经济及社会理事会

Distr.: General
25 February 1999
Chinese
Original: English

人口与发展委员会作为大会审查和评价
《国际人口与发展会议行动纲领》实施
情况特别会议的筹备委员会

1999年3月24日至31日

临时议程*项目3

大会特别会议的筹备工作

进一步实施《国际人口与发展会议行动纲领》的主要行动提案

秘书长的报告

目录

段次 页次

导言	1-5	2
A. 背景.....	1-3	2
B. 《国际人口与发展会议行动纲领》的观点.....	4-5	3
一. 人口与发展问题	6-39	3
A. 主要的人口趋势.....	6-8	3
B. 年龄结构的改变和人口的老龄化.....	9-15	3
C. 国内和国际移徙.....	16-23	4
D. 贫穷、经济发展和环境.....	24-30	5
E. 人口和教育.....	31-34	6
F. 数据系统,包括指标.....	35-39	6

* E/CN.9/1999/PC/1。

目录(续)

段次 页次

二. 两性平等、公平和赋予妇女权力	40-58	7
三. 生殖权利和生殖健康	59-103	8
A. 确保生殖权利及促进生殖健康和性健康	59-70	8
B. 确保享有优质的计划生育服务	71-76	10
C. 减少产妇死亡率	77-85	10
D. 预防和治疗人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症 (艾滋病毒/艾滋病)	86-97	11
E. 促进青少年性健康和生殖健康	98-103	12
四. 伙伴关系和协作	104-123	13
五. 调动资源	124-140	14
六. 结论	141-144	15

导言

A. 背景

1. 1997年12月,大会审议了1994年在埃及开罗举行的国际人口与发展会议的后续工作问题。大会在1997年2月18日第52/188号决议中决定于1999年6月30日至7月2日召开一个尽可能的最高层代表参与的特别会议,以审查和评估《国际人口与发展会议行动纲领》¹的实施情况。有一项了解,就是特别会议将不会就《行动纲领》中所载的原则和建议重新进行谈判。

2. 本报告的目的是汇报在对《行动纲领》的实施进展情况和所遇到的限制进行一系列广泛审查之后得到的结论和主要成果。作为同联合国系统、各国政府、民间社会和非政府组织成员广泛协商的一部分,《行动纲领》实施情况审查包括了:五个联合国区域委员会和机构间会议;1999年2月8日至12日在荷兰海牙会议上进行的业务审查和评估;由经济和社会事务部人口司协调的《行动纲领》实施情况五年期审查和评估;以及联合国人口基金于1998年年中进行实地查询后得到的132个国家的意见和评估。

3. 本报告分为七个部分。导言部分简介《行动纲领》中所载人类福利、人权、生殖健康和赋予妇女权力等几个主要的新重点。第一节着重于人口与发展问题。第二节涉及两性平等、公平和赋予妇女权力。第三节讨论生殖权利和生殖健康。第四节审查伙伴关系和协作。第五节集中讨论资源的调动。每一节都列举了为达成国际人口与发展会议所议定并经大会赞同的各项目的和目标所需未来的主要行动。最后,第六节作出审查的结论。

B. 《国际人口与发展会议行动纲领》的观点

4. 1994年9月179个国家协商一致通过的《国际人口与发展会议行动纲领》标志着人口与发展新时代的开端。会议上达到的这个里程碑以人类福利而不仅仅是人类作为旨在处理经济发展和平衡可持续的人口增长问题的所有国际活动的中心。《行动纲领》的一个深植的观点是:致力于保健和教育、尊重以基于人权的办法来处理生殖健康问题、以及赋予妇女以权力使成为社会上完整的平等成员,这些是实现全球稳定和为所有人民创建新机会所必需的关键行动。

5. 《行动纲领》为1995-2015年期间提出了一系列相互依存的目标。其中包括:普遍享有全面生殖健康服务,包括计划生育和性健康;降低婴儿、儿童和产妇死亡率;普及小学教育、特别注意缩小性别差距。随后经1995年在哥本哈根举行的社会发展问题世界首脑会议、1995年在北京举行的第四次妇女问题世界会议、1996年在伊斯坦布尔举行的第二次联合国人类住区(生境二)会议,以及1996年在罗马举行的世界粮食问题首脑会议上赞同的行动计划都加强或扩大了《行动纲领》的各项目标和目的。

一. 人口与发展问题

A. 主要的人口趋势

6. 尽管人口年增长率有所下降,全世界的人口1999年将超过60亿,到2015年达到70-75亿。²估计人口的稳定化至少还要再过50年。最高的持续人口增长率发生在世界上最贫穷的国家。1995/2000年每年妇女的平均生育数在较发达国家为1.6名子女,较不发达国家为3.1,最不发达国家为5.3。如今年龄在15至24岁之间的青少年人数超过10亿人,这是前所未有的数字;但同时,由于过去40年来死亡率和生育率下降,世界上多数地区年龄在60岁以上的人口数量和比例也不断上升。

7. 1990年代婴儿和儿童死亡率不断大幅下降,大致与《行动纲领》的目标相符。在可预防疾病的控制、免疫注射、腹泻疾病的防治以及提倡母乳喂养等方面也继续作出进展。1990-1995到1995-2000年之间,婴儿死亡率从每1000名活产婴儿中68人降至62人。

8. 然而,并不是所有死亡率趋势都是正面的。撒南非洲和部分亚洲地区的产妇死亡率很高,平均寿命增长减缓,甚至下降,例如东欧某些国家(原因是社会动乱、营养水平下降和保健服务退化)和撒南非洲某些地区(原因是人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症(艾滋病/艾滋病)流行病)。

B. 年龄结构的改变和人口的老齡化

9. 如今多数人的寿命都较过去为长,不久的将来,多数国家人口中年60岁以上的人所占比例都要空前的提高。实际上,到2050年止,老年人将占全世界人口的22%。当前有60%以下的老年人居住在较不发达国家,这一数字迅速增长。³由于妇女的平均寿命较长,老年妇

女的人数大大超过老年男子。同时,青少年的人数也多,如今年龄在 15 到 24 岁之间的青少年有 10 亿人以上。年在 15 岁以下的儿童人口比例下降,从 1950 年的 34% 降到 1998 年的 30%,今后还将继续下降,到 2050 年约为 20%。

10. 发达国家和许多发展中国家家庭结构和生活安排的变化大大影响了老年人所得到的支助的性质。由于越来越多的成年人不再与年迈的父母同住,老年人的经济保障和福利日益成为问题,特别是在那些退休者多半没有积蓄也没有养恤金的国家。

11. **进展。**决策者日益认识到年龄结构的改变对提供基本社会服务的影响。近年来,许多国家儿童人口减少,劳动适龄人口增加。劳动适龄人口比例的上升使这些国家有机会增加积蓄以及生产性资产的投资,以及保健和教育方面的投资,从而产生更有生产力的劳动军。实际上,东亚各国政府在过去 25 年生育率和死亡率下降,年龄结构变化的期间利用这种机会作出上述投资,有助于东亚地区从经济危机走向经济恢复。

12. **制约因素。**多数发展中国家欠缺保健基本建设来应付老年人口和比例的增高,许多国家还欠缺基本的社会保障系统。许多国家并没有针对老年人各不同需要的政策和方案,以致维持和提高老年人生活质量日益困难。

未来的主要行动

13. 国家应:

(a) 继续审查人口状况改变带来的经济和社会影响,及其与发展规划问题和个人需要的关联;

(b) 投入更多的资源进行老年人状况的研究。需要这种研究作为基础来制定满足老年人需要的政策和方案,包括以下战略:(一) 老年人的经济和社会保障;(二) 廉价、方便和适当的保健服务;(三) 对老年人在社会中发挥的生产性和有益作用提高认识;(四) 增高家庭照顾老年亲属能力的支助系统。

