联合国 E/CN.9/2011/4

经济及社会理事会

Distr.: General
31 January 2011
Chinese
Original: English

人口与发展委员会

第四十四届会议

2011 年 4 月 11 日至 15 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

监测人口方案，重点是生育率、生殖健康与发展

秘书长的报告

摘要

关于监测人口方案，重点是生育率、生殖健康与发展的报告，是根据经济及社会理事会第 2009/239 号决定核准、人口与发展委员会按主题和优先次序编制的多年工作方案编写的。人发委员会在其第 2009/101 号决定中决定，把生育率、生殖健康与发展作为委员会 2011 年第四十四届会议的特别主题。

本报告阐述了生育率、性健康与生殖健康、发展和人权之间的相互关系。报告从各级承诺的相关进展、伙伴关系以及方案各方面经验的角度审查了进行中的工作。关于今后的各项工作，报告强调应在当前成绩的基础上继续采取行动，以加快进展并实现普及性健康与生殖健康使人人受益的承诺。

* E/CN.9/2011/1。

11-22088 (C) 170211 220211

请回收

目录

		页次
一.	导言	3
二.	生育率、性健康与生殖健康、发展和人权	3
三.	性健康与生殖健康和保健系统	5
四.	没有兑现的普及承诺：人人受益面临的挑战	6
五.	进行中的工作：承诺和伙伴关系	9
六.	进行中的工作：在实地的方案	11
七.	实施方案的挑战	14
八.	如何加快进展	15

一. 导言

1. 1994 年开罗国际人口与发展会议通过的《行动纲领》，[1] 提高了世人对人口与发展议程上的人权、两性平等、以及性健康与生殖健康、性行为和计划生育大概念重要性的认识。《行动纲领》的执行工作已进入第 16 个年头，在诸多方面取得了成就和进展。但是，重大差距仍然存在，国际社会必须对此加大关注、行动和供资力度。

2. 《行动纲领》执行工作与全球减贫和实现可持续发展努力密切相关。人权、性健康与生殖健康、生殖权利和两性平等，构成了对发展和可持续性极为重要的人口动态。应人口与发展司要求，本报告对《行动纲领》在生育率、性健康与生殖健康和发展领域的执行进展进行了审查。本报告共分八节。第二节阐述生育率、性健康与生殖健康、发展(包括千年发展目标)和人权之间的相互关系。第三节述及保健系统中的性健康与生殖健康基本服务。第四节探讨千年发展目标中普及生殖健康使人人受益指标方面的进展。这不仅是实现人权的必要条件——缩小差异并使人人受益将基本确定实现千年发展目标，包括减贫的程度。它还是决定世界人口能否早于预期实现稳定的关键，人口稳定将对环境可持续性和其他挑战产生巨大影响。

3. 报告第五节和第六节从各级承诺的相关进展、伙伴关系以及方案各方面经验的角度审查了进行中的工作。第七节和第八节重点阐述执行工作面临的挑战和今后需要采取的行动。政治承诺、能力建设以及可靠充足的资金是加快执行进展的必要条件。

4. 在执行工作中，决策者和供资者必须把稀缺资源用于贫困和边缘群体，并解决造成弱势的根本问题。这些群体可能包括穷人、青少年、移民与受人道主义灾难影响者、农村居民、少数族裔和土著人民。各个群体都存在两性平等问题，应特别关注边缘女孩和妇女。报告最后指出，千年发展目标框架中各项目标所体现的国际人口与发展会议的愿景强调，应全面实现初级保健，并广泛进行参与式国家计划制订和优先确定。应特别关注青年，他们是边缘群体的主体，他们是进行积极变革以实现普及、稳定全球人口增长和加快经济发展的重要力量。

二. 生育率、性健康与生殖健康、发展和人权

5. 国际人口与发展会议的《行动纲领》把人权、平等、选择和个人决策作为人口与发展政策和方案的核心。计划生育被纳入了性健康与生殖健康大概念，包括孕产妇和新生儿保健；性传播感染，包括艾滋病毒的预防、诊断和治疗；青少年

[1] 《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。

性健康与生殖健康；流产预防和流产后果管理；[2] 癌症筛查；以及不育咨询。开展综合性教育是《行动纲领》的另一主要方面。

6. 针对“健康是一种完全享有身心健康和社会福祉的状态，而非仅仅是没有病痛”的概念，国际人口与发展会议扩大了性健康与生殖健康概念，将消除性别暴力、有害做法、胁迫或虐待、以及两性不平等纳入其中。性健康与生殖健康密切相关，是一种从事性活动而不受性传播感染(包括艾滋病毒)、意外怀孕、胁迫、暴力、耻辱和歧视风险的能力。性健康也是一种享受知情、满足和安全性生活的能力。

7. 确保普及性健康与生殖健康，增强妇女男子和青年行使性健康与生殖健康权利的能力，减少不平等，是实现可持续发展和结束贫穷的关键。2007 年这一提法得到确认，普及生殖健康被列为千年发展目标目标 5 的第二项指标。目前，性健康与生殖健康已经列入世界领袖的政治议程，并日益得到国际人权法的承认。

8. 性健康与生殖健康信息和服务，特别是计划生育，能够拯救许多生命，并使更多人的生活品质得到改善，同时有利于促进人权、减少贫穷和实现发展。减少生育数目、延长生育间隔与降低孕产妇和儿童死亡率密切相关，并能减少对家庭、社区和环境资源的要求。家庭因此能够加大对子女教育、食物和健康的投入，国家则能把储蓄用于其他社会优先工作。并且，使妇女就是否生育、何时生育作出决定，将为其接受教育和实现就业带来机会。[3]

