others, “The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review” Journal of the International AIDS Society, vol. 17 (2014)。

<sup>15</sup> 见 <http://www.theglobalfund.org/en/womengirls/>。

## B. 加强对妇女、女童的艾滋病毒预防、治疗、护理和支助

24. 在本报告所述期间，艾滋病毒防治取得重大进展。千年发展目标 6 中普及艾滋病毒/艾滋病治疗的具体目标已经实现。超过 1 500 万人正在接受治疗。证据表明，抗逆转录病毒疗法可以成为综合治疗的一部分，在阳性诊断后进行治疗能够大大改善治疗效果。儿童艾滋病毒治疗研究取得长足进步。预防艾滋病毒母婴传播使新生儿感染病毒人数减少。孕妇终身治疗方案的提供得到改善。上述结果在有实证依据的国家指导之中得到体现。

25. 艾滋病署新编 2016-2021 年战略与《2030 年可持续发展议程》全面对接，并将实现性别平等和增强所有妇女、女童权能作为优先工作。战略列有确保妇女、女童过上性别平等和无性别暴力的生活以及减少艾滋病毒风险和影响的具体目标。为保持千年发展目标 6 成果的势头，艾滋病署在战略中提出了宏伟的快速道具体目标。<sup>16</sup> 关于 90-90-90 的治疗具体目标设想，到 2020 年 90% 的感染者了解自己的艾滋病毒状况；90% 经诊断的感染者接受长期抗逆转录病毒疗法；90% 接受抗逆转录病毒疗法的感染者病毒得到抑制。<sup>17</sup> 除治疗方面的关键具体目标外，还制定了非歧视和预防具体目标，以加快行动应对预防、治疗、护理和支助的需要。但是，如果不能克服妇女、女童在防治环节中遇到的各种挑战，上述具体目标将无法实现。

### 促进艾滋病毒的预防和检测

26. 向妇女、女童提供精准、与文化和年龄相适宜的全面性教育极为重要。缺乏艾滋病毒预防信息，在性关系，包括婚姻关系中无权使用预防信息，削弱了妇女说服对方使用安全套和从事安全性行为的能力。知识能够帮助妇女、女童作出知情决定，预防艾滋病毒感染。在撒南非洲，仅有 26% 的少女掌握艾滋病毒的全面正确知识，而少年男子为 36%。<sup>9</sup> 对 22 个基于课程的性与艾滋病毒教育方案的审查发现，80% 的方案讲授性别与权力的关系，使怀孕和(或)性传播感染大幅减少。<sup>18</sup>

27. 女性控制的艾滋病毒预防手段，如女用安全套，或服用多种抗逆转录病毒药物作为感染前的预防药(艾滋病毒阴性者服用可减少感染风险)，可使感染艾滋病

<sup>16</sup> “快速道”办法是一项加快执行进度议程，需制定宏伟的为预防治疗具体目标。详见艾滋病署，《快速道：到 2030 年结束艾滋病疫情》(2014 年，日内瓦)。

<sup>17</sup> 抑制病毒的定义是，抑制或减少病毒的活动和复制。对于艾滋病毒，如病毒负荷(即血液中的病毒数目)减少至检测不到，即取得了很好的疗效。

<sup>18</sup> Nicole A. Haberland, “The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 41, No. 1 (March 2015)。

毒高危妇女减少风险，保护自己不受病毒感染。<sup>19</sup> 女用安全套在接受和效果方面与男用安全套不相上下，但供应不足和费用较高使其使用受到阻碍。<sup>20</sup> 解决供应和费用问题，对更有效地利用感染前预防药物、防止艾滋病毒感染也具有重要意义。

28. 哥伦比亚、多米尼加共和国、匈牙利、墨西哥、新加坡和瑞典报告，为学校的艾滋病毒预防、保健和性教育活动以及各种针对青年的保健和艾滋病毒方案提供支助。新加坡在工作场所执行教育举措，支持艾滋病毒预防工作。塞拉利昂报告，通过艾滋病毒和艾滋病信息和文件中心以及青少年友好型性保健和生殖保健服务提供安全套。哥伦比亚通过强制性保健计划提供男用和女用安全套。美利坚合众国总统启动艾滋病紧急救援计划(坚定、有复原力、有权能、无艾滋病、有指导和安全的妇女)，<sup>21</sup> 通过执行一整套以实证为依据减少女童感染艾滋病毒风险的核心预防措施，减少东部和南部非洲少女和青年妇女新感染艾滋病毒的病例。<sup>22</sup>

