



## 经济及社会理事会

Distr.: General  
16 January 2009  
Chinese  
Original: English

## 人口与发展委员会

## 第四十二届会议

2009年3月30日至4月3日

临时议程\* 项目3

## 国际人口与发展会议各项建议的后续行动

**世界人口监测，重点是《国际人口与发展会议行动纲领》对国际商定的发展目标、包括千年发展目标的贡献**

## 秘书长的报告

## 摘要

人口与发展委员会在其第 2007/1 号决定中决定其第四十二届会议的特别主题是《国际人口与发展会议行动纲领》对国际商定的发展目标、包括千年发展目标的贡献。本报告可作为委员会审议工作的基础。

《国际人口与发展会议行动纲领》提出一整套目标和建议，旨在改善人类福祉，促进可持续发展及持久经济增长。该纲领的目标和宗旨与其他国际商定的发展目标相一致，其建议采取的行动也充分支持实现这些目标。《行动纲领》的核心包括那些直接与人口动态有关并影响到人口增长和结构的政策、方案和措施指南。本报告重点阐述核心指南和必要行动的执行工作会如何推动实现国际商定的发展目标，包括千年发展目标。

本报告由联合国秘书处经济及社会事务部人口司编写。

\* E/CN.9/2009/1。



## 目录

	页次
一. 导言 .....	4
二. 消除赤贫和饥饿 .....	5
A. 消除赤贫 .....	5
B. 消除饥饿 .....	9
三. 普及教育 .....	10
四. 人口和与健康有关的目标 .....	11
A. 降低儿童死亡率 .....	12
B. 防治疟疾 .....	15
C. 控制艾滋病病毒/艾滋病流行 .....	15
D. 降低孕产妇死亡率 .....	16
E. 确保生殖健康 .....	18
五. 推动两性平等和增强妇女力量 .....	23
六. 确保环境可持续性 .....	24
七. 全球发展伙伴关系 .....	25
八. 结论和建议 .....	26
 表	
1. 人口, 按主要地区分列的不同情况下人口: 2005 年 .....	5
2. 按主要地区分列的 1995 年和 2005 年年人口增长率、总和生育率和人均国内总产值 .....	6
3. 按 2005 年贫困人口比例分列的发展中国家 2000-2005 年人口增长率和总和生育率 .....	7
4. 2000-2005 年人口增长率和 2005 年按特定教育指标排列的 15 岁以下人口百分比 .....	11
5. 1990、2007 和 2015 年按发展组和撒哈拉以南非洲排列的五岁以下死亡率 .....	13
6. 按主要地区分列的 1990 和 2005 年孕产妇死亡率 .....	17
7. 1995 年和 2005 年发展中区域未得到满足的计划生育需求趋势 .....	21
 图	
一. 特定国家儿童人均教育支出与总和生育率对比 .....	12

---

二.	1985 年至 2007 年五岁以下死亡率相对于各类风险类别的初生儿百分比.....	14
三.	1985 至 2005 年发展中区域总和生育率相对于避孕普及率.....	19
四.	2005 年使用现代避孕方法的 15-49 岁已婚或同居妇女百分比.....	20
五.	计划生育需要未得到满足的 15-49 岁已婚或同居妇女百分比.....	22
六.	1996 年至 2006 年 15-49 岁妇女人均计划生育方案捐助方援助百分比变动情况.....	27

## 一. 引言

1. 《国际人口与发展会议行动纲领》<sup>1</sup> 提出一整套目标和建议，旨在改善人类福祉和促进可持续发展及持久经济增长。该纲领的目标和宗旨与其他国际商定的发展目标相一致，其建议采取的行动也充分支持实现这些目标，包括千年发展目标。<sup>2</sup> 《行动纲领》的核心包括那些直接与人口动态有关并影响到人口增长和结构的政策、方案和措施指南。本报告重点阐述核心指南和必要行动的执行工作会如何推动实现国际商定的发展目标。

2. 二十世纪的两项重大成就是，死亡率普遍下降，生育率也随之降低。为审议人口动态与可持续发展之间的相互关系，1994 年召开了国际人口与发展会议，毫无疑问，当时与 1974 年举行第一次政府间人口问题会议即世界人口会议时相比，人口增长已不再是一个威胁。1994 年，亚洲及拉丁美洲和加勒比大多数国家的生育率已持续下降至少 20 年，撒哈拉以南非洲一些国家的生育率也开始下降。年人口增长率已从 1965 年至 1970 年期间的 2.02% 降至 1.54%，并且确实还在下降。“人口爆炸”似乎已经避免。

3. 当前的全球人口增长率估计更低，为年均 1.17%，全球人口增长率持续下降大都被视为理所当然。然而，如果对没有发生的人口爆炸加以思考，就会有所启发，确实感到时间紧迫，不能沾沾自喜（见表 1）。如果亚洲生育率维持在 1970 年左右的水平，那么 2005 年的亚洲人口就会是 61 亿，接近目前整个世界的人口数目。由于亚洲大多数国家特别是人口最多的国家的生育率迅速降低，2005 年亚洲人口仅为 39 亿，比生育率一直未下降情况下的人口少 54%。拉丁美洲和加勒比的人口数字适中。不过，要不是生育率迅速下降，2005 年这一重要地区的人口会比实际人口多 38%（7.69 亿人而非 5.58 亿人）。一项重大发现是，非洲的实际人口为 7.69 亿人，但假如生育率自 1970 年以来没有降低，人口会达到 8.32 亿人，两者之间的差别很小，仅占当前人口的 8%。最不发达国家的这种差别大一些，但仍属不大，仅占 2005 年人口的 15%。这些结果说明，全球人口爆炸得以避免是因为亚洲及拉丁美洲和加勒比的生育率急剧下降，但在非洲和大多数最不发达国家，人口爆炸大都已经发生。如本报告所述，快速人口增长乃与若干不利的社会和经济结果有关。

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

<sup>2</sup> 见 E/CN.9/2005/6，第三节。

表 1  
人口，按主要地区分列的不同情况下人口：2005 年

	中位变量	1970 年以来生育率不变	2005 年差异	
		(百万)		百分比差异
欠发达区域	5 299	7 936	2 637	50
最不发达国家	767	882	115	15
其他欠发达国家	4 532	7 054	2 522	56
亚洲	3 938	6 079	2 141	54
拉丁美洲和加勒比	558	769	211	38
非洲	769	832	62	8

4. 过去 40 多年表明，政府的政策和承诺可在影响人口动态方面大有作为。没有政府的承诺或国际社会的不断参与，就不可能取得成功，《国际人口与发展会议行动纲领》就是其具体体现。《行动纲领》取得成功的关键是着重按照各项基本权利和原则采取行动。《行动纲领》确认，尊重人权是实现发展的基础，因此制订了各项目标并提出建议，这些建议合情合理，不仅是因为它们有助于发展或对人民福祉产生积极影响，而且还因为它们体现了个人的权利。因此，《行动纲领》倡导的促进两性平等、公平和增强妇女力量措施不仅事关发展，同样也关系到权利。今天更加迫切需要充分执行《行动纲领》，因为实现其各项目标的时间越来越少，如本报告所述，执行方面存在的差距在低收入国家和在社会贫穷阶层中尤其普遍。加速执行《行动纲领》不但有助于实现国际商定的发展目标，而且也会确保人人充分享有人权。

## 二. 消除赤贫和饥饿

### A. 消除赤贫

5. 消除赤贫是一个极其重要的发展目标。为了实现至迟在 2015 年将每日生活费不到 1 美元的人口减半的目标，必须采取政策，直接解决造成贫穷或使贫穷长期存在的经济和社会问题。人口政策还能大大推动消除贫穷，因为人口动态、经济变化和社会福祉都是密切相关的。迅速的人口增长给现有资源带来越来越大的需求，同收入降低也有关联。因此，在 2005 年，最不发达国家在各发展集团中的人均收入最低，人口增长率最快(见表 2)。相比之下，其余发展中国家的人均收入为其 4 倍，而人口增长率则为最不发达国家的一半，且自 1970 年代以来一直迅速下降。发达国家集团的人均收入最高，人口增长率却非常低。由于大多数最不发达国家都在非洲，致使非洲大陆 2005 年人均收入偏低，人口增长迅速。

表 2

按主要地区分列的 1995 年和 2005 年年人口增长率、总和生育率和人均国内总产值

主要地区	人口增长率 (百分比)		总和生育率 (每名妇女子女数)		人均国内总产值 (美元, 购买力平价)	
	1990-1995	2005-2010	1990-1995	2005-2010	1990	2005
较发达区域	0.45	0.28	1.68	1.60	17 159	28 296
欠发达区域	1.83	1.37	3.42	2.75	2 119	5 181
最不发达区域	2.69	2.37	5.68	4.63	1 115	1 421
其他欠发达国家	1.70	1.19	3.11	2.45	2 214	5 582
非洲	2.61	2.25	5.69	4.67	1 705	2 503
亚洲	1.63	1.13	2.97	2.34	3 274	6 197
拉丁美洲和加勒比	1.71	1.24	3.03	2.37	7 485	8 333
北美洲	1.08	0.25	1.99	2.00	23 268	40 631
欧洲	0.20	-0.02	1.58	1.45	14 042	21 998
大洋洲	1.62	1.21	2.48	2.30	23 310	25 296

来源：联合国在线数据库，2008 年 10 月 21 日查阅，《世界人口前景：2006 年订正本》（联合国出版物，出售品编号：E.07.XIII.2）。

6. 1950 年之后，大多数发展中国家人口迅速增长，死亡率在生育率开始下降之前已经下降了很长时间，目前它们面对重大挑战，要为其迅速增长的劳动适龄人口提供体面就业。2008 年约有 2 亿人口失业，比 1995 年的水平增加了 18%。<sup>3</sup>《行动纲领》确认，因死亡率下降和生育率下降时间差所产生的高人口增长，会使政府在创造生产性就业方面遇到更多的挑战（第 3.15 段）。

7. 作为人口结构转型的一个组成部分，生育率的下降可以通过减少受抚养子女比例和增加劳动适龄人口比例，提高国民储蓄和促进经济增长，从而带来“人口红利”。<sup>4</sup> 生育率下降后出现的受抚养人比率下降，推升了中国、埃及、爱尔兰、日本、瑞典和美利坚合众国等国家的人均收入，促进了经济增长。<sup>5</sup> 生育率下降为发达国家和发展中国家经济增长带来的中期效益约占 1960 年至 1995 年期间人均产出增长的 20%。<sup>6</sup>