14. 民间社会,包括非政府组织和私营部门,应创造机会供 60 岁以上的老年人继续在劳动界和社区服务贡献他们的技能,以便减少代与代之间的隔阂,增强社会的稳定。

15. 联合国系统应编辑较先进国家老龄问题的政策和方案经验,传播有关最佳作法的资料。

C. 国内和国际移徙

16. 多数发展中国家人口大量从乡村移徙到都市地区,产生了巨型城市和大规模的都市周围的贫民窟。这种移徙往往增加了对原已负担沉重的住房市场、都市基础设施建设、运输系统和基本社会服务的需求。此外,饥荒、内战和种族争端产生了大批的流离失所者。移徙所涉的许多方面包括登记的移民问题、人口贩卖和难民流动。

17. 经济差距的扩大,管理不善、对人权的侵犯、环境退化以及若干区域冲突的产生或继续不断使得国际移徙数量增加。国际劳动力移徙已成为一些失业率高或就业不足的发展中国家许多年轻人的优先选择。发展中国家之间的劳动力移徙也日渐显著,数量增加。

18. **进展。**许多国家政府的政策强调有必要创造社会条件来加速经济增长;投资与保健和教育,特别是女童和妇女的保健和教育;减轻贫穷;以及调动资源来改善居住和服务条件。特别强调的是加强都市管理系统,促进国家发展,使国家经济与全球经济相结合。某些国家正在考虑把移徙问题同防止非法移民的制裁办法相结合。在非自愿移徙方面采取行动包括向难民妇女和儿童提供特别援助。

19. 对于国际移徙问题,许多始发国和接纳国正在双边一级和分区域一级进行对话和协商。若干国家签署了重新接纳协定,以保护移民的基本人权,另一些国家开始实施或加强为难民和返回者制定的重新定居和重新融入社会方案。一些国家政府制定了关于国际移徙的政策,通过了移徙问题法律或修改了有关移徙问题的现有政策和法律。某些地区创建了区域和分区域的协商机制。其中包括 1996 年独立国家联合体讨论难民、流离失所者和返回者问题的区域会议以及 1996 年的 Puebla 进程,促进北美洲和中美洲部长级的年度协商。

20. **制约因素。**政策讨论方面的一个严重缺陷是没有关于移民流动的可靠数据和分析,特别是为了评估移徙的好处,制定有关人权和福利的措施,以及审查往往是不能预料和不能控制的居民流动所产生的政策和环境问题。由于缺少充分的财政和人力资源而限制了内部人口分布和国际移徙政策和方案的实施。移徙问题一直带有政治敏感性,特别是在经济萧条时期,使得始发国和接纳国的政府更加难以处理这些问题。

21. 某些地区国内和国家之间妇女移徙的人数显著增加。许多独立谋生而没有其他家庭成员支助的妇女如今在国际劳工移徙的数量中所占比例日益增高。贩卖和剥削妇女和女童以及危害她们的权利、健康和安全的状况也日益增加。⁴

未来的主要行动

22. 政府应:

(a) 加强努力来保障移民的基本人权、而不论其法律地位如何,应监测对人权的侵犯,并对那些拒绝遵守的人实施制裁;

(b) 设法防止移民中的国际贩卖,特别是为了性剥削的目的贩卖妇女和儿童;

(c) 支持双边和多边倡议,包括区域和分区域协商进程,以应付国际移徙方面出现的具体问题的挑战。

23. 各国政府在国际社会的协助下应支持以更大努力来改善国内和国际移徙方面的数据收集和分析;鼓励那些旨在评估移徙的成因以及移民对来源国和接受国的积极贡献方面的研究;以及促进对全球化、贫穷和移徙之间关联的了解。⁵

D. 贫穷、经济发展和环境⁶

24. 东亚、东欧和拉丁美洲的部分地区所遭遇到的金融和经济混乱以及由此产生的大批失业和贫穷程度的增加已经拖慢了并且在某些情况中显著地逆转了它们过去 30 年来在发展方面所取得的进展。由于它们险恶的金融和经济局势以及沉重的债务负担,许多国家降低了消费并且时常不成比例地降低了在社会部门中的消费。满足穷人的基本需要的社会安全网经常不存在或者正在趋于瓦解,而妇女和儿童受到的影响最大。此外,在世界上许多地方,公共行政工作中断、基础设施恶化、结构调整方案继续进行、石油与其它商品的价格继续削弱以及社会不安与分区域战争和冲突等因素都造成了取得社会服务的困难以及影响到有些国家执行《行动纲领》的能力。此外,一系列自然灾害,非洲撒哈拉地区的长期干旱,在亚洲一些地区出现的大规模水灾以及中美洲和加勒比地区遭受到的具有强大破坏力的暴风雨的灾害都进一步削弱了受影响国家维持或改善穷人的一般生活条件的能力。

25. 在 1997 年中期,受到严重经济危机最大影响的国家的政治和行政结构通常也随之变得脆弱不堪。同时,

它们又受到全球化和不完备的市场条件的压力,使得国内本来存在的不平等情况加剧。为支持世界人口中一小部分人极高的生活水平而造成的世界上稀有资源消费量的继续增加以及消费形态的极度歪曲,是人类历史上前所未有的。与此现象并存的是满足最贫穷人口的最基本生活水平所需的资源与消耗之间的鸿沟在继续扩大。一方面,数目庞大的农村和城市穷人无法取得干净的水、粮食、住所、交通工具和职业,另一方面自然资源的消耗与环境继续退化的情况继续发展。

26. **进展。**自从国际人口与发展会议召开以来,许多国家都采取步骤,将人口关切纳入它们的发展战略中,有些设立处理人口与发展问题的机构,有些加强这些机构,许多国家修改了它们的人口政策,有几个国家曾经报导它们采取明确的新政策措施,将人口关切纳入整体发展战略中。这些措施包括:修订现有的国家人口政策与方案,特别强调将教育和培训、两性平等、公平和给予妇女权力、以及人口分布及其同贫穷和环境之间的相互关系等问题纳入战略或在战略中突出这些问题。经济学家现在加深了对人口与发展之间的关系以及对在社会部门投资的重要性的了解。例如,最近的宏观经济研究显示,在 1960 至 1995 年期间,发展中国家的儿童抚养率和生育率与死亡率的降低促进了经济增长。其它的研究也获致一个普遍的结论,即在东亚地区,过去 30 年间生育率普遍下降与积蓄和投资的大幅度上升互相关连,并且为该区域的急速经济增长创造了条件。研究还显示,生育率下降不但有助于较快速的经济增长,并且也是健全的计划生育方案 and 经济增长,包括教育水准的提高,特别是妇女的教育水平提高,以及更多的妇女参加可以获得薪金的劳动队伍等有关因素造成的。

27. 自从 1992 年联合国环境与发展会议、1994 年国际人口与发展会议以及 1996 年联合国人类住区会议(生境二)召开以来,大家对于人口、资源和环境之间的交互关系增加了认识,包括人类住区的规模、分配状况与组成同环境退化之间的关系。许多发展中国家制订了全国性的可持续发展计划和全国环境保护战略,有些计划中考虑到人口变量。制订本地的《21 世纪议程》⁷ 的国家数目增加了,正在执行这些议程的国家数目也在增加。

28. **制约因素。**许多国家越来越容易受到全球化的负面因素的影响。战争、族群对抗和冲突、自然灾害以及缺乏效率的政府结构继续导致贫穷和环境退化。生产和消费方式之间的不平等也造成环境退化和资源耗

损。含毒物质不加管制的流动也危害到人们的健康,特别是生殖健康。虽然制订了全国的可持续发展计划,可是在执行方面却缺乏进展。许多国家提到下列制约因素:(a) 缺乏关于人口、环境和可持续发展之间的相互关系的概念框架;(b) 缺乏高质量的数据;(c) 缺乏受过训练的人力资源,使得执行措施的深度和广度受到非常大的限制。

未来的主要行动

29. 工业化国家政府应当加强努力,促进群众教育工作,使他们了解,必须缩减消费方式、促进可持续的资源利用;在整个区域内共同努力,预防环境退化。

30. 发展中国家政府在国际社会和捐助者的协助下应当:

