



大会

Distr.: General
5 August 2013
Chinese
Original: English

第六十八届会议

临时议程* 项目 65(b)

促进和保护儿童权利：儿童问题

特别会议成果的后续行动

关于儿童问题的大会特别会议的后续行动

秘书长的报告

摘要

本报告评估 2012 年为实现适合儿童生长的世界而采取的步骤，着重指出尚存的差距，以及为达到未实现的目标需要作出的战略调整。

本报告遵循 2002 年大会第二十七届特别会议 S-27/2 号决议、第 58/282 号和第 61/272 号决议编写，大会在这些决议中请秘书长定期报告题为《适合儿童生长的世界》的 S-27/2 号决议附件所载《宣言》和《行动计划》的执行进展情况。

* A/68/150。



一. 导言

1. 2002 年举行了历史性的关于儿童问题的大会特别会议，190 个国家的代表团在会上通过了题为“适合儿童生长的世界”的《宣言》和《行动计划》(S-27/2 号决议，附件)。这项文件使各国政府承诺为儿童和青少年制订一系列有时限的目标，重点在于：(a) 促进健康生活；(b) 提供优质教育；(c) 保护儿童不受虐待、剥削和暴力侵害；(d) 防治艾滋病毒/艾滋病。本报告是关于儿童问题的大会特别会议后续行动的第十一次最新进展情况报告。

2. 2007 年举行了一次纪念在“适合儿童生长的世界”中所作承诺的全体会议，目的是审查在执行《宣言》和《行动计划》方面取得的成果和进展。在 2010 年关于千年发展目标问题的大会高级别全体会议上，各成员国通过了题为“履行诺言：团结一致实现千年发展目标”的第 65/1 号决议，进一步承诺要加快实现千年目标的进度。

3. 会员国的这些承诺以及所支持的努力正在显现出实际结果，但进展参差不齐，仍有很多工作要做。从全球看，儿童存活率继续提高。40%的儿童死亡发生在出生后一个月内，但是，幼儿死亡人数在 2011 年达到历史最低水平，估计为 690 万。最新研究突出显示了幼儿期发育障碍对生理和认知发育造成无法扭转的危害，而每 4 名 5 岁以下幼儿中，就有一名有发育障碍。产妇死亡率从 1990 年的每年 543 000 人死亡，大幅下降到 2010 年的 287 000 人，但是仍需要取得更快进展。1990 年至 2008 年，估计有 17.7 亿人获得经改善的饮用水源，但是 2011 年，仍有 7.68 亿人无法获得经改善的水源。实现千年发展目标中关于卫生设施的目标可能性不大，因为仍有大约 25 亿人无法获得经改良的卫生设施，其中有 11 亿人继续露天排便。尽管失学儿童的人数从 2000 年的 1.02 亿高位减少到 2011 年的 5 700 万，但据估计，在全球 6.5 亿小学学龄儿童中，有 1.2 亿儿童无法读到四年级。另有 1.3 亿在校学童学不到基本的算术、认字和生活技能。在全球范围，截至 2011 年底，有 3 400 万人携带艾滋病毒，其中大约 330 万是不到 15 岁的儿童。

4. 2012 年全年，世界面对各种挑战和更严重的不稳定，包括中东和北非一些国家政局变化迅猛，非洲之角重现饥荒，以及 2008 年全球金融危机的持续影响，包括普遍的就业不足和失业现象。一些国家削减卫生和教育开支，进一步加重了这些冲击对儿童的影响。

5. 为确保儿童权利的实现，首先需要让父母和儿童了解这些权利。在传播和使人了解《儿童权利公约》方面，需要开展更多的工作。例如，《公约》未被译成某些少数民族语言，或者没有广泛分发，阻碍了属于少数族裔和土著群体的儿童对自身权利和基本自由的了解。

二. 关于儿童问题的大会特别会议的后续行动

A. 为儿童制定计划

6. 2012 年, 联合国儿童基金会(儿基会)支助了对 81 个国家的儿童进行贫穷和差异问题分析, 参与了 64 个国家的社会预算编制和 104 个国家的社会保护, 并向 35 个国家提供了有关移徙问题的技术咨询。此外, 103 个国家办事处编写了重大的专题研究或分析(不包括情况分析), 其中大约 70 项明确采用了人权框架, 55 项采用了性别分析框架。与经济和社会政策有关的员额从 2004 年不到 12 个增加到 2012 年的 56 个。

B. 促进执行《儿童权利公约》

7. 儿基会、联合国促进性别平等和增强妇女权能署(妇女署)、联合国人口基金(人口基金)、国际劳工组织和负责暴力侵害儿童问题秘书长特别代表办公室共同开展关于暴力侵害土著女孩、少女和年轻女性问题的机构间联合研究, 在 2013 年土著问题常设论坛第十二届会议上发表报告。根据计划, 初步的研究结果被用作对妇女地位委员会第五十七届会议的技术投入, 并将用作对 2014 年后人口与发展问题国际会议审查工作的技术投入。这项研究在同类研究中是首次, 成功地填补了在不同类别女性所面临的基于性别的暴力方面的知识空白, 并且以 2006 年秘书长关于暴力侵害儿童和暴力侵害妇女问题的研究为基础。