<sup>3</sup> 《全球就业趋势》（日内瓦，劳工局，2008 年）。

<sup>4</sup> Andrew Mason 和 Sang-Hyop Lee,《人口红利与减贫》，载于《关于人口因素对实现千年发展目标现实意义的研讨会记录》，联合国，纽约，2004 年 11 月 17 日至 19 日。

<sup>5</sup> David E. Bloom and David Canning,“全球人口变化：各个层面和经济意义”，《人口与发展评论》，第 34 卷补编，2008 年；Bo Malmberg and Thomas Lindh,“按人口排列的 2050 年前全球收入预测”，《国际预测杂志》，第 23 卷，第四期，2007 年。

<sup>6</sup> Allen Kelley and Robert Schmidt,“最近人口经济模式的演变：综述”。《人口经济学杂志》，第 18 卷，第 2 期，2005 年 6 月。

8. 特别是东亚和东南亚新兴工业化国家, 1965年后生育率急速下降, 经济增长又十分强劲。<sup>7</sup> 主要公共教育投资件之以稳定的宏观经济环境、侧重创造就业的经济增长和提倡储蓄的体制结构都起了至关重要的作用, 使这些国家充分收获人口红利。1980年代东亚和东南亚新兴工业化国家人均收入增幅的大约三分之一都是人口红利带来的。<sup>8</sup> 相比之下, 拉丁美洲和加勒比地区的生育率也在迅速下降, 但其大多数国家的经济增长潜力并未得到充分发挥。<sup>9</sup> 这些实例表明, 尽管生育率降低有可能加速经济增长, 但能否发挥潜力则取决于制定正确的制度和采取适当的经济与社会政策, 包括采取措施增强人力资本、创造就业机会和改善收入分配。

9. 加快和维持经济增长为各国政府与贫困现象作斗争提供了更大的余地。高度贫困与生育率居高不下密切相关。2005年, 在那些至少有40%人口每天生活费用不到1美元的发展中国家中, 每名妇女平均生育5.4个子女, 比贫困人口比例低于10%的发展国家的生育率高出一倍以上(见表3)。最贫穷国家的人口增长率偏高(2.5%), 比低贫困人口率国家(每年0.7%)高出两倍多。布隆迪、利比里亚、卢旺达和坦桑尼亚联合共和国这4个最贫困国家的贫困人口比例均超过75%, 总和生育率超过每名妇女6个子女, 人口增长率高于2.5%。

表 3

**按 2005 年贫困人口比例分列的发展中国家 2000-2005 年人口增长率和总和生育率**

	2005年前后每天生活费用低于1美元的人口百分比 <sup>a</sup>			
	低于10%	10%至19.9%	20%至39.9%	40%或以上
国家数目	44	13	23	33
年人口增长率(%)	0.7	1.3	1.9	2.5
总和生育率	2.1	3.2	3.8	5.4

<sup>a</sup> 参考日期因国家而异, 从1995年至2007年不等。在考察的113个国家中, 102个国家的估计数系指2000年或以后。

来源: 世界银行网上贫穷分析工具(PovcalNet), 2008年10月14日查阅; 《世界人口前景: 2006年订正本》(联合国出版物, 出售品编号: C.07.XIII.2)。

<sup>7</sup> Andrew Mason, 编辑, 《东亚人口变化和经济发展: 克服的挑战, 抓住的机会》(Stanford University Press, 2001); David E. Bloom, David Canning 和 Jaypee Sevilla, 《人口红利: 有关人口变化经济后果的新观点》(Santa Monica, California, Rand Press, 2002)。

<sup>8</sup> David E. Bloom 和 Jeffrey G. Williamson, 《亚洲新兴国家的人口结构转型与经济奇迹》, 《世界银行经济评论》第12卷, 第3期, 1998年。

<sup>9</sup> Andrew Mason, 《发达国家与发展中国家的人口结构转型与人口红利》, 载于《关于人口年龄结构变迁的社会经济影响的联合国专家组会议记录》, 墨西哥城, 2005年8月31日至9月2日; Casio Turra and Bernardo Queiroz, “巴西代际转移与社会经济不平等: 初步看法”, Notas de Población, 第80期, 2005年10月。

10. 有关生育率下降对减贫影响的分析表明, 1960年至2000年期间, 仅人口结构变化就使发展中世界贫困人口减少14%, 如果高生育率国家的生育率加速下降, 2000年至2015年期间贫困人口比例还会再降低14%。<sup>4</sup>

11. 高生育率与国民持续贫困有关, 因为低收入群体的生育率通常比高收入群体高出很多。在56个发展中国家开展的调查表明, 富裕程度居于塔基五分之一的妇女, 比富裕程度居于塔尖五分之一的妇女平均多生两个孩子。<sup>10</sup> 非洲地区的差数更大(多生2.8个孩子), 而差数最大的是拉丁美洲和加勒比地区(多生3.8个孩子)。当妇女教育成为造成差别的一个原因时, 也会出现类似的差异, 因为教育程度与财富密切相关。1990年代末43个发展中国家的数据表明, 没有上过学的妇女比至少受过中等教育的妇女平均多生2.3个孩子。<sup>11</sup>

12. 因此, 降低贫困家庭生育率可直接或间接推动减贫。贫困人口的自然增长率越高, 其占总人口比例的上升速度就越快, 从而推升总体贫困水平。每天生活费用不到1美元的人口自然增长率越高, 推升贫困率的上行压力就越大, 这相当于发展中国家1990年至2001年减贫率的10%–50%。<sup>12</sup> 非洲和南亚受到的影响最大。

13. 穷人高生育率会产生贫穷代际复制效应。家庭子女越多, 可供每个子女使用的资源就越少, 子女获得适当教育的可能性也就越小。贫困家庭若能少生孩子, 就能为每个子女的营养、保健和教育投入更多的资源。当贫困家庭因无法计划生育而不能实现其生殖目标时, 改善计划生育就会成为其他减贫政策的有益辅助手段。

14. 一般来说, 高人口增长率国家的政府都对人口增长的影响感到忧虑。<sup>13</sup> 因此, 2005年至2010年期间年人口增长率在3%或以上的11个国家中, 有9个国家(贝宁、布隆迪、厄立特里亚、约旦、利比里亚、马里、尼日尔、东帝汶和乌干达)认为本国人口增长率过高, 除东帝汶之外的其他所有国家均已采取政策降低人口增长。其他两个国家(阿富汗和刚果民主共和国)认为本国人口增长率令人满意, 因此并未采用任何政策对此施加影响。在年人口增长率居于2.0%至3.0%之间的36个国家中, 72%的国家认为本国人口增长率过高, 67%的国家已采取政策降低增长率。即便在人口增长率适中(1.0%至2.0%之间)的66个国家中, 也有48%的国家认为本国的人口增长率过高, 大部分这些国家均已采取政策降低增长

<sup>10</sup> Davidson R. Gwatkin, Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff 和 Agbessi Amouzou, 《发展中国家健康、营养和人口领域的社会经济差异: 概览》(华盛顿特区: 世界银行, 2007年)。

<sup>11</sup> Shea Oscar Rutstein, 《1995–1999年期间生育率水平、趋势和差异》, 人口与健康调查报告第三号(Calverton, Maryland, ORC Macro, December 2002)。

<sup>12</sup> Martin Ravallion, 《人口结构变化对发展中世界总体贫困计量指标的推动作用》, 世界银行政策研究工作文件, 第3580号, 世界银行, 2005年4月。

<sup>13</sup> 《2007年世界人口政策》(联合国出版物, 出售品编号: E.08.XIII.8)。



率。此外，在年人口增长率低于 1.0% 的 82 个国家中，仅 32% 报称已采取干预措施促进人口增长。

## B. 消除饥饿

15. 贫穷和饥饿密切相连，因为就算有足够的粮食来养活地球上的 68 亿人口，粮食市场的高价格也会把穷人排斥在外，特别是由于主要主食的价格在经历多年的相对稳定之后于 2006 年和 2008 年上半年大幅上扬。<sup>14</sup> 因此，据估计营养不足者人数仅 2008 年一年就增加了 4 000 万，达到 9.63 亿人，而 2007 年为 9.23 亿人，2003-2005 年期间为 8.48 亿人，<sup>15</sup> 从而加大了到 2015 年实现饥饿人口减半的目标(千年发展目标 1)的难度。尽管粮食价格最近已开始下降，但 2008 年的粮食危机还是凸显了许多人口所面临的脆弱性。引发这场危机的原因是粮食供应的增加未能跟上粮食需求的增长。需求不断增加的原因在于人口增长以及发展中国家的收入不断提高，其饮食结构也在发生变化，尤其是在中国。粮食供应增长放缓的原因可归结于许多因素，包括最近因能源价格上涨而导致种子和化肥成本飙升，许多发展中国家对农村基础设施和农业发展长期投资不足，用地用水限制增多，以及将土地重新分配用于生产生物燃料等。<sup>16</sup>

16. 在全球范围内，人口增长是决定粮食需求的一个重要因素。根据粮农组织的资料，世界平均每人每天卡路里摄入量预计将从 1999 年 2 803 大卡增加到 2030 年的 3 050 大卡，<sup>17</sup> 人均增长 9%。在此期间，世界人口预计将从 60 亿增长到 83 亿，导致全球卡路里需求增长近 50%，其中 76% 归因于人口的增长。

17. 在国家一级，贫困人口自然增长率的提高会造成饥饿和营养不足者人数增加，也会导致贫困人口增加。由于低收入家庭的生育率趋向高于高收入家庭，他们通常都不得不把更大的收入比例投入购买粮食，因而特别容易受到食品价格或粮食生产成本上扬的影响。因此，粮食价格上涨对于人口正在迅速增长、危机前贫困率较高的发展中国家的影响更为严重。2005 年至 2007 年期间，食品价格上

<sup>14</sup> 正如 Quentin Wodon 和 Hassan Zaman 在《撒哈拉以南非洲的粮食价格上涨：对贫困的影响和政策应对》(世界银行政策研究工作文件，第 4738 号，2008 年)中所报告的那样，2006 年 1 月到 2008 年 3 月间，世界粮食价格上涨了 68%。在 2007 年 4 月至 2008 年 3 月期间，小麦价格提高了两倍，大米价格在 2008 年 1 月至 4 月之间增长了两倍。

<sup>15</sup> 世界粮食与农业组织(粮农组织)，《2008 年世界粮食无保障状况》，见 <http://www.fao.org/docrep/011/i0291e/i0291e00.htm>，2008 年 12 月 20 日查阅；粮农组织，世界粮食安全问题委员会，《世界粮食安全与营养状况评估》，第 34 次会议，2008 年 10 月 14 日至 17 日。

