联合国 A/71/864

大 会

Distr.: General
7 April 2017
Chinese
Original: English

第七十一届会议

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

重振防治艾滋病的行动，以促进可持续发展和联合国改革

秘书长的报告

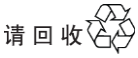
摘要

基于公平原则的大胆全球承诺、共同财政责任和以人为本的方法，在防治艾滋病方面已经取得了共同成功。90-90-90 倡议为迅速扩大抗逆转录病毒疗法提供了指导原则，并大大减少了艾滋病导致死亡的人数，同时也有助于减少新增艾滋病毒感染。消除母婴传播艾滋病毒的全球计划已将儿童中新增艾滋病毒感染人数减少了一半以上。防治艾滋病的行动为非洲的人口红利、其近期的经济增长以及新出现的非洲是一个充满希望、远大前景和巨大潜力的大陆的愿景做出了重要贡献。

全球乐观情绪推动了《2030 年可持续发展议程》中最宏伟的目标：到 2030 年消除艾滋病疫情。联合国大会在《2016 年关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言：快速加紧防治艾滋病毒，到 2030 年消除艾滋病疫情》中，商定了实现这一具体目标的快速防治行动。实现我们关于艾滋病的目标与更广泛的《2030 年议程》相互联系，并已纳入该议程：两者均基于公平、人权和不让任何一个人掉队的承诺。

在我担任秘书长的头几个月中，我呼吁国际体系重新回到基本的问题上来：更加注重建设更有复原力的社会，为此把尊重人权置于国家和国际政策的中心，减少公民权利遭到剥夺和边缘化等问题，并增强妇女和女童的权能。我还呼吁联合国发展系统加快改革步伐，以便变得更加灵活、高效率和高成效。防治艾滋病的行动是可持续发展和联合国改革这两个议程的领头羊。

17-05713 (C) 100517 150517



尽管如此，现在距离必须实现 2020 年快速行动的里程碑仅有不到四年时间，乐观情绪有可能会变为自满情绪。全球承诺转化为额外投资和实地行动的情况并不一致。对防治行动的供资数额持续偏低，减少成年人中新增艾滋病毒感染方面的进展已经停滞。

在提供艾滋病毒预防、检测和治疗服务方面，缺口最大的群体是最需要这些服务的群体。女童和妇女遭受艾滋病疫情的危害仍然最深。关键的群体，包括性工作者、注射毒品者、变性人、囚犯和男同性恋者以及其他男男性行为者，感染艾滋病毒的风险仍然高得多。到 2020 年，将再有 1 000 多万艾滋病毒感染者必须有机会接受治疗；他们中的大多数人并不知道他们的艾滋病毒状况。因人道主义危机而被迫流离失所的人数不断增加，这使得救命的艾滋病毒治疗受到干扰的情况更为普遍。南部非洲的粮食不安全状况以及非洲之角和南苏丹的饥饿危机增加了脆弱问题，尤其是妇女和女童面临的脆弱问题。

艾滋病疫情还没有结束，但如果再集体推动一下，是可以结束的。在全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金成功获得充资的基础上，全球每人每年再投入大约半美元，就可以保持抗击艾滋病的势头。这些资源必须明智地投入使用，为此在人的整个生命周期中采用地方-人口办法，以应对个人、村庄、城市、国家和区域面临的独特挑战。

消除艾滋病还需要在下列所有权利方面取得进展：公民、文化、经济、政治、社会、性和生殖权利。要缩小服务覆盖范围方面的差距，需要加紧努力影响妇女和女童并增强她们的权能，加强她们的机构，并需要会员国更加一致地努力与民间社会携手合作，以确保艾滋病毒感染者、有可能感染艾滋病毒的人或受艾滋病毒影响的人了解他们的权利，可以获得司法和法律服务，以防止和反对侵犯人权的行为。

迄今为止，全球艾滋病防治工作取得的最大成就是通过公开对话、广泛共识、社区主导的行动主义、共同投资、创新和联合行动实现的。这些成功模式可以克服最大的障碍，填补剩余的差距。民间社会的参与是关键。会员国应响应联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)的呼吁，建立一个宏大的预防联盟，以推动在艾滋病毒组合预防的下列所有五大支柱都采取行动：为发生比例很高地方的年轻妇女和少女及其男性伙伴提供综合服务；为关键的人群开展有实证依据和基于人权的预防方案；加强国家安全套方案；在优先国家实施自愿的男性医疗包皮环切；以及对艾滋病毒感染风险较高的人群实施暴露前预防用药。所有国家艾滋病方案都需要强有力的社区赋权要素，并做出具体的努力来解决法律和政策障碍。需要加强问责机制，以推动就性别不平等和基于性别的暴力采取更大的行动。

采用最新的有实证依据的艾滋病毒检测和治疗方法，对于保持势头，到 2020 年实现 90-90-90 倡议以及有 3 000 万人获得抗逆转录病毒疗法至关重要。应该立即采取步骤，培训和部署 200 万新的社区卫生工作人员，快速扩大基于社区的检测模式、快速诊断检测、艾滋病毒自我检测和伴侣通知，并大量推广可以获得的常规病毒载量监测。开发创新的艾滋病毒预防工具、更简单和更有效的药物、疫

苗和治疗等方面的科学研究，都需要有坚定不移的投资。

艾滋病署需要发挥关键作用。应该改进并加强其独特的模式，使其能够继续引导全球议程，支持各国采取快速办法，并继续为联合国改革创造条件。

艰难取得的成绩绝不能失去。国际机构推动了领导力，提出了战略方向，调集了前所未有的财政资源，并挽救了数以百万计的生命，绝不能认为这一切都是国际机构理应做到的。缩小每年 70 亿美元的投资差距，确保财政资源得到明智的使用，将避免数千万新增艾滋病毒感染以及艾滋病导致的死亡，这一投资得到的回报可谓是无价的。

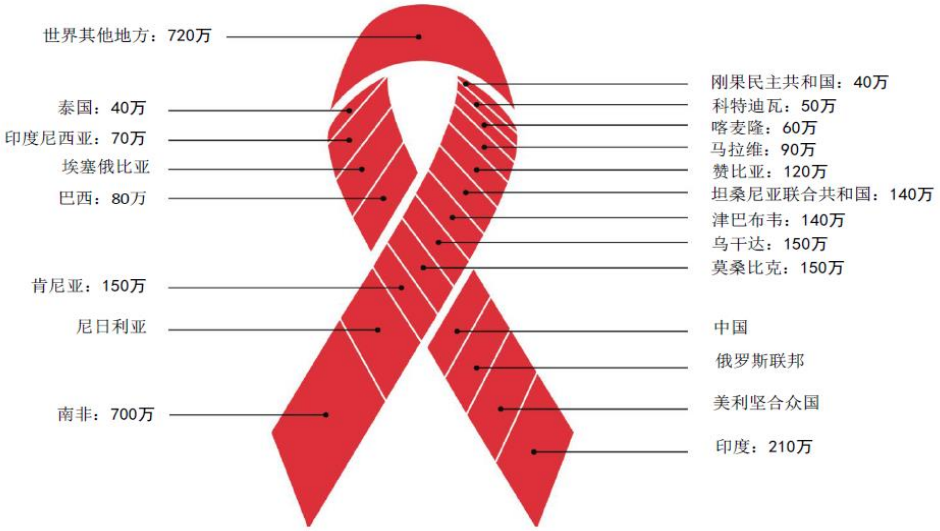
一. 共同的成功

1. 在实现到2015年扭转艾滋病疫情并为1 500万人提供救命的治疗这一千年发展目标之后，全球乐观情绪推动了最宏伟的目标：到 2030 年消除艾滋病疫情。这一具体目标赫然载于《2030 年可持续发展议程》及其不让任何一个人掉队的全球承诺。消除艾滋病的快速战略载于大会于 2016 年 6 月 7 日商定的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言：快速加紧防治艾滋病毒，到 2030 年消除艾滋病疫情》。[1] 该《宣言》建立在《2030 年可持续发展议程》的基础之上，并提出了一套全面的快速目标。

2. 尽管如此，艾滋病远远没有消除。联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)2015 年的估计数字显示，全世界有 210 万[180 万-240 万][2] 新增艾滋病毒感染、110 万[94 万-130 万]艾滋病导致的死亡和 3 670 万[3 400 万-3 980 万]艾滋病毒感染者。大约 80%的艾滋病毒感染者居住在 20 个国家(见图一)。

图一

2015 年全世界有 3 670 万艾滋病毒感染者



资料来源：艾滋病署 2016 年估计数。

注：估计数是文件印发时没有数据的几个国家。

90-90-90 倡议：艾滋病毒检测和治疗行动的基础

3. 艾滋病署 90-90-90 目标框架[3] 为一系列不同利益攸关方采取行动提供了一个基础。科学证据已经转化为关于艾滋病毒检测和治疗的全球指南，旨在大幅

[1] 大会第 70/266 号决议。

[2] 方括号表示对估计值的不确定界，以显示真实值所处的区间。

[3] 艾滋病署在 2014 年举行的第二十届国际艾滋病会议上发起了 90-90-90 目标，将全球努力集中在 2020 年之前可以实现的一套可衡量目标上：90%的艾滋病毒感染者知道自己的艾滋病毒状况，90%知道自己艾滋病毒呈阳性状况的人正在接受治疗，90%正在接受治疗的人已经抑制了病毒载量。