C. 为儿童开展协作和调集资源

8. 根据经济合作与发展组织的最新统计数据, 2012 年该组织发展援助委员会的成员提供了净额为 1 256 亿美元的官方发展援助, 占这些国家合计国民收入总值的 0.29%, 远远低于 0.7% 这一联合国目标水平。按实值计算, 这比 2011 年下降了 4.0%, 而自 2010 年(当年官方发展援助达到高峰)以来, 下降了 6.0%。如果将停止特别债务减免业务的 2007 年排除在外, 2012 年是 1997 年以来官方发展援助下降幅度最大的一年, 也是 1996-1997 年以来第一次援助连续两年减少。一些国家的政府继续收紧预算, 这对发展援助产生了直接影响。此外还出现了援助拨款偏离最贫穷国家而转向中等收入国家的明显变化。

9. 尽管存在当前的财政压力, 一些国家仍然维持甚至增加了发展援助预算, 以实现它们已设定的目标。2012 年的数据显示, 尽管官方发展援助净额总值有所下降, 但对核心双边项目和方案所提供的援助(不包括减债赠款和人道主义援助)按实值计算增加了 2.0%; 相反, 对多边机构提供的捐款下降了 7.1%。向撒哈拉以南非洲提供的双边援助为 262 亿美元, 按实值计算比 2011 年减少了 7.9%。在 2011 年“阿拉伯之春”结束时向一些北非国家提供了例外援助, 其后对非洲大陆国家提供的援助减少了 9.9%, 为 289 亿美元。向最不发达国家集团提供的双边援助净额按实值计算也下降了 12.8%, 为 260 亿美元。

10. 越来越多的私人慈善家、非政府组织和私营部门以及全球方案正通过新型机制等途径，参与发展和利用金融杠杆作用为世界各地的儿童筹集更多的资金。

11. 加强了与捐助方的协作，更好地协调和利用为处于紧急状况的儿童提供的资源。新的捐助方也为加强人道主义应急行动的能力提供资金。供资协议中纳入的新机制，例如多年期协议和针对国家方案周期的专题协议，增加了方案供资的灵活性和可预测性。

D. 对进展的监测

12. 在全球层面，由于向多指标类集调查和人口健康状况普查提供了支持，对儿童方面成果的监测工作持续加强。已经有 100 多个国家开展了将近 240 次多指标类集调查，59 个国家在 2012 年完成了这项调查的第四轮。此外并正集中精力准备第五轮多指标类集调查，预计 2013 年至 2015 年将在 60 多个国家开展。调查将提供统计上健全正确、国际上有可比性的估计数据的独特来源，涵盖国家和国家以下各级关于儿童和产妇健康、营养、教育、儿童保护、水和卫生设施以及艾滋病毒和艾滋病的一系列指标。这些数据对于千年发展目标的最后评估以及设定 2015 年后议程的基线具有至关重要的意义。还制订了多元重叠缺失分析这一创新的均等情况分析工具，以在 50 多个国家分析儿童的贫穷和不平等状况，从而制订更关注儿童的政策和工作进程。

13. 报告所述期间还对实时监测举措进行了多国评估。目标是利用监测创新的潜力，保护面临风险的儿童，并取得平等方面的结果，作为公平结果监测系统的内容。

14. 还作出努力，以更好了解面临风险的家庭和儿童，并对其开展有效的实时监测。在科索沃，实时监测已表明，遣返儿童(多数属于罗姆族、阿什卡利族和埃及族人群体)面临贫穷和无国籍的高风险，还有心理健康问题并缺乏社会帮助网络。在东亚和太平洋地区，通过监控地点监测和为儿童平等状况地图册进行实地研究，来进行实时监测。在柬埔寨，发布儿童情况追踪公告，以加强对《儿童权利公约》执行情况的监测和报告。

15. 2012 年，与联合国各机构合作发表了 11 份基于数据的部门报告。报告涵盖的主题包括肺炎和腹泻、儿童死亡率、水和卫生设施、营养、暴力和艾滋病。制订了方法并进行了跨领域研究，重点放在关键指标上，例如儿童死亡率、残疾以及易感染艾滋病毒和艾滋病的情况。在许多情况下，通过千年发展目标机构间监测小组开展工作。有些报告在同行审查刊物上发表，例如“科学公共图书馆”医学杂志关于儿童死亡率估计的文献集。增强了估算方法的能力，涉及免疫接种、艾滋病毒和艾滋病、水、卫生设施和个人卫生以及区域和国家一级的儿童死亡率。

16. 2012 年推出了新版 DevInfo 数据库工具 (DevInfo7)。新版与过去的版本有很大区别，其目的是鼓励更多使用 DevInfo 格式的发展数据。它为使用 DevInfo 的

130 多个国家增加了查看数据的机会并加强了数据的透明度。71 个国家已经可以在新的全球在线 DevInfo 目录中查看数据，并定期增加更多的国家。经简化的新用户界面便利为列报数据绘制、查看、分享和嵌入地图和所需的其他视觉辅助材料。此外，面向计算机的新工具能便利数据的交流，并允许他人利用 DevInfo 数据创建应用程序。

17. 2012 年，为帮助探讨儿童死亡率及其原因制作了互动式“指标仪表板”，它利用动画地图和气泡图，便利与“重申承诺”(apromiserenewed.org)有关的数据解释和传播。此外还支持全国儿童生存计分卡，作为在改善儿童生存效果方面促进问责制的工具。