<sup>16</sup> Joachim von Braun 及其他人，《高粮价：拟议政策行动的内容、对象和方式》，国际粮食政策研究所政策简报，2008 年 5 月，<http://www.ifpri.org/PUBS/ib/FoodPricesPolicyAction.pdf>。

<sup>17</sup> 《世界农业：迈向 2015/2030》，摘要报告(罗马，粮农组织，2002 年)。

涨使低收入国家的贫困人口比例增加约 4.5 个百分点，这意味着又有 1.05 亿人陷入贫困。<sup>18</sup>

18. 2003 年至 2005 年和 2007 年，食品价格上涨导致亚洲营养不足人数新增 4 100 万人、撒哈拉以南非洲地区新增 2 400 万人，2003 年至 2005 年期间，这两个区域的饥饿人口占了全球饥饿人口的 89%(7.5 亿人)。<sup>19</sup> 其他各发展中区域和拉丁美洲的营养不足人数也有所增加，但增幅较小。营养不足人数的增加抵消了 1995 年以来取得的所有进展。显然，解决影响食品价格冲击的各项政策应优先考虑立即保护最脆弱的家庭和个人，包括妇女和儿童，以实现千年发展目标 1。但是，更为长期的对策必须考虑到如何将人口政策纳入协调一致的对策，通过帮助各个家庭避免陷入贫困陷阱，促进可持续生计，为人人实现发展前景提供支持。

### 三. 普及教育

19. 2015 年前普及初等教育和扩大全民教育，让所有男孩和女孩都接受中等和较高等教育，是《行动纲领》规定的目标(第 11.6、11.8 和 4.18 段)，《千年发展目标》也反映了这些目标。在普及初等教育(千年发展目标 2)方面已经取得很大进展。2006 年，发展中国家小学入学率达到 88%。尽管如此，部分因家庭人数多寡而出现的受教育机会不平等现象仍对该目标的实现构成挑战。在家庭和国家各级，如果儿童数目很大，充分投资儿童教育的可能性就会减少。生育率居高不下造成学龄儿童数目迅速增长，致使对教育系统和家庭的要求越来越高。

20. 在教育指标欠佳的国家，儿童比例和人口增长率都趋于偏高。因此，在 2005 年小学净入学率低于 80% 的 29 个国家中，五岁以下儿童占了人口的 42%，年平均人口增长率为 2.3%(见表 4)。同样，在 2006 年 15 至 24 岁年龄组文盲率超过 20% 的 19 个国家中，儿童占了人口的 42%，平均增长率为 2.4%。相比之下，在小学净入学率高于 95% 的 47 个国家和青年文盲率偏低(低于 5%)的 74 个国家中，儿童的比例都较低(占人口的 25%)，年平均人口增长率不到 1%，这再次表明，减缓人口增长会使投资教育更为容易。

<sup>18</sup> Maros Ivanic 和 Will Martin, 《全球粮食价格上涨对低收入国家贫困人口的影响》，世界银行政策研究工作文件，第 4594 号，2008 年。

<sup>19</sup> 粮农组织，世界粮食安全委员会，《世界粮食安全与营养状况评估》，第 34 次会议，2008 年 10 月 14 日至 17 日。

表 4

## 2000-2005 年人口增长率和 2005 年按特定教育指标排列的 15 岁以下人口百分比

	能够读书写字的青年 百分比			初等教育净入学率 (百分比)		
	低于 80	80 至 95 之间	高于 95	低于 80	80 至 95 之间	高于 95
国家数	19	23	74	29	63	47
年人口增长率(百分比)	2.4	1.9	0.9	2.3	1.0	0.8
15 岁以下人口百分比	41.5	38.5	25.9	41.5	27.7	23.6

来源：教科文组织统计学会在线数据中心(<http://stats.uis.unesco.org>)，2008 年 10 月 7 日阅；《世界人口前景：2006 年订正本》(联合国出版物，出售品编号 E.07.XIII.2)。

21. 代际转移账户显示，生育率较低的国家用于儿童健康和教育方面的支出大大高于生育率较高的国家(见图一)。妇女人均总计生育 3.0 名子女的国家用于每名儿童的支出相对于劳动收入的比例，平均仅为妇女人均总计生育 1.0 名子女的国家的大约三分之一。<sup>20</sup> 家庭研究表明，出生在大家庭的孩子受教育的机会低于出生在小家庭的孩子，尤其是在父母承担大部分教育费用的国家。<sup>21</sup>

22. 妇女教育水平是生育行为的一个关键决定因素：受过高等教育的妇女更有可能采用避孕办法，其子女数目也可能比受教育年限较少的妇女少。穷困妇女生育率居高不下的问题造成一种恶性循环，其子女尤其是女孩受教育的可能性较低，生育许多子女的可能性则较高。《行动纲领》有力阐明了实现全民教育的主张，目的是确保加强教育和减少家庭规模的相辅相成影响惠及发展(第十一章)。

#### 四. 人口和与健康有关的目标

23. 人口健康是经济增长的一个重要决定因素。经验性研究<sup>22</sup>表明，改善健康会大大推动发展中国家的经济增长，这意味着健康与教育一样也是人力资本的重要组成部分。改善健康状况会带来更高的收入，反之亦然，改善健康状况还会产生有益的反馈，使改善健康和提高收入相得益彰。《行动纲领》承认这个事实，

<sup>20</sup> Ronald Lee and Andrew Mason, “人口转型期生育率、人力资本和经济增长”，国民转移账户工作文件 WP08-02, 2008 年。

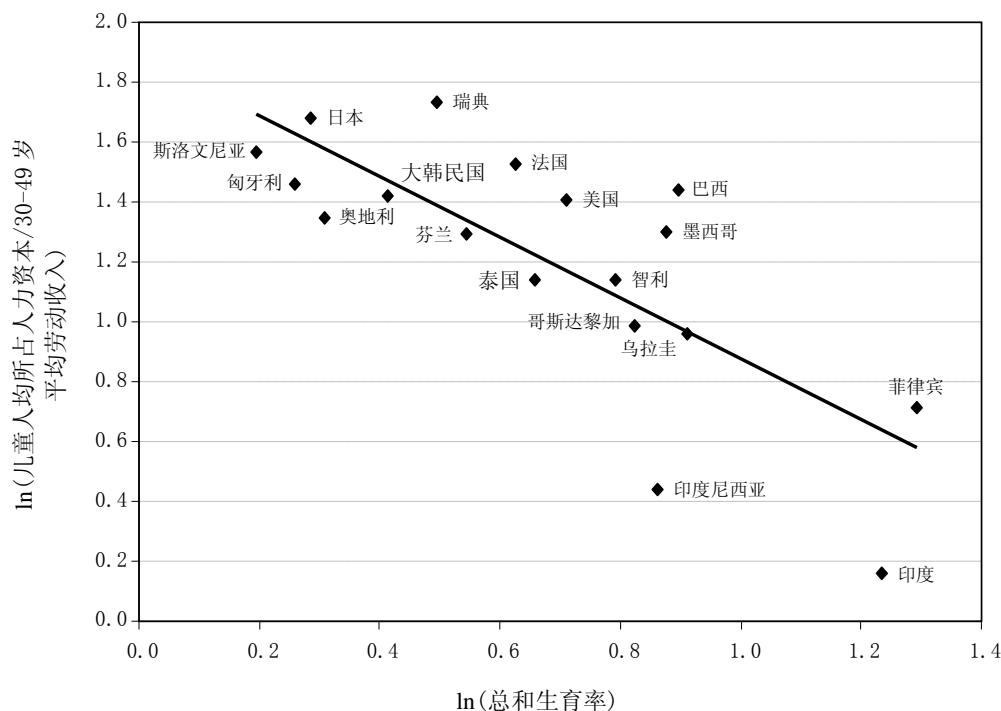
<sup>21</sup> Cynthia Lloyd, “投资下一代：高生育率对家庭的影响”，《人口与发展：老辩论与新结论》(New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 2004)，第 181-202 段；Claudia Buchmann 和 Emily Hannum, “发展中国家中的教育和阶层化：理论审查与研究”社会学年度审查报告，第 27 卷，2001 年，第 77 至 102 段。

<sup>22</sup> Guillem López-Casasnovas 和其他人，《健康和经济增长：结论和政策影响》(Boston, MA, MIT Press, 2005)；David E. Bloom and David Canning, “健康和国家财富”，《科学杂志》，第 287 卷，第 5456 号，2000 年 2 月 18 日。

为改善健康订立了宏伟的目标。《行动纲领》强调，1950 年以来寿命不断延长是一个重要成就，要求进一步提高健康寿命，减少各国之间和国家内部的预期寿命差距(第 8.3(b)段)，并确立了提高预期寿命的目标，即 2005 年底以前至少达到 75 岁，而在 1994 年死亡率高的国家，至少达到 70 岁(第 8.5 段)。

图一

### 特定国家儿童人均教育支出与总和生育率对比



来源：取自张贴在 <http://www.ntaccounts.org> 上的国民转移账户资料

### A. 降低儿童死亡率

24. 《行动纲领》要求到 2015 年将五岁以下死亡率降至每千例活胎 45 例死亡(第 8.16 段)，这个目标比千年发展目标 4(1990 年至 2015 年降低三分之二)规定的具体目标更为宏大。虽然发展中国家的死亡率一直在降低，1990 年至 2007 年期间每千例活胎死亡率从 103 降至 74，但下降率需要增加四倍以上才能在 2005 年底以前实现千年发展目标 4 中的具体目标(见表五)。撒哈拉以南非洲五岁以下死亡率有所下降，但速度十分缓慢，需要增加七倍才能实现既定的具体目标。

表 5

## 1990、2007 和 2015 年按发展组和撒哈拉以南非洲排列的五岁以下死亡率

发展组	五岁以下死亡率(每千胎死亡数)			年下降率(百分比)	
	1990	2007	2015	1990-2007 年 观察数	2008-2015 年 所需数
世界	93	68	31	1.8	9.8
发展中国家	103	74	34	1.9	9.6
最不发达国家	179	130	60	1.9	9.7
撒哈拉以南非洲	186	148	62	1.3	10.9

来源：《2007 年世界儿童状况》，(纽约，联合国儿童基金会，2008 年)。

说明：撒哈拉以南非洲不包括苏丹。

25. 为了降低儿童死亡率，《行动纲领》要求加强初级卫生系统，以提供产前和新生儿护理并提供援助，要求推广幼婴完全母乳喂养，提供微量营养素补剂和破伤风免疫接种。《行动纲领》强调必须防治主要儿童疾病，特别是传染病和寄生虫病，并预防儿童营养不良，特别是女孩营养不良。旨在进一步执行《行动纲领》的主要行动<sup>23</sup>都强调，需要扩大免疫接种，还必须使用口服补液疗法治疗腹泻。

