

经济及社  
会  
事  
务

人口、发展与艾滋毒/艾滋病，  
尤其强调贫穷问题

简要报告



联合国

ST/ESA/SER.A/247

经济及社会事务部

人口司

# 人口、发展与艾滋病毒/ 艾滋病，尤其强调贫穷 问题

简要报告



联合国 • 2005 年，纽约

## 经济和社会事务部

联合国秘书处经济和社会事务部在经济、社会和环境领域的全球政策与国家行动之间起着重要的桥梁作用。该部的工作主要涉及三个相互关联的领域：(一) 汇编、制作和分析范围广泛的经济、社会和环境数据与信息，供联合国会员国在审查共同问题和评价政策抉择时加以使用；(二) 促进会员国在许多政府间机构内就采取什么联合行动方针对付现有或新出现的全球挑战进行谈判；(三) 就如何把联合国各次会议和首脑会议上制定的政策框架转化为国家一级方案的方式方法问题向有关政府提供咨询意见，并且通过技术援助协助国家能力建设。

## 说 明

本出版物中所用名称以及材料的编制方式并不意味着联合国秘书处方面对任何国家、领土、城市或地区或其管理当局的法律地位，或对其边界或疆界的划分表示任何意见。

凡称“较发达”和“较不发达”时，目的只是为了统计方便，并不一定是对某一特定国家或地区在发展进程上所达到的阶段作出评断。

本出版物案文中所用“国家”一词，酌情也指领土或地区。

ST/ESA/SER. A/247

国际标准图书编号：.....

联合国出版物

出售品编号：.....

版权所有©联合国 2005 年  
**保留所有权利**

## 前言

本报告是根据人口与发展委员会第 2004/1 号决定编写的，委员会在该决定中重申其第三十八届会议的专门主题应当是“人口、发展与艾滋病毒/艾滋病，尤其强调贫穷问题”。

过去 25 年艾滋病流疫的势头增大，蔓延到世界各地。艾滋病患不分贫富，但是受影响最大的国家属于世界上最贫穷的国家。必须采取更有力的行动控制这一疾病及其影响，否则艾滋病毒/艾滋病流疫将给许多国家，特别是最贫穷国家，带来暗淡前景。报告总结说，遏制艾滋病毒/艾滋病蔓延的最有效办法是采取综合战略以减少风险、脆弱性和影响。

本报告由联合国秘书处经济和社会事务部人口司编写。人口司感谢联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署）为关于艾滋病毒/艾滋病决定因素的第二节和关于预防、治疗和护理的第八节的编写提供协助。

欲知详情，请与人口司司长联系：Ms. Hania Zlotnik, Director, Population Division, United Nations, New York 10017, USA。

## 目录

	页次
前言 .....	iii
解释性说明 .....	vi
<b>章次</b>	
导言 .....	1
一. 人口、艾滋病毒/艾滋病与贫穷：概述 .....	3
二. 艾滋病毒/艾滋病的决定因素 .....	11
三. 死亡率、人口增长和孤儿问题 .....	15
四. 生育能力和性行为 .....	23
五. 地域流动性 .....	32
六. 艾滋病毒/艾滋病、发展和贫穷 .....	35
七. 政府的观点和政策 .....	40
八. 预防、治疗和护理 .....	46
九. 结论 .....	52
<b>表</b>	
1. 按区域和艾滋病毒/艾滋病流行率分列的国家组人口指标 .....	6
2. 按主要区域和艾滋病毒流行率分列的国家组平均贫穷指标 .....	9
3. 1995-2000 年、2000-2005 年和 2010-2015 年期间各主要地区受影响国家群组预计因艾滋病而增加的死亡人数与假定不存在艾滋病的情况下的死亡人数的比较 .....	15
4. 1995-2015 年期间成人艾滋病毒感染率达到 20% 或以上的七个国家预期死亡估计数 .....	17
5. 1995-2015 年期间成人艾滋病毒感染率达到 20% 或以上的七个国家出生时预期寿命估计数 .....	18
6. 1995-2015 年期间艾滋病毒/艾滋病对人口总数和人口增长的预计和估计影响 .....	20
7. 在调查前一年中有较高风险性行为的育龄男女的比例和在最近一次较高风险性行为中使用避孕套的育龄男女的比例 .....	30

8. 2004 年全世界和各主要区域各国实施艾滋病毒/艾滋病政策的分布情况 .....	43
---	----

图

一. 1970-2015 年出生时预期寿命估测数：按有无艾滋病毒/艾滋病分列 .....	16
二. 1985-1990 年和 2000-2005 年艾滋病毒感染率最高的七个国家出生时预期寿命 .....	17
三. 1990-2025 年 53 个国家因艾滋病而增加的死亡人数估测数.....	19
四. 2000 年和 2025 年博茨瓦纳的总人口和年龄结构，按有无艾滋病因素分列 .....	21
五. 一些国家在一些年份的婚前性行为趋势 .....	27
六. 1994 年-2004 年某些国家年龄在 15-49 岁之间的妇女和男子在最近一次较高风险性行为中使用避孕套的趋向 .....	28
七. 1996 年和 2003 年对艾滋病毒/艾滋病问题表示重视的较发达和较不发达区域国家和最不发达国家政府所占比例 .....	40
八. 2003 年较发达、较不发达和最不发达区域艾滋病毒流行率.....	53

方框

有关艾滋病毒/艾滋病对人口的影响的估计和预测 .....	3
------------------------------	---

## 解释性说明

联合国文件都用英文大写字母附加数字编号。

本报告所载表格使用的符号如下：

两点 (..) 是指无数据可查或没有分别报列。

两个短破折号 (--) 是指数额微不足道。

连字号 (-) 是指该项目并不适用。

在数字之前加上减号 (-) 是指减少。

圆点 (.) 用来指小数点。

在两个年份之间用连字号 (-)，例如 1995-2000，是指整段期间都牵涉在内，即从起始年的 7 月 1 日至结束年的 7 月 1 日。

除非另有说明，美元号 (\$) 是指美元。

由于四舍五入，各表内的详细数字和百分比相加不一定等于总数。

“10 亿”指 1 000 百万。

最不发达国家目前包括以下 49 个国家：阿富汗、安哥拉、孟加拉国、贝宁、不丹、布基纳法索、布隆迪、柬埔寨、佛得角、中非共和国、乍得、科摩罗、刚果民主共和国、吉布提、赤道几内亚、厄立特里亚、埃塞俄比亚、冈比亚、几内亚、几内亚比绍、海地、基里巴斯、老挝人民民主共和国、莱索托、利比里亚、马达加斯加、马拉维、马尔代夫、马里、毛里塔尼亚、莫桑比克、缅甸、尼泊尔、尼日尔、卢旺达、萨摩亚、圣多美和普林西比、塞内加尔、塞拉利昂、所罗门群岛、索马里、苏丹、多哥、图瓦卢、乌干达、坦桑尼亚联合共和国、瓦努阿图、也门和赞比亚。

## 导言

近二十五年来，艾滋病毒/艾滋病流疫的势头日益增大，仍是一项重大的全球性挑战。无论富国还是穷国都受艾滋病的影响。艾滋病毒/艾滋病可能对世界各地人民造成严重威胁，任何地区都不能幸免。

撒哈拉以南非洲是迄今艾滋病肆虐影响最大的地区，依然有着高感染率。2004年，该地区大约有300万人民新感染艾滋病毒。如今，东欧和亚洲的一些国家是全世界艾滋病毒感染率增长最快的国家，中国、印度和印度尼西亚等人口众多的国家的情况尤其令人关注。在一些较发达国家，有迹象显示重新出现男子间的危险性行为。

1994年通过《国际人口与发展会议行动纲领》<sup>1</sup>时就已经确认，艾滋病毒/艾滋病对健康和发展构成一种全球性威胁。这一流行病同该会议的中心主题即人口与发展密切相关。该行动纲领提出了一系列旨在防止艾滋病毒感染和支助个人和家庭应对此病的行动建议。五年之后，也就是1999年，艾滋病毒/艾滋病的蔓延继续恶化，因此大会第二十一届特别会议通过了进一步执行《国际人口与发展会议行动纲领》的重要行动（大会S-21/2号决议，附件），其中载有防治这种流行病的其他建议。

2001年6月大会第二十六届会议特别会议所通过的《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）传达了艾滋病危机的紧迫性。就2000年147位国家元首和政府首脑在联合国所商定的八项千年发展目标的实现而言，遏制艾滋病的蔓延证明是一项艰巨任务。遏止艾滋病毒/艾滋病的传播不仅仅是目标之一，而且，能否实现这项目标将对实现多数其他目标的能力产生深刻影响。将于2005年举行高级别全体会议，审查实现上述目标和履行《联合国千年宣言》（大会第55/2号决议）所载各项承诺这两方面取得的进展。

在全球范围内，艾滋病毒流行率最高的是穷国，但是在非洲等区域内，流行率最高的未必是最贫穷的国家。但是，贫穷增加了感染艾滋病毒/艾滋病的可能性并加重了这种疫病的破坏性。贫穷剥夺了个人对付艾滋病毒/艾滋病的手段。穷人往往缺乏相关知识和认识，无法保护自己不受感染；一旦受到感染，得到护理和延长生命的治疗的机会也较少。

国际社会调动了空前的财政资源来应付艾滋病的挑战，但是其数额远远低于有效防治艾滋病所需数额的一半(艾滋病规划署，2004a)。2002年为建立各国政府、民间社会和私营部门之间的伙伴关系而设置了全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金，到2004年6月，该基金已核可了128个国家的314笔补助金，共计30亿美元，其中多数用于艾滋病方案。但仅靠筹供资金不足以防止另一些国家和区域内又一批人受到感染。要想防止新的艾滋病毒/艾滋病病例，就必须改变所有较易感染这种疾病的人的行为。如联合国秘书长在2001年7月20日对八国集团国家元首会议的发言中所指出的那样，第一优先事项是“确保各地人民——特别是年轻人知道如何避免感染。”<sup>2</sup>

## 一.人口、艾滋病毒/艾滋病与贫穷：概述

贫穷与艾滋病毒/艾滋病相互关联。贫穷是导致人们参与较易感染艾滋病毒的行为的一项重要因素，贫穷加重了艾滋病毒/艾滋病的影响。艾滋病毒/艾滋病经历很有可能使穷人更加贫穷，本来不穷的人陷于贫穷（非洲研究中心，2003）。

到2004年年终，估计约有3 900万艾滋病毒/艾滋病感染者，比2002年的3 700万名有所增加。在艾滋病毒感染者中，2 500万居住在撒哈拉以南非洲、710万在南亚和东南亚、200多万居住在拉丁美洲和加勒比（艾滋病规划署，2004a）。也就是说，艾滋病毒感染者中有64%居住在撒哈拉以南非洲国家，而该地区的人口只占世界人口的11%。在非洲，受影响最严重的是东非和南部非洲。东非的感染率似乎趋于稳定或有所下降，但是南部非洲成年人的艾滋病毒流行率剧增，赶上东非。撒哈拉以南非洲许多国家，如加蓬、几内亚、利比里亚、马达加斯加和斯威士兰等的感染率仍在上升。中国、印度尼西亚和越南的艾滋病毒感染率急剧增加。在东欧和中亚国家，注射毒品使得流行病迅速蔓延。

本报告的基础是2002年作为修订《世界人口前景》（联合国，2003c）工作的一部分而就艾滋病毒/艾滋病对人口的影响所作的估计，其中将艾滋病的影响纳入对53个国家人口的估计和预测，包括2001年年底前15-49岁成年人艾滋病毒流行率超过1.9%的48个国家和5个流行率较低而受感染人数众多的国家（见方框）。

### 有关艾滋病毒/艾滋病对人口的影响的估计和预测

本报告的基础是2002年作为修订《世界人口前景》（联合国2003c）工作的一部分而就艾滋病毒/艾滋病对人口的影响所作的估计。联合国秘书处人口司在其中将艾滋病的影响纳入对53个国家的人口的估计和预测。这些估计和预测符合2001年联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署）对艾滋病毒流行率所作的估计。与2004年艾滋病规划署所公布的艾滋病毒流行率最新估计数相一致的估计和预测数字目前正在

编制中。艾滋病规划署和世界卫生组织（卫生组织）最近一次对艾滋病毒/艾滋病所做的估计在区域一级所列为 2004 年 12 月的估计数（艾滋病规划署，2004a），按国家分列的详细数据则为 2003 年 12 月的估计数（艾滋病规划署，2004b）。这些数字与此前在多数国家所作的估计相似，但是所列的喀麦隆、科特迪瓦、埃塞俄比亚、肯尼亚、卢旺达、赞比亚和津巴布韦等国的流行率显然较低，塞内加尔的流行率则较高。这种变化主要是重新估计所提供的数据和采用不同的估计方法、而不是流行率实际减少所造成的（艾滋病规划署，2002a；艾滋病规划署，2004b，沃克及其他，2004）。有关艾滋病毒和艾滋病流行趋势的数据有所改进，但是各国所提供的资料的数量和质量依然各不相同。

在评估过艾滋病毒/艾滋病对人口的影响的多数国家中，艾滋病毒在 15-49 岁成年人中的流行率估计超过 1.9%。此外还包括若干流行率低于 1% 而人口众多的国家，因为这些国家的艾滋病毒感染者人数很多。在艾滋病毒流行率高的 48 个国家中，38 个在非洲、3 个在亚洲、7 个在拉丁美洲和加勒比。其中将近 60%（28 个国家）属于最不发达国家，包括 27 个撒哈拉以南非洲国家和 1 个拉丁美洲和加勒比国家（海地）。

#### 成年人艾滋病毒流行率偏高的国家 ( 48 个 ):

**1-5% (22 个)** : 巴哈马、伯利兹、贝宁、柬埔寨、乍得、刚果民主共和国、多米尼加共和国、赤道几内亚、厄立特里亚、加蓬、冈比亚、加纳、几内亚、几内亚比绍、圭亚那、洪都拉斯、马里、缅甸、苏丹、泰国、特立尼达和多巴哥、乌干达；

**5-10% ( 14 个 )** : 安哥拉、布基纳法索、布隆迪、刚果、科特迪瓦、吉布提、埃塞俄比亚、海地、利比里亚、尼日利亚、卢旺达、塞拉利昂、多哥、坦桑尼亚联合共和国；

**10-20% ( 5 个 )** : 喀麦隆、中非共和国、肯尼亚、马拉维、莫桑比克；

**20%或以上 ( 7 个 ):** 博茨瓦纳、莱索托、纳米比亚、南非、斯威士兰、赞比亚、津巴布韦。

**艾滋病毒感染人数众多的其他国家 ( 5 个 ):**

巴西、中国、印度、俄罗斯联邦、美利坚合众国。

艾滋病毒/艾滋病对人口的影响的评估方式如下：把根据现实的流行趋势假设作出的人口估计和预测与假设不存在艾滋病毒/艾滋病的情况下所作的估计和预测加以比较。后者是应用人口司标准预测方案，根据与那些大多还没有受艾滋病影响的国家所作的死亡率趋势预测相似的死亡率趋势假设得出的。已将艾滋病规划署对过去和将来的流行趋势估计纳入人口估计和预测（联合国，2004c）。实际趋势将取决于预防和治疗方面的突破以及在强化流行病应对措施方面取得的成就。

表 1 和表 2 概述了 48 个受艾滋病毒/艾滋病影响最严重国家目前的人口、社会和经济状况，将其同整体上较发达和较不发达地区的社会和经济状况加以比较。总体而言，受艾滋病影响的国家人口较年轻，生育率、死亡率和人口增长率较高。

据估计全世界 13%、即八亿以上的人口目前居住在艾滋病毒/艾滋病流行率偏高的 48 个国家。受艾滋病影响最大的国家的人口总数中，659 百万（81%）在非洲、128 百万在亚洲（16%）、27 百万在拉丁美洲和加勒比（3%）。受到很大影响的 28 个国家属于最不发达国家，占这类国家人口的五分之三。

2000-2005 年期间受影响最严重的 48 个国家人口总数估计平均年增长率（2.0%）高于同一时期较不发达区域人口总数的估计增长率（1.5%）（表 1）。在非洲、亚洲及拉丁美洲和加勒比，受艾滋病影响国家的人口增长率同整个区域的增长率相似。

