

# 抵抗撒哈拉以南非洲的 HIV/ 艾滋病流行: 政策与实践

阿妮塔·哈东

在发出全球倡议 20 年之后, 艾滋病一点也没有得到控制。本文试图通过聚焦于撒哈拉以南非洲的现状, 详细阐明所涉及的某些问题和可能性。在撒哈拉以南非洲, 艾滋病的流行最为严重: 全球 3780 万 HIV 携带者和艾滋病患者中, 有 2500 万人在该地区(UNAIDS, 2004)。本文将表明, 以抵抗该地区的 HIV/ AIDS 为目的的政策在过去十年是怎样转变的。最初, 基于成本效益的争论, 政策的重点集中于预防。可能延长 HIV 携带者和艾滋病患者生命的抗逆转录酶病毒治疗(ARVs), 被认为对非洲的穷人过于昂贵。2000 年, 紧随降低抗逆转录酶病毒治疗价格的全球运动以及对非洲艾滋病所带来的政治动荡的担忧, 政策开始聚焦于治疗的权利。成本效益的争论在预防政策的表述和实施中发挥了关键作用, 而人权和公平的考量推动着目前的治疗计划。尽管政策的内容不同, 预防和治疗政策却有其共同之处: 很少关注最终决定其成败的撒哈拉以南非洲的本土社会一文化现实。基于来自乌干达的说明性个案材料, 本文呼吁更多地研究和理解预防、治疗计划的

成败。这种理解可能有助于使全球政策适应地方现实。

## 政策转变

撒哈拉以南非洲 HIV/ AIDS 流行的戏剧性后果在 1990 年代初期变得显而易见, 其时, 国际捐助人和国际机构已经将成本效

阿妮塔·哈东( Anita Hardon) 做过一系列健康一看护方面(包括药品使用、计划生育和 HIV/ 艾滋病控制) 的比较研究。这类研究一般包括不同社会一文化环境中的人类学田野工作, 针对的是全球、国家以及地方层次上的保健, 通常由一个研究团队完成。她还为国际机构的全球卫生计划做过评估, 包括对联合国艾滋病规划署的第一个五年评估。Email: ahardon @xs4all.nl

益作为一种新模式, 用以指导资源贫困环境中的全球层次的卫生计划。20 世纪 70 年代末 80 年代初, 压倒一切的模式是基础保健, 其指导原则包括保健、预防、社区参与的公平和技术合理性。医疗改革反映出把医疗作为公共物品这一观点正在发生变化。人人受益的公共医疗服务有助于公共健康的公益这一点已不再不证自明。相反,

个人和家庭越来越被认定要为健康问题(包括与 HIV 感染相关的健康问题) 负责和买单。健康方面的“公益”考量, 如果要触发国家行为, 只有在个人健康问题影响到众多人口时才崭露头角, 如在流行艾滋病一类的病毒性和传染性疾病时才触发国家行为。

1997 年, 一份由世界银行印刷、得到

欧洲调查团以及联合国 HIV/AIDS 规划署(UNAIDS) 分部援助的 HIV/AIDS 政策报告就利用了经济上的考量, 将针对艾滋病的一系列优先行为合法化。该报告提出, 政府有权签署和补贴降低风险的预防性干预, 因为政府这样做可以规避卷入照顾艾滋病病人的巨大风险。主张政府干预的另一个论据是, 欠安全的性活动不仅会给当事人带来后果, 而且会给他们的伴侣带来后果, 结果可能最终感染一大批人。提供预防性干预基金符合世界银行经济学家所界定的“公益”标准: 有益社会但私人业主没有足够的动机去独立生产的东西。1997 年的报告进一步提出, 通过降低更安全行为的“花费”, 比如为提供信息、安全套、清洁的注射用具进行补贴, 公共政策可以直接影响高危行为。这一政策声明基于这样一种假设: 人们是理性的行为者——只要给他们提供如此这般的信息和方法, 他们就会改变自己的行为。本文第二部分将进一步考量这一假设——该部分将针对社会—文化现实进行讨论, 而社会—文化现实决定着这些政策的影响和成败。