26. 68 个国家的儿童死亡人数占全部儿童死亡人数的 97%，对这些国家健康干预办法的审查表明，在扩大干预覆盖面方面取得了重大进展，而这些干预办法都是通过定期交付疫苗、维生素A补剂和驱虫蚊帐等物品落实的。<sup>24</sup>加强卫生系统方面的进展情况欠佳，因此，有效临床服务所需干预办法，包括新生儿和年龄稍大儿童的疾病管理，仍远远不能满足需要。此外，防治营养不良仍然是一个重大挑战：在审议的 68 个国家中，62 个国家的全部五岁以下儿童中至少有五分之一儿童发育不良(即因长期营养不良身高低于同龄)。

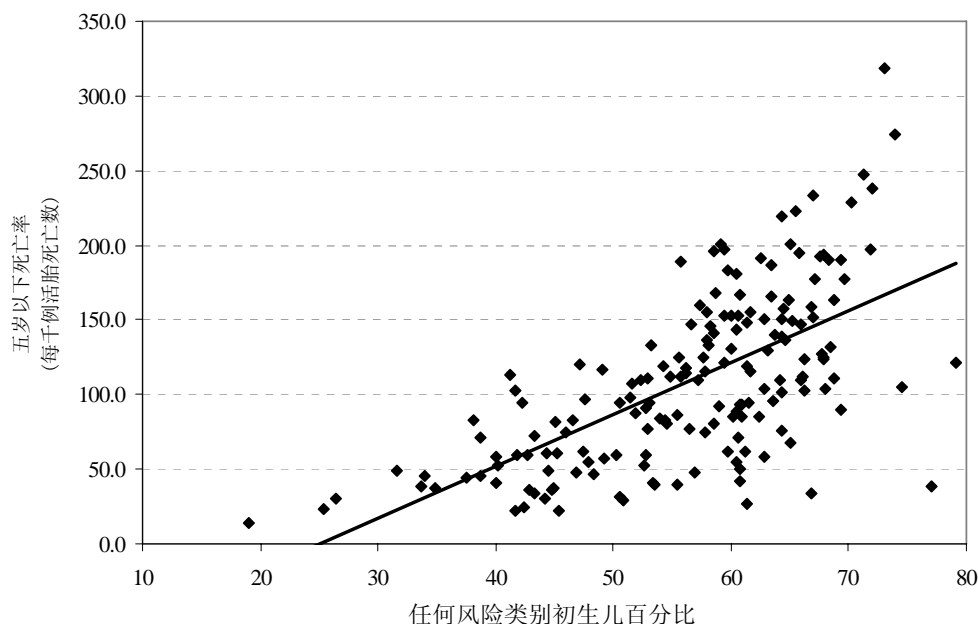
27. 无法充分利用计划生育办法也是阻碍提高儿童存活率的一个障碍。少女和大龄妇女生育和怀孕间隔太近使儿童面临更大的死亡风险。高风险儿童的定义是 18 岁以下或 34 岁以上母亲所生初生儿、距上次生育不足 24 个月的初生儿、以及排行第 4 或以上的初生儿，1985 年至 2007 年 172 项人口和健康调查数据表明，高风险儿童比例与五岁以下死亡率水平密切相关(见图二)。如果不控制其他变量，各类高风险初生儿的比例会占国家间五岁以下死亡率差异的 41%。对于育龄早期或育龄晚期生育子女的妇女或因无法利用计划生育而生育间隔太近的妇女来说，如果改善计划生育机会，童年死亡的风险就会减少。

<sup>23</sup> 见大会第 S-21/2 号决议，附件。

<sup>24</sup> 倒计时覆盖撰写小组，“2015 年孕产妇、新生儿和儿童生存倒计时：2008 年关于追踪干预覆盖情况的报告”，Lancet，第 371(2008)卷。

图二

1985 年至 2007 年五岁以下死亡率相对于各类风险类别的初生儿百分比



来源: MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 2008 年 10 月 14 日阅。

28. 两次怀孕间隔是指一次活产或其他妊娠结果到下次妊娠开始的那段时间。两次怀孕间隔超过两年会降低儿童死亡率。对 2000 年至 2005 年人口与健康调查中 100 多万初生儿存活记录的分析结果表明, 如果两次怀孕间隔 36 个月至 47 个月, 儿童死亡风险最低。<sup>25</sup> 如果妇女在一次活产后等待至少 24 个月后再受孕, 五岁以下儿童死亡率就会下降 13%, 如等待 36 个月, 就会下降 25%。因此, 世界卫生组织已发布新的准则, 建议妇女一次活产后至少等待 24 个月后再尝试受孕。<sup>26</sup>

29. 发展中国家政府对其婴儿和儿童死亡率偏高感到特别关切。初生儿人数偏高或越来越高的国家在改善儿童健康方面面临更大的挑战。满足未得到满足的计划生育需要可以大大减少确保儿童健康的费用。例如, 在加纳, 满足未得到满足的需求可使 2006 至 2015 年期间所需麻疹免疫接种数减少 140 万。<sup>27</sup> 为了加快降低

<sup>25</sup> Shea Oscar Rutstein, “前生育间隔对新生儿、婴儿和五岁以下儿童死亡率以及发展中国家营养状况的影响的进一步证据: 人口与健康调查证据”。人口与健康调查工作文件, 第 41 号 (Calverton, MD, Macro International Inc., 2008)。

<sup>26</sup> 世界卫生组织, 《世界卫生组织生育间隔技术磋商报告》(日内瓦、世界卫生组织, 2006 年)。

<sup>27</sup> Scott Moreland and Sandra Talbird, 《实现千年发展目标: 推动满足未得到满足的计划生育需求》(哥伦比亚特区华盛顿, 美国国际开发署, 2006 年)。



儿童死亡率，特别是在高生育率的低收入国家，必须扩大计划生育机会，同时重振各项努力，扩大干预范围，改善儿童健康，这对确保实现千年发展目标 4 至关重要。

## B. 防治疟疾

30. 疟疾每年造成 2.5 亿个病例和 90 万人死亡。目前正在努力在 2010 年底以前普及适当干预措施，包括分发估计 7.20 亿个长效驱虫蚊帐，<sup>28</sup> 在高感染地区间歇性喷洒控制病媒的滞留药剂且对孕妇进行周期性预防，以减少她们中间与疟疾有关的贫血流行率及随后发生的孩子出生体重偏低问题。尽管蚊帐分发范围迅速扩大，但 2006 年前后对非洲 18 个国家所做调查表明，只有 23% 的儿童和 27% 的孕妇睡在蚊帐里。<sup>29</sup>

31. 目前，高感染地区仅有 18% 的孕妇接受周期性预防。要实现普及，非洲 2 500 万孕妇每年都需要接受预防。如果国家防治疟疾方案和生殖健康方案密切配合，且防治疟疾成为一整套综合产前保健措施的一部分，孕期防治疟疾举措就能充分发挥作用。在非洲几个国家，获得产前保健的孕妇人数远远高于接受周期防治的人数，因此，可利用产前保健中心的门诊机会扩大抗疟范围和分发蚊帐。加强疟疾控制和预防工作最终需要扩大和改善保健系统，为其它干预措施提供支助。

32. 可通过更好地利用计划生育减少人口增长，减少控制疟疾的费用。若能满足尚未得到满足的计划生育需求，非洲 16 个国家 2005–2015 年期间的蚊帐供应和维持费用就可减少 4% 至 19%。<sup>27</sup>

## C. 控制艾滋病毒/艾滋病流行

33. 《行动纲领》是首批国际商定文书之一，它要求作出协调一致的努力，防止艾滋病毒/艾滋病在更大范围内流行，并向那些受这一疾病影响的人提供支助(第 8.29b 段)。尽管在制订有效治疗该疾病的办法方面取得了重大进展，但这一流行病仍是国际社会面临的重大挑战之一。因此，81% 的发达国家政府和 93% 的发展中国家政府都认为艾滋病毒/艾滋病是其主要关切事项。目前正在采取多管齐下的战略控制该流行病，重点是预防、护理和治疗。这一战略的关键内容是：保护艾滋病毒/艾滋病感染者免遭歧视和轻蔑、设立国家一级的艾滋病毒/艾滋病协调机构、制订多部门战略以及与包括艾滋病毒感染者在内的民间社会建立伙伴关系。

34. 2008 年有 3 300 万人感染艾滋病毒，但趋势估计显示，出现了令人鼓舞的进步迹象。全球成年艾滋病毒感染者百分比 2000 年趋于稳定，几个国家新感染艾滋病毒的人数也有所下降。在 17 个提供适当调查数据的非洲国家中，14 个国家 15–24 岁感染艾滋病毒的孕妇百分比自 2000–2001 年以来一直在下降，7 个国家

<sup>28</sup> 《全球疟疾行动计划》(日内瓦，减疟伙伴关系，2008 年)。

<sup>29</sup> 世界卫生组织，《2008 年世界疟疾形势报告》(日内瓦，出售品编号：WHO/HTM/GMP/2008.1)。

15-24 岁妇女感染人数的降幅达到或超出了《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》提出的减少 25% 的目标。<sup>30</sup>

35. 《为进一步执行行动纲领采取的重大行动》<sup>23</sup> 第 68 段强调了预防艾滋病毒和生殖健康之间的潜在协同增效作用，呼吁各国政府“确保对性传播疾病和艾滋病毒/艾滋病的预防和服务成为其初级保健一级的性健康和生殖健康方案的必要组成部分”。发展中国家的大多数妇女都是在设法获得产前保健或计划生育服务时首次接触保健系统的。这一接触是一个宝贵的契机，可向妇女提供预防艾滋病毒感染办法的信息和咨询。由于预防艾滋病毒母婴传播属于优先事项，因此，产前保健应纳入自愿检测和咨询服务，以查明需要治疗的妇女，还应纳入各种方式，让艾滋病毒抗体呈阳性的妇女及其家人有机会获取护理、治疗和支助服务。尽管在扩大艾滋病毒抗体阳性孕妇的治疗范围以预防艾滋病毒母婴传播方面取得了重大进展，但 2007 年仅有 33% 的抗体阳性孕妇得到必要的抗逆转录病毒治疗。对受这一流行病影响的 51 个国家所做研究表明，只有 8 个国家（贝宁、博茨瓦纳、巴西、布基纳法索、肯尼亚、卢旺达、南非和斯威士兰）被视为有望按照大会 2001 年关于艾滋病毒/艾滋病问题的特别会议提出的要求，在 2010 年底以前为 80% 的艾滋病毒抗体呈阳性的孕妇提供治疗。<sup>24</sup>