18. 同时还改善了“儿童信息”(ChildInfo)统计网站(childinfo.org)，增加了获取数据的便利性。该网站提供多指标类集调查报告以及技术和方法工具、趋势和现状概览、差异情况数据库、国家统计数据概况和以数据为主导的报告。过去两年，网站的访问量增加了一倍多，预计在 2013 年推出修正版后还会进一步增加。

E. 儿童的参与和自我表达

19. 越来越多的国家在法律上承认了尊重儿童见解的原则，还有一些国家通过协商、研讨会和讲习班方式支持儿童参与制定和执行相关法律及政策的事例。但是在多数国家，儿童表达意见的权利尚未系统地纳入公共政策和方案的制订之中。

20. 首要的关切领域依然存在，包括法律条款不够明确和很少实际执行，还有为保护儿童在不受歧视、操纵或恫吓的情况下表达意见的权利提供保障措施和机制的问题。在一些国家，这种情况过多地影响到女孩、幼儿、残疾儿童和身心遭受虐待的儿童。还关切司法和行政决策中没有充分考虑一些儿童(包括土著儿童)的特殊语言需要。

21. 儿童和青年理事会或议会以及学生会和董事会的建立，越来越反映出缔约国愿意加强儿童参与国家、国家以下和学校各级的施政。一些国家从体制上确定或加强了与建立“爱幼”地区、城市或地方有关的举措，其中包括鼓励儿童参与地方施政的措施。

22. 在国家人权机构内建立儿童权利办公室、单位或中心以及为儿童建立独立人权机构(例如儿童事务监察员)的例子越来越多。但是由儿童本身向儿童权利机构提出申诉的比例非常小，表明需要多加注意，使儿童能更便利地接触到这类机构。由大会第 66/138 号决议通过并开放供签署的关于来文程序的《儿童权利公约任择议定书》对侵犯儿童权利事件建立了申诉程序。它为未能在国家层面解决的问题提供了寻求矫正的机会。

三. 四个主要目标领域的进展情况

A. 促进健康生活

23. 过去 50 年，全世界儿童死亡率已下降近 70%。仅在过去 20 年，儿童死亡人数便从 1990 年的 1 200 万人急剧下降至 2011 年的 690 万人。进展之快，主要归功于提高儿童生存率的高影响力干预措施和工具，特别是新疫苗和经改进的保健做法。

24. 但是，死亡率的降低并不统一，新生儿期死亡人数的降低落后于年龄较大儿童生存率的提高。因此，5 岁以下儿童死亡总数中的新生儿死亡所占比例从 1990 年的 36% 增至 2011 年的 43%。更快降低新生儿死亡率对实现千年发展目标 4 至关重要。

25. 自 1988 年世界卫生大会启动全球消除脊灰倡议以来，脊灰全球发病率减少 99% 以上，脊灰流行国家数目从 125 个降至 3 个。原本可能会瘫痪的 1 000 多万人如今都在健康行走。

26. 2012 年，世界各地的脊灰炎病例比上年大幅减少 66%，降至 223 例。2012 年因脊灰炎而瘫痪的儿童数目少于以往任何时候，发病地点数目也达到历史最低。2012 年底，仅阿富汗、尼日利亚和巴基斯坦还有地方传播。几年前，印度还是世界上脊灰炎病例最多的国家，2012 年初已从脊灰炎流行国家名单中除名，至今已两年未出现脊灰炎病毒传播。

27. 2012 年底和 2013 年初在尼日利亚和巴基斯坦不幸发生保健工作者惨遭定点清除事件，这是此方面进展面临的新威胁。但各国政府和合作伙伴已作出一些调整，以加强具体领域安全，保障继续开展各项运动。

28. 根据世界卫生组织(卫生组织)的估计，2011 年，59 000 名新生儿死于新生儿破伤风，比 1980 年代末减少 93%。如果一个国家每个区每 1 000 例活产儿患破伤风比例少于 1，则可认为已消灭孕产妇和新生儿破伤风。经证实，2012 年又有 6 个国家已消灭该疾病。目前，59 个重点国家中的 31 个国家已实现该目标，余留 28 个国家面临最大风险。此外，印度 18 个邦、埃塞俄比亚全境、索马里部分地区和印度尼西亚 33 个省中的 29 个省已消灭孕产妇和新生儿破伤风。

29. 麻疹是幼儿死亡的主要原因之一，95% 的死亡发生在保健基础设施薄弱的低收入国家。2000 年以来，大规模预防接种运动为高风险国家的 10 亿多名儿童接种了麻疹疫苗，仅 2011 年一年就为 2.25 亿儿童接种了疫苗。2000 年以来，全球麻疹死亡人数减少 71%，从大约 548 000 人降至 158 000 人。

30. 儿基会与美国红十字会、美国疾病控制和预防中心、联合国基金会和世卫组织合作，带头开展消灭麻疹和风疹倡议，让全世界步入消灭这些可预防疾病的轨

道。2012 年，该倡议开始将麻疹与控制 and 消灭风疹的工作结合起来。它与各国开展合作，提供技术和财政支助，以改善常规免疫接种，开展成功的消灭麻疹和风疹运动，加强监测和实验室网络。

31. 2008 年，秘书长呼吁普及疟疾干预措施；此后，在疟疾负担最高的撒哈拉以南非洲区域，救命商品的分发范围迅速扩大。过去十年，估计有 110 万人免于因疟疾死亡，主要原因是扩大了疟疾干预工作。