表 1  
按区域和艾滋病/艾滋病流行率分列的国家组人口指标

主要区域和艾滋病 流行情况	2004 人口(百万)	2000-2005 增长率(%)	2004 年龄结构 (%)			2000-2005 总和生育率	2000-2005 预期寿命			2000-2005	2000-2005
			0-14	15-59	60+		总数	男	女	婴儿 死亡率	五岁以下 儿童死亡率
<b>A. 所有国家</b>											
世界总数	6 378	1.2	29	61	10	2.7	65	63	68	56	81
较发达区域	1 206	0.2	17	63	20	1.6	76	72	79	8	10
较不发达区域	5 172	1.5	31	61	8	2.9	63	62	65	61	89
最不发达国家	736	2.4	43	53	5	5.1	50	49	50	97	161
非洲	869	2.2	42	53	5	4.9	49	48	50	89	148
亚洲	3 871	1.3	29	62	9	2.5	67	66	69	53	71
拉丁美洲和加勒比	551	1.4	30	61	8	2.5	70	67	74	32	41
<b>B. 受艾滋病/艾滋病严重影响的国家<sup>a</sup></b>											
所有 48 个国家	814	2.0	41	54	5	4.7	48	47	49	89	152
非洲	659	2.2	44	52	5	5.3	45	44	46	94	161
亚洲	128	1.3	29	63	8	2.5	63	59	66	56	83
拉丁美洲和加勒比	27	1.6	35	58	7	3.2	61	60	63	44	72
成年人艾滋病流行率(%)											
1-5	330	2.1	38	56	6	4.2	54	52	56	86	144
5-10	324	2.4	45	51	5	5.7	46	46	47	95	162
10-20	84	1.7	43	52	5	4.8	42	41	43	96	163
>20	76	0.7	37	57	6	3.3	41	40	43	65	114

资料来源:《世界人口前景》:2002年订正本,光盘(联合国出版物:出售品编号:E.03.XIII.8);特别表格。

<sup>a</sup> 到2001年成年人艾滋病流行率超过1.9%的国家(见案文)。

多数受艾滋病影响国家的人口都较年轻。受严重影响国家 15 岁以下儿童在人口中所占平均比率（41%）大大高于整个较不发达区域的相应比率（31%），成年人和较年长的人所占比率则较低。

这种流行病最直接的影响就是死亡率上升。整体而言，受艾滋病毒/艾滋病蔓延影响较大的国家的死亡率高于较不发达国家的死亡率。2000-2005 年期间，受艾滋病影响国家的出生时预期寿命平均为 48 岁，比较不发达区域的平均寿命少 15 岁，比最不发达国家的平均寿命则少 2 岁。男子和妇女在此方面的差异相似。

48 个受艾滋病严重影响国家的婴儿平均死亡率（89）和 5 岁以下儿童平均死亡率（152）高于较不发达区域的相应平均数（分别为 61 和 89）。在非洲、亚洲和拉丁美洲和加勒比，艾滋病毒/艾滋病流行率较高国家的平均比率也比相应的区域平均比率要高。

2000-2005 年期间 48 个受艾滋病影响国家的估计平均总合生育率（每名妇女 4.7 个子女）高于同一时期较不发达区域的平均数（2.9）。但是艾滋病毒/艾滋病流行率较高国家的生育率差别很大。事实上，它们中既有泰国及特立尼达和多巴哥等生育率低于更替水平的低生育率国家，也有安哥拉、布基纳法索、布隆迪、刚果民主共和国、几内亚比绍、马里和乌干达等每名妇女生育 6 个或 6 个以上子女的高生育率国家。在非洲及拉丁美洲和加勒比，受艾滋病影响国家的平均总合生育率高于整个区域的平均数，但是亚洲的情况并非如此。

### 贫穷状况

表 2 所示系按主要区域和根据艾滋病毒/艾滋病流行率分类的国家分列的若干贫穷及社会 and 经济发展指标的未加权平均数。总的来说，受艾滋病影响国家的社会经济指标较低。对于受艾滋病影响的非洲国家来说更是如此，一般来说，这些国家有三分之一小学适龄儿童没有上学，40%的成年人口文盲，四分之一 5 岁以下儿童相对于年龄而言的体重不足，三分之一人口营养不良。

二分之一多一点的人口享有较好的卫生设施，不到三分之二的人口享有较好的水源，40%的人口每天仅靠不到一美元的收入维生。另两个发展中区域内、尤其是拉丁美洲和加勒比区域受艾滋病影响国家的平均数表明贫穷状况不那么严重。

仅包括受艾滋病影响国家的区域平均数（表 2，B 组）和各区域所有国家的相应平均数（A 组）的比较结果表明，总的说来，受艾滋病影响国家的贫穷率相对较高，但在受艾滋病严重影响的国家中，艾滋病毒流行率较高国家的平均指标并不一定较低。特别是成年人艾滋病毒流行率高于 20% 的国家的贫穷率低于那些流行率介于 10-20% 之间的国家。事实上，南部非洲有几个艾滋病毒流行率最高的国家，却也是撒哈拉以南非洲经济最发达的区域。目前，这组受影响最严重国家的教育水平平均较高，享有较好卫生设施和水源的机会较多，教育和保健公共支出数较高，儿童和成年人营养不良的比率较低。但是受影响最严重国家的收入/消费的不平等现象也往往较为严重（表 2，第 9 栏）。七个受到最严重影响国家内最富有的 10% 人口与最贫穷的 10% 人口的收入/消费比率几乎高达 70。此外，据估计，这些国家平均三分之一的人口每天靠不到一美元的收入维生，鉴于这些国家的人均国内生产总值（国内总产值）相对较高，因此这一比例是高的。

总之，撒哈拉以南非洲这个世界最贫穷人口所在的区域到目前为止受艾滋病毒/艾滋病影响最为严重。该区域的人口占世界人口的 11%，截至 2004 年，区域内艾滋病毒感染者人数却约占全世界感染者总数的三分之二。但是艾滋病毒的蔓延并不局限于最贫穷国家。这种流行病影响到全世界几乎每一个国家，在许多国家还在继续传播。

表 2

## 按主要区域和艾滋病毒流行率分列的国家组平均贫穷指标

主要区域和艾滋病毒流行率	教育		保健		卫生		收入			公共支出	
	2000-2002 小学净入 学率(%)	2002 成年 人识字率 (15岁以 上)(%)	1995-2002 体重不足儿 童(在5岁以 下儿童中所 占%)	1999-2001 营养不良 者(在总 人口中所 占%)	2000 享有 较好卫生 设施的人 口(%)	2000 享有 较好水源 的人口 (%)	1990-2002 每日靠\$1 以下收入 生活的人 民(%)	2002 人均 国内总产 值(美元购 买力平价 \$)	1990-2002 最富有10% 和最贫穷 10%人口的 收入比率 <sup>e</sup>	1999-2001 教育方面公 共支出(在国 内总产值中 所占%)	2001 保健 方面公共 支出(在国 内总产值 中所占%)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
<b>A. 所有国家</b>											
较发达区域	95	..	..	..	..	..	..	20 287	9	5.2	5.5
较不发达区域											
非洲	72	61	22	29	59	65	35	3 442	31	4.0	2.5
亚洲 <sup>b</sup>	87	83	23	20	72	79	15	8 130	11	3.9	2.6
拉丁美洲和加勒比	93	88	9	16	84	88	12	6 439	41	4.9	3.6
最不发达国家	70	56	29	36	50	61	43	2 337	26	3.7	2.5
<b>B. 受艾滋病毒/艾滋病严重影响的国家<sup>c</sup></b>											
所有 48 个国家	73	65	23	30	57	65	35	3 477	33	3.9	2.4
非洲	68	61	25	32	54	62	41	2 850	36	4.0	2.5
亚洲	85	82	33	21	59	62	18	3 366	13	2.8	1.4
拉丁美洲和加勒比	91	83	11	24	72	85	10	6 843	27	4.2	2.8

主要区域和艾滋病毒流行率	教育		保健		卫生		收入			公共支出	
	2000-2002 小学净入 学率 (%)	2002 成年 人识字率 (15 岁以 上) (%)	1995-2002 体重不足儿 童(在 5 岁以 下儿童中所 占%)	1999-2001 营养不良 者(在总 人口中所 占%)	2000 享有 较好卫生 设施的人 口 (%)	2000 享有 较好水源 的人口 (%)	1990-2002 每日靠 \$1 以下收入 生活的人 民 (%)	2002 人均 国内总产 值(美元购 买力平价 \$)	1990-2002 最富有 10% 和最贫穷 10%人口的 收入比率 <sup>a</sup>	1999-2001 教育方面公 共支出(在国 内总产值中 所占%)	2001 保健 方面公共 支出(在国 内总产值 中所占%)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
成年人艾滋病流行率 (%)											
1-5	78	67	22	26	58	67	28	4 887	20	3.0	2.3
5-10	58	54	29	37	50	57	41	1 188	25	3.8	2.1
10-20	70	62	23	39	62	60	37	1 164	27	4.5	2.4
>20	80	83	17	26	64	81	34	4 951	69	6.2	3.6

**资料来源：**第 1 栏：联合国教育、科学及文化组织（教科文组织）统计研究所（<http://www.uis.unesco.org/>），2004 年 11 月 23 取得资料；第 2-11 栏：联合国开发计划署（开发计划署），《2004 年人类发展报告》（2004 年，纽约，牛津大学出版社），根据教科文组织统计研究所、联合国粮食及农业组织（粮农组织）和联合国儿童基金会（儿童基金会）提供的数据。

注：两点（..）是指数据不详；所列数字是各类别中有资料的国家的未加权平均数。

<sup>A</sup> 不包括卢旺达（1983）和塞拉利昂（1989）。

<sup>b</sup> 不包括日本。

<sup>c</sup> 到 2001 年成年人艾滋病毒流行率超过 1.9% 的国家（见案文）。

## 二. 艾滋病毒/艾滋病的决定因素

虽然艾滋病毒对富人和穷人、年轻人和老人以及世界所有地区都会有影响，但对本已面临社会和经济不利情况的群体的影响尤甚。艾滋病毒在许多国家的流行率相对很低，但在另一些国家，感染却迅速扩散。在出现这一流行病的早些年，妇女较少受到影响，现在却在艾滋病毒感染者中占一半，是撒哈拉以南非洲感染人口的 57%（艾滋病规划署，2004b）。本节说明影响艾滋病毒感染方式的一些重要的生物和社会因素。

### 生物决定因素

**性传播。**性传播是全世界大部分艾滋病毒感染的途径，虽说每次性行为的传播风险估计为百分之一到千分之一之间。对那些没有接受性病治疗的人，特别是有创口或溃疡的人，这种风险大为增加。由于伤口或擦伤可为病毒提供一个方便入口，因此性攻击可能要比彼此同意的性交造成更大的传播风险。研究发现，未割包皮的男子要比割包皮的男子较容易受感染；男子割除包皮在预防上的不明作用现如今是一些临床试验的题目。肛交要比阳具-阴户性交的传播危险更大，而阳具-阴户性交又比口交危险。一般来说，被动的伙伴要比积极的伙伴面临更大危险。因此，妇女在性交中比男子有更大的感染危险，青春期少女特别容易受感染。

艾滋病毒的流行是在特定情况下决定传染危险的关键因素。虽然任何一次性行为通常都带有较低的传染危险，但在三分之一以上成年人都受到艾滋病毒感染的情况下，危险就大为增加。由于成年人几乎始终要比青少年的感染率更高，代间性行为大大增加了年轻人受传染的危险。

在受感染的伙伴有较高的血浆病毒含量时，艾滋病毒的传染就比较容易发生。在感染后初期和在艾滋病毒疾病的最后阶段，病毒含量往往最高。由于抗逆转录病毒疗法把遵守合并疗程的大部分病人的病毒含量降低到不可测水平，抗逆转录病毒疗法有可能大为减少病毒的感染能力。可是，高收入国家的经验显示，这种疗法的存在可能造成危险行为的增加，因为艾滋病毒感染者随

着身体日益健康，并且由于他们可能认为艾滋病不再是一个严重问题，因而可能在性方面变得比较活跃（Valdiserri, 2004 年）。虽然没有证据表明发展中国家会出现这种情况，但这些影响可能会抵消抗逆转录病毒疗法的预防效果。

**接触血液。** 直接接触到受感染的血液是传染的最高效途径。注射毒品是血媒艾滋病毒传播的最普遍工具，约占全世界所有感染的 10%。在绝大多数情况下，受艾滋病毒感染的血液的传输传播了艾滋病毒。被带有受艾滋病毒感染的血液的针头刺伤而感染艾滋病毒的危险，估计为 0.3%。如同性行为传染一样，所接触的血液或体液来源者的病毒含量，在传染危险方面有着重要作用，一个人接触到的血液/体液的量同样也有着重要作用（Aberg 等，2004 年）。

**母婴传播。** 在缺乏任何预防措施的情况下，一个受艾滋病毒感染的哺乳母亲所生的婴儿感染艾滋病毒的可能性在 25%-40% 之间（De Cock 及其他人，2000 年）。当母亲的病毒含量增加时，传染的危险也增加。哺乳意味着独立的传染危险，哺乳育婴的时间越长，危险越大。混合育婴办法（也就是说母乳和其他喂养方式并用）可能要比单纯的母乳喂养包含更大的传染危险（Coutsoudis, Pillay 和 Spooner, 1999 年），虽然这尚未经过证实。

**降低接触后的危险。** 对接触后预防疗程的研究表明有可能在接触后数日内靠压制病毒繁殖来预防感染，例如在针头刺伤后立刻开始抗逆转录病毒疗法（Cardo 等，1997 年），或者在新生儿出生后立即实行抗逆转录病毒疗程（Bultreys 等，1999 年）。虽然对于性接触后抗逆转录病毒疗法的预防效用还没有确证，但从上面的例子推断，显示可能也是有效的。

### **社会或其他决定因素**

艾滋病毒的传染深受周边社会、经济及政治环境，包括贫穷、压迫、歧视和文盲等因素的影响。

**贫穷。** 在高收入和发展中国家，艾滋病往往打击社会最富裕、最有影响力的人，这凸现了艾滋病威胁的普遍性质。但一般来说，

艾滋病对那些拥有最少的经济和社会资源的人的影响尤其之大。艾滋病破坏了受影响最大国家的粮食与经济安全，所以加重了这些情况。艾滋病使贫穷恶化，增加易受感染的穷人人数，因为那些拥有最少资源的人最难获得保健服务或同健康有关的信息。

**耻辱和歧视。**艾滋病毒感染最高风险群通常是那些遭受官方和非官方允许的某种歧视的人。性工作、男子间性行为、注射毒品，这在许多国家往往是非法的，并且都引起强烈的恶感。这种形式的耻辱又因同艾滋病毒本身关联的耻辱而加剧。

耻辱从不同方面增加了脆弱性。有些可能受感染的高危险群由于害怕受到社会排斥，避免寻求同艾滋病毒有关的信息或其他预防服务。政府当局或地方社区往往阻挠或大力干扰向关键群体提供预防服务的方案。许多国家的法律禁止针头和针筒交换方案，并严格限制毒品替代治疗法，尽管这两种方法对防止经由注射毒品而传播艾滋病毒极为重要，并且也不违反国际毒品管制条约(国际麻醉品管制局(麻管局)，2004年)。

**性别不平等。**受影响最大国家中的许多妇女处于经济、法律、文化和社会严重不利境地，增加了她们感染艾滋病毒的危险，并且更容易受到这种流行病影响的伤害。在许多国家，女童的教育机会有限。在有些国家，妇女少有或几乎没有财产所有权或保有土地或继承财富，许多妇女受到、或是容易受到性攻击或其他形式的暴力。离婚或丈夫死亡可能导致贫困，往往迫使妇女为生存而卖淫。由于妇女面临巨大的法律、社会和经济障碍，许多妇女发觉很难，若非不可能的话，要求她们的男性伴侣使用保险套，而且由于在经济上要依赖她们的伴侣并且在两性关系上缺乏权利，可能被迫从事性交易。在全世界，忠于一个伴侣的妇女，由于她们的伴侣进行彼此关系以外的性活动，使她们感染了艾滋病毒。性贸易贩运活动也日益威胁妇女和女童。艾滋病规划署估计在撒哈拉以南非洲的7个国家，15至24岁的妇女受到感染的可能性几近同龄男子的三倍。

**流动性。**流动性大大增加了与艾滋病毒相关的危险。移徙工人往往从感染率低的农村地区迁移到都市中心，那里的艾滋病毒

感染率高得多，危险行为也更加频繁。研究表明，长途卡车司机、矿工和其他移徙劳工有着高感染率。

**冲突。**2003年，超过72个国家被确定为不稳定地区，各种冲突导致全世界有4 200万以上难民和境内流离失所者（机构间常设委员会紧急环境中的艾滋病毒/艾滋病问题工作队，2003年）。逃离武装冲突等复杂紧急情况的人们普遍面临贫困，缺少粮食。这些冲突也可能制造了增加艾滋病毒等感染风险的条件。

冲突对艾滋病毒传播的影响十分复杂，可能因背景不同而各异。在有些情况下，冲突似乎成为流行病的抑制因素。例如在塞拉利昂，冲突限制了人口流动，可能防止疾病的扩散。在波斯尼亚和黑塞哥维那，感染率非常低，即便大量人口流离失所，也没有增加感染率（艾滋病规划署，2004b）。在冲突加速艾滋病毒传播的情况下，其动态往往与所有流动人口的情况相似，艾滋病毒危险由于从低感染率环境移徙到高感染率环境而增加。在冲突期间，传统的性规范和社会支助可能崩溃，助长了危险行为。保健系统的崩溃，妇女和女童可能遭受到性暴力或被环境逼迫去卖淫来换取金钱、粮食或保护。