29. 人口基金帮助 52 个国家编制安全套综合方案，共计发放 7.5 亿个男用和 1 500 万个女用安全套。联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)和人口基金帮助 97 个国家扩大优质、适龄并具有文化敏感性的综合性教育。这项工作重点帮助 21 个东部和南部非洲国家落实 2013 年全面性教育部部长级承诺。

30. 加强检测对于艾滋病毒的预防、治理和护理十分重要。目前，大约有 1 710 万艾滋病毒感染者不了解自己的感染情况。<sup>3</sup> 多数妇女在产前检查时才进行艾滋病毒检测。艾滋病署估计，2012 年低收入和中等收入国家约有 40% 的孕妇接受艾滋病毒检测和咨询，高于 2009 年的 26%。但是，证据显示除产前护理服务外，妇女接受检测的机会少于男子。<sup>23</sup> 检测服务与性健康和生殖健康及计划生育相结合，对于宣传未孕妇女，确保女性工作者和注射毒品妇女等关键群体在没有歧视和污名的情况下接受检测服务至关重要。此外，女残疾人和其他边缘化妇女群体需要得到定向支助，以便她们的需要在艾滋病毒应对中同样得到考虑。

<sup>19</sup> National Institute of Allergy and Infectious Diseases, “Young South African women can adhere to daily pre-exposure prophylaxis regimen as HIV prevention, study finds”, 20 July 2015, available from <http://www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2015/Pages/HPTN067.aspx>.

<sup>20</sup> What Works for Women and Girls, “Male and female condom use”, available from <http://www.whatworksforwomen.org/chapters/5-Prevention-for-Women/sections/1-Male-and-Female-Condom-Use>.

<sup>21</sup> “梦想”举措是与比尔和梅琳达·盖茨和耐克基金会结成公私营伙伴采取的举措。

<sup>22</sup> 见美国总统艾滋病紧急救援计划, “Fact sheet”, September 2015. Available from <http://www.pepfar.gov/documents/organization/247548.pdf>.

<sup>23</sup> Carla Malhlouf Obermeyer and Michelle Osborn, “The utilization of testing and counseling for HIV: a review of the social and behavioral evidence”, American Journal of Public Health, vol. 97, No. 10 (October 2007).

31. 芬兰、利比里亚、立陶宛、马拉维、墨西哥、秘鲁、菲律宾、波兰、塞拉利昂、新加坡和乌克兰采取措施，提供艾滋病毒检测和咨询，作为产前筛查和宣传活动的一部分。哥伦比亚、新加坡和马拉维通过扩大社区妇女、女童检测服务、艾滋病毒快速检测和提供匿名检测场所，鼓励扩大艾滋病毒检测范围。艾滋病署为进一步强调母婴艾滋病毒传播检测提供了支助。<sup>24</sup>

### 消除艾滋病毒母婴传播并使母亲存活

32. 在实现《到 2015 年消除儿童新增艾滋病毒感染和母亲存活全球计划》和秘书长《全球妇幼健康战略》的艾滋病毒母婴传播目标方面取得了重大进展。截至 2014 年底，全球 73% 的感染艾滋病毒孕妇接受了抗逆转录病毒疗法；2000 年至 2014 年儿童新增艾滋病毒感染减少了 58%。<sup>3</sup> 为自身健康而接受抗逆转录病毒疗法的感染孕妇比例从 2009 年的 11% 上升至 2014 年的 62%。许多国家，包括几乎所有 22 个全球计划高度优先国家，正在执行 B+ 方案(向感染孕妇提供终身艾滋病毒治疗)。虽然全球艾滋病毒母婴传播率有所下降，但并非所有感染孕妇都得到了抗逆转录病毒疗法。中东和北非以及亚洲和太平洋的覆盖率尤其低下(分别为 13% 和 38%)。<sup>25</sup>

33. 2015 年 6 月，古巴被宣布为世界首个消除艾滋病毒母婴传播的国家。<sup>26</sup> 芬兰、拉脱维亚、利比里亚、立陶宛、马拉维、墨西哥、菲律宾、波兰、塞拉利昂、新加坡、多哥和乌拉圭报告，在消除艾滋病毒母婴传播方面取得重大进展。利比里亚、马拉维和塞拉利昂报告，按照世卫组织准则向所有感染孕妇提供终身抗逆转录病毒治疗。