(a) 加强婴儿和儿童保健方案,特别是强调改善营养、普遍免疫、口服液体补充疗法、干净的水资源、预防传染病和改善家庭卫生,以继续促进婴儿和儿童死亡率的下降;

(b) 进行研究工作,证明执行《行动纲领》所需相对而言有限的资源可能取得的利益;

(c) 执行立法和行政措施,以促进消费与生产方式的平衡;

(d) 增加规划机构、参与社会部门方案的各部以及财务部门之间的对话,提请注意和促进宏观经济政策同社会政策之间的关系;

(e) 加强努力,使规划者和决策人员更加了解人口、贫穷、环境、资源和发展之间的相互关系,改善制订政策以及监测政策执行的方法。

E. 人口和教育

31. 继 1990 年在泰国宗甸举行的普及教育世界会议之后,国际人口与发展会议强调,必须尽快使全部男女儿童得到接受基本教育的机会,并且无论如何必须在 2015 年之前达到此目标。它强调,为了到 2005 年时缩小男女儿童在初级和中级教育中所存在的差距,女童必须留在学校较长的时间。

32. **进展。**在争取男女儿童教育机会平等的政策执行方面继续有些进展。许多发展中国家已经接近达到初级教育普遍化的目标。自从国际人口与发展会议召开以来,许多政府通过了全国行动计划或战略,支持和鼓励

女童接受教育。有些国家加重强调提供免费教育或提供奖学金、增加学校的数目和地点以及修订课程,使内容对性别问题较为敏感。有些国家用法律措施来支持女童接受教育的权利。这些措施使女童在许多国家接受初级教育的比例大量增加。在世界大多数地区,现在女童初级教育的入学率同男童相比已超过 80%。

33. **制约因素。**在达到普及基础教育和男女教育机会平等方面,南亚和非洲撒哈拉以南地区的许多国家仍然还有一段距离。生活在贫穷中的儿童,尤其是女童,入学率最低。在大多数发展中国家,辍学率在每一个层次都相当高,特别是在小学到初中的阶段。在发展中国家,低收入家庭通常无力承担学校的制服、杂费、书本和交通费用。留校率通常很低,尤其是女童。此外,学生/教师的比率过高,课程简陋或不实际(通常对女童具有歧视性)、师资不足以及学校设备差等因素都影响了许多国家的教育水平。

未来的主要行动

34. 各国应尽快,无论如何应在 2015 年之前达到国际人口与发展会议所订出的初级教育普遍化的目标;在 2005 年以前消除初级和中级教育中的性别差距;致力于确保在 2005 年时做到男女儿童的初级教育入学率至少达到 90%,相对于 2000 年时估计达到的 85%。

F. 数据系统,包括指标

35. 在制订、执行、监测和评价人口与生殖保健政策与方案时,可靠的资料库,包括定期的统计数据在内,是不可或缺的。尤其是因为需要准确的数据,据以编制指标,以追踪朝向国际人口与发展会议的目标以及其他重要发展目标取得的进展。

36. **进展。**在衡量人口与生殖保健方案的执行进度方面,以及在衡量争取达到其他社会发展目标的进度方面,确定指标和计算指标的工作已经作出了相当多的进展。值得一提的全球指标系列包括:普及基本社会服务指标、经济合作与发展组织(经合组织)发展援助委员会(发援会)/世界银行/联合国指标系列和最基本国家数据组。在建立国家信息系统和其他监测机制方面也取得了一些进展。人口基金正在致力于编制更详实的基准指标,以衡量取得生殖保健的程度。

37. **制约因素。**收集数据是花费很大的工作,有些国家没有能够把建立可持续的统计能力当作优先事务处理。在没有外界技术和财务援助的情况下,许多国家仍

然缺乏进行人口普查和调查的能力和资源,有些在 10 年以上的期间中都没有进行人口普查。关于改善生殖保健方案的管理品质的数据以及监测朝向达到这种水平取得的进展的指标并不是经常可以得到,收集与利用的情况也很不一致。有关性别差异的数据往往质量低劣,甚至根本不存在。

未来的主要行动

38. 在国际社会和捐助者的协助下,各国应当加强全国信息系统,以便在广泛的发展指标方面及时制作可靠的数据。收集的指标应当包括:社区一级的贫乏率,妇女取得经济资源的情况,贫困的人口取得生殖保健服务的情况,以及在性保健与生殖保健方面促使人们对性别问题敏感的情况。所有这些数据和信息系统都应当确保有按性别分列的数据,这对于把政策转化为针对性别关切战略以及拟订适当的性别影响指标以便监测进展的工作至关重要。各国应当收集评价青少年生殖保健状况的数量和质量数据并且应当设计、执行、监测和评价行动方案。

39. 应当鼓励捐助者加强各国的能力,特别是最不发达国家和转型经济体的能力,以便它们能够定期进行人口普查和调查工作。

二. 两性平等、公平和赋予妇女权力

40. 国际人口与发展会议申明,赋予妇女权力,让她们自主,提高她们的政治、社会、经济地位,改进她们的健康状况,本身就是一个十分重要的目标,对实现可持续发展也至关重要。妇女和男子都需要在生命生产和生育方面充分参与,建立真正的伙伴关系,包括共同负责照料和养育子女,维持家庭。

41. **进展。**许多国家根据国际人口与发展会议上所达成、又经(1995 年,北京)第四次妇女问题世界会议强调的协商一致意见,修订歧视妇女和女孩的法律,并采取措施提高妇女和女童的法律和社会经济地位。若干政府采取了主动行动,增加参与决策进程的妇女人数。过去人们视为禁忌、避而不谈的针对性别的暴力行为如今也公认为一种可依法予以惩治的可耻的行为。若干国家制订了保护妇女免遭暴力行为的法律,并修订了家庭法准则使其包括家庭暴力行为。一些国家实施有同妇女的财产权有关的法律;没有制订这种法律的国家也在努力通过有关法律。

42. 许多国家在将有损于女童福祉的有害的传统作法定为非法行为方面取得了进展。一些国家通过了法规,将对女性生殖器官的残害定为非法行为,并展开了反对这种作法和其他有害于女童健康和福祉的作法的宣传运动。还有些国家通过了禁止产前性别选择的法律。

43. 已作出努力,鼓励男子对他们的生殖和性行为和健康负起责任,并帮助增进妇女的健康。

44. 文明社会的各种组织加紧进行倡导和宣传活动,使妇女认识到她们的基本人权,特别是她们的生殖性健康权利。文明社会的各种团体,特别是妇女团体,在自行或协同各国政府订立指标,衡量在达成国际人口与发展会议和北京世界会议目标方面取得的进展,并规划实现男女平等、公平和妇女权力的进度。

45. 国际一级日益认识到必须促进和保护妇女的生殖和性健康权利,并进行了这方面的对话。各人权条约机构致力于应用人权标准来确保妇女的健康,特别是她们的性健康和生殖健康,就是一个证明。

46. **制约因素。**歧视妇女和男尊女卑的传统和文化观点和作法的持续存在有碍于国际人口与发展会议有关生殖健康和权利的目标的实现。许多国家较为认识到歧视妇女和女孩的一贯模式,但是对于改变这种态度和作法的努力没有给予足够的政治支持。甚至在那些通过了保证和维护妇女权利的法律的国家,还是存在歧视性态度和作法,连负责解释和执行这种法律的人员都不例外。

47. 在人口与发展方案中采取性别观点,并使其制度化是一个长期的过程。为此,必须在制订政策、拟订和执行方案以及开展国际合作时进行性别分析。由于没有能够适当地理解如何在不同的社会和文化情况下解释与性别问题有关的概念,而使得这种办法的实施受到阻碍。许多机构的工作人员缺乏进行性别分析以及从性别观点设计、实施和监测各种方案所需的技术能力。

48. 许多国家的妇女仍旧未能享有人权。甚至连进行了法律改革的国家都仍旧未能维护妇女的权利,包括她们的生殖健康权利。监测两性平等与公平的法律机制仍然起不了较大的作用。妇女在一生的各个阶段,不论在私人生活还是在公共生活中都继续面临难以忍受的各种程度的暴力行为。陷入贫穷的女性人数日增的现象造成了更多新的形式的暴力行为,例如贩卖妇