32. 根据世界卫生大会和减少疟疾方案 2015 年目标，50 个国家有望将疟疾发病率减少 75%。但这 50 个国家仅占全球疟疾病例估计数的 3% (700 万)。除非在估计占疟疾死亡人数 80% 的 14 个负担最重的国家取得极大进展，防治疟疾的国际目标将无法实现。2012 年，儿基会作为世界上最大的驱虫蚊帐采购者之一继续发挥关键作用。

33. 秘书长的全球妇幼健康战略指出，世界各地的妇女和儿童在获得救生药品和保健用品方面的机会不平等。该倡议呼吁国际社会共同努力，到 2015 年挽救 1 600 万人的生命。2012 年 3 月成立了联合国妇女和儿童救生商品委员会，该委员会正在应对全球战略概述的挑战，侧重于通过改善公平获得救生商品的机会来拯救生命。作为“每个妇女每个儿童”运动的一部分，该委员会于 2012 年 9 月向常务副秘书长提交了一份报告，其中载有 10 个明确建议，以支持获得选定商品的机会。该委员会还核可一项执行计划，以便向妇女和儿童提供救生商品。委员会为 13 种商品提出了分类的 10 项建议，并提出了贯穿各领域和针对特定商品的行动。

34. 与 1990 年的估计数 1.59 亿相比，2011 年的体重不足儿童人数下降 36%；但在全球 5 岁以下儿童中，估计仍有 1.01 亿人体重不足。在全球范围内，26% 的 5 岁以下儿童发育迟缓，世界上 1.65 亿名发育迟缓儿童中，估计有 80% 生活在 14 个国家。

35. 为支持国家推动的进程，减少发育障碍和其他形式的营养不良，全球营养界正团结在增强营养运动周围。该运动使各国政府、民间社会、企业和公民团结起来，努力在全世界消除营养不良现象。自 2010 年启动以来，已有 41 个国家加入该运动。各方正努力增加人们获得负担得起的营养食品和清洁水、卫生设施、保健、社会保护和增强妇女权能倡议等其他营养状况决定因素的机会。大多数国家已建立减少营养不良的机制，许多国家正在扩大各项方案，并已取得显著成果。这些国家的目标是，集体实现 2012 年世界卫生大会商定的全球目标，包括到 2025 年将发育迟缓儿童数目减少 40%。干预工作的主要重点是怀孕至儿童 2 岁之间的 1 000 天。

36. 促进增强营养运动联合国系统网络由营养问题常设委员会和进一步努力消除儿童饥饿举措牵头。联合国系统网络将全球一级的联合国政策和技术统一规范平台和国家级协调工作汇集在一起，支持国家营养计划和联合国的共同努力。该

小组成立于 2012 年，由代表政府、民间社会、国际组织、捐助机构、企业界和基金会等参与增强营养运动的一系列伙伴的高级领导人组成。其成员由秘书长任命，集体负责该运动的运作。

37. 儿基会及其伙伴继续积极促进分别添加叶酸和铁的强化面粉，叶酸有助于防止先天缺陷，铁有助于改善育龄妇女身体中的铁含量。截至 2012 年 12 月，人口达到大约 20 亿人的 75 个国家强制规定对面粉进行强化。该数字比 2004 年的 33 个国家增加了一倍以上。目前强化面粉数量约占全球面粉厂面粉产量的 30%。

38. 根据现有最新资料，发展中国家 6-59 个月龄儿童中，75%的儿童分两次获得救命剂量的维生素 A，得到充分保护。2011 年，在可获得数据的 55 个国家中，31 个国家已达到补充维生素 A 全面覆盖率 80%的目标。值得注意的是，最不发达国家的覆盖率超过 80%，表明拥有使最脆弱人口受益的持续能力。

39. 孕产妇保健问题与公平问题相联系。全球范围内，孕产妇死亡率继续下降。然而，2010 年，每 100 000 例活产死亡 210 人的全球平均比例仍过高；医疗条件不足地区、处境不利群体和最贫穷国家的孕产妇死亡率仍远远高于该平均数。2012 年，获得专业助产服务的比例继续上升；全球范围内，该比例从 2000 年的 60%升至 67%。同样，在保健设施分娩的妇女比例从 2000 年的 48%升至 2012 年的 60%。如果重点关注公平问题，收入、族裔、地理位置和教育等造成的处境极其不利现象使一些妇女很可能死于怀孕相关风险。

40. 到 2011 年底，全世界 89%的人使用经改善的饮用水源，55%的人享有住所管道供水的方便和相关健康惠益。虽然 1990 年以来超过 21 亿人已获得经改善的水源，2011 年估计有 7.68 亿人未使用经改善的饮用水水源。过去二十年，城市饮用水覆盖率依然很高，目前只有 4%的城市人口使用未经改善的水源。虽然经改善水源的城市覆盖率高，但仍存在服务质量问题。供水经常时断时续，增加了污染风险。截至 2011 年底，在无法获得经改善的饮用水水源的人口中，83%的人生活在农村地区。

41. 一些国家未能在人口增长的情况下增加获得经改善的饮水水源的机会。快速的城镇化给增加获得经改善的饮用水水源的机会带来挑战。全世界城市地区的人口比例从 1990 年的 43%增至 2012 年的 53%，使城市人口总数达到 37 亿。气候变化造成的极端天气事件和自然灾害还导致用水更加紧张。气候变化的综合影响可能在推进千年发展目标水目标的进展方面带来重大挑战。

