



## 第六十二届会议

## 议程项目 44

《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》与  
《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》的  
执行情况《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》与《关于艾滋病毒/  
艾滋病问题的政治宣言》：实现千年发展目标的中途

## 秘书长的报告

## 执行摘要

本报告回顾了在执行 2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》和 2006 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》方面取得的进展。其研究结果主要基于 147 个会员国提交的艾滋病毒防治工作国家进展报告。这些国家进展报告合在一起，构成为所收集到的反映低收入、中等收入和高收入国家中所采取的艾滋病毒应对措施情况的最全面的证据。<sup>a</sup> 本报告是在离世界承诺普及艾滋病毒预防、治疗、护理和支持工作的期限仅剩两年时间、也是在预定于 2015 年实现千年发展目标的中途编制的。

2006 年以来，许多区域在艾滋病毒应对工作上取得了显著进展，表明迄今所作的巨额投资产生了回报。但是，各地的进展不平衡，而且疫情本身的发展速度往往超过扩大服务涵盖面的速度。2007 年，感染艾滋病毒的新增人数比接受抗逆

<sup>a</sup> 关于对具体国家的指标数据的详细分析，请参见《2008 年全球艾滋病疫情报告》（联合国出版物，即将出版（2008 年 8 月））；同时可在艾滋病规划署的网站上查阅所有的国家的进展报告：<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2007CountryProgress.asp>。



转录病毒治疗的增加人数高出 2.5 倍，这突出表明了我们需要对预防艾滋病毒作出更有力的承诺。如果我们不迈出更大、更迅速的步伐来帮助那些需要基本服务的人，艾滋病毒疫情对家庭、社区和社会造成的负担将不断加重。

## 主要研究结果

### 疫情现状

截至 2007 年 12 月，全球估计共有 3 320 万<sup>b</sup> 艾滋病毒感染者。2007 年内大约有 250 万人新感染艾滋病毒，210 万人死于艾滋病。

### 年轻人对艾滋病毒的认识

2007 年，各国调查发现，40% 的年轻男性（15 至 24 岁）和 36% 的年轻女性对艾滋病毒有正确的认识，但仍然远低于会员国在《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》中一致支持的 95% 这一年轻人对艾滋病毒认识程度的目标。

### 预防母婴传播

感染艾滋病毒的孕妇中，为预防母婴传播而接受抗逆转录病毒药物治疗的人数比例从 2005 年的 14% 上升到 2007 年的 34%。

### 预防高危人群感染艾滋病毒

在全球范围内，大多数注射毒品使用者和男男性行为者，都无法获得充分的艾滋病毒预防服务。从某种程度上说，性工作者获得艾滋病毒预防服务的可能性更大，不过在许多国家这种服务非常有限。

### 女性与艾滋病毒

80% 以上的国家，包括撒哈拉以南非洲 85% 的国家，制定了政策来确保妇女平等享受艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助服务。撒哈拉以南非洲的妇女有同等甚至更大的机会接受抗逆转录病毒治疗，但是在聚集流行区，妇女的情况正好相反。虽然大多数国家都制定了战略框架来处理疫情对妇女造成的负担，但只有 53% 的国家为侧重于妇女的方案提供有预算的支持。

### 艾滋病毒治疗

2007 年，抗逆转录病毒疗法的普及率提高了 42%，提供给了低收入和中等收入国家的 300 万人，约占有需要人士的 30%。尽管已有可负担得起的肺结核治疗手段，但是，2007 年，仅有 31% 的艾滋病毒和肺结核双重感染者同时获得了抗逆转录病毒药物和抗肺结核药物。

<sup>b</sup> 介于 3 060 万至 3 610 万之间。

### 因艾滋病病毒失去父母或处于脆弱境地的儿童

根据最近在 11 个艾滋病病毒高流行国家进行的住户调查结果，大约 15% 的孤儿寄养在接受某种援助的家庭中，比起 2005 年高流行国家报告的大约 10% 有小幅增长。

### 歧视与污名化

尽管自 2003 年以来，立法保护艾滋病病毒感染者不受歧视的国家有所增加，但是仍有三分之一的国家缺乏这种法律保护措施。虽然 74% 的国家制定了政策来保障弱势群体能平等获得艾滋病病毒有关的服务，但是其中 57% 的国家另有法律或政策阻碍人们获得艾滋病病毒方面的服务。

### 资金筹措

2007 年，为低收入和中等收入国家艾滋病病毒相关活动提供的经费达到了 100 亿美元，比 2006 年增加了 12%，在不到 10 年的时间里提高了 10 倍。从 2005 年至 2007 年，低收入和中低收入国家在艾滋病病毒问题上的人均国内开支翻了一番多。

### 主要建议

#### 国家领导

尽管几乎所有国家都制定了关于艾滋病病毒问题的国家政策，但大部分没有得到充分执行，而且国家战略的关键组成部分往往缺乏预算拨款。各国的高级政治领袖应当在捐助者、技术机构和民间社会的协助下，积极领导有关进程，确保关于艾滋病病毒的政策得到执行。

#### 艾滋病病毒应对工作的可持续性

国家领导人和政府、捐助者、研究者、非政府组织以及参与艾滋病病毒应对工作的所有其他利益攸关方应当开始进行长期规划，在其工作中融入相应策略，以确保可持续性地作出强有力的、灵活的和长期的集体努力，因为这种努力是在数代人的时间里所必需的。

#### 在高度流行国家加强艾滋病病毒预防工作

在艾滋病病毒流行率超过 15% 的国家，只有进行空前的全国动员，调动社会各个部门、利用一切可用的预防工具，才能应对艾滋病病毒的灾难性持续蔓延所带来的挑战。

#### 在聚集流行区采取有效的艾滋病病毒应对措施

即使在艾滋病病毒感染率较低的国家，其高危人群也承受着极为沉重的疾病负担，包括新增大量艾滋病病毒感染者。加强针对高危人群的艾滋病病毒集中预防战略

是公共卫生方面的一项迫切需要，要求有相当程度的政治勇气和领导力，而这种勇气和领导力以前一直是缺乏的。

[在加强艾滋病病毒/肺结核双重感染应对措施的同时，保持艾滋病病毒治疗涵盖面的加快扩大](#)

在继续和加大努力，普及包括抗逆转录病毒疗法在内的艾滋病病毒治疗手段的同时，各国应当立即采取举措，加强对艾滋病病毒抗体阳性者的肺结核诊断和治疗，并对肺结核患者进行是否感染艾滋病毒的诊断。

[解决艾滋病病毒疫情中两性不平等的影响](#)

各国应确保进行大规模的政治和社会动员，解决两性不平等和性行为规范问题，并处理好它们对加大艾滋病病毒危险性和罹患可能性所起的作用。

## 一. 导言

1. 2006 年以来, 世界各区域几乎都在遏制艾滋病病毒疫情的工作方面取得了进展。在世界上某些资源最紧张的地区, 挽救生命的艾滋病病毒治疗方案正得到推广, 性行为方面的改变也在使新增艾滋病病毒感染的数量减少。
2. 本十年间为应对艾滋病病毒疫情所作的空前投入正开始给世界带来回报。世界许多区域报告了令人鼓舞的成果, 这表明了只要全球有决心和政治承诺, 并得到艾滋病病毒感染者和受影响社区的积极参与, 就能够有所作为。
3. 但是, 在各国之间、甚至在国家内部, 这些积极的趋势并不均衡。几个国家的新增感染病例持续上升, 而在世界许多地区, 艾滋病病毒的基本预防、治疗、护理和支助服务远未普及, 无法有力地控制疫情蔓延。特别是在受艾滋病病毒影响最严重的国家, 疫情的影响持续扩大, 受艾滋病病毒影响的家庭以及因艾滋病病毒失去父母或处于脆弱境地的儿童不断增多。再者, 最近的进展无法掩盖疫情不断造成人们发病和死亡的事实, 其中自疫情出现以来, 大约有 2 500 万人死于艾滋病。
4. 在推广基本服务方面的进展速度跟不上疫情本身的发展速度, 这一不足对于艾滋病病毒预防来说尤其明显。虽然 2007 年又有 100 万人开始接受抗逆转录病毒疗法, 但新感染人数为 250 万。除非国际社会立即采取行动, 持续履行所作承诺, 执行不同寻常的艾滋病病毒应对措施, 否则, 这一疫情带来的人道主义和经济代价将继续加大。

