



第六十九届会议

暂定项目表^{**} 项目 13(b)

联合国经济、社会及有关领域主要大型会议和首脑
会议成果的统筹协调执行及后续行动：《国际人口
与发展会议行动纲领》的后续执行

2014 年以后《国际人口与发展会议行动纲领》后续执行行动 框架

秘书长的报告

摘要

本报告根据 2010 年 12 月大会第 65/234 号决议编写。大会在该决议中针对新的挑战 and 不断变化的发展环境，并且为了进一步将人口与发展议程纳入与发展有关的全球进程，呼吁根据人口与发展状况方面最高质量的数据和分析，对《行动纲领》的执行情况进行业务审查，同时考虑到必须对人口与发展问题采取系统、综合和统筹的做法。

1994 年通过的《国际人口与发展会议行动纲领》反映了 179 国政府的非凡共识，即，个人的人权和尊严，包括妇女和女童的平等权利以及普遍享有性与生殖健康和权利，是可持续发展的一个必要前提条件，它阐明了到 2015 年须实现的加快此种发展的目标与行动。其后 20 年所取得的成就是巨大的，其中包括在妇女平等、人口健康和预期寿命、教育水平以及人权保护制度方面的成就，估计有 10 亿人正在摆脱赤贫。对于人口增长的担忧 1994 年已在缓解，其后持续减轻，人的能力与机会尤其是妇女能力与机会的扩大，导致经济得到发展，与此同时，

* 由于技术原因于 2014 年 7 月 28 日重发。

** A/69/50。



人口增长率从 1990-1995 年的年均 1.52% 降至 2010-2015 年期间的 1.15%。如今，各国的人口变化轨迹比 1994 年更加多元，因为欧洲、亚洲和美洲的富裕国家面临人口快速老化的问题，而非洲以及部分亚洲国家预计会出现世界空前大规模的年轻人群体。49 个最贫穷国家，尤其是撒哈拉以南非洲国家，继续面临过早死亡和高生育率问题。

我们面临的重大共同挑战是，我们以人类消费日益加大以及地球资源耗费日益增长为特点的成就在分配上日益不公平，威胁到包容性发展、环境和我们共同未来。

2014 年的证据有力支持了人发会议的共识，即：尊重、保护、促进和落实人权，是提高妇女和少女尊严与福祉并使她们能够行使其生殖权利的必要前提条件，而且保障性与生殖健康和权利以及了解人口动态的影响，对于可持续发展来说极其重要。维护青年权利，并投资于其优质教育、体面就业机会、有效谋生技能以及其获得性与生殖健康和全面性教育机会，能够增强青年的个人适应力，并为他们充分发挥自身潜力创造条件。

本框架中概述的可持续发展道路将要求进行更有效的领导，开展更广泛的创新，以满足关键需求：扩展人权和保护所有人免遭歧视和暴力，以使所有人都有机会为发展出力并从发展中受益；投资于培养世界青年的能力和创造力，以确保未来的增长和创新；加强卫生系统，普及性与生殖保健，以使所有妇女都能实现个人发展，所有儿童都能在一个良好的环境中成长；建立能够丰富都市与农村生活的可持续城市；把全球经济转变为能够维持地球未来并能确保人人享有尊严与福祉这个共同未来的经济。

目录

	页次
一. 导言：2014 年以后人口与发展新框架.....	8
A. 人权的落实	16
B. 所用方法、数据来源和报告结构	19
二. 尊严与人权	21
A. 贫困的诸多层面	22
B. 妇女赋权和性别平等	27
C. 青少年和青年	48
D. 老年人	65
E. 残疾人	76
F. 土著人	80
G. 不歧视适用于所有人	83
H. 歧视的社会成本	90
I. 尊严与人权：未来行动的关键领域	93
三. 健康	95
A. 在保健方面采取立足于人权的方针	96
B. 儿童生存	96
C. 性与生殖健康和权利	98
D. 青年人的性与生殖健康和权利以及终生健康.....	103
E. 非传染性疾病	153
F. 改变预期寿命的模式	156
G. 改变预期寿命的模式	158
H. 保健：今后采取行动的关键领域	172
四. 场所与流动	175
A. 场所与流动	177

B.	国内移徙和都市化	184
C.	国际移徙	195
D.	住所不安全	202
E.	住所和流动性：今后行动的关键领域	211
五.	治理与问责	212
A.	建立与《行动纲领》有关的政府机构	214
B.	加强与《行动纲领》有关的知识部门	217
C.	创造有利于参与和问责制的法律和政策环境.....	228
D.	协作、伙伴关系和协调一致	233
E.	资金流动情况	239
F.	2014 年后的监测框架	243
G.	治理和问责：主要行动领域	243
六.	可持续发展	244
A.	人口动态的差异性	245
B.	气候变化的驱动因素和威胁	247
C.	不平等在实现可持续发展方面的成本	250
D.	实现可持续性的途径：2014 年之后的人口与发展.....	252
E.	2014 年以后	258
表		
1.	所报数据相对完整的合法堕胎情况，2001-2006 年	128
2.	按区域分列的 2006 年医生、护士和助产士严重短缺估计数.....	160
3.	1950-2050 年按发展集团划分的城乡人口趋势和预测	185
4.	按主题、区域和覆盖范围进行的情况评估.....	225
5.	各国政府按人口群体处理政治参与的所占百分比.....	230
6.	用于《行动纲领》四个组成部分的全球国内支出估计数，2011 年	242

图

1. 人口与发展专题支柱.....	14
2. 全球财富金字塔	25
3. 1988-2008 年各人口组别的全球绝对收益分配情况	26
4. 1991-2012 年各区域自营就业者和家庭雇工在就业总数体中的比例.....	30
5. 2004-2009 年按区域分列的对大学教育、企业主管和政治领导人性别平等以及 妇女平等就业权利的支持度.....	34
6. 男子对“打老婆”的态度趋势.....	39
7. 按国家分列的生殖器被残割/切割过的 15 至 49 岁女童和妇女百分比.....	44
8. 1950-2050 年按区域分列的全世界青年人(10-24 岁)比例趋势和预测.....	48
9. 按区域分列的 2005-2010 年少女生育率和中学女生净入学率.....	55
10. 按区域分列的 1999-2009 年调整后初等教育净入学率	57
11. 按区域和性别分列的 1999-2009 年小学完成率	59
12. 按区域分列的 1991-2011 年青年就业相对于人口的比率.....	63
13. 按全球和区域分列的 1950-2050 年老年人(60 岁以上)所占比例的趋势和预测	66
14. 按区域分列的 1980-2009 年加入劳动队伍的 65 岁及以上年龄人口在总人口中 所占比例	73
15. 按性别分列的 1980-2020 年 65 岁及以上年龄者加入全球劳动队伍的情况.....	74
16. 按区域分列的 2004-2009 年公众对特定人口群体的容忍度.....	89
17. 致力消除针对移徙者、残疾人、老年人、怀孕少女的歧视的政府百分比.....	93
18. 全球五岁以下、婴儿和新生儿死亡率, 1990-2010 年	97
19. 1990-2010 年全世界和按区域分列的由性与生殖健康状况决定的男性和女性(所有年龄)残 疾调整生命年总负担.....	99
20. 因孕产、传染病、非传染性疾病和受伤而导致的青年人死亡率(每 100 000 人)	105
21. 没有婚史的 15 至 24 岁女性最近一次性行为中使用安全套的比例变化趋势	107
22. 没有婚史的 15 至 24 岁年轻男子最近一次性行为中使用安全套的比例变化趋势	108
23. 按家庭财富五分法分列的北非和西非使用现代避孕方法的趋势.....	116
24. 按家庭财富五分法分列的东部非洲、中部非洲和南部非洲使用现代避孕方法的趋势.....	117
25. 按家庭财富五分法分列的东部非洲、中部非洲和南部非洲使用现代避孕方法的趋势.....	118
26. 按家庭财富五分法分列的东部非洲、中部非洲和南部非洲使用现代避孕方法的趋势.....	119
27. 按家庭财富五分法分列的东部非洲、中部非洲和南部非洲使用现代避孕方法的趋势.....	122

28. 按家庭财富五分法分列的东部非洲、中部非洲和南部非洲使用现代避孕方法的趋势	125
29. 每 1 000 名 15-44 岁妇女堕胎情况, 加权区域估计, 1995 年、2003 年和 2008 年	127
30. 欧洲一些可合法堕胎的国家中每 1000 名 15-44 岁妇女堕胎比例, 1996 年和 2003 年	127
31. 按国家分列的 2010 年孕产妇死亡率	134
32. 按家庭财富五分法分列的美洲熟练助产护理趋势	138
33. 按家庭财富五分法分列的亚洲熟练助产护理趋势	139
34. 按家庭财富五分法分列的北非和西非熟练助产护理趋势	140
35. 按家庭财富五分法分列的东非、中非和南部非洲的熟练助产护理趋势	141
36. 每 20 000 例分娩的产科急诊设施密度与孕产妇死亡率之间的联系	143
37. 每 20 000 例分娩的产科急诊设施密度与孕产妇死亡率之间的联系	145
38. 2005 年特定亚洲国家城乡妇女产后出血诊治估计覆盖率	145
39. 2005 年特定拉丁美洲和加勒比国家城乡妇女产后出血诊治估计覆盖率	146
40. 首次产前保健门诊即接受梅毒检测的妇女比例, 2005 年以来的最新可用数据	148
41. 2008 年 20 及 20 岁以上两性肥胖症年龄标准化发病率	154
42. 2005 年特定国家城乡医生、护士和助产士密度	161
43. 选定区域 2000、2005 和 2015 年(预计)由专业人士接生的百分比	163
44. 按区域开列的单身户比例趋势	178
45. 按年龄段划分的单身户比例趋势	179
46. 1970-2005 年男女平均初婚年龄	180
47. 按地区开列的生活在单亲住户的儿童(0-14 岁)比例趋势	183
48. 按地区开列的生活在单亲住户的儿童(0-14 岁)比例趋势	186
49. 2013 年 按主要原籍国和目的地国分类的国际移民情况	197
50. 1989-2011 年武装冲突、暴力或侵犯人权造成的境内流离失所者	209
51. 高收入(非经合组织)负责处理人口、持续经济增长和可持续发展问题机构的设立——按国家收入分组和成立年份分列	215
52. 负责处理青少年和青年需要问题机构的设立——按国家收入分组和成立年份分列	216
53. 负责处理性别平等和赋予妇女权能问题机构的设立——按国家收入分组和成立年份分列	216
54. 负责处理教育问题机构的设立——按国家收入分组和成立年份分列	217
55. 对《行动纲领》四个组成部分的捐助者支出, 1997-2011 年	240

一. 导言：2014 年以后人口与发展新框架

1. 发展是人们机会与自由的扩展，这个定义蕴含于联合国所有会员国对普遍人权和所有人尊严的承诺中。它体现政府和公民希望确保所有人免于匮乏和恐惧，被赋予机会而且享有社会安排，可发挥自身独特的能力，充分参与社会生活，并享受福利。¹

2. 《国际人口与发展会议行动纲领》² 映了各国的非凡共识，即，增强社会、经济和政治平等，包括确立一个能增进妇女和女童人权的关于性与生殖健康和权利³ 的全面定义，现在是而且今后将依然是实现个人福祉、降低人口增长、实现持续经济增长及可持续发展的基础。

3. 大会第 65/234 号决议授权进行的业务审查提供了证据，强有力地证明了这一共识的正确性。1990 年至 2010 年期间，发展中国家赤贫人数在总人口中所占比例减少了一半(从 1990 年的 47% 降至 2010 年的 22%)，减少了 7 亿人。⁴ 在多数国家，初等教育实现了男女均等，⁵ 孕产妇死亡人数减少了 47%，⁶ 全球生育率下降了 23%。⁷ 然而，这次审查也表明，所取得的进展是不均衡的，也是很零碎的，而且还出现了新的挑战、现实和机会。

进展不均衡

4. 研究表明，女童受教育、家庭健康程度提高和国内生产总值更强劲增长之间存在显著的正比关系。⁸ 妇女进入东亚和南亚出口制造业等因素，是驱动经

¹ Sen, A (1999), *Development as Freedom*, 新德里：牛津大学出版社。

² 《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。

³ 《行动纲领》第 7.2 段对生殖健康的定义是，“于生殖系统及其功能和过程所涉一切事宜上身体、精神和社会等方面的健康状态，而不仅仅指没有疾病或不虚弱。因此，生殖健康表示人们能够有满意而且安全的性生活……。”第 7.4 段指出，“在实施本《行动纲领》时必须以上述关于生殖健康、其中包括性健康的全面定义为准则。”据此，并根据第 7.3 段——其中指出“……生殖权利所包括的某些人权已得到各国法律、国际人权文书和联合国协商一致通过的其他有关文件的承认”——性与生殖健康和权利来自生殖健康定义所确立的权利。

⁴ 《2013 年千年发展目标报告》(联合国出版物，出售品编号：C.13.I.9)。

⁵ 联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)，《全球在教育方面的性别平等状况》(巴黎，2012 年)；联合国人口基金(人口基金)，《过早结婚：制止童婚》(纽约，2012 年)；联合国，经济和社会事务部人口司(2011 年)，“2011 年世界生育率政策”。

⁶ 世界卫生组织(世卫组织)及其他，《孕产妇死亡率趋势：1990-2010 年》——世卫组织、儿基会、人口基金和世界银行估计数(世界卫生组织，日内瓦，2012 年)。

⁷ 总生育率下降总体幅度是采用《世界人口前景：2012 年订正本》(ST/ESA/SER.A/336)中的 1990 年和 2010 年点估计数计算得出的。

⁸ 联合国千年项目，教育和性别平等工作队，《采取行动：实现性别平等和妇女赋权》(伦敦，“地球了望”，2005 年)。

济增长的一个动力，有助于全球财富的集中地从西方转到东方。⁹ 女童获得教育也有助于亚洲和拉丁美洲在塑造知识型经济方面取得成功。¹⁰

5. 然而，对于性别平等的信念与承诺并没有做到世界一致，¹¹ 基于性别的歧视与暴力继续困扰着多数社会。¹² 除了妇女和女童所面临的歧视外，还有残疾人、土著人、少数种族和族裔以及具有不同性取向和性别认同人士所经历的歧视。国际人口与发展会议的核心信息是，所有人都享有发展权，但全球中产阶级的崛起¹³ 却因各国内部及各国之间持续存在的不平等现象而蒙受阴影。虽然在健康与寿命方面已经取得重大成就，但这些成就既不均衡，也没有使许多人受益。

6. 尽管过去二十年来在妇幼健康和计划生育方面取得了重大进展，但在 2010 年，每天都有 800 名妇女由于与妊娠和分娩有关的原因而死亡，¹⁴ 而且在 2008 年，发展中国家估计有 870 万 15 至 24 岁年轻女性以不安全的方式堕胎。¹⁵ 抗逆转录病毒药物的问世使 660 万人免于因感染艾滋病毒和艾滋病而死亡，其中包括中低收入国家中的 550 万人，但在许许多多国家，新感染病例却继续增多，或者已停止减少。¹⁶ 总体来说，技术上的“奇效高招”所能带来的成效越来越少，而穷国的卫生系统则没有得到实际改进，¹⁷ 结构性贫穷和侵犯人权行为也得不到解决。

⁹ 美利坚合众国，国家情报局，《2025 全球趋势：转变后的世界》(哥伦比亚特区华盛顿，政府印刷局，2008 年)。

¹⁰ 同上。

¹¹ 《2010 年世界妇女：趋势与统计》(联合国出版物，出售品编号：C.10.XVII.11)。分析数据来自“世界价值观调查”(http://www.worldvaluessurvey.org)。

¹² C. Garcia-Moreno 及其他，《世卫组织关于妇女健康和家庭暴力侵害妇女行为的多国研究：关于普遍程度、健康后果和妇女所作反应的初步结果》(日内瓦，世界卫生组织，2005 年)；C. Garcia-Moreno 及其他，《暴力侵害妇女行为全球和区域估计数：亲密伴侣和非伴侣实施性暴力的普遍程度及健康影响》(日内瓦，世界卫生组织，2013 年)。

¹³ Kharas, “The emerging middle class in developing countries”。经合组织发展中心第 285 号工作文件(巴黎，经合组织出版社，2010 年)；F.H.G. Ferreira 及其他，*Economic Mobility and the Rise of the Latin American Middle Class*(哥伦比亚特区华盛顿，世界银行，2013 年)。

¹⁴ 世卫组织及其他，《孕产妇死亡率趋势》(见上文脚注 6)；联合国人口基金，“生育不应攸关生死”，人口基金简报(2012 年 12 月，见 <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/factsheets/srh/EN-SRH%20fact%20sheet-LifeandDeath.pdf>)。

¹⁵ I.H. Shah 和 E. Ahman, *Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women: Reproductive Health Matters*, 第 20 卷, 第 39 期(2012 年), 第 169-173 页。

¹⁶ 联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)，《全球报告：艾滋病署关于 2013 年全球艾滋病疫情的报告》(日内瓦，2013 年)。

¹⁷ 世卫组织，《人人都应参与：加强卫生系统以改进保健成效-世卫组织的行动纲领》(日内瓦，2007 年)。

7. 估计有 10 亿人生活在 50 至 60 个因治理不善、浪费自然资源财富、缺乏贸易伙伴或深陷冲突而处于“发展受制约”状态的国家中。其中许多人自 1994 年以来很少有机会享受到健康与福祉方面的成果，有些人在全球人口中其他人预计将改善生活的时候却会变得更穷。¹⁸ 在这些国家里，以及在富裕国家内的贫穷人口中，¹⁹ 妇女地位、孕产妇死亡率、童婚以及人发会议所关切的许多其他问题自 1994 年以来一直进展极微，而且预期寿命继续低得令人无法接受。²⁰ 在存在结构性贫穷的情况下，妇女生存所受的威胁尤其严重，因为她们无法获得保健服务，特别是性保健与生殖保健服务，而且贫穷妇女承受着过重的粮食生产、供水及无偿劳动等极端体力负担。

新的挑战、现实和机遇

8. 自人发会议以来，全球生育率急剧下降，导致人口增幅增长速度减缓；不过，部分由于人口增长的惯性，世界人口在 2011 年年底突破了 70 亿大关，而且根据联合国的中位变量生育预测，到 2030 年，世界人口预计将达 84 亿。²¹

9. 当前人口趋势的特点是，不同区域和国家差异很大。多数发达国家和一些发展中国家人口老龄化，青年人和劳动适龄成年人比例不断下降。即使在贫穷国家，生育率下降，最终也会导致人口老龄化，如今在欧洲和亚洲发达国家中明显存在的老年人比例高的现象，到 2050 年将出现在世界许多地区。²²

10. 另一个相反的极端是，每名妇女生育 3.5 名子女的总体高生育率目前仅出现在 49 个贫穷国家中，其中多数是非洲和南亚国家，这些国家的人口在世界人口中所占比例不到 13%。这些国家和其他发展中国家仍然呈现青年人口和劳动适龄人口比例日增的特征，而这种现象如果有合适的环境，包括生育率下降，可导致暂时的“人口结构红利”，但与此同时，也要求政府确保足够的教育与就业机会。²³

11. 生育率不断下降为中低收入国家实现异常快速的经济增长提供了一个机会之窗，因为与儿童和老龄劳动人数相比，其人口中劳动适龄青年所占比例达到历史新高。如果能够为其提供教育和就业机会，青年人能够支撑较高的经济增长与

¹⁸ P. Collier, *The Bottom Billion: Why the Poorest Countries Are Failing and What Can Be Done About It* (纽约, 牛津大学出版社, 2007 年)。

¹⁹ Paul Collier, *op. cit.*, 《2002 年世界人口状况：人民、贫穷和可能性》(联合国出版物, 出售品编号: C.02.III.H.1)。

²⁰ 人口基金, 《过早结婚：制止童婚》(见上文脚注 5); 人口基金及其他, 《孕产妇死亡率趋势》(见上文脚注 6)。

²¹ 《世界人口前景：2012 年订正本》(见上文脚注 7)。

²² 同上。

²³ 《世界人口前景：2012 年订正本，要点和进度表》(ESA/P/WP.228)。

发展。撒哈拉以南非洲 25 至 59 岁人口的规模在未来十年中将出现尤其快速的增长。²⁴

12. 手机和互联网如今使青年人对生活产生了从前未想象过的期望，并使他们中的许多人了解到了自己的人权和所经历的不平等现象。²⁵ 要使这些愿望转化为动力，就需要大力投资于教育和生殖健康，使青年人能够推迟生育，为在新经济中长期、有作为地生活而接受必要的培训。由于他们最终也将成为老龄化社会的一部分，他们需要有终身学习以及在整个人生中参与社会、经济和政治活动的机会。他们也需要掌握必要的技能，以便成为这个星球以及其所继承环境的负责任照管者。

13. 我们正处在全球相对和平的时期。尽管自冷战结束以来，世界上的国家间战争急剧减少。²⁶ 然而，自 1994 年以来的二十年里，基于宗教和政治价值观的根深蒂固差异已经越来越明显，妇女和女童的人权与自主权常常成为意识形态差异的试金石。²⁷ 没有哪个国家实现了政治或经济力量上的完全男女平等。但是，虽然大多数国家正在逐步朝着性别平等方向取得进展²⁸——尽管速度缓慢——在一些国家，妇女的权利和自主权正受到削弱。²⁹

14. 境内移民是面对结构不平等的一种共同应对方式，也是发展进程的一个组成部分，其规模在 1994 年要小得多，但到了 2008 年，世界人口有一半以上成为城市居民，³⁰ 而且由于自然增长和人口移民两方面因素，城镇人口现在正以每星期估计 130 万人的速度增加，³¹ 国家内部和国家之间的流动不断增多，意味着人们正生活在一个日益相互关联和相互依赖的世界里。城市人口的快速增长是本世纪重大人口变化之一，而要使城市成为创新、经济增长与增进所有居民福祉的场所，就极其需要在国际、国家和国家以下各级发挥领导作用。青年迁入城市地

²⁴ 《世界人口前景：2012 年订正本》(见上文脚注 7)。

²⁵ N. Halewood 和 C. Kenny, “Young People and ICTs in Developing Countries” (哥伦比亚特区华盛顿, 世界银行, 2008)。见 http://www.cto.int/wp-content/themes/solid/_layout/dc/k-r/youngsub.pdf。

²⁶ L. Themnér 和 P. Wallensteen, “Armed conflict, 1946-2012” 《和平研究期刊》, 第 50 卷, 第 4 期 (2013), 第 509-521 页。

²⁷ “宗教、政治和性别平等” 社发研究所《研究和政策简报》第 11 号(日内瓦, 联合国社会发展研究所, 2011 年)。见 www.unrisd.org。

²⁸ 《2010 年世界妇女：趋势与统计》(见上文脚注 11)。

²⁹ 人权观察组织。《2013 年世界报告：2012 年大事记》(纽约, Seven Stories Press, 2013 年)。

³⁰ 《世界城市化前景：2011 年订正本》(ST/ESA/SER.A/322)。

³¹ 2005 年至 2010 年城市总人口每周估计平均增幅，取自《世界城市化前景：2011 年订正本》。

区的人数日增，此种境内移徙³² 固然体现了能动性、自由和机会方面的改善，但移徙者有着众多脆弱性，他们常常生活在恶劣情况中，没有安全住所、社会支助或司法途径。移徙也给年轻女性带来特别的机会与风险，使她们有机会接受高等教育和进入劳动市场，同时不安全的住所条件也可能导致遭受性暴力和生殖健康不佳的风险增大。³³

15. 国际移徙已成为 21 世纪全球化的一个重要特征。为了追求更好的生活和工作条件，同时也由于存在经济、社会和人口差异以及冲突与暴力，大约 2.3 亿人——世界人口的 3%——目前生活在原籍国之外。在权利得到保障的情况下，移徙者能够有尊严和安全地生活，因而可以比那些遭受剥削和排斥的移徙者更能为收容社区和原籍国作出经济和社会贡献。

16. 伴随着全球经济增长，温室气体排放量出现大幅增多。2013 年，大气层中 CO₂ 的密度在 300 万年来首度超过百万分之 400 这个人们长期以来一直担心的临界点，³⁴ 说明把全球气温升幅控制在高于工业化前水平 2 摄氏度以内的机会正在快速消失。³⁵ 在环境可持续性方面发挥全球领导作用的必要性日渐紧迫。

不完整的《行动纲领》执行情况

17. 人发会议的一个突出特征是它的包容性，此特征使民间社会能够进行空前程度的参与，不仅参与筹备进程、非政府组织论坛以及会议本身，而且也扩展成果文件中阐述的问题范围。《行动纲领》包含 16 章，为人口与发展问题所涉逾 44 个层面，包括为不同人口群体的利益，订立了目标与行动，呼吁投资于年轻女性的能力建设并关心人口现象的影响，此外建议采取有关行动。

18. 《行动纲领》中阐述的这一系列问题为制订全面、综合的议程提供了可能性。但是，在实践中，各国政府和各发展机构却有选择地行事，对执行工作采取了部门性的做法。例如，促进生殖权利的方案无视护理的质量以及获取服务方面的不平等现象。同样，在对城市进行投资的时候并未有效顾及并纳入城市人口的增长，从而使城市地区许多人以及其他边缘化群体得不到土地，没有住房保障，也无法

³² M. Bell 和 S. Muhidin, *Cross-National Comparison of Internal Migration*, Human Development Reports, Research Paper 2009/30 (联合国开发计划署, 2009 年 7 月)。

³³ M. Temin 和其他, *Girls on the Move: Adolescent Girls & Migration in the Developing World - A Girls Count Report on Adolescent Girls* (纽约, 人口理事会, 2013 年); A.M. Gaetano and T. Jacka, eds., *On the Move: Women and Rural-to-Urban Migration in Contemporary China* (纽约, 哥伦比亚大学出版社, 2004 年)。

³⁴ 美国商务部, 国家海洋和大气管理署, 地球系统研究实验室, 全球监测处, *Up-to-date weekly average CO₂ at Mauna Loa*. 2013 年 12 月 8 日取自: www.esrl.noaa.gov/gmd/ccgg/trends/weekly.html。

³⁵ 波茨坦气候影响研究和气候分析研究所为世界银行编写的报告, *Turn Down the Heat: Why a 4oC Warmer World Must Be Avoided* (哥伦比亚特区华盛顿, 世界银行, 2012 年 11 月)。

获取关键的服务。此外，尽管国际移徙问题数十年来一直受到关注，但是，许多有身份的移徙者和非正规的移徙者依然无法充分参与其目的地社会的生活。在多种不同部门中存在着许多事例，反映在从事发展努力过程中仍然没有确保尊重人权或持续投资于弱势者一生中的能力与尊严。

2014 年以后人口与发展的基础

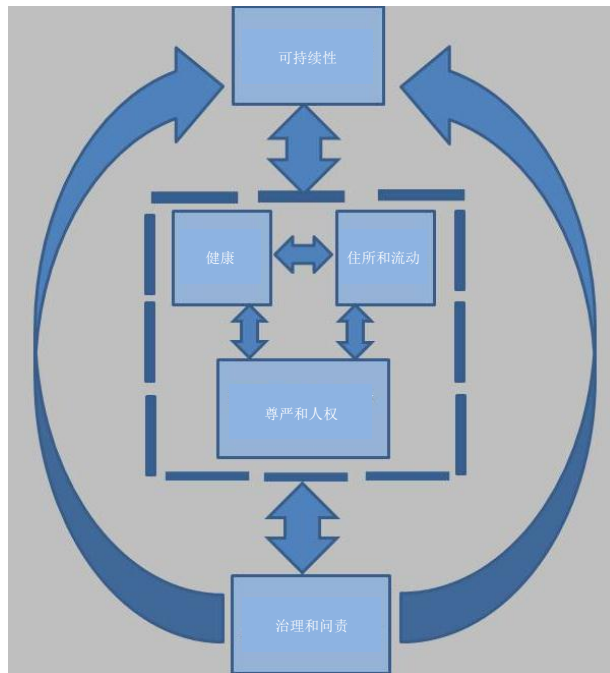
19. 在其关于《国际人口与发展会议行动纲领》执行情况及 2014 年以后后续行动的第 65/234 号决议中，大会强调，需要对人口与发展问题采取有系统、统筹和综合的做法，以此应对与人口与发展相关的新挑战和不断变化的发展环境，并进一步将人口与发展议程纳入与发展有关的全球进程。业务审查的结果和结论提出了一个新的 2014 年以后人口与发展领域框架，它以五个专题支柱为基础：尊严与人权、健康、住所和流动、治理与问责以及可持续性。

20. 新框架确认，发展的动力源自人们对尊严、人权、良好健康以及住所和流动的安全保障的渴望。这些愿望彼此相互联系，相互补充，同时为审查《行动纲领》所有章节所载的众多原则、目标和行动提供各种不同的组织性专题支柱。人发会议的各项目标触及整个生命周期福祉的许多不同层面，以及人口与发展的许多领域，但其中每一项都主要是为了促成落实人的尊严与人权、良好健康、有安全保障的生活场所以及流动。尊重、保护、促进和落实人权是实现《行动纲领》中所有未落实目标的必要先决条件，因此，探讨和落实各项权利是确定这些愿望是否已得到落实，对谁而言已经落实以及在多大程度上得到落实的重要尺度。

21. 此外，这个框架确认，政府作为责任承担者和重要行为方，对于实现所有发展目标以及落实《行动纲领》所述各种愿望负有责任。

22. 最后，按照《行动纲领》内所述的目标以及大会第 65/234 号决议中关于应对人口与发展方面新挑战的呼吁，这个框架着重强调了当今环境危机所引起的关切，以及当前生产、消费和排放模式对公平发展与可持续性构成的威胁。图一显示并重申《行动纲领》的核心信息，即：可持续发展的途径是公平实现尊严和人权、良好健康、有安全保障的住所和流动，应通过善治来确保取得各项成就，而且治理责任现已扩展到在国家 and 全球层面促进综合社会、经济与环境可持续性，以便为子孙后代提供机会和福祉。

图 1
人口与发展专题支柱



23. 尊严和人权。对尊严和人权的这种最首要关注产生自这样一个主张，即：要完成人发会议尚未全部落实的议程，就需要着力共同维护人权，消除歧视，使所有人都享有机会。任何着眼于个人与集体福祉及可持续性的发展议程都必须保障所有人的尊严与人权。《行动纲领》原则 1 申明，人人生而自由，在尊严和权利上一律平等，人人均有资格享受《世界人权宣言》中所述所有人权与自由，没有任何区别。这一点在国际条约、区域人权文书以及国家宪法和法律中都得到了类似申明和阐述。这些权利无任何区别地得到保障，因此，致力确保非歧视及平等享有尊严，是所有人权条约的核心内容。这个原则在区域审查成果中以及在关于 2014 年以后《行动纲领》后续执行的全球专题会议上得到了强调。这次业务审查也提供了一个机会，可借以侧重讨论自 1994 年以来所取得成就是否扩大了社会所有阶层和广大不同地点的机会与权利。鉴于贫穷既是社会排斥的根源，也是其结果，而且优质教育是实现个人能动性的一个途径，关于尊严和人权的一节中探讨了自人发会议以来的收入不平等状况和教育成果。

24. 健康。获得可达到的最高标准健康的权利、良好健康对享受尊严与人权的重大意义以及人口健康对于可持续发展的重要性，都是不可否认的。人发会议确认性与生殖健康和权力对于人口健康与发展的极端重要性。性与生殖健康和权利跨越妇女和男子的整个一生，赋予个人和配偶双方对其性与生殖健康所涉事项的控制权以及在不受暴力和胁迫情况下自由、负责任地作出相关决定的权利。性与生殖健康和权利对于所有人特别是妇女和女童实现尊严以及为社会繁荣与发展出

力，推动创新和促进可持续发展而言，是必不可少的。1990年至2010年期间，全球保健负担转到了非传染性疾病和伤残上，包括老龄引起的疾病上。与此同时，传染性疾病、妇科类疾病、营养失调症和新生儿疾病——其中许多都是可预防的——在发展中国家尤其是撒哈拉以南和南亚国家持续存在。尽管在性与生殖健康指标方面取得了总体成就，但国与国之间以及国家内部仍然存在明显的差距，这进一步突出表明，在一个继续置许多人于不顾的发展模式中，必然会持续存在不平等现象。性与生殖健康和权利的普及取决于能否通过扩大其范围和全面性，从整体上加强卫生保健系统。

25. 住所和流动。住所和流动牵涉我们所生活及迁移的社会与空间环境。住所和流动作为一个专题支柱的重要性在于使人口大趋势与动态——家庭的形成与组成、境内流动和城市化、国际移徙以及土地与流离失所——与实现个人尊严和福祉及可持续发展建立了联系。本报告第四节回顾1994年以来不断变化的人口在社会和空间上的分布，并且提出办法，把这些变化融入公共政策，以使其能够支持人们对于有安全保障的住所和流动的需求。其中也突出表明需要确保那些土地保有权和流动自由受威胁的人享有尊严和人权。

26. 治理和问责。治理和问责是实现这些目标的主要手段。自1994年以来，全世界在权力和领导权分散方面发生了重大变化，国家、城市、民间社会、私营部门和其他非国家行为方日益多元化。人发会议导致在国家一级出现了一股势头，使各种处理人口动态、可持续发展、性健康和生殖健康、青少年和青年需求以及性别平等机构得以设立和振兴。过去20年，在规划和评估与人口和发展相关的投资以及订立用于衡量发展状况的共同指标过程中，指定受惠人的正式参与度显著提高。在世界重新评估未来各种目标之际，核心问题在于能否在参与度方面取得进展，以及能否产生并运用知识、适当资源与合作，此外也在于能否满足对全球领导能力的持续而亟需的需求，以便在2014年以后落实人口与发展方面目标。国际人权保护制度的权力、管辖范围和监测能力已获增大，民间社会作为一股政治力量的正式参与度自1994年以来已显著增强，导致以权利为基础的投资发生重大转变。然而，私人财富的政治影响力对于全球发展来说，从未如此让人产生希望，也从未如此具有威胁性，这就要求建立更具代表性、公共部门性更强而且更负责的全球领导层。

27. 可持续性。最后，可持续性再度表明，前面关于尊严和人权、健康、住所和流动以及治理的各段所阐述各项目标之间存在着内在关联，并且强调歧视和不平等问题必须在2014年后和2015年后关于人类和我们共同家园——地球——福祉的议程中占据优先地位。当前的发展模式改善了许多人的生活水平，扩大了他们的机会，然而，经济和社会成果分配不均，而且是在给环境造成巨大损害的情况下取得的。环境影响，包括气候变化，影响到所有人的生活，尤其是穷人和边缘化人口的生活，因为他们可用于适应变化的资源很有限，而对于人类所驱动的环

境变化责任最小。这一节探讨了日益多样化人口动态、环境及不平等现象之间的联系，并在四个专题支柱基础之上提出了一系列通向可持续性的路径，可帮助在 2014 年以后落实所有人的尊严与人权。本报告中提出的对待人口与发展问题的综合全面办法对于实现会员国和秘书长为 2015 年后发展议程所设想的可持续发展来说，是必不可少的。

2014 年以后《行动纲领》后续执行：在个人尊严和人权的基础上建立全球可持续性

28. 正如人发会议之前关于人口问题的辩论和政策所表明的那样，大范围的全球担忧常常被视作优先于个人和社区的人权和自由，甚至被用来作为限制人权的借口。有关环境可持续性以及在 2008 年危机之后刺激经济增长的辩论，有可能产生同样的后果。2015 年后发展议程的一项要务是把社会、经济和环境可持续性一并纳入一系列全球愿望之中；业务审查的结果和结论也表明应当统筹对待这些常常存在差异的目标。

29. 人发会议范式的转变有着极其重要的意义——其后二十年所取得的进展证明了这一点——这一重要意义确切体现于个人和集体发展愿望因个人尊严和人权受到核心注重而获益。通过补充这些原则并推进其落实工作，各国政府可实现 1994 年确定的目标，同时加快步伐，建立一个有复原力的社会，一个造福所有人的可持续未来。这项工作的核心内容是制定法律和政策，确保尊重和保护所有人的性与生殖健康和权利，这是个人福祉以及可持续性的一项条件。

30. 正如以下所述业务审查结果中阐述的那样，多数会员国都抱有公平扩大人权与能力，尤其是年轻人的人权与能力的理想。多数政府报告说，它们已作出努力，谋求减少贫穷，提高妇女地位，扩大教育机会，消除歧视，改善性与生殖健康及福祉，并接纳可持续发展概念。然而，进展是不平衡的。不平衡现象始终明显存在。在今后几十年里，需要开展许多工作。

31. 近 15 年来，千年发展目标一直是团结力量的全球发展框架。在联合国审议 2015 年后发展议程之际，《行动纲领》的目标和原则以及业务审查结果为落实人权、平等及可持续发展提供了重要基础。

A. 人权的落实

32. 在分析《行动纲领》中设想的个人福祉方面状况时所考虑的基本问题是，在社会不同阶层中，所取得的进展在多大程度上是公平的，《行动纲领》中确认的人权在多大程度上得到了落实。依照《行动纲领》中载述的建设一个所有人均享有安全、教育、财富和福祉的更公平世界的基本承诺，业务审查尽可能明确地审查了社会和空间上的不平等现象。

33. 自成立以来，联合国一直以发展、人权以及基于和平与安全的世界秩序这个共同构想为根基。《联合国宪章》(1945年)第一条第三项指出，联合国的一个主要宗旨是“促成国际合作，以解决国际间属于经济、社会、文化及人类福利性质之国际问题，且不分种族、性别、语言或宗教，增进并激励对于全体人类之人权及基本自由之尊重。”《世界人权宣言》(1948年)和两项有约束力的国际人权公约(1966年)详列了会员国有义务尊重、保护和落实的众多公民权利和政治权利以及经济、社会和文化权利。自1948年以来，人权保护制度发生了巨大变化，纳入了许多国际公约以及决议、宣言、决定和原则。一个日益扩大的区域人权保护体系已经形成，可以补充国际努力，针对每个地区的具体情况提供权利保护。

34. 所有人权都是不可分割而且相互关联的，各种不同的条约和政策指导也确定了具体的权利领域。《消除对妇女一切形式歧视公约》(1979年)和《儿童权利公约》(1989年)澄清了具体的权利和义务，更全面地阐述了妇女和儿童的权利，并就如何尊重、保护和落实这些权利提供了指导。

35. 世界人权会议(1993年)申明所有人权都是普遍、不可分割、相互依存和相互关联的，而且在《维也纳宣言和行动纲领》中专门用一节的篇幅论述妇女的平等地位。同样，国际人口与发展会议以一种很有说服力和实际的方式，把发展与人权归结到了一起。《北京宣言》作了简单明了的阐述：“妇女的权利就是人权”(第14段)。

36. 国际人口与发展会议申明，广泛公认的国际人权领域承诺适用于人口与发展领域政策与方案的所有方面。在世界人权会议的基础上，人发会议取得了一项重大成就，那就是，它清楚确认人权、人口与发展之间存在关联。《行动纲领》申明，“发展权是一项普遍、不可剥夺的权利，也是基本人权的一个组成部分，人是发展的中心主体。”《行动纲领》已经预见到可持续性所带来的挑战和义务，它确认“发展权必须得到落实，以公平满足今世后代的人口、发展和环境方面需要”(原则3)。

37. 《行动纲领》中还申明，人人人生而自由，在尊严和权利上一律平等，都有资格享受《世界人权宣言》所载一切权利和自由，没有种族、性别、语言、宗教、政治或其他见解、国籍或社会出身、财产、出生或其他身份等任何区别(原则1)。

38. 在申明人权对于人口的核心意义时，《行动纲领》确认“生殖权利所包括的某些人权已得……承认”，而要落实这些权利就必须承认“所有夫妇和个人均享有自由、负责地决定生育次数、生育间隔和时间及为此目的获得信息和方法的基本权利，以及达到性与生殖健康方面最高标准的权利，”并且享有“人权文件中阐明的人人在没有歧视、强迫和暴力的情况下作出有关生育决定的权利”(第7.3段)。

39. 《行动纲领》也重申了与迁徙、人口流动和人的安全直接相关的公民权利。它呼吁所有国家“保障所有移徙者享有《世界人权宣言》中所载的所有基本人权”(原则 12), 以及“在其他国家寻求和享受庇护以避免迫害的权利”(原则 13)。它还为人流动提供保护, 指出“制订人口分布政策时, 应当确保这些政策的目标和宗旨与……基本人权是一致的”(第 9.3 段)。关于人的安全, 《行动纲领》重申, 人人“有权为自己和家庭获得适当的生活水准, 包括足够的食物、衣着、住房、饮用水和卫生设备”(原则 2)。

40. 在国际人口与发展会议后的 19 年里, 随着《行动纲领》中提出的许多人权与发展领域目标取得具体进展, 国际和区域两级的人权保护体系都得到了扩展。尤其是, 1994 年在北京召开的第四次妇女问题世界会议标志着全球层面妇女赋权、性别平等和人权方面的一个重要里程碑。北京会议所通过的《行动纲要》概述了性别平等方面的目标和关键行动, 包括在消除贫穷、教育和培训、卫生保健、消除暴力侵害妇女行为、促进妇女经济参与和保护妇女人权等领域。

41. 随着非洲、美洲和欧洲的人权体系都订立处理暴力侵害妇女行为问题的工具, 消除暴力侵害妇女行为的问题自 1994 年以来也得到极大重视。

42. 与人口流动相关的人权法, 尤其是移徙人口的权利, 自人发会议以来也受到了重视。《行动纲领》促请各国批准 1990 年《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》(第 10.6 段)。不到十年后, 该公约于 2003 年生效。

43. 在把享有尊严和不受歧视的人权扩展到所有人, 赋予那些持续遭受污名、歧视和/或排斥的人口群体以保护权方面, 目前也已取得特别的进展。例如, 《行动纲领》申明了残疾人的权利, 而且在 2006 年, 《残疾人权利公约》获得通过, 正式承认这些权利。2007 年, 大会通过了《联合国土著人民权利宣言》, 确认土著人民的自决权, 以及在影响到土著人民的一切事务上遵循自由、事先和知情同意的原则。1997 年, 《艾滋病毒/艾滋病与人权问题国际准则》为促进艾滋病毒/艾滋病患者的权利提供了一个框架。

44. 尽管有这些事态发展, 但与平等和非歧视有关的人权原则对于许多群体而言, 仍然不幸地未能落实, 其中主要是女童和妇女以及不同性取向和性别认同的人。在一些国家, 法律继续禁止出自双方自愿的特定成人性行为 and 性关系, 包括婚外关系。

45. 非洲区域人权体系自 1994 年以来已有显著发展, 特别是通过了《非洲人权和人民权利宪章非洲妇女权利议定书》(2003 年)和《非洲青年宪章》(2006 年)。《非洲人权和人民权利宪章非洲妇女权利议定书》在保护和促进妇女权利与性别平等以及在非洲区域具体文化与政治范畴内订立国际承诺方面取得了重大进展。除了确认发展、教育、就业和社会经济福祉权利外, 该议定书突出强调了非洲妇女所面临许多问题的具体影响, 其中包括土地权和继承权; 有害做法; 艾滋病毒/艾滋

病以及生殖健康；结婚、离婚和守寡。在全球层面，《非洲青年宪章》和《伊比利亚-美洲青年权利公约》(2005年)是迄今仅有的两项以青年为中心、具有约束力的区域文书，它们以尊重和落实青年权利为明确宗旨。这些范围广泛的文件倡导青年就业、发展和参与，保护并促进青年的不受歧视、言论自由、保健、工作和职业培训权利。

46. 过去二十年在人权方面固然取得了本报告全文中所述的众多成绩，但在把这些权利公平适用于所有人以及建立问责制方面，仍然存在重大缺漏。³⁶ 本报告全文中对问责制的前景与需求作了明确阐述，并在有关“治理”的章节中作了较深入的探讨，而且还提出了具体建议。

B. 所用方法、数据来源和报告结构

47. 业务审查的方法与活动是经过与会员国、联合国系统和大会第 65/234 号决议所述包括民间社会和其他机构在内其他相关伙伴协商并达成协议后联合制订的。业务审查所依据的是会员国收集的最高质量数据，包括 2014 年以后《行动纲领》后续执行全球调查(2012年)以及与所有伙伴——主要是各国政府——协商设计的国别执行情况剖析。此外还举行了全球专题大会或会议，讨论一些需要在全世界调查之外进行更深入审查及多利益攸关方讨论的问题，涉及青年、妇女健康、人权以及 2014 年以后《行动纲领》后续执行监测框架等。

48. 这些活动及各区域委员会所作区域审查和 2014 年以后《行动纲领》后续执行问题部长级区域审查的结果，以及下列材料来源为本报告所载的分析和建议提供了依据。

- 国别执行情况剖析
- 《国际人口与发展会议行动纲领》执行情况全球调查
- 全球青年论坛成果文件以及为该会议编写的技术文件
- 国际人口与发展会议 2014 年以后后续行动国际人权会议的报告以及为该会议编写的技术文件
- “妇女健康：权利、增强权能和社会决定因素”专家协商会的建议以及为该会议编写的技术文件
- 2014 年以后《国际人口与发展会议行动纲领》后续监测与执行问题国际会议的建议

³⁶ 国际人口与发展会议 2014 年以后后续行动国际人权会议，荷兰，2012 年 7 月 7 日至 10 日，主席的总结发言。

- 各区域委员会根据对全球调查数据所作区域分析编写的报告以及区域会议的成果
- 经同行审议来源以及诸如专题小组和国际人口与发展会议 2014 年以后后续行动秘书处组织的专门特设协商会等相关机构间进程提供的《行动纲领》执行情况数据和分析
- 关于《行动纲领》执行工作所涉资金流动的数据、分析和报告，包括直至 2015 年的执行工作现有费用估计数
- 已印发的与国际人口与发展会议 10 周年和 15 周年有关的文件
- 与 2015 年后发展议程有关、涉及业务审查的相关文件，尤其是 2015 年后发展议程中人口动态全球协商会成果文件以及 2013 年 3 月在达卡举行的人口动态和 2015 年后发展议程全球领导人会议所通过的宣言；联合国工作队关于人口动态的文件；关于健康、教育、不平等和治理问题的全球专题协商会工作文件和成果文件。

49. 全球调查由 176 个会员国和 7 个领土与地区参与编写完成，代表了所有区域；它提供新数据，说明了是否已设立政府机构处理与《行动纲领》有关的重大问题，过去 5 年中政府在多大程度上处理了特定问题，以及未来 5 至 10 年政府在相关领域订立了哪些优先重点。

50. 关于健康方面成果、人口变化、性别价值观、社会经济地位和教育的数据来源是国家通过人口普查所报告的证据；住户调查(例如人口和健康调查以及多指标类集调查)；联合国人口司所述的趋势和所作的预测；诸如世界卫生组织、联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)和联合国儿童基金会(儿基会)等联合国实体的监测系统；以及包括需要会员国许可、由学术机构协作进行的世界价值观调查在内的其他调查。这些数据结合为配合业务审查而委托编写的技术报告中的分析意见，得到了丰富。报告附件中详细说明了分析方法。

51. 为便于分析，本报告中所列数据已归类到或列入不同地理区域和分区域、收入组别以及较发达和较不发达区域。所采用的地理区域或分区域以联合国用于统计目的的国家或地区标准编码及地理区域(M49)分类办法³⁷为依据，但它们在报告内可能会略有不同，这取决于提供数据的国际组织所采用的不同分组和/或根据某些特征而作的分组。世界银行所提供按收入组别对各国所作的分类是以人均国民总收入为依据的。³⁸ “较发达国家”包括所有欧洲国家、澳大利亚、加

³⁷ 宏观地理(大陆)区域和次级地理区域的构成，见：http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49_regin.htm。

³⁸ 截止 2012 年 7 月 1 日。进一步详情，见：<http://data.worldbank.org/about/country-classifications>。

拿大、日本、新西兰和美利坚合众国。非洲、拉丁美洲和加勒比、亚洲(日本除外)和大洋洲(澳大利亚和新西兰除外)归类于“较不发达地区”。

52. 每一节开头部分均列有《行动纲领》中载述的代表相关专题支柱的关键原则、目标和行动。

53. 本报告所述的人权状况摸底清查是通过审查下列文件而进行的：《世界人权宣言》、《公民权利和政治权利国际公约》和《经济、社会、文化权利国际公约》以及另外七项核心人权条约；关键的国际和区域人权文书；人权条约机构的一般性评论和建议；特别报告员的报告；大会特定决议；重申人权承诺的政府间进程成果文件。

54. 自 1994 年以来所通过的、涉及重要议题的国际和区域人权文书中所作的阐述均列在整份报告的方框中。它们与三个义务层次相对应。³⁹

(a) 对于批准国具有法律约束力而且一旦获得足够数目国家批准即告生效的条约、盟约和公约；

(b) 政府间机构谈判达成的人权方面成果和协商一致声明，例如阐述与具体问题有关人权承诺的决议和宣言。一些其他政府间谈判成果因其对于业务审查的重要性而被选入，其中包括会议成果和协商一致文件，它们虽不属于人权文书，但含有人权标准；

(c) 其他软性法律文书，例如人权条约监测机构的一般性评论和建议，它们提供了对核心国际条约所包含人权规定内容的解释。

55. 文框中提到的主要人权文书指明了《行动纲领》所载各项原则、目标和行动所依据的基本权利，以及它们过去 20 年据以发展演变的那些机制。

56. 报告中的粗体字内容是为处理在每个专题支柱内提出的具体问题提出的建议。每一节最后的关键未来行动领域均总结该专题支柱的主要结论与建议。最后一节在结尾部分陈述的七条“确保可持续性路径”指出了 2014 年以后《行动纲领》后续行动新框架对于实现可持续发展的贡献。

二. 尊严与人权

“人人生而自由，在尊严和权利上一律平等。人人有资格享受《世界人权宣言》所载一切权利和自由，不分种族、肤色、性别、语言、宗教、政治或其他见

³⁹ 本报告中所审查的人权文件并非详尽无遗。本报告侧重于与业务审查有关的国际人权文书，包括国际劳工组织公约或国际人道主义法文书。“其他政府间成果”清单是选择性的，而且采用缩写形式，只包含对本次审查很重要的若干文件。

解、民族本源或社会出身、财产、出生或其他身份等任何区别。人人有权享有生命、自由和人身安全。”（《行动纲领》原则 1）

“促进性别平等、公平和妇女赋权以及消除一切形式针对妇女的暴力并确保妇女有能力控制自己的生育率，是人口和发展所涉方案的基石。妇女和女童的人权是普遍人权中不可剥夺、不可缺少和不可分割的组成部分。使妇女能在国家、区域和国际各级充分、平等地参与公民、文化、经济、政治和社会生活，根除基于性别的一切形式歧视，是国际社会的优先目标。”（《行动纲领》原则 4）

57. 《国际人口与发展会议行动纲领》所载原则 1 中申明“人人生而自由，在尊严和权利上一律平等”，所有人均有权享受《世界人权宣言》中载述的所有权利和自由，不得有任何区别。这些原则强调迫切需要消除一切形式的歧视，并申明，与人口有关的目标和政策的主要宗旨是改善所有人的生活质量。《行动纲领》中的原则确立了尊严与人权及个人福祉之间的联系。

58. 尊严与人权和基本自由之间存在着固有的关联性。正如《行动纲领》所反映的那样，尊严的内涵远远超出满足基本需求；它包括以下权利：接受教育；充分参与社会、经济和政治生活；信息自由；免受歧视和暴力；居住保障及人员流动自由；它也要求向个人提供在其整个生命过程中建立和更新能力的机会。尊严包括享受性健康和生殖健康的基本人权、选择爱侣及是否和何时生育的自由以及将性活动和生殖活动作为人类幸福之源而且在没有疾病恐惧或健康风险情况下从事这些活动的保障。这些权利和自由是建立蓬勃发展和包容性社会的先决条件，这种社会由能够创新和适应变化的充满韧性的个人组成，并可确保所有人拥有共同和充满活力的未来。

59. 报告中的这一节审视了 1994 年以来在实现平等和无歧视方面取得的进展，特别就极易遭受歧视的人口群体而言。本章指出了在执行《行动纲领》过程中存在的与尊严和人权有关的差距和挑战，提出了具体建议，并着重阐明了今后行动的关键领域。

A. 贫困的诸多层面

60. 贫困意味着剥夺一个人作为自由而有尊严的人生活的能力，并使其无法发挥全部潜力去实现个人生活目标。⁴⁰ 贫困有许多表现形式。贫困意味着缺乏足以确保可持续生计的收入和生产性资源，而且也包括许多其他形式的匮乏，如粮食无保障；缺乏保健、教育和其他基本服务；缺乏或没有住房；缺乏安全或补救手

⁴⁰ 2010 年世界社会状况报告：反思贫困问题》(联合国出版物，出售品编号：C.09.IV.10)。

段；缺乏发言权或获取信息或政治参与的机会。⁴¹ 贫困的体验是动态的，一些人被困其中，另一些人则时进时出，而许多人则生活在贫困的门槛上。

61. 从 1990 年至 2010 年，全球生活在极端贫困状态中的人口数目在发展中国家总人口中所占比例降了一半(从 47% 降至 22%)，减少了 7 亿人。⁴² 然而，尽管贫困人口有了如此大幅的减少，但估计有 12 亿穷人仍然处于赤贫之中。通过采用多层面的贫困定义，包括采取人的保健、教育和生活水平方面匮乏衡量指标等，联合国开发计划署(开发署)估计，在所研究的 104 个国家中，约有 15.7 亿人，即世界人口的 30% 以上，生活在贫困之中。实际上，在许多快速发展南方国家，生活在多层面贫困之中的人数超过生活在收入贫困中的人数。⁴³

62. 贫困发生在所有国家，而妇女不成比例地地承受着贫困后果造成的负担，其所照顾的子女也是如此。由于历来都是在家庭一级衡量贫困，缺乏家庭内部不平等的测量指标，因而掩盖了男女在贫困程度上的差异。但在比较单个成人(有或没有子女)家庭时，妇女比男子更贫困的现象是无可辩驳的。⁴⁴ 由于类似的原因，同样难以衡量特定人口群体，如残疾人和年长者的贫困状况。消除极端贫困是可以普遍实现的，而且是实现人人享有尊严和人权的核心。

63. 作为其他专题支柱的中心内容，健康对于所有与贫困有关概念都至关重要。要实现福祉和长寿，就需要健康。贫困损害了健康，因为它使人们处于缺乏环境卫生、住所或清洁饮用水的恶劣生活状况之下，并且在服务提供对象仅限于富有群体的社会中制造保健、社会和法律壁垒。⁴⁵

64. 上述每个因素都反过来受到住所和流动的影响。住所无保障，无论其形式是无家可归、土地所有权或土地保有受限、住房不达标或自然或人为灾害、战争或冲突风险加剧，都威胁到穷人的生计，并使许多人走向或陷入贫困。这种不安全性，加上缺乏流动所需的自由和资源，本身就是极端脆弱性的关键推动因素。

65. 缺乏对治理和问责的参与是多层面贫困的一个重要因素。能够参与创建社会的人可获得社会利益。贫困则影响穷人参与并抑制他们的声音，特别是在严重不

⁴¹ 《社会发展问题世界首脑会议行动纲领》，第 19 段；见《社会发展问题世界首脑会议报告》，哥本哈根，1995 年 3 月 6 日至 12 日(联合国出版物，出售品编号：C.09.IV.8)，第一章，决议 1，附件二；《2010 年世界社会状况报告：反思贫困问题》，联合国，拉丁美洲和加勒比经济委员会，《千年发展目标：2006 年报告—审视拉丁美洲和加勒比性别平等及妇女赋权状况》(圣地亚哥，2007 年)。

