联合国 A/59/765

大 会

Distr.: General
4 April 2005
Chinese
Original: English

第五十九届会议

议程项目 43

第二十六届特别会议成果的后续行动：《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》的执行情况

执行《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》的进展情况

秘书长的报告

摘要

本报告是根据 2003 年 12 月 23 日大会第 58/236 号决议提出的。在该决议中，大会请秘书长就实现 2001 年 6 月 27 日大会通过的《关于艾滋病毒/艾滋病的承诺宣言》所作各项承诺的进展情况编写一份综合分析报告。本报告利用了广泛的资料来源，包括非洲、亚洲、加勒比和东欧十七个国家和地区[1]关于艾滋病问题关键指标的国家数据、其他国家调查、委托开展的研究以及对艾滋病关键干预措施覆盖面的循证估计。本报告追踪了艾滋病的现状，并总结了在实现《宣言》所作各项承诺方面的总体进展情况，特别是针对 2005 年作出的承诺。

尽管有令人鼓舞的迹象表明，艾滋病正开始被控制在少数但逐渐增多的国家中，但整体上艾滋病仍在蔓延，世界上许多地区都可能无法实现《宣言》所载目标。同样地，虽然艾滋病治疗方案得到推广，既为社区带来新的希望，也给社基预防和护理努力注入新的力量，但是治疗方案的开展仍然不足，无法遏制艾滋病对世界上某些最脆弱家庭、社区和国家产生日益严重的影响。艾滋病相关死亡率仍然在削弱健全发展所依赖的人力资本的脆弱基础，还威胁破坏那些受严重影响的国家的关键社会机构。人们的共识是，艾滋病问题是不同寻常的问题，需要采取不同寻常的对策。这一共识预示着全球解决艾滋病问题的对策最终将达到与艾滋病相应的规模和复杂程度。

2006 年将发布一份综合报告，采用 2006 年年底数据，并增加关于全部全球和国家指标的资料。

05-29508 (C) 270405 270405

一. 前言

1. 自 2001 年来，全球抗击艾滋病的行动发生了巨大的变化。曾经在艾滋病流行初期严重缺乏的抗击艾滋病的政治承诺，现已在国家、区域和全球各级上得到明显加强。在世界上两个人口最多的国家，领导倡议正产生有意义的影响。在中国，高级政治领导人已经开始公开谈论艾滋病问题；在印度，设立了由总理担任主席的国家艾滋病问题委员会，由各部委派代表组成。在泛加勒比防治艾滋病毒/艾滋病伙伴关系的范围内，加勒比的政治领导人采取领导和协调行动，正在改变该区域应付艾滋病的对策。欧洲各国承诺在 2005 年年底前在整个欧洲和中亚地区确保实现治疗和护理普及服务。在东非，早期开展的、令人瞩目的政治领导正在取得成效，出现了艾滋病毒流行率初步下降的迹象，令人鼓舞。在拉丁美洲的若干国家，自推广抗逆转录病毒疗法方案以来，艾滋病死亡率下降。捐助国正在积极探求建立可持续的创新机制，以资助关于艾滋病问题和国际发展的方案。在所有区域和国家，艾滋病毒感染者继续带头打破围绕着艾滋病问题出现的沉默，并要求采取有效行动解决艾滋病问题。

2. 虽然艾滋病毒预防方案的力度和普及范围仍然不足，但是更多的国家正在努力以与艾滋病问题影响相应的规模和力度实践所学到的经验。随着预防服务覆盖面的扩大，某些国家在减少青年人艾滋病死亡率方面取得了效果。在阿富汗，性工作者及其客户的艾滋病毒流行率自 1998 年以来显著下降。在巴哈马，由于采取推广预防和治疗服务的方针，在过去七年以来降低了艾滋病毒流行率和艾滋病死亡率。2005 年中低收入国家的艾滋病方案可用财务资源，将极有可能比 2001 年世界范围内的支出多六倍。为低收入者提供维持生命的抗逆转录病毒疗法，在本十年之初是难以想象的，但是这在目前世界许多地方正在快速成为现实。对艾滋病问题、包括艾滋病毒预防问题的真正全面对策终于出现了。

3. 《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》（大会 S-26/2 号决议附件）是全球抗击艾滋病关键的倡导、透明和问责机制。《宣言》制定了有时限的明确目标，以支持千年发展目标，特别是目标 6“在 2015 年年底前遏制并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延”。[2] 民间社会在监督这些承诺的执行情况方面正在发挥越来越有价值的作用。

4. 尽管全球斗争取得了这些以及其他进展，但是艾滋病仍然在蔓延。2004 年比前几年新增感染人数更多（490 万），艾滋病死亡人数也更多（310 万元）。每天艾滋病相关死亡人数超过 8 000。截至 2004 年 12 月，估计有 3 940 万人感染艾滋病毒。目前艾滋病感染者近半数是妇女。女性艾滋病患者比例逐步增大反映了妇女和女孩面临的矛盾局面：她们尽管不大可能有像其男性伙伴那样的高风险行为，但却更容易受到艾滋病毒感染。此外，艾滋病毒对青少年和青年人的影响仍然偏大，新感染者半数为此年龄段的人。据估计，5 岁以下感染艾滋病毒的儿童为 230 万，其中绝大多数是在怀孕、分娩期间或因母乳喂养而感染的。

5. 对儿童的影响十分严重。全球范围内，5 岁以下死亡儿童中 3%是由艾滋病造成的，而在受影响严重的国家，这一数字会高达 50%。艾滋病使 1 500 万儿童成为孤儿，而且在今后几年这一数字还会迅速上升。此外，还有千百万的儿童生活在有成人患者的家庭。

6. 全球范围内，中低收入国家中每 90 个成人（15 至 49 岁）中就有一个感染艾滋病毒，占世界艾滋病毒感染者总数的 95%。撒哈拉以南非洲仍然是受影响最严重的区域，占世界艾滋病感染者总数的 64%，占 2004 年艾滋病死亡总数的 74%。在某些非洲国家，艾滋病情况看似稳定下来，但流行率之高，令人无法接受，这表明，新感染者人数现已相当于艾滋病死亡人数。艾滋病尚未到达自然饱和点。在斯威士兰这个最受影响的国家，成年人流行率继续上升，2004 年 42.6%的怀孕妇女艾滋病毒检验为阳性。

