

经济及社会事务部
人口司

审查和评价实现《国际 人口与发展会议行动 纲领》各项目标和目的 的进展情况



2004 年报告



联合国 • 2004 年，纽约

经济和社会事务部

审查和评价实现《国际人口与发展会议行动纲领》各项目标和目的的进展情况

2004 年报告



联合国

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

说 明

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

本出版物案文中所用“国家”一词，斟酌情况也指领土或地区。

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

ST/ESA/SER. A/235

联合国出版物

出售品编号：.....

国际标准图书编号：.....

版权所有©联合国 2004 年

保留所有权利

排印于联合国，纽约

前言

《国际人口与发展会议行动纲领》建议,大会应该安排定期审查《行动纲领》的执行情况。大会1994年12月19日第49/128号决议指派人口与发展委员会负责监测、审查和评价《行动纲领》的执行情况。秘书长关于实现《行动纲领》各项目标和目的的进展情况的第一次审查和评价的报告于1999年提交委员会(E/CN.9/1999/PC/2),并随后加以订正和出版(1999年联合国)。依照经济及社会理事会2003年7月21日第2003/229号决定,第二次五年期审查和评价报告于2004年提交委员会第三十七届会议(E/CN.9/2004/3)。根据委员会提出的意见,对第二次审查和评价报告作了增补订正。本报告就是订正后的报告。

本报告分为导言部分和正文七个部分。第一和第二部分介绍了人口规模和趋势、人口增长、结构和分布的总体情况。随后四个部分着重探讨以下几个方面的问题:生殖权利和生殖健康、保健与死亡率、国际移徙和人口方案。最后一部分。总结了本报告的主要结论性意见。获得财政和人力资源、机构能力及各国政府、国际社会、非政府组织和民间社会之间的伙伴关系这三个因素相互关联,影响《行动纲领》中各项建议的贯彻。这三个因素明确或含蓄地贯穿于本报告各个部分的论述之中。要充分贯彻《行动纲领》需要在这三条战线上协同作战。

本报告的首要结论是,通过《行动纲领》十年以来取得了很大的进展。世界人口开始停止高速增长,家庭规模和年龄间隔更加接近夫妻满意的水平,大多数国家的死亡率在下降,而且有证据表明,许多国家正在采取必要措施防治艾滋病毒/艾滋病和其他致死性危机,各国政府开始行动以解决与国际移徙有关的问题。

虽然在过去10年中在贯彻《行动纲领》方面取得了很大的进展,但也有未达到目标的情况。所取得的进展不具有普遍性,照目前的趋势发展下去,许多国家可能会达不到《行动纲领》的商定目标。为实现《行动纲领》的目标和目的,需要继续努力和承诺,动员足够的人力和财力资源,加强机构能力,培育各国政府、国际社会、非政府组织和民间社会之间的伙伴关系。

本报告由联合国经济及社会事务部人口司编制。联合国人口基金（人口基金）编写了第六章，人口司对此深表感谢。

如欲索取进一步资料，请同约瑟夫·夏米先生联系（美国，纽约，联合国，人口司，司长办公室）。

目录

	页次
前言	iii
解释性说明	vii
导言	1
章次	
一. 人口规模和趋势	2
二. 人口增长、结构和分布情况	7
三. 生殖权利和生殖健康	16
四. 保健与死亡率	21
五. 国际移徙	28
六. 人口方案	34
七. 结论意见	39
表	
1. 1994、2004 和 2015 年按主要地区分列的人口及 1994-2004 年和 2004-2015 年年平均变化率	2
2. 1994、2004 和 2015 年按主要地区分列的世界人口分布情况	4
3. 1990-1995 年、2000-2005 年和 2010-2015 年按主要地区分列 的总生育率	5
4. 2000 年按主要地区分列的移民人数	6
5. 1991 年、1996 年和 2001 年较发达区域、较不发达区域和 最不发达区域政府有关人口增长率的政策	8
6. 1994、2004 和 2015 年按主要地区分列的居住在城市地区的 人口比例	13
7. 2001 年按较发达区域、较不发达区域、最不发达国家和各 主要地区分列的各国政府对人口空间分布的看法	14
8. 各年度按主要地区分列的采取避孕措施的夫妇比例	18
9. 1990-1995 年、2000-2005 年和 2010-2015 年按主要地区分列 的出生时预期寿命	22

10. 1990-1995 年、2000-2005 年和 2010-2015 年按主要地区分列的婴儿和儿童死亡率	25
11. 参加国际移徙问题区域性协商进程的政府数目	30

图

一. 受抚养人数总比率：世界和发展地区（1950-2050）	9
二. 老年受抚养人比率：各主要地区，2000 和 2050	10
三. 2000-2005 年出生时预期寿命和国际人口与发展会议的预期寿命目标	23

解释性说明

联合国文件都用英文大写字母附加数字编号。

本报告所载表格使用的符号如下：

- 两点 (..) 是指无数据可查或没有分别报列。
- 三点 (...) 是指无数据可查或没有分别报列。
- 两个短破折号 (--) 是指数额微不足道。
- 0 和 (或) 0.0 是指数值不是零, 但小于所用单位的一半。
- 连字号 (-) 是指该项目并不适用。
- 在数字之前加上减号 (-) 是指减少。
- 圆点 (.) 用来指小数点。
- 在两个年份之间用连字号 (-), 例如 1995-2000, 是指整段期间都牵涉在内, 即从起始年的 7 月 1 日至结束年的 7 月 1 日。
- 除非另有说明, 美元号 (\$) 是指美元。

由于四舍五入, 各表内的详细数字和百分比相加不一定等于总数。

国家和地区根据地理位置分为六大区: 非洲; 亚洲; 欧洲; 拉丁美洲和加勒比; 北美洲; 和大洋洲。这六大区又根据地理位置分为 21 个区域。此外; 为统计上的方便, 国家和地区还划分为三个总体集团: 较发达区域、次发达区域和最不发达国家。较发达区域由欧洲、北美洲、澳大利亚/新西兰和日本组成。次发达区域由非洲所有区域、亚洲(日本除外)、拉丁美洲和加勒比、美拉尼西亚、密克罗尼西亚和波利尼西亚组成。根据 2001 年联合国大会认定的最不发达国家包括 49 个国家, 其中 34 个在非洲、9 个在亚洲、1 个在拉丁美洲和加勒比和 5 个在大洋洲。这些国家也包括在最不发达区域内。

引言

《国际人口与发展会议行动纲领》（联合国，1995年，第一章，决议1，附件）建议，大会应该安排定期审查《行动纲领》的执行情况。大会1994年12月19日第49/128号决议指派人口与发展委员会负责监测、审查和评价《行动纲领》的执行情况，并要求经济及社会理事会审查联合国系统内有关人口和发展问题的报告程序，包括每五年对实现《行动纲领》各项目标和目的的进展情况做一次审查和评价。经社理事会1995年7月28日第1995/55号决议同意秘书长关于每五年为人口与发展委员会做一次此类审查和评价的拟议报告。秘书长关于第一次审查和评价的报告于1999年提交委员会（E/CN.9/1999/PC/2）。

经济及社会理事会2003年7月21日第2003/229号决定核准编写第二次五年期审查和评价报告，提交委员会2004年第三十七届会议。根据该项决定，本报告介绍对实现《行动纲领》各项目标和目的的进展情况所作第二次五年期审查和评价的结果。

本报告分为引言部分和正文七个部分。第一和第二部分介绍了人口规模和趋势、人口增长、结构和分布的总体情况。随后四个部分着重探讨以下几个方面的问题：生殖权利和生殖健康、保健与死亡率、国际移徙和人口方案。最后一部分总结了本报告的主要结论性意见。获得财政和人力资源、机构能力及各国政府、国际社会、非政府组织和民间社会之间的伙伴关系这三个因素相互关联，影响《行动纲领》中各项建议的贯彻。这三个因素明确或含蓄地贯穿于本报告各个部分的论述之中。要充分贯彻《行动纲领》需要在这三条战线上协同作战。

一. 人口规模和趋势

《行动纲领》确定，人口增长是发展过程中的一个要素，并强调，为提高当代人和将来各代人的生活质量，重要的是促进向低生育率和死亡率过渡，进而减缓人口增长速度。截至 2004 年，世界上几乎所有国家的生育率——人口增长的主要源泉——都有所下降。然而，虽然世界人口增长率有所下降，但数量仍在增长。此外，就人口增长构成部分而言，各区域和国家人口的多样化程度上升并将继续影响区域性人口分布。

2004 年，世界人口为 64 亿（表 1）。1994 至 2004 年，世界人口增加了 7.84 亿，即年平均增长率 1.3%。较不发达区域人口增长速度高于较发达区域（年增长率分别为 1.6% 和 0.3%）。最不发达国家的增长率仍然高达每年 2.4%。到 2015 年，世界人口预计将达到 72 亿，相当于 2004 至 2015 年期间年增长率 1.1%。在此期间，占世界人口 41% 的 104 个国家预计年增长率将低于 1%。但是，虽然预计生育率将继续下降，但是在 2004 至 2015 年期间，占世界人口 14% 的 52 个国家年增长率预计仍达 2% 以上。在这些国家中，31 个国家是最不发达国家。

表 1

1994、2004 和 2015 年按主要地区分列的人口及 1994-2004 年和 2004-2015 年年平均变化率

主要区域	按主要地区分列的人口(百万)			年平均变化率(百分比)	
	1994	2004	2015	1994-2004	2004-2015
世界	5 594	6 378	7 197	1.31	1.10
较发达区域	1 170	1 206	1 230	0.31	0.18
较不发达区域	4 424	5 172	5 967	1.56	1.30
最不发达国家	576	736	942	2.44	2.25
非洲	690	869	1 085	2.31	2.01
亚洲	3 379	3 871	4 371	1.36	1.10
欧洲	727	726	713	-0.02	-0.15
拉丁美洲和加勒比	473	551	628	1.52	1.20

主要区域	按主要地区分列的人口(百万)			年平均变化率(百分比)	
	1994	2004	2015	1994-2004	2004-2015
北美洲	296	329	364	1.05	0.92
大洋洲	28	33	37	1.36	1.04

资料来源：《世界人口前景：2002年订正本，第1卷，汇总表》（联合国出版物，出售品编号C.03.XIII.6）。

世界人口增长主要出现在较不发达区域。事实上，在1994至2004年期间，世界人口增加了7.84亿，其中发展中国家人口增加了7.47亿。六个发展中国家的人口增长约占全世界的一半左右：印度（21%）；中国（13%）及巴基斯坦、尼日利亚、孟加拉国和印度尼西亚（各约占4%）。

因为较发达区域和较不发达区域的增长率存在差异，世界人口分布正在向较不发达区域转移。2004年，世界上约有五分之四的人口生活在较不发达区域。人口最多的五个国家是中国（13亿），印度（10亿），美利坚合众国（2.97亿），印度尼西亚（2.23亿）和巴西（1.81亿）。这些国家中有四个位于较不发达区域。然而，发展中世界人口增长率也存在很大差异。非洲是增长最快的主要地区，年增长率为2.3%，其次是拉丁美洲和加勒比（每年1.5%）和亚洲（1.4%）。在发达世界，北美洲增长依然强劲，达到每年1.0%，欧洲人口则出现下降，1994至2004年期间每年下降0.02%。

自1994年以来，非洲、亚洲，拉丁美洲和加勒比（幅度较低）在世界人口中所占比例都有所增加（表2）。非洲人口所占比例从1994年的12%上升到2004年的14%，亚洲从60%上升到61%，拉丁美洲和加勒比从8%上升到9%。北美洲和大洋洲仍然分别保持在5%和1%。相比之下，欧洲所占比例从13%下降到11%。到2015年，欧洲的比例将进一步下降到约10%，而非洲和拉丁美洲和加勒比的比比例将继续上升。2004至2015年期间，欧洲的22个国家，亚洲的4个国家，非洲的4个国家和拉丁美洲和加勒比的3个国家的人口规模预计将有所下降。非洲四个国家人口下降的原因是艾滋病/艾滋病流行的影响，而在其他国家的原因是生育率降低。