**转型期国家。**正处于重大的社会、经济和政治变革的国家内，同艾滋病毒有关的危险行为往往增加。在前苏维埃社会主义共和国联盟国家中，开始性行为的年龄降低，毒品使用增加（艾滋病规划署，2002a）。这种情况也显见于中国，在中国的社会和经济巨变的同时，性传播疾病也明显增加（艾滋病规划署，2001c）。

**监禁。**在任何时候，全世界大约有1千万人受到监禁。监狱往往是艾滋病毒、肺结核和肝炎等传染病的繁殖场所。监狱犯人通常来自社会最边缘群体，本已是艾滋病毒感染高风险群体。监禁囚犯感染率通常高于一般人。在南非，20%的成年人是艾滋病毒感染者，监狱囚犯的感染率则为其两倍（Goyer, 2003年）。在美利坚合众国，囚犯得艾滋病比例是一般人的四倍（Braithwaite和Arriola, 2003年）。在西班牙，每4个监狱囚犯中就有一个以上呈艾滋病毒阳性反应；在瑞士和荷兰，9个囚犯中大约有一个

是呈阳性反应。女囚犯也面临风险；在巴西、加拿大和美国，女囚犯的艾滋病毒感染率高于男囚犯（艾滋病规划署，2004b）。

总之，艾滋病毒感染风险以及这个流行病对受感染和受影响者带来的后果视人和社会环境的不同而大不相同。因此，对这个流行病的因应措施应考虑到那些可能增加脆弱性的重要环境。

### 三.死亡率、人口增长和孤儿问题

#### 艾滋病毒/艾滋病对死亡率的影响

在2004年，有300万人因艾滋病早亡；自1981年确诊第一例艾滋病以来，已有2 000多万人死于艾滋病。在大多数发展中国家，尤其是在撒南非洲的发展中国家，艾滋病人大都仍然得不到药物治疗，而药物治疗可以延缓艾滋病致命症状的爆发。因此，2000至2005年期间，非洲38个受严重影响国家的死亡人数预期将比如果没有艾滋病的情况下的死亡人数多出近1 500万人（表3）。在亚洲，因艾滋病而增加的死亡人数达350万，其中印度占了大多数。在拉丁美洲和加勒比地区，增加的死亡人数稍少一些，为70万人，在两个较发达、感染人数最多的国家即美利坚合众国和俄罗斯联邦，预计这个数目共计80万人。

表 3

#### 1995-2000年、2000-2005年和2010-2015年期间各主要地区受影响国家群组预计因艾滋病而增加的死亡人数与假定不存在艾滋病的情况下的死亡人数的比较

(以百万计)

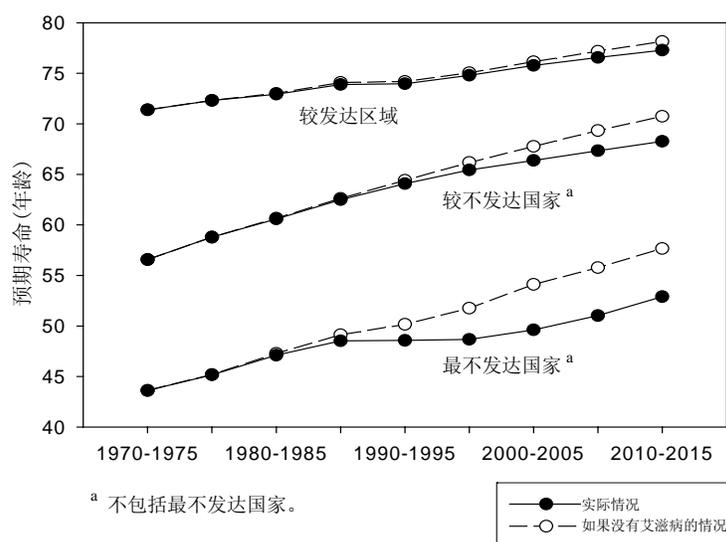
国家群组	1995-2000	2000-2005	2010-2015
所有 53 个受影响国家共计	11.2	19.8	32.3
非洲 38 个国家	8.1	14.8	18.9
亚洲 5 个国家	2.0	3.5	10.9
拉丁美洲和加勒比 8 个国家	0.5	0.7	0.8

资料来源：《世界人口前景：2002年订正本》，第三章，分析报告（联合国出版物，出售品编号E.03.XIII.10）。

此前，低收入和中等收入国家内的预期寿命普遍出现了延长趋势，但艾滋病病毒/艾滋病使得最不发达国家中的这一趋势停顿，并使其他发展中国家的这一趋势严重减缓（图一）。由于撒南非洲因艾滋病而增加的死亡人数极多，预计受影响非洲国家作为一个总体的预期寿命将从 1995-2000 年期间的 47 岁降至 2000-2005 年的 45 岁。到 2010-2015 年期间，非洲受影响国家内的预期寿命将比假定没有艾滋病的情况下的预期寿命少 11 年。

图一

1970-2015 年出生时预期寿命估测数：按有无艾滋病病毒/艾滋病分列



资料来源 《世界人口前景：2002 年订正本》，光盘（联合国出版物，出售品编号 E.03.XIII.8）。

2001 年时成人艾滋病病毒感染率达到 20% 或以上的那 7 个国家在 2000-2005 年期间的死亡人数预计将比没有艾滋病情况下的死亡人数多 155%（表 4）。这些国家在 2000-2005 年期间和 2010-2015 年期间的预期寿命预计将比没有艾滋病的情况下分别少 22 岁和 29 岁（表 5）。图二显示了感染率最高的 7 个国家在 1985-1990 年期间和 2000-2005 年期间的预期寿命。

表 4

### 1995-2015 年期间成人艾滋病毒感染率达到 20% 或以上的七个国家预期死亡估计数

(以百万计)

国家群组	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
感染率在 20% 或以上的 7 个国家				
没有艾滋病因素的影响	3	3	3	3
有艾滋病因素的影响	5	8	10	10
绝对差异	2	5	6	6
百分比差异	71	155	204	193

资料来源 《世界人口前景：2002 年订正本》，光盘（联合国出版物，出售品编号 E.03.XIII.8）。

表 5

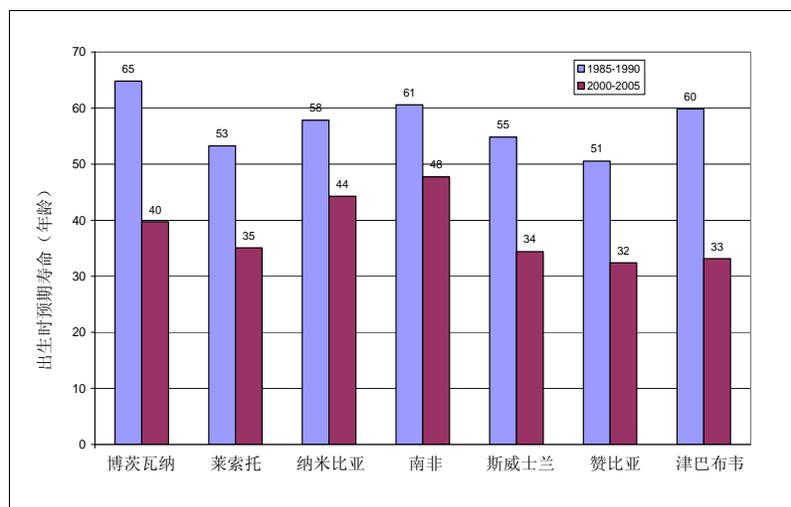
### 1995-2015 年期间成人艾滋病毒感染率达到 20% 或以上的七个国家出生时预期寿命估计数

国家群组	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
感染率在 20% 或以上的 7 个国家				
没有艾滋病因素的影响	63.3	63.7	65.4	67.0
有艾滋病因素的影响	50.2	41.3	37.3	37.6
绝对差异	12.0	22.4	28.1	29.4
百分比差异	19.3	35.1	43.0	43.9

资料来源 《世界人口前景：2002 年订正本》，光盘（联合国出版物，出售品编号 E.03.XIII.8）。

图二

### 1985-1990 年和 2000-2005 年艾滋病病毒感染率最高的七个国家出生时预期寿命



资料来源 《世界人口前景：2002 年订正本》，光盘（联合国出版物，出售品编号 E.03.XIII.8）。

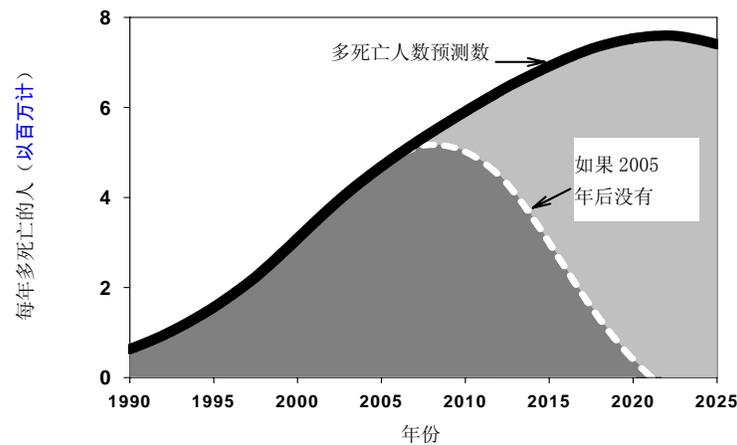
受感染母亲可能在怀孕期和分娩时或由于母乳喂养而使婴儿和儿童染上艾滋病。就所有 53 个受影响国家而言（见方框），2000-2005 年期间 5 岁以下儿童的死亡率预期比没有受艾滋病因素影响的死亡率高出 8%。2010-2015 年期间，艾滋病的相对影响预计将增加 10%，但那时的 5 岁以下儿童死亡率预期低于 2000-2005 年期间的死亡率（分别为每千名活产儿中有 76 人死亡和每千名活产儿中有 92 人死亡）。在非洲受影响国家内，艾滋病对 5 岁以下儿童死亡率的影响特别大，预计在 2000-2005 年期间，每千名活产儿的死亡率将因艾滋病而多 19 例。

预计除亚洲外，所有其他区域因艾滋病而增加的死亡人数将持续上升，直至 2015-2020 年。在亚洲，估计高峰期将在那一时期之后的 5 年即 2020-2025 年期间到来。2010-2015 年期间预计撒南非洲受影响国家因艾滋病而增加的死亡人数将占所有死亡人数的 30% 以上。撒南非洲因艾滋病死亡的人数将比不受艾滋病因素影响的死亡情况多 43% 以上。

联合国秘书处人口司还编制了“无新病例”情形，其中假定2005年7月1日后没有新的感染病例。这一假设情形显示，即便在2005年年中之后没有新的感染病例，2005-2010年期间因艾滋病死亡的人数也会多于上一个5年期，原因是已经感染的人数庞大(图三)。在其后各年里，特别是在2010年以后，预计因艾滋病而增加的死亡日益涉及尚未感染的人早亡。这一预测是过于乐观还是过于悲观，这取决于今日为预防感染和改进治疗而采取的行动。

图三

### 1990-2025年53个国家因艾滋病而增加的死亡人数估测数



资料来源：《世界人口前景：2002年订正本》，光盘（联合国出版物，出售品编号：E.03.XIII.8）。

注：黑线标志着相对于“无艾滋病”假设情况的增加的死亡人数预测。白色短线表示在2005年年中后无艾滋病毒感染新例情况下预计增加的死亡人数。

### 艾滋病毒/艾滋病和人口增长及年龄结构

因艾滋病死亡的人数不断增加，可能导致人口增长趋势放缓，甚至使人口减少。艾滋病之所以对减缓人口增长和减少人口总数产生影响，原因有两个：因艾滋病而增加的死亡；由于许多感染艾滋病毒的妇女在育龄期结束前便已去世，出生因此而减少。尽管人口减少的大部分原因是由于增加的死亡，而出生减少对于人口负增长的部分影响将随着时间的推移持续增加。

2005年，53个受影响国家的总人口预计为39亿，比没有受艾滋病因素影响的人口少4 900万(表6)。到2015年，因艾滋病而减少的人口总数将增至1.29亿，也就是说，预计人口将比没有受艾滋病因素影响的人口少3%。到2015年，受影响非洲国家的人口将比没有受艾滋病因素影响的人口少9 100万(或少10%)。预计人口减少幅度第二大的地区是亚洲5个受影响国家，其2015年的人口将比没有受艾滋病因素影响的人口少2 900万。

表6

### 1995-2015年期间艾滋病毒/艾滋病对人口总数和人口增长的预计和估计影响

国家群组	总人数 (以百万计)			年增长率 (百分比)	
	1995	2005	2015	1995-2005	2005-2015
所有53个受艾滋病毒影响的国家					
不包括艾滋病因素	3 408	3 923	4 440	1.4	1.2
包括艾滋病因素	3 399	3 874	4 312	1.3	1.1
绝对差异	-9	-49	-129	0.1	0.1
百分比差异	0	-1	-3	7.1	8.3
非洲38个受艾滋病毒影响的国家					
不包括艾滋病因素	539	7.9	914	2.7	2.5
包括艾滋病因素	533	673	823	2.3	2.0
绝对差异	-6	-36	-91	0.4	0.5
百分比差异	-1	-5	-10	14.8	20.0
艾滋病毒感染率在20%或以上的7个国家					
不包括艾滋病因素	69	85	102	2.1	1.8
包括艾滋病因素	68	76	77	1.1	0.0
绝对差异	-1	-9	-25	1.0	1.8
百分比差异	-1	-11	-25	47.6	100.0

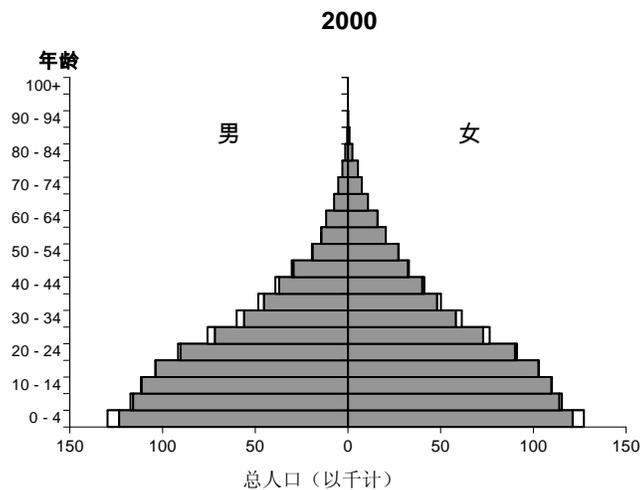
资料来源：《世界人口前景：2002年订正本》，光盘（联合国出版物，出售品编号。E.03.XIII.8）。

2005-2015 年期间, 在非洲 38 个受严重影响的国家, 由于艾滋病毒/艾滋病的影响, 年平均人口增长率预计为 2.0%, 而不是 2.5%。在艾滋病毒感染率超过 20% 的 7 个国家, 预计艾滋病将使人口增长几乎陷于停顿, 即 2005-2015 年期间只增加 60 万人。如果没有艾滋病因素, 其总人口本可以增加 1 700 万人。据联合国的预测, 到 2025 年, 非洲 38 个受影响国家的人口将比没有受艾滋病因素影响下的人口少 14%。在七个受严重影响的国家, 2025 年的人口预计要比没有受艾滋病因素影响下的人口少三分之一以上。

因艾滋病而增加的死亡和早亡也对受影响的人口年龄结构产生重大影响。图四显示了 2000 年和 2025 年博茨瓦纳人口在受艾滋病因素影响和不受艾滋病因素影响下呈现的年龄金字塔。该国在 2001 年的感染率是全球最高的。在 2000 年, 艾滋病对年轻人和五岁以下儿童的影响刚露端倪, 到 2025 年, 这一影响便不同寻常, 所有年龄层的人数均有下降, 尤其是大多正在工作和养育子女的成人年龄组。

图四

2000 年和 2025 年博茨瓦纳的总人口和年龄结构, 按有无艾滋病因素分列





便少量增加，尤其是在中国、印度和印度尼西亚这样的人口稠密国家，也可能使艾滋病孤儿大幅增加。

总之，艾滋病流行病使大多数受影响国家的死亡率上升、预期寿命缩短。人口增长率开始减缓，感染率最高的 7 个国家在下一个十年的人口增长率预计将几乎陷于停顿。即便在 2005 年年中之后没有新感染者，未来几年中的死亡人数仍将继续增加，因为已感染者人数众多。艾滋病产生了千百万孤儿，到 2003 年年底已有约 1 500 万人，其中 1 200 万生活在非洲。

#### 四.生育能力和性行为

性行为的变化对以下方面有着重大影响：艾滋病毒/艾滋病的演变过程；生育能力；生殖的社会背景；对较贫穷和较富裕社会群体的不同影响。人们普遍认为艾滋病毒/艾滋病对一般人口的生育能力最多只会产生较小影响，但对艾滋病毒感染者的生育能力产生的影响却更加重要（Zaba 和 Gregson, 1998 年；联合国, 2002a）。

