

经济及社  
会事务

# 人口挑战与发展目标



联合国

ST/ESA/SER. A/248

经济及社会事务部

人口司

# 人口挑战与发展目标



联合国 • 2005 年，纽约

ST/ESA/SER.A/248

## 经社部

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。经社部的工作主要涉及三个相互关联的领域：(一) 汇编、生成和分析多种经济、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选择时使用；(二) 提供便利，协助会员国在许多政府间机构内进行谈判，商议共同应对现有的或新出现的全球挑战的行动策略；(三) 向有关政府提供咨询意见，建议如何将联合国各次会议和首脑会议制定的政策框架转化为国家一级的方案，并提供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。

称某区域为“较发达区域”或“较不发达区域”，只是为了便于统计，并不一定是对某一国家或地区在发展进程中所达到的阶段作出判断。

本出版物案文中所用“国家”一词，适当时也指领土或地区。

ST/ESA/SER. A/248

联合国出版物

出售品编号：05. XIII. 8

ISBN：92-1-730049-7

版权所有©联合国 2005 年

保留所有权利

排印于联合国，纽约

---

## 前言

本报告有两个目标。首先，它简要概述全世界各主要地区和若干国家的人口趋势，论述人口规模与增长、城市化与城市增长、人口老化、生育率与避孕、死亡率及国际移徙等问题。除世界人口趋势外，本报告还列入关于人口政策的一章，概述各国政府对各种主要趋势的关切和反应。其次，本报告审议了国际人口与发展会议(人发会议)《行动纲领》的执行在各方面对实现国际商定发展目标，包括《联合国千年发展目标》所载各项目标的贡献。本报告在1994年在埃及开罗通过人发会议《行动纲领》十周年和2000年147位国家元首和政府首脑在联合国通过《联合国千年宣言》五周年之后不久问世，因此是非常及时的。

2005年，世界人口达到65亿。但在这一数字背后，人口规模与增长方面存在相当大的差异。许多国家的人口，特别是非洲和亚洲国家的人口，今后几十年将迅速增加。相比之下，由于生育率低于更替水平，预期一些发达国家的人口将大幅下降。预计到2007年，半数的世界人口将居住在城市地区。非常大的城市群数目正在增加，但是大约半数的城市居民居住在居民少于50万的小住区。除了更多人居住在城市外，预计进入二十一世纪之后相当长时间内，老年人所占比例将持续上升。

本报告第二部分审议了这些人口趋势与执行人发会议《行动纲领》以实现国际社会商定的发展目标之间的关系。《行动纲领》的首要目标是改善人类福祉和促进可持续发展，这项目标完全符合普遍商定的发展目标和《联合国千年宣言》。的确，《行动纲领》和《千年宣言》中在降低婴儿死亡率、改善产妇健康和普及初级教育等方面的目标几乎是相同的。一般来说，《行动纲领》提出的措施以及为进一步执行这些《行动纲领》而采取的重大行动，与千年发展目标相比，提供了一整套更全面、明确和详尽的方针。此外，《行动纲领》认识到并明确了不同发展目标之间的协同关系，使这些目标能够相辅相成。例如，减少贫穷对扩大教育、改善健康有着重大的积极影响，而实现后两者也有助于减少贫穷。报告

---

断定，执行人发会议《行动纲领》将大大促进这些目标、包括《千年宣言》所载各项目标的实现。

本研究报告是两份报告的订正本。这两份报告依照经济及社会理事会第1996/2号决议和人口与发展委员会第2004/1号决定，于早些时候提交2005年4月联合国人口与发展委员会第三十八届会议。第二部分尤其依据2004年11月17日至19日在纽约举行的人口问题对实现千年发展目标的重要性研讨会的讨论和文件。在这一研讨会上，联合国系统各办事处、基金、方案和机构的代表讨论了人发会议《行动纲领》对实现国际商定发展目标的重要性。本报告由联合国秘书处经济和社会事务部人口司编写。

欲索取更多资料，请联系以下办公室：

Ms. Hania Zlotnik, Director,

Population Division,

United Nations, New York

10017, USA

---

## 目录

	页次
前言 .....	iii
解释性说明 .....	vii
导言 .....	1
<b>第一部分</b>	
<b>世界人口趋势</b>	
章次	
一. 人口规模与增长 .....	4
二. 城市化与城市增长 .....	7
三. 人口老龄化 .....	12
四. 生育率和避孕 .....	17
五. 死亡率, 包括艾滋病毒/艾滋病 .....	18
六. 国际移徙 .....	22
七. 人口政策 .....	25
八. 第一部分的结论 .....	27
<b>第二部分</b>	
<b>实现国际商定的发展目标</b>	
九. 影响发展的人口趋势 .....	30
十. 人权的重要性 .....	32
十一. 实现可持续发展、确保环境的可持续性 .....	33
十二. 消除贫穷 .....	34
十三. 减少饥饿 .....	36
十四. 实现普及初级教育 .....	37
十五. 两性平等和增强妇女能力 .....	38
十六. 改善保健 .....	39
十七. 人口和年龄分布变化所带来的挑战 .....	43
十八. 建立促进发展的全球伙伴关系 .....	45

---

十九. 第二部分的结论 .....	46
表	
1. 2000-2005 年占世界人口增长 75% 的国家(中位变量) .....	5
2. 2000 至 2050 年人口增长最多的九个国家和人口减少 最多的九个国家(中位变量) .....	6
3. 1950-2030 年世界、较发达区域、较不发达区域城市 和农村的人口的若干指标 .....	8
4. 1950、1975、2005 和 2015 年居民 1 000 万以上城市 的人口 .....	10
5. 1950-1955 年和 2000-2005 年世界和主要地区的男女 出生时预期寿命和性别差异 .....	21
6. 1960 和 2000 年按主要地区分列的女性移民占国际移民 数的比例 .....	23
图	
一. 1950-2050 年全世界 60 岁以上人口的比例 .....	13
二. 1950-2050 年全世界的潜在供养比 .....	15
三. 2005 年全世界 40-59、60+、80+ 和 100+ 年龄组中的妇女 比例 .....	16
四. 1950-1955 年、2000-2005 年和 2045-2050 年世界、较发达 区域、较不发达区域和最不发达国家的出生时预期寿命 .....	19
五. 2000 年国际移民人口最多的国家 .....	24

---

## 解释性说明

联合国文件以英文大写字母附加数字编号。

本报告附表使用的符号如下：

两点 (..) 表示无数据或没有分别报列。

两个短破折号 (--) 表示数额为零或微不足道。

连接号 (-) 表示标目不适用。

减号 (-) 在数字之前表示减少数。

圆点 (.) 用于表示小数点。

两个年份之间的连接号 (-)，例如 1995-2000 年，表示包含整段期间，即从起始年的 7 月 1 日至终止年的 7 月 1 日。

除非另有说明，\$ 号表示美元。

由于四舍五入，各表内的细数和百分比相加不一定等于总数。

最不发达国家类别目前包括 50 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、东帝汶民主共和国、吉布提、赤道几内亚、厄利特里亚、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、毛里求斯、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。

## 引言

本报告第一部分概述全世界主要地区和若干国家的人口趋势，审查有关人口规模与增长、城市化与城市增长、人口老化、生育率与避孕、死亡率，包括艾滋病毒/艾滋病，以及国际移徙方面的主要人口趋势。此外，本报告还列入有关人口政策的一章，概述了各国政府对主要人口趋势的关切和反应。

1990年代召开的一些联合国会议的成果订下了目光远大的发展纲领，这个纲领在2000年9月的《联合国千年宣言》<sup>1</sup>中得到确认。1994年国际人口与发展会议是联合国在有关十年期举行的主要会议之一，该会议讨论发展相关的所有人口问题，并在其《行动纲领》<sup>2</sup>中提供了一套为实现确定的发展目标所需的全面措施。由于人口因素对发展极为重要，充分执行《行动纲领》及其进一步执行的重大行动<sup>3</sup>将大有助于实现国际商定的发展目标，其中包括《千年宣言》中的目标。第二部分讨论这些文件中的特别行动对于实现国际商定的发展目标，包括千年发展目标的相关性。它还说明发展相关的重大人口趋势和会议重大目标所依据的人权基础，并提出行动建议。其主要依据是2004年11月17日至19日在纽约举行的关于人口问题对实现千年发展目标的重要性研讨会<sup>4</sup>的讨论和文件。该研讨会使联合国系统各办事处、基金、方案和机构的代表以及专家聚集一堂，讨论人发会议行动纲领对实现国际商定发展目标的重要性。

这些人口趋势是根据秘书处经济和社会事务部人口司编写的第十九轮联合国正式人口估计和预测《世界人口前景2004年订正本》<sup>5</sup>的结果提出的。

世界人口趋势是根据对每个国家或地区分别进行的人口估计和预测提出的。按年龄和性别的人口预测采用的是组合法，这种方法要求对未来的生育率、死亡率和国际移徙水平与趋势作出明确的假定。按地理区域和主要地区、较发达区域和较不发达区域以及最不发达国家将各国分组。

都市、城市和农村人口增长数据来源于人口司出版物《世界城市化前景：2003年订正本》。<sup>6</sup> 这份出版物提出了世界各国以及2000年居民人数75万以上所有城市群的城乡人口估计和预测。

避孕药具使用率的数据来源于人口司印发的《2003年世界避孕药具使用情况》<sup>7</sup> 和《2003年世界生育率报告》。<sup>8</sup> 这两份出版物是人口司持续监测世界计划生育手段采用情况的一部分。这些出版物还提供了世界各国和地区目前避孕方法的最新数据，以及避孕药具使用的最近趋势。有关国际移民的数据来源于人口司出版物《移民总量趋势，2003年修订版》、<sup>9</sup>《2002年国际移徙报告》<sup>10</sup> 和《2004年世界经济和社会概览》(第二部分：国际移徙)。<sup>11</sup> 这些出版物提供了有关世界各国和地区国际移徙水平和趋势的估计数，载列了移民总量的增长率、国际移民占国家人口的百分比和按性别分列的移民百分比。这些估计数大多来源于人口普查中有关外国出生人口的数据。

本报告所载各国政府的人口政策也源于人口司印发的《2003年各国人口政策》。<sup>12</sup> 在国际一级监测各国人口政策已有很长的历史，可追溯到1974年在布加勒斯特举行的世界人口会议通过的《世界人口行动计划》。<sup>13</sup> 审查的政策涉及各种主要人口变量，以简要格式列出并附有说明，着重对目前以及一段时期各国和区域进行分析对比。正如编制人口估计和预测一样，对各国人口政策的监测是以客观性和非倡导性原则为指导。

第一部分  
世界人口趋势

## 一. 人口规模与增长

二十世纪末，世界人口超过 60 亿，估计在 2005 年达到 65 亿。目前的年增长率为 1.2%。第六个 10 亿人口是在 1987 至 1999 年的 12 年间增加的，是全世界增加 10 亿人口所花时间最短的。预计再增加 10 亿人口大约需要 13 年。

预期世界人口今后 45 年将增加 26 亿，从现在的 65 亿增加到 2050 年的 91 亿（中位变量）。然而，这些预测能否实现，取决于能否确保夫妇获得计划生育手段，取决于目前遏制艾滋病毒/艾滋病蔓延的努力能否成功地削弱这种疾病的增长势头。