表 2

1994、2004 和 2015 年按主要地区分列的世界人口分布情况

主要区域	按主要地区分列的人口(百万)			百分比分布		
	1994	2004	2015	1994	2004	2015
世界	5 594	6 378	7 197	100.0	100.0	100.0
较发达区域	1 170	1 206	1 230	20.9	18.9	17.1
较不发达区域	4 424	5 172	5 967	79.1	81.1	82.9
最不发达国家	576	736	942	10.3	11.5	13.1
非洲	690	869	1 085	12.3	13.6	15.1
亚洲	3 379	3 871	4 371	60.4	60.7	60.7
欧洲	727	726	713	13.0	11.4	9.9
拉丁美洲和加勒比	473	551	628	8.5	8.6	8.7
北美洲	296	329	364	5.3	5.2	5.1
大洋洲	28	33	37	0.5	0.5	0.5

资料来源：《世界人口前景：2002 年订正本，第 1 卷，汇总表》（联合国出版物，出售品编号 C.03.XIII.6）。

世界人口有将近半数居住在城市地区。在较发达区域，四分之一的人口是城市居民，在较不发达地区，五分之二的人口生活在城市地区。主要区域之间的城市化水平存在着很大的差异。在北美洲、拉丁美洲和加勒比、大洋洲和欧洲，约四分之三的人口生活在城市地区。相比之下，在亚洲和非洲，只有五分之二的人口是城市居民。虽然城市人口占世界人口的比例上升，但是世界人口的四分之一生活在人口不到 50 万的小城市。

世界总生育率从 1990 至 1995 年的每名妇女生育超过 3 个孩子下降到今天的 2.7 个（表 3）。1990 年代初以来，每名妇女总平均生育率超过 5 个孩子的国家从 1990 至 1995 年的 55 个下降到 2000 至 2005 年的 34 个。在这 55 个国家中，41 个位于非洲，11 个位于亚洲，2 个位于大洋洲，1 个位于拉丁美洲和加勒比。在 2000 至 2005 年生育率居高不下的 34 个国家中，28 个位于非洲，6 个位于亚洲。在分布的另一端，生育率低于更替水平的国家从 1990 至 1995 年的 51 个上升到 2000 至 2005 年的 62 个。1993 年，生育

率低于更替水平的国家只有 10 个位于较不发达世界,但是截至 2003 年,生育率低于更替水平的发展中国家翻了一番,达到 20 个。

表 3

1990-1995 年、2000-2005 年和 2010-2015 年按主要地区列的总生育率

主要区域	总生育率(每名妇女生育儿童数)		
	1990-1995	2000-2005	2010-2015
世界	3.03	2.69	2.50
较发达区域	1.69	1.56	1.60
较不发达区域	3.40	2.92	2.65
最不发达国家	5.77	5.13	4.40
非洲	5.63	4.91	4.19
亚洲	2.98	2.55	2.30
欧洲	1.58	1.38	1.40
拉丁美洲和加勒比	3.01	2.53	2.23
北美洲	2.02	2.05	2.03
大洋洲	2.55	2.34	2.16

资料来源:《世界人口前景:2002 年订正本,第 1 卷,汇总表》(联合国出版物,出售品编号 C.03.XIII.6)。

2000 至 2005 年,世界出生时预期寿命预计将从 1990 至 1995 年的 64 岁上升到 66 岁。2003 年,100 多个国家预期寿命已经超过 70 岁,占世界人口的 47%。虽然在世界范围内继续取得很大的进展,但是 20 世纪最后十年遭遇巨大挫折,特别是在受到艾滋病毒/艾滋病流行影响的国家和受到冲突影响的国家更是如此。36 个国家的预期寿命仍然低于 50 岁,其中 33 个国家位于撒南非洲,其中大多数国家受到艾滋病毒/艾滋病和/或冲突的影响。在受到艾滋病毒/艾滋病影响最为严重的 53 个国家中,即使假设控制艾滋病进一步蔓延的措施取得一定程度的成功,预计 2000 至 2005 年艾滋病仍将造成近 2 000 万人枉死,枉死人数可能在 2010 至 2015 年上升到 3 200 万。

2000 至 2005 年全球婴儿死亡率预计为每千名活产死亡 56 人,较发达区域每千名活产死亡 8 人,较不发达区域每千名活产

死亡 61 人。到 2000 至 2005 年，预计将有 130 多个国家按照《行动纲领》（第 8.16 段）的呼吁，将婴儿死亡率降到 50 人以下。然而占世界人口的 35% 的 62 个国家（其中 41 个国家是最不发达国家）将不能达到这一目标。

1990 年代国际流动人口数量继续增长。国际移民人数从 1990 年的 1.54 亿（表 4）上升到 2000 年年中的约 1.75 亿，相当于世界人口的 3%。所有国际移民中 48% 为女性。2000 年，1.04 亿国际移民生活在较发达区域，7 100 万生活在较不发达区域，也就是说，五分之三的国际移民生活在他们占总人口约 9% 的发达国家。2000 年，所有国际移民中有 84% 生活在亚洲、欧洲和北美洲。因为位于较发达区域的国家生育率普遍很低，国际移民成为这些国家人口增长的一个主要因素。在 1990 至 2000 年期间，在较发达区域国际移民净流入对人口增长的贡献略大于自然增长，预计在 2000 至 2010 年期间，在较发达区域国际移民净流入的贡献将是自然增长的三倍。

表 4

2000 年按主要地区分列的移民人数

主要区域	总人口(百万)	移民人数	
		数目(百万)	占人口百分比
	2000	2000	
世界	6 057	175	2.9
较发达区域	1 191	104	8.7
较不发达区域	4 865	71	1.5
最不发达国家	668	11	1.6
非洲	794	16	2.1
亚洲	3 672	50	1.4
欧洲	727	56	7.7
拉丁美洲和加勒比	519	6	1.1
北美洲	314	41	13.0
大洋洲	31	6	19.1

资料来源：《国际移徙，2002 年挂图》（联合国出版物，出售品编号 C.03.XIII.3）。

《行动纲领》旨在将人口问题充分纳入发展、环境和减贫战略，在各个层面上提供适当的资源分配。国际人口与发展会议《行动纲领》和其他全球会议列出了范围广泛的环境、社会、卫生和经济目标，在此方面取得的进展参差不齐。总体而言，尽管在某些国家出现了某些挫折，虽然在减少贫困人口的绝对数量方面没有进展，但是在减少贫困率方面取得了进展。虽然全球的粮食供应持续增长，但是由于许多最贫穷国家的粮食安全水平下降（联合国粮食及农业组织，2003年），自1995年以来营养不足人数有所上升。2002年在南非约翰内斯堡举行的可持续发展问题世界首脑会议提供了一次机会，借此可以为更好地执行《21世纪议程》（联合国，1993年，决议1，附件二）采取具体步骤，确定量化目标。此外，2000年189个国家的领导人一起参加了联合国千年首脑会议，一致确定了千年发展目标，其目的是到2015年将全球贫困和饥饿人口减少一半，降低产妇和儿童死亡率，控制艾滋病毒的蔓延，促进两性平等，推动环境上可持续的发展。这些目标补充并加强《行动纲领》的目标。

二. 人口增长、结构和分布

《行动纲领》反映了世界人口早日稳定将为实现可持续发展作出重要贡献这一观点，也反映了人口增长减缓可以为各个国家消除贫穷和保护环境赢得更多的时间这一共识。

人口增长速度居高不下仍然是许多国家政府面临的政策难题，在较不发达区域尤其如此。在国家一级，人口快速增长也被视为加剧了与人口分布，尤其是城市快速增长，相关联的问题。2001年，较不发达区域超过半数的国家制订了降低人口增长率的政策。最不发达国家的人口增长率最高，其中近2/3的国家已制订降低人口增长率的政策和方案（表5）。

较不发达区域的大多数国家担心人口增长率过高，而较发达区域有越来越多的国家则表示担心人口增长率过低。1991至2001年之间，认为其人口增长率过低的发达国家比例翻了一番多，从

16%上升到 35%；较发达区域有 25%的国家在 2001 年已制订提高增长率的政策，较 1991 年的 19%大幅上升（表 5）。

表 5

1991 年、1996 年和 2001 年较发达区域、较不发达区域和最不发达区域各国政府有关人口增长率的政策

年份	国家数目					百分比				
	提高	维持	降低	不干预	共计	提高	维持	降低	不干预	共计
世界										
1991	21	15	66	66	168	12.5	8.9	39.3	39.3	100.0
1996	25	16	70	82	193	13.0	8.3	36.3	42.5	100.0
2001	22	18	76	77	193	11.4	9.3	39.4	39.9	100.0
较发达区域										
1991	7	10	1	19	37	18.9	27.0	2.7	51.4	100.0
1996	11	6	1	30	48	22.9	12.5	2.1	62.5	100.0
2001	12	7	1	28	48	25.0	14.6	2.1	58.3	100.0
较不发达区域										
1991	14	5	65	47	131	10.7	3.8	49.6	35.9	100.0
1996	14	10	69	52	145	9.7	6.9	47.6	35.9	100.0
2001	10	11	75	49	145	6.9	7.6	51.7	33.8	100.0
最不发达国家										
1991	3	1	20	22	46	6.5	2.2	43.5	47.8	100.0
1996	1	1	26	21	49	2.0	2.0	53.1	42.9	100.0
2001	1	1	32	15	49	2.0	2.0	65.3	30.6	100.0

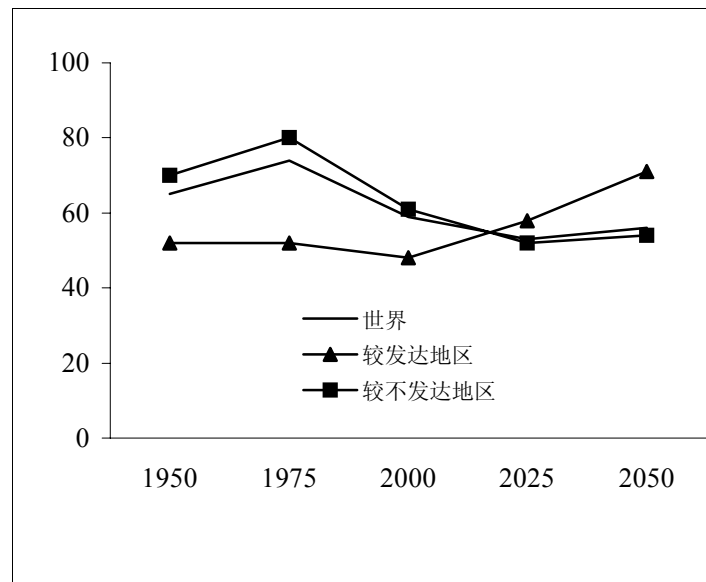
资料来源：联合国秘书处人口司保存的人口政策数据库。

近几十年来，全球适龄受抚养人口和适龄劳动人口的比率一直下降，但未来这项比率将会上升。在 1950 年至 1975 年期间，全球受抚养人数的总比率（每 100 名年纪在 15 岁至 64 岁的人与年纪 15 岁以下和年纪 65 岁以上的人数比）从 65 增加到 74（图 1）。这项变动主要是较不发达区域内的大多数国家的儿童大幅增加的缘故。在近几十年生育率急剧下降之时，而受抚养人数的总比率也在下降，降到 2000 年的 59。预期至少在未来四分之一世纪，

受抚养人数下降的趋势还将持续，为大多数发展中国家的经济增长提供了一个独特的机会——这时常被称为“人口红利”，其条件是劳动力市场要能有效地利用增加的工人人数。到2025年，这个比率将降到53，但到2050年它又会再次上升到56。在较发达区域，预期受抚养人数的总比率的上升比较早，到2025年，这项比率将从2000年的48上升到58，到2050年将进一步攀升到71。