##### 艾滋病毒/艾滋病对感染者生育能力的影响

证据始终表明，艾滋病毒抗体阳性妇女的生育率低于未感染妇女的生育率。在刚果民主共和国、卢旺达、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚等国进行的研究表明，艾滋病毒抗体阳性妇女的生育能力低 25%–40%（联合国, 2002a）。艾滋病毒阳性状态降低了受孕能力（即妇女每月可以怀孕的概率），增加了失去胚胎的风险，从而直接降低生育能力。

证据表明，受感染妇女生育能力降低的最重要原因是同时感染了其他性传播疾病。感染艾滋病毒的妇女比其他妇女更可能感染另一种性传播疾病。性传播感染会引发生殖器官糜烂，更有可能通过性途径感染艾滋病毒。性传播感染还经常导致盆腔炎，而这往往造成不孕症。此外，艾滋病毒感染已经逐步发展为艾滋病的患者的性交频率可能较低，并且有一些证据表明，受感染男子

制造精子的能力下降，并且一旦感染发展为艾滋病，精液的质量就会下降（联合国，2002a）。

至于失去胚胎的问题，从发达国家和发展中国家收集的实验证据表明，艾滋病毒抗体阳性妇女的自发流产率较高。主要原因是感染艾滋病毒的妇女中的梅毒发生率高得多。梅毒使死胎风险率提高大约 25%，过早失去胚胎的风险比例虽说较低，但对所有妇女而言仍相当严重。感染艾滋病毒进一步增加了失去胚胎的风险（联合国，2002a）。

迄今为止，艾滋病毒抗体阳性者通过有意识的行为变化去影响生育能力，这方面的潜力有限，因为在大多数面临严重艾滋病毒/艾滋病问题的国家，绝大多数感染者在出现明显的身体症状之前没有意识到自己已感染艾滋病毒。不过，随着艾滋病毒检测日渐普遍，了解艾滋病毒如何影响性行为和生殖行为的余地就会更大。

一些研究报告记录了人们在了解艾滋病毒阳性问题之后性行为的变化。性行为变化包括减少性伴侣，在与非主要伴侣和固定伴侣性交过程中更经常使用避孕套。如果在艾滋病毒检测之后接受咨询，并且接受咨询的是夫妻双方而不仅是其中一方，则最可能产生这类变化。例如，在肯尼亚、特立尼达和多巴哥以及坦桑尼亚联合共和国进行的多中心调查显示，人们在接受咨询之后，与同时参加调查的非主要伴侣和主要伴侣进行无保护性交的比例大大下降。在接受咨询者中，报告进行无保护性交的男子和妇女的比例分别下降 35% 和 39%，而只接受了健康教育后的这两个比例下降幅度分别为 13% 和 17%（艾滋病规划署，2001d）。

对仅有一方感染艾滋病毒的“血清不一致”夫妻进行的研究几乎一致表明，当夫妻双方同时接受咨询和检测时，使用避孕套的比例大幅度上升，血清转化的比例大幅度下降（艾滋病规划署，2001d）。在刚果民主共和国，血清不一致夫妻在所有性交活动中使用避孕套的比例在确定感染艾滋病毒及接受咨询之前不到 5%，

确定并接受咨询一个月以后达到 71%，18 个月之后则达到 77%（Kameng 等，1991 年）。

相比之下，对仅有一方意识到自己感染艾滋病毒的情况所作的研究大多表明，尽管人们为了减少艾滋病毒传播可能会改变自己的行为，但他们发现很难长期维持这种改变。文化和社会因素，如对讨论性问题的禁忌，是改变发展中国家的男女性行为的障碍。大多数研究报告表明，由于性生活决策过程中存在男女不平衡问题，妇女尤其难以就采取较安全的性行为问题与性伴侣商谈。许多妇女担心，如果她们向性伴侣透露她们的状况，她们会受到身心侵犯以及被抛弃（艾滋病规划署，2001d）。

在受艾滋病毒感染情况下使用避孕套以外的其他避孕方法的情况似乎没有增加，甚至还可能减少。例如在刚果民主共和国和卢旺达所作的研究发现，撒南非洲原本主要采用荷尔蒙避孕方法，但人们一旦得知自己的血清反应呈阳性后，这种方法的使用比例就减少了（联合国，2002a），部分原因可能是转而使用避孕套。

妇女在确认感染了艾滋病毒之后，的确看起来希望家庭更小一些。尽管有一些研究发现继续生儿育女的愿望仍然强烈，但最近研究得出的一个更加普遍的结果是，在确认感染了艾滋病毒后，妇女开始对继续生育产生疑问（Ntozi，2002 年；联合国，2002a）。担心继续妊娠会加重病情，会把疾病传播给配偶和未来的孩子，病故后孤儿将留给他人照管，这些都是希望停止生育的主要原因。

日益多的人认识到，母乳喂养可能会把艾滋病毒从母亲传播给婴儿。因此，如果替代喂养方法可以接受、可行、可以负担、可以持续并且比较安全，艾滋病毒抗体阳性妇女可能会避免采用母乳喂养方法（卫生组织、艾滋病规划署和儿童基金会，2004 年）。现在已有一些证据表明，艾滋病毒/艾滋病已使妇女用母乳喂养婴儿的比例下降。在津巴布韦马尼卡兰省，接受调查的妇女中有三分之二知道母乳喂养是艾滋病毒传染的一种方式，因此那些认识到婴儿可通过母乳喂养感染艾滋病毒的妇女就不大可能用母乳喂

养最近新出生的婴儿（Gregson 等，1997 年）。母乳喂养减少使再次受孕的可能性增加，除非妇女在生育之后很快就开始采用有效的避孕方法。

一些国家的证据表明，艾滋病毒抗体阳性妇女相对而言更有可能中止妊娠。在澳大利亚、法国和意大利进行的研究表明，艾滋病毒抗体阳性妇女在感染得到确诊后，自愿中止妊娠的比例大大高于艾滋病毒抗体阴性妇女（Ntozi，2002 年）。艾滋病毒抗体阳性妇女中止妊娠的比例较高，可能是因为担心胎儿经母体感染艾滋病毒，担心艾滋病毒加速发展为艾滋病。

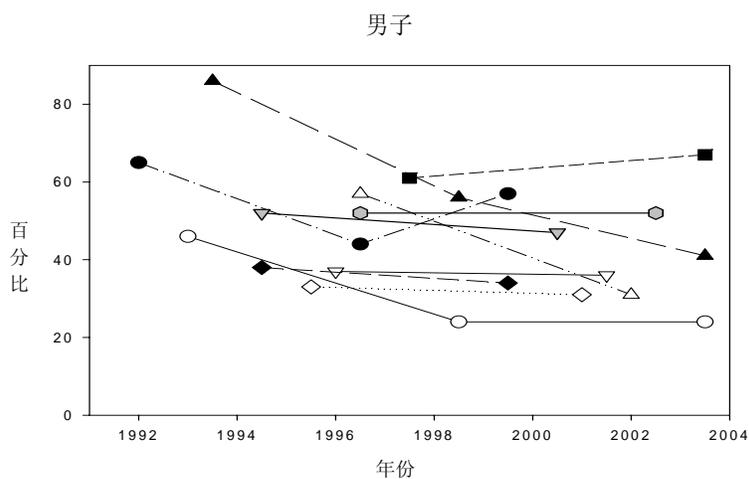
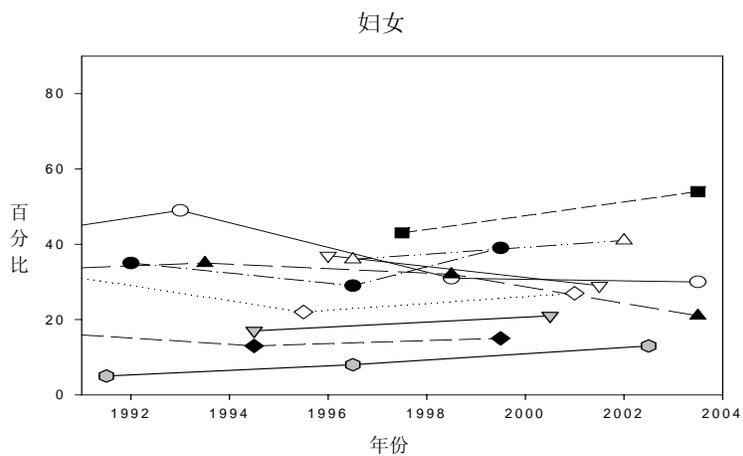
### 对没有感染艾滋病毒的人的影响

有几个行为机制可使艾滋病毒/艾滋病对未被感染者的生育能力产生影响（联合国，2002a）。这些机制包括：延后性行为开始时间；推迟婚姻；节欲或减少性关系伴侣；凡对其艾滋病毒状况不确定者避免采用母乳喂养方法；用避孕套代替或者补充其他避孕方法；逐渐减少寡妇继承制和一夫多妻制等传统做法。

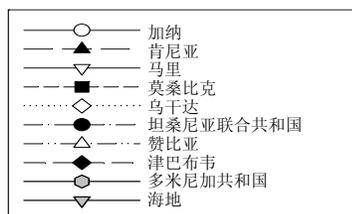
对艾滋病毒/艾滋病及其致因的认识，可能会使人们延后性行为的开始时间或者推迟共结连理的时间。开始性行为年龄和婚姻年龄较晚的趋势在许多国家都比较明显，其中包括那些艾滋病毒/艾滋病发生率较高的国家（联合国，2003a）。在世界范围内，初婚年龄在过去 30 年里大幅度上升，男子上升到 27 岁，妇女上升到 23 岁。有关较年轻妇女（15 岁-19 岁）的数据表明，2000 年，非洲和亚洲的这一年龄组妇女中分别有大约 80% 和 90% 从未结婚，而这些数字在 1970 年分别为 65% 和 75%。出现这些趋势的时间早于发现艾滋病毒/艾滋病之时，因此无法说明艾滋病是否对这一趋势产生了特有影响。

最近的调查表明，在一些国家，年轻成年人、尤其是男子的婚前性关系有减少趋势，但在其他国家没有什么变化（图五）。婚前性行为大幅下降的现象在加纳和肯尼亚的男子和妇女以及赞比亚的男子中比较明显。

图五  
一些国家在一些年份的婚前性行为趋势



来源：宏观舆论调查中心；衡量人口与健康调查艾滋病/艾滋病调查指标数据库，可从 [www.measuredhs.com/hiv/data](http://www.measuredhs.com/hiv/data) 网站查阅（查阅时间为2005年1月4日）。

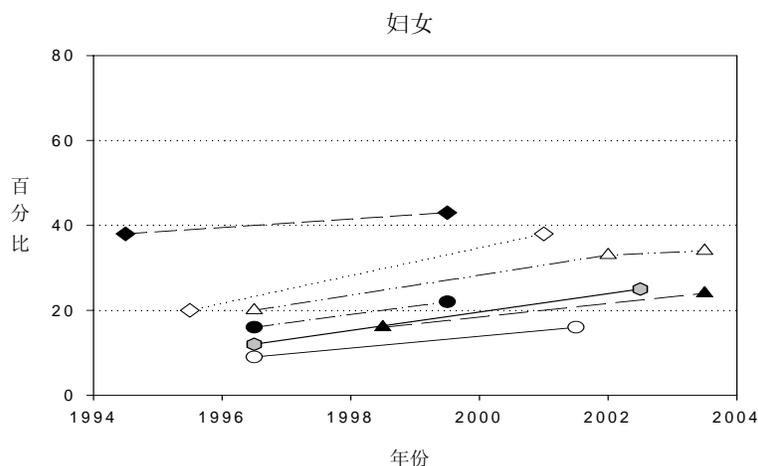


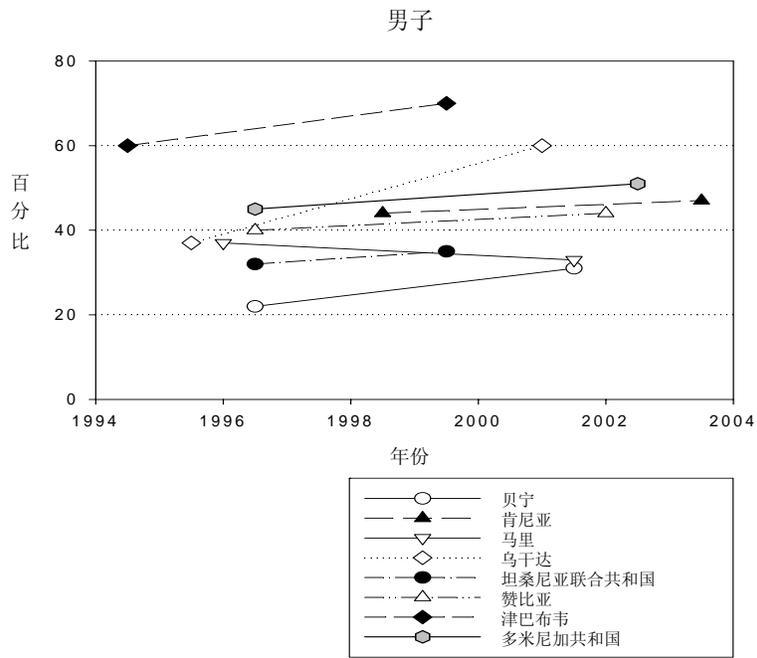
在婚姻关系内，未感染一方可能会做出的反应是减少与已感染一方之间的性关系。在尼日利亚进行的一项研究表明，妇女在丈夫感染艾滋病毒以后，或者断绝婚姻关系，或者拒绝与丈夫发生性行为，或者只有在丈夫使用避孕套时才发生性行为（Orubuloye, Caldwell 和 Caldwell, 1992 年）。为了避免感染，一些人可能会选择与拥有其他性伴侣的配偶分手。对生育能力产生的另外一个潜在影响是在丧偶或离婚后再婚的比例降低。有报告表明，在乌干达和津巴布韦，艾滋病毒/艾滋病降低了艾滋病寡妇再婚的可能性（联合国，2002a）。

在艾滋病毒感染率较高的许多国家，使用避孕套的比例不断上升。最近的调查表明，在婚姻关系以外使用避孕套的比例大幅上升（图六）。尽管如此，在大多数国家，参与较高风险性行为的人中有一半以上在最近一次性行为中没有使用避孕套。有报告表明，在大多数国家，育龄已婚妇女中仅仅有一小部分目前采用避孕套避孕办法，这一比例通常低于 5%。尽管如此，最新调查表明在婚姻关系以内使用避孕套的比例有所增加，而近在 1990 年代初期，这一比例通常是零。

图六

1994 年-2004 年某些国家年龄在 15-49 岁之间的妇女和男子在最近一次较高风险性行为中使用避孕套的趋向\*





\* 与配偶或者同居伴侣以外的任何人最近一次发生性行为时使用避孕套的人相对于在过去 12 个月里与这样一位伴侣发生性行为的人之间的比例；1994 年在津巴布韦，根据过去 4 个星期的性活动情况。

来源：宏观舆论调查中心(2004 年)；衡量人口与健康调查艾滋病病毒/艾滋病调查指标数据库 (<http://www.measuredhs.com/hiv/data>)。

### 不安全的性行为、艾滋病病毒/艾滋病和社会经济地位

1980 年代和 1990 年代早期在发展中国家进行的研究大多表明，社会经济地位较高群体中的艾滋病病毒感染率高于普通民众(世界银行，1999 年；Hargreaves 和 Glynn，2002 年)。许多分析家猜测说，随着时间的推移，受教育程度较高者的感染比例较高的趋势将消失，艾滋病病毒感染最终将在穷人中变得相对更加普遍。这一预测的依据是，在出现艾滋病的初期，有关艾滋病病毒传播和预防的知识有限，因此“较高的教育和收入水平通常可提供的保护优势(更有能力了解艾滋病病毒的预防并有更多资源购买避孕套或者采取其他措施以防止感染,)没有发挥作用”(世界银行，1999

年)。随着时间的推移，由于人们能够获得如何避免感染的知识，受过较好教育和较富裕的人预计将能够更好地避免感染，从而最终扭转此前所看到的社会模式。这一趋势在一些发达国家以及在巴西和泰国等其他一些国家的某些人口群体中比较明显（同上）。

最近的数据表明，农村没有受过教育、且相对比较贫穷的男女青年和成人在发生较高风险性行为，也就是说与非婚姻、非同居性伴侣发生性行为时，使用避孕套的可能性相对较低（表 7）。他们对艾滋病毒感染和预防知识的了解也更少（联合国，2002b），获得艾滋病毒/艾滋病预防、护理和治疗服务的可能性较小，经济承受能力较低。

与此同时，在大多数国家，性行为比较活跃者、农村人口和未受过教育者中发生较高风险性行为的可能性大大低于其他人（表 7）。这种情况对男女而言均如此，尽管有较小一部分妇女报告曾发生较高风险性行为。