### 确保感染艾滋病毒的妇女、女童得到并坚持治疗

34. 截至 2015 年 3 月，有 1 500 万名艾滋病毒感染者得到抗逆转录病毒治疗，占感染者估计数的 41%。<sup>3</sup> 2013 年，妇女占有接受治疗人数的 59%。<sup>27</sup> 然而，这一数字掩盖了妇女之间的重大差异。研究发现，少女及 50 岁以上妇女没有得

<sup>24</sup> 艾滋病署，“艾滋病署执行情况监测报告”，为艾滋病署方案协调委员会第三十六届会议编写的文件，2015 年 6 月 30 日至 7 月 2 日，日内瓦(2015 年)。

<sup>25</sup> 艾滋病署，“艾滋病如何改变了一切：千年发展目标 6：艾滋病应对行动 15 年，15 个有希望的经验教训——情况介绍”，2014 年。见 [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20150714\\_FS\\_MDG6\\_Report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150714_FS_MDG6_Report_en.pdf)。

<sup>26</sup> 世卫组织，“世卫组织确认古巴消除艾滋病毒母婴传播和梅毒”，2015 年 6 月 30 日。见 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mtct-hiv-cuba/en/>。

<sup>27</sup> 世卫组织、儿基会和艾滋病署，《2013 年全球艾滋病毒治疗最新情况：结果、影响和机遇》(2013 年 6 月，日内瓦)。

到充分治疗。<sup>28</sup> 注射毒品妇女获得治疗的人数较少，低收入和中等收入国家的感染病毒的女性工作者中仅有 36% 得到治疗。<sup>3</sup> 由于按性别、年龄和人口群体分列的数据匮乏，确定治疗差距的工作受到限制。

35. 2014 年，妇女署与雅典娜网络、艾滋病免疫宣传联盟和萨拉曼德尔信托基金就妇女获得艾滋病毒治疗与性别有关的关键障碍和促进因素开展了一次全球审查。初步结果表明，存在的障碍有保健决策缺乏自主性、存在暴力行为和对暴力行为的恐惧、来自家庭、社区成员和医疗专业人员的污名化与歧视。<sup>29</sup>

36. 粮食和营养对坚持抗逆转录病毒疗法至关重要。研究发现，提供食品有助于坚持艾滋病毒治疗，粮食得不到保障就不能取得良好的治疗效果。<sup>30</sup> 墨西哥报告，在 29 个州执行一项方案，向感染艾滋病毒的妇女提供包括食物和营养在内的全面服务，以改善坚持抗逆转录病毒疗法和继续接受护理的情况。马拉维制定了协助评估艾滋病毒感染者营养需求的营养准则。世界粮食计划署(粮食署)向预防母婴传播国家方案提供技术支持，将食品和营养支持纳入向营养不良孕妇提供的孕产妇、新生儿和儿童保健服务。

#### 促进将艾滋病毒服务和信息纳入性健康和生殖健康服务

37. 将艾滋病毒相关服务和信息纳入性健康和生殖健康服务能够改善妇女获得这种服务的机会，并取得更好的保健成果。这种做法能减少与艾滋病毒有关的污名，增加服务使用并提升方案效率和成本效益。由于在孕期和分娩后，结核病与艾滋病毒合并感染导致孕产妇死亡风险增加，作为生殖健康服务组成部分的结核病筛查和艾滋病毒检测至关重要。<sup>31</sup>

38. 芬兰、墨西哥和巴拉圭报告，在国家性健康和生殖健康战略框架内支持艾滋病毒预防工作。2014 年，芬兰更新了性健康和生殖健康行动方案，纳入了艾滋病毒预防和早期发现措施。墨西哥的性健康和生殖健康战略特别重视青少年、孕妇和关键人群。<sup>32</sup> 战略力求确保避孕药具供应及艾滋病毒和其他性传播感染的早期检测。在巴拉圭，国家 2014-2018 年性健康和生殖健康计划就七个领域内以权

<sup>28</sup> Melanie Croce-Galis, Jill Gay and Karen Hardee, “Gender considerations along the HIV treatment cascade: an evidence review with priority actions”, Treatment brief, (Washington D.C., What Works Association, September 2015)。