42. 2011 年的卫生设施覆盖率为 64%。1990 年以来，近 19 亿人获得改良卫生设施。然而，全球仍未实现卫生设施覆盖率达 75%的目标，如果目前的趋势继续下去，超过 5 亿人将无法达到此目标。截至 2011 年底，25 亿人仍未使用改良的卫生设施。露天排便人数下降至略高于 10 亿人，仍占全球人口的 15%，但低于 1990 年 24%的比例。71%无卫生设施的人生活在农村地区，90%的露天排便现象发生在农村。

43. 发展中国家近年来采取的新环卫政策取得显著成功，卫生设施覆盖率因此显著增加。一些国家的新环卫办法已深入人心，“无露天排便村”的数目正在上升。

44. 2012 年 4 月，儿基会和世界银行召开人人享有卫生设施和饮用水全球伙伴关系第二次高级别会议。会议汇聚了负责金融、发展合作以及水和环卫设施的部长以及世界上主要的水和环卫机构的负责人。部长们提出了 400 多项针对各国的切实承诺；这些承诺如果兑现，将为超过 3 亿人改善获得可持续卫生设施的机会，改善 2.2 亿人获得饮用水的机会。

45. 在“致力于儿童生存：重申承诺”框架下，埃塞俄比亚、印度和美利坚合众国政府与儿基会联合，将致力于加快消除可预防儿童死亡的广大人民群众、组织和政府团结在一起。这一全球运动专门向国家提供技术援助，以资助和执行支助儿童生存的各种方案。2012 年 6 月以来，170 多个国家政府签署一项承诺，保证尽一切可能的努力加快降低可预防的儿童死亡数目。52 个国家的 200 多个民间社会组织、91 个信仰组织和 290 位信仰领袖已签署了他们自己的支持承诺。参加该框架的各国政府正努力：(a) 加强并实施有可衡量指标的高影响力计划；(b) 动员基础广泛的社会和政治支助，促进消除可预防的儿童死亡的目标；(c) 在地方、国家和全球范围监测和报告进展情况，庆祝所取得的成功，加强进展滞后的领域。

46. 紧急状况下采取的直接和定向干预措施为数千万儿童提供了营养援助，其中包括为 211 万患严重急性营养不良的儿童提供食疗支助。在 2012 年的人道主义紧急状况中，超过 1 880 万人获得供水，778 万人获得卫生设施，与 2011 年相比有所增加。超过 49 个国家大约 360 万名处于紧急状况的儿童获得正规教育和其他学习机会。2012 年，儿基会支助了阿拉伯叙利亚共和国 130 多万名儿童的麻疹疫苗接种，为超过 263 000 人提供了药品和非粮食物品等冬季用品。为邻国受影响的大约 180 000 人(其中约一半在约旦)采取了教育、水和环卫以及儿童保护干预措施。在整个萨赫勒地区，为超过 920 000 名患严重急性营养不良的 5 岁以下儿童提供了治疗。这些儿童超过目标人数的 80%，比 2011 年获得治疗的儿童数目增加 300 000。

B. 提供优质教育

47. 各国在实现关于教育和性别平等的千年发展目标(目标 2 和 3)以及全民教育目标方面取得良好进展。参加学前教育、小学毕业和小学升初中的儿童人数超过以往任何时候。2000 年以来一些最引人瞩目的成果是由南亚和撒哈拉以南非洲国家取得的。

48. 调整后的小学净入学率从 2000 年的 85%增至 2011 年的 91%。同期，全世界失学儿童人数几乎减少一半，从 1.02 亿降至 5 700 万。女童初等教育入学率的增加速度快于男童，有助于弥补性别差距。但是，在这个十年开始之际取得的进展已经大幅放缓。2008 年至 2011 年，小学年龄儿童失学人数仅减少 300 万；这

意味着，按目前速度，全世界不可能实现到 2015 年普及初等教育的目标。在减少失学儿童人数方面取得的进展也未能使生活在受冲突影响国家的儿童受益；2011 年，一半的失学儿童（其中大多数是女童）生活在受冲突影响的国家；相比之下，2008 年该比例为 42%。

49. 世界一半以上的失学儿童生活在撒哈拉以南非洲。2000 年至 2011 年，该地区调整后的小学净入学率从 60%升至 77%；但是该地区继续面临人口不断增长带来的日益增加的教育需求。与 2000 年相比，2011 年，撒哈拉以南非洲的小学年龄儿童人数增加 3 000 万。南亚也取得重大进展，2000 年至 2011 年，调整后的小学净入学率从 78%增至 93%。在全球失学儿童减少数中，该区域占一半以上，失学儿童人数从 2000 年的高达 3 800 万降至 2011 年的 1 200 万。

50. 世界银行估计，在 212 个国家中，仅有 19 个国家可能无法实现到 2015 年普及初等教育的目标。随着最后期限临近，公平仍是一项关键挑战，数百万儿童和青少年接受优质教育的机会受到贫穷、性别、种族、族裔、残疾、年龄、语言和地点等社会经济因素的巨大影响。

51. 中等教育在许多国家既非免费教育也非义务教育，阻碍初等教育的因素往往在中等教育阶段更加严重。对户口调查数据的分析显示，最富和最穷家庭之间以及城市和农村地区之间存在最大差距，在教育方面处境不利的主要是女孩。