表 7

**在调查前一年中有较高风险性行为的育龄男女的比例<sup>a</sup>和在最近一次较高风险性行为中使用避孕套的育龄男女的比例**

	居住地			教育情况			
	调查次数	城镇	农村	调查次数	无	小学	中学或以上
<b>A. 在调查前一年有较高风险性行为<sup>b</sup></b>							
男子	24	48	34	22	26	41	50
妇女	26	23	12	24	9	18	31
<b>B. 在最近一次较高风险性行为中使用避孕套的情况<sup>c</sup></b>							
男子	23	55	36	18	22	36	57
妇女	23	32	16	22	10	19	37

**来源：** 宏观舆论研究中心(2004年)：衡量人口与健康调查艾滋病毒/艾滋病调查指标数据库，可在 [www.measuredhs.com/hiv/data](http://www.measuredhs.com/hiv/data) 上查阅（查阅时间为 2005 年 1 月 4 日）。

**说明：** 所示百分比是根据深受艾滋病毒/艾滋病影响的发展中国家的人口与健康调查得出的平均数。数据来自于每个国家的最新调查。

<sup>a</sup> 与非婚姻、非同居伴侣的性行为。

<sup>b</sup> 根据在过去 12 个月里报告有性活动的答卷人提供的资料。

<sup>c</sup> 根据在过去 12 个月里报告与非婚姻、非同居伴侣有性活动的答卷人提供的资料。

因此,受过较好教育的城镇居民更有可能发生高风险性行为,但也更有可能使用避孕套进行保护。这些相互对立的因素对艾滋病毒传播产生的最终影响目前尚不清楚。

与有关性行为和避孕套使用情况的资料相比,有关不同社会经济群体内艾滋病毒感染模式的新证据更为有限。在大多数国家,城市的艾滋病毒感染率仍然高于农村地区。在非洲国家以社区为基础进行的研究表明,城市地区的艾滋病毒感染率大约是农村地区的两倍(艾滋病规划署,2004b)。至于受教育程度所造成的差异,有证据表明,至少在某些情况下,各种模式正在发生变化。在坦桑尼亚联合共和国,艾滋病毒感染率和教育之间的联系在1987年和1996年期间没有发生多少变化,但趋势数据表明,泰国、乌干达和赞比亚等国受过教育的人中艾滋病毒感染率下降幅度较大(Hargreaves和Glynn,2002年)。

1997-1998年期间在四个非洲城市进行的研究发现,没有证据表明艾滋病毒感染风险增加与教育之间有联系(Glynn等,2004年)。2003年在布基纳法索、加纳和肯尼亚等国进行的调查发现,除布基纳法索的男子以外,艾滋病毒发生率最高的群体受过小学或者初中教育,受过高中教育或者没有受过教育的群体的感染率较低。与此同时,穷人中的艾滋病毒感染率相对较低。布基纳法索和肯尼亚最富有的20%人口和加纳中产阶级的感染率最高。

总之,艾滋病毒/艾滋病迄今为止对总体人口的生育能力的影响不大。对个人而言,艾滋病毒抗体阳性妇女的受孕能力较低,胎儿死亡比例较高。只要发展中国家的大部分感染仍未得到诊断,感染者有意改变性行为的余地便是有限的。人们对感染艾滋病的担忧可能正在影响某些没有感染艾滋病毒的人,迫使他们改变行为,如延后开始性行为的时间,推迟婚姻或者使用避孕套。生活在城镇地区以及受教育程度更高的男女更有可能发生较高风险的性行为,但与农村受教育程度较低的人相比,他们也更有可能使用避孕套。以前有关撒南非洲人口的资料往往会发现,受过良好

教育的城镇群体的感染率最高。尽管有关社会经济特点造成艾滋病毒感染率差别的资料很少，但有迹象表明这些模式可能正在改变。在一些国家，受过小学教育的人的艾滋病毒感染率高于那些受过更多或更少教育的人。在大多数情况下，城市地区的感染率仍然高于农村地区。

## 五. 地域流动性

艾滋病毒/艾滋病蔓延与地域流动性之间的相互关系是错综复杂的。就像大多数流行病一样，感染者的流动对艾滋病毒的地域传播影响甚大，但病毒感染也会对这种流动起威慑作用，并会遏制移徙者进入感染率高的地区。未感染者的流动也会影响流行病的蔓延途径，特别是保健人员的移徙。

### 艾滋病毒/艾滋病与地域流动性

关于空间流动性对艾滋病毒蔓延的影响的大多数研究都是以撒哈拉以南非洲为对象，但最近也集中研究亚洲国家，主要是中国和印度。年轻人往往是单独流动的，这与城市地区艾滋病毒/艾滋病流行率偏高有关联。研究侧重于某些流动人口(卡车司机、季节性移徙工人、巡回贸易商、商业性工作者和军人)对艾滋病毒沿一定运输路线和高流动率地区蔓延所产生的作用(Lidyé和Robinson, 1998年; Pickering和Nunn, 1997年)。冲突及随之产生的人口迁移也是调查研究的重点(艾滋病规划署, 2004b)。

根据大多数研究的结论，无论流动来源地和目的地的病毒流行总体情况如何，流动人口与不流动人口相比，前者受感染的风险比较高，这是因为流动与增加感染风险的行为有关联。这些行为涉及一些倾向性的特征，如：年轻人的流动性比老人高；冒风险的行为在年轻人中较为普遍；个人或家庭特征因流动而会改变；会置身于新的环境。

流动往往使配偶分开。与甚少离家或从不离家的人相比，经常与配偶或固定伙伴分开的人多半会有其他性伴侣，他们的性行为随便，艾滋病毒抗体呈阳性反应(Lidyé等, 2004; Lagarde等,

2003)。循环流动或移徙意味着经常或定期留在家中，以致流动地点两端的人都面临受感染风险。男子从城市地区往农村地区移徙与艾滋病毒在撒哈拉以南非洲的农村蔓延有连带关系（Pison 等，1993；Lurie 等，2003）。但病毒不仅是从流动的男子传给妇女：根据南非的一项研究，在接近三分之一的病例中，病毒是从农村地区的不流动妇女传给其流动伙伴的（Lurie 等，2003）。

从农村向城市流动意味着独自流动者的性行为不再归入传统社区规范，他们或许会发现自己置身于一种导致高风险行为的环境中（Decosas 等，1995）。在流动人口中年轻人占绝大多数（如农工和矿工），这种情况会增加从事高风险性行为的可能性。男性移徙工人集中一起，脱离正常家庭生活，会增加对商业性性行为的需求，并导致艾滋病毒的蔓延（Hunt，1989）。在中国某些省份进行的研究表明，在性病和艾滋病毒/艾滋病患者之中，移徙者所占比例很高（Yang，2004）。很少人知道究竟什么机制导致中国国内移徙者感染风险较高。一些研究表明，移徙者吸毒特别是静脉注射吸毒的可能性高于非移徙者。

对社会和行为机制导致流动者受感染的风险进行了研究，这些研究为预防战略的执行提供了有用看法。但研究结果仍然有限，研究主要集中于撒哈拉以南非洲农村向城市流动的情况。大多数现有个案研究表明，流动者感染艾滋病毒的风险较高。但可以想象，在某些情况下，人口流动也会减少这种风险，因为通过流动可以多接触信息和新的做法，并会获得较佳的服务和照料。例如在塞内加尔、乌干达和坦桑尼亚联合共和国，与非流动者相比，流动者多半会使用保险套（Morris 等，2000；Lagarde 等，2003）。如果有适当的支助网络，即使置身于新的环境中也不一定会发生风险较高的行为。

此外，人口流动研究往往没有区分在目的地停留时间的长短以及流动原因。流动者是多种多样的，有些人在短期内断断续续地流动，有些人则长时间地或经常地移徙。就地域流动而言，有些人在一个国家内流动，其他人则在国际上流动。移徙者受感染

的风险各不相同，这取决于他们在目的地逗留时间的长短和是否与其近亲一起流动。

在有些研究中，流动人口的界定方式往往预先决定了较高的感染风险。为研究起见，移徙者往往被界定为离家外出者。但流动或移徙不一定意味着配偶不住在一起。1993年，在肯尼亚城区，与从来没有搬迁的妇女相比，在一个社区居住了起码6个月的妇女多半会与其丈夫或伙伴住在一起（Brockehoff 和 Biddlecom, 1999）。此外，与从来没有搬迁的妇女相比，在城区之间迁移的妇女从事高风险性行为的可能性比较少。与此相反，与不移徙的男子相比，在城区之间迁移的男子从事高风险性行为的可能性将近高一倍。农村地区的情况则相反：与从未移徙的农村妇女相比，在农村地区之间移徙的妇女从事较高风险的行为，但在农村地区之间移徙的男子来说情况并非如此。换言之，流动本身不是决定高风险行为的因素。

#### **关于国际旅行与艾滋病毒/艾滋病的政策**

2003年，至少有60个国家规定对申请入境的旅客的各类群体或某些群体进行艾滋病毒抗体检测（美国国务院，2003）。1999-2002年期间对144个国家进行的一项调查表明，104个国家规定了一些与艾滋病毒有关的某些旅行限制（德国艾滋病援助中心，2002）。限制范围各有不同。14个国家禁止艾滋病毒/艾滋病患者入境，无论该人是旅客或移徙者，它们还授权将艾滋病毒抗体阳性的外国人驱逐出境。但这种限制往往只适用于申请入境逾3个月（或有时30天）的艾滋病毒抗体阳性者。大多数国家规定，申请居留者必须证明他们是艾滋病毒抗体阴性者。有些国家只选择某类移徙者进行抗体检测。例如，巴林规定食物工业、保健或儿童保育行业的移徙工人必须接受艾滋病毒抗体检测；马来西亚对非技术移徙工人进行抗体检测；南非规定对外来采矿工人进行艾滋病毒抗体检测。虽然大不列颠及北爱尔兰联合王国不拒绝艾滋病毒抗体阳性者入境，但任何人凡在进入港似乎感到不适者都要接受抗体检测，若发现感染了艾滋病毒则不准入境（同上）。

实施这种旅行限制主要是为了保护公共健康，以免艾滋病毒抗体阳性的外国人给接受国的保健系统造成不当负担。有了有效的艾滋病毒/艾滋病防治办法后，人们更加担心这些人会对接受国的保健系统造成不当的负担，因为大多数发展中国家仍然没有这种防治办法。但在旅行方面实施限制对于阻止加重接受国负担的人入境效果可能不大。或许艾滋病毒抗体阳性的外国人有能力支付保健费用，他们无权享有免费医疗服务。艾滋病规划署和国际移民组织（2004）在关于艾滋病毒者旅行限制问题的一项联合声明中建议，在决定是否拒绝国际移民者入境时，应当根据可能引起的保健服务和社会援助费用，就个别情况进行考虑，以及评估有关的人是否会需要这种服务，何时需要这种服务，是否可以直接或间接通过经济和社会上的帮助支付这些费用。艾滋病规划署和国际移民组织建议，在根据健康情况（包括艾滋病毒/艾滋病）决定对入境或逗留实施限制时，必须确保遵守人权方面的义务，其中包括无差别原则、不驱回难民原则和隐私权，以及保护家庭、移民者的权利和儿童的最高利益（同上）。

总之，人口流动与增加感染艾滋病毒之风险的行为有联系。研究表明，某些流动人口感染病毒的风险高于定居者。但暴露于新的环境下，特别是在没有与家庭分开的情况，不一定就会导致危险行为。在国际一级，大多数国家都对打算申请长时间（通常是3个月或更长时间）逗留的艾滋病毒抗体阳性的外国人实施入境限制。

## **六. 艾滋病毒/艾滋病、发展和贫穷**

自1980年代初期开始，艾滋病毒/艾滋病对社会各个阶层都产生影响，在艾滋病毒/艾滋病流行率高的国家，这种病使得几十年来在降低死亡率方面所取得的进展化为乌有。由于患病者往往是生产力最强的年轻人，所以该病对家庭、住户和国家的长期经济发展产生破坏性后果。

## 对家庭和住户的冲击

家庭和住户往往要承担艾滋病毒/艾滋病所造成的大部分负担，因为它们是应付这种病和处理其后果的基本单位。研究结果表明，如果感染者是养家者，家庭的财政就会受到打击，不但收入会减少，医疗方面的支出也会增加（联合国，2004a）。在患者长期生病以及病死之后的这段期间，由于收入短缺，医疗费用增加，所以不得不动用家里的储蓄，以及变卖生产性资产和借钱。受艾滋病影响的住户往往很快陷入贫穷。在乌干达的拉卡伊，受艾滋病影响的住户（尤其是患者为男性时）拥有耐用物品的可能性往往比未受艾滋病影响的住户低很多（Menon 等，1998）。Booyesen（2003）发现，在南非，近期家里有人死亡的住户陷入贫穷的可能性比未受艾滋病影响的住户高一倍，而且这种贫穷状况多半长期存在。根据研究文件所载，受艾滋病影响的住户消费水平降低，包括食物消耗量减少，有时造成营养不良（联合国，2004a）。

研究结果显示，成人尤其是双亲死亡往往造成家庭破裂，他们的子女会被送到亲戚家里住，有些甚至无家可归。在受艾滋病影响最严重的国家里，“隔代”住户——家里没有父母，只有祖父母和孙子孙女的住户越来越普遍（联合国，2004a）。

研究结果表明，受艾滋病影响的住户的儿童入学率较低（联合国，2004a）。儿童往往因为家里没钱交学费或需要劳动力而退学。在坦桑尼亚联合共和国，如果艾滋病患者是母亲的话，情况确实如此。儿童往往要承担母亲的家务负担而退学（Ainsworth，1993）。

近期一些研究比较了同一个社会中的艾滋病孤儿与非艾滋病孤儿的福利。大多数研究表明，孤儿尤其是双亲已亡或在穷人家里生活的孤儿，在教育和营养方面处境甚为不利（联合国，2004a）。尤其在非洲社会，收养孤儿是一种常见的文化传统，但孤儿数目激增却使大家庭的传统支助系统承受很大压力。在许多受艾滋病影响的国家中，老人往往要照顾已丧失父母的孙子孙女，他们还

可能要照顾临终的患病子女。许多老人都没有社会福利或养老金。艾滋病毒不仅加重了老人的生活负担，而且使他们在正需要支助之时陷入贫困之中（同上）。

### **对农业和粮食安全的冲击**

在受艾滋病毒/艾滋病严重影响的国家中，大多数的人都住在农村地区。在许多非洲国家，种植和其他农村职业为 70% 以上的人口提供了生计。艾滋病对极需要人力从事生产的国家农业部门带来特别严重的损害。联合国粮食及农业组织（粮农组织）估计，在非洲 27 个最受影响的国家中，700 万名农业工人于 1985 年至 2000 年期间死于艾滋病，未来 20 年内可能有 1 600 万人死于该病（联合国粮食及农业组织，2001）。到 2020 年，10 个最受影响的非洲国家的农业劳动力将下降 11 至 26%。

与艾滋病有关的疾病和死亡造成了劳动力损失，导致可耕地数量减少，以致粮食产量下降和粮食无保障（联合国粮食及农业组织，1997）。例如，最近在津巴布韦进行的一项调查表明，受艾滋病影响的住户的公地农业产量下降了近 50%（Kwaramba，1997）。

在许多高感染率国家中，由于荒漠化和传统耕种被荒弃，农业部门在艾滋病开始流行之前就备受压力。粮农组织（2001）指出，艾滋病毒/艾滋病的流行使农业劳动力的薄弱环节更趋脆弱，不仅加深营养不良，而且加重了农村妇女的负担，尤其是农场住户户主的负担。

### **对劳动力的冲击**

艾滋病毒/艾滋病削弱了劳动队伍的技能 and 经验，人力资本的丧失使人更难实现灭贫和可持续发展的目标（国际劳工组织，2004）。商业部门尤其易受艾滋病毒/艾滋病的冲击，因为许多艾滋病患者都属于劳动适龄人口。艾滋病引起的其他疾病降低了从事经济活动的男子和妇女的生产力。为支付保健费和抚恤金以及训练新的工人，不得不增加商业成本。

艾滋病毒/艾滋病也影响政府的能力。在马拉维进行的一项人力资源研究报告表明，每年政府职员损失人数于 1990 年至 2000 年期间增加了近 6 倍，这主要是因患艾滋病过早死亡（马拉维，管理研究所，2002）。

### 对保健和教育部门的冲击

艾滋病毒/艾滋病对公共部门尤其是保健和教育系统带来严重挑战。这两个系统均是对国家未来经济发展至关重要的人力资本投资领域。艾滋病毒/艾滋病不仅造成保健和教育开支的增加，在受严重影响的国家里，医生、教师和护士还因此而丧失性命。资金短缺以及教育和保健专业人员的损失造成一种可能性，即与前一代人相比，下一代人的教育水平将会更低，健康将会更差。

保健部门在照料艾滋病毒/艾滋病患者和防止病毒进一步传播这方面扮演着关键角色。感染者患上与艾滋病有关的机会性的疾病后需要照料，因此增加了对保健服务的需求。同时保健工作者也会患上艾滋病而死亡，所以他们的人数和生产力也随着下降。根据对非洲政府保健部门雇员死亡情况所作的研究，在所有死亡例案中有 19 至 53% 是由艾滋病引起的（艾滋病规划署，2004a）。此外，由于需把资金拨用于防治艾滋病毒/艾滋病，所以没有顾到其他保健需要，以致整个社会的保健卫生受到不利影响。