## 二. 评估进展的时间

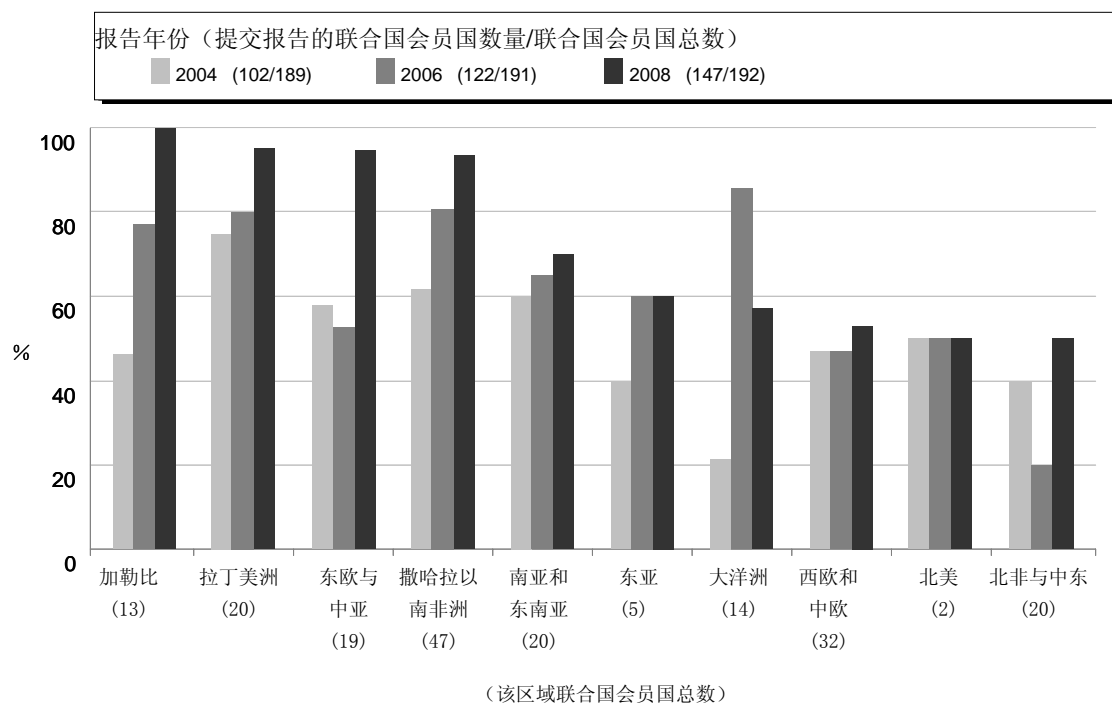
5. 2000 年订立千年发展目标之后, 各会员国承诺致力于建设一个更安全、更健康、更公平的世界。2001 年, 各会员国一致接受了《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的承诺宣言》(大会第 S-26/2 号决议, 附件) 中一系列限时实现的目标。在 2006 年《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的政治宣言》(大会第 60/262 号决议, 附件) 中, 各会员国重申了它们的承诺, 决心实现 2001 年商定的有时限目标, 并争取实现到 2010 年普及艾滋病病毒的预防、治疗、护理和支助服务。
6. 艾滋病病毒疫情应对措施除具体与关于减轻艾滋病病毒疫情负担的千年发展目标 6 有关外, 还有利于实现大多数其他千年发展目标。例如, 减轻疫情的影响将推动实现消除赤贫与饥饿的目标 1, 而艾滋病病毒应对措施还有助于增强妇女力量和促进两性平等 (目标 3)。由于所有感染艾滋病病毒的婴儿一半以上死于两岁前, 因此预防艾滋病病毒的母婴传播和提供儿科艾滋病病毒治疗, 有助于加速实现目标 4, 即降低儿童死亡率。艾滋病病毒应对措施还在促进初级教育普及工作, 即支持目标 2, 同时还在帮助加强革新与全球伙伴关系, 以促进发展 (目标 8)。因此, 遏制艾滋病病毒疫情方面的进展, 对于国际发展的广泛议程来说是至关重要的。

7. 由于离普及艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助服务的最后期限仅剩两年，且处于预定于 2015 年实现千年发展目标的中途，本报告评估了在全球应对艾滋病毒方面迄今为止所取得的进展。截至 2008 年 3 月 10 日，147 个会员国比照 25 个核心指标报告了各国的情况。这些核心指标是为追踪 2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》的执行情况而订立的，包括涉及面很广的一系列变数，如：艾滋病毒在 15 至 24 岁的年轻人中间的流行情况；抗逆转录病毒疗法及艾滋病毒主要预防干预措施的普及率；为因艾滋病毒失去父母或处于脆弱境地的儿童提供支助的服务，以及各国通过所建议的艾滋病毒政策的情况。除了从国家进展报告中获得的信息外，还有其他数据来源，如住户调查、民间社会的报告，以及捐助国政府、联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署）共同赞助组织、慈善基金以及研究机构的预算和方案监测数据。关于艾滋病规划署共同赞助组织在艾滋病毒相关领域开展工作的进一步情况见附件。

8. 最近几年，就国家进展情况核心指标提交报告的国家数量稳步上升（图 1）。

图 1

2004 至 2008 年提交报告的联合国会员国百分比(按区域分列)



9. 几乎在所有国家，民间团体都积极参与了监测和报告在《关于艾滋病毒/艾滋病的承诺宣言》核心指标方面所取得进展的工作。它们提供数据对国家报告作出补充、参加国家报告讲习班，并提交了非正式报告。在 75% 的国家，民间团体

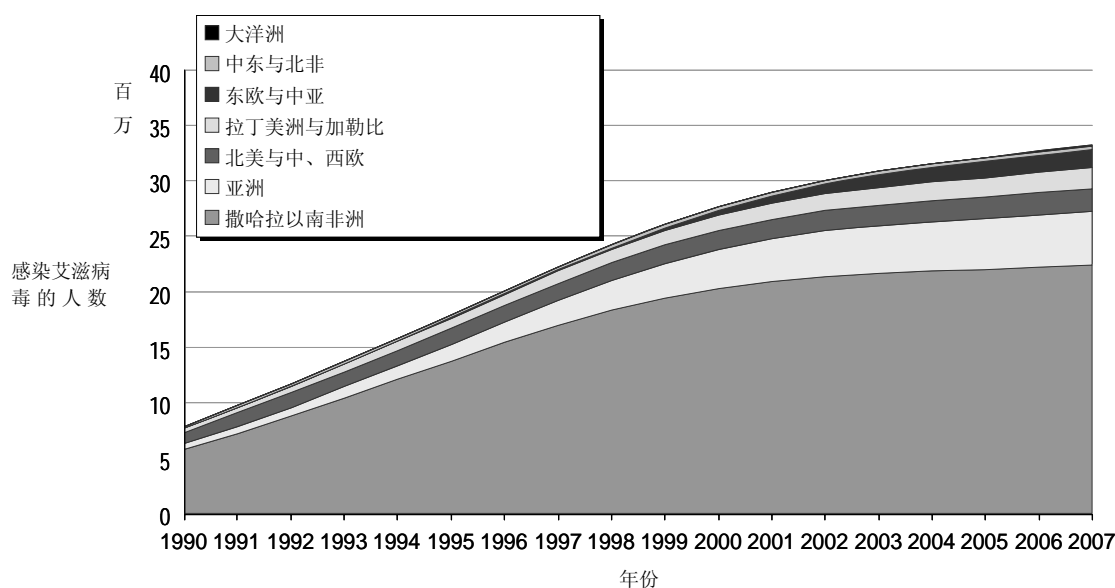
报告称，它们对国家应对工作的参与程度在 2005 年至 2007 年有所提高，但是它们也表明，这种参与在接近四分之一的国家中仍然不够充分。

### 三. 艾滋病疫情现状

10. 由于越来越多地开展国家住户调查、实施大范围监测方案和采用改进的建模方法，对艾滋病疫情严重程度和发展轨迹的评估得到了改善。虽然在现代依然没有任何其他传染性疾病的影响面和严重性可与艾滋病疫情相比，但最新的数据中包含了一些令人鼓舞的消息。截至 2007 年 12 月，全世界约有 3 320 万人<sup>1</sup> 感染了艾滋病毒（图 2）。最近十年间，艾滋病毒新感染者的年增长速度似乎有所下降，2007 年估计有 250 万人新感染艾滋病毒，比 1998 年的 320 万人有所减少。每年死于艾滋病的人数从 2001 年的 390 万人减少到 2007 年的 210 万人，其中的部分原因是在最近几年中大幅提高了艾滋病毒治疗的普及程度。从全球范围来说，女性占有成年艾滋病毒感染者的一半，但在撒哈拉以南非洲，女性占感染者的 61%。

图 2

1990 至 2007 年感染艾滋病毒的成年人与儿童估计人数(按区域分列)



11. 2007 年，撒哈拉以南非洲的成年艾滋病毒感染者占全体成年感染者的 68%，儿童艾滋病毒感染者占全世界受感染儿童的 90%，死于艾滋病的人数占艾滋病死亡总人数的 76%。尽管不同国家的疫情各不相同，但艾滋病依然是该区域内造成

<sup>1</sup> 介于 3 060 万至 3 610 万之间。

死亡的主要原因。包括哨点监测和全民血清阳性率调查的国家评估显示，15 至 49 岁之间的成年艾滋病毒感染者比例从塞内加尔的 0.7% 至斯威士兰的 25.9% 不等。在许多国家，特别是在撒哈拉以南非洲以外的国家，成年人感染率总体较低的情况掩盖了性工作者、注射毒品使用者和男男性行为者等高危人群的高感染率。亚洲感染艾滋病毒的人口百分比远低于撒哈拉以南非洲，但最近的一份报告表明艾滋病依然是 15 至 44 岁人口的主要病死原因。

12. 利用新方法对更加丰富的数据库进行分析可以看出，虽然就全球而言新增的感染病例已经下降，但在一些国家新感染的人数却有所上升。这些国家包括中国、印度尼西亚、俄罗斯联邦和乌克兰，而在欧洲联盟国家和北美，艾滋病毒感染人数似乎也在增加。在一些受影响最严重的国家，如莱索托、斯威士兰和南非，新增感染者人数尚未下降。另外，即使在感染情况已经稳定或下降的国家，这一疫情的方方面面仍然堪忧。特别是在撒哈拉以南非洲，艾滋病毒依然是一场人道主义危机，而且是对发展构成的最大威胁之一。