目前估计较发达区域的人口略多于 12 亿，预期今后几十年变化不大。但预计将发生一些显著的人口变化。许多国家，特别是欧洲国家，由于预计生育率仍低于更替水平，预测人口会减少。其他发达国家因其生育率比较接近更替水平，并且由于移民大量涌入，人口将继续增长。

较不发达区域的人口预计将稳步增长，到本世纪中期，从目前 53 亿左右增加到 78 亿左右（中位变量）。这一预测是假设生育率继续下降。如果生育率不下降，该区域人口可能大大超过预测。预计列为最不发达国家的 50 个国家的人口增长尤其迅速。例如，到本世纪中期，最不发达国家的人口可能会增加一倍多。

2000 年至 2005 年期间世界人口每年增加约 7 600 万人（表 1）。这个数字近一半来自下列六个国家：印度（22%）、中国（11%），以及巴基斯坦、尼日利亚、美利坚合众国和孟加拉国（各约为 4%）。由于印度人口增长迅速，预计在 2030 年之前人口将超过中国，成为世界上人口最多的国家。

表 1

## 2000-2005 年占世界人口增长 75% 的国家 (中位变量)

国家	2000-2005 年 年人口增长(百万)	累积百分比
1 印度	16.5	22
2 中国	8.4	33
3 巴基斯坦	3.1	37
4 美利坚合众国	2.8	40
5 尼日利亚	2.8	44
6 印度尼西亚	2.7	48
7 孟加拉国	2.6	51
8 巴西	2.5	54
9 埃塞俄比亚	1.8	57
10 刚果民主共和国	1.5	59
11 菲律宾	1.5	61
12 墨西哥	1.4	63
13 埃及	1.3	64
14 阿富汗	1.2	66
15 越南	1.1	67
16 土耳其	1.0	69
17 乌干达	0.9	70
18 伊拉克	0.7	71
19 肯尼亚	0.7	72
20 坦桑尼亚联合共和国	0.7	73
21 哥伦比亚	0.7	74
22 苏丹	0.7	75
<b>世界</b>	75.8	100

世界每年新增人口四分之一来自另外 16 个国家（表 1）。这 22 个国家每年新增人口共占目前世界新增人口的 75%，其中仅有一个发达国家，即美利坚合众国。美国新增人口占世界新增人口的 4% 以上；但其新增人口中约 40% 是国际移徙的结果。

世界人口增长率已从 1960 年代后期每年 2% 的高峰降到今天的 1.2%。尽管如此，联合国的人口预测显示，预计到 2012 年，世界人口将达到 70 亿，到 2027 年达到 80 亿，就在 2050 年之前将达到 90 亿（中位变量）。

虽然世界人口继续增长，但预计各国人口增长存在相当大的差异。许多国家预计今后几十年人口增长较快，但有几个国家的人口增长不大，而不少国家的人口会下降。例如，表 2 显示九个国家到本世纪中期人口将增加 1 亿以上。预期印度显然是世界人口增长最多的国家，到 2050 年增加 5.7 亿左右。其次是巴基斯坦，预测将增加约 1.6 亿，接下来是尼日利亚、刚果民主共和国和中国，分别增加 1.41 亿、1.27 亿和 1.18 亿人。相比之下，预计俄罗斯联邦人口下降幅度最大，约减少 3 500 万人；其次为乌克兰、日本和意大利，预计分别减少 2 300 万、1 500 万和 700 万人。

表 2

**2000 至 2050 年人口增长最多的九个国家和人口减少最多的九个国家（中位变量）**

国家	2000-2050 年人口变化(百万)
<b>A. 人口增加</b>	
1 印度	572
2 巴基斯坦	162
3 尼日利亚	141
4 刚果民主共和国	127
5 中国	118

国家	2000-2050 年人口变化(百万)
6 孟加拉国	114
7 美利坚合众国	111
8 乌干达	103
9 埃塞俄比亚	102
<b>B. 人口减少</b>	
1 俄罗斯联邦	-35
2 乌克兰	-23
3 日本	-15
4 意大利	-7
5 波兰	-7
6 罗马尼亚	-5
7 德国	-4
8 白俄罗斯	-3
9 保加利亚	-3

## 二. 城市化与城市增长

2005 年,世界城市人口达到 32 亿,预计到 2030 年将增加到 50 亿(表 3)。但预期世界农村人口将略微减少,从 2005 年的 33 亿减少到 2030 年的 32 亿。1950 年,世界人口 30%居住在城市地区,到 2005 年,城市居民的比例上升到 49%,预计到 2007 年,世界人口将有半数生活在城市地区。预测到 2030 年,城市人口将达到 61%。

表 3

## 1950-2030 年世界、较发达区域、较不发达区域城市和农村的人口若干指标

	人口(10 亿)						年均变率(百分比)		
	1950 年	1975 年	2005 年	2030 年	1950-1975 年	1975-2005 年	2005-2030 年		
<b>A. 人口规模与增长</b>									
世界总人口	2.52	4.07	6.45	8.13	1.92	1.54	0.92		
较发达区域	0.81	1.05	1.21	1.24	1.01	0.48	0.11		
较不发达区域	1.71	3.02	5.24	6.89	2.29	1.84	1.09		
世界城市人口	0.73	1.52	3.17	4.94	2.91	2.46	1.78		
较发达区域	0.43	0.70	0.91	1.01	2.00	0.84	0.46		
较不发达区域	0.31	0.81	2.27	3.93	3.91	3.42	2.20		
世界农村人口	1.79	2.55	3.28	3.19	1.43	0.84	-0.12		
较发达区域	0.39	0.34	0.30	0.23	-0.46	-0.42	-1.15		
较不发达区域	1.40	2.21	2.98	2.96	1.82	1.00	-0.03		
<b>B. 城市化指标</b>									
世界	29.1	37.3	49.2	60.8	1.24	0.92	0.85		
较发达区域	52.5	67.2	74.9	81.7	1.23	0.36	0.35		
较不发达区域	17.9	26.9	43.2	57.1	2.04	1.58	1.12		

2005 至 2030 年,较不发达区域城市人口预期将增加 17 亿人。到 2017 年,较不发达区域城市居民人数将与农村人口相当。1975 至 2005 年期间,较不发达区域城市人口年均变率为 3.4%,而较发达区域为 0.8%。未来较不发达区域城市人口将继续迅速增长,2005 至 2030 年,每年平均为 2.2%。相比之下,较发达国家城市人口年增长率仅为 0.5%。

较发达区域城市化进程已十分深入,2005 年,75%的人口生活在城市地区。尽管如此,人口集中在城市的现象预计会继续下去,到 2030 年,较发达国家将有 82%的居民是城市居民。较不发达区域的城市化水平则低得多,2005 年有 43%的人口生活在城市地区。预计这一比例到 2030 年将上升至 57%。

世界较不发达区域主要地区之间城市化水平和速度有显著差异。拉丁美洲和加勒比总体上城市化水平较高,2005 年,有 78%的人口居住在城市住区,这一比例高于欧洲。预计到 2030 年,拉丁美洲和加勒比有 85%的居民将生活在城市地区,差不多与世界城市化水平最高的北美洲(87%)相当。2005 年,非洲和亚洲近 40%的人口生活在城市,城市化水平低得多,但预计 2005-2030 年期间城市化的速度将十分迅速。预计到 2030 年,非洲和亚洲分别有 54%和 55%的居民将生活在城市地区。

2005 年东京有 3 500 万居民,是世界上人口最多的城市,其次是墨西哥城(1 900 万)、纽约-纽瓦克(1 850 万)、孟买和圣保罗(1 830 万)(表 4)。到 2015 年,东京仍将是人口最稠密的大城市,有 3 620 万居民,其次是孟买、德里、墨西哥城和圣保罗,预计这些城市的居民都将在 2 000 万以上。

表 4  
1950、1975、2005 和 2015 年居民 1 000 万以上城市的人口  
(百万)

	1950 年		1975 年		2005 年		2015 年			
	城市	人口	城市	人口	城市	人口	城市	人口		
1 纽约-纽瓦克	12.3	1	东京	26.6	1	东京	35.3	1	东京	36.2
2 东京	11.3	2	纽约-纽瓦克	15.9	2	墨西哥城	19.0	2	孟买	22.6
		3	上海	11.4	3	纽约-纽瓦克	18.5	3	德里	20.9
		4	墨西哥城	10.7	4	孟买	18.3	4	墨西哥城	20.6
					5	圣保罗	18.3	5	圣保罗	20.0
					6	德里	15.3	6	纽约-纽瓦克	19.7
					7	加尔各答	14.3	7	达卡	17.9
					8	布宜诺斯艾利斯	13.3	8	雅加达	17.5
					9	雅加达	13.2	9	拉各斯	17.0
					10	上海	12.7	10	加尔各答	16.8
					11	达卡	12.6	11	卡拉奇	16.2

1950年		1975年		2005年		2015年	
城市	人口	城市	人口	城市	人口	城市	人口
		12	洛杉矶 <sup>a</sup>	12.1	12	布宜诺斯艾利斯	14.6
		13	卡拉奇	11.8	13	开罗	13.1
		14	里约热内卢	11.5	14	洛杉矶 <sup>a</sup>	12.9
		15	大阪-神户	11.3	15	上海	12.7
		16	开罗	11.1	16	大马尼拉市	12.6
		17	拉各斯	11.1	17	里约热内卢	12.4
		18	北京	10.8	18	大阪-神户	11.4
		19	大马尼拉市	10.7	19	伊斯坦布尔	11.3
		20	莫斯科	10.7	20	北京	11.1
					21	莫斯科	10.9
					22	巴黎	10.0

<sup>a</sup> 指洛杉矶-长滩-圣安娜。

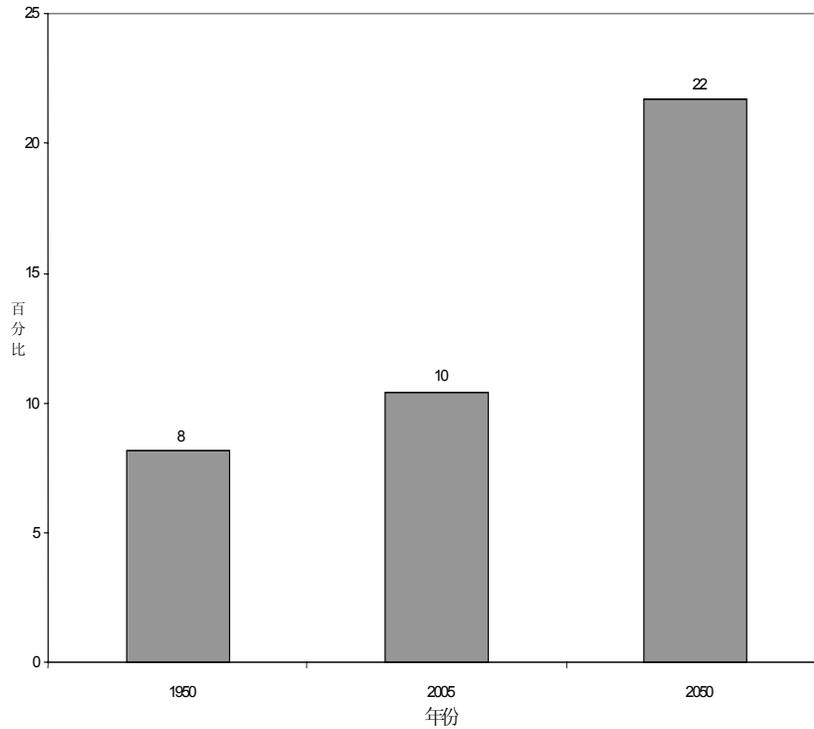
居住在人口密集的大城市或特大城市的人口比例相对较小。2005年，居民1 000万以上城市的人口占世界人口的4.5%，预计到2015年，这一比例将升至5%。相比之下，世界人口25%居住在居民不到500 000人的城市住区，到2015年，这一比例可能升至27%。2005年，发达国家39%的人口居住在这些较小的城市住区，预计到2015年，这一比例为40%，变化不大。在较不发达区域，人口大多数仍居住在农村地区，2005年，小城市人口比例为22%，到2015年将升至25%。