图 1

受抚养人数总比率：世界和发展地区（1950-2050）



资料来源：《世界人口前景：2002年订正本，第1卷，汇总表》（联合国出版物，出售品编号C.03.XIII.6）。

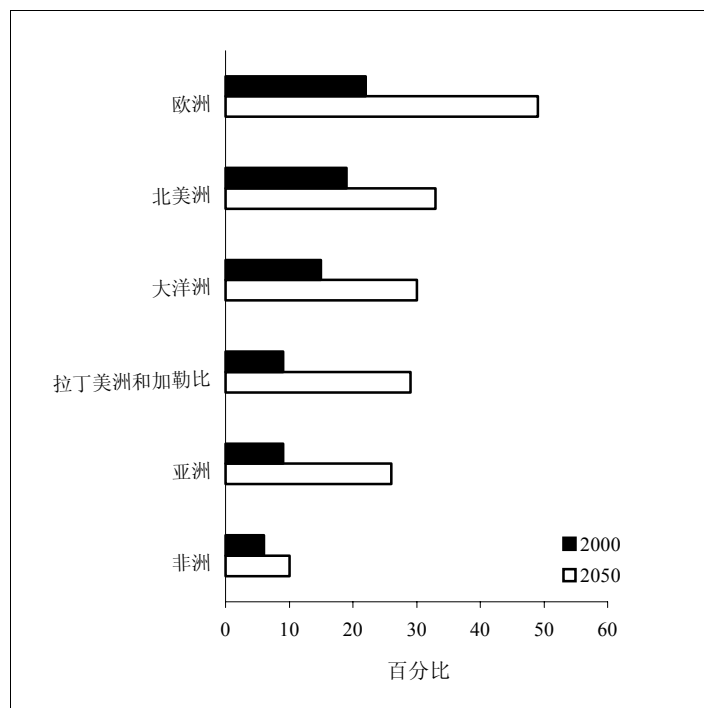
虽然估计全球受抚养人数的总比率在2050年与2000年的比率几乎相同，但在未来50年中，这一比率的组成将大大转移。目前年轻人占世界受抚养人人数的大多数。未来，儿童和老年人的比例将更为相近。这项转移是人的寿命延长和出生下降的合并结果。2000年，在全球受抚养人数的总比率中，老年人的部分不足20%。到2050年，这项数额估计增加一倍以上，将达45%。在较发达区域，尽管老年人在受抚养人人数中的比例已经很高(2000

年占 44%)，老年人的部分预计还会升高，到 2050 年达受抚养人总比率的 62%。然而，在较不发达区域，到 21 世纪中期老年人部分仍占总数的一半以下 (41%)。

虽然在可预见的将来的相当一段时间目前在各区域老年受抚养人的比率(每 100 名年纪在 15 岁至 64 岁的人与年纪 65 岁以上的人数比)间的差距估计变动不大，但在未来 50 年中，世界所有六个主要区域都将面临这项比率大幅增长的情况。目前估计在北美洲和非洲增加几乎一倍；大洋州增加一倍；欧洲增加一倍以上；亚洲几乎增加三倍；拉丁美洲和加勒比增加三倍以上 (图 2)。

图 2

老年受抚养人比率：各主要地区，2000 和 2050



资料来源：《世界人口前景：2002 年订正本，第 1 卷，汇总表》(联合国出版物，出售品编号 C.03.XIII.6)。

2002年4月在马德里召开的第二次老龄问题世界大会通过了一项政治宣言（联合国，2002年b，第一章，决议1，附件一），强化了《行动纲领》所定的各项目标。该声明重申了各国政府承诺应对21世纪人口老化现象所带来的机遇和挑战，促进由各个年龄段的人口共享的社会的发展。

由于死亡率降低，生育率居高不下，大多数发展中国家的人口儿童和青年人人数众多。青年人和青春期男女人数快速增长增加了对卫生保健服务、教育和就业的需求，为社会带来了极大的挑战和责任，给发展中国家的机构能力造成压力。2004年，15岁以下儿童占较不发达区域人口的31%，占最不发达国家人口的43%。较不发达区域儿童人口增长率虽有所下降，但人数仍继续上升。

《行动纲领》力图按照世界儿童问题首脑会议所作、《儿童权利公约》（大会第44/25号决议，附件，第6.7(a)段）所载的各项承诺来促进所有儿童、青春期男女和青年人的健康、福祉和潜力。《行动纲领》鼓励儿童、青春期男女和青年人，特别是青年妇女，继续接受教育，其有利影响包括减少早婚早育现象。《行动纲领》还要求增加青年人就业机会。对于年长者，《行动纲领》列出了下列目标：增强老年人的自立能力，建立特别注意年长妇女需要的老年保健制度和社会保障制度，增强家庭照顾其中年长者的能力（第6.17段）。

各级学校入学率上升和文盲率下降的趋势使女孩和男孩都身受其惠。1990年，小学学龄儿童有80%已经入学或者正在上学（小学净入学率），到1999年这一数字仅增加了两个百分点，达到82%。在此期间，两性差距下降了一半，但是在撒南非洲、南亚、西亚和北非仍然是一个严重的问题（联合国儿童基金会（儿童基金会），2001年）。总体而言，除了经济转型国家以外，世界所有区域的中学入学率从1990年到1999年都有所上升。在女童入学低于男童的所有区域，中学入学的两性差距也有所下降。不过，为提高女童，特别是南亚、西亚和撒南非洲女童的中学入学率，还有很多事情要做。按照最近的估计数字（联合国教育、科学及文化组

织（教科文组织），2002年），在1990至2000年之间，反映15至24岁年龄段文盲比例的青年人文盲率在所有区域都有所下降。然而，青年妇女的文盲率仍远高于青年男子，特别是在较不发达区域，1990年以来在缩小这一差距方面鲜有进展。

世界老年人人口仍低于儿童人口，但是老年人人口增长速度远高于儿童人口。1994至2004年之间，年龄在60岁或以上的人口预计将从5.3亿增加到6.54亿。在许多国家，特别是较发达区域国家，人口年龄结构已经出现年长者比例达到前所未有水平的情况。事实上，在较发达区域，60岁或以上人口数量超过15岁以下人口（2004年分别为2.41亿和2.08亿）。

对人口老龄化后果的担忧曾经仅限于发达国家，但现已扩散到许多发展中国家。事实上，因为生育率迅速下降，较不发达区域老龄化的速度高于较发达区域。因此，在2004至2015年之间，较不发达区域60岁或以上人口的增长速度预计将超过3%，这几乎是较发达区域的两倍。因为适应人口结构迅速变化的难度可能越来越大，发展中国家在应对老龄化的过程中面临的困难可能会超过发达国家迄今为止所经历的困难。

人口老化将对经济增长、储蓄和投资、劳动力供应和就业、养恤金计划、保健和长期护理、世代间财产转移、税收、家庭构成和生活安排产生广泛的经济和社会影响。对于老年人口来说，主要问题是社会经济地位、老有所为和生活质量问题。发达国家比发展中国家更有可能出台一系列政策和方案来满足年长者的需要。比如，许多发达国家提供为满足年长者的需要而专门设计的卫生保健服务，但是迄今为止只有少数发展中国家有这种服务。

虽然几乎所有国家都报告养恤金计划的提供情况，但是在许多国家养恤金并不是人人有份。虽然老年人的社会经济地位随着养恤金计划的改善而有所提高，但是年长妇女更有可能比年长男人贫穷，因为她们更有可能是寡居，而且一般来讲她们对养恤金计划的缴款更少。鉴于社会保障目前和将来所面临的挑战，国际劳工大会于2001年通过了一项决议和一系列结论，呼吁开展一项

扩大社会保障覆盖面的运动，呼吁各国政府更加优先解决社会保障问题（国际劳工组织（劳工组织），2001年）。

20世纪末出现的一个重要趋势是都市人口密集地点增长。截至2004年，世界上49%的人口生活在城市地区（表6）。由于城市地区比农村地区增长速度快三至四倍，联合国预测，到2007年城市居民人数有可能超过农村人口。2004年，较发达区域四分之三的人口生活在城市地区，而较不发达区域则有五分之二的人口生活在城市地区。

表6

1994、2004和2015年按主要地区分列居住在城市地区的人口比例

主要地区	居住在城市地区的比例（百分比）		
	1994	2004	2015
世界	44.9	48.8	53.9
较发达区域	74.4	75.7	77.6
较不发达区域	37.1	42.6	48.9
最不发达国家	22.6	28.1	35.3
非洲	33.9	39.6	46.4
亚洲	34.3	39.6	45.9
欧洲	72.8	73.7	75.4
拉丁美洲和加勒比	72.7	76.8	80.8
北美洲	75.9	77.5	79.3
大洋洲	71.1	73.6	75.6

资料来源：《世界城市化前景：2001年订正本》（联合国出版物，出售品编号C.02.XIII.16）。

全世界城市聚居点的规模和数量都在增加。2000年，居民人数超过1000万的特大都市全世界有16个，预计到2015年这样的城市将有21个。而在整个1990年代，居民人数不到50万的小住

区以及人数在1百万至5百万的住区占据了世界住区人口增长的主要份额。预计，2000至2015年期间的人口增长模式会与此类似。

人们越来越担心的是，城市有没有能力来吸纳迅速增长的人口。许多政府表示担心，人口从农村向城市大批移徙，会降低城市为居民提供清洁饮水、电力和废物管理服务的能力。2001年，有39%的政府认为自己的人口分布模式需要进行大规模调整。其中，有87%属于较不发达区域(表7)。2001年，在所有主要地区当中，非洲各国政府希望对人口的空间分布进行大调整的比例最高(64%)。人口分布问题是国际人口与发展会议以及1996年6月在伊斯坦布尔召开的第二次联合国人类住区会议(人居二)的主要议题，而农村人口的分布也成为1996年11月在罗马举行的世界粮食首脑会议的重要议题。

表7

2001年按较发达区域、较不发达区域、最不发达国家、和各主要地区分列的各国政府对人口空间分布的看法

	国家数目				百分比			
	希望进行小		希望进行大	共计	希望进行小		希望进行大	共计
	满意	规模调整	规模调整		满意	规模调整	规模调整	
世界	66	52	75	193	34.2	26.9	38.9	100.0
较发达区域	26	12	10	48	54.2	25.0	20.8	100.0
较不发达区域	40	40	65	145	27.6	27.6	44.8	100.0
最不发达国家	11	11	27	49	22.4	22.4	55.1	100.0
非洲	9	10	34	53	17.0	18.9	64.2	100.0
亚洲	14	16	16	46	30.4	34.8	34.8	100.0
欧洲	22	12	9	43	51.2	27.9	20.9	100.0
拉丁美洲和加勒比	11	12	10	33	33.3	36.4	30.3	100.0
北美洲	2	0	0	2	100.0	0.0	0.0	100.0
大洋洲	8	2	6	16	50.0	12.5	37.5	100.0

资料来源：联合国秘书处经济和社会事务部人口司保存的人口政策数据库。

在许多发展中国家，人口分布政策，基本上就是为减少由农村向城市移徙的数量而采取的措施而已。而在实践中，这些为减慢大型都市区扩大速度的政策大多不见成效。虽然发展中世界的各国政府共同认识到应当提倡中小型城市，但至于用什么手段来实现这一目标，它们却不甚了了。

2001年，大会召开特别会议，审查和评价人居议程的执行情况（联合国，1996年，第一章，决议1，附件二），加强对今后就该议程采取行动及进一步举措的承诺。为此，大会通过了《关于新千年中的城市和其他人类住区的宣言》，载于2001年6月9日S-25/2号决议附件中。《宣言》重申，人是我们谋求可持续发展的关注焦点，并强调必须适当注意到农村和城市有不同的经济、社会和环境需要，从而充分利用农村和城市之间的互补作用和相互联系。