7. 在非洲之外，加勒比的艾滋病毒流行率最高（2.3%）。截至 2004 年 12 月，南亚和东南亚估计有 710 万人感染艾滋病毒，其中当年感染人数为 890 000。到 2004 年年底，东欧和中亚的艾滋病毒感染者人数比 10 年前多九倍。在拉丁美洲，170 多万人感染艾滋病毒。2004 年，艾滋病在各个区域蔓延，包括在北美和西欧，当初预防工作所取得的成功，因近年来危险的性行为增加而前功尽弃。在所有区域，艾滋病的危害对象偏向于最边缘化的人群，如性工作者、男性同性性行为者、注射毒品使用者、街头青年和囚犯。

8. 妇女和女孩艾滋病死亡率明显增加，主要是因为在许多国家，妇女的社会、经济和法律地位较低。在撒哈拉以南非洲的青年人（15 至 24 岁）中，每有 10 个男性艾滋病毒感染者，就有 36 个女性艾滋病毒感染者。甚至在男性比女性更容易感染的区域，女性感染艾滋病毒的人数也在快速增加：从 2002 年到 2004 年在东亚，增加了 56%；在东欧和中亚，增加 48%。妇女和女孩除了非常容易受艾滋病毒感染之外，还承担着过多的与艾滋病相关的护理和支助重负。

9. 近年来用于艾滋病的支出有所增加虽令人鼓舞，但仍难以将前景很好的地方项目变成基础广泛并且覆盖面足以影响艾滋病传播的方案。在很大程度上，由于未能采取综合方针，艾滋病毒新感染率和艾滋病死亡率加速上升，特别是在占世界人口总数一半的亚洲，艾滋病蔓延的迹象令人触目惊心。

艾滋病日益严重的影响

10. 虽然扩大的治疗方案带来了希望，但是在 2006 年年底前，撒哈拉以南非洲的 11 个国家将因艾滋病而损失十分之一以上的劳动力。在南非最近发生的粮食危机中，艾滋病对农业的影响是一个关键原因，艾滋病能够长期造成广泛伤害由此可初见一斑。艾滋病的影响并不仅局限在非洲：联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)和亚洲开发银行的研究估计，艾滋病将使柬埔寨 2003 年至 2015 年减贫速度平均下降 60%。

11. 艾滋病最具危害性的一点可能就是该流行病会切断社会所依赖的代与代之间的纽带，造成价值观、文化规范和实用知识的传递中断。艾滋病的危害对象是工作年龄的年青成年人，这会引发一系列反应，造成整个社会解体。总之，艾滋病是不同寻常的问题，需要不同寻常的对策。

二. 关键的研究结果

12. 为实现《承诺宣言》和《千年发展目标》所载目标，就要求采取范围广、覆盖面大的对策。艾滋病为世人所知还不到 25 年，却对国际发展构成空前未有的威胁，破坏了实现《千年发展目标》的希望。

新感染率

13. **许多受影响最深的国家可能无法实现在 2005 年年底前降低 15 到 24 岁青年男女感染率的目标。**虽然某些国家在降低某些人群感染率方面取得了一定的成功，但是全世界艾滋病仍在加速蔓延。虽然有经过验证的战略能够预防新的艾滋病毒感染发生，但是这些战略只能惠及一少部分有如此需求的人。对占新感染者总数一半的青年人和脆弱的边缘化人群，提供拯救生命的预防服务尤为重要。

扩大治疗服务普及范围

14. **虽然接受抗逆转录病毒疗法治疗的人数在 2004 年下半年增加了近三分之二，但是截至 2004 年 12 月，中低收入国家在需要此疗法治疗的病人中只有 12%得到该疗法的治疗。**2003 年 12 月世界卫生组织（卫生组织）和艾滋病规划署开展了“三五计划”，[3] 激发了扩大治疗服务普及范围的更有力的承诺。治疗服务——曾经认为在资源有限的情况下是办不到的，现在却出现了前所未有的机会，能够形成国家艾滋病毒/艾滋病综合对策，以相互促进的综合方式开展护理、预防和降低影响的努力。

人权与艾滋病

15. **虽然对许多国家艾滋病对策和政策的调查表明存在人权保障，但是这些措施却经常缺乏必要的针对性和执行机制来消除伴随而来的蔑视和性别歧视。**许多国家尚未通过消除歧视艾滋病毒感染者的立法，而且更多的国家还没有执行推进和保护脆弱人群人权的措施。

因艾滋病毒/艾滋病而易受伤害的孤儿和儿童

16. **多数高流行率的国家正在开展大量的努力，保护因艾滋病而成为孤儿或因艾滋病而易受伤害的儿童，但是按照已掌握的实际情况，目前的国家努力和捐助水平并不足以应对这一日益严重的危机。**

建立可持续能力

17. **关键的艾滋病方案在执行和扩展中所遇到的一个主要障碍是，受过训练，具有必要技能和专长的人员严重短缺。**保存和建设国家能力（包括最大程度地利用社区资源）的战略确实存在，但是捐助国和受援国经常未能将此类方针纳入方案努力之中。

财务资源增加但仍不足

18. **如果支出继续保持目前的趋势，到 2007 年，在可用资金和范围广、覆盖面大的对策所需资源之间将产生很大的缺口。**详情见下文第七节。通过国家对对策的有力掌控、各种努力的协调统一、相应机制和行政框架的建立以及受世界各地各个利益方欢迎的“三个一”倡议[4] 的基础目标，将在最大程度上扩大资源在国家一级上的影响。

三. 预防

19. 《承诺宣言》确认预防艾滋病毒是应付艾滋病的主旨，反映全球为预防新感染而致力于执行全面和根据证据提出的方案的决心。新感染病例正在快速增加，因此扩大预防方案的覆盖范围必不可缺。有效预防对于全球持续努力在资源有限地区让更多人得到治疗尤其重要。同样，扩大治疗和护理也会扩增预防措施的效率和范围。