⁴² 《2013 年千年发展目标报告》(见上文脚注 4)。

⁴³ 联合国开发计划署(开发署)，《2013 年人类发展报告：南方的崛起—多元化世界中的人类进步》(纽约，2013 年)。

⁴⁴ 《2010 年世界妇女：趋势与统计》(见上文脚注 11)。

⁴⁵ B.G. Link 和 J. Phelan，“作为疾病根源的社会状况”，健康和社会行为学刊，第 35 卷(1995 年)，第 80-94 页。

平等的环境下。多重剥夺人权现象既是贫困的致因，也是贫困的后果，而往往无人因此被追究责任。参与意味着要确保义务承担者担负责任，而且法律得到执行。

66. 最后，贫困与可持续性有着根本联系。经济增长是减少贫困的必要推动力，但全球收入和财富不均的加剧以及经济增长所造成的环境影响都突出表明，单靠经济增长不足以实现包容性发展。经济增长和有限环境资源正使富人不成比例地受益，损害了减贫工作。与此同时，有害环境的工业和发展所产生的废物和副产品严重影响到穷人并加剧贫困。

67. 在对 2014 年以后《行动纲领》后续执行全球调查(2012)所作的答复中，绝大多数国家的政府(93%)表示，它们正在解决⁴⁶“消除贫困，特别关注创收和就业战略”问题，而且在这项调查的多个部分优先注重“社会包容性和保护穷人”。例如，在应要求指明未来 5 至 10 年维持家庭福利方面公共政策优先重点时，各国政府最有可能列入“家庭的社会保护”(77%)，涉及与提供社会服务和/或投资于满足基本需求有关的所有优先事项。

68. 各国应制定、加强和执行有效、综合、协调和连贯一致的国家战略，以消除贫困并打破排斥和不平等循环，以此作为实现发展的一个条件，同时也面向城市和农村地区边缘化或处于弱势的群体，确保所有人都有机会过上没有贫困的生活，而且其人权受到保护并且可以行使。

国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 1

贫困

政府间人权成果。大会通过了关于人权与赤贫之间关系的一系列决议，包括关于人权与赤贫的第 65/214 号决议(2012 年)，其中大会重申“赤贫和社会排斥是对人类尊严的侵犯”，“因此必须采取紧急的国家和国际行动予以消除”。

其他软性法律。关于人权与赤贫问题的指导原则(2012 年)是国际性全球政策准则，可借以按照国际人权准则和标准，指导处理生活贫困民众的人权问题。

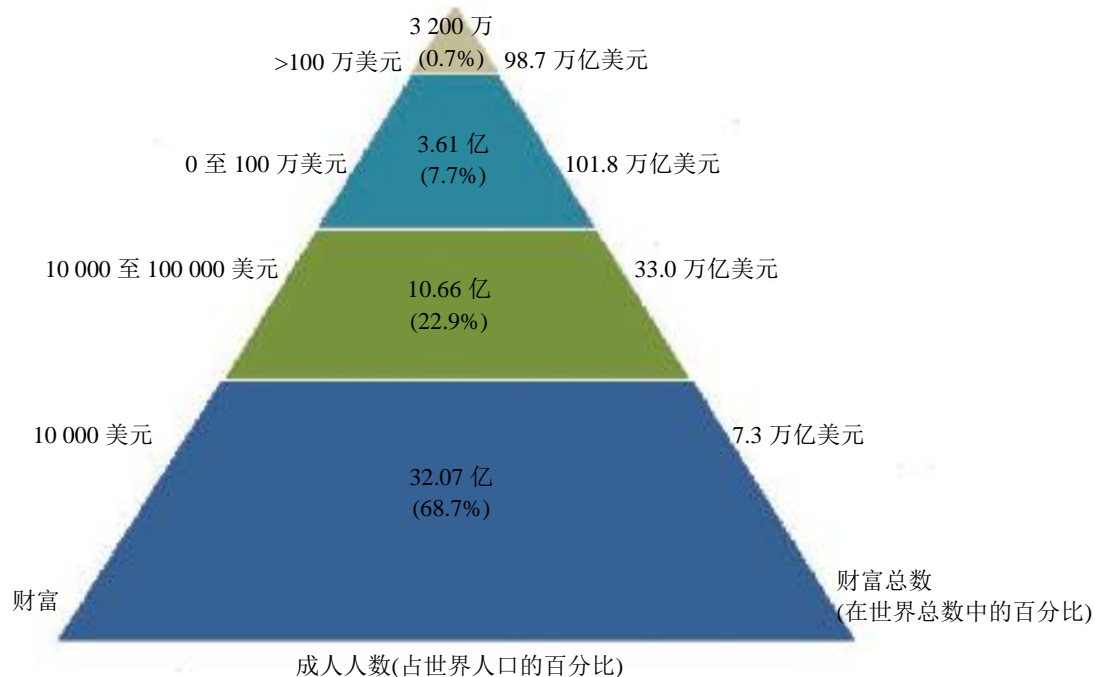
收入和财富不平等的经济和社会代价

69. 实现平等机会和公平结果是可持续经济和社会福祉的基础。通过提供更好的保健、教育和机会来提升不同人口群体的能力，可扩大特定社会内创造性能量、思维和贡献的集体储库。许许多多人有机会充分参与社会生活并取得成功，是技

⁴⁶ “已解决”(是/否)的定义是基于各国对一个特定问题所报告的 3 项答复：过去五年期间[既有相关政策]+[预算分配]+[方案执行情况]。只有在满足上述所有三个条件，才能将一国政府归为“正在解决”问题的类别。

术、经济和社会创新蓬勃发展的条件。反之亦然：在获得保健、安全和高质量教育方面存在严重不平等，会使很多人无法摆脱贫困和实现社会流动，而这种情况将对有助于社会的人员和想法的可选性日益形成制约。

图 2
全球财富金字塔



资料来源：James Davies、Rodrigo Lluberias 和 Anthony Shorrocks，瑞士信贷银行全球财富数据册，2013 年，载于瑞士信贷银行全球财富报告，2013 年，第 22 页，见：<https://publications.credit-suisse.com/tasks/render/file/?fileID=BCDB1364-A105-0560-1332EC9100FF5C83>。

70. 目前的财富分配状况(见图 2)严重威胁到进一步经济增长、包容性以及社会和环境可持续性。根据瑞士信贷银行的《全球财富报告》，2012 年年中的全球财富总额估计为 223 万亿美元。据此计算，世界 46 亿成人的人均财富估计为 48 500 美元。然而，这一数额掩盖了严重的不平等。约 69% 的成人处于最低的财富类别，仅拥有全球财富的 3%。其后一个类别(10 000 美元至 100 000 美元)有 10.66 亿成人，他们拥有全球财富的 13.7%。100 000 美元至 1 百万美元类别有 3.61 亿成人，即成人总数的 7.7%，他们掌握着全球财富的 42.3%。最后，百万美元以上财富拥有者类别有 3 200 万成人，仅占全球成人总数的 0.7%，他们掌握着世界财富的 41%。简而言之，世界成年人口的 8.4% 掌握着全球财富的 83.3%，而近 70% 的成年人口仅拥有 3% 的财富。

71. 由于发展中和发达经济体的收入中间数出现趋同，全球收入不平等近年来一直呈现缓解之势，但只是略微地从极高水平下降。全球收入不平等的近期走稳并

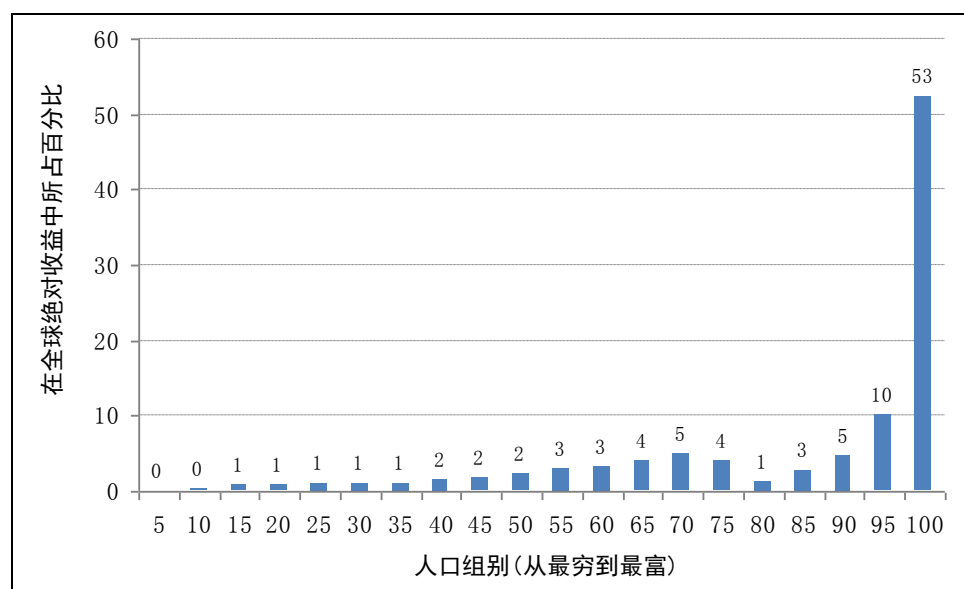
略有缩小的趋势在很大程度上反映中国自 1990 年代以来的经济增长，以及印度及其他新兴经济体和发展中经济体自 2000 年以来的经济增长。⁴⁷ 然而，许多国家内部和各国之间的收入不平等不断攀升。⁴⁸

72. 图 3 描述了 1988 年至 2008 年期间全球收入增长的不平等分配情况。一半以上的收益流向比重为 5% 的最富裕人群，而在人口金字塔底层的比重为 90% 的各类人口群体仅获得全球收入的 5% 或更少。

图 3

1988–2008 年各人口组别的全球绝对收益分配情况

(按 2005 年购买力平价国际元计算)



资料来源：Branko Milanovic, “Global income inequality by the numbers: in history and now: an overview”, 世界银行政策研究工作文件, 第 6259 号, 2012 年 11 月, 第 12-16 页, 引用于《2013 年世界经济和社会概览: 可持续发展挑战》(联合国出版物, 出售品编号: C.13.II.C.1)。

73. 日益严重的经济不平等具有破坏性，而且对可持续发展极为有害。从社会角度来看，不平等现象有碍信任和社会凝聚力，威胁到公共健康，并使穷人和中产阶级在政治影响力中被边缘化。社会可持续性可被理解为一个特定社会在不断变化的经济、社会和环境条件下以尊重人权的方式促进创新和适应性的能力，目前却受到直接威胁，因为有一个庞大且可能不断增长的人口群体深深陷入“发展陷阱”，在日常生活中缺乏实现更美好未来的实际前景。

⁴⁷ Branko Milanovic, “Global income inequality by the numbers: in history and now: an overview”, 世界银行政策研究工作文件, 第 6259 号(哥伦比亚特区华盛顿, 世界银行, 2012 年 11 月), 引用于《2013 年世界经济和社会概览: 可持续发展挑战》(联合国出版物, 出售品编号: C.13.II.C.1)。

⁴⁸ 《2013 年世界经济和社会概览: 可持续发展挑战》(联合国出版物, 出售品编号: C.13.II.C.1)。

74. 日趋严重的不平等还削弱了应对新出现环境危机以及本着维护地球的责任重新平衡经济发展的前景。据估计，11%的世界人口在气体排放量中占到了一半，然而最贫困的人口群体却不成比例地受到气候变化所导致自然灾害的影响。⁴⁹

75. 鉴于目前发展模式下的经济增长造成了巨大环境代价，世界绝对不能在延续当前财富集中轨迹的同时继续从事减贫努力。要实现环境可持续性，就必须减轻环境影响，结果却加剧了上述矛盾。

76. 最后，不平等和排斥现象所造成的社会和健康后果不仅阻碍国际人口与发展会议所倡导的以人权为基础的发展，还有可能破坏社会稳定。在当今全球化世界里，信息可瞬间在各国和世界各地广为传播，因此财富的日益集中及其与失业、社会不公正和数百万人丧失权能之间的关联已成为政治抗议、冲突和不稳定局势的诱发因素。

77. 各国应高度优先重视消除贫困，确保所有人都有平等机会分享经济社会发展成果，寻求生产性就业，并在和平和尊严中生活，免于歧视、不公正、恐惧、匮乏或疾病。

78. 如本节一开始所述，经济不平等既是其他社会不平等的致因，也是其后果，其中包括由性别、种族、残疾、年龄或其他身份及环境因素造成的不平等。考虑到人发会议的主要信息是：对个人能力、尊严和自由的投资是共享人类福祉和可持续发展的基础。因此本节的随后篇幅将专门用来更详细地审视是否已经而且在多大程度上为妇女和女童以及《行动纲领》确定属于遭受长期耻辱和歧视的众多人口群体增进了尊严、人权和福祉。

B. 妇女赋权和性别平等

79. 针对特定群体的歧视在许多国家很常见，但对妇女的歧视则具有普遍性。许多青年妇女在童年期间没有得到赋权。相反，她们在社会上被要求接受对男子的屈从，并接受不符合独立、权能和领导能力等理念的理想女性价值观。在某些地区，早婚或强迫婚姻、非情愿怀孕和早育(特别是在缺乏保健系统足够支持的情况下)、缺乏教育、工资低于男性及性别暴力可能进一步损害了妇女的能动性。因此，人发会议对妇女赋权所作的标志性承诺不仅是表达对尊严的期望，而且极其有助于创造有利条件，使全球一半的人口能够确定其生活方向，提升其能力并阐述其选择对社会作何种贡献。

80. 《行动纲领》历史性地提请关注被长期忽视的一种紧密关联性，即妇女在婚姻、性生活和生育方面的相对自由及其社会性别地位与妇女的终生健康和福祉之间的关系。自 1994 年以来的这些年里，世界见证了旨在解决妇女赋权和性别平

⁴⁹ 世界观察研究所，《2013 年世界状况：是否仍可保持可持续性？》(哥伦比亚特区华盛顿，岛屿出版社，2013 年)。

等问题的国家机构的蓬勃发展。这些机构遍布所有收入水平的国家及所有区域(见第六节 A)。

81. 如各国政府在全球调查中报告的那样,世界各地有超过 97% 的国家制定了关于“性别平等、公平和妇女赋权”问题的方案、政策和/或战略。在所有区域,每 10 个国家中至少有 9 个建立了上述框架(非洲国家: 100%; 亚洲国家: 100%; 欧洲国家: 94%; 美洲国家: 94%; 大洋洲国家: 93%)。

82. 但是,在作出答复的国家中,只有四分之三的国家致力于“改善状况并解决农村妇女的需求”(76%),并“改善女童的福利,特别是保健、营养和教育方面的福利”(80%)。

国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 2

妇女赋权和性别平等

具有约束力的文件: 1999 年,大会通过了《消除对妇女一切形式歧视公约任择议定书》,该议定书使消除对妇女歧视委员会能够审议个人和群体就其根据公约享有的权利受到侵犯提出的申诉来文,并且建立了一个调查程序,以便委员会调查《公约》缔约国境内的侵犯妇女权利行为。在区域一级,《非洲人权和人民权利宪章关于非洲妇女权利的议定书》确认了妇女参与政治、经济和社会生活的重要性,并呼吁消除对妇女的一切形式歧视。

政府间人权问题成果: 人权理事会在其关于消除对妇女歧视的第 15/23 号决议中表示关切“尽管第四次世界妇女大会和大会第二十三届特别会议审查期间作出保证,修改或废除尚存的歧视妇女和女童的法律,但许多这方面的法律仍然有效而且继续执行,因此阻碍妇女和女童充分实现其人权。”

其他政府间协定:《北京宣言》(1995)重申承诺“确保将充分落实妇女和女童的人权作为所有人权和基本自由的不可剥夺、不可缺少和不可分割的组成部分。”

1. 生产和生育角色的变化模式

(a) 就业模式的变化

83. 自 1990 年以来,劳动力参与方面的性别差距已略有缩小,但妇女的薪资仍然低于男子,通常是在非正规经济部门就业,从事临时性质、没有保障的工作,而且掌握的权限较小。在全球一级,妇女在劳动力中的总体参与率保持大体平稳;然而,在过去几年,妇女和男子的参与率均略有下降。在区域一级,妇女在劳动力中的参与情况参差不齐。拉丁美洲和加勒比妇女的劳动力参与率增长最大,在

东欧以及除南亚以外亚洲许多区域则略有下降——南亚略有上升。⁵⁰ 自 1990 年以来，25-54 岁妇女⁵¹ 的劳动力参与率在除东欧以外的所有区域均有增长，其原因是生育率下降以及生育对劳动力参与的影响减轻。⁵²

84. 在非农业部门及传统上以男性为主的职业领域，有薪就业妇女的比例有所增加，但在涉及地位、权力和权威的领域，其就业比例仍然很低。在所有区域，担任企业领导人和管理人员的妇女人数仍然严重不足。⁵³

85. 缩小性别薪资差距的步伐缓慢，而且仅在一些国家有所缩小，而且妇女的薪资仍然低于从事相同工作的男子。与男子相比，妇女也往往从事较无保障、福利较少的工作，而且从事易受伤害的就业(见图 4)，其中包括担任家庭雇工和自营就业者，而非工资和薪金工人。⁵⁴ 虽然在过去 20 年中，易受伤害就业在就业总数中的总体比例有所下降，但在发达国家以外的许多区域仍然很高，特别是在撒哈拉以南非洲、大洋洲、南亚和东南亚(见图 4)。在最富裕国家以外的所有国家，与男性相比，妇女在就业上仍然更集中于易受伤害的职业。北非、撒哈拉以南非洲和西亚的这种性别差距最大；亚洲的性别差距有所缩小，撒哈拉以南非洲的差距则有所扩大。

⁵⁰ 《2010 年世界妇女：趋势与统计》(见上文脚注 11)；国际劳工组织(劳工组织)，《2012 年全球妇女就业趋势》(日内瓦，国际劳工局，2012 年)。

⁵¹ 这是一项更健全的指标，它减轻了年龄结构变化对劳动参与率的影响，但许多国家没有公布这一指标。

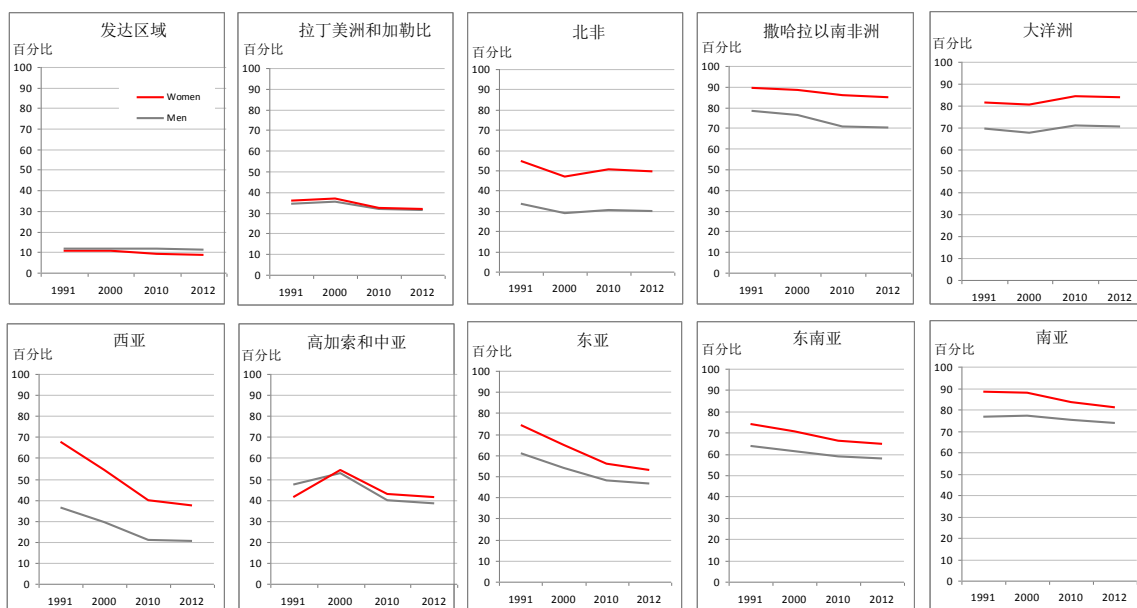
⁵² 《2010 年世界妇女：趋势与统计》。

⁵³ 《2010 年世界妇女：趋势与统计》；另见“2013 年千年发展目标，具体目标和指标：统计表。可查阅：<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/Trends.htm>。

⁵⁴ 《2013 年千年发展目标》；《2010 年世界妇女：趋势与统计》；劳工组织，《2012 年全球妇女就业趋势》。

图 4

1991-2012 年各区域自营就业者和家庭雇工在就业总数体中的比例



资料来源：联合国，《2013 年千年发展目标报告》，附件：2013 年千年发展目标，具体目标和指标：统计表。

86. 自 1995 年以来，妇女参与有偿就业的人数大幅攀升，导致提出了一个问题，即：这种有偿就业对妇女总体工作负担产生了什么影响。在非洲所作的研究表明，时间和收入两方面的贫乏可能相互关联，而妇女尤其受到两者的伤害。例如，在某个国家，男子每周平均工作 38.8 个小时，而妇女每周平均工作 49.3 个小时，而且至少有四分之一的妇女报告说每周工作 70 个小时，这清楚表明存在时间贫乏的问题；⁵⁵ 拉丁美洲也存在类似情况。⁵⁶

87. 《行动纲领》呼吁各国政府采取措施，通过以下方法消除男女间的不平等：

- 采取适当措施提升妇女的能力，使其能赚取超出传统职业的收入，实现经济自力更生，并确保妇女平等进入劳动力市场并受益于社会保障制度。
- 消除雇主对妇女的歧视性做法。

88. 参加区域业务审查会议的会员国承认，妇女更多地参与有偿就业能给妇女自身以及更广泛的经济发展带来许多好处。拉动妇女参与有偿就业不仅可增加国民

⁵⁵ E. Bardasi 和 Q Wodon, “Working long hours and having no choice: time poverty in Guinea”, 《女权经济学》, 第 16 卷第 3 号(2010 年), 第 45-78 页。

⁵⁶ S. Gammage, 2010 年, “Time pressed and time poor: unpaid household work in Guatemala”, 《女性经济学》, 第 16 卷第 3 号(2010 年), 第 79-112 页。

收入，而且有助于社会更广泛地利用妇女所具备的众多才干和技能。此外，妇女更多地参与货币经济能在创造就业机会方面建立积极的反馈回路。

89. 各国应颁布或审查、加强和实施禁止在工作场所歧视妇女的法律，保证妇女在获得正式和有保障就业方面享有与男子相同的机会，而且同工同酬。保证男女享有同等就业机会可推进平等，而且也有利于经济增长。教育和技能发展方面的性别平等，以及所有就业部门的平等机会，可带来广泛的生产率收益并提高获利能力，改善妇女及其家庭的福祉，以及实现更具包容性的机构和政策选择。⁵⁷

90. 投资于妇女就业的公司往往发现，这种投资使其能够更好地留用工作人员，进行创新，以及接触人才和新市场，从而有利于提高利润水平。⁵⁸ 国际货币基金组织(基金组织)最近一份报告估计，缩小劳动力市场的性别差距可使美利坚合众国的国内生产总值提高 5%，阿拉伯联合酋长国的国内生产总值提高 12%，埃及的国内生产总值提高 34%，⁵⁹ 而且在快速老龄化的社会里，妇女赋权和性别平等所产生的经济效益特别高，因为在这些社会中，妇女的劳动力参与有助于抵消原本劳动力萎缩的影响。

91. 在提高妇女创收能力方面，85%的国家报告说已出台预算政策和方案，以解决“增加妇女对正规和非正规经济的参与”；不同财富水平的国家在比例上没有差异。85%的国家也报告说，它们已经颁布带有执行条款的法律，禁止在工作场所存在雇用、工资和福利方面的性别歧视。

(b) 为在职父母提供支持

92. 《行动纲领》鼓励各国制定政策和方案以支持工作与生活的平衡，使父母既能参与工作，又不影响子女和家庭的福祉，并为此采取法律、条例和其他适当措施，使妇女能够在参与工作时兼顾生育、哺乳和育儿。

93. 在向全球调查提交报告的国家中，90%的国家表示，它们已颁布一项关于带薪产假(时间长短不一)的法律，并作了执行方面的规定。然而，仅 54%的国家出台了关于带薪陪产假的文书，这对男子参与育儿构成了重大障碍。在欧洲区域，颁布法律以保障陪产假相关福利的国家比例最高(81%)，其次是美洲(53%)、非洲(52%)、亚洲(43%)和大洋洲(29%)。

⁵⁷ 劳工组织，《2012 年全球妇女就业趋势》；世界银行，《2012 年世界发展报告：性别平等与发展》，(哥伦比亚特区华盛顿，2011 年)；国际金融公司(金融公司)，《投资于妇女就业：有利于商业，有利于发展》(哥伦比亚特区华盛顿)。

⁵⁸ 金融公司，《投资于妇女就业》。

⁵⁹ K. Elborgh-Woytek 及其他，“Women, work and the economy: macroeconomic gains from gender equity”，货币基金工作人员讨论记录，第 SDN/13/10 号(哥伦比亚特区华盛顿，国际货币基金组织，2013 年)。

94. 不到一半的答复国报告说，它们已执行法律，保证为公共部门(41%)或私营部门(39%)母乳育婴妇女提供日托中心和设施。这些限制因素可能使妇女无法在生育后重返劳动力市场，或者无法在重返劳动力市场后继续母乳喂养，从而对妇女生产力和儿童健康造成负面影响。事实上，只有四分之一的非洲国家(该区域的大部分人口增长将在未来数十年出现)已制定法律，确保兼顾孕产和工作职责(公共部门和私营部门的比例均为 25%)。

95. 如果对上述五个家庭与工作平衡问题(颁布和执行禁止工作场所歧视妇女的法律；促进兼顾参与劳动和育儿责任；颁布和执行保障产假的法律；颁布和执行保障陪产假的法律；颁布和执行促进工作场所母乳喂养的法律)建立一个综合指标的话，那么在提供了完整资料的 113 个国家中，仅 26 个国家，即 19%，已解决所有 5 个层面的问题。

96. 各国应确保包括养父母在内的母亲和父亲普遍享有带薪育儿假，而且在职父母能普遍获得高质量的婴儿和儿童保育，包括延时课后照管；制定和执行法律，要求公共和私营工作场所照顾母乳育婴母亲的需要。

(c) 共同责任

97. 妇女仍然承担着大部分家庭责任，包括照顾子女和其他家庭受抚养成员、做饭、清洁或从事其他家务劳动。据估计，在所有区域，妇女在无偿家务工作上花费的时间至少是男子的两倍；如果将有偿和无偿工作合并计算，妇女的工作总时数要长于男子。工作与家庭的平衡对有年幼子女的在职父母尤其挑战性，而妇女常常为此终止就业或从事非全时工作，而其伴侣则保持全职工作。⁶⁰

98. 《行动纲领》确认，生产和生育生活需要妇女和男子双方的充分参与和伙伴协作，包括承担照顾和养育子女及维持家庭的共同责任。

99. 家庭和工作场所的性别平等要求改变男子和男童对生育角色和家务劳动的参与；如果没有这样的任务转变，妇女会承受过重的双重责任负担，从而无法充分和公平地参与生产和生育生活并享受平等社会地位。

100. 虽然许多国家自 1994 年以来已在提高妇女劳动参与方面取得了重大进展，但工作和家庭生活平衡方面的性别不平等并未得到同等程度的重视。例如，在向全球调查提交报告的国家中，不到三分之二的国家(64%)已解决“促进兼顾劳动参与和育儿责任”的问题，使妇女更易于兼顾育儿责任和工作参与。在将这一问题列为优先事项方面，美洲(53%)和非洲(55%)的国家比例低于亚洲(74%)或欧洲(92%)。事实上，与较贫穷国家和高人口增长国家相比，较富裕国家和低人口增长国家解决上述问题的比例较高。

⁶⁰ 《2010 年世界妇女：趋势与统计》(见上文脚注 11)。

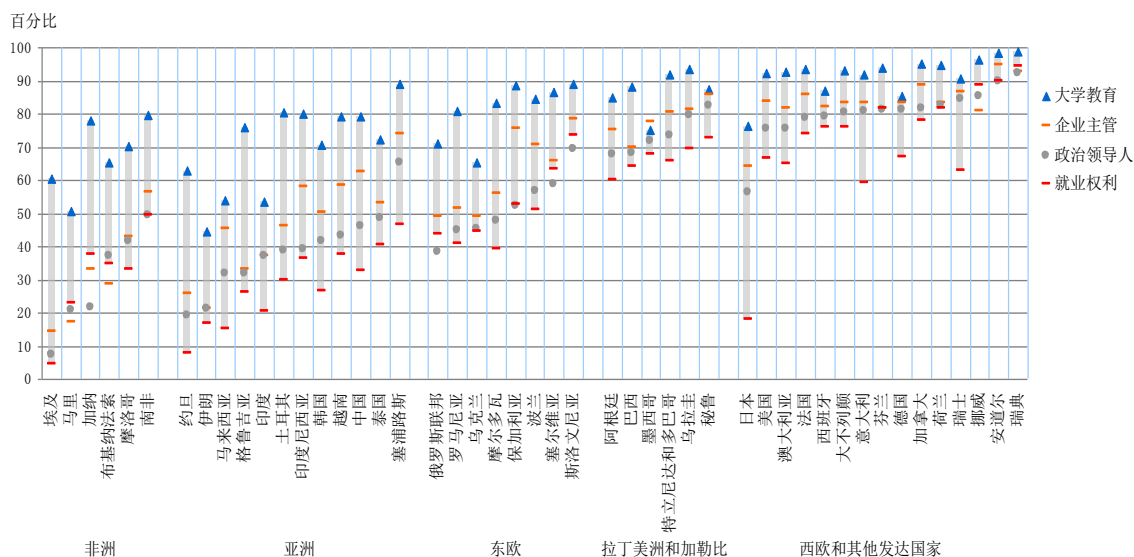
101. 在向全球调查提交报告的国家中，三分之二的国家在过去 5 年中“向男子和男童进行了宣传，以促进男性参与、平等分担照料工作等责任”（63%）。尽管没有发现重大的区域差异，但按收入将各国分组后显示，高收入经济合作与发展组织(经合组织)国家对此关切度更高(81%)，而就列入其他四个收入级别的国家而言，努力解决这一问题的国家比例仅略高于或低于世界平均水平(低收入国家：69%；中低收入国家：58%；中高收入国家：57%；高收入非经合组织国家：67%)。

2. 性别平等态度的进展不均衡

102. 在有数据可查的大部分国家，大多数民众都公开支持妇女赋权和性别平等，但支持程度取决于所讨论的具体性别价值观。根据在 47 个国家进行的最近一轮世界价值观调查提供的证据，在谁应获得高等教育方面，公共价值观最认同性别平等，在男女平等就业机会方面差异则最大，在妇女担任商业或政治领导人的成效(相对于男子)方面始终认同度较低(见图 5)。目前，在高等教育对男童和女童的重要性方面，人们已形成很高程度的共识；在大多数国家，大部分人不再认为大学教育只会改变男童的生活。然而，在其他公共领域，非洲和亚洲国家以及一些东欧国家仍提倡有利于男子的不同性别角色。例如，在近半数接受调查的国家，50%或以上的民众认为男性是更好的商业和政治领导人，认为男性在政治领导能力领域具备优越性的观念比商业领域更为明显。

103. 数据表明，自 1990 年代中期以来，性别平等价值观在大多数国家一直呈上升趋势(见图 5)，除了关于“当就业机会稀缺时，男子应该比妇女享有更多的就业权利”的价值观念以外，但在这一点上，各国之间以及随着时间推移，此观念的差异很大。

图 5
2004-2009 年按区域分列的对大学教育、企业主管和政治领导人性别平等以及妇女平等就业权利的支持度



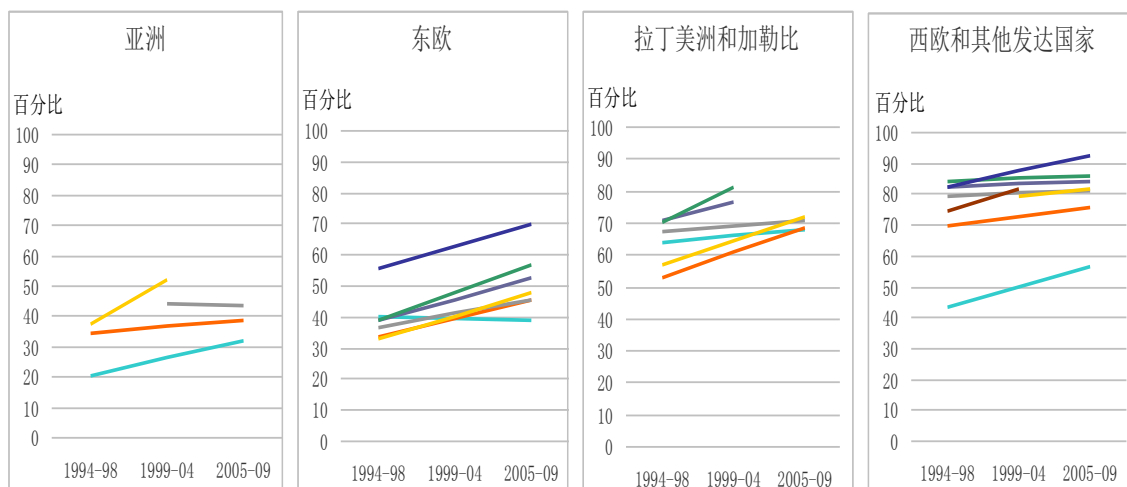
资料来源：2004-2009 年世界价值观调查数据(2013 年 8 月 20 日下载和分析)。

说明：对性别平等支持度是根据不同意如下陈述的答复者比例来衡量的：(a) “大学教育对男童比女童更重要”；(b) “总体而言，男子与妇女相比是更好的企业主管”；(c) “总体而言，男子与妇女相比是更好的政治领导人”；(d) “当就业机会稀缺时，男子应该比妇女享有更多的就业权利”。

104. 关于性别价值观的区域和发展差距日益缩小，因为西欧国家和富裕非经合组织国家已就此达成较高程度的社会共识，而拉丁美洲和加勒比国家及东欧国家正在逐步赶上。

105. 一些国家在支持性别平等价值观方面未有重大变化。这些国家分布所有各区域，它们视所涉问题不同而存在差异。在高等教育方面，八分之一的国家(25 个国家中的 3 个)未有进展；在政治领导能力方面，四分之一的国家(25 个国家中的 6 个)未有进展；在参与就业市场方面，三分之一的国家(25 个国家中的 8 个)未有进展。

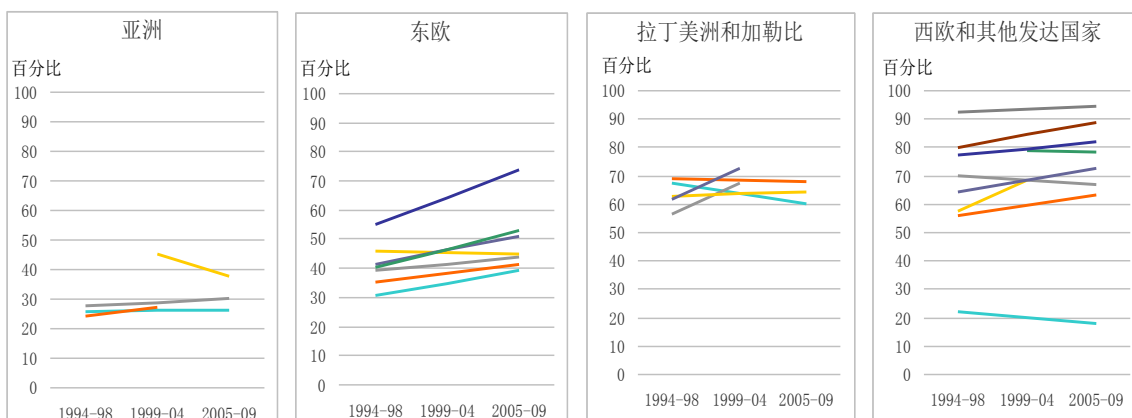
图 5.a
2004-2009 年按区域分列的对妇女担任政治领导人的支持度



资料来源：2004-2009 年世界价值观调查数据。

说明：根据不同意如下陈述的答复者比例来衡量：“总体而言，男子与妇女相比是更好的政治领导人”。

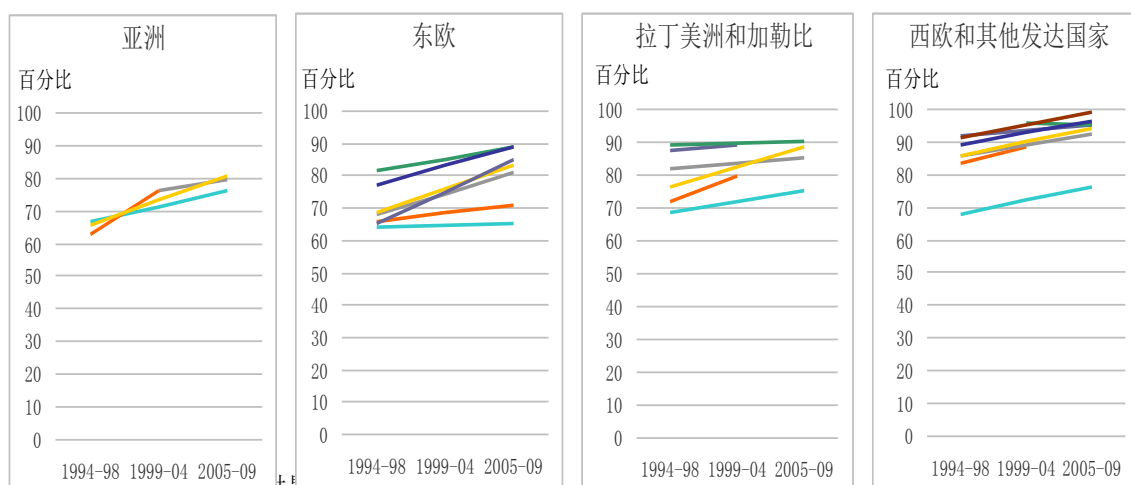
图 5.b
2004-2009 年按区域分列的对于就业方面性别平等的支持度



资料来源：2004-2009 年世界价值观调查数据。

说明：根据不同意如下陈述的答复者比例来衡量：(a) “当就业机会稀缺时，男子应比妇女享有更多的就业权利”。

图 5.c
2004-2009 年按区域分列的对于大学教育方面性别平等的支持度



说明：根据不同意如下陈述的答复者比例来衡量：“大学教育对男孩而言比对女孩更重要”。

106. 妇女对性别平等的支持度高于男性。对于所探讨的所有四个问题，以及在大多数国家，情况都是如此。性别差距并非微不足道，而且在性别平等总体支持度较低的国家呈扩大趋势。总体而言，在接受高等/大学教育问题上，性别差距较小，而在男子优先获得就业机会方面以及妇女政治和商业领导能力方面，性别差距较大。就所有四个问题而言，西欧国家和其他发达国家的性别差距最小，因为这些国家的男子承认性别平等的可能性与妇女相同或仅略低于妇女。

107. 虽然妇女比男子更支持性别平等，但妇女和男子的性别态度和价值观都发生了积极变化。在一些国家，男女之间性别价值观和态度的总体差异有所扩大，例如乌克兰、摩尔多瓦共和国和阿根廷国内对于妇女担任政治领导人的价值观以及俄罗斯联邦国内对于教育的价值观。在这些情况中，支持性别平等的妇女比例大幅提高，而男子比例与以往调查时一样，仍保持在较低水平。与此不同的是，在其他国家，男子的提高幅度超过妇女，例如，土耳其和巴西国内对于高等教育的价值观。虽然妇女仍然强力支持性别平等，但在有些情况中，男子正在接近妇女支持度的较高层次。

108. 与较年长的几代人相比，年轻一代往往更积极看待性别平等问题，尽管仅有少数国家存在重大的代际差距。在 2005 年接受调查的大约半数国家中，年轻一代对于政治和管理领导能力及高等教育方面性别平等的支持度明显更高。在就业权利方面，约四分之三国家中的年轻人强力支持性别平等。

109. 西欧国家的政治方面代际共识程度最高，东欧和非洲国家则是就业权利方面的代际共识程度最高。

110. 这些结果表明，随着时间推移，整个社会对于性别平等的态度和价值观正发生变化，而非仅限于年轻一代。对于一些有趋势数据可查的国家，10 年来的跨部门差异大于 50 岁以上年长群体与 15—29 岁年轻群体之间的差异。一些东欧和西欧国家就属这种情况。例如，2005 年，就人们对男女担任政治领导人的态度而言，保加利亚、罗马尼亚、乌克兰、芬兰或瑞典的年长和年轻群体间没有显著差异，而在 1995 年至 2005 年，所有上述国家对性别平等的支持度均有所提高。

111. 各国应确保妇女享有平等机会，作为领导人、管理人员和决策者为社会作出贡献，并在公共生活所有部门给予妇女与男子同等的机会，担任实权职务。作为这些努力的组成部分，必须解决涉及性别偏见或其他形式歧视的公共观点和价值观问题，包括通过有创意的宣传和教育运动，并且将这些作为社会发展指标加以定期监测。

3. 性别暴力

112. 据估计，世界上每三名妇女中就有一人称她们遭受过殴打和/或性虐待，施暴者主要是亲密伴侣，因此这种形式的暴力侵害妇女和女童行为是世界各地最常见的侵犯人权形式。⁶¹

113. 首次评估家庭中暴力侵害妇女严重程度的多国研究(2005 年)发现，在 10 个研究对象国，曾遭受过男性伴侣殴打的成年妇女比例差别巨大——从 13% 到 61% 不等。⁶² 遭受过男性伴侣暴力殴打，即遭到“拳打脚踢、生拉硬拽、武器威胁或武器攻击”的妇女比例从 4% 到 49% 不等，大多数国家的比例在 13% 至 26% 之间。⁶³ 第一份亲密伴侣和非伴侣实施性暴力和人身暴力行为全球和区域普遍程度估计数(2013 年)显示，全世界 30% 15 及 15 岁以上有过伴侣的妇女曾遭受过亲密伴侣的某种形式暴力行为，在有些地区，多达 38% 的妇女遭受过此类暴力。⁶⁴

114. 非伴侣性暴力的衡量指标未作明确界定，这突出表明普遍缺乏关于此种暴力的数据。目前的全球估计是，7% 的妇女遭受过亲密伴侣以外其他人实施的性暴力。合并估计数显示，全球 36% 的妇女遭受过亲密伴侣或非亲密伴侣实施的暴力或者两种性别暴力行为都经历过。⁶⁵

⁶¹ 世卫组织，《暴力侵害妇女行为全球和区域评估：亲密伴侣暴力行为和非伴侣性暴力行为的发生率及其对健康的影响》(2013 年，日内瓦)。

⁶² C.Garcia-Moreno 及其他，WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women(见上文脚注 12)。

⁶³ 同上。

⁶⁴ 世卫组织，《暴力侵害妇女行为全球和区域评估》。

⁶⁵ 同上。

115. 联合国最近(2013 年)就亚洲及太平洋地区男子与暴力行为进行的多国研究发现, 受访的 10 000 名男子中近一半称, 对女性伴侣实施过人身暴力和/或性暴力; 各地点的男子施暴比例从 26%至 80%不等。⁶⁶ 受访男子中近四分之一称强奸过妇女或女童, 各地点的比例从 10%至 62%不等。男子在早年便开始实施暴力行为, 承认有过强奸行为的人中一半称第一次实施暴力行为是在少年时期, 有些当时甚至还不到 14 岁。在承认有过强奸行为的人中, 绝大多数(多数地点是 72%至 97%)没有承担任何法律后果, 这表明有罪不罚仍是该地区的一个严重问题。所有地点的男子都说, 他们实施强奸行为的最常见动机与性方面的权利有关, 即认为无论妇女是否同意, 男子都有权与其发生性行为; 在两个国家的农村地点, 承认有过强奸行为的男子中, 超过 80%是如此回答的。总的来说, 4%的受访者称, 他们轮奸过妇女或女童, 各地点的比例从 1%到 14%不等。这是首次从这样庞大的男性抽样调查中获得轮奸方面的数据。⁶⁷

116. 亲密伴侣实施的暴力行为对健康影响很大, 亲密伴侣实施的暴力行为给妇女及其子女造成了各种直接和间接的负面健康影响。在全球范围, 38%谋杀妇女的案件是亲密伴侣所为。除了致命和非致命的伤害外, 遭受过亲密伴侣暴力行为的妇女感染艾滋病毒和其他性传播感染的风险增大。此外, 遭受过亲密伴侣实施的性暴力或人身暴力行为的妇女人工流产率更高, 新生儿状况差, 会出现出生体重不足和早产等情况。性别暴力行为还给社会造成了严重的短期和长期的社会和经济成本, 包括保健支出带来的直接成本, 就业、误工以及终生收入方面的间接经济成本, 以及对生活在暴力家庭中的儿童和其他人的长期健康和福祉造成的间接成本。⁶⁸

117. 人口与健康调查方案在 12 个国家至少两个时间点收集了对“打老婆”态度的数据, 以便确定年龄在 15-49 岁之间, 认为丈夫/伴侣可以因至少以下一个原因殴打妻子/伴侣的男女百分比: 她把饭烧糊, 与他争辩, 出门没告诉他, 不管孩子或拒绝性行为。如图 6 所示, 认为亲密伴侣可以因其中任何一种理由实施人身暴力行为的男子比例大幅下降。尽管这些趋势表明男子在尊重妇女的尊严方面出现

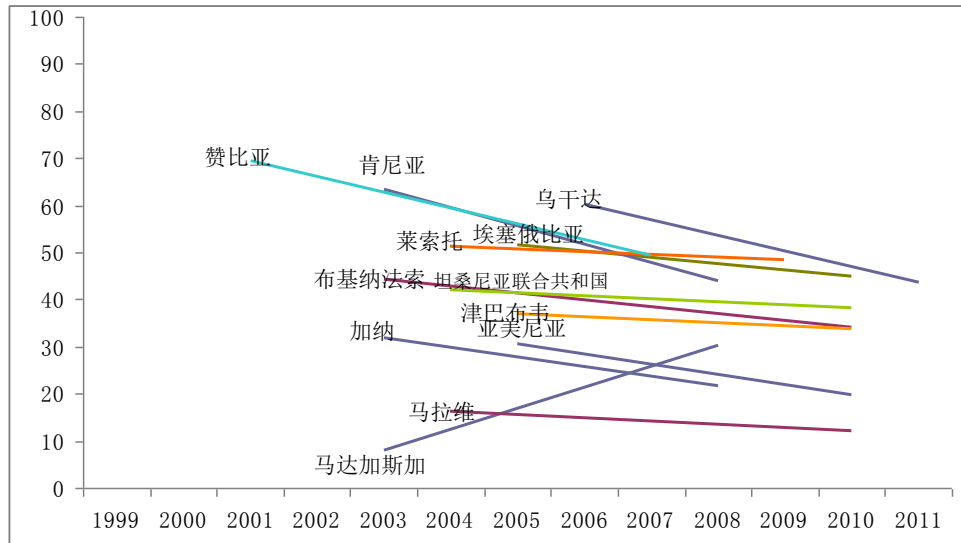
⁶⁶ E.Fulu 及其他, *Why do some men use violence against women and how can we prevent it? Quantitative findings from the United Nations Multi-Country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific*. Partners for Prevention(曼谷, 开发署、人口基金、妇女署和志愿人员方案, 2013 年)。

⁶⁷ 同上。

⁶⁸ R.K.Jewkes 及其他, “Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study” *The Lancet*, 第 376 卷, 第 9734 期, 第 41-48 页; A.R.Morrison 和 M.B.Orlando, “The costs and impacts of gender-based violence in developing countries: methodological considerations and new evidence”. Working Paper 第 36151 号(哥伦比亚特区华盛顿, 世界银行, 2004 年); H.A.Weiss 及其他, “Spousal sexual violence and poverty are risk factors for sexually transmitted infections in women: a longitudinal study of women in Goa, India”, *Sexually Transmitted Infections*, 第 84 卷第 2 号(2008), 第 133-139 页; 世界卫生组织, 《暴力侵害妇女行为全球和区域评估》。

了积极变化，但必须指出的是，尽管出现了这一趋势，但在 5 个国家，40% 以上的男子依然认为可以因这些原因实施家庭暴力。⁶⁹

图 6
男子对“打老婆”的态度趋势



资料来源：人口与健康调查，所有在至少两个时间点有可用数据的国家，见 www.measuredhs.com (2013 年 11 月 15 日)。

118. 妇女的态度也出现了类似趋势，在两个调查时间点之间呈现总体下降。尽管出现了积极趋势，但一些国家受访妇女中多达 70% 的妇女继续同意认为，在某些情况下打老婆是合理的。⁷⁰

119. 通过政府问责制和社区支持的政策来促进妇女赋权和性别平等是防止和应对性别暴力的关键，同时还需要实施社会和经济干预措施，挑战社会规范，促进妇女的经济权利和妇女赋权。⁷¹ 妇女地位委员会第五十七届会议通过了关于消除和防止一切形式暴力侵害妇女行为的商定结论(E/2013/27，第一章，A 节)，其中委员会敦促各国政府加强法律和政策框架，监测和确保问责，同时消除暴力行为的结构性根源和促进多部门应对。

⁶⁹ 12 个已掌握数据的国家是：亚美尼亚、布基纳法索、埃塞俄比亚、加纳、肯尼亚、莱索托、马达加斯加、马拉维、乌干达、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚和津巴布韦；见人口与健康调查数据(www.measuredhs.com/)；儿基会儿童信息数据库(www.childinfo.org/attitudes.html)。

⁷⁰ 同上。

⁷¹ G.Sen, “Sexual and reproductive health and rights in the post 2015 development framework”, 为 2013 年 7 月 7 日至 10 日在荷兰举行的国际人口与发展会议 2014 年以后后续行动国际人权会议编写的临时讨论文件；世卫组织，《暴力侵害妇女行为全球和区域评估》(见上文脚注 61)。

120. 世卫组织的准则敦促加强多管齐下的卫生系统，应对亲密伴侣实施的暴力行为和性暴力，提供更多关键性治疗服务，如提供紧急避孕药具，对因强奸导致的怀孕实施堕胎，预防艾滋病毒和其他性传播疾病以及提供心理健康支助。⁷²

121. 安全理事会在一些决议中确认了暴力侵害妇女和女童行为的严重程度并对此作了反应，其中包括第 2122(2013)号决议，安理会在该决议中确认人道主义援助除其他外必须为受冲突影响妇女，包括因强奸行为而怀孕的妇女提供所有各种保健服务；关于冲突对妇女的影响以及妇女在解决冲突和建设和平方面的作用的第 1325(2000)号决议；第 1820(2008)号决议，其中安理会指出，冲突期间侵害妇女的性暴力行为可构成战争罪；第 1888(2009)号决议，其中安理会明确规定维持和平特派团有责任保护妇女和儿童在冲突期间免遭性暴力。

122. 由成年人及其同伙实施的暴力侵害儿童行为有多种形式。此种行为可能会提高自杀、抑郁症和其他精神疾病、药物滥用的风险，使避免其他暴力关系的能力降低，而且一些受害儿童自身成为施暴者的风险加大。⁷³ 虽然女孩尤其容易遭到性暴力和性虐待，但新的多国数据⁷⁴ 提请注意男孩在童年时期遭受暴力的经历，人们往往认为，对于男孩而言，这是正常的，但其所造成的长期影响不比女孩受到的创伤小。

123. 来自 6 个国家⁷⁵ 的最近数据证实了长期观察的结果，即：男子如果缺乏男女平等观念，如果在童年时期曾目睹或遭受过家庭暴力，如果经济严重困难，或者如果他们正经历因流离失所或冲突造成的动荡，就更有可能对妇女和儿童使用暴力。⁷⁶

124. 心理学家指出，一些人可能会通过对他人实施暴力来暂时缓解战争或冲突中普遍存在的严重恐惧心理。这种反应也会导致非战斗人员的暴力行为加剧。强

⁷² 世卫组织，*Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*(日内瓦，2013 年)。

⁷³ 除其他外，见关于暴力侵害儿童问题的研究的独立专家报告，2006 年(见 A/61/299)；世卫组织和国际防止虐待和忽视儿童学会，*Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*(日内瓦，世界卫生组织，2006 年)。

⁷⁴ 系指在巴西、智利、克罗地亚、印度、墨西哥和卢旺达进行的调查。*International Men and Gender Equality Survey(IMAGES)*中的结论，Gary Barker 博士在联合国人口基金 2013 年 9 月 23 日于纽约举办关于男子和男童、大男子主义及性与生殖保健和权利问题对话期间发表的演讲。

⁷⁵ G.Barker 及其他，*Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey(IMAGES)*(哥伦比亚特区华盛顿，International Center for Research on Women；里约热内卢，Instituto Promundo，2011 年 1 月)。

⁷⁶ 同上。

奸和其他形式性暴力被用来作为战争手段，但在战争造成动荡以及发生冲突期间，非战斗人员中的强奸和其他性暴力行为也会增多。⁷⁷

125. 刚果民主共和国东部自相残杀的暴力行为已持续十多年。最近从该地区获得的数据表明，几乎一半(48%)的男性非战斗人员称殴打过妇女；12%承认强奸过伴侣；34%称实施过某种形式的性暴力。此外，在所有接受调查的男子和妇女中，9%的成年男子曾是性暴力受害者，16%的男子和26%的妇女曾被目睹过性暴力行为。⁷⁸ 所有现有证据都表明，此类暴力会造成严重、长期的后果。⁷⁹ 刚果民主共和国东部正在开展若干小规模的努力，设法消除受害者及其家人的心理创伤和身体创伤。⁸⁰

126. 在全球调查所列所有与《行动纲领》有关的问题中，提到“终止性别暴力行为”的政府比例最高(88%)。在区域层面，非洲94%、美洲87%、亚洲90%、欧洲82%、大洋洲77%的政府都提到了这一问题。

127. 关于旨在预防和消除虐待、忽视和暴力行为的法律框架，只有87%的国家在全球调查中称，它们颁布和执行了将强奸和其他形式性剥削定为犯罪的法律，只有53%的国家颁布和执行了将婚内强奸定为犯罪的法律(非洲：39%、美洲：57%、亚洲：48%、欧洲：75%、大洋洲：62%)。

128. 73%的国家颁布和执行了将亲密伴侣暴力行为定为犯罪的法律，与亚洲(61%)、非洲(68%)和大洋洲(71%)相比，美洲(88%)和欧洲(84%)已将这一问题列为优先事项。

⁷⁷ Gary Barker 在联合国人口基金 2013 年 9 月 23 日于纽约举办关于男子和男童、大男子主义及性与生殖保健和权利问题对话期间发表的演讲。

⁷⁸ H.Slegh 及其他，Gender Relations, Sexual Violence and the Effects of Conflict on Women and Men in North Kivu, Eastern Democratic Republic of Congo: Preliminary Results of the International Men and Gender Equality Survey(IMAGES)(开普敦，Sonke Gender Justice Network；哥伦比亚特区华盛顿，Promundo-US，2012 年)。

⁷⁹ E.Kinyanda 及其他，“War related sexual violence and its medical and psychological consequences as seen in Kitgum, Northern Uganda: a cross-sectional study” BMC International Health and Human Rights 2010，第 10 卷，2010 年 11 月；J.Ward 和 M.Marsh，“Sexual violence against women and girls in war and its aftermath: realities, responses and required resources”，为 2006 年 6 月 21 日至 23 日在布鲁塞尔举办的冲突中和冲突后性暴力问题专题讨论会编写的简报；A.O.Longombe、K.M.Claude 和 J.Ruminjo，“Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: case studies”，Reproductive Health Matters，第 16 卷，第 31 期(2008)，第 132-141 页；I.Joachim，“Sexualised violence in war and its consequences”，Medica Mondiale, ed., Violence against Women in War: Handbook for Professionals Working with Traumatized Women(Frankfurt, Mabuse, 2005 年)，第 63-110 页。

⁸⁰ Panzi Hospital, Annual Activity Report: Panzi Hospital 2012。见 www.panzihospital.org/wp-content/uploads/2013/03/0823-Panzi_ENG_v9.pdf。

129. 在将性剥削青年人特别是女童的行为定为犯罪问题上，83%的国家称已颁布和执行法律，77%的国家已颁布和执行关于防止利用儿童从事色情活动的法律。

130. 如果为上述 6 个法律层面计算出一项综合指标的话，其结果会显示，只有 28% 的国家在所有情况中颁布和执行了法律。几乎一半的欧洲(48%)和大洋洲(46%)国家做到了这一点，但做到这一点的非洲(26%)、亚洲(15%)和美洲(14%)国家比例较小。各国应通过并实行法律、政策和措施，以防止、惩处和消除家庭内外以及冲突期间和冲突后局势中的性别暴力行为。应该修改暴力侵害妇女和女孩行为人为人免罪的法律，包括如果他们与受害者结婚或他们是受害者伴侣或丈夫就能免除惩罚的规定。此外还应在加强立法和执法以杜绝有罪不罚现象的框架内将性暴力从冲突后大赦规定中剔除。

131. 各国应提高发现和防止暴力行为的能力，确保提供服务，以减轻暴力行为的后果，使暴力行为受害者能够完全康复。此外，各国应加强例行监测，研究未触及的重要问题，例如生活在持续恐惧状态中的人数；学校、监狱和军队中的暴力行为；暴力行为的原因和后果；干预措施的实效以及保护受害者和/或幸存者并使其康复的法律和制度的效力。

132. 各国应进一步确保性别暴力的所有受害者/幸存者都能立即获得关键服务，包括 24 小时热线；心理和精神健康支持；受伤治疗；强奸后护理，包括紧急避孕药具，接触后预防艾滋病毒以及在所有暴力、强奸和乱伦情形中都能获得安全堕胎服务；提供警察保护，安全住房和住所；案件记录、法医服务和法律援助；转诊和长期支助。

组织在性别暴力方面的优先事项

133. 最近(2013 年)对三个区域(非洲、美洲、欧洲)从事性别暴力领域工作的 208 个民间社会组织⁸¹ 84 进行调查发现，在非洲，23%的民间社会组织称“性别平等规范和男性参与”是未来 5 至 10 年公共政策方面的最优先事项。在美洲和欧洲，分别有 31%和 21%的民间社会组织把“为消除性别暴力制订方案、政策、战略、法律并为此建立机构”作为一个优先事项。最后，各区域的民间社会组织也一直把“消除一切形式暴力行为”，包括性暴力、强奸、家庭暴力和杀害妇女等，列为未来 5 至 10 年公共政策方面的最优先事项(非洲：20%、美洲：22%、欧洲：26%)。

⁸¹ 不论民间社会组织的规模和覆盖面如何，每个组织只有一名代表参与调查。若干答复调查的民间社会组织在国家、区域和/或全球范围有庞大的受益群体。

民间社会国际人权与发展会议以来的人权阐述：

方框 3.