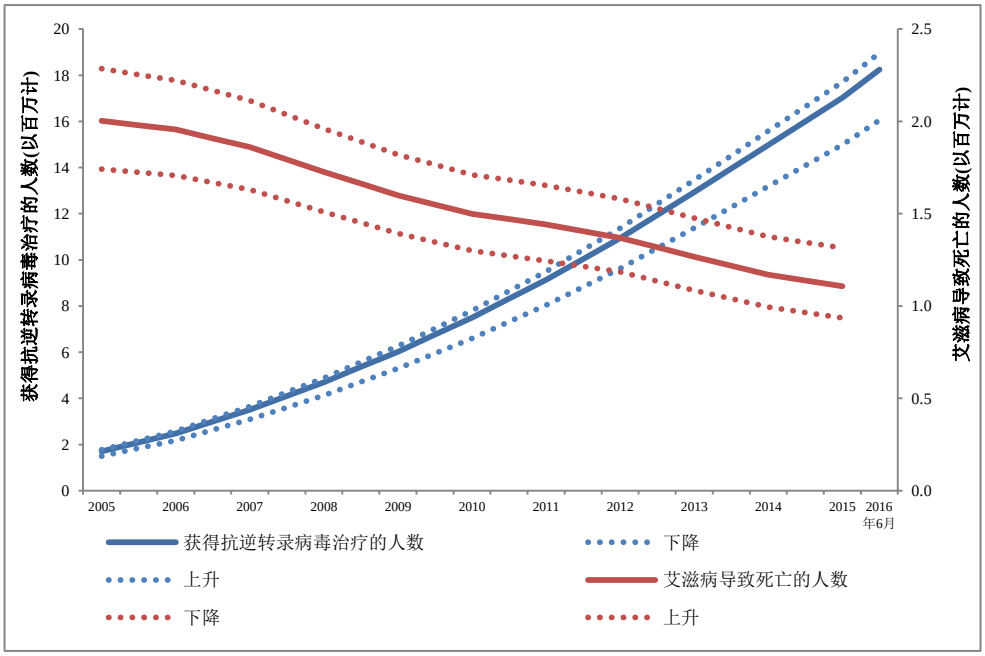
度扩大艾滋病毒感染者得到检测的机会，以便他们在感染后尽快了解自己的状况，然后立即得到抗逆转录病毒治疗。这种办法不仅大大减少艾滋病导致死亡的人数，还有助于预防艾滋病毒感染。在马拉维、赞比亚和津巴布韦进行的基于人群的艾滋病毒影响评估的新结果显示，开始治疗的人中有很高比例的人的病毒得到抑制。[4] 这些结果证实，正在向各个洲和各个国家收入水平不同的人提供高质量的抗逆转录病毒疗法。

4. 艾滋病毒治疗迅速和持续的扩大是全球公共卫生领域取得的最大成就之一。艾滋病病毒感染者接受抗逆转录病毒治疗的人数自 2005 年以来上升了一个数量级，到 2016 年年中全球达到 1 820 万[1 610 万-1 900 万]。艾滋病导致的死亡急速下降了 45%，从 2005 年的峰值 200 万[170 万-230 万]下降到 2015 年的 110 万[94 万-130 万](见图二)。到 2020 年有 3 000 万人获得治疗的全球目标和每年艾滋病导致死亡的人数不超过 50 万人的全球里程碑是可以达到的。

5. 尽管如此，由于在第一个“90”上取得的进展有限，因此可能会放缓所有艾滋病毒检测和治疗服务方面的进展。2015 年底，艾滋病毒感染者中只有 60%[56-65%]知道自己的艾滋病毒状况。创新的工具和策略，诸如基于社区的艾滋病毒检测模型、艾滋病毒自我检测和病毒载量检测，未得到充分利用。

图二

2005-2016 年全世界获得抗逆转录病毒治疗的人数和艾滋病导致死亡的人数



资料来源：艾滋病署的估计数，来自于“采用快速办法：用生命周期办法防治艾滋病毒”(日内瓦，艾滋病署，2016 年)。

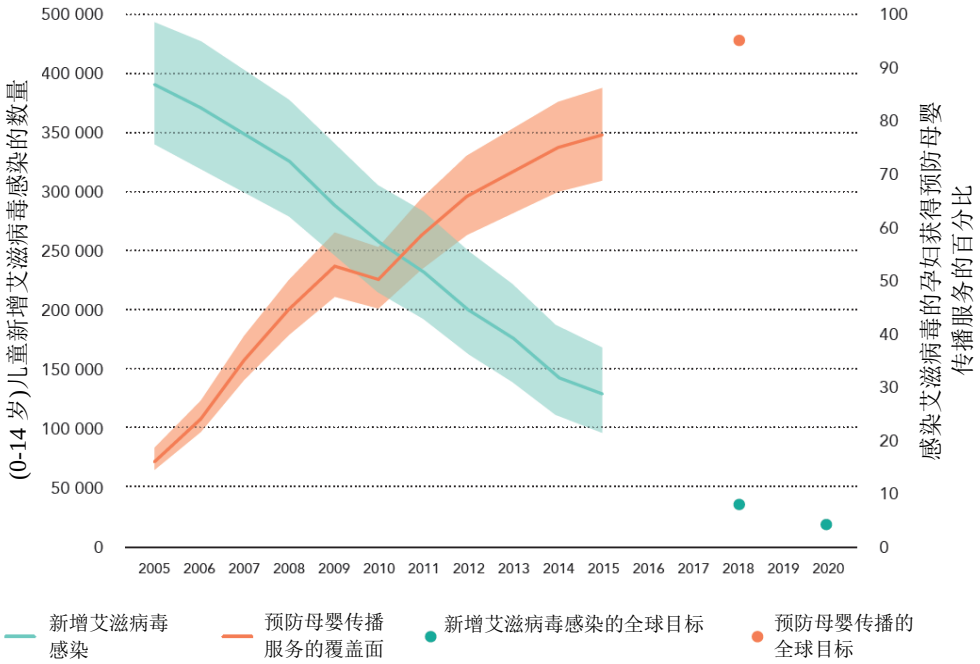
[4] 美国疾病控制和预防中心，“新的基于人口的艾滋病毒影响评估调查数据显示，在实现全球艾滋病毒目标方面取得了关键进展”。可在下列网站上查阅：www.cdc.gov/globalhivtb/who-we-are/events/world-aids-day/phia-surveys.html。

消除儿童中新增艾滋病毒感染

6. 从 2011 年到 2015 年，《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》激发了全球政治意愿和国家行动。结果，2009 年至 2015 年，0-14 岁儿童中新增艾滋病毒感染人数下降了 56%(见图三)。预防母婴传播艾滋病毒的服务的覆盖面急剧增加，从 2010 年的 36%[32-40%]增加到 2015 年的 77%[69-86%]。另外，获得抗逆转录病毒治疗的 0-14 岁儿童的人数几乎增加了两倍，从 2009 年的约 357 000 名儿童增加到 2016 年中期的 91 万名儿童[801 000-947 000]，几乎将艾滋病导致死亡的人数减少了一半。这些成就启发了一种生命周期办法，目标是使所有儿童在生命初期就不感染艾滋病毒，并且从出生到成年一直不感染艾滋病毒。