1997 年的世界银行报告划分出了 HIV 初步少量流行国家和集中或普遍流行的国家。报告指出, 为了将资源的影响最大化, 公共预防计划应当尽可能将每一分钱用于防止二级感染。目标人群包括未成年人(因为他们来日方长)、有可能传染很多人的性工作者、经常有性行为并扩散传染病的货车司机。在集中或普遍流行的国家(例如在撒哈拉以南非洲), 也必须考虑在那些最容易感染和扩散病毒的人中预防 HIV 传染。除此之外, 这些国家还需要超出这些有针对性的方法, 深入到普通民众中去。当时, 大部分撒哈拉以南非洲国家已逐渐认识到流行是无可否认的。全国性的艾滋病控制计划开始提倡所谓 ABC

(节制、忠诚或使用安全套) 计划以减少性风险, 因为天主教教会在大部分国家抵制“C”(使用安全套)。

除了鼓励安全性交之外, 世界银行还提倡对非洲的机会性传染(infectious opportunistic infections) 和性传播疾病(STDs) 的治疗进行补贴: “应当对淋病、梅毒和其他典型的性传播疾病的治疗进行补贴, 不仅因为这些疾病是高度传染性的, 而且因为它们加剧了 HIV 的传播。”(World Bank, 1997, p. 205) 在 HIV/AIDS 计划中强调对性传播疾病的治疗, 事实上基于对坦桑尼亚姆万扎(Mwanza) 一项研究所取得的成果。在该地区, 1990 年代初期, 据发现大量接受性传播疾病治疗的人中, HIV 的传播减少了 40% (Gilks *et al.*, 1998)。在整个非洲, 到 1990 年代中期都启动了大规模的性传播疾病治疗工程, 并得到了众多捐赠者的广泛支持。世界银行为非洲几个国家的性传播疾病治疗工程提供了实质性贷款, 其中包括乌干达、肯尼亚和津巴布韦(Dayton, 1998)。

撒哈拉以南非洲的第三种预防方法是预防母婴传播。联合国儿童基金会和联合国艾滋病规划署建立了预防母婴传播的试点工程, 尤其引人注目的是, 这一行动是在泰国的试验结果发布后启动的。试验结果表明: 一种简化的齐多夫定(zidovudine) 疗法就可能使母婴传播的风险减半。

到 1990 年代后期, 撒哈拉以南艾滋病普遍流行国家的健康—关怀系统迅速恶化。由于艾滋病的沉重负担, 健康—关怀系统土崩瓦解, 艾滋病不仅感染患者, 而且感染健康—关怀人员。HIV 携带者和艾滋病患者的数目与日俱增, 这意味着在一些医院, 成人医用床的使用时间 40% – 50% 被用于照看 HIV 携带者和艾滋病患者。此外, 就最终到医院就诊的患者来说,

可能有 10% – 20% 是 HIV 感染者, 他们生活于社区, 忍受着与 HIV 相关的早期疾病(其中包括频繁的随机感染)症状的痛苦。在艾滋病的早期阶段, 他们转而求助于一线公共医疗服务, 从而增加了对本来已经有限的基本药品的需求 (Foster, 1994)。随着时间的推移, 对治疗的需求变得越来越明显。

1999 年曾就获得 HIV/ AIDS 治疗的机会对捐赠人代表进行了访谈 (Hardon and Hodgkin, 2000)。访谈表明, 向患者提供关怀的计划根本得不到支持。下面两段引文清楚地说明了盛行一时的政策模式:

如果让 HIV 药品唾手可得的话, 想想将会发生什么? 他们会活得更长, 会继续进行性活动并扩散病毒。(双边捐赠人代表)

假如我们在发展中国家支持关怀倡议, 我们应当仅限于那些承诺并表现出实施预防计划的政治意愿的国家。如果他们不使用安全套, 我们为什么应当给他们治疗? (多边机构代表)

这种对穷人仅限于预防模式的做法在 2000 年发生了变化。此时, 非洲 HIV/ AIDS 流行的引人注目的后果已经成为几个主要的国际论坛(包括联合国安理会)的讨论焦点。在政策辩论之后发表的公开声明中, 非洲艾滋病的后果可以比诸战争了。声明还从政治稳定的角度表明了对这一流行病后果的严重关注:

——在 2000 年 1 月的安理会会议上, 联合国秘书长安南说:“通过摧毁这一大陆的公共医疗服务和社会福利事业, 通过创造成千上万的孤儿, 通过屠戮劳动者和教师, 艾滋病正带来社会和经

济的危机, 这种危机反过来威胁到政治的稳定……在本已动荡不安的社会里, 灾难的这一开胃品, 必定会成为上演更多冲突的一道大餐”(UNAIDS, 2000)。

——联合国艾滋病执行主任彼得·皮澳特 (Peter Piot) 报告说:“显而易见, 这一流行病正在侵蚀社区的社会组织……在战争和冲突就像是一种地方病的非洲大陆, 从其人口的、社会的、经济的影响上说, 艾滋病已经变得比战争更具破坏力”(UNAIDS, 2000)。

——世界银行主席沃尔芬森在安理会呼吁发起一场“反艾滋病战争”。在声称艾滋病正促成社会的动荡不安、为国内和跨国冲突创造肥田沃土之后, 他强调有必要获得国际社会对预防的支持:“每一场战争都需要一个战争金库, 可是国际社会为这场战争提供的金库已经可悲地空空如也了。”

——美国驻联合国大使理查德·霍尔布鲁克 (Richard Holbrooke) 在回答“发达国家中的人为什么要关心”的问题时, 显然认识到了该做什么了。在安理会会议之后的一个访谈中, 霍尔布鲁克评论说:“我们不得不关注非洲。艾滋病的扩散不会限于非洲”(Newswatch, 2000)。

当更多人主张更公平地获得使用艾滋病药品的权利时, 政策转变就到来了。北方发达国家和南方欠发达国家的艾滋病活动人士热情洋溢地为降低艾滋病药品的价格奔走游说, 并且支持达成全球共识, 在艾滋病已成为迫在眉睫的健康问题的国家将艾滋病药品排除在专利保护之外。早在 2000 年, CIPLA ——印度的一家通用药品生产公司 ——便向“医生无国界” (MSF)

组织提供艾滋病药品, 价格仅相当于同样的专利药品的 10%。“医生无国界”组织除在别的地方建立了抗逆转录酶病毒药品试点工程之外, 还在乌干达和南非建立了抗逆转录酶病毒药品试点工程。早期结果表明, 坚持抗逆转录酶病毒治疗疗法是可行的(Kasper *et al.*, 2003), 全球反艾滋病倡导者也用这一证据向全球层次和国家层次的决策人施压, 力图在三个主要的战场增加抗逆转录酶病毒药品的使用率(ITAC, 2002):

- 获得抗逆转录酶病毒治疗的权利是一种人权;
- 更大的使用抗逆转录酶病毒治疗的权利可能增加 HIV 的测试, 从而有助于防止 HIV 的传播(Blower and Farmer, 2003);
- 更大的使用抗逆转录酶病毒治疗的权利可能消除和 HIV/ 艾滋病联系在一起的羞辱和歧视。

与此同时, 为了确保药品的资金储备, 强有力的政治演员开始进入这一战场。布什总统向严重感染的非洲国家承诺提供 150 亿美元, 用于治疗和支持基于忠诚的计划(鼓励节制和忠诚——不仅限于安全套); 裁定额度数十亿美元的“抗击艾滋病、结核、疟疾全球基金”也已经建立起来。至于 2003 年 10 月, 随着美国提供最大的一笔政府捐款 5 亿美元, 以公款为主的 47 亿美元已保证划入全球基金。围绕撒哈拉以南非洲艾滋病控制的活动已经在一个全新的模式上展开。关键的考量不再是成本效益, 而是公平和可及性。后来, 联合国采用了向资源贫乏环境提供抗逆转录酶病毒治疗的目标, 该目标旨在到 2005 年为 300 万人提供抗逆转录酶病毒治疗。到 2005 年