20. 《宣言》指出，到 2005 年，90%年龄在 15 至 24 岁之间的年轻人应已获得保护自己免受感染所必需的信息、教育和服务。到 2005 年底，受影响最大国家的男女青年(15 至 24 岁之间)的艾滋病毒流行率应比 2001 年降低 25%，感染艾滋病毒的婴儿比率应降低 20%。《宣言》还设想在工作场所大大加强艾滋病毒/艾滋病的应对措施、执行防止艾滋病毒在移民和流动工人之间传播的战略以及通过一系列广泛倡议，降低年轻人和其它极易受感染侵害的人口的易受感染性。

21. 如今已经更知道如何预防艾滋病毒的传播。有效预防艾滋病毒需要结合各种不同的方法，包括提供拯救生命的信息、提倡禁欲和忠实、促进新的社会准则、提供保护个人免受感染的技能和动力以及创造鼓励减少风险的社会和自然环境。强有力的预防方案还应消除因艾滋病蒙受的耻辱，努力消除更多的人易受感染侵害的根源。有些措施脱离这一综合模式，不适当地强调某些战略，却将另一些战略排除在外，这些措施基本上仍未证实是有效的。在国家流行病传播得到逆转的所有国家，预防方案都受益于国家政治领导人口头和持续的支持。

22. 在全球范围，自 2001 年以来，接受心理咨询和检测服务的人数增加了一倍，获得防止母婴传播服务的妇女人数增加了 70%，接受防止艾滋病教育的青年人数增加了一倍。

23. 令人遗憾的是，这一鼓舞人心的趋势只是例外，而非规律。多数国家还需采取协调一致的努力，消除增加易受感染侵害的因素。即使是针对最易受感染群体的方案和为长期证明有效的措施提供支助的方案，其覆盖范围仍然是最低限度的。在全球范围，2003 年只有 16%的色情业者、11%与同性发生性关系的男子、53%的犯人、20%的街头儿童及全世界 1 320 万注射用毒者中不到 5%的人获得有针对性的预防服务。2003 年，在中低收入国家，只有不到 0.4%的成人得到自愿咨询和检验服务。对于根据证据提出的防止青年人使用毒品倡议的投资，或对于帮助个人戒毒的服务的投资相对较少。

24. 在全球范围，只有 8%的孕妇，包括非洲 5%的孕妇获得防止母婴传播服务，在出生时已带有艾滋病毒的所有儿童中，非洲累积的比例占 90%。由于妇女获得艾滋病毒初级预防和保健服务的机会有限，使得在全球范围为减少在出生时已受艾滋病毒感染的婴儿人数所作的努力继续受到挫败。促进妇女为自身健康获得抗逆病毒疗法-和提供粮食、营养服务和其它基本福利-可有助于增加她们参加防止母婴传播艾滋病毒的服务及改善母亲和新生儿的医疗结果。

25. 最近几年，由于越来越多的利益有关者利用《国际劳工组织关于艾滋病毒/艾滋病与工作场所的业务守则》,[5] 在工作场所全面应付艾滋病方面取得了进展。过去一年，在高发病率国家采用艾滋病毒/艾滋病政策的公司比率增加了 75%。全球商业联盟鼓励企业领导人对全球政策一级的变化施加影响，在工人中间解决受耻辱问题。国际雇主组织和国际自由工会联合会独自和共同采取行动，加强工作场所的应对措施，包括发表联合誓言，决心为战胜艾滋病共同加大行动的力度。

26. 需要加强努力，实现确保流动人口获得全面预防服务的目标。2003 年，不足一半的国家制定了促进跨界移徙者预防艾滋病毒的战略，不过目前正在努力解决流动人口中的艾滋病问题。最近在印度进行的一项调查发现，在该国南部一条公路上开车的卡车司机中，有 16%的人是艾滋病毒抗体阳性者，为此，Avahan 艾滋病倡议在 50 个主要卡车站执行艾滋病毒预防方案。世界粮食计划署正在努力确保与其签约的粮食运输者获得全面的艾滋病毒防预服务。

27. 很多国家未能将那些针对感染风险最大、仍在蒙受耻辱的人口的预防措施列为优先事项。2004 年对 26 个国家进行的国家艾滋病支出的调查发现，有些国家宁可将有限的预防资源用于注重于一般民众和低风险人的效率较低的措施。这一方法错过了防止这一集中在最易受感染人口的流行病传播到广大人口的重要时机。

利用更多治疗机会，加强艾滋病毒的预防

28. 扩大获得治疗的机会为加强艾滋病毒防预努力提供了独特的机遇。若有机会接受抗逆病毒疗法，就更能鼓励人们接受艾滋病毒的检测，有助于减少因艾滋病而蒙受的耻辱，吸引人们前往保健设施，以便在那里传达预防信息和加深对这方

面信息的印象。为了利用这些机会，各国家方案和捐助方应强调在诊所的环境下提供预防服务、建立由感染艾滋病毒的人执行并为他们服务的社区预防方案(在可行和适当的情况下，可包括提供其它基本服务，例如营养支助服务)和通过治疗扫盲倡议，促进广大社区了解已有疗法的好处和局限性。

促进有效预防，以有利于妇女、女孩和年轻人

29. 必须作出更大的实质性努力，消除这一流行病对妇女和女孩造成的越来越沉重的负担。如下文第 56 至 61 段所述，妇女不仅通过性交在生理上更容易受到感染，而且她们面对的一系列经济、社会和法律因素，也增加了她们易受感染侵害的机会。

30. 使更多妇女、女孩及其性伴侣能够及时获得高质量的保健服务是预防方面的一个重要优先事项。这些服务可加强妇女获得信息和教育的机会、消除使用避孕套和采用其它减少风险形式方面的障碍、促进妇女对其艾滋病毒状况的了解、协助有效管理性传播疾病，作为提供防止母婴传播艾滋病毒服务的一个途径。2004 年，联合国人口基金带头提出和广泛赞同《纽约呼吁承诺》，其中明确制定了一项全面框架，以便最大限度地利用性健康和生殖健康服务，加强全球艾滋病应对措施。