### 三. 人口老龄化

二十世纪，老年人口（60岁以上）的比例继续提高，预计在二十一世纪的较长时间内这一趋势将继续存在。比如，1950年老年人口的比例为8%，2005年上升至10%，预测二十一世纪中期将达到22%左右（图一）。

图一

## 1950-2050 年全世界 60 岁以上人口的比例



进入二十一世纪，全世界的老年人口约为 6 亿，比 50 年前增加了两倍。到 2050 年，全世界老年人口预计将达到 20 亿左右，这一年龄组的人口将又一次在 50 年内增加两倍。

全世界的老年人口以每年 2.0% 的速度递增，远远高于人口的总体增长速度。至少在今后的 25 年内，老年人口的增长速度预计将继续高于其他年龄组。2010-2015 年期间，60 岁以上人口的

年增长率将达到 3.1%。这种快速增长要求各国在经济和社会方面进行广泛的调整。

各国人口将继续迅速老龄化。比如，全世界的中位年龄目前为 28 岁，2050 年将提高到 38 岁。如上所述，60 岁以上人口占世界总人口的比例目前为 10%，2050 年将提高到 22%。80 岁以上人口的比例目前仅为 1%，2050 年将上升到 4%。

在老年人数和老年人比例方面，各个区域存在着明显的差异。在较发达区域，2005 年 60 岁以上人口占总人口的五分之一，预计到 2050 年将占三分之一。在较不发达区域，目前 60 岁以上人口的比例为 8%，但到 2050 年，老年人将占人口的五分之一。

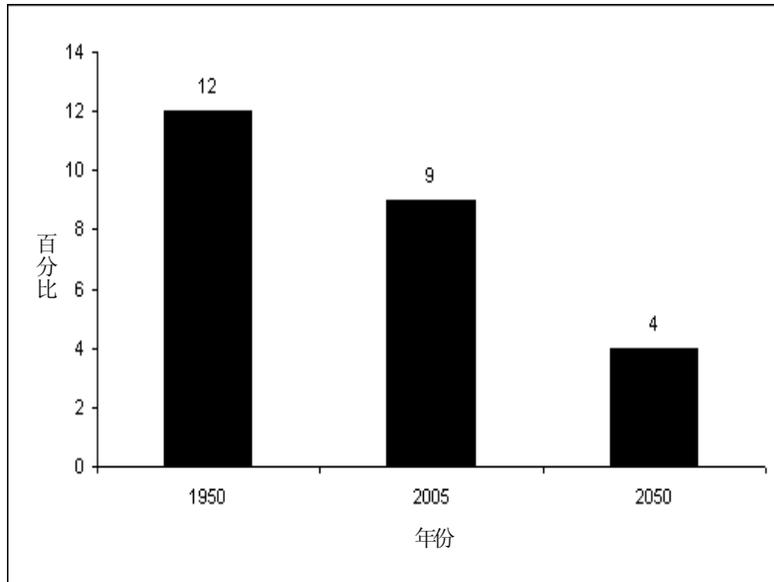
发展中国家人口老龄化的速度远远快于发达国家，因此发展中国家对人口老龄化后果的适应时间较少。此外，与发达国家相比，发展中国家人口老龄化出现的时期社会经济发展水平低得多。

老年人口本身也在老化。世界上人数增加最快的是年龄最大的年龄组，即 80 岁以上的老人。目前，这一年龄组的人数以每年 4.2% 的速度递增，占老年人口总数的八分之一强。到本世纪中，80 岁以上老人将占到老年人口的五分之一。

潜在供养比(65 岁以上老年人口数与 15 至 64 岁人口数之比)是指潜在劳动者的扶养负担。人口老龄化对潜在供养比有着明显的影响，潜在供养比已经下降并将继续下降。从 1950 年到 2005 年，潜在供养比从 1 个 65 岁以上老年人对 12 个劳动适龄人降到 1 对 9。根据预测，到本世纪中，全世界的潜在供养比将降至 1 个 65 岁以上老年人对 4 个劳动适龄人(图二)。潜在供养比对社会保障计划，特别是由现时劳动者支付现时退休者福利的传统制度有着重大影响。

图二

## 1950-2050 年全世界的潜在供养比

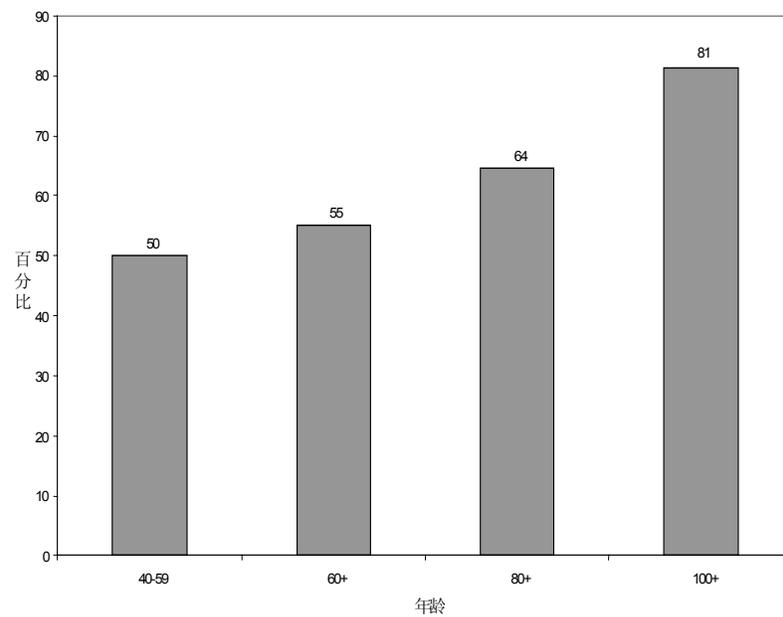


妇女的预期寿命高于男子，因此妇女占老年人的多数。2005年，在60岁以上年龄组中，妇女人数比男子多6700万；在年龄最大的年龄组(80岁以上)中，妇女人数几乎是男子的二倍(图三)。

生育率下降而寿命延长，因此，所有社会的年龄结构已经并将继续发生空前的变化，特别是青年人口与老年人口的比例出现了历史性的逆转。对各个社会而言，人口老龄化的深刻、广泛和持久后果既带来了机遇，也带来了挑战。

图三

2005 年全世界 40-59、60+、80+和 100+年龄组中的妇女比例



## 四. 生育率和避孕

数十年来，世界各个地区的生育率都大幅度下降。比如，大约 30 年前，全世界的总和生育率为每个妇女生育近五个子女。到二十世纪末，总和生育率下降到每个妇女生育略低于三个子女。总和生育率即假设生育率不变一个妇女一生平均生育子女的数目。

2000-2005 年期间，84 个国家或地区生育率处于或低于更替水平。这些国家 2003 年的人口为 28 亿，约占世界总人口的 45%。这些国家的生育率较低，预计今后几十年将继续保持较低水平，因此预测到本世纪中期，这些国家人口的增长幅度较小，预计一些国家的人口会下降。

其余国家的人口总数约为 35 亿，其总和生育率高于更替水平。2000-2005 年期间，42 个国家的生育率处于或高于每个妇女生育五个子女的水平。因此，预计今后几十年这些国家的人口将有显著增长。

至于发展中国家，最近一段时期生育率下降的速度很不相同。虽然到 2000-2005 年，较不发达区域许多国家从高生育率向低生育率的转变已相当明显，但约有 13 个国家生育率持续较高。这些国家缺乏近期显示生育率趋势的证据，或现有证据没有显示生育率开始持续下降。虽然预测 2005 年后这些国家的生育率会下降，但预计到 2045-2050 年不会达到更替水平。这些国家的高生育率将导致人口迅速增长。除刚果外，这些国家同属最不发达国家。人口持续迅速增长，对这些国家今后的发展提出了严重挑战。

十年来，避孕药具的使用显著增加。全世界避孕药具的普及率 1990 年为 54%，1995 年上升至 59%，预计 2000 年将提高到 63%。增加速度最快的是非洲以及拉美和加勒比地区，避孕药具的普及率平均以每年高于 1% 的速度递增。亚洲的增加较慢，从 1990 年到 2000 年年均增加 0.8%。

在目前使用的避孕药具中，现代避孕药具占较大比例，尤其是在较不发达区域。较不发达区域现代避孕药具的使用率为90%，而较发达区域则为81%。最常用的避孕方法为妇女结扎、宫内避孕器和避孕药，普及率分别为21%、14%和7%。使用这三种方法的人数占全世界避孕人数的三分之二。

与发展中国家相比，发达国家更多地采用传统方法：较发达国家13%的已婚夫妇采用传统方法，而发展中国家为6%。最常用的传统方法为节律法（周期禁欲）和体外射精法。全世界已婚妇女约7%使用这两种方法。

在发达国家，短效和可逆转避孕方法较为常见，发展中国家则更多地采用长效方法。在发达国家，使用的避孕药具主要为避孕药（占已婚妇女的16%）和保险套（占13%）。而采用妇女结扎和宫内避孕器方法的，分别占已婚妇女的23%和15%。这两种方法是发展中国家采用最多的方法。

## 五. 死亡率，包括艾滋病毒/艾滋病

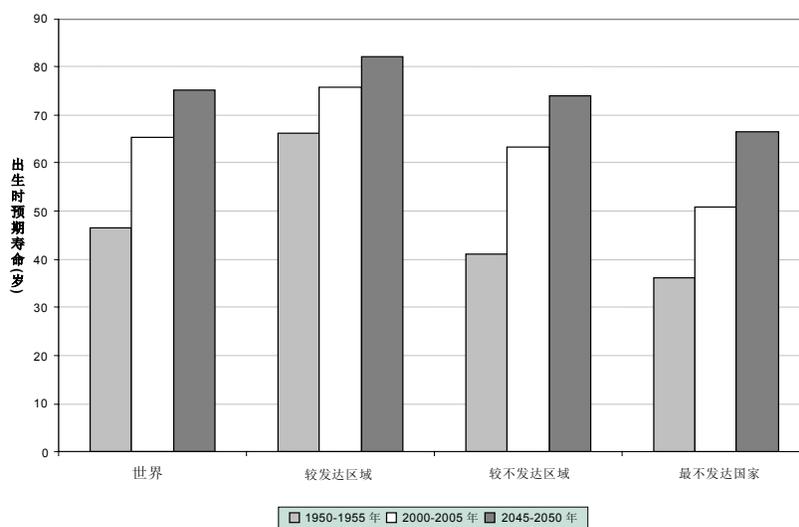
二十世纪是人类历史上死亡率下降最为迅速的时期。死亡率从十八世纪开始持续下降，到了二十世纪初，较发达国家卫生和营养普遍改善，并采取科学的医疗方法，死亡率下降更为迅速。