9. 降低生育率给经济增长注入了强大动力。比如，据估计在洪都拉斯和哥伦比亚，如果计入家庭中受抚养人口比率降低和妇女就业能力，消除意外生育将使穷人的收入提高 10%至 20%。[4] 在赤贫情况下，也能提高 20%，其影响要大于或等于有条件的现金转让。

10. 随着大批青年进入成年和育龄阶段，降低生育率、降低受抚养比率和人口集中加剧将使潜在的微观和宏观经济利益变得十分真实。更重要的是，这些利益来自人们，特别是妇女行使自己的权利。采取扶持政策(如为新就业者提供就业、教育和谋职技能)将为这种人口红利提供保证。把人口红利转变为经济快速增长所需的政策，主要是对人力资本和基础设施进行投资，这种政策必须成为健全发展政策的一部分。

11. 采用安全可靠的避孕药具是影响生育率的因素之一，因为妇女和夫妻能够决定怀孕的时间、间隔和数量。从 1960 年代开始，获得性健康和生殖健康的信息

[2] 《行动纲领》第 8.25 段指出，“在流产与法律不相抵触的情况下，流产应做到安全。”

[3] 联合国人口基金(人口基金)，《人人享有性健康和生殖健康：减少贫穷、促进发展，保护人权》(纽约，人口基金， 2010 年)。

[4] 联合国人口基金，《人口与贫穷的联系：人口动态、生殖健康和两性平等对贫穷的影响》(纽约，人口基金(即将出版))。

和服务，特别是安全可靠的避孕药具的人数不断增加，但这一情况因区域以及妇女和家庭的社会经济特点而异。因此，从 1960 年代开始，世界大部分地区的生育率出现骤降，1995 年后又逐步下降。但是，生育水平因区域以及妇女和家庭的特点而有所不同。

12. 降低生育率有助于减少人口增长，但即使在生育率下降的情况下，联合国人口预测的中位变差预计，人口增长仍将至少持续至 2050 年。[5] 人口增长将主要集中于发展中国家，这是世界部分地区历史上高生育率造成的育龄妇女人数众多(人口惯性)、死亡率降低、生育率居高不下等综合因素造成的。人口惯性将是最大因素，其次是死亡率降低和生育率高，因为育龄妇女人数增加使生育增加，即使每对夫妻只生育两个子女。但是，区域之间和国家之间存在重大差异，比如高生育率仍然是撒南非洲人口增长的最大原因。

13. 在长期存在高生育率的地区，解决高生育率问题依然是一项可行的战略，但方案干预措施应考虑到人权，并让妇女有机会对其适宜的生育数目和间隔施加影响。但在其他情况下，如果人口惯性已经成为人口增长的唯一原因，仍有可能在短期内继续通过推迟生育减少人口增长。妇女受教育程度提高而使结婚年龄提高，两性平等得到改善，妇女就业人数增加，对人口增长率具有重大影响，并能促进经济增长。

14. 把性健康与生殖健康(包括计划生育)、青少年方案和国际人口与发展会议的其他内容纳入发展计划，包括减贫战略，取得了巨大成效，不失为一项明智选择。由此而产生的协同作用将为中长期开辟良好前景，对于实现千年发展目标、环境可持续性、适应和减少气候变化战略十分关键。

三. 性健康与生殖健康和保健系统

15. 持续提供优质性健康与生殖健康服务需要运转良好的保健系统。最基本的保健服务，特别是初级保健服务，必须包括在各级提供性健康与生殖健康服务。其核心服务应包括在同一设施或转诊提供计划生育；孕产妇和新生儿保健(包括优质接生护理和产妇急诊服务)；流产预防和流产后果管理；性传播感染/艾滋病毒预防和服务，包括供应男女安全套；自愿咨询和检测；母婴传播预防和抗逆转录病毒疗法。[6] 应向艾滋病毒感染者提供性健康与生殖健康服务。这套服务对性别暴力和有害做法同样适用。

16. 把性健康与生殖健康纳入初级保健是国际人口与发展会议的一个关键重点，并收到了多种效益。把妇女和弱势群体(包括青少年)纳入保健系统，能够确定风

[5] 经济及社会事务部，人口司，2009 年。

[6] 联合国人口基金，《为人人争取生殖权利、性健康和生殖健康：生殖权利、性健康和生殖健康框架》(纽约，人口基金，2008 年)。

险人口，提供计划生育和艾滋病毒预防信息和服务，诊治其他性传播感染。必须做到随时为性健康与生殖健康提供优质商品和各种干预措施。因此，满足性健康与生殖健康需要是整个保健服务覆盖和提供的唯一指标。在服务受到限制的地方，应在工作场所建立流动诊所并提供服务。必须为卫生工作者提供充分培训和补偿。

17. 尽管如此，仅靠卫生部门是无法实现人人享有性健康与生殖健康目标的。必须向两性平等、性生活、生殖和有害做法方面的社会和文化准则提出挑战，这样才能从根本上解决性健康与生殖健康服务欠缺问题，并为社区提供服务。这就要求各个部门大力协作，对社区进行动员，并制订媒体和传播创新战略，提供信息，鼓励出台有利于两性平等和良好卫生的社会、行为和文化准则。这还意味着要向青年提供性教育，支持女孩和妇女开发决策和谈判技能。此外，还必须使男子和男孩参与增进两性平等、公平和增强妇女权能的方案和举措。

四. 没有兑现的普及承诺：人人受益面临的挑战

18. 从 1960 年代开始，世界大部分地区的生育率出现骤降，1995 年后又逐步下降。[7] 2005-2010 年的数据显示，发展中国家的平均生育率(含中国)为每名妇女 2.7 个子女。同期数据并显示，最不发达国家的生育率估计为 4.4。近年，许多地区的生育率下降速度趋缓。在撒南非洲，生育率居高不下，约为每名妇女 5 个子女。在布隆迪、马里、尼日尔、塞拉利昂等高生育率国家，高婴儿死亡率和人均收入低下现象同时并存。[8] 影响生育率的因素有年龄、教育，居所、婚姻状况、家庭财富、结婚年龄、避孕药具的供应和使用等。