性别暴力

具有约束力的文件：国际人权与发展会议之后的这些年中，性别暴力成了一个突出的人权问题，特别是在具有约束力的区域文书中，这些文书包括：多数美洲国家组织成员国已批准的《美洲防止、惩罚和根除暴力侵害妇女行为公约》(1994 年)；《非洲人权和人民权利宪章非洲妇女权利议定书》(1995 年)；10 个国家批准后即可生效的欧洲委员会《防止和打击暴力侵害妇女行为和家庭暴力公约》(2011 年)。

政府间人权成果：人权理事会通过了一系列关于加紧努力消除一切形式暴力侵害妇女行为的决议，其中包括题为“加紧努力消除一切形式的暴力侵害妇女行为：确保认真注意预防”的第 14/12 号决议(2010 年)。

其他软性法律：不同条约监测机构的结论性意见要求各国采取措施防止性暴力，向受害者提供康复设施以及向性暴力行为受害者提供补偿，并起诉犯罪者。⁸²

4. 残割/切割女性生殖器

134. 残割/切割女性生殖器指的是包括“因非医疗目的部分或全部割除女性外生殖器或对女性生殖器进行其他伤害”的所有做法。⁸³ 此类做法可能会导致短期和长期的健康后果和风险，切割程度越严重，后果和风险就越大。据目前所知，残割/切割女性生殖器对妇女和女童的健康没有好处。⁸⁴

135. 据估计，全世界 1.25 亿妇女和女童的生殖器被残割/切割过，每年约有 300 万女童，其中多数未满 15 岁，面临着生殖器被残割/切割的风险。在 29 个以上的

⁸² 见儿童权利委员会在该委员会审议黎巴嫩第三次定期报告后提出的结论性意见(CRC/C/42/3, 第 429 段(d))；消除对妇女歧视委员会在审议坦桑尼亚联合共和国合并第四、五和六次定期报告后提出的结论性意见(A/63/38, 第二部分, 第四章 B 节, 第 120 段)；禁止酷刑委员会在审议哥斯达黎加第二次定期报告后提出的结论性意见(A/63/44, 第 40 段(19))。

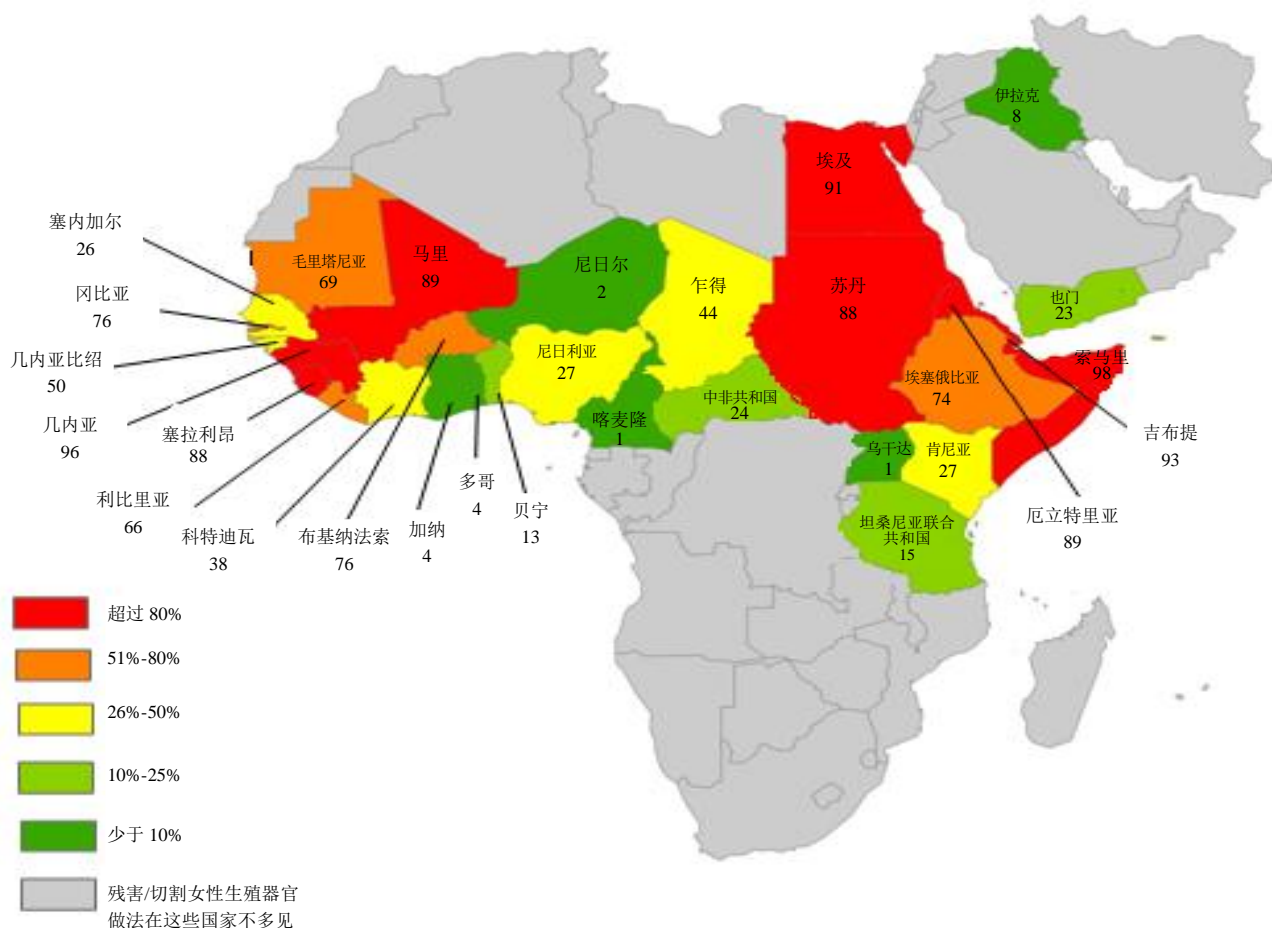
⁸³ 世卫组织, “残割女性生殖器”, 第 241 号情况简介(2014 年 2 月); 见 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/; 世卫组织, 《消除残割女性生殖器做法: 机构间声明》(日内瓦, 2008 年); 见 www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf。

⁸⁴ 世卫组织, 《消除残割女性生殖器做法: 机构间声明》。

国家，残割/切割女性生殖器的做法广为实施，这些国家主要分布在非洲的西部、东部和东北部地区以及阿拉伯国家。⁸⁵

图 7

按国家分列的生殖器被残割/切割过的 15 至 49 岁女童和妇女百分比



资料来源：儿基会，残割/切割女性生殖器：统计概况和变化动态探讨(纽约，2013年)。

136. 社会经济因素，如受教育程度和家庭收入情况，影响着国家内部残割/切割女性生殖器做法的普遍程度以及对这种做法的态度，同时由于移徙增多，对居住在国外的妇女和女童实施残割/切割生殖器做法的现象也普遍存在。⁸⁶

⁸⁵ 联合国儿童基金会(儿基会)，Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change(纽约，2013年)；世卫组织，《消除残割女性生殖器做法：机构间声明》(2008年)。

⁸⁶ 儿基会，Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change；世卫组织，《消除残割女性生殖器做法：机构间声明》(2008年)；P.S.Yoder、N.Abderrahim 和 A.Zhuzhuni，Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A

137. 自儿基会、联合国人口基金(人口基金)和世卫组织于 1997 年发表联合声明以来,⁸⁷ 各方在杜绝残割/切割女性生殖器做法方面做出了大量努力, 而且在过去几十年里, 国际社会日益重视消除这一做法并为此投入资源。许多国际和区域人权文书保护妇女和女童的权利, 要求杜绝残割/切割女性生殖器做法。这些做法侵犯了儿童权利, 侵犯了所有人实现可达到的最高健康标准的权利, 侵犯了免于酷刑以及残忍、不人道或有辱人格待遇的权利, 而且是性别不平等和歧视妇女的一种形式。⁸⁸ 但这种做法长期盛行并广泛存在, 而且统计预测认为, 到 2030 年, 2010 至 2015 年期间出生的 2 070 万女童的生殖器可能还会遭到残割/切割,⁸⁹ 这进一步突出表明, 迫切需要加紧、扩大和改进努力, 加快每年的减少速度, 在不到一代人的时间里杜绝这种做法。2008 年联合国广泛各机构发表的新的机构间联合声明呼吁在社区、国家和国际层面加大力度, 支持和宣传杜绝残割/切割女性生殖器做法并为此提供更多资源。⁸⁸

138. 全球调查显示, 46% 的国家已颁布和执行法律, 保护女童免遭有害做法, 包括残割/切割女性生殖器做法的伤害, 66% 的非洲国家和仅仅 26% 的亚洲国家颁布和执行了此类法律。

139. 单靠将残割/切割女性生殖器做法定为犯罪行为的惩罚性法律本身不太可能取得成功, 必须同时开展对文化问题有敏感认识的公共认识和宣传活动, 持久改变文化和社会态度。要想根除残割/切割女性生殖器做法, 保护妇女和女童的权利, 就必须采用国家和地方领导人认可、社区牵头的方法来促成实现必要的、持续性的行为改变。⁸⁸ 的确, 通过集体、参与型方式进行决策的社区已经能够摒弃此类做法。⁹⁰

140. 各国应制定、支持和执行消除残割/切割女性生殖器做法的全面综合战略, 包括培训社会工作者、医务人员、社区和宗教领袖以及相关专业人员, 确保他们向生殖器已被残割/切割和有被残割/切割风险的妇女和女童提供有力的支持性服务和护理, 设立正式机制以便向有关当局举报其认为女童或妇女面临此类危险的情况, 并确保保健专业人员能够识别和处理因此种做法而引起的并发症。

Critical and Comparative Analysis, 人口与健康调查报告第 7 号(Calverton, 马里兰州, 美利坚合众国, ORC Macro, 2004 年)。

⁸⁷ 世卫组织, 《残割女性生殖器: 世卫组织/儿基会/人口基金联合声明》(日内瓦, 1997 年)。

⁸⁸ 世卫组织, 《消除残割女性生殖器做法: 机构间声明》(2008 年)。

⁸⁹ 见人口基金, MDG5b+Info database(www.devinfo.org/mdg5b/)。

⁹⁰ 人口基金-儿基会《禁止残割/切割女性生殖器联合方案: 加速变化》, 2012 年年度报告。

国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 4.

残割/切割女性生殖器

具有约束力的文书：《非洲人权和人民权利宪章非洲妇女权利议定书》(1995 年，2005 年生效)指出，“各缔约国应禁止和谴责对妇女人权具有不利影响的所有形式的有害习俗……各缔约国应采取一切必要的立法措施和其他措施消除此类习俗，这些措施包括：通过立法加制裁禁止一切形式的残割女性生殖器做法。” 欧洲委员会《关于预防和打击暴力侵害妇女和家庭暴力行为的公约》(2011 年，未生效)第三十八条规定，“缔约国应采取必要的立法措施和其他措施，确保将下列蓄意行为定为犯罪：(a) 对妇女的大阴唇、小阴唇或阴蒂的全部或任何部分实施切除、扣锁或任何其他切割行为；(b) 胁迫或促使妇女接受(a)项所列的任何行为；(c) 教唆、胁迫或促使女童接受(a)项所列的任何行为。”

政府间人权成果：大会通过了若干关于消除有害习俗，包括残割/切割女性生殖器做法的决议，包括具有里程碑意义的关于加强全球努力消除残割女性生殖器做法”的第 67/146 号决议(2012 年)。

5. 政府优先事项：性别平等和增强妇女权能

经济赋权与就业	71%的政府
政治赋权与政治参与	59%的政府
消除一切形式暴力行为	56%的政府
性别平等规范和男性参与	22%的政府
平衡工作与生活	7%的政府

141. 促进和赋予妇女“经济权能”是 5 个区域中 4 个区域至少三分之二国家最经常提到的优先事项：非洲(67%)、亚洲(78%)、欧洲(79%)、大洋洲(71%)。在美洲，这是第二个最经常提到的优先事项(59%的政府)，第一个优先事项是“消除一切形式暴力行为”。出现这些数字是因为各方普遍认识到，妇女就业会推动经济增长与发展，这一现象为亚洲许多国家近年来的经济增长做出了贡献。

142. “政治赋权与政治参与”是非洲(63%)、亚洲(66%)和大洋洲(64%)三分之二政府的优先事项；在欧洲和美洲，分别有 42%和 53%的政府将此问题作为优先事项。值得注意的是，仅有 45%的高收入非经合组织国家政府和 41%的高收入经合

组织国家将“妇女的政治赋权与政治参与”作为优先事项。其他收入群体国家将该问题列为更优先事项；在低等、中下和中上等收入的国家中，分别有 60%、67% 和 58% 的政府将其作为优先事项。

143. 富裕非经合组织国家和富裕经合组织国家对赋予妇女政治权力的支持力度小，可能反映基本价值观的不同。女议员比例最高的国家是高收入的经合组织国家，表明妇女的政治参与度已经很高，可能不再需要政府干预。与此形成对比的是，女议员比例最低的国家是高收入的非经合组织国家，表明对妇女进入政治领导层的支持度相对较低，这可能反映这些国家经济发展速度非常快，超过了社会和政治变革速度。

144. 在全球范围，56% 的国家最普遍提到的第三个性别平等和妇女赋权方面优先事项是“消除一切形式暴力行为”。⁹¹ 在美洲国家，这是 69% 的政府最经常提到的优先事项，远超过全球平均数。据世卫组织调查，虽然一生中遭受过伴侣和非伴侣殴打和性暴力的妇女比例非洲最高，但该区域国家将这一问题列为优先事项的比例(49%)比美洲(69%)、欧洲(69%)和大洋洲(57%)要低。

145. 全球仅有 22% 的国家政府将“性别平等规范和男性参与”列为优先事项，最经常将该问题列为优先事项的是欧洲国家政府(34%)。大多数低收入和中低收入国家政府未将这一问题列为优先事项，分别只有 15% 和 14% 的国家政府这样做。只有三个性别比例大幅失衡的国家(亚美尼亚、中国、印度)将“解决重男轻女”问题列为优先事项。

146. 与全球各国都把促进妇女参与经济活动列为优先事项形成对比的是，仅有 7% 的国家将“平衡工作与生活”⁹² 列为优先事项，其中大部分是欧洲国家。从全球来看，妇女就业被确认是一个明显的进步；但是，有必要制定综合政策，将育儿假(产假和陪产假)及优质儿童保育涵盖在内，这样才能确保儿童和家庭的福利，避免妇女负担过重。

147. 各国应开展全国运动，包括通过信息和教育课程，并提高正规和非正规教育系统和社区团体的能力，以消除性别偏见，包括暴力侵害妇女和女童行为，促进男子和男童参与以及平等分担责任，包括为此设立面向男子和男童的特殊学校和其他社区机构，以提高认识，促进接触和改变行为。

⁹¹ 包括解决消除一切形式的暴力侵害任何人和所有人的所有优先事项；包括性别暴力、性暴力(强奸)、家庭暴力、贩运人口、杀害妇女、奴役和强迫绝育。

⁹² 包含所有涉及促进和确保平衡妇女在家庭和工作场所中作用及保全家庭的优先事项。

C. 青少年和青年

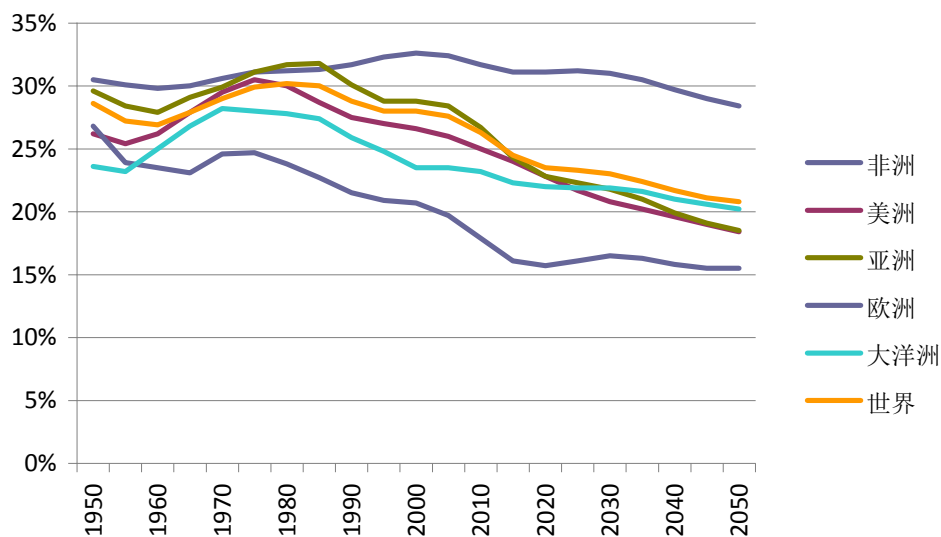
1. 青年人的人口重要性

148. 过去几十年的人口变化导致当今世界的青年人(10-24岁)是人数最多的一代,包括青少年(10-19岁)和青年(15-24岁)。2010年,10至24岁的人在全球人口中的比例为28%,略高于亚洲的比例,占非洲人口的31%以上(见)。在今后25年,这一比例将在多数区域下降,但将在欧洲以外所有区域保持在20%以上,直至2035年,在非洲则会保持在30%以上,直至2035年。⁹³

图 8

1950-2050年按区域分列的全世界青年人(10-24岁)比例趋势和预测

(生育率变量中间值)



⁹³ 《世界人口展望：2012年订正版》(见上文脚注7)。

图 8.a

1950-2050 年按次区域分列的非洲青年人 (10-24 岁) 比例趋势和预测

(生育率变量中间值)

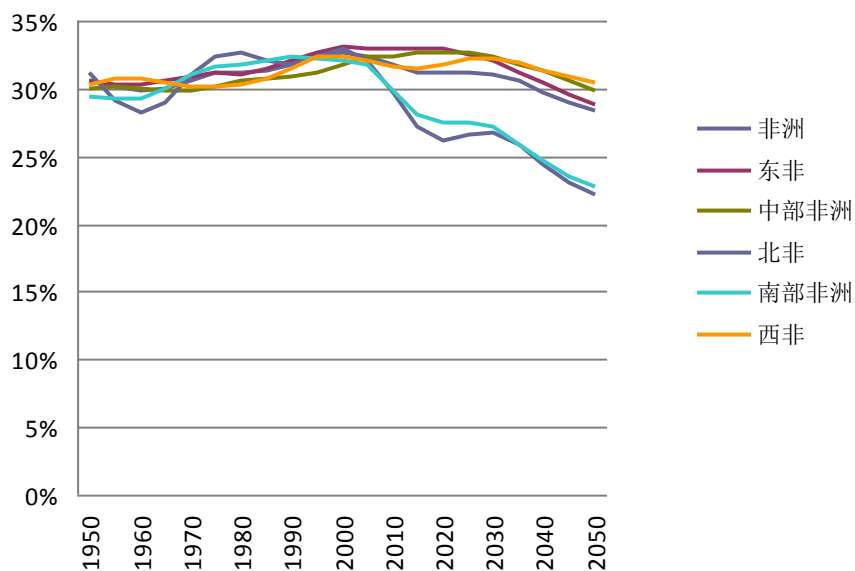


图 8.b

1950-2050 年按次区域分列的美洲青年人 (10-24 岁) 比例趋势和预测

(生育率变量中间值)

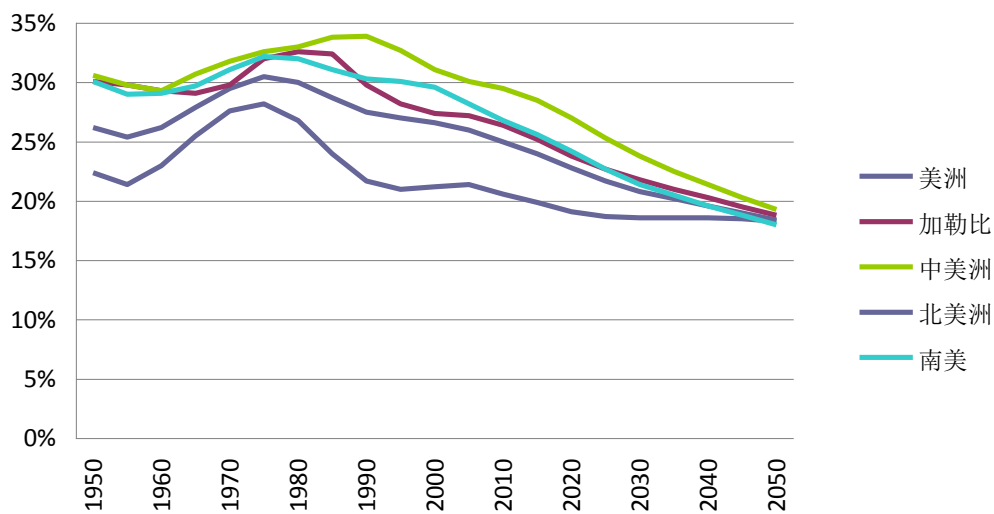


图 8.c

1950-2050 年按次区域分列的亚洲青年人 (10-24 岁) 比例趋势和预测

(生育率变量中间值)

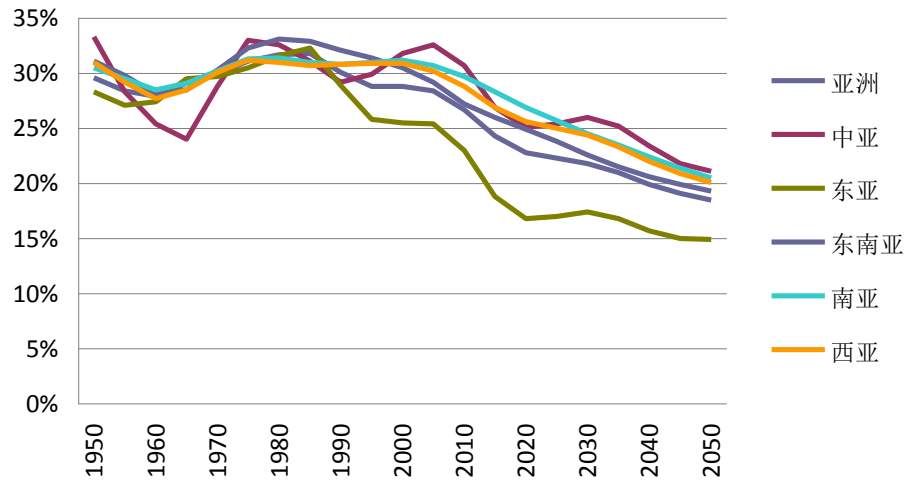


图 8.d

1950-2050 年按次区域分列的欧洲青年人 (10-24 岁) 比例趋势和预测

(生育率变量中间值)

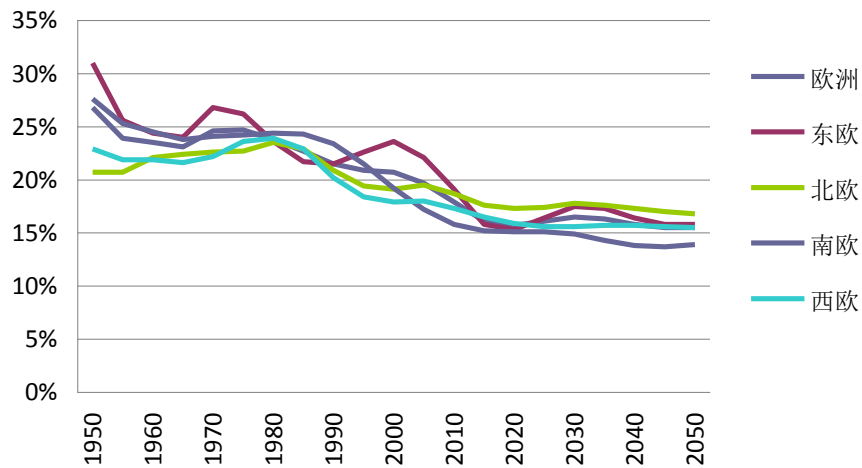
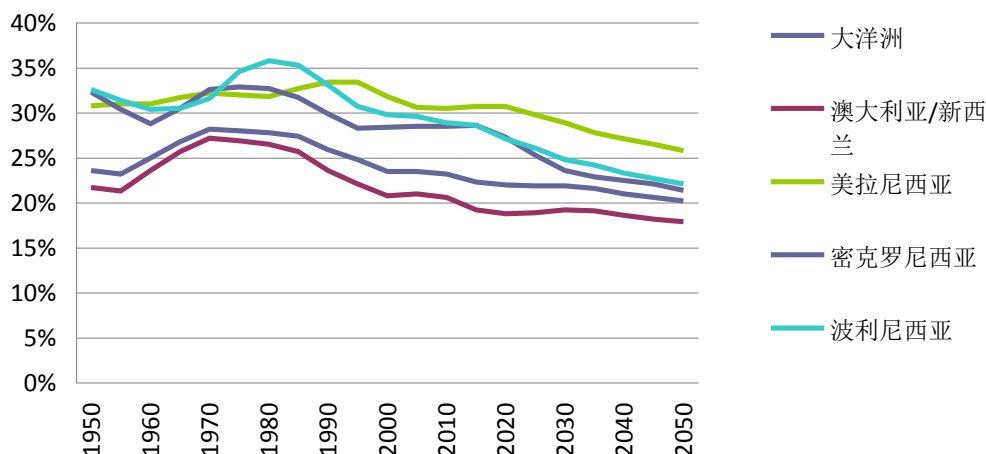


图 8.e
1950–2050 年按次区域分列的大洋洲青年人 (10–24 岁) 比例趋势和预测
(生育率变量中间值)



资料来源：《世界人口展望：2012 年订正版》，2013 年 11 月(ST/ESA/SER.A/336)。

149. 但是，在今后 20 年，青少年和青年对发展议程的极端重要性并不是因为他们的绝对人数，⁹⁴ 而是因为四个关键要素：

(a) 他们出生之后生育率下降，意味着他们必须自给自足，因为随着他们自己老龄化，不会有更大、更年轻的组群抚养他们，而且由于预期寿命延长，可以预期他们会很高寿；

(b) 他们还将需要抚养现有的、人数越来越多的老年人口；

(c) 这一组群的大多数人在贫穷国家长大，而那里的教育和保健系统质量很差，生殖选择和健康得不到保障，好工作不多，移徙受到限制；

(d) 他们有着对自我择向、自由和机会的期望——高于前几代人。信息时代使他们懂得自己的人权，并使他们对自己生活有了更广泛的愿景。

150. 生育率下降也为低中收入国家提供了一个机会之窗，因为处于年轻工作年龄的人口比例是历史上最高的。这些组群如果能获得学习和工作机会，可以刺激经济增长和发展。因此，正如人口与发展委员会关于青少年和青年的第 2012/1 号决议中确认的那样，青少年和青年组群的福祉以及他们对社会的积极参与，取决于各国政府是否致力于保护其人权，发展其能力，确保其性与生殖健康和权利，

⁹⁴ 比他们年龄大的每个组群都是有史以来人数最多的，即目前世界上的 40 岁、50 岁、60 岁等组群在人数上都是历来最多的。

使之作好参加生产性和创造性活动的准备，并奖励他们的劳动。面向青少年和青年的人类发展投资对于确保他们有能力 and 机会规划自身未来并推动可持续未来所需创新而言，极为重要。

151. 次区域趋势凸显非洲各次区域青年人的比例很高，只有北非和南部非洲的比例在下降。在亚洲，青年人比例的下降开始得较早，东亚比其他地方下降得更快。同样，1980年代，北美青年人的比例快速下降，美洲其他次区域目前正在向北方靠拢。欧洲各次区域的青年人比例都很低，大洋洲的情况显示，各次区域之间差异很大，最高比例在美拉尼西亚。

152. 就青年总体而言，答复全球调查的各国政府优先考虑经济赋权和就业(70%)、社会包容和教育(均为56%)。正如人口与发展委员会第2012/1号决议中申明的那样，这些优先考虑突出表明，生产性就业和体面工作权利与教育、培训、社会融合及流动之间存在着交叉联系，同时应当顾及性别平等。此外，一些政府间成果，包括《到2000年及其后世界青年行动纲领》、第2012/1号决议、区域审查结果以及巴厘全球青年论坛通过的多方利益攸关方宣言，都强调指出，必须让青年人充分和有效地参与，而且必须对作为发展和社会变革的关键推动者的青年人进行投资。

153. 过去五年来，未来二十年将有很大青年组群的那些国家一直在解决其青少年和青年人口的需求，特别是在创造就业和获得性与生殖健康服务方面(“为青年创造就业机会”，94%；“确保获得性与生殖健康服务，包括艾滋病毒预防服务的同样权利和机会”，94%(见本报告中关于性与生殖健康和权利以及青年人终生健康的第三节D))。很高比例的国家也已着手“应对暴力、剥削和虐待”(81%)，并已“制定具体的参与程序和机制”(81%)。处理“消除贫穷对青少年和青年的不利影响”问题的国家比例最小(75%)，但这一比例仍高于观察到的任何老龄化相关问题相关比例。

自人发会议以来的人权阐述

方框 5

青少年和青年

具有约束力的文书。自国际人口与发展会议以来，各种区域青年章程，包括《伊比利亚-美洲青年权利公约》(2005年；2008年生效)和《非洲青年宪章》(2006年；2009年生效)，都在倡导促进广泛的青年人权利。《非洲青年宪章》为青年赋权提供了一个框架，加强青年在发展方面的参与和伙伴关系。该宪章的具体条款申明了各种相关权利，其中除其他外包括不歧视；行动自由、言论自由、思想自由、结社自由；发展和参与；教育与技能发展；就业；保健；和平与安全。《伊比利亚-美洲公约》确认所有15至24岁青年都有权充分实现公民、政治、经济、社会和文化权利，并确认青年是发展的关键行为者。该公约确认

青年除其他外享有与和平、不歧视、性别平等、家庭、生命、人格完整、参与、教育、性教育、健康、工作和工作条件、住房及健康环境有关的权利。在国际上，通过《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》(2000年；2002年生效)，各缔约国承诺“确保……[此类]行为和活动按照其刑事法或刑法起码被定为犯罪行为，而不论这些行为是在国内还是在国际上犯下的，也不论是个人还是有组织地犯下的。”

2. 童婚、早婚和逼婚

154. 通过童婚、早婚和逼婚的做法剥夺儿童人权，是世界上许多国家和大多数区域仍然常见的一种侵权行为——即使是在法律禁止这些做法的地方。是否容易发生童婚、早婚和逼婚既与极端贫穷、妇女地位低下和社区脆弱性有关，也与文化规范有关。如果目前的趋势继续下去，到2020年，还会有1.42亿女童在满18岁以前结婚。⁹⁵

155. 在发展中国家农村地区生活的女童的结婚或同居比率往往比这些国家城市女童高一倍(分别为44%和22%)。与受过中等或高等教育的女子相比，受过初等教育的女童结婚或同居的可能性要高一倍。然而，与受过中等或高等教育的女子相比，没有受过教育的女童结婚或同居的可能性要高两倍。此外，最贫穷五分之一女童的一半以上(54%)是童养媳，而最富有五分之一女童只有16%是童养媳。⁹⁵

156. 截至2010年，158个国家的法定婚龄是18岁。尽管如此，2000-2011年期间，发展中区域估计有34%的20至24岁妇女在18岁以前结婚或同居；此外，估计有12%在15岁以前结婚或同居。⁹⁵

157. 全球调查显示，在过去五年期间，只有51%的国家已“处理童婚/强迫婚姻”问题，也许这反映此种做法不是一个全世界的问题。如果将分析仅限于41个“优先国家”——18岁以前结婚影响30%以上的女童，90%的提交报告国家已处理这一问题。然而，童婚率高(影响39-75%的女童)的三个最贫穷国家尚未处理这个问题，41个优先国家中的11个没有答复此问题。

158. 各国应维护妇女和女童的尊严和权利，通过多部门综合战略，包括普遍制定和执行法律，取缔18岁前结婚做法，并通过广泛的宣传运动，提高对早婚有害健康和生活的后果的认识，消除包括童婚、早婚和逼婚在内的一切有害做法，支持在一代人的时间内消除这种做法的国家目标和奖励措施。

⁹⁵ 人口基金，《过早结婚：制止童婚》(见上文脚注5)。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 6

童婚、早婚和逼婚

具有约束力的文书。区域文书中现在包括《非洲人权和人民权利宪章关于非洲妇女权利的议定书》(1995年;2005年生效),这使1994年之前国际人权法所载的各项义务得到了强化。该议定书要求签署国遵守“妇女最低结婚年龄应为18岁”的规定。欧洲委员会《关于预防和打击暴力侵害妇女和家庭暴力行为的公约》(2011年;尚未生效)要求各国“采取必要的立法或其他措施,确保将蓄意强迫成人或儿童结婚的行为定为刑事犯罪。”

政府间人权成果。人权理事会通过了其题为“加大力度防止和消除童婚、早婚和强迫婚姻:挑战、成就、最佳做法及实施方面存在的差距”的具有里程碑意义的第24/23号决议(2013年)。

其他软性法律。通过一般性评论和建议,各条约监测机构现已商定,18岁是适当的最低结婚年龄,各国应颁布立法,将无论是否经过父母同意的最低结婚年龄提高到18岁。⁹⁶

3. 少女生育以及女性教育所起的信息传播作用

159. 在全世界范围,每年都有1500多万15岁至19岁的少女分娩,⁹⁷发展中国家约有19%的年轻女性在18岁前怀孕。⁹⁸很大比例的少女怀孕是在非情愿情况下发生的,大多数在早婚的情况下发生。⁹⁹年纪小怀孕会给母亲和孩子带来更大风险,许多女童怀孕后辍学或被学校开除,极大限制其未来机会、未来收入以及自身和子女的健康。¹⁰⁰在全球范围,少女生育率在穷国最高,在所有国家都集中于最贫穷的社会阶层,从而加剧不良妊娠状况对母亲和孩子的影响。¹⁰¹

⁹⁶ 消除对妇女歧视委员会,关于婚姻和家庭关系中的平等的第21号一般性建议(见A/49/38,第一章,A节);儿童权利委员会,关于《儿童权利公约》范畴内的青少年健康与成长的第4号一般性建议(见A/59/41,附件十)。

⁹⁷ 《2013年千年发展目标报告》(见上文)。

⁹⁸ 《2013年世界人口状况:在儿童期成为母亲——面对少女怀孕的挑战》(联合国出版物,出售品编号:C.13.III.H.1)。

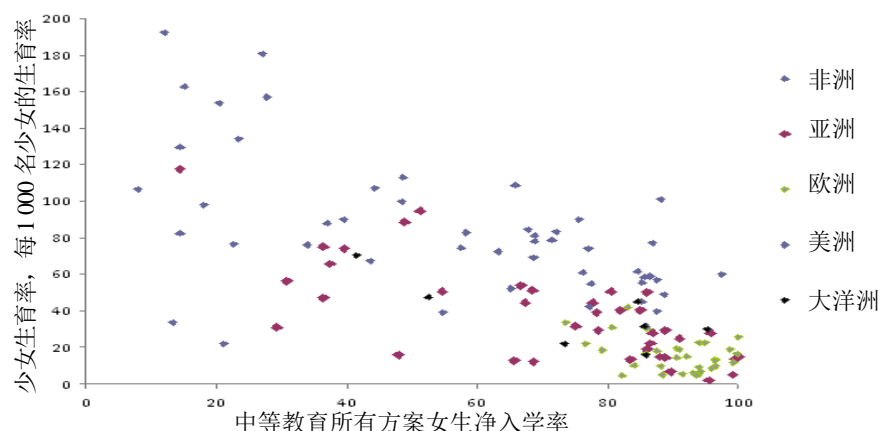
⁹⁹ K. G. Santhya, K. “Early marriage and sexual and reproductive health vulnerabilities of young women: a synthesis of recent evidence from developing countries”, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 第23卷,第5期(2011年),第334-339页。

¹⁰⁰ C. B. Lloyd 和 B. Mensch, “Marriage and childbirth as factors in dropping out of school: an analysis of DHS data from sub-Saharan Africa”, *Population Studies*, 第62卷,第1期(2008年),第1-13页; K. G. Santhya 及其他, “Associations between early marriage and young women’s marital and

160. 1990 年至 2010 年，各国所有收入组别和各区域的少女生育率都出现下降。15-19 岁少女的中学入学率较高与生育率较低有关(见图 9)。虽然所有区域女青年的识字率较高都与生育率较低有关，但这一模式在美洲国家不太明显，其特点是少女生育率很高，而入学率也很高。的确，拉丁美洲的少女生育率全世界最高，仅次于撒哈拉以南非洲。中学入学率对拉丁美洲青年生育率的影响和其他区域不一样。

图 9

按区域分列的 2005-2010 年少女生育率和中学女生净入学率



资料来源：《世界人口展望：2012 年订正版》，2013 年 11 月(ST/ESA/SER.A/336)；以及联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)，统计研究所，数据中心，海关表，见 http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId=136&IF_Language=eng&BR_Topic=0。

说明：少女生育率是 2005-2010 年期间估计数。中学女生净入学率反映所掌握的 2005-2010 年期间最新点估计数。

161. 所有儿童的教育都会提升他们的社会，经济和政治参与能力，但女童教育会给女童本人、其家庭和社区带来特别的好处。如果女童接受教育，便会减少童婚的可能性，推迟生育，导致更健康的生育结果。女性教育向来与更广泛利用计划生育措施、亲密伙伴之间就计划生育问题进行更多沟通以及总生育率较低有关。¹⁰² 最近在东非进行的分析发现，各轮人口健康普查的生育率时间趋势都与

reproductive health outcomes: evidence from India”，International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 第 36 卷，第 3 期(2010 年)，第 132-139 页。

¹⁰¹ 人口基金，《生殖健康的普及率：证据审查》(纽约，2010 年)。

¹⁰² T. Castro Martin, “Women's education and fertility: results from 26 demographic and health surveys”, *Studies in Family Planning*, 第 26 卷，第 4 期(1995 年)，第 187-202 页；S. J. Jeejeebhoy, *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries* (牛津，克拉伦登出版社，1995 年)。

女性受教育程度的变化有关；在肯尼亚、坦桑尼亚联合共和国、乌干达、赞比亚和津巴布韦，没有受过教育的女性比例与生育率停止下降有关。¹⁰³

162. 研究人员提出了理论和证据，解释加强女性教育何以导致生育率降低，表明教育在众多对生育率均有影响的重要领域影响着女童：¹⁰⁴ 教育能扩大在家庭以外工作的机会和愿望，教育能提高女童的社会地位并改变与其结婚的男子类型，¹⁰⁵ 教育能提升她们在婚姻中讨价还价的能力，¹⁰⁶ 增加她们对保健服务的使用并改善其子女的健康和生存。¹⁰⁷ 教育程度的提高也会塑造女童和男童对性别平等的态度，即树立他们的性别价值观，增强教育，导致男性和女性对性别平等采取更积极的态度。¹⁰⁸

163. 作为学校内外教育组成部分的全面性教育被确认是赋权青年人对其性行为以及性与生殖健康作出负责任、自主决定的一项重要战略。此外也有证据表明，基于权利和对性别问题有敏感认识的全面性行为教育方案可以导致更大的性别平等。例如，人口与发展委员会在其第 2009/1 号和第 2012/1 号决议中呼吁各国政府为青年人提供关于人类性行为、性与生殖健康以及性别平等的全面教育，使他们能够积极和负责任地对待性生活。

¹⁰³ A. C. Ezeh、B. U. Mberu 和 J. O. Emina, “Stall in fertility decline in Eastern African countries: regional analysis of patterns, determinants and implications”, *Philosophical Transactions of The Royal Society, Biological Sciences*, 第 364 卷, 第 1532 期(2009 年 9 月)。

¹⁰⁴ I. Diamond、M. Newby 和 S. Varle, “Female education and fertility: Examining the links”, *Critical perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, C. Bledsoe and others, eds. (哥伦比亚特区华盛顿, 国家科学院出版社, 1999 年), 第 23-48 页。

¹⁰⁵ A. M. Basu, “Women’s education, marriage and fertility in South Asia: do men really not matter?”, *Critical perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, C. Bledsoe and others, eds. (哥伦比亚特区华盛顿, 国家科学院出版社, 1999 年), 第 267-286 页。

¹⁰⁶ S. Kishor 和 L. Subaiya, *Understanding Women’s Empowerment: A Comparative Analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) Data*, DHS Comparative Reports No. 20 (Calverton, Maryland, Macro International, 2008 年)。

¹⁰⁷ 例如见 D. M. Cutler 和 A. Lleras-Muney, “Education and health: evaluating theories and evidence”, *Making Americans Healthier: Social and Economic Policy as Health Policy*, R. F. Schoeni and others, eds. (New York, Russell Sage Foundation, 2008 年), 第 29-60 页; E. Gakidou 及其他, “Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis”, *The Lancet*, 第 376 卷, 第 9745 期 (2010 年 9 月 18 日), 第 959-974 页; S. Desai 和 S. Alva, “Maternal education and child health: is there a strong causal relationship?”, *Demography*, 第 35 卷, 第 1 期(1998 年), 第 71-81 号。

¹⁰⁸ R. Inglehart 和 P. Norris, *Rising Tide. Gender Equality and Cultural Change around the World* (联合王国, 剑桥大学出版社, 2003 年), 第 226 页; M. van Egmond 及其他, “A stalled revolution? Gender role attitudes in Australia, 1986–2005”, *Journal of Population Research*, 第 27 卷, 第 3 期(2010 年), 第 147-168 页。

164. 只有 40% 的国家已处理“促进怀孕女孩完成学业”问题。美洲是提出政策、预算和执行措施相关报告的政府比例较高的唯一区域(67%)；欧洲和亚洲分别只有 29% 和 21% 的国家报告说已处理这个问题。如果将国家按收入水平进行分组，比例仍会非常相似。拉丁美洲和加勒比对这个问题的支持凸显了该区域少女生育率相对很高。

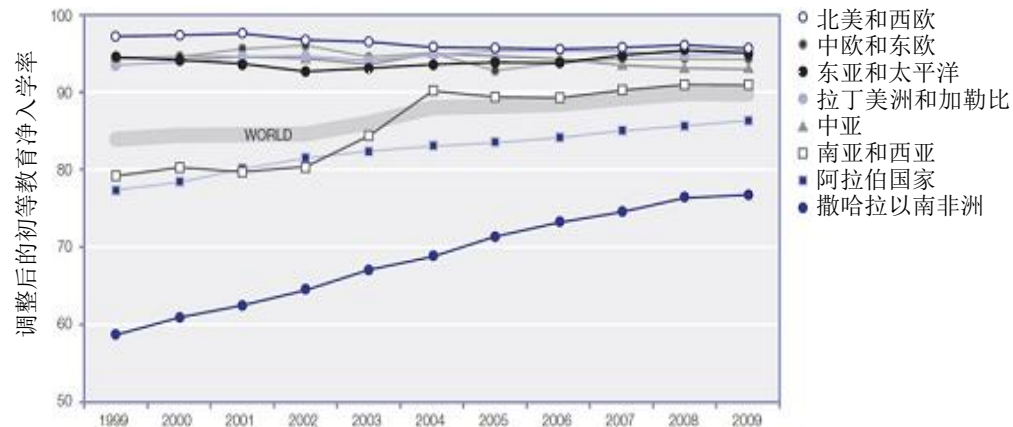
165. 各国应履行其促进和保护女童权利的承诺，为此颁布和执行有针对性和协调一致的政策和方案，具体着眼于：(a) 确保上学机会方面的性别平等；(b) 提供全面的性行为教育；(c) 减少少女怀孕；(d) 使怀孕少女和年轻母亲能够重返各级教育，以期赋予以女童和女青年发挥其全部潜力的权能；(e) 消除有害传统做法，如童婚、早婚和逼婚及切割女性生殖器等。

4. 教育领域进展不均衡

166. 过去 15 年来，全世界小学生人数增加非常多，全球入学率现已达到 90%。然而，到 2015 年是否能实现普及初等教育，目前远未确定，而且地域上的巨大差距仍继续存在。在西非和南亚、阿拉伯国家和撒哈拉以南非洲，小学入学率的提高最显著，但是由于非洲在世纪之交的起点低(约 60%)，撒哈拉以南非洲近四分之一的小学适龄儿童仍然没有上学(见图 10)。

图 10

按区域分列的 1999–2009 年调整后初等教育净入学率



资料来源：教科文组织统计研究所，《2011 年全球教育摘要：全球教育统计数据比较》，图 1，引自教科文组织统计研究所数据库和统计表 3，见 http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/global_education_digest_2011_en.pdf。

说明：东亚和太平洋以及南亚和西亚的数字是教科文组织统计研究所根据为具体分析目的所编制覆盖面有限的基准年数据计算的估计数。

167. 在全球范围,小学毕业率一直与总入学率一起上升,2009 年全球高达 88%,从撒哈拉以南非洲的 67%,到拉丁美洲和加勒比的 100%。过去十年的最大进展是在撒哈拉以南非洲、南亚和西亚以及阿拉伯国家。¹⁰⁹

168. 然而,性别、居住地(城市相对于农村)和家庭财富方面继续存在众多不平等现象。女童一直是总入学率¹¹⁰ 上升趋势的主要受益者,女童入学率上升快于男童,近三分之二的国家(193 个国家中的 128 个)在 2012 年报告说,它们已实现小学性别均等。但是,男童继续由于机会较多而受益。65 个尚未实现初等教育性别均等的国家中,有 57 个国家所报告的情况就是如此。¹¹¹

169. 全球调查发现,在过去 5 年,82%的国家处理了“保证女童平等地获得接受各级教育的机会”问题,81%的国家处理了“保持更多的女童和青少年接受中等教育”问题。如果把各国按收入进行分组,那么着力确保平等机会的国家比例并无重大差异,但确保女童上完中学则是较高比例穷国已编列预算并加以执行的一项政策。

170. 农村相对于城市的在学人数不平等现象仍然存在。总在学人数较少显然是因为农村地区在学人数较少,非洲和亚洲的在学人数最少。大多数国家的城乡差异接近均等,或介乎均等和 1.5 之间。但少数几个国家城乡差异较严重,与此同时,净在学率为 60%或更低。

171. 在 81 个有数据可用的国家中,只有来自美洲、亚洲和欧洲的 12 个国家的小学生在学人数呈农村地区多于城市地区的现象。不过,在所有这些情况中,城乡差异都很小(低于 5%)。除乌克兰(73%)和孟加拉国(86%)以外,大多数国家已说明小学净在学率超过 90%。

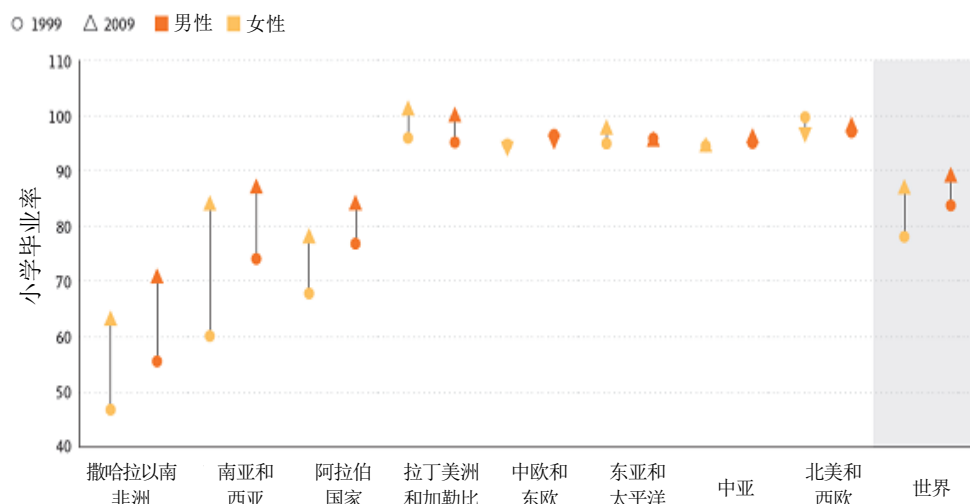
172. 在有可比数据的 162 个国家中的近一半国家,男童和女童没有同等机会完成初等教育。女童一般落后于男童,但不是在所有国家。1999 年至 2009 年,和入学率一样,女童的完成学业方面的进展最大(见图 11),但她们的完成率仍普遍较低。在这十年中,女童的小学完成率总体提高到了 87%,接近男童的 90%。在区域一级,南亚和西亚女童的进展相对最大。¹¹¹

¹⁰⁹ 教科文组织,《世界教育领域性别平等状况》(见上文脚注 5),第 48-49 页和第 54 页。

¹¹⁰ 毛入学率是指某级教育的总入学率(不论学生年龄如何)相对于特定学年同级教育官方适龄人口的百分比。如果有很多超龄或低龄儿童在小学注册,毛入学率可能超过 100%。(见教科文组织统计研究所,《教育指标:技术准则》(2009 年 11 月),第 9 页,以及《世界教育领域性别平等状况》。)

¹¹¹ 教科文组织,《世界教育领域性别平等状况》。

图 11
按区域和性别分列的 1999–2009 年小学完成率



资料来源：教科文组织，《世界教育领域性别平等状况》（巴黎，2012年），图 3.6.1，引用教科文组织统计研究所数据。见 Available from <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002155/215522e.pdf>。说明：东亚和太平洋地区的 2009 年数据为 2007 年数字。

173. 关于预期在校就读时间，¹¹² 进入教育系统的儿童预期可以获得的平均辅导年数在 1990 年至 2009 年期间也有所增加，女性从 8.3 年增加到 11 年，男性从 9.6 年增加到 11.4 年。与小学完成率方面的进展相一致，南亚和西亚在减少预期在校就读时间的性别差距方面进展最大，2009 年入学的女童预期可以获得 9.5 年的教育，1990 年则为 6 年。尽管如此，男童继续有优势，平均预期在校就读时间为 10.5 年。同样，在撒哈拉以南非洲和阿拉伯国家，2009 年入学的女童预期可分别接受 8 年和 10 年的教育，而这些区域的男童仍然至少有多受一年教育的优势。在东亚和太平洋，不仅 1990 年至 2009 年女童预期在校就读时间增加了 38%，而且初等教育入学女童预期可以在校就学约 12 年，略超过男生平均数。同样，在拉丁美洲和加勒比，一名刚开始上小学的女童预期可接受 14 年教育，而男童则为 13.3 年。

174. 虽然中等教育的进展不像初等教育那么快，但世界各国正在朝着增加中等教育机会方向取得进展。在有数据的 187 个国家中，四分之一(27%)的毛入学率为 98%或以上，接近达到普及中学入学的程度；但是，在 43%的国家，入学率低于 80%。¹¹³

¹¹² 预期在校就读时间是特定年龄儿童预期未来可在校就读的总年数，假设他或她在任一特定年龄入学的概率等于同年龄的目前入学率。教科文组织统计研究所，《教育指标：技术指导方针》，2009 年 11 月。

¹¹³ 教科文组织，《世界教育领域性别平等状况》。

175. 在许多区域，特别是在撒哈拉以南非洲及南亚和西亚，女童仍然难以获得接受中等教育的机会。女童不成比例地缺乏受教育机会，这个问题不仅在中学比在小学严重，而且在中学里年级越高越严重。许多因素可以造成这种情况，这反映学校内外的性别歧视，其中包括女童在家庭和社会压力下把更多时间用于家务劳动、早婚、女童随着年龄增长而面临的性骚扰和性攻击风险导致其身心所受危险可能加大、缺乏厕所、家庭不愿为女童付学费、女童和女青年每天上学途中可能不安全。¹¹³

176. 在全球范围，年轻男性比年轻女性更可能参与职业教育方案，尽管有明显的例外，例如在布基纳法索和埃塞俄比亚，那里的女性参与人数多于男性。¹¹³

177. 入学率的提高掩盖了其他重要的不平等现象，特别是在教育质量方面。对于生活在贫困中的人来说，获得接受优质教育的机会特别有限。为贫穷儿童服务的学校的教师通常负担过重、无监管、工资低、教室拥挤而且缺乏适当教材，因此所产生的效果较差，即使在富裕国家也是如此。¹¹⁴ 例如，最近对亚洲国家小学阶段学生与教师比率进行的一次比较凸显各国之间情况十分不同，从印度尼西亚和泰国每位教师 16 个学生、中国 17 个，到印度、巴基斯坦和孟加拉国多达 40、41 和 43 个。¹¹⁵