女和强迫卖淫。妇女往往也是战争和内战最大的受害者。

49. 许多国家的妇女营养不良，并且没有同等的机会获得保健服务，这种情况造成了男女童存活率的差异和较高的产妇死亡率和发病率。在一些经济保障迅速减少的情况下，女孩和妇女往往处于比男子要不利的地位。贫穷日益增加的表现方式包括家庭内两代之间的(强奸和乱伦等)暴力行为以及卖淫和贩卖女孩和妇女的情事有所增加。

50. 某些持续存在的社会和文化观点使得男子分担的家庭责任较少。男子通常都不参加社区或决策一级有关男女平等和赋予妇女权力的讨论、她们对于性行为和生殖行为也仍旧没有负起应负的责任。

未来的主要行动

51. 各国应当确保通过制订和有效地执行对性别问题敏感的政策和法律来保护妇女和女孩的人权，包括经济、社会和生殖权利。所有国家都应当签署和批准《消除对妇女一切形式歧视公约》(大会第 34/180 号决议，附件)，并撤消现有的各种保留。

52. 必须进一步研订和加强国际人口与发展会议对于人口与发展政策和方案的生殖权利处理方式，包括建立机制同妇女组织和其他争取公平权利的团体进行协商。应当将涉及生殖权利的人权教育纳入正规和非正规教育课程。

53. 必须在所有制订和实施政策以及提供服务的过程中采取性别观点。具体地说，应当密切监测经济全球化和基本社会服务私有化对男女造成的不同的影响，特别是对生殖健康造成的影响。应当特别是为贫苦妇女采取具体的减少困难的措施。必须拟订特别的方案和体制办法来保障年纪较长的妇女的健康和福祉。必须满足她们整个生活周期的生殖健康需要。

54. 应当加强政府和民间社会，特别是非政府组织的体制能力和专门技术知识，以促进将性别观点纳入主流的工作。

55. 各国政府、民间社会和联合国系统应当倡导妇女和女孩的人权；促使妇女充分参与决策过程；和消除对妇女的一切形式的暴力行为，包括对女性生殖器官的残害、强奸和性暴力行为。

56. 绝不能容忍对妇女和儿童的任何形式的暴力行为，包括强奸、乱伦、性暴力和充当淫媒的行为。为此，必须制订一种综合性的办法，以应付法律改革以及广泛的社会、文化和经济变革的需求。应当执行 1996 年 8 月在斯德哥尔摩举行的禁止对儿童商业色情剥削世界大会通过的《宣言和行动议程》(A/51/385,附件)。应当保护女童，特别是使其免受有害的传统作法，并应增进她们获得保健服务和接受教育等的机会。应当加强和支持家庭，特别是父亲在维护女孩的福祉方面的作用。

57. 各国政府应当加强促使人们改变歧视妇女和女孩、认为她们地位较低的态度和看法的政策。议员、媒体和其他有关方面可以在促进两性平等和公平方面起一种重要的作用，这些方面应当制订和加强有关战略，帮助改变对妇女的消极态度，并使社会更加重视妇女。所有领导人，特别是最高决策级别的男子，应当为促进两性平等、赋予妇女权力和保护女童大声疾呼。

58. 男子应当参与树立积极的男性行为榜样，使他们能够在增进和维护妇女生殖健康方面起一种较主动的作用，并帮助男孩适应社会生活，长大后成为对性别问题敏感的人。应当提供服务，满足男子本身生殖健康和性健康方面的需要，应当支持男子对自己的性行为 and 生殖健康负起责任。应当在不减损向妇女提供的生殖健康服务的情况下这样作。

三. 生殖权利和生殖健康

A. 确保生殖权利及促进生殖健康和性健康

59. 国际人口与发展会议对整体全面的性健康所下的定义总的说来确认下列三项主要目标：满足大量尚未得到满足的计划生育方面的需求；降低产妇死亡率；以及预防和治疗生殖道感染和性传染疾病(性病)，包括艾滋病毒/艾滋病。人们日益认识到必须将这些服务纳入初级保健，并在分散方案权力时继续优先注意生殖健康和性健康及生殖权利。《国际人口与发展会议行动纲领》确认性健康和生殖健康在很大程度上受到两性关系的影响，男子必须对其性行为负起责任，并尊重和支持其伴侣的生殖权利。个别妇女和男子要想自行作出生育方面的决定，并保护其生殖健康和性健康，就必须有机会取得各种各样的资料和服务。主要应当

由各国政府同民间社会协作，确保人们能够普遍而且很容易地取得这种资料和服务。

60. 进展。人们日益认识到，健康权利，包括生殖健康权利，是一种基本的人权，这种权利除其他外是指妇女有权不受胁迫、歧视和暴力地掌握有关其性行为，包括性健康和生殖健康的问题，并对此自由而负责任地作出决定。如今几乎所有国家都已经展开生殖健康方案。许多国家在采取以人权、公平和需求为根据的方式，设法促使民间社会在更大的程度上参与确立优先次序的进程，并进一步分散提供满足需求所需的资料和服务的责任。那些以前采取自上而下追求一定指标的方式的国家在改而采取以需求为根据的方式。

61. 从国际人口与发展会议召开以来，许多国家在生殖保健方面制订了具体的政策和(或)进行了体制性的改革，并在扩大特别是初级保健一级所提供的各种生殖保健服务方面取得了重大的进展。它们是通过加强或增加现有的同增进产妇健康；防治生殖道感染、性病和艾滋病毒/艾滋病；和促进青少年健康有关的妇幼保健或计划生育服务构成部分来做到这一点的。还进一步努力增进服务提供者的全面生殖健康意识。此外还在改进转诊系统、更有效地训练服务提供者、以及采取措施加强和扩大男子对性健康和生殖健康所负的责任等方面取得了进展。联合国系统也采取了较协调的合作方式来支助各国所作的这些努力。

62. 人们明确地认识到紧急情况下对生殖保健的日益增加的需求，若干联合国机构和国际非政府组织目前正在共同努力应付这些需求。

63. 制约因素。一般仍旧没有充分理解整体全面的生殖保健方式，往往对其重要性也没有充分的认识。⁸ “生殖健康”和“性健康”二词不容易译成某些语文。甚至在明确理解生殖保健方式的情况下，对于如何确定其各项要素的优先次序也未必具有清楚的概念。因此生殖保健往往得不到各国政府和国际捐助者足够的重视和适当的资助。此外特别是在决策级别，仍旧没有普遍地认识到妇女和女孩传统的角色和权力，同实现生殖健康之间的基本关系。最后，保健政策，包括生殖保健政策还没有能够一贯地反映人权方式，⁹许多体制结构仍旧落在政策承诺之后。

64. 仍旧没有作出足够的承诺，提高生殖保健服务对象心目中的保健服务的质量。研究报告的结果表明，可以

做到以合理的费用提高所提供的服务的质量，并可以靠较有效地利用服务和增进生殖健康来抵减部分费用。生殖道感染继续对妇女的生命和福祉构成严重的威胁，这个问题仍旧没有得到普遍的认识和适当的处理。

65. 生殖健康和性健康的决定因素远远超出保健部门本身的范围。必须继续将社会、文化、经济和行为等方面的因素纳入生殖保健政策和方案的规划和实施。为此，许多其他部门都必须给予合作，排除获得服务的障碍并创造一种较有利的环境。