36. 由于可能意外怀孕的人口和可能感染艾滋病毒的人口高度重叠，因此，计划生育方案可有助于降低感染风险。此外，若妇女已经为艾滋病毒抗体阳性，则计划生育可使其避免意外怀孕。对计划生育预防艾滋病毒抗体阳性妇女意外怀孕效果的分析结论表明，与向艾滋病毒抗体呈阳性的孕妇提供抗逆转录病毒疗法相比，计划生育是一个成本效益较高的降低儿童艾滋病毒流行率的办法。<sup>31</sup>

37. 抗逆转录病毒疗法在迅速扩大，但 2007 年在发展中国家中需要接受治疗的 970 万人中，只有 300 万人得到了治疗。此外，要防止艾滋病毒扩散，还要做大量工作。在已开展必要调查的国家中，15-24 岁年龄组充其量只有 40% 的男子和 36% 的妇女了解艾滋病毒的传播方式和预防感染办法，这一比例远低于 95% 这一目标。此外，特别易于感染的群体仍没有充分利用预防艾滋病毒服务。

#### D. 降低孕产妇死亡率

38. 《行动纲领》要求各国在 1990 至 2000 年期间将孕产妇死亡率降低一半（第 8.21 段），2015 年再降低一半（第 8.21 段），这意味着要按照千年发展目标 5 的规定，1990 至 2015 年期间总体下降 75%。为了实现这一目标，有必要制订一个多管齐下的战略。降低妇女怀孕次数就可提高其育龄期生存概率。应采取措施降

<sup>30</sup> 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署），《2008 年全球艾滋病毒/艾滋病流行病学报告》（日内瓦，2008 年）。

<sup>31</sup> Heidi W. Reynolds 和其他人，“避孕药具对防止围产期艾滋病毒传播的价值”，《性传播疾病》，第 33 卷，第 6 号，2006 年。



低孕产期间感染并发症的风险，产科护理机会也必须得到改善，以确保分娩期间出现并发症时尽量降低死亡风险。此外，还须派遣合格人员提供保健援助，控制流产并发症，且提供流产后咨询、教育和计划生育，以防止再发生流产。最后，少龄妇女推迟结婚和预防怀孕也可降低产妇死亡风险，各项预防艾滋病毒感染的战略也可降低死亡风险。

39. 目前没有可用于评估孕产妇死亡率水平和趋势的可靠数据，特别是在孕产妇死亡率偏高的发展中国家。2005年估计有536 000名妇女死于孕产，其中99%是在发展中国家死亡的。<sup>32</sup> 主要在撒哈拉以南非洲的14个国家中，孕产妇死亡率为每100 000例活胎1 000例死亡。2005年，欠发达地区的平均孕产妇死亡率估计为每100 000胎450例死亡，较发达地区则为11例(表6)。非洲孕产妇死亡率最高，为每100 000胎820例死亡。

表 6

**按主要地区分列的 1990 和 2005 年孕产妇死亡率**

主要地区	孕产妇死亡率 (每 100 000 例活产死亡人数)		年平均下降率 (百分比)	
	1990	2005	1990-2005 年观察数	2005-2015 年要求数
世界	430	400	0.5	13.1
较发达区域	17	11	2.9	9.5
欠发达区域	480	450	0.4	13.2
最不发达国家	900	870	0.2	13.5
其它欠发达国家	380	310	1.4	11.8
非洲	830	820	0.1	13.7
亚洲	400	320	1.5	11.6
欧洲	23	13	3.8	8.2
拉丁美洲和加勒比	180	130	2.2	10.6
北美洲	8	10	-1.5	16.1
大洋洲	210	180	1.0	12.3

来源：《2005年孕产妇死亡率》(世界卫生组织，日内瓦，2007年)。

注：1990和2005年估计数用同一方法计算。下降率根据估计数计算。

40. 发展中国家在降低孕产妇死亡率方面没有取得什么进展。1990至2005年期间，欠发达区域的孕产妇死亡率每年下降0.4%，远低于实现千年发展目标5要求的每年下降13%。在非洲，孕产妇死亡率几乎保持不变。即使在拉丁美洲和加勒

<sup>32</sup> 《2005年孕产妇死亡率：世卫组织、儿童基金会、人口基金和世界银行》(日内瓦，世界卫生组织，2007年)。

比，孕产妇死亡率虽然每年下降 2.2%，但这一比率也远低于实现千年发展目标 5 所需的 10.6%。孕产妇死亡率下降缓慢的主要原因是，防止孕产妇死亡需要有妥善运作的保健制度，能够提供产前、分娩和产后护理，还能确保发生并发症时进行紧急产科治疗。虽然保健制度有所改善，但提高获得熟练助产士助产的机会是防止孕产妇死亡至关重要的第一步。<sup>33</sup>

41. 由于孕产妇一生的死亡风险取决于怀孕次数，因此只要实行计划生育，让妇女避免因时间计算错误而怀孕或意外怀孕，就可降低孕产妇死亡率。<sup>34</sup> 因此，若防止非计划怀孕和意外怀孕，就可使孕产妇死亡人数减少 25-40%。<sup>35</sup> 若满足未得到满足的计划生育需求，则每年就可避免近 5 200 万起意外怀孕，从而防止 142 000 例孕产妇死亡。<sup>36</sup> 此外，如通过避孕防止意外怀孕，采用不安全流产的妇女人数也会减少。不安全流产造成的死亡人数占每年孕产妇死亡人数的大约 13%，而几乎所有这些死亡都是可以避免的。<sup>37</sup>

42. 如果减少怀孕次数，则向生育者提供安全孕产服务的费用就会降低。在 16 个非洲国家中，若能防止非计划怀孕或意外怀孕，则 2005 年至 2015 年期间执行安全孕产方案的累积费用就可节约 4%-21%。<sup>27</sup> 此外，产妇护理方面的节约数额一般来说也会大于扩大计划生育方案的费用。

## E. 确保生殖健康

43. 在 2005 年世界首脑会议上，各国国家元首和政府首脑都承诺到 2015 年普及生殖健康服务，承认实现这一目标有助于减少孕产妇死亡率、改善孕产妇保健、减少儿童死亡率、促进两性平等、防治艾滋病毒/艾滋病，也有助于消除贫困。《行动纲领》提出的生殖健康定义是：在与生殖系统及其功能及过程有关的一切事项上身心完全健康和充分享受社会福祉，而非仅仅没有疾病或病症。因此，生殖健康意味着人既有生殖能力，也有决定是否生殖、何时生殖和每隔多少时间生殖的自由。最后一个条件含蓄地表明，男人和妇女都有知情权，也有权使用安全、有效、负担得起和可以接受的计划生育方法(第 7.2 段)。

<sup>33</sup> Jon Rohde 等人，“阿拉木图会议 30 年后：各国初级保健是否行之有效？” *The Lancet*，第 372 卷，2008 年。

<sup>34</sup> Stan Bernstein 和 Charlotte Juul Hansen，《大众选择、私人决定：性健康和生殖健康与千年发展目标》，(纽约，联合国开发计划署，2006 年)。

<sup>35</sup> Oona M. R. Campbell 和 Wendy J. Graham，“降低孕产妇死亡率的战略：着手采取有效办法”，*The Lancet*，第 368 卷，2006 年。

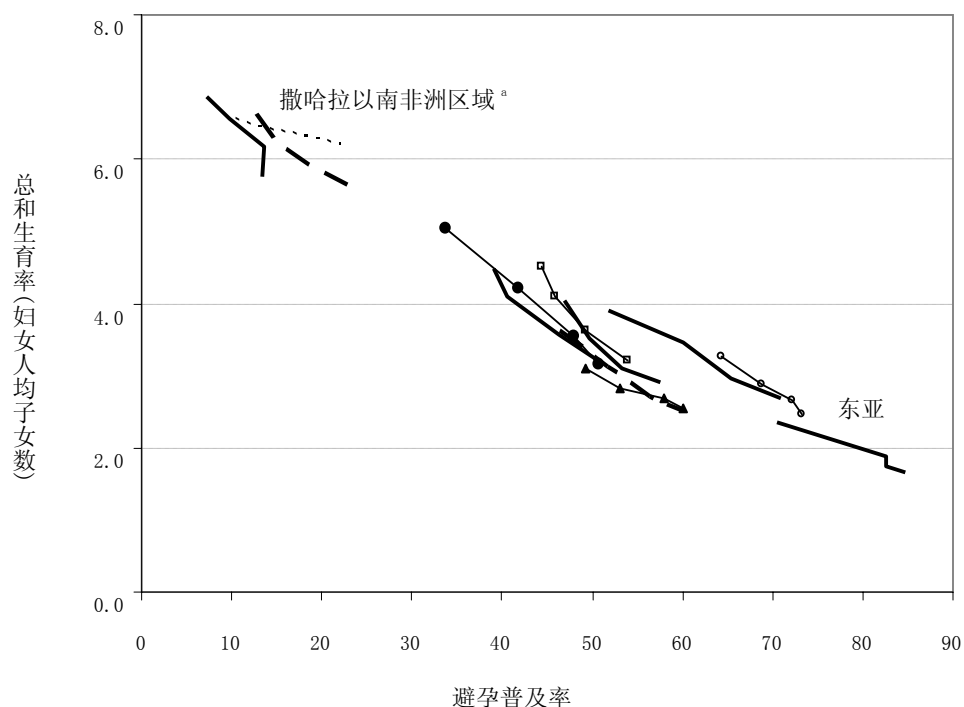
<sup>36</sup> Michael Vlassoff 等人，“评估性健康和生殖健康干预办法的成本和收益”，专题报告第 11 号，Alan Guttmacher Institute，2004 年。

<sup>37</sup> 世界卫生组织，《不安全流产：2003 年不安全流产和相关死亡率全球和区域估计数(日内瓦，世卫组织，2007 年)。

44. 在全球, 15 至 49 岁使用避孕药具的已婚或同居妇女百分比从 1993 年的 56% 提高到 2003 年的 63%, 这意味着 2003 年有 7.16 亿名妇女使用避孕药具。几乎所有主要地区的避孕普及率都很高: 北美洲为 73%, 拉丁美洲和加勒比为 71%, 亚洲和欧洲为 68%, 北非(不包括苏丹)为 60%。但有些地方的普及率非常低, 尤其是撒哈拉以南非洲(22%)和发展中大洋洲区域(27%)。特别是撒哈拉以南非洲没有达到指导《行动纲领》经费筹措建议的 1994 年预期避孕率(31%)。此外, 在提供所需资料的撒哈拉以南非洲 47 个国家中, 60% 国家的避孕普及率依然低于 25%。东非、中非和西非的避孕普及率特别低, 而生育率仍大大高于每名妇女 5 个子女(见图三)。的确, 避孕普及率与总和生育率密切相关, 大多数避孕普及率有所提高的国家都出现了生育下降情况。