年中, 据估计大约有 10% 需要治疗的非洲人可以获得抗逆转录酶病毒治疗( WHO, 2005)。

然而, 一些研究者和决策者仍然担心在资源贫乏环境中增加抗逆转录酶病毒治疗的使用率可能会带来风险。他们提出:

- 欠发达的保健系统也许不能提供有效地使用抗逆转录酶病毒药品所需的护理质量(Brugha, 2003);
- 不能持之以恒坚持治疗可能增加抗药性, 并致使将来的治疗无效;
- 提供抗逆转录酶病毒药品的成本效益可能比预防计划要低( Creese *et al.*, 2002)。

## 决定胜负的社会—文化复杂性

以上对非洲 10 年来艾滋病政策的纵览表明, 这里的政策经历了一个戏剧性的转变。在这里, 决策人最初将重点放在预防, 而现在开始将目标放在逐渐增加延长生命的治疗的权利之上。在预防期, 成本效益是指导原则; 而在新千年, 人权和公平流行开来。面对毁灭性的流行, 决策者们看来已迫于压力, 试图快点找到有魔力的子弹, 减少传播, 减轻流行的后果。在坦桑尼亚姆万扎证明行之有效的性传播疾病治疗, 成为世界银行在整个非洲支助性传播疾病治疗计划的基础。联合国艾滋病规划署和联合国儿童基金会的多个试点研究, 实施了在泰国证明行之有效的母婴传播预防(PMTCT)。南非和乌干达的抗逆转录酶病毒药品供应试点工程, 成为整个非洲大陆治疗计划的榜样。

一旦在撒哈拉以南非洲的典型卫生环境下实施, 这些计划就会与削弱其效果的社会—文化现实形成撞击。例如, 在预防

母婴传播计划中,发现一些参加产前保健的妇女不喜欢接受 HIV 测试:她们担心知道了自己的 HIV 情况后会带来羞辱和婚姻问题。另一个问题是,为了减少哺乳期内的母婴传播,预防母婴传播计划鼓励用奶瓶哺育取代母乳哺育。然而,对生活于母乳哺育是天经地义的社会中的妇女来说,采用替代性的哺育方式可能困难重重。不用母乳哺育可能被视为供认自己 HIV 呈阳性。对循规蹈矩环境下的预防母婴传播计划的研究表明,其效果相对较低 (UNICEF, 2003; Doherty *et al.*, 2005)。卫生工作者的激励是计划成败与否的一个关键。同时也建议父亲介入到计划中来。2002 年,撒哈拉以南非洲需要预防母婴传播的妇女据估计 99% 没有获得接近这些计划的机会 (WHO, 2002)。

至于鼓励安全性交的种种努力,一项最新得出的结论是:“迄今还没有任何一个确切的例子说明,普遍流行已经为主要基于使用安全套的预防计划所扭转” (Green, 2003)。观察表明:撒哈拉以南地区的年轻人一如既往地 14 岁左右就开始性事,并且一般不用安全套。撒哈拉以南非洲的新感染者大约有一半出现在年龄界于 15 - 24 岁的年轻人之中 (Global HIV Prevention Working Group, 2003)。具体地区的研究有助于说明为什么鼓励安全性交计划没能取得成功。这类研究为数甚少,其中之一是由金斯曼等 (Kinsman *et al.*, 2001) 在乌干达进行的。该项研究揭示了一个针对马萨卡 (Masaka) 乡镇 12 - 16 岁的在读孩子展开的以学校为依托的艾滋病综合教育计划是如何出于各种原因落败的。该计划旨在提供 HIV 传播和艾滋病方面的知识,以及安全套的营销情况,并且对男孩和女孩在性行为技巧方面进行训练。结果发现,女孩性胃口大开,

在同龄群体中,有多个伙伴和承担性交风险常被视为见多识广、现代摩登的一个象征。与计划的实施者想要推广的信息恰好相反,风险行为被认为是做一个酷哥靓女的必要和正常部分。在这种环境中,青少年习惯由中间人去商讨性关系。社会规范要求男孩首先开启这一进程。女性采取主动让人联想起道德放纵、堕落卖淫,并且可能引起猜疑:女孩 HIV 呈阳性,试图故意感染他人。交换在性关系的商议中起重要作用。出于性喜好和强化关系的目的,会发生金钱和礼物的交换往来。事实证明,在学校谈论安全套是有争议的。教师在提出这一话题时感到尴尬,而父母则抵制在学校谈论安全套。一个女孩甚至因为这样的计划被父母带离学校。