图三

2005 年至 2015 年全世界(0-14 岁)儿童新增艾滋病毒感染和感染艾滋病毒的孕妇接受预防母婴传播的抗逆转录病毒药物(预防用药或终身治疗)的百分比



资料来源：艾滋病署 2016 年估计数。

全球防治艾滋病行动：对影响和发展的投资

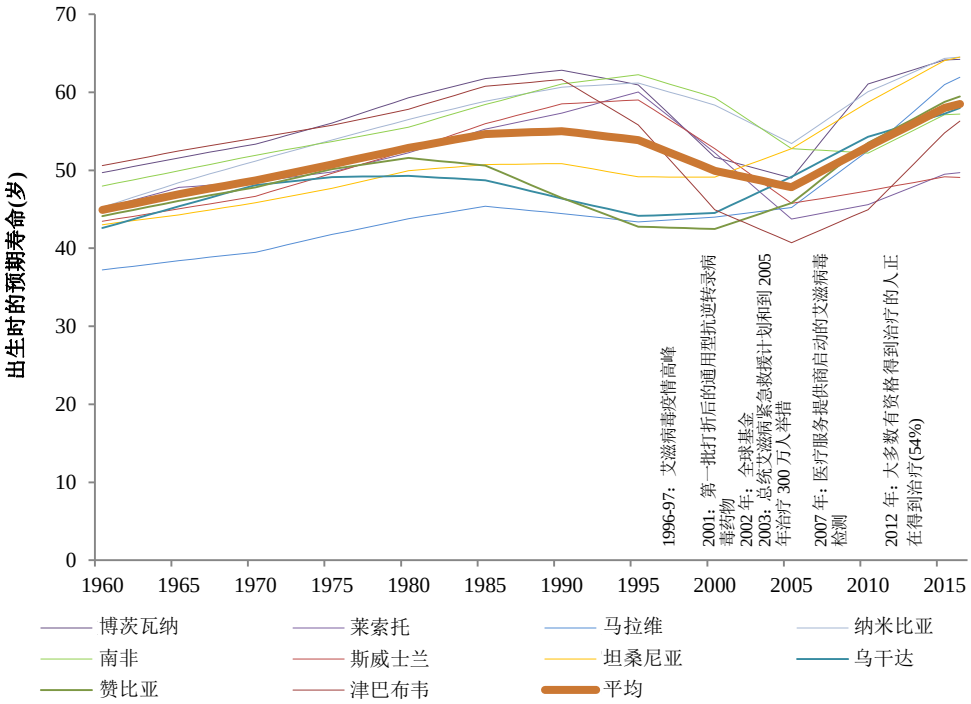
7. 防治艾滋病行动看起来正在为非洲的人口红利和近期的经济增长做出贡献。在 1990 年代和 2000 年代初期，由于东部和南部非洲受影响最严重的 10 个国家中艾滋病导致死亡的人数上升，预期寿命从 1990 年的 55.0 岁下降到 2006 年的 48.9 岁。在可以广泛获得抗逆转录病毒治疗以后，这种人口层面的影响得以扭转。预期寿命稳步上升，2015 年达到了 58.4 岁(见图四)。

8. 整个撒哈拉以南非洲的预期寿命变化和经济增长变化之间呈现正相关关系，这种关系对赞比亚等一些国家而言尤为强烈(见图五)。在防治艾滋病方面取得的切实进展，对非洲成为一个充满希望、远大前景和巨大潜力的大陆的愿景做出了

贡献。在《2030 年议程》和非洲联盟制定的《2063 年议程》的指导下，包容和可持续发展是实现持久和平与稳定的最可靠的途径。这些议程要求在国内和国际层面大幅度增加政治意愿和投资。

图四

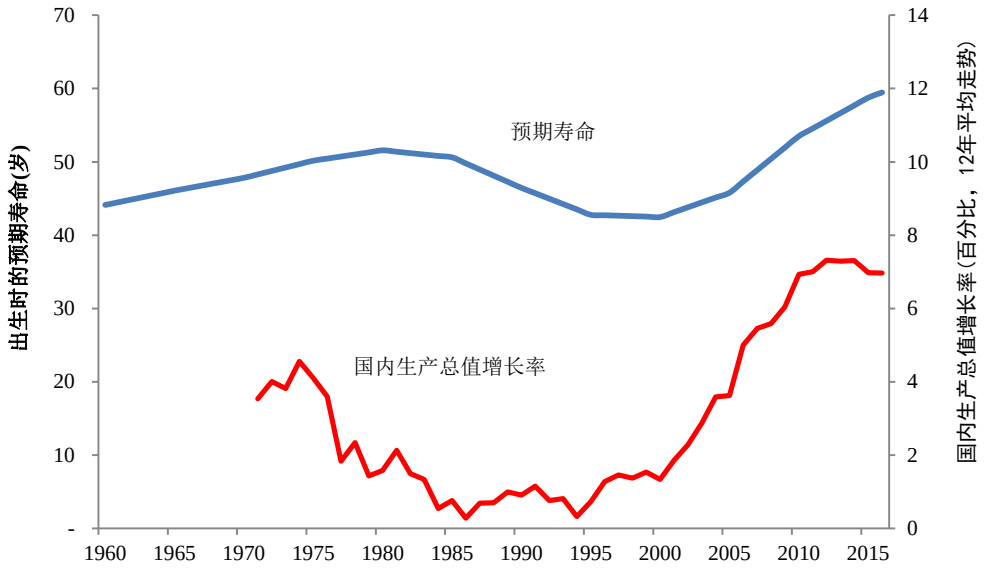
1960-2016 年东部和南部非洲 10 个国家的预期寿命



资料来源：艾滋病署对联合国经济和社会事务部，人口司，《世界人口前景：2015 年订正本》中数据的分析。

图五

1960-2016 年赞比亚的预期寿命和经济增长率



资料来源：2017 年艾滋病署对世界银行的经济数据以及联合国经济和社会事务部，人口司，《世界人口前景：2015 年订正本》中数据的分析。

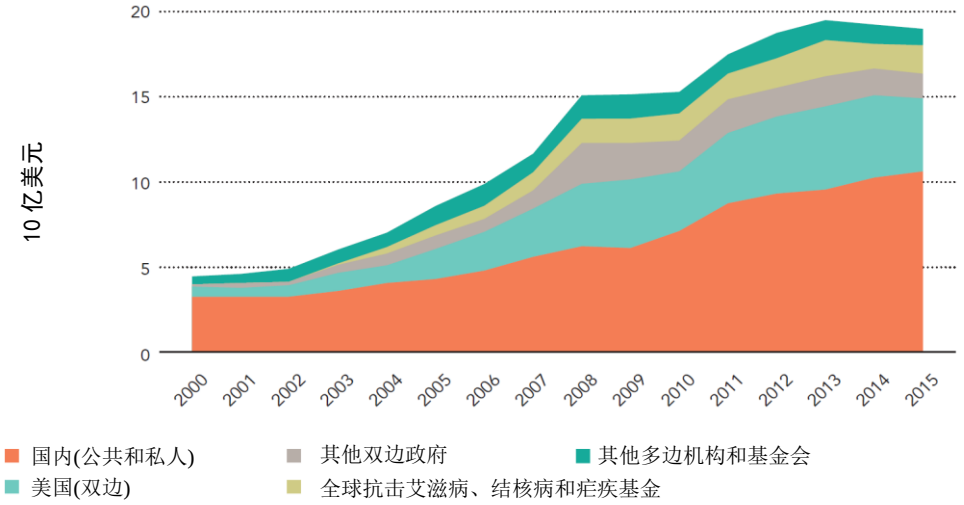
增加并加快共同投资

9. 在防治艾滋病的早期，共同投资的加速在很大程度上取决于双边和多边援助。近年来，国内投资稳步攀升，现在占中低收入国家所有用于艾滋病病毒的资源的近 60%。巴西、中国、印度、南非和泰国等中等收入国家现在为绝大多数艾滋病相关服务提供资金。这种共同的财政责任一直是取得进步的关键推动力，并且对不断变化的全球背景下的可持续性依然至关重要。

10. 2016《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》中承诺为快速办法提供充分投资：到 2020 年，在发展中国家提供 260 亿美元，其中，总投资的四分之一用于艾滋病毒预防，总投资的 6%用于培养社会扶持因素。虽然国内投资已经增加，但捐助者支出的减少、汇率波动和预期捐助者支付方面的拖延，导致中低收入国家的年度总投资近年来略有下降，在 2015 年降到 190 亿美元(见图六)。

图六

2000-2015 年中低收入国家对防治艾滋病的投资，按资金来源分列



资料来源：艾滋病署估计数，2016 年 6 月；Jennifer Kates 和其他人，“为中低收入国家防治艾滋病的行动供资”(亨利·凯泽家族基金会和艾滋病署，2016 年 7 月)；经济合作与发展组织，统一报告标准。

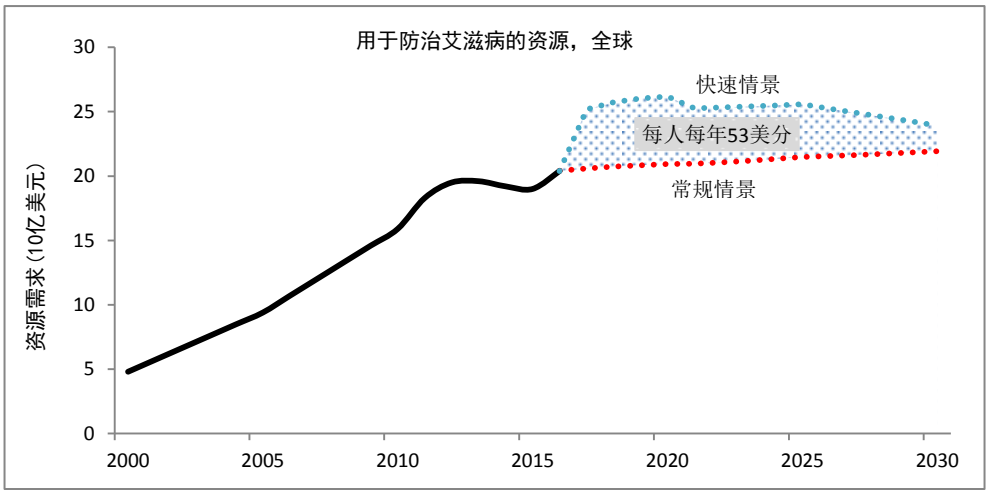
11. 2016 年 9 全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金成功获得充资是朝着正确方向迈出的重要一步。所有国家在防治艾滋病系统的所有方面追加投资，对于缩小 70 亿美元的投资差距至关重要，这一数额转化为从 2016 年到 2030 年全球每人每年追加 0.53 美元[0.37-0.93 美元][5] (见图七)。这种小额的人均投资增长将产生重大回报：2016 年至 2030 年期间将避免新增 2 170 万艾滋病病毒感染和 880 万艾滋病导致的死亡(见图八)。投资还将产生每人 63.30 美元的额外经济效益，即每花费 1.00 美元得到 8.04 美元[4.56 美元-11.52 美元]。[6] 这种 8 比 1 的投资回报包括健康改善和死亡率降低的价值。