66. 保健部门的改革和部门办法未必对于性健康和生殖健康给予足够的重视。

67. 虽然应付紧急情况下的生殖健康需求的能力和机制开始得到加强，但是在这些情况下往往无法得到具有提供高质量生殖保健资料和服务能力的保健人员的协助。

未来的主要行动

68. 各国政府应当：

(a) 确保各项政策、战略计划和生殖保健方案执行工作的各个方面都以人权为基础，并确保这种方案覆盖整个生命周期；

(b) 促进开放供参加和包括所有利害攸关者的政策制定程序；

(c) 促使所有有关部门参与生殖保健政策的制定、执行、监测和评价；

(d) 同所有民间社会伙伴，包括非政府组织，建立长期战略合作关系，以加强生殖保健方案的规划、执行、监测和评价；

(e) 加强社区服务和构成生殖保健服务重要的推广工作的社会推销和补贴推销；并探讨同私营部门之间的新的合作关系；

(f) 增加旨在提高生殖保健质量的投资。除其他外可通过下列各种方式做到这一点：制定和监测保健标准、确保提供服务者的能力——特别是技术和沟通能力；提供各种各样安全而有效的避孕方法，包括女性避孕套和紧急避孕方法；提供方便服务对象(特别是方便妇女和青少年)的服务；确保一切为提供服务而进行的联系尊重服务对象及其隐私并注意其舒适；和确保后勤系统起充分的作用；

(g) 确保生殖保健方案消除引起生殖道感染的原因,包括月经期间不卫生的习惯;不卫生的服务提供方式,例如不卫生的堕胎后保健服务;对女性生殖器官的残害等传统作法;性暴力行为;和过早从事性行为等,以尽可能减少其对健康的不利影响,例如引起骨盆发炎、不孕症、宫外孕和骨盆痛等;

(h) 在进行保健部门改革和实施部门办法时高度优先注意生殖健康和性健康,确保人人都能公平地获得有关资料和服务;

(i) 促使男子认识到他们有责任尊重妇女的权利;维护妇女的健康;防止意外的妊娠、防止产妇死亡、特别是防止通过对配偶或婚外对女孩和妇女施加性暴力行为而传播性病和艾滋病毒/艾滋病;帮助配偶取得生殖保健服务;和分担家务。

69. 各国应当估计计划生育服务提供情况和计划生育方法选择情况,以估计结果以及(下文第 84 和 96 段所示)产妇死亡率和艾滋病毒/艾滋病指标表明朝向国际人口与发展会议普遍提供生殖保健服务目标取得的进展。在避孕药剂使用者所占比例同表示希望达到一定的生育间隔或限制家庭人数的人所占比例之间存在差距,各国应当设法在 2005 年以前将这种差距缩小至少 50%。联合国系统应当在 2005 年以前尽快同各国协商,定立提供生殖保健服务的基准指标,并协助各国设法收集必要的数据。

70. 联合国系统和捐助国应当:

(a) 帮助建立各国计划、管理、实施、监测和评价生殖保健方案的能力;

(b) 加强各国确保向所有处于紧急情况的人——特别是妇女和青少年——提供适当的保健服务,包括生殖保健服务,并提供更大的保护使其免受性暴力和基于性别的暴力行为的工作;

(c) 确保向所有救济工作人员和紧急情况保健工作人员提供生殖保健资料和服务方面的基本训练。

B. 确保享有优质的计划生育服务

71. 如《行动纲领》所述,计划生育的目标是“……协助夫妇和个人在促进最大限度的健康、责任和家庭福利框架内实现其生育目标,同时尊重所有人的尊严和选择子女数量、间隔和时机的权利。”(第 7.14(a)段)

72. **进展。**过去五年世界上所有区域的避孕普及率都有增加。全世界目前的总避孕普及率是 57%;按现代方法计算是 49%。人们已有了广泛的避孕选择,包括每月一次的注射和女用避孕套在内。

73. 一些国家的财政部和计划生育机构已开始加强注意它们提供的服务的质量和加强咨询服务,这些是针对开始使用或继续使用避孕方法的用户的战略。另外也开始进行各种方案,向用户提供适应人们各种各样的生育需要、健康状况、年龄和生活环境的广泛避孕方法选择。在增加避孕用品(包括男用保险套和女用避孕套)的获取管道方面,社会或补贴行銷战略证明是成功的。针对男人的宣传运动有助于增加保险套和输精管结扎术的使用。

74. **制约因素。**后勤、社会、财政和行为上的障碍仍然使致 1.5 亿名以上的妇女无法获得优质计划生育资料和服务。

未来的主要行动

75. 各国应当:

(a) 拨出资源满足人们对获得各种各样安全而有效的避孕选择的资料、咨询、服务和后续协助,包括对女用避孕套和紧急避孕等新的选择及对输精管结扎术和避孕套等使用率不高的避孕方法的日益增加的需求;

(b) 确保提供护理方面的优质咨询服务和技术标准以及在保密而尊重对方的情况下获得其以自由意志作出知情;

(c) 加强后勤系统和管理能力,以确保所有计划生育和生殖保健商品的供应和安全性;

(d) 从公共资源和捐助款项提供津贴,以确保穷人能享有和取得避孕用品。

76. 敦促联合国系统、国际非政府组织和私人部门着手研究和开发安全、廉价和有效的避孕新方法,尤其是适用于男人的方法,并协助各国确保避孕的安全。

C. 减少产妇死亡率

77. 国际人口与发展会议的目标是要求各国在 2000 年以前将产妇死亡人数减至 1990 年的一半。虽然目前全球产妇死亡的数字不详,但估计在 1990 年有 585 000 名产妇死亡,其中大部分是在发展中国家内。¹⁰ 每死亡一名妇女,估计就有更多名受到严重伤害或健康不良。世

界卫生组织(卫生组织)估计目前每年在发展中国家有大约 2 000 万人不安全堕胎,并因此有 80 000 名妇女死亡,约占产妇死亡总数的 14%左右。¹¹ 国际人口与发展会议要求 2000 年将产妇死亡人数减至一半的目标将无法达成。产妇死亡的人数仍然很高,在撒哈拉沙漠以南的非洲地区和南亚各地尤其是如此,特别是因为当地妇女的经济地位都很低。发展中国家的妇女面临了怀孕和生育死亡的危险,其程度继续大出发达国家妇女的 200 至 300 倍以上。

78. **进展。** 国际人口与发展会议确定安全孕产既是个发展问题,也是人权的需要。其后,人们已更多地认识到产妇死亡和发病的问题。有些国家已开始加强其生殖保健方案的产妇保健部分,但仍然无法正式记录其影响。

79. 大部分国家都在加紧努力预防不想要的怀孕,有些国家正在设法更有系统地减少不安全人工流产对健康的影响。近年来,由于设施增加和现代避孕用品的使用,中欧和东欧/新独立国家和中亚各共和国施行人工流产的人数显著下降。在训练保健人员和使医院熟悉如何管理堕胎并发症方面取得了一些进展,有几个发展中国家已发展出特别的做法改善人工流产的善后服务和照料。

80. **制约因素。** 在许多发展中国家,造成产妇死亡率和发病率很高的持续主要因素是妇女的总体条件不佳,其中包括:营养不良(往往从婴儿和幼儿时期就开始);和高度贫血无法获得助产服务和紧急产科服务;过早怀孕和生育;妨碍妇女决策的文化障碍;以及没有足够的管道获得生殖保健和计划生育服务。对生命造成威胁的怀孕和生育并发症往往无法预测,同时又因缺乏检验、没有作早期转诊和没有由熟练而设备妥善的提供服务者运送需要紧急护理的妇女,更是大大增加了危险度。

81. 减少产妇死亡率的工作受到技术缺乏的制约的程度远不如政治承诺和资源的不足以及未能优先进行有效的介入所造成的制约。

82. 几乎所有的国家都允许利用堕胎挽救怀孕妇女的生命。但是,只有很少的国家在确保不违反法律的所有情况下有足够训练有素的人员和足够的设施保证其程序的安全与畅通方面取得了进展。各国往往没有治疗妇女使她们不致因不安全的人工流产而招致威胁生命和健康的并发症的服务。

未来的主要行动

83. 各国应:

(a) 承认产妇死亡是人权问题并促进减少产妇死亡率;

(b) 确保产妇保健服务一直都包含有助于减少产妇死亡和发病的一套关键性介入行动(特别是助产和紧急产科护理);