许多鼓励安全性交的计划往往无视性的复杂性、其多元意涵以及所涉及到的社会关系。他们设想人们是自主的,将会理性地对所提供的有关 HIV 传播风险的信息做出回应。然而人们进行性交常出于五花八门的原因——比如行使权力,交流爱和承诺,或者为了扮“酷”。在鼓励安全性交的运动中,应当稍稍了解人们为什么性交、和谁性交、何时以及何地性交,将所有这些当作一种手段,将人们的经验考虑进去而不是无视人们的欲望和经验。比如,考虑到大多数人是为了快感而性交,我们就可以幽默而巧妙地承认这一点,而不是像艾滋病宣传活动中经常做的那样,一股脑地将性交描划成一种风险行为。在许多非洲社会中,性交并不像人们经常设想的那样只是“一种图腾”。非洲有许多关于性交的笑话。有些人比另一些人更有资格谈性是因为他们具有某一种权威。通俗专栏作家和电台播音员堪称模范信息发布员。在鼓励安全性交的运动中,最基本的需要是要找到谈论性和 HIV 风险的诸种方

式——这些方式应当尽可能是为人们所欣赏和理解的。

同时也需要了解社会—文化因素是如何决定了艾滋病治疗计划的成败的。目前对艾滋病药物传入资源贫乏环境的研究,重点放在药效和药品分配的可行性。它们几乎一成不变地按模拟研究环境来进行。迄今为止,有关抗逆转录酶病毒治疗在“正常的”、典型的真实生活环境中的文化利弊的观测性研究还十分罕见。基于过去25年来对不同文化背景中的药品分配与使用所进行的研究,我们得知:在使用者中,他们的感知和实践迥然不同于卫生专业人士所认为的那种“正确的”、“理性的”感知和实践(Whyte *et al.*, 2002)。HIV携带者和艾滋病患者将如何对待和使用正向其普及、延其生命的药物?资源不足的公共医疗服务能够恰当地提供药品吗?

再看乌干达。在估计15万需要抗逆转录酶病毒药品治疗的乌干达人中,大约6万人已有获得此药的机会(WHO, 2005)。由于一个已商定的增加抗逆转录酶病毒治疗可及性的政府计划,这一数目正在迅速攀升。现在被视为正确处置HIV所必需的三重组合治疗的价格,在过去五年中已由每人每月大约1000美元下降到了不足30美元。乌干达的许多卫生机构,现在通常可以免费提供药品。对马萨卡的一项试点研究证明,抗逆转录酶病毒治疗可以在短时期内极大地改善病人的生活质量,带来体重的增加和免疫功能的恢复(Okero *et al.*, 2003)。研究发现,坚持治疗的比率比较高,而且更关键的是,还没有发现把接受抗逆转录酶病毒治疗和耻辱联系在一起的报导。这一骄人的业绩清晰地传达出了如下信息:抗逆转录酶病毒治疗是可行的,即使在有乡村生活特点的、资源贫乏的乌干达也是如此。

然而,尽管令人鼓舞,在乌干达能与马萨卡地区相比的环境几乎没有。马萨卡地区的乌干达关怀计划具备训练有素、经验丰富的咨询员,稳定的药品供应,一定水准的后勤支援(在强化的试点工程范围之外,不可能具备这种后勤资源)。与之相反,最近的一项研究发现,在为期两年的全国各地区抽查期间,乌干达公共部门的卫生工作者36%不在岗(World Bank, 2004)。乌干达公共卫生工作者中缺勤率高,是因为他们频繁地参加正常职业工作之外的“非正式经济活动”(McPake *et al.*, 1999)。这是既影响到所提供的服务的质量、也影响到服务的可获得性的一个因素。此外,药品“流失”(转向)率居高不下、习以为常,因为提供给[十家]卫生单位(McPake所研究的十家卫生单位)的药品很少从这十家单位开出和发放——经由中心渠道流失的比率达76%。由于抗逆转录酶病毒药品的救命的能力及其价值,自然特别“容易外流”。