19. 口服避孕药于 1960 年代问世，其后使用量大幅增加。2007 年，全世界采用一种避孕方法的已婚或同居妇女(15 至 49 岁)占 63%，1990 年为 55%。[9] 1995 年至 2008 年，计划生育使发展中国家的意外怀孕比例降低了 20%。并且，仅在 2008 年现代避孕药具就避免了 120 万婴儿出生和 23 万妇女死亡。[10] 尽管如此，避孕药具的采用率还很低，特别是在撒南非洲，从 1990 年代的 12%提高至 2000 年的 20%，2007 年又仅上升至 22%。9 国家内部的差异不但存在还继续扩大：比如 2007 年，整个撒南非洲 20%最富裕家庭采用避孕药具的妇女人数几乎是最贫困家庭妇女的四倍。[11]

---

[7] 经济及社会事务部，人口司，2009 年。

[8] 世界银行，“世界银行 2010-2015 年生殖健康行动计划”(2010 年 4 月)。

[9] 《2010 年千年发展目标报告》(联合国出版物，出售品编号：E.10.I.7)。

[10] Susheela Singh and others, Adding It Up: The benefits of investing in family planning and reproductive health(纽约古特马赫研究所和人口基金，2009 年)。

[11] 联合国人口基金，《生殖健康的普及率：证据审查》(纽约，人口基金，2010 年)。

20. 据估计，在 15 至 49 岁的已婚或同居妇女中，有 2.15 亿在计划生育方面有一个未满足需求；这意味着如果得到适当信息和服务，她们可以用避孕药具来避免或推迟怀孕。如列入单身妇女数据，未满足需求将会更大。数据显示，在全球范围内未满足的计划生育需求几乎保持不变，从 1990 年的 13%仅下降至 2007 年的 11%。[11] 未满足需求始终限制了生殖权利的行使。但是，对长期趋势并不能作出简单的解释，因为这种趋势反映了避孕药具供需的变化，并且与行为变化相关。未满足需求在区域之间和区域内部很不一样。在最不发达国家，据估计 24%的已婚或同居育龄妇女在计划生育方面有一个未满足需求，而整个发展中国家为 11%。[12] 2007 年的一份报告显示，在拉丁美洲和加勒比区域，巴西和哥伦比亚的未满足需求较低，分别为 6%和 7%，海地最高，达到 40%，是研究覆盖的 53 个国家中的最高水平。[13] 在南亚和东南亚，越南的未满足需求为 5%，柬埔寨为 26%。

21. 撒南非洲的数据还显示，贫困、未受教育或农村地区妇女采用避孕药具的比例较低。撒南非洲农村妇女避孕药具的平均使用率为 17%，而城市地区为 34%。[14] 如按家庭财富和教育划分，差异更大。未受教育妇女的避孕药具使用率为 10%，而具有中学或更高教育水平的妇女为 42%。

22. 世界卫生组织(世卫组织)、联合国儿童基金会(儿童基金会)、人口基金和世界银行最近的一项研究估计，2008 年全世界有 35.8 万名孕产妇死亡，比 1990 年报告的 54.6 万下降 34%，[15] 这一数据显示取得的进展令人鼓舞但仍不充分。发展中国家继续占孕产妇死亡总数的 99%，而撒南非洲和南亚就占了 87%。在撒南非洲，死于与怀孕和生产有关原因的妇女比例为 1 比 22，而拉丁美洲为 1 比 280，发达国家为 1 比 5 900。国家内部也存在不平等现象；富裕群体和城市居民进展巨大，而贫困和农村人口的死亡率则居高不下。

23. 作为降低孕产妇死亡率的决定因素之一，孕期保健的范围有所扩大，北部非洲进展最大，孕期至少进行一次产前检查的妇女比例提高了 70%，而在南亚和西亚增幅接近 50%。[3]

24. 在全球范围内，不安全流产至少占每年孕产妇死亡的 13%。在拉丁美洲等区域，不安全流产是造成孕产妇死亡的主因。2003 年，全球近一半流产为不安全流

---

[12] 经济及社会事务部，人口司，2010 年。

[13] Gilda Sedgh and others,“Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and their Reasons for Not Using a Method”. *Occasional Report*,no.37.New York:Guttmacher Institute; 2005 Demographic and Health Survey for Cambodia。

[14] Davidson R. Gwatkin and others, Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries:An overview(Washington,D.C.,World Bank, 2007)。

[15] 世界卫生组织，《产妇死亡率的趋势：1990 年至 2008 年。世卫组织、儿童基金会、人口基金和世界银行的估计》(日内瓦，世卫组织，2010 年)。

产，而几乎所有不安全流产都发生在发展中国家。[16] 在全世界范围内，人工流产从 1995 年的 4 600 万次减少至 2003 年的 4 200 万次。东欧地区降幅最大，从每千名妇女 90 次减少到 40 次。[17] 流产减少与避孕药具使用大幅增加保持同步。

25. 2008 年，据估计全球艾滋病毒感染人数共计 3 340 万。2008 年新感染人数估计为 270 万，比 1996 年流行病高峰期降低 30%。在 21 个艾滋病毒影响最大国家中，有 16 个国家的感染人数出现下降，主要原因是新感染人数减少、以及首次性体验年龄、性伙伴数目和安全套使用方面出现变化。[18] 撒南非洲地区仍然是艾滋病毒影响最严重地区，占 2008 年新感染总数的 71%。接受抗逆转录病毒疗法的人数大幅增加，但仍需加强预防措施，包括提供更加全面广泛的性健康与生殖健康的信息和服务(见A/64/735)。