178. 优质教育包括有机会获得人类生物学知识和综合性行为教育。在世界各地，无论穷国还是富国，许多学校的这些科目资源不足、不完整。

179. 最后，虽然许多国家获得接受高等教育的机会仍然有限，但在过去几十年，世界各区域的高等教育均出现了大幅扩展，妇女已成为主要的受益者。在全球范围，2009 年女性高等教育毛入学率为 28%，男性则为 26%。在区域一级，在北美和西欧、中欧和东欧、拉丁美洲和加勒比以及东亚和太平洋区域高等院校注册的妇女多于男子，而在撒哈拉以南非洲及南亚和西亚，男性的毛入学率较高。¹¹⁶

180. 未来 5 至 10 年各国政府的教育领域优先重点突出表明，它们关切机会平等、教育质量以及教育与体面工作机会挂钩的重要性。在处理这些优先事项时，必须解决师资短缺问题。根据教科文组织统计研究所新的全球预测，到 2030 年，全

¹¹⁴ 例如见 J. Douglas Willms, *Learning Divides: Ten Policy Questions about the Performance and Equity of Schools and Schooling Systems*。教科文组织统计研究所工作文件第 5 号(蒙特利尔, 2006 年)。

¹¹⁵ J. Dreze 和 A. Sen, *An Uncertain Glory, India and Its Contradictions*(新泽西, 普林斯顿, 普林斯顿大学出版社, 2013 年)。

¹¹⁶ 教科文组织, 《世界教育领域性别平等状况》。

世界将需要增加 330 万名小学教师和 510 万名初中教师授课，为所有儿童提供基础教育。¹¹⁷

181. 各国应致力于提供而且支持早期和终身学习，包括学前教育，以确保每一个儿童，不论境遇如何，都能完成初等教育，并能够读写算，创造性地解决问题，以负责任的方式行使自由权。各国还应确保人人享有获得接受中等教育的机会，并扩大中学后教育的机会；使所有年龄的人都能获得新技能和知识；加强职业教育和培训以及与新经济体和新兴经济体有关的面向工作的学习。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 7

教育

具有约束力的文书。各区域人权制度包含青年人受教育权的具体保护措施。

《欧洲委员会经修订的社会宪章》(1996 年；1999 年生效)重申青年人有权获得“免费的初等和中等教育，并鼓励他们正常上学。”《伊比利亚-美洲青年权利公约》(2005 年；2008 年生效)确认“青年有受教育权”以及“缔约国确认有义务保障全面、连续不断、适当的高质量教育。”《非洲青年宪章》(2006 年；2009 年生效)指出，“每个青年都有接受优质教育的权利”，并赞同“重视多种形式教育，包括正规、非正规、非正式、远距离学习和终身学习，以解决青年的各种不同需求。”

其他软性法律。经济、社会、文化权利委员会所通过的关于受教育权问题的第 13 号一般性意见(1999 年)确认“教育本身是一项人权，也是实现其他人权所必不可少的手段。教育作为一种能增强能力的权利，是在经济和社会上处于边缘地位的成人和儿童籍以摆脱贫困和充分参与其社区生活的首要工具。教育在赋予妇女权力，保护儿童免受剥削、危险劳动和性剥削，促进人权和民主，保护环境，控制人口增长方面，具有重要作用……有受过良好教育、明智和积极的头脑，能够自由地周游。是人类生存的一种喜悦和奖励。”

5. 政府优先事项：教育

改进包括课程在内的教育质量标准	61% 的政府
最大限度地扩大社会包容，平等受教育机会和权利	54% 的政府
加强能力(教育方面的人力资源)	43% 的政府
制定教育方案、政策、战略、法律/创建机构	43% 的政府
加强能力(建造和扩大学校，为学校提供设备)	36% 的政府

¹¹⁷ 教科文组织统计研究所，“每个儿童都有一位教师：2015 年至 2030 年预计全球教师需求”，教科文组织统计研究所概况介绍第 27 号(2013 年 10 月)。

182. 当被问及今后 5 至 10 年的公共教育政策优先重点时，半数以上政府强调，必须“改进包括课程在内的教育质量标准，” (61%) “最大限度地扩大社会包容、平等机会和权利” (54%)。改进教育质量和覆盖面的必要性事实上是所有区域各国政府确定的前两个优先事项，而非洲是较高比例政府提及覆盖面(61%)多于质量(55%)的唯一地区，这反映普遍入学目标并未完成。

183. 其他两个与教育系统劳工和基础设施投资有关的优先重点得到了下一层级的支持，而且被三分之一以上的政府提及：“加强能力(教育方面的人力资源)”(43%)和“加强能力(建造和扩大学校，为学校提供设备)” (35%)。区域细目显示，非洲国家确定这两个优先重点的比例高于世界平均水平(人力资源：55%；基础设施：45%)，而欧洲则较低(人力资源：31%；基础设施：23%)。

184. 全球三分之一的国家说，“培训到工作/教育-就业联系”(33%)是其优先重点，但这个问题与较高比例的欧洲国家(58%)和大洋洲国家(46%)特别相关，说明需要改革教育，以更好地适应就业市场。

185. 便利获取和改进“学龄前教育”质量，是美洲四分之一国家(25%)的一个优先重点，这表明幼儿发展是在生命最初几年培养儿童能力的关键。在所有其他区域，少于 15% 的政府将其视为优先重点。

186. 最后，“性别均衡”——包含与确保男女入学率和学业完成率平等有关的所有优先重点——被约五分之一的亚洲(20%)和非洲(18%)政府确定为优先重点，但以下区域的国家政府对这个问题则不太关切：美洲(9%)、大洋洲(8%)、欧洲(4%)。

6. 青年就业

187. 实现青年人体面工作对于建立更富裕的经济体、更公正的社会和更强有力的民主至关重要。体面工作意味着提供生产性、能带来公平收入的工作机会；工作场所有安全保障，工人及其家人受到社会保护；有更好的个人发展前景；通过确保人民能够自由表达关切，建立组织并参与作出影响其生活的决定，增强人民的权能。¹¹⁸

188. 在为青年人提供体面工作方面所面临的挑战对于工业化国家和发展中国家来说，都是一个令人关切的问题。在 2012 年约 1.97 亿失业人口中，近 40% 的人年龄介于 15 至 24 岁之间。¹¹⁹ 今后十年的经济需要创造 6 亿个生产性就业机会，以便消化目前的失业水平，并在今后十年每年向 40 万进入劳动力市场的人提供就业机会。¹²⁰

¹¹⁸ 劳工组织，“促进青年过渡到体面工作：通过就业增强青年人权能”，为全球青年论坛编写的文件，印度尼西亚巴厘，2012 年 12 月 4-6 日。

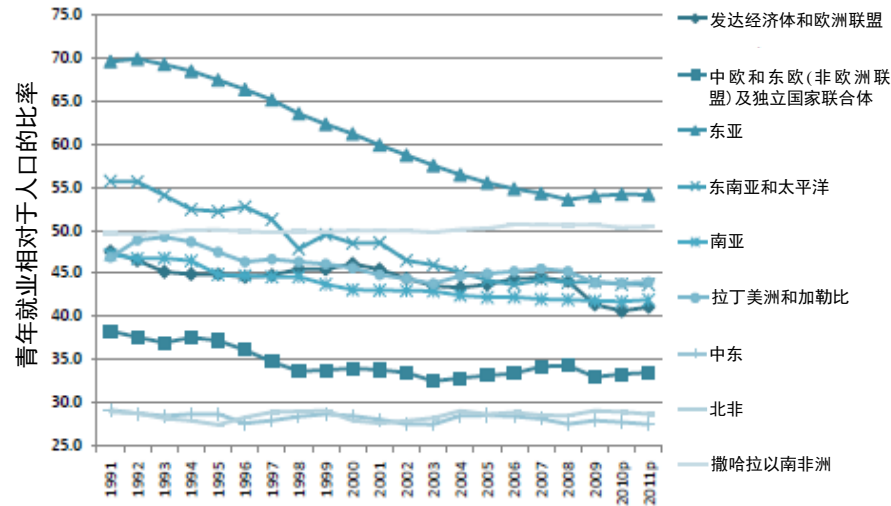
¹¹⁹ 劳工组织，《2013 年全球青年就业趋势：面临风险的一代》(日内瓦，国际劳工组织，2013 年)。

¹²⁰ 劳工组织，《2012 年全球青年就业趋势》(日内瓦，国际劳工组织，2012 年)。

189. 图 12 显示青年就业相对于人口的比率出现整体下降的情况, 凸显就业机会没有跟上不断增长的青年人口, 学校入学率的提高幅度也没能跟上。2000 年以来, 世界所有区域的男女青年(15 至 24 岁)就业相对于人口的比率都出现下降。男性青年就业率(49%)仍高于女性(占 35%), 反映这一年龄的许多年轻妇女倾向早婚和早育, 因而在家庭中从事无报酬的工作。

图 12

按区域分列的 1991-2011 年青年就业相对于人口的比率



预测

资料来源: 国际劳工组织(劳工组织), 《全球青年就业趋势》(日内瓦, 2010 年)。

190. 尽管所有区域都面临青年就业危机, 但各国和各区域之间存在很大差异。例如, 中东和北非的 2012 年青年失业率最高, 分别为 28% 和 24%, 东亚(10%) 和南亚(9%)最低。发达经济体和欧洲联盟的 2012 年青年失业率约为 18%, 这是这一组国家过去二十年来的最高水平。¹¹⁹

191. 全球一级和大多数区域的青年失业率性别差异不大。发达经济体和东亚的年轻妇女在区域青年失业率中所占比例较低。但在北非和中东等一些区域, 女性与男性的失业率明显存在很大差距, 拉丁美洲和加勒比在这方面的差距较小, 其中青年妇女处于不利地位。家庭财富、教育投资和城市籍为青年从教育过渡进入劳动力市场提供重大优势, 在与此类数据的国家中, 年轻男性向稳定和(或)满意的就业过渡的可能性大于年轻女性。¹¹⁹

192. 在许多国家, 由于大量青年人从事质量差的低薪职业, 其工作安排是间歇性和没有保障的, 包括在非正规经济部门工作, 这进一步加剧了失业情况。发展中区域有多达 60% 的青年人辍学没有工作, 或从事非正规就业, 从而无法发挥其全面经济潜力。¹¹⁹ 据劳工组织说, 青年占工作穷人总数的 24%, 而在有数据可

查的 52 个国家中，则占非贫穷工人的 19%。¹¹⁸ 许多年轻工作穷人所处的国家和地区，如南亚、东亚和撒哈拉以南非洲，其失业率相对较低。¹¹⁹ 此外，如果有按年龄分列的非正规经济活动数据可用，那么这些数据会证实，青年工人比成年工人更有可能从事非正规部门的工作。¹¹⁹

193. 对一些国家的政策框架进行审查表明，自 2000 年代中期以来，各国越来越多地承诺将青年就业纳入国家政策框架内的优先事项，这体现在低收入国家的减少贫穷战略(减贫战略)中。¹²¹ 第一代减贫战略没有涵盖青年就业问题，与此不同的是，近一半的第二代战略则优先考虑青年就业问题。在没有减贫战略的国家发展战略中也发现类似的结果。必须加大对青年就业的关注力度，以确保青年从学校向体面工作进行有效过渡；但是，对于面临大量进入生产力年龄的青年的国家而言，创造就业机会的挑战尤为严峻。49 个最贫穷国家面临严重的人口挑战，因为其总人口——约 60% 的年龄在 25 岁以下——预计到 2050 年将翻一番，达到 17 亿人。在今后十年，这些国家必须创造约 9 500 万个就业机会，以吸纳进入劳动力市场的新人，并在 2020 年代再创造 1.6 亿个就业岗位。¹²²

194. 各国应着力建设青年人的能力，使他们掌握必要技能，以满足现有和新兴经济体的劳动力需求，并制定劳工保护政策和方案，以确保就业安全、有保障和非歧视性，而且提供体面工资和职业发展机会。所开展的各种努力也必须侧重对技术、机构和基础设施进行生产性投资，并且可持续地利用自然资源来为青年人创造就业机会。

7. 政府优先重点：青少年和青年

经济赋权和就业	70% 的政府
最大限度地加强社会包容、平等机会和权利	46% 的政府
教育	46% 的政府
为青年提供包括艾滋病毒在内的性健康和生殖健康信息与服务	38% 的政府
就业培训	36% 的政府

195. 对关于未来 5-10 年青少年和青年所涉优先重点的全球调查作出答复的国家政府都表示强烈支持给予其经济赋权、使他们有能力充分参与劳动力市场以及重视其社会保护和权利。较穷国家政府尤其提到了“经济赋权和就业”：世界银行最低两个收入类别的 85 个国家政府中有 69 个，而最高两个收入类别的 33 个国

¹²¹ 如欲查阅有关青年就业的政策和方案，请见劳工组织，《青年就业危机：现在就行动起来》(日内瓦，国际劳工局，2012 年)。

¹²² 《2013 年最不发达国家报告：创造就业的增长，以实现包容性和可持续发展》(联合国出版物，出售编号：C.13.II.D.1)。

家政府中有 16 个。收入较低的国家由于近年生育率较高，其青年群体相对较大，而提供就业，特别是提供脱贫就业的挑战也非常大。青年失业在较富裕国家也已成为一个大问题，特别是在 2008 年发生全球经济危机以来，迫使各国政府必须优先考虑这个问题。

196. “最大限度地加强社会包容、平等机会和权利”是一个全球优先重点，这反映在：大部分欧洲(63%的政府)和美洲(56%)提到了这个重点；非洲和亚洲约 40%的政府作此强调。《行动纲领》确认青年的至关重要作用以及将其融入社会的必要性。“社会包容、平等机会和权利”下的重点领域包括处理巴厘全球青年论坛通过宣言中的重要关注领域，即忽视、歧视和确保人权保护。

197. 另外三个优先重点在各国政府间也很普遍。全球 38%的国家政府将第一个即“为青年提供包括艾滋病毒在内的性健康和生殖健康信息与服务”列为优先重点，但非洲和亚洲有一半国家将其列为优先重点，其中一半为中低收入国家政府，40%为中上收入国家政府。但在 33 个最富有国家中，只有一个国家将性健康和生殖健康列为青年问题五个最重要优先重点之一，这可能反映多数最富有国家的现有保健服务条件较好。

198. 38%的国家政府强调了“政治赋权和参与”，这些政府在区域和收入方面分布均匀。这为实现社会包容和权利以及经济赋权提供强有力的补充和机制，并强调青年在影响社会、经济和政治制度方面的力量不断上升。最后，全球 36%的国家政府将“就业培训”列为优先重点，其中包括 52%的非洲国家政府和 56%的低收入国家政府。

199. 所有这一系列优先重点——经济赋权；一般性教育和就业方面教育；性健康和生殖健康；政治赋权——增强各国政府对加强本国青年人能力的重视。

D. 老年人

1. 人口老龄化对于人口结构的重大影响

200. 生育率下降和寿命延长对人口变化带来的必然后果就是人口老龄化。人的寿命更长而且生活更健康，是人类最伟大的成就之一，60 岁或以上老年人的人数和比例在所有国家都在增加。人口老龄化给个人、家庭和社会带来社会、经济和文化挑战，而且也给所有家庭和广大社会带来机会。1990 年至 2010 年期间，60 岁或以上人口在所有区域都出现增加，亚洲人口的老年人人数增加最多，达 1.71 亿人。2005-2010 年期间，60 岁或以上人口的年增长率为 3%，而人口总数的增幅则为 1%。在未来几十年，这一差距预计将扩大。¹²³

201. 就全球而言，在过去 20 年中，60 岁或以上老年人口增加了 56%，即从 1990 年的 4.9 亿人增加到 2010 年的 7.65 亿人。在此期间，发展中国家老年人

¹²³ 《世界人口展望：2012 年订正版》(见上文脚注 7)。

口增幅(72%)是发达国家(33%)的两倍多。几乎所有国家的老年人数和比例都在增加,而且据预测,60岁及以上人口到2050年估计将占全球人口的20%以上(见图13)。60岁及以上的人已占欧洲人口的20%以上,占大洋洲人口的15%,而且预计到2015年将占美洲人口的15%。如果关于未来几十年老年人口将快速增长的预测正确无误的话,那么到2047年,老年人数将超过儿童人数。许多发达国家已在面临极低的老年抚养比率。¹²³

图 13

按全球和区域分列的 1950–2050 年老年人 (60 岁以上) 所占比例的趋势和预测

(中等生育率变量)

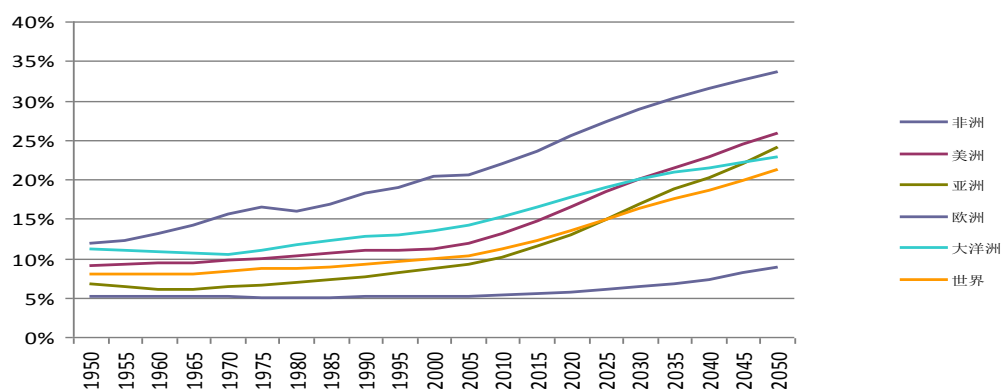


图 13.a

按次区域分列的 1950–2050 年非洲老年人 (60 岁以上) 所占比例的趋势和预测

(中等生育率变量)

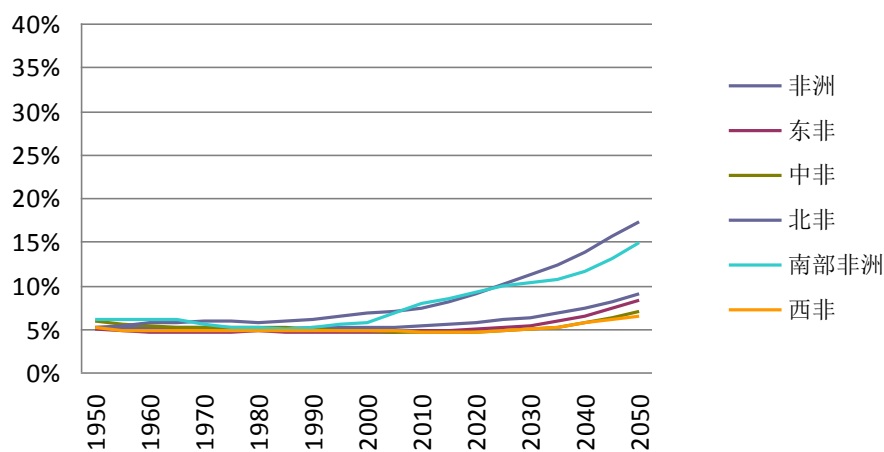


图 13.b
按次区域分列的 1950-2050 年美洲老年人 (60 岁以上) 所占比例的趋势和预测

(中等生育率变量)

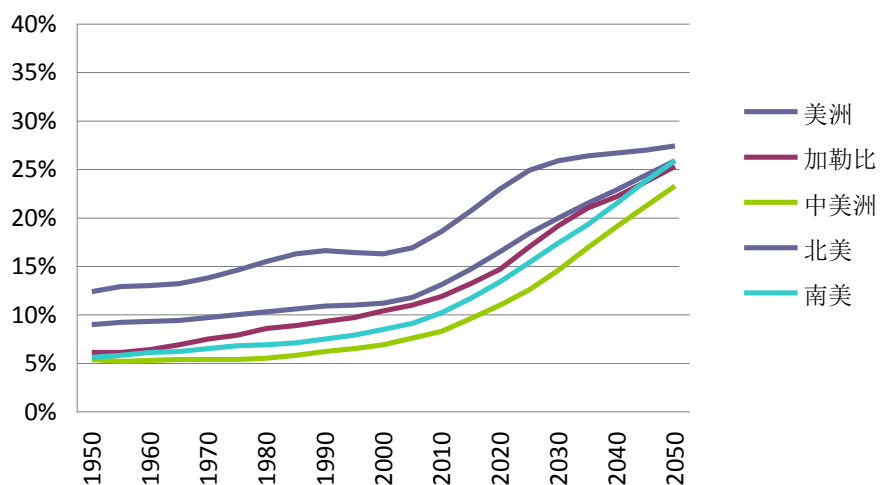


图 13.c
按次区域分列的 1950-2050 年亚洲老年人 (60 岁以上) 所占比例的趋势和预测

(中等生育率变量)

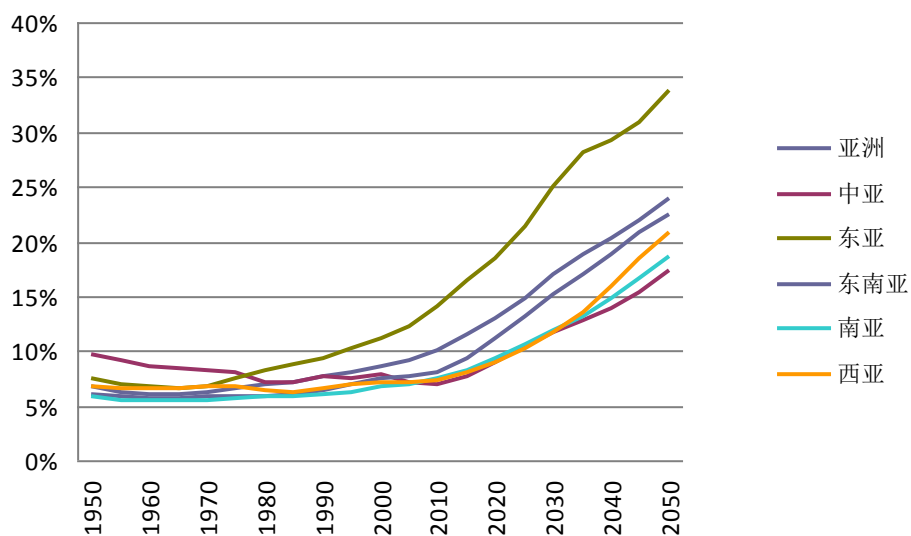


图 13.d
按次区域分列的 1950-2050 年欧洲老年人 (60 岁以上) 所占比例的趋势和预测

(中等生育率变量)

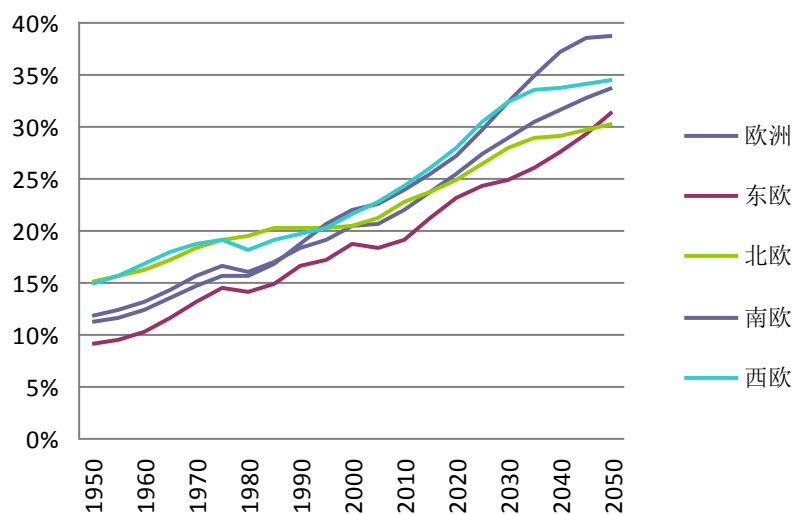
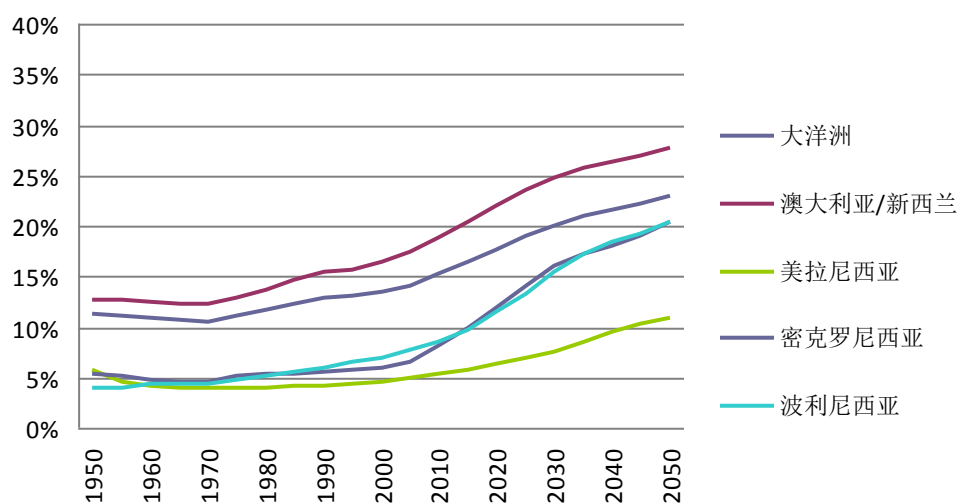


图 13.e
按次区域分列的 1950-2050 年大洋洲老年人 (60 岁以上) 所占比例的趋势和预测

(中等生育率变量)



资料来源:《世界人口前景: 2012 年订正版》, 2013 年 11 月(ST/ESA/SER.A/336)。

202. 次区域趋势凸显非洲 60 岁以上人口所占比例小，但相对于其他次区域，南部非洲和北部非洲的所占比例更大。美洲所有次区域的人口正快速老龄化，北美则更快。在欧洲内部，2010 年，只有东欧的 60 岁以上人口比例低于 20%，但很快就会突破这一数字。在亚洲，只有东亚的 60 岁以上人口比例超过 10%，但所有次区域都在快速老龄化。大洋洲的情况仍各有不同，澳大利亚和新西兰与欧洲的比例较接近。

203. 由于老年妇女的预期寿命长于老年男子，多数社会的老年妇女人数多于老年男子。2012 年，就全球而言，在 60 岁或以上年龄组中，每有 100 名妇女就有 84 名男子，在 80 岁或以上年龄组中，每有 100 名妇女就有 61 名男子。¹²³ 因此，极有必要将性别平等纳入涉及老年人的政策和支助工作中，包括在保健、其他类型的护理、家庭支助和就业方面。

204. 发达国家老年人要远比发展中国家的老年人更可能过独立生活。在全球范围，40% 的 60 岁或以上的老年人独居或仅与配偶同住，而且在老年人中，妇女由于预期寿命较长而更有可能独居。但老年人生活安排因发展水平不同而有很大差别。发达国家约四分之三的老年人独立生活，而发展中国家只有四分之一，最不发达国家只有八分之一。¹²⁴ 人口老龄化意味着需要重视有形基础设施，以确保居住安全、行动方便以及老年人有条件进行有意义的参与。各国应修改立法、设计和规划准则以及基础设施，以确保日益增多的单身老年人能获得所需的适当住房、交通、娱乐和公共生活福利设施。

205. 老年人的性健康在学术讨论和应对人口快速老龄化的政策中常常被忽视，这也许是因为在许多文化中，老年人性行为问题基本上仍是禁忌。不过，在美利坚合众国最近对老年人进行的一项大规模研究中对性功能活动采用了一种广泛定义，57 至 74 岁的妇女在性活动方面没有出现下降。¹²⁵ 其结论是，性功能活动被认为与自我感知的身体健康状态联系更密切，而非年龄。各国应该调整有关性健康的政策和方案，以更好地满足老年人不断变化的性需要。

206. 随着人们寿命的延长，现在日益有人担心养恤金、卫生保健和养老支助等福利能否持续，因为支付期需要延长。还有人担心对老少两代人福祉至关重要的代际社会支助系统是否可长期持续。在由家庭提供护理的社会中，由于家庭人数减少，而通常作为家庭主要照顾者的妇女则在外工作，这种护理的提供变得越发

¹²⁴ 联合国。“人口老龄化与发展：马德里会议后十年”，《人口事务》第 2012/4 期，2012 年 12 月；《2012 年人口老龄化与发展》(挂图)(联合国出版物，出售品编号：C.12.XIII.6)。

¹²⁵ M. Lusti-Narasimhan 和 J. R. Beard，“老年妇女的性健康”，《世界卫生组织月报》，第 91 卷，第 9 期(2013 年)，第 707-709 页。

困难，此现象导致这类担心尤为严重。寿命延长还可能导致医疗费用增加以及保健服务需求日增，因为老年人往往更容易患上慢性疾病。¹²⁶

207. 各国应确保老年人的社会保护和收入保障，特别要顾及老年妇女、生活在孤立状态的人和提供无偿护理的人，为此应扩大养恤金制度和非缴款性津贴，加强代际团结，并确保让老年人介入并公平参与设计和执行影响其生活的各项政策、方案和计划。

208. 与此同时，许多人一直到年老都在为家庭、社区和社会作贡献。不是所有老年人都需要支助，也不是所有劳动适龄人都向老年人提供直接或间接支助。事实上，许多社会的老年人往往为其成年子女和孙辈提供支助。¹²⁷ 此外，卫生保健和为老年人提供服务的其他部门的支出固然可能是一项挑战，但却也是一项投资。这些部门的扩大会为公共和私营卫生保健部门创造重要的就业机会。¹²⁸ 各国应通过促进普遍提供综合、均衡的连续终生护理，包括慢性疾病防治、临终护理和姑息治疗，加强卫生保健系统。

209. 2002年，国际社会齐聚马德里召开第二次老龄问题世界大会，讨论日益增多的人口老龄化方面挑战。当时的情况很明显，老龄化不再只是发达国家关切的问题。它正在影响或正开始影响越来越多的发达国家和发展中国家，而且它的社会、经济和政治后果不容再遭忽视。人口老龄化现象不能再被视为一个孤立的问题或事后的想法。第二次世界大会及其成果文件即《2002年马德里老龄问题国际行动计划》(见 A/CONF.197/9, 第一章)第一次表明，各国政府同意将老龄化方面的问题与联合国以往各次会议和首脑会议达成的其他社会 and 经济发展框架及人权挂钩。

2. 终身教育、经济和社会参与

210. 《行动纲领》建议各国政府加强和促进老年人的自立、生活质量以及尽可能按照愿望延长工作年限的能力，并使其能够继续充分利用其技能和能力进行参与，以造福社会。许多老年人一直在继续工作，而且其收入常常要用于抚养整个

¹²⁶ 《世界各地老年人社会境况、福祉、参与发展及权利方面的现状》(ST/ESA/339); 联合国, “人口老龄化与发展: 马德里会议后十年”; 联合国, “人口老龄化与非传染性疾病”, 《人口事务》第 2012/1 期, 2012 年 4 月。

¹²⁷ R. Lee 和 A. Mason, 《人口老龄化与全球经济:全球展望》(Cheltenham, 联合王国, Edward Elgar, 2011 年); 联合国, “人口老龄化与发展: 马德里会议后十年”; 《世界各地老年人社会境况、福祉、参与发展及权利方面的现状》。

¹²⁸ F. Colombo 及其他, 招工吗? 提供并支付长期保健。经合组织, 卫生政策研究(巴黎, 经合组织出版社, 2011 年), 第 336 页; 经济合作与发展组织(经合组织), 《2013 年健康概览》; 经合组织指标(巴黎, 经合组织出版社, 2012 年)。

家庭。老年人也可能希望有所满意的职业生活。灵活的就业、终身学习和再培训机会至关重要，可以促进和鼓励老年人继续留在劳动力市场，造福自身和家人，并作为成功经济体的一种极其重要资源，而经济体要想获得成功，就必须借助经验和专门知识。

211. 在国际人口与发展会议后的十年，第五次国际成人教育会议(1997 年)通过的《汉堡成人教育宣言》以及后来的《2002 年马德里老龄问题国际行动计划》分别确认了老年人接受教育的重要性。¹²⁹ 终身教育的提供会使所有年龄的人都能加强和提高识字水平和相关技能，以适应不断变化的就业机会，并充分参与改变个人和经济方面的情况，以造福自己、家人、社区和整个社会。终身学习不仅仅适合老年人；它也适合经历失业或改变就业或者由于贫穷、年少就业、早育或自愿或被迫流动而未能更早受教育的青年或中年工人。此外，老年大学全球网络注重旨在提高退休人员生活质量的教育。由于非退休人员的非正规教育需求日益增加，其成员已进一步扩大。¹³⁰

212. 92% 的政府似乎都已制订一些成人教育政策，主要目标是为劳动力市场提供技能发展和培训，也是发展中国家和发达国家的教育部长经常提及的优先重点。¹³¹ 自 2000 年以来，许多国家或领土，包括伯利兹、加拿大、中国、丹麦、萨尔瓦多、匈牙利、日本、墨西哥、波多黎各、俄罗斯联邦、塞尔维亚和瑞典，已采取各种注重留住老年人再培训的政策和举措。¹³²

213. 尽管各国都制订了终身教育和再培训政策，但成人文盲率仍然很高，25 岁及以上的成人功能性文盲有 6.51 亿人(2011 年数据)，其中大多数(64%)是妇女。¹³³ 在 65 岁或以上的老年人中，全球总文盲率为 26%，从拉丁美洲的 25% 到非洲的

¹²⁹ 教科文组织，第五次国际成人教育会议；《最后报告》德国，汉堡，1997 年 7 月 14-18 日；见 www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/finreng.pdf(2013 年 10 月 7 日检索)；Du Peng, “老年：学习和教学的机会”，《人口老龄化与千年发展目标》(纽约，联合国人口基金，2009 年)，第 157 页；联合国，马德里老龄问题国际行动计划，从业人员和决策者指导框架和工具包(2008 年 3 月)；见 www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf(2013 年 9 月 27 日检索)。

¹³⁰ 中国有 32 697 所老年大学，为 3 335 093 名学生提供服务；联合王国有 903 所老年大学，共有 319 185 名学生；(见 Du Peng, “老年”，第 159 页)；联合王国老年大学 (<http://www.u3a.org.uk/u3a-movement.html>)。

¹³¹ 见教科文组织，《第二次全球成人学习和教育报告：扫盲再思考》(德国，汉堡，教科文组织终生学习研究所)，表 2.2。

¹³² 人口基金和国际助老会，“2012 年，21 世纪人口老龄化：成就与挑战(纽约和伦敦，2012 年)第 190 页。

¹³³ 见教科文组织，《第二次全球成人学习和教育报告：扫盲再思考》(德国，汉堡，教科文组织终生学习研究所，2013 年)。

68%，妇女文盲率一直都高于男子(见附件一，)。农村地区和冲突地区成人以及成年残疾人和少数族裔群体的文盲率也较高。¹³⁴

214. 文盲使很多人陷入贫困恶性循环，其就业或创收入机会有限，健康状况不佳的可能性增大。¹³⁵ 文盲、所受教育不完整和(或)质量差所带来的影响(见上文关于教育方面不均衡进展的第二节 C 4)在一生中都挥之不去，特别是对没有社会保障制度的国家的成年人和老年人带来不利影响，他们在年老的时候可能会被迫从事非正规、需要体力的低薪工作。¹³⁶

215. 2002 年，88%的政府报告其已制订成人扫盲法律或政策。¹³⁷ 在柬埔寨，65 岁以上的妇女有 70% 不会读写，所举办的有志愿教师(退休教师和僧侣)参加的成人扫盲班明显提高了老年妇女的阅读和计算能力，使她们能够开设小商店和小企业。¹³⁸ 各国应加强终身学习和成人扫盲的机会，使所有人不论年龄都能获得变化中经济所需的新技能，得到更好的就业和收入，或纯粹探索发展个人才能和抱负。

216. 就全球而言，老年人加入劳动队伍比例最高的是非洲，其中 65 岁以上从事经济活动者占 40% 以上，其次是亚洲、拉丁美洲和加勒比，约为 25%(见图 14)。

¹³⁴ 同上，第 19 页；另见 N. E. Groce 和 P. Bakshi，“发展中世界残疾成年人文盲问题：未探讨的关切领域”，系列工作文件第 09 号(伦敦大学学院，伦纳德·切希尔残疾和包容性发展中心，2009 年 8 月)。

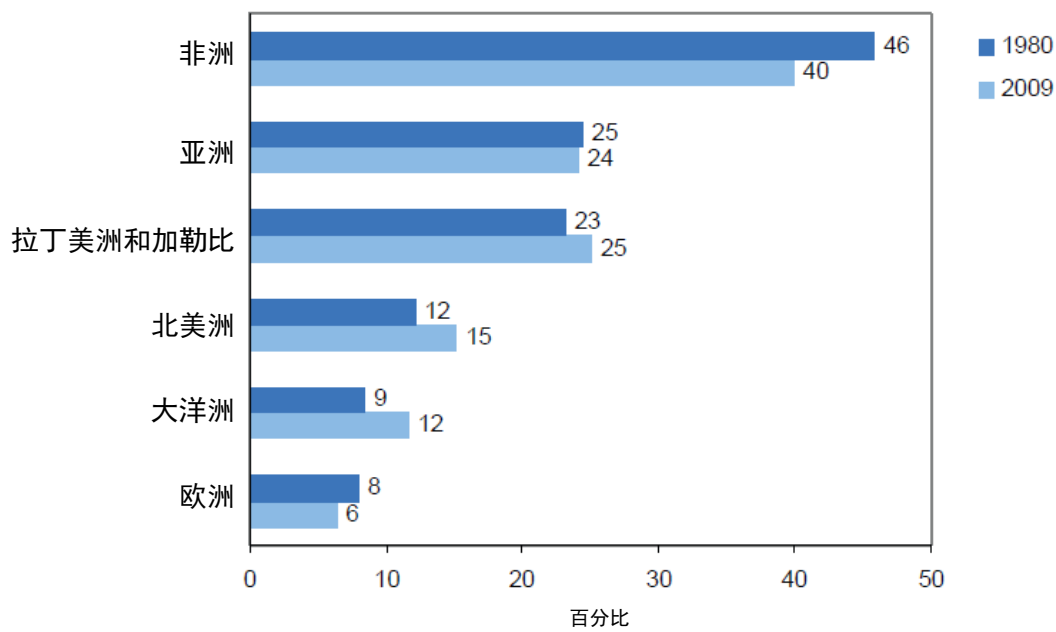
¹³⁵ 见世界银行，“界定福利措施”(http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPA/0,,contentMDK:20242876~isCURL:Y~menuPK:492130~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430367~isCURL:Y,00.html;2013 年 9 月 27 日检索)；A. Cree、A. Kay 和 J. Steward，“文盲的经济和社会成本：全球范围的广袤文盲概况”(世界扫盲基金会，2012 年 4 月)，第 2 页，见：www.worldliteracyfoundation.org/The_Economic_&_Social_Cost_of_Illiteracy.pdf(2013 年 9 月 29 日检索)。

¹³⁶ 人口基金和国际助老会，《21 世纪人口老龄化：成就与挑战》，第 55 页。

¹³⁷ 见教科文组织，《第二次全球成人学习和教育报告：扫盲再思考》，表 2.3。

¹³⁸ J. Pugh，“通过扫盲改变生活”，引用于《21 世纪人口老龄化：成就与挑战》，第 59 页。

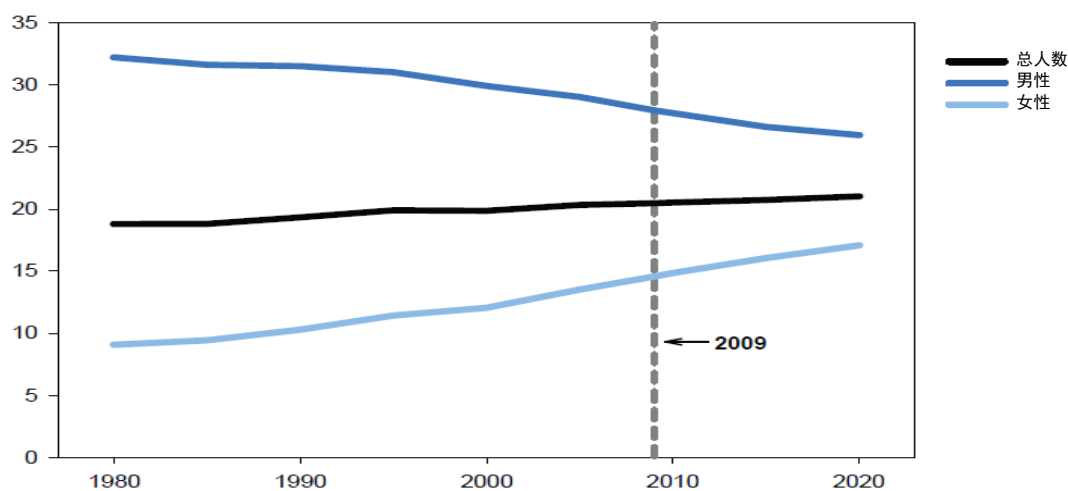
图 14
按区域分列的 1980-2009 年加入劳动队伍的 65 岁及以上年龄人口在总人口中所占比例



资料来源：联合国，《世界人口老龄化，2009 年》(ESA/P/WP/212)，图 38。

217. 鉴于妇女预期寿命较长，她们在老年劳动力中的所占比例越来越大，其 65 岁之后加入劳动队伍的可能性数十年来一直上升(见图 15)，即使男子 65 岁之后加入劳动队伍的可能性已经下降。加入老年劳动队伍的妇女越来越多，而且其文盲率也较高，这使劳动妇女一直面临不平等问题，其从事非正规、无保障低薪工作的可能性增大(见上文关于生产和生育作用方面不断改变的模式第二节 B.1)。各国应监测和消除就业方面对老年人一切形式歧视；制订劳工保护政策和方案，以确保所提供的就业既安全，又有保障，而且可给予体面的工资。

图 15
按性别分列的 1980-2020 年 65 岁及以上年龄者加入全球劳动队伍的情况



资料来源：联合国，《世界人口老龄化，2009 年》(ESA/P/WP/212)，图 36。

国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 8

老年人

政府间人权成果：在关于第二次老龄问题世界大会后续行动的第 65/182 号决议(2011 年)，大会设立了老龄问题不限成员名额工作组，以强化确认老年人的人权，评估差距，并酌情考虑执行更多文书和措施的可行性。在题为“订立一项全面综合国际法律文书以促进和保护老年人权利与尊严”的第 67/139 号决议(2013 年)中，大会决定，老龄问题不限成员名额工作组将“审议关于订立一项旨在促进和保护老年人权利与尊严的国际法律文书的提议”。

其他政府间成果：第二次老龄问题世界大会通过的《老龄问题马德里政治宣言和国际行动计划》(2002 年)提出了 21 世纪老龄问题新议程，其侧重点是：老年人与发展；老年人的健康和福祉；确保有利的支助性环境。

其他软性法律：各种区域制度也已表明，建立机制以促进、保护和落实老年人人权的势头日增。非洲人权和人民权利委员会、美洲体系以及欧洲委员会人权指导委员会都建立了工作组，以便起草一份有关促进老年人人权的文书。

218. 全球调查结果显示, 已建立老龄结构的国家处理与老年人需求有关问题的比例较高。这些国家现有的老年受抚养人比率高于每 100 个劳动适龄人口(15-64 岁)有 12 个 65 岁或以上的人。

219. 就全球而言, 2010 年, 40 个其人口在未来二十年将快速老龄化——其中包括巴西、中国、印度、印度尼西亚、伊朗伊斯兰共和国、墨西哥和越南——的国家老年受抚养人比率介于 6 至 12 人之间; 据估计, 这一比率在 2030 年将增至 12 人以上(中位预测)。其中很高比例的国家处理了以下问题: “提供包括长期护理在内的社会服务”(94%), “提供负担得起、适当和可以得到的卫生保健”(91%), “扩大或改善老年津贴”(88%), “使老年人能够尽可能长期地独立生活”(89%)以及“收集分类数据”(88%)。

220. 虽然社会保护、卫生保健和数据收集方面取得这些进展, 但在就业、无歧视或参与社会方面却没有如此: 较小比例的国家提及: “处理忽视、虐待和暴力侵害老年人行为”(74%), “使老年人能够充分利用其技能和能力”(69%), “为照顾老年人的家庭提供支助”(67%), “实行具体的参与程序和机制”(63%), “防止歧视老年人、尤其是寡妇”(58%), “促进为老年工人提供就业机会”(39%)。各国应监测和消除一切形式的直接和间接虐待, 包括一切形式暴力行为、过量用药、不当护理及社会隔离。

3. 政府的优先重点: 老年人

预防性和治疗性卫生保健	54% 的政府
经济赋权、就业和养恤金/支助计划	54% 的政府
制订方案、政策和战略以及建立涉及老年人的法律和机构	39% 的政府
老年人的社会包容和权利	37% 的政府
老人护理	36% 的政府

221. 在要求各国确定老年人方面预计会在公共政策中得到优先考虑的最相关问题时, “预防性和治疗性卫生保健”受到非洲国家的特别关注, 有 68% 的国家将其列为五大优先重点之一; 欧洲、亚洲和美洲约一半的国家这样做, 大洋洲 10 个国家中有 3 个这样做。欧洲和亚洲国家更多地将“经济赋权、就业和养恤金”列为优先重点(分别为 62% 和 59%)。在这两个区域以及在美洲, 老年人经济贡献和可持续支助系统的确定要结合老龄化方面的重大进展情况, 而且也需要确保在传统劳动适龄人口相对减少情况下保持经济增长和社会福利。

222. 尽管老年人在世界各地和各国收入组别中贫困率很高，但只有非洲国家把在老年人中“消除贫困”列为优先事项，有 9 个非洲国家这样做。在其他区域只有 3 个国家报告说，它们将其列为优先重点。

223. 根据《马德里老龄问题国际行动计划》所反映的重大转变，老年人的“社会包容和权利”一直是非洲、美洲和欧洲约 40% 的国家的优先重点。但亚洲 41 个国家中，仅有 9 个国家将其列为优先重点，大洋洲只有一个国家。对“社会包容和权利”的优先重视在收入水平较高端国家出现的频率较高：超过 40% 的中上水平国家、高端非经合组织国家和经合组织国家，30% 的低收入和中低收入国家将其列为优先重点。

224. 在老龄问题，特别是在数据和研究方面“加强能力”作为优先重点在低收入国家中出现的频率较高，其中 32 个国家中有 10 个国家将其列为五大优先重点之一。低收入国家处于人口老龄化过渡的初期阶段，但它们与其他国家一样，也认识到需要为老年人提供支助，有些国家显然想扩大政府采取行动的的证据基础。

E. 残疾人

225. 世界大多数人在一生的某个阶段都经历过残疾——有些是终生残疾，有些则是身患残疾后又摆脱残疾。据各种估计，世界各地 15 岁及以上者有 15% 至 20%¹³⁹ 目前身患残疾。其中，2-4% 有重大或严重残疾。根据《世界残疾问题报告》，0-14 岁儿童约 9.3 亿、即有 5% 是残疾。¹⁴⁰

226. 各国的残疾情况不一致：人均国内总产值不到 3 255 美元的国家总残疾率为 18%，而人均国内总产值超过 3 255 美元的国家仅为 12%。相较于男子，妇女也更容易罹患残疾，收入较低国家妇女的残疾率为 22%，收入较高国家为 14%。¹⁴⁰

227. 罹患残疾的可能性随年龄剧增，60 岁以上者超过 46% 患有中度或重度残疾，而 15-49 岁者只有 15% 患有残疾。由于人口普遍老龄化以及与残疾有关的糖尿病、心脏病和精神疾病等非传染性疾病的散播，残疾人数不断增加。¹⁴⁰

228. 尽管研究不足，但贫困和残疾之间有一种隐含的联系，既可因贫困而引发残疾，亦可因残疾而致贫。¹⁴¹ 残疾和贫困之间的因果关系未经过明确证实，因为可得到的纵向数据有限，而且，贫困经常是在家庭层面上加以计量。发达国家和

¹³⁹ 较低的估计数字是依据《世界健康调查》，引用于世卫组织和世界银行，《世界残疾问题报告》(日内瓦，世界卫生组织，2011 年)；较高的估计数字是依据《世界疾病负担：2004 年最新资料》(日内瓦，世界卫生组织，2008 年)，引用于《世界残疾问题报告》。

¹⁴⁰ 世卫组织和世界银行，《世界残疾问题报告》。

¹⁴¹ J. Braithwaite 和 D. Mont, “Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications”, *European Journal of Disability Research*, 第 3 卷, 第 3 期 (2009 年), 第 219-232 页。

发展中国家的研究表明，残疾阻碍了受教育程度，妨碍了对劳动力市场的参与。¹⁴² 各国应监测和消除对残疾人的一切形式就业歧视，并制定有利政策和方案，以确保所提供的就业既安全，又有保障，而且可给予体面的工资。

229. 相较于无残疾人士，身患残疾者的尊严更容易受到侵犯，¹⁴² 包括遭遇社会排斥、暴力和偏见。残疾所牵涉的问题包括需要提供社会支助等，不仅仅涉及个人，而且也涉及受残疾影响的家庭和家人，因为用于医疗保健的资源费用会增加，收入会丧失，耻辱感会随之产生，而且还需要支助系统提供护理人员。各国应通过特别是教育、就业、康复、住房、交通、娱乐和社区生活领域的国家方案以及提供家庭护工方面的支助，监测和消除针对残疾人的一切形式直接和间接歧视，包括一切形式的人际暴力、过度用药和不良护理以及对残疾人的社会隔离。

230. 《关于残疾人的世界行动纲领》(1982年)、《国际人口与发展会议行动纲领》(1994年)、《残疾人权利公约》(2006年)以及关于为残疾人实现千年发展目标和其他国际商定发展目标的大会高级别会议的成果文件：前进的道路直至2015年及其后兼顾残疾问题的发展议程(2013年9月23日大会第68/3号决议)都确认，残疾人在全球和国家人口中占很大部分。这些文件设定的目标是：实现残疾人人权、参与和平等机会，重视残疾人在社会和经济发展中的能力以及确保残疾人的尊严和自立。各国应采取具体措施落实其促进无障碍环境和包容性发展的承诺，并且让包括残疾人在内的所有人充分参与社会、经济和政治生活。

231. 国家和全球的残疾数据也存在重大的有效性和可比性问题，导致各种估计数存在很大差异而且频繁出现低估，其部分原因在于与残疾一词所带有不良烙印。华盛顿残疾统计小组通过着眼于适于人口普查和国家调查的残疾措施，促进卫生统计方面的国际合作，在计量残疾方面正在取得持续进展。要确定和监测福祉和参与方面的进展情况，则亟需加强定义和数据系统，以监测和应对残疾。为此加强国际合作比以往任何时候都更加重要。

232. 根据对全球调查的反馈情况，各国正在探讨的与残疾人相关的首要关切问题是，“确保普通教育系统不因残疾而将儿童排除在外”。值得一提的是，82%的国家，即，除28国(非洲13个、亚洲6个、美洲6个、欧洲2个及大洋洲1个)之外的所有国家都致力于履行这一承诺。对这个问题的关注程度与国家的人口增长成反比，与国家的收入水平成正比。

233. 其次，78%的国家表示需要“加强综合性复健及康复服务和方案”，这方面未注意到重大区域差异。77%的国家报告“为残疾人创造就业机会”。未就这一问题作回应的国家数目和百分比在欧洲(8%)、亚洲(10%)和美洲(19%)很低，在大洋

¹⁴² 世卫组织和世界银行，《世界残疾问题报告》。

洲(54%)和非洲(38%)则较高。这可能表明,过去5年中,致力于解决这一问题的富国比例高于穷国。

234. 全球范围约6/10的国家处理了“发展基础设施以确保与其他人平等享用设施”(68%)、“确保在性与生殖健康服务,包括在预防艾滋病毒方面享有同等权利及机会”(65%)和“保障法律平等、有效保护不受歧视”(60%)问题,但大洋洲和非洲国家的此一比例低于世界平均水平。各国应保障残疾人尤其是青年人的健康权,包括性与生殖健康和权利,以及享有最高标准护理的权利,确保在方案拟订和实施以及政策制定、监测和评估方面把残疾人作为合作伙伴,同时应考虑到阻碍行使这些权利的结构因素。

235. 61%的国家实践了“向护理残疾人的家庭提供支持”,而关注程度同样也与国家收入水平成正比,与国家的人口增长成反比。虽然过去5年中有59个国家没有处理这个问题,但区域差异很大。88%的欧洲国家报告说,它们处理了这个问题,但是仅39%的大洋洲国家和仅39%的非洲国家(占多数)做了这方面的工作。

236. 最后,各国承诺最少的是,“为促进平等而采取一切适当步骤,以确保在经济、社会、政治和文化生活的各个方面提供合理便利”。对47.9%的国家而言,这不是一个优先问题,其中多数是非洲(23)、亚洲(23)和大洋洲(10)国家,而其中多数国家是较贫穷和快速增长的国家。

237. 促进残疾人的“无障碍环境和行动方便”是一半或一半以上中低收入国家(低收入:50%;中低收入:59%;中高收入:66%)的五大优先事项之一。鉴于无障碍环境对建设包容性社会以及促进人人可持续和公平发展的重要性,在2014年后阶段和2015年后,应该更加重视这一领域,并将其放在优先位置。这个领域的成功将极大促进残疾人充分参与经济和社会,其中有许多残疾人生活在发展中国家,在日常生活中面临无障碍环境和行动方便问题。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 9

残疾人

具有约束力的文书。被视作核心国际人权文书之一的《残疾人权利公约》(2006年;2008年生效)极大推动促进了残疾人的权利。《公约》确认残疾人包括“肢体、精神、智力或感官有长期损伤”的人,而此类残疾与其他障碍相互作用,阻碍残疾人有效和平等参与社会。《公约》的宗旨是“促进、保护和确保所有残疾人充分和平等地享有一切人权和基本自由,并促进对残疾人固有尊严的尊重。”《残疾人权利公约任择议定书》为个人提供了一个交流机制,以应对人权不受尊重的情况。从地区来看,《美洲消除对残疾人一切形式歧视公约》(1999年;2001年生效)确认,残疾人有权充分享有国际法保护的人权和基本自由。

政府间人权成果。人权理事会通过了关于残疾人的一系列决议，最近的是关于残疾人工作和就业的第 22/3 号决议(2013 年)。区域系统在区域人权文书和文件中阐述了残疾人的权利。¹⁴³

政府优先事项：残疾人

经济赋权和就业	65% 的政府
无障碍环境和行动方便	57% 的政府
教育	55% 的政府
社会包容和权利	37% 的政府
制定方案、政策、战略、法律并设立与残疾人有关的机构	28% 的政府

238. 当各国政府被要求确定预计在公共政策中会得到优先考虑的与残疾人有关的最相关问题时，4/5 的区域以绝对优势排列的前三个优先重点是经济赋权、无障碍环境和行动方便以及教育。48 个非洲国家中有 10 个，即 21%，还把“就业培训”¹⁴⁴ 列为区域五大优先重点之一，超过了对“经济赋权和就业”的明确支持，从而确认了把残疾人纳入区域劳动力的重要性。

239. 残疾人平等接受“教育”是世界各国政府的一致优先重点，对低收入国家而言(63%)尤其如此。残疾人在进入普通教育系统方面所面临的歧视以及缺乏针对其需求的教育体系严重阻碍了他们的自立和获得平等机会。

240. 最后，其他一些优先重点也频频出现。例如，一半以上的经合组织低收入(53%)和高收入(52%)国家政府把“社会包容和权利”¹⁴⁵ 列为一项重大优先重点。“康复和复健”¹⁴⁶ 是三分之一以上亚洲国家政府(35%)的五大优先事项之一，而 21% 的欧洲国家政府将“自主”¹⁴⁷ 列为优先事项。