怀特等人(Whyte *et al.*)指出为抗逆转录酶病毒治疗付费的乌干达中产阶级家庭的努力和苦衷。在这里,药品的价格从前高不可攀,而现在对许多人来说则已伸手可及,尽管并非不是不要付出巨大的牺牲。比如,治疗一位家人通常意味着要勾销对其他亲人的支持(如赡养老人、升学计划)。一位家人获得抗逆转录酶病毒治疗所付出的代价,可能还会带来每个人的食品缺乏保障,这又有可能减弱用药人的药效。此外,小范围的研究表明,使用抗逆转录酶病毒药品的人可能由于其健康状况得到改善而陷入饥饿。因此,在资源贫乏环境中提供抗逆转录酶病毒治疗可能需要辅之以食品计划。运输费用也是影响治疗的可行性的一个因素。越来越多的卫生机构免费提供抗逆转录酶病毒治疗。但是运输



埃塞俄比亚志愿爱心奉献者正在亚的斯亚贝巴一个最穷的街区分发免费抗逆转录酶病毒药品。  
Gianluigi Guercia 摄影/ AFP 供稿。

和食品的费用, 以及监控治疗效果所需的费用, 不得不由用药者买单。当抗逆转录酶病毒药品使用者开始感觉好一点时会出现怎样的情况呢? 他们也许决定暂时停止治疗, 以节省治疗的相关费用。这种治疗上的放假会增加病毒的抗药性, 进而可能使治疗计划在未来功亏一篑。

还需要对众所周知的“治疗乐观主义”现象的可能后果做出评估。在西方国家的同性恋团体中已经观察到这种“治疗乐观主义”现象, 这些团体相信治疗效果看来已经将 HIV 的威胁降低到了可接受的水平, 结果导致了更高层次的冒险行为。随着乌干达和撒哈拉以南非洲其他地方越来越容易得到抗逆转录酶病毒治疗, 应该想一想

治疗乐观主义是否也可能在这些地方落地扎根。假如 HIV 传播没有随着增加治疗的可及性的种种努力而减少, 那么社区在未来肯定会面临需要治疗的人数急剧增加的局面。治疗计划需要忠告抗逆转录酶病毒药品使用者有必要防止其伴侣也成为 HIV 呈阳性者。

## 结 论

全球艾滋病政策领域预防时代的标志, 是普遍相信预防优于治疗, 并且应当开展行为矫正干预。有关疫情、HIV 感染的流行程度以及所涉及到的广泛风险的全球统计数字, 支持进行预防干预的必要性。

人们用数据对政治家晓之以理,让他们知道问题有多么严重,形势如何每况愈下。大部分撒哈拉以南非洲的政府通过实施“信息—教育—交流”计划做出了回应,然而他们在减少 HIV 传播方面获得的成功还相当有限。我们已经看到,在世纪之交,全球艾滋病领域的话语发生了急剧转变,转变到了强调预防与治疗的连续性,其中包括公平地获得抗逆转录酶病毒治疗以延长 HIV 携带者与艾滋病患者生命的权利。关于艾滋病药品的发放,全球的决策者最初认为在撒哈拉以南非洲是蚀本生意,现在则被视为好处多多,譬如逐渐消除了 HIV 携带者与艾滋病患者身上的耻辱烙印,加深了人们对自愿检测和咨询以及更好预防计划的体会。公平地获得抗逆转录酶病毒治疗的权利是作为现有治疗努力之基础的一条关键政治原则。对在脆弱的卫生系统中使用抗逆转录酶病毒治疗的种种担忧也提出来了,担心有可能增强病毒对抗逆转录酶病毒药品的抗药性,并造成计