13. 需要得到治疗的病人数量依然超出现有资金、人力和后勤资源的能力，这可能威胁到艾滋病毒治疗方案将来的可行性。必须尽一切努力来大幅减少新增的艾滋病毒感染病例。

#### 四. 艾滋病毒疫情应对工作现状

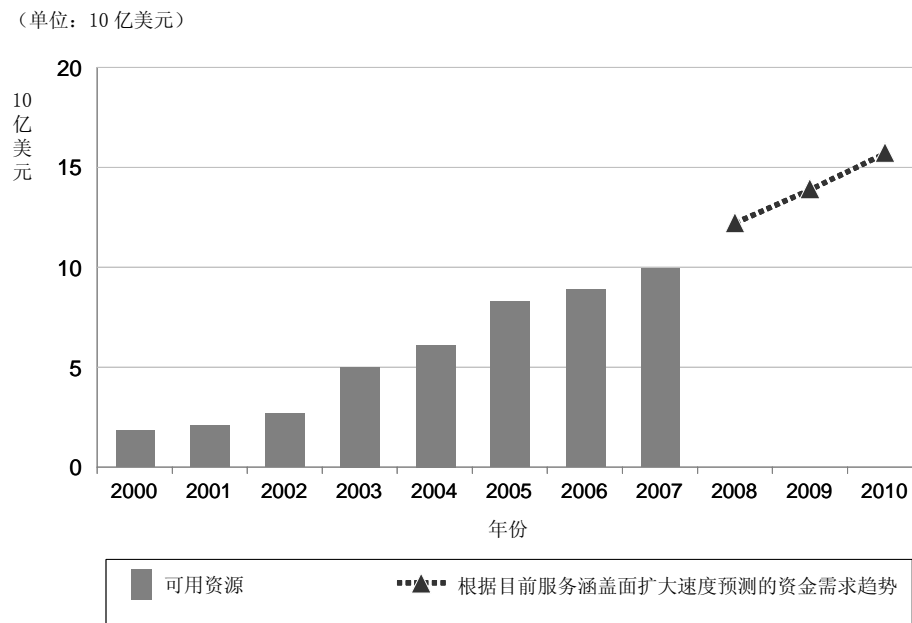
14. 在扩大为有需要的人士提供的艾滋病毒基本预防、治疗、护理和支助服务涵盖面方面取得了重大进展。支持多部门共同应对艾滋病毒的资金持续增加，许多国家为了作出循证知情的疫情应对措施，正在制定所需要的政策和方案。

15. 这一系列广泛的策略虽然是促进全面应对疫情的工作所需要的，但却鲜有国家大规模有效实施。一些关键性服务、如提供给艾滋孤儿的帮助的发展速度跟不上其他服务。另外，一些曾经报告对疫情初战告捷的国家，正难以延续先前的成就。例如，乌干达由于很早便作出了大力应对艾滋病毒的承诺，因此普遍发生了行为改变，且大大降低了新发艾滋病毒感染的比率。但是最近的调查显示，在这个国家，年轻人中间的危险行为有所增加，对艾滋病毒的了解程度有所下降。

16. 虽然迄今为止所调动的资源令人印象深刻，但是现有资源与实际需求之间的差距正在逐年加大。当前的趋势表明，如果向低收入和中等收入国家提供的资源没有显著增加，世界将无法实现艾滋病毒预防、治疗、护理和支持服务的普及。图 3 表示了仅为维持目前的服务涵盖面扩大速度预计所需要的最少资金。

图 3

艾滋病病毒预防、治疗、护理和支助工作 2000 至 2007 年的每年可用总资源及根据目前服务涵盖面扩大速度预测的 2008 至 2010 年资源需求趋势



### A. 国家准备情况

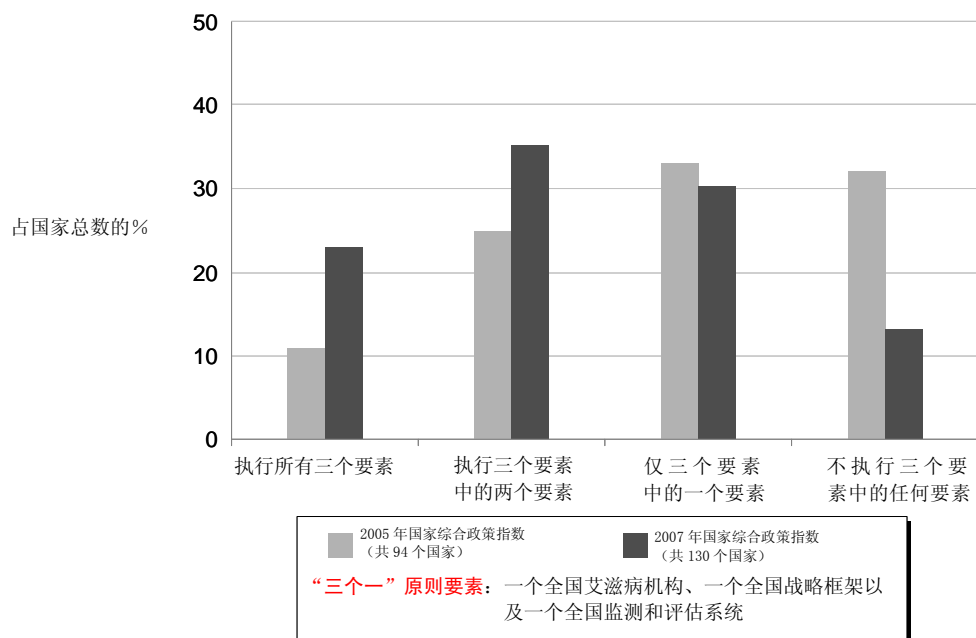
17. 为了规划和执行国家有效应对艾滋病毒的措施, 各国应采取相应行动。对这些行动作出了明确说明。各国应当制定多部门参与、计算好代价并确定好优先次序的策略和行动计划, 由国内疫情方面的确凿证据引导实施, 同时制定全面政策来促进应对艾滋病毒的有效行动。

18. 大多数国家都制定了这类促进国家有效应对措施框架。97% 的国家制定了多部门参与的艾滋病毒战略, 92% 的国家设有全国艾滋病毒协调机构, 92% 的国家已经制定或正在制定全国监测与评估计划, 所有的低收入和中等收入国家都已将艾滋病毒问题纳入国家发展规划。在 69% 的国家中, 全国艾滋病毒工作框架已发展成代价明确的运作计划, 且有确定的资金来源。

19. 为使国际发展援助与国家自主战略和规划之间更加协调和一致, 现正在各国推行“三个一”原则, 即一个全国艾滋病机构、一个全国战略框架以及一个全国监测和评估系统。各国在执行“三个一”原则方面已经取得了稳步进展(图 4), 但是在许多国家执行工作的质量有待提高。

图 4

在提高“三个一”原则(一个全国艾滋病机构、一个全国战略框架以及一个全国监测和评估系统)执行质量方面的进展



20. 根据各国政府的报告，83%的国家的艾滋病病毒协调机构中有来自民间社会的代表。民间团体的报告表明，其成员在84%的国家中参与了全国艾滋病病毒工作战略的审查，并在59%的国家中参与了全国规划和预算。然而，民间社会团体仅能在19%的国家中获得足够的资金支持。

21. 尽管各国对解决艾滋病病毒问题的准备情况有了改善，但许多国家的全国框架没有得到有效执行。例如，虽然几乎所有国家都制定了解决高危人群问题的国家战略框架，但只有不到一半的国家在所有或大多数有需要的地区开展了侧重于注射毒品使用者、男男性行为者或性工作者的艾滋病病毒预防服务。

## B. 艾滋病病毒的预防

22. 2001年《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的承诺宣言》将艾滋病病毒的预防确认为“应对工作的主体”。各会员国承诺执行全面的、循证知情的战略来减少新感染艾滋病病毒的人数，并支持有明确目标的方案，预防艾滋病病毒在受疫情影响最严重的脆弱人群中传播。2006年《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的政治宣言》承诺在全球、区域和国家三级采取行动，确保预防艾滋病病毒的救生措施得到普及。

23. 作为2001年《承诺宣言》的一部分，各会员国承诺，到2010年使年轻人感染艾滋病病毒的人数降低25%。为了评估在实现这一目标方面的进展，各国报告了

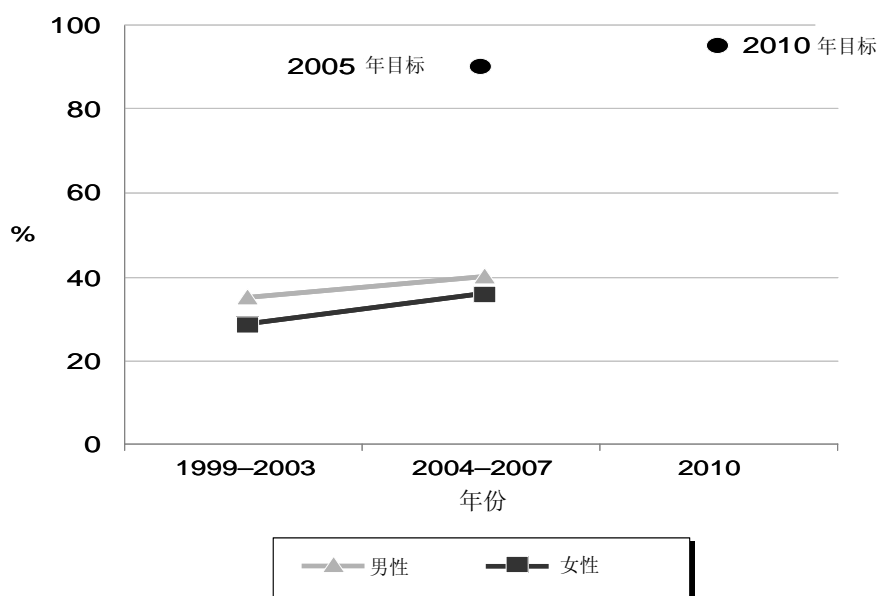
在产前检查中对年轻女性进行血清阳性率调查得到的数据。在有足够调查数据反映发展趋势的 12 个高流行国家，<sup>2</sup> 自 2000-2001 年度以来，年轻女性中的艾滋病毒流行率已经下降，某些地区降幅超过 25%，其他地区的降幅则比较小。但是，在莫桑比克、南非和赞比亚，没有发现年轻人中艾滋病毒流行率的下降趋势。