¹⁴³ 关于区域人权系统以及与残疾有关准则和标准的更多信息，见 www.un.org/esa/socdev/enable/comp300.htm。

¹⁴⁴ 包含向残疾人提供正式和非正式培训及技能以帮助顺利转入就业市场的所有相关优先事项。

¹⁴⁵ 包含与无任何区分地将社会包容和赋权最大化以及实现各类残疾人机会平等相关的所有优先事项。其中包括涉及应对暴力侵害、忽视、虐待和歧视残疾人的所有优先事项以及未指明的人权保护措施。

¹⁴⁶ 包含与加强和扩展对残疾人的综合性复健和康复服务及方案有关的所有优先事项。

¹⁴⁷ 包含所有与确保残疾人自主生活——即减少他们的依赖和护理需求——有关的优先事项。

F. 土著人

241. 估计全世界有 3.7 亿土著人。土著人历史上一直处于而且现在仍继续处于社会和政治边缘地位，这削减了他们的发展机会。他们常常被剥夺维持自己文化遗产的机会以及在社会、政治和经济上完全融入现行政治体制的适当机遇。¹⁴⁸

242. 对于许多人来说，结构性歧视包括暴力强迫流离失所、剥夺家园和财产、家庭分离、强迫放弃语言和文化、自身文化被商品化以及不成比例地承受气候变化和环境退化后果。一些群体的贫困状况因土著地区的地理距离和地处偏远而加剧，而这些因素本身就是历史上被强迫流离失所造成的后果。¹⁴⁸

243. 《国际人口与发展会议行动纲领》于 1994 年确认了土著人的人权。当年晚些时候启动了第一个土著人民国际十年，后来又于 2005 年启动了第二个世界土著人民国际十年。在过去二十年里，旨在保护、促进和实现土著人民权利的国际行动显著增加。2000 年，“联合国土著问题常设论坛”成立。2001 年，人权委员会决定任命一名土著人民权利问题特别报告员，人权理事会最近于 2007 年延长了其任务期限。同年，大会通过了《联合国土著人民权利宣言》(第 61/295 号决议)，人权理事会设立了“土著人民权利专家机制”(第 6/36 号决议)。

244. 尽管各方扩大了这些协调一致努力，以解决土著人民的需求，但重大差异一直存在，与同一个国家的非土著国民相比，土著人的结核病、非传染性疾病、精神健康状况不佳的发病率高出许多，而且预期寿命较短。例如，世界各地 30 岁以上的土著成人超过 50% 患有 2 型糖尿病。在美利坚合众国，美洲原住民感染结核病的风险是一般美国人的 600 倍；在厄瓜多尔，土著人患喉癌的风险比其他国民高 30 倍。土著儿童与非土著儿童之间的预期寿命在尼泊尔或澳洲相差 20 年，在危地马拉为 13 年，在新西兰为 11 年。¹⁴⁸

245. 世界银行 2005 年针对拉丁美洲土著人(大约 2 800 万人)进行的一项研究发现，“尽管整体上贫困发生了显著变化，但该地区生活贫困的土著人的比例-大约占 80%——从 90 年代初至 21 世纪初并没有很大变动，”¹⁴⁹ 在巴拉圭、巴拿马和墨西哥，土著人的贫困率分别是非土著人的 7.9、5.9 和 3.3 倍。¹⁵⁰

246. 各国应保障土著人民的健康权，包括他们的性与生殖健康和权利，以及其享有最高标准护理以及享有对其自己传统医药和卫生习惯的尊重包容的权利，特

¹⁴⁸ 《全世界土著人民状况》(联合国出版物，出售品编号：09.VI.13)。

¹⁴⁹ H.A. Patrinos、E. Skoufias, *Economic Opportunities for Indigenous Peoples in Latin America*(哥伦比亚特区华盛顿，世界银行，2007 年)。

¹⁵⁰ 拉丁美洲和加勒比经济委员会(拉加经委会)，根据 J. L. Machinea 和 M. Hopenhayn, "La esquividad equidad en el desarrollo latinoamericano. Una visión estructural, una aproximación multifacético"(联合国出版物，出售品编号 S.05.II.G.158)，引用于《拉丁美洲社会全景》(联合国出版物，出售品编号 E.05.II.G.133)，第 150 页。

别是在降低孕产妇和儿童死亡率方面，同时应考虑到他们的社会和地域文化特点以及阻碍行使这一权利的结构因素。

247. 《行动纲领》在其中所载行动和目标中呼吁各国政府解决土著人民的具体需求，包括确保他们有机会获取服务、充分参与以及保护、促进和实现其发展权，包括将其纳入国家人口普查。

248. 在对全球调查作出答复者中，只有一小部分国家报告说，它们在过去 5 年中处理了土著人民所关切的问题；这一情况在所有区域都一致。提交报告的国家仅有三分之二确认制定了政府政策、预算和实施措施，以满足土著人民的需求，而且每个地区常常只有不到一半的国家提交有关这个问题的答复。答复率低最有可能反映这样一个事实，许多国家不承认生活在其境内的“土著人民”。

249. 最积极的答复是在教育方面，有 67% 的国家政府表示，它们已制定政策、预算和执行措施，以确保土著人可以“不受歧视地接受各级和各种形式的公共教育”，但其中只有 59% 制定了关于创造机会以“自己的语言接受教育”和“尊重文化”的政策。只有不到一半政府(49%)报告说在过去五年中处理了“为土著人创造不受歧视的工作机会”问题。略超过一半的提交报告国家(56%)处理了向土著人民提供切合其文化的“性与生殖保健，包括艾滋病毒预防服务”问题。

250. 关于治理问题，58% 的国家报告说它们已制定政策、预算和执行措施，以便“实施确保土著人参与的具体程序和机制”；52% 的国家报告说它们处理了“保护和恢复土著社群所赖以生存的自然生态系统”问题；所有提交报告的国家中有一半(50%)已制定政策、预算和执行措施处理“使土著人民拥有土地保有权和管理土地”问题。处理“在贸易协议[和]外国直接投资协议”涉及土著人情况下“事先征得他们的自由和知情同意”问题的国家比例最低(31%)。

251. 各国应根据《联合国土著人民权利宣言》的各项规定，尊重和保障土著人民、包括那些自愿与世隔绝者和刚开始接触外界者的领土权，特别要注意采掘业及其他全球性投资、流动性和被迫流离失所造成的挑战，并制定政策，在影响土著人民的事务上尊重自由和事先知情同意的原则。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 10

土著人民

政府间人权成果。继国际人口与发展会议后，若干国际人权文书都论述了土著人民权利。具有里程碑意义的《联合国土著人民权利宣言》(2007 年)指出，“土著人民，无论是集体还是个人，都有权充分享受《联合国宪章》、《世界人权宣言》和国际人权法所确认的所有人权和基本自由。”

政府优先重点：土著人民

教育	55%的政府
经济赋权和就业	36%的政府
政治赋权和参与	33%的政府
语言、文化和特性	32%的政府
土地和领土	30%的政府
社会保护	30%的政府

252. 在全球范围,对全球调查作出答复的 176 个国家政府中有 69 个答复了关于土著人民所涉优先重点的问题: 美洲 23 个、亚洲 18 个、非洲 15 个、欧洲 7 个和大洋洲 6 个。

253. 在美洲, 23 个作出答复的国家政府中有 14 个将“教育”列为优先事项, 接下来最经常提到的优先事项是“政治赋权和参与”(12 个国家政府)以及“土地和领土”(10 个国家政府)。其后是“社会保护”(9 个国家政府)、“医疗保健(不含性与生殖保健)”¹⁵¹ (9 个国家政府)以及“制定政策、方案、战略、法律/设立机构”¹⁵² (8 个国家政府)。因此, 这一区域的主要重点是能力和保障, 包括教育、医疗、土地和保障受益的方式, 特别是通过政治参与。

254. 在亚洲, 土著人的“教育”也被列为首要优先重点(18 个作出答复的国家政府中有 11 个), 其次是“经济赋权和就业”(9 个国家政府), 表明让土著人有机会从事创收活动有着重要意义。较少数国家政府将“政治赋权和参与”、“语言、文化和特性”以及“保健(不含性与生殖保健)”问题列为优先事项, 这些问题都得到了同等程度的支持(5 个国家政府)。

255. 在非洲, 与全球和区域趋势不同的是, “经济赋权和就业”是最常提到的优先重点(15 个作出答复的国家政府中有 8 个), 也是超过一半政府提到的唯一一个优先重点。“教育”(7 个国家政府)和“语言、文化和地域”(6 个国家政府)分别是该区域排名第二和第三的最优先重点。

256. 各国应与土著人民一道, 共同采取必要措施, 确保所有土著人享有免遭一切形式暴力和歧视的保护和充分保障, 并采取措施, 确保他们的人权得到尊重、保护和落实。

¹⁵¹ 包括与改善土著人民的保健(性与生殖健康和艾滋病关怀除外)有关的所有优先事项。这一准则包括的措施如提供与文化相适应的、负担得起的方便和优质医疗服务, 以满足土著人民的需求。

¹⁵² 包括针对上述情况的所有优先事项, 尽管优先事项未明确具体部门。

257. 各国应尊重和执行《联合国土著人民权利宣言》以及国际劳工组织《1989年土著和部族人民公约》(第169号)的各项规定,并呼吁那些尚未签署和批准该公约的国家这样做,同时在土著人,包括生活在城市中的土著人的充分参与下,修订法律框架并制定必要的执行政策。

G. 不歧视适用于所有人

258. 《行动纲领》申明了《世界人权宣言》(1948年)、《公民权利和政治权利国际公约》(1966年)和《经济、社会及文化权利国际公约》(1966年)中确立的,并在《消除一切形式种族歧视国际公约》(1965年)和《在民族或族裔、宗教和语言上属于少数群体者权利宣言》(1992年)等其他国际人权文书中详细阐述的与平等和不歧视有关的人权原则。然而,世界各地仍有许多人继续受到歧视,这个事实在各次2014年以后国际人口与发展会议后续行动区域会议上得到了确认。

259. 这次业务审查表明,世界一些地区具有不同性取向和性别认同的人面临被骚扰和遭受人身暴力的风险。区域审查结果进一步证实了自由、尊严与权利平等及不歧视原则的重要性。以反同性恋为表现形式的结构性暴力把具有不同性取向和性别认同的人推向边缘并否定其人性,从而阻碍他们充分为社会做贡献的能力,不让他们享受通常赋予其他人的公民权利。¹⁵³ 对个人福祉的承诺与容忍针对任何的仇恨犯罪或任何其他形式歧视无法并存。

¹⁵³ W. B. Bostwick and others, "Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States", *American Journal of Public Health*, vol. 100, No. 3 (2010), pp. 468-475; S. D. Cochran and others, "Mental health and substance use disorders in Latino and Asian American lesbian, gay and bisexual adults", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 75, No. 5 (2007), pp.785-794; S. D. Cochran, V. M. Mays and J. G. Sullivan, "Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay and bisexual adults in the United States", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, No. 1 (2003), pp. 53-61; R. de Graaf, T. G. Sandfort and M. Have, "Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands", *Archives of Sexual Behavior*, vol. 35, No. 3 (2006), pp. 253-262; R. H. DuRant, D. P. Krowchuk and S. H. Sinal, "Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescents who engage in same-sex sexual behaviour", *Journal of Pediatrics*, vol. 133, No. 1 (1998), pp. 113-118; A. H. Faulkner and K. Cranston, "Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students", *American Journal of Public Health*, vol. 88, No. 2 (1998), pp. 262-266; R. Garofalo and others, "The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents", *Pediatrics*, vol. 101, No. 5 (1998), pp. 895-902; R. Garofalo and others, "Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 153, No. 5 (1999), pp. 487-493; D. M. Fergusson, L. J. Horwood and A. L. Beautrais, "Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?", *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, No. 10 (1999), pp. 876-880; A. P. Haas and others, "Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations", *Journal of Homosexuality*, vol. 58, No. 1 (2011), pp. 10-51; M. King and others, "A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay, and bisexual people", *BMC Psychiatry*, vol. 8 (August 2008);

260. 人权事务高级专员在其关于这个问题的报告(A/HRC/19/41)中指出,美洲人权体系和非洲人权体系都报告说,针对性少数群体实施的暴力急剧增多,欧洲委员会则发现出于仇恨而对男女同性恋、双性恋和变性者实施暴力侵害的行为在委员会所有成员国都有发生。报告中指出,“青年人[男女同性恋、双性恋和变性者]以及被视作逾越社会规范的各种年龄者面临遭受家庭暴力和社区暴力的风险。”事实上,全世界有76个国家仍然将双方同意的同性行为定为刑事犯罪,¹⁵⁴这使歧视状况更为复杂,并且,新的研究结果突出表明,不同性取向和性别认同者的精神健康和福祉与限制其享受公民权利的法律之间存在着关联。¹⁵⁵各国和国际社会应当表示严重关切基于性取向和性别认同而对个人实施的暴力行为、歧视和仇恨犯罪。各国领导人应当维护所有人的人权,不加任何区别。

261. 许多个人和群体仍然由于其身份特性或所处境况中的某些方面而频繁遭遇歧视,包括羞辱、不公平待遇或社会排斥。如果他们的行为被法律定为刑事犯罪或者法律没有体现他们的社会保护需求,则所受的歧视就会加重。歧视性法律持续存在或者法律适用上的不公平和歧视,也许反映社会权势阶层持有的潜在蔑视态度、大众的普遍冷漠和/或受歧视者处于政治弱势。¹⁵⁶

262. 全球调查和区域审查及其结果突出表明,在个人或群体权利一直处于易受侵害的各种情形下,国际人口与发展会议申明的不歧视人权原则的落实情况持续存在差距,直接影响这些个人或群体的健康,包括感染艾滋病毒/艾滋病的风险以及遭受暴力包括性暴力侵害的风险。区域审查结果载述了消除这些差距的各种承诺,而要解决这些差距,就需要各国保护所有人的人权,包括有酬就业、居留、获得服务和在法律面前平等的权利。

R. M. Mathy, “Suicidality and sexual orientation in five continents: Asia, Australia, Europe, North America, and South America”, *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, vol. 7, Nos. 2-3 (2002), pp. 215–225; G. Remafedi, “Suicidality in a venue-based sample of young men who have sex with men”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 31, No. 4 (2002), pp. 305–310; S. T. Russell and K. Joyner, “Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study”, *American Journal of Public Health*, vol. 91, No. 8 (2001), pp. 1276–1281; J. P. Paul and others, “Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents”, *American Journal of Public Health*, vol. 92, No. 8 (2002), pp. 1338–1345.

¹⁵⁴ L. P. Itaborahy 和 J. Zhu, *State-sponsored Homophobia: A World Survey of Laws: Criminalisation, Protection and Recognition of Same-Sex Love*, 8th ed. (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, 2013 年 5 月); 见 http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2013.pdf。

¹⁵⁵ M. L. Hatzenbuehler,及其他, “The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study”, *American Journal of Public Health*, 第 100 卷, 第 3 期(2010 年), 第 452–459 页。

¹⁵⁶ 国际人口与发展会议 2014 年以后后续行动国际人权会议的报告, 2013 年 7 月 7 日至 10 日于荷兰举行(即将发表)。

263. 各国应当保障法律面前平等而且没有歧视，为此应通过法律和政策，在所有个人行使其社会、文化、经济、公民和政治权利时不加任何区别地保护他们。各国还应在缺乏相关法律时颁布法律并加以强制执行，以预防和惩治所有类型的暴力或仇恨犯罪，并应采取积极步骤不加任何区别地保护所有人不受歧视、污名化和暴力。

264. 国际人权法反映了对消除歧视少数民族和族裔行为的全球承诺(见关于不歧视的方框 11)。然而，在全世界范围，少数民族和族裔继续面临歧视和边缘化，这些对他们的健康和自由以及获得教育、就业、土地和自然资源的机会产生负面影响。¹⁵⁷

265. 要描绘全球种族和族裔多样性，需要解决的复杂挑战是如何界定并划分什么构成一个独立的“族裔或种族”群体，各种分类并不总是包含连贯一致的定义。族裔和种族可以通过自我认同来界定，或根据国家确定的普查类别来界定，也可以反映文化、政治、语言、表型或宗教上的关联，其中许多与遗传独特性只有细微关联甚至根本没有关联，大体上作为社会类别而存在。

266. 例如，对全球族裔多样性所作的估算记录了 160 个国家的 822 个族裔群体。在世界国家总数中约占四分之一的撒哈拉以南非洲有 351 个族裔群体，其数目在全世界经文化界定的族裔群体中占 43% 的惊人比例。¹⁵⁸

267. “受威胁少数群体”项目已确认 183 个少数群体受到政治歧视，其中 45 个群体面临的威胁最大，原因是压制性政策把这些群体的成员排除在政治生活之外。¹⁵⁹

268. 歧视现象历来存在而且一直持续，常常导致世代相传的贫困循环和不利处境。例如，加勒比和拉丁美洲的非裔人口面临着持续贫困和社会排斥，而且目前正在通过大规模开发项目进行的勘探活动损害了他们获得土地和自然资源的机会。在许多国家，公众健康数据表明，少数民族和族裔群体的发病率和死亡率持续存在差异，这反映在获得保健、教育、有酬就业、营养和住房机会等方面相互叠加

¹⁵⁷ B. Walker, ed., *State of the World's Minorities and Indigenous Peoples 2012: Events of 2011 - Focus on Land Rights and Natural Resources*(London, Minority Rights Group International, 2012)。

¹⁵⁸ 族裔群体有数种界定标准，包括：(a) 主要根据成员和非成员的血统来认定群体成员资格；(b) 共同的群体特性；(c) 独特的文化特征，如共同的语言、宗教和习俗(见 J. D. Fearon, “Ethnic and cultural diversity by country” ,*Journal of Economic Growth*, 第 8 卷, 第 2 期(2003 年), 第 195-222 页)。

¹⁵⁹ 见 www.cidcm.umd.edu/mar/, 2013 年 9 月 20 日检索。

的多种形式歧视造成累计影响；社会经济和财富存在差异；在有生之年改善境况的机会有限。¹⁶⁰

269. 各国应当保证少数民族和少数族裔群体能全面、平等地参与社会、经济和政治生活；保证自由和安全的混合居住场所；引领公开对话，探讨商定的公开和解和/或纠正以往过错；积极增进联系，相互关怀，这是多元化公民生活的支柱，这可使来自不同背景的男男女女能够彼此仁慈相待。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 11

不歧视

具有约束力的文书：各国所加入的《经济、社会、文化权利国际公约任择议定书》(2008年；2013年生效)“注意到《世界人权宣言》宣告，人人生而自由，在尊严和权利上一律平等，人人有资格享受《宣言》所载的一切权利和自由，不分种族、肤色、性别、语言、宗教、政治或其他意见、民族本源或社会出身、财产、出生或其他身份等任何区别”。《任择议定书》为那些认为其经济、社会和文化权利受到侵犯的人设立了一个投诉和调查机制，从而增进了与不歧视有关的人权原则并为个人提供了将侵犯权利行为登记备案的机制。

机构间人权问题成果文件：联合国人权事务高级专员办事处特别重视不歧视。许多文书都阐述了与不歧视有关的权利，并通过特别报告员、独立专家和工作组、各种委员会及论坛进行监测，他们都致力于消除歧视并确保人权适用于具体案件和/或问题。¹⁶¹ 相关的决议包括人权理事会关于“人权、性取向和性别认同”的第17/19号决议(2011年)，这是第一份关于性取向问题的联合国决议，其中人权理事会表示严重关切针对性取向和性别认同的暴力行为和歧视。2005年，人权委员会通过了关于在涉及艾滋病毒/艾滋病的情况下保护人权的第2005/85号决议。

其他政府间成果文件：反对种族主义、种族歧视、仇外心理和相关不容忍问题国际会议《德班宣言和行动纲领》(2001年)确认并申明“反对种族主义、

¹⁶⁰ B. Walker, ed., *State of the World's Minorities and Indigenous Peoples 2012: Events of 2011*; D. R. Williams 和 C. Collins, “U.S. socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations”, *Annual Review of Sociology*, 第21卷(1995年), 第349-386页; 世卫组织, WHO's Contribution to the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance: Health and Freedom from Discrimination, Health and Human Rights Publication Series, 第2期(2001年8月); 见 www.who.int/hhr/activities/q_and_a/en/Health_and_Freedom_from_Discrimination_English_699KB.pdf。

¹⁶¹ 关于联合国与人权和不歧视有关活动的更多资料, 见 www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/discrimination.aspx。

种族歧视、仇外心理和相关的不容忍现象及其一切丑恶和改头换面的形式和表现的全球斗争是国际社会的优先事项”，而且，“每个人都有权要求建立一个能够充分实现普遍人权，人人不受歧视的社会和国际秩序”。

270. 如今移徙流动比以往任何时候都更明显，更多样化，在目的地国和原籍国造成深刻的社会经济影响。但移徙者常常蒙羞受辱，他们遭受社会歧视的风险仍然很高。批准移徙者权利公约的国家数目有限，而且不均衡。关于人口贩运和偷运行为的国际议定书主要注重取缔贩运行为，扼制有组织犯罪，同时便利有秩序的移徙，因而得到广泛支持。相比之下，劳工组织的各项公约力求推动为移徙工人设定最低标准，得到的支持因而没有那么广泛。《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》(1990年；于2003年生效)迄今为止只得到47个国家的批准，在移徙率或移居国外比率较高的国家中间，签署该公约的国家数目尤其低。¹⁶² 各国应确保移徙者能够实现其基本人权，即自由、人身安全、信仰自由和受保护免于强迫劳动和贩运之害，落实工作场所所有各项权利，包括同工同酬和体面工作条件，并能平等获得基本服务，特别是平等获得教育、保健包括性与生殖保健服务以及对移徙儿童融入社会的支助。

271. 虽然总体评估认为移徙带来的负面影响小，但公众对移徙者的负面态度却反映出公众担心失去工作或工资减少、犯罪危险增大以及地方公共服务负担加重。¹⁶³ 正如世界价值观调查中的分析所述，各区域之间(图2)以及区域内部对外来移民和外国工人的态度差异很大(图16)，反映存在各种重要背景因素，其中不仅包括移徙流动，而且也包括政治辩论、媒体评述及总体经济和文化环境。拉丁美洲和加勒比人口中对外来移民和外籍工人持不容忍态度的百分比低于10%，是所有区域中最低的。多数西欧国家的百分比也很低，但是跨度很大，从瑞典的2%到法国的37%。东欧人口中持不容忍态度的百分比从波兰的14%到俄罗斯联邦的32%不等；而在亚洲，这一百分比则介于中国的20%至约旦的66%之间。¹⁶⁴

272. 过去5至10年间，各区域对外来移民和外籍工人态度的改变各有不同。在能够获得趋势数据的24个国家中可以看到，在8个国家，人们的态度随时间推移而更加宽容，但在9个国家，人们的态度则更不宽容，其余7个国家过去10年内的统计数字没有显示重大变化。¹⁶⁴ 有必要作出更积极的努力，包括培训相关执法人员，以消除歧视，减少公共和政治对话中对移徙的曲解，消除社会紧张状况并防止暴力侵害移徙者。

¹⁶² 国际移徙组织，《2011年世界移徙报告：就移徙问题进行有效沟通》(2011年，日内瓦)；《2009年人权发展报告：跨越障碍——人员流动与发展》(联合国出版物，出售品编号：C.09.III.B.1)。

¹⁶³ 《2009年人权发展报告：跨越障碍——人员流动与发展》。

¹⁶⁴ 世界价值观调查数据(www.worldvaluessurvey.org)，2013年8月20日下载和分析。

273. 与艾滋病病毒有关的污名化现象阻碍了对艾滋病病毒的预防、检测、披露、治疗和护理。¹⁶⁵ 艾滋病病毒感染者污名化指数显示，在一些国家，艾滋病病毒感染者报告说他们因为感染艾滋病病毒而被剥夺保健服务和就业机会。¹⁶⁶ 污名化的表现形式多样，包括身体、社会和体制上的污名化，对感染者遭到家庭和社区孤立、遭受暴力、减少参与经济和社会生活以及陷入不良身心健康状况产生推波助澜的作用。¹⁶⁷ 对艾滋病病毒感染者进行的迫害，包括在法律上将不披露、造成接触和/或传播艾滋病病毒行为定为刑事犯罪，¹⁶⁸ 会造成恐惧气氛，从而损害人权，同时也破坏为鼓励人们寻求艾滋病病毒预防、检测、治疗和社会支助而作的努力。¹⁶⁹ 各国应尊重、保护和促进所有艾滋病病毒感染者的人权，并颁布保护性法律便利他们获得保健和社会服务，以确保所有感染艾滋病病毒和面临艾滋病病毒风险的人都能过上不受污名化和歧视的生活。

274. 根据涵盖 48 个国家的世界价值观调查所提供最新可用数据，表示不容忍艾滋病病毒和艾滋病感染者的比例高于对外来移民、外籍工人或不同种族持不容忍态度者的比例(见图 16)。在高收入国家、拉丁美洲和加勒比国家以及非洲和亚洲一些特定国家，人们明显持较宽容的态度。在超过四分之一的国家——其中多数位于亚洲和东欧——超过 50% 的答卷者表达了不容忍态度。其中一些国家在不容忍其他人口群体方面的分值也很高，这表明不容忍态度往往集中于多种类型的“差异”上。¹⁶⁴

¹⁶⁵ Q. A. Karim 及其他, “The influence of AIDS stigma and discrimination and social cohesion on HIV testing and willingness to disclose HIV in rural KwaZulu-Natal, South Africa”, *Global Public Health*, vol. 3, No. 4 (2008), pp. 351 - 365; H. Brou 及其他, “When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan”, *PLoS Medicine*, vol. 4, No. 12 (2007); L. D. Bwirire 及其他, “Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in rural Malawi”, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 102, No. 12 (2008), pp. 1195-1200.

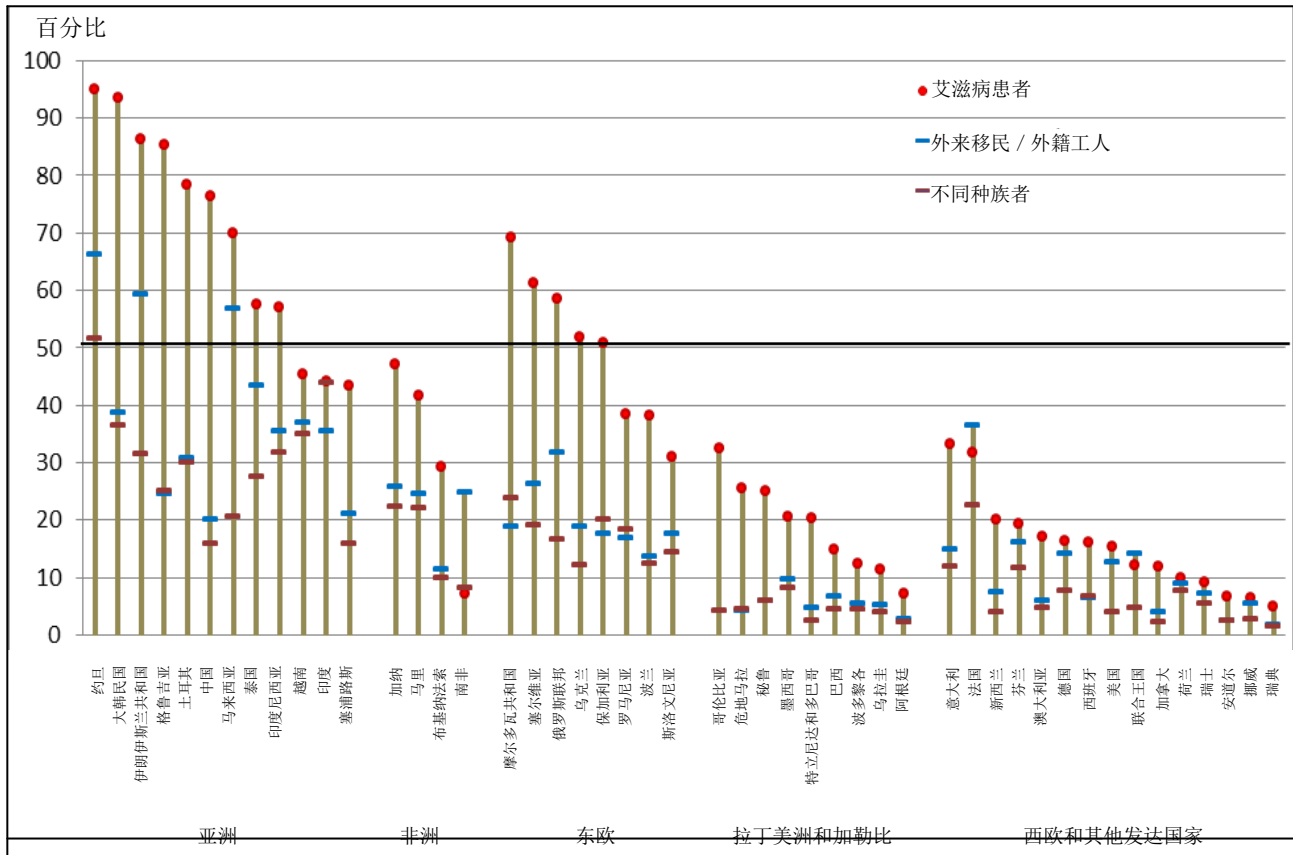
¹⁶⁶ 对采用艾滋病感染者污名化指数(www.stigmaindex.org)所做调查的分析结果载列于艾滋病署《全球报告：艾滋病署 2013 年全球艾滋病疫情报告》(2013 年，日内瓦)。

¹⁶⁷ J. Ogden 和 L. Nyblade, *Common at Its Core: HIV-Related Stigma across Contexts*(哥伦比亚特区华盛顿, International Center for Research on Women, 2005 年); 艾滋病署,《全球报告：艾滋病署 2013 年全球艾滋病疫情报告》。

¹⁶⁸ 艾滋病署,《将不披露、造成接触和传播艾滋病病毒行为定为犯罪：背景和当前概况》，关于将不披露、造成接触和传播艾滋病病毒行为定为犯罪问题科学和法律问题专家会议的背景文件修订本。

¹⁶⁹ 艾滋病署和开发署,“将传播艾滋病病毒定为犯罪”，艾滋病署政策简报(日内瓦, 2008 年 8 月)。

图 16
按区域分列的 2004-2009 年公众对特定人口群体的容忍度



资料来源：世界价值观调查(2013 年 8 月 20 日下载和分析的数据)。

图例：0，公众绝对容忍；100，公众绝对不容忍。

说明：世界价值观调查对不容忍度的计量办法为，在回答“这份清单上有各种群体。能否请你写出任何你不想与其为邻的群体？”这个问题时，提及某个人口群体的答卷者在全部答卷者中所占百分比即是不容忍度。清单列举的群体包括如下：有犯罪记录的人；不同种族的人；酗酒者；精神状态不稳定的人；外来移民/外籍工人；艾滋病患者；吸毒者；同性恋者。世界价值观调查所涵盖的多数国家也使用这份清单，但一些特定国家在清单上增加了该国特有的人口群体。

275. 在过去二十年间，性工作者¹⁷⁰ 是许多与遏制艾滋病毒和艾滋病传播有关公共保健举措的注意焦点，但其自身的健康权以及获得社会保护免于贫困或暴力的权利却极少得到承认。¹⁷¹ 有 116 个国家将性工作的某些方面定为刑事犯罪，¹⁷² 性

¹⁷⁰ 性工作者包括“以性服务交换金钱或物品的成年和青年[18 至 24 岁]女性、男性和变性者”(见艾滋病署，“性工作与艾滋病毒/艾滋病”，艾滋病署技术更新(日内瓦，2002 年 6 月)。

¹⁷¹ D. Kerrigan 及其他，The Global HIV Epidemics among Sex Workers(哥伦比亚特区华盛顿，世界银行，2013 年)。

工作者面临根深蒂固的污名以及法律和政策环境施加的制度化歧视，而此种环境强化并加剧了其脆弱性。性工作者常常生活在极端的结构性贫困条件下，非常容易遭受常常很残酷的暴力包括性暴力的侵害，得不到补救或保护。¹⁷³ 暴力与其他健康问题存在联系，而且同全球年龄在 15 岁至 49 岁之间的妇女相比，女性性工作者感染艾滋病毒的可能性要高出 13.5 倍。¹⁷¹ 将性工作定为刑事犯罪限制了性工作者的政治发言权和集体代表权，¹⁷⁴ 从而降低了其改善生活和工作条件、获得经济保障、适当保护自身健康以及为自己和家人扩大机会的可能性。¹⁷⁵ 各国应撤消对于成人自愿从事性工作的刑事罪规定，以此确认性工作者在不受胁迫、暴力或面临被捕风险的情况下工作的权利；为其提供社会保护以及有意义的替代就业机会和经济赋权能机会，使希望脱离性工作的人有能力这样做；让性工作者参与以其为预定受益者的政策和方案的设计和和执行。

H. 歧视的社会成本

276. 过去 20 年来，对于歧视和污名化现象如何影响身体和精神健康以及人类活动成绩的科学研究有了巨大的飞跃。此种研究证实歧视氛围削弱个人和国家福祉与生产力的程度和方式。¹⁷⁶

277. 世界各地越来越多的研究证实，不仅身体骚扰、欺凌或暴力会危害身心健康和生产力；普遍存在的消极陈规定型观念、耻辱的经历以及对歧视的恐惧也会产生类似的效果。¹⁷⁷ 政治领导人应该关注很大比例公民长期争取尊严和基本权

¹⁷² 艾滋病毒与法律问题全球委员会，《艾滋病毒与法律：风险、权利和健康》(纽约，联合国开发计划署，2012 年)。

¹⁷³ 世卫组织，“Violence against women and HIV/AIDS: critical intersections - violence against sex workers and HIV prevention”，新闻公报系列，第 3 号(2005 年)；艾滋病署，《艾滋病署关于艾滋病毒与性工作的指导说明》(日内瓦，2012 年)。

¹⁷⁴ 开放社会基金会，“10 reasons to decriminalize sex work: A reference brief “(纽约，2012 年)。

¹⁷⁵ 艾滋病署，《艾滋病署关于艾滋病毒与性工作的指导说明》。

¹⁷⁶ N.Krieger, “Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination”, *International Journal of Health Services*, vol. 29, No. 2 (1999), pp. 295-352; E. A. Pascoe and L. Smart Richman, “Perceived discrimination and health: a meta-analytic review”, *Psychological Bulletin*, vol. 135, No. 4 (2009), pp. 531-554; D.R. Williams, H. W. Neighbors and J. S. Jackson, “Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies”, *American Journal of Public Health*, vol. 93, No.2 (2003), pp. 200-208; D. R. Williams and S. A. Mohammed, “Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research”, *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 32, No. L (2009), pp. 20-47.

¹⁷⁷ Williams and Jackson, “Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies”; S. J. Spencer, C. M. Steele and D. M. Quinn, “Stereotype threat and women’s math performance”, *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 35, No. 1 (1999), pp. 4-28; J. I. Smith and P. H. White, “An examination of implicitly activated, explicitly activated, and nullified stereotypes on mathematical performance: it’s not just a women’s issue”, *Sex Roles*, vol. 47, Nos. 3-4 (2002), pp. 179-191.

利的社会成本，因为这造成健康、福祉和生产力方面的明显损失，并可能在人们的痛苦得不到缓解时增加社会不稳定因素。根据有关“不作为的代价”的新思考所作的估计是，如果不采取适当的消除不公正和不平等的行动，其后果会很严重，且常常呈隐蔽状态，此外也突出表明这种不作为会使社区付出的巨大代价，具体阐述如下。¹⁷⁸

278. 在妇女健康领域，日益得到确认的一点是，分娩结果受母亲因遭遇歧视而承受压力状况的影响。¹⁷⁹ 最近对加利福尼亚州母亲进行了一次说明性调查，比较了 2001 年 9 月 11 日恐怖袭击前后的分娩结果。袭击事件后六个月期间与上一年同期相比，具有阿拉伯语发音姓名的母亲的早产和低出生体重风险显著加大；那些具有极其明显族裔特点姓名的妇女分娩结果不佳的风险最大。在没有阿拉伯语姓名的母亲中，9 月 11 日事件前后的分娩结果没有类似的变化，这有力地证据，表明 9 月 11 日事件之后的那段期间反阿拉伯情绪造成了压力，影响了阿拉伯姓名母亲的分娩结果。¹⁸⁰

279. 歧视对表现和生产力的影响的证据同样引人注目。当印度初中男生被要求做迷宫拼图时，不同种姓男生的表现没有区别；然而，在进行第二轮测试之前公布家庭的姓名和种姓后，则出现了种姓间的巨大而显著的表现差别，低等种姓的男生表现欠佳。在其他男生面前公布种姓，对低等种姓男生的表现产生了破坏性影响。¹⁸¹

¹⁷⁸ 不作为的代价，亦即因不采取适当行动消除不公正和不公平现象而给家庭、社群和社会带来的不良后果，已经应用到气候变化、环境问题及儿童福祉上。这个概念于 2008 年通过哈佛大学弗朗索瓦·格扎维埃·巴纽协会健康和人权中心发起的“不作为的代价”倡议应用到儿童福祉上(见 S. Anand 及其他, *The Cost of Inaction: Case Studies from Rwanda and Angola* (波士顿, 哈佛大学出版社, 2012 年)。人口基金在 2013 年 10 月 7 日和 8 日于纽约举行的一次专家组会议上探讨了牵涉到性与生殖健康和权利以及性别不平等的不作为代价, 会上讨论了不作为所产生的生殖权利方面代价: 联系对待可持续发展、人权以及性与生殖健康。)

¹⁷⁹ C. G. Colen 及其他, “Maternal upward socioeconomic mobility and black-white disparities in infant birthweight”, *American Journal of Public Health*, vol. 96, No. 11 (2006), pp. 2032-2039; J. W. Collins Jr. 及其他, “Very low birthweight in African American infants: the role of maternal exposure to interpersonal racial discrimination”, *American Journal of Public Health*, vol. 94, No. 12 (2004), pp. 2132-2138; S. Mustillo 及其他, “Self-reported experiences of racial discrimination and black-white differences in preterm and low-birthweight deliveries: the CARDIA study”, *American Journal of Public Health*, vol. 94, No. 12 (2004), pp. 2125-2131。

¹⁸⁰ D.S. Lauderdale, “Birth outcomes for Arabic-named women in California before and after September 11”, *Demography*, 第 43 卷, 第 1 期(2006), 第 185-201 页。

¹⁸¹ K. Hoff 和 P. Pandey, “Belief systems and durable inequalities: an experimental investigation of Indian caste”, 世界银行政策研究工作文件, 第 3351 号(哥伦比亚特区华盛顿, 2004 年 6 月); K. Hoff 和 P. Pandey, “Making up people: the effect of identity on preferences and performance in a modernizing society”, 世界银行政策研究工作文件, 第 6223 号(哥伦比亚特区华盛顿, 2012 年 10 月)。

280. 每天为了尊严和反歧视而进行的抗争是世界各地数以百万计民众的一种生活经历。在这一抗争中，政府的支持体现在所报告的保护特定人群免受虐待、忽视和暴力的政策、预算和方案中，并体现在尊重、保护和保障这些民众人权的法律中。来自全球调查的证据表明，在这个世界上，大多数而不是所有的国家，承认并保护其公民，但也不是所有群体。

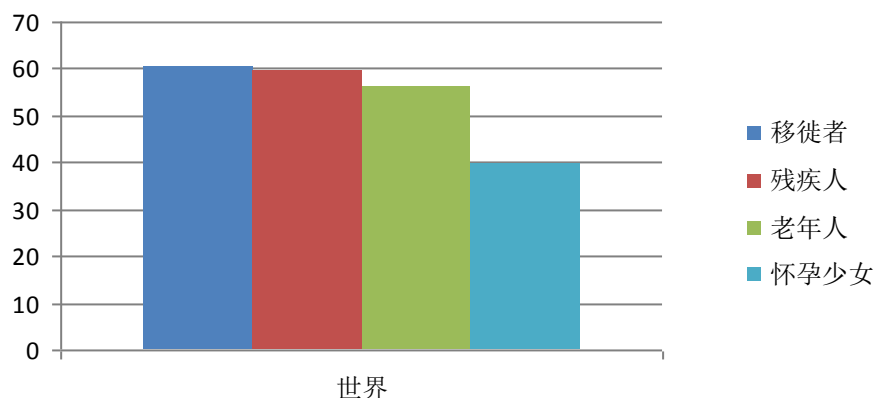
281. 绝大多数国家(87%)报告说，它们在过去五年中致力于解决“防止儿童受到虐待和忽视，并向包括孤儿在内的受到虐待、忽视或遗弃的[儿童]受害者[提供]援助”的问题。关于在儿童上学时向其提供保护的问题没有得到类似的支持，59%的国家报告说，它们致力于解决“在学校和上学路上改善学生、特别是女童的安全”问题。致力于解决这一问题的亚洲国家(66%)和非洲国家(63%)比例较高，高于大洋洲(55%)、美洲(54%)和欧洲(48%)国家。同样，近三分之二的国家致力于解决“消除学校中基于性别的暴力和欺凌”问题，并将其编入预算和加以落实(63%)，但这样做的美洲国家比例(83%)高于非洲国家(62%)、欧洲国家(61%)、亚洲国家(53%)和大洋洲国家(50%)。

282. 至于明确解决针对除儿童以外人员的歧视，已订立政策、预算和执行措施的国家比例并不高(60%或以下)，取决于所涉及的不同群体。例如，57%的国家已经着手解决“防止对老年人、尤其是寡妇的歧视”问题，60%的国家已经着手解决“保障残疾人得到不受各种原因歧视的平等和有效的法律保护”问题。

283. 同一比例的国家已着手解决“保护移徙者免受侵犯人权行为、种族主义、本族中心主义和仇外心理的侵害”问题并将其编入预算，加以落实(60%)。从区域来看，着手解决这一问题的亚洲国家(71%)和美洲国家(70%)比例高于欧洲国家(59%)、非洲国家(56%)和大洋洲国家(20%)。关于国家内部人口流动的法律和实际限制问题，其中包括需要工作许可证、身份证明、就业证明或目的地合法地址、妇女需要得到其丈夫或法定监护人/导师授权的规定以及基于艾滋病毒感染状况的限制，只有4个国家报告说存在法律限制(2个亚洲国家，2个非洲国家)，另外4个国家报告说存在实际限制(2个亚洲国家，2个非洲国家)，9个国家报告说存在法律和实际两方面限制(3个非洲国家，3个亚洲国家，2个美洲国家，1个大洋洲国家)。

284. 不幸的是，只有40%的国家在过去五年中致力解决“协助怀孕少女完成学业”的问题，而鉴于所涉及的年轻女性的年龄，以及她们接受教育对改善自身长期前景和子女福祉的重要性，这是一种社会成本特别高的歧视形式。在欧洲和亚洲国家中，这一比例下降到了29%和21%，而在美洲则增至67%。这可能与拉丁美洲和加勒比地区拥有世界上第二高的青少年怀孕率有关。

图 17
致力消除针对移徙者、残疾人、老年人、怀孕少女的歧视的政府百分比



资料来源：2014 年以后国际人口与发展会议后续行动全球调查。

说明：全球调查中各国政府所报告的承诺并不一定反映相关法律得到遵守或执行的程度。

285. 为确保所有群体不受歧视、一律平等以及实现人类潜能，有必要采取综合措施。各国应致力于实现所有人的平等和不受歧视，没有任何区别地行使其社会、文化、经济、公民和政治权利，包括有酬就业、居留和获得服务的权利，解决多种并且形式相叠的不平等、丧失权能和歧视问题，并且顺应需要，颁布和实施法律，以采取积极步骤保护人们免受歧视、耻辱和暴力。

286. 各国应在包括妇女、青少年、老年人、残疾人、土著人、少数族裔和种族、移徙者、艾滋病毒感染者、不同性倾向和性别认同人士以及性工作者等各类受歧视者的充分参与下，调整必要的法律框架，并制定政策，而且民间社会应全程参与这些政策的设计、实施评估工作。

1. 尊严与人权：未来行动的关键领域

1. 尽管自国际人口与发展会议以来在减少贫困和实现经济增长方面取得了显著成果，但经济不平等现象一直在增加，并且对取得可持续发展方面的进一步进展造成威胁。要解决这些问题，就需要在消除贫困和促进公平谋生机会方面加大努力。

287. 过去二十年来虽然取得了重大减贫成果，但仍然有 12 亿人生活在极端贫困之中，基本需求得不到满足，缺少有意义的工作，缺乏社会保障或健康和教育方面的公共服务。近 70% 的成年人只拥有 3% 的世界财富，当前这种财富不平等的状态是不可持续的，因为它威胁到未来的经济增长、社会的凝聚力和安全以及人们应对不断变化的环境条件方面的适应和创新能力。人发会议的主要讯息是，

个人权利和能力的实现是可持续发展的基础。这个讯息在今天更具现实意义，因为有充足的证据表明，着力确保所有人的实质平等，会促成长期发展和人民福祉。

2. 增强妇女和女童权能以及性别平等仍然没有实现，因此需要采取进一步行动，以确保妇女在公共领域发挥领导作用，在法律面前和在实践中人人平等，消除一切形式暴力行为，以及增强妇女在行使性与生殖健康与权利方面的权能。

288. 对妇女的歧视在所有社会中都是很明显，妇女在确定自己的生活方向、行使人权、扩大自身能力和为社会作出其所选择的贡献方面，仍然比男性的机会少。尽管在立法方面取得了进展，童婚、早婚和逼婚以及切割女性生殖器等有害做法仍然在许多国家盛行。尽管在男女童中普及初等教育方面取得了成果，青春期少女不成比例地被排除在初级和高级中学教育之外。在劳动力市场上，与男子做同等工作的妇女继续领取较低薪酬，过多妇女从事弱势就业和非正规就业，而此种职业较无保障，所提供福利也较少。妇女和女童承担过多的无报酬家务劳动。在政治、商业和公共生活中担任实权和决策位置的妇女依然过少。

289. 暴力侵害妇女和女童依然是全世界侵犯人权行为的最普遍形式之一，这种行为使她们处于极度不安全的状况，并终身为此付出代价。过去十年中，联合国各机构和研究人员在衡量暴力方面取得了重要进展，其结果表明，妇女从年幼时开始即遭受性暴力和家庭暴力，并且有三分之一的妇女受到暴力伤害，这令人震惊。这种努力应该得到国家内部和各国一切可能的支持，以加强日常监测，将研究拓展到未触及的重要问题，如生活在持续恐惧状态中的人数；学校、监狱和军队中的暴力；暴力行为的根源；保护受害者和/或幸存者以及帮助其复原的干预措施及法律和制度的效力。

3. 需要进行大量的投资，以培养儿童、少年和青年的能力，同时确保每一个儿童和青年人不管在何种情况下都能获得从整体上明确界定并与其不断发展的能力相符的优质学前教育、中小学教育和全面的性教育，并从学校快速、安全、有成效地过渡到工作生活和成年期。

290. 少年和青年是发展中国家未来二十年发展议程的核心，因为进入高生产力和生育年龄的人口比例处于历史高点，超过总人口的四分之一。这些群体如果能得到高质量教育而且有机会确定自己的未来，获得性与生殖健康和权利，并能推迟组建家庭，就可以推动经济增长，刺激可持续未来所需的创新。对青年权利的保护以及对其发展方面人力资本的投资迫切需要得到关注，包括使青年能够获得与正不断扩大的经济部门相关的高质教育和培训；获得性与生殖健康方面信息、教育和服务；以及参与设计和评价以少年和青年为预期受益者的方案。

4. 需要积极开展努力，消除歧视和边缘化现象，并促进尊重所有人的文化。

291. 很多个人和群体继续由于其身份或境况的某些方面而受到歧视。歧视现象所造成的社会成本是很高的，而且有越来越多的证据表明，污名化和歧视对那些受影响者生活的各个方面，包括心理和身体健康、生育及生产力，产生负面影响。民意调查是一个强大的宣传工具，可借以确定污名化和歧视在哪些方面可能最根深蒂固并由此确保个人在哪些方面最脆弱。关于对妇女的公开歧视以及对少数民族和族裔、移徙者、外国工人和艾滋病毒感染者不容忍，本报告着重说明了各国间在污名化问题上的各种差异以及哪些方面的趋势正在改善。2015年后联合国发展议程问题联合国系统工作组强调指出了与态度有关的民意数据的重要性，并建议在国家统计数据范围内定期监测有关性别歧视、年龄歧视、种族主义和其他形式歧视的公共价值观。保护所有人的人权至关重要，这需要一个使人们可以行使自主权和作出选择的有利环境，增强所有人特别是妇女、青少年和那些属于其他边缘化群体的人的权能，使其能够主张自己的人权。

三. 健康

“生殖权利所包括的某些人权已得到各国法律、国际人权文书和其他协商一致文件的承认。这些权利的基础在于承认所有夫妇和个人均享有自由、负责地决定生育次数以及生育间隔和时间并获得这样做的信息和方法的基本权利，以及实现性与生殖健康方面最高标准的权利。它还包括人权文件中阐明的人人享有在没有歧视、强迫和暴力的状况下作出有关生育决定的权利。”（《行动纲领》，第 7.3 段）

“[初级保健和保健部门的]目标是：(a) 按照国家为人人提供基本保健机会的承诺，增加向所有人民提供可获得、可使用、可接受且能负担得起的保健服务和设施；(b) 延长全体人的健康寿命，并改善其生活素质，缩小国家之间以及国家内部预期人口寿命的差距。”（《行动纲领》，第 8.3 段）

“《行动纲领》各关键组成部分的落实必须与更广泛加强卫生系统紧密联系在一起。”

进一步执行《国际人口与发展会议行动纲领》的关键行动(大会第 S-21/2 号决议)附件，第 85 段)

292. 在过去二十年里，全球人口健康的变化在两个方面是惊人的：全球保健负担的构成朝着非传染性疾病和伤害方向发生引人注目的总体转变，包括因全球人口老龄化而引起的转变，以及传染性、孕产妇、营养和新生儿疾病(即贫困引起的疾病)在撒哈拉以南非洲和南亚的持续发生。自 1994 年以来为改善性与生殖保健的质量和可获得性而作的各种努力使很多性与生殖健康指标有了显著改善，而且有证据显示，政府为实现许多最紧迫的性与生殖健康目标，对政策、预算编制和方案作出了更有力的承诺。然而，总体上的改善掩盖了国家间和国家内部的显著

不平等，许许多多国家的情况表明，财富最多的五分之一家庭的状况有所改善，而贫穷家庭则维持原状或改善甚微。穷人的性与生殖健康状况持续不佳，特别是在非洲和南亚，这突出说明，如果不持续注意加强卫生系统的接触面、全面性和质量，在实现所有人健康方面取得进一步进展几乎不可能。熟练保健工作者的数量和分布、一个有活力的知识部门以及接受公众问责的系统，是建立一个基于权利的卫生系统的先决条件，而且对性与生殖健康方面的未来可持续成果至关重要。本专题部分赞扬自国际人口与发展会议以来取得了许多性与生殖健康方面的成果，但强调卫生系统对穷人的持续脆弱性以及迄未实现的性与生殖健康权利。

A. 在保健方面采取立足于人权的方针

293. 许多联合国机构和双边发展机构已经把在保健方面采取立足于人权的方针定义为“一个概念框架，它在法规上依据国际人权标准，在业务上以促进和保护人权为导向”，其宗旨是实现享有能达到的最高标准健康的权利。¹⁸²

294. 世卫组织已提出，在保健方面采取的立足于人权的方针是基于七项关键原则：可用性、可获性、可接受性、设施与服务质量、参与、平等和不歧视以及问责。¹⁸³ 此外，人权理事会在关于可预防的孕产妇死亡率和发病率的第 18/2 号决议中认识到，“采取基于人权的方式消除可预防的孕产妇死亡率和发病率是以问责、参与、透明、赋权、可持续性、不歧视和国际合作等原则为基础的。”鉴于这些原则在《行动纲领》内得到了确认，这次业务审查提供了一个机会，可借以澄清一个问题，即：1994 年以来的保健方面成就，特别是服务的提供以及影响妇女和女童性与生殖健康的潜在社会决定因素，是否反映在保健方面采取的立足于人权的方针得到了扩展和加强。

B. 儿童生存

295. 自 1990 年以来，在儿童生存方面已经取得显著改善。全球五岁以下儿童死亡率从 1990 年每千名活产 90 人死亡下降到 2012 年的 48 人。所有区域都取得了实质性进展，很多区域提高了 50 个百分点或以上。撒哈拉以南非洲地区的儿童死亡率最高(2012 年每千名活产死亡 98 人)，而且日益占到所有五岁以下死亡人数的最大份额(全球五岁以下死亡人数的近一半)。南亚的五岁以下死亡率(每千名活产 58 人死亡)以及在总死亡人数中的比例依然很高(将近全球五岁以下死亡人数的三分之一)。¹⁸⁴

¹⁸² 联合国人口基金所采用立足于人权的方针的概念(见人口基金，《在方案规划方面采取立足于人权的方针：实际执行手册和培训材料》(2010 年))。

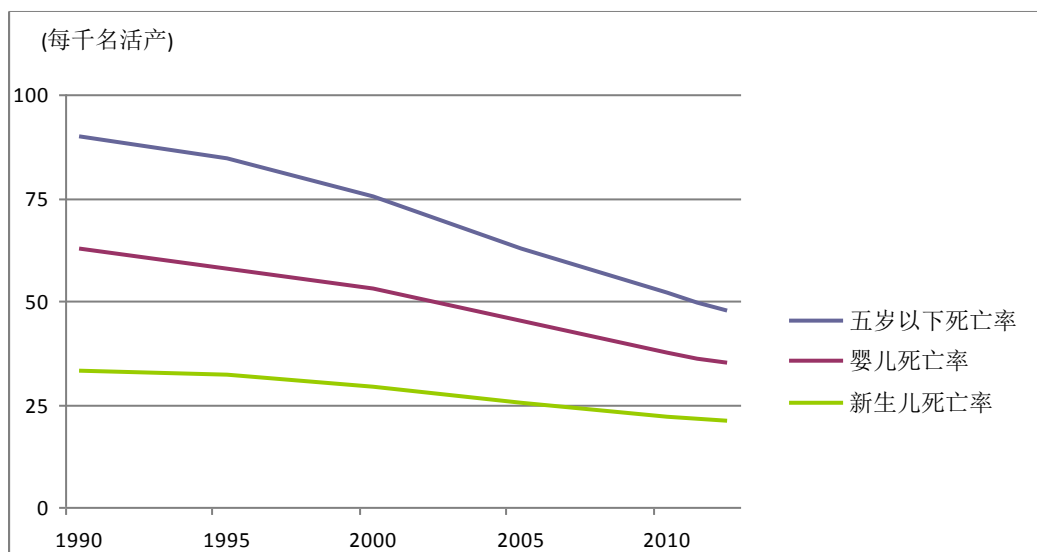
¹⁸³ F. Bustreo 及其他，妇女和儿童健康：人权影响的证据(日内瓦，世界卫生组织，2013 年)，第 13 页。

¹⁸⁴ 联合国儿童死亡率估计机构间小组，《儿童死亡率水平与趋势：2013 年报告——联合国儿童死亡率估计机构间小组所作估计》(纽约，联合国儿童基金会，2013 年)。

296. 各区域和各种收入水平的国家都在拯救儿童生命方面取得了进展。尽管低收入国家往往有最高的五岁以下儿童死亡率，但在一些低收入国家，最近已观察到儿童死亡率出现大幅度降低，这些国家包括孟加拉国、柬埔寨、厄立特里亚、埃塞俄比亚、几内亚、利比里亚、马达加斯加、马拉维、莫桑比克、尼泊尔、尼日尔、卢旺达、乌干达和坦桑尼亚联合共和国。¹⁸⁵