划的不可持续之类问题。

我们已经用实例表明了如果不适当考虑当地实际,艾滋病政策就有可能落败。一刀切不能万事大吉,在控制艾滋病方面显然没有一蹴而就的解决方法。由于人们对经验 HIV 风险及与 HIV 相关的疾病的方式缺乏了解,由于对歧视和羞辱的方式缺乏考虑,再由于贫穷限制了预防和治疗计划的可及性,这些都会妨碍政策的成功。面对有限的成功,决策者倾向于继续向前,并寻求新的神奇子弹。预防时代的诸多败绩似乎要被这治疗时代的过分乐观的努力所取代。更好地理解导致预防和治疗计划失败或成功的诸种因素,可能有助于政策和计划的入乡随俗以及未来效果的提高。特别需要政策和计划来将预防和治疗目标融为一体。社会科学研究可能有助于分析这种整合努力的成败。

〔王爱松译〕

## 注 释

\* 约翰·金斯曼(John Kinsman)对有关乌干达艾滋病努力方面的文献评述进行了指导,尼科尔·舒尔普(Nicole Schulp)在参考文献方面给予了帮助,查尔斯·梅达沃(Charles Medawar)阅读了定稿,提出了批评和十分有益的编辑建议,谨此一并表示感谢。

## References (参考文献)

- BLOWER, S., AND FARMER, P. 2003. Predicting the public health impact of antiretrovirals: preventing HIV in developing countries. *AIDS Science*, 3(11), 16–18.
- BRUGHA, R. 2003. Antiretroviral treatment in developing countries: the peril of neglecting private providers. *British Medical Journal*, 326, 1382–1384.
- CREESE, A., FLOYD, K., ALBAN, A., AND GUINNESS, L. 2002. Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *Lancet*, 359, 1635–1642.
- DAYTON, J. M. 1998. *World Bank HIV/AIDS interventions: Ex-Ante and ExPost Evaluations*. World Bank Discussion Paper 389. Washington, DC: The World Bank.
- DOHERTY, T. M., MCCOY, D., AND DONOHUE, S. 2005. Health system constraints to optimal coverage of the prevention of mother-to-child HIV transmission programme in South Africa: lessons from the implementation of the national pilot programme. *African Health Science*, 3, 213–218.
- FOSTER, S. D. 1994. “Care and treatment of HIV disease in developing countries from a socio-economic perspective”, *AIDS*, 8 (Suppl. 1), S341–S347.
- GILKS, C., FLOYD, K., HARAN, D., KEMP, J., SQUIRE, B., AND WILKINSON, D. 1998. *Sexual health and health care: Care and support for people living with HIV/AIDS in resource poor settings*. London: Department of International Development.
- GLOBAL HIV PREVENTION WORKING GROUP. 2003. *Access to HIV prevention: Closing the gap*. [http://www.kff.org/hiv/aids/upload/May-2003-Access-to-HIV-Prevention-Closing-the-Gap-Report.pdf]
- GREEN, E. C. 2003. *Rethinking AIDS prevention: Learning from successes in developing countries*. Westport, CT: Praeger.
- HARDON, A. P., AND HODGKIN, C. 2000. *Increasing access to HIV-related medicines in resource-poor settings: Confronting the challenge*. Working paper. Amsterdam: Kit/UvA.
- ITAC 2002. *A commitment to action for expanded access to HIV/AIDS treatment*. International HIV Treatment Access Coalition. Geneva: WHO.
- KASPER, T., COETZEE, D., LOUIS, F., BOULLE, A., AND HILDERBRAND, K. 2003. Demystifying antiretroviral therapy in resource-poor settings. *Essential Drug Monitor*, 32, 20–21.
- KINSMAN, J., NAKIYINGI, J., KAMALI, A., CARPENTER, L., QUIGLEY, M., POOL, R., AND WHITWORTH, J. 2001. Evaluation of a comprehensive school-based AIDS education programme in rural Masaka, Uganda. *Health Education Research*, 16(1), 85–100.
- MCPAKE, B., ASIIMWE, D., MWESIGYE, F., AND STREEFLAND, P., 1999. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. *Social Science and Medicine*, 49(9), 849–865.
- NEWSWEEK. 2000. Africa matters (interview with Richard Holbrooke). *Newsweek*, January 17.
- OKERO, F. A., ACENG, E., MADRAA, E., NAMAGALA, E., AND SERUTOKE, J. 2003. *Scaling up antiretroviral therapy – experience in Uganda*. Geneva: WHO.
- UNAIDS. 2000. *AIDS becoming Africa's top human security issue, UN warns*. Press Release, 10 January 2000. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2004. *Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS.
- UNICEF. 2003. *Evaluation of United Nations-supported pilot projects for the prevention of mother-to-child transmission of HIV*. New York: UNICEF.
- WHO. 2002. *The health sector response to HIV/AIDS. Coverage of selected services*. Geneva: WHO.
- WHO. 2005. *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: an update on 3 by 5*. Geneva: WHO.
- WHYTE, S. R., WHYTE, M. A., MEINERT, L., AND KYADDONDO, B. Forthcoming. Treating AIDS: dilemmas of unequal access in Uganda. In: Petryna, A., Kleinman, A., and Lakoff, A., eds. *Global pharmaceuticals*. Berkeley, CA: University of California Press.
- WHYTE, S. R., VAN DER GEEST, S., AND HARDON, A. 2002. *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WORLD BANK. 1993. *World development report 1993: investing in health*. New York: Oxford University Press.
- WORLD BANK. 1997. *Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic*. New York: Oxford University Press.
- WORLD BANK. 2000. *Intensifying action against HIV/AIDS in Africa: Responding to a development crisis*. Washington, DC: World Bank.
- WORLD BANK. 2004. *World development report 2004: Making services work for poor people*. New York: Oxford University Press.