26. 几年来，在向青少年提供性健康与生殖健康信息和服务方面取得了一定进展。但是，青少年依然面临严峻挑战。发展中国家青少年的生育率从 1990 年每千名女孩的 65 降至 2000 年的 55，但 2007 年为 53，显示生育已达到高峰。撒南非洲仍是青少年生育率最高地区，并且依然没有出现下降。[11] 保持高生育率的还有拉丁美洲、大洋洲和南亚地区。同时，青少年生育率方面的差异在继续扩大。撒南非洲城市地区的生育率有所下降，但最贫困、教育程度最低女孩的生育率却在继续提高。每年，有近 1 500 万少女成为母亲。在世界艾滋病感染最严重地区，青年妇女的感染风险是同龄男子的八倍，因为这种风险由于男女地位不平等而变得更加巨大。[19]

27. 与童婚有关的早婚给性健康与生殖健康造成了不良后果。虽然平均结婚年龄有所提高，特别是在亚洲和北非部分地区，但是发展中国家很多妇女仍然实行早婚。在发展中国家(中国除外)，15 至 19 岁结婚的占女孩总数的四分之一。[16] 农村的童婚率是城市的两倍。[20] 对婚姻的充分同意早已成为一项人权，但是行使这项权利并未普遍实现。

28. 研究显示，卫生和教育方面的公共开支更多地用于社会富裕阶层。[14] 富裕阶层日益受益于性健康与生殖健康服务，而因贫穷、性别、族裔、年龄、缺乏教育、

---

[16] Susheela Singh and others, Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress (New york, Guttmacher Institute,2009)。

[17] Gilda Sedgh and others,“Legal Abortion Worldwide:Incidence and recent trends”. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, vol.39, no.4.(New York,Guttmacher Institute,2007)。

[18] 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)，Outlook Breaking News.“Young People Leading the Prevention Revolution”(Geneva, UNAIDS,2010)。

[19] 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)，《全球报告：关于全球艾滋病大流行病的报告》，日内瓦，艾滋病署，2010 年。

[20] 联合国儿童基金会，《2009 年世界儿童状况报告：孕产妇和新生儿健康》(联合国出版物，出售品编号：E.09.XX.1)。

冲突和其他边缘化形式遭到排挤的人们，往往无法得到性健康与生殖健康服务。撒南非洲 24 个国家的数据显示，最富裕家庭和中等或以上教育妇女进展显著，而最贫困和受教育最少妇女进展缓慢。

29. 缺乏性健康与生殖健康使贫困状况更加恶化。但是，提供性健康与生殖健康服务又能够迅速转变为死亡率、发病率和生育率降低，并转变为受抚养人员减少的家庭结构。因此，性健康与生殖健康服务加大了把资源从基本消费转为改善教育、营养和保健以及转为储蓄和资本资产的能力。相比而言，缺乏性健康与生殖健康的人们疾病负担加重，死亡率提高，营养严重不良。他们还要把更多的家庭收入用于维持日常生计。他们的高生育率转化为大批被剥夺教育和生活选择的儿童，反过来又使他们早婚早育，因此形成了贫困和被剥夺的生活循环。

五. 进行中的工作：承诺和伙伴关系

30. 政治承诺是性健康与生殖健康取得进展的关键因素。在各级的承诺、政策、法律、伙伴关系和发展方法上都出现了积极变化，正在促进营造有利于性健康与生殖健康的环境，并制订扩大效益、解决严重不平等现象的指导战略。报告第二节将重点阐述一些重要例子，以说明在这方面取得的进展。

全球一级

31. 在全球一级取得了重大进展。1990 年代的国际会议及其后的后续会议，大大提高了对性健康与生殖健康和对生殖权利的认识，并且为加强执行创造了条件。十年来，对各国政府具有法律约束力的国际人权法和联合国条约的监测机构，对性健康与生殖健康，特别是青少年权利、孕产妇保健和计划生育的认识日益加深。

32. 十年来，许多政府间进程承认国际人口与发展会议在实现千年发展目标方面发挥了核心作用；新增加的关于普及生殖健康的目标 5b，补充了关于《行动纲领》其他方面的目标，比如关于促进两性平等的目标 3、以及孕产妇死亡率(目标 5)、新生儿健康(目标 4)和艾滋病毒预防(目标 6)。联合国千年项目在其初步报告中确认了“速赢活动/速效倡议”中的生殖健康。[21] 联合国千年发展目标问题高级别峰会 2010 年 9 月在纽约举行，世界领导人在会议通过的成果文件中重申对性健康与生殖健康的承诺，并在每个目标，包括与卫生有关目标所取得的经验和良好做法的基础上，明确了今后全面采取的一系列行动(见大会第 65/1 号决议)。

区域一级

33. 在区域一级，特别是非洲，作出了重要的政策声明和承诺。非洲国家 2003 年签署的《非洲人权和人民权利宪章非洲妇女权利议定书》(《马普托议定书》)

[21] United Nations Millennium Project.Investing in Development:A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals(London and Sterling, Virginia,Earthscan, 2005)。

于 2005 年生效。《议定书》谴责并禁止性暴力和有害做法，申明妇女拥有健康权利，特别是生殖权利。《议定书》还责成各国政府提供充分、负担得起和可得到的信息和服务，使妇女能够实现上述权利。2006 年，非洲联盟核准了《非洲促进性和生殖健康及权利大陆政策框架》。非洲卫生部长随后发表文件提出一项行动计划，并于 2007 年得到核准。2010 年 7 月，卫生部长又建议非洲国家参加“迅速降低非洲疟疾死亡率”运动，要求成员国对其承诺采取的行动承担责任，以此重申了上述行动计划。