297. 五岁以下死亡总数中新生儿死亡的比例一直在增加，因为在所有区域，新生儿死亡率下降速度均慢于年龄较大的儿童(见图 18)。¹⁸⁴ 新生儿存活率高度依赖于母亲的整体健康和母亲在孕前、孕期、分娩和产后期间获得临床护理的连续性。为了提高新生儿存活率，妇女需要在怀孕之前、期间和之后获得良好的营养；在怀孕期间预防和治疗疟疾；接受梅毒筛查和治疗；控制分娩并发症；有效治疗新生儿感染；在整个新生儿期提供日常支持。¹⁸⁶ 2012 年，34%的新生儿死亡由早产并发症导致，四分之一由败血症和脑膜炎(12%)、肺炎(10%)或腹泻(2%)导致。¹⁸⁴

图 18
全球五岁以下、婴儿和新生儿死亡率，1990-2010 年



资料来源：儿童信息数据库。见 www.childinfo.org/mortality_tables.php(2013 年 10 月 25 日检索)。

¹⁸⁵ 儿基会，《致力改善儿童生存状况：再次作出的承诺——2013 年进展报告》(纽约，2013 年)。

¹⁸⁶ 联合国儿童死亡率估计机构间小组，《儿童死亡率水平与趋势：2013 年报告》；儿基会，《致力改善儿童生存状况：再次作出的承诺》；孕产妇、新生儿和儿童健康伙伴关系，《非洲新生儿的机遇：非洲的新生儿护理实用数据、政策和方案支持》(世界卫生组织，2006 年)。

298. 2012 年，全球新生儿死亡人数占五岁以下死亡人数的 44%。¹⁸⁴ 撒哈拉以南非洲地区一直维持最高的新生儿死亡率(每千名活产 32 人死亡)，并且占全球新生儿死亡人数的 38%，¹⁸⁴ 该地区孕产妇死亡率也最高(每 10 000 名活产 500 名产妇死亡)，这突出说明，孕产妇存活率与新生儿存活率之间存在密切联系。¹⁸⁷ 该地区新生儿死亡人数在所有儿童死亡人数中的比例较低(34%)，因为撒哈拉以南非洲年龄较大的儿童的死亡率仍然很高。¹⁸⁴

299. 很大比例的五岁以下儿童死亡是可预防的病因和可治疗的疾病引起的。¹⁸⁴ 传染疾病和症状虽然有所减少，仍占全球五岁以下死亡总数的近三分之二。肺炎和腹泻仍然是儿童死亡的主要原因，其次是疟疾，分别占有五岁以下死亡的 17%、9% 和 7%。¹⁸⁸

300. 如果儿童出生在农村地区、贫困家庭或母亲没有受过基本教育，则他们在五岁前死亡的风险更大。¹⁸⁵ 2012 年，据估计，营养不良是导致约 45% 的全球范围 5 岁以下儿童死亡的一个因素。¹⁸⁴

301. 然而，一些此种差距正在缩短。例如，来自撒哈拉以南非洲、亚洲和拉丁美洲的选定国家的证据表明，从 20 世纪 90 年代到 21 世纪初，农村和城市地区(包括在城市贫民窟)的新生儿、新生儿后期和儿童死亡率已在下降，在农村地区观察到较大的跌幅。此外，较贫穷和富裕的家庭中五岁以下儿童死亡都有所下降，在世界大部分地区，最富有和最贫穷家庭的五岁以下儿童死亡率的差距已有所缩小。唯一的例外是撒哈拉以南非洲地区，在那里，按家庭财富五等分编列的五岁以下儿童死亡率差异略有加大。¹⁸⁵

C. 性与生殖健康和权利

302. 1990 年，性与生殖健康疾病占全球疾病负担的 14.4%，即所有残疾调整生命年的 14%，2010 年这一比例基本持平。¹⁸⁹ 在大多数区域这一负担有所下降 - 但在非洲有大幅增加(见图 19)，这在很大程度上反映了自 1990 年以来艾滋病毒和艾滋病的额外负担。非洲和南亚的负担仍然最高，并且 2010 年这两个区域在承受性与生殖健康疾病负担方面与其他地区的差距高于 1990 年的水平。

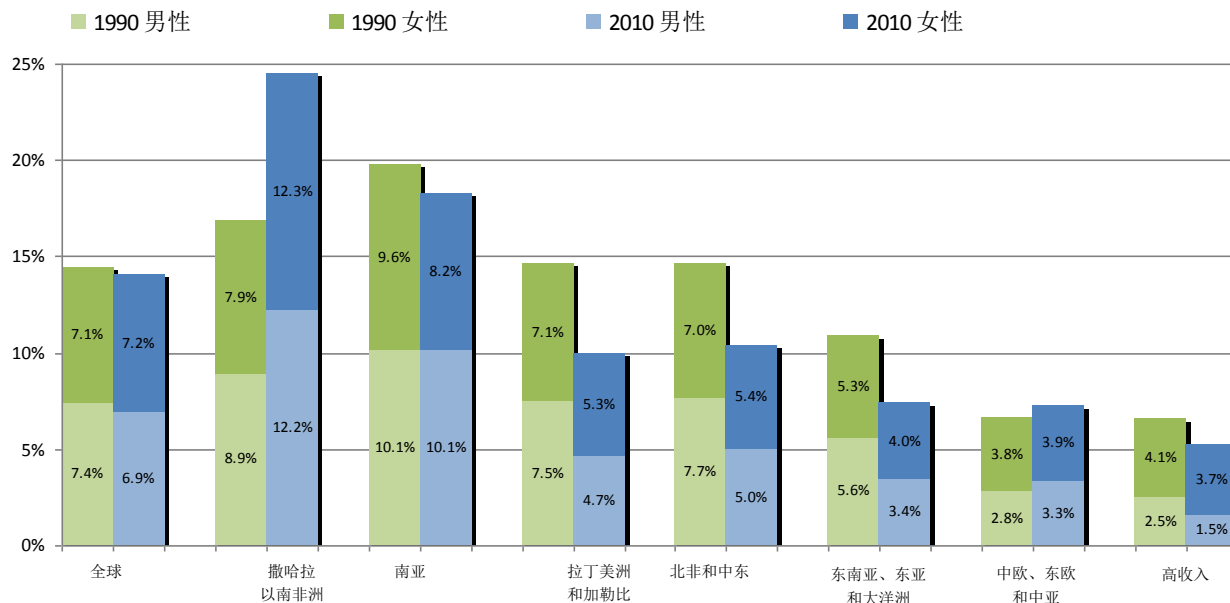
¹⁸⁷ 世界卫生组织及其他，《孕产妇死亡率趋势：1990-2010 年》(见上文脚注 6)。

¹⁸⁸ 见儿基会，儿童信息数据库 (www.childinfo.org/mortality_underfive.php)。

¹⁸⁹ 残疾调整生命年仍然是一个度量标准，使我们可以有合理的信心按性别和地区估计性健康和生殖健康疾病负担相对于全球总体疾病负担所占的比重。

图 19

1990-2010 年全世界和按区域分列的由性与生殖健康状况决定的男性和女性(所有年龄)残疾调整生命年总负担



资料来源：世界卫生组织，全球疾病负担数据库，2013 年。

303. 在采取干预措施的 20 年间，性与生殖健康负担组成方面已发生显著变化，自 1990 年以来因围产期疾病、梅毒和产妇死亡造成的残疾调整生命年的减少，被 2010 年艾滋病病毒/艾滋病造成的残疾调整生命年的增加所抵消。

304. 过去 20 年中，在孕产妇保健和性与生殖健康和权利所涉其他方面取得的成果反映在行动纲领的许多不同目标方面取得的进展，例如，分娩方面的技术进步，为避免意外怀孕获得避孕药具以及在妇女教育和增强社会、法律和政治权能方面的成果等直接因素。虽然许多性与生殖健康权利仍未实现，但所取的成果仍突出显示了国际人口与发展会议对发展方案所作的重大调整。

1. 困难重重的历史

305. 在 1994 年之前的二十年中，相当比例的与性与生殖健康相关的投资侧重于控制人口和避孕创新。这些投资使得新避孕产品的规模空前扩大，各种不同产品现在是现代避孕药市场的一部分：注射剂 Depo-Provera、Cyclofem 和 Mesigyna；低剂量复方口服避孕药和孕酮迷你丸；经改进的含铜和激素释放宫内节育器；通过植入物发生作用的全新缓释系统；以及女用避孕套。在 1994 年，男性联用注射得到早期发展，避孕疫苗受到几乎同等程度的科学障碍和妇女团体阻力。

306. 1994 年的政治气氛是，妇女团体极其不信任制定和评估这些新的避孕方法的机构、私营公司和政府以及那些向妇女提供避孕药具及相关服务的机构。许多新产品由提供商控制，这增加了强迫和非自愿生育控制的可能性，妇女团体越来越善于在全球范围内分享有关这种侵犯人权案件的信息，其中一些是系统性并在全国范围内发生的。在人发会议之前的十年，计划生育方案侵害妇女权利的事件逐步增多，这显示，相对于人口控制方面必须履行的责任，妇女的健康和人权在全部门范围处于次要地位。¹⁹⁰

307. 关于诺普兰、醋酸甲孕酮(DMPA, 品牌为 Depo-Provera)和奎纳克林的争议很能说明问题。1987 年，有一个国家的卫生部开始实施诺普兰运动，这是世界上最大的避孕植入方案。在第一年，有 145 826 名新用户，1989-1990 年期间植入数升至 398 059 根。到 1997 年，该国大约 400 万妇女植入了 6 根诺普兰，62% 的植入手术由流动诊所操作。然而，这项雄心勃勃的方案更侧重于植入而不是后续行动，没有考虑到为取出诺普兰提供必要的人员配置和培训。妇女往往在提出多次取出请求后才得到回应，许多妇女深受副作用之苦，有关这些副作用她们没有得到忠告，在提前取出时她们被收取费用，而不是像在植入时那样要么免费，要么得到高额补助。¹⁹¹

308. 美国食品和药物管理局对 3 个月避孕注射剂 Depo-Provera 的核准拖了很长时间，这是机构体制广泛无视贫穷妇女健康、安全和生殖权利的又一个案例，此案正值 1968 年至 1979 年在佐治亚州亚特兰大格雷迪医疗中心进行 DMPA 临床试验期间。尽管 DMPA 在全世界越来越多的国家获得批准，美国食品和药物管理局的试验是基于 14 000 名绝大多数为农村地区、非洲裔、低收入妇女的临床数据。¹⁹² 在食品和药物管理局审查数据时，试验数据显示主治临床医生从事了令人震

¹⁹⁰ B. Hartmann, *Reproductive Rights and Wrongs The Global Politics of Population Control* (Boston, South End Press, 1995), chap. 6; C. Garcia-Moreno and A. Claro, "Challenges from the women's health movement: women's rights versus population control", in *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, G. Sen, A. Germaine and L. C. Chen, eds. (Cambridge, Harvard University Press, 1994), pp. 47-62.

¹⁹¹ Ninuk Widyantora, "The story of Norplant® implants in Indonesia", *Reproductive Health Matters*, vol. 2, No. 3 (May 1994), pp. 20-28; J. Tuladhar, P. J. Donaldson and J. Noble, "The introduction and use of Norplant® implants in Indonesia", *Studies in Family Planning*, vol. 29, No. 3 (September 1998), pp. 291-299; J. Bereiter, "Controversial contraception", (book review), *Canadian Family Physician*, vol. 41 (November 1995), pp. 1967-1969; A. A. Fisher and others, "An assessment of Norplant® removal in Indonesia", *Studies in Family Planning*, vol. 28, No. 4 (December 1997), pp. 308-316.

¹⁹² A. L. Nelson, "DMPA: battered and bruised but still needed and used in the USA", *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, vol. 5, No. 6 (2010), pp. 673-686; K. Hawkins and J. Elliott, "Seeking approval", *Albion Monitor*, 5 May 1996; P. F. Harrison and A. Rosenfield, eds., *Contraceptive Research and Development: Looking to the Future* (Washington, D.C., National Academy Press, 1996), p. 297; Committee on Women, Population and the Environment, "Depo Provera fact sheet", 6 January 2007; available from <http://cwpe.org/node/185> (accessed 14 August

惊的不当行为，包括在招募妇女参与试验时没有征求知情同意；招募具有医疗禁忌症状的妇女(如癌症、2型糖尿病、肥胖、高血压)参与试验；数据收集不连贯一致，有超过一半妇女没有经过追踪调查。食品和药物管理局三次拒绝批准(1967年、1978年和1983年)。1991年，世卫组织完成了一项涉及有待解决的安全关切事项的研究，1992年食品和药物管理局批准了DMPA。¹⁹³

309. 关于奎纳克林，争议是跨越国界的。插入阴道的盐酸奎纳克林颗粒溶解成液体，灼伤输卵管并给输卵管留下伤疤，导致永久性绝育。虽然包括世卫组织在内的主要计划生育组织和政府机构反对将奎纳克林用于绝育，但截至2001年，一个由两名医生组建的网络对超过104 410名妇女实施了这种手术。这种药物未作过经核准的长期副作用或胎儿所受可能影响方面测试。美国在1998年下令停止生产和出口该产品，而且该产品在印度和智利被禁。¹⁹⁴

310. 妇女权利团体针对此种情况进行的政治动员促使人们更强烈要求在健康方面确立一个人权基础并落实国际人口与发展会议的这方面成果，并改变了据以对技术和服务创新进行评价以及为这些创新提供投资的标准。众多的人口和发展机构，包括世卫组织的人类生殖研究、发展和研究培训特别方案(现为“生殖健康研究部”)以及人口基金都设立了性别或妇女咨询小组，目的是确保未来的优先工作和投资都以妇女为中心，并符合更严格的有关副作用、用户控制和可逆性的标准。世卫组织开展了区域性“共同基础”对话，使妇女生殖健康倡导者、活动家、科学家、政府部长和计划生育领导汇聚一起，共同商定一项有关计划生育方案重点的合作协议。世卫组织还设立了一个“引入工作组”，以便为国家内部参与性更强的避孕方法组合挑选过程提供支持。¹⁹⁵

311. 这些新机制可供妇女健康倡导者和其他民间社会组织在国家 and 全球层面参与计划生育治理，它们最终显著地重建了研究和开发组合，有助于加大对以妇

2013); T. W. Volscho, “Racism and disparities in women’s use of the Depo-Provera injection in the contemporary USA”, *Critical Sociology*, vol. 37, No. 5 (2011), pp. 673-688.

¹⁹³ Hawkins and Elliott, “Seeking approval”.

¹⁹⁴ J. A. M. Scully, “Maternal mortality, population control, and the war in women’s wombs: a bioethical analysis of quinacrine sterilizations”, *Wisconsin International Law Journal*, vol. 19, No. 2 (2001); C. Pies, M. Potts and B. Young, “Quinacrine pellets: an examination of nonsurgical sterilization”, *International Family Planning Perspectives*, vol. 20, No. 4 (1994); R. Bhatia and A. Hendrixson, “Quinacrine controversy”, *Women’s Health Activist Newsletter*, May/June 1999.

¹⁹⁵ “在东地中海区域建立共同点：东地中海区域的妇女需求和生殖健康方面性别视角”，1997年11月10日至13日在卡萨布兰卡举行的妇女健康倡导者、研究者、提供者和政策制定者国家间会议的报告(世界卫生组织，WHO/FRH/WOM/98.2号文件)；“在亚洲建立共同点：妇女对于选择和引入生育调节技术的看法”，1992年10月5日至8日在马尼拉举行的妇女健康倡导者、研究者、提供者和政策制定者会议的报告(世界卫生组织，WHO/HRP/WOM/94.1号文件)。

女为中心的技术和指导方针的投资力度，并进一步促使减少对避孕疫苗等被视为对妇女健康和用户控制有潜在危险的技术的投资。

2. 生殖权利

312. 国际人口与发展会议召开之前那段人权遭受侵犯的惨痛历史促成了《行动纲领》中对生殖权利的根本性侧重。

313. 自人发会议召开以来，各国在颁布和实施应对与人发会议所确定性与生殖健康和权利有关的优先领域国家法律方面取得了进展。虽然在确保生殖健康以及各国政府接受问责、包括在诉诸司法方面仍然存在差距，此种法律文书可成为尊重、保护和保障生育权的基础。

314. 在性与生殖健康和权利方面，不到三分之二的国家(63%)已颁布并执行法律，保护获得最高标准身心健康、包括性健康和生殖健康的权利(亚洲：66%；大洋洲：62%，美洲地区：58%；非洲：55%)；欧洲的这方面百分比上升到了80%)。

315. 绝大部分政府均允许堕胎，要么是在接到请求后，要么是为了拯救妇女的生命以及至少基于一种其他原因，例如胎儿畸形，要么是为保障妇女的健康。如同在进一步执行《行动纲领》的重大行动中认可的那样，在所有法律未禁止的堕胎情形中，堕胎都必须安全进行(第63段(三))。但是，世界卫生组织指出：“有关堕胎的立法越严格，堕胎就越可能在不安全状态下进行，并导致死亡。”¹⁹⁶ 生命权、人身安全、不受残忍和不人道待遇以及不受歧视等基本人权意味着应取消对堕胎的不必要限制，而且政府应提供安全堕胎服务，既保障妇女和女童的生命，又尊重、保护和落实人权，包括健康权。¹⁹⁷

316. 在全球范围，73%的国家已颁布和实施法律，确保在获得全面的性健康和生殖健康服务，包括艾滋病毒服务方面没有歧视，类似比例(70%)的国家已经颁布并实施保护艾滋病毒感染者权利的国家法律。在后一种情况中，美洲地区这样做的国家比例(76%)高于非洲(72%)、欧洲(69%)、亚洲(67%)和大洋洲(57%)。

317. 只有60%的国家已经颁布并实施国家法律，保护民众免遭胁迫，包括强迫绝育和强迫婚姻；美洲的这一比例最低(45%)。

318. 如果为上述五项性与生殖健康和权利所涉及的方面计算一个综合指标，只有32%的国家在所有情形中颁布并实施了法律，但欧洲这一比例上升到了54%。

¹⁹⁶ 2010年11月26日经济、社会、文化权利委员会会议，世卫组织的评论意见(E/C.12/2010/SR.49，第55段)。

¹⁹⁷ 生殖权利中心，“谁的生命权：人权和比较法之下的妇女权利和产前保护”，2012年；禁止酷刑委员会继审议尼加拉瓜首次报告(CAT/C/NIC/CO/1)之后的结论意见；人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员的报告(A/66/254)。

319. 1994 年以来为提高性与生殖健康服务的质量和可获得性而作的努力,使得许多性健康和生殖健康指标得到了显著改善,而且有证据显示,各国政府已采取强有力行动,为消除一些最重大脆弱性制定政策、预算和执行措施;但是,在其它领域,所取得的进展相对有限。以下一节重点阐述在实现性与生殖健康和权利方面的进展领域和持续挑战。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 12.

生殖权利

政府间人权成果: 人权理事会已经确认健康权中所包含性与生殖健康的关键作用。在其关于人人有权享有最高标准身心健康的第 6/29 号决议(2007 年)中,理事会鼓励特别报告员“继续关注性健康和生殖健康,将其作为人人有权享有最高标准身心健康的组成部分”。

其他软性法律: 经济、社会、文化权利委员会通过的关于享有能达到的最高标准健康的权利的第 14 号一般性意见(2000 年)阐明了享有能达到的最高标准健康的权利的规范性内容如下,“健康权利包含自由和应享权利。自由包括控制自己的健康和身体,包括享有性与生育自由的权利,以及不受干预的权利,例如不受酷刑、不在未经同意情况下接受治疗和试验的权利”。此外,消除对妇女歧视委员会通过的关于妇女和健康的第 24 号一般性建议(1999 年)阐述了在落实健康权利方面应采取的确保所有妇女平等权利的措施,“确认获得保健,包括生殖保健,是《消除对妇女一切形式歧视公约》规定的一项基本权利。”

D. 青年人的性与生殖健康和权利以及终生健康

320. 有史以来人数最多的一代青少年现在正进入性生活和生殖活动期。为他们提供性健康和生殖健康信息、教育、保健、计划生育服务和商品,对于实现 20 年前《行动纲领》中确定的目标至关重要。《行动纲领》要求各国确保卫生保健提供者不限制青少年获得服务和信息,而且“……这些服务必须维护青少年的隐私权、保密权、受尊重和知情同意的权利,同时尊重文化价值和宗教信仰”(第 7.45 段)。各国应审查所有这些政策,消除阻碍青少年获得生殖健康信息和关爱的法律、规章及社会障碍。

321. 怀孕对女孩健康影响重大。发展中国家每年约有 70 000 名少女死于与怀孕和分娩有关的原因。在 18 岁以下女孩生育方面,十分之九是在早婚期间。研究人员发现,在低收入和中等收入国家,尤其是在撒哈拉以南非洲和南亚,15 岁前怀孕的女孩死于分娩和患产科瘻管病的风险比年长女子(包括年龄大于 15 岁的少女)高一倍。少女母亲所生婴儿和儿童的健康风险也很大:相比年龄为 20 至 29

岁的母亲，未成年母亲的分娩死胎及新生儿死亡率高出 50%。未成年母亲生育的孩子中，约有 100 万活不到 1 岁。¹⁹⁸

322. 对于青年人在多大程度上能获得优质服务，所作记录并不完善，但他们的健康状况不佳，例如，2008 年少女和 15-24 岁年轻女性堕胎 870 万例，¹⁹⁹ 而且包括艾滋病毒感染在内的性传播感染率较高，表明在保健服务覆盖范围上存在重大差距。2012 年对有关青年人(24 岁以下)性健康和生殖健康的现有国际数据进行的一次审查突出强调了这重大些差距。²⁰⁰ 该业务审查结果还强调，有关青少年健康情况的可比数据很缺乏，即使在政策最为重视的领域(如艾滋病毒感染和孕产妇死亡率)也是如此。²⁰¹

323. 现有证据表明，撒哈拉以南非洲青少年的健康状况最差，其中包括，孕产和感染原因导致的死亡率最高；而且女性死亡率高于男性(见图 20)。该区域各国孕产妇死亡率差异高达 70 倍以上，15 至 19 岁孕产妇死亡率最高的是乍得，最低的是南非。²⁰² 因伤死亡的人数随年龄增加(亦即在 10-14 岁、15-19 岁和 20-24 岁年龄组之间进行比较)。在美洲 15-19 岁男性死亡人数中，因伤死亡占 50% 以上；除非洲外，在其他各区域(例如欧洲、东地中海、东南亚和西太平洋地区)，这一比例接近 50%。

¹⁹⁸ 《世界人口状况：儿童母亲(见上文脚注 98)。

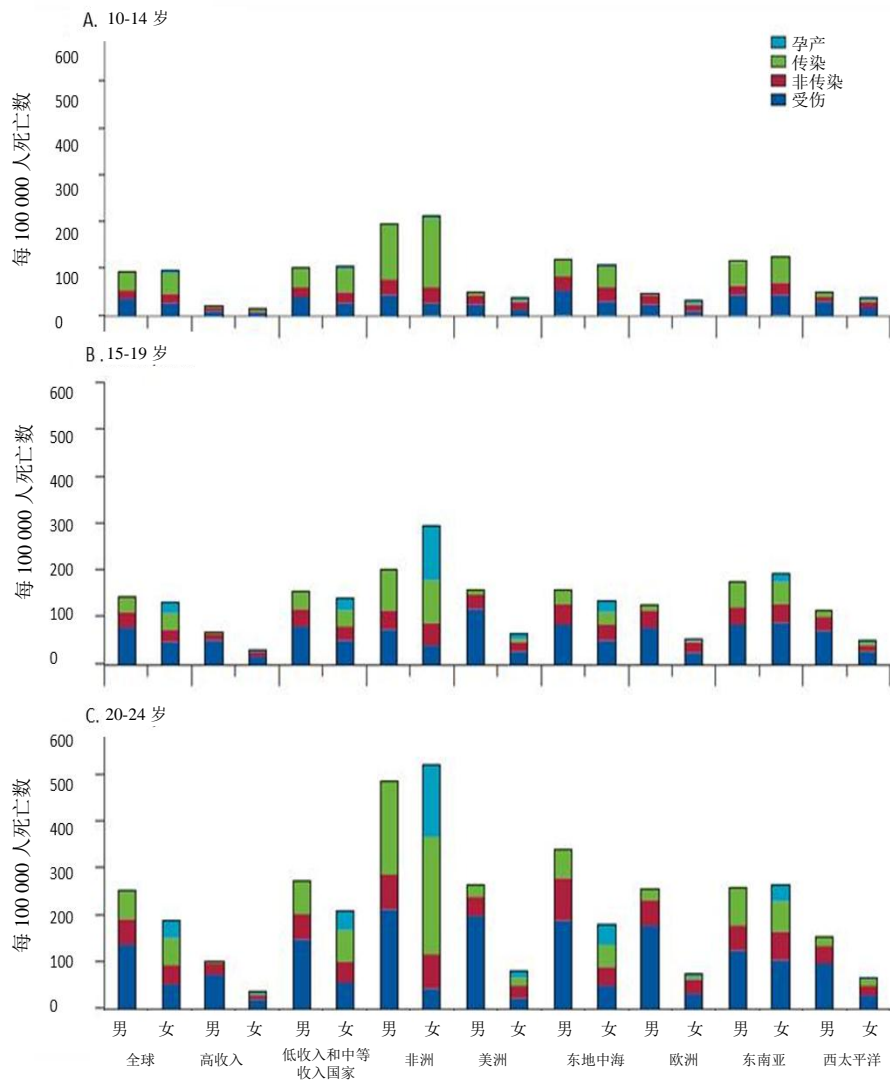
¹⁹⁹ Shah 和 Ahman, “Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region”(见上文脚注 15)。

²⁰⁰ G. C. Patton 及其他, “Health of the world’s adolescents: a synthesis of internationally comparable data”, *The Lancet*, vol.379, No.9826(2012 年 4 月 28 日, 第 1665-1675 页)。

²⁰¹ 同上, 第 1665 页。

²⁰² 同上, 第 1667 页。

图 20
因孕产、传染病、非传染性疾病和受伤而导致的青年人死亡率(每 100 000 人)



来源: G.C.Patton 及其他,“Global patterns of mortality in young people:a systematic analysis of population health data”,The Lancet,vol.374,No.9693(2009 年 9 月 12 日), 第 885 页。

324. 对女性而言,少女和年轻成人时期最需要性健康和生殖健康服务。早育(18 岁以前)与早婚是密切相关的。早婚率(18 岁以前)最高的国家是尼日尔,为 75%;整个撒哈拉以南非洲的早婚率都很高。在南亚区域,孟加拉国的早婚率最高,为 66%。²⁰³ 每年有 1 600 万 15 至 19 岁少女和 200 万 15 岁以下女童分娩。²⁰⁴

²⁰³ 同上,第 1670 页。

325. 15 岁以下女童死于孕产相关原因的概率是 20 岁以上妇女的五倍，怀孕和分娩是非洲和南亚育龄妇女的主要死亡原因。²⁰⁵

326. 2001 年至 2012 年，全球男女青年的艾滋病毒感染率均有下降。²⁰⁶ 在艾滋病毒感染率最高的撒哈拉以南非洲区域，感染率下降了 42%。在所有低收入和中等收入国家，感染率都大幅降低，但各地情况差异很大：东欧和中亚男青年的艾滋病毒感染率有所上升；在中东和北非，男女青年的感染率均有上升，但女青年的上升比例低于男子。²⁰⁶

327. 此外，在非洲等艾滋病毒流行地区(近四分之三的艾滋病毒感染者居住在非洲)，女青年的艾滋病毒感染率高于男性，²⁰⁶ 特别是在最低年龄段，而在非洲许多国家，到 30 或 30 岁以后，男性的艾滋病毒感染率才会达到与女性相似的水平。在艾滋病毒主要通过男男性行为或静脉注射吸毒传播的区域，感染模式呈相反形态。在那些区域，男青年的艾滋病毒感染风险高于女子。²⁰⁶

328. 尽管取得了进展，但 2009 年，在全球艾滋病毒新感染病例中，15-24 岁青年人约占 41%，²⁰⁷ 这突出表明迫切需要做出新的努力，确保提供有针对性的性与生殖健康信息、教育和服务，使青年人了解他们面临的风险，并为他们提供获取安全套、接受性传播感染筛查和治疗以及艾滋病毒检测和护理的渠道。关于数据覆盖范围，29 个国家(仅占全球青少年人口的 29%)收集 15 至 24 岁青年人的艾滋病毒感染情况数据，所收集的数据主要来自撒哈拉以南非洲及中亚和南亚部分地区，以及艾滋病毒感染率较低的一些富裕国家。²⁰⁸ 有关 10 至 14 岁青少年感染艾滋病毒的数据非常有限，阻碍了在预防这一群体出现新感染方面取得进展。²⁰⁹

329. 艾滋病署 2013 年全球艾滋病疫情报告也指出，关于全面掌握艾滋病毒传播方面知识的比率，所收集的数据很有限，目前只收集到全球 35% 青少年的相关数据。²¹⁰ 在许多艾滋病疫情较为普遍的国家，这方面的知识普及率很低，通常低于全国青少年人口的 50%，没有一个国家青少年全面掌握艾滋病毒传播方面知识

²⁰⁴ 世界卫生组织，“少女怀孕”，《概况介绍》第 364 号(2012 年 5 月)。

²⁰⁵ 人口基金，“生育不应成为生死攸关之事”(见上文脚注 14)。

²⁰⁶ 艾滋病署，《全球报告：2013 年全球艾滋病疫情报告》，第 16-17 页(见上文脚注 16)。

²⁰⁷ 来自《全球报告：艾滋病署 2010 年全球艾滋病疫情报告》的未发表估计数，引用于艾滋病署，《今天就开始保障未来：关于艾滋病毒和青年人的战略信息汇总》(日内瓦，2011 年)。

²⁰⁸ Patton 及其他，“Health of the world’s adolescents: a synthesis of internationally comparable data”，第 1667 页。

²⁰⁹ 艾滋病署，《全球报告：艾滋病署 2013 年全球艾滋病疫情报告》，第 18 页。

²¹⁰ 同上；Patton 及其他，“Health of the world’s adolescents: a synthesis of internationally comparable data”，第 1671 页。

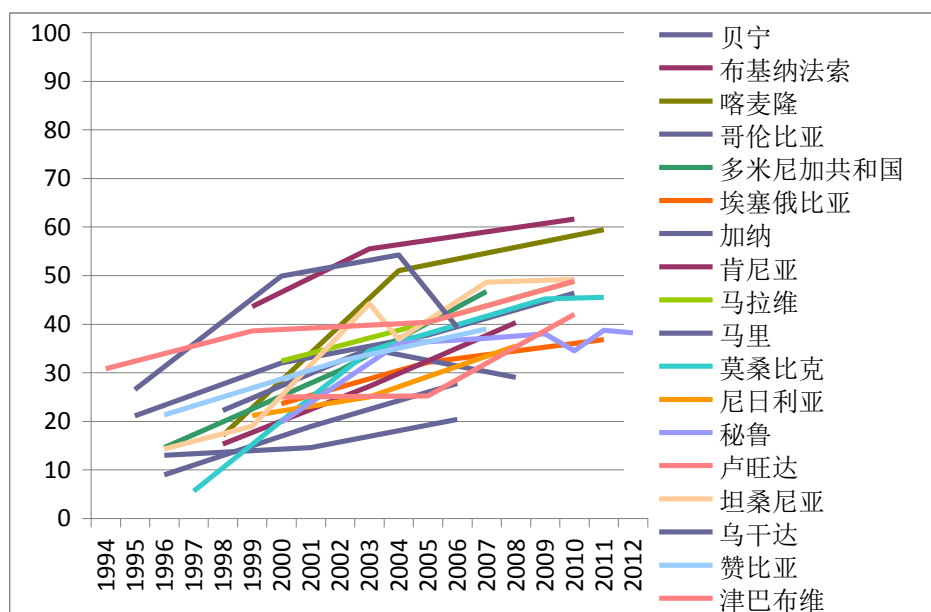
的比率高于 65%。值得注意的是，撒哈拉以南非洲国家女性这方面的知识水平低于男性；鉴于女青年感染艾滋病毒的风险很高，这种情况令人忧虑。

330. 1994 年以来进行过至少三次人口与健康调查的国家收集到的调查数据表明，自 1994 年以来，在大多数国家，15 至 24 岁青年男女最近一次性行为中使用安全套的比率一直在上升。但总体而言，女性的安全套使用率一直低于男性使用率(见图 21 和图 22)。由于在多伴侣情形中存在性别差异而且人们有着往好处说的倾向性(即社会偏向性)，自报的安全套使用率因性别而异。根据过去十年的观察，15 至 24 岁年轻人中艾滋病毒感染率出现下降，其最可能的致因在于上述这些安全套使用趋势。

图 21

没有婚史的 15 至 24 岁女性最近一次性行为中使用安全套的比例变化趋势

(1994 年以来进行过至少三次人口与健康调查或艾滋病指标调查的国家)

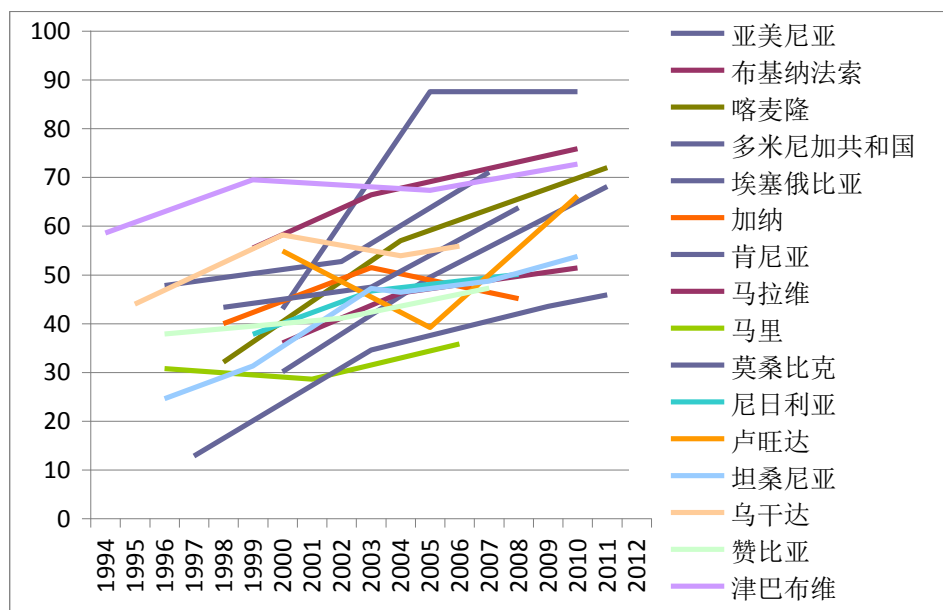


资料来源：2013 年 10 月 28 日进行的人口与健康调查和艾滋病指标调查，见 www.measuredhs.com。

说明：所有国家均具备至少两个时点的数据。

图 22
没有婚史的 15 至 24 岁年轻男子最近一次性行为中使用安全套的比例变化趋势

(1994 年以来进行过至少三次人口与健康调查或艾滋病指标调查的国家)



资料来源：2013 年 10 月 28 日进行的人口与健康调查和艾滋病指标调查，见 www.measuredhs.com。

说明：所有国家均具备至少两个时点的数据。

自国际人权与发展会议以来的人权阐述

方框 13

青少年和青年人的健康

具有约束力的文件：《伊比利亚-美洲青年权利公约》(2005 年；2008 年生效)和《非洲青年宪章》(2006 年；2009 年生效)均载有关于青年人健康权利的条款。

《非洲青年宪章》鼓励青年人参与健康活动，规定各国义务“确保青年人充分参与确定他们的生殖需求和健康需求。”该宪章要求各国“提供便利青年的生殖健康服务，包括避孕、产前和产后服务，”以“拟定综合方案，……防止不安全堕胎”，并“采取步骤，使女童和年轻妇女都能平等获得保健服务和营养。”该宪章还特别重视艾滋病毒和艾滋病问题，要求各国拟定应对艾滋病毒和艾滋病疫情的方案，包括“扩大提供并鼓励利用艾滋病毒/艾滋病自愿咨询和检测，”以及“为感染艾滋病毒/艾滋病的青年人提供及时治疗渠道。”《伊比利亚-美洲青年权利公约》确认，“青年人有权获得全面、优质保健，”包括“专门保健……及促进性健康和生殖健康。”

其他软性法律：各人权条约机构已通过一般性评论和建议，确认青少年就他们性健康和生殖健康作出决定的能力不断提高，并敦促各国拟定为青少年提供此类服务的方案。²¹¹ 儿童权利委员会通过的关于儿童享有可达到的最高标准健康的权利问题第 15 号一般性意见(2013 年)明确阐述了儿童和青少年享有可达到的包括保健服务在内最高标准健康的规范内容，以及《公约》缔约国应承担的尊重、保护、促进和落实儿童健康权利方面具有约束力的义务。《公约》敦促各国确保青少年获得性教育和性知识，不得基于第三方(即父母或保健机构)是否同意而限制他们获得教育和知识，²¹² 并且消除阻碍获得性与生殖健康服务的法律。²¹³ 条约机构还强调，应确保所有青年人能获得保密、对儿童问题敏感的服务，²¹⁴ 而且应当使怀孕少女能继续上学或重返学校。²¹⁵

1. 有针对性的青年方案

331. 如果不承认、重视和投资于青少年及其性与生殖健康，就会产生致命后果：艾滋病毒感染率高，可能导致过早死亡；在非计划和意外情况下怀孕，从而加大产妇死亡和罹患瘰管病等产科疾病的风险；婴儿和儿童死亡率上升。²¹⁶ 此外，青少年的生活和工作技能有限，不能很好地照顾子女，而且迫于学校或环境的压力，常常不得不放弃学业。因此，过早生儿育女会加大陷入贫困的风险。²¹⁷ 现在极其需要更多地投资于针对青少年、便利青年人的性与生殖健康教育和保健服务。令人生畏的环境会让年轻人感到害怕或恐惧，这包括开诊时间不灵活，服务

²¹¹ 儿童权利委员会，关于在《儿童权利公约》框架内青少年健康与发展 的第 4 号一般性意见(2003 年)(见 A/59/41，附件十)，第 1 和 31 段)。

²¹² 消除对妇女歧视委员会，委员会第二十届会议通过的涉及《消除对妇女一切形式歧视公约》中涉及妇女和保健的第 12 条的一般性建议 24(A/54/38/Rev.1，第一部分，第一章，A 节)。

²¹³ 例如，见经济、社会和文化权利委员会在委员会审议秘鲁合并第二至第四次定期报告后得出的结论意见(E/C.12/PER/CO/2-4，第 21 段)。

²¹⁴ 见儿童权利委员会在委员会审议阿曼第二次定期报告(CRC/C/OMN/CO/2)和巴拉圭第二次定期报告后得出的结论意见(CRC/C/15/Add.166，第 42 段)。

²¹⁵ 例如，见儿童权利委员会在委员会审议塞内加尔第二次定期报告后得出的结论意见(CRC/C/SEN/CO/2，第 54-55 段)。

²¹⁶ E. Loaiza 和 Liang, *Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence* (纽约，联合国人口基金，2013 年)；救助儿童会，*State of the World's Mothers 2004: Children Having Children* (2004 年)；世界卫生组织，*Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development*，世卫组织青少年问题讨论文件(日内瓦，2004 年)；人口基金，《人口基金青少年和青年行动框架：与青年人一道打开大门——4 把钥匙》(纽约，2007 年)，第 21 段。

²¹⁷ 《世界人口状况：儿童母亲》，第 iv 至 vi 页和第 17-31 页。

费高，保健服务提供者排斥或冷淡以及诊所路途遥远，或者请求提供协助或资源时感觉不舒服；他们也可能不知道有哪些服务。²¹⁸

332. 全球范围内有文献记载的青少年性与生殖健康方案数目庞大，其设计形式各异，但国家规模的或规定进行可靠定期评价的方案相对较少。²¹⁹ 虽然因地制宜设计方案有诸多好处，但应当远为大力地重视进行系统性的干预和影响评价。

333. 2006 年，世卫组织对旨在促成青年人更多地利用保健服务的 16 项干预措施及其成效进行了追溯研究。²²⁰ 它根据 2001 年关于艾滋病毒和艾滋病问题的大会特别会议通过的第 S-26/2 号决议中明确规定的具体目标，评价了这些干预措施，具体目标中包括到 2005 年，90% 的 15 至 24 岁青年人应能获得必要服务，从而减少他们感染艾滋病毒的风险，到 2010 年这一比例应为 95%。²²¹

334. 审查的结论认为，有足够证据表明，这些干预措施的一些部分是有效的，因而建议广泛实施那些包含培训服务提供者，改善诊所以更便利青年人，开展社区活动以创造需求，认真监测性与生殖健康服务的质量、影响和覆盖范围。²²²

335. 世卫组织经审查确认，这些干预措施固然使保健服务的使用率得到了提高，但在评估影响时所用的证据通常很弱或参差不齐，在有些情况中，所报材料缺乏

²¹⁸ V. Chandra-Mouli, P. and J. Feguson, “The World Health Organization’s work on adolescent sexual and reproductive health,” *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 第 56 卷, 第 2 期(2013 年 2 月), 第 256-261 页; 人口基金, 《人口基金青少年和青年战略: 挖掘青少年和青年的全部潜力》(纽约, 2013 年); 世卫组织, 《确保保健服务便利青少年: 拟订便利青少年的保健服务国家质量标准》(日内瓦, 2012 年); Guttmacher Institute 和国际计划生育联合会(计生联), “Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the developing world”, 2010 年 4 月, 见 <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf>; 人口基金, 《青少年和青年行动框架: 与青年人一道打开大门——4 把钥匙》; A. Tylee 及其他, “Youth-friendly primary care services: how are we doing and what more needs to be done?”, *The Lancet*, 第 369 卷, 第 9572 期(2007 年)。

²¹⁹ N. Haberland 和 D. Rogow, “Comprehensive sexuality education”, 为 2013 年 2 月在纽约格林特里举行的青少年性与生殖健康问题专家组会议编写的背景文件。

²²⁰ B. Dick 及其他, “Review of the evidence for interventions to increase young people’s use of health services in developing countries”, 载于 *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*, D. A. Ross, B. Dick and J. Ferguson, eds., 世卫组织技术报告汇编第 938 号(日内瓦, 世界卫生组织, 2006 年), 第 151-204 页。

²²¹ 同上, 第 152 页。

²²² 世卫组织和国际开拓者, 《南非全国便利青少年诊所倡议的演变》, “分析案例研究: 增加青少年使用保健服务的举措”(日内瓦, 世界卫生组织, 2009 年), 第 6-7 页; Dick 及其他, “Review of the evidence for interventions to increase young people’s use of health services in developing countries”。2009 年, 应各国决策者和方案管理者的请求, 世卫组织在“分析案例研究: 增加青少年使用保健服务的举措”汇编中公布了此次评价的详细结果, 以协助各国政府和非政府组织实施及扩大提供便利青少年的优质保健服务, 并协助为保健工作者提供必要的技术和财政支持。

详细描述；在数据的解释方面存在困难，从而所得结论和所提建议有其局限性。因此，审查结果要求开展更严格的研究和评价，特别是确定其他部门参与干预行动的效力。²²³

336. 2007 年就便利青年人的初级保健服务进行了一次全球评估，审查了便利青年人的保健服务和设施对健康状况产生的惠益和效力。这项评估导致就强化研究与评价的必要性得出了进一步结论。有充分的记录表明，青年人在获得服务方面遇到诸多障碍，但这些障碍没有得到全面处理，也没有把便利青年人的举措所产生效力的证据与年轻人健康方面成果进行适当比较。虽然利用率有所提高，但没有确凿证据说明，提供便利青年人的服务以及为此进行的所需投资是否改善了青年人的健康状况。研究报告呼吁实行经妥善规划的系统性干预措施，并定期进行评估，同时在设计干预措施时纳入具体目标和原则，并且根据这些目标、包括世卫组织关于便利青年人的服务发展框架中所列目标，评估其各项战略。²²⁴

337. 各国应投入资金并与青年人和保健服务提供者合作制定政策、法律和方案，确认、促进和保护青年人的性与生殖健康和权利及终生健康。针对学校内外少年和青年的所有方案都应提供可靠、优质性与生殖健康咨询和服务方面的参考介绍。

338. 各国应消除少年和青年获得性与生殖健康服务方面的法律、规章和政策障碍，确保为他们提供避孕信息和技术；他们得到性传播感染和艾滋病毒方面的预防、诊断和治疗，包括人类乳头瘤病毒疫苗；为精神健康问题等其他健康问题提供就诊转介。

2. 全面的性教育

339. 《行动纲领》呼吁各国政府向青少年提供性教育，并确保这些方案涵盖具体议题，其中包括性别关系和性别平等、暴力侵害青少年行为、负责任性行为、避孕、家庭生活以及性传播感染、艾滋病毒和艾滋病预防(第 4.29、7.37、7.41 和 7.47 段)。²²⁵

(a) 对全面性教育进行评价得出的最新结论

340. 1994 年以来，就性教育评价研究进行了多次审查。这些都是对发展中国家和发达国家以社区为基础和以学校为基础的各项方案进行的评价。从这些审查收集到的证据中可以得出以下一些结论和教训：

²²³ Dick 及其他，“Review of the evidence for interventions to increase young people’s use of health services in developing countries”。

²²⁴ Tylee 及其他，“Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done?”

²²⁵ 另见人口与发展委员会第 2011/1 号决议(E/2011/25，第一章 B)。

(a) 减少性风险的综合干预措施不会导致更早开始性行为或性活动更频繁；
226

(b) 大多数性教育方案都促成知识的增加，大约三分之二的方案在行为方面产生了一些积极影响；²²⁷

(c) 就那些进行健康成果跟踪以衡量方案影响的全面性教育方案而言，其在艾滋病毒、性传播感染和意外怀孕发生率方面几乎没有可衡量的影响；

(d) 将方案结果与具体方案特点联系起来的工作一直不协调或缺乏共识。
228

不过，若干次审查确定了与教学方法有关的一些要素：有效的方案往往包含技能培养、特别是安全套使用技能，互动式活动有助于学生将所学知识用于自身²²⁹

341. 审查人员建议使用生物健康结果作为衡量方案成效的指标，它比自我报告的性行为资料更可靠、更客观。²³⁰ 最近所作的一次审查只考虑那些把健康结

²²⁶ S. M. Napierala Mavedzenge、A. M. Goyle 和 D. A. Ross, “HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 49, No. 6 (2011), 第 568-586 页; D. Kirby, *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases* (Washington, D.C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2007); K. Michielsen 及其他, “Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials”, *AIDS*, : vol. 24, No. 8 (2012), 第 1193-1202 页; H. B. Chin 及其他, “The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the guide to community preventive services”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 42, No. 3 (2012), 第 272-294 页。

²²⁷ Kirby, *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*。

²²⁸ 同上, Napierala Mavedzenge、Goyle 和 Ross, “HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review”; M. Jukes、S. Simmons 和 D. Bundy, “Education and vulnerability: the role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa”, *AIDS*, 第 22 卷, 第 4 期(2008 年), 第 S41-S56 页。

²²⁹ V. A. Paul-Ebhohimhen、A. Poobalan 和 E. R. van Teijlingen, “A systematic review of school-based sexual health interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa”, *BMC Public Health*, 第 8 卷, 第 4 期 (2008)。

²³⁰ Napierala Mavedzenge、Goyle 和 Ross, “HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review”; Kirby, *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*; Michielsen 及其他, “Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials”; A. Harrison 及其他, “HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence”, *BMC Public Health*, 第 10 卷(2010 年 2 月)。

果作为方案影响衡量指标的研究报告。审查发现，强调性别与权力的全面性教育课程明显比“无关性别的”课程更有可能降低性传播感染和(或)意外怀孕的发生率。²³¹ 这个审查结果与可证明在全面性教育中纳入性别规范和性别关系内容具有重要意义其他证据相吻合。例如，研究发现，如果妇女和男子持有更加公平的性别态度，则他们明显更有可能使用避孕药具和/或避孕套，²³² 也明显更有可能接受产护理并在妇产设施中分娩。²³³ 在东非五个高生育率国家，不论教育程度、收入或宗教信仰如何，支持性别不平等的男子都有着更强的生育意愿。²³⁴

342. 许多年轻人都需要掌握人际关系技能，因为并非所有儿童都接受过礼貌待人以及尊重和不歧视他人的教导；学校可以提供增进人际关系的以价值观为基础的教学。各国应通过执行有同龄群体和家庭参与的多部门战略和教育，确保为男童、女童、少年和青年提供构建健康社会关系、和谐共处和无暴力生活的机会、辅导和技能，并促进对多样性、性别平等、自尊、解决冲突及和平的包容度和理解度。

343. 国家最高领导人、社区领袖、宗教机构和其他思想领袖应当与青年人协作，以创造性和公开的方式制定媒体和宣传战略，消除性别陈规定型观念所造成的负面社会后果，倡导性别平等价值和做法，褒奖非暴力的男子气概。

344. 2012 年对 10 个东非和南部非洲国家教学大纲所作的审查表明，有关性别与权利的明辨思维尚未充分纳入全面性教育和艾滋病毒教育。²³⁵

345. 全球调查发现，各国政府对青年性与生殖健康服务的支持度存在明显差异。在非洲，只有 54% 的国家以保证尊重隐私、保密和知情同意的方式确保向青少年和青年提供性与生殖健康信息和服务；而在美洲、欧洲和亚洲，这一比例分别为 96%、90% 和 80%。

346. 有证据表明，目前出现了一种模式转变，更多地执行强调对性别和权力采用明辨思维的方案。这导致出现了此种做法在多大程度上得到执行的问题。全球

²³¹ Haberland 和 Rogow, “Comprehensive Sexuality education”。

²³² A. M. Karim 及其他, “Reproductive health risk and protective factors among unmarried youth in Ghana”, *International Family Planning Perspectives*, 第 29 卷, 第 1 期(2003 年), 第 14-24 页; R. Stephenson、D. Bartel 和 M. Rubardt, “Constructs of power and equity and their association with contraceptive use among men and women in rural Ethiopia and Kenya”, *Global Public Health*, 第 7 卷, 第 6 期(2012 年), 第 618-634 页。

²³³ Y.Cui 及其他, “Effect of married women’s beliefs about gender equity on their use of prenatal and delivery care in rural China”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 第 111 卷, 第 2 期(2010 年), 第 148-151 页。

²³⁴ R. Snow、R. A. Winter 和 S. D. Harlow, “Gender attitudes and fertility aspirations among young men in five high fertility East African countries”, *Studies in Family Planning* 第 44 卷, 第 1 期(2013 年), 第 1-24 页。

²³⁵ 人口理事会, 《性教育: 对东部和南部非洲十国学校课程的审查》(巴黎, 联合国教育、科学及文化组织; 纽约, 联合国人口基金, 2012 年)。

调查发现，70%的政府报告说，它们正在探讨“修订课程内容，使其对性别问题有更敏感认识”，但调查中没有问及这一努力带来了哪些影响以及是否彻底。区域审查和成果强调，必须设计和执行有效和全面的性教育，其中应纳入将业务审查的五个专题支柱联系起来的关键要素。

347. 各国应认识到，为学校内外的青年人提供符合其能力发展的全面性教育至关重要，可使他们能够自我保护，避免出现意外怀孕、艾滋病毒和性传播感染；促进在各种关系中秉持宽容、相互尊重和非暴力的价值观；很好地规划他们的生活。各国应制定和实施全面的性教育方案，参照科学数据和证据提供关于人类性行为的准确信息，包括成长与发展、解剖学和生理学；生殖、怀孕和分娩；避孕；艾滋病毒和性传播感染；家庭生活和人际关系；文化与性；人权保护、实现价值以及赋权；不歧视、平等和性别角色；性行为；性虐待、性别暴力和有害习俗；以及便利青年人、可供探讨性关系和社会关系方面价值观、态度和规范的方案；促进获得技能，鼓励青年人对自己的行为承担责任并尊重他人的权利。这些方案应对性别问题有敏感认识，并着眼于培养生活技能；为青年人传授知识、技能和本领，使他们能就性生活作出知情决定。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 14

全面性教育

具有约束力的文书：《伊比利亚-美洲青年权利公约》(2005 年；2008 年生效) 确认，“受教育权利也包括接受性教育的权利”，“应将性教育纳入各级教育。”

其他软性法律：人权条约机构已经确认，健康权包括“健康的基本决定因素，比如……获得与健康、包括与性健康和生殖健康有关的教育和信息，”以及寻求、接受和传播健康方面信息的权利。²³⁶ 条约监测机构也强调指出，各国应确保所有青少年，不论是在校内还是校外，都能获得性与生殖健康方面的信息。²³⁷

²³⁶ 经济、社会和文化权利委员会，关于享有能达到的最高标准身心健康的权利(《经济、社会及文化权利国际公约》第十二条)的一般性意见 14(E/2001/22, 附件四)，第 11 段和第 12 段(b)(四)。

²³⁷ 儿童权利委员会，关于《儿童权利公约》框架内青少年健康与发展的一般性意见 4(见 A/59/41, 附件十)，第 26 和 28 段；儿童权利委员会在委员会审议澳大利亚第四次定期报告后得出的结论意见(CRC/C/AUS/CO/4, 第 67 段)；经济、社会和文化权利委员会在委员会审议俄罗斯联邦第五次定期报告后得出的结论意见(E/C.12/RUS/CO/5, 第 30 段)；消除对妇女歧视委员会第二十届会议通过的关于《消除对妇女一切形式歧视公约》中涉及妇女与健康的第 12 条的一般性建议 24(见 A/54/38/Rev.1, 第一部分，第一章，A 节，第 23 段)；消除对妇女歧视委员会在委员会审议土库曼斯坦合并第一和第二定期报告后得出的结论意见(CEDAW/C/TKM/CO/2, 第 30-31 段)；儿童权利委员会在委员会审议乌拉圭第二次定期报告后得出的结论意见(CRC/C/URY/CO/2, 第 52 段)；经济、社会和文化权利委员会在委员会审议荷兰合并第四和第五次定期报告后得出的结论意见(E/C.12/NL/CO/4-5, 第 27 段)。

3. 生育率、避孕和计划生育

348. 从全球来看,1990年至2010年,生育率下降了23%。²³⁸ 生育率下降在很大程度上是由于人们想要小家庭,再加上避孕方法的普及。人们之所以想要小家庭,是受许多因素影响,包括儿童生存机会改善,妇女机会,尤其是受教育机会增多。在整个非洲,尤其是撒哈拉以南非洲,生育率的下降速度低于其他区域,但依然高于世界上任何其他区域。²³⁹

349. 从全球来看,15至49岁已婚或有伴侣妇女目前的避孕率从1994年的58.4%提高到了2012年的63.6%,上升约10%。²⁴⁰ 在这一期间,避孕药具使用率在发展中国家(不包括中国)提高较快(从40%提高到54%),而发展中区域的使用率仍低于发达国家。发达国家中近72%的已婚或有伴侣妇女使用避孕药具。1990年代避孕普及率增长最快,快于2000年代;在一些极度贫困的国家中,普及率仍在10%以下。²⁴¹