全世界70多个国家有土著居民，人数估计共有3亿7千万。土著人民继承并实践着与其他人民及环境相互关联的独特文化和方式。1994年，大会启动世界土著人民国际十年（1994-2004），以加强联合国在促进和保护全世界土著人民权利方面的承诺。作为该十年活动的一部分，联合国系统各组织同各土著人民进行合作，在健康、教育、住房、就业、发展及环境领域制定和开展了一系列项目，促进对土著人民及其传统风俗、价值和习惯的保护。根据经济及社会理事会2000年7月28日第2000/22号决议，设立了一个常设论坛，负责下列6个主要领域：经济及社会发展、文化、环境、教育、健康和人权。

《行动纲领》还就残疾人的权利及参与问题提出了一些建议。2001年12月19日，大会通过了第56/168号决议。在该决议中，大会决定设立一个特设委员会，根据社会发展、人权和不歧视领域工作所采用的整体办法，并考虑到人权委员会和社会发展委员会的各项建议，审议关于促进和保护残疾人权利和尊严的全面和综合国际公约的建议。

最后，主要由于环境退化、自然灾害、武装冲突及强迫移居，国内流离失所者已成为全世界离乡背井者中增长最快的群体。《行

动纲领》对那些被迫离开常住地的人的处境表示了关注，并建议对这些人给予充分的保护和援助（第 9.20 段）。联合国难民事务高级专员办事处（难民专员办事处）扩大了其原定任务的保护及援助范围，向原先未包括的某些国内流离失所者群体提供保护及援助。2002 年，530 万国内流离失所者获得了难民专员办事处提供的保护或援助。

三. 生殖权利和生殖健康

《行动纲领》强调, 所有国家应不迟于 2015 年, 致力尽早通过初级保健制度, 为年龄适合的所有人提供生殖保健。(第 7.6 段) 生殖健康系指在身体上、精神上以及社会方面, 一个人的生殖系统及生殖功能和生殖过程的各个方面都处于完全良好的状况, 而不仅仅是指没有疾病。根据上述对生殖健康的定义, 生殖保健的定义就是, 通过预防和解决生殖健康问题来促进生殖健康及福祉的各种手段、技术及服务。

审查和评价小岛屿发展中国家可持续发展行动纲领执行情况的大会第二十一届特别会议呼吁改善各种生殖健康服务。实施生殖健康办法的两个关键的战略性步骤是整合并扩大现有的各项服务。

在许多国家, 由于操作上的瓶颈问题、特别是在把生殖健康服务纳入初级保健, 从而向所有人提供容易获得又负担得起的服务方面, 遇到困难, 因此生殖健康方案的实施受到了制约。困难在于, 如何维持并在可能的情况下提高各保健部门的效力, 同时实现协调统一, 提高服务的成本效益。与整合各服务组成部分相关的问题有, 如何确定生殖保健的优先事项、如何巩固成功的部门并横向扩大其范围, 以及如何确保服务达到技术上合适和客户满意的水平, 并确保重视弱势群体(联合国, 2003 年^a; 和 Lush, 2002 年)。

在许多国家, 在实施更加综合统一的保健办法方面, 保健系统的垂直组织结构仍是一个主要的机构障碍。在服务的提供方面,

重点是进一步将妇幼保健以及计划生育服务同包括艾滋病毒/艾滋病在内的性传播传染病的预防、检测及治疗结合起来。

例如，在亚洲和太平洋区域，2002年12月在曼谷召开的第五届亚洲和太平洋人口会议注意到，自国际人口与发展会议以来，有些国家已经成功地把计划生育同其他生殖健康服务结合起来。伊朗伊斯兰共和国、大韩民国、斯里兰卡和泰国正在提供综合服务，而在印度尼西亚和越南等其他一些国家，不同政府组织负责不同的服务。（联合国亚洲及太平洋经济社会委员会（亚太经社会），2002年）。孟加拉国、菲律宾、泰国和越南实现了社区和私营部门的参与，并且实施了社会化营销机制，提供非临床避孕手段。在该地区一些国家进行的实地调查发现，虽然这些国家非常明确地希望提供综合统一的生殖健康服务，但一些重大障碍，特别是管理安排、资金不足、对服务提供者的训练、以及后勤保障系统等问题，阻碍了进展。许多生育率较高而避孕普及率较低的发展中国家报告称，他们的方案还不能进行综合统一，并且认为采用这种生育健康办法会削弱计划生育工作（联合国，2003年^b）。

人们越来越重视保健质量问题，例如客户在方法上的选择余地；向服务使用者提供的信息和咨询服务；提供者的技术水平；提供者与客户之间的人际关系（主要是隐私、保密、知情选择、关切、同情、诚信、机敏以及敏感性等方面）；情况后续及继续护理机制；以及服务种类的齐全。之所以转而重视保健质量，是因为工作人员技术水平不高，对客户需求的了解不够，特别是在向他们介绍可利用的选择方面有所欠缺。

《行动纲领》在计划生育领域的目标是协助夫妇和个人实现计划生育目标；防止意外怀孕并减少高危怀孕；让所有需要和要求计划生育服务的人得到负担得起、令人满意和容易获得的高质量计划生育服务；提高计划生育建议、信息、教育、交流、咨询和服务的质量；促进男子参与计划生育的实践并分担责任；以及提倡母乳喂养（第7.14段）。《行动纲领》称，所有国家均应采取步骤满足人口中计划生育的需要，并且无论如何应在2015年之前使

人人能够获得全面安全可靠的计划生育方法。1999年，大会第二十一届特别会议还建议，在使用避孕方法的人数和表示希望对子女的间隔和数目进行调节的人数之间存在差距的国家，应设法至迟在2005年将此差距缩减至少50%，至迟2010年缩减75%，至迟在2050年缩减100%（第58段）。

计划生育早已成为人口政策及方案的核心组成部分，而且也是生殖健康不可或缺的一部分。全世界有五分之三以上的已婚妇女和同居妇女使用避孕办法（表8）。非洲是世界上避孕普及率最低的地区，所有夫妇中平均仅有约四分之一进行计划生育。而在亚洲发展中国家中，平均近三分之二的夫妇在进行计划生育。不过，这主要是因为中国的普及率非常高。在拉丁美洲和加勒比以及较发达的区域，平均十分之七的夫妇在进行计划生育。

在对其过去十年趋势有数据资料可查的发展中国家中，大多数国家的避孕普及率已大幅提高。在68%的国家中，普及率每年至少增加1个百分点，在15%的国家中至少增加2个百分点。趋势数据资料还显示，可能由于为提倡使用避孕套来防止艾滋病毒感染而开展了一些活动，避孕套的使用在非洲、亚洲、拉丁美洲和加勒比的大多数国家中都在增加。在发达世界中，北美、新西兰以及一些欧洲国家的避孕套使用率增加了，但在其他一些欧洲国家却降低了（联合国，2003年^a）。

表8

各年度按主要地区分列的采取避孕措施的夫妇比例百分比^a

主要地区	年度	目前正在避孕的夫妇 ^b 百分比	
		任何方法	现代方法 ^c
世界	1998	60.9	54.0
较发达区域	1996	68.5	55.3
较不发达区域	1998	59.4	53.7
非洲	1999	26.8	19.8
亚洲	1998	63.5	58.4

主要地区	年度	目前正在避孕的夫妇 ^b 百分比	
		任何方法	现代方法 ^c
欧洲	1995	67.0	48.9
拉丁美洲和加勒比	1997	70.5	61.7
北美洲	1995	76.2	70.8
大洋洲	1990	61.7	57.2

资料来源：联合国 2003 年全世界避孕用具使用状况数据库。

^a 处于婚姻及自愿结合关系，妇女为 15-49 岁。

^b 参照截至 2003 年 9 月时可查的最新数据资料。

^c 指避孕效果^{更好}的方法，包括女性男性绝育手术、避孕药、宫内避孕器(IUD)、男用避孕套、注射式避孕药和植入式避孕器，以及阴道屏障避孕法。

各国政府在提供避孕方法方面的政策，是计划生育采用率的一个重要的决定因素。提供直接支助时，需要通过政府开设的设施、如医院、诊所、保健站以及保健中心，以及通过政府基层工作者来提供计划生育服务。在过去的 25 年当中，政府在避孕方法方面提供的支助一直在稳步增加。到 2001 年，全世界 92% 的国家为计划生育方案和避孕措施提供了支助，支助办法或是通过政府设施直接提供（占 75%），或是通过支助非政府组织的活动（如计划生育协会开展的活动）间接提供（占 17%）（联合国，2002 年^a）。

大多数人采用现代避孕方法，这约占全世界避孕药具使用量的 90%。特别是，三种女用方法最为常用：女子绝育手术、宫内避孕器以及口服避孕药。在具体方法的采用上，较发达区域和较不发达区域之间存在明显不同。例如，较发达区域的避孕方法使用者更多地依赖于短效型和可逆的方法，而较不发达区域的夫妇倾向于使用长效型和高效力的临床方法。较发达区域男用的避孕方法使用率要比较不发达区域高得多。

尽管最近一段时间以来避孕方法的使用率迅速增长，但是有各种指标显示，在发展中国家当中，可选方法有限仍是一种很普

遍的情况。在大约三分之一的国家，至少有一半以上的避孕是使用绝育和避孕药的(联合国，2003年^a)。曾在47个国家进行过一项关于具体方法的普及率同其可获得性之间关系的研究，得出的结论是，具体避孕方法的普及率同其可获得性之间有密切的关系(Ross等，2002年)。

计划生育据供不应求。据估计，2000年，大约有1.23亿妇女得不到安全有效的避孕手段。(Ross和Winfrey，2002年)目前已婚妇女中需要计划生育但现在没有使用任何避孕手段的平均比率在撒南非洲为24%，在非洲北部、亚洲、及拉丁美洲和加勒比约为18%。在撒南非洲，相当多的妇女根本就不知道任何现代的避孕方式(联合国，2003年^b)。

在青少年问题上，《行动纲领》的目标是通过提倡负责任和健康的生殖和性行为，包括自愿禁欲来解决青少年的性和生殖健康问题，包括意外怀孕、不安全流产、性传播疾病，包括艾滋病/艾滋病和提供特别适合该年龄组的适当服务和咨询；以及大力减低少女怀孕(第7.44段)。

联合国对各国人口政策进行的一项审查显示，青少年生育是各国政府，特别是较不发达区域国家政府越来越关切的一个问题(联合国，2002年^a)。1996年，较不发达区域53%的国家政府以及48%的最不发达国家政府认为，青少年生育是一个重大的关切。到2001年，这两项数字分别上升为55%和62%。另外，较不发达区域72%的国家政府以及69%的最不发达国家政府称，它们为解决青少年生育问题制定了有关政策及方案(同上)。

在许多国家，包括较发达和较不发达区域各国，许多年轻男子及妇女在婚前就已经有活跃的性行为。1990年代后期的数据资料显示，20岁之前性行为活跃的年轻妇女当中，婚前就开始性行为的比率在非洲为51%，而在拉丁美洲和加勒比为45%。相比之下，男性婚前开始性行为的比率在非洲为90%，在拉丁美洲和加

勒比为 95%。在许多发达国家，男子和妇女开始性行为的时间大多数都是在婚前。

性行为活跃的未婚少女比已婚妇女更有可能进行避孕。1990 年代后期，性行为活跃的未婚少女的避孕普及率在撒南非洲的贝宁、喀麦隆、佛得角、肯尼亚、尼日利亚、南非和赞比亚等国为 30% 以上，而在拉丁美洲和加勒比的玻利维亚、巴西、哥伦比亚、哥斯达黎加、多米尼加共和国和秘鲁等国为 60% 以上，比已婚妇女高得多。尤其要指出的是，在这些国家，性行为活跃的未婚少女的避孕套使用率比已婚妇女高很多。（联合国，2003 年^a）