34. 拉丁美洲和加勒比地区的卫生部长和教育部长通过题为“通过教育进行预防”的部长级宣言，承诺对综合性教育和青年友好型卫生进行投资。宣言于 2008 年 8 月第十七届国际艾滋病大会前获得通过。

全球和区域倡议和伙伴关系

35. 八国集团从 1990 年代早期就把卫生作为发展的一个根本方面。2000 年，集团开始设立全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金；2001 年，集团提出打破贫穷与疾病循环的挑战；2005 年，集团商定加强对艾滋病毒/艾滋病和疟疾的投资；最近又在加拿大安大略省穆斯科卡把孕产妇、新生儿和儿童卫生作为八国集团旗舰倡议，计划生育则是倡议中的一个重要内容。在法国和德国的协调下，授权“为卫生供资倡议”执行八国峰会会议作出的加强卫生系统的决定。20 国集团再次承诺，根据《援助实效问题巴黎宣言》和《阿卡拉行动议程》的原则为千年发展目标和官方发展援助履行认捐义务。

36. 目前，人口基金、儿童基金会、世卫组织、世界银行和艾滋病署正在为改善孕产妇和新生儿保健而共同努力。这项倡议正在帮助 49 个国家建设这一领域的能力，并动员世界各国作出空前承诺。孟加拉国、埃塞俄比亚、尼日利亚和巴基斯坦等国的联合方案，有助于为 2010 年 9 月秘书长启动的妇女儿童卫生全球战略奠定基础。

37. 《全球战略》是首份明确和协调现有努力、履行新承诺、以及建立成就责任框架的蓝图。《全球战略》得到了各国政府、国际组织、慈善机构、民间社会、工商界、卫生工作者、专业协会和学术研究机构的认可，并得到了 192 个会员国的一致赞成。《全球战略》给全球社会带来了一项商定计划，并给全球社会提供了 400 亿美元认捐，商定计划强调进行投资和创新并取得可衡量的成果。

38. 为协调这一领域的行动，2005 年启动了孕产妇新生儿和儿童健康伙伴关系。伙伴关系为成员通力合作以集体力量解决问题提供了论坛。

39. 国际卫生伙伴关系正在加紧努力，推动实现与卫生有关的千年发展目标。伙伴关系正在加强 21 个亚非国家的国家进程，重点是振兴卫生系统。

40. 生殖健康供应商联盟由全球多边和双边组织、私人基金会、政府、民间社会、私营部门代表组成，专事确保所有中低收入国家人民获得和使用优质和负担得起的避孕药具和其他生殖卫生用品。

41. 非洲开发银行、艾滋病署、人口基金、儿童基金会、世卫组织和世界银行组成的区域机制非洲卫生协调，正在协助开展以证据和国家为基础的规划制订、费用计算和预算编制，促进与国际进程的统一协调；并正在帮助克服保健系统方面的瓶颈。

私人基金会倡议

42. 私人基金会从其议程出发，日益加大对性健康与生殖健康的支助力度；比如，2010 年 6 月比尔及梅林达·盖茨基金会宣布，到 2014 年为计划生育、孕妇、新生儿和儿童保健、以及营养捐款 15 亿美元。

国家一级

43. 最近举行的国际人口与发展会议 15 周年审查会议，显示出国家一级政策变化的深度和多样性，[22] 包括各种执行生殖权利、消除性别暴力、为青年提供性教育和加强初级保健中的性健康与生殖健康覆盖面的承诺、政策、战略和计划。克服资源紧张以及根据各国的具体情况执行承诺和计划，依然是今后执行工作最严峻的挑战。

六. 进行中的工作：在实地的方案

改善孕产妇保健

44. 通过孕产妇保健专题基金，人口基金为孕产妇死亡率和发病率偏高的国家提供了产科瘘防治和产科急诊及新生儿护理方面的支助。例如，在 H4+机构和哥伦比亚大学的支助下，埃塞俄比亚政府开展了一项产科急诊和新生儿护理需求评估，以记录性健康和生殖健康服务提供方面的差距、质量和使用情况。评估结果正被用于决策和规划，包括制订由一个年度核心计划和一项关于改善孕产妇和新生儿保健的联合国联合方案组成的一个国家卫生部门五年计划，其中包括卫生工作者的培训、招聘和保留——迄今为止成果令人鼓舞。

45. 2008 年，人口基金和国际助产士联合会发起了一项联合方案，培养可持续的助产士队伍，以改善低资源环境中的熟练助产服务。该方案目前正在 15 个国家执行，大部分在撒南非洲。在那里，国家办事处的助产顾问与政府合作填补空白、增加提供服务并改善服务质量。

46. 在蒙古，由于人口基金和其他伙伴的支助，产前护理得到改善，性健康和生殖健康方面的流动服务得到推广，深入边远和弱势群体的外联活动得以开展，从而使活产的产妇死亡率从 2006 年的十万分之 69.7 下降至 2008 年的十万分之 49。

[22] 人口基金，《在回顾中前进：人发会议 15 周年审查会议成果和建议》，2010 年。

47. 为了解决孕产妇和新生儿死亡率持续偏高的问题，人口基金、儿基会和世卫组织在联合王国国际发展部和欧洲联盟的财政支助下，与孟加拉国政府联手执行了一项综合举措，改善对孕产妇和新生儿高质量保健服务的利用，特别是在贫困和遭到社会排斥的群体中。结果，在公共卫生设施中分娩的人数有所增加，在医院治疗综合症的人数也有所增加。