31. 实现《宣言》中的预防目标，需要更成功地向年轻人提供基本信息、教育和服务。尽管年轻人的知识水平有所提高，但是对九个撒哈拉以南非洲国家的调查发现，一半以上国家的年轻人缺乏关于艾滋病毒预防方面的全面信息。在印度尼西亚，6%的青年男子(15 至 24 岁之间)报告说在首次性行为中使用避孕套，6 人中不到 1 人报告说，在最近的性交经历中或最近光顾色情业者时使用避孕套。尽管有很多主体资料都对减少青年人之间危险行为的有效战略作了重点说明，但是调查结果不断发现，世界多数年轻人没有真正获得针对年轻人的预防性服务。

减少通过注射滥用毒品促成的艾滋病毒新感染病例

32. 为了全面制止艾滋病毒新感染病例，必须更大规模地推动让人们了解注射用毒在促进传播艾滋病毒方面的作用的各项方案。关键服务包括预防毒品滥用、对吸毒成瘾的治疗(包括替代性的维持疗法)和获得消毒注射设备。在有义务消除犯人之间非法使用毒品的同时，也应兼顾他们获得保健的权利，包括采用经证实可防止通过使用毒品传播疾病的措施。为了帮助建立国家能力，遏制使用毒品促成该流行病，目前联合国毒品和犯罪问题办事处正在若干区域执行技术援助项目。

开发新的预防手段

33. 迫切需要采取新的特别是为妇女和女孩所用的预防性方法，来扶持现有的已经证实的手段，妇女和女孩往往缺少她们可以独自掌控的预防性战略。正在大规模进行的人体临床试验中对五个杀微生物剂候选人进行检测。多方利益有关者的

全球艾滋病毒疫苗企业通过促进研究人员之间的合作，力求为全球研发艾滋病毒疫苗注入新的活力。为了迅速开展临床试验和加快在今后引进证明行之有效的新的预防技术，2004 年，欧洲联盟核准了应发展中国家请求向其提供协助的新政策，以便对打算主要用于发展中国家的新产品进行技术科学审查。

建议

34. 建议为预防艾滋病毒采取下列行动：

(a) 在国家当局的领导下和在所有利益有关者的配合下，大规模开展成功的和证明有效的预防活动；

(b) 有针对性地开展预防工作，以便产生最大影响，特别是在该流行病集中于非常易受感染的人口的国家；

(c) 确保在大规模提供治疗服务之后，利用每一个机会加强预防；

(d) 进一步向年轻人(校内和校外)提供预防教育和支助，执行解决妇女和女孩更易受感染问题的政策；

(e) 加强工作场所的预防活动和针对移徙人口的措施。

四. 治疗、护理和支助

35. 《承诺宣言》认识到，对艾滋病患的治疗、护理和支助是全球应对手段的基本组成部分。《宣言》规定各国须在拟订和实施全面护理战略，以及加强卫生系统方面取得明显进展，以增加患者获取负担得起的药品、诊断和有关技术的机会，并向患者提供现有最高标准的艾滋病护理，包括抗逆转录病毒疗法。

36. 自 2001 年以来形成了一种强烈共识，即向艾滋病患提供治疗和护理是一项人道主义和道义责任，卫生组织和艾滋病规划署由此发起了“三五计划”。[3] 这种强力扩大现有治疗手段应用范围的推动工作通过几种因素的汇集而获得势头，包括重新萌发的政治意愿和领导魄力、药品价格急剧下降，以及获得融资的机会。要在今后几年里实现这个目标和普及治疗，就需要使治疗方案标准化、发明新的培训方式、使用社区卫生工作者，以及创立更有效的药品供应系统。采用这些做法将为扩大预防性干预的范围、巩固和加强运转不灵的公共卫生系统提供重大的新机遇。

扩大获得治疗的机会

37. 所有主要捐助方都认识到，艾滋病方案必须全面顾及预防、治疗、护理和支助各个方面。已经有 40 多个国家拟订了国家治疗扩大计划，30 多个国家根据“三五计划”设定了雄心勃勃的治疗目标。因此过去两年里，在所有区域，病患获得抗逆转录病毒疗法的机会都大幅度增加了，哪怕在那些资源极度有限的国家，情

况也是如此。在中、低收入国家里，接受抗逆转录病毒疗法的患者估计从 2004 年 6 月的 400 000 人增加到 2004 年 12 月的 700 000 人。在撒哈拉以南非洲，在 2004 年下半年，抗逆转录病毒疗法的使用率翻了一番以上，服务交付点的数字也大幅度提高。在博茨瓦纳、肯尼亚、南非、乌干达和赞比亚，在过去 6 个月期间，每一个国家接受治疗的人数都增加了 1 万以上。博茨瓦纳、纳米比亚和乌干达现在向四分之一以上的病患提供抗逆转录病毒疗法。在拉丁美洲的 7 个国家里，抗逆转录病毒疗法的覆盖率超过了 50%。在亚洲，泰国每个月增加 3 000 名接受抗逆转录病毒疗法的患者，而在柬埔寨，自 2003 年以来，获得抗逆转录病毒疗法的机会增加了 10 倍。

38. 在那些获得抗逆转录病毒疗法的机会得到增加的国家里，艾滋病患者及其家庭得到了新生。在中、低收入国家，接受抗逆转录病毒疗法的病患的存活率在开始治疗一年以后是 90%，两年以后大约为 80%。巴西自 1996 年以来通过公共部门向病患广泛提供抗逆转录病毒疗法，从而使艾滋病死亡率降低了大约 80%。在高收入国家，获得抗逆转录病毒疗法的机会为 70%到 90%以上，因此艾滋病死亡率和天生携带艾滋病毒的婴儿死亡率已经大幅度降低。

39. 治疗产生的裨益已经超越了个人和家庭，惠及整个社会。例如，在南非的一个小镇上，自引进治疗以来，当地艾滋病支助团体的数量增加一倍多。提供艾滋病治疗也提高了社区对艾滋病的了解，促进了对艾滋病毒测试的需求，并有助于缓解对艾滋病毒感染者的丑化。

> 海地在西半球是人均收入最低的国家，但是在全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金的支助下，该国在增加获得抗逆转录病毒疗法的机会方面取得了重大进步。到 2004 年 12 月，已经有成千上万人得到咨询、接受测试，2 000 个来自海地城镇和中心地区的人已经接受抗逆转录病毒疗法。