[5] 折扣率 r=3%，下限和上限是防治艾滋病的效率和单位成本的改善是仅适用于快速办法情景，还是适用于常规和快速两种情景。

[6] Erik Lamontagne 和其他人，“到 2030 年消除艾滋病疫情的经济回报”(2017 年)，正在印刷。

图七

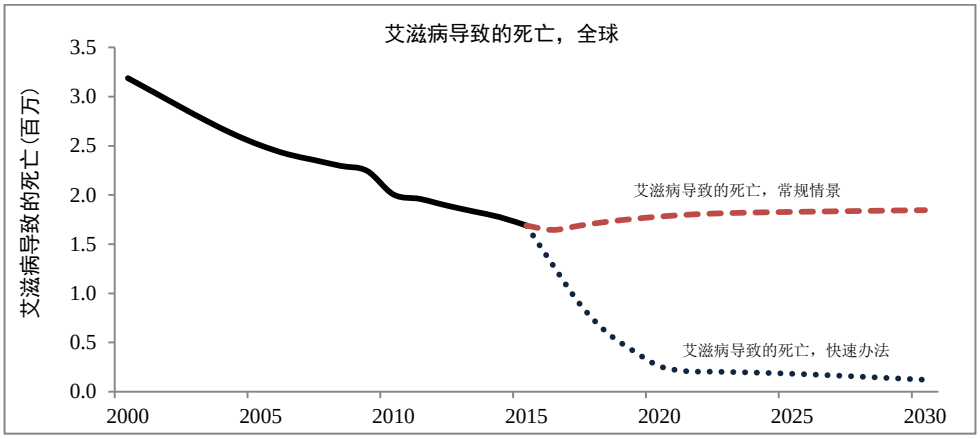
2016-2030 年实现全球目标所需的追加投资(每人每年)

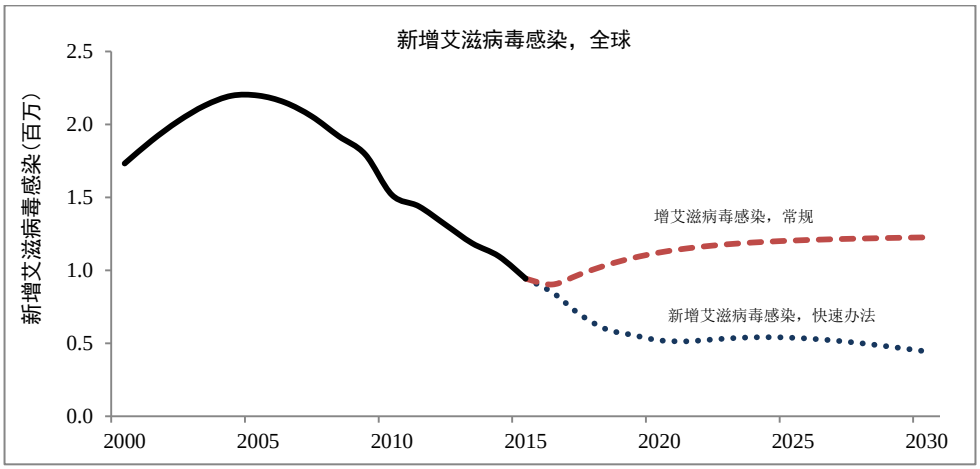


资料来源：Erik Lamontagne 和其他人，“到 2030 年消除艾滋病疫情的经济回报”。

图八

2016-2030 年通过快速办法可以避免的新增艾滋病病毒感染和艾滋病导致的死亡





资料来源：Erik Lamontagne 和其他人，“到 2030 年消除艾滋病疫情的经济回报”。

二. 不让任何一个人掉队

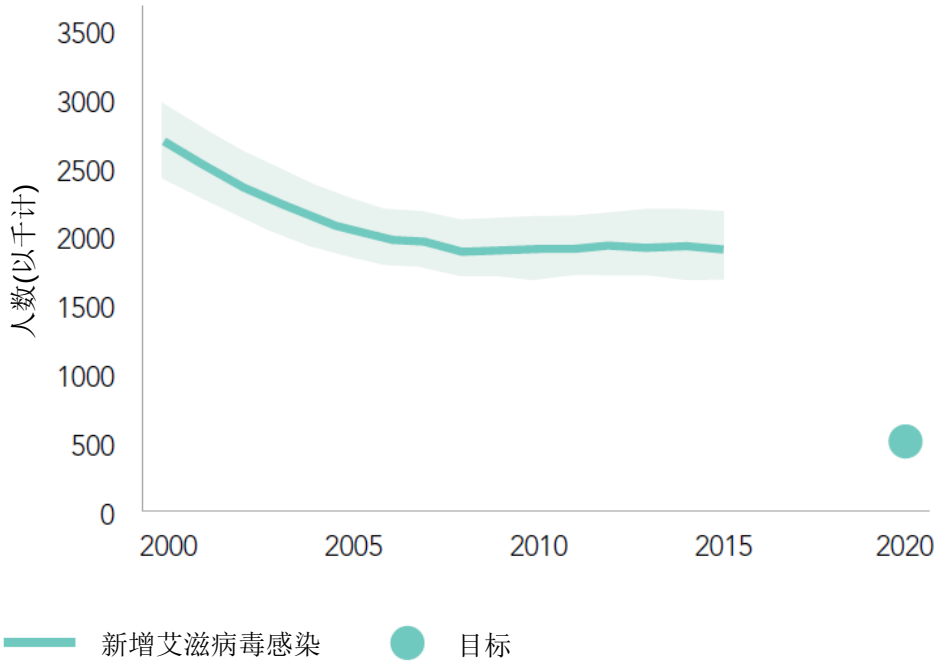
12. 如果维持现状，实现《2016 年政治宣言》中的战略里程碑和目标是不可能的。艾滋病远未结束，顽固的挑战仍然在起阻碍作用。我们在努力弥合差距过程中，必须确保不让任何一个人掉队，为此增强那些已经被推到社会边缘的人，保护人权，并为所有需要的人提供服务。

到 2020 年实现新增艾滋病毒感染低于 50 万人目标的五大支柱

13. 虽然在减少儿童感染艾滋病毒的人数方面已经取得稳步进展，但成年人新增感染人数的下降速度已经放缓。自 2010 年以来，(15 岁以上)成年人新增艾滋病毒感染的年度人数基本保持不变，估计为 190 万[2015 年为 170 万-220 万](见图九)。艾滋病毒感染风险较高的关键人群中的趋势更加令人担忧。现有数据表明，2011 年至 2015 年期间，注射毒品者中新增艾滋病毒感染人数上升了三分之一，与男男性行为者中的新增感染人数全球增加了约 12%。性工作者和变性人中的新增感染人数在同一时期保持稳定(见图十)。

图九

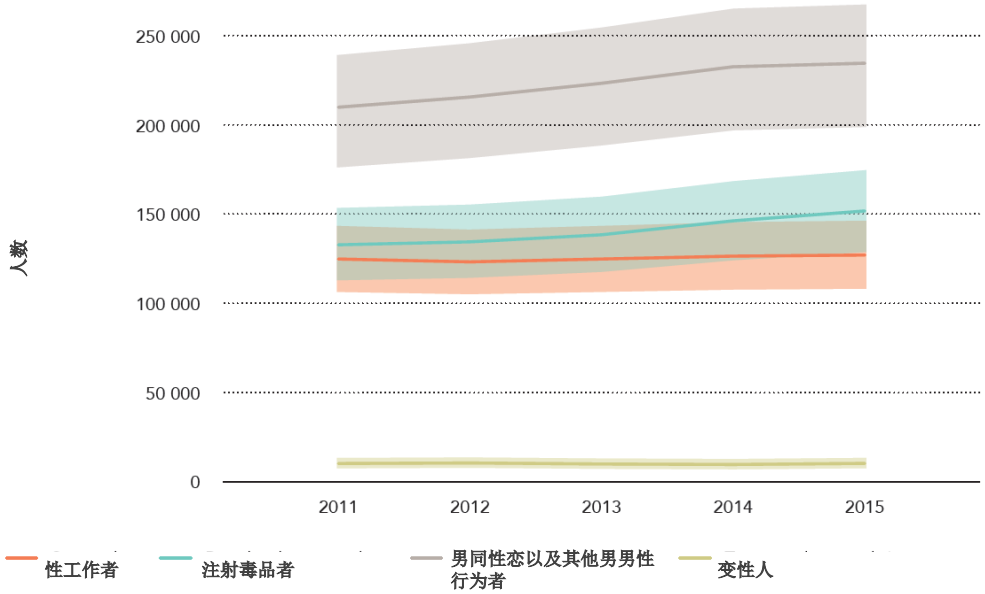
2000-2015 年全世界(15 岁和 15 岁以上)成年人新增艾滋病毒感染的人数