<sup>29</sup> 妇女署与其他机构，“妇女获得治疗的关键障碍：让“快车道”成为现实(2015 年)。

<sup>30</sup> Saskia de Pee and others, “The enabling effect of food assistance in improving adherence and/or treatment completion for antiretroviral therapy and tuberculosis treatment: a literature review”, *Aids and Behaviour*, vol. 18, supp. 5 (12 March 2014)。

<sup>31</sup> 世卫组织，“妇女与结核病”，2014 年，见 [http://www.who.int/tb/publications/tb\\_women\\_factsheet\\_251013.pdf](http://www.who.int/tb/publications/tb_women_factsheet_251013.pdf)。

<sup>32</sup> 艾滋病署将男同性恋和其他男性同性性行为者、性工作者、变性者和注射毒品者视为四个主要人口群体，见艾滋病署，“2015 年术语指南”(2015 年，日内瓦)。

利为基础的行动提供指导，其中包括预防和控制性传播感染。在处理艾滋病毒和结核合并感染方面，拉脱维亚和俄罗斯联邦在其国家卫生政策中拟订了艾滋病毒与结核联合方案。

39. 人口基金支持南部非洲发展共同体制定关于将性健康和生殖健康与艾滋病毒防治相结合的区域最低标准，2015 年 1 月标准得到南部非洲发展共同体卫生部长委员会的核准。<sup>24</sup> 人口基金还支持博茨瓦纳、莱索托、马拉维、纳米比亚、斯威士兰、赞比亚和津巴布韦，将性健康和生殖健康、权利以及艾滋病毒防治纳入更广泛的国家健康和发展工作。

### C. 优先采取干预措施为预防艾滋病毒和减轻影响营造有利的社会和法律环境

40. 对妇女、女童而言，消除歧视性法律、污名化和性别暴力有助于加快艾滋病毒应对工作的进展。增加妇女的教育机会、增强妇女的经济权能，能够促进加强生计安全，并为降低病毒感染风险营造有利环境。可通过与男子男童的对话和接触改变性别平等规范和定型观念及歧视性文化的发展，从而改进预防工作，减轻艾滋病毒和艾滋病的影响。

#### 为预防艾滋病毒和减轻影响建立有利的法律和政策框架

41. 面向妇女、女童的预防、治疗和护理方案要取得成功，必须在力求保护和促进妇女、女童权利的法律和政策环境中运作，这种权利包括：财产权和继承权、接受保护免遭暴力、工作场所免受歧视以及独立决定婚姻、离婚和生育的权利。在许多情况下，法律和政策仍然歧视妇女、女童并使性别不平等更加严重，反过来又在获得服务方面形成挑战(E/CN.6/2015/3)。虽然全球童婚、早婚和逼婚做法有所减少，但全世界仍有 7 亿女童在满 18 岁之前结婚。<sup>33</sup> 会员国在可持续发展目标中作出承诺，要消除童婚、早婚和逼婚等一切有害习俗。消除童婚对降低女童和青年妇女的艾滋病毒易感性和风险至关重要。青年妇女和女童通常鲜有机会获得预防信息，在保护自己不受艾滋病毒感染方面权力有限。关于法定结婚年龄的法律和政策，可能成为限制青年妇女获得艾滋病毒检测和咨询及性保健和生殖保健等艾滋病毒相关服务的一个因素。<sup>9</sup> 实现妇女的财产权和继承权可改善其经济保障，并在防止艾滋病毒蔓延方面发挥重要作用。它提高了妇女在家庭中的商议能力，使其在争取安全性行为方面拥有更大的谈判权，从而降低感染艾滋病毒的风险。因此，确保妇女的财产权和继承权是有效的国家艾滋病毒对策的重要组成部分。在将关键群体定罪的国家，女性工作者和注射毒品妇女难以获得关键的艾滋病毒保健服务。对于感染病毒的妇女、女童而言，司法救助仍是一个漫长和代价高昂的过程。

<sup>33</sup> 儿基会，“结束童婚：进展和前景”（2014 年，纽约）。

42. 哥伦比亚、芬兰、拉脱维亚、立陶宛、墨西哥、波兰、瑞典、乌拉圭报告，出台了关于不歧视和男女平等的现行宪法保障措施和法律，包括保护健康权的法律。奥地利、巴拉圭和乌干达报告，制定了保障感染者人权的具体艾滋病毒防治法律。利比里亚报告正在起草家庭暴力法，哥伦比亚制定了打击一切形式污名化与歧视的法律。马拉维在消除童婚、早婚和逼婚方面采取了重要步骤，2015 年通过了《婚姻、离婚和家庭关系法》，将不经父母同意的最低结婚年龄提高至 18 岁。非洲联盟在全区域 10 个国家开展消除童婚运动，倡导执行禁止童婚的法律。