艾滋病毒/艾滋病还逐步减少普及初级教育方面所取得的进展。艾滋病削弱了教育系统，使受影响家庭的儿童不能上学（Monasch 和 snoad，2003）艾滋病毒/艾滋病对教育部门的影响是用三个主要指标来衡量的：师资、入学儿童人数和教育质量。联合国儿童基金会（儿童基金会）（2000）的研究指出，艾滋病造成师资短缺、旷课人数增多、产量降低。例如在津巴布韦，1998 年教师死亡人数相当于每年新教师人数的大约三份之二。

艾滋病毒/艾滋病还降低了入学率。丧失双亲的家庭没有能力付学费，而且家里多半需要儿童留在家里干活。患艾滋病的教师死后需要其他教师代替，他们资历较浅，经验较少，教育质量因

而下降。艾滋病毒/艾滋病所产生的影响最长久和最具破坏性的后遗症是使下一代人失去教育。

### 对经济和发展的冲击

艾滋病毒/艾滋病对任何国家的经济造成负担。对经济体系薄弱的国家来说尤其如此，经济体系薄弱往往是艾滋病毒感染率高的国家的普遍特点。曾经利用一些模式来说明艾滋病毒/艾滋病对经济增长所产生的冲击（联合国，2004a）。在有些情况下，艾滋病毒/艾滋病对经济的冲击估计“很小”，与“无艾滋病”的情况相比，经济增长下降额占国内生产总值的 2 至 4%。除了对国内生产总值产生影响之外，艾滋病毒/艾滋病还会增加收入不平等和贫穷的现象。但是由于战争、自然灾害、经济管理和财政政策不善等许多其他因素也影响到长期经济增长，因此难以孤立地阐明艾滋病毒/艾滋病对国家经济的作用。

从长远看，艾滋病毒/艾滋病对经济的影响可能比大多数经济分析数字更为严重。评估艾滋病的影响时往往没有考虑到“社会资本”的损失或艾滋病毒/艾滋病对人力资本造成的长期损害。减少对年轻一代的人力资本投资将会影响到未来几十年的经济业绩，超出了大多数经济分析所涉的时间范围（Bell, Devarajan 和 Gersbach, 2003）。

许多研究只涉及艾滋病毒/艾滋病对经济造成的可计量的影响，然而“发展”概念不仅包含物质方面的进展。促进国民长寿健康也是发展成功的主要特点之一。艾滋病毒/艾滋病对死亡率的影响意味着福利方面的损失，这一影响远甚于艾滋病毒/艾滋病对国内总产值的影响程度（Jamison, Sachs 和 Wang, 2001）。

总之，艾滋病毒/艾滋病触及社会各个阶层。研究结果表明，艾滋病毒/艾滋病会改变家庭，使家庭陷入贫困，并且削弱代际之间的支助系统。艾滋病毒/艾滋病造成农业产量下降，导致粮食无保障；它耗费保健资源，阻碍教育方面的进展，削减劳动力，并增加商业成本。艾滋病毒/艾滋病减少人力资本方面的投资，对国家的社会经济发展造成深远长期的影响。

## 七. 政府的观点和政策

艾滋病的蔓延促使全球、区域和国家各级前所未有地作出各种反应。《联合国千年宣言》确认迫切需要采取共同对策（见大会第 55/2 号决议，第 19 段），其中表示各国决心在 2015 年年底前制止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延。2001 年关于艾滋病毒/艾滋病问题的大会第二十六届特别会议通过的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》重申这一决心，确认预防感染艾滋病毒/艾滋病必须成为遏制艾滋病对策的支柱。

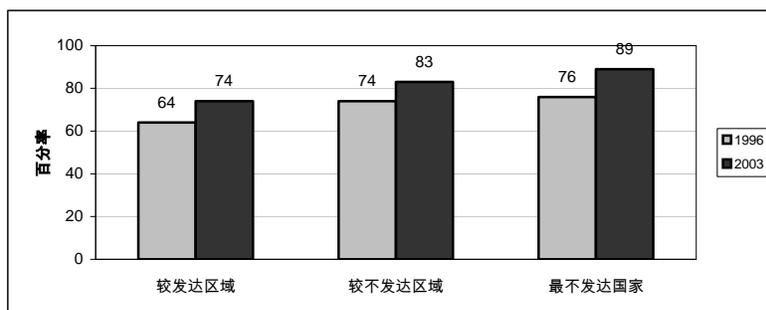
各国政府在 1980 年代中期以前就开始制订艾滋病毒/艾滋病方面的政策，但是这些政策往往零敲碎打，并且狭窄地集中在保健部门。这种情况同目前许多国家制订全面的政策和方案的做法形成明显对照。坚决明确的国家领导加上民众的认识和深入细致的预防工作带来了一些显著成就。

### 艾滋病毒/艾滋病逐渐成为受国家重视的问题的过程

全世界大多数国家都重视艾滋病毒/艾滋病问题，将其排在人口政策议程的前列（联合国，2004b）。截至 2003 年为止，80% 的国家都表示重视艾滋病毒/艾滋病问题（图七）。重视的程度也同发展程度密切相关。四分之三的较发达区域表示重视艾滋病问题，最不发达国家的比例则将近 90%。

图七

1996 年和 2003 年对艾滋病毒/艾滋病问题表示重视的较发达和较不发达区域国家和最不发达国家政府所占比例



资料来源：《2003 年世界人口政策》（联合国出版物，出售品编号：E.04.XIII.3）。

但许多国家最初并没有将艾滋病毒和艾滋病视为一种全国性的威胁和值得重视的问题。1980 年代中期到末期，也就是艾滋病蔓延的初期，全世界只有约四分之一的国家对较少数的艾滋病例深表关切（联合国，1990）。这段期间的特点是一般都不承认或是不接受这个问题。虽然如今艾滋病毒/艾滋病受到几乎普遍的关注，各国关注的性质和程度各不相同。各国和各区域对艾滋病的反应大相径庭。目前拉丁美洲和加勒比和非洲约有 90% 的国家承认艾滋病毒/艾滋病是其所关注的一个重要问题。大洋洲有五分之四的国家、亚洲以及欧洲和北美洲则约有 70% 的国家重视该问题。

这种流行病的传播速度对各国政府的观点产生了重大影响。非洲国家受到最严重的影响，因此将艾滋病视为紧急优先事项。相反，澳大利亚、丹麦和芬兰等流行率较低的国家固然关注本国的经历，但是往往也对其他国家所受影响深表关切。

### **艾滋病毒/艾滋病预防和治疗战略**

多数国家的政府都实施了注重艾滋病毒/艾滋病预防的方案。综合预防方案包括一系列战略，例如信息、教育和宣传运动，以及下列各方面的方案：改变性行为、宣传保险套、自愿咨询和验测、确保血液安全、针对高危群体（性工作者和注射毒品者）和易受伤害群体（年轻人和孕妇）的方案。此外，大约 60 个国家对移民实施强制性艾滋病验测，从人权观点看来，这是一种最引起争议的对策（艾滋病规划署和国际移徙组织，2004）。最普遍的方案是信息、教育和宣传运动、血液检测、验测和咨询、宣传保险套和通知报告病例等方案（见表 8）。过去的经验表明，国家方案

在采取适应各国具体危险因素和国情的适当综合方案措施时最为有效。例如，巴西、泰国和乌干达对艾滋病所采取的对策大相径庭，但是都极其有效（联合国，2003b）。然而一个关键问题仍旧是如何确保需要援助的人有机会从这些方案得到惠益。最近一项调查结果表明，危险群体中只有占很少比例的一部分人有充分机会获得基本预防服务（艾滋病规划署，2004b）。

增进个人对艾滋病毒/艾滋病及其预防的认识可以起一种补充作用，提高政府政策和方案的效力。例如，教育程度较低的人对艾滋病毒/艾滋病缺乏认识，不大可能使用保险套，因而较易受到感染（联合国，2002b）。此外，即使妇女对艾滋病毒/艾滋病有相当的认识，她们在禁欲或安全性行为的选择上往往无能为力。有鉴于此，许多政府通过报刊、剧场、无线电、直接邮寄及其他公共服务公告等各种渠道促进信息、教育和宣传方案，来提高公众的认识。非政府组织、艾滋病感染者网络、宗教机构及国际和双边捐助者等都是信息、教育和宣传活动的重要参与者。

在提高政府政策的效力方面还需作出很大努力，因为各阶层人口对艾滋病认识的程度存在差异。相关调查结果表明，艾滋病猖獗的国家对其认识的程度较高，但往往依然存在危险行为（联合国，2002b）。禁欲、专一（减少性伴侣）及正确和坚持使用保险套已成为改变性行为方案的一个重要组成部分。在乌干达，禁欲、专一、用保险套战略对于政府减少艾滋病毒流行率的工作起了关键作用。目前在津巴布韦实施一个创新项目，向年轻妇女提供职业及其他训练、贷款和就业机会，以免她们同较年长的男子发生性关系，以性换取支助（联合国人口基金，2004）。减少性伴侣是减少危险行为的战略的一项关键要素，对柬埔寨、多米尼加共和国和埃塞俄比亚等国家的艾滋病毒感染率显著下降起了一定作用。

大约 90% 的国家表示实施有宣传保险套使用的方案（表 8）。多数非洲国家都宣传保险套的使用，但是许多国家承认难以向目标人口传达这种信息。尽管在保险套的供应方面取得了显著的进

展，仍然存在若干制约因素，例如一直存在供应短缺的情况（艾滋病规划署，2004b）。非政府组织为许多国家的穷人实施了影响社会行为的促销方案，这些组织仍然是一些国家主要的保险套供应来源。有些国家的政府对于尤其是在婚外积极宣传保险套的使用感到疑虑，担心会因此而鼓励性活动。若干国家的方案不向青少年分发保险套。虽然保险套在婚外性关系中使用的可能性比已婚夫妇之间要大得多，但是许多结了婚的人，特别是妇女，继续因为她们的配偶而感染艾滋病毒。

表 8

### 2004 年全世界和各主要区域各国实施艾滋病毒/艾滋病政策的分布情况

区域	国家总数	资料/宣传		验测和 咨询	宣传保险 套的使用	通知/ 报告病例	获得抗逆转 录病毒治疗 的机会
		教育运动	血液检测				
全世界	82	77	76	75	73	73	68
较发达区域	28	25	25	25	24	25	25
较不发达区域	54	52	51	50	49	48	43
最不发达国家	12	12	12	12	12	10	9
非洲	15	15	15	15	15	12	14
亚洲	27	26	26	25	25	25	19
欧洲	24	21	21	21	20	21	21
拉丁美洲和 加勒比	12	11	10	10	9	11	11
北美洲	1	1	1	1	1	1	1
大洋洲	3	3	3	3	3	3	2

资料来源：联合国秘书处经济和社会事务部人口司维持的人口政策数据库。

与艾滋病有关的耻辱和歧视在很大程度上减损了艾滋病对策的效力。受感染者在人权方面的需求包括提供法律保护，以防歧视做法，扫除使其无法获得充分的保健服务的障碍。到 2004 年年底前，38% 的国家没有颁布与艾滋病有关的禁止歧视的法律，三

分之一的国家则没有制订政策确保妇女享有同等的机会获得重要的预防和护理服务（艾滋病规划署，2004b）。

污染了的输血用血液是最可防止的艾滋病毒感染源。艾滋病毒检测验测方法产生 15 年后的今天，特别是对发展中国家来说，减少经由输血传播艾滋病毒及其他传染病仍然是公共卫生方面的一项重大挑战（国家预防艾滋病毒、性传播疾病和结核病中心各疾病防治中心，2004）。到 2004 年，许多国家对艾滋病毒感染者进行了血液检测。确保国家血液供应安全的工作有所改善，若干国家扩大了检测范围，以包括更多的血液供应来源。各国的血液管理政策在其所包括的范围和全面性方面有所不同。例如，各国经验测的输血用血液所占比例和验测程序的精确度各不相同。有些国家只验测国家血库的血液或是志愿捐血者的血液。但是血液的缺乏往往使医院不得不求助于卖血者或是紧急输血病人的家属。

预防工作也针对母婴传播艾滋病毒情况。为消除这种传播渠道而开展的活动包括向育龄妇女提供预防服务、向孕妇提供自愿咨询和验测、提供综合性生殖健康服务和抗逆转录病毒预防服务（见第八节）。但是到目前为止在增加获得抗逆转录病毒预防服务的机会方面取得的进展很有限，只有 10% 的孕妇获得这种治疗（艾滋病规划署，2004b）。

抗逆转录病毒治疗在很大程度上延长了艾滋病患者的生命并减少了他们的痛苦，但是获得抗逆转录病毒治疗的机会仍然极少。虽然在国际和国家二级作出了一致努力以压低这种药品的价格，发展中国家多数艾滋病患者仍然负担不起这种治疗的费用。此外，艾滋病毒治疗机会固然日渐增加，绝不能因此而忽视预防工作，否则新感染艾滋病者的人数又会增加。

### **多部门战略和伙伴关系**

鉴于艾滋病毒/艾滋病对国家社会经济发展各个方面所产生的影响，将艾滋病毒/艾滋病问题纳入发展规划的主流是一项关键

战略。千年发展目标和 2001 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》都要求消除贫穷。但是到 2004 年，所调查的非洲国家中只有 56% 由国家艾滋病委员会参与拟订减贫战略（艾滋病规划署，2004b）。

各国日益将艾滋病毒/艾滋病问题纳入国家多部门战略计划。到 2002 年年底，102 个国家拟订了国家艾滋病毒/艾滋病战略计划（联合国，2003b）。许多国家不再纯粹从医疗的观点看待艾滋病毒/艾滋病问题，而将其视为需要所有部门参与的一个较大的发展问题。但是一些国家在制订多部门艾滋病战略方面的进展很慢。此外，许多国家的卫生部和国家艾滋病理事会的职责权限没有明确界定，造成混乱和分歧（艾滋病规划署，2004b）。

鉴于有许多行为者参与处理艾滋病毒/艾滋病蔓延的问题，因此人们广泛认识到设立国家机构以协调政策制订和方案执行工作的重要性。起初这些机构往往是卫生部，其权力有限，任务也很不明确。近来的新趋势是设立专门负责协调国家艾滋病毒/艾滋病方案的政府机构。这些协调机构往往设在国家元首办公室内，从而较可能为人所知。但是由于资源分配不足或不当，协调机构数目的增加并不见得能够转化为协调一致的有效行动（艾滋病规划署，2004b）。

各国政府日益认识到，唯有在民间社会、艾滋病毒/艾滋病感染者、社区团体、非政府组织和私营部门的积极合作下，才可能有效遏制艾滋病蔓延。尽管非政府组织和社区团体的经费来源往往很不可靠，但是它们在许多国家，特别是在发展中世界对付艾滋病的工作中发挥着重大作用。在许多国家，非政府组织向艾滋病毒/艾滋病患者提供基本的预防、教育和护理服务，有些非政府组织还提供政府无法或不愿提供的服务（Barnett、Cornor 和 Putney，2001）。非政府组织也在较发达区域发挥关键作用。工作场所艾滋病方案的数目日渐增加，但是一项全球性的企业调查结果表明，企业并不特别积极地去应付艾滋病，即便它可能给企业带来严重问题（艾滋病规划署，2004b）。

总之，如今几乎所有国家都认识到艾滋病毒/艾滋病是一个重大问题。尤其是发展中国家，更面临困难选择，需要在预防、治疗和护理之间取得平衡，三者对于综合性地处理艾滋病问题都是不可或缺的。有关政策和方案日益将艾滋病毒/艾滋病视为发展方面的挑战，需要采取多层面的国家对策，特别是扶贫对策。

## 八. 预防、治疗和护理

### 预防

预防是全球的主要应付方法。2003年，艾滋病毒感染的新病例比以往任何一年都多，必须加紧努力，执行切实有效的预防战略（艾滋病规划署，2004b）。目前，在高感染危险群体中，获得必要的基本预防服务的人不到五分之一（全球艾滋病毒预防工作组，2003年）。要是将现有的预防方法推广到全球，世界就可以将预测的2010年新感染数目减少60%以上（Stover等，2002年）。

艾滋病毒通过三种方式传播：(a) 性接触；(b) 直接接触血液，主要是注射毒品、输血、或保健机构不安全的注射；(c) 母亲在怀孕、生产或哺乳时传给子女。目前已有有效方法防止这三种传染途径。从国家方案的角度来看，最有效的方法是执行综合战略，以降低危险性和脆弱性，减轻影响，对付各种形式的艾滋病毒传染。巴西、泰国和乌干达的情况显示：通过重大的政治努力和公开讨论艾滋病的威胁，支助执行“综合预防”方案，就可以在全国扭转这种流行病的传播趋势（艾滋病规划署，2004b；2001a）。