资料来源：艾滋病署 2016 年估计数。

图十

2011-2015 年全世界关键人群中的新增艾滋病毒感染趋势



资料来源：艾滋病署的特别分析，2016 年。

注：有关变性人的数据仅来自于亚太区域和拉丁美洲及加勒比区域。

14. 流行病学模型显示，需要采取平衡的办法，其中包括高效艾滋病毒预防干预措施的高度覆盖，以及继续扩大治疗。[7] 各国的经验表明，加强艾滋病毒预防工作已经取得成果。在南非和津巴布韦，增加使用安全套有助于减少艾滋病毒的发生率。[8, 9] 同样，捷克共和国不再把使用和拥有少量毒品定为刑事犯罪，再加上针头和注射器方案以及阿片类药物替代疗法的覆盖面相对较高，已被认为是该国注射毒品者中艾滋病毒感染率非常低的主要原因。[10]

15. 近年来，艾滋病毒预防工具包已经扩大。采用新技术可以帮助取得快速的成果。在美利坚合众国，旧金山在全面的城市防治艾滋病行动中积极增加了暴露前预防用药，从而使 2012 年至 2014 年的新感染人数减少了 29%。[11]

[7] J. Stover and other, “What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the fast-track approach”, PLoS ONE (2016 年 5 月 9 日)。

[8] D. Halperin and others, “A surprising prevention success: why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe?”, PLoS Medicine, (2011 年 2 月 8 日)。

[9] L. 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 Interface (2012 年)。

[10] Joanne Csete, A Balancing Act: Policymaking on Illicit drugs in the Czech Republic (纽约，开放社会基金会，2012 年)

[11] 旧金山卫生局，人口健康处，艾滋病毒疫情科，《2014 年艾滋病毒疫情年度报告》(2015 年 8 月)。

16. 要到 2020 年将新增感染人数减少到 50 万人，就需要通过以人为本、以下列五大支柱为重点的组合办法，更加集中注意艾滋病毒的预防：

(a) 组合预防，包括为发生比例很高地方的年轻妇女和少女及其男性伙伴提供全面的性教育，增强其经济权能，并提供性健康和生殖健康服务；

(b) 为关键的人群开展有实证依据和基于人权的预防方案，包括专门服务以及社区动员和赋权；

(c) 加强国家安全套方案，包括采购、分配、社会营销、私营部门销售和创造需求；

(d) 在艾滋病毒感染率高并且男性包皮环切比例低的优先国家，实施自愿的男性医疗包皮环切，这是为男童和男子更广泛地提供性健康和生殖健康服务的一部分；

(e) 对艾滋病毒感染风险较高的人群实施暴露前预防用药。

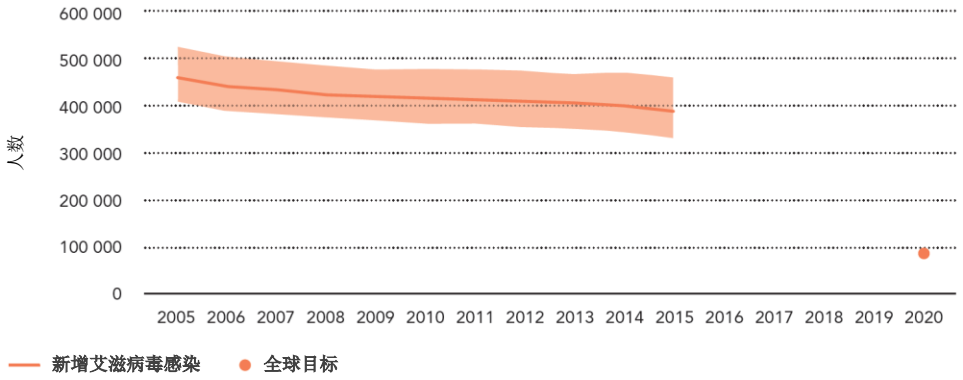
17. 由于认识到这一点，《2016 年政治宣言》是第一个将关键预防干预措施的计划覆盖目标纳入其中的大会此类宣言。尽管如此，在许多国家，这些全球目标尚未被转化为国家目标。很大的方案差距仍然存在，预防方案仍然难以获得足够的资金。

年轻妇女和少女及其男性伴侣

18. 《2016 年政治宣言》中承诺到 2020 年将少女和年轻妇女中的新增艾滋病毒感染人数减少到每年 10 万人以下。在 2010 年至 2015 年期间，15 至 24 岁女性中的新增感染人数下降了 6%，从 42 万人[36 万-48 万]下降到 39 万人[33 万-46 万]。要达到目标，将需要在 2015 年至 2020 年期间减少 74%(见图十一)。在可持续发展目标 5 呼吁的两性平等以及增强妇女和女童的权能方面取得更大进展，将至关重要。方案拟订工作必须认识到女孩和妇女成熟和成长过程中日常生活的复杂性，并围绕她们的需要制定应对措施。

图十一

2005-2015 年全世界 15 至 24 岁年轻妇女中的新增艾滋病毒感染人数



资料来源：艾滋病署 2016 年估计数。

19. 结构性干预措施可以解决年轻妇女和女童感染艾滋病毒的风险增加的动因。例如，取消必须父母和配偶同意才能获得艾滋病毒以及性健康和生殖健康服务这一要求，可大大增加对服务的利用。通过促进广泛传播客观、全面的性行为信息的法律，不仅可以改进对保护或损害性健康问题的了解，而且可以让人们了解到在哪里以及如何获得进一步的信息、咨询和治疗。

关键人群

20. 关键人群感染艾滋病毒的风险依然高得多。最近的研究表明，注射毒品者比普通人中的成年人感染艾滋病毒的可能性高出 24 倍，性工作者感染艾滋病毒的可能性高出 10 倍，男男性行为者感染艾滋病毒的可能性高出 24 倍。此外，变性人和囚犯感染艾滋病毒的可能性比普通人中的成年人分别高出 49 倍和 5 倍。

21. 人们对针头和注射器方案、阿片类药物替代疗法以及用于改善注射毒品者的健康和生活的其他有效工具和战略非常了解，但其供应在许多国家却很有限。关键人群中的年轻人面临着特殊的艾滋病毒感染风险，这经常是由于他们与年龄较大、较有经验的对应人员相比，对这些风险的了解较少，缓解这些风险的能力也较弱。此外，对艾滋病防治工作不断增加的国内投资似乎把关键人群落下了。平均而言，国内资金仅占用于男男性行为者的预防方案支出的 12%。来自国内的预防支出总额中用于性工作者(20%)和注射毒品者(25%)的百分比也很低。

安全套

22. 安全套是预防艾滋病毒、其他性传播感染和意外怀孕的具有成本效益的工具。2015 年，撒哈拉以南非洲 47 个国家的年度安全套需求量估计为 60 亿个。然而，2015 年估计仅分发了 27 亿个安全套，这表明超过一半的安全套需求没有得到满足。

23. 撒哈拉以南非洲安全套供应不足的问题反映为安全套的总体使用数量偏低。在有数据可查的该区域 25 个国家中的 23 个国家，不到 50%的拥有多个性伴侣的男子报告说，他们使用了上一次性行为使用过的安全套，而在撒哈拉以南非洲的 19 个国家，不到 60%的拥有多个性伴侣的年轻妇女报告使用了安全套。

24. 关键人群中的安全套使用率也很低。在有数据可查的 104 个国家中，只有 3 个国家报告说，男男性行为者在最近一次发生性关系过程中使用安全套的比例超过 90%。在抗逆转录病毒治疗覆盖率和安全套供应率都较高的高收入国家，男男性行为者使用安全套的比例比较低，这与证据所表明的自满或安全套疲劳一致。

自愿男性医疗包皮环切

25. 自愿男性医疗包皮环切是一项具有成本效益的一次性干预措施，为防止女性到男性的艾滋病毒传播提供终身部分保护。自 2007 年以来，已经作出了巨大努力，以便在东部和南部非洲艾滋病毒感染率偏高并且男性包皮环切比例偏低的 14 个优先国家扩大实施自愿男性医疗包皮环切。尽管如此，经过多年的快速增长，14 个优先国家中的 8 个国家每年实施的包皮环切的数量在 2015 年下降。要实现

到2020年在艾滋病毒高感染率地区新增2 500万名年轻男子实施包皮环切的目标，将需要在 14 个优先国家实施的包皮环切的年度数量翻一番。

暴露前预防用药

26. 暴露前预防用药是艾滋病毒感染高危人群组合预防选项中的最新增添选项。暴露前预防用药通过每天服用抗逆转录病毒药物，使个人能够谨慎地控制自己的艾滋病毒感染风险。已批准使用暴露前预防用药的国家卫生系统的数量虽然少，但在不断增加，只是规模和覆盖范围仍然有限。2016 年中期，估计有 6 万人参加了暴露前预防用药，其中大多数在美国。将需要再做出大量努力，实现到 2020 年有 300 万艾滋病毒感染风险很大的人获得暴露前预防用药的全球目标。