(c) 制定适当的介入行动,从初生儿时期开始就加强女童和年轻妇女的营养、健康和状况,使她们能够更好地对生育作出知情的选择,并有管道获得各种服务;

(d) 确认不安全的人工流产作为一项主要的大众健康问题的保健影响,并通过以下方式设法解决:提供计划生育咨询、资料和服务,以减少不想要的怀孕;确保保健服务有能力处理不安全的人工流产的并发症;按照《国际人口与发展会议行动纲领》第 8.25 段各项建议行动。人工流产如果合法,应当是安全而可以获得的服务。应审查载有惩罚施行非法人工流产妇女的措施的法律。

84. 为了监测实现国际人口与发展会议有关产妇死亡率的各项目标的进展情况,各国应以熟练助产人员接生的人数比例作为一项基准指标。到 2005 年时,所有生育应有 78%是由熟练助产人员接生。

85. 联合国系统、捐助界和国际非政府组织应继续提倡各国承认产妇死亡率是一个公共保健和人权问题;推展有效的介入行动;并支持各国努力减少产妇死亡人数。

D. 预防和治疗人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症(艾滋病/艾滋病)

86. 艾滋病毒感染继续是全世界的主要公共卫生问题。联合和共同赞助的联合国艾滋病毒/艾滋病方案(艾滋病方案)估计 1998 年有 3 340 万人感染艾滋病毒/艾滋病,在 2000 年预期将增加到大约 4 000 万人。全世界感染艾滋病毒/艾滋病的人数中,三分之二是住在撒哈拉沙漠以南的非洲地区。自从艾滋病毒/艾滋病开始成为流行病以来,估计已有 1 070 万名成人(其中 470 万名为妇女)和 320 万名儿童死于这个疾病。¹² 虽然妇女目前占有所有感染艾滋病毒/艾滋病成人人数的 43%,但年轻妇女受到感染的人数不成比例。例如,在若干非洲国

家,15-19 岁女孩有记载的感染比率高达同龄男孩的六倍。¹³ 许多婴儿自其受到艾滋病毒感染的母亲感染上艾滋病毒。

87. 抗逆病毒药物和治疗机会性感染的药物现在已经上市,但价钱昂贵。制造商已开始在一些发展中国家捐赠抗逆病毒药物,但是获得这种药物的患者仍然少之又少。普遍的共识是,减少艾滋病毒传染的最佳方法是通过大众媒体促进人们行为的改变和特别是针对青年进行教育方案以减少新的感染扩散的机会。

88. 每年至少发生 3.3 亿新的可治疗性病案例。性病大为增加了艾滋病毒传染的机会,也造成不育症和宫颈癌,每年死于这种癌症的妇女估计达 30 万人。

89. **进展。**人们广泛同意,艾滋病毒/艾滋病和性病的预防和控制应成为生殖健康方案的一个组成部分。从人发会议召开以来,已作出各种努力制订和测试将艾滋病毒的预防和性病的管理结合到现有方案的战略。此外,一些国家正开始提供妇女保险套,同时认识到妇女需要有她们自身能够控制的保护方法,对杀菌剂的研究工作在继续进行之中。

90. 有证据显示,改变行为和分发保险套是最省钱的艾滋病毒/艾滋病预防方法,而且可以取得好效果。一些亚洲和非洲国家已展现出强有力的领导、承诺,并分配了资源和愿意与民间伙伴合作,它们的艾滋病毒感染情况已开始减少,特别是在年轻年龄群、入伍士兵和商业性色情业者当中。¹⁴

91. **制约因素。**许多国家仍旧不太愿意承认艾滋病毒/艾滋病大流行病的严重程度与广度及它对生活品质的影响,并且不太愿意作出必要的承诺和提供必要的资源。

92. 尽管人们认识到要减少艾滋病毒/艾滋病和性病的传播,必须改变人际关系中属于隐私的方面和改变人际关系中的行为、价值和规范以及男女之间不平衡的主次关系,但却往往不太愿意在方案的层面处理这些问题。婚姻当中对妇女的性暴力行为和年纪大的男人对年轻妇女的性暴力,也是造成艾滋病毒感染的主要原因。

93. 目前缺乏廉价、简单而有效的技术来预防和管理艾滋病毒/艾滋病和性病,特别是缺乏杀菌剂和简单的诊断方法。

未来的主要行动

94. 各国政府最高当局应通过调动保健、教育、社会福利和其他部门以及民间所有部门,致力于采取紧急行动预防艾滋病毒的传染、改善对受到艾滋病毒感染的人员的护理和采取步骤减少艾滋流行病的影响。

95. 各国应确保对艾滋病毒/艾滋病和性病的预防和事务成为其初级保健一级上生殖健康方案的组成部分。它们应确保男女保险套的广泛供应和取得渠道,包括通过社会行销进行。得到政府最高当局支持的宣传和新闻、教育、传播活动应设法促进负责任和安全的性行为;相互尊重;以及性关系中的两性平等。它们也应斟酌加强旨在预防母亲将艾滋病毒传给子女的试验项目。

96. 各国在联合国系统和捐助者的援助下,应在 2005 年以前确保 15-24 岁的年轻男女中有 90% 能够获得所需资料和技能以减少他们容易受到艾滋病毒感染的程度。各国应把 15-24 岁男女的艾滋病毒感染率作为基准指标,以在 2005 年以前:(a) 在全球减少这一年龄群的艾滋病毒传染人数,和(b) 在 25 个受害最大的国家将传染率减少 25%。

97. 应增加公私部门对杀菌剂、简单而廉价的诊断化验、单一剂量性病治疗和疫苗研制的研究投资。应谈判供应发展中国家的特价艾滋病毒药物。

E. 促进青少年性健康和生殖健康

98. 年龄在 15-24 岁的青年目前共有 10 亿人以上,这是有史以来这一年龄群的人数最多的时期。每年将近有 1 700 万名 20 岁以下的女孩生育小孩,其中有些只有 10-14 岁。这些女孩的怀孕多数是没有计划的,卫生组织估计想要施行人工流产的少女每年多达 440 万例。许多青少年都面临严重的性病危害。所有新感染艾滋病毒的案例中,有 50% 以上是发生在 15-24 岁的男女当中。年轻女孩面临特别受到年纪大的男人危害的危险。许多青少年缺乏正规的教育、工作和有益娱乐;许多人生活在极度贫穷的状态中;也有许多人没有足够认识到他们面临的危险和缺乏对自己的适当保护,使自己不受可能的生命威胁的危害。许多青少年已经结婚,需要渠道获得广泛的生殖健康资料和服务。预防不想要的怀孕、不安全的人工流产和性病——包括艾滋病毒/艾滋病——的措施是维持青少年的健康和各国未来的健康状况所必须的。

99. **进展。**青少年的生殖健康问题现已明显成为已采取政策、标准和机制满足青少年的需要的若干国家公共卫生议程上的一部分。有些国家已将青少年生殖健康部分纳入青年方案和国家保健计划之中,或在各部之内设立青年办公室。有些国家也在为青少年提供资料和服务方面取得了重大进展。早婚和一些有害女童的做法正在减少之中。各国日益认为需要倾听青年和咨询他们意见,以此作为规划和执行向青少年提供资料和服务方案的一项重要投入。

100. 已在各级学校课程中向青年提供性教育和存在这种服务的国家出现了初始性活动延后的现象及不想要的怀孕、不安全的人工流产和性病-包括艾滋病毒/艾滋病-减少的情况。

101. **制约因素。**虽然人们日益同意满足青少年的生殖健康需要极为重要,但这种认识并非总是转化为国别一级的作业行动。在许多发展中国家和发达国家,青少年性行为和青年的生殖健康服务需要仍然是决策者、父母亲和教师之中的敏感问题。在许多国家,限制性的法律和规章阻碍了性教育和青少年获得生殖健康服务等领域中《行动纲领》的执行。即使在设有青少年生殖健康方案的国家,也往往对象面不够广泛,尤其是在农村地区;有时是重点过于狭窄;并且往往没有让青少年参与其设计或执行工作。即使在制定有青年新闻、教育和传播方案的国家,这些方案也往往未与生殖健康服务挂钩。¹⁵

