



第五十一届会议

临时议程* 项目100

发展方面的业务活动

有关大会关于世界儿童问题首脑会议的
第45/217号决议执行情况的十年中期进度

秘书长的报告

摘 要

在履行世界儿童问题首脑会议的承诺和保证的为时十年进程中，今年是一个个里程碑。其标志是大会呼吁对世界首脑会议以来直至十年中期的进展情况作出审查，并对十年终期和十年中期目标的实现作出更加全面的评估。

1996年2月，曾请各国元首和政府首脑充分支持领导本国的十年中期审查工作和本报告的编写工作。还呼吁联合国所有机构的首长为方案国的国家审查提供协调一致的支助。本报告反映了包括工业化国家的审查结果。

如《世界首脑会议宣言》和《行动计划》所呼吁，从区域角度和工业化国家的角度分析了各种趋势，儿童工作目标的落实情况和其他首脑会议之后的重大发展。按决议的要求，突出了联合国系统的反应。

报告还审查了十年中期每个目标的进展情况，最后并列举了取得的教训及到2000年实现各项儿童目标所面临的挑战。

* A/51/150。

目 录

	<u>段 次</u>	<u>页 次</u>
一、 导言	1 - 16	4
A. 世界儿童问题首脑会议的意义	3 - 9	4
B. 十年中期的趋势	10 - 16	6
二、 世界儿童问题首脑会议后续进程	17 - 64	8
A. 世界儿童问题首脑会议与《儿童权利公约》	17 - 21	8
B. 国家行动纲领的拟订和实施	22 - 29	9
C. 联合国系统的反应	30 - 39	11
D. 非政府组织的贡献	40 - 46	13
E. 保持进展势头	47 - 57	15
F. 调动资源	58 - 64	18
三、 实现目标方面的进展	65 - 294	20
A. 全球	65 - 66	20
B. 区域概况	67 - 100	21
1. 拉丁美洲和加勒比	67 - 71	21
2. 南亚	72 - 77	22
3. 东亚和太平洋	78 - 82	23
4. 撒哈拉以南非洲	83 - 88	24
5. 中东和北非	89 - 92	25
6. 中欧和东欧、独立国家联合体和波罗的海 国家	93 - 96	26
7. 工业化国家	97 - 100	27

目 录(续)

	<u>段 次</u>	<u>页 次</u>
C. 十年中期按目标逐项审查	101 - 294	28
1. 五岁以下和婴儿死亡率	106 - 119	30
2. 免疫、麻疹、新生儿破伤风和小儿麻痹症 ..	120 - 140	33
3. 腹泻病	141 - 153	37
4. 麦地那龙线虫病	154 - 164	40
5. 急性呼吸道感染	165 - 174	41
6. 产妇死亡率	175 - 187	43
7. 儿童营养不良	188 - 202	46
8. 缺碘症	203 - 212	49
9. 维生素A缺乏症	213 - 226	51
10. 母乳喂养	227 - 242	53
11. 安全用水和环境卫生	243 - 256	55
12. 基本教育	257 - 271	58
13. 文盲	272 - 284	61
四、结论	285 - 299	64
附件:		
一、1990年代儿童与发展的目标		68
二、截至1996年3月15日关于世界儿童问题首脑会议宣言 的签署, 国家行动纲领的拟订,《儿童权利公约》的 批准的现况报告		72

一、导 言

1. 世界儿童问题首脑会议(首脑会议)于1990年9月29日和23日在纽约联合国总部举行。这次会议是在《儿童权利公约》获得通过成为国际法之后一个月召开的,是儿童事业在国际上得到高度重视的一座历史陆标。71位国家元首或政府首脑以及88名部长级代表参加了首脑会议,会议通过了《世界儿童生存、保护和发展宣言》以及落实这项宣言的一项《行动计划》(A/45/625)。这一行动计划列举了7项有关到2000年实现的儿童生存、保健、营养、教育和保护的巨大目标,以及20项辅助目标(关于所有各项目目标清单,见本报告附件一)。大会1990年12月21日第45/217号决议敦促所有国家和国际社会其他成员努力实现各项目目标。

2. 世界首脑会议《行动计划》第35(4)段请秘书长在所有适当各级安排一次有关实施《宣言》和《行动计划》各项承诺进展情况的十年中期审查。随后,在向大会第四十九届会议汇报首脑会议落实工作时,各方商定在1996年9月30日首脑会议六周年纪念日之时,将是汇报十年中期进展情况的恰当时刻。今年2月,秘书长邀请所有国家元首和政府首脑向全国十年中期审查工作亲自给予支持;并向联合国各机构首长发出了同一邀请。因此,本报告是各国政府和国际社会各机制许多倡议和贡献的结果,其中许多工作仍在进行中。

A. 世界儿童问题首脑会议的意义

3. 世界儿童问题首脑会议是1990年代在联合国主持下召开的一系列全球性会议的第一次会议。这些会议为全世界之人的发展事业作出了各自不同但相互关联的贡献。因此说,首脑会议不仅把儿童问题在国际议程上提升到一个新的高度,还为重振国际消除所有社会和经济方面的贫穷的工作提供了出发点。在这方面,首脑会议及其后续工作因新闻界广泛大量报道儿童问题而得到帮助。

4. 首脑会议为联合国系统提供了第一个机遇,利用可衡量、有时间限制的具

体目标来为一项重大国际会议作出协调反应。这些目标是一个协商进程得出的成果,并在此之前得到联合国儿童基金会(儿童基金会)执行局的赞同,作为1990年代儿童发展目标和战略的系列。其首要宗旨是降低婴儿和幼年儿童死亡率,这本身就是一个目的,也是整个社会幸福的一个中心指数。

5. 大多数国家元首和政府首脑在首脑会议上对各项目标作了承诺,随后又给予了更多的支持,这提供了重要的政治声望和决心。此后,制定有时间限制的目标,在政界最高一级获得支持,并为目标的落实提供技术和其他形式的援助战略已成为联合国动员国际社会探讨人的发展问题的一项工作经验。

6. 共同掌握落实首脑会议议程促进了整个国际社会对首脑会议宣言和行动计划的迅速有效反应。其原因是这些目标的大部分构想及其具体制定的思路来自世界卫生大会、普及教育世界会议、儿童基金会执行局核可的各项决议,以及联合国开发计划署(开发计划署)、联合国人口基金(人口基金)、联合国难民事务高级专员办事处(难民专员办事处)、联合国粮食及农业组织(粮农组织)、国际劳工组织(劳工组织)和世界银行先前的政策声明。各国际非政府组织也为宣言草案和行动计划提供了投入。

7. 所有国际宣言和计划能否成功,最终取决于各国政府和社会各部门落实的程度如何。在首脑会议之后的时期内,为在国际一级把“为儿童作出的允诺”纳入国家行动方案而作出了空前的努力。占世界儿童人口85%的150多个国家编制了国家行动方案。在70个国家中,包括许多设有联邦结构的国家中,在次国家一级同样开展了这项工作,而且各州、省、地区和市政府编制了行动方案。这一“国家行动方案程序”在联合国发展工作历史中属于独创,代表着一种国际决策和国家行动之间关系上逐渐发展的方式。

8. 与此同时,随后召开的几届重大国际会议,主要是1992年的联合国环境与发展会议、1992年的国际营养会议、1993年的世界人权会议、1994年的国际人口与发展会议、1995年的世界社会发展问题首脑会议、1995年的第四届联合国妇女问题会

议和1996年的第二届联合国人类住区会议(生境二),因重申了这些目标而加强了首脑会议后续行动势头。因此说,1990年首脑会议的各项决定可以看作是在这些随后设立,而其中许多是规模更大的论坛上,扩展人的发展、环境和人权议程的起点。

9. 1993年9月,在首脑会议三周年之际,在纽约召开了一次圆桌会议,会上各国政府再度对于在2000年实现儿童目标作出承诺,并通过了一套在1995年底实现的中期目标。制订十年中期目标的目的是保持首脑会议之后儿童工作的势头。如同先前制定的目标一样,这些中期目标也是从一系列国际会议上产生的:1992年由非统组织在塞内加尔首都达卡尔召开的援助非洲儿童国际会议、1992年在斯里兰卡首都科伦坡召开的南亚区域合作联盟第二次儿童问题会议、也于1992年在突尼斯召开的阿拉伯国家联盟会议、1993年在马尼拉召开的东亚和太平洋部长级协商会议、儿童基金会/世界卫生组织(卫生组织)保健政策联合委员会1993年会议。1993年在维也纳召开的世界人权会议赞同把1995年作为所有国家完成《儿童权利公约》批准工作的既定日期。1994年4月,伊比利亚-美洲首脑会议核可了《纳里尼奥协定》,为拉丁美洲和加勒比国家制定了一系列十年中期目标。

B. 十年中期的趋势

10. 中期审查将十年中期和十年终期目标归纳为共17项目标,其中有一些计量数据可供衡量目标落实的进展。本报告第三节详细汇报了每个目标的落实情况和每个区域的情况。第二节汇报了世界儿童问题首脑会议后续进程中的许多不同活动。

11. 虽然中期审查的数据仍在编汇和解释过程中,但初步结果表明,大多数国家落实儿童工作大多数目标的进展令人鼓舞。当然各国和各区域之间的情况有所不同。同时在某些目标方面公认进展不足。在某些情况下,其原因是在制定初步目标时,关于问题普遍存在程度的参考资料不充实;在其他情况下,制定有效的反应战略需要更长的时间。另有一些情况表明,各国和区域之间和之内的记录也大不相同。本十年余下年度面临的挑战将是改进这一记录。

12. 进展最多的领域是可预防疾病的控制,具体来讲是免疫、控制缺碘症、消除天花和几内亚线虫病以及保护母乳喂养等方面的服务有所扩大。《儿童权利公约》几乎得到普遍批准,这是为保护儿童创造有利环境方面的重大进展。获得安全饮水方面也有很大改善。在教育方面,情况表明出现一些进展,但速度缓慢,不尽人意。最弱的领域是减轻蛋白质-热量方面的营养不足、产妇死亡率、成人识字率以及扩大卫生服务等。显然,在实现大幅度降低5岁以下死亡率这一重大目标方面仍需更多的努力。

13. 鉴于世界许多地方之人的发展工作面临障碍,许多发展中国家努力实现儿童方面的各项目标,并出现了显著的进展,这的确令人深受鼓舞。世界儿童问题首脑会议及随后的国家行动方案进展确实提供了动力,在很大程度上有助于目标的实现,加强了对儿童问题的重视。世界各地新闻媒介对有关儿童问题一直给予关注就反映了这一点。

14. 《世界儿童问题首脑会议宣言》和《行动计划》及其后续工作中的某些关键部分未表现在目标之中,而是作为广泛关注的重点。其中一项重要的承诺是,缩小性别之间的差别,提高妇女地位,从出生开始就为女童提供同男童一样的待遇、服务和机会。另外还强调需要支持在儿童养育和保护方面起着首要作用的家庭,协助解决处于特别困难境况(如经济剥削和武装冲突)下儿童面临的问题,需要明智地保存和管理环境,以保护儿童的社会和经济未来,还需要重振经济增长。所有这些都得到了随后召开的各届国际会议的推动。

15. 设立儿童目标的一个重大成果是认识到了许多国家的数据收集系统无法充分追踪儿童生存、发展和保护的趋势。数据收集分析和应用是能力建设的一个主要领域,社会统计数字的存在和可靠性自1990年以来大有改进。

16. 如本报告明显显示,自1990年至1995年这五年期间,为在全世界实现儿童目标而作出的社会动员、宣传和基本进展,是史无前例的,令人欣慰地表明它在人的发展方面的意义。在十年中期进行的这一工作成绩调查令人鼓舞,同时也突出了那些

需要调整和改进行策、战略、行动计划甚至各项目标本身的领域。目前这一反思进程是后续活动中的一环,也是最近各次联合国会议推动的结果。

二、世界儿童问题首脑会议后续进程

A. 世界儿童问题首脑会议与《儿童权利公约》

17. 《儿童权利公约》经大会1989年11月20日通过,并于1990年9月2日生效,成为一项具有法律约束力的国际条约。该公约后来成为历史上被接受得最快的人权条约,到1996年7月1日已有187个国家批准。在六个尚未批准的国家中,瑞士和美利坚合众国已签署该公约,并表示打算批准该公约。

18. 将普遍批准公约定为十年中期目标,使旨在通过国家行动纲领实现各项目标同公约提供的基本法律框架彼此联系起来。在许多国家,批准公约的进程得到了非政府组织、包括国家儿童委员会在内的政府机构、联合国各成员机构的附属单位和当地办事处,特别是儿童基金会国别办事处和国家委员会的共同支持。儿童事业已获得普遍支持,并受到了新闻媒介的极大重视,且该公约内容全面,将社会、经济、政治及公民权利于一炉,这些都非常有助于公约以惊人的速度获得批准。

19. 同样,各缔约国自告奋勇地对公约所载各项权利和义务作出法律承诺,极大地加强了儿童事业。公约作为一项永恒的国际条约,使其中各项目标具有法律地位;同时,努力实现这些目标的那些国家也在努力尊重公约确定的各项权利。许多国家的国家行动纲领反映出对这种联系的理解正在日益加深。

20. 根据国家行动纲领开展的方案活动的责任制也与公约监测进程相联系。依照公约第44条,1991年设立了儿童权利委员会,负责监测各国的实施进程。50多个国家已向委员会报告了为具体履行条约义务而采取的措施。委员会已着重审查了各国的国家行动纲领,以期加强实现儿童的各项目标和落实儿童权利之间的联系。委员会就缔约国的报告所提的建议经常受到新闻媒介的重视,这有助于严格监督各国政府和国际组织履行其在首脑会议上对儿童所作的承诺。

21. 由于《儿童权利公约》为保护儿童提供了总体框架,它不仅加强和巩固了在卫生、营养和教育领域为推进儿童的各项目标而采取的措施,而且期望各缔约国建立有利的法律框架。至少15个国家已将公约的各项原则纳入国家宪法,而为使国内立法符合公约确定的标准而制定新法律或修正现行法律的国家已超过35个。这些措施加上公众对公约的广泛认识,使儿童的需要明确成为公共政策的重点,从而直接和间接地推动了实现这些目标的各项活动。

B. 国家行动纲领的拟订和实施

22. 世界儿童问题首脑会议《行动纲领》承认,儿童目标需要加以调整以适应每个国家在阶段划分、优先次序、标准和资源供应等方面的现实;该《行动纲领》还承认,实现这些目标的战略可能因国家面异。为了推动调整各项目标以适应国情及拟订实施战略的进程,《行动计划》第34(-)段敦促各国政府拟订国家行动纲领。

23. 到1996年3月,在193个国家中,已有155个拟订了国家行动纲领,不是定稿就是草稿。除一些小岛屿发展中国家外,尚未报告任何行动的国家多数为受战争、灾害和其他严重困难影响的国家。中欧和东欧及独立国家联合体的许多国家没有单独派代表参加世界儿童问题首脑会议。但其中25国后来签署了《首脑会议宣言》,15国已开始拟订或已制订国家行动纲领。30个工业化国家已有18个制订或拟订了国家行动纲领。

24. 许多国家设立或加强了现有的委员会,负责拟订国家行动纲领并监督实施工作,在一些国家,这项工作是在国家元首或政府首脑主持下进行的。其他一些国家将这项任务交由部际委员会或诸如计划、卫生或社会等有关各部执行。在许多国家,学术机构、宗教及公民团体和非政府组织参与了特别协调机制。联合国各机构也参与了国家行动纲领的制订过程。