多种疫情需要在整个生命周期采用地方-人口办法

27. 世界每个区域都有一套独特的挑战需要应对。东部和南部非洲只有全世界人口的 6.2%，但却有全世界一半的艾滋病毒感染者。在西部和中部非洲，结构性障碍、供应链薄弱和冲突阻碍了在防止艾滋病方面取得进展。亚洲和太平洋区域的艾滋病毒感染者人数是第二高；其艾滋病毒疫情集中在关键人群及其亲密伴侣中。拉丁美洲和加勒比区域在消除母婴传播方面取得了长足进展，但同性恋男子和其他男男性行为者的新增艾滋病毒感染率在城市地区居高不下。中东和北非是艾滋病毒感染率最低的地区，但 2010 年至 2015 年期间新增感染病例增加了 4%。东欧和中亚是艾滋病毒疫情继续快速增长的仅有两个地区，注射毒品者占新增艾滋病毒感染病例的一半。在西欧和中欧，危害减免计划的长期高覆盖减少了注射毒品者中新增感染的人数，但有迹象表明，男同性恋者和其他男男性行为者使用安全套的比例没有提高。在北美，一个主要的挑战是艾滋病毒对同性恋男子和其他男男性行为者、注射毒品者、非洲裔美国男性和女性以及源自高流行地区的移民持续造成的过大影响。

28. 由于认识到需要加强区域行动，因此《2016 年政治宣言》中列入了减少新增艾滋病毒感染人数和增加获得治疗的人数的区域目标。要解决各区域、国家、城市和社区多种多样的疫情，需要采取一种地方-人口办法，将艾滋病毒防治措施侧重于为最需要的地域和人群提供有实证依据的高效服务。许多国家现在有能力在国家以下一级监测其艾滋病毒疫情。使用这些数据可以提高他们防治艾滋病行动的效率和成效。

29. 生命周期办法可以用于更好地处理艾滋病毒疫情的复杂动态。数据收集方面的创新，揭示了感染风险、获取服务方面的挑战以及应对这些挑战的解决办法是如何在生命的不同阶段发生变化的。如及时使用易于获取的诊断方法和抗逆转录酶病毒药物，儿童感染的风险就降至最低。从童年到成年的过渡是特别独特的，少女的艾滋病毒感染风险要高得多，在高发环境下更是如此。青少年时期对于已经感染艾滋病毒的人来说也是一个危险时期。该年龄组遵守治疗方案的比例低，治疗失败率高。随着生命进入成年，全世界新感染艾滋病毒的男子的比例稳步增长。老年人中的新增艾滋病毒感染人数也有所增加，抗逆转录病毒药物、生活方式和年龄相关疾病带来的长期并发症，对老年艾滋病毒感染者造成严重的健康挑战。

三. 艾滋病和《2030 年议程》

30. 《2016 年政治宣言》赫然载于《2030 年可持续发展议程》的框架内。《宣言》中承诺消除两性不平等现象；促进、保护、尊重和实现所有人权和尊严；努力实现全民保健覆盖；并确保针对艾滋病毒、结核病、病毒性肝炎、性传播感染、子宫颈癌和其他非传染性疾病、药物依赖、食物和营养支持、孕产妇、儿童和青少年保健、男子保健、精神卫生以及性健康与生殖健康提供更加综合的服务。这些承诺强化了防治艾滋病行动的整体性质以及《2030 年议程》中的各种联系。

性别平等

31. 女童和妇女遭受艾滋病疫情的危害仍然最深。在撒哈拉以南非洲，女童在每 4 名 15 至 19 岁的新增艾滋病毒感染者中占 3 个。在全球范围内，艾滋病仍然是 15-29 岁妇女的主要死因。[12] 妇女和女童易受艾滋病毒伤害的程度增加，这远远超出了生理学的范畴，与根深蒂固的性别不平等、有害的性别规范以及限制妇女和女童充分发挥潜力的社会结构密切相关。针对少女和妇女的卫生服务，包括性健康和生殖健康服务以及艾滋病毒服务，尚未普及。一个被迫离开学校以补充家庭收入的女童，不太可能有知识或力量来保护自己不感染艾滋病毒。在博茨瓦纳和斯威士兰进行的研究发现，缺乏足够食物的妇女不太可能与非正规伴侣一起使用安全套，更有可能从事交易性行为，更有可能报告对其性关系缺乏控制权。[13]

32. 在男性控制行为和艾滋病毒感染率高于 5%的情形下，身体和情感亲密伴侣暴力的经验与妇女的艾滋病毒感染密切相关。[14] 在一些地区，经历过亲密伴侣暴力的妇女感染艾滋病毒的可能性比没有经历过暴力的妇女高 1.5 倍。[15] 年轻妇女经历的一些亲密伴侣暴力发生在童婚背景下。童婚是一种侵犯基本人权的行为，可严重损害女孩的发展，导致早孕和社会隔离，中断她的学业，并限制她的职业进步机会。[16]

---

[12] 世界卫生组织，《2015 年全球卫生估计数：2000-2015 年的死亡情况，按死因、年龄、性别以及国家和区域分列(2016，日内瓦)。

[13] Sheri Weiser and others, “Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland”, PLoS Medicine, vol. 4, No. 10 (2007 年 10 月 23 日)。

[14] Dick Durevall and Annika Lindskog, “Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the demographic and health surveys tell us?”, The Lancet Global Health, vol. 3, No. 1 (2014 年 11 月 20 日)。

[15] 世界卫生组织、伦敦热带卫生和医药学院以及南非医学研究理事会，Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence (2013 年，日内瓦)。

[16] 世界卫生组织、伦敦热带卫生和医药学院以及南非医学研究理事会，Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence (2013 年，日内瓦)。

33. 研究表明，提高妇女和女童的教育成绩，就会降低妇女个人面临的伴侣暴力风险，[17] 并与更好的性健康和生殖健康结果有关，[18] 包括艾滋病毒感染率降低。[19] 现金转移等社会保护措施已被证明能够增强年轻妇女的权能，使她们能够继续上学，并大大减少经济驱动的性行为。现金转移已被成功地用作鼓励上学和更安全的性保健的激励措施，从而对艾滋病毒相关结果产生了积极影响。[20] 在南非，一个项目使用的现金转移几乎将从事经济驱动的性行为的 12-18 岁女童的比例降低了一半，并通过在家长和教师的社会支持下增加财务支持，进一步降低了这一比例。[21] 营养支持等社会保护预留款项也提高了遵守抗逆转录病毒治疗的比例。《2016 年政治宣言》鼓励会员国加强国家一级的社会和儿童保护制度，以确保到 2020 年，75%有需要的艾滋病毒感染者、有可能感染艾滋病毒的人或者受到艾滋病毒影响的人，能够从顾及艾滋病毒问题的社会保护、包括现金转移中受益。

把人权置于发展和防治艾滋病行动的中心

34. 《2030 年议程》承诺“创建没有恐惧与暴力的和平、公正和包容的社会”，并设想在各国之间和各国内部“创建一个普遍尊重平等和非歧视的世界”。保持防治艾滋病的势头与努力实现可持续发展及改善全球和平与安全相互关联。要做到这一点，我们必须回到最基本的问题上，建设更有复原力的社会，把尊重人权置于国家和国际政策的中心，减少被剥夺公民权利和被边缘化的问题，并增强妇女和女童的权能。

35. 在《2016 年政治宣言》中，联合国会员国致力于增强艾滋病毒感染者、面临其风险或受其影响者在了解自身权利和获得司法和法律服务方面的权能的国家艾滋病战略，以防止和应对侵犯人权行为。许多国家进而采取了有效措施：审查和修订法律、社会和政策框架，以支持艾滋病毒感染者和重点人群；消除旅行限制；为受到影响的人提供法律知识和其他法律教育；扩大获得司法服务的机会；提供旨在消除卫生保健背景下的耻辱和歧视的方案；建设立法人员、警察、法官和保健人员的人权能力；以及扩大社区主导的服务。

---

[17] Lore Heise and Andreas Kotsadam, “Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys”, The Lancet Global Health, vol. 3, No. 6 (2015 年 6 月)。

[18] 联合国人口基金，《2013 年世界人口状况报告：儿童母亲-面对少女怀孕的挑战》(2013 年，纽约)。

[19] 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 (2015 年 8 月)。

[20] Jessica Taaffe and others, “The use of cash transfers for HIV prevention-are we there yet?”, African Journal of AIDS Research, vol. 15, No. 1 (2016 年 3 月 22 日)。

[21] Lucie Cluver and others, “Combination social protection for reducing HIV-risk behaviour amongst adolescents in South Africa”, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, vol. 72, No. 1 (2016 年 5 月)。