各国目前的青少年生育率区别较大。非洲国家的青少年生育率最高，也最参差不齐，15 到 19 岁女子每千人的生育次数从 50 以下到超过 200 不等。在许多亚洲国家，由于结婚年龄提高以及婚前生育现象较少，因此青少年生育率较低。而尽管大多数拉丁美洲和加勒比国家的总体生育率到 1990 年代末达到了较低的水平，但是其青少年生育率仍然相对较高。在大多数发展中国家，15 到 19 岁女子的青少年生育率为每千人 20 次，而在日本和一些欧洲国家，这一比率低达每千人 5 次。另外，在波罗的海国家和许多东欧国家，青少年生育比率在 1990 年代期间迅速下降。（联合国，2003 年^b）

四. 保健与死亡率

《行动纲领》敦促各国力求至迟在 2005 年使出生时的平均预期寿命超过 70 岁，在 2015 年时使出生时的平均预期寿命超过 75 岁（第 8.5 段）。死亡率最高的国家应当力求至迟在 2005 年使出生时的平均预期寿命超过 65 岁，至迟在 2015 年使出生时的平均预期寿命超过 70 岁。

从 1990–1995 年期间到 1995–2000 年期间，除东非和南部非洲以及东欧以外，全世界所有区域的预期寿命都增加了（表 9）。根据联合国的资料，世界上 2000 年人口超过 10 万人的 192 个国家或

地区中有 101 个有可能在 2000–2005 年时使预期寿命达到 70 岁以上，从而实现《行动纲领》为 2005 年设定的目标(图 3)。另有 28 个死亡率相对较高的国家预计能够按期完成使预期寿命达到 65 岁以上的目标。至于 2015 年的目标，预计 67 个国家在 2010–2015 期间能够使预期寿命达 75 岁以上，而 54 个目前死亡率高的国家预计在 2010–2015 年期间能够使预期寿命达到 70 至 75 岁。而大多数不大可能实现《行动纲领》所制订目标的国家是非洲国家，在 54 个非洲国家中预计仅有 5 个能够在 2000–2005 年期间使得预期寿命达到 70 岁以上，另有 4 个预计能够在同一期间使预期寿命达到 65 至 70 岁。50 个亚洲国家中有 14 个预计能够实现提高预期寿命的目标。

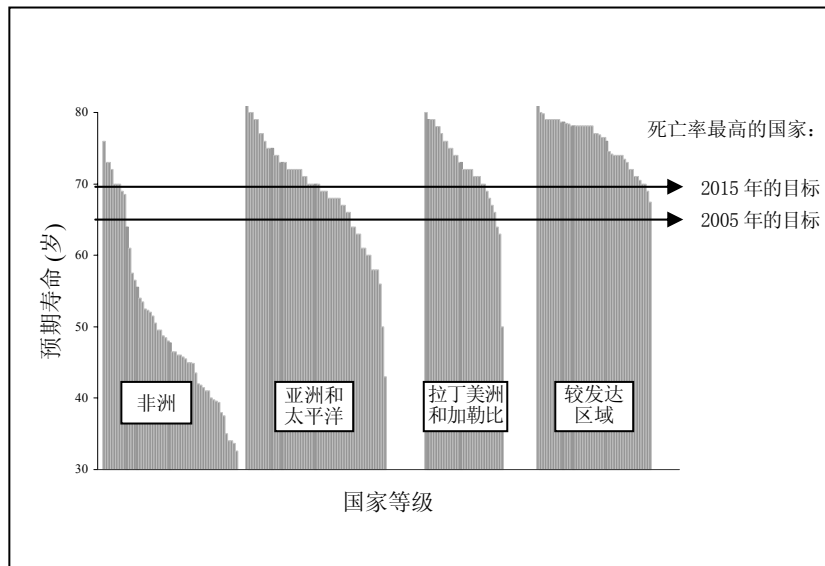
表 9

1990–1995 年、2000–2005 年和 2010–2015 年按主要地区分列的出生时预期寿命

主要地区	出生时预期寿命(岁)		
	1990-1995	2000-2005	2010-2015
全世界	63.8	65.4	67.2
较发达区域	74.0	75.8	77.3
较不发达区域	61.5	63.4	65.3
最不发达国家	48.6	49.6	52.9
非洲	51.1	48.9	51.0
亚洲	64.0	67.2	69.4
欧洲	72.6	74.2	75.7
拉丁美洲和加勒比	68.0	70.4	72.6
北美洲	75.2	77.4	78.5
大洋洲	71.9	74.1	75.9

资料来源：《世界人口前景：2002 年订正本》，第一卷，汇总表（联合国出版物，出售品编号 C.03.XIII.6）。

图 3
2000-2005 年出生时预期寿命和国际人口与发展会议的预期寿命目标



资料来源：《世界人口前景：2002 年订正本，第 1 卷，汇总表》（联合国出版物，出售品编号 C.03.XIII.6）。

注：每条垂直线代表一个国家。国际人口与发展会议的目标包括：各国人口的预期寿命应在 2005 年以前达到 70 岁，2015 年以前达到 75 岁；死亡率最高的国家的人口预期寿命应在 2005 年以前达到 65 岁，2015 年以前达到 70 岁。

《行动纲领》在初级保健和保健部门方面提出主要目标是，按照国家为所有人民提供基本保健机会的承诺，增加向所有人民提供可获得、普遍、可接受并能负担得起的保健服务和设施；以及延长所有人的健康寿命，并改善其生活素质，缩小各国之间以及本国内平均预期寿命的差距（第 8.3 段）。

对许多低收入国家来说，向全体人口提供成本效益较高的最低限度公共健康及临床服务，其成本会超过目前政府的健康开支水平。在 2000 年前后，发展中国家用于健康方面的经费平均仅占

国内生产总值（GDP）的3%，而最不发达国家的这一数字较低。开支经费的划拨会更倾向于首都城市的医院和医疗设施，但在地方和区域各级已经开始逐步实现更加公平的资源分配。工业化国家的全国健康开支用于地方健康服务的百分比在不断提高，但是这一比率在发展中国家却停滞不前，而在最不发达国家甚至有所降低。

有一些新挑战可能会抵消健康领域来之不易的成绩。除了传染病这一长期存在的挑战之外，还有那些再度出现的疾病，如疟疾、结核病和霍乱，以及对目前可用的抗生素具有抗药性的艾滋病毒和新的致病菌种，也带来了挑战。

面对如此种种的限制性因素和挑战，需要重新评估保健领域的优先事项和办法。在重新确定优先事项方面，一个基本目标应当是，减少各国之间及本国内目前在健康和死亡率方面存在具不断扩大的差距。为此，应当进行努力并开展有关研究，弄清有些地方死亡率高居不下或升高的原因。虽然非传染性和退化性疾病在许多国家日益增多，但在许多死亡率最高的国家当中，可预防的死亡原因仍是造成死亡的主要原因。因此，至关重要的一点是，要继续将预防作为保健部门一个重要的核心内容。

《行动纲领》在儿童生存和健康方面的主要目标是，改善婴儿和儿童的健康及营养状况；提倡母乳喂养，以此作为一项儿童生存战略；以及增进儿童健康和生存，尽快缩减发达国家和发展中国家之间和国内的差距，特别重视消除造成女婴和女童可预防疾病死亡率过高的格局（第8.15段）。另外，还敦促各国2000年把婴儿和五岁以下幼儿的死亡率降低1/3，或分别将每千名活产婴儿的死亡率降至50人和70人，以两类数据中较低者为准（第8.16段）。至迟到2005年死亡率中等的国家应力求实现将婴儿死亡率降为每千名活产死亡50人以下，五岁以下幼儿死亡率降为每千名活产死亡60人以下。至迟到2015年，所有国家均应力求实现将婴儿死亡率降为每千名活产死亡35人以下，五岁以下幼儿死亡率降为每千名活产死亡45人以下的目标。

婴儿死亡率和儿童死亡率几乎在全世界各个地方都已下降（表 10）。在全世界，五岁以下儿童的死亡率估计在 1985-1990 和 2000 年期间减少了 16%；有 78 个国家（其中 26 个在较为发达的地区）在 1985-1990 和 2000 年期间实现了将其减少 1/3 的预定目标。然而，在许多国家，儿童死亡的危险依然很高。多达 64 个国家（45 个在非洲、15 个在亚洲、3 个在拉丁美洲和加勒比、1 个在大洋洲）还没有实现到 2000 年时使五岁以下儿童的死亡率减少到每千名活产死亡 70 人的目标。照目前五岁以下儿童死亡率的下降速度，64 个国家将无法实现至迟在 2005 年使五岁以下儿童死亡率减少到每千名活产死亡 60 人的目标，65 个国家将无法实现在 2015 年前使五岁以下儿童死亡率减为每千名活产死亡 45 人的目标。

表 10

1990-1995、2000-2005 和 2010-2015 年按主要地区分列的婴儿和儿童死亡率

主要地区	婴儿死亡率 (每 1000 个活产)			儿童死亡率 (每 1000 个活产)		
	1990-1995	2000-2005	2010-2015	1990-1995	2000-2005	2010-2015
全世界	64.2	55.6	45.8	93.6	80.9	66.2
较发达地区	10.1	7.5	6.6	12.9	9.5	8.7
较不发达地区	70.8	60.9	49.9	103.3	88.7	72.3
最不发达国家	111.4	97.2	82.0	182.8	160.5	132.8
非洲	99.0	88.5	74.6	163.6	148.4	123.5
亚洲	64.8	53.2	41.9	89.4	70.6	54.5
欧洲	12.4	8.9	7.7	15.8	11.3	10.2
拉丁美洲和加勒比	40.4	31.9	25.0	51.4	40.6	32.2
北美洲	7.8	6.6	5.9	9.7	8.2	7.7
大洋洲	30.9	25.9	20.6	42.5	34.6	26.7

资料来源：《世界人口前景：2002 年订正本》，第 1 卷，汇总表（联合国出版物，出售品编号 C.03.XIII.6）。

改善儿童存活率的工作进展缓慢的因素有几个。虽然约从 1990 年起，营养不良的儿童比例在全球似乎有所减少，但约有 27% 的五岁以下儿童仍体重不足。营养不良依然是亚洲南部和非洲的一个特别挑战（联合国儿童基金会（儿童基金会），2001 年）。此外，艾滋病已经侵蚀了撒南非洲来之不易的成就，还对南亚和东南亚造成威胁。许多国家持续的经济危机和越来越严重的贫穷也影响了持续进行促进儿童健康和生存的干预措施的工作。

关于妇女健康和安全孕产，《行动纲领》的目标是提倡妇女保健和安全孕产；迅速、大幅度地降低产妇发病率和死亡率，缩小发展中国家和发达国家之间和国内的差距；大大减少由不安全流产造成的死亡和发病率；¹ 增进妇女健康和营养状况，特别是孕妇和哺乳母亲（第 8.20 段）。此外，敦促各国至迟在 2015 年大幅度减少产妇发病率；至迟在 2000 年减少到 1990 年的一半，至迟 2015 年再减少一半。

目前，在许多发展中国家，与妊娠和生育有关的并发症是造成育龄妇女死亡的主要原因。最近对产妇死亡率的估计表明，每年大约有 529 000 名妇女死于与妊娠有关的原因，其中有 99% 在发展中国家（卫生组织、儿童基金会和人口基金，2003 年）。较为发达和较不发达地区的产妇死亡率差别很大：2001 年，较不发达地区每 10 万活产平均有 440 名产妇死亡，较为发达地区每 10 万活产约有 21 名产妇死亡。这类死亡中有 80% 左右是因为分娩并发症。

造成妊娠并发症、身体衰弱和死亡的直接原因是孕期和分娩时对母亲的照顾不够。1985 年至 2000 年期间，由专业人员助产的分娩比例有所改善。在撒南非洲，1985 年时只有 1/3 的分娩是由经过训练的助产士接生的；到 2000 年，这一比例增加到 41%。也是在 2000 年左右，南亚由经过训练的助产士接生的分娩比例只有 35%，但是东亚以及拉丁美洲和加勒比有 80%。在整个发展中世界，所有孕妇约有 65% 在怀孕期间至少获得某种护理；40% 的分娩是在卫生机构进行的；所有分娩中，比一半稍多是由熟练人员协助。