虽然在两次世界大战期间出现了倒退，但是到1950-1955年期间，较发达区域的死亡率显著下降。比如，到二十世纪中期，出生时平均预期寿命已经达到66岁，南欧为63岁，而澳大利亚和新西兰则为70岁。

在上一世纪，较不发达区域也出现了重大的转折。随着抗生素、疫苗和杀虫剂的使用得到推广，发展中国家的死亡率开始迅速下降。比如，较不发达区域的出生时预期寿命提高了50%强，从1950-1955年的41岁提高到了2000-2005年的63岁。因此，在死亡率方面，较不发达区域缩小了与较发达区域的差距。到2000-2005年，这两个区域预期寿命的差距为12年，而非1950-1955年的25年（图四）。

图四

1950-1955年、2000-2005年和2045-2050年世界、较发达区域、较不发达区域和最不发达国家的出生时预期寿命



但是，还有一组国家，即最不发达国家，死亡率下降速度落后于其他国家。最不发达国家的死亡率有所降低，但没有与较不发达区域保持同步。比如，最不发达国家与整个较不发达区域在预期寿命上的差距，从1950-1955年的5岁扩大到2000-2005年的12岁。造成差距扩大的主要原因是，被列为最不发达国家的50个国家中有26个是艾滋病病毒/艾滋病高发国。

直到最近，预计所有国家的死亡率都将继续下降，特别是因向低死亡率过渡起步较晚而死亡率仍保持在中高水平的国家。然而，由于艾滋病病毒/艾滋病的出现以及社会经济变革给经济转型期国家带来的震荡，必须对这种预期进行调整。

导致获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）病毒的出现及其酿成的世界范围的大流行病，已经导致艾滋病高发国的死亡率显著增

加。截至 2003 年底，艾滋病毒感染者估计有 5 800 万人，其中仍然活着的约有 3 800 万人。艾滋病毒感染者 92%是在发展中国家，撒哈拉以南非洲流行率最高。此外，亚洲以及拉美和加勒比地区艾滋病毒感染严重的国家迅速增多。目前尚不能肯定，病毒是否会按照非洲模式在这些地区传播，但也许必须迅速采取有效的应对措施，以免出现目前非洲正在遭受的那样的破坏。

还可以明显看出，某些经济转型期国家的死亡率有停止下降甚至上升的趋势。1950-1955 年期间，许多经济转型期国家的死亡率相当低。向低死亡率过渡中速度减缓或逆转的原因复杂多样，但是 1985 年以来这些前共产主义国家发生的政治变化，促成重大的社会经济变革，无疑使问题更为严重。

由于出现了这些情况，并考虑到受冲突或内乱影响国家的死亡率增加，今后死亡率的走向很不确定。与一二十年前相比，似乎更不能肯定所有国家的死亡率今后一定会下降。然而，由于一些发达国家死亡率的下降速度快于预期水平，不能排除新的医学和技术突破有可能延长人类寿命，未来可能出现这种前景：高于 85 岁或 90 岁的出生时预期寿命将在某些人口中成为现实。

就死亡率的性别差异而言，到二十世纪末，各区域妇女预期寿命都高于男子，但在西非和中南亚，这一差异相对较小。但即使在这些地区，妇女的预期寿命比男子也有明显的提高。1950 年到 1955 年期间，中南亚是世界上妇女预期寿命低于男子的唯一地区。

上世纪后半叶，亚洲、欧洲以及拉美和加勒比三大地区，妇女预期寿命的增加速度高于男子（见表 5）。相比之下，在非洲、北美和大洋洲地区，妇女的优势基本没变或有所减弱。在欧洲，妇女相对男子预期寿命增幅最大，而在非洲，男子相对妇女的预期寿命的增幅最大。从总体上看，1950-1955 年到 2000-2005 年，妇女在预期寿命方面的优势有所增强。

表 5

## 1950-1955 年和 2000-2005 年世界和主要地区的男女出生时预期寿命和性别差异

主要地区或区域	男子(岁)		妇女(岁)		妇女和男子出生时 预期寿命差异(岁)	
	1950- 1955 年	2000- 2005 年	1950- 1955 年	2000- 2005 年	1950- 1955 年	2000- 2005 年
世界	45.3	63.2	48.0	67.7	2.8	4.5
较发达区域	63.5	71.9	68.5	79.3	5.0	7.4
较不发达区 域	40.3	61.7	42.0	65.2	1.7	3.5
最不发 达区域	35.4	50.1	36.8	52.0	1.4	1.9
不包括 最不发 达国家 在内的 较不发 达区域	41.1	64.2	42.8	68.0	1.7	3.8
欧洲	62.9	69.6	67.9	78.0	5.0	8.4
北美洲	66.1	74.8	71.9	80.2	5.8	5.4
大洋洲	58.1	71.7	62.9	76.2	4.8	4.5
非洲	37.1	48.2	39.7	49.9	2.6	1.7
亚洲	40.7	65.4	42.2	69.2	1.4	3.8
拉丁美洲和 加勒比	49.7	68.3	53.1	74.9	3.4	6.6

半个世纪以来，儿童死亡率降低是死亡率降低的主要原因。儿童死亡率对整个预期寿命影响很大，特别在死亡率较高的情况下。因此，1950年以来全世界的预期寿命显著提高，在很大程度上反映出了儿童死亡率的急速下降。随着死亡率的进一步下降，预计在许多国家内儿童夭折问题将几近消失。然而，一些区域和国家实现这一目标的机会要大于其他地区和国家。

死亡年龄分布的变化，是死亡率趋势方面需要考虑的另一个因素。1950-1955年期间，5岁前死亡人数占总死亡人数的43%，60岁以上死亡人数仅占26%，而到2000-2005年期间，5岁前死亡人数占20%，60岁以上死亡人数占50%。到本世纪中期，预计5岁前死亡人数将仅占5%，60岁以上死亡人数占79%。

根据预测，世界大多数区域的死亡率将继续下降，因此预期寿命将提高到人类历史上直到最近仍前所未有的水平。然而，对于最不发达国家，即使预计到本世纪中期出现重大改善，仍然无法消除与世界其他地区在死亡率方面的差距。此外，鉴于这些国家中许多国家出现倒退，因此预测的改善并不一定能够实现。

## 六. 国际移徙

2000年约有1.75亿人居住在出生国以外，占世界人口的3%左右。1960年至2000年，移民人数增加了一倍多。世界60%的移民目前居住在较发达区域，40%居住在较不发达区域。世界大多数移民生活在欧洲（5 600万）、亚洲（5 000万）和北美洲（4 100万）。

国际移民男女比例基本相当。2000年，女性移民在所有移民中所占比例近49%，高于1960年的47%（表6）。2000年，在较发达区域，移民妇女和女孩人数略超过男性移民，但是，在较不发达区域，移民妇女和女孩在所有移民中所占比例不足45%。从区域来看，欧洲、拉丁美洲和加勒比、北美洲和大洋洲女性移民人数超过男性移民，但是，在非洲和亚洲许多地区，女性移民比例仍然较低。

表 6

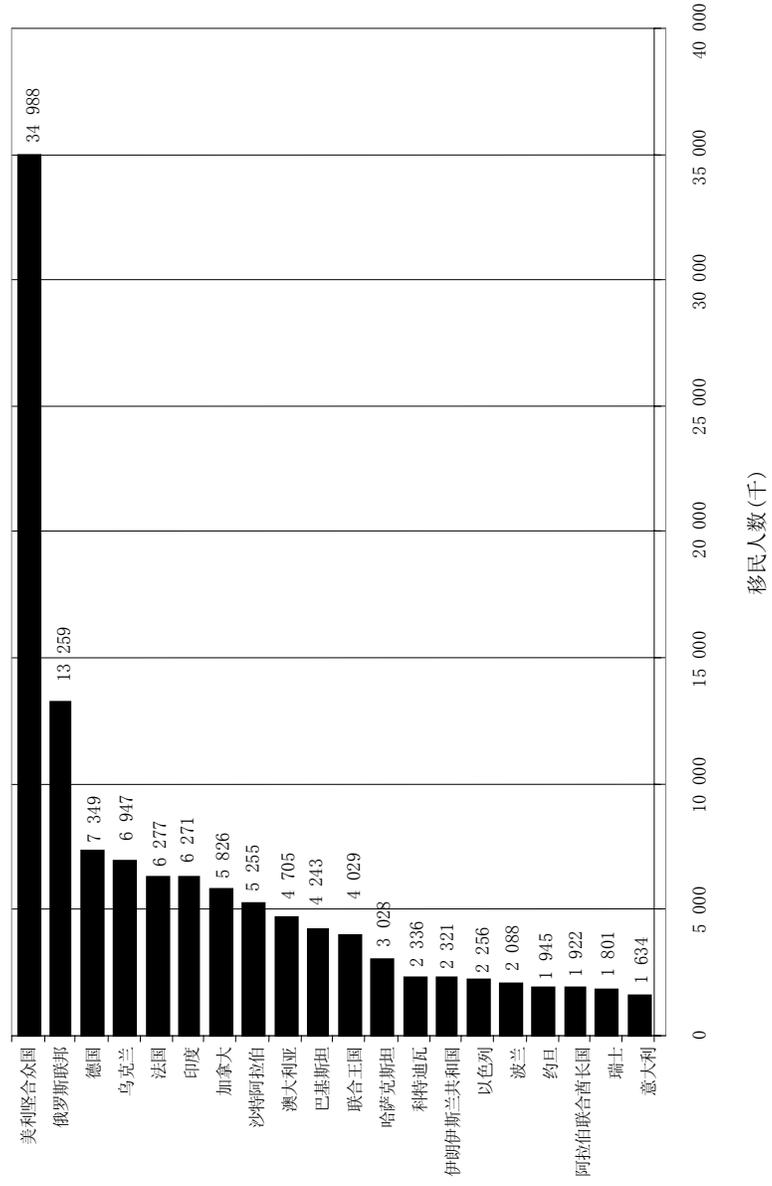
## 1960 和 2000 年按主要地区分列的女性移民占国际移民数的比例

主要地区	1960 年	2000 年
世界	46.7	48.6
发达国家	48.7	51.0
不包括苏联在内的发达国家	48.7	50.6
发展中国家	45.3	44.6
非洲	42.3	46.7
亚洲	46.4	43.3
拉丁美洲和加勒比	44.7	50.2
北美洲	49.8	50.3
大洋洲	44.4	50.5
欧洲	48.5	51.0
前苏联	48.0	52.1

2000 年，生活在较发达区域的人口中，近十分之一是国际移民。相比之下，在发展中国家，移民只占七十分之一。移民人数最多的国家是美国，有 3 500 万移民，其次是俄罗斯联邦，1 300 万，接下来是德国，700 万（图五）。移民数量比例最高的四个国家是：阿拉伯联合酋长国（68%）、科威特（49%）、约旦（39%）和以色列（37%）。

图五  
24

2000 年国际移民人口最多的国家



1995 至 2000 年，世界较发达区域接受了近 1 300 万来自较不发达区域的移民，每年大约 260 万。较发达区域净移民占这些区域人口增长的三分之二。接收移民最多的是北美洲，每年吸收大约 140 万移民，其次是欧洲，每年净增超过 100 万人。

2003 年底，世界难民人数达到 1 500 万，其中约 1 000 万归联合国难民事务高级专员办事处（难民专员办事处）管辖，500 万归联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程处（近东救济工程处）管辖。难民人数最多的是亚洲（800 万）和非洲（300 万）。有 300 万难民是在发达国家，1 200 万难民在发展中国家。