扩大提供计划生育服务

48. 人口基金加强生殖健康商品安全全球方案正在支助约 45 个国家提高它们的避孕普及率和减少计划生育需求得不到满足的情况。该方案正在提供避孕用品和其他基本的性健康和生殖健康商品、帮助增加需求并建立国家管理性健康和生殖健康用品供应的能力。例如，在马达加斯加，未获满足的计划生育需求为 24%，人口基金通过培训、软件和供货，成功支助公共卫生用品发放系统克服了各卫生设施中缺货或积压的情况。

49. 在牙买加，人口基金一直在提供支助，以减少少女怀孕的情况，并确保怀孕少女获得所需服务，以减轻早孕对她们教育、经济和社会机会的影响。女孩们获得了计划生育方面的帮助并接受了性教育和辅导。

提供堕胎后护理

50. 在阿根廷，25 年多来，堕胎引起的并发症是孕产妇死亡的主要原因。卫生部在人口基金和开发署的支助下实施了一个改善堕胎护理质量防治并发症的项目，以期加强公立医院为堕胎不全的妇女提供综合护理的能力。该项目缩短了等候时间和在医院里度过的时间。[23]

防治艾滋病毒

51. 在津巴布韦，15 岁至 19 岁感染者从 2001 年的 23.7%下降到 2010 年的 14.3%。在该国，人口基金与联合国系统其他机构和伙伴合作，协助制订一项安全套综合方案并开展了一项改变行为的大规模宣传活动，触及了社会的各个角落。

以少女为目标

52. 联合国少女问题机构间任务组正在国家一级促进协作，以使少女能够享受到自己的权利并获得社会服务。它已开始在埃塞俄比亚、危地马拉、利比里亚和马拉维启动了针对女孩的活动。例如，在埃塞俄比亚阿姆哈拉地区，农村已婚妇女的 48%和城市已婚妇女的 28%都是在 15 岁之前结婚。人口基金支助的一个方案对少女进行综合干预，帮助把平均结婚年龄从 13.5 岁提高到了 15 岁。

[23] 联合国发展集团，《千年发展目标的良好做法》，2010 年，网上浏览：www.undg-policynet.org/?q=node/11，2011 年 1 月 19 日查阅。

摒弃有害做法

53. 始于2007年的人口基金-儿基会废除切割女性生殖器联合方案已在这种做法流行率偏高的 17 个国家中开展了工作。这一方案的目的是推动基层社区教育方案和社会动员运动，以使民众集体摒弃这种有害做法。仅在 2009 年，此类活动就使冈比亚、几内亚、塞内加尔和苏丹数百个社区公开摒弃了这种做法。

扩大性教育

54. 证据表明，年轻人希望获得有关性健康和生殖健康的信息，包括关于艾滋病毒的信息。研究也表明，性教育方案往往可以推迟年轻人开始发生性活动的时间、减少性伙伴的数量、增加安全套的使用。[24] 自 1993 年以来，在人口基金支助下，哥伦比亚政府实施了一项全面方案，以期提高年轻人对性健康和生殖健康问题的认识，促进两性平等。2 000 多名教师通过该方案参加了 180 个讲习班。一些大学现在开设了性教育课程，以确保提供训练有素的教师。

开发创新和新技术

55. 自国际人口与发展会议以来，避孕技术和其他生殖健康干预措施取得了进展，现有方法得到改善和多样化，并开发了新的方法，从而使妇女有了更多的选择，安全和效能达到更高水平，并出现了若干新的提供方式。不过，避孕药具研发资金仍然不足。例如，通过开发署/人口基金/世卫组织/世界银行人类生殖研究、发展和研究训练特别方案提供的资金依然不足。

56. 在开发防治性传播感染的新技术方面也取得了进展，例如可在初级保健阶段使用的梅毒新式测试法。[25] 最近研制的两种疫苗可以防止传染导致大多数宫颈癌的人类乳头瘤病毒的某些毒株。为女童和少女接种这类疫苗可降低宫颈癌的发病率。在发展中国家，宫颈癌是妇女死于癌症的首要原因。例如，在格鲁吉亚，癌症预防和早期检测取得了可观的进展。21 世纪初期，该国政府的重点是医治晚期病人。而如今，在人口基金支助下于 2006 年启动的格鲁吉亚乳腺癌和宫颈癌筛查方案正在提供服务推广早期检测，并计划在未来几年内实现全国覆盖。

57. 性健康和生殖健康的挑战大都集中在发展中国家，移动电话在这些国家中的使用可以产生深远的影响。例如，通过移动电话监测和转介病人，就有可能对妇女从怀孕到产后进行全程监测。移动电话的使用还可减少分娩过程中在决定和交通方面的延误。[26] 在人口基金的支助下，马里正在开发一种移动保健系统，以监

---

[24] 联合国教育、科学及文化组织，《性教育国际技术指南：供学校、教师和卫生教育人员使用的一种循证知情办法》，第一卷(巴黎，教科文组织，2009 年)。

[25] 世界卫生组织，《2006-2015 年世卫组织预防和控制性传播感染全球战略：打断传染链》(日内瓦，世卫组织，2007 年)。

[26] Women Deliver Bulletin(December 2010)。

测孕产妇和新生儿死亡情况，并随时掌握各个卫生设施中避孕药具和救生药品的储存情况。

七. 实施方案的挑战

58. **政治承诺和善治**：惠及所有人的性健康和生殖健康需要在许多层面克服各种制约：在家庭和社区里、在保健服务提供系统内、在更广泛的政策和公共机构里、在捐助方和国际组织之中。国家和地方各级的治理质量至关重要，在制订和实施健全的政策以加强卫生系统并为实现全民保健创造有利环境方面的承诺、公信力和能力也同样重要。