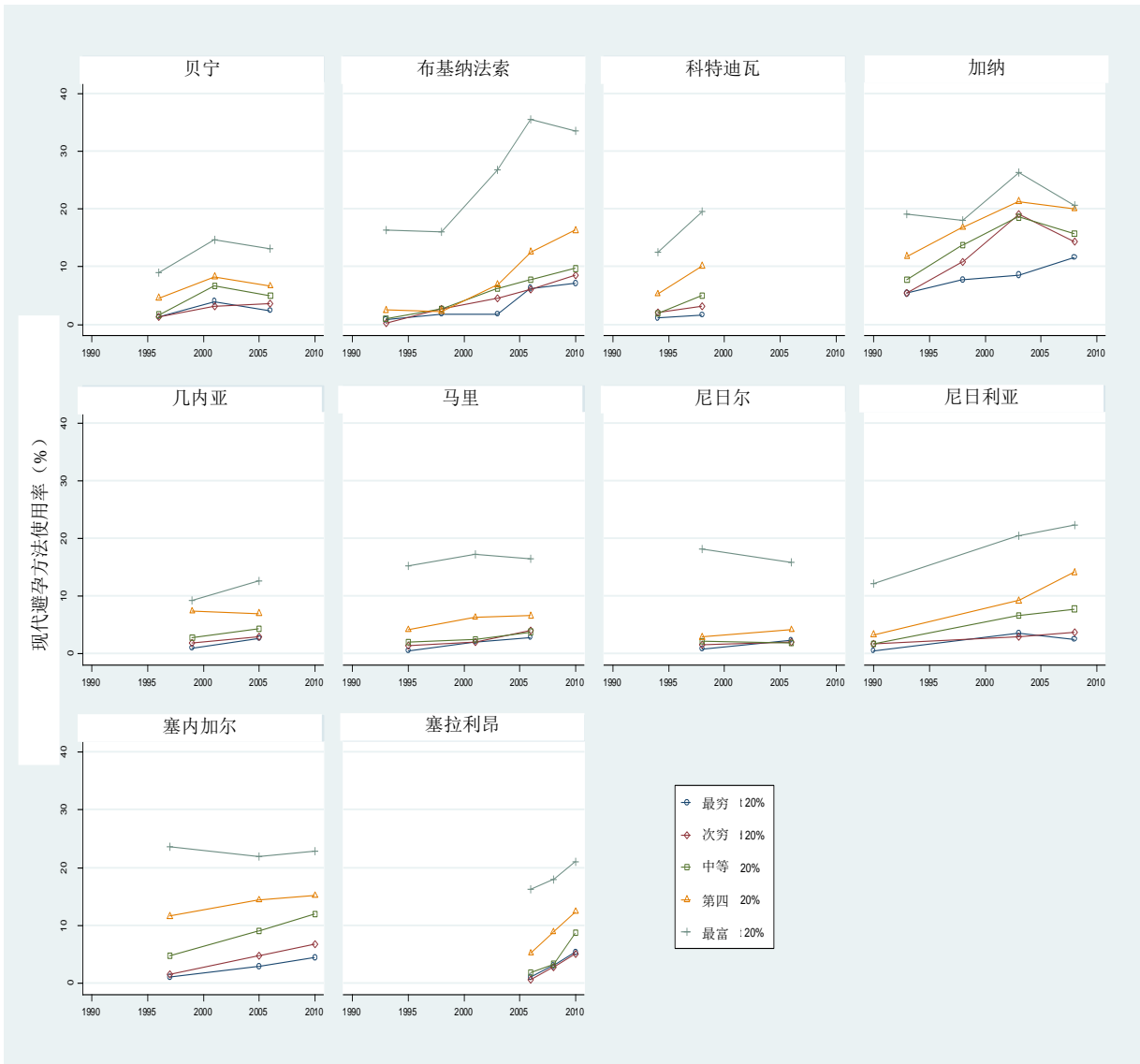
²³⁸ 计算全球总生育率下降幅度时,使用了1990年和2010年《世界人口展望:2012年修订版》的估计点数(ST/ESA/SER.A/336)。

²³⁹ J. G. Cleland、R. P. Ndugwa 和 E. M. Zulu, “Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation?”, *Bulletin of the World Health Organization*, 第89卷,第2011期(2010),第137-143号。

²⁴⁰ 联合国经济和社会事务部人口司,《2012年世界避孕药具使用情况》(POP/DB/CP/Rev2012),见 www.unpopulation.org。

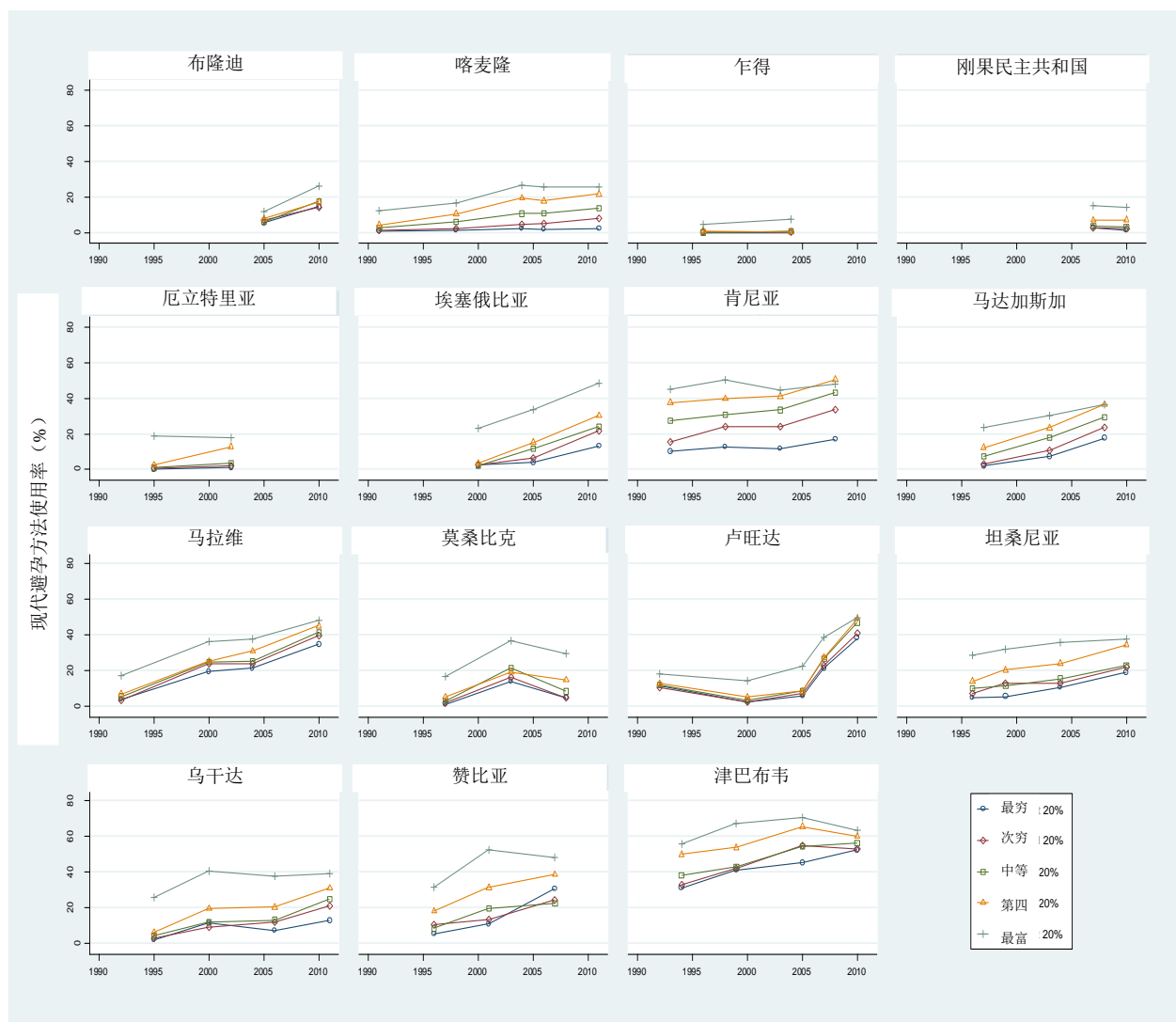
²⁴¹ N. Ortayli 和 S. Malarcher, “Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs”, *Studies in Family Planning*, 第41卷,第2期(2010),第101-108页; L. Alkema 及其他, “National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis”, *The Lancet*, 第381卷,第9878期(2013),第1642-1652页。

图 23
按家庭财富五分法分列的北非和西非使用现代避孕方法的趋势



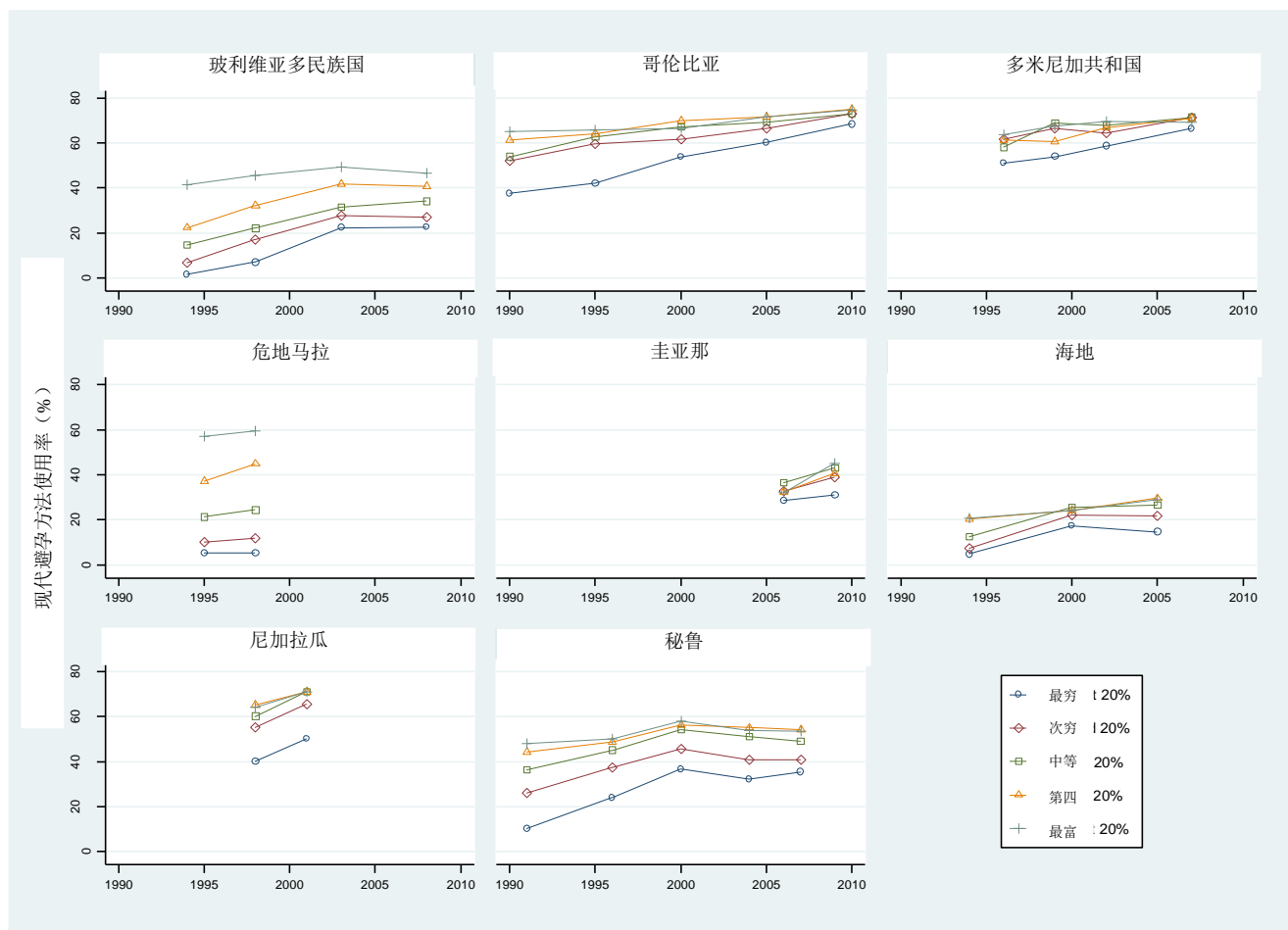
资料来源：人口与保健调查，见 www.measuredhs.com(2013年6月15日检索)；多指标类集调查，见 www.unicef.org/statistics/index_24302.html(2013年6月15日检索)，所有已掌握数据的国家均至少有两个时间点。

图 24
按家庭财富五分法分列的东部非洲、中部非洲和南部非洲使用现代避孕方法的趋势



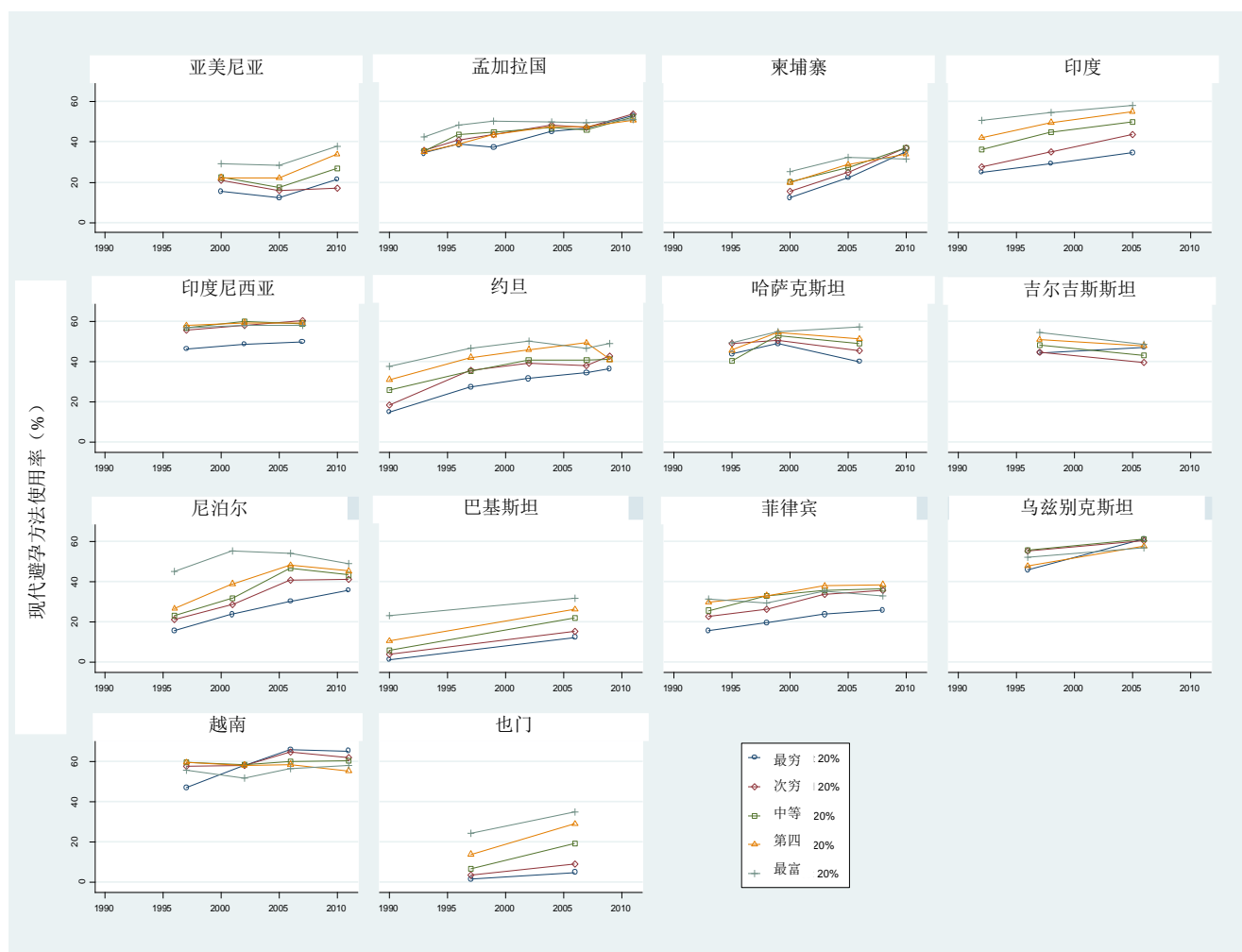
资料来源：人口与保健调查，见 www.measuredhs.com(2013年6月15日检索)；
多指标类集调查，见 http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html(2013年6月
15日检索)，所有已掌握数据的国家均至少有两个时间点。

图 25
按家庭财富五分法分列的南北美洲使用现代避孕方法的趋势



资料来源：人口与保健调查，见 www.measuredhs.com(2013年6月15日检索)；
多指标类集调查，见 http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html(2013年6月15日检索)，所有已掌握数据的国家均至少有2个时间点。

图 26
按家庭财富五分法分列的亚洲使用现代避孕方法的趋势



资料来源：人口与保健调查，见 www.measuredhs.com(2013年6月15日检索)；
多指标类集调查，见 http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html(2013年6月
15日检索)，所有已掌握数据的国家均至少有两个时间点。

350. 全球在现代避孕药具方面未获满足的需求比例从 1994 年的 20.7%，下降到了 2012 年的 18.5%。²⁴² 如今需求未获满足的女性 90% 生活在发展中国家，非洲男女的需求最大。在 28 个撒哈拉以南非洲国家，包括所有的西非国家(除一个国家外)，不到 25% 的育龄妇女使用避孕药具，未获满足的需求比例高达 36%。²⁴³

351. 全球调查结果显示，过去 5 年，10 个国家中约有 8 个已经致力处理“让更多妇女获得性与生殖健康信息和咨询”(84%)，“让更多男子获得性与生殖健康信息、咨询和服务”(78%)。同样，10 个国家中有 8 个报告说已致力处理“更多妇女获得全面性与生殖健康服务”问题(82%)以及“青少年”的问题(78%)。不过，这一比例在向“残疾人”(55%)和“土著人民和文化的少数群体”(62%)提供性与生殖健康服务方面，则有所下降。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 15

避孕信息和服务

其他软性法律。《消除对妇女一切形式歧视公约》(1979 年;1981 年生效) 第 12 条规定，“缔约各国应采取一切适当措施以消除在保健方面对妇女的歧视，保证她们在男女平等的基础上取得各种保健服务，包括有关计划生育的保健服务”(第 12 条(1))。此外，第 16 条(1)(e)保护妇女享有权利“自由负责地决定子女人数和生育间隔，并有机会获得使他们能够行使这种权利的信息、教育和方法”。条约监测机构根据这些标准，确认避孕药具需求未获满足与青少年怀孕率，流产率及产妇死亡率上升之间有着相互关联，而且在获得避孕药具方面面临的障碍会给某些人口群体造成不成比例的影响，因而自 1994 年以来一直敦促各国确保人们能获得世界卫生组织“基本药物清单”上的药物，包括激素避孕和紧急避孕药具。为阐述《经济、社会及文化权利国际公约》第 12 条规定的国家义务，经济、社会及文化权利委员会在其关于享有可达到的最高标准健康的权利的一般性意见 14(2000)中敦促“各国应取消对获取避孕用品以及维护性健康和生殖健康的其他手段的限制，应避免审查、扣留和故意歪曲包括性教育和信息在内的健康相关信息的行为，应避免阻止人民参与健康相关事务的行为。”另外，儿童权利委员会通过的关于儿童享有可达到的最高标准健康的权利的一般性意见 15(2013)中指出，“短期避孕方法，如避孕套、激素避孕和紧急避孕药具，应该方便性行为活跃的青少年取用。此外也应提供长期和永久避孕方法。”

²⁴² 联合国经济和社会事务部《2012 年世界避孕药具使用情况》。

²⁴³ J. Cleland 和 I. Shah, “The contraceptive revolution: focused efforts are still needed”, *The Lancet*, 第 381 卷, 第 9878 期(2013), 第 1604-1606 页; Alkema 及其他, “National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015”。

(a) 避孕方法组合

352. 过去二十年，现代避孕方法组合已变得多种多样，产品创新的方向一直是着眼于便利使用(和取出)、降低剂量和减少副作用。²⁴⁴ 不过，目前各种避孕产品并非没有不起作用和产生副作用的风险，有些还很严重；许多妇女对某些方法有临床禁忌。因为用户的偏好和临床需求不同，包括自己生理周期，一系列具有不同特征的避孕方法是以人权为基础的计划生育服务安全性和质量的一种标志，而且增加方法上的选择通常会提高总体使用率。

353. 1994 年，全球避孕方法组合中，主要是女性绝育和宫内避孕器，在各种避孕药具总使用率中分别占 31% 和 24%，其次是口服避孕药，占全球使用率的 14%(见附件一，表 2)。²⁴⁵ 二十年后，这三种方法继续占主导地位，但同时女性避孕方法也更加多样化，包括更多地使用注射和植入法，男用避孕套的使用率也在上升。1990 年代在某些国家最为普遍的单一方法今天仍然是最主要方法(见图 27)，表明在这些国家，产品选择有限和/或服务提供者能力有限。²⁴⁶

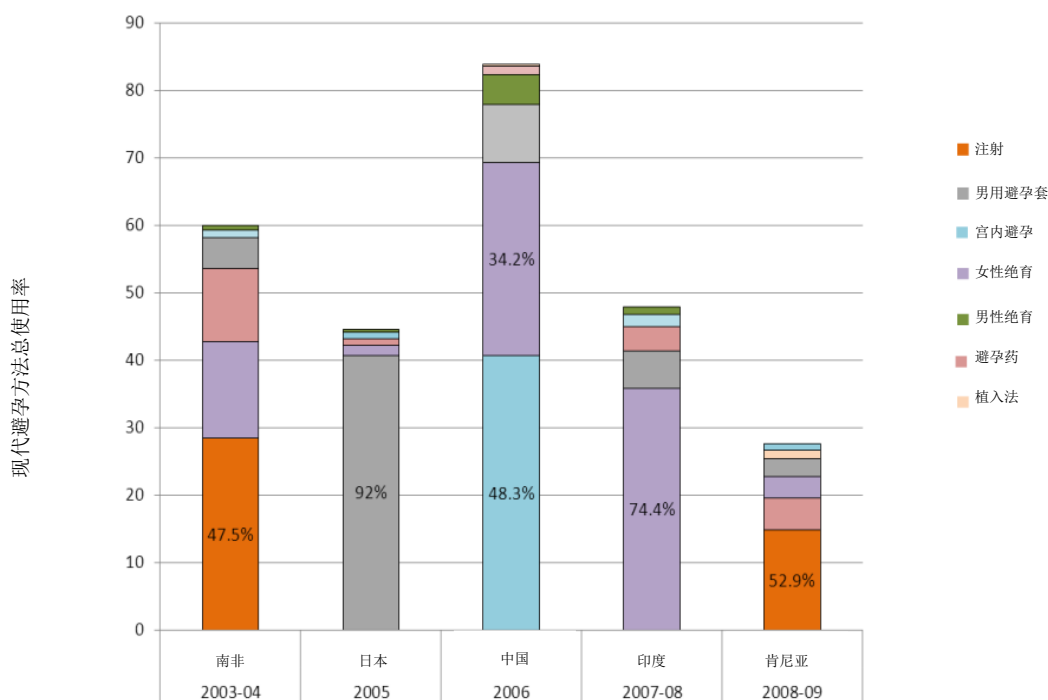
²⁴⁴ V. Brache 和 A. Faundes, “Contraceptive vaginal rings: a review,” *Contraception* 2010, 第 82 卷, 第 5 期 (2010), 第 418-427 页; Reproductive Health Supplies Coalition, “Caucus on new and underused reproductive health technologies: contraceptive implants”, 2013 年 7 月, 见 http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/rhsc-brief-contraceptive-implants_A4.pdf; L. Bahamondes, “Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods of preventing pregnancy”, RHL commentary, in *The WHO Reproductive Health Library* (日内瓦, 世界卫生组织, 最近一次于 2008 年 12 月 1 日修订), 见 http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD001326_bahamondes_l_com/en/; A. Nelson, “New low-dose extended-cycle pills with levonorgestrel and ethinyl estradiol: an evolutionary step in birth control”, *International Journal of Womens Health*, 第 2 卷 (2010), 第 99-106 页。

²⁴⁵ A. Biddlecom 和 V. Kantorova, “Global trends in contraceptive method mix and implications for meeting the demand for family planning”, 提交 2013 年 8 月在大韩民国釜山举行的第二十七届国际人口问题科学研究联合会(人口科联)国际人口会议的文件; 在模型基础上得出的估计数除其他外参考了 Alkema 及其他, “National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015”, 所采用的组合计算方法是以《2012 年世界避孕药具使用情况》为依据的。

²⁴⁶ 南非, 人口与健康调查, 2003-2004 年最后报告; 肯尼亚, 人口与健康调查, 2008-2009 年最后报告; 日本, 第十三次全国生育率调查, 2005 年; 中国, 全国计划生育和生殖健康调查, 2006 年; 印度, 2007-2008 年地区住户和设施调查; 引用于《2011 年世界避孕药具使用情况》(2013 年 9 月 5 日下载分析)。

图 27

15 岁至 49 岁妇女使用避孕方法的百分比分布情况，表明某些国家中单一方法最为普遍



资料来源：南非，2003-2004 年人口与健康调查，最后报告；肯尼亚，2008-2009 年人口与保健调查，最后报告；日本，第 13 次全国生育率调查，2005 年；中国，全国计划生育和生殖健康调查，2006 年；印度，2007-2008 年地区住户和设施调查；联合国引用，《2011 年世界避孕药具使用情况》，见 www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm (2013 年 9 月 5 日下载分析的数据)。

354. 以单一方法为主的方案可能反映以往国家计划生育政策由于公众选择和/或常规产品流动、供应者偏好或技术培训而得以延续的遗留影响。²⁴⁷ 无论以采用单一方法为主的方案出于何种原因而出台，这种方案都无法满足妇女在生殖的延缓、间隔和终止方面所存在的不同需求；妇女出于保健原因而对不同避孕技术

²⁴⁷ E. E. Seiber, J. T. Bertrand 和 T. M. Sullivan, “Changes in contraceptive method mix in developing countries”, *International Family Planning Perspectives*, 第 33 卷, 第 3 期 (2007 年); J. J. Brown、L. Bohua 和 S. S. Padmadas, “A multilevel analysis of the effects of a reproductive health programme that encouraged informed choice of contraceptive method rather than use of officially preferred methods, China 2003-2005”, *Population Studies*, 第 62 卷, 第 2 期 (2010 年), 引用于 “Changing China’s contraceptive policy”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 第 36 卷, 第 4 期(2010 年 12 月); D. R. Mishell, Jr., “Intrauterine contraception: an under-utilized method of family planning”, *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 第 12 卷, 第 1 期 (2007 年 3 月)。

的不同需求；或使用者在不同年龄段对不同方法的技术特征的偏好，例如使用者可控制而且可逆的方法等。

355. 高质量的计划生育方案的一个标准是，可以选择具有独特临床特征的不同方法，而且这些方法可能安全、价廉地提供给使用者。单一方法在有些国家一直最为普遍，这突出说明国家方案要权衡以下两者：一方面是向大众提供一种熟悉的方法，另一方面是投资于保健系统，让产品多元化，并且确保供应者具备必要的专门知识，以安全地推广一系列方法以及为此提供知情咨询。

(b) 紧急避孕药具

356. 1995 年以来，紧急避孕药具已列入《世卫组织基本药物标准清单》；²⁴⁸ 列入国际妇产科联盟颁发的规范、议定书和指南；在大多数发展中国家和发达国家注册，在 50 多个国家注册为非处方药品。²⁴⁹ 然而，有关紧急避孕药具的知识和信息不足，妨碍了其在大多数国家的使用。最近(2012 年)委员会发现，紧急避孕药具没有注册的通常原因是，紧急避孕药具政策与堕胎政策混淆，大众反对避孕。²⁵⁰ 委员会指出，限制人们获得紧急避孕药具的原因往往是，存在不必要的处方要求或者公共部门不提供，以及保健提供者仍然不太了解紧急避孕药具。

(c) 男性绝育

357. 在艾滋病毒令人关切的地方，使用安全套的男子出现增多，但 1994 年以来，在男性参与现代计划生育方面，进展极小，很少有国家报告说，过去 20 年男性绝育人数增加。

358. 男性绝育在总体避孕率中占 2 个以上数据点，²⁵¹ 而且至少有一个数据点是在 2005 年期间或以后的 92 个国家中，有 38 个国家(41%)报告说，他们没有采用男性绝育，只有 4 个国家(联合王国(21%)、大韩民国(17%)、美利坚合众国(14%)和不丹(13%))的男性绝育在总体避孕率中占 10% 以上。27 个国家(29%)自 1994 年以来男性绝育相对使用率出现下降：斯里兰卡(-4%)、印度(-2%)、泰国(-2%)、緬

²⁴⁸ 世卫组织，《世卫组织基本药物标准清单》第 18 版（日内瓦，2013 年 4 月）；见 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML_18_eng.pdf。

²⁴⁹ 国际紧急避孕问题联合会，Emergency Contraception in National Essential Medicines Lists(2013 年 12 月)；见 www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2014/01/ICEC_EC-in-EMLs_Dec-2013.pdf。

²⁵⁰ 为联合国妇女和儿童救生商品委员会编写的案例研究报告，见 www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities/life-saving-commodities/emergency-contraception。

²⁵¹ 见《2012 年世界避孕药具使用情况》(见上文脚注 240)。第一个数据点最接近 1994 年，另一个最接近 2012 年，截止点为 2005 年。在原先的 194 个国家中，有 26 个国家由于缺乏数据而被排除，33 个国家由于只有一个数据点而被排除，43 个国家由于最后一个数据点是在 2005 年之前而被排除。

甸(-1.4%)、美利坚合众国(-0.5)，这表明，要么男性绝育使用率绝对数字下降，要么对其他(主要是女性)避孕方法的依赖上升。²⁵²

359. 2002年，1.8亿妇女采用女性绝育，430万男性采用男性绝育。²⁵³ 鉴于女性绝育比较昂贵，健康风险较大，而且不可逆，而男性绝育相对安全，而且可逆，所以这一差异尤其显著。关于雄激素避孕的研究正继续缓慢推进。²⁵⁴

360. 各国必须紧急广为提供有关各种各样负担得起、便捷、优质避孕方法的好处和风险的高质量信息和咨询，同时鉴于性传播疾病和艾滋病的风险持续存在，应特别注意男用或女用安全套双重方法的使用，并确保能够获得避孕知识和商品，而无论婚姻状况如何。

4. 堕胎

361. 选择堕胎反映妇女遇到了很多难以避免的情况，例如避孕失败，不了解排卵期或不知如何使用避孕措施，无力担负避孕药具，生育意愿有变，妇女和伴侣对怀孕的想法不同，不敢要求伴侣使用避孕药具，意外性行为或强迫性行为等。²⁵⁵ 堕胎率在各国之间存在极大差异(见表1)，²⁵⁶ 最近的估计表明，堕胎率出现下降，与堕胎有关的死亡也在下降，趋势如下：

(a) 在全球和区域两级，因不安全堕胎产生并发症所引起的死亡风险都在降低，主要原因是改进了技术，更多地采用世卫组织安全堕胎和堕胎后保健指南，以及更广泛普及安全堕胎；

(b) 在每10万名接受不安全堕胎的妇女中，非洲的堕胎死亡率为460人，亚洲为160人，²⁵⁷ 死亡率仍然高得惊人；

(c) 在全球范围，总堕胎率从1995年的每1000名妇女(15-44岁)35例下降到2003年的每1000名妇女28例，但在2008年保持稳定，每1000名妇女29例；²⁵⁵

²⁵² J. E. Darroch, "Male fertility control: where are the men?", *Contraception*, 第78卷, 第4期(2008年), 第S7-S17页。

²⁵³ EngenderHealth, *Contraceptive Sterilization Global Issues and Trends*(纽约, 2002年), 第2章。

²⁵⁴ J. K. Amory 和 W. J. Bremner, "Newer agents for hormonal contraception in the male", *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 第11卷, 第2期(2000年), 第61-66页。

²⁵⁵ Gilda Sedgh 及其他, "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", *The Lancet*, 第379卷, 第9816期(2012年2月18日), 第625-632页。

²⁵⁶ 数据汇编自 Gilda Sedgh 及其他, "Legal abortion worldwide: incidence and recent trends", *International Family Planning Perspectives*, 第33卷, 第3期(2007年9月), 第106-116页。

²⁵⁷ 世卫组织, 《不安全堕胎: 2008年全球和区域不安全堕胎事故和相关死亡估计》, 第六版, (日内瓦, 2011年)。

(d) 绝对堕胎估计数从 1995 年的 4 560 万降至 2003 年的 4 160 万，然后在 2008 年增至 4380 万。255 增长的原因是 2003 年至 2008 年堕胎率保持不变，而这段期间人口出现增长；

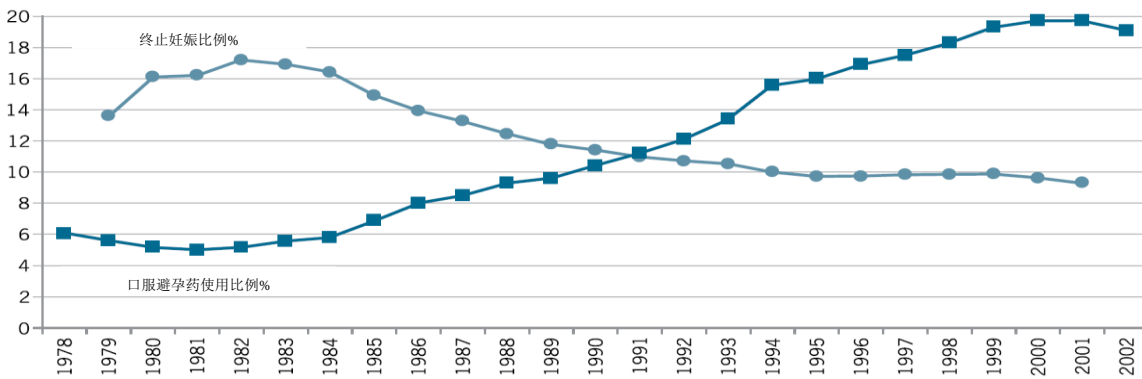
(e) 堕胎率最高的次区域是东欧(每 1 000 名妇女 43 例)、加勒比地区(每 1 000 名妇女 39 例)、东非(每 1 000 名妇女 38 例)和东南亚(每 1 000 名妇女 36 例)，堕胎率最低的次区域是西欧(12)。²⁵⁵

(f) 2008 年，所有堕胎中约有 86% 发生在发展中世界，该年度是掌握估计数的最近一年。²⁵⁵

362. 各国政府在《行动纲领》中以及在进一步执行《行动纲领》的关键行动中承诺最优先关注预防意外怀孕，从而“尽全力消除对堕胎的需求”。履行这一承诺的主要要求是，确保公众了解怀孕的风险，订立强有力的性别平等规范，以及普及负担得起、具有不同特点的一系列安全避孕方法，使大多数男女能够采用符合自己需要而且也顾及任何禁忌的避孕方法。有时，避孕药具的增加使用促成了堕胎率的直接下降。意大利过去 20 年的情况便是证明(图 29)。²⁵⁸ 堕胎率与使用现代避孕方法之间的相互作用，受生育意愿等其他条件的影响，当生育率在一段时间内保持不变时，增加使用有效的现代避孕方法也会引起堕胎率下降。²⁵⁹

图 28

1978-2002 年意大利育龄妇女自愿结束怀孕和使用口服避孕药的比例



资料来源：世卫组织，《妇女与儿童保健：人权影响的证据》(日内瓦，2013 年)，图 2D.4。见 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420_eng.pdf。

²⁵⁸ Bustreo 及其他, Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights (见上文脚注 183); G. Benagiano、C. Bastianelli 和 M. Farris, "Contraception: a social revolution", *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 第 12 卷, 第 1 期(2007 年), 第 3-12 页。

²⁵⁹ C. Marston 和 J. Cleland, "Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence", *International Family Planning Perspectives*, 第 29 卷, 第 1 期(2003 年), 第 6-13 页。

363. 性别平等可以通过多种方式减少堕胎风险，例如，转变社会风气，促成夫妻更多地商讨避孕，²⁶⁰ 取消诸如配偶通知/授权法等歧视性法律，或是颁布更有力的法律，减少亲密伴侣的暴力威胁。²⁶¹

364. 1996 年至 2003 年之间，全世界所有地区的堕胎率都有所下降，但降幅最为显著的是欧洲 255(见图 29)，反映 1996 年东欧堕胎率相对较高，而到 2003 年则陡然下降。随着时间推移，西欧堕胎率已大为降低，而且也相对稳定。

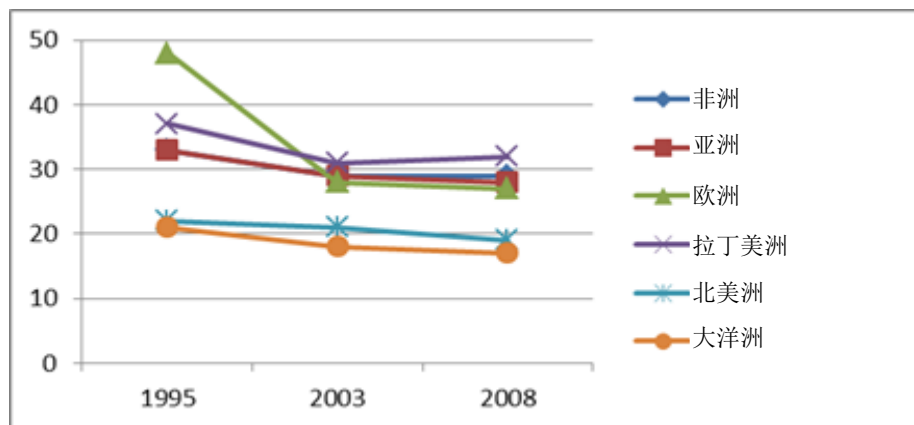
365. 西欧堕胎率低，是由于普及了避孕知识和方法，包括青年人接受全面的性教育，而且男女高度平等。这些因素创造了使用避孕、降低堕胎率的有利环境。

366. 各国应努力消除对堕胎的需求，从青少年开始，向所有有需求的人普及全面性教育、性与生殖健康服务，包括现代避孕方法；普遍提供低价男用和女用避孕套，及时提供紧急避孕药具并给予保密；开设学校课程并实施媒体方案，以增进性别平等价值观，使夫妻能共同商讨性问题和避孕问题；实施法律，使妇女和女童免遭性别暴力，从而尊重、保护和促进人权。

²⁶⁰ M. Do 和 N. Kurimoto, “Women’s empowerment and choice of contraceptive methods in selected African countries”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 第 38 卷, 第 1 期(2012 年), 第 23-33 页; I. H. Mosha 和 R. Ruben, “Communication, knowledge, social network and family planning utilization among couples in Mwanza, Tanzania”, *African Journal of Reproductive Health*, 第 17 卷, 第 3 期(2013 年), 第 57-69 页; A. A. Bawah, “Spousal communication and family planning behavior in Navrongo: a longitudinal assessment”, *Studies in Family Planning*, 第 33 卷, 第 2 期(2002 年), 第 185-194 页; W. I. De Silva, “Husband-wife communication and contraceptive behaviour in Sri Lanka”, *Journal of Family Welfare*, 第 40 卷, 第 2 期(1994 年), 第 1-13 页。

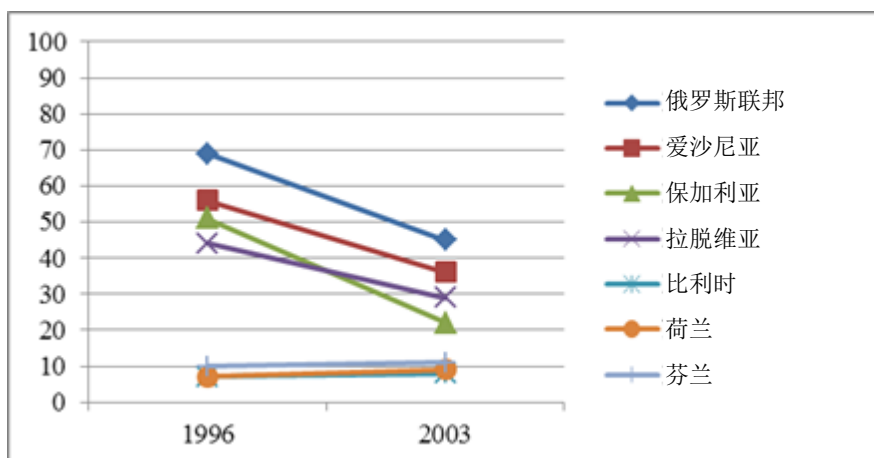
²⁶¹ G. E. Ely 和 M. D. Otis, “An examination of intimate partner violence and psychological stressors in adult abortion patients”, *Journal of Interpersonal Violence*, 第 26 卷, 第 16 期(2011 年), 第 3248 页; D. K. Kaye 及其他, “Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago Hospital, Kampala, Uganda”, *Tropical Medicine and International Health*, 第 11 卷, 第 1 期(2006 年), 第 90-101 页; T. W. Leung 及其他, “A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 第 77 卷, 第 1 期(2002 年), 第 47-54 页; D. Kaye, “Domestic violence among women seeking post-abortion care”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 第 75 卷, 第 3 期(2001 年), 第 323 - 325 页; IPAS, “Youth perspectives reveal abortion stigma and gender inequity are barriers to education on safe abortion”, 见 www.ipas.org/en/News/2013/October/Youth-perspectives-reveal-abortion-stigma-and-gender-inequity-are-barriers-to-education-on.aspx。

图 29
每 1 000 名 15-44 岁妇女堕胎情况，加权区域估计，1995 年、2003 年和 2008 年



资料来源：图内数字所依据的数据来自：G Sedgh 及其他，“人工流产：1995 年至 2008 年世界各地的情况和趋势”，The Lancet，第 379 卷，第 9816 号(2012 年 2 月 18 日)。

图 30
欧洲一些可合法堕胎的国家中每 1000 名 15-44 岁妇女堕胎比例，1996 年和 2003 年



资料来源：图内数字所依据的数字来自：Sedgh G 及其他，“人工流产：1995 年至 2008 年世界各地的情况和趋势”，The Lancet，第 379 卷，第 9816 号(2012 年 2 月 18 日)。

表 1
所报数据相对完整的合法堕胎情况，2001-2006 年

国别/领土	掌握估计数的最近年份	每 1 000 名 15-44 岁 妇女堕胎次数	每 100 名活产婴儿 的堕胎数目
古巴	2004	57	109
俄罗斯联邦	2003	45	104
爱沙尼亚	2003	36	82
白俄罗斯	2003	35	91
拉脱维亚	2003	29	69
匈牙利	2003	26	57
保加利亚	2003	22	52
美国	2003	21	31
新西兰	2003	21	33
澳大利亚	2003	20	34
瑞典	2003	20	34
波多黎各	2001	18	28
英格兰和威尔士	2003	17	29
法国	2003	17	26
斯洛文尼亚	2003	16	40
立陶宛	2003	15	38
丹麦	2003	15	24
挪威	2003	15	25
加拿大	2003	15	31
新加坡	2003	15	31
以色列	2003	14	14
捷克共和国	2003	13	29
斯洛伐克	2003	13	31
苏格兰	2003	12	23
意大利	2003	11	25
芬兰	2003	11	19
荷兰	2003	9	14
德国	2003	8	18
比利时	2003	8	14
瑞士	2003	7	15

国别/领土	掌握估计数的最近年份	每 1 000 名 15-44 岁妇女堕胎次数	每 100 名活产婴儿的堕胎数目
突尼斯	2000	7	9
南非	2003	6	6
尼泊尔	2006	5	4

资料来源：数据来自 Sedgh G 及其他“人工流产：1995 年至 2008 年世界各地的情况和趋势”，*The Lancet*, 第 379 卷，第 9816 号(2012 年 2 月 18 日)。

367. 在东欧，堕胎率下降是由于苏联解体后，现代计划生育服务和产品的提供和使用日益增多。不过，2001-2005 年期间持续存在相对较高的估计堕胎率(俄罗斯联邦(每 1000 名妇女 45 例)、爱沙尼亚(36 例)、白俄罗斯(35 例)、保加利亚(26 例)和拉脱维亚(29 例)，²⁵⁶ 而与此同时，现代避孕方法使用率与西欧则不相上下(现有的 2000-2006 年期间任何一年避孕率分别为：俄罗斯联邦(64.6%的 15-49 岁妇女)、爱沙尼亚(57.9%)、白俄罗斯(56%)、保加利亚(40.1%)、拉脱维亚(55.5%))，这表明在有效使用行为上存在滞后，或者可能是避孕失败。类似的不一致情况在古巴也很明显，该国的堕胎率全世界最高(每 1 000 名 15-44 岁妇女有 57 例)，²⁵⁶ 但所报告的现代避孕方法使用率也很高，其避孕药具普及率在 2000 年为 72.1%，2006 年为 71.6%)。²⁶² 这些情况突出说明，获得避孕药具是必要的，但可能还不足以减少堕胎，其他文化行为可能要求理解和干预，包括在某些关系中使用避孕药具所带有的相关社会和象征意义，伴侣之间沟通的规范做法，社会对性行为的预期，当地对堕胎的解读，以及强迫性行为的危险。

368. 1994 年以来，在减少不安全堕胎致死这方面取得了重大进展，特别是在法律和实践方面进行补充性和全面改革，把堕胎作为公共保健问题加以对待的国家(见下文乌拉圭范例研究)。不过，近年来，堕胎致死的人数一直保持不变，即使在产妇死亡总人数持续下降时也是这样。截至 2008 年，估计有 47 000 名产妇死亡是由于不安全堕胎造成的，比 1990 年的 69 000 人有所下降。²⁶³ 但是，考虑到不安全堕胎造成的死亡人数要比产妇死亡总人数下降得要慢，不安全堕胎导致的死亡似乎在全球孕产妇死亡中占越来越大的比例。²⁶⁴

²⁶² 避孕药具普及率数据来自千年发展目标指标数据库(<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/data.aspx>)。

²⁶³ E. Ahman 和 I. Shah, “New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 第 115 卷，第 2 期(2011 年)，第 121-126 页。

²⁶⁴ K. Ringheim, “Sexual and reproductive health and rights thematic report”, 为 2014 年以后《行动纲领》后续执行审查编写的背景文件(2013 年 6 月)。

案例研究：消除不安全堕胎造成的产妇死亡

乌拉圭

自 2001 年以来，乌拉圭通过执行“乌拉圭风险和损害预防模式”，在减少不安全堕胎导致产妇死亡方面取得了重大进展。这一模式所依据的是履行《国际人口与发展会议行动纲领》的承诺。其用意在于减少不安全堕胎带来的风险和死亡。2001 年，不安全堕胎占孕产妇死亡的 42%，2002 年占 28%，2003 年占 55%。

该模式是基于三个支柱：尊重妇女的决定；实行保密做法并坚持采取专业做法；把堕胎作为公共卫生事务，而非法律或刑事案件。所有女性，包括青少年，都可求助于包括妇科医生、助产士、心理学家、护士和社会工作者在内的多部门人员，这些人员可在全面保健做法范围内提供堕胎前和堕胎后的信息、咨询和服务，包括关于堕胎以外办法、现行堕胎方法及其风险的信息，这种全面做法中包括并发症防治、康复及避孕药具提供。成功的关键是，所有的性与生殖保健专业人士均须接受培训，以便提供堕胎前和堕胎后咨询。

这一模式实施后出现了令人鼓舞的成果。2004 年至 2007 年，乌拉圭最多只有 2 例不安全堕胎造成产妇死亡，2008 年至 2011 年后，因不安全堕胎造成的产妇死亡人数为零。世卫组织表示，其他国家可对这种模式进行调整，并加以采纳。

2012 年，乌拉圭成为拉丁美洲在古巴和圭亚那之后通过《自愿终止妊娠法》，把堕胎合法化的第三个国家；这保证了妇女在妊娠头十二周期间安全堕胎的权利，以及在遭受强奸情形下于妊娠头十四周期间堕胎的权利。根据《儿童和青少年守则法》第 8 条，青少年在该法中被列入“渐进自主”概念范畴内，这个概念指的是，每个人的个人能力都会逐渐发展，最终能够充分享有所有权利。

除了这项举措外，还实施了《保护性与生殖健康权利法》(2008 年)，其中要求公共和私营医疗服务提供者提供全面的性与生殖健康服务，包括提供私密咨询以及公共服务部门提供免费、高质量避孕药具；此外还实施了《性教育法》(2009 年)，其中规定在，从幼儿园到师资培训等各级正规教育中把性教育制度化，这些都是促成因素，使乌拉圭的产妇死亡率在拉丁美洲最低，在南北美洲倒数第三。2012 年是已掌握数据的最近一年，在这一年中，乌拉圭的孕产妇死亡率为每 10 万名活产 10.3 例。

369. 非洲(除南部非洲以外)以及中美洲和南美洲的几乎所有堕胎(97%)仍然不安全。²⁵⁵ 但这个数字并没有反映由堕胎引起的死亡风险在各区域之间有着巨大差异，非洲比拉丁美洲和加勒比地区高出 15 倍。²⁶³ 同样也是在非洲，自 1990

年以来不安全堕胎造成的死亡人数降幅最小。²⁶⁵ 在拉丁美洲，死亡人数估计从每 10 万例堕胎的 80 人，下降到 30 人；非洲的死亡人数则从每 10 万例堕胎的 680 人死亡这个惊人比率下降至 460 人(撒哈拉以南非洲为 520 人)。²⁶⁵

370. 《行动纲领》中确认不安全堕胎是一个重大的公共卫生问题，政府有责任提供堕胎后保健和咨询。1995 年，世卫组织提出了技术建议，力求在堕胎合法的地方提高堕胎服务质量，并改善对出现堕胎并发症妇女的紧急护理；后者对于堕胎不合法的国家尤其具有现实意义。²⁶⁶ 1999 年，在《行动纲领》五年审查之际，世卫组织开始了一系列协商，导致形成了《安全堕胎：保健系统技术和政策准则》出版物，它于 2003 年 7 月获得批准，并以世卫组织正式语文和多种非正式语文出版。一些机构认为，近期堕胎死亡案例减少的原因是人们越来越多地采用这一出版物中载述的准则。

371. 各国应采取具体措施，紧急降低堕胎引发的并发症和死亡，为此向患有不安全堕胎并发症的所有妇女提供更多的非歧视性堕胎后保健，并确保所有供应者按照世卫组织出版物《安全堕胎：保健系统技术和政策准则》行事，以提供高质量的护理，消除在提供服务方面遇到的法律障碍。各国应消除阻碍妇女和女童安全堕胎的法律障碍，包括修改现行堕胎法中的限制性规定，以保护妇女和女童的生命，并在堕胎合法的情况下，确保所有妇女都有机会获得安全、高质量的堕胎服务。

372. 全球调查发现，过去 5 年中，只有 50% 的国家处理了“依法提供安全堕胎服务”的问题。不过，更多的国家(65%)确实处理了“防止和管理不安全堕胎后果”的问题。致力处理这一问题的政府比例与其国家财富成反比。因此，尽管 69% 的最低收入国家通过政策、预算和具体行动应对这一问题，但只有 29% 的最富有国家采取同样行动。这可能反映低收入国家不安全堕胎比例较高。

373. 在各国和各区域内部及其之间，提供安全与全面堕胎服务以及管理堕胎并发症的情况有着广泛差异。关于管理堕胎并发症，孕产妇和新生儿方案努力指数提供的数据证明，在大多数发展中国家，农村地区妇女获得的服务要少得多。²⁶⁷

374. 如果按堕胎法现状把各国进行分类(限制最多、较少、最少)，²⁶⁸ 那么在法律限制最多的国家中，处理“防止和管理不安全堕胎后果”这一问题的国家比

²⁶⁵ 世界卫生组织，《安全堕胎，保健系统技术和政策指南》，第二版，(日内瓦，2012 年)。

²⁶⁶ P. F. A. Van Look 和 J. Cottingham, “The World Health Organization's safe abortion guidance document”, *American Journal of Public Health*, 第 103 卷, 第 4 期(2013 年 4 月), 第 593-596 页。

²⁶⁷ 分析所依据的数据来自孕产妇和新生儿方案工作指数(<http://www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmnp.cfm>)。

例最低(72%)。同样，在法律限制最多的国家中，只有 48%处理了“在法律范围内提供安全堕胎服务”的问题。

自国际人权与发展会议以来的人权阐述

方框 16

堕胎

其他软性法律。1994 年以来，人权标准逐步发生演变，以加强和扩大各国对于堕胎的义务。在一系列结论意见中，条约监督机构都强调指出限制性堕胎法律、产妇死亡率和不安全堕胎之间的联系；²⁶⁹ 谴责绝对禁止堕胎；²⁷⁰ 敦促各国取消对堕胎妇女和女童以及堕胎服务提供者的惩罚措施。²⁷¹ 此外，条约监督机构还强调，各国至少应让堕胎合法化，确保在胎儿严重异常、在强奸或乱伦造成怀孕的情形下，如怀孕会给妇女的健康和生命带来风险，则可以堕胎。²⁷² 不过，人权事务委员会指出，此类例外可能不足以确保妇女的人权，而且在堕胎合法的情况下，必须提供方便可用、可接受和良好质量的堕胎服务。²⁷³ 不论法律地位如何，条约机构都强调各国必须确保给予保密和适当堕胎后护

²⁶⁸ 联合国经济和社会事务部人口司，《2013 年世界堕胎政策》，见 www.unpopulation.org。

²⁶⁹ 消除对妇女歧视委员会在该委员会审议巴拉圭第六次定期报告 (CEDAW/C/PRY/CO/6, 第 31 段(a)) 和智利第四次定期报告 (CEDAW/C/CHI/CO/4, 第 20 段) 后提出的结论意见；经济、社会及文化权利委员会在该委员会审议菲律宾合并第二至第四次定期报告 (E/C.12/PHL/CO/4, 第 31 段) 后得出的结论意见；人权事务委员会在该委员会审议赞比亚第四次定期报告 (CCPR/C/ZMB/CO/3, 第 18 段) 后得出的结论意见。

²⁷⁰ 禁止酷刑委员会在该委员会审议尼加拉瓜第一次报告 (CAT/C/NIC/CO/1, 第 16 段) 后得出的结论意见；人权事务委员会在该委员会审议萨尔瓦多第六次定期报告 (CCPR/C/SLV/CO/6, 第 10 段) 后得出的结论意见；经济、社会及文化权利委员会在该委员会审议智利第三次定期报告 (E/C.12/1/Add.105, 第 26 至 53 段) 后得出的结论意见。

²⁷¹ 消除对妇女歧视委员会，委员会第二十届会议通过的与《消除对妇女一切形式歧视公约》关于妇女与健康的第 12 条有关的一般性建议 24 (见 A/54/38/Rev.1, 第一部分, 第一章, A 节)；人权事务委员会在该委员会审议哥斯达黎加第四次报告 (CCPR/C/79/Add.107, 第 11 段) 后得出的结论意见；儿童权利委员会在委员会审议尼加拉瓜第四次定期报告 (CRC/C/NIC/CO/4, 第 59 段(b)) 后得出的结论意见。

²⁷² 儿童权利委员会在该委员会审议乍得第一次报告 (CRC/C/15/Add.107, 第 30 段)、智利第三次定期报告 (CRC/C/CHL/CO/3, 第 56 段) 和哥斯达黎加第四次定期报告 (CRC/C/CRI/CO/4, 第 64 段 (c)) 后得出的结论意见；人权事务委员会在该委员会审议危地马拉第三次定期报告 (CCPR/C/GTM/CO/3, 第 20 段) 后得出的结论意见；经济、社会及文化权利委员会在该委员会审议多米尼加共和国第三次定期报告 (E/C.12/DOM/CO/3, 第 29 段) 和智利第三次定期报告 (E/C.12/1/Add.105, 第 53 段) 后得出的结论意见。

²⁷³ 人权事务委员会在该委员会审议波兰第五次定期报告 (CCPR/CO/82/POL, 第 8 段) 后得出的结论意见。

理。²⁷⁴

年轻女性堕胎

375. 2008年,发展中国家中所有不安全堕胎中的41%(870万)涉及15-24岁年轻女性;其中320万例不安全堕胎涉及15-19岁女性。²⁷⁵ 青少年更可能患不安全堕胎并发症,而所有堕胎死亡人数中几乎有一半为25岁以下的妇女。²⁵⁷ 有证据表明,青少年更可能拖延寻求堕胎,甚至是在可合法堕胎的国家,她们也会由于恐惧、缺乏知识和财力有限而寻找不安全的堕胎诊所。²⁷⁵