移民汇款回本国是国际移徙的一个重要方面。这些汇款是一些国家的主要外汇收入来源和对国内总产值的重要补充。例如，在 2000 年，来自境外的汇款超过国内总产值 10% 的国家有阿尔巴尼亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、佛得角、萨尔瓦多、牙买加、约旦、尼加拉瓜、萨摩亚和也门。

## 七. 人口政策

人口增长率居高不下仍然是许多发展中国家关注的政策问题。较不发达区域约半数国家认为其人口增长率过高。这种国家在非洲占多数（77%），在大洋洲也占很大比例（56%）。亚洲（36%）拉丁美洲和加勒比地区（36%）担心人口快速增长的国家比例较低。

在较不发达区域，近 60% 的国家认为生育率太高，在 50 个最不发达国家中，近 80% 的国家报告生育率太高。后一百分比自 1970 年代中期以来一直稳步上升。当时，大约三分之一的最不发达国家认为本国生育率太高。青春期生育率也是各国政府，特别是较不发达国家政府关注的一个问题。约三分之二的较不发达国家以及大约三分之一的较发达国家认为，这是个重大问题。

上个世纪最后 25 年期间，各国政府对影响生育率的政策和方案给予的支助稳步增长；约有 90% 的国家对计划生育方案和避孕药具直接或间接提供支助。限制获取避孕药具的做法几乎绝迹。

近年来，低生育率已成为越来越多的国家、特别是较发达国家关注的问题。半数较发达国家认为生育率太低，而 1970 年代中期，持这种看法的国家占五分之一。认为生育率太低的 39 个国家中，有 27 个欧洲国家，9 个亚洲国家。

各国政府对本国死亡率的想法依发展水平不同而各异。在较发达区域，大约 70% 的国家认为预期寿命水平是可接受的，而只有 35% 的较不发达国家和 4% 的最不发达国家认为预期寿命水平可以接受。

人口的某些组成部分，特别是婴儿和 5 岁以下儿童，死亡率之高仍令人难以接受，许多国家认为这些是成问题的群体。产妇死亡率是另一个严重问题，特别是在较不发达国家。在较不发达区域，报告产妇死亡率为可接受的国家占五分之一，而在较发达区域，这一比例为四分之三。只有两个最不发达国家认为其产妇死亡率是可接受的。

自艾滋病/艾滋病被确定为一种疾病以来的 20 年期间，这种大流行病已成为许多国家、特别是较不发达国家成人死亡的主要原因之一。较不发达区域 80% 以上的国家报告说艾滋病是个严重问题，近 90% 的最不发达国家也持有同样的看法。这一问题在较发达区域也很受关注，有四分之三的国家认为艾滋病是严重问题。

发达国家和发展中国家都显示出限制移民的倾向，三分之一的发达国家和发展中国家实施了旨在减少移民数量的政策。相比之下，在 1970 年代中期，只有 18% 的发达国家和 3% 的发展中国家实行了这种政策。关于移民，发达国家和发展中国家的看法和政策显示出类似的倾向，约四分之三的国家，不论发达国家还是发展中国家，认为移民数量是合适的，而有四分之一的国家实行了旨在减少移民的政策。

多年来，一些国家政府对其人口的空间分布表示关切。这一问题的根源往往在于大量人口从农村移往城市地区、城市无计划

扩展以及首位城市和大都市区无节制的发展。过去，各国政府试图采取各种方式改变人口分布状况，包括建设新首府、鼓励中小城市而不是大城市的生长、创建区域开发区、控制人口向城市的流动以及通过抑制发展来限制城市无计划的扩展等。这些办法大多数未能达到目的。然而，人口分布仍是许多国家政府、特别是较不发达国家政府的主要关切领域。

## 八. 第一部分的结论

世界人口总量已经达到 65 亿，目前正以每年约 1.2% 的速度增长，预计七年以后，即 2012 年，将达到 70 亿。对人口形势的长期预测显示，世界人口将在达到 90 亿以后最终稳定下来。

世界人口继续增长的过程中，各国的预期人口增长存在较大差异。许多国家，尤其是非洲和亚洲国家的人口将在未来几十年大幅度增长。相比之下，某些发达国家的生育率低于更替水平，因此，预计这些国家的人口将大幅度减少。

世界城市人口增长迅速，预计到 2030 年，将从目前的 32 亿增加到约 50 亿。到 2007 年，预计世界人口的一半将生活在城市地区。

特大城市群的数量在增加。东京、墨西哥城、纽约-纽瓦克、孟买、圣保罗和德里的人口都已超过 1 500 万。然而，大约一半城市居民生活在人口少于 50 万的小型城镇。

在二十一世纪相当长的一段时间里，老年人的比例预计将继续上升。由于发展中国家人口老龄化的速度大大超过发达国家，因此，发展中国家对人口老龄化的后果作出调整的时间较短。此外，发展中国家人口老龄化问题发生之时，社会经济发展水平明显较低。

大多数发达国家的生育率等于或低于更替水平。虽然大多数发展中国家从高生育率向低生育率的过渡已相当可观，但是一些发展中国家，主要是某些非洲发展中国家的生育率仍然很高。

过去十年，避孕药具的使用大幅度增加，从 1990 年的 54% 上升到 2000 年的 63%。发达国家倾向于使用短效和可逆方法，而发展中国家更倾向于使用长效方法。

在二十世纪，死亡率的下降速度创人类历史新高，其原因是卫生条件改善，营养增加，科学医疗水平提高。直到最近，仍然预期所有国家的死亡率都将继续下降。但是，艾滋病毒/艾滋病已经造成非洲死亡率明显上升，非洲是受艾滋病影响最严重的区域。

大约 1.75 亿人居住在出生国以外。1960 年至 2000 年，移民的人数增加了一倍多。世界移民 60% 居住在较发达区域。国际移民对原籍国、中转国和目的地国都有影响，因此成为各国和国际社会重点解决的问题。

在人口方面，发达国家和发展中国家的关注点明显不同。发展中国家最关心的是高死亡率问题，尤其是婴幼儿死亡、产妇死亡和艾滋病毒/艾滋病造成的死亡。发达国家最关心的是低出生率问题及其后果，包括人口老龄化和劳动适龄人口减少问题。

综上所述，目前人口形势的特点是人口变化活跃，具体表现在生育、死亡、移民、城市化和老龄化方面新的多种模式。在二十一世纪，这些人口趋势的持续及其造成的后果对所有国家来说既是机遇，又是挑战。

第二部分  
实现国际商定的发展目标

## 九. 影响发展的人口趋势

发展的目标是提高人人的生活品质。从这个意义来看，人口为发展的核心。2005年，在全世界65亿的人口中，有7.59亿人（即12%）生活在最不发达国家。从2005年到2015年，作为一个整体的最不发达国家的人口增长预计占世界人口总增长的四分之一。生育率高是多数最不发达国家的特点。因此，这些国家的人口仍然年轻，42%的居民为15岁以下的儿童。大多数最不发达国家的赤贫率很高：超过20%的总人口生活在极端贫穷中，每天靠不到一美元生活，有10个最不发达国家的赤贫人口比例超过40%。虽然某些最不发达国家的生育率已开始下降，但理想的子女数仍然偏高。尽管如此，在多数最不发达国家，妇女生育的子女数超过了理想子女数，这点意味到普及提供计划生育服务可以达到减少意外生育的效果。

其余的发展中国家人口达45亿人，其中包括两个人口大国：人口13亿的中国和人口11亿的印度。中国的生育率是每名妇女生育远远不到两名子女，而印度的是每名妇女生育约3名子女。因此，中国的人口老龄化进程较快，因为中国8%的人口为65岁或65岁以上。印度相应的人口比例为5%。然而，中国的儿童人口比例（21%）低于印度的儿童人口比例（32%）；中国的抚养比（每10个劳动适龄人抚养的儿童和老年人数）为5，而印度的抚养比为6。在这两个国家中，赤贫人口比例相当高，但中国的比例（17%）约为印度（35%）的一半。

拉丁美洲和加勒比的大多数国家在向低生育率过渡方面早已赶在前头。该区域的平均生育率是每名妇女生育2.5名子女。15岁以下儿童占人口30%，65岁或65岁以上的人占人口6%。每10名劳动适龄成人约有6名受抚养人（儿童和老年人），随着生育率进一步下降，这个比例可能继续降低。虽然拉丁美洲和加勒比大部分国家的赤贫率往往低于10%，但中美洲国家的赤贫率往往较高，而收入分配普遍极为不均是大多数拉丁美洲国家的特点。因此，该区域的一项主要问题是减少收入分配不均。

其余发展中国家的人口趋势相差很大，现有生育率最低的是亚美尼亚、格鲁吉亚和大韩民国，每名妇女生育不到 1.5 名子女，最高的是刚果和尼日利亚，每名妇女生育超过 5 名子女。一般来说，这些国家的生育率为每名妇女生育约 3.1 名子女，高于拉丁美洲和加勒比的生育率，但与印度类似。由于平均生育率较高，它们的儿童人口比例占 33%，而老年人的人口比例仅占 5%。每 10 名劳动适龄成人有 6 名受抚养人，低于最不发达国家 8 名受抚养人的相应比率。因此，如同最不发达国家，这一组的高生育率国家最有可能从降低意外生育的强化活动中获益。位于撒哈拉以南非洲的这一组国家的赤贫率往往偏高，常常超过 20%。这一组的亚洲国家和北非国家的赤贫率往往较低。

发达国家生育率的下降比发展中国家早得多，而且自 1980 年代以来生育率就很低（每名妇女生育不到 2 名子女）。因此，在 2000-2005 年期间，17 个发达国家的人口下降，而在 2005-2015 年期间，包括意大利、俄罗斯联邦和乌克兰在内的 25 个发达国家的人口会下降。此外，发达国家的人口老龄化更快，这些国家超过 15% 的人口为 65 岁或 65 岁以上，只有 17% 的人口不到 15 岁。发达国家的抚养比目前为每 10 名劳动适龄成人抚养不到 5 名的儿童和老年人，但抚养比正在上升，到 2050 年抚养比预期达到 7。

在今后 40 年期间，中国的抚养比也预期上升，但印度、拉丁美洲和加勒比以及作为一个整体的其他发展中国家的抚养比预期不会上升。然而，在所有组别和区域，老年人比例预期增加，而随着生育率下降，儿童比例会降低。生育率预期降低是与持续执行《国际人口与发展会议行动纲领》相一致的，但如果达不到向所有需要和希望得到计划生育服务的人提供这种服务的目标，则会减少某些区域实现降低生育率的可能性。

因此，当今世界包括处于人口过渡所有阶段的国家，也就是说，从高生育率和高死亡率造成的低人口增长格局过渡到生育率和死亡率均低，人口变率也低的格局。由于在过渡时期，死亡率的降低通常先于生育率的降低，因此会造成一段人口迅速增长时

期。目前世界约五分之二的人口已到了或正在接近迅速增长结束的时期。另外五分之二的世界人口已经走在低人口增长的前列，但其余五分之一的人口仍然高速增长，因为这部分人口刚开始向低生育率过渡。此外，对于受到艾滋病毒/艾滋病流行病严重影响的所有国家，向低死亡率的过渡已告中断，而且这一流行病对于人口趋势以及社会经济发展正产生重大的不良影响。因此，考虑到这种背景对于评估《行动纲领》的执行能够对商定的发展目标作出多少贡献至关重要，因为有关的行动建议并非一律适用于所有国家。