**性传染。**推广艾滋病教育和意识，辅以一些审慎地专门制订、旨在协助个人避免涉及艾滋病毒的危险行为和维持其改变行为的方案，是国家有效预防性传染病方案中极其重要的组成部分。男用和女用保险套对于预防艾滋病毒传播非常有效；根据在巴西、柬埔寨、泰国和一些高收入国家进行的研究，增加使用保险套可减少新的感染病例（艾滋病规划署，2002a；2002b）。除了改变个人行为外，艾滋病毒预防方案谋求社区提高其卫生标准。例如，乌干达在初期就成功降低了艾滋病毒感染率，这大多是由于年青人延后了开始性行为活动的年龄，性伴侣平均数整体减少（美国国际开发署，2002年）。在乌干达发生这些初步改变之后，保险套使用率的提高往往在该国持续遏制流行病方面发挥了重要作用（Singh、Darroch和Bankole，2003年）。业经证明，许多方法，包括同侪干预、社会推广，以及一对一或小组辅导，有助于在各种不同的环境中传递预防艾滋病毒的信息。

鉴于性传播感染大大增加艾滋病毒传染的危险性，因此预防和治疗性传播感染是综合艾滋病毒预防方案极其重要的组成部分。尽管一些国家在没有广泛宣传知悉血液情况的重要性的情况下也取得了重大进展，但应当扩大自愿接受辅导和验血的活动，使预防方面的辅导能够针对血液情况，从而大大加强预防举措。研究显示，经验测证实感染了艾滋病毒的人多数会大大减少其危险行为，而对艾滋病毒检测呈阴性的人由于接受检测而有机会接受有关如何减少危险性的辅导，以及通过转诊而接受更广泛的预防服务。

目前的工作远远不能够遏制通过性行为的传染。这种感染是全球新感染病例的主要源头。许多人处于危险之中，但仍然不知道艾滋病毒传染的危险。例如在印度等国家，农村妇女知悉艾滋病的不到四分之一（国家艾滋病控制组织，2003年）。在世界许多地方，保险套的使用仍然低，而在世界各地，保险套的供应较中收入和低收入国家预防艾滋病毒所需的数量少40%（艾滋病规划署，2004b）。只有四分之一的撒哈拉以南非洲国家报告至少有50%的性传染病人获得适当的诊断、辅导和治疗。在世界各地，行为改变方案目前触及的最容易感染艾滋病毒的人口不及20%。

**血液传染。**在东欧、亚洲部分地区和南美洲南锥体，注射毒品使用者造成病毒传染扩散。“减少伤害”方案涉及降低注射毒品使用者传染的危险性的整套服务，包括外联宣传、减低对毒品的依赖的措施（例如毒品代替品治疗）和使吸毒者能够得到经消毒的注射器，加上自愿辅导和检测及综合保健服务。尽管研究显示减少伤害方案能够有效减低传染的危险，但目前世界上获得这种方案的服务的注射毒品使用者不到十分之一。为了扩大对这些弱势群体提供的救生预防服务，需要大大增加减少伤害方案的财政资助，并进行政策改革，包括对旧针换新针方案现实地给予法律上的容忍和给予财政支助，以及颁发鸦片制剂替代品许可证，扩大给予鸦片吸毒者替代品的治疗方案。国际麻醉品管制局（麻管局）（2004年）确定这种减少伤害的措施没有违反各项国际毒品管制公约。

执行血液安全程序是综合国家预防方案的基本构成部分。这些程序包括统一监察血液供应、依赖低危险性的人捐血，避免不必要的输血，全面筛选捐赠的血液。保健机构不安全的注射估计占撒哈拉以南非洲感染病例的 2.5% (Hauri、Armstrong 和 Hutin, 2004)；避免重复使用注射器和推动使用自毁式注射器，就可以防止这种传染。

**母婴传染。**每年染上艾滋病毒的儿童超过 60 万，大多数是在出生时或在母亲怀孕时受感染的，也有因吃母乳而受感染（艾滋病规划署，2004 年）。向妇女提供初级预防服务是减低婴儿感染艾滋病毒的数目的最有效战略。对于感染了艾滋病毒的妇女，已有整套服务来降低她们将病毒传染给新生儿的危险性。这套服务包括系统地给予艾滋病毒检测、综合生殖健康辅导和服务、产前保健、产妇和新生儿抗逆转录病毒疗法短期疗程，以及婴儿喂养辅导。虽然这套服务大大减少了高收入国家新生儿感染艾滋病毒的数目，但在低收入和中等收入国家，目前只有小部分孕妇获得包括预防逆转录病毒护理的服务（艾滋病规划署，2003b）。

**妇女和青年人。**随着流行病的演变，妇女和青年人的负担越来越重。虽然艾滋病病患曾一度以男子为主，但现在在全世界的艾滋病毒感染者中，约有一半是妇女，而在撒哈拉以南非洲，妇女估计占 57%（艾滋病规划署，2004b）。在撒哈拉以南非洲，青春期女孩的感染率往往至少比男孩高一倍。除了在生理上比男子更易感染外，妇女和女孩更因社会、经济和法律上的不利因素而处于更脆弱境地。由于她们在社会和经济上依赖男子，并且经常面对暴力的危险，妇女往往难以坚持使用安全套。为了有效的预防，不但要使妇女和女孩能够获得准确的资料、具有针对性的预防和支助服务及安全套，还要执行政策改革，降低妇女的脆弱性。

妇女与艾滋病全球联盟推动艾滋病毒感染者、民间社会领袖、知名活动家、非政府组织代表和联合国人员一起促进协作，支持那些可对妇女和女孩生活产生影响的创新推广工作。全球联盟致力防止女孩和妇女感染艾滋病毒；减少对妇女的暴力；维护女孩

和妇女的财产及继承权；确保妇女和女孩受到同等的治疗和护理；支助社区护理工作，尤其注意给予妇女和女孩的护理；促进妇女获得新的预防技术；支助现有的女孩教育普及工作。

估计新感染者中有一半是青年人。向青年人提供的基本预防服务包括在学校讲授生活技能和艾滋病知识，向易受侵害的失学青年提供各种服务，以及推行减低青年人的脆弱性的政策。目前的工作远远不足以阻止艾滋病毒在青年人中散播。根据 2000 年对 38 个国家的调查，在 31 个国家中，能够准确回答关于艾滋病毒传播的标准问题的青年人不到 30%。在向艾滋病规划署提出报告的国家中，只有一半将生活技能的方法纳入教育方案中，只有小部分的失学青年人实际上获得艾滋病毒预防方案的辅导（艾滋病规划署，2003b）。

**执行国家预防方案。**尽管研究显示有诸多有效的预防战略，但各个国家实际应采取何种方法要视国情而定。一般而言，在艾滋病感染率低的情况下，预防方案应集中于防止病毒在主要人口群体（例如性工作者及其顾客、注射毒品使用者和同性性交的男子）中的传播。在感染率高的情况下，需要采取基础广泛的战略，触及整个社会，包括妇女和青年人，但同时不忽略主要群体。在所有国家，为了有效对付艾滋病，必须采取措施，确保与艾滋病有关的疾病普遍获得治疗，从而减低脆弱性。

### **护理和治疗**

从 1990 年代中期起，高收入国家的艾滋病毒感染者能够得到综合抗逆转录病毒疗法的治疗。因此，艾滋病死亡率大降，艾滋病患者的生活素质得以大大改善。不久以前，人们还广泛认为，由于经济和供应的原因，这些维持生命的治疗方法在资源有限的环境中是不可行的。不过，由于宣传等各种因素，在最不发达国家进行综合抗逆转录病毒疗法的治疗的每年费用从 2000 年的 10 000 美元至 12 000 美元降到 2004 年的 150 美元，大大提高了人们负担抗逆转录病毒疗法的能力。而且由于捐助者的更多资助，这些国家的艾滋病治疗工作更为可行。

**全球的治疗势头。**近年来，全球形势有所发展，已在中等收入和低收入国家采用抗逆转录病毒疗法；估计这些艾滋病毒感染者占全球 95%。巴西在 1996 年率先执行一项新的国家政策，规定通过公共部门全面提供抗逆转录病毒疗法。后来，许多国家，包括博茨瓦纳、中国和南非，制订了抗逆转录病毒疗法公共部门计划。《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》中认可的全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金在其头三轮筹资中提供足够资金，以确保在 5 年内向约 70 万人施行抗逆转录病毒疗法（全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金，2004 年）。双边捐助者，特别是美国，为扩大施行抗逆转录病毒疗法作出了重大承诺；私人基金，包括比尔和梅林达·盖茨基金和威廉·克林顿总统基金，在受严重影响的国家大力扩大治疗规模。认识到艾滋病可能摧毁商业活动，许多私营公司正采取重大步骤，向受艾滋病毒影响的员工提供抗逆转录病毒疗法。2003 年 12 月，世界卫生组织（卫生组织）和艾滋病规划署传达了新的全球决心，制订一个目标，要在 2005 年年底将抗逆转录病毒疗法扩至发展中国家的 300 万患者。

**治疗的可行性。**试验项目（例如艾滋病规划署 1998 年开展的药物供应行动）和国家方案的其他早期经验确认，在资源贫乏的环境中施行抗逆转录病毒疗法是可行的。鉴于施用抗逆转录病毒疗法的病患有 90 至 95% 的人要坚持施用才能确保成效及减低病毒抗拒的风险，令人特别感到鼓舞的是，发展中国家的病患似乎坚持施用抗逆转录病毒疗法的比率与高收入国家差不多，甚至更高。卫生组织的建议指导当局如何选择临床治疗，训练人员，制订临床方案，以确保高质量的医疗（卫生组织，2003 年）。卫生组织的指导原则强调，在不具备高收入国家目前所用的精密诊疗验测的情况下，施用转录病毒疗法是适当的。此外，在缺乏受过训练的人员的情况下，可以使用社区资源来支助治疗活动。人们日益认识到，社区动员和对治疗的认识对于支持病患坚持治疗，减少羞耻感和提高方案整体效力是不可或缺的。

**有限的覆盖范围。**尽管全球的势头有利于治疗服务的提供，但卫生组织和艾滋病规划署估计，在 2004 年 6 月，低收入和中等收入国家只有 44 万人获得抗逆转录病毒疗法的治疗（卫生组织，2004 年）。全球而言，目前在 10 个迫切需要治疗艾滋病毒的人中，超过 9 人没有获得这种治疗。为了遏制与艾滋病毒有关的疾病和死亡不断增加的趋势，必须动员前所未有的全球资源和政治意愿，以扩大治疗的数量和范围。此外，必须执行各项战略，以建立长期维持治疗措施所需的长期国家能力。还需要作出协调努力，以减少对感染艾滋病毒的有关耻辱感，鼓励人们利用自愿的辅导和验测服务，同意在诊所内接受系统的艾滋病毒验测，并接受适当的治疗服务。

**公平。**随着治疗服务范围的扩大，必须尽力确保公平提供这种救生治疗。尽管在中等收入国家，财政和供应问题没有严重妨碍它们扩充这种医疗服务，但在最受艾滋病影响的低收入国家，捐助者、多边组织和国家方案应当确保服务范围相应扩充。虽然妇女占了艾滋病毒感染者的一半，但她们往往难以获得保健服务，因此在提供治疗时必须确保性别平等。还必须作出同样的努力，以扩大对注射毒品使用者的治疗规模；在一些国家，尽管艾滋病毒感染者主要为注射毒品使用者，但注射毒品使用者获得抗逆转录病毒疗法的治疗的比率远低于其他受影响人口。

**预防与治疗相结合。**预防和治疗在单一的服务链中是相辅相成的构成部分。扩大提供抗逆转录病毒疗法有助于加强预防，预防的工作包括鼓励人们知悉血液情况，协助减轻耻辱感，提供预防措施的新场所，并减低正在接受治疗的艾滋病毒感染者的传染性。不过，根据高收入国家的经验以及以数据为基础的数学模型，由于有了有效的治疗，危险行为因此而增加，抗逆转录病毒疗法的预防效用被抵消。为了确保长期防治艾滋病，在扩大治疗的同时还应相应扩大预防规模，包括将各种预防服务全面纳入诊治环境中（全球艾滋病毒预防工作组，2004 年）。因此，最初由卫生组织和艾滋病规划署展开的“三五运动”（在 2005 年年底将治疗人数扩大到 300 万人）也包括加速执行艾滋病毒预防方案。

**综合护理。**虽然抗逆转录病毒疗法是最有效的控制艾滋病治疗方法，但它只是综合护理的一部分。除了根据需要施行和管理抗逆转录病毒疗法外，护理者还需为与艾滋病毒相关的机会型感染提供预防和治疗措施。特别是，保健系统应当警惕和积极地预防和管理肺结核，后者是艾滋病毒感染者死亡的首要原因。营养支助对于艾滋病的管理也极其重要，因为这一流行病往往损害粮食安全，更不用说艾滋病毒感染者比常人需要更多的营养。随着抗逆转录病毒疗法的扩大施行，缓和护理仍然是全球迫切的优先事项。

总之，艾滋病毒的预防、治疗和护理的扩充是对公共卫生的重大挑战。经验表明，可以在资源匮乏的环境中提供治疗。在全球谋求推动实现《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》所定的治疗、护理和支持的目标以及在 2005 年年底将接受抗逆转录病毒疗法的人数扩大到 300 万的目标之际，各方（包括捐助者、国家政府、民间社会、国际机构和其他伙伴）必须加紧努力，使数百万有需求的人能够获得救生治疗，并为实施有效的可持续治疗而扩大各种必要的预防战略。

## 九. 结论

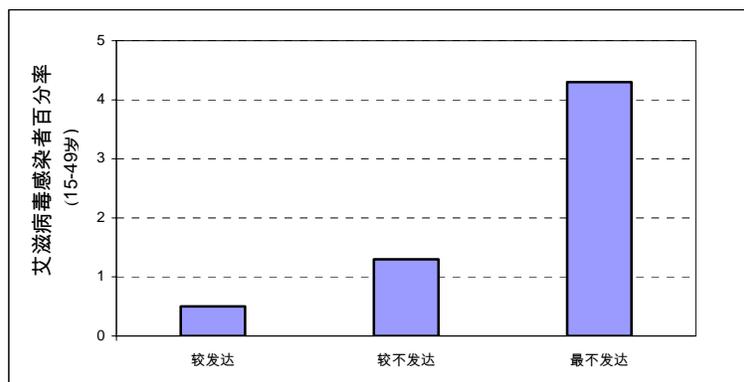
**艾滋病毒/艾滋病是一场全球危机。在过去二十五年中，这一大流行病的势头增大，蔓延到世界各地，不论是较发达还是较不发达区域都不能幸免。尽管作出了更大的政治承诺、提高了对艾滋病毒的认识并增加了财政资源，艾滋病还是继续传播。**

**国家不分贫富都受到艾滋病的影响。但是受影响最严重的都属于全世界最贫穷的国家。最不发达国家艾滋病毒流行率是较发达区域的九倍（见图八）。**

**预防是遏制艾滋病毒/艾滋病的行动的重要支柱。认识到增加感染艾滋病毒危险性的行为而改变这种行为对于预防这种疾病至关重要。但是在许多国家，提高认识还没有能够转化为行为上的重大改变。**

图八

2003 年较发达、较不发达和最不发达区域艾滋病病毒流行率



资料来源：艾滋病规划署(2004b)。

妇女和少女特别容易感染艾滋病病毒，这是因为生理上的差异，也因为在许多地区，两性不平等给安全性行为带来障碍。如今全世界妇女几乎占成年艾滋病感染者的半数。在撒哈拉以南非洲，将近 60% 的成年艾滋病感染者为妇女，四分之三受感染的青年为妇女和女孩。

预防起不了作用时，下一步行动就是治疗。艾滋病病毒/艾滋病仍是一种致命疾病，但是由于抗逆转录病毒药物疗法的进展而可以减轻这种疾病的影响并延长生命。这种药品的价格大幅度下跌，但是目前需要治疗的人大约只有十分之一有机会得到抗逆转录病毒治疗。

在 2004 年有大约 300 万人死于艾滋病，到 2004 年底，全世界将有近 3 900 万人感染这种疾病。艾滋病病毒/艾滋病已经抹杀了受严重影响国家五十年来在增加预期寿命方面取得的进展。在七个艾滋病病毒流行率高于 20% 的国家，1995-2000 年的预期寿命估计为 50 岁，大约比不存在艾滋病的情况下的预期寿命减少 13 岁。即使 2005 年中期以后没有人再感染艾滋病病毒，由于已受感染的人数众多，与艾滋病有关的死亡人数还会继续增加。

世界各地受艾滋病毒/艾滋病影响最大的是非洲，许多撒哈拉以南非洲国家的感染率仍在上升。此外，最近亚洲和东欧一些国家的艾滋病感染率急剧上升。加勒比是全世界艾滋病毒流行率第二高的地区。在一些较发达国家，预防工作跟不上艾滋病的增长速度。