40. 卫生组织所颁布的资源有限地区提供抗逆转录病毒疗法指导原则、抗逆转录病毒疗法药品的事先资格审核、负责在艾滋病药品采购和诊断方面提供支助的艾滋病药物和诊断事务处技术支助水平和协调水平的提高，对各国实施增加获得治疗机会的计划帮助甚大。

41. 总额150亿美元的美利坚合众国总统艾滋病紧急救援计划向各国艾滋病方案提供了大量的新资源，包括获得治疗机会。至 2005 年 1 月为止，全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金已经核准必要的资金，估计最终能向资源有限地区的 160 万患者提供抗逆转录病毒疗法。世界银行也增加对抗逆转录病毒疗法的支助。开展工商界和公私部门的伙伴关系也有助于提供全面护理和支助的工作。

阻碍获得艾滋病护理和治疗的障碍

42. 为在全世界扩大抗逆转录病毒疗法的治疗范围，必须训练的卫生和社区工作者将多达 100 000 人；这项工作因采取了一些创新手段而得到加强，例如世界卫生组织的“成年人和青少年疾病综合管理”单元。为便于早期诊断，一些国家已经实施了例行提供艾滋病毒保密咨询和测试服务的政策。

43. 尽管抗逆转录病毒疗法的价格已经大幅度下降，但是第一线抗逆转录病毒治疗方案所需年平均 300 美元的费用仍然阻碍更多的患者得到治疗的机会。要实现并维持使广大患者获得抗逆转录病毒疗法的机会就需要进一步降低第一及第二线治疗方案和诊断及监测技术的价格，因为在世界许多地区这些价格仍然过高，让人无法承受。

44. 尽管在受感染人口中儿童占 15%，但是在接受治疗的患者中儿童不到 5%。用于确定 18 个月以下婴儿是否感染艾滋病毒的诊断测试费用很昂贵，抗逆转录病毒药品的幼儿配方很稀少，并且比成人药物更昂贵。

45. 为确保最大限度地利用目前已有的治疗方案，就必须在最大限度地减少抗药性的产生方面做出全球努力。这些努力包括：对艾滋病毒药品抗药性实施哨点监测、使用简化治疗方案和固定剂量配方，以及在病患的治疗、咨询和坚持治疗等方面提供支助。在服务交付点采取不以使用者费用为基础的公平和创新的融资方法同样能有助于使病患坚持治疗和维持治疗方案的可持续性。

建议

46. 在治疗、护理和支助方面建议采取如下行动：

(a) 审议国家测试政策，以鼓励更为广泛地传播有关血清状态的知识，增加捐助者对测试倡议的资金资助；

(b) 采取全球行动，进一步降低第一和第二线抗逆转录病毒疗法治疗方案的价格，包括目前用于儿童的价格高昂而又经常得不到的抗逆转录病毒疗法治疗方案，增加病患得到治疗方案的机会；

(c) 在捐助者和技术机构的协助下加强机制，以监测妇女、女孩和脆弱人群是否能公平地获得治疗机会，包括提供以性别分类的数据；

(d) 将艾滋病毒预防、家庭护理、心理服务、治疗支助、对机会性感染的治疗，以及食物和营养支助作为全面艾滋病护理的组成部分与抗逆转录病毒疗法相结合；

(e) 最大限度地利用社区工作者和准专业人员来实施和/或监测抗逆转录病毒疗法，促进坚持治疗，以加快扩大治疗服务的范围。

五. 艾滋病毒/艾滋病造成的孤儿和易感染艾滋病毒/艾滋病的儿童

47. 根据《承诺宣言》，到 2005 年，各国需要实施国家政策和战略，建立和加强政府、家庭和社区的能力，以便向受艾滋病毒/艾滋病感染和影响的孤儿、[6] 男孩和女孩提供一个支持性环境。这包括提供咨询和心理支助，以及确保他们与其他儿童一样能在平等的基础上入学，获得住房，得到良好的营养和保健服务。《宣言》还规定，各国将采取措施，保护孤儿和易受感染的儿童，使其不遭受虐待、暴力、剥削、歧视、贩卖和丧失继承权。

48. 在全球范围内，至今已有 1 500 万儿童因艾滋病而成为孤儿，预计在未来几年内这个数字还要急剧上升。在撒哈拉以南非洲，艾滋病是造成孤儿人数大量增加的首要原因，在 1990 年至 2003 年之间，那里的孤儿人数增加了三分之一以上。非洲有 1 200 万儿童的父亲或母亲或双亲丧身于艾滋病，成百上千万儿童的家庭里有艾滋病患者。

巩固家庭和社区

49. 联合国儿童基金会领先拟订了全面性的《保护、护理和支助生活在艾滋病毒和艾滋病世界中的孤儿和易受感染儿童框架》，[7] 确定了为指导各国采取行动的工具。为保护儿童而采取的优先方案应对措施包括：提供接受抗逆转录病毒疗法的机会，以便使父亲或母亲或使双亲都能生存并保持健康；采取行动，增进受艾滋病影响的家庭的粮食和经济保障；以及为受影响的儿童提供以社区为基础的职业教育。

50. 有关学校出勤率的数据表明，许多国家在为受艾滋病影响的儿童保留受教育机会方面取得了进展。尽管一直以来，孤儿的学校出勤率要比不是孤儿的儿童的出勤率低很多，但是 2001 年至 2003 年在非洲 9 个国家进行的家庭调查表明，孤儿的出勤率现在已经接近了不是孤儿的儿童。确保受教育的机会是极其重要的，要发挥普及教育方案的潜力，取消学费，提供校内用餐，以减轻这一流行病对年轻人造成的长期影响。

51. 其他有效措施包括：通过有关保护儿童免遭伤害和虐待的政策和立法倡议，确保儿童获得基本服务，采取措施提高公众认识，调动全社会采取广泛行动，以及执行能满足住户和社区营养需要的各种方案。这些战略和其他战略的目的是要加强家庭在保护和护理受艾滋病影响的儿童方面的能力。2004 年在撒哈拉以南非洲进行的一项调查表明，三分之一的国家已经颁布支持孤儿和保护孤儿免遭虐待的法律。但是，只有一个国家表明自己有足够的资源全面实施这些法律。