## 十. 人权的重要性

尊重人权是实现发展的基础，因为如果个人的人权得不到维护和尊重，个人幸福就受到损害。《行动纲领》强调人权的重要性，在第二章所列的原则中重申了几项人权。此外，《行动纲领》中的一些目标和建议合情合理，因为它们不但有助于发展或对民众的社会经济地位产生积极影响，而且是对个人基本权利的一种表述。举例说，《世界人权宣言》<sup>14</sup> 第 26 条声明“人人都有受教育的权利”而且“初级教育应属义务性质”。《行动纲领》和千年发展目标均确认这项权利，确定了在 2015 年之前实现女孩和男孩获得普及初级教育的目标。《儿童权利公约》<sup>15</sup> 第 24 条要求降低婴幼儿死亡率；确保母亲得到适当的产前和产后保健；开展预防保健，对父母的指导以及计划生育教育和服务。《行动纲领》载有一些具体的建议和目标来落实这些权利，这些目标与千年发展目标所载关于降低儿童死亡率和改进产妇健康的目标是一致的。

《行动纲领》重要的一面是强调采取措施促进两性平等和公平以及增强妇女能力，认为这是她们应有的权利。在教育方面，这个目标本身就很重要，因此不必根据其对发展可能产生的影响为其辩护。《行动纲领》强调“妇女和女孩的人权是普遍人权中不可剥夺和不可分割的一个整体部分”（第二章原则 4）。千年发展

目标关于促进两性平等和增强妇女能力的要求也体现了这种认知。

总的来说，全面执行《行动纲领》不但有助于实现一些国际商定的发展目标，而且能确保全人类充分享有某些重要的人权。

## 十一. 实现可持续发展、确保环境的可持续性

国际社会的主要发展目标是实现可持续发展，并以此为手段确保人类今世后代公平享受福祉。《行动纲领》把这一目标作为首要目标。《行动纲领》指出，既要实现可持续发展，就要充分认识和妥善处理人口、资源、环境和发展之间的相互关系，使之达到和谐而积极的平衡（原则 6）。鉴于世界人口、特别是发展中国家的人口将大幅度增长，《行动纲领》认识到应该尽早降低人口增长率。《行动纲领》指出，许多国家人口增长减缓，为适应今后的人口增长赢得了更多的时间，并加强了这些国家克服贫穷、保护和恢复环境、为可持续发展创造条件的能力（第 3.14 段）。即使向稳定生育率过渡十年，生活素质就会发生重大而积极的变化（同上）。

因此，《行动纲领》呼吁制订切实反映人口动态短期、中期和长期影响的发展战略（第 3.5 段），把人口问题纳入发展和环境方案，这种方案既应考虑到生产和消费模式，又应设法使人口趋势与实现可持续发展和提升生活素质相协调（第 3.6 段）。

《行动纲领》指出，为确保不断增长人口的经济利益，必须优先投资人力资源开发，增加获得信息、接受教育、发展技能和就业等方面的机会（第 3.17 段）。《行动纲领》特别强调，必须消除目前妇女在就业方面的不平等现象和种种障碍，促进和加强妇女取得生产资源、拥有土地和继承财产的权利（第 3.18 段）。《行动纲领》鼓励各国政府和私营部门增加各行各业的就业机会，在无害环境的基础上扩大贸易和投资，加大对人力资源开发的投资，

建设民主体制，建立善政（第 3.21 段）。全面执行这些措施将大大有助于促进发展。

主要发展目标之一是确保环境的可持续性，特别要把可持续发展原则纳入国家政策和计划，扭转环境资源丧失的趋势。《行动纲领》认识到良好的环境是满足不断增长人口的基本需要的必要条件，并提出了解决人类对环境压力的指导方针。然而，《行动纲领》还认识到，“各种人口因素，加上有些地区贫困、缺乏资源，另一些地区则改变不了过度消费和浪费的生产格局，造成和加剧了环境恶化和资源枯竭问题，从而妨碍了可持续发展”（第 3.25 段）。为制止或扭转这种结果，《行动纲领》对《21 世纪议程》<sup>16</sup> 商定的目标和行动表示支持，并建议各国政府“执行政策，以应付今后不可避免的人口增长、特别是在生态脆弱地区和大型都市地区人口集中和分布的变化对生态造成的影响”（第 3.29 段(e)分段）。建议同时呼吁“将人口因素”纳入“环境影响评估以及旨在实现可持续发展的其他规划和决策程序”（第 3.29 段(a)分段）。这项建议完全符合千年发展目标，并突出了人口问题在实现可持续发展中的重要性。在这方面，虽然《行动纲领》承认未来世界人口、特别是较为贫穷、最为脆弱国家的人口将不可避免地进一步增加，但是响应《行动纲领》的号召普及计划生育服务，将有助于减少世界人口的增加。

## 十二. 消除贫穷

《行动纲领》认识到，“普遍贫困仍然是发展努力的主要挑战。往往因为贫困而造成失业、营养不良、文盲、妇女地位低下、易受环境风险、获得社会服务和计划生育等保健服务的机会受到限制。所有这些因素造成了高生育率、高发病率、高死亡率和低经济生产力。贫困也同人口分布不均、不能持续利用和公平分配土地、水等自然资源和环境严重退化有密切的联系”（第 3.13 段）。《行动纲领》强调，在促进可持续发展的同时实现持续经济增长是根除贫穷的必要条件，而根除贫穷也有利于减缓人口增长和尽早实现人口稳定（第 3.15 段）。

此外，1990年代的研究表明，生育率下降使人口年龄分布发生变化，有助于加快经济成长。随着生育率降低，人口中15岁以下儿童的比例下降，劳动适龄人的比例增加，因此造成抚养比（定义为每10个劳动适龄人抚养儿童和老人的平均数）下降。国家如果能够为不断增加的劳动适龄人口提供就业，就能收到抚养比下降带来的增加生产降低成本的效益。因此，在施政促进人力资源开发和创造就业机会的同时，这种所谓的人口红利能够极大地推动经济增长和减少贫穷。亚洲新兴工业国家的经验就是明证。然而，就长期而言，人口红利将随着人口老龄化而消失，并且由于老年人口比例增加，抚养比也将再度上升。

执行《行动纲领》，特别是执行一些措施，以确保所有需要并希望得到计划生育服务的人能获得这些负担得起、可以接受的服务，可以有助于特别是目前生育率较高的国家减少意外生育，并能因此启动产生人口红利的进程。生育率较高的国家多数是最不发达国家，赤贫情况严重，因此人口红利产生的优势同样有助于减少贫穷。然而，有关国家必须实现经济增长，同时大幅度增加就业机会，才能实现这种优势。

并非所有生育率下降的国家都因人口红利而出现显著经济增长。比如，许多拉美国家处于向低生育率过渡的前列，但其经济增长依然缓慢。这些国家多为中等收入国家，赤贫程度较轻，但相对贫穷严重。因此，人口红利可能继续对这些国家的经济增长产生积极影响。此外，如《行动纲领》建议，采取措施改善收入分配，比如为贫困人口制订创收和就业战略，会有利于这些国家。

《行动纲领》还认识到，应该优先“设法满足所有尚未获得充分服务的社会成员在信息、教育、工作、技能发展和相关生殖保健服务方面的需要，并增加这些方面的机会”（第3.19段），这种成员常常是城乡地区的贫困人口。因此，充分实现这项目标将有助于减少社会内部不平等现象。

与《行动纲领》的减贫目标相比，千年发展目标中的根除赤贫目标较为谨慎，要求在1990年至2015年期间把每天靠不到一

美元生活的人口减少一半。中国和印度是最可能在全球一级推动这一目标实现的国家，这两个国家均为人口红利的受惠国。生育率和赤贫人口比例依然偏高的国家可通过防止意外生育来降低生育率这是《行动纲领》努力实现的目标，但是这些国家必须采取其他宏观经济措施，促进经济增长，创造就业机会，增加贫困人口收入，才能实现千年发展目标。

执行《行动纲领》还有助于减少贫穷，防止少女怀孕，降低产妇死亡率，减缓艾滋病毒的蔓延。单身少女在怀孕后更有可能辍学，不仅今后的收入能力受到影响，还更加可能陷于贫困。死于艾滋病毒/艾滋病的孕妇和父母，往往造成或加剧贫困。

《行动纲领》还认识到，国际移徙通过侨汇等方式可对发展产生重大的积极影响。侨汇已经成为发展中国家继外国直接投资之后的第二大外汇来源。并且，侨汇数额是官方发展援助（官援）额的两倍。侨汇可以给收取汇款的家庭并同时通过倍增效应给社区带来利益，因此即使赤贫人口不外移，也可能有助于减少赤贫人数。

### 十三. 减少饥饿

贫穷和营养不良常常互为关联，要减少最不发达国家和其他国家的饥饿，还必须在更大的范围内实现持续经济增长。《行动纲领》认识到必须在各级实现粮食安全，并要求采取措施加强食品、营养和农业政策与方案以及公平贸易关系（第 3.20 段）。千年发展目标提出，在 1990 年至 2015 年期间把世界饥饿人口比例减少一半，这项目标符合这一要求。全世界的食品并不短缺，减少饥饿也就是向人们提供获得食品的手段。公平贸易是实现这一目标的必要条件，因为发达国家的农业补贴扭曲了世界价格，损害了发展中国家农民的利益，并因此加剧了发展中国家农村的贫穷。在撒哈拉以南非洲，人口增长超过农业生产力的增长，人均食品供应量下降，使营养不良和饥饿增加。撒哈拉以南非洲应同时增

加粮食产量、减少人口增长、改善施政和实现经济增长，才能减少贫穷和饥饿。

执行《行动纲领》中的其他建议，如改善教育和两性平等、改善儿童保健、执行政策应对艾滋病毒/艾滋病和城市贫穷的影响、提供有助于减少意外生育和降低产妇死亡率的生殖保健服务等，同样有助于减少饥饿。研究表明，母亲教育程度较低，是造成发展中国家儿童营养不良最直接的因素。按照《行动纲领》的要求增加教育，妇女才能更好地保证子女身体健康和获得适当营养。提高妇女地位，特别是使妇女有赚取收入的机会并为妇女提供资源，能够改善家庭内部的食物分配，从而防止母女的营养不良。最后，必须采取措施，防止艾滋病毒的蔓延，制止艾滋病毒/艾滋病流行病因削弱或减少农业劳动力而可能对农业生产力造成的破坏性影响。

#### 十四. 实现普及初级教育

《行动纲领》强调至迟在 2015 年实现普及教育，特别是普及女孩教育（第 11.6 段），并呼吁把中高级教育扩大到所有儿童（第 11.6、第 11.8 和第 4.18 段）。千年发展目标 2 要求至迟在 2015 年普及初级教育，而《行动纲领》规定的教育目标与其相似，但更为远大。《行动纲领》呼吁扩大中级教育的范围，如果这一目标得以实现，将能收到巨大效益，并有助于实现其他的发展目标，如通过改善人力资本可能带来的效应减少贫穷和饥饿；降低儿童死亡率和产妇死亡率，减缓艾滋病毒蔓延；促进两性平等、增强妇女能力；促进可持续发展，并有可能保护自然环境。提高教育程度还能加强青年使用信息技术的能力。