### 1. 提高年轻人的认识

24. 各会员国承诺，确保到 2010 年，15 至 24 岁的年轻人中 95% 的人对艾滋病毒有准确和充分的认识。2007 年，国家调查发现，40% 的年轻男性和 36% 的年轻女性对艾滋病毒有准确认识，这是以 5 个艾滋病毒相关问题为基础进行调查衡量出的结果（图 5）。尽管这些数据表明本十年的前几年出现了认识水平提高的趋势，但是这些比例仍然远低于 2001 年《承诺宣言》中预期的水平。在撒哈拉以南非洲和全球的情况一样，年轻女性对艾滋病毒基本知识的了解水平低于男性。大多数年轻人知道避孕套可预防性传播，80% 的年轻男女了解与血清状况相同的人保持一夫一妻关系是一种有效的预防策略。

图 5

1995-2005 年期间年龄为 15 至 24 岁的年轻人对艾滋病毒的全面认识情况



25. 在有广泛疫情的国家中，不到 70% 的国家在大部分或所有地区实施了校内艾滋病毒教育，61% 的国家制定了校外年轻人艾滋病毒预防方案。在制定了方案的国家中，对方案的质量往往未作评估。

<sup>2</sup> 包括巴哈马、博茨瓦纳、布基纳法索、布隆迪、科特迪瓦、肯尼亚、马拉维、纳米比亚、卢旺达、斯威士兰、坦桑尼亚联合共和国和津巴布韦。

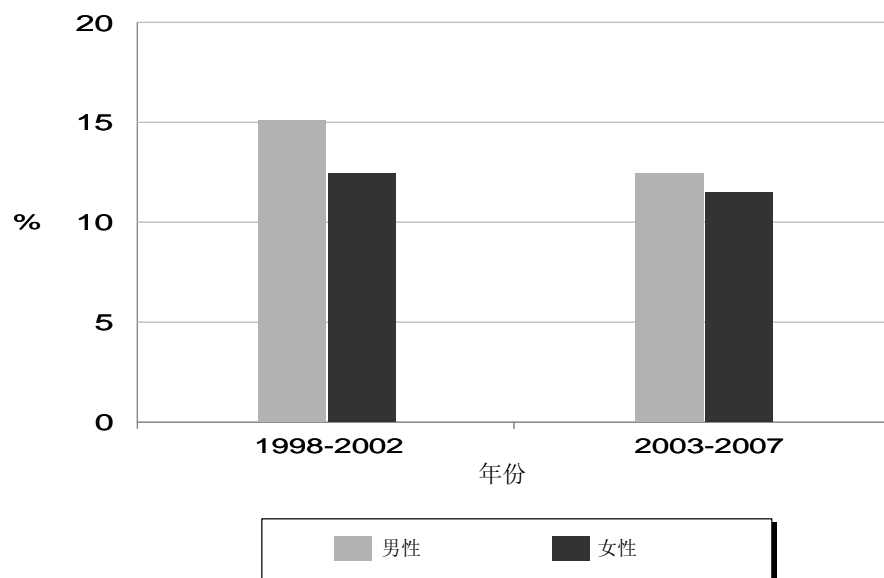
## 2. 减少艾滋病毒的性传播

26. 最近几年，来自肯尼亚和津巴布韦等选定国家的数据表明，在性行为方面可以发生重大的全民改变，而且这些行为改变有可能遏制全国疫情。

27. 在低收入和中等收入国家，各区域 15 岁以前发生过性行为的年轻人比例正在下降，延续了本十年中早几年出现的趋势（图 6）。从 1998 年到 2007 年，全球报告 15 岁以前有过性交行为的年轻人比例从 14% 下降到 12%。从全世界来讲，男孩报告 15 岁以前发生性行为的可能性远高于女孩，但撒哈拉以南非洲例外，因为那里不到 15 岁的青春期女孩性行为活跃的可能性比男孩几乎高出 50%。虽然推迟初次性行为的全球趋势较为明显，但调查表明各国之间的情况大相径庭，在一些国家甚至出现了初次性行为提前的趋势。从全球来说，15 至 49 岁的成年男性中 15% 的人报告了过去 12 个月里与不止一位伴侣发生了性行为，而女性中只有 6% 的人报告这一情况。

图 6

### 15 岁以前发生首次性行为的年轻男女比例

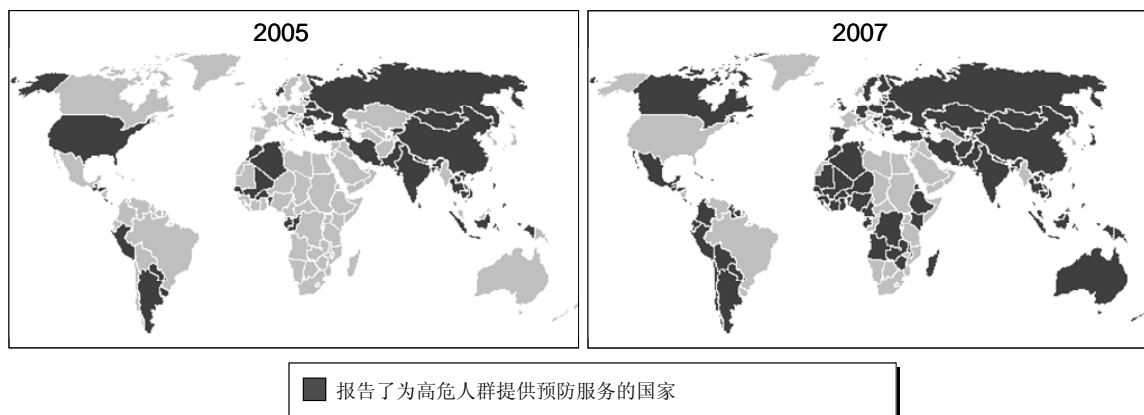


## 3. 高危人群的艾滋病毒预防

28. 全世界不同的国家中，某些人群感染艾滋病毒的风险特别高，他们包括注射毒品使用者、男男性行为者和性工作者。

图 7

## 2005 和 2007 年报告了为高危人群提供预防服务的国家



29. 如图 7 所示，越来越多的国家报告高危人群对艾滋病毒相关服务的需求，这一点可能反映了各国越来越清楚地认识到高危人群在国家应对工作中的重要性。但是，大多数国家还有待执行针对这些高危人群的集中预防方案。例如，疫情较轻或集中的国家中仅有 34% 的国家执行了有关方案来降低注射毒品使用者的危险。在 17 个提交了报告的国家中，46% 的注射毒品使用者报告称，他们知道去哪里接受艾滋病毒检测和领取避孕套及无菌注射器具。按区域来说，南亚和东南亚对注射毒品使用者的预防普及率最高，达到 62%。因此，尽管像印度尼西亚这样的国家正在为注射毒品使用者制定全面减轻伤害的方案，但是在其他国家，包括在东欧和中亚的许多国家，减轻伤害工作的关键要素依然没有得到充分普及。

30. 疫情较轻或集中的国家中 39% 的国家在所有或大多数有需要的地区，执行了针对男男性行为者的降低艾滋病毒风险方案。在 28 个国家，接受调查的男男性行为者中 40% 的人称，他们知道如何获得避孕套或去哪里进行艾滋病毒检测。在几个国家——包括亚美尼亚、希腊、墨西哥、巴布亚新几内亚和土耳其——只有不到 25% 的男男性行为者能够获得避孕套。为了加强针对男男性行为者的预防工作，迫切需要国家作出更多承诺。巴西最近便表现出了这样的承诺，它于 2008 年启动了一项全国媒体举措，在年轻的男男性行为者中推动降低风险的措施。

31. 一般而言，性工作者获得艾滋病毒预防服务的可能性大于男男性行为者。有广泛疫情的国家中，61% 的国家称，它们在所有或大多数地区提供了针对性工作者的预防服务。从全球来说，世界范围内 60% 的性工作者报告说他们能够获得艾滋病毒检测服务和避孕套，但是在几个国家，有需要的人士中只有不到一半的人能获得避孕套。