在卢旺达，艾滋病造成的孤儿估计有 160 000 人。该国是首先颁布全面保护儿童政策的国家之一，在减少这一流行病对艾滋病毒/艾滋病造成的孤儿和易感染艾滋病毒/艾滋病的儿童的影响方面取得了重大进展。

建议

52. 就艾滋病毒/艾滋病造成的孤儿和易感染艾滋病毒/艾滋病的儿童提出如下建议：

(a) 采取紧急措施，为《保护、护理和支助生活在艾滋病毒和艾滋病世界中的孤儿和易受感染儿童框架》的每一项工具拟订行动计划并使之易于操作，以执行《框架》；

(b) 加速采取措施，取消学费，提高学校供餐方案的覆盖率，并为艾滋病毒/艾滋病造成的孤儿和易感染艾滋病毒/艾滋病的儿童消除其他障碍；

(c) 为被艾滋病毒感染的儿童设立国家治疗目标并进行监测。

六. 人权和两性平等

53. 歧视、耻辱和两性不平等现象继续在为艾滋病毒的扩散推波助澜。《承诺宣言》认识到，要普遍实现人权和基本自由就必须降低易于受到感染的机会。按照《宣言》，所有国家都应该针对基于艾滋病毒的歧视制订并实施有意义的保护措施，禁止歧视易于感染艾滋病毒的人群。《宣言》还呼吁，到 2005 年，拟订并加速执行增强妇女权力、提高妇女地位、促进和保护妇女充分享有所有人权的国家战略，并实施各种举措提高妇女和少女保护自己免遭艾滋病毒感染的能力。

确保艾滋病毒感染者的充分参与

54. 在所有已扭转国内流行病势头的国家里，在其国家应对措施中都有一个共同要素，这就是对人权和不歧视的强烈承诺，以及艾滋病毒感染者的积极参与。遗憾的是，在许多国家，艾滋病带来的耻辱造成了一种保持沉默和拒绝接受现实的氛围，使艾滋病毒感染者不敢公开自己的健康状态，尤其在工作场所更是如此。到 2003 年为止，在撒哈拉以南非洲有将近一半国家，在全世界有将近 40%的国家尚未通过有关防止歧视艾滋病毒和艾滋病感染者的立法。颁布法律保护包括流离失所人口和难民在内的脆弱群体免遭歧视的国家就更少了。

55. 对人权的侵犯阻碍了边缘化群体获得预防、治疗和支助服务，而这类群体特别易于受到感染，包括肌注毒品使用者、性工作者，以及从事同性性行为的男子。流离失所人口，包括受冲突、紧急状态或贩卖影响的妇女儿童，他们受到的耻辱尤甚，还得经常面临性暴力、剥削，他们根本与支助服务无缘。联合国难民事务高级专员办事处于 2004 年成为艾滋病规划署的共同赞助方，该办事处已经大幅

度提高了自己确定、报告和应对与艾滋病有关的侵犯难民或其他流离失所者人权现象的能力。

妇女们日益恶化的脆弱境地

56. 尽管妇女和女孩属于低风险行为群体，但是由于她们地位低下，经济上严重依赖男子，因此越来越易于感染艾滋病毒。在撒哈拉以南非洲对年轻人的调查无一例外地发现，年轻妇女对艾滋病毒预防的全面知识不如年轻男子，这表明女孩的受教育机会有限。

57. 在许多国家，已婚妇女对财产或继承权的认识不足。在离婚或丈夫去世后，妇女往往陷于贫困境地，经常还带着需要她们照看的子女。妇女和女孩由于缺乏经济独立性，在伴侣关系中不享有平等的决定权，因而在保护自己免遭艾滋病感染方面往往无能为力，因为她们所能使用的手段——忠诚、男用保险套和节欲——件件都需要其男性性伴侣的配合。

58. 即使在稳定的伴侣关系中，妇女仍然可能因为其伴侣的艾滋病毒血清状况或后者在婚外从事高风险行为而面临风险。例如，在肯尼亚和赞比亚进行的研究表明，年轻时就结婚的已婚妇女不太会象其未婚同龄人那样有多个伴侣，而已婚男子感染艾滋病毒的机率与单身年轻妇女的年轻伴侣相比大致要高三倍以上。

59. 另一个能说明两性不平等的极端例子就是针对妇女的暴力行为。在非洲、亚洲及太平洋、南美洲和欧洲 10 国接受调查的妇女中有 30%至 60%的妇女报告说自己经历过涉及亲密伴侣的肉体暴力行为或性暴力行为。年龄在 10 岁至 25 岁之间的女孩和年轻妇女中有 20%至 48%的人报告说，她们的第一次经验是被胁迫的。这种胁迫增加了妇女感染艾滋病毒的风险，也增加了她们在劝说男方使用保险套时的恐惧感。

60. 由于妇女和女孩在经济上选择的机会很少，因此有时被迫从事性交易，作为为自己及家人谋求生计的手段。在世界许多地方，人口贩卖网络迫使成千上万妇女和女孩从事性工作。

61. 妇女和女孩在护理受感染家庭成员方面所承担的负担也是不成比例的。对南非三个省的调查发现，受艾滋病影响的住户中户主是女性的几乎占了四分之三，其中很大一部分妇女本身也在同与艾滋病相关的疾病作斗争。贫穷、饥饿和公共服务匮乏更加重了这种护理带来的负担，由此给妇女和女孩带来了深远的健康、社会和经济后果。妇女在照看孤儿儿童方面也挑起了沉重的负担。

> 博茨瓦纳颁布了有关提高妇女和女孩地位的法律(即《废除夫权法》)，在处置家庭资产上给予妇女以平等的决定权。同时还发展了一套综合制度，以使女孩就学，减少少女怀孕的现象，以及让年轻母亲在分娩后重返学校读书。

形成新的文化规范

62. 要开展遏制艾滋病毒蔓延的长期斗争还需要改变男人和男孩的态度，如果让儿童在早期就有适当的社会生活经历就可能产生最好的效果。为在文化规范中实现这种意义深远的变化，就需要展开史无前例的倡导活动。全球妇女与艾滋病问题联盟自 2004 年成立以来将不同的利益有关者团结起来，共同开展一项倡导议程，以使公众更了解这一流行病对妇女和女孩的影响，并在促成新的文化规范的努力中争取公众的支持。倡导两性平等的勇士在世界各国工作，他们的努力应该得到资金和政治上的大力支持。