43. 在孟加拉国、柬埔寨、印度尼西亚、牙买加、肯尼亚、缅甸、泰国和越南，艾滋病署帮助修订了关于青少年艾滋病毒检测和咨询的父母同意要求、家庭暴力和性犯罪、社会保护和艾滋病毒有罪的歧视性法律和政策。在肯尼亚、尼日利亚、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和津巴布韦，妇女署继续支持感染艾滋病毒和艾滋病或受其影响的妇女获得财产权和继承权，使妇女增加了法律知识，并提高了律师助理提供法律和社会服务的能力。开发署在 41 个国家支持为受艾滋病毒影响的妇女、女童建立有利的法律和政策环境，包括修订阻碍妇女、女童、感染和较易感染艾滋病毒者及高危群体获得艾滋病毒服务的法律。

#### 制止性别暴力以及艾滋病毒和艾滋病的双重流行

44. 性别暴力既是侵犯人权行为，也是公共卫生问题，具有当前和长期的健康和社会后果，并增加感染艾滋病毒的风险。它削弱妇女、女童争取安全性行为、披露艾滋病毒状况和寻求基本保健服务的能力，并导致妇女艾滋病毒病情恶化，机会性感染发生率和死亡风险增加。<sup>34</sup>

45. 据世卫组织估计，全世界有超过三分之一的妇女在生命的某一时间点遭遇过亲密伴侣的人身和(或)性暴力，或遭遇过非伴侣的性暴力。<sup>35</sup> 遭遇亲密伴侣暴力的妇女感染艾滋病毒的可能性会增加 50%。<sup>36</sup> 感染病毒的妇女更可能遭遇过亲密伴侣的暴力，以及家庭成员、社区和机构环境中的暴力，包括强迫堕胎和强迫绝育。最近一项研究表明，作为持续和严重暴力行为指标的男性控制行为被认定足以使妇女面临感染艾滋病毒的风险。<sup>37</sup> 与整个妇女群体相比，女性工作者、注射毒品妇女和残疾妇女遭遇暴力的机率更高。<sup>9</sup>

<sup>34</sup> Abigail M. Hatcher and others, “Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis”, *AIDS*, vol. 29 (2015)。

<sup>35</sup> 《2015 年世界妇女：趋势和统计》(联合国出版物，出售品编号：E.15.XVII.8)。

<sup>36</sup> 艾滋病署，《2013 年全球艾滋病疫情报告》(2013 年，日内瓦)。

<sup>37</sup> Dirk Durevall and Annika Lindskog, “Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the demographic and health surveys tell us?”, *Lancet Global Health*, vol. 3, No. 1 (January 2015)。

46. 在芬兰，预防和应对性别暴力是依照国家艾滋病毒战略制定的性健康和生殖健康行动计划的组成部分。在巴拉圭，妇女事务部发起促进“无风险和无暴力生活”的全国运动，并列入了关于不同类型暴力行为及如何预防艾滋病毒和其他性传播感染的信息。在秘鲁，打击家庭暴力和性暴力国家方案将面向艾滋病毒感染者的具体照护规定纳入了新编妇女紧急救助中心全面照护指南。救助中心向性别暴力幸存者提供法律、心理和社会照护。塞拉利昂向性暴力幸存者提供艾滋病毒检测和咨询，包括接触后预防药物。

47. 联合国难民事务高级专员公署在人道主义保护、协调机制内和社区一级加强了对艾滋病毒防治以及性暴力和性别暴力预防、治疗、照护和支助的整合。人口基金、妇女署和世卫组织为医疗提供者制定了关于向暴力幸存者提供服务和照护，包括提供防止艾滋病毒传播的接触后预防的临床手册。<sup>38</sup> 开发署在布隆迪、苏丹和多哥通过向妇女、女童提供全面法律、健康和心理社会援助的“一站式信息中心”，支持提供性别暴力和保健综合服务。