在 1999 年举行的第二十一届大会特别会议上，与会者商定，至迟在 2005 年，在产妇死亡率非常高的地方，40% 的生产应由熟练助产人员接生；至迟在 2010 年，该比例至少应为 50%；至迟在 2015 年，至少为 60%。会议还商定，所有国家应当继续努力，以便到 2005 年时，全球所有生产中有 80% 是由熟练助产人员接生；至迟在 2010 年达到 85%；至迟在 2015 年达到 90%（大会 S-21/2 号决议，附件，第 64 段）。以目前的进展速度，拉丁美洲和加勒比以外的发展中国家很少能实现这些目标。

艾滋病毒/艾滋病方面的《行动纲领》的主要目标是防止或减少艾滋病毒/艾滋病感染的蔓延并尽量减少其影响；在个人、社区和全国各级，提高人们对艾滋病毒感染和艾滋病及有关致命疾病的灾难性后果的认识和对预防方式的认知；解决致使易于感染这种疾病的社会、经济、性别和种族方面的不平等；确保感染艾滋病毒的人得到适当医疗并且不受歧视；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、特别是其孤儿的痛苦；确保尊重感染艾滋病毒者的个人权利和隐私性；确保性和生殖保健方案正视艾滋病毒感染和艾滋病；加强对艾滋病毒/艾滋病流行防治方法的研究，并寻求有效治疗方法（第 8.29 段）。

2003 年年底，约有 4 000 万人感染艾滋病毒这一引起艾滋病的病毒。2003 年期间，估计又有 500 万人受到感染，其感染率约为平均每天 14 000 人。这些新受感染的人中，40% 是妇女，将近 20% 是儿童。2002 年，约有 310 万人死于艾滋病，其中 130 万是成年男子，120 万是成年妇女，61 万是 15 岁以下的儿童。

行为的改变是预防方案的核心。预防方案，包括宣传运动、同龄相互教育、宣传关于艾滋病和如何避免传染的知识、提供避孕套和清洁注射工具、帮助人们获得保护自己及其伴侣所需要的技能，在许多情况下都已显出效果。

2001 年 6 月 27 日，各国政府在关于艾滋病毒/艾滋病的大会第二十六届特别会议上通过的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》（大会 S-26/2 号决议，附件）标志着防治艾滋病毒/艾滋病

斗争良好的新开端。《宣言》首次确立了责成政府和联合国实现、具有时限的目标。现已表现出明确的进展：国家正在认识到集中资源和经验同心协力的价值，因而在为防治这一传染病开展区域性的主动行动（联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)/联合国儿童基金会/美国国际开发署，2002年）。此外，还增拨资源供新设立的全球防治艾滋病、肺结核和疟疾基金利用。但是，全球回应艾滋病病毒/艾滋病的对策依然远远不能满足需要，其进展也不够全面。在预防、医疗和护理方案领域需要采取更多的行动（联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)/世界卫生组织（卫生组织），2003年）。

五. 国际移徙

自从《行动纲领》通过以来，人们越来越认识到，国际移徙和发展问题密切关系到全球议程。许多国际论坛已经论述了这一问题的各个方面，并决定了国际社会如何能以最佳方法对付这些问题。因此，前行政协调委员会普及基本社会服务工作队于1998年在海牙组织了一次国际移徙和发展技术专题讨论会，作为对国际人口与发展会议的后续行动。1995年在北京举行的第四次妇女问题世界会议和2000年6月举行的题为“2000年妇女：二十一世纪两性平等、发展与和平”的大会特别会议说明了移徙妇女和儿童的需要，特别是贩运活动受害者的需要。最近，于2001年在南非德班举行的反对种族主义、种族歧视、仇外心理和有关不容忍行为世界会议重申迫切需要按照《行动纲领》的主要目标，防止、打击和消除各种形式的歧视移民的做法。自从1995年以来，大会每两年对能否召开一次关于国际移徙和发展的联合国大会进行辩论。但是，这一提案没有得到大多数会员国的支持（关于各政府对此事的看法，见A/58/98，第三节A）。

国际移徙和发展的的问题也得到了联合国系统之外的组织的重视。国际移徙组织（移徙组织）组织了许多大会和讲习班，并研究了发展中国家的国际移徙情况。经济合作与发展组织（经合发组织）维持着移徙情况连续报告制度，以便通告政府国际移徙的

趋势，从而有助于更好地管理国际移徙。由于越来越认识到需要促进各国在计划管理人道有序的人员流动方面进行合作，瑞士政府于 2001 年发动了全球协商进程，即伯尔尼倡议。参与该进程的有作为国际移徙的原籍国、目的地国或中转国的 80 多个国家的政府，还有政府间组织、非政府组织和学术机构。

《行动纲领》对移民的基本权利给予了特别的关注。联合国制定了许多法律文书，保障移民的人权和尊严，无论其法律地位如何。大会 1990 年 12 月 18 日第 45/158 号决议通过的《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》于 2003 年 7 月 1 日生效。截至 2003 年 12 月，有 24 个国家已经批准这一公约。由于人们越来越一致地认为贩卖人口是侵犯人权的行为，2000 年通过了补充《联合国打击跨国有组织犯罪公约》的两个议定书（大会第 55/25 号决议，附件一）：补充《联合国打击跨国有组织犯罪公约》的《联合国打击跨国有组织犯罪公约关于防止、禁止和惩治贩运人口特别是妇女和儿童的补充议定书》（同上，附件二）、《联合国打击跨国有组织犯罪公约关于打击陆、海、空偷运移民的补充议定书》（同上，附件三）。截至 2003 年 12 月，有 45 个国家批准了前一项议定书，40 个国家批准了后一项议定书。《联合国打击跨国有组织犯罪公约关于防止、禁止和惩治贩运人口特别是妇女和儿童的补充议定书》于 2003 年 12 月 25 日生效，而《联合国打击跨国有组织犯罪公约关于打击陆、海、空偷运移民的补充议定书》将于 2004 年 1 月 28 日生效。

国际劳工组织（劳工组织）保护移民工人的两项主要文书，即《移民就业公约》（修正案，1949 年）（第 97 号）和《关于恶劣条件下的移徙和促进移徙工人机会和待遇平等公约》，1975 年（第 143 号）早已生效。有 42 个国家批准了前一份公约，有 18 个国家批准了后一份公约。

《行动纲领》鼓励原籍国和目的地国之间更多地进行合作，以便尽可能扩大国际移徙的好处（第 10.2 段）。由于认识到政府之间的共同谅解比较容易在区域一级取得，故已经出现若干区域

和分区域的协商进程，它们常常是国际会议或研讨会所促成的。每一进程都使某个区域的国家代表汇聚在一起，再加上国际组织，有时还有非政府组织。国际组织，诸如联合国难民事务高级专员、国际移民组织和国际移民政策发展中心，为促成和保持这些协商进程的势头提供了宝贵的实质性支助和后勤支助。表 11 显示了几乎遍布全世界各个地区的协商进程。

表 11

参加国际移民问题区域协商进程的政府数目

区域/分区域	独联体		政府间 协商 ^c	利马宣 言进程 ^d	马尼拉 进程 ^e	南部非 洲移民 对话 ^e	西非 移民 对话 ^f	普埃 布拉 进程 ^g	
	亚太 协商 ^a	布达佩 斯小组 进程 ^b							
非洲						13	15		
亚洲	21 ^h	3	8		14 ^h				
欧洲		37	4	13					
美洲		2		2	10			11	
大洋洲	10	1		1		3			
共计	31^h	43	12	16	10	17^h	13	15	11

^a 亚洲-太平洋关于难民、流离失所者和移民的政府间协商。

^b 独立国家联合体和有关邻国的会议进程。

^c 关于欧洲、北美和澳大利亚的避难、难民和移民政策的政府间协商。

^d 南美洲移民会议。

^e 南部非洲的移民对话。

^f 西部非洲的移民对话（对《达喀尔宣言》的后续行动）。

^g 关于移民的区域会议。

^h 包括中国的香港特别行政区政府。

始于 1993 年的布达佩斯进程力求在中欧、东欧和西欧国家之间加强移民管制方面的合作。它是 40 多个政府的协商论坛。自 1994 年以来，组织了 80 多次有关移民问题的各种工作会议。在独立国家联合体(独联体)和邻国，1996 年由联合国难民事务高级

专员、国际移徙组织和欧洲安全与合作组织(欧安组织)组办的处理独立国家联合体各国和有关邻国的难民、流离失所者、其他形式的非自愿流离失所和回返者问题区域会议最终形成了一项全面的技术合作方案，以期在独联体中制订、改善和统一各国的移民法、政策和行政结构。

在中美洲和北美洲，政府定期进行区域协商，称为普埃布拉进程。在亚洲，1996年举行的区域研讨会所引生的马尼拉进程着重交流主要关于非正常移徙和贩运活动的信息。亚洲-太平洋关于难民、流离失所者和移民的政府间协商也是在1996年创立的，由亚洲和大洋洲国家的一系列会议组成。1999年，南美洲各国的代表在利马开会，从此开创了召开年会交流关于移民问题看法和在本区域寻求合作的传统。在非洲，2000年以来已启动两个进程，一个涉及东非、中非和南非的国家（南部非洲移徙对话），另一个涉及西部非洲的国家（西非移徙对话）。这两个进程都力求找到区域性方法，以扩大对移民的管理和评估今后的技术合作需要。

欧洲联盟（欧盟）已形成了管理移民的新的区域方法。1999年，在芬兰 Tempere 举行的欧洲理事会特别会议上，理事会呼吁对移民和庇护制定共同的政策，并提出落实政策的框架。Tempere 会议将致力与第三国结成伙伴关系确定为一个关键要素。

在一项全球倡议中，来自较为发达的地区和较不发达地区的一批国家代表始发国和接受国组成一个独立的国际移徙全球委员会。全球委员会有三项任务：(a) 将国际移徙问题列入全球议程；(b) 分析目前对移徙问题采取的做法有何空白，并考察与其他领域的相互联系；(c) 就国家、区域和全球如何加强对国际移徙的管理提出建议。委员会将在2005年夏季向联合国秘书长和其他的利益有关者提出最后报告。

过去十年来，由于对移徙的人口、经济、政治和社会后果日益感到关切，各国政府对国际移徙的看法和政策有了显著的变化。2001年，44%的发达国家和39%的发展中国家制定了降低移民人数的政策。

防止和控制无证移徙，特别是涉及贩运移民的无证移徙，已成为许多国家的主要优先事项之一。为减少未经许可的移徙而采取的措施包括：开展宣传运动，使人们更好地认识移徙涉及的危险；惩罚组织贩运移民的人；保护贩运活动的受害者。

在保障持证移民享有与公民平等待遇方面进展缓慢。在许多国家，移徙工人还只限于从事某种工作或职业。持证移民在工作中和在日常生活的其他方面仍然面临着人们的仇视和歧视。

《行动纲领》承认国际移徙对始发国和目的地国产生的积极影响。请目的地国政府考虑使用某些临时性移徙形式，作为改善原籍国国民技能的途径（第 10.5 段）。虽然促进这种机制的有效措施在许多国家尚未充分发展起来，但是，举例来说，法国的“共同发展”模式，促进原籍国和目的地国之间的移民交流，并向决定回归原籍国的移民提供技术援助和资助。“通过侨居国民传授知识计划(侨民传知计划)”是联合国志愿人员领导的一项主动行动，帮助来自发展中国家的合格专业人员回到母国并提供短期的技术援助。

移民汇款仍然是许多国家的一项主要外汇来源，大幅增加了国内生产总值。《行动纲领》敦促希望增加汇款内流的原籍国政府推动创造增加国内储蓄的条件，并将其引向生产性投资（第 10.4 段）。虽然迟迟没有制定确保稳定的汇率和有利于安全和及时转汇的政策，但是，墨西哥的“教父方案”表明，如果政府与移民密切合作，方便他们在原籍社区进行生产性投资，就有可能增加汇款对发展的影响（Widgren 和 Martin, 2002 年）。