25. 国家行动纲领拟订之际,正值许多国家进行旨在下放管理权的行政改革。这有助于分级制度行动纲领。各区域已有65个国家制订州、省、区域或市级行动纲

领。例如,中国各省都已与全国儿童和妇女问题协调委员会订约以拟订行动纲领。在印度,8个邦已制订行动纲领,另有7个邦已拟订计划草案。在拉丁美洲,24个国家已有16个正在分级拟订行动纲领,而在巴西和墨西哥这两个拉美最大的国家,各州都参与了这一进程。包括南非和加纳在内的撒哈拉以南若干非洲国家已拟订了分级行动纲领。中东地区的一些国家,包括埃及和苏丹,正在分级制订行动纲领。在中欧和东欧/独联体和波罗的海地区,克罗地亚和俄罗斯联邦已开始拟订分级行动纲领。

26. 许多国家对各项目标进行了调整,使之适应国情。例如阿根廷、巴西、哥斯达黎加、突尼斯等国在行动纲领中所订的降低婴儿及五岁以下死亡率的幅度比为全球所订的目标更高。厄瓜多尔、大韩民国、马尔代夫、墨西哥、乌拉圭和津巴布韦在基础教育方面制订了更高的目标。斯里兰卡和孟加拉国等低收入国家在一些部门制订了更高的目标,而其他一些国家则补充了一些没有列入首脑会议《行动计划》的目标;一些国家制订的目标不是那么雄心勃勃。各国在审查十年中期进展情况后可望进一步调整各项目标的内容和优先次序。

27. 在大多数发展中国家,正在将国家行动纲领的各项目标和战略纳入国家发展计划,而且是联合国通过国别战略说明作出反应的依据,并已受到儿童基金会国别合作方案的特别重视。

28. 大约三分之二的发展中国家的国家行动纲领列有一些关于实现这些目标所涉资源的估计数。不过,对各项目标进行成本分析,对多数国家的资源分配和预算进程影响有限。

29. 国家行动纲领已成为儿童问题首脑会议在全球一级倡导的注重目标办法的关键组成部分。虽然这些行动纲领的质量和效力在各国之间和之内都有差异,但是国家行动纲领程序是一项独特的行动,从中可以总结很多经验,而且以此为起点可以大有作为。拟订国家行动纲领,不论其对实现儿童问题首脑会议的目标作出何种直接贡献,却为许多能力建设活动和动员工作提供了机会,其中一些活动给社会及经济的总体发展带来了可贵的附带作用。

C. 联合国系统的反应

30. 儿童问题首脑会议《行动计划》第35(三)段请联合国各有关组织给予合作以确保实现其各项目标。儿童基金会作为受命开展儿童工作的联合国机构,在国家和国际两级深入参与后续程序。儿童基金会执行局第1991/10号决定请执行主任“确保儿童基金会在秘书长领导下,……同联合国其他有关机构协作,作为其正常工作的组成部分,全力支助发展中国家……以实现《宣言》和《行动计划》所载的各项目标。”

31. 虽然总的来说,联合国各组织在实施首脑会议《行动计划》方面给予了合作,但联合国系统的参与程度因国家而异,因组织而异。在有些情况下,各组织及成员国政府往往将首脑会议各项目标视为儿童基金会的事。不过,由于后来的各次国际会议通过了首脑会议的各项目标,整个联合国系统已认识到消灭贫穷和对人进行投资是人的发展的关键战略,儿童目标已为更多的组织所认同。

32. 卫生组织在拟订与卫生有关的目标和支助各国实现这些目标方面起了关键作用。机构间合作主要通过卫生/儿童基金会卫生政策联合委员会(卫生政策联委会)进行。1993年5月第四十六世界卫生大会请卫生组织成员国在政治和经济上适当优先重视实施在首脑会议《行动计划》中作出的承诺,并请卫生组织总干事在这方面采取行动。1996年5月卫生政策联委会召开特别会议,审查在实现所有与卫生有关的各项目标方面的进展情况。审查的结论是,阐明这些努力有助于推动全世界为儿童的健康和幸福所作的努力,这本身就是一项重大成就。卫生政策联委会的审议给本文件第三节逐一审查各项目标提供了详实的资料。

33. 世界首脑会议《行动计划》的许多规定对联合国人口基金及其工作重点——生殖健康,包括计划生育——具有直接意义。参与儿童健康和生殖健康工作的联合国各组织——人口基金、卫生组织、儿童基金会和开发计划署——已商定了反映首脑会议宗旨的共同目标,向外地办事处颁发了共同准则,以加强彼此间的合作。世界银行《1993年世界发展报告》专门论述了卫生及卫生部门的改革。该银行也对符合儿童

问题首脑会议目标的一系列措施给予了支助。其他迹象也表明双方有着一致的目标。例如,世界银行现已将五岁以下儿童死亡率和产妇死亡率视为“重点贫穷指数”。

34. 教科文组织和儿童基金会,通过教育问题联合委员会这一机制,就教育部门的后续活动进行了合作,同时就1990年在泰国宗甸举行的普及教育会议合作开展了后续活动。1993年,由教科文组织、儿童基金会和开发计划署支持在新德里举行了教育问题首脑会议。在会议上,发展中国家九个人口最多的国家--孟加拉国、巴西、中国、埃及、印度、印度尼西亚、墨西哥、尼日利亚和巴基斯坦--再度承诺致力于普及基础教育事业。教科文组织和儿童基金会还通过“普及教育:使之行之有效”联合项目合作制订基础教育的创新办法。这是为加速实现普及教育而开展联合行动的一个例子。作这宗甸会议的后续行动,1995-1996年期间在区域一级和全球一级的安曼协商会上广泛审查了这些联合行动。

35. 向受紧急情况影响的儿童提供援助的联合国成员组织,特别是联合国难民事务高级专员办事处(难民专员办事处)和世界粮食计划署(粮食计划署)在其各自的方案中注重有关儿童的各项目标。在其指定受益者中,半数至三分之二为妇女和儿童。粮食计划署支助的供餐计划注重幼儿、孕妇和养母和营养保健,包括支持母乳喂养。粮食计划署还通过在校供餐计划促进基础教育和识字。早在1988年制订的难民专员办事处难民儿童准则已在社发问题首脑会议之后订正,而且机构间合作因此得到加强。

36. 在1995年社会发展问题世界首脑会议筹备活动期间,开发计划署署长鼓励开发计划署各驻地代表重视各项儿童目标,作为其促进人的发展的一项职责和努力。自1990年以来,开发计划署《年度人的发展报告》提出了发展宏图以及根据儿童问题首脑会议《行动计划》和目标等典型纲领实现这一宏图的各项战略。这又一次说明了对人类进步所抱的共同理想,联合国系统一直在为共同实现这一理想而努力。

37. 1995年10月,行政协调委员会(行政协调会)确认,最近举行的一系列联合国会议,包括儿童问题世界首脑会议,是一个连续的统一体。同时,行政协调会承认,必须建立机构协调中心,以监督就每次会议及其行动纲领采取的全面行动,有关组织及其国别办事处必须在实施各次会议的建议或后续国家行动纲领方面继续发挥公认的作用。在这方面,行政协调会确认了儿童基金会作为世界首脑会议及其后续行动协调中心的作用。行政协调会有关最近各次国际会议后续行动的政策指针是,将重点放在国家一级,以联合国有关机构协调一致的行动为辅助,支助国家倡导、国家支配的行动计划。

38. 儿童问题首脑会议后续行动中的一项重要步骤是,拟订措施以监测在实现目标方面取得的进展。儿童基金会、卫生组织、教科文组织和其他组织一起密切合作,商定了一套建议各国用来监测进展情况的基本指数。卫生组织和儿童基金会为各项卫生和营养目标商定了一套核心指数。儿童基金会和国际农业发展基金(农发基金)联合对家庭食品安全指数进行了一次技术审查。教科文组织和儿童基金会拟订并实施了一套衡量学习成绩的标准。儿童基金会/卫生组织联合用水及环境卫生监测系统为衡量用水及环境卫生目标制订了基本准则。最后,开发计划署和儿童基金会合作评价了经济合作与发展组织发展援助委员会提供援助的情况。

39. 开发计划署、儿童基金会、人口基金、教科文组织和卫生组织还通过拟订20/20倡议,对筹措资源以实现人的发展目标作出了贡献。这项倡议建议发展中国家增加用于基本社会的预算拨款,至少达到政府支出总额的20%,捐助国政府至少将官方发展援助,包括向多边组织和非政府组织提供的捐助的20%用于基本社会服务。联合国通过驻地协调员制度对各国政府关于在国家一级支助实施20/20倡议的要求作出了反应。

D. 非政府组织的贡献

40. 因《儿童权利公约》的通过和世界儿童问题首脑会议的召开而促使为儿童

进行的社会动员、宣传和具体行动达到了异乎寻常的高水平,但是如果没有非政府组织的贡献,就不会获得这样大的动力或取得这么多的成果。儿童目标帮助建立了凝聚全世界同儿童有关的非政府组织的儿童问题国际议程。这些目标受到欢迎的原因是它们来自对儿童问题的全球分析,同时指出了具体项目的途径和能负担得起的干预工作。

41. 国家、地方和国际的非政府组织都参与了90多个国家中国家行动纲领的规划和执行工作。在许多国家、非政府组织是负责编写和执行国家行动纲领的委员会的长期成员。这有助于加强他们同有关政府官员和机构的联系。因此,这些目标使政府部门和非政府组织能够把他们的力量集中在共同目标上。实施这项议程还推动了非政府组织界更大的合作并突出了对活跃在儿童领域的非政府组织进行机构发展的需要。

42. 在进行国家行动纲领权力下放的,这种做法使地方和社区的,非政府组织都能够参与。结果,他们对提供服务、建立意识和动员当地人民都发挥了作用。实现这些目标不仅要建立服务,而且要改变态度。除非一项服务得到应用和有效应用,否则提供这项服务对儿童和母亲的福利不会产生多大影响。为此,宗教团体、妇女团体、青年组织、父母教师协会和其他团体作为社区机构不可分割的一部分发挥作用是基层可持续进展的关键。

43. 非政府组织在实现儿童目标的宣传工作中发挥了重大作用,他们通过新闻媒介的报导帮助提高公众和政治领导人的认识。在许多国家,特别是在发展中世界,非政府组织对这些目标承担了特殊的责任并成为儿童事业的倡导者和捍卫者。此外,他们组织了种种活动、会议和讨论会,以教育他们自己的社区懂得世界儿童问题首脑会议的目标和《儿童权利公约》。例如,代表南盟区域一百多万成员的5千名童子军答应在1994年世界童子军运动组织大会上散发关于口服体液补充疗法的信息。来自亚洲和太平洋14个国家的8个宗教和土著传统组织100多位领导人1993年发表一项声明,敦促精神和宗教机构为世界儿童问题首脑会议目标的实现和《儿童权利公

约》的批准而努力工作。

44. 四个主要的国际非政府组织--国际拯救儿童联盟、世界显圣国际社、计划国际和基督儿童基金--发出促进女童教育的联合倡议。这项倡议在6个国家发出--塞内加尔、玻利维亚、印度、孟加拉国、马拉维和菲律宾。现正讨论将来同包括儿童基金会和世界银行在内的政府间伙伴进一步合作的可能性。

45. 一些国际非政府组织为实现个别目标作出了极大奉献。他们率先进行资源动员和宣传工作。从1987年以来,国际扶轮社通过其小儿麻痹症疫苗5年运动出色地支持了消灭小儿麻痹症的活动。国际海伦·凯勒协会通过分发维生素A胶囊和向非政府组织和卫生部提供技术援助在消灭维生素A缺乏症(可预防失明的主要原因)的努力中发挥了关键作用。从1994年以来,世界童子军运动组织一直帮助推广口服体液补充疗法,把它广泛用于腹泻脱水的治疗。基瓦尼斯国际发起“世界性服务项目”,帮助消灭缺碘症(缺碘症);在11个国家为缺碘症方案提供了捐助。卡特中心2000年全球方案在消灭麦地那龙线虫中同儿童基金会和卫生组织一起发挥了主导作用。

46. 最后,非政府组织为《儿童权利公约》几乎普遍的批准及其执行工作作出了极大的贡献。广大公众对儿童权利的认识主要归功于许多国际和国家非政府组织的努力。在国际一级,国际拯救儿童联盟和儿童基金会国家委员会都特别积极。《儿童权利公约》非政府组织集团(37个国际非政府组织的联盟)继续向国家非政府组织和区域非政府组织网提供缔约国给儿童权利委员会报告的情况和非政府组织联合会编写的“替代”报告的情况。非政府组织集团监测《公约》执行的进展情况、注意委员会的工作并应要求向它提供信息。

E. 保持进展势头

47. 为了实现儿童目标并保持儿童福利的进展,需要众多社会机构在各级为能力建设作出很大的努力。国际社会许多成员已向有关国家提供了确定能力建设需要

并满足这些需要的技术和物质的援助。在国家一级,提供服务的能力建设是一个非常重要的优先事项。1980年代后期,在全世界争取“到1990年儿童全面免疫”期间,许多国家大大改善了它们的初级保健和妇幼保健服务网,从而扩大了覆盖范围并让最穷和最遥远的社区和家庭获得这类服务。

48. 需要发展能力的最重要领域之一是社会数据的定期报告,包括开发适合监测趋势的数据收集和调查技术。在世界儿童问题首脑会议召开之际,可以明显地看出,在许多国家目标众多的情况下,以适当间隔了解儿童福利改善情况的手段不足,并在某些情况下根本不存在。世界儿童问题首脑会议行动计划第35(四)段要求联合国“利用其有关统计办公室、专门机构、儿童基金会和联合国其他机关现有的专业知识帮助建立监测该行动计划执行工作的适当机制”。在首脑会议后续行动的最早阶段业已注意发展上面第38段所述的这类机制。

49. 儿童基金会、卫生组织和教科文组织为监测首脑会议目标的进展而向各国建议的几套基本指标,是从透明度,可管理性和决策者、方案管理者和广大公众易于理解的角度编写的。许多发展中国家也着手改进它们的基本数据收集系统,以便向规划者和方案拟订者提供关于死亡率、发病率、具体疾病病例数量、营养状况、学校入学人数和其他主要现象的可靠基线信息。

50. 一项重要挑战是开发衡量关于儿童目标的社会指标的工具,它们要迅速、可靠和有成本效益。人口普查通常每十年才举行一次,应用标准社会调查方法也可能产生类似的延误。

51. 作为数据收集、分析和使用的一项能力建设的主要活动,儿童基金会、联合国其他机构和学术机构编写了多指标类集调查的家庭调查,供国家使用。这种方法综合了累积调查的速度和简单性和传统家庭调查的可靠性和广泛性。这种方法速度快并且非常灵活;它的模件能够插入现有的国家家庭调查中。它的费用还非常低:根据77个国家的报告,多指标类集调查和有关监测工作的平均费用在50 000美元至75 000美元之间,同类似规模的典型社会经济家庭调查相比,这是较低的数额。到

1996年1月,有91个国家不是完成了作为十年中期审查一部分的多指标类集调查,就是承诺这样做。在提供十年中期报告的105个发展中国家中,有82个国家把多指标类集调查方法用于专门调查,或者把多指标类集调查“模件”纳入国家其他调查中。这些调查已用作政策编写和审查不可分割的一部分。它们的使用帮助促进了部门间的合作、提供了性别和年龄分类数据的基线并单独为儿童议程的目标作出了宝贵贡献。