未来的主要行动

102. 随着民间的更多参与,各国,包括非政府组织捐助者和国际社会应:

(a) 继续倡导保护青少年生殖健康并协助各国查明实现这项目标的有效合适战略;

(b) 制定服务青年的国家计划,范围包含教育、专业和职业训练、创收机会和性保健与生殖健康资料服务。应让青年自己参与这种计划的设计和执行;

(c) 促进家庭在教育儿童和塑造他们的态度方面的中心作用。但同时确认青少年有权为其本身的行为和生活承担责任;并确保教育家长了解和参与向青少年提供资料,使他们在青年的性健康和生殖健康教育中能履行他们的权利和责任;

(d) 促进为人父亲者作为其青少年子女,特别是对其女儿的正面榜样和启发作用,以使子女形成自尊和使他们能够对本身的生活负起责任;

(e) 确保青少年在校内校外得到必要的资料和教育,使他们能够对自己的性健康和生殖健康作出明达的选择和决定。教师在这方面应受到足够的训练;

(f) 审查和修改可能妨碍青少年取得所需资料和服务的现有法律、条例和做法。

103. 关心如何向青少年提供生殖健康服务的所有国家应审查已处理这些问题的国家的经验,以为本国的情况找出合适的模式。

四. 伙伴关系和协作

104. 《国际人口与发展会议行动纲领》确认,各国政府同非政府组织、包括当地、国家及国际三级的非营利团体和组织,达成广泛、有效的伙伴关系,对于实施在开罗达成的一致意见而言是至关重要的。《行动纲领》也确认,许多非政府组织和当地社团可以推动人口与发展政策的圆满实施。《行动纲领》指出,以营利为主的私营部门在社会和经济发展中发挥重要作用,包括生产和提供生殖保健服务和商品,进行有关人口与发展方案的适当教育和宣传。

105. **进展。**国际人口与发展会议以来,民间社会在人口和生殖健康领域的作用、责任和支助性参与有了极大的增加。许多国家政府现在承认并支助民间社会参与实施《行动纲领》,并安排民间组织参加人口方面政策、计划和方案的制定、实施、监测和(或)评估。

106. 有些国家的政府采取重大措施,加强民间社会机构能力,包括提供经费及取消累赘的法律限制。

107. 在好几个国家,非政府组织成立了宣传及落实国际人口与发展会议成果的国家协调组。有些非政府组织在加强机构及建立联盟方面取得进展。有证据显示,妇女团体、宣传组织、青年团体、宗教领袖和宗教社团以及私营部门协会等伙伴更加活跃。

108. 许多国家政府和国际组织正在探讨及促成政府与私营部门之间的新型伙伴关系。私营部门也在研制物美价廉的生殖健康新技术,用于防治和控制性传染病/生殖道感染。

109. 联合国各机构之间相互进行密切协调。1995 年以来,联合国 18 家机构及布雷顿森林机构参加行政协调委员会(行政协调会)普及基本社会服务工作队,相互协作。全系统增进了联合国各次会议及首脑会议后续行动的协调工作,这是联合国改革进程的重要特点。在艾滋病/艾滋病肆虐的情况下,联合和共同赞助的联合国艾滋病/艾滋病方案(艾滋病方案)这一新机构应运而生,以提高本系统有效回应该危机的能力。此外,鉴于生殖健康在整个卫生部门的重要性,已经成立了卫生组织/联合国儿童基金会(儿童基金会)/人口基金卫生协调委员会(卫生协调会)。

110. 人们认识到,必须开展南南合作。亚洲、拉丁美洲及非洲之间,以及在穆斯林国家之间,已有数个相互交流的典例。此类交流建设实施国际人口与发展会议成果的能力,提供培训及政策咨询,更有在共同的文化和发展背景下进行的有利条件。

111. 议会网络在所有各级都得到加强和扩大。议员们帮助确保国家预算拨款给人口和发展方案。

112. **制约因素。**虽然有所进展,但仍要做大量工作,加强民间组织人力资源、机构及管理能力和金融可持续性。非政府组织是宣传能手,但需要加强其实施方案的能力。

113. 民间组织和政府之间缺乏对话机制。另外,民间组织之间相互联系依然不多,尤其是在国家一级。

114. 缺乏透明度、问责制以及不能对赞助者作出有效回应,这可能是民间团体争取不到更多公众支持及财政支助的原因。

115. 由于都依靠外部提供经费,政府与非政府组织之间、非政府组织相互之间往往越发激烈地争夺有限资金。有时,依靠外部提供经费,有碍非政府组织进行战略规划。民间社会和政府都遇到的一大制约因素是,在国家一级,缺乏协调、筹资及问责机制。

116. 由于资源方面的制约和可利用的交流技能及机会的匮乏,南南合作未能大力展开。世界许多区域目前出现金融危机和经济危机,这也大大影响了南南方式的推广和进一步加强。

未来的主要行动

117. 要制定并采用明确的法律框架、条例和准则。各国政府应当确保民间组织的合法性及自主性,为此采取

政策措施,消除法律及官僚两方面的障碍,方便它们参与政策讨论及方案的制定、实施、监测和评价。

118. 政府和民间社会应当协力营造有利于伙伴关系的环境,制定基本构思原则、行动框架和目标及目的,以便明确及理解各方的作用、责任。

119. 民间组织应当设计富有新意的办法,制定机制,促进并加强人力资源、机构能力和可持续性。民间组织应当主动团结宗教领袖和宗教社团。应当同新闻机构建立伙伴关系,从而可以大力促进国际人口与发展会议信息的传播。

120. 各国政府和国际社会应当扩大其财政援助和技术援助的范围,建立并加强民间团体、尤其是妇女和青年团体的人力资源、机构、管理和会计能力及持久性。

121. 私营部门应加强同民间组织和政府的接触,落实国际人口与发展会议的成果。

122. 议员应当推动实施开罗一致意见所必需的立法改革,调动必要资金,用于本国实现国际人口与发展会议的各项承诺,并应是《行动纲领》的宣传员。各区域及区域间网络应当定期交流经验。

123. 要充分发掘南南活动的潜力,仍需外部供资。还须将发展中国家可利用的机构资源和人力资源登记“造册”,以维持技能的供求平衡。

五. 调动资源

124. 国际人口与发展会议确定了实施《行动纲领》所需国内外财政资源的数量,估计发展中国家及转型期经济体国家实施人口及生殖健康方案(“已计算费用部分”),在 2000 年前每年须花费 170 亿美元,2015 年前每年须花费 217 亿美元。这些资源约三分之二预计将由本国出,国际捐助者承担三分之一。

125. **进展。**国际人口与发展会议之后,1996 年全年,国际上对人口及生殖健康方案的支助增加到 20 亿美元。有两个国家官方发展援助中用于人口的部分达到或超过了 4%。可是,在 1997 年,外部供资减少了 1 亿美元。如果这一趋势持续下去,国际人口援助额继续下降,那么,到 2000 年,开罗会议所承诺的外部资源就会出现 38 亿美元的短缺。

126. 按照对政府及非政府组织人口及生殖健康方案支出的调查,对国内财政资源流动的估计为:1996-1997 年

间,每年大约 70 亿美元。第三类主要国内开支源——个人及家庭——的流动量,估计又是 10 亿美元,这样,国内来源产生的资金流动估计总额每年在 80 亿美元上下。2000 年,该数额必须增加 33 亿美元,才能达到开罗会议商定的资源目标。¹⁶

127. **制约因素。**发展中国家作出可嘉努力,来增加国内支出,但其近年国内的资源流动一般仍来自几个大国。然而,许多发展中国家,特别是最不发达国家(多位于撒哈拉沙漠以南的非洲地区),根本连实施国家人口与生殖健康方案所需资源的四分之一都筹不出。转型期经济体国家在为生殖健康筹资方面,也面临严峻困难,至少在短期内是这样。许多此类国家,特别是正进行痛苦的结构调整的国家,在今后 10 至 15 年,将继续需要大量外部援助,才能充分实施《国际人口与发展会议行动纲领》。