#### 加强女童教育促进艾滋病毒预防

48. 证据表明，教育女童可以改善艾滋病毒预防和照护并拯救生命。教育青年妇女则能帮助其掌握艾滋病毒传播知识，降低艾滋病毒感染风险。<sup>39</sup> 在 17 个非洲国家和 4 个拉丁美洲国家，发现教育程度较高的女童首次性行为推迟并更容易使用安全套。<sup>3</sup> 博茨瓦纳的研究发现，女童中学教育每增加一年，其感染艾滋病毒风险会降低 12%。<sup>40</sup> 南非的一项临床试验为降低女童感染艾滋病毒风险进行基于学校和有条件的现金转移，其产生的新证据显示在减少感染艾滋病毒风险行为方面取得了可喜成果，如青年妇女报告性伴侣显著减少、无保护措施性行为减少及检测增加等。<sup>41</sup> 更多的证据表明，向青年妇女提供社会保护综合方案使感染艾滋病毒风险行为减少了一半。<sup>42</sup> 这些办法说明现金转移方案能带来健康的行为结果。现金转移方案显示了巨大潜力，能帮助女童继续求学，并在预防艾滋病毒

<sup>38</sup> 世卫组织，“为遭受亲密伴侣暴力或性暴力的妇女提供保健：临床手册”（2014 年，日内瓦）。见 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO\\_RHR\\_14.26\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?ua=1)。

<sup>39</sup> 教科文组织，“教育改变生活”（2013 年，巴黎）。

<sup>40</sup> Jan-Walter De Neve and others, “Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment” *The Lancet Global Health*, vol. 3, No. 8. (August 2015)。

<sup>41</sup> Quaraiasha Abdool Karim and others, “Impact of conditional cash incentives on herpes simplex virus 2 (HSV-2) and HIV in rural South African high school students” and Audrey Pettifor and others, “HIV Prevention Trials Network 068 conditional cash transfer to prevent HIV infection among young women in South Africa: results of a randomized controlled trial”, presentations at the eighth International AIDS Society conference on HIV pathogenesis, Vancouver, Canada, July 2015。

<sup>42</sup> Lucie D. Cluver and others, “Cash plus care: social protection cumulatively mitigates HIV-risk behaviour among adolescents in South Africa” *AIDS*, vol. 28, supp.3 (2014)。

毒方面产生积极成果。然而，为了确保持久影响，现金转移方案必须成为更广泛部门办法的一部分，<sup>43</sup> 以消除不安全的校园环境以及早婚、逼婚和童婚等女童继续求学面临的主要障碍。然而，鉴于这些方案具有条件性和时限性，需要获得更多长期实效的证据。

49. 马拉维报告，开办面向儿童的社会现金转移方案，并将因父母死于艾滋病而辍学照顾兄弟姐妹的孤儿和女童列入方案。方案鼓励入学、继续就读和完成学业，覆盖 70% 的孤儿和弱势儿童。教科文组织在埃塞俄比亚、尼日利亚、巴基斯坦、塞内加尔和坦桑尼亚联合共和国提高女童和妇女的中学教育质量，并将其作为女童和妇女教育全球伙伴关系的组成部分。粮食署在刚果、加纳、埃塞俄比亚、莱索托、缅甸、斯威士兰和赞比亚开办的学校供餐方案提高了女童入学率。

#### 促进增强经济权能预防艾滋病毒并减轻影响

50. 妇女对男子的经济依赖以及妇女无法平等获得土地和生产资源，会增加其因交易或胁迫性行为而感染艾滋病毒的风险。<sup>44</sup> 妇女、女童肩负过重的护理工作负担，使获得教育、保健和创收的机会受到限制，从而加剧了其在社会经济方面的不利地位。<sup>45</sup> 在非洲，艾滋病毒和艾滋病影响到对妇女在家中提供护理的需求。<sup>46</sup> 将增强经济权能与艾滋病毒干预措施相结合的做法，在消除妇女、女童感染风险和脆弱性因素方面取得了可喜成果。

51. 利比里亚和多哥为增加妇女的经济机会和降低妇女的艾滋病毒易感性提供信贷。国际劳工组织和艾滋病署与南部非洲发展共同体合作，支持在马拉维、莫桑比克、南非、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚和津巴布韦增强经济权能和进行艾滋病毒预防工作，同时建立性别平等规范。该方案提高了社区成员的商业技能，使其增加了利润和储蓄，并促进了同伴教育，增加了艾滋病毒预防知识。方案包括相关保健服务转诊。这些举措共同形成了社区成员采纳的降低艾滋病毒风险战略。