鉴于教育对人口在婚姻、生育、健康和迁徙方面行为的影响，改善教育、特别是女孩的教育，还将对人口动态产生影响。教育还影响着两代之间的人力资本形成，因为母亲的教育影响到子女的教育水平。相反，许多发展中国家、特别是最不发达国家生育率高、人口增长迅速，妨碍了普及初级教育的实现。早婚早孕常

常使少女提前结束教育。执行《行动纲领》，防止早婚早孕和意外生育，将有助于实现普及初级教育。

## 十五. 两性平等和增强妇女能力

《行动纲领》和《联合国千年宣言》都呼吁两性平等和增强妇女能力，承认两者都是扶贫灭贫、消除饥饿和疾病及实现可持续发展的重要方面。然而，《行动纲领》就如何实现这一目标制定了更广泛的议程，提供了更详细的指导原则，其中不仅仅注重提高妇女地位的措施，还包括调动并让男子参加实现两性平等的建议。

关于妇女，《行动纲领》强调应增加她们在政治进程所有级别的平等参与和公平代表权；提高妇女赚取传统职业以外的收入的能力，实现经济自立；确保妇女有平等机会进入劳力市场，享用社会保障制度；确保妇女有平等的权利以自己的名义购买、拥有和出售财产和土地，获得信贷和谈判合同，并行使其合法的继承权利（第 4.4 和第 4.6 段）。《行动纲领》还强调，需要消除所有歧视妇女的做法，消除对妇女或女童一切形式的暴力（第 4.5、第 4.9 和第 4.10 段）。此外，纲领还一再指出，提高人们福利的行动应具体满足妇女和女童的需求。

关于教育，《行动纲领》指出，“要增强妇女能力，使她们能掌握充分参加发展进程所需的知识、技能和自信，教育是最重要的手段之一”（第 4.2 段）。因此，纲领敦促各国尽可能广泛地让女童和妇女尽早接受中等教育和高等教育，以及职业教育和技术培训。纲领还呼吁在 2005 年之前缩小初级和中等教育的男女入学差距（第 11.8 段），并提供了采取措施让女童和青少年继续就学的指导原则。因此，这些原则执行后，将如同千年发展目标呼吁的那样，消除初级教育和中等教育中的男女入学差距。

《行动纲领》承认，“妇女和男子都需要在生命的生产和生育方面充分参与，建立真正的伙伴关系，包括共同负责照料和养育子女，维持家庭”（第 4.1 段），并相当重视生殖生活的性别方面，

尤其是在维持生殖健康，获得生殖保健服务方面，其中包括计划生育。就妇女而言，获得能够担负、可以接受、方便的生殖保健服务，是控制自身生殖生活，确保怀孕时间同家庭、教育和工作计划相符合的关键。因此，实现妇女的生殖权是增强妇女能力的关键。不过，《行动纲领》强调的目标规定，妇女和男子都应“获得实现良好的性健康以及行使其生殖权利和履行其责任所需的宣传、教育和服务”（第 7.36(b) 段），而且还应该“强调男子应分担职责，促使他们积极参与负责任的生育、性行为和生殖行为，包括计划生育；产前和妇幼保健；防止性传播疾病，包括艾滋病毒；防止意外怀孕和高危怀孕；共同管理家庭收入，共同为家庭创造收入、共同从事子女的教育、保健和营养；确认和促进男女儿童的平等价值”（第 4.27 段）。

从根本上说，若要充分执行《行动纲领》，就需要在所有生活领域增强妇女能力，也需要男子在更大的程度上行使生殖权利和责任。在这些方面实现两性平等，将不仅有助于依照《北京行动纲领》<sup>17</sup> 的呼吁提高妇女地位，还有助于通过以下方面增强经济增长，减少贫穷：让妇女以更具有生产力的形式、更多地参与经济；提高妇女受教育程度、增强其决策权力，降低儿童死亡率和增强产妇保健；让男子和妇女都更加愿意为自身和伙伴的性保健负责，以减少艾滋病毒的传染。

## 十六. 改善保健

良好的保健是个人和社会福祉的关键。在人们健康状况普遍不佳的国家，劳动生产力也不高。高发病率和死亡率在许多低收入国家仍很普遍，尤其是在受到艾滋病毒/艾滋病、疟疾和结核病等传染疾病严重影响的国家。国际社会的一项主要目标是向所有人提供初级保健服务，减少患主要传染疾病的风险。《行动纲领》呼吁所有国家向所有人提供初级保健，并努力确保本国人口更加长寿，更加健康。纲领制定了具体目标，敦促死亡率高的国家至迟在 2015 年使出生时的预期寿命达 70 岁以上，敦促其他国家至迟在 2015 年使出生时的预期寿命达 75 岁以上（第 8.5 段）。这些

目标的实现将意味着贫穷国家在消除主要死亡原因，和向地球上大多数人提供适当卫生和保健服务方面取得重大进展。《行动纲领》的充分执行将确保人人都获得保健服务，尤其是最缺少服务的群体和弱势群体。

## 1. 降低儿童死亡率

《行动纲领》敦促所有国家到 2000 年，将 5 岁以下儿童死亡率降低三分之一，即将每 1 000 名活产婴儿死亡率降到 70 以下；到 2015 年，所有国家应将 5 岁以下儿童每 1 000 名活产婴儿死亡率降到 45 以下（第 8.16 段），这一目标符合《千年宣言》中关于从 1990 年到 2015 年，将 5 岁以下儿童死亡率降低三分之二的目标。进一步执行《行动纲领》的重大行动中概括了实现这一目标所需的措施如下：政府应继续提供支助以降低婴幼儿死亡率，具体做法是“加强婴幼儿保健方案，注重改善产前护理和营养，包括母乳喂养（除医学上不宜的情况外），并注重全面免疫；口服体液补充疗法；清洁水源；传染病预防；减少接触有毒物质以及改善家庭环境卫生；有关做法还包括加强产妇保健服务；提供优质计划生育服务以帮助夫妇选择生育时间和间隔时间，努力预防艾滋病毒/艾滋病和其他性传染疾病的传播”（第 18(a) 段）。显然，执行这些措施将有助于实现制定的目标。

《行动纲领》中包括的其他措施如果落实，也将有助于降低儿童死亡率，这些措施计有：减轻贫穷；增加入学率，尤其是妇女的入学率；改善产妇保健；推动增强妇女能力和妇女平等；减少艾滋病毒/艾滋病的传播。这些措施符合《联合国千年宣言》中的若干目标，说明相辅相成的发展目标同《行动纲领》建议的行动之间的协调一致。

## 2. 改善产妇保健

确保产妇保健是《行动纲领》主要关注的一项问题。在这方面，纲领的执行将有助于实现《消除对妇女一切形式歧视公约》<sup>18</sup> 第十二条中所列的基本权利：

“1. 缔约国应采取一切适当的措施以消除在保健方面对妇女的歧视，保证她们在男女平等的基础上取得各种保健服务，包括有关计划生育的保健服务。

“2. 尽管有本条第 1 款的规定，缔约各国应保证为妇女提供有关怀孕、分娩和产后期间的适当服务，于必要时给予免费服务，并保证在怀孕和哺乳期间得到充分营养。”

为实现这项权利，《行动纲领》呼吁“在产妇保健服务范围内扩大提供初级保健。根据知情选择概念提供的这些服务应包括安全孕产的教育；有重点且有效的产前护理；产妇营养方案；适当的接生协助，以避免过度使用剖腹生产并提供产科急诊；为孕产和流产的并发症患者提供转诊服务；产后护理和计划生育服务。所有生产过程均需由经过训练人员，最好是护士和助产士协助，至少由经过训练的接生人员协助”（第 8.22 段）。此外，《行动纲领》还敦促各国在 1990 年至 2000 年期间把产妇死亡率降低一半，并在 2015 年之前再降低一半（第 8.21 段）。这项目标同《联合国千年宣言》中制订的从 1990 年至 2015 年期间使产妇死亡率下降 75% 的目标相同。就是说，《行动纲领》的执行将实现《千年宣言》中的这项目标。

降低妇女一生中同怀孕有关的死亡机率，有一项关键预防措施，这就是确保她们获得计划生育服务，避免出现意外怀孕。此外，受过培训的接生人员帮助接生，获得产科急诊服务，也是预防分娩时因并发症而死亡的关键。降低产妇死亡风险所需的其他措施还有：提供优质的服务，调理堕胎并发症，并提供堕胎后的咨询、教育和计划生育服务，以便避免再次堕胎（第 8.25 段）。避免年轻少女早婚早孕，以及减少艾滋病毒传播的战略，也有助于降低产妇死亡率（第 8.24 段）。《行动纲领》呼吁采取所有这些行动，并指出，为提高改善产妇保健方案的效益，必须得到男性的支持（第 8.22 段）。

执行所有这些措施，实现降低产妇死亡率的目标，尤其是在弱势人口群体和服务不足人口群体中实现这项目标，不仅可以改善妇女的保健，还可以改善其子女的保健，其家庭的福利，从而协助降低儿童死亡率和减少营养不良情况。

### 3. 防治艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病

《行动纲领》承认，传染疾病和寄生虫病仍是困扰大量人口的主要疾病。为防治这些疾病，其中建议协助发展中国家生产国内市场所需非专利药品，确保这种药品广泛供应和普遍可得（第 8.9 段）。这项建议同《联合国千年宣言》中关于制药工业把基本药品更普遍地提供给发展中国家所有患者，并使药品的价格让患者能够承受的呼吁相辅相成。此外，《行动纲领》还呼吁所有国家确保“全体居民安全和卫生的居住环境，办法是减少拥挤住房，减少空气污染，确保清洁饮用水和卫生，改善废物管理以及加强工作场所的安全”（第 8.10 段）。虽然没有明确提到提供驱虫蚊帐，防止人受到传播疟疾的蚊虫的叮咬，但是为了防止疟疾传播，也需要这些措施。为了减少疟疾和结核病等疾病的传染，既需要获得妥当的治疗，也需要落实预防措施，避免感染。《行动纲领》的执行将有助于使其成为现实。

关于艾滋病毒/艾滋病，《行动纲领》突出了这一流行疾病给个人、社区和整个国家带来的灾难性后果。纲领因此强调，需要采取措施，防止艾滋病毒的扩散，治疗和支助感染者。其中一项目标是“确保感染艾滋病毒的人得到适当医疗而且不受歧视；为感染艾滋病毒的人提供咨询及其他支助，减轻艾滋病患者及其家人、尤其是其孤儿的痛苦；确保尊重感染艾滋病毒的人的个人权利和机密性；确保性健康和生殖健康方案正视艾滋病毒感染和艾滋病”（第 8.29(b) 段）。这项目标如果实现，将减缓这一疾病带来的不良影响。

《行动纲领》没有列入有关艾滋病毒/艾滋病的数量目标，但是有关进一步执行的重大行动中列有这样的目标，其中呼吁到

2005年，减少全球15岁至24岁年龄组中的感染人数，并且在受影响最严重国家中使这一年龄组中的感染人数下降25%。纲领还呼吁到2010年，使全球15岁至24岁年龄组中的感染人数下降25%（第70段）。因此，这些目标的实现将直接有助于实现《联合国千年宣言》中关于到2015年遏制或开始扭转艾滋病毒传染趋势的目标。降低艾滋病毒/艾滋病的染病率也将协助实现其他发展目标，包括减轻贫穷，降低儿童死亡率和产妇死亡率。