36. 不过，存在巨大的差距。惩罚性的法律、政策和做法继续使最需要有效服务的人无法获得这类服务。在艾滋病毒感染者中，八个人中有一人报告被剥夺了医疗保健。卫生工作者的指责态度和公然歧视在文件中有大量记载，被认为是寻求、利用和遵守艾滋病毒预防服务和治疗以及披露艾滋病毒状况的重要障碍。过于广泛地将不披露艾滋病毒状况以及艾滋病毒的暴露或传播定为刑事犯罪，阻止人们设法了解自己的状况或获得艾滋病毒服务，包括预防服务和商品。到 2015 年，有 72 个国家制定有明确允许将艾滋病毒定为犯罪的法律。有 61 个国家报告对不披露艾滋病毒状况以及潜在的或被认定的暴露和/或无意传播提出了起诉，与 2014 年的至少 49 个国家相比有所增加。截至 2015 年 9 月，有 35 个国家、领土和地区根据艾滋病毒感染者的艾滋病毒状况，对他们的入境、居留和居住实施了某种形式的限制。

37. 许多国家制定有反歧视立法，但此类法律的执行情况并不一致。在 22 个国家，有超过五分之一的艾滋病毒感染者表示，由于其艾滋病毒状况，他们被拒绝了就业或工作机会。在 7 个国家，有将近一半的艾滋病毒感染者报告说，由于其艾滋病毒状况，他们失去了一份工作或另外一个收入来源；在另外 7 个国家，至少有 20%的艾滋病毒感染者遇到了这种情况。[22]

38. 对同性关系、性工作、拥有毒品和使用毒品的指责、歧视和定罪，是在太多国家获得服务天天会遇到的障碍。例如，截至 2016 年 6 月，同性性行为在 73 个国家和 5 个实体中是非法的，有 13 个国家可以对同性性行为适用死刑。[23] 关键人群中的妇女面临具体的挑战和障碍，包括暴力和侵犯人权行为。采取一致行动来增强艾滋病毒感染者或面临艾滋病毒风险的人的权能，对于真正不让任何人掉队至关重要。

将艾滋病纳入全球卫生议程

39. 防治艾滋病毒措施与加强卫生系统、扩大获得性健康和生殖健康及计划生育服务的渠道、以及解决一系列传染性和非传染性疾病的努力相互交织在一起。尽管在防治结核病方面已经取得重大进展，但结核病仍然是艾滋病毒感染者最常见的发病和死亡原因。卫生系统中的弱点继续导致艾滋病毒感染者错失诊断结核病的机会：2015 年，大约有 57％的艾滋病毒相关结核病例仍未得到治疗。各类障碍包括：与诊断后保健的联系不够，对人的跟踪太差和失于跟进，以及未能接触最有可能发病的人群。越来越多的耐药性结核病病例似乎会放缓进展的速度。在已经接到通知的结核病患者中，需要扩大对已经发现的艾滋病毒感染者的艾滋病毒检测，并立即提供抗逆转录病毒治疗。对艾滋病毒感染者需要进行快速的结核病和抗利福平检测，并提供结核病预防治疗和营养支持。

[22] 艾滋病感染者污名化指数调查，2008-2014 年。

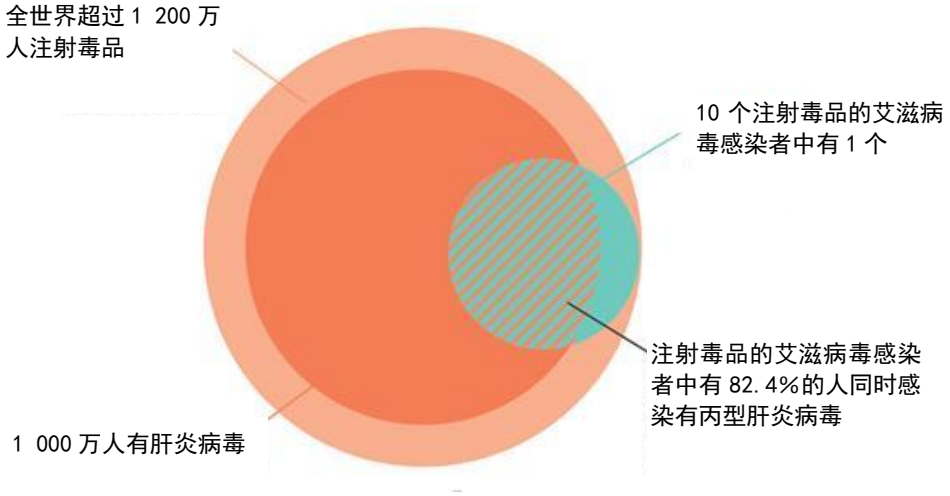
[23] Aengus Carroll，“State-sponsored homophobia: a world survey of sexual orientation laws-criminalisation, protection and recognition”，11th ed.(日内瓦；国际女同性恋、男同性恋、双性恋、变性者和双性者协会，2016 年 5 月)。

40. 妇女艾滋病毒感染者罹患子宫颈癌的风险要高出四至五倍。[24] 这种风险与人乳头状瘤病毒有关，而人乳头状瘤病毒是性活跃男性和女性中一种常见的感染，对于免疫系统受损的妇女来说很难清除。要尽量减少子宫颈癌造成的死亡，需要采取全面的办法。一个关键的策略是在少女接触性之前进行早期接种。迄今为止的人乳头状瘤病毒免疫方案主要是在高收入国家。在 2006 年 6 月至 2014 年 10 月期间进行的人乳头状瘤病毒免疫接种方案计划达到的 1.18 亿妇女中，只有 1%来自于低收入或中低收入国家。[25] 将子宫颈癌筛查和艾滋病毒服务挂钩是一种经济有效的办法。在赞比亚，服务一体化在五年内将子宫颈癌筛查的范围扩大到了超过 10 万名妇女(其中有 28%为艾滋病毒感染者)。[26]

41. 估计有 1 000 万注射毒品的人有丙型肝炎感染，估计注射毒品的艾滋病毒感染者中有 82.4%的人同时感染了丙型肝炎病毒(见图十二)。针头和注射器方案有效地防止了艾滋病毒和丙型肝炎感染，并避免了长期、昂贵的治疗。在东欧和中亚的八个国家，2005 年至 2010 年期间针头和注射器方案的覆盖率增至三倍，减少了风险行为和新的感染。[27]

图十二

2014 年全世界艾滋病毒和丙型肝炎病毒共同感染的情况



资料来源：艾滋病署估计数，2015 年；世界卫生组织，肝炎概括介绍(2015 年)；以及 Lucy Platt 和其他人，“Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis”，The Lancet Infectious Diseases，vol. 6，No. 7(2016 年 7 月)。

[24] Sheri Denslow 和其他人，“Incidence and progression of cervical lesions in women with HIV: a systematic global review”，International Journal of STD & AIDS，vol. 25 No. 3 (2014 年)。

[25] Laia 和其他人，“Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis”，The Lancet Global Health，vol. 4，No. 7 (2016 年 7 月)。

[26] Groesbeck Parham 和其他人，“Implementation of cervical cancer prevention services for HIV-infected women in Zambia: measuring program effectiveness”，HIV Therapy，vol. 4，No. 6 (2010 年 11 月)。

[27] David 和其他人，“The cost-effectiveness of needle-syringe exchange programs in Eastern Europe and Central Asia: costing, data synthesis, modeling and economics for eight case study countries”，在第十九届国际艾滋病会议上的发言，2012 年 7 月 22 日至 27 日在哥伦比亚特区华盛顿举行。

42. 基于社区的服务是一个重要的方式，可以弥补差距，帮助到那些无法利用传统服务提供者或者这样做可能感到不安心的人。由于认识到这一点，《2016 年政治宣言》中建立以人为本的卫生系统的全球承诺中包括一个具体目标，即扩大社区主导的服务提供，以便到2030年使社区服务提供在所有服务提供中至少达30%。最近几项良好做法包括在快速应对办法的范围内利用基于社区的服务。在肯尼亚和乌干达进行的东非可持续社区卫生试验研究正在将艾滋病毒检测和治疗与提供一系列初级卫生保健服务相结合。在许多国家，基于社区为使用阿片类药物的人提供纳洛酮的做法证明是一项救命的公共卫生措施。需要招募、培训和部署更大批的社区卫生工作者，以使基于社区的模式实现规模化。

43. 医疗研究和发展也需要持续的投资。最近在艾滋病毒疫苗方面取得的进展为实现突破带来了新的希望。在寻找治疗办法方面也有令人振奋的发展，其中包括具体针对肠道和骨髓内的艾滋病毒积存的办法。用于这些努力的资金数额在过去几年里一直保持在较高水平。

人道主义紧急状况

44. 因人道主义紧急状况而流离失所的人数正在增加。2015 年，全世界因迫害、冲突、普遍化的暴力或侵犯人权行为而被迫流离失所的人有 6 530 万，在五年内增加了 50%以上(见图十三)。[28] 在同一时期，接受抗逆转录病毒治疗的艾滋病毒感染者人数几乎翻了一番。总而言之，这些趋势增加了冲突可能会扰乱提供救命的艾滋病毒治疗的可能性。艾滋病署估计，2013 年有 160 万艾滋病毒感染者、即每 22 名艾滋病毒感染者中有 1 人受到了人道主义紧急状况的影响。[29] 这些人中有 80%以上是在撒哈拉以南非洲地区。