《行动纲领》反映了国际社会对被迫背井离乡者的困境的主要关切。90 年代初期，难民和寻求避难者越来越多，对许多国家构成挑战，他们不得不在根据国家的优先事项对付国际移徙问题的同时，为难民和寻求庇护者提供必要的保护。敦请各国政府大力支持对难民以及流离失所者的国际保护和援助（第 10.24 段）。

在发展中国家，越来越多的寻求庇护者和难民所造成的经济负担使给予集体庇护的做法难以为继，并使 80 年代那种友善款待的态度为之一变。在发达国家，越来越多的寻求保护者（他们经常不符合成为难民的条件）给庇护体制造成很大压力。因此，许多发达国家对进入庇护体制和准予庇护采取了更为严格的规则。因此，2001 年，发达国家作出的庇护决定中，只有 1/3 是肯定的（联合国难民事务高级专员，2002 年）。

尽管政府越来越不情愿准予难民地位，但是，已经形成新的机制，确保向真正需要保护的人提供援助。其中的一项战略是，同意临时保护，从而使当事人有权留在东道国，一直到原籍国的条件允许安全回返为止。为了对付具体的危机，还实施了解决国内流离失所者需要的措施。

《行动纲领》的一项重要目标是寻求并实施解决难民和流离失所者困境的持久解决方案。一般认为，遣返是解决难民困境最为可取而持久的解决办法。1992 年，由难民事务高级专员负责的难民人数达到最高峰，有 1 780 万人，以后逐渐减少，到 2001 年下降到 1 200 万人（联合国难民事务高级专员，2002 年）。这是由于长期存在的冲突解决后使大量难民能够返国的结果，例如，在阿富汗、安哥拉、波斯尼亚和黑塞哥维那、利比里亚、莫桑比克和卢旺达。国际人道主义组织（如难民专员办事处）扩大其职责，帮助回返者融入社会和重建原籍社区。此外，庇护国也越来越强调促进难民的自力更生。

《行动纲领》还敦促各国政府遵守有关难民的国际法律，并请尚未这样做的国家考虑加入有关难民的国际文书（第 10.27 段）。两项国际文书，即《1951 年难民地位公约》（联合国，1954 年）和《1967 年议定书》（联合国，1967 年），提出了得到最普遍承认的“难民”定义和难民可从中得益的各种权利和标准。1994 年至 2003 年，又有 22 个国家加入公约，使总数达到 142 国，另有 20 个国家加入议定书，使总数达到 140 国。

六. 人口方案

本节讨论国家在实施方案方面的进展。本节是根据各种报告²以及联合国人口基金进行的实地调查（联合国人口基金（人口基金），2004年）的结果撰写的。实地调查是2003年在165个发展中国家进行的，包括《行动纲领》中的主要论题。答复率为92%。

实施《行动纲领》以及五年之后在大会第二十一届特别会议上通过的进一步实施《行动纲领》的重大行动（大会S-21/2号决议，附件）取得了可观的全面进展。无论从具体的方案进展还是实施有关生殖保健、预防性传播疾病/艾滋病毒、少年生殖保健、两性平等和赋予妇女权力方案的国家数量以及将人口与发展联系起来这几方面来说，都是如此。相比之下，着手解决有关老龄化以及国内和国际移民问题的国家数量增加却不多。其他方面的进展较为参差不齐：伙伴关系取得了可观的进展，资源分配的进展不足，体制的局限（包括能力薄弱）的问题依然存在。

在促进并实施更为全面的方法以确保生殖权利和生殖健康方面有所进展。将近87%的国家在实地调查中报告说已采取行动。自从国际人口与发展会议以来，各国政府已加强努力，将计划生育服务、安全孕产、少年生殖保健和预防性传播疾病/艾滋病毒结合到生殖保健方案中去。许多国家已经将生殖保健加入初级保健的一揽子计划，并在改善机构能力和协调。其他国家正在寻求进一步发展基础设施的方法，增加获得信息和服务的机会。现在许多国家正在与私营部门一起为生殖保健服务和用品提供资助，并与非政府组织合作，帮助提供服务和提高认识。

许多国家已大幅提高取得避孕用品和服务的机会，个别国家也有较多机会作出选择和决策。社会和文化因素仍继续限制妇女获得服务，住在农村地区以及低收入的妇女最不可能利用避孕药具。因此在计划生育——关于生育间隔和限制生育——的信息和服务方面仍有大量需求未获满足。许多国家尚未充分探讨关于服务是否负担得起、能否取得的问题。还有，各国正在努力减少产妇死亡，它们改善保健设施以便更广泛地提供基本护理和产科护

理，它们加强产前护理、培训保健服务提供者、为妇女提供交通工具以及发动社区充分利用那些服务。但在发展中国家仍有 40% 的分娩是在没有熟练保健人员的照料下进行，这置产妇和婴儿的生命于危险中。

最近大会对实现艾滋病预防和护理基本目标进度的审查（2003 年 9 月 22 日）已提交大会第五十八届会议（见秘书长关于执行《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》进展情况的报告（A/58/184）），认为当前对艾滋病毒/艾滋病的对策虽然在若干阵线代表着进步，但在许多关键领域仍嫌不足。超过 90% 的国家已制定全国艾滋病毒/艾滋病综合战略以及建立协调对策的国家机构，并且通过大众媒体宣传运动、学校为基础的关于艾滋病的教育以及同侪教育方案提高公众对艾滋病毒/艾滋病的认识。在低收入和中等收入国家，为艾滋病筹措经费方面也有一些改善。但是，目前有染病风险的人只有一部分能真正获得基本的预防服务，诸如以生活技能为基础的教育、性传播感染的管理和预防母婴传播艾滋病的方案以及鼓励人们禁欲、忠于配偶和使用保险套的方案。还有，迄今尚未充分探讨下列问题：感染这一流行病的妇女人数日增、如何支助艾滋病毒/艾滋病造成的孤儿、向年轻人提供关于预防艾滋病毒的全面信息、制止社会人士谴责和歧视艾滋病毒/艾滋病患者。谈到治疗方面，在较穷的国家，极难获得抗逆病毒疗法。在实地调查的国家中，将近 47% 指出，艾滋病毒/艾滋病为其最重要的新生问题，同时强调预防方面。

在这些国家中，超过 90% 正在以某种方式探讨少年在生殖权利和生殖健康方面的需要。许多政府正在全面探讨生殖健康和发 展，它们为青年制订多部门政策，加强正规和非正规教育方案，鼓吹生殖权利和生殖健康信息、方便青年人利用的咨询和服务，以及加强注意青年就业问题。由青年参加、同民间社会建立的伙伴关系在许多国家已成为同青少年接触的重要机制。但是，这些行动必须更普遍地存在于更多国家。

将近 90% 的政府报称，它们正在利用各种信息、教育和通信及宣传战略来帮助在立法、政策或方案各级实现理想的变革。所

用的战略包括游说立法变革、制定新法律、拟订全国和区域办法、执行国家政策、成立地方宣传机构、引进教育单元和提供服务的方式、监督执法倡议。此外，一些国家正在利用各种改变行为的战略，包括媒体宣传运动、同侪教育、正规教育、社区保健工作者重定方针以及动员社区团体。

总的来说，在执行广泛的生殖健康办法方面取得的进展令人振奋。但是，需要迅速改善生殖健康方案的许多方面。例如，高质量的生殖健康服务，包括计划生育方法、产科紧急服务以及性传播感染的防治，利用的机会仍然有限。生殖健康、包括计划生育服务，在正常和紧急情况下仍存在大量未得到满足的需求。提供服务以及信息、教育和宣传及宣传运动之间的联系往往脆弱。已增设了促进部门间协调的机制，但仍嫌脆弱。在国家一级以下和其他地方各级，管理能力不够。当前能获得的财政资源和熟练的人力资源，数量远远不敷所需。

越来越多政府正在努力保护女孩和妇女的人权以及支持赋予妇女权力。在实地调查中，差不多所有国家（99%）都报称，自国际人口与发展会议以来已就这个问题采取了一些行动：67%已通过关于权利的法律和法规，52%已设立关于性别问题的全国委员会，44%已批准联合国公约，39%已通过关于性别歧视问题的政策，31%已在政策和方案中将性别观点纳入工作主流。因此显然更多国家必须采取具体行动。所采取的主要行动包括：致力促使妇女更广泛参与施政、制定支持赋予妇女权力的计划、通过支持赋予妇女权力的法律和法规、通过经济机会和教育与培训赋予妇女权力。许多国家已在政府部门内设立协调中心，并研订了主流化工具和准则，供地方和区域各级利用。其他许多国家正在日益探讨妇女权利、就业歧视、所有权和土地权问题以及对妇女的暴力问题和贩运妇女和女孩问题。许多国家正专注于促进女孩教育。一些国家也日益注意男子的角色和责任，尤其是针对女性的暴力和艾滋病毒/艾滋病两方面，包括关于有关问题的立法和推广工作。关于两性公平和赋予权力的这些行动虽然令人鼓舞，但这

些行动的幅度、强度和所及范围同这个问题的严重性、普及程度和文化根基相比仍乏善可言。

在实地调查的国家中，超过一半已采取有力行动，另外 44% 已采取“某些”行动，将人口的关切事项纳入发展战略；超过 90% 已开始在全国减少贫穷战略中以某种方式顾及人口和贫穷的相互作用；超过 90% 报称，已采取某种行动，将人口和环境的联系纳入国家和/或部门的发展计划。还将人口因素、性别关注和生殖健康问题明确纳入《联合国发展援助框架》（联发援框架）、《减贫战略文件》以及关于千年发展目标的报告，这些做法正在逐渐增加（见联合国人口基金，2003 年；以及同前）。关于人口与环境，40 个国家已通过具体政策，22 个国家已制定法律/法规。

自国际人口与发展会议以来，许多发展中国家已在探讨人口老龄化问题。例如，58 个国家已制定关于老龄化的计划和方案，50 个国家已开始规定最低限度生活水平，33 个国家已通过关于老龄化的政策，18 个国家已开始收集关于老年人需要的数据。但是，在满足人数迅速增加的老年人的需要方面，这些倡议的规模和经费是否足以持续工作是令人担心的关切事项。

国内移徙问题正引起更多注意。在实地调查的国家中，接近 66% 报称已采取行动，包括 49 个国家通过移徙计划，47 个国家制定计划将社会-经济和政治活动分配到其他区域。还有，15 个国家制定了计划，向国内流离失所者提供援助或服务。此外，76 个国家报称，已采取行动，直截了当地处理贫民区和棚户区的居民的生殖健康需要。

在实地调查的国家中，超过 70% 还通报已采取哪些类型的措施来处理国际移徙。所采取的具体行动包括：38 个国家有处理国际移徙的立法，43 个国家有关于移徙或难民问题的计划或方案，34 个国家有关于移徙的政府间政策。在许多国家，国际移徙问题仍是敏感的。

在监测《行动纲领》的执行进展方面，包括必要数据的收集、分析、传播和利用，以及数据库和指标的制定和管理，本国能力不足普遍困扰着发展中国家、尤其是最不发达国家。在许多国家，这不仅严重妨碍许多部门的决策和规划，并且妨碍在实现国家一级以下、国家和国际发展目标方面所获进展的计量。

在人口和生殖健康方面建立伙伴关系的进展令人振奋。将近95%的政府就已通过的战略提出报告，这些战略包括：在全国人口委员会和非政府组织之间建立伙伴关系，协力拟订、执行或监测人口方案，以及合作拟订人口政策或制定法律。所采取的具体行动包括：设立议会核心小组，为非政府组织设立全国论坛，支持培训或能力建设的倡议，以及推动地方和社区一级的网络。在许多情况下，由非政府组织和其他机构提供服务已成为极其重要。但是，非政府组织的经费是否足以长期持续工作仍然是一个重要问题。迄今为止，同私营部门的协作仍是有限的。