图三

### 1985 至 2005 年发展中区域总和生育率相对于避孕普及率



资料来源:《2007 年世界避孕药具使用情况》(联合国出版物, 出售品编号 E.08.XIII.6)。

<sup>a</sup> 仅东非、中非和西非。

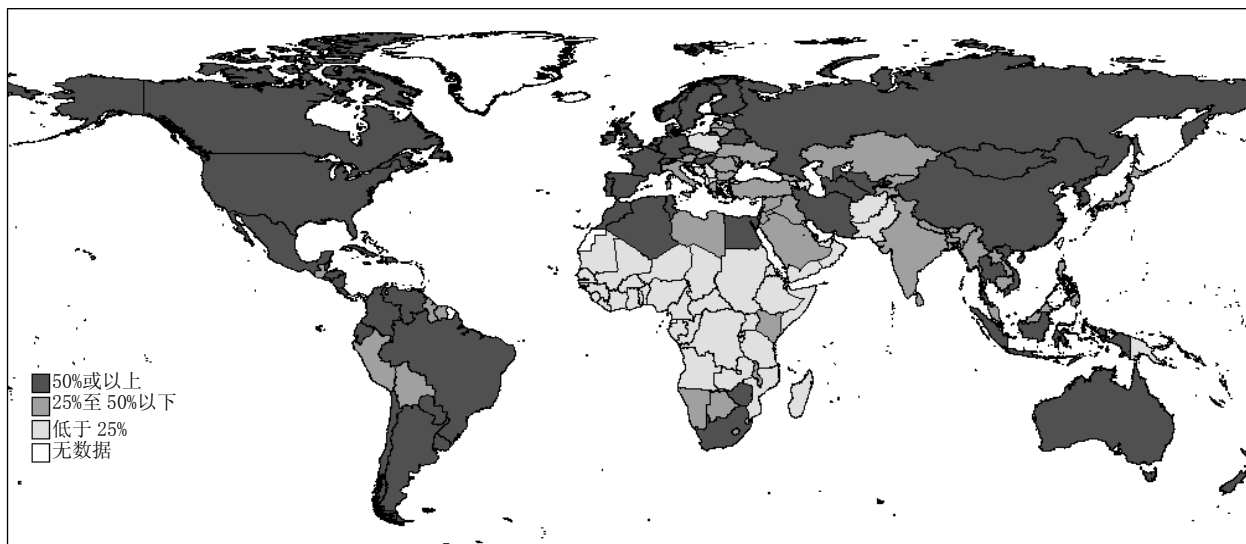
45. 在全球范围内, 现代避孕方法<sup>38</sup> 是大多数人使用的避孕方法。2003 年, 15-49 岁已婚或同居妇女中的 56% 都依赖现代避孕方法, 比 1993 年的 50% 有所提高。美

<sup>38</sup> 现代避孕方法包括绝育(女性或男性)、荷尔蒙药丸、注射剂和植片、宫内避孕器、避孕套和阴道阻隔避孕法。

洲、亚洲和欧洲大多数国家使用现代方法的比率超过了 50%(见图四)，但撒哈拉以南非洲的比率偏低，只有 15%，大洋洲发展中区域为 21%。使用传统避孕方法<sup>39</sup>一般来说在预防怀孕方面效果较差，其使用率在东欧、中非和西非较高。传统方法普及率高是因为在使用现代方法时遇到种种制约，这表明仍需要努力改善现代方法的便利性，让人们更加负担得起，以确保普及生殖健康。

图四

#### 2005 年使用现代避孕方法的 15-49 岁已婚或同居妇女百分比



来源：《2007 年世界避孕药具使用情况》(联合国出版物，出售品编号 E.08.XIII.6)。

46. 尽管迄今避孕普及率已达到很高水平，但发展中国家估计仍有 1.06 亿名已婚妇女的计划生育要求尚未得到满足，<sup>40</sup> 包括亚洲 6 600 万人、非洲 3 000 万人、拉丁美洲和加勒比 1 000 万人。仅在印度就有 2 700 万名已婚妇女的避孕需求没有得到满足。需求未得到满足的已婚妇女人数偏高的其他国家包括：巴基斯坦 800 多万人、以及孟加拉国、埃塞俄比亚、印度尼西亚和尼日利亚各 300 多万人。相对而言，撒哈拉以南非洲的大部分地区(表 7)和最不发达国家中的未满足需求最大。在提供数据的非洲国家中，近四分之一国家中的未满足需求率超过 30%，约半数国家在 20%至 30%不等。相比之下，在亚洲、欧洲和拉丁美洲及加勒比，大多数提供所需数据的国家都显示，未满足的需求率低于 20%。例外情况主要是上述主要地区的最不发达国家，包括柬埔寨、海地、老挝人民民主共和国、尼泊尔

<sup>39</sup> 传统方法包括安全期避孕法、体外射精法、哺乳期避孕法、阴道灌洗法和各种民间方法。

<sup>40</sup> 需求未得到满足的妇女是那些多产、性行为活跃但没有使用任何避孕方法而且报称不想再生孩子或希望推迟下次怀孕时间的妇女。这种衡量未满足需求的计量方法是一个可靠指标，表明对避孕药具的额外需求，因为该方法反映了生殖意愿和避孕行为之间的脱节。

和也门，其未满足需求率均高于 25%，阿塞拜疆、伯利兹、玻利维亚、保加利亚、危地马拉和巴基斯坦的未满足需求率为 20%至 30%不等。

表 7

**1995 年和 2005 年发展中区域未得到满足的计划生育需求趋势**

	未得到满足的需求(百分比)		年下降 (百分点)
	1995	2005	
北非	16.3	10.4	0.59
撒哈拉以南非洲	25.7	24.1	0.16
东南亚	12.8	11.1	0.17
南亚	19.1	14.8	0.43
西亚	16.4	12.2	0.42
拉丁美洲和加勒比	12.4	10.5	0.19

来源：《2008 年千年发展目标报告》(纽约，联合国，2008 年)。

说明：这些区域与报告千年发展目标具体目标所使用的划分相一致。

47. 1990 年代以来，未得到满足的计划生育需要普遍下降，部分原因是各国政府和国际社会作出协调一致的努力，使现代避孕方法得到更广泛采用。北非、南亚和西亚出现大幅下降(见表 7)。东南亚和拉丁美洲及加勒比的年平均下降速度则较慢，部分原因是这两个区域未得到满足的需求 1995 年达到适中水平。撒哈拉以南非洲的下降速度最慢，那里未得到满足的需求仍然很大。另外，在撒哈拉以南非洲四国——贝宁、乍得、马里和乌干达——未得到满足的需求也有所增加。

48. 虽然未得到满足的需求普遍下降，但大多数国家的总和计划生育需求却在增加，总和计划生育需求的定义是未得到满足的需求总数加上当前计划生育药具使用量。东亚和南亚的增加速度特别快，平均每年 1 个百分点。与之相比，撒哈拉以南非洲增长温和，每年 0.6 个百分点，但该区域特定国家的需求增长迅猛。莫桑比克、纳米比亚、乌干达和赞比亚的需求每年超过 1.5 个百分点。尽管如此，撒哈拉以南非洲的计划生育总需求仍然很低，不到 50%，尤其是与北非(65%)、亚洲(75%)和拉丁美洲及加勒比(80%)相比。另外，在提供所需数据的撒哈拉以南非洲 36 个国家中的 79%的国家中，未得到满足的计划生育需求的 59%以上都来自于妇女渴望推迟下次怀孕时间，而不是因为她们希望完全停止生育。与此相反，其他 44 个发展中国家中的大多数未得到满足的需求则与妇女渴望停止生育有关。撒哈拉以南非洲以外只有四个国家——阿尔巴尼亚、多米尼加共和国、危地马拉和东帝汶——其 55%或以上的未得到满足的需求均来自于妇女渴望推迟未来怀孕时间。

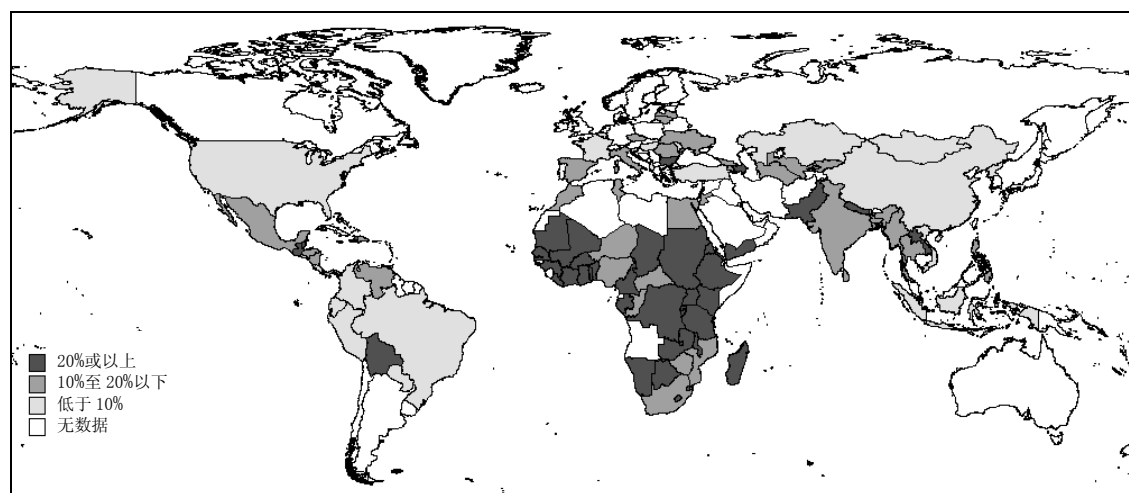
49. 在从高生育率向低生育率转型期间，最初家庭人数通常很多，未得到满足的计划生育需求并不高，随着生育率开始下降，这种未得到满足的需求不断增加，实现低生育率后则有所下降。由于生育率在大多数转型落后的国家中开始下降，高生育率国家未得到满足的需求水平有可能很高。现有数据证实了这种预期：在提供 2000 年或以后未满足需求数据、总和生育率至少为妇女人均 4.0 名子女的 28 个国家中，82% 国家的未满足需求率超过 20%。满足计划生育需求会加快这些国家向较低生育率的转型。