52. 在全球范围内，参加学前教育的儿童人数稳步上升，2000 年至 2011 年估计增加大约 46%。但全球的现实情况是，一半以上的 3 至 6 岁儿童无法从某种形式的学前教育或其他早期学习机会中受益。全世界参加某种形式有组织学习的 3 至 6 岁儿童比例从 1%至 98%不等。在大多数接受调查的国家，获得有组织早期学习机会的儿童比例不足 40%。撒哈拉以南非洲国家的这种机会特别少，中欧和东欧国家的机会中等，加勒比以及东亚和东南亚区域的机会多。

53. 孟加拉国、不丹、格鲁吉亚、摩洛哥、卢旺达和乌干达关注幼儿发展和有组织的学习，它们属于参与公平结果监测系统的 27 个国家之列；对这几个国家这一问题的分析表明，扩大幼儿发展服务受到缺乏基础设施和合格照顾者以及学生与教师比率高等问题的阻碍。其他问题是领导薄弱，缺乏设计和监测方案所需的充足数据以及预算拨款不足。

54. 儿基会继续优先考虑并大力支持边缘化社区，利用有针对性的干预措施，帮助处境不利的儿童和青少年，尤其是女孩，获得早期学习机会，做好入学准备，并获得优质初等教育和其他学习方案。与儿童保护、水、环境卫生和个人卫生、营养和保健等部门开展了跨部门协作，并对上述部门进行了投资。上述工作取得良好成果，使边缘化社区直接受益，还继续获得具体事例，表明各国政府和发展伙伴可开展哪些工作来满足边缘化群体的需求。儿基会还强调改善教育政策和制度的上游支持和倡导工作。这使本组织能够在支持各国的过程中顺利地向更系统

的爱幼教育模式过渡，同时继续利用其对学校和社区两级的有针对性的干预措施的下游支助，以帮助各国扩大处境最不利地区的优质基本教育。

55. 世界粮食计划署(粮食署)支持的学校供餐方案鼓励儿童上学；在支持入学率和出勤率的性别平等方面，为女孩提供可带回家的口粮这一措施尤其有效。教育可以为儿童提供正常感、稳定感、有序的环境和对未来的希望，从而减少冲突和灾害造成的社会心理影响。学校可为儿童提供安全庇护所，并有助于保护他们免遭性剥削或经济剥削或被武装团体招募的风险。

56. 粮食署通过为受危机影响的家庭提供食物援助来帮助粮食无保障家庭，以避免家庭采取可能对其子女产生严重有害后果的消极应对机制。一个关键的目标是避免让儿童辍学来支助家庭，或者在整个家庭为生存而分离时，把他们送走或留下不管。少女尤其可能被迫早婚以减轻家庭的经济压力。粮食援助有助于家庭团聚和儿童上学。

57. 在此背景下，2012 年期间，儿基会利用更多机会在关键的战略伙伴关系中发挥主导作用，以调动政治支持和资源，使最边缘化儿童受益。在设计和执行全球促进教育伙伴关系资助的部门计划期间，儿基会担任 26 个国家的协调机构，8 个国家的管理实体和 2 个国家的监督实体。通过发挥这些作用，儿基会支持各国将儿童权利、质量和公平等关键因素纳入其国家教育部门计划。因此，儿基会能够调动其在学校和社区层面的工作经验，并利用此经验倡导在国家教育部门计划中优先纳入公平原则、儿童权利、学校质量、学习成果、应急准备和对紧急状况的反应。

C. 防止虐待、剥削和暴力

58. 儿基会与法治协调和资源小组开展互动协作，使儿童问题更多地列入法治讨论。参加机构间少年司法小组则推动制订了《公正、有效的儿童刑事司法十点计划》。2012 年在印度举行了题为“保护所有儿童的更好方式”大会，该部门众多行为体在会上确认了系统处理办法。2012 年底与学者和从业人员举行的高级别会议推动了儿童保护议程，承诺为投资儿童保护工作制订全面的理由。

59. 至少有 60 个国家努力改善了儿童对保护及预防服务的获取。逾 98 个国家加强了合作伙伴的能力，包括提供社会福利服务、替代照料、心理社会支助和紧急情况下对性虐待案件的儿童幸存者提供关爱的能力。上述支助的成果之一，是 82 个国家在 2012 年登记了逾 2 950 万新生儿。

60. 2012 年，又有 11 个国家批准了《儿童权利公约关于买卖儿童、儿童卖淫和儿童色情制品问题的任择议定书》，这将促进建立保护儿童免受伤害的社会习俗、规范和价值观。7 个国家新近批准了《关于儿童卷入武装冲突问题的任择议定书》。30 个国家与宗教团体接触，防止侵害儿童的暴力行为，包括倡导非暴力管教及终结童工现象。约 1 775 个社区宣布放弃残割和切割女性生殖器的做法，这使自 2008

年启动人口基金-儿基会禁止残割/切割女性生殖器联合方案以来，放弃该做法的社区数目达到了 10 000 个。在“携手扶持女孩”全球公私伙伴关系下，正在或已经通过调查方式在 10 个国家收集暴力侵害儿童行为的现有数据。已在上述每个国家启动相关进程，以制定和实施处理调查结果方案和对策。