52. 1992年以来,儿童基金会编写并广泛散发了题为“国家的社会进步”的年度报告,该年度报告根据区域联盟表叙述了各国实现这些目标取得的进展或没有取得进展。以这种形式提供数据使各国能够评价它们在区域内的可比进展并且激发了要求行动的公众对话。

53. 关于部门的目标,在提供服务的系统内为增强能力做了许多工作。关于保健,非洲卫生部长1987年发出的称为巴马科倡议的一种方案方式尤其在西非得到广泛应用,这项倡议用来振兴因工作人员、基础设施和医疗用品等问题而变得毫无生气的保健系统;它的重点放在由地方管理保健中心和提供基本药品上。目前有41个国家在实施以巴马科倡议为基础的方案:撒哈拉以南的非洲地区28个、亚洲和中东5个、中欧和东欧/独联体和波罗的海地区2个以及拉丁美洲和加勒比6个。在许多国家,社区管理的保健服务已能够产生足够的资源来支付治疗、基本药品和经常性开支的费用。

54. 儿童易受微量元素缺乏的影响,为了减少这种影响,能力建设已包括发展同私营工业的伙伴关系。一个形成趋势的例子是用维生素A强化食品。另一项出色的工作是在食盐中加碘,防止缺碘症。虽然发展中国家的食盐生产常常是非机械化的家庭手工业,因此难以干预生产过程,但是它们发挥了巨大的独创性以把各种生产者列入国家食盐加碘计划的范围。存在缺碘症问题的94个国家中现在几乎全部编写了以公营-私营伙伴关系为基础的大规模食盐加碘计划;由于这些工作考虑到费用和推广问题,它们都达到了持续性的要求。

55. 在供水和环境卫生方面,为了实现本十年末的目标,在发展以社区参与为基础的低成本技术和管理系统方面已取得很大进展,但是在这方面重新分配投资的成效较小。

56. 教育方面的能力建设远远超出仅为校外儿童提供校舍的范围。人力资源的投资对扩大师资力量极其重要。还需要提高教学技能以便活跃课堂并启发学生;进行加强学校和社区组织间联系的活动;为增加在学人数实行奖学金方案;对边远和人口稀少地区进行多年级教学;和扩大学前教育。

57. 最近五年中有许多下放规划和提供妇幼基本服务权的倡议。权力下放的形式不同,但是方向一致:帮助地方政府发挥更相关的服务管理作用并促进公众责任制,包括对社区所有权的认识。然而,在充分挖掘权力下放的潜力之前还有许多重大问题有待解决,尤其是中央和边缘的权力平衡、从中央转让技术和组织权限和为执行新的服务职能向地方政府增加资源等。地方政府和社区间伙伴关系的进一步发展--包括非政府组织和以社区为基础的组织--将对实现儿童目标及其持续性产生深刻影响。

F. 调动资源

58. 世界儿童问题首脑会议《行动计划》第34(三)段呼吁各国“重新审查……其目前的国家预算,而就捐助国来说,重新审查及发展援助预算,以保证在分配资源时优先重视旨在实现儿童目标的方案”。它还补充说,应尽一切努力“保证这些方案在经济紧缩时得到保护”。扩大基本社会服务的范围将需要增加财政资源以及提高效率。

59. 为实现这些目标动员必要的资源一直是世界儿童问题首脑会议以来不断关注的问题。初步估计实现这些目标需要在本十年中每年增加200亿美元。几个国家的国家行动纲领为实现世界儿童问题首脑会议的目标都试图把国家筹资的差额量化。例如,在厄瓜多尔的国家行动纲领中有一个“不可放弃的”目标,即在本十年中

期把社会部门占公共支出的份额恢复到1980年的9.4%的水平。埃及的国家行动纲领建议,将在1992-1997年的发展计划中把预算的7.5%用于基本社会部门。塞内加尔计划到2000年把它的保健预算份额从5%增加到9%。然而,实现目标所需费用问题还没有应用到所有的国家行动纲领中。即使已经应用,经验表明由于财政状况紧张、债台高筑和缺少政治协商一致意见,它对年度预算进程的影响有限。

60. 上文第39段所述的20/20倡议的推动力部分来自于世界儿童问题首脑会议和当时关于动员人的发展资源的讨论。互惠原则是这项倡议的重大特点,它的出现正值经济运作疲软和外部筹资压力导致许多发展中国家执行严重紧缩政策之际。有证据表明,社会部门往往在财政紧缩中首当其冲,使穷人处于更加不利的境地。拉丁美洲、南亚和撒哈拉以南的非洲地区几个国家都出现了社会部门开支减少的情况。

61. 20/20倡议在过去几年中得到国际一级许多的方面的赞同。1995年社会发展问题世界首脑会议赞同了这项倡议,在其行动纲领中提到某些发达国家和发展中国家的伙伴相互都有兴趣“把平均20%官方发展援助和20%国家预算分别拨给基本社会方案”。1996年4月由挪威和荷兰政府主办的后续国际会议赞同关于执行20/20倡议具体步骤的“奥斯陆协商一致意见”。这些步骤包括多边组织支持发展中国家制订和执行有利于穷人的社会部门方案和监测基本社会服务的预算支出。

62. 关于预算分配的现有情况仅能够粗略估计用于基本社会服务的份额。范围广泛的大批订单表明,1990年左右平均有12%至15%的国家预算分配给基本社会服务工作。几项指标表明,1980年代分配给基本社会服务的预算份额减少了。然而,也有一些有限的改善迹象。结构调整方案逐步获得了“人的面孔”;现在社会安全网正在许多国家运行并且用于小学教育和其他基本社会服务的公共支出得到了更好的保护。有几个捐赠者增加了他们对社会服务工作的支持。

63. 非政府组织界是为实现儿童议程目标动员资源的另一个重要来源。国际扶轮社和基瓦尼斯国际所作的重要贡献已是有目共睹。国际和国家的非政府组织的财政捐助常常占执行国家行动纲领的资源的很大一部分。例如,肯尼亚整个五年

国家行动纲领的资金中有10%由非政府组织和私营部门提供。儿童基金会国家委员会对世界儿童问题首脑会议后续活动的贡献也是很大的；例如，从1990年以来它们在19个国家的22次债务转换中都发挥了重要作用，从而免除了面值近2亿美元的债务并且为社会发展方案带来了以当地货币计价相当于5 300万美元左右的资金。

64. 除了公共开支改组和为社会部门寻求更多的外部资金之外，许多国家都在研究增加基本社会服务资源的其他途径。我们不能说世界儿童问题首脑会议直接动员了资源，但是通过帮助创造一种把社会开支看作人的发展重要投资的气氛，世界儿童首脑会议后续行动已成为一种力量，促进大家把资金分配给以儿童福利为基础的社会工作中，或至少稳定资金分配和防止资金进一步减少。

三、实现目标方面的进展

A. 全 球

65. 1990年代前半期，与实现十年终期目标相比，实现十年中期目标方面取得了更重要的进展。在减少麻疹死亡率、增加口服体液补充疗法覆盖率、消灭麦地那龙线虫和普遍批准《儿童权利公约》方面，都取得了重大进展。此外，在普及免疫、减少小儿麻痹症和麻疹病例、转变医院产科日常做法提倡母乳喂养和食盐加碘方面也取得了巨大进展。尽管一些国家在实现适当的维生素A摄入方面正在迅速取得进展，但将近一半存在维生素A缺乏症这一公共保健问题的国家没有取得什么进展。减少新生儿破伤风方面也需要作更多的工作。

66. 在实现十年终期目标方面，只有供水领域取得了重大进展。虽然在减少儿童死亡率方面取得了巨大进展，但只有大约40%的发展中国家可能实现目标。初级教育方面的进展勉强跟上了人口的增长，在减少营养不良、产妇死亡率和成人文盲方面以及增加使用卫生设施方面，还有许多工作要做。

B. 区域概况

1. 拉丁美洲和加勒比

67. 拉丁美洲和加勒比地区在实现儿童十年中期目标方面取得了重大进展。许多国家已经超过免疫覆盖率的十年目标。小儿麻痹症已经核证完全消灭,1991年以来没有报告的病例。通过食盐加碘和补充维生素A控制微营养素缺乏症方面取得了迅速进展。普遍批准《儿童权利公约》的十年中期目标已经实现,许多国家已开始相应调整其国家立法。实现十年终期目标的进展象在全球一级一样并不特别显著,但仍十分可观。

68. 该地区采取广泛措施,动员政治领导人和民间社会支持首脑会议议程,并鼓励各国政府从签署《世界首脑会议宣言》转向为儿童作出更具体的承诺。一些国家,特别是巴西、古巴和墨西哥,在这一进程中领先,他们利用拟订国家行动纲领来动员政府部门,使其更重视重要的业绩指标。儿童基金会特别利用一切机会,鼓励各国政府采取适当行动。成立了一个机构间协调委员会,以便促进联合行动,支助致力于实现这些目标的各国政府。

69. 1994年4月,28国政府签署了《纳里尼奥协议》,正式重申对儿童目标的承诺。在会上,它们还确定了一些特别关切的新领域(早孕、残疾和公民权利),并呼吁进行社会投资以提高生产率和公平程度。该《协定》还反映了拉丁美洲和加勒比各国根据国家和区域实际制定的具体中期目标。例如,考虑到人们认为“普及供水”这一目标太大,因此对供水和环境卫生指标作了调整;缩小有供水地区和无供水地区之间的差距被列为优先事项。在教育方面,首先在哥伦比亚农村地区实行的“新学校”战略为整个地区所接受,成为使现在被拒之教室门外的儿童重新上学的主要手段。

70. 《纳里尼奥协议》特别提出需要使国家行动纲领制度化,支持将其下放到州、区和市一级的进程,并使社会所有团体都有机会参与规划和执行实现目标的措

施。《协议》还强调各国必须从公共、私营和外部筹资系统为基本社会服务调拨财政资源。

71. 1990年代初期,许多面临机构调整、民主化和困苦造成日益严重的不公平和社会不公正现象所提出的挑战。鉴于这些情况,实现儿童目标取得的进展令人鼓舞。社会领域的支出在缓慢恢复,尽管还不能说卫生和教育服务质量以及覆盖率方面的危机已经过去。在围产期死亡率、产妇护理、特别是青年的生殖健康、教育质量、儿童期特别保护以及处境不利的人们有平等机会获得服务等领域需要作出巨大改进。

2. 南 亚

72. 过去几年,虽然南亚经济仍略有增长,但收益未能平均分配,仍然是人均收入最低的区域。虽然这个只有8个国家,但全世界四分之一的儿童生活在这里,该区域5岁以下幼儿死亡占全世界的三分之一,营养不良儿童占全世界的一半。

73. 尽管情况如此,通过完全消灭麦地那龙线虫病,减少麻疹死亡病例,批准《儿童权利公约》和调整医院产科做法提倡母乳喂养,在实现中期目标方面取得了重大进展。在普及食盐加碘方面取得了巨大进展,该区域人口大约60%现在食用加碘食盐。免疫方面的进展情况各不相同,孟加拉国、不丹、印度、马尔代夫和斯里兰卡仍保持70%或更高的水平,而巴基斯坦和尼泊尔则大大低于这个水平,阿富汗的覆盖率只有20%。在一些国家实现口服体液补充疗法目标的进展缓慢,部分原因是未能很好地了解如何照顾患腹泻病的儿童。

74. 1990年以来,所有南亚国家都加速努力实现普及教育的目标,加强对基本教育的政治承诺,并增加对初级教育的预算拨款。这促成入学率提高,性别不平衡和城乡差别在一定程度上减小。然而成绩也带来新的压力:现有教室设施紧张以及需要提高初级教育的质量。

75. 实现供水十年终期目标的进展显著,但存在地下水供应迅速减少的问题,为

本十年期后五年造成潜在的严重问题。卫生设施覆盖率是各区域中最低的,需要做的工作很多。虽然儿童死亡率继续下降,但按照目前趋势,不可能实现十年终期目标。南亚是各区域中营养不良和文盲问题最严重的区域,这两方面实现十年终期目标的进展都很不够。

76. 该区域普遍批准《儿童权利公约》的目标已经实现。因此,需要采取措施保护儿童免受虐待和剥削问题在公共讲坛得到更广泛的讨论,而且与过去相比,受到决策者、新闻媒介和非政府组织的关注也大得多。

77. 世界首脑会议区域后续行动的试金石是南亚联盟第七届国家元首和政府首脑会议于1993年4月核可的《科伦坡儿童决议》。该文件使实现儿童的目标与消灭贫穷的集体承诺紧密联系起来。制订了1995年中期目标,以促进和加速实现十年终期目标的进展;这些为国家和国家以下一级的行动纲领提供了依据,有助于动员政治和社会支持。

3. 东亚和太平洋

78. 该区域实现儿童目标的记录引人注目。除新生儿破伤风以外,实现所有中期目标方面都取得重大进展。就十年终期目标而言,在教育和用水方面取得了巨大进展。成人识字率达到80%以上,小学入学学生中85%以上达到五年级。识字方面的性别差距仍然显著,但小学教育中这种差距小得多。发生这些变化的原因是在基本教育领域进行了重大投资。虽然1990年代儿童死亡率继续在下降,但目前下降速度不足以实现十年终期目标。营养不良程度比南亚和撒南非洲低,5岁以下大约占20%,但减少的速度缓慢。环境卫生状况需要改进。

79. 象其他区域一样,各国情况很不相同。由于贫穷和基础设施不足,一些国家,特别是柬埔寨、老挝人民民主共和国、缅甸、巴布亚新几内亚和越南面临特别的困难。

80. 由于社会迅速变化产生的不良后果,该区域越来越多的国家在儿童保护方

面面临急迫问题。一系列新出现的问题,包括对儿童特别是女孩进行商业剥削,这些是该区域取得经济成就的副产品,在一些国家是从中央计划制度转向市场经济制度的副产品。许多社会方案和安全网已经缩小规模,社区价值观念和传统形式的社会支助或控制发生崩溃;同时,迅速城市化、环境恶化和HIV/艾滋病蔓延使这些问题更加严重。

81. 在大多数国家,世界首脑会议的后续行动首先是拟订国家行动纲领通常同时拟订或纳入国家发展规划。国家行动纲领提供了拟订应付该区域所出现情况的新方法和战略的机会。拟订过程得到广泛参与,专业团体和志愿组织起了关键作用。

82. 在东亚地区,实现儿童目标的衡量标准是《马尼拉一致意见》,这是1993年9月区域部长协商会议的产物,在这份文件中,17个国家重申对其国家行动纲领的承诺,并致力于制订方案以实现十年中期目标。1995年11月在河内举行的关于到2000年儿童目标和发展的第三届东亚和太平洋地区部长级协商会议重申了这一承诺。在《河内宣言》中,各国保证按照20/20的构想,增加对社会方案的预算拨款。

4. 撒哈拉以南非洲

83. 总体而言,撒南非洲实现各项目标的进展在所有区域中是最小的。而且,只有这个区域外债总额超过年国民生产总值,并且官方发展援助的下降没有被其他国际投资流入增加所抵销。经济增长缓慢、社会投资的公共资源不足、易受旱灾和环境恶化的影响、HIV/艾滋病蔓延、政治变革进程不稳以及武装冲突引发动乱都阻碍在实现目标方面取得进展。