# 内容提要

---

抵抗撒哈拉以南非洲的 HIV/ 艾滋病  
流行: 政策与实践

阿妮塔·哈东

本文表明了过去十年抵抗撒哈拉以南非洲的 HIV/ 艾滋病的政策发生了怎样的转变。最初, 政策的焦点在预防。可能延长 HIV 携带者和艾滋病患者生命的抗逆转录酶病毒治疗( ARVs ), 被认为对非洲的穷人过于昂贵。2000 年, 紧随降低抗逆转录酶病毒治疗价格的全球运动以及对非洲艾滋病所带来的政治动荡的担忧, 政策开始聚焦于治疗的权利。成本效益的争论在预防政策的表述和实施中发挥了关键作用; 而人权和公平的考量则推动着目前的治疗计划。虽然政策的内容不同, 预防和治疗政策却有其共同之处: 很少关注最终决定政策成败的撒哈拉以南非洲的社会—文化现实。基于来自乌干达的例子, 本文呼吁更多地研究和理解预防、治疗计划的成败。这种理解可能有助于使全球政策适应地方现实。

[王爱松译]

**HAART 成为撒哈拉以南非洲  
全民教育的桥梁**

吉尔伯特·孔贝 约翰·菲耶诺

波尔韦·巴特 杰西卡·史密斯

“全民教育”(EFA) 和“盛世发展目

标”(MDGs) 这两项运动都将发展中国家男女孩童入学作为首要目标。艾滋病的流行影响了撒哈拉南部非洲地区的数百万人, 也损耗了教学队伍。因而, 在艾滋病中等和严重流行的国家, 全民教育、盛世发展目标更加遥不可及。不过, HAART( 高效抗逆转录酶病毒疗法) 为发展中国家中成千上万得不到治疗的人带来了希望。人权委员会在 2001 年和 2002 年都确认了享有艾滋病治疗是享有最高健康标准权利的重要组成部分, 这项权利在《世界人权宣言》、《国际经济、社会、文化权利公约》和《儿童权利公约》中都有规定。本文探讨的是扩大对教师的 HAART 如何使“全民教育”和盛世发展目标变得可行。针对教师的 HAART 计划——即使在艾滋病高度流行的情况下——能够节省大量用于病休薪金、培训新教师和丧葬费用的资金。

[项 龙译]

“政府领导、社会支持、患者互助”中国  
随州艾滋病患者互助的一种新的社会  
关爱模式

谭晓东 何卫华 柳东如 高忠明

孙昌松 彭 陕光

这篇文章介绍了中国防治艾滋病的一种成功的社会模式。随州是中国一个中等规模的城市, 它提出“政府领导、社会支持、