50. 妇女在满足未获满足的计划生育需求方面遇到种种障碍。例如，在贝宁、布基纳法索、埃塞俄比亚、马里、莫桑比克、尼泊尔、秘鲁和乌干达，有上述未获满足需求的 10% 至 19% 的妇女没有得到服务，或难以获得服务机会，这是不使用避孕药具的主要原因。对计划生育方法缺乏认识和了解也是一个不使用避孕药具的常见原因，7 个非洲国家和玻利维亚中 10% 至 15% 的需求没有得到满足的妇女就属于这种情况。还有人提到避孕药具价格昂贵，但所占比例稍低（最高的是布基纳法索 12%）。

51. 政府旨在提供计划生育服务和现代避孕方法的努力，是生殖行为的一个重要决定性因素。在发展中国家中，这种支持力度一直在稳步提高。2007 年，86% 的发展中国家为计划生育提供了直接支持，比 1996 年的 82% 有所提高。<sup>13</sup> 要提供直接支持就需要通过政府管理的各种设施，包括医院、诊所、卫生中心或通过政府实地工作者提供各种服务。在普遍关心生育率偏低的发展中国家中，为方便使用现代避孕方法而提供的直接支助水平一直在下降。2007 年有 39% 的发达国家政府提供了这种支助，比 1996 年的 58% 有所下降。

图五

**计划生殖需要未得到满足的 15-49 岁已婚或同居妇女百分比**



来源：《2007 年世界避孕药具使用情况》（联合国出版物，销售品编号 E.08.XIII.6）。



## 五. 推动两性平等和增强妇女力量

52. 《行动纲领》和《千年宣言》都要求实现两性平等和增强妇女力量，确认这两者是战胜贫穷、饥饿和疾病以及实现可持续发展的关键。《行动纲领》提出了提高妇女地位的广泛议程，强调加强各级政治进程中妇女平等参与和公平代表权的重要性；加强妇女在各种职业中赚取收入的能力，使她们在经济上自立，同时确保她们能够平等进入劳动市场和享有社会保障，确保妇女享有平等权利，能够以自己的名义购买、持有和出售财产和土地，获得信贷和谈判合同，并行使继承权(第 4.4 和 4.6 段)。

53. 《行动方案》还强调，教育是通过必要的知识和技能增强妇女力量、使之充分参与发展进程的关键手段(第 4.2 段)，并且吁请各国政府确保女孩和青年妇女尽量广泛和尽早地接受中等和高等教育以及职业教育和技术培训，以便在 2005 年底以前弥合初等和中等教育的性别差距(第 11.8 段)，这些目标符合千年发展目标 3 所提出的至迟于 2015 年在初等和中等教育中消除两性差距的具体目标。在弥合这些差距方面取得了重要进展。2000 年至 2006 年期间，所有发展中区域女孩小学入学率的提高幅度均高于男孩，三分之二发展中国家在初等教育中实现了两性平等。但是，发展中国家 55%的失学儿童仍是女孩，北非、撒哈拉以南非洲、大洋洲和西亚女孩小学入学率仍低于男孩。<sup>41</sup> 男女生中学入学率差距不断扩大：在上述四个区域，女孩中学入学率与男孩中学入学率的比率从 80 到 88 不等，仍远低于 100 的目标。

54. 推迟结婚和初产时间对于确保女孩和青年妇女尽量留校就读和获得改善自身劳动市场经济前景所需的技能至关重要。因此，在拉丁美洲和加勒比进行的一项研究表明，如能避免怀孕辍学，少女中学入学率就会显著提高。<sup>42</sup> 降低青春期生殖率是各国政府的一项主要目标：在对这个问题表达观点的 185 个国家中，91%都对本国青春期生殖率水平表示关切，其中包括几乎所有拉丁美洲和加勒比国家及非洲国家的政府。此外，80%的国家都制定了处理青春期生殖率问题的政策和方案。尽管作出这些承诺，但发展中国家 1990 年至 2000 年期间达到的青春期生殖率降幅 2000 年之后再也没有出现过，许多发展中区域的青春期生殖率仍然偏高，尤其是撒哈拉以南非洲(15-19 岁妇女每 1 000 人 119 胎)、拉丁美洲和加勒比(73)、大洋洲(63)、南亚(54)和西亚(50)。因此，即使在总和生殖率偏低的区域，青春期生殖率也没有相应下降，部分原因是早婚以及青年妇女面临的计划生育障碍。

<sup>41</sup> 《2008 年千年发展目标报告》(纽约，联合国，2008 年)。

<sup>42</sup> Parfait Eloundou-Enyegue 和 C. Shannon Stokes, “少女怀孕和教育中的两性不平等：一个有关联的假设”，《人口学研究》，第 11 卷，2004 年，第 305-334 页。

55. 《行动纲领》确认，所有妇女都应享有负担得起、可接受和方便的生殖保健，以便控制自己的育龄生活和怀孕时机，以适应自己的家庭、教育和工作计划。因此，落实妇女生殖权对增强妇女力量至关重要。例如，《行动纲领》强调，“男女都有权获得必要的信息、教育和服务，以实现良好的性健康和行使生殖权利与责任”（第 7.36(b) 段）。《行动纲领》还强调男子分担职责，促使他们积极参与负责任的生殖、性行为 and 生殖行为；产前和妇幼保健；防止意外怀孕和高危怀孕；防止性传染疾病，包括艾滋病毒；共同管理家庭收入，共同为家庭收入、子女教育、保健和营养作贡献；确认和促进男女儿童的平等价值（第 4.27 段）。因此，要全面执行《行动纲领》，就必须在生活的各个方面增强妇女力量，让男子更多地参与行使生殖权利和履行责任。

56. 这些目标的一个共同点是，对那些危及妇女健康和生命的性别暴力绝不容忍。暴力侵害妇女行为的社会和经济代价十分巨大。在性别习俗限制妇女自主并且妇女离婚、财产所有权和继承权受到法律限制的社会中，性别暴力更为普遍。暴力侵害妇女行为会增加感染艾滋病毒等性病以及出现意外怀孕和不利妊娠结果（包括流产、死胎和新生儿体重不足）的概率。受虐待妇女会丧失自信，其教育和就业机会也会被剥夺。因此，消除性别暴力不仅会消除暴力对妇女儿童健康的不利影响，也会提升她们的教育和就业机会。

## 六. 确保环境可持续性

57. 在二十世纪，世界人口增长了三倍，城市人口增长了十二倍。在人口快速增长和重新分布的同时，总产量增长了十三倍，土地种植面积增加了一倍，灌溉面积增加了四倍，用水增加了八倍，能源消耗增加了十二倍，<sup>43</sup> 这些都对环境造成了前所未有的影响，导致气候变化、土地退化和生物多样性丧失。<sup>44</sup> 尽管人口增长只是导致目前变化的因素之一，但人口增长放缓可以争取时间以适应这些变化，并减少旨在减缓这些不利影响所需的工作量，特别是在低收入国家。减缓人口增长也是一种手段，可用以确保按照《行动纲领》的要求，满足当代人的需要，又不损害今后世代满足自身需求的能力（第 3.3 和 3.4(a) 段）。

58. 使用自然资源和获得能源对于发展至关重要，但其所产生的副作用确实有害环境。政府间气候变化专门委员会断言：温室气体特别是二氧化碳排放量的增加是造成气候变化的原因。迄今为止，二氧化碳排放量多数仍来自经济合作与发展组织（经合组织）国家，但非经合组织国家的二氧化碳排放量已在 2005 年前后超过、预计还将继续超过经合组织国家，这是因为新兴经济体的经济增长速度很快，

<sup>43</sup> Peter Marcotullio, “亚洲太平洋区域的社会生态系统和城市环境变迁”。联合国人口分布、城市化、国内迁徙和发展问题专家组会议上提出的文件，纽约，2008 年 1 月 21 日至 23 日。

<sup>44</sup> 联合国环境规划署，《全球环境展望：环境促进发展四》（全球环境展望 4），2007 年。



非经合组织国家的人口增长率较高。<sup>45</sup> 但是，人口增长和温室气体排放增加之间的关系并不简单，对今后排放趋势的各种预测无法评估排除经济和技术变化之后的人口动态影响。另外，不断变化的人口年龄结构、不断扩大的城市化以及家庭人口的变化也在相互作用，对排放产生影响。<sup>46</sup>

59. 为不断增长的人口持续适当供水是一个主要关切问题。目前有 28 亿人居住在江河流域，但面临某种形式的缺水问题<sup>41</sup> 每个大陆都有供水紧张的区域。此外，有 16 亿人居住在因缺乏人力、机制或金融资本而供水有限的地区，特别是在南亚和撒哈拉以南非洲的很多地区。尽管自 1990 年以来，有 16 亿人能够用上安全饮用水，但是在撒哈拉以南非洲，只有 58% 的人口能够用上安全饮用水，迄今为止，进展速度十分缓慢，表明该区域无法实现到 2015 年将无法持续获得安全饮用水的人口比例减半的目标(千年发展目标 7)。东亚自 1990 年以来扩大了供水范围，又为 4 亿人口改善了饮水供应，亚洲所有区域都在按计划实现目标 7 规定的具体目标。尽管如此，1955-1990 年期间亚洲人均可用淡水量仍减少 40% 至 60%，到 2025 年，大多数亚洲国家可能面临供水严重短缺的问题。<sup>47</sup> 人口增长造成了农业等各个经济部门用水需求的增加，因此减缓人口增长会更加方便节约用水、更便于为供水进行必要的投资并为适应今后环境争取时间。

60. 2008 年，城市居民人数超过了农村居民，今后人口增长将主要集中在发展中国家的城市地区。因为在多数发展中国家，城市居民比农民居民享有更好的服务机会，因此从农村向城市迁徙是获得这些服务的一种手段。但是，在一些国家，城市居住区的快速增长使政府的能力备受压力，难以向所有城市居民提供充足服务，贫民窟居住者人数又居高不下，达 8.40 亿人，占发展中国家城市人口的 37%。<sup>48</sup> 每十名贫民窟居住者中就有九人缺乏适当卫生条件，或者居住在拥挤的环境中。改善卫生条件是一个能够改善千百万人口生活和健康的低成本干预措施。自 1990 年以来，发展中国家又有 11 亿人用上更好的卫生设施，但是仍需要在 2015 年底将服务扩大到 16 亿人，以实现将没有用上卫生设施的人口比例减半的目标(千年发展目标 7)。<sup>41</sup> 在城市地区，卫生条件的改善未能赶上城市人口的增长，特别是在撒哈拉以南非洲。全世界 70% 无法获得较好环境卫生的人口仍居住在农村地区。因此，如《行动纲领》所建议的那样：“虽然大规模改善城市基础结构和环境战略对许多发展中国家向城市居民提供健康的环境至为重要，但在农村地区也应进行类似的活动”（第 9.4 段）。