建议

63. 在人权和两性平等方面建议采取下列行动：

(a) 颁布并实施有关禁止歧视艾滋病毒/艾滋病感染者和边缘化及流离失所人口的具有实际意义的法律，设置并大力强化执行机制；

(b) 加强两性平等倡议，立即采取措施提高妇女和女孩的地位，包括向她们提供能产生收入的工作机会，在男人和男孩中积极促进形成新的社会规范；

(c) 颁布国家法律，以确保在财产和继承权方面实现两性平等；

(d) 努力提高妇女对自身法律权利的认识，打击对妇女的暴力行为，加强取缔贩卖人口的工作；

(e) 促进对女孩和男孩的普及免费教育和学校供餐方案。

七. 资源

64. 根据 2001 年可以得到的证据，《承诺宣言》呼吁为到 2005 年时低收入和中收入国家以及那些艾滋病毒/艾滋病正在或可能迅速蔓延的国家每年将用于根本方案的 70 亿至 100 亿美元的费用调动资源。自那时以来，来自所有来源的资源，包括低收入和中收入国家的国家支出都急剧增加了。估计 2004 年有 61 亿美元可用于 135 个低收入和中收入国家的全面方案，这将比 2003 年的估计支出高 23%，是 1996 年的支出额的 20 倍。根据目前的趋势和供资承诺的情况，艾滋病规划署预测，这些国家可动用的资源到 2005 年时将会接近 80 亿美元，到 2007 年时接近 100 亿美元，后者中将有 30 亿美元来自本国资源，67 亿美元来自国际支助，3.64 亿美元来自基金会和非政府组织。

65. 对国家支出的评估显示，受影响国也通过增加公共分配额和自行支付的开支，大幅度提高了它们的艾滋病有关开支。预计，2007 年时，用于艾滋病的本国支出至少将比 2004 年的支出高出 20%，这主要是由于治疗和护理方面的公共开支增加所致，这将使许多至今必须自行支付灾难性沉重开支的个人得到一些喘息

的机会。但是，低收入和中收入国家仍将缺乏财政手段来弥补艾滋病方面的资源缺口。

66. 捐助国已经增加了它们对艾滋病毒/艾滋病的双边和多边捐赠。估计艾滋病可动用的双边资源可能会从 2004 年的 13 亿美元增加到 2005 年的 23 亿美元，并于 2007 年到达 36.5 亿美元。捐助国还通过多边组织提供了额外资源，那些组织有关艾滋病的资金在 2003 年到 2005 年间从 15 亿美元增加到了 30 亿美元。值得特别注意的是，全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金承诺提出 17 多亿美元作为艾滋病的额外资源。

67. 虽然《宣言》要求进行的调动资源努力看来进展顺利，但自 2001 年以来以数据根据进行的额外分析显示出，在今后的年份里，将需要大幅度增加资源以期对情况采取全面对策。特别是，将需要进行财政投资和提供广泛的技术支助，使资源有限的国家能对它们现在可以动用更多的资源进行有效规划利用。如果将调动充分资源把各项根本方案扩大到恰当规模，艾滋病规划署的最初估计显示，这将需要得到额外资源，而其中大部分将来自国际社会。目前正在进行多种研究，以期提出更加精确的估计，并就确保实施全面对策的全球财政需求量达成共识。预期到 2005 年年中以前将会提出订正估计数。

三个一：使钱发挥作用

68. 援助的质量与数量同样重要。可动用资源和所需资源之间的差距可能将会扩大这一点突显出，人们必须尽可能有效地利用他们可以动用的资源。以往，许多国家有限的资源往往进一步消耗在满足各种捐助者的多重供资要求上，而那些捐助者还往往未能确保它们的个别方案是有助于实现国家的艾滋病战略目标的。

69. 过去两年中，国家领导人、捐助者和多边机构就规划和监测国家一级的活动制定一个单一战略达成了共识，那个战略称为三个一战略，[4] 其目标是实现最佳协调和减少工作重复。短期内的主要优先事项将是促使所有利益有关者都遵循三个一办法。

建立可持续能力

70. 将来对治艾滋病方面增加的开支能产生多大的效果在很的程度上将取决于受援国是否有能力有效利用这些资源。除了每年资助全面方案所需财政资源估计数外，必须同时对能力进行投资，以期使可动用的资源发挥最大效果。

71. 许多受影响最大的国家还面临到严重的人力资源危机——在卫生部分、教育系统、公共行政和私营企业里。各国正在推行各种创新的办法来加强它们的劳动力，虽然捐助者对这些举措的支持目前并不充分。联合国教育、科学及文化组织正在制定一个艾滋病毒/艾滋病和教育全球倡议，为维护、建立和保持教育部门的能力的各项措施调动更多的支持和资源。联合国开发计划署的南部非洲能力倡

议试图协助各国制止住因艾滋病而造成能力损失的情况和推动它们的各项发展目标。

72. 在许多国家里，卫生部门目前非常薄弱，无法提供加强抗艾滋病工作所需的服务，特别是在抗逆转录病毒疗法方面。原因包括没有对保健基础设施进行投资、保健专业人员不足、捐助者不愿意为业务费用，特别是薪金提供资金。

73. 类似的结构性弱点和能力限制阻碍了国家对该流行病进行监测、防止新的感染和支助因艾滋病而易受伤害的孤儿和儿童等方面的工作。紧急的人力资源危机需要人们打破各种系统性的障碍，在保健和其他部门发展更强大的能力，制止有技能的人员从公共部门流向非政府组织和私营部门，从贫穷国家流向到富足国家，以及在提供服务方面减少城市——农村间的偏差。

74. 解决这些问题的方法包括尽量利用社区资源、扩大专业人员和辅助专业人员的培训方案、并酌情短期部署受过培训的别国人员。必须查明和确保财政部、规划部的参与模式和参与程度和公务/公共部门的改革。

75. 在 2005 年 2 月在奥斯陆进行的保健工作人力资源协商会期间，有人建议发展一个全球行动平台，这将有助于人们采取更加统一的、以证据为根据的政策和宣传活动，尤其是在调动资源方面。特别应确保将人力资源作为保健部门规划的一个主要部分充分包括在内。