59. **供资趋势**：近年来，捐助方已逐渐不再资助具体的项目或具体疾病的防治方案。相反，它们正在提供更广泛的卫生部门支助，以期消除贫穷的深层原因和支助整个卫生系统。不过，性健康和生殖健康等重要的保健方面常常在此进程中受到忽视。2000 年至 2008 年，卫生方面的发展援助总额几乎增加了两倍，主要是由于为防治艾滋病毒/艾滋病提供的资金迅速增多，而对性健康和生殖健康方面其他服务的援助则落在了后面，对计划生育的供资也有所减少。根据人口基金/荷兰多学科人口研究所资源流动项目的数据，对计划生育的供资近年来略有增加，但仍低于 1994 年的数字。[27] 与此同时，育龄妇女人数大幅度增加，而想要避免或推迟怀孕者的百分比也大幅度升高。经费的逐年不可预测性给有效规划造成了困难。[28]

60. **全球金融和经济危机**：世界上最贫穷的国家正在遭遇困难，特别是受到发达国家复苏缓慢以及与此相关的食品价格上涨的影响，因为它们大都是粮食净进口国。数个捐助国政府未能如期兑现援助承诺，而各国政府削减预算赤字和公共债务的努力可能会妨碍发展援助的进一步增加，从而在所有领域都产生负面影响，其中包括卫生和其他社会部门。[29] 不过，2010 年 6 月，八国集团承诺提供 50 亿美元用于孕产妇、新生儿和儿童保健(包括性健康和生殖健康)，这一承诺带来了新的希望。

61. **卫生系统受到削弱和缺少具备技能的医护人员**：性健康和生殖健康必须植根于一个强有力的卫生系统中。这样一个系统必须通过妥善监管的公私伙伴关系获

[27] 人口基金《人口活动财政资源流动情况》(各年度)和秘书长关于协助执行《国际人口与发展会议行动纲领》的财政资源流动情况的报告(E/CN.9/2011/5)。

[28] Giulia Greco and others, "Countdown to 2015: assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006", The Lancet, vol. 371, No.9620(April 2008), pp.1268-1275.

[29] "逆流而上：发展中国家如何应对全球危机"，世界银行工作人员为 2009 年 3 月 13 至 14 日在联合王国霍舍姆召开的 20 国集团财政部长和中央银行行长会议编写的背景文件。

得足够的资金，得到有效的治理，而且必须拥有数量充足、训练有素的合格提供者。它还必须有保险和其他机制，以保证所有人都获得保健服务。[8] 在现实中，卫生系统面临着资金和人员短缺的问题，这些问题给保健制造了障碍，特别是在穷人和被边缘化群体中。许多国家，特别是非洲国家，都面临着医护人员的严重短缺。估计全世界需要增加医生、护士和助产士 240 万名。[8]

62. **两性不平等和侵犯人权的情况持续存在：**每年都有不少女孩和妇女枉死于忽视、歧视和暴力。数以百万计的妇女遭受亲密伴侣的暴力、“荣誉”犯罪和激情犯罪之害，而且缺乏医疗护理或足够的营养。[30] 两性不平等和未能承认及保障妇女和女童权利的情况阻碍了性健康和生殖健康的进展。

63. **与宗教领袖和信仰组织互动协作：**尽管在争取宗教领袖和基于信仰的合作群体支持国际人口与发展会议议程方面取得了进展，但对于循证的性健康和生殖健康方案仍有一些零星的有组织反对。这种情况可能阻碍性健康和生殖健康和生殖权利方面的进展。

64. **解决不公平问题：**尽管在提供性健康和生殖健康服务方面取得了相当大的进展，但这些服务往往未能惠及穷人，导致他们在性健康和生殖健康方面的发病率和死亡率都不成比例地偏高，而获得信息和服务的程度则偏低。性健康和生殖健康方案和政策的制订、规划和实施都未能充分考虑到那些最边缘化和最脆弱的群体。

八. 如何加快进展？

65. 性健康和生殖健康普及方面的进展需要各级的立即和持续行动。它要求充足的资金、坚定的政治承诺、大胆和创新的规划以及不同行为体的参与，其中包括民间社会、信仰团体和私营部门的合作伙伴。前进道路上的关键要素包括：

66. **把性健康和生殖健康及生殖权利列为国家优先事项：**强有力的国家承诺和供资、正常运作的医疗体系、把性健康和生殖健康纳入各级保健(尤其是初级保健)和重点深入及服务弱势群体都至关重要。性健康和生殖健康必须纳入国家发展规划机制，并在情况分析中超越单纯的描述而转化为战略、产出和资金。计划应包括各种指标，例如作为一个整体的人口和(或)特定群体的生育率和孕产妇死亡率。进程指标也应包括在内，例如服务的使用和提供、人员配置适当且拥有所需设备及用品的服务提供点的比例、提供性健康和生殖健康专科服务的服务提供点的百分比。

67. **采用人权框架：**必须采取以人权为基础的办法，促进两性平等、公平和公正。法律和政策应禁止并惩处提供保健服务方面的有害做法、基于性别的暴力和歧

[30] Nicholas Kristof and Sheryl WuDunn, Half the Sky: Turning oppression into opportunity for women worldwide, New York, Alfred A. Knopf, Random House, 2009。

视。创造有效的政策环境也涉及到监测和问责机制的建立。受影响的社区应积极参与制订法律和政策并确保它们得到有效执行。

68. **采取多部门办法**：如果孤立地制订和执行性健康和生殖健康政策及方案，普及就难以实现。因此，这些政策和方案必须纳入旨在实现两性平等、妇女和女童权利、普及教育以及推动民主化参与式治理的进程的其他措施之中。过去几十年的经验充分证明了哪些办法能够行之有效。预防性措施可以最大限度地促进福祉和保护权利，还可使公共卫生系统节省费用，产生高回报。那些最有效的办法应予推广和扩大。