128. 艾滋病病毒/艾滋病传播速度比预计的要快;要对付这一大流行病,需要更多资源用于宣传、预防运动和商品。

129. 国际人口与发展会议进程起初带来的令人鼓舞的势头,在 1997 和 1998 年间减缓下来,主要原因是捐助方削减官方发展援助,再加上发展中世界大片地区继续受到严重的经济和金融危机的负面影响。

未来的主要行动

130. 发展中国家和转型期经济体国家及国际社会必须致力于全力调动必要财政资源,达到充分实施《国际人口与发展会议行动纲领》的商定经费额。

131. 国际社会亟须采取步骤,补足资源短缺额。国际捐助者应当实现将国民生产总值的 0.7% 用于官方发展援助的商定目标,并承诺达到至少将官方发展援助的 4% 用于人口活动的目标。鉴于《行动纲领》对人口部门的定义(扩大了许多,把生殖健康、预防艾滋病病毒/艾滋病等等也包括在内),国际捐助者应当进一步考虑将该目标至少提高到 5%。公共部门的开支,以及通过双边及多边渠道提供的官方发展援助,均应将更大的比例用于人口及生殖健康方案,确保充分实施国际人口与发展会议已计算费用部分。

132. 所有发展中国家均须继续努力,调动国内各方资源,以充分实施《行动纲领》。

133. 各国相互间及各国国内应当增加宣传,确保实现必要资源目标。议员们应当采取措施,制定法律、宣传和

在更大范围内提高认识及调动资源,以增加对人口及生殖健康方案的支持,一如《议员关于审查国际人口与发展会议的海牙宣言》所示。

134. 艾滋病病毒/艾滋病肆虐范围较预料的更广,应当特别注意按照《行动纲领》的要求,迅速提供至少 13 亿美元的估计经费,用于在 2000 年预防艾滋病病毒/艾滋病。

135. 有些国家作出了实施国际人口与发展会议各项目标的政治承诺,并制定了连贯的人口政策和方案;它们的资源需求,国际社会应当特别重视、予以满足。目前处于紧急状况和(或)经济危机中的国家需要得到大量外部资源,才能实施其人口及生殖健康方案。

136. 各国政府和国际社会应当鼓励并促进采用更多方法和机制,提供生殖健康服务,如私营部门更多地参与、债务转换安排、有选择地实行有偿使用、社会推销、分摊费用和其它费用回收方式。

137. 鉴于资源有限,捐助者和发展中国家均须确保资源利用高效率、出成果。

138. 需要更好地监测《行动纲领》所列人口及生殖健康方案已计算费用部分的资源流动,包括所有各方商定共同定义。

139. 应当敦请各国大量增加对人口基金的自愿捐款,使该基金能更好地帮助各国——包括许多只能依靠人口基金提供人口援助的国家——去迎接人口及生殖健康方面的挑战。

140. 各国和国际社会应当认真审议 20/20 倡议,该倡议可为较广泛的人口及社会部门目标提供更多资源。

六. 结论

141. 1994 年 9 月在开罗协商一致通过的 20 年《行动纲领》的实施工作、以及切实达到其各项目标和目的的工作,有了良好的开端。1994 年中至 1997 年中期间,人口和生殖健康的许多方面进展情况大好;可是,许多发展中国家发生金融危机,加上官方发展援助减少,国际人口援助持平不涨,进展速度于是慢了下来。

142. 五年期审查显示,需要对《行动纲领》各项原则和目标重新作出政治承诺。审查还清楚地表明,不用进行大额投资,即可取得相当的进展。出现这一情况的原因是,发达国家和发展中国家都更加支持《行动纲领》,各国政府、民间社会,包括非政府组织,以及国际社会之间

加强了伙伴关系。可是,要加速实施《行动纲领》,就必须克服财政、机制及人力资源方面的制约因素。

143. 要达到这一点,首先需要开展广泛的机构改革。其中特别包括加强服务一体化、更有效的权力下放、政府与民间社会之间进一步加强合作、妇女更多地参与决策过程、提高数据质量并在决策过程中有效利用数据。要实施这些行动、争取全面执行《行动纲领》各项建议,就需要从政治上更多承诺运用国家能力、更好地发展国家能力,因为许多发展中国家的政府机构及非政府机构都出现严重的人力资源短缺。

144. 到 2000 年,世界人口将超过 60 亿。减少世界人口中为数甚众者的贫困、确保人人享有基本生活水平和保健,乃是联合国系统及其于 1990 年代举办的历次经济和社会发展问题全球会议的首要政策目标。如果表现出更强的政治意愿、大力调动开罗会议商定的资源,将会加速《国际人口与发展会议行动纲领》的实施;而这回过头来又会促进推动更广泛的发展议程。

注

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。

² 经济和社会事务部人口司,《世界人口展望:1998 年修订本》(联合国出版物,即将印发)。

³ 经济和社会事务部人口司,《1998 年世界人口估计和预测》,简介资料,1998 年 10 月,第 25 页。

⁴ 亚洲及太平洋经济社会委员会和联合国人口基金,1998 年 3 月 24 日至 27 日在曼谷举行的审查《关于人口与可持续发展的巴厘宣言》和《国际人口与发展会议行动纲领》实施情况和就进一步行动提出建议的高级别会议的报告,第 8 至 9 页。

⁵ 联合国行政协调委员会普及基本社会服务工作队国际移民工作组 1998 年 6 月 29 日至 7 月 3 日在海牙举行的国际移民与发展技术讨论会的报告。

⁶ 大会于 1997 年举行了第十九届特别会议,审查自从联合国环境与发展会议以来 5 年间的进展,在其中详细审查了环境与贫穷领域中的进展,并将在 2000 年大会关于社会发展问题世界首脑会议结果的执行情况及进一步倡议的特别会议上审议该问题。

⁷ 参看秘书长向可持续发展委员会 1997 年 4 月 7 日至 25 日举行的第五届会议提出的关于自联合国环境与发展会议以来所取得的全面进展的报告(E/CN.17/1997/2 和议程项目)。

⁸ (a) 未来集团:(b) 纽约大学国际合作中心和(c) 人口资料局进行各种国家一级个案研究的结果表明了这一点。

⁹ 人口基金,《关于确保生殖权利和执行性健康和生殖健康方案,包括实现妇女权力、男子参与和人权的圆桌会议的报告,1998 年 6 月 22 日至 25 日,坎帕拉》(人口基金,1998 年,纽约)。

¹⁰ 世界卫生组织(卫生组织)/联合国儿童基金会(儿童基金会),订正 1990 年产妇死亡率估计数(日内瓦,1996 年)(WHO/FRH/MSM/96.11 和 UNICEF/PLN/96.1)。

¹¹ 卫生组织,全球和区域不安全堕胎事故和死亡率估计数,开列现有国别数据(日内瓦,1998 年)(WHO/RHT/MSM/97.16)。

¹² 联合和共同赞助的联合国艾滋病毒/艾滋病方案(艾滋病方案)及世界卫生组织(卫生组织),艾滋流行病最新状况:1998 年 12 月。

¹³ 美援署,人发会议以来的艾滋病状况,1999 年。

¹⁴ 世界银行,面对艾滋病:全球性流行病方面的优先事项(纽约,牛津大学出版社,1997 年)。

¹⁵ 人口基金,《青少年性健康和生殖健康问题圆桌会议:未来的主要行动,纽约,1998 年 4 月 14 日至 17 日》(纽约,人口基金,1998 年)。ISBN 0-89714-515-1。

¹⁶ 见《协助实施《国际人口与发展会议行动纲领》的财政资源流动》(E/CN.9/1999/4),秘书长提交(1999 年)人口与发展委员会第三十一届会议的报告。评估国内开支所用数据基不包括所有发展中国家,其定义也并不前后一贯。因此,对待这些数据需要慎重一些。