许多国家通过南-南伙伴关系已开始学习彼此的经验。通过各区域委员会、其他区域机构和网络、区域和全球培训方案和议会倡议，以及通过联合国基金、方案和组织的努力，在区域伙伴关系方面也有了进展。在全球一级，多边机构已日益认识到培育伙伴关系可能带来的好处。在这方面，通过联合国发展集团和其他机构，已在政策和程序的协调方面取得明显的进展。

《行动纲领》建议了关于资源调动的有时限的指标——至迟在2000年调集170亿美元，至迟在2005年调集185亿美元（第13.15段）。尽管过去10年用于人口问题的资源稳定地缓慢增加，但仍未达到至迟在2000年调集170亿美元的指标。2003年用于人口的初步资源流动估计数显示，捐助者的援助和国内的资源支援都已增加。然而，至迟在2005年调集185亿美元的指标仍然是整个国际社会面临的挑战。

在贫穷国家，资源差距尤其大，最不发达国家差不多完全依靠捐助者的援助。战略上极重要的一种做法，即把人口和生殖健康问题纳入新的方案框架，已提高现有资源的功效和效率。但是，

除非额外调动可持续的新资源,《行动纲领》的大部分目标和指标就不可能实现。在许多穷国,人口和生殖健康情况反而会恶化。现在,最迫切的工作是:必须实现国际商定的指标——将国民生产总值(国生产总值)的0.7%用于官方发展援助。

第一个十年期间,在执行《行动纲领》方面的进展令人振奋,而且在使国际人口与发展会议的创新办法开始运作方面已学到很多东西,包括寻找成功的办法以及对其执行方面的限制取得较好的了解。提供更多财政资源和足够人力资源的承诺是加速朝向充分执行已有20年历史的《行动纲领》取得进展所必不可少的。实现千年发展目标将取决于实现《行动纲领》的目标。迄今的方案经验证实,所有国家和所有伙伴表现政治意志和决心就能实现这些目标。

七. 结论

本报告(审查和评估在实现国际人口与发展会议行动纲领的目的和目标方面取得的进展)记录了在通过《国际人口与发展会议(人发会议)行动纲领》之后的十年期间世界人口情况的变化。它还审议在人口政策和方案办法方面的改变。

本报告首要的结论是:《行动纲领》通过之后的十年已取得了可观的进展。世界开始看到人口急剧增长的现象业已结束,夫妇较接近于实现其理想的家庭人数和生育间隔,在大部分国家死亡率逐渐下降,有证据证实,许多国家正在采取必要步骤来防治艾滋病毒/艾滋病及其他死亡率危机,各国政府正在制定程序以处理那些与国际移徙流动有关的关切事项。但是,自从召开国际人口与发展会议以来的10年也看到在执行《行动纲领》方面的缺点和差距。各国之间以及在本国内不同人口群体间,在实现《行动纲领》的目标和指标方面,进展各有不同。

兹将在实现《行动纲领》的目的和目标方面所取得进展的一些主要特点直接叙述于下:

- **世界人口在2004年达到64亿。当前的人口平均年增长率为1.3%,比1975年到1990年期间的1.7%已大为**

降低。在较不发达地区，其增长率（1.6%）较平均数为高。在较发达地区，年增长率（0.3%）则远远不及平均数。结果是，1994年至2004年，年人口增加约有95%（7 800万人中有7 500万人）发生在较不发达区域。

- 世界上人口增长率的减少是1990年代差不多全球生育率下降的结果。每名妇女生育5个以上子女的国家，大部分在非洲，由1990至1995年有55个国家减少到2000至2005年仅34个。同一期间，生育率低于更替水平的国家则从51个增加到62个。虽然这些国家大部分是在较发达地区，但在较不发达地区、生育率低于更替水平的国家，数量已加倍，达到20。
- 尽管在一些国家、特别是那些深受艾滋病毒/艾滋病流行之害的国家以及那些经济转型国家，观察到死亡率逐渐增加的趋势，但在全世界出生时平均预期寿命增加了约两年，从1990至1995年的63.8岁增加到2000至2005年的65.5岁。
- 人口分布仍然是许多国家关切的事，尤其是在较不发达地区。事实上，在这些地区只有约四分之一的国家对其空间分布形态感到满意。至迟在2005年，世界人口将近一半（32亿人）将住在城市地区。2005年至2015年，较不发达地区的城市地区实际上将吸收世界上所有的人口增长。这种现象可能使已经存在的与迅速都市化有关的问题恶化。
- 在世界各地，人口老龄化已更加明显。生育率不断下降连同预期寿命延长继续改变世界各地区人口的年龄结构，相对比重已从年轻群体转移到老龄群体。1995年，世界上60岁或以上的人有5.42亿，占世界人口约10%。至迟到2015年，预测这个数字将增加到8.86亿，即占世界人口的12%。事实上，在较发达地区，老年人口已超过儿童（0-14岁）人口。

- 虽然人口和经济发展之间的相互作用绝非简单的和直接的，尤其是在短期内，但是反映在《行动纲领》的最主要看法是，人口增长率减缓就能有较多时间来处理贫穷问题、保护和修复环境、以及为将来的可持续发展打下基础。自 1994 年以来，人口转变，即首先是死亡率下降，然后是生育率下降，已成为全球性的进程。尽管人口增长率大量下降，但是人口快速增长仍然是较不发达地区一半以上政府所关切的事项。在较发达地区，越来越多政府表示关切人口增长率偏低，一些国家还关心人口下降。在许多情况下，这种关切主要涉及人口老龄化对社会-经济发展的影响。
- 许多国家已制订生殖健康方案，使用避孕药具的配偶越来越多，这表示较易获得计划生育服务。根据最新数据（与 1997 年前后的观察相关），在较发达地区，已婚配偶使用避孕药具的比率估计为 70%，在较不发达地区，则为 60%。但是，许多生育仍属意外或时间不当，很多配偶仍无法利用现代计划生育方法。特别是少年的生殖行为已成为世界各地新出现的关切问题。
- 前不久，更多政府认识到性传播感染对公共卫生的重大威胁。但是，这种感染的发生率仍然偏高，1999 年全世界出现了 3.4 亿宗新病例。在许多国家，虽然性传播感染，包括艾滋病毒/艾滋病的威胁日增，但获得信息和服务的机会仍有限。妇女和青少年受到的限制特别大，尽管其在生理上较易受到这种疾病感染。
- 2003 年，192 个国家中有 100 个即占世界人口的 47%，达到了《行动纲领》的目标，即在 2000-2005 年出生时的预期寿命超过 70 岁。但是，有 36 个国家，主要在撒南非洲，出生时的预期仍然不到 50 岁。虽然全球的预期寿命逐渐增加，但绝非各国都一致取得进展，因为许多国家的死亡率并无改进，即使预期寿命没有下降。

原因与政治冲突、社会-经济变动、疟疾、结核病和霍乱等疾病的重新出现以及艾滋病毒/艾滋病流行的影响有关。

- 关于儿童存活，所获进展大部分是在控制可预防疾病方面。然而，缺乏基本卫生以及安全的水和食物，继续大大助长腹泻病造成的死亡率和发病率。据联合国环境规划署（环境规划署）估计，24 亿人没有机会利用适当的卫生设施。婴儿死亡率方面存在着巨大差别。当前在较不发达地区婴儿死亡率是每千名活产死亡 61 人，在较发达地区则为每千名活产死亡 8 人。在 192 个国家中有 130 个，占世界人口的 65%，预期至迟在 2000 年至 2005 年达到《行动纲领》的目标：每千名活产不到 50 人死亡。但是，62 个国家，占世界人口的 35%，无法达到这个目标。
- 《行动纲领》呼吁加强提高初级保健和妇幼保健提供网的本国能力，方法是将服务范围扩大到最穷和最偏远的社区和家庭。各项研究显示，越来越多孕妇确实寻求产前护理。在整个发展中世界，所有孕妇约有 65% 在怀孕期间至少获得某种护理；40% 的分娩是在卫生机构进行的；所有分娩中，比一半稍多是由熟练人员协助。
- 艾滋病毒/艾滋病这一流行病继续在世界各处蔓延，勾消了几十年来取得的社会和经济进展，就发病率和死亡率增加而言，给人民带来灾难性的影响。对一些国家而言，艾滋病对人口影响巨大。53 个受害最重国家，预测其人口在 2015 年将比如果没有艾滋病时少 1.29 亿人。到 2002 年年底，已有约 4 200 万人感染艾滋病毒，全世界已有 2 200 万人因此病而丧生。2002 年约 310 万人死于艾滋病。
- 截至 2000 年中期，约 1.75 亿人住在非其出生的国家，其中五分之三是在较发达地区。《行动纲领》指出，所

有人都应有权选择留在自己本国。但是，政治不稳定以及工资和就业机会方面不平等的扩大，增加了出于政治和经济动机的跨国界国际移徙的可能性。1990年至2000年，全世界国际移民人数增加了2 100万人。虽然绝大多数移民正在对其东道国作出有意义的贡献，但国际移徙造成许多原籍国丧失人力资源，而且可能在目的地国引起政治、经济或社会方面的紧张。

- 过去几年，在越来越多国家，移民已成为一件重大的关切问题。通过实施国家政策来影响国际移徙的数量和形态，这种做法已扩散到世界所有地区。通过新措施来影响移徙的政府数目已迅速增加。例如在2001年，40%国家实施了有效政策来减少移民。也注意到难民人数减少的趋势。同前五年相比，1997年至2001年全世界的难民人数减少了24%。在2001年，发达国家决定给予庇护的案件只有31%。最近，在2001年9月11日事件发生之后，一些国家进一步抓紧其对移民、难民和寻求庇护者的政策。
- 执行《行动纲领》的本国方案在方案的头十年期间已显示令人振奋的成果。已学到很多东西，包括找到成功的办法以及做到更加了解限制本国方案执行的因素。显然，提供更多财政资源和充裕人力资源的承诺是向前推进，加速全面执行已有20年历史的《行动纲领》所必不可少的。

1994年在开罗召开的国际人口与发展会议在下列方面实现了大量创新问题、办法和活动、特别是它探讨生殖和性别问题的方式，它对实现可持续发展的强调，以及在实现变革方面它给予教育、特别是女孩教育在促成变革方面的作用。《行动纲领》还广泛和有系统地确认非政府组织的作用，并且为实现其目的和目标提供关于资源需要和体制机制的详细建议。

如《行动纲领》所述，在开罗取得的进展是以前 20 年期间国际上为探讨人口与发展问题而作的努力作为基础。《行动纲领》特别借重前两次关于人口与发展的会议，即 1974 年在布加勒斯特举行的联合国世界人口会议和 1984 年在墨西哥城举行的 1984 年国际人口会议。

虽然过去 10 年在执行《行动纲领》方面已取得可观的进展，但还是有一些缺陷和差距。进展也并非普遍一致。根据当前的趋势，许多国家可能无法实现《行动纲领》的商定目标。为了实现其目的和目标，需要继续努力和作出承诺，以调动足够的人力和财力资源，加强体制能力，以及培育政府、国际社会、非政府组织和民间社会之间的伙伴关系。有了这种努力和承诺，预期下次的审查和评价将能显示，在实现《行动纲领》的目的和目标方面取得更广泛和更深刻的进展。

注

- ¹ 不安全人工流产的定义是，由缺乏必要技术的人和（或）在不符最低限度医疗标准的环境下结束意外怀孕的手术（根据世界卫生组织“不安全人工流产的预防和管理：技术工作组的报告”（WHO/MSM/92.5），1992 年 4 月，日内瓦）。
- ² 在许多这类报告中，特别是秘书长关于监测人口方案的报告，着重生殖权利和生殖健康，特别提及艾滋病毒/艾滋病，载于提交 2002 年 4 月 1 日至 5 日人口与发展委员会第三十五届会议的《国际人口与发展会议行动纲领》（E/CN.9/2002/3）。