84. 尽管所有这些困难,该区域仍有进展。普及食盐碘化进展迅速,将近60%的贫穷人口现在食用碘化食盐;麦地那龙线虫病已接近消灭;该区域许多国家口服体液补充疗法的使用大幅度增加。至于其他目标,具体国家而不是整个区域取得了进展。例如,在免疫方面,区域覆盖率约为50%,但在11个国家,白喉、百日咳、破伤风三联疫苗免疫率达到80%以上。《巴马科倡议》是采取的另一项行动,已促成贝宁、

布基纳法索、刚果、马里和多哥等国免疫率的持续增长。

85. 在控制疟疾、腹泻、急性呼吸道感染和麻疹方面,问题仍然很严重。在一些国家,儿童营养不良率高达30-40%。非洲儿童生存率正开始显示出HIV/艾滋病的消极影响。这不仅对儿童死亡率有直接影响,而且感染HIV病毒的父母生病和死亡造成营养不良加重,辍学率增加,越来越多的儿童不得不到街头谋生,包括乞讨、犯罪和卖淫。

86. 小学入学率没有什么进展,学生人数的增加仅能跟上小学学龄人口的增加。然而,1980年代小学入学率下降的趋势似乎有了改变,1990年代前五年,小学入学率有了略微增加。尽管如此,实现各项教育目标仍是该区域面临的挑战,改善女孩的教育状况仍是当务之急:该区域某些国家妇女文盲率达80%以上。现在,各国政府已加强对普及教育远景的承诺,并进一步认识到普及初级教育在实现各方面社会经济进步中的重要性。

87. 虽然儿童死亡率在区域一级继续下降,但趋势远不足以实现十年终期目标;几个人口众多的国家下降很少甚至没有下降。撒南非洲营养不良排名第二,尽管大大低于南亚的水平,但似乎在本十年前半期有了增加。

88. 《达喀尔一致意见》(1993年6月)是1992年援助非洲儿童国际会议的成果,仍然是撒南非洲开展世界儿童问题首脑会议后续行动的重要衡量标准。参加各国承诺将世界儿童问题首脑会议各项目标转化为具体的国家行动纲领,调整政府预算,以支助其国家行动纲领的执行,并增加国内资源的筹措。非洲各国还决定在免疫、碘控制和教育方面加紧努力,为非洲制订了一系列十年中期目标。该区域所有国家都批准了《儿童权利公约》,目前正在宣传《公约》,以便为儿童的保护和康复以及为更广泛地重建民间社会拟订方案。

5. 中东和北非

89. 几乎在所有十年中期目标都取得了重大进展。免疫率大幅度提高,可用接

种疫苗预防的疾病发病情况相应下降。上报的母亲破伤风免疫水平仍然很低,但也可能是由于测量方法不适当。在供水方面,甚至在卫生覆盖率方面,实现十年目标方面取得了巨大进展。学校入学率有了总体改进,虽然性别差距依然很大。文盲情况与撒哈拉沙漠以南非洲地区相当,性别差距也很大但在实现儿童死亡的十年目标方面,中东和北非地区取得的进展比其他区域都大,目前该区域四分之三的国家进展正常。

90. 虽然该区域人均国民生产总值相对较高,但一致遇到经济方面的限制;该区域还受到规划、管理和成本计算能力不足,民间社会参与水平低以及结构因素造成的预算限制的影响。

91. 1992年阿拉伯国家联盟通过的《泛阿拉伯而同生存、保护和发展计划》为实现世界儿童问题首脑会议各项目标制订了十年中期指标。1994年,阿拉伯国家卫生部长为建立有效的监测制度并设立负责执行的后续行动的常设委员会,重申了这些指标。许多国家成立了理事会或委员会,探讨与儿童福利相连的问题。许多委员会得到最高级别的支持,包括国家元首或政府首脑的支持。

92. 由于几乎整个区域都批准了《儿童权利公约》,该区域进入一个新时期,有可能加强和保护儿童。过去隐藏的问题,例如童工和虐待儿童,以及可以讨论,在高级别公共讲坛上也可以正当讨论;现在有可能调拨资源和方案解决途径特别不利儿童的需要。几个国家政府着手使其法律符合《儿童权利公约》的规定。

6. 中欧和东欧、独立国家联合体和波罗的海国家

93. 在审查中欧和东欧/独联体和波罗的海国家实现儿童目标方面进展时,必须记得本区域大多数国家,在经历目前的转型期以前,曾提供高度的儿童保护和社会服务。大多数国家的社会和经济指标在十年上半期开始恶化。从中央计划经济制度向市场经济过渡使服务业遭到显著的破坏。同时,社会安全网已失去效用,社会体制和制度迫切需要加以改革。

94. 在过去2-3年内初步实现了一些特别是免疫接种的目标以后,本区域许多国家在经历着退步现象,包括爆发小儿麻痹证和白喉病。在这方面,同其他区域各国相比较,这些国家面临着非比寻常的难题:如何保持和保护以前取得的巨大成就以及必须将更多的精力放在重大的需要领域,包括控制腹泻疾病和急性呼吸道感染,因为大多数国家60%的儿童死亡是这些疾病造成的。

95. 转型进程产生的另一个结果是越来越多的儿童处于“特别困难的境况”,他们陷入战火,被遗弃在儿童机构,因为少年犯罪而被逮捕或遭到剥削或虐待。本区域所有国家都批准了《儿童权利公约》,但是许多国家缺乏执行公约的经费。将注意力放在经济上可行且不需要太多公共开支的措施,并征求传播媒体和非政府组织参与其事。

96. 联合国人道主义事务部通过发出联合呼吁,发展了几项紧急方案。还为白俄罗斯、乌克兰和俄罗斯联邦开展了几项特定的短期项目,解决基本药品和用品严重短缺的问题,以改善医疗提供系统。通常,这些紧急活动还可以解决较长期的社会部门改革问题,包括旨在增加对影响儿童和妇女的服务事业所划拨的资源而展开的宣传工作。

7. 工业化国家

97. 工业化国家在世界儿童问题首脑会议后续活动方面扮演了重要的角色。在1996年5月底,其中15个国家已经完成了它们的《国家行动纲领》(参看附件二)。这些《国家行动纲领》都涉及国内行动和国际合作。迄今已有10个国家报导已经实现了十年中期目标(奥地利、澳大利亚、加拿大、丹麦、日本、新西兰、挪威、瑞典、西班牙和美国),而荷兰和德国正处于完成其十年中期审查工作的最后阶段。

98. 在举行世界儿童问题首脑会议以前,粗略地估计表明一般划拨给基本社会服务的双边官方发展援助不到10%。自那以后,虽然官方发展援助总的来说正在逐渐减少,但有一些迹象表明,用于社会发展的双边官方发展援助所占的比率正在增加。

虽然经合组织--发展援助会最近就基础教育和基本保健问题采用了分部门汇报方式,但是从初期反应来看,无法对目前划拨给基本社会服务的官方发展援助作出肯定的评估。1996年4月举行的关于20/20倡议国际会议有助于澄清各项基本社会服务的定义问题。为建立对采用这些定义的国家执行情况进行监测的机制铺平道路。

99. 自从首脑会议以来,若干捐赠者增加了其对各方案的支助以减少维生素A和缺碘性失调症(缺碘症);提高初级教育的质量和普及范围;向处境特别不利的儿童提供服务。有一些捐赠者提请注意他们已经增加了对儿童基金会的捐助(丹麦、日本、荷兰和新西兰),包括加强支助非洲的女子教育,重要的有加拿大和挪威。加拿大已经制订本身的目标,将25%的官方发展援助用于更广泛的“人的基本需要”,并且荷兰在1994年成为第一个编写关于专门针对向儿童提供援助的报告的捐助国。

100. 1995年是美国国际儿童生存方案十周年;该方案对于消灭美洲小儿麻痹症提供了重要支助。日本在亚洲作出了类似的努力,该两个国家于1996年4月联合承诺在小儿麻痹症和微量营养素营养不良问题上进行合作。各捐助国,包括丹麦、荷兰、瑞典和联合王国将减少贫穷、促进人权和良好统治作为发展合作的优先事项;向儿童和妇女提供基本社会服务以及执行《儿童权利公约》的方案均属于这些参数范围内。

C. 十年中期按目标逐项审查

101. 儿童目标的概念最初是由儿童基金会作为联合国第四个发展十年的投入而发展出来的。制订儿童目标的目的是在保证人类全体发展活动的活力,并作为取得更大社会--经济进展的进步标志。因此,为实现这些目标所取得的进展应当被看作联合国系统正在极力推动的更大规模的运动的一部分。

102. 截至1996年6月底,已经有34个国家完成了十年中期进展情况正式审查工作,有56个国家正在进行审查;其中包括一些工业化国家。在区域一级,东亚和太平洋国家于1995年11月在河内召开了部长级审查会议;排定在1996年8月在南盟国家和

美洲国家举行类似的高级别区域审查会议。在国际一级,已经同教科文组织和卫生组织合作完成了两次重要的十年中期联合审查会议。这些国家、区域和国际审查会议的结果可在1996年6月底取得,并载于本报告。

103. 本报告下述各节是从全球观点按目标逐项审查而编写的。已经将7项主要的世界儿童问题首脑会议目标和20项支助目标以及十年中期目标加以统一,使之合理化,并反映出这些目标之间的相互关系。涉及的目标属于下列范围:保健、营养和教育;以及降低幼儿和产妇死亡率的广泛目标。

104. 每一项目标是在同十年终期和十年中期指标进行对比分析。分析格式如下:对有关目标的说明;关于目标所要解决的问题的说明;实现目标的进展概况,包括在必要时描述所采用的战略;以及今后主要行动。关于保健和营养目标,所根据的材料是1996年5月儿童基金会/卫生组织卫生政策联委会会议提出的较长的分析报告和一些最新数据资料。在这种长度的报告中,难免必须放弃逐国分析的方法,而须采用对全球和区域的进展情况进行总的审查。另外还必须指出,仍然无法从许多国家取得特殊多指标类集调查和其他调查的统计数据资料。已经对国别调查和日常汇报的最新数据进行核对,因而可以鉴定出大略的目标执行情况。

105. 唯一未曾具体讨论的主要首脑会议目标是“加强保护处于特别困难境况的儿童”,因为这项目标没有设定可以测量的指标,而且主要是在反映处于各种不利境况的儿童所遭遇的困难及其处境的复杂性。自从首脑会议以来这段期间,为这些领域制订可以测量的指标,并使之适用于不同环境下各种不同的不利情况这个问题吸引了相当大的注意力。新政策和方案之出现是认识到必须为发达国家和发展中国家被遗弃、剥削和虐待的儿童展开更多的活动。可以这么说,已经出现了有利于实现这个目标的势头;但是由于问题太大,因此还有更多的事情待做。

1. 五岁以下和婴儿死亡率

诺 言

106. 十年期目标 在1990年和2000年之间,将婴儿和五岁以下死亡率减少三分之一,或每1000名活产婴儿死亡50和70人,取其低者。

107. 十年中期现况概要 大约40%的国家--占全世界五岁以下儿童的五分之一--将其五岁以下儿童和婴儿死亡率降低到所规定的十年终了目标。大约44%的国家--占全世界五岁以下儿童的三分之二--在目前的行动水平下不可能实现这项目标。

问 题

108. 每年约有1200万五岁以下儿童死亡。这些死亡大约有一半是急性呼吸道感染和腹泻疾病造成的。另外20%是因为免疫系统疾病和疟疾造成的。剩下的30%大多数死于新生儿时期。

109. 有一些实际可行的低成本治疗措施可用来防止大部分这类死亡,例如通过免疫接种来对付通过接种可以防止的疾病,采用口服体液补充疗法来防止腹泻脱水疾病,使用蚊帐来预防疟疾,以及服用抗生素来医治感染。尤其是大多数这类儿童的生命都可以挽救。

进 展

110. 由于婴儿死亡率是五岁以下死亡率的一个分项,因此本节只报导后者。

111. 过去30年来全世界五岁以下死亡率已经减少一半。最新的计算结果表明每年挽救的生命约700万人。虽然全世界五岁以下死亡率在1990年代继续下降,但是各区域和国家间在实现这项目标取得的进展情况方面存在很大差异。

112. 将1980年至1994年期间各国每年平均实现降低的不满五岁死亡率同2000年的降低死亡率目标相比较,在所有国家中大约40%的国家可以实现这个目标。四分之

三的中东和北非国家以及工业化国家已上轨道,大约60%的拉丁美洲和加勒比国家,大约一半的东亚和太平洋国家以及大约五分之一的中欧和东欧/独联体和波罗的海国家也上了轨道。南亚只有一个人个国家处于类似的情况,撒哈拉以南非洲只有少数几个国家上轨道。

113. 按受影响儿童的条件来说,上轨道的国家只占全世界五岁以下的大约五分之一,另外有六分之一的国家在实现有关目标方面取得了重大进展。这些国家大约占全世界五岁以下的15%。其余的44%国家--占全世界五岁以下的大多数--如果不重新作出承诺和采取各种行动便很难实现有关目标。

114. 即使高死亡率国家将指标死亡率订定为减少三分之一(而不是低于每1000名活产幼儿有70名死亡),以其目前采取的行动规模来看,似乎很难实现。其中许多国家无法在10年终了将死亡率降低到接近三分之一。虽然处于复杂紧急状况的国家未包括在这一小组当中,但是它们是少数。

115. 然而有一些国家已经证明在长期间内有可能大量降低死亡率。在超过10年的期间内,60%的中东和北非国家保持了每年将死亡率降低5%或更多的高速率;在美洲,几乎半数国家保持了降低速率。

表1. 抵达五岁以下死亡率目标的进展

地 区	国家百分比(五岁以下人口百分比)		
	进度正常	进展很大	面临挑战
撒南非洲	5(0*)	10(4)	85(96)
中东和北非	75(76)	6(6)	19(18)
南亚	14(1)	14(10)	72(89)
东亚和太平洋	47(25)	13(2)	40(73)
拉丁美洲和加勒比	59(44)	27(46)	14(10)

地 区	国家百分比(五岁以下人口百分比)		
	进度正常	进展很大	面临挑战
中欧和东欧/独联体和波罗的海国家	22(27)	30(25)	48(48)
工业化国家	74(36)	17(56)	9(8)
世界共计	39(21)	17(14)	44(64)

* 表示占五岁以下人口不到0.5%。

资料来源：儿童基金会(人口在100万或以上的国家)。

主要未来行动

116. 必须对死亡率最高的区域——撒哈拉以南非洲和南亚制订优先顺序。在高死亡率国家,特别是进展很少的国家,必须根据对所涉因素进行更全面的评估来修订降低幼儿死亡率的战略。缺乏进展的因素之一是执行免疫接种,腹泻控制或减少急性呼吸道感染的工作不够积极。还有其他因素影响死亡率的高低,如果要执行更有效的解决办法,就必须对这些因素有更好的了解。

117. 虽然应当继续针对造成儿童因可预防疾病而死亡的主要原因采取干预措施,但是还必须扩大初级保健设施增加取得有效的综合性儿童疾病管理的机会。

118. 家庭一级的决策以及持续性行为改变也是一些重要方面。必须通过合理的交流和教育方案,让每一个家庭知道应当采取何种行动来改善儿童的健康,亲身予以实践,例如使用口服体液补充疗法或张挂蚊帐以控制疟疾,或及时将腹泻和肺炎病患转诊。

119. 在发达世界,几乎所有儿童都可以获得简单而付得起的医疗,这是保护他们不致因肺炎、腹泻、麻疹、疟疾和营养不良而死亡所必需的。在发展中世界,很多儿童无法获得这些治疗,必须提供资源以确保足够的医疗用品,每一个保健提供者和社区都应当持续获得基本药品供应,以便治疗主要的儿童疾病。