61. 儿基会的宣传工作为大会通过关于加强全球消除残割女性生殖器做法的努力的第 67/146 号决议作出贡献，这是联合国关于该问题的首份决议。其他的宣传活动促进了在全球、区域和国家论坛上更多地关注防止和应对暴力行为的问题，包括广泛谴责暴力侵害儿童行为以及虐待儿童的具体形式，尤其是童婚现象。

62. 为保护儿童免受武装冲突及人道主义危机的近期和长期影响，儿基会在 30 多个国家参与了紧急情况应对。2012 年又在 3 个国家发起了地雷行动方案，使全球方案国总数达到 20 多个。正在 9 个国家与冲突各方共同落实 14 项行动计划，以部署对武装冲突局势中严重侵犯儿童权利行为的监测和报告机制，包括 2012 年谈判产生的 4 项新的行动计划。9 个国家的 140 多万名儿童利用了获得的保护性社区空间、学习空间和社会心理支助服务，5 300 多名与武装部队或武装团体有关联的儿童获释并重返其家庭和社区。

63. 作为正在开展的减少性别暴力举措的组成部分，儿基会和人口基金以性别暴力责任区论坛的名义，正在共同建设人道主义情况下的性别暴力信息库，包括提供需求评估链接。

64. 2012 年，儿基会在至少 112 个国家努力倡导制订更好的法律和政策。在越南，对法律框架进行全面审查后修订了关于家庭暴力、收养、残疾人、贩运人口、医疗保险、医疗检查和治疗、食品安全和销售方面的法律，以及劳工法典。在布隆迪，制订了儿童保护法典和新的国家儿童保护政策。在阿尔巴尼亚，有证据表明已将各项法律与提供服务结合起来，作为推广落实 2010 年通过的保护儿童权利法的组成部分，该国在城镇和村庄新开设了 62 个儿童保护股。

65. 继续与伙伴国协作，支持制订打击贩卖儿童方面的强有力的立法框架、政策和标准。2012 年，伯利兹、玻利维亚多民族国、柬埔寨、马尔代夫和巴布亚新几内亚等国制定或通过了人口贩运法律。马尔代夫最近将人口贩运确认为官方问题，并于 2012 年提出一项议会法案，提议对参与贩运儿童者硬性判处 15 年徒刑。马尔代夫取得的其他成绩包括通过了《防止家庭暴力法案》及创建了家庭保护局。

66. 在加强监测和评价方面，对 52 次儿童保护方案评价进行元分析后提出的建议成为了战略规划的依据，力求推动各项方案不仅能够解决保护性环境一个或多个组成部分的问题，而要从纵向办法转向更全面方案，从而解决暴力行为的主要驱动因素。对本组织地雷行动工作的两次评估纳入了 2013-2018 年期间联合国地雷行动战略的制订工作。

67. 儿童保护方案拟订的公平性意味着要努力解决容易对儿童造成伤害的问题，确定战略优势要点并消除或减少障碍。2012 年期间的一项全组织优先事项是推出新的方案监测框架——公平结果监测系统。该系统已在一些国家推动了儿童保护方案拟订工作的改进。

68. 秘书处经济和社会事务部继续牵头推动全球对残疾儿童处境予以关注。其行动包括共同主持残疾人权利公约机构间支助组，以及组织和支持联合国政府间机构和进程。这方面的一个实例是经济和社会事务部 2012 年 9 月支持举办了第五届残疾人权利公约缔约国大会。该届会议侧重讨论了残疾儿童问题，以及如何将《残疾人权利公约》等国际规范转化为发展政策和方案，从而真正改变世界各地数百万男男女女的生活。

D. 防治艾滋病毒/艾滋病

69. 到 2011 年年底，估计全球有 3 400 万人感染了艾滋病毒，其中约 330 万人是 15 岁以下儿童。在低收入和中等收入国家推广抗逆转录病毒疗法，转变了这些国家应对艾滋病的方式，并在健康方面获得了广泛的成果，使包括儿童在内的更多人可以带病毒生存。自 1995 年以来，抗逆转录病毒疗法在低收入和中等收入国家挽救了约 1 400 万生命年，包括在撒哈拉以南非洲挽救了约 900 万生命年。

70. 在世界范围内，新增艾滋病毒感染人数继续减少，2001 年至 2011 年下降了 21%。2011 年估计有 250 万人感染艾滋病毒，其中近 72% 在撒哈拉以南非洲。过去十年，该区域的新增感染人数减少了 25%。尽管总体上取得了进展，一些区域的发展趋势令人担忧。例如，在高加索和中亚，艾滋病毒感染发生率自 2001 年以来已上升一倍多。2011 年，该区域估计有 27 000 名新增感染者。

71. 2011 年，低收入和中等收入国家中约有 820 000 名 15 至 24 岁的妇女和男子新感染艾滋病毒，其中 60% 以上是妇女。由于生理因素和性别不平等的复杂相互作用，青年妇女更容易感染艾滋病毒。妇女和女孩在许多国家的经济和社会地位较低，因此她们在谈判较安全的性行为及获取与预防艾滋病毒有关的信息和服务方面，通常处于不利地位。

72. 在消除儿童新感染方面，现可看到显著成果。全世界已承诺执行《到 2015 年消除儿童中新增艾滋病毒感染并使其母亲存活下去的全球计划：2011-2015 年》。降低全球数字的努力主要集中在绝大多数新增感染儿童所在的 22 个国家。2011 年，估计有 330 000 名儿童感染了艾滋病毒。这一数字自 2003 年(当年的新增感染儿童人数为 560 000)以来下降了 43%，自 2009 年(当年的新增感染儿童人数为 430 000)以来下降了 24%。