69. **确定和服务弱势群体**：为了促进社会正义和优化利用紧缺的公共资源，应努力解决经济、社会和文化不平等问题。区域、国家和地方的情况千差万别，需要可靠的人口数据、分析和协商，以确定最脆弱和最受排斥的群体。政策制订者和资金提供者应把紧缺资源用于这些群体，并处理那些导致他们脆弱的深层因素。全民健保是长远目标，而当务之急可能是需要为弱势群体和个人设立最低限度的社会保护标准。

70. **应对青少年的需求和现实情况**：政策和方案应通过多部门办法支持青少年全面发展，包括提供生活技能教育和性教育，并在卫生及性健康和生殖健康/艾滋病毒问题方面推行符合青少年的需求并与塑造青少年性行为的多种因素相呼应的一套核心服务。政策和方案还应鼓励青少年在与他们生活有关并影响到他们未来的所有问题上都发挥领头作用和参与功能。

71. **建立参与进程**：处理导致性健康和生殖健康不佳的社会和文化因素需要利用社区一级的资源造福于女孩和妇女并需要男人和男孩的参与。只有所有利益攸关方的全面参与并植根于社区规划和动员，执行、监测和评价才能发挥最大功效。与社区组织互动协作可以确保自主管理，并使政策及方案切实顺应民众的需要和现实。

72. **加强卫生系统**：加强卫生系统以提供公平、高效和可持续的性健康和生殖健康优质服务至关重要。应努力建立国家在规划、执行和监测方面的能力。这种努力的一个重要方面是主动为边缘化群体提供服务，并消除他们在获取服务方面受到的阻碍，包括法律、文化和经济障碍。

73. **培训保健服务的提供者**：提供者的培训，包括任务转移，有助于解决健保工作人员短缺的问题。性健康和生殖健康方面的严重问题必须由医生处理。而其他卫生专业人员，例如助产士和其他人员，则可接受培训以处理性健康和生殖健康方面的大部分其他问题，包括分娩、计划生育、产后护理、性传播感染筛查和治疗，以及艾滋病毒母婴传播的预防。

74. **维持性健康和生殖健康商品的流通**：一个行之有效的卫生系统，关键在于负担得起的优质商品的可用性、高效管理和有效分配，这些商品包括避孕药具、男用和女用避孕套、药品和设备。

75. **性健康和生殖健康与防治艾滋病毒相结合**：包括艾滋病毒、计划生育需求未获满足以及孕产妇死亡率偏高在内的许多性健康和生殖健康问题，都产生于相同的根本原因，即性别不平等、贫穷、排斥和歧视。而处理这些根本原因的许多战略也是相同的，例如：改变性行为和社区在两性、性与生殖问题上的规范；加强和改进基本卫生服务的提供；努力消除与性有关的禁忌，等等。因此，在决策、保健系统、社区和家庭这些所有层次上，都必须把艾滋病毒的预防与性健康和生殖健康相结合。

76. **在促进性健康和生殖健康成本效益的同时增加资金**：与性健康和生殖健康有关的千年发展目标需要增加资源，所增资源应在战略指导下加以有效利用，包括用于以下方面：

(a) *计划生育服务*。向有意推迟、间隔或避免怀孕的所有人立即提供避孕服务和商品，就将每年耗资 67 亿美元(按 2008 年美元价值算)，其中包括为目前已在使用现代避孕方法者提供服务的 31 亿美元，加上用于填补未获满足需求的 36 亿美元。在现代计划生育方法方面，需求未获满足的妇女估计有 2.15 亿人，如果她们都使用避孕方法，发展中国家的意外怀孕将减少 5 300 万人次(至 2 200 万人次)，并可避免 2 500 万次堕胎和 700 万次流产。[10]

(b) *孕产妇和新生儿保健*。为孕妇和新生儿提供孕产妇及新生儿护理的费用目前为每年 86 亿美元，用于维持现有但不完全的覆盖水平。如把服务范围扩大到让所有妇女都能获得推荐的孕产妇和新生儿护理，就需要增加费用 143 亿美元，使总额达每年 230 亿美元。倘若如此，孕产妇死亡率估计将下降 57%。满足对现代避孕药具的未满足需求将减少意外怀孕，节省开支 51 亿美元，而省下的资金可用于为孕妇和新生儿提供护理。因此，把孕产妇和新生儿保健扩大到普及程度的年度费用仅会增至 179 亿美元，而不是 230 亿美元。[10]

77. **改进规划、监测和评价**：更好地管理现有资金需要加强能力和改进方法以指导决策和资源分配，包括衡量以下方面的各种指标：在普及性健康和生殖健康方面的进展；定期采集高质量数据，并按性别、年龄、财富、婚姻状况、居住地以及族裔等其他相关特点进行分类；使用现有数据规划方案、监测进展并在必要时调整战略。

78. 各项千年发展目标相互依存，并日益得到综合处理；在每一项目标中取得的进展都能促进所有其他目标的进展。普及性健康和生殖健康就是这种动态的一部分。性健康和生殖健康可以推动社会、经济、政治和文化的进步，反过来也会受其影响，而且对人类的尊严和福祉极为重要。这符合《国际人口与发展会议行动纲领》范围广泛的愿景，这种愿景认识到必须扩大教育、尤其是扩大到女孩，实现两性平等，减少贫穷和饥饿。把握和处理好人口增长的动态也是应对气候变化和威胁我们生存的其他环境危害的一个关键方面。

79. 国际人口与发展会议的愿景确认了使个人和夫妻能够满足其生儿育女时机和间隔方面愿望的短期和长期影响。致力于实现普及性健康和生殖健康、包括普及艾滋病毒防治这一目标，就能挽救许多人的生命，并能改善无数其他人的生活。在资源匮乏之时，投资于性健康和生殖健康是解决一系列发展挑战和打破贫穷跨代循环的一条明确道路。