图十三

1996-2015 年被迫流离失所的人数和比例

资料来源：联合国难民事务高级专员办事处，《全球趋势：2015 年被迫流离失所情况》(2016 年，日内瓦)。

[28] 2014 年，有 5 940 万人因这些事件而流离失所，另有 1 930 万人因自然灾害而流离失所。Michelle Yonetani 和其他人，“Global estimates 2015: people displaced by disasters”(日内瓦，国际流离失所问题监测中心，2015 年 7 月)。

[29] 艾滋病署关于紧急状况下艾滋病毒问题的背景说明，用于 2015 年 6 月 30 日至 7 月 2 日在日内瓦举行的艾滋病署方案协调委员会第三十六次会议。

45. 冲突和冲突后环境中非常高的性剥削和暴力比例带来了特别的艾滋病毒风险，包括缺乏安全和便利的临床护理。研究一直表明，在冲突期间，伴侣和其他平民侵害妇女和女童的暴力行为增加。[30] 强迫性行为与生殖器损伤、擦伤和性交伤害等问题增加有关，这助长了艾滋病毒的传播。[31] 此外，性暴力的实施者更有可能实施无保护的性行为并拥有多个性伴侣，这增加了艾滋病毒感染或其他性传播感染的可能性。[32] 即使具备司法和医疗服务，社会指责和文化禁忌也可能会阻止受害者获得这些服务。这些侵害妇女和女童的暴力形式突出表明，需要采取举措，明确应对妇女和女童在冲突和冲突后环境中所遭受的一系列暴力行为，其中包括与艾滋病毒的联系。

46. 《2016 年政治宣言》注意到流离失所者和受人道主义紧急状况影响者的脆弱性增加，并承诺会员国继续开展艾滋病毒预防、治疗、护理和支助工作，为人道主义紧急状况和冲突环境中的艾滋病毒、结核病和(或)疟疾感染者提供成套护理，同时特别重视冲突中和冲突后局势下感染艾滋病毒、有感染风险或受其影响的妇女。这些努力必须与实现关于和平与包容性社会的可持续发展目标的努力挂钩。

四. 联合国改革的开拓者

47. 加快联合国改革的步伐是最重要的优先事项。我们必须建立一个问责和强有力绩效管理的文化，其侧重点是交付而不是过程，是人而不是官僚主义。在 2016 年联合国系统发展方面业务活动四年度全面政策审查期间，会员国呼吁建立一个更具战略性、一体化、连贯一致、高效、可问责和注重成果的联合国发展系统。[33]

48. 四年度审查中要求进行的许多改革是艾滋病署内的标准做法。相关例子包括联合国各实体在全球和国家两级的积极协调；在政策制定和方案指导过程中利用证据和战略信息；以人权、性别平等和可持续性等价值观为支撑的多部门和多利益攸关者办法；以及让民间社会参与的透明治理。艾滋病署还跟踪艾滋病疫情的发展情况和应对措施，并为全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金等融资机制提供关键支持，包括为制定和执行赠款方案提供技术支持。尽管如此，完全依赖自愿捐款的对艾滋病署的财政支持近年来已经减少。

49. 关于艾滋病的全球宏伟计划与艾滋病署筹资数额之间的脱节，威胁到联合方案以及实现《2016 年政治宣言》中各项目标和里程碑的各项努力的可持续性。对此，艾滋病署方案协调委员会成立了一个多利益攸关方全球审查小组，负责通过

[30] Lori Heise and Elizabeth McGrory，“Violence against women and girls, and HIV: report on a high-level consultation on the evidence and implications”，(STRIVE 研究联合会，伦敦热带卫生和医药学院，2016 年)。

[31] Alex de Waal 和其他人，HIV/AIDS, Security and Conflict: New Realities, New Responses (纽约，社会学研究理事会，2009 年)。

[32] Michael Westerhaus 和其他人，“Framing HIV prevention discourse to encompass the complexities of war in northern Uganda”，American Journal of Public Health，vol. 9，No. 7 (2007 年 7 月)。

[33] 大会第 71/243 号决议。

修订和更新联合方案模式，就发展一个可持续和胜任其职的艾滋病署提出建议。尽管该小组的工作尚未完成，但人们越来越相信，艾滋病署对全球艾滋病防治工作做出了独特的贡献，并且在联合国改革的这个新时代仍然特别有用，应该予以改进和加强，以便在其具有比较优势的领域内取得明显的成果。

五. 建议

重振快速防治办法以消除艾滋病

50. 可用于快速跟踪以及弥补关键的财务和方案差距的时间越来越短，从而越来越难以加快步伐以减少新的艾滋病毒感染以及实现《2016 年政治宣言》中商定的里程碑。需要在全球团结和分担责任的框架内做出协同一致的推动，以弥补 70 亿美元的投资缺口，进一步使艾滋病摆脱孤立，最大限度地发挥消除艾滋病和实现可持续发展目标各项努力之间的协同作用。实现全民健保覆盖的各项努力需要在下列方面提供更加综合的服务：艾滋病毒、结核病、病毒性肝炎、性传播感染、子宫颈癌和其他非传染性疾病、药物依赖、食物和营养支持、孕产妇、儿童和青少年健康、男性健康、心理健康以及性和生殖健康。需要做出更大努力，以处理受人道主义紧急状况影响者的艾滋病毒和健康需求，诸如在自然灾害、冲突和强迫迁徙期间易受艾滋病毒感染的人群，以及在这些情况下可能中断治疗的艾滋病毒感染者。

加快关于艾滋病毒预防联合的国际承诺

51. 实现关键预防干预措施方案覆盖目标的进展情况不均衡。会员国应该响应艾滋病署的呼吁，建立一个宏大的预防联盟，致力于促使在艾滋病毒组合预防的所有五大支柱都采取行动。这个预防联盟应该借鉴 90-90-90 倡议和全球消除母婴传播计划的成功模式。联盟的议程中应包括将关于提供安全套、自愿的男性医疗包皮环切和暴露前预防用药的全球承诺转变为国家目标；生成更多对侧重于重点人群的预防方案的国内投资，这类人群有性工作者、注射毒品者、变性人、囚犯和男男性行为者；提供必要的技术支持，以便有系统地缩小快速国家的方案差距；以及建立明确的问责框架，使国家预防努力达到目标。

继续扩大艾滋病毒检测和治疗

52. 关键的快速国家尚未采用世界卫生组织的 2015 年指导方针，其中呼吁在诊断后立即提供抗逆转录病毒治疗，并把病毒载量检测作为监测患者对治疗的反应的首选办法，并且没有几个国家已经采用世卫组织最新的艾滋病毒检测指南。采用最新的有实证依据的艾滋病病毒检测和治疗办法，对于维持落实 90-90-90 倡议的势头至关重要。

53. 需要开展一次“检测革命”，把每个人和所有个人知道其艾滋病毒状况的权利定为优先事项，使艾滋病毒检测服务更接近需要的个人和社区，并增加对艾滋病毒检测服务的投资。各国应立即采取措施，迅速扩大基于社区的检测模式、快速诊断检测、艾滋病自我检测和伴侣通知，并大规模扩大可以利用的常规病毒载

量监测。为了提高方案效率和增加治疗方案的覆盖面，需要紧急投资，在以后两年内征聘、培训和部署至少 200 万新的社区卫生工作者，其中 100 万在撒哈拉以南非洲地区。

加强努力，增强妇女和女童、青年、关键人群和艾滋病毒感染者的权能

54. 弥补服务覆盖面的缺口需要增强经常掉队的人群的权能：妇女和女童、青年人、关键人群和艾滋病毒感染者。所有国家艾滋病方案都需要有强有力的社区赋权要素，以及解决法律和政策障碍的具体努力。会员国、民间社会和妇女组织应该利用艾滋病署的全球艾滋病监测系统和基于社区的创新数据收集，以加强现有的国家、区域和全球机制，并改进问责制，以兑现把女童留在学校、增强经济权能、减少基于性别的暴力以及提供全方位的性和生殖健康服务等全球承诺。解决交叉歧视，特别是医疗保健方面的交叉歧视，对于实现快速目标至关重要。青年人需要更多支持，以便作为受益者、合作伙伴和领袖参与艾滋病毒防治工作。加强收集和分析按年龄和性别分类的数据，将有助于查明整个生命周期中的挑战和机遇。

改进和加强联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署的运作模式，使其能够更有效地支持各国履行承诺，并继续成为联合国改革的先驱者

55. 加快联合国改革步伐的努力要求在与艾滋病署有密切联系的领域采取行动：积极协调联合国各实体、包容性治理、在政策制定和方案制定过程中利用证据和战略信息，以及以人权、性别平等和可持续性等价值观为支撑的多部门和多利益攸关者办法的启发。艾滋病署还在更广泛的艾滋病防治行动中发挥关键作用，提供领导和战略方向，监测疫情和应对措施，并支持各国最大限度地利用全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金、国内投资和其他资金来源。呼吁会员国支持艾滋病署努力改进和加强其联合方案的模式，使其能够继续成为联合国改革的探索者，牵头努力使艾滋病进一步摆脱孤立，并支持各国用快速办法防治艾滋病。