#### 4. 预防母婴传播

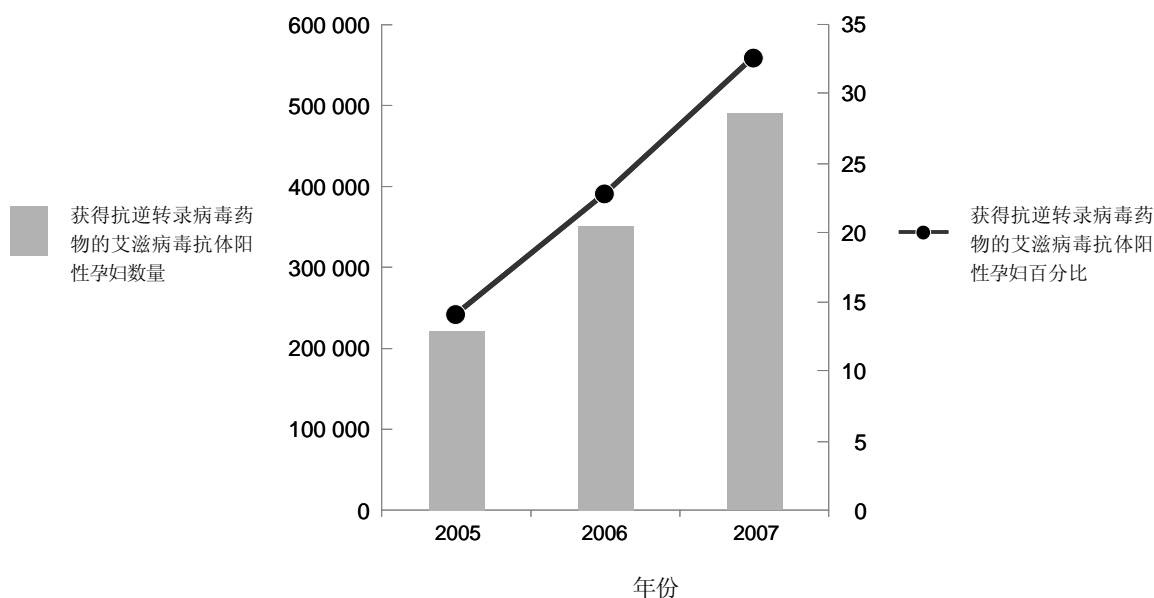
32. 尽管 20 世纪 90 年代就已证明预防艾滋病病毒母婴传播的方案成本低、收效大，但是在 2007 年，新感染艾滋病病毒的儿童仍然占了所有新感染者的六分之一。新的感染病例绝大部分出现在怀孕或分娩其间，或由哺乳导致。围产期感染的儿童大部分死于两岁前。

33. 高收入国家通过执行全面预防措施，已经基本消除了母婴间传播艾滋病病毒的危险。这些全面预防措施包括：采取防止艾滋病病毒感染的初级预防措施；减少艾滋病病毒抗体阳性妇女的意外怀孕情况；产前由医务人员主动提供艾滋病病毒检测与咨询；及时提供抗逆转录病毒预防疗法；以及进行安全的婴儿喂养。在 2001 年《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的承诺宣言》中，各国承诺确保向 80% 接受产前护理的孕妇提供艾滋病病毒预防服务。根据修订后的流行病学估计，母婴传播预防措施的全球普及率从 2005 年的 14% 提高到了 2007 年的 34%（图 8）。

34. 但是，全球平均数也有一些例外情况值得一提，如巴哈马、博茨瓦纳和泰国。2007 年，这几个国家的普及率达到了 80%，表明在国家一级确实有可能实现全面普及。在博茨瓦纳，由于国家政府将预防母婴传播作为一项国家首要工作来抓，2007 年，该国将感染艾滋病病毒母亲所产下婴儿的感染率降低到了 4%，表明了这些方案在资源有限的情况下是可行的、有效的。

图 8

2005-2007 年获得抗逆转录病毒药物的艾滋病病毒抗体阳性孕妇的数量和比例



35. 这一进展表明，即使在资源有限的情况下，仍然有可能基本消除艾滋病毒的母婴传播。在最近所取得成功的基础上，各国政府、捐助者和其他利益攸关方应当加倍努力，推广服务，预防母婴传播，同时作出特别努力将这种服务不仅推广到城市地区，也推广到乡村地区。

## 5. 预防艾滋病毒传播的新技术研究

36. 成年男性包皮环切术临床试验<sup>3</sup>的结果，验证了观察研究的发现，即包皮环切术将女性对男性的性传播风险降低了60%左右。自从这些结果公布以来，许多国家现正引入或加强包皮环切方案。目前正在进行研究，以确定成年男性包皮环切术是否会给女性伴侣和男男性行为者带来直接的预防功效。

37. 对艾滋病毒的其他可能预防措施进行试验，得到了更让人清醒的发现。对最有前途的艾滋病毒备选疫苗进行的研究于2007年9月中止，原因是该疫苗没有功效。对早期杀微生物剂进行的研究，同样未能发现预防功效。对于女性子宫帽是否可能预防艾滋病毒感染，以及在社区使用无环鸟苷治疗二类单纯性疱疹病毒是否具有这种可能性，也都报道了令人失望的结果。这些试验尽管只得到了无功效的发现，但对于指导将来的研究方向还是有用的。例如，对于杀微生物剂，已经在开展工作研究下一代备选药物，包括局部涂抹用的含抗逆转录病毒药物的凝胶。研究工作还在针对其他试验性方法继续进行，如感染前的抗逆转录病毒预防治疗。在生物医学预防方面取得新的重大突破可能遥遥无期，这进一步突出了充分利用现有有效预防策略的重要性。

## C. 艾滋病毒治疗与护理

38. 到2007年底，低收入和中等收入国家大约300万人在接受抗逆转录病毒治疗，比2006年12月增长了42%，在过去五年中提高了10倍。从全球来讲，在按估计2007年需要抗逆转录病毒药物的人中，接近30%的人获得了这些药物(图9)。

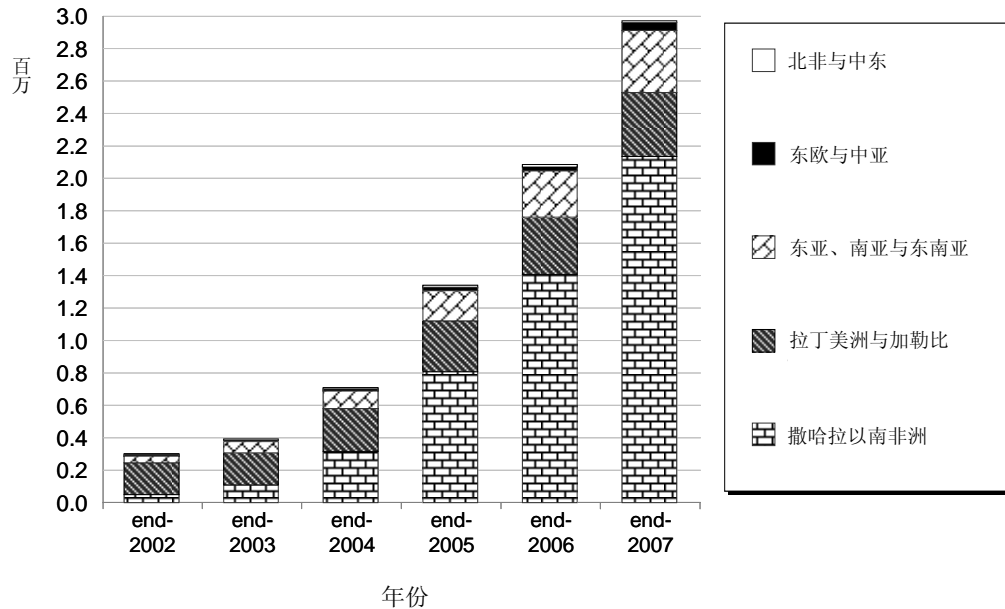
39. 在许多国家，治疗的普及率得到了极大提高。例如，在纳米比亚，2003年的治疗普及率微不足道，但到2007年，88%的有需要人士都在服用抗逆转录病毒药物。在卢旺达，抗逆转录病毒药物的普及率从2003年的1%提高到2007年的近60%。在泰国和越南，2003至2007年的治疗普及率提高了10倍以上。

40. 从全球范围讲，抗逆转录病毒药物的普及率似乎呈两性均等状况。但是，在一些有广泛疫情的国家，女性中的普及率远远高于男性。相反，在几个疫情集中的国家，有需要的女性获得抗逆转录病毒药物的可能性却比男性低得多。

<sup>3</sup> 临床试验在南非、肯尼亚和乌干达进行。

图 9

## 2002-2007 年低收入和中等收入国家获得抗逆转录病毒药物的人数



41. 尽管在推广维持生命的艾滋病治疗方案方面取得了重要成就，但是要全面普及艾滋病的治疗和护理，还必须取得更加重大的进展。如果沿着目前的轨迹继续推广治疗工作，到 2010 年将有 460 万有需要的人士服用抗逆转录病毒药物，到 2015 年将发展到 800 万人。这些数字满足不了预计的需求。2007 年，估计有 980 万艾滋病感染者从医学角度讲应服用抗逆转录病毒药物，随着目前 3 300 多万艾滋病感染者的疾病发展，这一数字肯定还会增加。

42. 过去十年间，许多一线抗逆转录病毒药物的价格急剧下降，其原因有：积极活动人士、艾滋病规划署和其他合作伙伴的倡导、来自非专利药生产厂家的竞争，以及制药公司的大幅减价。<sup>4</sup> 国际知识产权协定也促进了维持生命的药物进一步向艾滋病感染者普及。但是，为了确保治疗方案的可持续性，将需要进一步降低抗逆转录病毒药物的价格，特别是降低更新的抗逆转录病毒药物和二、三线治疗用药的价格，因为目前这类药物大都比标准的一线疗法用药更昂贵。抗逆转录病毒药物的价格并非一成不变，这一点在 2007 年 5 月得到了证明，当时克林顿基金会和国际药品采购便利机制宣布，大幅降低 16 种基于八种二线抗逆转录病毒药物的不同疗法的价格。