为治理艾滋病毒的传染，《行动纲领》高度重视“提高认识和强调行为改变的宣传、教育和传播运动。应向感染和非感染的人，特别是向青少年提供性教育和宣传”（第8.31段）。其中还建议“生殖保健方案、包括计划生育方案应尽可能包括诊断和治疗普通的性传播疾病”（同上），因为后者是助长艾滋病毒感染的因素。强调的重点是提倡负责任的性行为，包括自愿禁欲，并将其列入教育和宣传方案。为预防和治疗性传播疾病，建议广为供应廉价的避孕套和药品，强调采取行动管制血液制品的质量并对设备进行消毒（第8.35段）。所有这些措施，以及把负责任的性行为和有效防止艾滋病毒等性病的宣传、教育和咨询作为所有生殖健康和性健康服务的有机组成部分（第7.32段），并通过这些服务协助分发避孕套（第7.33段），都将大大协助控制这一流行病。

《行动纲领》强调必须向男女青年和青少年提供防止性传播疾病传播的信息和教育，需要确保青少年和成年男子对自身的性健康和预防性传播疾病负责。这些措施，再加上提高妇女地位和增强妇女能力的规定若都得到充分落实，将在男尊女卑、妇女经济地位低下促成了艾滋病毒传播，尤其是在妇女中间传播的情况下，大大有助于减少艾滋病毒的传播。

## **十七. 人口和年龄分布变化所带来的挑战**

### **1. 改善城市化世界中人们的生活状况**

在今后15年里，全世界增加的人口将主要由发展中国家的城市地区吸收，并且世界人口将更多集中在城市而不是农村。因此，

以前在农村而不是城市地区更加普遍的极端贫穷问题，将日益成为一个城市现象。在大多数发展中国家，城市居民与农村居民相比能够更好地获得教育和保健服务，农村至城市的迁移是移徙者能够更好地获得这类服务及改善其生活状况的一种手段。尽管如此，城市化的快速步伐过多地消耗了各国政府为城市居民提供足够服务的能力，生活在贫民窟的人数一直在上升，今天的总数已经达到大约 9 亿人。有鉴于此，到 2020 年改善 1 亿贫民窟居民生活状况的目标，即《联合国千年宣言》提出的目标之一，并不宏伟。

尽管并非所有贫民窟居民都贫困不堪，但最需要帮助的是《行动纲领》给予重视的贫穷和得不到充分服务的人口。《行动纲领》强调指出，必须为得不到充分服务的群体提供“信息、教育、工作、技能发展和生殖保健服务”（第 3.19 段）。为了改善贫民窟居民的生活，需要制定专门帮助他们更好获得基本服务的方案。《行动纲领》就必要的改善种类提供指导，并且间接地承认必须制定有具体目标的方案，以满足得不到充分服务的人口群体的具体需要。《行动纲领》还呼吁各国政府“回应城市群全体公民包括城市违章建筑者对个人安全、基础设施和服务的需求，消除卫生和社会问题”（第 9.14 段），并“改善城市贫民的境况……，协助他们获得就业、信贷、生产、销售机会、基础教育、保健服务、职业培训和运输”（第 9.15 段）。完全实施这些建议肯定会有助于改善贫民窟居民的生活。

## 2. 人口老龄化问题

老年人的人数和比例在可预见的未来预计将继续增加，导致人类历史上出现前所未有的人口年龄分布情况。考虑到这类变化所涉及的社会经济问题，2002 年 4 月 8 日至 12 日在马德里召开的第二次老龄问题世界大会通过的 2002 年《马德里老龄问题国际行动计划》<sup>19</sup> 第 9 段指出，“必须将全球老龄化发展过程纳入更大的发展过程”。《国际人口与发展会议行动纲领》认识到，老年人是社会人力资源的一个宝贵的重要组成部分，并建议采取一系列措施，确保老年人能够按照自己的意愿，独立工作和生活尽可能

长的时间。这些措施包括：建立确保代与代之间和同代之间更加公平和互相支援的社会保障制度（第 6.18 段）；促使利用老年人的技能和能力使社会受益（第 6.19 段）；重视及承认老年人对家庭和社会做出的贡献（第 6.19 段）；为老年人加强正式和非正式的支助系统，并特别注意老年妇女的各种需求（第 6.20 段）。这些措施有助于增加老年人的能力，按照《老龄问题国际行动计划》的要求促使他们充分参与社会。

## 十八. 建立促进发展的全球伙伴关系

《行动纲领》极为关注各国实施其各项建议可能采用的方式和手段。《行动纲领》中还特别列出有关人口和生殖健康问题基本国家级方案，即旨在为所有有需要的人提供生殖保健服务的方案主要组成部分的费用估计数。《行动纲领》承认，国内资源将提供最大部分的所需经费，估计仅仅有大约三分之一的费用由外部提供。最不发达国家和其他低收入发展中国家将需要更大比例的以优惠赠款方式提供的外部资源。

《行动纲领》回顾到，国际合作对于过去实施人口和发展方案一直至关重要，因此指出，国际合作已变得日益重要和多样化，因为“过去不太重视人口问题的国家现在认识到这些问题是其发展挑战的核心。例如……，现在许多国家都高度优先注意国际移徙和艾滋病问题”（第 14.1 段）。因此，《行动纲领》鼓励各国政府酌情与多边机构和捐助机构、民间社会（其中包括以社区为基础的组织和非政府组织）和私营部门建立伙伴关系，目的是为实施各项建议开展一些项目或者制定一些方案。《行动纲领》还呼吁国际社会支持南南协作安排，促进直接的南南合作。在方案一级，《行动纲领》建议开展国家级人口与发展能力建设，并向发展中国家转让适当技术和技能。《行动纲领》还再次呼吁国际社会“力求达成使官方发展援助总额占国民生产总值的 0.7% 的议定目标，并根据达成本行动纲领各项目标所需进行活动的范围和规模，增加人口与发展方案资金的份额”（第 14.11 段）。实施这些建议

不仅将确保实现这些目标和指标，而且还有助于建立《联合国千年宣言》提出的促进发展全球伙伴关系。

## 十九. 第二部分的结论

人口是发展的核心，人口趋势是发展背景中的一个关键因素。因此，为影响人口行为和人口动态而采取的措施，如《国际人口与发展会议行动纲领》所载的措施以及促使进一步实施《行动纲领》的重大行动，如果得到充分实施，将大有助于实现国际商定的发展目标，包括《联合国千年宣言》中的发展目标。

实施《行动纲领》，特别是采取措施，确保所有夫妇和个人都能根据自己的理想子女数生儿育女，并且获得实现这种心愿所需的信息、教育和手段，将有助于加快生育率仍然较高的发展中国家向低生育率过渡的进程，导致人口增长放缓，这反过来将提高这些国家适应未来人口增长、消除贫穷、保护及维护环境、以及为可持续发展创造条件的能力。即使向稳定的生育率过渡的过程仅持续短短十年时间，就足以对生活素质产生显著的积极影响。

此外，降低生育率可以产生“人口红利”，使劳动适龄人口相对于儿童和老年人口的比例增加。在施政有利于人力资源发展和创造就业的背景下，这种变化可以大大促进经济增长和减少贫穷。实施《行动纲领》中关于向所有人，尤其是女童和妇女提供教育以及增加对人力资源发展的投资等其他建议，也将有助于保证“人口红利”所带来的好处。

实现《行动纲领》的宗旨和目标，将确保实现《联合国千年宣言》所载的相应目标，特别是降低儿童死亡率和产妇死亡率、普遍获得初级教育、男童和女童平等获得中学和高等教育、减少艾滋病毒的扩散以及实现两性平等和增强妇女能力等目标。由于这些目标和其他国际商定目标之间产生增效作用，因此还将获得其他好处。

例如，实施《行动纲领》既能在生活的所有方面增强妇女能力，又能促使男子更多地参与行使生育权利和履行生育责任。实现这些目标将有助于促进经济增长及减少贫穷、降低儿童死亡率及提高产妇健康水平、以及减少艾滋病毒的扩散。同样，教育，尤其是女童教育的改善，将有助于减少贫穷、饥饿、儿童和产妇死亡率以及艾滋病毒的扩散，并促进两性平等。此外，受过较好教育的人口将很可能以各种方式改变婚姻、生育、健康和移徙等人口行为，从而实现更大的幸福。

《行动纲领》提供指导，说明如何处理未来的主要挑战，其中包括日益增加的城市化和人口老龄化等挑战，以便《行动纲领》的实施将有助于实现《联合国千年宣言》和第二次老龄问题世界大会提出的各项目标。《行动纲领》还特别重视脆弱群体的需求，其中包括儿童和青年人、老年人、穷人、残疾人和土著人民，并强调需要向家庭、尤其是单亲家庭以及向孤儿和寡妇等脆弱家庭的成员提供支持和保护。因此，充分实施《行动纲领》将造福于社会的各阶层，尤其是最脆弱的阶层，并减少不平等现象；还将促使妇女和男子在家庭和社区生活的所有领域平等参与并分担责任。

《行动纲领》的实施特别取决于建立一个促进全球发展的伙伴关系，使包括各国政府、多边机构和捐助机构、民间社会和私营部门在内的所有行动者合作实现《行动纲领》的各项目标和宗旨。这样，《行动纲领》将证实《联合国千年宣言》中列出的各项目标的重要性，并有助于突出表明国际合作对于实施人口与发展方案，特别是在最不发达国家和其他低收入发展中国家实施这些方案至关重要。

注

- <sup>1</sup> 见大会第 55/2 号决议。
- <sup>2</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>3</sup> 大会第 S-21/2 号决议，附件。
- <sup>4</sup> ESA/P/WP.192/Rev.1，联合国出版物。
- <sup>5</sup> 将于 2005 年作为联合国出版物印发。
- <sup>6</sup> 联合国出版物，出售品编号：E.04.XIII.6。
- <sup>7</sup> 联合国出版物，出售品编号：E.04.XIII.2。
- <sup>8</sup> 联合国出版物，出售品编号：E.04.XIII.10。
- <sup>9</sup> ESA/P/WP.188，联合国出版物。
- <sup>10</sup> 联合国出版物，出售品编号：E.03.XIII.4。
- <sup>11</sup> 联合国出版物，出售品编号：E.04.II.C.3。
- <sup>12</sup> 联合国出版物，出售品编号：E.04.XIII.3。
- <sup>13</sup> 《1974 年联合国世界人口会议的报告，1974 年 8 月 19 日至 30 日，布加勒斯特》，(联合国出版物，出售品编号：C.75.XIII.3)，第一章。
- <sup>14</sup> 大会第 217 A (III) 号决议。
- <sup>15</sup> 大会第 44/25 号决议，附件。
- <sup>16</sup> 《联合国环境与发展会议的报告，1992 年 6 月 3 日至 14 日，里约热内卢》(联合国出版物，出售品编号：C.93.I.8 和更正)，第一卷，《环发会议通过的决议》，决议 1，附件二。
- <sup>17</sup> 《第四次妇女问题世界会议的报告，1995 年 9 月 4 日至 15 日，北京》(联合国出版物，出售品编号：C.96.IV.13)，第一章，决议 1，附件二。
- <sup>18</sup> 大会第 34/180 号决议，附件。
- <sup>19</sup> 《第二次老龄问题世界大会的报告，2002 年 4 月 8 日至 12 日，马德里》(联合国出版物，出售品编号：C.02.IV.4) 第一章，决议 1，附件二。

---

05-42109 (C) 200805 310805