<sup>43</sup> Lori Heise, and others, “Cash transfers for HIV prevention: considering their potential”, *Journal of the International AIDS Society*, vol. 16 (2013)。

<sup>44</sup> Karen Hardee and others, “Strengthening the enabling environment for women and girls: what is the evidence in social and structural approaches in the HIV response?”, *Journal of the International AIDS Society*, vol. 17 (2014)。

<sup>45</sup> 妇女署，《2015-2016 年世界妇女的进步：经济转型，实现权利》(2015 年，纽约)。

<sup>46</sup> Nancy Folbre, “The care economy in Africa: subsistence production and unpaid care”, *Journal of African Economies*, vol. 23, supp. 1 (2014)。

## 消除艾滋病病毒感染者遭受的污名与歧视

52. 妇女、女童，特别是感染艾滋病毒的妇女、女童，在家庭、社区、工作场所和保健环境中遭受多种形式的歧视。艾滋病毒感染者污名化指数<sup>47</sup>表明，在亚太区域，与感染病毒的男子相比，感染病毒的妇女更可能因其艾滋病毒状况而成为言语虐待和身体暴力的目标。<sup>9</sup> 妇女、女童，包括关键群体中的妇女(性工作者和注射毒品妇女)面临的与艾滋病毒相关的污名化与歧视仍是接受艾滋病毒预防、治疗、护理和支助的一个最严重和常见的障碍。

53. 新加坡向艾滋病毒感染者及其家庭提供社会支助，减少污名化与歧视并鼓励更好地继续接受照护。艾滋病毒署在亚洲支持进行关于在保健环境中侵犯受艾滋病毒影响的妇女权利的法律分析，并在拉丁美洲和加勒比牵头开展类似工作。<sup>48</sup> 该项研究提请注意寻求保健服务的感染病毒妇女遭受的歧视、暴力和虐待。

## 男子男童参与艾滋病毒应对行动

54. 男子男童的参与对转变维持妇女、女童的不平等社会地位和艾滋病毒易感性的性别平等规范至关重要。社区一级的干预措施，即让妇女、女童与男子男童参与关于性别不平等的讨论有效改变了性别平等规范。<sup>49</sup> 马拉维、塞拉利昂、多哥和乌干达报告，鼓励男子男童支持消除艾滋病毒背景下侵犯妇女权利的行为。在马拉维，传统领导人签署了提高结婚年龄和消除童婚宣言。在乌干达，约 50 万名文化和宗教领导人提高了促进孕产妇健康及预防性别暴力和艾滋病毒的能力。联合国消除暴力侵害妇女行为信托基金支持马拉维的女艾滋病患者联盟与妇女、男子和传统领导人接触，挑战助长性别虐待的文化和规范。动员了 12 个县的社区呼吁制定更有效的法律，包括一项将婚内强奸定罪的法律。<sup>43</sup>

## 四. 结论和建议

55. 消除艾滋病毒和艾滋病是一项公共卫生要务，取决于应对行动的转变。防治艾滋病取得的进展不言而喻；千年发展目标 6 中有关艾滋病的具体目标已经实现。艾滋病疫情已被制止和扭转。接受抗逆转录病毒疗法的 2000 年不足 70 万，今天已经达到约 1 500 万，历史上最重要的治疗目标之一已经实现。据艾滋病毒署报告，

<sup>47</sup> 艾滋病感染者污名化指数是为艾滋病毒感染者制作并为其所用的一项工具，用以收集证据和增进对艾滋病毒感染者遭受污名化与歧视情况的了解。见 <http://www.stigmaindex.org>。

<sup>48</sup> 艾滋病毒署，“执行情况监测报告概要”为艾滋病毒署方案协调委员会第三十六届会议编写的文件，2015 年 6 月 30 日至 7 月 2 日(2015 年)。

<sup>49</sup> Tanya Abramsky and others, “Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda”, *BioMed Central Medicine*, vol. 12, No. 122 (31 July 2014)。