<sup>4</sup> 例如，中等收入国家洛吡那韦/利托那韦合剂的年平均价格从 2004 年的 4 510 美元降低到 2007 年的 1 137 美元；同一时期，替诺福韦的价格从 279 美元降低到 225 美元。

43. 虽然自从治疗工作开始推广以来，艾滋病毒感染者的预期寿命得到了明显延长，但是，低收入国家服用抗逆转录病毒药物的人，依然比高收入国家病友的死亡率更高。据认为，造成这些不同医学结果的原因是，低收入国家更加流行其他未诊断疾病，而且保健工作的普及程度不同。另外，由于抗逆转录病毒服务得到推广，抗逆转录病毒方案中越来越普遍地出现早期失访现象。这种现象也与一些方案收取服务费有关，同时也与感染者开始接受抗逆转录病毒治疗时已出现更严重的免疫抑制有关。

### 1. 感染艾滋病毒儿童的特殊困境

44. 在撒哈拉以南非洲，感染艾滋病毒的儿童接受抗逆转录病毒治疗的可能性远远低于艾滋病毒抗体阳性的成人。在西非，成人与儿童之间的普及率差异尤其明显。

45. 对婴儿的艾滋病毒感染情况进行诊断比对成人作出诊断更难，而且用作标准治疗方案的成人药物不适用于年幼儿童。幸运的是，对婴儿艾滋病毒感染情况进行可靠的诊断检测已变得更便宜，目前正在边远地区使用。已经开发了使用方便的工具，可以帮助临床医生给儿童服用适当剂量的抗逆转录病毒药物，而且专为儿童设计的药物配方也即将问世。现在需要采取协调一致的行动，在全世界推广这些工具和药物，确保儿童同等地获得艾滋病毒治疗。

### 2. 艾滋病毒合并感染与双重治疗的必要性

46. 在艾滋病毒感染者中，肺结核依然是主要的死因之一。光是撒哈拉以南非洲就占了艾滋病毒与肺结核合并感染病例的 85%。但是，2007 年，全球而言，艾滋病毒与肺结核合并感染者中仅有 31% 的人同时得到了抗逆转录病毒和抗肺结核治疗，在撒哈拉以南非洲，这一比例是 34%。

47. 在艾滋病毒感染者罹患肺结核的病例占估计总病例数的 97% 的 63 个国家中，63% 的国家制定了全国计划，将艾滋病毒与肺结核方案纳入其中。但是，使用这些方案的实际数据表明，此类规划很多都没有得到有效执行。虽然《2006-2015 年遏制肺结核全球计划》确立了 2006 年为 160 万肺结核患者检测艾滋病毒的全球目标，但当年仅有 70.6 万人实际接受了艾滋病毒检测。同样，有普遍艾滋病毒疫情的国家中 42% 的国家执行了针对艾滋病毒感染者的肺结核常规筛检，但只有 27% 的国家在所有地区为艾滋病毒感染者提供了预防肺结核的治疗。2006 年，不到 0.1% 的艾滋病毒感染者得到了预防肺结核的治疗。

48. 在感染艾滋病毒的成人和儿童中，乙型肝炎（乙型肝炎病毒）和丙型肝炎（丙型肝炎病毒）也常常造成合并感染。尽管对合并感染艾滋病毒与丙型肝炎病毒的人进行双重治疗可以延长他们的预期寿命，但他们的预期寿命比单纯感染艾滋病毒的人要短。

### 3. 必须加强保健系统

49. 保健专业人员严重短缺，使受艾滋病毒严重影响的许多国家无法扩大艾滋病毒的治疗和预防服务的涵盖面。目前挪威每 100 000 人就有 347 名医生，而马拉维或坦桑尼亚联合共和国每 100 000 人仅有两名医生。近年来，由于低收入和中等收入国家人力资源方面的挑战，已经采取了相当多的行动和创新措施，具体表现是开展了新的培训和教育行动，采用创造性办法进行能力建设和技术援助，将医生的一些工作转交给护士或保健方面的医务人员，以尽可能扩大有限的专业能力的成效。在许多国家里，宗教信仰组织在艾滋病毒的治疗医护中占了很大份额，应使这些组织参与全国性努力，使更多的人接受抗逆转录病毒治疗。随着加快努力建立保健方面的进一步人力，需要开展相同的工作，加强国家对药品管制以及药品和诊断设备的购置和供应管理。在努力加强保健系统的同时，各国和各捐助者还应努力开展社区团体的能力建设，以协助使易受伤害的群体方便获得必要的保健和支助服务。

### D. 决定风险与易感染程度的结构因素

50. 虽然艾滋病毒的每例性传播或与毒品有关的传播都是个人行为造成的，但感染艾滋病毒的风险和易感染程度往往取决于个人控制范围之外的广泛社会力量。贫穷、两性不平等以及高危群体所遭受的社会边缘化，使个人难以降低风险，或者取得必要的艾滋病毒预防、治疗、护理和支助服务。除了让个人能取得必要的信息和预防用品外，在努力控制艾滋病毒的传播时，必须力求解决造成艾滋病毒传播风险加大的此类结构因素。

#### 1. 保护和促进妇女和女童的健康

51. 两性不平等助长了艾滋病毒的持续蔓延，致使妇女更加无力保护自己免受性传播，使她们更易遭受性暴力，并使她们处于感染艾滋病毒的风险加大的境地。在非洲染有艾滋病毒的成人中，妇女现占 61%，而青少年期的非洲女孩的感染程度远远高于同龄男孩。

52. 从全球范围来讲，80% 多的国家，包括撒南非洲 85% 的国家，都制定了确保妇女平等享有得到艾滋病毒预防、治疗、护理和支助服务机会的政策。就抗逆转录病毒治疗而言，各国一般均已确保妇女享有机会。对妇女敏感的战略在多大程度上得到执行尚不得而知，因为虽然大多数国家都订有解决此病对妇女造成的负担的战略框架，但仅有 53% 的国家为注重妇女的方案提供了预算支助。

53. 此外，规定妇女享有获得服务的平等机会的政策有时因缺乏承认妇女拥有或继承财产权利的法律而受到损害。此类歧视性法律框架虽然对因艾滋病毒而守寡的妇女具有特别重要意义，但它也使所有妇女和女童的力量降低，使她们在财务上更依附于男子。

## 2. 将艾滋病毒的应对措施建立在人权基础之上

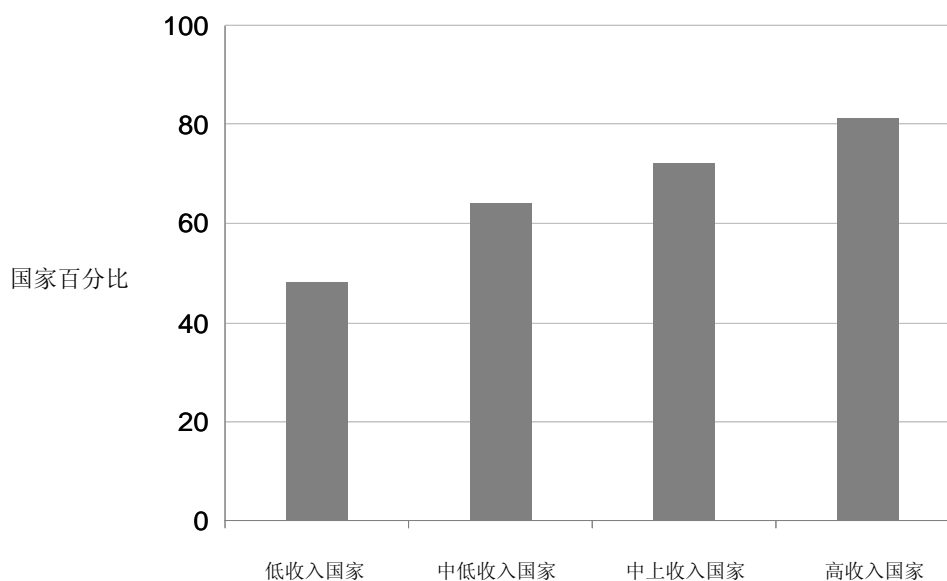
54. 在 2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》中，会员国承诺将国家艾滋病毒应对措施建立在更广泛的人权框架内。这项承诺涉及的不仅仅是公平问题。由于许多社会的结构因素对艾滋病毒的风险和易感染性起了推波助澜的作用，只有在改变个人的风险行为与社会更广泛的变革相配合时，预防艾滋病工作才能取得理想成效。

55. 2001 年，各会员国一致同意实施消除对艾滋病毒感染者的各种形式歧视的法律和政策框架。2007 年，有三分之二的国家报告说，它们制定了保护艾滋病毒感染者免遭歧视的法律。尚不清楚此类反歧视法律在多大程度上得到了执行，但在一些国家中，由于存在将传播艾滋病毒定罪的越来越强的倾向，此类有利的法律框架的成效为此大打折扣。

56. 2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病的承诺宣言》进一步确认，针对最易受艾滋病毒之害的人的污名化和歧视也损害了艾滋病毒应对工作。有 73% 的国家报告说，它们制定了规定保护易受害民众的非歧视法律或规章。不过，仍然存在巨大障碍，使人们更难以获得预防艾滋病毒的服务：63% 的国家报告说，它们订有干扰易受感染民众获得与艾滋病毒有关服务的政策。如图 10 所示，收入较高的国家更有可能树立法律或规章方面的障碍，致使关键的民众更难以获得防治艾滋病毒方面的服务。