2. 免疫、麻疹、新生儿破伤风和小儿麻痹症

前 景

120. 十年终期目标 对付白喉、百日咳、破伤风、麻疹、小儿麻痹症、肺结核的抗原和对付生育年龄妇女破伤风的扩大免疫方案维持高度的免疫普及率；以及全球杜绝小儿麻痹症。

121. 十年中期目标 在所有国家将扩大免疫方案六种抗原的免疫普及率提高至80%；到1995年，与免疫前水平比较，将麻疹死亡减少95%和麻疹病例减少90%，为最后迈向全球杜绝麻疹的重要阶段；到1995年在某些国家和地区杜绝小儿麻痹症；以及到1995年杜绝新生儿破伤风。

122. 十年中期状况摘要 绝大多数国家除破伤风病毒之外已达成对所有抗原的免疫普及率目标。小儿麻痹症已显著减少，许多国家已杜绝了这种疾病。对杜绝新生儿破伤风取得了重大进展；在一些区域，但不是全球，达成了减少麻疹死亡率和发病率的目标。

问 题

123. 如果没有目前的免疫方案，每年约有五百万儿童将死于可免疫的疾病：270万死于麻疹，120万死于新生儿破伤风，100万死于百日咳，以及10万死于白喉。此外，80万将因小儿麻痹症而瘫痪。目前的免疫水平每年约挽救三百万儿童，但仍有两百万儿童死于可免疫的疾病。

124. 可免疫的疾病的压力对撒南非洲和其他地区最为沉重，这些地方扩大免疫方案的总业绩低，保健基础设施一般缺乏，每当内乱和(或)经济压力导致社会支出低落。

125. 尽管过去十年来在儿童免疫方面有所改善，麻疹依然是许多发展中国家的一项重大保健问题。母体抗体的干预使疫苗在九个月时接种的功效约85%，而在更早

的年龄功效更低。这种疾病是高传染性的,在任何临床症状出现之前会迅速传染。

126. 当不是由受过正式训练的助产士接生时,新生儿破伤风是一项严重的保健问题。新生儿破伤风死亡的重大风险是妇女未免疫和在不卫生的环境出生。

127. 白喉在成功地控制了30多年后,在独立国家联合体(独联体)再次出现了。1993-1994期间,白喉蔓延至几乎所有独联体国家。这样再度猖獗显示必须继续注意免疫。

128. 世界上一些区域依然承受小儿麻痹症的沉重负担;即使小儿麻痹症传染已经终止,免疫活动必须进行直至已经实现全世界杜绝了这种疾病。

进 展

129. 免疫普及率在1980年代显著地上升,于1990年达到三联疫苗(白喉、百日咳和破伤风)全球平均83%。十年中期目标(如果以三联疫苗免疫来衡量)在129个国家已经实现,而其他17个国家也离目标的10个百分点之内。因此,76%国家已经实现,或几乎实现,十年中期目标,而许多其他国家也接近实现了。

130. 免疫普及率90%(2000年的目标)在89个国家已经实现了,其中包括59个发展中国家。不过,在免疫普及率几乎没有什么增加的国家,将必须新的势头才能达成十年中期目标。

表2. 实现或几乎实现免疫目标的国家

区 域	三联疫苗普及率80%或更高		
	国家数目	国家 %	一 岁 %
撒南非洲	11	24	14
中东和北非	17	85	83
南亚	4	50	71

区 域	三联疫苗普及率80%或更高		
	国家数目	国家 %	一 岁 %
东亚及太平洋	23	79	94
拉丁美洲及加勒比	30	83	57
中欧和东欧/独联体 和波罗的海	21	78	66
工业化国家	23	88	98
世界共计	129	67	69

资料来源：儿童基金会和卫生组织

131. 全球平均掩盖了国家普及率的巨大差异,从13%到100%。普及率非常低(低于50%)的18个国家之中,有14个国家在撒南非洲。区域差异指出了具体问题,诸如亚洲的扩大免疫方案管理,非洲的保健服务基础设施,以及转型期国家的供应问题。世界上所有地区,如何达到偏远地区既是挑战也是费用高昂的。

132. 就麻疹而言,目前免疫使如果没有免疫在1995年将会发生的1.3亿麻疹病例避免了约72%,以及270万麻疹死亡避免了约85%。麻疹发病率(及死亡率)是采用以免疫普及率和疫苗功效为基础的模式所估算的。死亡率和发病率的百分率减少显示于表3。

表3. 麻疹病例和死亡的减少情况

区 域	减少百分率	
	麻疹病例	麻疹死亡
撒南非洲	34	65

区 域	减少百分率	
	麻疹病例	麻疹死亡
中东和北非	75	96
南亚	69	87
东亚及太平洋	82	95
拉丁美洲及加勒比	100	100
中欧和东欧/独联体 和波罗的海	85	95
工业国家	88	94
世界共计	74	86

资料来源：卫生组织。

133. 对麻疹的“高风险”办法，即运动以处于特别危险的儿童人口为目标，证明是有效的。高风险（即难民）儿童人口麻疹免疫，连同分发维生素A，是把资源针对最脆弱人口的一种有效方法。

134. 杜绝小儿麻痹症的目标是1988年确立的，当时约有35 000件报导病例。目前每年据报约有6 000件病例。小儿麻痹症在美洲所有国家已被证实已杜绝了。除了这27个国家之外，提供数据的168个国家之中有70个国家过去三年没有报导任何病例，另外13个国家最近一年没有报导任何病例。由于七年来报导的病例减少了83%，到2000年杜绝小儿麻痹症的前景是看好的。不过，最难于杜绝的国家就是其余的国家。

135. 预期如果没有免疫每年将发生的120万新生儿破伤风死亡之中，61%现在已经避免了。约80%的死亡发生在12个国家，对此，需要特别努力。

136. 尽管人口增长，死于新生儿破伤风的数目自1990年以来一直保持稳定，每年

约50万。目前估计每年有更多的人--约66万--将避免新生儿破伤风而被挽救下来。192个报导国家之中几乎有80%事实上已杜绝了新生儿破伤风,将国家每一区这种死亡率减至1 000个活胎少于1个,或整个国家这种死亡率1 000活胎少于1个。

137. 免疫将面向目标的办法与长期可持续性结合起来。愈来愈多的国家现在提供本国免疫方案的经费,经营这种方案的能力几乎完全是本土的。分权下放和增设儿童免疫保健设施一直是很重要的。

主要未来行动

138. 主要的挑战依然是政治意志和财政承诺的动员。杜绝小儿麻痹症方案的成功可以作为促进其他方案的推动者,样板。

139. 麻疹控制应该遵循一系列战略,从改良例行免疫进展至对高风险人口的特别扩大服务进而防止突然蔓延。这将需要改善监测。防止新生儿破伤风应该着重于在高风险人口的防止工作。

140. 虽然免疫方案的监测一般说来比对其他目标的监测的质量高,对杜绝和消除方案的监测仍然需要改善。在业绩低下国家,监测应该从城市地区特别是贫民窟和未登记人口开始进行。必须在流行病地区,特别是接近实现杜绝地区,加强小儿麻痹症监测。

3. 腹泻病

诺言

141. 十年终期目标 五岁以下儿童因腹泻而死亡减少50%,腹泻发病率减少25%。

142. 十年中期目标 实现至少80%采用口服体液补充疗法(增加液体)和继续喂食。(本节报导关于获得与饮用水和(或)建议的疗养液混和的口服体液补充盐包的儿童比率)。

143. 十年中期状况摘要 在已就腹泻时获得口服体液补充盐或建议的疗养液的

儿童的比率提出报告的国家,这项目标大体已经实现。不过,采用口服体液补充疗法(增加液体)和继续喂食为最佳的腹泻疗法的少很多。

问 题

144. 发展中世界五岁以下儿童每年有三百多万死亡(每四个中有一个)是死于腹泻病。大多数这些死亡是由于失水,而且在腹泻发作时采用口服体液补充疗法(增加液体摄入量)并继续喂食这是可以避免的。一旦失水,大多数儿童如给予口服体液补充盐依然可以获救的。

145. 腹泻发作使幼儿疲弱,腹泻往往与蛋白营养不良有关。为了保持儿童的营养状况及对付持续腹泻,在腹泻期间继续适当喂食是最为重要的。

进 展

146. 过去五年来,在家庭照管腹泻方面大有进步,每年挽救了约一百万儿童生命。1990年,口服体液补充盐/建议的疗养液很可能用于约三分之一的腹泻病例。到十年中期,平均使用水平为85% (在报导的33个国家之中,几乎占发展中世界五岁以下儿童的一半),而在不同区域在71%到98%之间。

147. 在采用口服体液补充疗法(增加液体摄入量)和继续喂食方面并没有取得同样水平的进展。在制订目标时,并没有象后来那样大力强调增加液体摄入量,因为关于在腹泻期间给予儿童的液体的数量而不是性质的数据是不清楚的。大家广泛接受的是在1990年增加液体摄入量的做法并不很普遍,而现在依然赶不上采用口服体液补充盐/建议的疗养液。

148. 不仅在一些国家采用口服体液补充疗法和继续喂食的水平低,他们也远不是对付腹泻死亡的彻底的解决办法。愈来愈多的母亲知道什么时候要带小孩去看保健工作人员,也需要保健工作人员有处理严重腹泻、持续腹泻和痢疾的能力以期使腹泻死亡率下降50%。

149. 这目标是可以实现的:如果有有效的方案干预、政治决心、充分资源、通信和动员、以及措施的正确配合,迅速和显著地减少腹泻死亡率是可以实现的。例如,墨西哥设法于1990至1993年期间使五岁以下儿童腹泻死亡率减少56%。

表4. 口服体液补充盐/建议的疗养液使用率及报导国家百分比

区域	使用率	报导国家%	五岁以下%
撒南非洲	89	29	58
中东和北非	71	25	34
南亚	96	38	25
东亚及太平洋	83	19	81
拉丁美洲及加勒比	78	14	31
中欧和东欧/独联体 和波罗的海	98	8	3
发展中国家	85	23	49

资料来源:多指标类集调查、腹泻防治、人口与健康调查及其他住户调查。

主要未来行动

150. 没有持续的承诺和资源,腹泻病方案所取得的成就将中止,甚至倒退。必须达成和保持高水平的采用口服体液补充疗法。保健专业的训练、动员和调动和政治领导人采取必要行动使母亲能够对通常但危险的儿童疾病采取廉价、简单的补救行动是公共卫生的首要优先事项。

151. 必须密切注意通讯信息,以期强调口服体液补充疗法和继续喂食,传递关于在家庭为主的腹泻治疗上使用口服体液补充盐/建议的疗养液,以及如果症状持续,必须寻求医疗的正确资讯。

152. 也必须努力减少腹泻本身的发生,包括扩大安全水供应和排泄物处置的卫

生手段,宣传4-6个月婴儿完全母乳喂养及包括手、食物及煮食/饮食用具的洗涤在内的个人卫生,和宣传麻疹免疫及维生素A食物。

153. 虽然可以估计全球的腹泻发病率和死亡率,但在国家一级加以跟踪却是问题多多。必须发展监测进展的实用方法,包括进一步改善程序指标。

4. 麦地那龙线虫病

前景

154. 十年终了目标 根绝麦地那龙线虫病。

155. 十年中期目标 在所有受感染村庄,中断麦地那龙线虫病的传染。

156. 十年中期状况摘要 在大多数流行病国家大体达成了目标。仅是有武装冲突国家落后。

问题

157. 麦地那龙线虫病是一种使人衰弱的水生寄生虫病,才五年前,受感染的有几百万人。这种病很少是致命的,但受感染是极端痛苦的,可能使人长期伤残。当妇女受感染,其子女的营养状况明显下降,儿童保健活动减少诸如看医生的次数减少。儿童可能无法上学,由于受麦地那龙线虫感染短时伤残,或接替无法劳动的父母的工作。

进展

158. 虽然大多数国家杜绝麦地那龙线虫病方案于1990年或甚至更迟才设立,这些方案一直很成功,在短期内取得了巨大进展。在15 000个村庄,麦地那龙线虫已经根绝了,据估计,发病率下降了97%。

159. 麦地那龙线虫病因此接近杜绝,十年终了目标可以达成。其余的重点主要

在于16个非洲国家、也门和印度的偏远社区。巴基斯坦自1993年起已扫除这种病，另外五个国家在1995年报导病例少于100起。

160. 正如许多与目标有关的成功事例，有效执行的关键在于执行方案并获得益处处的社区。捐助国、非政府组织、联合国机构和政府之间的伙伴关系同样也是有创意的。

161. 冲突和不安全一向是杜绝疾病的主要障碍。苏丹几乎拥有全世界剩余的麦地那龙线虫病案例的一半，将需要更多技术、业务和财政援助。对方案的政治承诺要求冲突所有各方都允许进入方案地区。

162. 监测麦地那龙线虫病提供了对于其他保健干预的有益教训。报导麦地那龙线虫病案例远比在村庄一级的任何其他努力更为符合成效，而这一调查使用地图有助于其他方案的规划与决策。

关键的未来行动

163. 随着这种疾病接近根绝，资金变得更为短缺，威胁了若干国家的麦地那龙线虫病方案。必须维持势头直至彻底杜绝这种病为止。

164. 不应该让环绕麦地那龙线虫病的动员歇息下来，而应该利用于另一个目标。如果麦地那龙线虫病杜绝事务现在可以并入其他社区保健方案，其实力可以转移至处理穷而偏远地区的其他保健问题。

5. 急性呼吸道感染

诺 言

165. 十年终期目标 把5岁以下儿童因急性呼吸道感染造成的死亡人数减少三分之一。

166. 十年中期现况概要 在流行病毒性肺炎的88个发展中国家中，已有59个国家开始积极落实急性呼吸道感染控制方案。不过，1990年，几乎没有国家拥有准确的急性呼吸道感染死亡数据，因此很难衡量实现目标的进展。

问 题

167. 在发展中世界,急性呼吸道感染,特别是肺炎是5岁以下儿童死亡的最常见病因。每年死亡儿童中的三分之一,即400万儿童,是因患急性呼吸道感染死亡。保健诊所内所有儿童患者中大约30-40%与呼吸道感染有关。

168. 如果服用恰当,抗菌素能使许多儿童免于死于肺炎。运用抗菌素的标准病例管理方法能使因患急性呼吸道感染而死亡的儿童中30-60%起死回生,但是需要这种治疗方法的儿童,许多无法得到治疗。

进 展

169. 在本十年开始时,很少有国家拥有如何降低急性呼吸道感染造成死亡的知识 and 手段,因此没有为降低急性呼吸道感染造成的死亡率制定十年中期目标。自那时以来,医疗诊所的治疗方法有所改进,家庭中防止肺炎造成死亡的行为也所改进。在婴儿死亡率超过40/1000的88个国家中,59个国家在1994年底已开始积极执行急性呼吸道感染控制方案。

表5. 执行急性呼吸道感染方案的国家

区 域	目标国家	执行活动
撒哈拉以南非洲	42	22
中东和北非	15	9
南亚	7	7
东亚和太平洋	8	8
拉丁美洲和加勒比	15	12
中欧和东欧/独联体和波罗的海	1	1
世界共计	88	59

资料来源:卫生组织。

170. 控制急性呼吸道感染的中心战略是妥善的病例管理。母亲要能够识别急性呼吸道感染,并在必要时把子女带去治疗。社区里需要有受过适当培训的保健人员和合适的抗菌素。