73. 撒哈拉以南非洲仍是受艾滋病毒和艾滋病影响最严重的区域。90% 以上在 2011 年感染艾滋病毒的儿童生活在该区域，尽管 2009 年到 2011 年该区域新增感染儿童人数减少了 24%。艾滋病毒感染儿童人数在加勒比地区(下降 32%)及大洋

洲(36%)也大幅减少,亚洲(12%)降幅较小。拉丁美洲(24%)及东欧和中亚(13%)的降幅也不大。然而,上述三个区域的新增艾滋病毒感染儿童人数此前已大幅减少。中东和北非地区是新增感染儿童人数尚未减少的唯一区域。

74. 从 2001 年到 2011 年的十年中,10 至 19 岁青少年中新增感染人数也有所下降。在此期间,青少年新增感染人数降幅小于儿童感染人数降幅。此外,未能实现在 2001 年关于艾滋病毒和艾滋病问题的大会特别会议上商定的到 2010 年年底前将全球青年人艾滋病毒感染率减少 25%的目标。到 2011 年年底,估计有 210 万名 10 岁至 19 岁的青少年感染了艾滋病毒。其中近 90%,即 180 万青少年生活在撒哈拉以南非洲。

75. 2012 年,超过 57%的感染艾滋病毒的孕妇接受了抗逆转录病毒治疗,以防止母婴传播,28%的 14 岁以下艾滋病毒感染儿童获得了挽救生命的治疗。然而,必须开展更多的工作以缩小与成人治疗之间的差距——同一年成人的治疗率为 54%——并且帮助艾滋病毒阳性的孕妇继续获得妇幼保健服务。确保感染艾滋病毒的母亲获得治疗对儿童健康至关重要。研究表明,如果母亲死亡,儿童面临的死亡风险更高,无论其是否感染了艾滋病毒。对青少年的研究还表明,成为孤儿的儿童更为脆弱,感染艾滋病毒的风险更大。然而,在 2011 年,仅有 30%符合治疗条件的艾滋病毒感染孕妇为自身健康接受了抗逆转录病毒疗法,远低于对所有符合治疗条件的成人的估计覆盖率(54%)。

76. 国际准则建议,所有 5 岁以下的感染儿童在确诊后立即开始接受抗逆转录病毒疗法。年龄较大的儿童遵循不同的准则,根据其 CD4 程度开始接受治疗。2011 年,仅 28%符合治疗条件的 14 岁以下儿童获得了拯救生命的药物,而同一年有需求的成人的治疗覆盖率据报达到 54%。成人与儿童在治疗方面的这一差异,是儿基会通过其“团结为儿童、团结抗艾滋”运动,正着手解决的重大差距。

77. 对艾滋病毒及其传播方式的基本了解,是推动采取较安全性行为的行为转变基础。然而,年轻人掌握此类知识的程度之低令人震惊,特别是在受影响最严重的区域。在撒哈拉以南非洲,仅 28%的青年妇女和 37%的青年男子对艾滋病毒有全面和正确的了解。过去近 10 年来,这两个比例仅分别增加了 6 个百分点和 5 个百分点。最近对存在广泛疫情国家进行了调查,表明在大多数这些国家,只有不到 50%的青年妇女和男子对艾滋病毒有基本了解,远低于 2001 年关于艾滋病毒/艾滋病问题的大会特别会议商定的 95%的目标。

78. 父母一方或双方死于艾滋病的儿童人数仍高得惊人。2011 年,全球这一人数增加到 1 730 万人,几乎所有这些儿童(1 530 万人)都生活在撒哈拉以南非洲。在过去五年里,各国家方案和全球伙伴已采取更多措施来减轻艾滋病对家庭、社区和儿童的影响。这些投资极大促进了在儿童中实现社会和健康方面的成果,包括使 10 至 14 岁的孤儿和非孤儿在学人数接近持平。

79. 科学方面的重大进展、国家能力的提高、新的成本效益及创新技术和方法的发展，都极大改变了全球艾滋病毒感染的状况。国际社会现已积累了适当的知识、经验和技术组合，可实现没有艾滋病一代的目标。当前已更清楚要做什么和如何做，此时的关键挑战和制约因素是维持完成任务所需的政治意愿和财政资源。为了加快取得成果并抓住科学研究所创造的新机会，必须确认采取对策的共同责任。国际捐助方、新兴经济体、受影响国家和其他利益攸关方都必须尽其所能地作出积极贡献。

四. 今后的方向

80. 儿基会 2014-2017 年战略计划及人口基金、联合国开发计划署、妇女署和粮食署的战略计划均符合和遵循四年度全面政策审查，该审查设定了会员国政府商定的联合国系统发展活动的主要参数。

81. 儿童权利是即将制订的 2015 年后议程的核心，该议程侧重于可持续发展，包括消除一切形式的贫穷。2015 年后适合儿童生长的世界将是一个如下世界：所有社会的所有儿童可健康成长，获得良好的营养和教育，并得到充分保护，以免遭环境风险和灾害，并免遭暴力、虐待和剥削。儿童将是可持续世界的主要利益攸关方和贡献者，又是其未来的守护者。儿童生存、保护和发展指标将是 2015 年后议程取得成功的关键所在。