图 10

报告订有妨碍易受感染民众获得防治艾滋病毒服务的法律、规章或政策的国家百分比（按收入状况分列）



## E. 满足孤儿和因艾滋病而处于脆弱境地的其他儿童的需求

57. 在撒南非洲，约有 1 200 万 18 岁以下的儿童被艾滋病夺取了单亲或双亲。调查显示，在南部非洲受害最重的一些国家，新染艾滋病毒的家庭数量急剧增加。

58. 2001 年《承诺宣言》规定，各国将实施国家战略，增强政府、家庭和社区支持因艾滋病毒而成为孤儿或处于脆弱境地的儿童的能力。各会员国还承诺保护这些孤儿和其他儿童免遭污名化或歧视，捐助者商定优先进行注重儿童的方案规划。

59. 这一疾病广泛流行的 33 个国家报告说，它们制定了国家战略，以满足因艾滋病毒而成为孤儿或处于脆弱境地的儿童的需求。但是，这些政策中有许多都基本没有得到执行。在最近进行了住户调查、成人艾滋病毒流行率在 5% 以上的 11 个高流行率国家中，15% 的孤儿所生活的家庭接受某种形式的援助，援助包括医疗、学校补助、财务补贴或心理社会服务。相较于 2005 年高流行率国家报告的 10% 的比率，这一增长不大。

60. 教育对儿童今后的潜力和自尊感至关重要，对于知识的传播和价值在社会中隔代的传播也至关重要。在有最近的住户调查数据的负担重的 15 个国家中，<sup>5</sup> 与非孤儿相比，孤儿上学的可能性平均降低了 3%，表明在这一流行病肆虐的初期孤儿与非孤儿在就学上的差距正在日益缩小。

## F. 人道主义紧急情况 and 冲突后情势

61. 2001 年《承诺宣言》指出，各国政府和人道主义行动者应当处理冲突后情势中的艾滋病毒问题。虽然在此类情势中执行艾滋病毒方案的努力遇到了挑战，但在改进为流离失所人口提供的此类服务方面已经取得了重大进展。不过，还需要进一步作出巨大努力，因为如果不逐步扩大方案以纳入难民和流离失所人口，就不可能实现普及艾滋病毒预防、治疗、护理和支助服务的目标。

## G. 调集充足的财政资源

62. 2001 年，会员国承诺在 2005 年调集 70 亿到 100 亿美元，用于在低收入和中等收入国家开展艾滋病防治工作。这一指标已于 2007 年达到。

63. 有许多方面提供捐助，使低收入和中等收入国家开展艾滋病毒防治方案的供资有所增长。为直接响应 2001 年《承诺宣言》而设立的全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金在 2008 年 3 月底之前已为 136 个国家的保健方案承付多年供资 101

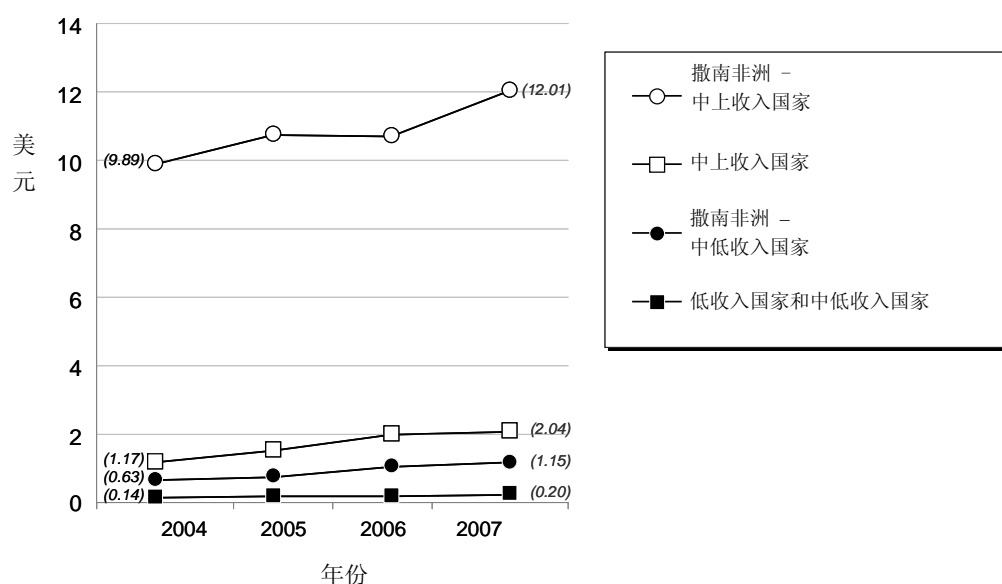
<sup>5</sup> 包括博茨瓦纳、喀麦隆、中非共和国、科特迪瓦、加蓬、肯尼亚、莱索托、马拉维、纳米比亚、南非、斯威士兰、乌干达、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚和津巴布韦。

亿美元，这些资金大多专门用于防治艾滋病毒行动。美利坚合众国总统艾滋病紧急救援计划在过去五年里已为艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助服务提供了 150 多亿美元的财政援助，而且预期今后此类援助还会进一步增长。2006 年，全球基金在行动区的支付款项达 6.40 亿美元，美国总统艾滋病紧急救援计划在行动区的支付款项达 21 亿美元。在 2004 年到 2006 年期间，为低收入和中等收入国家应对艾滋病毒活动提供的慈善支助几乎翻了一番，达到 9.79 亿美元。

64. 特别值得注意的是，受艾滋病毒影响最重的国家最近增加了开支。在 2005 年至 2007 年期间，低收入国家和中低收入国家的人均国内艾滋病毒支出翻了一番（图 11）。低收入国家和中低收入国家的人均开支继续增长。撒南非洲五个中上收入国家报告的人均开支最高，这些国家 2007 年的人均支出预计将达约 12 美元。

图 11

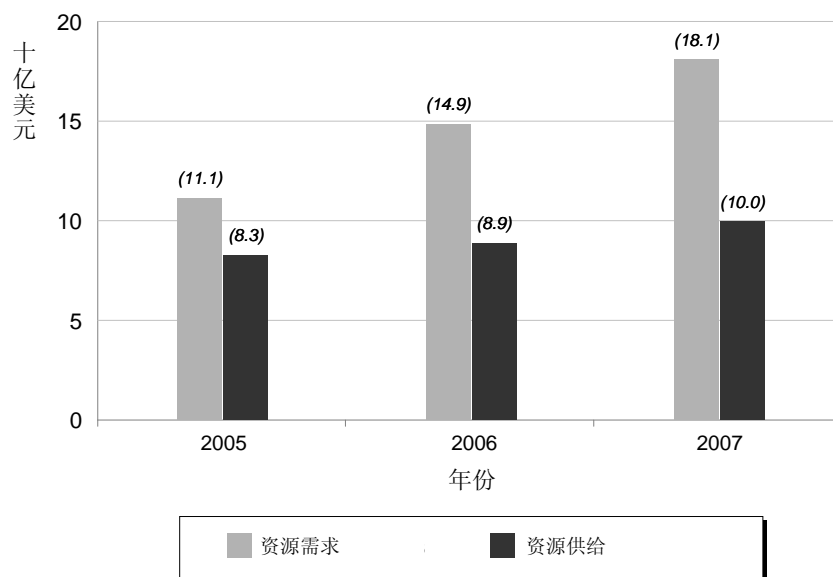
### 2004-2007 年低收入和中等收入国家国内公共来源的人均艾滋病毒开支



65. 经过一段时间，在进一步分析之后，2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病的承诺宣言》低估了在低收入和中等收入国家开展循证知情的全面预防行动所需的财政资源，这一点已经变得很明显。如图 12 所示，尽管提供给低收入和中等收入国家的年度资源有所增加，目前的扩展速度将无法达到在 2010 年之前实现普及艾滋病毒预防、治疗、护理和支助服务所需的资源估计数。

图 12  
2005 年-2007 年的资源需求与资源供给之间的资金缺口

(单位: 10 亿美元)



## 五. 努力实现艾滋病毒预防、治疗、护理和支助服务的普及：行动建议

66. 全世界现在距离普及目标尚有 20 年时间，时值实现千年发展目标的中途，必须在所取得成绩的基础上，继续加快步伐，争取实现艾滋病毒预防、治疗、护理和支助服务的普及。如果不加快扩展速度，全世界就不可能在 2010 年之前实现此类普及。不过，不同的国家或许可以实现普及的特定次级目标；例如，巴哈马、博茨瓦纳和泰国等国在预防母婴传播方面的涵盖率（或普及率）已达 80%。同样具有挑战的是，千年发展目标中关于在 2015 年之前开始在本国扭转这一流行病蔓延的具体目标，该目标以艾滋病毒呈阳性的年轻人的比例减少为衡量标准。要成功解决这些重大挑战，就需要迫切重视执行下列建议。

### 领导作用

67. 必须有强有力的、持续的政治承诺和领导，并且使其社会所有相关部门、民间和艾滋病毒感染者，在最近所取得成绩的基础上，迅速采取行动，争取实现艾滋病毒预防、治疗、护理和支助服务的普及。真正的领导作用体现在行动中，而不是言词中。在许多国家，国家战略框架与其实际执行之间存在着差距。在存在差距时，应处理和减少差距。同样，高收入国家政府必须确保艾滋病毒预防、治