171. 急性呼吸道感染控制方案依照标准质量要求,使用标准培训教材,开始了急性呼吸道感染临时病历管理方面的培训。到目前为止,5万以上的医生、85 000护士和7万社区保健人员接受了培训。

172. 在60个发展中国家进行的家庭普查正在收集衡量家庭适当求诊行为的资料,将给急性呼吸道感染控制方案提供参考。还过,即便到了10年中期,大多数国家方案仍无法计算急性呼吸道感染造成的死亡人数。因此,计算急性呼吸道感染造成死亡人数减少情况至多也就是个大约概数。

主要未来行动

173. 改进家庭和保健诊所的病历管理是大幅度降低儿童死亡率的关键。不仅初级保健设施需要变革,接收患严重疾病的转诊儿童的医院也需要改革。首脑会议的目标若要实现,就必须加快急性呼吸道感染方案的落实。

174. 肺炎病菌对标准抗菌素的抵抗力正在加强,因此各国政府需要协助就急性呼吸道感染治疗中抗菌素的选用制订政策。国内和国际机构面临的一个重大挑战是,确保适当抗菌素的供应持续不断。

6. 产妇死亡率

诺 言

175. 十年终期目标 到2000年把产妇死亡率减少到1990年的一半。

176. 十年中期现况概要 卫生组织和儿童基金会新的估计表明,产妇死亡情况被人们严重地低估了。1990年大约有585 000名产妇死亡。全球没有出现重大进展。就最有效的战略已达成共同理解:妥当地管理怀孕和生产、出现并发症时得到急

救、防止意外怀孕。

问 题

177. 新的数字表明,1990年,大约有585 000名产妇死亡,说明过去严重低估了怀孕造成的死亡。

表6. 1990年产妇死亡订正估计

区 域	产妇死亡率 (每10万个活产中 产妇死亡数)	产妇死亡数 (千)
撒哈拉以南非洲	980	219
中东和北非	320	32
南亚	610	224
东亚和太平洋	210	80
拉丁美洲和加勒比	190	22
中欧和东欧/独联体和波罗的海	95	7
工业化国家	17	2
世界共计	430	585

资料来源:卫生组织和儿童基金会。

178. 死亡原因多数与产科有关:出血、败血、子痫、难产和不安全的堕胎等。发展中国家中怀孕造成的死亡人数中约20%是因贫血和疟疾再加上怀孕造成的。

179. 发展中国家中不到一半的产妇由经过正规训练的助产士或医生接生。只有59%的孕妇得到产前医护。约15%的妇女在怀孕或生产时会出现并发症,但其中许多人(虽然比例不详)无法获得产科紧急救护。

进 展

180. 测量产妇死亡率极为困难,而且大多数国家中缺少确定基线数据和趋势的可靠资料。卫生组织和儿童基金会制定了一种新的办法,在正式估计数字不足的国家估计产妇死亡率。这两个组织目前正在收集产科诊所的普及数据,以及到产科诊所就诊的带有并发症的妇女比例,以便为监测进展情况制定治疗原则。

181. 人们对产妇死亡及其原因有了更多的了解,这促使治疗方法有所改变。大多数怀孕造成的死亡可以通过一系列方法得到避免,如怀孕和生产得到恰当的管理,获得对于拯救生命十分关键的产妇看护,获得计划生育服务以避免无意中怀孕。需要建立一个运作正常的保健系统,并在所有各级相互联系起来,由经过适当培训的人员恰当地提供转诊服务。威胁生命的并发症病例尤其需要这一服务。

182. 怀孕造成的紧急病例的规模和性质已得到人们的认可,并使得人们重新考虑传统助产士在生殖保健方面的作用。就生产而言,重点应该是在传统助产士和正规保健提供单位之间发展联系。脱离正规保健系统对传统助产士进行培训已经证明,对降低产妇死亡率毫无帮助。

183. 按照任何可以衡量的定义来看,目标的落实情况仍不清楚,但是,妇女事业最近在国家一级和国际论坛上得到推动,也使得人们更加重视生殖保健以及具体的产妇死亡问题。各国政府、联合国各机构、专业团体和妇女保健倡导者之间在全球、国家和社区一级加强伙伴关系,这可望在本十年后半期带来更可观的进展。

主要未来行动

184. 必须在初级和二级保健系统内采取行动,首先改善产妇并发症患者获得紧急诊所服务的机遇,为所有妇女加强怀孕方面的服务。

185. 在安全母亲干预办法中,必须将计划生育、产前看护、生产和产后看护结

合起来。生殖保健工作人员必须按此加以培训。目的是确保妇女整个一生中持续获得医疗保护。

186. 资料、教育和通讯活动不仅要注重妇女,也要注重男子和社区中态度和行动会影响到妇女保健的人们,包括能够安排急救运送的人们。

187. 根据卫生组织/儿童基金会新的估计,每个国家都将审查其产妇死亡情况,并制定本国的低成本干预方案,制定切实可行的目标和战略。

7. 儿童营养不良

诺 言

188. 十年终期目标 在1990年至2000年之间,把5岁以下儿童严重和一般营养不良的人数减少一半。

189. 十年中期目标 把1990年5岁以下儿童严重和一般营养不良的人数减少五分之一或更多。

190. 十年中期现况概要 从整体上看,儿童营养不良的比率似乎与1990年相同。在全球范围内,大约30%的5岁以下儿童体重不足,其中最多是在南亚地区,该地区约50%的儿童营养不良;在非洲撒哈拉以南,这一比率较低,但可能会有所上升。在拥有儿童健康趋势数据的40个国家中,大约一半的国家大幅度降低了儿童营养不良的情况。

问 题

191. 在发展中国家,大约1.74亿名5岁以下的儿童营养不良,其特征是体重低于其年龄标准体重。营养不良不仅使身体和认知发展不良,还减弱了对疾病的抵抗力。最近的分析结果表明,在发展中国家中,幼儿死亡人数中平均56%与营养不良有关,83%为轻度和一般营养不良。

表7. 儿童营养不良趋势
 (五岁以下体重不足百分比)

区 域	1985	1990	1995
撒哈拉以南非洲	29	29	31
中东和北非	16	13	14
南亚	57	51	51
东亚和太平洋	27	23	22
拉丁美洲和加勒比	11	9	8
发展中国家	34	30	31

资料来源:摘自行政协调会/营养小组委员会的资料,初步估计。

192. 家庭食品安全、对婴儿和儿童给予足够的看护、妇女合理的福利、健康的环境以及能够获得基本保健服务,这些都是儿童营养良好的必要条件。同样,疾病控制、教育进展和扶贫灭贫工作中的成就也会加强这些环境。

进 展

193. 自1990年以来,提供的数据有所增多,但仍旧很难衡量变化,部分原因是许多国家缺少足够的基线或趋势数据。现有的最佳估计数字表明,在1995年,发展中国家中31%的5岁以下儿童体重不足。

194. 全球的统计数字掩盖了区域之间巨大的差距,虽然所有区域的进展情况都比较缓慢。在南亚,大约一半的幼儿体重不足,在撒哈拉以南非洲,这一数字大约为31%。在东亚和太平洋为22%,在中东为14%,在拉丁美洲和加勒比为8%。在撒哈拉以南非洲和南亚,高出生率和营养状况缺少改善使得营养不良的儿童人数实际上有所增加。

195. 1990年,只有53个发展中国家在体重不足的幼儿人数和比例方面拥有可靠的数据资料;到1995年,共有97个国家拥有这种资料。这是一个重大的进展,将使得今后的分析有可能更为精确。在拥有1990年之前和之后相比较数据的40个国家中,大约20个国家自1980年代以来大幅度减少了营养不良的儿童人数。这些国家主要在东亚和太平洋、拉丁美洲和加勒比、中东和北非,其中有些国家大概已达到十年中期目标。有9个国家的营养不良情况有所增加,其中6个国家在非洲。

196. 在政治上为减少营养不良情况作出政治承诺、为此拨出大批资源、建立人的能力和努力分析问题原因所在的国家似乎能够加快工作的积极进展。经济增长也能够加快进展,但并不一定,也不足以在很大程度上减少营养不良的儿童人数。

197. 减少营养不良儿童人数的多数方案包括保护和推广母乳喂养,重视适当的补充喂养,开展营养教育以改变行为,监测成长和促进工作,控制微量营养缺乏,给患病儿童提供营养,产妇营养和保健转诊,在家庭管理和经济机会方面支持妇女。不过,营养方案的各种情况和强调重点各不相同。

198. 成功的方案的一个显著特点是社区参加一道找出问题所在,并动员人们行动起来。仅仅有一套良好的技术计划并不足以达到目的。

主要未来行动

199. 必须动员社会各阶层作出承诺,减轻儿童营养不良现象。社会参与十分重要,因此国家的努力必须注重为社区方案创造有利的环境。

200. 需要加倍努力,防止出现营养方面的紧急情况,并为最易受伤害的群体,为极为艰难情况下的儿童,并为紧急情况设计安全网。

201. 若要使得十年终期目标有可能得到实现,各国政府和国际组织就应作出比目前更多的承诺。

202. 还需要更加强调妇女和儿童的福利与各代相传的儿童营养不良之间的相互联系。女童和年轻妇女的营养状况应在其成为母亲之前得到保护。

8. 缺碘症

诺 言

203. 十年终期目标 切实消除缺碘症。

204. 十年中期目标 在出现缺碘症的国家中普及含碘食盐(做到90%或以上食用盐有效地含碘,和90%以上的家庭食用含碘盐)。

205. 十年中期现况概要 出现了巨大进展。几乎出现缺碘症这一公共保健问题的所有国家都正在给其食盐中加碘,以达到十年中期目标。1995年食用含碘盐的人数比1990年多出将近15亿。

问 题

206. 1990年,占世界人口30%的大约16亿人面临患缺碘症的危险,7.5亿人主要因碘摄入量很低患甲状腺病症。估计有4 300万人在婴儿和幼儿期因摄入碘不足而患某种程序的大脑损伤。

207. 食盐加碘是费用较低而且颇有效益的解决整个人口中缺碘症的方法。在1990年以前,几乎很少有发展中国家大规模地给食盐加碘,或打算制定食盐加碘规章,发展中国家中面临患病风险的人口中不到20%食用含碘量充足的食盐。

进 展

208. 在87个有资料统计的国家中,21个国家正在为90%或以上的食用盐加碘。这些国家已达到十年中期目标。另有14个国家正在为75%至90%的所有食盐加碘。在其余52个国家中,许多国家已设立生产含碘食盐的基础设施,含碘盐的消费比例也会到2000年达到或超过90%。

209. 在首脑会议之后的努力下,又有15亿人首次食用碘化盐。这意味着每年大约有1 200万婴儿会免受智力残障之害,否则他们在出生前或之后就有可能染上此

病。总共来讲,87个有统计资料的发展中国家中,55%的人口(约24亿人)正在摄取碘化盐,达到正常碘的摄入量。

表8. 碘化盐的消费情况

区 域	有缺碘症和食盐 资料的国家	食用碘化盐的人口	
		百分比	总数(百万)
撒哈拉以南非洲	33	57	298
中东和北非	9	73	157
南亚	6	59	711
东亚和太平洋	8	48	807
拉丁美洲和加勒比	20	80	369
中欧和东欧/独联体 和波罗的海	11	26	87
国家共计	87	55	2 429

资料来源:儿童基金会外地办事处。

210. 在所有缺碘症突出的国家中,除8个国家外都已通过,或是正在最后批准便利和要求食盐碘化的法律和规定。已经动员了大量的人力和财力资源,以实现食盐普遍碘化的目标,其中包括过去5年中从外部资源调集了3千万美元。

主要未来行动

211. 仍未实现十年中期目标的一些国家需要加紧努力,以便在2000年大幅度减少缺碘症病例。

212. 需要加强监督机制,以确保碘化食盐的质量,并从消费点收集准确资料。

9. 维生素A缺乏症

诺 言

213. 十年终期目标 基本消灭维生素A缺乏症及其一切后果,包括失明。

214. 十年中期目标 确保居住在维生素A摄入量不足地区的两岁以下的所有儿童至少有80%通过母乳喂养、饮食改善、食物添加营养剂和补充营养等相配合的办法,获得足够的维生素A。

215. 十年中期现况概要 到1995年,有17个国家正在朝至少有80%的两岁以下的儿童获得足够的维生素A摄入量这一目标快速迈进,而大规模的方案正在另外24个国家中进行。在35个受影响的国家中,这一问题未得到充分的重视。

问 题

216. 1995年,在76个发展中国家中有2.5亿名5岁以下的儿童患有维生素A缺乏症。在其中43个国家中,维生素A缺乏症很严重,因此有300万名儿童显示出眼睛受损害或干眼病的临床症状,并每年有50万名儿童失明。

217. 对于维生素A缺乏症的充分后果直到最近才有了正确的评价。它损害免疫系统,使在童年死亡的机会大约增加四分之一,死因主要是腹泻和麻疹等感染;它还会引起贫血和发育不良。维生素A缺乏症还影响估计数为600万人的孕妇和授乳妇女的健康。

218. 维生素A缺乏症的病因是含有维生素A食物的摄入量不足;它还往往与频繁的和营养不良有关。消灭维生素A缺乏症的三大战略是补充营养、食物添加营养剂以及改变饮食。肉类食品以及柑橘类或黄色水果是维生素A的良好来源,但贫穷家庭难得食用它们。增加食用绿叶蔬菜可有助于预防维生素A缺乏症。

219. 要充分了解维生素A缺乏症的流行范围需要血液样本和生化分析;因此,难以估计维生素A缺乏症的流行程度并监测在消灭此种疾病方面取得的进展。

进 展

220. 通过采用称之为“补充营养”的消灭维生素A缺乏症的战略,已在若干个国家中取得了进展。向刚分娩的母亲分发大剂量的维生素A补充剂,并每年两次向6个月后的儿童分发大剂量的维生素A补充剂,就可以几乎完全预防维生素A缺乏症。在维生素A缺乏症严重的国家中,有22个国家定期向幼童提供补充剂;在11个国家中,有50%以上的幼童得到了补充剂。仅在这些国家中,维生素A补充剂已拯救了大约30万名儿童的生命。在维生素A缺乏症严重程度较轻的国家中,现在有7个国家进行定期补充维生素A的工作。印度尼西亚通过这一战略基本消灭了维生素A缺乏症。

221. 在容易得病的母亲和儿童通常食用的食物中添加营养剂,也可以明显地减轻这一问题。在委内瑞拉,面粉现在添加了维生素A和铁;在危地马拉食用的全部食糖中有90%以上添加了维生素A,这在减少维生素A缺乏症方面非常有效。有些国家食用油和人造黄油添加了营养剂;食糖添加营养剂的方案目前正在得到更为广泛的考虑。

222. 几乎所有存在维生素A缺乏症的国家都已作出努力来改善儿童和母亲的饮食。许多这样的方案有着多重目的,因此不可能对它们在实现目标方面的贡献作出评价。虽然已经能够对维生素A胶囊和添加营养剂的食物消费量进行监测,但要监测因进行营养教育而在食物消费方面产生的变化是极其困难的。

主要未来行动

223. 尽管临床症状不明显的维生素A缺乏症是儿童健康中一个十分重要的因素,但它的重要意义仍然未为许多国家决策者充分理解。必须更加努力使人们知道充分的维生素A摄入量对数以百万计的儿童健康的重要性。