艾滋病毒/艾滋病除了导致大量死亡以外，还影响许多人口变数——如生育率、移徙、人口的增长和家庭结构等——并受这些变数的影响；艾滋病的影响不断冲击社会各阶层和经济各部门，从农业上的自给自足和可行的经济活动到教育和保健方面的人力资源投资以及老、少各代的福祉等各方面无不受到影响。艾滋病加剧贫穷，贫穷又反过来使个人、家庭、社区和国家无法对艾滋病作出有效反应。

住户和家庭承担了艾滋病毒/艾滋病的主要负担，因为他们是对付这种疾病及其影响的基本单位。家庭由于收益减少、医疗开支增加而蒙受经济损失。有关研究证明住户消费额，包括食品消费额，有所减少。在 2003 年年底前，1 500 万名 18 岁以下儿童的双亲中有一人或是双亲都死于艾滋病毒/艾滋病。尤其是非洲社会，通常都由亲戚将孤儿带回家中照顾，但是由于孤儿人数迅速增加，传统支助系统已经不胜负荷。

艾滋病使家庭和住户承受经济和社会重担并削弱世代间支助系统，从而加剧了贫穷。此外它还使较贫穷国家的保健和教育部门资源紧张，这些国家的下一代可能没有上一代健康，教育程度也较低。

相对而言，受艾滋病影响国家的社会经济状况较差，特别是在非洲。一般说来，受影响较严重国家的 15 岁以上人口中有近 40% 不识字，三分之一的人口营养不良，只有二分之一强的人口有机会使用较好的卫生设施；各地受艾滋病特大影响的是那些最缺乏经济和社会资源的人，因为他们最不可能拥有保健方面的知识和资料，最负担不起保健服务和治疗的费用。

多数国家的政府都报告实施有艾滋病毒/艾滋病预防方案。但是其中许多国家内最需要基本预防服务的人缺乏获得这种服务的机会。提高认识和宣传教育对于改变危险行为和防止性传染病毒至关重要。一些令人鼓舞的迹象是人们担心感染艾滋病而对性行为作出了必要改变。例如最近一些非洲国家的数据表明，未婚年轻男子和妇女变得较可能禁欲或使用保险套，一些地区的艾滋病毒流行率下降。但是总的说来预防工作有限，无法遏制艾滋病毒/艾滋病的蔓延。

与艾滋病有关的耻辱增加了易受伤害性，可能使个人不去寻求资料或预防服务。三分之一以上的国家还没有颁布与艾滋病有关的非歧视性法律，三分之一的国家没有制定政策确保妇女有同等机会获得预防和护理。没有制定这种法律和政策的情况减弱了国家艾滋病毒/艾滋病对策的效力。

国际社会认识到艾滋病毒的可怕后果，正采取步骤作出反应。1994年经济及社会理事会核可设立联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)，以协助开展并支持联合国系统协调一致的反应。艾滋病规划署促使政府许多部门和伙伴及民间社会在此方面作出努力。秘书长注意到艾滋病在非洲造成极大的破坏影响，于2003年设立非洲艾滋病毒/艾滋病与施政委员会，就如何在整个非洲防治艾滋病提出建议，并就如何消除其深刻影响向决策者提供咨询意见。几乎所有国际发展方案都认识到艾滋病对其目标的实现所产生的影响。与艾滋病毒/艾滋病作斗争是《联合国千年宣言》的八项发展目标之一。我们在实现与艾滋病毒/艾滋病作斗争的目标方面取得何种成果也会影响到我们实现其他目标的能力。

必须采取更有力的行动控制艾滋病毒/艾滋病及其影响，否则这种流行病就会给许多国家，特别是最贫穷国家，带来暗淡前景。但是存在一些有希望的迹象，那就是对艾滋病毒/艾滋病的认识有所提高，作出了更大的政治承诺，这方面的财政资源也有所增加。2002年设立了全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金，在各国政府、

民间社会和私营部门之间建立伙伴关系，为防治这三种疾病提供更多资金。到 2004 年中期，该全球基金已核可了 128 个国家共计 30 亿美元的 300 笔补助金，其中多数用于艾滋病方案。但是为了对艾滋病毒/艾滋病作出反应而筹供的资金仍然不敷预防、治疗、护理和支助之需。

艾滋病毒/艾滋病的最终发展情况取决于个人、家庭、社区、国家和全世界目前和未来作出怎样的反应。艾滋病毒/艾滋病这种流行病的未来趋势并不是注定的。艾滋病毒/艾滋病患者当然需要治疗和护理。然而遏制艾滋病毒/艾滋病的行动的最重要支柱仍然是预防。艾滋病毒是以三种方式传播的：性接触传染、直接通过血液感染和儿童经母体感染。预防工作必须处理所有这三种艾滋病毒传播方式，实际上有办法这样做。遏制艾滋病毒/艾滋病蔓延的最有效方式就是实施一项减少危险性、易受伤害性和影响的综合战略。

## 注

<sup>1</sup> 《国际人口与发展会议的报告，1994 年 9 月 5 日至 13 日，开罗》（联合国出版物，出售品编号：C.95.XIII.18），第一章，决议 1，附件。

<sup>2</sup> 2001 年 7 月 23 日 SG/SM/7895-AIDS/31 号新闻稿。

## 参考文献

- Aberg, J., and others (2004). Primary care guidelines for the management of persons infected with Human Immunodeficiency Virus: Recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 39, No. 5, pp. 609-629.
- African Studies Center (2003). HIV/AIDS and Failed Development. University of Pennsylvania African Studies Center. Available from [http://www.africa.upenn.edu/Urgent\\_Action/apic-103100.html](http://www.africa.upenn.edu/Urgent_Action/apic-103100.html)(access ed 6 January 2005).
- Ainsworth, Martha (1993). The impact of HIV/AIDS on African development. Washington, D.C.: World Bank.
- Barnett, C., C. Connor and Pamela Putney (2001). Contracting non-governmental organizations to combat AIDS. Special Initiative Report No. 33. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform.
- Bell, Clive, Shantayanan Devarajan and Hans Gersbach (2003). The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa. Washington, D.C.: World Bank.
- Booyesen, Frikkie (2003). Poverty dynamics and HIV/AIDS-related morbidity and mortality in South Africa. Paper presented at the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socio-economic impact of AIDS, Durban, South Africa, 26-28 March.
- Braithwaite, R., and K. Arriola (2003). Male prisoners and HIV prevention: a call for action ignored. *American Journal of Public Health*, vol.93, No.5.
- Brockerhoff, Martin, and Ann E. Biddlecom (1999). Migration, sexual behavior and the risk of HIV in Kenya. *International Migration Review* (New York), vol. 33, No.4.
- Bultreys, M., and others (1999). Impact of zidovudine post-perinatal exposure prophylaxis on vertical HIV-1 transmission: a prospective

- cohort study in 4 U.S. cities. Presented at the 2nd International Conference on Global Strategies for the Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants, Montreal.
- Cardo, D. and others (1997). A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New England Journal of Medicine*, vol. 337, No. 21 (20 November), pp. 1485-1490.
- Centers for Disease Control and Prevention (2004). Global AIDS Programme: Strategies. National Center for HIV, STD and TB Prevention. Available from [http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/Strategies/2\\_3\\_blood\\_safety.htm](http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/Strategies/2_3_blood_safety.htm) (accessed 5 January 2005).
- Coutsoudis, A., K. Pillay and E. Spooner (1999). Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *The Lancet*, vol.354, pp. 471-476.
- De Cock, K., and others (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, No.9.
- Decosas, Joseph, and others (1995). Migration and AIDS. *The Lancet*, vol. 346., pp. 826-828.
- Deutsche AIDS-Hilfe (2002). Travel and Residence Regulations for People with HIV and AIDS. Quick Reference. Available from <http://www.aidshilfe.de> (accessed 5 January 2005).
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (1997). The rural population of Africa confronted with AIDS: a challenge to development. Summary of FAO studies on AIDS. Rome: FAO.
- (2001). The impact of HIV/AIDS on food security. Paper presented at the 27th session of the Committee on World Food Security, Rome.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2004). Annual Report 2003. Geneva.

- (2003). Access to HIV prevention: closing the gap. Available from [www.gatesfoundation.org](http://www.gatesfoundation.org) and [www.kaisernetwork.org](http://www.kaisernetwork.org).
- Global HIV Prevention Working Group (2004). HIV prevention in the era of expanded treatment access. Available from [www.gatesfoundation.org](http://www.gatesfoundation.org) and [www.kaisernetwork.org](http://www.kaisernetwork.org).
- Glynn, Judith, and others (2004). Does increased general schooling protect against HIV infection? A study in four African cities. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 9, No. 1.
- Goyer, K.(2003). HIV/AIDS in South African prisons, Monograph 79, Institute for Security Studies.
- Gregson, Simon, and others (1997). HIV and fertility change in rural Zimbabwe. *Health Transition Review*, No. 7 (Supplement 2), pp. 89-112.
- Hargreaves, James, and Judith Glynn (2002). Educational attainment and HIV-1 infection in developing countries: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 7, No. 6.
- Hauri, A.M., G.L. Armstrong and Y.J. Hutin (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 15, pp. 7-16.
- Hunt, Charles W. (1989). Migrant labor and sexually transmitted disease: AIDS in Africa. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, no. 4.
- IASCTF (Inter-agency Standing Committee Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings) (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. Available from [www.humanitarianinfo.org/iasc](http://www.humanitarianinfo.org/iasc) (accessed 5 January 2005).
- International Labour Office (2004). HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact and Response, 2004, revised ed. Geneva. ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work.

- International Narcotics Control Board (INCB) (2004). Report of the International Narcotics Control Board, 2003. Vienna: INCB. Sales No. E. 04.XI.1.
- International Organization for Migration (IOM) (2003). World migration 2003: Managing Migration: Challenges and Responses for People on the Move. Geneva: IOM.
- Jamison, T.D., J.D. Sachs and J. Wang (2001). The effect of the AIDS epidemic on economic welfare in sub-Saharan Africa. CMH Working Paper WG 1:13. Geneva: WHO Commission on Macroeconomics and Health.
- Kamenga, M.C., and others (1991). Evidence of marked sexual behaviour change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling centre in Zaire. *AIDS*, vol. 5, pp.61-67.
- Kwaramba, P. (1997). The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Communal Agricultural Production Systems in Zimbabwe. Harare: Zimbabwe Farmers Union and Friederich Ebert Stiftung.
- Lagarde, Emmanuel, and others (2003). Mobility and the spread of human immunodeficiency virus into rural areas of West Africa. *International Journal of Epidemiology*, vol.32, No.5.
- Lidyé, Nathalie, and Noah Jamie Robinson (1998). West and Central Africa. *International Migration*, vol. 36, No. 4.
- Lidyé, Nathalie, and others (2004). Mobility, sexual behavior, and HIV infection in an urban population in Cameroon. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* vol. 35, No.1.
- Lurie, Mark, and others (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, vol.17, No.15.
- Malawi Institute of Management (2002). The Impact of HIV/AIDS on Human Resources in the Malawi Public Sector. Malawi Government and UNDP. February.

- Menon, R. and others (1998). The economic impact of adult mortality on households in Rakai district, Uganda. In *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*. M. Ainsworth, L. Fransen and M. Over, eds. Washington: World Bank.
- Monasch, Roeland, and Nigel Snoad (2003). The situation of orphans in a region affected by HIV/AIDS. Paper presented at the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socio-economic impact of AIDS, Durban, South Africa, 26-28 March.
- Morris, Martina, and others (2000). Condom acceptance is higher among travelers in Uganda. *AIDS*, vol. 14, No. 4.
- National Aids Control Organization (2003). National baseline general population behavioural surveillance survey (BSS). New Delhi: Ministry of Health.
- Ntozi, James (2002). Impact of HIV/AIDS on fertility in sub-Saharan Africa. Paper presented at the fourth meeting of the Follow-up Committee on the Implementation of the DND and the ICPD-PA. Yaounde, Cameroon, 28-31 January.
- Orubuloye, I. O., P. Caldwell and J.C. Caldwell (1992). African women's control over their sexuality in an era of AIDS. *Health Transition Working Paper No. 12*. Canberra: ANU Health Transition Centre.
- Pickering, Helen, and A. J. Nunn (1997). A three-year follow-up survey of demographic changes in a Ugandan town on the trans-African highway with high HIV-1 seroprevalence. *Health Transition Review*, vol. 7 (Supplement).
- Pison, Giles, and others (1993). Seasonal migration: a risk factor for HIV infection in rural Senegal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 36, No. 2.
- Singh, S., J.E. Darroch and A. Bankole (2003). A, B and C in Uganda; the roles of abstinence, monogamy and condom use in HIV decline. Washington. The Alan Guttmacher Institute. Available from

- <http://www.synergyaids.com/documents/UgandaABC.pdf> (accessed 5 January 2005).
- Stover, J. and others. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *The Lancet*, vol.360, No.9326 (6 July), pp.73-77.
- United Nations (1990). Results of the Sixth Population Inquiry among Governments. Population Policy Paper No. 31. ST/ESA/SER.R/104.
- (1998). HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines. New York and Geneva, OHCHR and UNAIDS, HR/PUB/98.1.XIV.1.
- (2002a). HIV/AIDS and fertility in sub-Saharan Africa: a review of the research literature. ESA/P/WP.174.
- (2002b). HIV/AIDS Awareness and Behaviour. Sales No. E.02.XIII.8.
- (2002c). International Migration Report 2002. Sales No. E.03.XIII.4.
- (2003a). World Population Monitoring, 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health. Sales No. E.02.XIII.14.
- (2003b). National Responses to HIV/AIDS: A Review of Progress. UN/POP/MORT/2003/13.
- (2003c). World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. I, Comprehensive Tables. Sales No. E.03.XIII.6.
- (2004a). The Impact of AIDS. Sales No. E.04.XIII.7.
- (2004b). World Population Policies, 2003. Sales No. E.04.XIII.3.
- (2004c). World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. III, Analytical Report. Sales No. E.03.XIII.10.
- UNAIDS (2001a). HIV Prevention Needs and Successes: A Tale of Three Countries. Geneva: UNAIDS.

- (2001b). Population Mobility and AIDS. UNAIDS Technical Update. February 2001. Geneva: UNAIDS.
- (2001c). Monitoring the Pandemic (MAP) Network Report: The status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific. Geneva :UNAIDS.
- (2001d). The Impact of Voluntary Counselling and Testing: A Global Review of the Benefits and Challenges. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva: UNAIDS.
- (2002a). AIDS Epidemic Update, 2002. Geneva: UNAIDS.
- (2002b). Report on the Global AIDS Epidemic, July 2002. Geneva: UNAIDS.
- (2003a). AIDS Epidemic Update, 2003. Geneva: UNAIDS.
- (2003b). Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003. Geneva: UNAIDS.
- (2004a). AIDS Epidemic Update, 2004. Geneva: UNAIDS.
- (2004b). Report on the Global AIDS Epidemic, 2004. available from <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html> (accessed 5 January 2005).
- UNAIDS and International Organization for Migration (2004). UNAIDS/IOM Statement on HIV/AIDS-related Travel Restrictions. Geneva: UNAIDS and IOM. Accessed at <http://www.iom.int>.
- UNAIDS and United Nations Development Programme (2002). HIV/AIDS Prevention and Care Programmes for Mobile Populations in Africa: An Inventory. Geneva: IOM
- UNAIDS, United Nations Children's Fund and United States Agency for International Development (2004). Children on the Brink, 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action. UNICEF. Available from <http://www.unicef.org/publications> (accessed 5 January 2005) .
- United Nations Children's Fund (2000). The Progress of Nations, 2000. Sales No. E.00.XX.6. New York: UNICEF.
- United Nations Population Fund (2004). State of World Population, 2004. New York: UNFPA.

- United States Agency for International Development (2002). What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behavior change, and the national response. Washington, D.C.: USAID, Office of HIV/AIDS, Bureau for Global Health.
- United States Department of State (2003). Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing Requirements for Entry into Foreign Countries. Available from <http://travel.state.gov/HIVtestingreqs.html> (accessed 5 January 2005).
- Valdiserri, R. (2004). International Scale-Up for Antiretroviral Treatment: Where Does Prevention Fit? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 37 (Supplement 2: 1 October), pp. S 138-S 141.
- Walker, Neff, and others (2004). Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? *The Lancet*, vol. 363, No.9427, pp. 2180-2185.
- World Bank (1999). *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, Revised edition. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization (2004). *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach, 2003 revision*. Geneva: WHO.
- WHO and UNAIDS (2004). *3 by 5 Progress Report: December 2003 through June 2004*. Geneva: WHO.
- WHO and UNICEF(2004). *WHO/UNAIDS/UNICEF Infant Feeding Guidelines*. Available from [www.unicef.org/programme/breastfeeding/feeding.htm](http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/feeding.htm) (accessed 5 January 2005).
- Yang, Xiushi (2004). Temporary migration and the spread of STDs/HIV in China: Is there a link? *International Migration Review*, vol.38 No.1.
- Zaba, Basia, and Simon Gregson (1998). Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*, No. 12 (Supplement 1), pp. S 41-S50.