<sup>45</sup> 世界银行，“发展和气候变化：世界银行集团的战略框架》，磋商草案，2008 年。

<sup>46</sup> Brian C. O'Neill，“人口学在各种排放情况下的作用”，政府间气候变化专门委员会排放预测专家会议的报告，2005 年 1 月 12-14 日，华盛顿特区。

<sup>47</sup> 政府间气候变化专门委员会，“技术工作文件六”2008 年。

<sup>48</sup> E/CN.9/2008/3，第 54 段。

## 七. 全球发展伙伴关系

61. 《行动纲领》指出今后须向国内各方和捐助者调集额外财政资源，以便实施针对其核心建议的人口相关方案。特别是需要为人口方案的四个部分供资，重点是：(a) 计划生育服务；(b) 旨在改善产妇保健的基本生殖保健服务；(c) 预防包括艾滋病毒/艾滋病在内的性传播疾病；(d) 关于人口和发展的基本研究和数据，包括能力建设(第 13.14 段)。对发展中国家和经济转型国家执行这四个部分的费用做了估计(第 13.15 段)，预计三分之二费用由国内承担，三分之一由外部供资。

62. 最近，各区域用于人口活动方面的国内支出一直在增加，2006 年达 230 亿美元。防治性病和艾滋病毒/艾滋病的支出约占国内支出总额的 30%，<sup>49</sup> 但在撒哈拉以南非洲，88% 的国内支出都用于艾滋病毒/艾滋病方案。2001 年后，经过 1995 年后的一段无增长期，对人口活动的捐助方援助有了显著增长。然而，捐助资金的增加主要是由于增加了对治疗艾滋病毒的拨款，而对计划生育的捐助方支助则有所下降。1996 至 2005 年期间，撒哈拉以南非洲用于计划生育的人均捐助方援助下降了 80%，拉丁美洲和加勒比下降了 70%，北非和西亚下降了近 65%，亚洲和太平洋下降了 47%(见图六)。

63. 计划生育可让妇女决定子女数目和生育间隔，因此对计划生育的投资会降低生育率，在经济上也十分合算。例如，提供一套非常基本的保健服务的年人均费用为 45 美元，远高于大多数低收入国家现有的保健支出。<sup>50</sup> 若要使生育率在 2015 年底以前降至联合国设想的低端变量预测值，则到 2015 年，最不发达国家的人口就要比中端变量低 2 100 万人，<sup>51</sup> 这意味着 2015 年底以前每年可节约近 10 亿美元。

64. 尽管最近各方又承诺为计划生育供资，但供资跟不上不断增加的需求，特别是在低收入国家，从而不仅危及生殖保健的普及，还危及卫生、两性平等和教育方面所有其它目标的实现，而这些目标都有赖于实现上述具体目标。

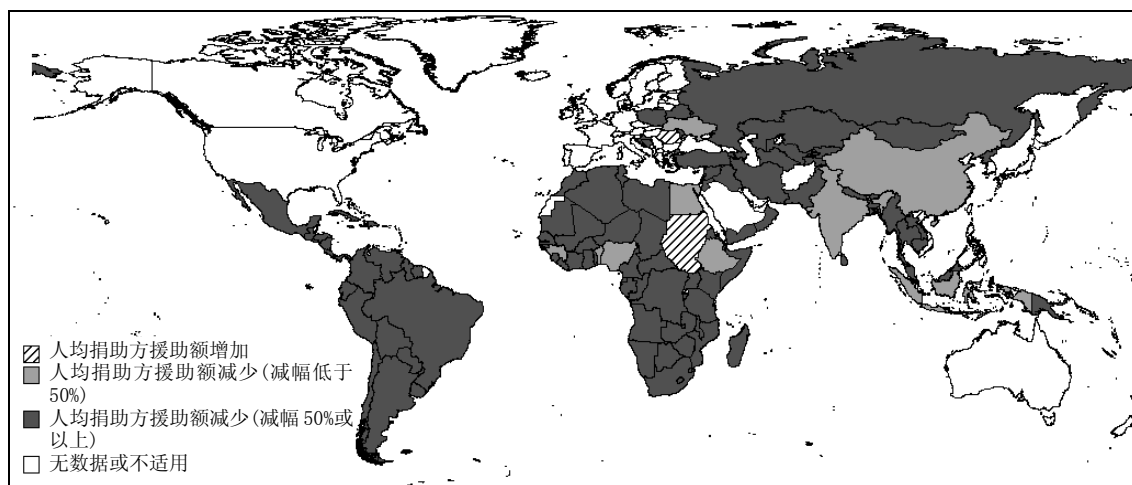
<sup>49</sup> 见 E/CN.9/2008/5，第 22 段。

<sup>50</sup> 保健政策和卫生系统倒计时工作组，“评价卫生系统和环境政策，以此作为追踪孕产妇、新生儿和儿童健康干预覆盖情况的重要补充”，The Lancet，第 371 卷，2008 年。

<sup>51</sup> 中端变量和低端变量只在预计生育率方面有所不同。2015 年，最不发达国家预计生育率的高端变量为 3.69，中端变量为 4.15，差数为每名妇女 0.46 个孩子。

图六

1996 年至 2006 年 15-49 岁妇女人均计划生育方案捐助方援助百分比变动情况



## 八. 结论和建议

65. 全面执行《国际人口与发展会议行动纲领》可大大推动实现国际商定的发展目标。《纲领》通过十五年后，执行中的差距在最不发达国家和撒哈拉以南非洲的大多数国家尤为普遍，阻碍了实现千年发展目标等重要发展目标的进展。自1970年代以来，政府政策在捐助方支助的支持下，成功避免了全球“人口爆炸”，但许多低收入国家的人口增长仍居高不下。生育率高居不下造成的高人口增长使得对现有资源的需求越来越大，降低了各国政府应对新挑战的能力。

66. 降低生育率可减少人口中的受赡养比例，使人口变动可在一段时期内促进经济增长，但条件是要借助各项措施：建设人力资本，创造就业，增加储蓄和改善收入分配。降低生育率还可促进在国家和家庭两级减少贫穷和饥饿。孩子较少的家庭可更多地投资于每个孩子的保健、营养和教育。代际转移账户表明，生育率较低的国家在孩子保健和教育方面的支出远远大于生育率较高的国家。减缓子女人数的增长可使普及初等教育更为容易。

67. 高生育率与各国内部的持续贫穷有关，因为低收入群体的自然增长往往高于高收入群体。因此，降低贫穷家庭的生育率可直接和间接促进减贫。穷人生育率居高不下会助长贫穷代际复制效应。

68. 旨在减缓粮价震荡影响的各项政策，应优先立即着手保护妇女和儿童等最脆弱群体。较长期的应对措施则应纳入人口政策，将之作为统筹协调对策的一部分，通过帮助家庭避免贫穷代际复制效应，促进人人均享可持续生计。

69. 尽管在向有需要者提供现代避孕办法方面取得了进展，但估计发展中国家仍有 1.06 亿已婚妇女的计划生育需求未得到满足。满足这一需求有助于降低孕产妇死亡率，改善产妇保健，降低儿童死亡率，促进两性平等，防治艾滋病毒/艾滋病和减贫。但是，计划生育供资跟不上日益增长的需求。1996 年至 2005 年期间，大多数区域的计划生育人均捐助额都有所下降。撒哈拉以南非洲的艾滋病毒/艾滋病流行率颇高，造成生殖健康方面的国内支出大都用于治疗艾滋病。要在 2015 年底以前确保人人均享生殖保健，就必须大幅增加对计划生育的国内和国外供资。
70. 少女和大龄妇女的生育和怀孕间隔过密会提高孩子的死亡风险。为了加速降低儿童死亡率，特别是在生育率偏高的低收入国家，必须扩大计划生育机会，结合振兴各项努力，扩大旨在改善儿童健康的干预措施，这对确保实现千年发展目标 4 至关重要。
71. 降低孕产妇死亡率取决于能否确保妇女在怀孕期间接受产前保健，分娩时有受过训练的助产士助产，且在发生并发症时获得紧急产科护理。计划生育可使妇女避免因时间计算错误而怀孕和意外怀孕，降低孕产妇一生中的死亡风险。此外，减少怀孕次数也可降低向产妇提供安全孕产服务的总体费用。
72. 产前保健和计划生育服务应包括：提供关于艾滋病毒/艾滋病的信息和咨询，提供自愿检测以查明需要治疗的妇女以及防止艾滋病毒母婴传播。计划生育可使艾滋病毒抗体呈阳性的妇女避免意外怀孕，从而降低儿童艾滋病毒流行率。
73. 在疟疾流行的国家，产前护理应包括：对孕妇进行周期性抗疟治疗和分发驱蚊帐。从中期看，改善计划生育可减少风险群体人数，从而降低疟疾防治费用。
74. 实现两性平等、公平和增强妇女力量对战胜贫穷、饥饿和疾病及实现可持续发展都有重要意义。教育是一个重要手段，可增强妇女力量，使之拥有充分参与发展进程所需的知识、技能和自信。推迟结婚和初产时间有助于确保女孩和青年妇女留校就学并获得必要技能，提高其劳动力市场的就业前景。若能避免怀孕辍学，少女在中等学校的入学人数还会增加。
75. 虽然人口增长和温室气体排放增加之间的关系并非直截了当，目前尚无法评估排除其它经济和技术变化之后的人口动态影响，但人口增长减缓可争取时间以适应这些变化，并减少旨在减缓这些不利影响所需的工作量，特别是在低收入国家。
76. 为不断增长的世界人口持续适当供水是一个挑战。由于人口增长造成包括农业在内的所有经济部门的用水需求增加，因此调节增长会更方便节水，更便于进行必要的投资以向更多的人供水，也更便于扩大卫生覆盖面，实现千年发展目标 7 规定的各项具体目标。

77. 如今，亚洲的人口刚超过 40 亿，但没有超过 60 亿大关，假如亚洲生育率保持在 1970 年的水平，亚洲人口可能早就超过 60 亿大关了，所幸亚洲 68% 的 15-49 岁已婚或同居妇女都采用了某种避孕办法。与之形成鲜明对比的是，撒哈拉以南非洲的避孕普及率偏低，只有 22%，没能达到 1994 年预测的 31% 这一适度水平，该避孕普及率曾作为估算依据，用于计算实现《行动纲领》规定的目标和指标所需的供资数额。执行中的此类差异有碍于实现千年发展目标。距离实现千年发展目标尚有不到六年的时间，现在应着重缩小这些执行中的差异。