224. 维生素A补充方案已证明是有效的,因此应积极地向所有存在维生素A缺乏症的国家推广。在免疫覆盖范围大的地方,可将它们与免疫接种以及普通门诊结合进行。应通过社区组织和药剂师提供小剂量的维生素A胶囊。

225. 应谋求制造和加工基本食品的生产者和销售者的合作,更广泛地将食物添加营养剂视为与维生素A缺乏症进行斗争的一种战略。应加强对现有添加营养剂方案的监测和质量管理。

226. 应作出努力,对旨在通过改善饮食消灭维生素A缺乏症的各种方案进行评价。需要进行更多的研究,以确定食用不同类型的蔬菜对儿童维生素A状况所起作用的大小。

10. 母乳喂养

诺 言

227. 十年终期目标 使所有妇女有权完全以母乳喂养其子女达4至6个月,并继续以母乳喂养并给予补充食物,直到第二年较晚时为止。

228. 十年中期目标 使所有医院和产科医院都成为“爱婴医院”,停止供应免费和廉价的婴儿配方奶和母乳代用品,并采取卫生组织和儿童基金会建议的“十大步骤”。

229. 十年中期现况概要 在实现十年中期目标方面取得了重大的进展。1996年6月底,103个国家中有7 762个妇产设施被命名为爱婴设施。100多个国家已采取了行动,禁止分发免费或廉价的母乳代用品。

问 题

230. 母乳喂养对于确保每年出生的大约1.4亿名儿童的健康和营养至关重要。但是,没有多少儿童受到最适度的母乳喂养,而有些儿童则完全没有受到母乳喂养。经常出现的情况是过早地停止母乳喂养,不必要地补充营养,以及开始补充餐的时机选择不当--过早或过晚。

231. 人工喂养提高了儿童和母亲的发病率。使用母乳代用品,不适当地补充食物,或两者兼用,会造成发育不健全和微营养素营养不良。

232. 现有的有关母乳喂养的资料表明,发展中世界仅有43%的婴儿在生命的前4个月之中完全靠母乳喂养(只接受母乳,而不接受任何其他流质或非流质食物)。完全以母乳喂养的比例,从南亚的近一半到撒南非洲的四分之一左右和拉丁美洲及加勒比的一半。在6个月左右时,应开始采用补充食品(流质/非流质);目前,在6到9个月大的婴儿之中只有45%的人既接受母乳喂养也接受补充食品。发展中国家的所有婴儿中,大约有一半在20至23个月时还继续接受母乳喂养。

233. 历史上对作为母亲和婴儿权利的母乳喂养的漠视,与在卫生系统中根深蒂固的商业影响以及不鼓励母乳喂养的专业行为之间起着相互影响作用。无所不在的商业影响影响着卫生习俗,态度和研究。

进 展

234. 对不适当地销售母乳代用品有害作用的认识,导致了在1981年通过了《母乳代用品国际销售守则》。自那时以来,已有88个国家采用了《守则》或正在采取可强制实行的措施使之生效;101个国家已采取行动制止供应免费和廉价的母乳代用品。

235. 对世界范围内继续不断减少母乳喂养这一情况的关切,导致了1990年的《关于保护、促进和支持母乳喂养的因诺琴蒂宣言》。《宣言》载有1995年的四项关键性行动目标:任命国家母乳喂养协调员和委员会;执行《国际守则》;通过产妇保护立法;并使妇产服务成为爱婴服务。1991年发起了“爱婴医院首倡行动”,作为实现大部分这些目标的一项战略。

236. 自发起“爱婴医院首倡行动”以来,在103个国家中已有7 762个妇产设施被命名为爱婴设施,占了指标设施数的大多数。另有60个国家已加入“首倡行动”,并正在争取其医院首次获得命名。东亚和太平洋爱婴设施的数目最多(4 763),接着为南亚(926)、拉丁美洲及加勒比(721)、中东和北非(597)以及撒南非洲(545)。在科特迪瓦,总数为86个医院中有85个现已获得爱婴医院的证书。工业国以及中欧和

东欧/独联体和波罗地海国家已开始加入“爱婴医院首倡行动”，并有210个医院现已获得命名。

237. 保护母乳喂养免受商业压力和干扰，是任何成功的方案的关键组成部分。没有销售守则的国家更容易受到伤害，而方案的可持续性也更难以实现。

238. 在118个国家中，有些母亲可得到至少12周的产假。然而，通过一项妇产立法，将所有妇女群体都包括在其中，并能实施大约6个月期间完全采用母乳喂养的作法，这依然是一项挑战。

主要未来行动

239. 必须继续宣传母乳喂养是母亲的权利，并伴之以创造一种有利于母乳喂养的环境。促进这些工作最好的办法是执行《国际守则》，并将母乳喂养纳入所有与营养有关的方案之中。

240. 宣传要旨将继续强调在大约6个月内完全以母乳喂养，并强调母乳喂养最合适的持续时期。

241. 为使妇女对喂养婴儿作出明智的决定，应使所有人都能得到完整而无偏见的资料。

242. 仍然必须加紧对于干扰母乳喂养的商业影响进行斗争。

11. 安全用水和环境卫生

诺 言

243. 十年终期目标 普及安全饮水，并普及粪便处理的卫生设施。

244. 十年中期目标 扩大供水和卫生覆盖范围，以便缩小1990年的水平与到2000年时普及之间的差距，在供水方面缩小差距四分之一，在卫生方面缩小差距十分之一。

245. 十年中期现况概要 由于在亚洲取得了重大进展，在全球范围内实现了享用

安全饮水的十年中期目标。但是,享有粪便处理卫生设施的程度实际上有所下降。这是因为服务的覆盖范围未能赶上特别是城市地区人口增长的速度。

问 题

246. 1990年估计有16亿人未享有安全用水,26亿人没有适当的环境卫生设施。不适当的用水和环境卫生条件,与不良的个人卫生一起,是幼童腹泻病发病率很高的内在原因,发展中国家每年有300多万5岁以下的儿童因此而死亡。

247. 是否能享用安全用水和环境卫生,也影响到若干其他疾病的流行,其中包括血吸虫病和热带皮下寄生虫病(麦地那龙线虫病),以及因缺乏卫生而传播的传染病,例如肠道蠕虫、疥疮、和沙眼。与水有关的疾病与儿童健康的其他问题相互产生消极的影响,因此可能是营养不良的内在原因。

248. 缺乏享用安全用水和环境卫生的机会除了在健康方面造成损失之外,由于妇女和儿童要花费时间和精力来打水和运水,他们还遭受着重大的不方便损失和其他损失--包括教育方面的损失。

进 展

249. 根据1994年的资料,有11亿人仍然没有享用安全饮水的机会,有29亿人没有享用环境卫生的机会。由于1990年水平与普及的差距已减少了35%,在全球范围内已实现了水供应的十年中期目标。但就环境卫生而言,十年中期目标并未实现,而且差距实际上有所扩大。对环境卫生的需求继续落后在对安全用水需求之后,因为社区和政府两者都往往认为对环境卫生的需求较不紧迫。

250. 全球性的数字掩盖了如表9所示的区域之间的巨大差别。安全饮水供应的覆盖范围在1990和1994年期间在拉丁美洲维持不变,但在所有其他区域则有所扩大。西亚和亚洲以及太平洋已达到了十年中期的目标,但是,在除西亚之外的所有区域内,环境卫生的覆盖范围有所减小。

251. 社区参与服务业务和管理对扩大服务的进展是至关重要的。如要确保提供即使是最基本水平的服务,就必须动员社区的资源。因此,各项服务必须是消费者负担得起并希望得到的,以便促进费用分担和成本回收。

表9. 1990-1994年,安全用水和环境卫生覆盖范围

区域	水 供 应			环 境 卫 生		
	覆盖范围		十年中 期目标	覆盖范围		十年中 期目标
	1990	1994		1990	1994	
非洲	45	46	59	36	34	42
拉丁美洲和加勒比	79	79	84	69	63	72
亚洲和太平洋	61	80	71	30	29	37
西亚	78	88	84	65	68	69
全球	61	75	71	36	34	42

资料来源:卫生组织/儿童基金会联合监测方案。

注:本表中的区域按照1995年6月秘书长的报告中用于报告用水和环境卫生所使用的区域(A/50/213-E/1995/85)。

主要未来行动

252. 政府、捐助者、非政府组织和社区之间的伙伴关系对于在供水和卫生方面的成就是至关重要的。必须加强并扩大这些伙伴关系,以促进社区更高水平的参与。

253. 用水和环境卫生的供应还应伴随以强调卫生教育,以便提高对安全用水和环境卫生的必要性及其益处的认识。

254. 城市供水继续吸收着在供水部门投资的80%,通常使境况较好的人受益。必

须将急速发展的城市和贫穷的城市地区与农村地区一起作为目标的对象。

255. 要在朝十年终期目标方向取得重大的进展,就需要有比现在高出许多倍的供资水平,并需要有更大的意愿来采用低成本的技术并进行成本效率高的改革。

256. 信息管理系统薄弱是许多国家的一个重大的限制因素。要处理诸如城乡差别等不平衡现象,或处理供应环境卫生设施方面缺乏进展的现象,都需要可靠的数据,以此作为合理计划的依据。因此,必须在卫生组织/儿童基金会联合监测方案的协助下继续加强国家监测系统。

12. 基本教育

诺 言

257. 十年终期目标 普遍有机会接受基本教育,使至少80%的小学学龄儿童完成小学教育,重点放在减少目前男孩与女孩之间的差别。

258. 十年中期现况概要 1990年至1995年期间小学学龄儿童入学率增加了2个百分点。要实现十年目标,必须加速入学工作。辍学率仍然很高,特别是撒南非洲和南亚,性别差距减少缓慢。

问 题

259. 1亿以上小学学龄儿童没有上学,其中大约60%是女孩。入学儿童中,许多人甚至不能完成四年的教育。虽然一些国家教育质量有了改善,但其他一些国家令人遗憾地缺乏改善。

260. 基本教育提供必不可少的学习手段、知识、技能、价值观念和看法,这些都是能创造经济价值的生活和终生学习所必需的。基本教育包括儿童早期培养、小学教育、以及一系列学习活动,满足失学儿童以及青少年和成人的基本学习需要。儿童的初级教育是个关键内容,因为所有人都应在童年获得基本能力和生活技能。

261. 教育投资是经济增长和社会发展的关键,包括增加获得基本保健的机会、

更好的营养、较低的生育率、更多地使用卫生设施和赋予妇女权利。正如最近东亚国家的经验所表明,通过提高穷人的生产力,教育能够促进更好地分配收入和减少贫穷。

进 展

262. 1990年宗甸普及教育会议着手对基本教育进行大规模重新评估。1990年代前五年期间,政治一级大大加强了对基本教育的重视,重新分配资源,越来越多的国家正在执行改善基本教育的方案。

263. 现在5 000多万儿童正在上小学,但这只能勉强跟上人口的增长。1990年至1995年期间,估计发展中国家学龄儿童入学率由80%增加到82%。性别差距的变化情况相似,男女入学比率的差距减少了2个百分点。

264. 在区域一级,入学率的变化从下降1个百分点到增加3个百分点不等,性别差距从下降5个百分点到上升1个百分点不等。在撒南非洲,1980年代小学入学率下降的趋势似乎已经改变,1990年代前五年有了略微增加。然而,鉴于入学率数据不足,应该审慎地看待1990年至1995年的变化。

265. 入学率仅仅说明小学教育的部分情况。许多儿童不能持续上学,除非他们获得最低程度的教育(五年级)。在东亚和太平洋地区以及中东和北非区域,入学儿童中大约90%能完成四年学业,在拉丁美洲和加勒比地区是四分之三,撒南非洲和南亚只有大约60%。如此之高的辍学率表明,到2000年至少80%小学学龄儿童完成基本教育,对于撒南非洲和南亚是非常艰巨的任务。如果要实现十年目标,拉丁美洲也必须加速进展的步骤。

表10. 入学率和性别差距

区 域	净入学率(男女)		性别差距 (男性比率减去女性比率)	
	1990年	1995年	1990年	1995年
撒南非洲	54	55	10	11
中东和北非	80	83	11	10
南亚	75	78	25	20
东亚和太平洋	95	94	6	5
拉丁美洲和加勒比	87	89	5	6
发展中国家	80	82	13	11
工业化国家	92	92	1	1

资料来源:教科文组织为1996年6月在安曼举行的普及教育会议准备的数据。

266. 即使对于能够上到最高年级的儿童,教育质量也需要大大改进。最近对于14个最不发达国家小学的一项研究发现,一年级每班平均人数多达112个,几乎一半教室没有黑板,大多数儿童在学校使用的语言与在家不同。

主要未来行动

267. 需要加速努力,特别是在撒南非洲,以使更多的小学学龄儿童入学,特别是女孩。要适当监测进展情况,现有报告出勤情况、留级和辍学情况的数据系统也需要改进。

268. 在获得教育的机会和教育过程中,需要迅速结束性别不平等现象,使所有女孩和妇女都能受到教育,特别是在南亚、撒南非洲以及中东和北非。迄今进展缓慢说明存在教育原因之外深刻的社会、文化和经济因素,所有这些都必须通过全面的

国家努力加以解决。

269. 提高小学教育质量,必须重视学习的物质环境,提供学习材料,教师的培训,以及社区参与教育。提高小学教育质量还要求制订并广泛使用简单的学习成绩指标,以便评估取得的进展。

270. 鼓励和关怀的环境是教育必不可少的基础,为穷人服务的方案能够抵消贫困的家庭和社区环境。这种方案对于帮助所有儿童获得更多的机会上小学能产生巨大影响。

271. 作为实现普及小学教育灵活而全面的战略的一部分,非正规教育方法在为交通不便的群体服务方面可以起重要作用,尤其是正规教育系统发展不够迅速的时候。然而,非正规基本教育需要与正规教育系统相联系,以便使儿童有机会加入到同学之中,并得到适当的资源支助。

13. 文盲

诺言

272. 十年终期目标 使成人文盲率(由各国确定适当的年龄组)至少降低到1990年水平的一半,重点放在妇女扫盲。

273. 十年中期现况概要 1990年至1995年期间,发展中国家成人文盲率由34%减少到30%。性别差距降低幅度不大。如果今后几年不做出重大努力,大多数国家到十年期末取得的进展将离目标相去甚远。

问题

274. 1990年至1995年期间15岁以上识字人数增加了3亿多。然而,文盲人口仍约有9亿,约占世界目前成人人口的四分之一。文盲中三分之二是妇女。

275. 文盲往往集中在族裔和文化少数群体。属于社会主流之外部落、种姓、种族、宗教和语言群体的人们最有可能是文盲,边远地区和贫穷人口也是如此。在所

有社会群体不能接受教育的人们中,妇女占大多数。

276. 文盲父母与儿童不上学和早期辍学之间有明显联系。同时,不利学习的环境和教育质量差也往往使辍学率增加,从而大大增加了文盲人数。此外,妇女识字水平与其家庭人口、子女死亡率和营养状况之间存在密切联系。

进 展

277. 1990年,全世界成年人中有26%是文盲,1995年,这一数字仅略为下降到24%。如果这种趋势继续下去,到2000年减少一半文盲的目标就不能实现。

278. 南亚文盲人数最多,有一半成年人不会读书写字;在撒南非洲和中东和北非,成人文盲率约为40%。东亚和太平洋地区以及拉丁美洲和加勒比地区文盲率约为15%。这些区域没有一个有可能实现2000年的目标,尽管东亚和太平洋区域最接近目标。