疗、护理和支助服务的普及，而且也必须大幅增加提供给低收入和中等收入国家的财政援助，以便使这些国家达到普及的目标。实现和维持艾滋病毒预防、治疗、护理和支助服务的普及，是确保保持各国最近取得的成绩并将之推广到其他国家的最佳手段。

#### 确保艾滋病毒应对工作的可持续性

68. 迄今为止，艾滋病毒的应对工作基本是作为一种紧急工作加以管理和对待的。需要有持续的长期艾滋病毒预防手段才能战胜这一流行病。必须将预防措施的可可持续性置于与艾滋病毒有关的规划和执行工作的中心地位。为此目的，筹资机制必须强有力、在长期内经久不衰，而且必须在薄弱时得到加强，或者在没有时予以建立；必须在低收入和中等收入国家调动前所未有的人力资源；在必要时，必须建立和维护至关重要的新制度来支持可持续的应对措施。受影响国家的国家领导人、捐助国政府领导人、研究人员、非政府组织和参与应对艾滋病毒的其他利益攸关者必须进行长期规划。

#### 在艾滋病毒高度流行的国家必须扩大全面的艾滋病毒预防措施

69. 在艾滋病毒成人染病率达 15% 以上的国家，只有在社会各阶层进行全面的动员，才能成功解决艾滋病毒构成的各种问题。但是，在许多此类国家，年轻人对艾滋病毒知之甚少，基本的艾滋病毒预防服务普及面极为低下，很少有工作场所开展基本的艾滋病毒预防活动。必须大规模地利用适合本国国情的一切可用手段，包括：就一方或双方与多人发生性关系的伴侣关系所涉及的风险对全体人口开展宣传教育；大力推动关于艾滋病毒血清状况的普及知识；进行成人男子包皮环切手术；开展以年轻人和高危人口为重点的预防方案；工作场所的预防活动；以及为预防母婴传播而开展的全面服务。随着治疗涵盖范围的扩大，治疗应当与艾滋病毒预防工作密切联系起来。

#### 在聚集流行区采取有效的艾滋病毒应对措施

70. 即使在艾滋病毒感染率较低的聚集流行国家，艾滋病毒也在给主要的分人口造成了极为沉重的代价，他们包括注射毒品使用者、男男性行为者和性工作者。在聚集流行的一些国家，在高危人口与普通大众之间存在着潜在的传染“桥梁”，构成了若没有有效的预防措施，这一流行病就可能成为广泛流行疾病的风险。逐步扩大以高危人口为对象的针对性强的艾滋病毒预防战略，是公共卫生的一项迫切需要。对这一群体而言，艾滋病毒预防的普及尤其低下，这不是因为任务复杂，而主要是因为缺乏政治意愿。国家领导人必须作出努力，颁布保护和促进易感染艾滋病毒的高危人口人权的法律和政策；执行改善服务的获取的政策；取消妨碍获得艾滋病毒预防、治疗、护理和支助服务的法律、政策和条件；并且优先重视针对高危人口的预防方案。委员会关于亚洲艾滋病状况的最新报告为在程度较低

和聚集流行的情况下对艾滋病毒采取强有力、可持续的应对措施提出了一个出色的路线图。

在加强艾滋病毒/结核病合并感染应对措施的同时，保持艾滋病毒治疗普及面的加快扩大

71. 虽然治疗普及面的提高是一项重大成就，但从目前普及面扩大速度来看，将不会实现治疗的普及，使数以百万计的艾滋病毒感染者得不到维持生命所需的治疗。各国政府、捐助者和其他利益攸关者应努力加快治疗普及面的扩大速度。这将要求继续增加财政援助，用于治疗普及面的扩大；也要求建立和加强强有力的国家采购、供应管理、药品管制、质量保证和培训保健工作者的制度。尽管结核病大都是能够治疗和治愈的，但结核病仍然是艾滋病毒感染者最常见的病因和死因之一。在继续和加大努力，以实现抗逆转录病毒疗法的普及的同时，各国应当立即采取举措，改进结核病的预防、诊断和治疗，减轻结核病对艾滋病毒感染者造成的负担。

解决两性不平等对加重艾滋病毒疫情的影响

72. 由于艾滋病毒最通常是经过性交传播的，男女之间的不平等关系以及性别陈规定型观念助长了艾滋病毒的蔓延。因此，各国政府必须进行大规模的政治和社会动员，在本国的艾滋病毒应对措施中解决两性不平等和性行为规范问题。有关方案必须以承诺保护女童和妇女的人权为基础，必须增强女童和妇女的力量以保护自己免受感染，并且必须切实地让男子作为伙伴参与这一努力。国家应对措施还应确保妇女能利用全部的性保健和生殖保健服务，采取行动对付基于性别的暴力，保护妇女的财产权和继承权，解决妇女所经受的不成比例的护理负担。各国政府应确保将性别纳入国家行动计划，划定经费，并使妇女充分参与国家应对行动。

## 附件

### 联合国在加强和支持艾滋病毒应对措施方面的作用

联合国艾滋病联合规划署（艾滋病规划署）以一个单一的半年预算和工作计划将共同赞助组织和联合国秘书处与艾滋病毒有关的活动统一起来，这些组织和联合国秘书处根据艾滋病规划署的技术支助分工开展与艾滋病毒有关的工作。2007 年开展的活动包括：

- 联合国难民事务高级专员办事处（难民专员办事处）与联合国伙伴、政府和非政府组织密切合作，向 70 多个国家提供技术和财政支持。难民专员办事处就人道主义和冲突后情势中的艾滋病毒问题颁布了正式的指导意见，领导对 10 个国家此类情势中的艾滋病毒方案进行了机构间评估，并且推动大大增加抗逆转录病毒疗法在难民和流离失所人口中的使用。
- 联合国儿童基金会（儿童基金会）支持各国加强对艾滋病毒母婴传播的预防；儿科中对艾滋病毒的诊断和治疗；受艾滋病影响的儿童的保护、护理和支助；在 100 多个国家中预防艾滋病毒在青少年中的传播。
- 联合国开发计划署（开发署）支持 90 多个国家处理艾滋病毒与发展之间的联系。开发署及其伙伴援助各国加强在减贫战略文件和国家发展计划中艾滋病毒所占据的优先地位，并且帮助各国努力在知识产权协议方面具有灵活性，以便使人们能有更多机会获得必要药品。开发署与联合国妇女发展基金（妇发基金）和艾滋病规划署秘书处一道，召集了一次关于两性平等与艾滋病的全球谘商会议，以便为国家艾滋病应对措施拟定有关两性平等的指导意见。
- 联合国教育、科学及文化组织（教科文组织）领导关于艾滋病毒和艾滋病的全球倡议，2007 年该倡议涵盖了 60 个国家的活动，包括在 39 个国家确定了国家优先行动。教科文组织为全世界教育部门与艾滋病毒有关的活动提供了广泛的技术支助，包括在 2007 年举办了七次次区域能力建设讲习班。
- 联合国人口基金（人口基金）支持 154 个国家扩大取得性保健和生殖保健服务和用品的机会，包括加强全面的避孕套方案。已经分发的女用避孕套数目从 2005 年的 1 390 万只，增加到 2007 年的 2 590 万只，而且人口基金与难民专员办事处一道，给 23 个国家的难民送去了 2 800 万只男用避孕套，30 万只女用避孕套。

- 联合国毒品和犯罪问题办事处（禁毒办）就注射毒品使用者和囚犯中的艾滋病毒的预防和护理问题向至少 30 个国家提供了技术或财务支助。这包括拟定框架，以协助各国在监狱环境中开展有效的国家艾滋病毒战略，拟订毒瘾的治疗标准以及关于各国努力实现对注射毒品使用者普及艾滋病毒预防、治疗、护理和支助的技术指南。
- 国际劳工组织（劳工组织）根据劳工组织《关于艾滋病毒/艾滋病与工作场所的业务守则》所订立的原则，在 2007 年向在世界各个区域的 70 多个国家的政府、雇主和工人组织提供了技术支助。劳工组织同行教育者网络在 47 个国家发挥作用，2007 年有 28 个国家得到了劳工组织在制订或修改关于艾滋病毒的法律和政策方面提供的援助。
- 世界粮食计划署（粮食计划署）作为其在 50 个国家支持艾滋病毒预防、治疗、护理和支助工作的一部分，在启动艾滋病毒治疗期间，向 16 个非洲国家的 33 万多人提供了粮食支助。2007 年，粮食计划署与各国政府、民间团体和艾滋病规划署大家庭密切合作，为 14 个国家的预防母婴传播方案提供了粮食支助。
- 世界卫生组织（卫生组织）鼓励加强在保健场所中针对艾滋病毒的测试和咨询，与艾滋病规划署秘书处协作，订立执行包皮环切手术的业务工具，并支持基于人口的逐步扩大方案，以预防母婴传播。卫生组织还协助各国根据其国家计划，估计人力资源需求，并开展培训、工作人员留用以及任务转换。已经简化了成人和儿童的一线和二线治疗方案，并且以全球二线药品的购置和采购安排向各国提供支持。
- 世界银行为国家和区域艾滋病毒方案提供资金，支持加快执行方案，并部分通过亲自参加对经由全球艾滋病毒/艾滋病监测和评价小组在 56 个国家开展的监测和评价活动的支持，协助加强各国的监测和评价能力。通过世界银行主持的艾滋病规划署的艾滋病战略和行动计划服务，39 个国家得到了直接的技术援助，以增强其国家战略和行动计划。