15 年来新增艾滋病毒感染减少了 35%，2004 年达到峰值后艾滋病死亡人数减少了 42%。许多国家通过加强与性健康和生殖健康服务的整合，扩大抗逆转录病毒治疗对感染病毒孕妇的覆盖并消除母婴传播，也取得了重大进展。会员国和联合国实体在艾滋病毒应对中满足妇女、女童的需要方面取得了重要进展。国家艾滋病毒战略计划更好地体现了性别平等优先事项，妇女参与各项决策人数也有增加。

56. 尽管取得了进展，少女新增艾滋病毒感染仍在增加。少女是艾滋病死亡人数增加的唯一群体，在撒南非洲艾滋病是少女的最大死因。艾滋病毒和艾滋病应对方面的差距仍然存在，有可能破坏现有成果并出现倒退。艾滋病毒、健康与更广泛发展的政策和方案必须充分体现和纳入对性别暴力、污名化、和歧视的零容忍，满足妇女的性健康和生殖健康需要和权利，并得到充足的资源配置。可持续发展的目标的通过为实现性别平等和增强妇女权能以及实现到 2030 年消除艾滋病的目标提供了框架。通过的艾滋病署 2016-2021 年新战略和全球妇女、儿童和青少年健康新战略，明确强调妇女、女童在艾滋病毒背景下的权利，并为实现 2030 年议程提供了重要指南。消除性别不平等和增强所有妇女、女童的权能是到 2030 年消除艾滋病疫情的关键。

57. 委员会不妨鼓励会员国：

(a) 根据关于性别平等以及增强妇女、女童权能的全球规范框架调整国家法律和政策框架，修订歧视性法律，消除维持妇女、女童不平等社会地位以及加剧艾滋病毒风险的性别平等规范和定型观念；

(b) 进一步将性别平等和增强妇女权能承诺纳入各项艾滋病毒与健康国家计划以及发展战略、工作计划、监测评价框架及预算；

(c) 执行各项战略促进建立有利于增强妇女社会、政治和经济权能的环境，从而降低艾滋病毒风险并减轻影响；

(d) 扩大应对女童和青年妇女具体脆弱性的循证方法，以降低艾滋病毒风险并为青年妇女和女童感染者提供支助；

(e) 进一步传播艾滋病毒知识和信息，包括开展全面性教育；

(f) 进一步将艾滋病毒防治服务纳入性健康和生殖健康服务，包括在广泛的保健服务中开展艾滋病毒/结核合作活动，提供法律服务解决性别暴力及侵犯妇女财产权和继承权等权利；

(g) 采取干预措施，改变负面影响妇女、女童、包括关键群体中妇女、女童并增加感染艾滋病毒风险的性别平等规范；

(h) 增加妇女、女童获得各种艾滋病毒预防、治疗、照护和支助服务的机会；

(i) 消除针对妇女、女童的各种污名化与歧视，处理侵犯人权行为，以改善获得预防、治疗、照护和支助服务的机会；

(j) 通过为艾滋病毒女感染者团体和网络提供资助等，支持女感染者发挥领导作用，积极参与艾滋病毒政策协调和决策机制。

58. 委员会不妨鼓励联合国系统和其他国际行为体：

(a) 跟踪各机构在艾滋病毒应对行动中解决性别平等和优先事项以及满足妇女、女童需要的拨款和支出，记录艾滋病毒应对行动中对性别平等的资金投入；

(b) 支持建设收集、分析和使用按性别、年龄和主要群体分列数据的国家能力，提高对数据进行性别平等分析的能力，以便在拟订方案和政策中准确反映妇女、女童的优先事项；

(c) 努力在国家一级扩大妇女、女童获得各种艾滋病毒预防、治疗、照护和支助服务的机会；

(d) 优先投入资金改善安全、有效、全面预防办法的供应和获取及其可负担性，包括妇女发起的艾滋病毒预防技术，促进增强妇女知识、技能和权力的办法，以便妇女加以利用保护自己不受病毒感染；

(e) 确定妇女、女童在获得治疗方面的性别障碍并采取相应对策，遵循平等、不歧视、保密和知情同意的人权原则；

(f) 通过多年资金支持、组织发展、联盟建设和成员动员加强支助感染艾滋病毒的妇女网络和组织，促进其作为艾滋病毒应对的关键行为体进行参与并扩大其领导作用；

(g) 加强艾滋病毒防治服务与教育、社会保护、就业、粮食安全、人权、执法以及司法、教育和社会服务等其他发展部门的整合，更好地发挥协同作用并为妇女、女童发挥最大实效。