279. 只有拉丁美洲和加勒比地区有可能将性别差距在已经很低的3%的基础上减少一半。在所有其他区域,性别差距仍然很高,从南亚的27个百分点到东亚和太平洋地区的14个百分点不等。

280. 发达国家文盲率低,部分原因是采用了粗陋的衡量办法。1994年的一项研究把“有文化”定义为掌握了一整套与人们日常生活有关的技能,该研究发现,在世界上一些最富裕的国家,20%以上的成年人只掌握了最基本的识字技能。现在对于新技能的需求不断增加,同时,已掌握的技能迅速过时,这些导致功能性文盲人数的增加,不仅在工业化国家如此,在发展中国家许多文化程度很高的社会中也是如此。

表11. 文盲率和性别差距(1980-1995)

区 域	文盲率(男女)			性别差距 (女性比率减去男性比率)		
	1980	1990	1995	1980	1990	1995
发展中国家	42	34	30	22	19	18
撒南非洲	59	48	43	23	21	19
中东和北非	58	46	40	28	25	23
南亚	62	55	51	28	28	27
东亚和太平洋	31	20	16	23	16	14
拉丁美洲和加勒比	21	16	14	5	3	2
中欧和东欧、独联体和 波罗的海国家	8	5	5	6	5	5
工业化国家	3	2	1	3	1	1

资料来源:教科文组织。

主要未来行动

281. 任何大幅度减少成人文盲率的计划必须首先有效扩大初级教育,使那些否则会成为未来成年文盲的儿童受到教育。

282. 刚刚度过小学阶段的青少年,面对生活还没有掌握基本技能,应该鼓励为他们开展有效的大规模方案;这些方案应把识字与掌握基本知识结合起来,将成为基本教育的“第二次机会”。

283. 有扫盲内容的方案应包括或增添后续行动,为刚脱盲者使用技能提供机会并继续在正规、非正规和非正式条件下继续学习。为此,在政府当局、社区和非政府之间应发展积极的伙伴关系。

284. 社会动员是扫盲运动成功的关键,有几个国家的情况显示了这一点。这些

国家专门成立了通常由志愿机构组成的委员会,对扫盲运动进行管理。以社区为基础的动员方法应该推广。

四、结论

285. 1990年儿童问题世界首脑会议所确定的目标,为世界各地儿童发挥了杰出的动员力量,促生了更进一步的水平,并为追求一个共同目的而在各政府、非政府组织、传播媒介、公民社会和国际组织之间,创造了新的伙伴关系。有众多证据表明,《世界首脑会议宣言》和《行动计划》,联同几乎同时成为国际法的《儿童权利公约》,为支持儿童事业的全球行动提供了动力和法律框架。

286. 许多因素促成了这项成就,以独特方式团结人们献身于儿童事业只是其中之一。通过国际协商和一致意见建立的程序而演变出的联合共有的儿童议程,是其后被接受并转变成为行动的一个重要成分。同等重要的是后续行动程序,使特别是发展中世界的各国政府接受了这个议程,并在各国家行动纲领,及在许多国家的国家、省州、区域一级的类似次国家行动纲领中表现出来。

287. 儿童问题世界首脑会议确定的有时限且可衡量的目标是一个开拓性的努力,其目的不仅是调动资源和承诺,而且协助拟定活动方案,使它们有明确的目标和方向。这是一个有效的战略,但也是一个勇敢的战略;如果目标没有达到或无法达到,它就有灰心失望和野心过大及失败之感的危险。

288. 在儿童生存目标方面已作出非常惊人进展的是免疫覆盖,腹泻疾病控制,小儿麻痹,麦地那龙线虫,缺碘症控制,取得安全饮用水和促进母乳喂养。现在已经有89个国家抵达了免疫覆盖率90%以上的十年终了目标,而且到2000年消除小儿麻痹的目标非常有希望。在腹泻疾病的范围内,口服体液补充疗法/建议家用液体治疗的扩散方面已取得了重大进展。在缺碘控制方面,有缺碘保健问题的国家,几乎全部都在碘化食盐,而且在1995年比在1990年有另外15亿人在食用碘化盐。无法取得安全饮用水的人口,自1990年以来,下降了约三分之一。利用在妇产设施内执行“善待婴

儿”制度来促进母乳喂养的十年中期目标也已实际上达到。这些都是极度重要的成就,而且主要是靠儿童问题世界首脑会议的后续行动。

289. 本审查坦率承认在某些目标方面缺乏进展。虽然五岁以下死亡率在所有区域都有下降,可是进展的步速过于缓慢而不足以抵达十年期中目标,特别是在占有五岁以下死亡数四分之三的撒哈拉以南非洲和东亚。在实现营养不良、产妇死亡、环境卫生和女孩教育目标方面的进展也是薄弱、不确定,甚而微不足道的。然而,这些领域中的缓慢起步并没有掩盖一项事实,即十年中期审查的总的启示并不令人失望而是刚好相反,只要有政治承诺,就分配到资源;只要努力地分析了基本成因,动员了社区,而且拟定了健全的政策和方案,就出现了显著的进展。在这个社会范围内进行广泛的多种不同的干预,是可以产生重大影响的。迅速经济成长对目标的实现是所必需,只要其规律增强人的发展,及其利益由社会所有层面平均分享。与此同时,低收入国家不需等到它们的经济增强才开始投资于儿童。

290. 本审查的一项重要发现是在进步方面区域和地方多样化的重要性。在全球一级确定的目标提供了所有国家可设法抵达的标准。但是,由于它们的历史背景,发展的不同水平,现有的能力水平和其它初期条件,各国和区域满足在它们之前面临着不同程度的挑战,通常极其不利;但是它们的表现被区域平均所掩盖。在像这样长度的一份报告中,不可能公平地显露出众多国家在国家 and 地方一级所作出的杰出而具有创意的努力。

291. 本审查的另一重要主题是这些目标与执行《儿童权利公约》的相互关联性质。批准《公约》以指定各缔约国有法律责任保护儿童权利并确保满足其基本需要的方式将各项目标合法化。当目标快达到时,《公约》坚决要求采取肯定行动以照顾到没有得到照顾的、那些因目前“处境特别困难”而将他们排除在主流服务范围之外的儿童。对于受到武装冲突、剥削、虐待和忽视影响的儿童日益集中注意,表示对处境特别困难儿童增加保护将在本十年余下期间内日益受到重视。

292. 按目标审查的一个重要教训是社区参与的切关重要性。在许多方面,动员

各社区以支持一项目标,并支持用以执行抵达该目标的方案的战略,一直是取得成功的关键因素,此一教训在1980年代推动普及儿童免疫期间得到充分证明;1990年代期间在范围更为广泛的社会阵线上更得到加强。

293. 与儿童问题世界首脑会议后续行动有关的一个重要国际成就是有关测量方面产生的工作。确定可以测量的目标需要相关的努力来实施有效的数据收集和使用系统。过去五年来,在现存系统和数据方面,甚至于在确定目标本身,显露出不足。然而,现在各国政府和国际社会双方都有更好的能力来建立基线数据和监督进展。不仅是效率,而且还有成本收益,都是所进行的工作的指导原则。与此同时,并没有因为有必要进行测量而减少较不易计量分析的生活素质上的改善。

294. 各政府和国际社会所面临的立即的挑战,是到2000年实现各项目标。这需在过去五年所得到的教训的基础上进行国家一级的调整和中途纠正。从国家十年中期审查中得出关于在许多国家新方向的各种概念。在有些情况下,它们或许需要对现存的国家行动纲领进行调整,或根据对当地现实进一步的认识来重新拟定目标和战略。在其它情况下,将需特别注意能力建立,以便确保各项成就的可持续性。在这十年的下半期,将会越来越强调国家、次国家和社区一级目标的优先化,以及优先考虑适应和配合当地情况的反映,比如说,诸如HIV/艾滋病、疟疾或结核、或其它急性形式问题的严重流行疾病的存在。

295. 新近建立的伙伴关系必需予以加强和扩大。儿童目标所产生的机构间合作必需扩展,而且必需允许非政府组织、传播媒介和公民社会提供的支持网络发展其充分潜力。在这方面由联合国系统各组织,尤其是儿童基金会,所进行的不断鼓吹和提供的领导是切关重要的。

296. 目标的实现将需在从政府预算、私人企业、公民社会和捐助机构所有各级调动资源。以具有成本收益的方式使用这些资源非常重要,以便实现并持续地普遍取得基本社会服务。联合国将继续鼓吹和支持20/20倡议,并将在使原则变为实践,以及在执行方面监督进展方面,继续向各国政府提供咨询。联同非政府、私营部门

和捐助社的伙伴,必需继续努力为支持特定目标调动资源。

297. 在整个十年之中持续“世界首脑会议对儿童的保证”的动力不是一件容易的工作。然而,在过去五年之中,已出现了一种认识,即为实现儿童目标而进行的工作有助于激发国际社会在1990年代期间承诺实现的许多其它社会和经济目标方面的活动。其中包括减缓人口增长,环境的保存和明智管理,追求人权和消减贫穷。

298. 1990年代的各个国际会议以支持儿童事业的强大动员行动开始,到了十年中期点,应该是为世界儿童而作出新的承诺的时刻了。未来行动的一项重要挑战将是在《儿童权利公约》的范围内各项目标和战略的调整、整修和优先化。绝大多数的国家十年中期审查现已结束,但建立一个未来行动纲领的整个国家、区域和全球协商活动程序仍有待完成。这些协商并涉及幅度广泛的主要伙伴,包括各国政府、非政府组织、国际组织、传播媒介、私人部门和捐助机构。

299. 大会应考虑在五年之内举办一届特别会议来审查世界各国,在履行其“对儿童的保证”及执行1990年世界首脑会议儿童宣言和行动计划方面,究竟完成了多少。到了那个时刻,国际社会就应审议2000年以后新千年儿童的其它目标和战略。

附件一

1990年代儿童与发展的目标

1990年世界儿童问题首脑会议批准的下列目标,是经过在各种国际讲坛的广泛磋商制订的,出席这些讲坛的实际上有所有国家的政府,联合国有关组织其中包括卫生组织、儿童基金会、人口基金、教科文组织、开发计划署和世界银行,以及许多非政府组织。建议适用这些目标的所有国家实施这些目标,并根据各国具体情况在分阶段安排、标准、优先次序和获得资源情况方面作出适当调整,同时尊重各国文化、宗教和社会传统。各国行动计划中应该加进特别有关本国具体情况的补充目标。这些目标的实现对充分执行儿童与发展纲领的最终目标的《儿童权利公约》是至关重要的。

一、儿童生存、发展和保护的主要目标

在1990年至2000年间,使婴儿死亡率和五岁以下儿童死亡率降低三分之一,或每1,000个活产中死亡数分别减至50名和70名,以两者中低者为准。

在1990年至2000年间,使产妇死亡率降低一半。

在1990年至2000年间,使5岁以下儿童严重和中度营养不良现象减少一半。

普遍有机会获得安全饮用水和卫生地处置排泄物的设施。

到2000年,普遍有机会获得基本教育,至少80%的小学学龄儿童完成小学教育。

使成人文盲率(由每国确定适当的年龄组)至少降低到1990年水平的一半,重点放在妇女扫盲。

更好地保护处于特别困难境况的儿童。

二、支持性/部门性目标

1. 妇女保健和教育

特别注意女孩与孕妇以及哺乳期妇女的健康和营养。

使所有夫妇获得生育知识和服务,以免怀孕过早、间隔过短、过迟或过多。

使所有孕妇能得到产前照料,生育期间有受过训练的护理人员照料,并且有为危险性大的妊娠和产科急诊病人服务的转诊治疗。

普遍有机会接受小学教育,特别重视女孩的教育和妇女速成识字方案。

2. 营 养

使五岁以下儿童严重和中度营养不良现象比1990年水平降低一半。

使出生体重低(2.5公斤或更低)的比率降至百分之十以下。

使妇女缺铁性贫血病例比1990年水平降低三分之一。

实际消除缺碘症。

实际消除缺乏维生素A现象及其造成的后果,包括失明。

使所有妇女能够对其婴儿在4到6个月内完全以母乳喂养,并用母乳加补充食物喂养一直延续到第二年。

到1990年代末,所有国家都使促进增长和对此进行的定期监测制度化。

传播知识和推广支助性服务以增加粮食生产,保障家庭粮食安全。

3. 儿童保健

到2000年,在全球根除脊髓灰质炎。

到1995年,消除新生儿破伤风。

到1995年,与实行免疫前相比,使麻疹死亡率降低95%,发病率降低90%,以此作为长期内在全球根除麻疹的重要步骤。

保持高水平的免疫覆盖率(到2000年一岁以下儿童至少达到90%),以防治白喉、百日咳、破伤风、麻疹、脊髓灰质炎、肺结核和育龄妇女破伤风。

使五岁以下儿童因腹泻病引起的死亡减少50%,腹泻病发病率降低25%。

使五岁以下儿童因急性呼吸道感染引起的死亡减少三分之一。

4. 水和卫生

普遍有机会获得安全饮用水。

普遍有机会获得卫生地处置排泄物的设施。

到2000年,消灭热带皮下寄生虫病(麦地那龙线虫病)。

5. 基本教育

扩大童年早期发展活动,包括合适的以家庭和社区为基础的低成本参与活动。

普遍有机会接受基本教育,使至少80%的小学学龄儿童通过正规学校或同等学习水平的非正规教育完成小学教育,重点放在减少目前男孩与女孩之间的差别。

使成人文盲率(由每国确定适当的年龄组)至少降低到1990年水平的一半,重点放在妇女扫盲。

使个人和家庭获得生活得更好所需的知识、技能和价值观念,通过所有教育渠道予以传播,包括大众媒体、其他现代和传统的交流形式以及社会行动,以行为的变化来衡量效果。

6. 处于困难境况的儿童

向处于特别困难境况的儿童提供更好的保护,解决导致这种状况的根源。

1995年十年中期目标

1. 在所有国家将扩大免疫方案六种抗原的免疫覆盖率提高到80%或以上;
2. 消灭新生儿破伤风;
3. 同免疫前水平相比,将麻疹死亡率减少95%,麻疹发病率减少90%;
4. 在选定国家和地区消灭脊髓灰质炎(作为到2000年在全球根除脊髓灰质炎的贡献);

5. 基本消除维生素A缺乏症;
6. 普及食盐加碘;
7. 作为控制腹泻病方案的内容之一,使口服补充液体疗法的使用率达到80%;
8. 通过停止免费和低价供应婴儿配制喂养乳品和母乳替代品以及根据儿童基金会和卫生组织建议的十个步骤,使所有医院和产科诊所实现“善待婴儿”;
9. 根除麦地那龙线虫病(热带皮下寄生虫病);
10. 所有国家批准《儿童权利公约》。

到1995年选定的目标中的部分指标

1. 将严重营养不良和中度营养不良现象的1990年水平降低五分之一(20%)或五分之一以上;
2. 加强基础教育,使目前小学入学率/就学率与2000年普及基础教育并至少使80%的学龄儿童获得初等教育的目标之间的差距缩小三分之一,并使1990年初等教育中的性别差距缩小三分之一;
3. 增加供水,改善卫生,使1990年水平与2000年普及目标之间的差距在供水方面缩小四分之一,在卫生方面缩小十分之一。

1. 其他目标或更高指标可在国家或区域基础上制订。许多具备适当基础设施和能提供药品的国家已列入减少因急性呼吸道感染而引起的死亡率的目标。

2. 在具备适当基础设施和能提供药品的国家,这一目标可予扩展,包括50%由保健提供者进行的合适病例管理在内。