鉴于在 2003 年以前中欧和东欧几乎没有抗逆转录病毒疗法的培训方案，德国技术合作公司基金会同意资助一个国际项目，在乌克兰创立一个艾滋病毒区域知识中心，该中心于 2004 年启动。在全球基金和国际艾滋病毒/艾滋病联盟的财政支持下，该知识中心第一年培训了 66 名照顾人员。

艾滋病研究的支出

76. 国际艾滋病疫苗倡议估计 2002 年花在艾滋病疫苗方面的资金在 6.24 亿美元到 6.7 美元之间，公共部门占到这项支出的 67%。在 2004 年，全球花在杀微生物剂方面的资金估计为 1.43 亿美元，美国是这方面最大的供资者。目前正在开展合作，对这方面将来的资源需求提出更精确的估计。

建议

77. 资源方面提出了以下建议：

(a) 从国际社会调动所需的财政资源，以期紧迫地提供充分资金，根据艾滋病规划署及各伙伴确定的各项需要，为防治这一流行病采取扩大全面对策，包括向全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金提供充分资金，以此作为资助这一全球努力的一个主要渠道；

(b) 确保低收入和中收入国家的领导人承诺尽可能提高分配给艾滋病的本国预算，从而缩小预期的短缺；

(c) 制定短期和长期计划，建立对此流行病采取高级别对策的可持续国家能力，并为那些计划提供经费，以及提供基本业务费用和从事基础设施发展；

(d) 简化和进一步统一对国家艾滋病对策的支助，以期提高对艾滋病的影响并减少各国管理和技术能力所承受的负担，促进各国对艾滋病的对策取得自主权，方法是实施三个一倡议提出的各项原则；

(e) 加强关于艾滋病供资效力和方案执行情况的报导，以期确保各项政策和做法能对艾滋病不断变化的挑战作出回应并预先采取行动。

八. 监测和评价

78. 在过去两年里，采取了重要步骤以加强全球一级和国家一级的监测和评价工作。艾滋病规划署秘书处和共同赞助者，连同全球基金，制定了更精细的指示数来测量《宣言》的执行情况，进行或委托别人进行了多项调查以衡量各项国家对策，并提供了广泛的技术支助以改善各国的信息系统。它们还能更好地估计出关键措施的涵盖率，以及查明在不同的流行病情况下特定措施的对象涵盖程度。监测捐助者捐赠物的流动情况的全球能力在过去两年内大大地提高了，估计低收入和中收入国家里的艾滋病方案可以动用的全部资源数量的能力也大大提高了。国家流行病侦察系统也更强大了，提高了全球、区域和国家各级上关于这个流行病的各项估计数的可靠性。

79. 但是，监测和评价工作仍存在重要弱点，降低了全球探测出刚发生的艾滋病趋势和问题并采取迅速对策的能力。部分因为很难对许多捐助者同艾滋病有关的支出进行分析，我们无法可靠地对大部分国家里可动用资源的支配情况进行分类（例如，用于预防、治疗和护理、孤儿支助等的资源）。同样地，虽然确保妇女、女童、孤儿和其他儿童、年轻人和脆弱群体能平等地得到各项关键服务差不多是全球艾滋病议程上最优先的项目，但目前的监测和评价系统仍几乎没有能力按照性别、年龄或社会组群分列出服务的利用情况。

建议

80. 监测和评价方面提出以下建议：

(a) 加强努力，建立起一个国家监测和评价核心系统，提供高质量的数据，供人们对国家在执行国家艾滋病行动框架方面的工作成绩进行分析；

(b) 增加在全球、区域和国家各级上建立监测和评价能力方面的投资；

(c) 按年龄、性别和社会组群分列出监测和评价方案的服务利用数据，以期监测和评估艾滋病方案的国家投资的公平性和功效；

(d) 按照得到经费的活动，包括预防、治疗和护理和孤儿支助等对艾滋病支出数据进行分类。

九. 结论

81. 虽然 2001 年以来就艾滋病采取对策的政治承诺已强大得多了，但在这一流行病已变成为一个重大问题的许多国家里仍未作出充分的承诺。在所有亚洲和东欧国家里，强而有力的领导特别关键，在那些国家里，防止这一流行病普遍蔓延的机会正在迅速消失。在高收入国家里，为了振兴它们的预防工作以及消除可动用的资源和全球对抗艾滋病所需资源之间的差距，这方面的领导也同样具有关键性。

82. 在 2006 年，大会将会收到关于执行《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》国际进展情况的全面报告，其中将特别提及为 2005 年制定的各项指标。为了在全球对策中实现这一重要的里程碑，各方面的领导，尤其是政治领导应该加倍努力，为采取有效对策作出贡献。鉴于这一流行病对我们的世界的影响变得日益明显，我们防治艾滋病的对策如果失败，后果将不堪设想，但是如果没有采取有效行动，这种情况肯定将会发生。

注

[1] 安圭拉、巴巴多斯、博茨瓦纳、柬埔寨、埃塞俄比亚、加纳、几内亚、印度尼西亚、科特迪瓦、牙买加、蒙特塞拉特、俄罗斯联邦、卢旺达、塞内加尔、特立尼达和多巴哥、乌克兰和赞比亚。

[2] 联合国千年宣言（大会第 55/2 号决议），第 19 段。

[3] 到 2005 年使发展中国家和转型期经济体国家的 300 万艾滋病患者获得抗逆转录病毒疗法治疗。

[4] 在艾滋病规划署、大不列颠及北爱尔兰联合王国和美利坚合众国于 2004 年 4 月 25 日主办的高级别会议上发起的“三个一”原则主张：一个商定的艾滋病行动框架，藉此协调各方的工作；一个得到基础广泛多部门授权的国家艾滋病协调机构；一个商定的国家级监督和评估系统。

[5] 国际劳工组织理事会于 2001 年 6 月通过。 案文请见《劳工组织关于艾滋病毒/艾滋病与工作场所的业务守则》（国际劳工局，2001 年，日内瓦）。

[6] 孤儿的定义是 18 岁以下、父母双亲至少有一方已经死亡的儿童。

[7] 联合国儿童基金会，2004 年 7 月，纽约。