案例研究:有效的计划生育战略可导致非常低的堕胎率

荷兰

荷兰是一个极好的范例,它采用务实而全面的计划生育方法,特别是针对青年人采用此方法,从而成为全球堕胎率最低的国家之一。到1960年代后期,荷兰家庭医生便开始提供计划生育服务。1971年,计划生育被列入全国公共医疗保险制度,提供免费的避孕药具。性教育是普遍而全面的,而且根据联合国共同指标,荷兰的妇女所获赋权也是世界最高。²⁷⁶ 性生活很活跃的青年人是所有青年人口中使用避孕药具比例最高的,因此,荷兰15-44岁妇女的堕胎率为每1000名妇女5-9例,是世界上最低的国家之一。堕胎在荷兰是合法的,而且安全、方便,也不多见。²⁷⁷

376. 各国政府在《行动纲领》中承诺最优先重视预防意外怀孕,从而“尽全力消除对堕胎的需求”。仔细探讨诸如荷兰等低堕胎率国家的政策和实践,可以总结出宝贵的经验,帮助减少意外怀孕。

5. 孕产妇死亡率

377. 1994年以来,就所有性与生殖健康指标而言,孕产妇死亡率指标方面进展最大。1994年,每年因妊娠和生育等基本可预防的原因死亡的妇女达50多万;

²⁷⁴ 经济、社会及文化权利委员会在该委员会审议斯洛伐克第二次定期报告(E/C.12/SVK/CO/2,第24段)后得出的结论意见;消除对妇女歧视委员会在该委员会审议智利第四次定期报告(CEDAW/C/CHL/CO/4,第20段)后得出的结论意见。

²⁷⁵ I. Shah 和 E. Ahman, “Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women”, *Reproductive Health Matters*, 第20卷,第39期(2012年),第169-173页。

²⁷⁶ 《2010年世界妇女:趋势和统计》(联合国出版物,出售品编号:E.10.XVII.11)。

²⁷⁷ *Sexual and Reproductive Health: The Netherlands in International Perspective*. (2009年),见 www.rutgerswpf.org/sites/default/files/Sexual-and-reproductive-health.pdf。

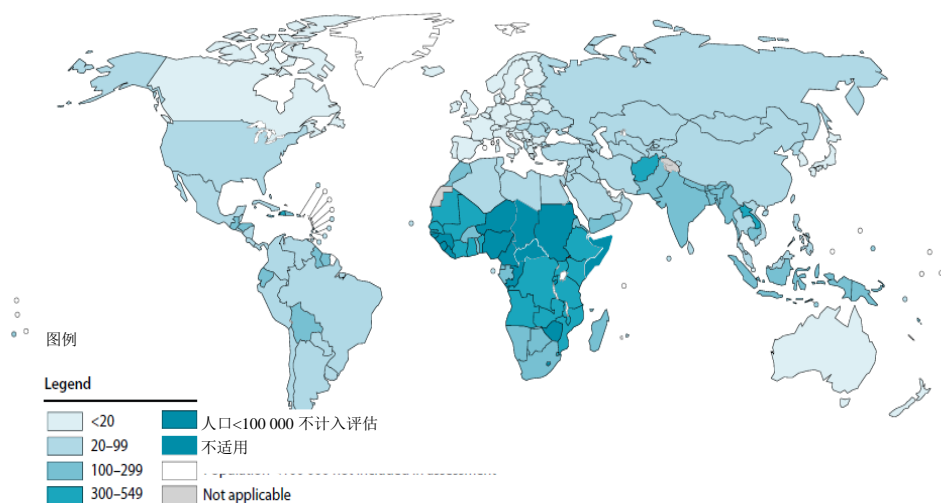
到 2010 年，孕产妇死亡人数从 1990 年每 100 000 例活产的 400 人减至 210 人，下降了 47%。²⁷⁸

378. 但是，全球每天仍有大约 800 名妇女死于怀孕或与分娩有关的并发症，发达区域和发展中区域之间依然存在显著差异。2010 年，发展中国家的孕产妇死亡人数占全球总数的 99%。²⁷⁸ 在发达国家，妇女一生的孕产死亡风险率仅为 1/3 800，但发展中区域妇女的一生孕产死亡风险率是 1/150，撒哈拉以南非洲妇女的一生孕产死亡风险率则是 1/39。²⁷⁸ 虽然全球范围内仍未实现千年发展目标具体目标 5.A “孕产妇死亡率降低四分之三”，但是，到 2010 年，10 个国家已实现这个具体目标，另有 9 个国家有望到 2015 年实现这个具体目标。²⁷⁹ 然而，1990 年以来，26 个国家的孕产妇死亡人数增加，主要原因是与艾滋病毒有关的死亡；在撒哈拉以南非洲，目前，艾滋病毒和孕产方面的原因是妇女过早死亡的两个主要致因。²⁷⁸

图 31

按国家分列的 2010 年孕产妇死亡率

(每 100 000 个活产死亡人数)



资料来源：《1990 年至 2010 年孕产妇死亡率趋势：世卫组织、儿基会、人口基金和世界银行估计数》(日内瓦、世卫组织，2012 年)。

说明：2010 年，40 个国家的孕产妇死亡率高。在这些国家中，只有乍得和索马里的孕产妇死亡率极高，分别为 1 100 和 1 000。其他 8 个孕产妇死亡率最高的国家是：中非共和国(890)、塞拉利昂(890)、布隆迪(800)、几内亚比绍(790)、利比里亚(770)、苏丹(730)、喀麦隆(690)和尼日利亚

²⁷⁸ 人口基金及其他，《1990-2010 年孕产妇死亡率趋势——世卫组织、儿基会、人口基金和世界银行估计数》(世界卫生组织，日内瓦，2012 年)。

²⁷⁹ 孟加拉国、柬埔寨、中国、埃及、赤道几内亚、厄立特里亚、老挝人民共和国、尼泊尔和越南。世卫组织，《每个妇女、每个儿童：从承诺到行动——妇女和儿童健康问题信息和问责独立专家审查组第一次报告》(日内瓦，2012 年)。

(630)。虽然大多数撒哈拉以南非洲国家的孕产妇死亡率高，但毛里求斯(60)、圣多美和普林西比(70)和佛得角(79)的孕产妇死亡率低，而博茨瓦纳(160)、吉布提(200)、纳米比亚(200)、加蓬(230)、赤道几内亚(240)、厄立特里亚(240)和马达加斯加(240)的孕产妇死亡率处于中等水平。撒哈拉以南非洲地区以外，只有 4 个国家的孕产妇死亡率高：老挝人民民主共和国(470)、阿富汗(460)、海地(350)和东帝汶(300)。

379. 孕产妇死亡率高得无法接受的国家仍然集中在发展中地区，主要是撒哈拉以南非洲，那里贫穷和脆弱的保健系统等许多因素使孕产妇死亡率长期较高。²⁷⁸

380. 产后出血、脓毒症、难产、不安全堕胎并发症和高血压都是可预防疾病，但却是孕产妇死亡的部分主要致因。²⁸⁰ 各国妇女在获得治疗上述症状的适当产科急诊机会方面，普遍面临财富和空间不平等；这突出表明，对许多贫穷妇女而言，熟练保健服务提供者和高质量保健服务的覆盖范围不足，尤其是在农村或偏远地区。

381. 过去 20 年在孕产妇存活率方面取得成绩的部分原因是，社会某些群体在使用产前保健、熟练助产、产科急诊和计划生育服务方面有了进展，但是大多数发展中国家无法如期实现千年发展目标 5(改善孕产妇保健)，其中的具体目标包括，在 1990 年至 2015 年期间将孕产妇死亡率降低四分之三以及到 2015 年实现普遍享有生殖保健；没有哪个区域的差距比撒哈拉以南非洲更为明显。²⁸¹

382. 各国应尽快消除可预防的孕产妇死亡和发病现象，并为此加强保健系统，从而确保包括农村和偏远地区妇女在内的所有妇女普遍获得高质量产前保健、熟练助产护理、产科急诊和产后保健。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 17

孕产妇死亡率

政府间人权成果：人权理事会通过了多项决议，宣布孕产妇死亡现象是对人权的违反，其中包括关于可预防的孕产妇死亡和发病现象与人权的第 18/2 号决议(2011 年)，其中认识到，“采取基于人权的方式消除可预防的孕产妇死亡和发病现象是以问责、参与、透明、赋权、可持续性、不歧视和国际合作等原则为基础的”，并“鼓励各国和其他利益攸关方(包括国家人权机构和非政府组织)在各级采取行动，消除导致孕产妇死亡和发病的相互关联的根源，如贫穷、营养不良、有害习俗、缺乏方便适宜的保健服务、信息和教育以及性别不平等，特别要重视消除一切形式暴力侵害妇女和女童的行为”。

²⁸⁰ C.Patton 及其他，“Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data”，The Lancet, 第 374 卷，第 9693 期(2009 年)，第 881-892 页。

²⁸¹ Ahman 和 Shah，“New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality”(见上文脚注 263)；世界卫生组织及其他，《孕产妇死亡率趋势》(见上文脚注 278)。

(a) 孕产妇死亡和生殖器官癌症

383. 每有一名妇女死于妊娠相关原因，估计就另有 20 名孕产妇发病，²⁸² 其中包括严重和长期的并发症。孕产妇发病与孕产妇死亡的根本原因是相同的，²⁸³ 其中包括贫困和缺乏熟练护理。如果有熟练助产护理，而且有产科急诊作后备支持，产科瘘等大多数疾病都是完全可以预防的。

384. 产科瘘表明，全球社会在保护妇女和女童的性与生殖健康与权利，实现全面的性与生殖保健服务分配和机会公平方面未取得成功。据估计，在发展中国家，有 200 万至 350 万妇女患产科瘘，她们大部分在撒哈拉以南非洲和亚洲；那里的青少年分娩数量最高，获得产科急诊的机会少，每年新增 50 000 至 100 000 个新病例。发达国家几乎已根除此种疾病，但是产科瘘继续影响着穷人中的最贫穷者：那些生活在世界上资源最缺乏地区的妇女和女童。²⁸⁴ 各国应采取措施，通过向所有妇女提供高质量孕产妇保健来确保根除产科瘘，并且让瘘管病幸存者康复并重返社区。

385. 孕产妇死亡率应当作为高质量性与生殖健康服务的一个指标，帮助逐步实现妇女的健康权。

386. 《行动纲领》中包含有关消除不孕症和生殖系统癌症的承诺。不孕症给许多妇女和夫妇带来巨大的个人痛苦，而且在世界许多地区，妇女不能怀孕还导致社会排斥，甚至是离婚。《行动纲领》呼吁预防和治疗性传播感染，这是造成继发性不孕症的一个主要原因，还呼吁在可行的情况下治疗不孕症。全球大约 2% 的妇女无法怀孕(原发性不育症)，近 11% 的妇女在生育一个以上孩子后无法怀孕(继发性不育症)。在低收入国家，不孕症通常是由性传播感染和不安全堕胎并发症造成的。²⁸⁵ 南亚(高达 28%)和撒哈拉以南非洲(高达 30%)一些国家的不孕率最高，但南亚的原发性不孕症比例已出现降低；在撒哈拉以南非洲，这两种不孕症均已下降。由于人口增长，全球受不孕症影响的夫妇数目从 1990 年的 4 200 万增至 2010 年的 4 850 万。²⁸⁶

²⁸² 人口基金，“渡过分娩难关，却患上慢性病”，可查阅 www.unfpa.org/publi/mothers/pid/4388。

²⁸³ 见 www.who.int/topics/maternal_health/en，2013 年 4 月 22 日检索。

²⁸⁴ L.Wall 及其他，“The obstetric vesicovaginal fistula in the developing world”，*Obstetrical and Gynecological Survey*, 第 60 卷，第 7 期(2005 年)，第 S1-S51 页；S. Bernstein 和 D.Hansen, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*(纽约，千年项目，2006 年)；Campaign to end fistula(www.endfistula.org)；B.Osotimehin, “Obstetric fistula: ending the health and human rights tragedy”，*The Lancet*, 第 381 卷，第 9879 期(2013 年 5 月 18 日)，第 1702-1703 页。

²⁸⁵ 世卫组织，《妇女与健康：今天的证据，明天的议程》(日内瓦，2009 年)。

²⁸⁶ M.N.Mascarenhas 及其他，“National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys”，*PLoS Medicine*, 第 9 卷，第 12 期(2012 年)。

387. 每年都有 50 多万妇女患宫颈癌,这是全世界 15 至 44 岁妇女第二最常见的癌症。每年有 275 000 多名妇女死于该疾病,绝大多数(242 000 人)在发展中地区,尤其是撒哈拉以南非洲。虽然全球调查是在人们普遍了解到人类乳头瘤病毒疫苗影响之前进行的,因而调查中不包括涉及该专题的问题,但是这一不断发展的技术很有可能减少宫颈癌数目。²⁸⁷

388. 乳腺癌过去和现在都是高收入国家妇女最常见的癌症,目前每 100 000 名妇女中就有 70 名妇女受其影响。低收入国家的发生率不到一半,但由于难以获得诊断和治疗,发展中世界的死亡率与发达国家的死亡率相近。²⁸⁵

389. 各国应认识到,随着预期寿命延长,生殖系统癌症特别是乳腺癌和宫颈癌造成的负担不断增加;它们应处理这个问题,并为此投资于初级保健例行筛查,将病人转诊至上一级医疗护理系统中的熟练癌症治疗者。

(b) 产前保健

390. 在全球范围,获得至少一次产前保健检查的孕妇比例从 1990 年的 63%增至 2010 年的 80%,总体提高了大约 30%。同样,这些成绩掩盖了区域差异:到 2010 年,南部非洲的产前保健覆盖率达到 94%,而西非只有 67%的孕妇至少进行一次产前保健检查。在拉丁美洲,目前几乎所有妇女都至少有一次产前保健检查(96%),88%的孕妇至少有 4 次检查。²⁸⁸

391. 根据全球调查,过去五年,88%的国家致力解决“获得产前保健”的问题。平均而言,已着手处理此问题的国家的孕产妇死亡率高于那些并没有报告说已着手处理这一问题的国家;这表明,进行调查时,孕产妇死亡率较高的国家政府有针对性地关注了此问题。此外,我们可以看到,政府关注程度越高,孕产妇死亡率下降越快;这种关联在低收入国家最为明显。

392. 尽管那些已报告说它们已着手处理产前保健问题的国家占较高比例,但过去五年,已采取政策、预算和执行措施以便“为孕妇提供充足食品和营养”的国家比例下降(71%);报告说为“怀孕少女提供社会保护和医疗支援”的国家比例甚至更低(65%)。

(c) 熟练助产护理

393. 在发展中国家,由熟练保健人员接生的比例从 1990 年的 56%上升至 2011 年的 67%。尽管出现了这些积极趋势,各区域和各国的贫困妇女与较富裕妇女获

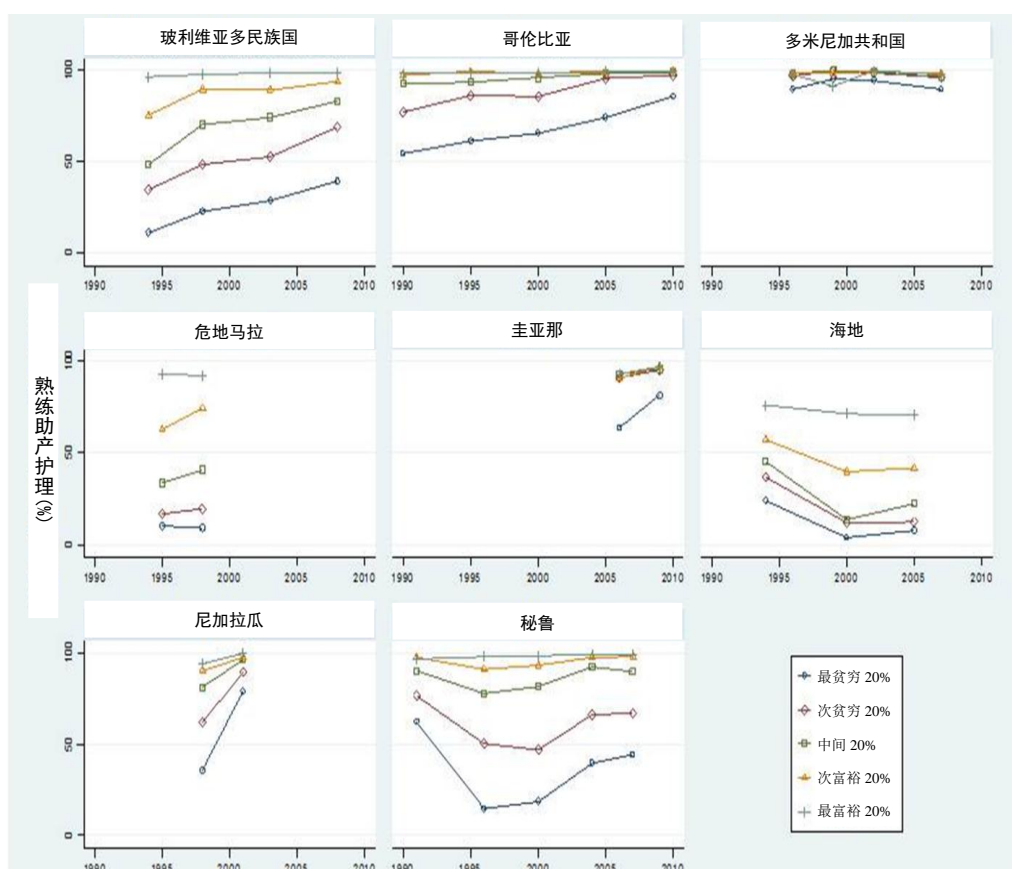
²⁸⁷ 世卫组织/卡塔尔肿瘤研究所,人类乳头瘤病毒和宫颈癌信息中心,《2010 年世界人类乳头瘤病毒和相关癌症:2010 年简要报告》,2010 年 11 月 15 日更新;见 www.hpvcentre.net; 国际癌症研究机构(www.iarc.fr)。

²⁸⁸ 红十字会与红新月会国际联合会及产妇新生儿和儿童健康伙伴关系,《消除保健不公平:每个妇女,每个儿童都很重要》(日内瓦,红十字会与红新月会国际联合会,2011 年);《2012 年千年发展目标报告》(联合国出版物,出售品编号: E.12.I.4)。

得良好的孕产妇保健护理的机会依然极不平等。按家庭财富五分法分列的各国不同进展程度(见图 32 至图 35)显示, 获得熟练助产护理的机会与富裕程度关联最大。

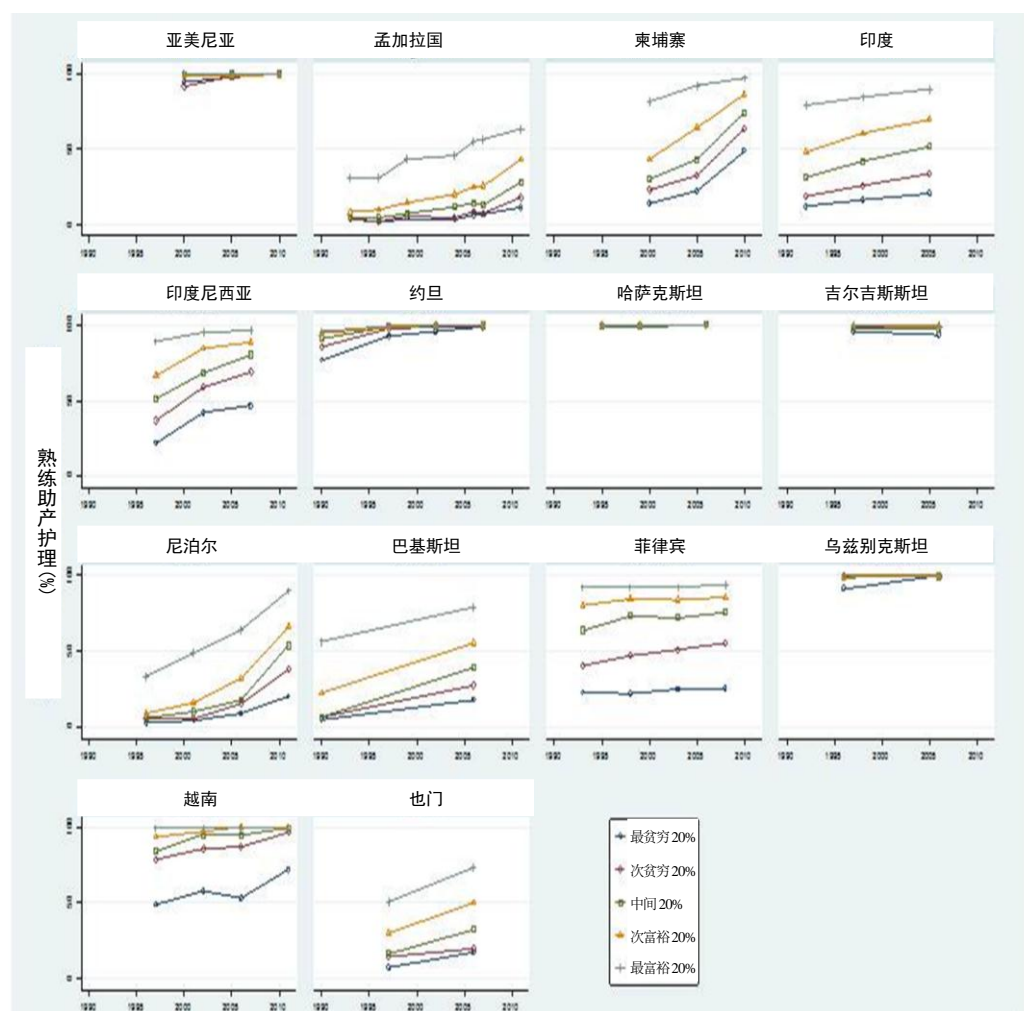
394. 如果在图 32 至图 35 与图 23 至图 26 之间作一比较, 就会发现, 按财富五分法分列的避孕普及率比熟练助产护理的分布更公平, 穷人能够获得更多的避孕服务。的确, 对于薄弱的保健系统而言, 避孕比熟练助产护理更易操作, 因为分发避孕药或安全套无需依靠熟练保健人员即可立刻满足妇女需求, 而且可以在产生实际需求之前, 提前很久即予被动提供。熟练护理方面的差距突出显示, 许多现有保健系统为贫困妇女提供基本的性与生殖健康保健方面的能力有限。

图 32
按家庭财富五分法分列的美洲熟练助产护理趋势



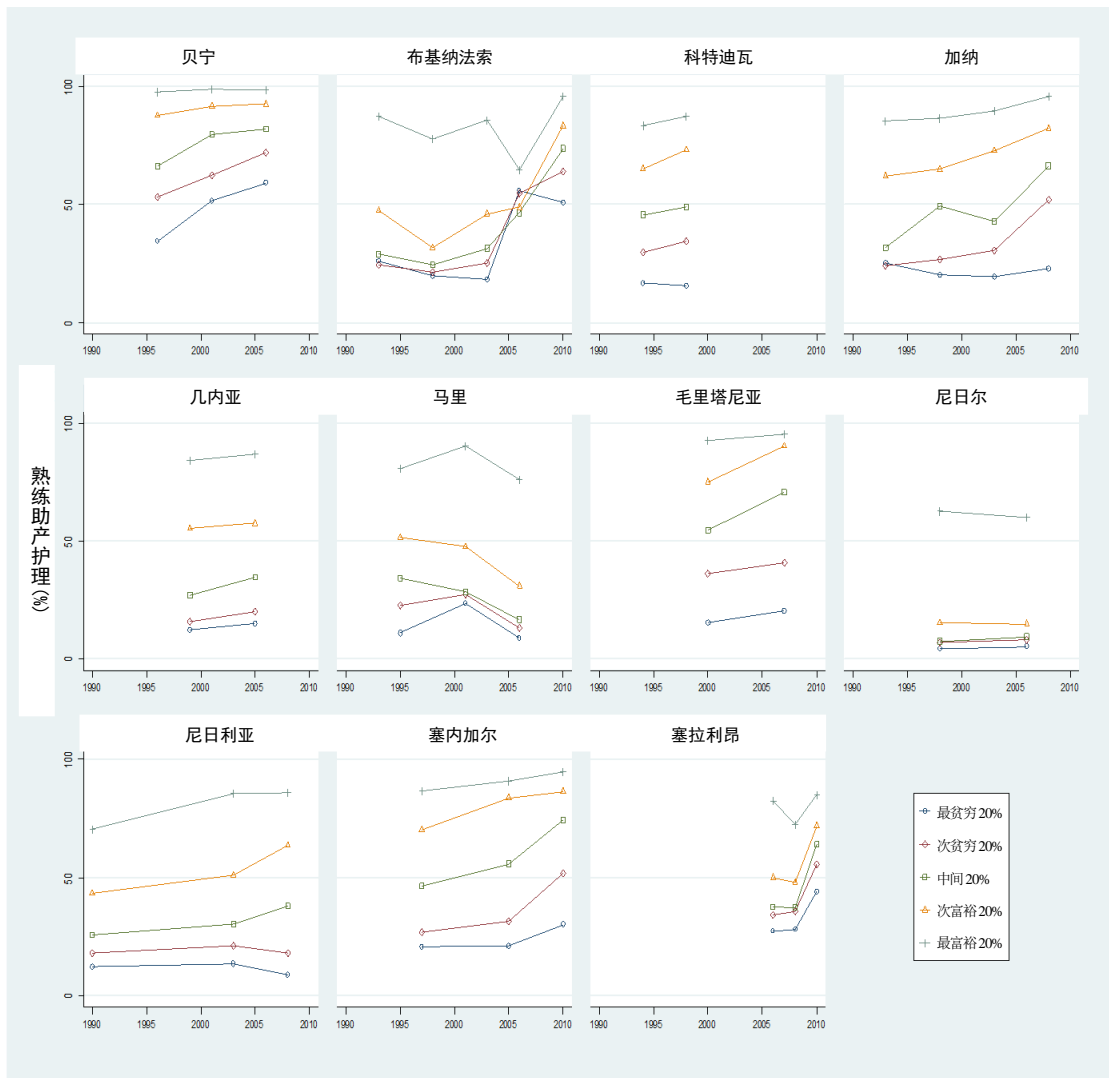
资料来源: 人口和健康调查, 所有具备至少 2 个时间点数据的国家; 见 www.measuredhs.com(2013 年 6 月 15 日检索); 多指标类集调查, 见 www.unicef.org/statistics/index_24302.html(2013 年 6 月 15 日检索)。

图 33
按家庭财富五分法分列的亚洲熟练助产护理趋势



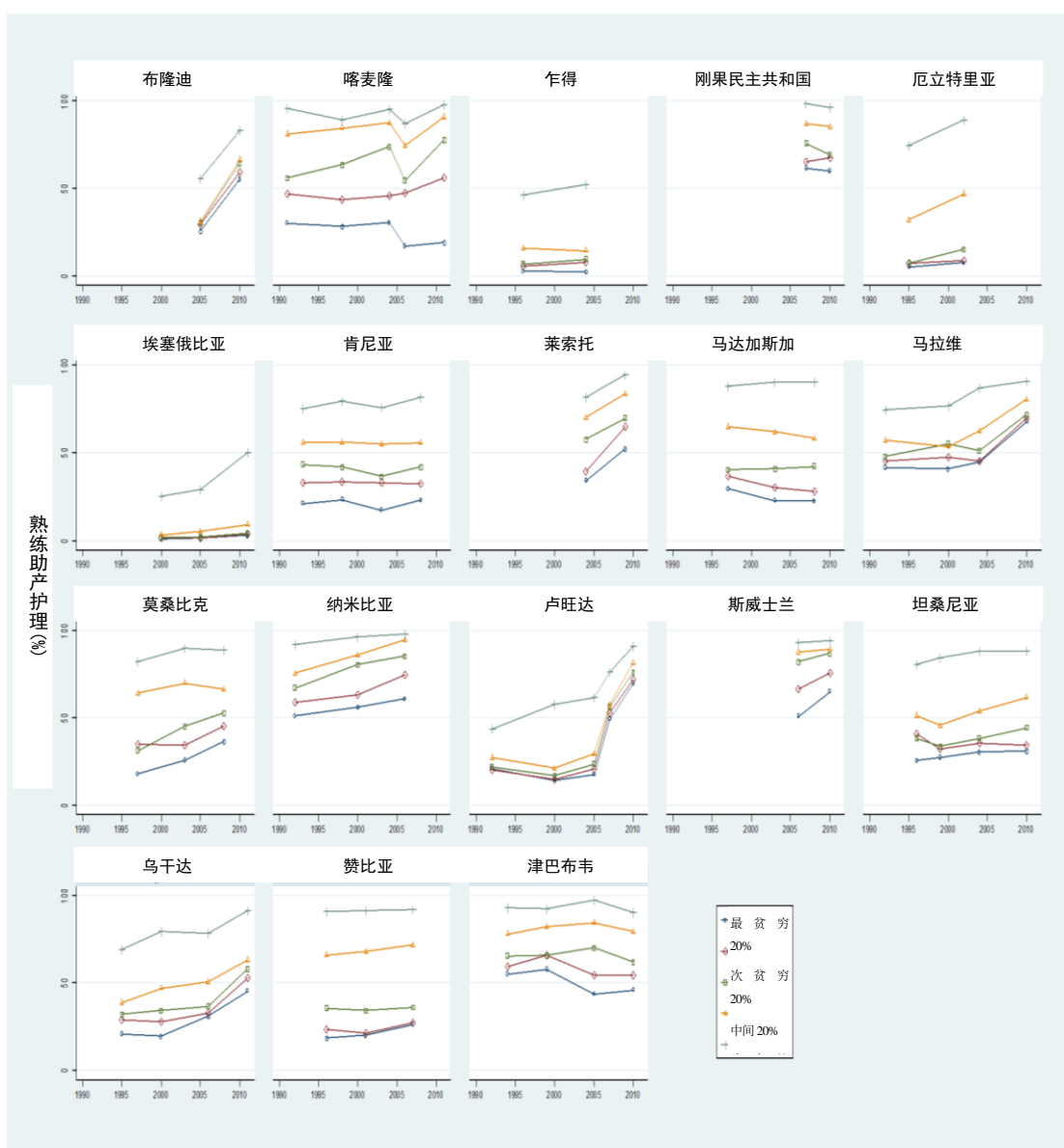
资料来源：人口和健康调查，所有具备至少 2 个时间点数据的国家；见 www.measuredhs.com(2013 年 6 月 15 日检索)；多指标类集调查，见 www.unicef.org/statistics/index_24302.html(2013 年 6 月 15 日检索)。

图 34
按家庭财富五分法分列的北非和西非熟练助产护理趋势



资料来源：人口和健康调查，所有具备至少 2 个时间点数据的国家；见 www.measuredhs.com(2013 年 6 月 15 日检索)；多指标类集调查，见 www.unicef.org/statistics/index_24302.html(2013 年 6 月 15 日检索)。

图 35
按家庭财富五分法分列的东非、中非和南部非洲的熟练助产护理趋势



资料来源：人口和健康调查，所有具备至少 2 个时间点数据的国家；见 www.measuredhs.com(2013 年 6 月 15 日检索)；多指标类集调查，见 www.unicef.org/statistics/index_24302.html(2013 年 6 月 15 日检索)。

395. 城市和农村妇女在获得服务机会方面的差异也显示出明显不平等，农村妇女在分娩期间获得熟练助产护理的机会比城市妇女少得多。其部分原因是，在占孕产妇死亡总数 91% 的 58 个国家中，保健人员极度缺乏。总体而言，撒哈拉以

南非洲区域熟练助产服务几乎未取得进展，该区域只有不到一半的分娩得到熟练人员助产护理。²⁸⁹

396. 可获得和利用训练有素的保健人员提供的熟练助产护理，能确保每名孕妇安全、正常分娩，大大降低分娩并发症风险，从而减少对产科急诊的需求。因此，使用熟练助产护理不仅有成本效益，还能有效体现保健系统的成熟、先进程度，以及该系统是否能为特别是包括穷人在内的所有人服务，并满足其需求。

(d) 产科急诊

397. 即使分娩时有熟练的助产护理，大约 15% 的妊娠会遇到分娩并发症；如果所有妇女都可求助于并很快获得高质量产科急诊，那么其中大部分可得到控制。²⁹⁰ 但是，2010 年，大约 287 000 名妇女死于妊娠并发症，²⁹¹ 此外还有其他数百万妇女患慢性病，这表明妇女缺乏公平获得紧急产科服务的机会。²⁹²

398. 如果训练有素的工作人员能够利用适当设备来提供必要的产科急诊，那么导致孕产妇死亡的 5 个主要致因——产后出血、脓毒症、不安全堕胎、高血压和难产——都可以得到控制。²⁹² 基本的产科急诊服务包括具备以下能力：使用非经肠道的抗生素、子宫收缩药品和用于先兆子痫和子痫的非经肠道抗抽搐药品；剥离胎盘和滞留物；提供人工辅助阴道分娩和基本新生儿急救。全面的产科急诊服务还包括从事剖腹产手术和输血方面的外科技能。为达到适当覆盖率，建议每 500 000 人至少配备 5 个产科急诊设施，其中包括至少一个综合产科急诊设施。²⁹³

399. 自 1994 年以来，产科急诊已成为全球降低孕产妇死亡率举措的一个关键组成部分。但是，发展中国家的产科急诊设施覆盖面依然不足，产妇死亡率处于高水平 and 中等水平的国家没有足够数目的基本产科急诊设施。此外，大多数提供孕产妇护理的设施无法提供产科急诊设施必须有能力提供的所有服务。

²⁸⁹ 人口基金，《2010 年世界助产状况：提供健保，挽救生命》（纽约，2011 年）。

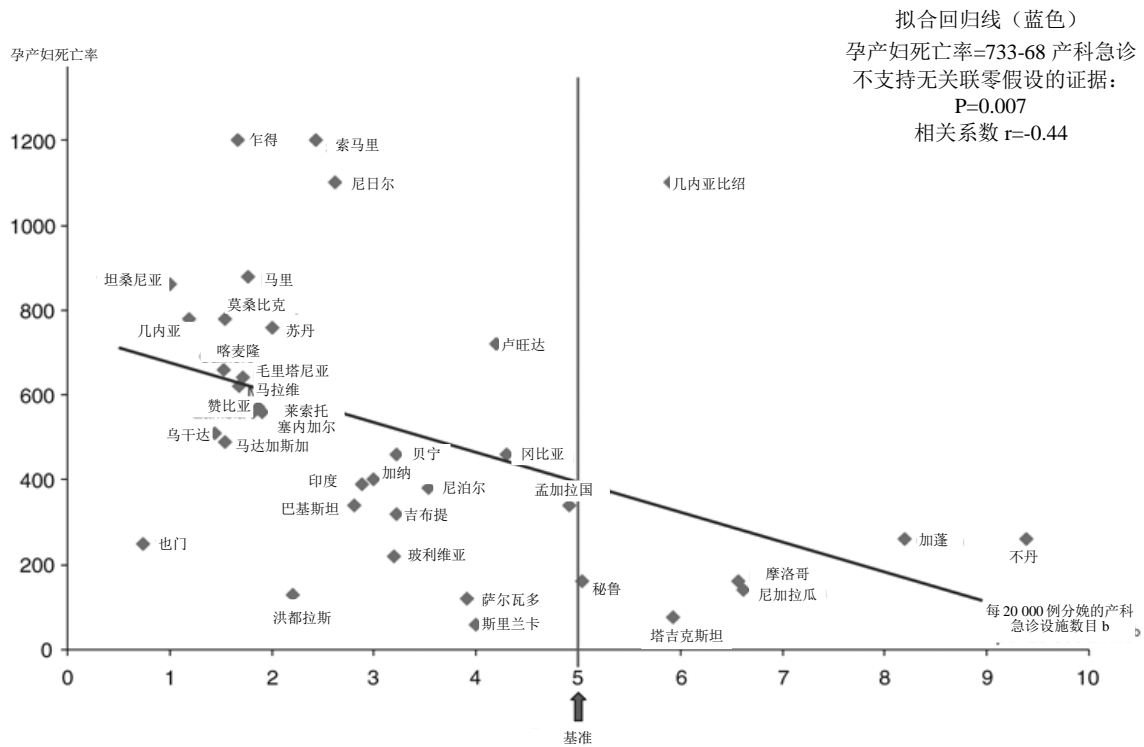
²⁹⁰ 见人口基金，“供规划者使用的产科急诊核对清单”。见 www.unfpa.org/uplad/lib_pub_file/150_fileneame_checklist.MMU.pdf。

²⁹¹ 千年发展目标及其后，关于具体目标 5A 的概况介绍 (www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml)。

²⁹² 人口基金，“设定产科急诊和新生儿护理标准”（见 www.unfpa.org/public/home/mothers/pid/4385，2013 年 12 月 12 日检索）。

²⁹³ 世卫组织及其他，《监测产科急诊手册》（日内瓦，世界卫生组织，2009 年）。

图 36
每 20 000 例分娩的产科急诊设施密度与孕产妇死亡率之间的联系



资料来源: S.Gabrysch、P.Zanger 和 O.M.R.Campbell, “紧急避孕护理的提供情况: 当前指标的审慎评估”, 《热带医学与国际保健》, 第 17 卷, 第 1 号(2012 年 1 月), 第 2 至 8 页。

说明: 作者编制上图时采用了《1990-2010 年孕产妇死亡率趋势: 世卫组织、儿基会、人口基金和世界银行估计数》(日内瓦, 世卫组织, 2012 年)中的数据, 孕产妇死亡率估计数也来自该出版物; 产科急诊设施估计数的计算来自《跟踪孕产妇、婴儿和儿童生存方面情况: 2008 年报告》和 A.Paxton 及其他, “Global patterns in availability of emergency obstetric care”, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 第 93 卷 (2006 年), 使用了 UNdata<http://data.un.org>中的国家粗出生率数据。每 20 000 例分娩 5 个产科急诊设施的基准以垂直线表示。

400. 图 36 突出显示孕产妇死亡率与按每 20 000 例分娩衡量的产科急诊设施密度之间关系。作此分析的人提倡使用这种产科急诊密度衡量方法。

401. 许多妇女无法获得产科急诊, 但医疗上可能不必要的剖腹产似乎占用了过多的全球经济资源, “过多”的剖腹产对保健公平产生重大的不利影响, 国家内部和国家之间均如此。世卫组织对 137 个国家(占当年全球出生率的大约 95%)的剖腹产数目的分析表明, 共有 54 个国家未充分利用剖腹产(比率低于 10%), 而情况显示, 69 个国家过度使用剖腹产(比率超过 15%), 其余国家在两个比率之间。

这项研究估计，2008 年，还需要进行 318 万例剖腹产，同时有 620 万例剖腹产是不必要的。据估计，全球“不必要”的剖腹产耗用了大约 23.2 亿美元保健费用，而全球“必要”剖腹产的费用大约为 4.32 亿美元。²⁹⁴

402. 在有产科急诊设施的地方，社会文化因素、护理服务的地理和经济便利性以及服务质量问题继续构成产科急诊的障碍。²⁹² 农村和城市地区之间产科急诊设施分布不均，加剧了农村妇女面临的差距；农村妇女更有可能在家分娩，而如果出现并发症，她们就必须在路况条件很差的情况下长途跋涉，前去就诊。²⁹⁵ 2005 年，有关可获得产后出血诊治服务的妇女比例的数据突出表明，农村和城市妇女之间在获取该服务的机会方面存在差距(见图 37 至 39)，各国之间也有很大差异。²⁹⁶

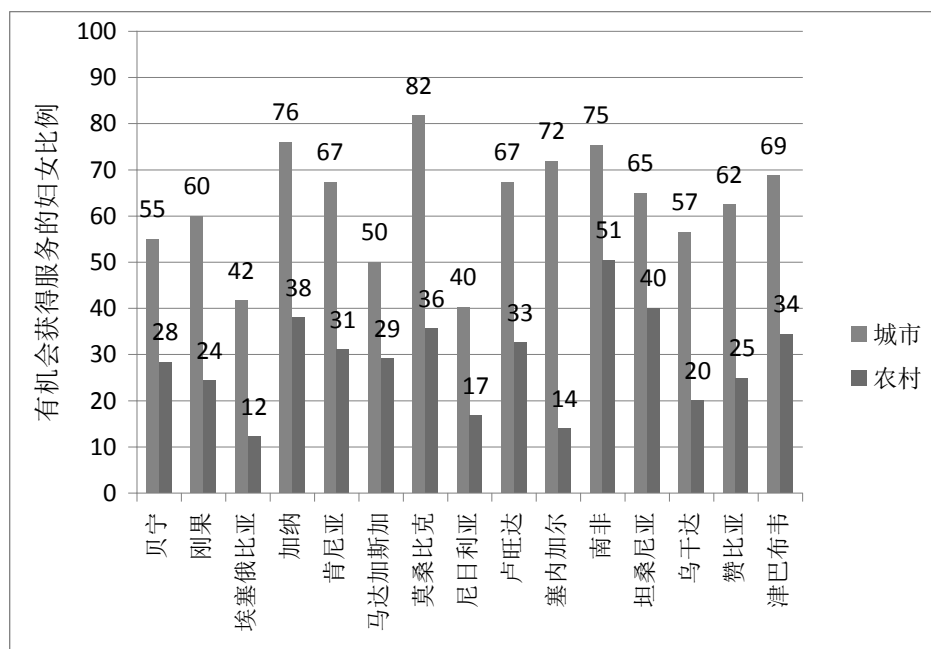
403. 覆盖范围方面长期存在的障碍和空白显示，需要进行投资，以便为许多发展中国家妇女提供能救命的生殖保健，从而为有需要的妇女提供熟练护理和产科急诊服务。

²⁹⁴ L.Gibbons 及其他，“The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary Caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage”，为《世界健康报告》编写的第 30 号背景文件(世界卫生组织，2010 年)。

²⁹⁵ 人口基金，“紧急应对：提供产科急诊和新生儿护理”；见 www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/factsheets/srh/EN-SRH%20fact%20sheet-Urgent.pdf。

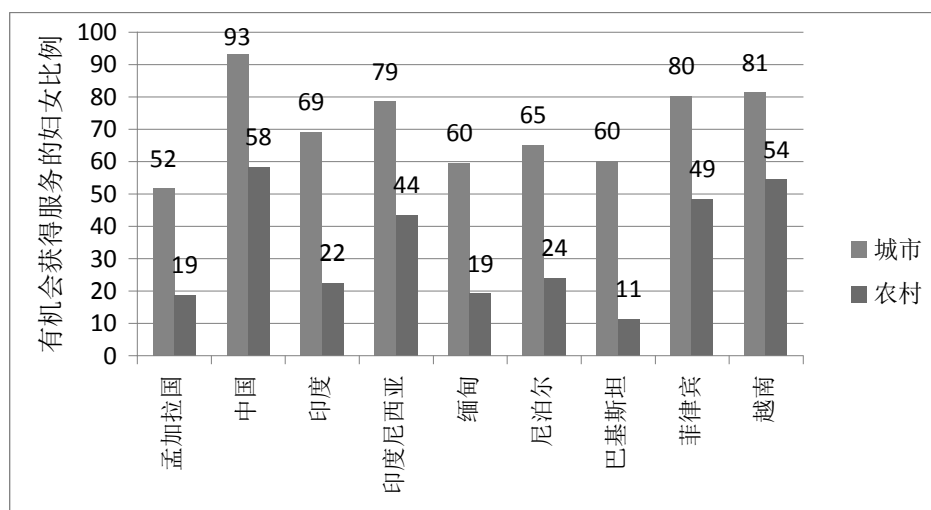
²⁹⁶ “孕产妇和新生儿方案努力指数”是未来国际集团开发的一套汇总表，其中列有大约 50 个发展中国家有关 81 项孕产妇和新生儿保健服务的指标，目的是就产妇和新生儿保健的各方面进行对比评估，其中包括：保健中心和地区医院提供孕产妇保健服务的能力；农村和城市地区获得服务的机会；所获得的孕产妇和新生儿保健服务；计划生育提供情况；政策和支助服务。

图 37
2005 年特定非洲国家城乡妇女产后出血诊治估计覆盖率



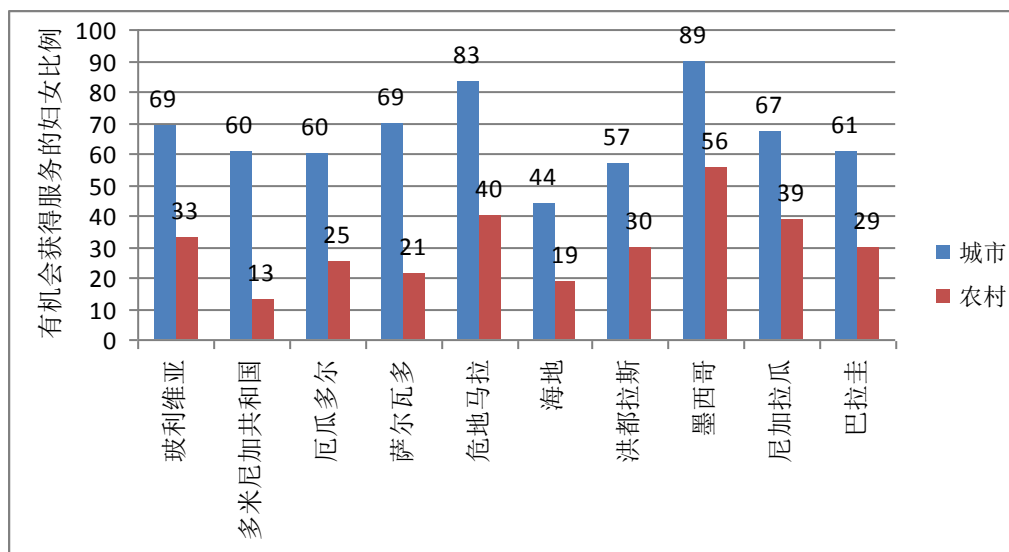
资料来源：根据从孕产妇和新生儿方案努力指数所得数据作出的分析，见 www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmnpi.cfm

图 38
2005 年特定亚洲国家城乡妇女产后出血诊治估计覆盖率



资料来源：根据从孕产妇和新生儿方案努力指数所得数据作出的分析，见 www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmnpi.cfm

图 39
2005 年特定拉丁美洲和加勒比国家城乡妇女产后出血诊治估计覆盖率



资料来源：根据从孕产妇和新生儿方案努力指数所得数据作出的分析，见 www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmnpi.cfm

404. 虽然 79% 的国家在全球调查中报告说，它们已着手解决提供“基本和综合产科急诊转诊服务”的问题，但报告说本国产科急诊设施的地理分布合理的国家比例，在非洲为 40%，欧洲则为 97%。由此可见，那些保健系统最薄弱、熟练人员数目不足而且分布不当的国家所采取的行动不足。

405. 保健服务分布和孕产妇死亡率之间有很大关联，因为在全球调查中，孕产妇死亡率最低的国家有 96% 报告说，其产科急诊设施的地理分布合理，但在孕产妇死亡率最高的国家中，该比例下降至 29%。

6. 性传播感染

406. 自 1994 年以来，性传播感染新病例似乎大幅增多，部分原因是美洲和撒哈拉以南非洲等高发病率地区的青年人口增长。性传播感染率最高的人群通常是处于 15 至 35 岁这个性行为最活跃年龄段的城市男子和妇女。²⁹⁷

407. 1995 年，世界卫生组织估计，在 15 至 49 岁人群中，梅毒、淋病、衣原体和滴虫病这 4 种可治愈的主要性传播感染病例为 3.33 亿。到 2008 年，这一数字已增至近 5 亿(4.99 亿)，主要原因是滴虫病例大幅增加，从 1.67 亿增至 2.764 亿(上升

²⁹⁷ 世界卫生组织，“全球可治愈的性传播感染的流行率和发生率：概况和估计数”，WHO/HIV_AIDS/2001.02 号文件；世界卫生组织，《特定性传播感染：衣原体病毒、淋病、梅毒和滴虫性阴道炎的流行率和发生率——世界卫生组织用于编制 2005 年估计数的方法和结果》(日内瓦，2011 年)。

65%),淋病病例从 6 200 万增至 1.06 亿(上升 71%)。与此同时,梅毒病例下降 12%,从 1 200 万例降至 1 060 万例。²⁹⁷

408. 虽然梅毒病例显著减少,但余留的 1 000 万病例仍然是生殖健康方面的一个沉重负担;如果孕妇患有梅毒(2008 年,大约 130 万例妊娠发生这种情况),但却得不到治疗,21%的此类妊娠将导致死胎,9%将导致新生儿死亡。²⁹⁸ 许多性传播感染导致妇女和男子患不孕症,感染淋病和衣原体的孕妇如果得不到治疗,可能会导致失明等严重的新生儿疾病。此外,合并感染性传播感染病(包括淋病、衣原体、梅毒和单纯性疱疹病毒)会使人更易感染艾滋病毒,同时加大艾滋病毒感染者的传染性。人类乳头瘤病毒是造成宫颈癌的主要原因,每年大约有 266 000 名妇女因此而死亡,她们中有超过 85%生活在资源贫乏的国家。²⁹⁹ 人类乳头瘤病毒还与肛门癌、口腔癌和喉癌有关。³⁰⁰

409. 1994 年后为满足性健康和生殖健康需求而进行的投资并非都取得了成功;低成本的妇女性传播感染诊断干预措施得到广泛宣传,但除了梅毒领域之外,取得的成功很有限。经证明,大规模推广用于诊断有带下症状妇女的性传播感染的症状处理步骤的做法并不可靠,反而导致过度治疗;这些方法用于男子却有效得多。³⁰¹ 总体而言,由于男子性传播感染的症状较明显,因而男性诊断筛查和治疗是一种成本效益更高的控制性传播感染的方式,值得进一步投资。³⁰²

410. 聚合酶链式反应技术极大改善了性传播感染的诊断,但是其费用限制了广泛使用。在资源不足的情况下,廉价、准确的快速诊断检测会有帮助,但是用于检测梅毒的快速诊断检测尚未普及,衣原体检测技术仍在开发过程中。³⁰³ 设备齐全的实验室系统是转诊级保健系统的重要组成部分,对于性传播感染和一系列其他疾病有重要作用,值得进一步投资。事实证明,人类乳头瘤病毒疫苗非常有效,很有可能控制某类病毒菌株。

²⁹⁸ 世界卫生组织《特定性传播感染的流行率和发生率》。

²⁹⁹ 免疫联盟,人类乳头瘤病毒概况介绍;见 [www.gavialliance.org/library/publications/gavi-fact-sheets/factsheet--hpv-\(human-papillomavirus\)](http://www.gavialliance.org/library/publications/gavi-fact-sheets/factsheet--hpv-(human-papillomavirus))。

³⁰⁰ 见疾病防治中心(www.cdc.gov/hpv/cancer.html)(2013 年 12 月 20 日检索)。

³⁰¹ 世界卫生组织,《性传播感染》第 110 号概况介绍(2011 年 8 月),见 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en; R.Snow 和 K.P.Bista,2001 年 7 月尼泊尔加德满都南亚性传播感染病例诊治国际协商研讨会,会议报告(尼泊尔全国艾滋病和性传播疾病控制中心以及海德堡大学性传播感染/艾滋病毒控制项目)。

³⁰² K.L.Dehne、R.Snow 和 K.R.O' Reilly,“性传播感染预防和护理与计划生育服务相结合:公共利益的证据是什么?”世界卫生组织月报,第 78 卷,第 5 期(2000 年)。

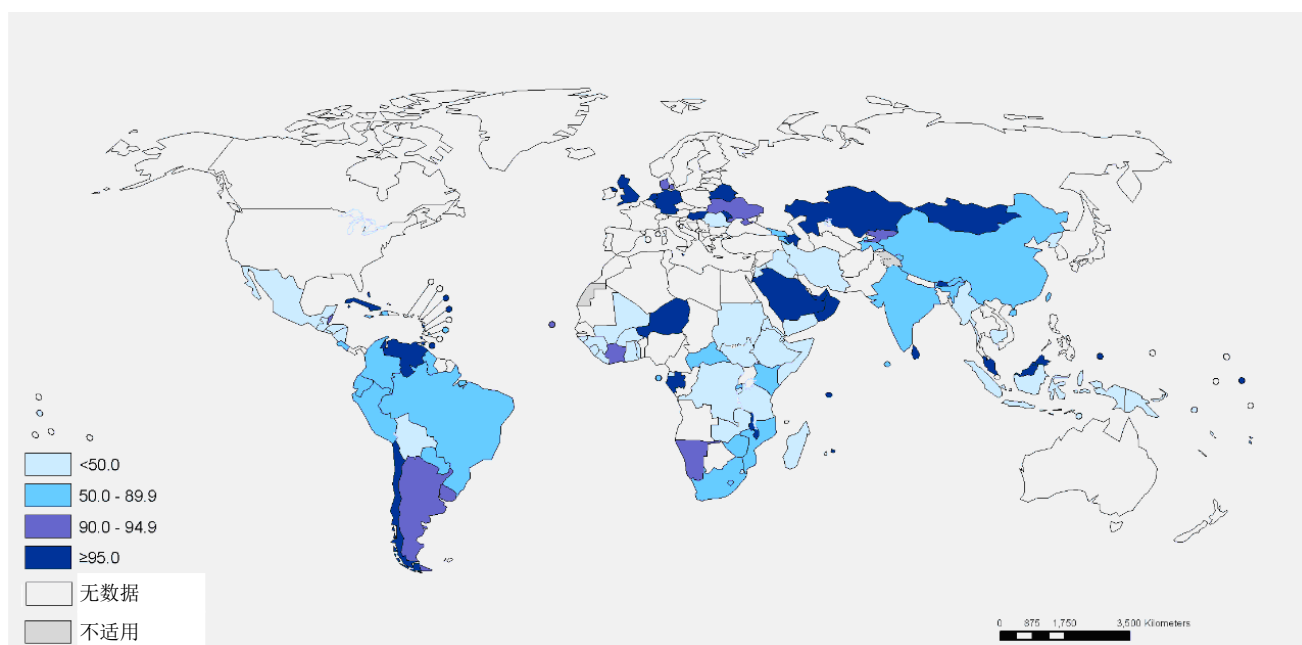
³⁰³ 世界卫生组织《2006-2015 年预防和控制性传播感染全球战略——打断传染链》(日内瓦,2007 年),世界卫生组织,“性传播感染”,第 110 号概况介绍(2013 年 11 月)。

411. 世卫组织开展全球努力，以便汇总各国关于性传播感染数据的现有最佳报告；但是这些数据显示，除特定富裕国家外，监测工作普遍薄弱，因此须谨慎解读全球汇总数据。

412. 世卫组织在两项最近的审查中³⁰⁴ 强调，性传播感染数据的质量差，覆盖范围有限。在全球范围内，目前尚无用于收集性传播感染数据的哨点监测系统。关于梅毒的数据是借助全球艾滋病防治进度报告收集的，在较低程度上抗药性的淋病数据也是如此；上述报告是世卫组织、艾滋病署和儿基会协作努力的成果。图 40 显示，缺乏有关作为性传播感染病例识别和诊治首要步骤的孕妇产前感染筛查的现有数据，此外，在有数据可用的情况下，各种数据均突出说明，非洲、南美洲和中东的几个国家以及中国部分地区首次产前检查中的筛查比例低。这可能反映其中某些地区的性与生殖健康服务不足；值得注意的是，北美和欧洲国家有与此不同而且更先进的监测系统，该图未予反映。

图 40

首次产前保健门诊即接受梅毒检测的妇女比例，2005 年以来的最新可用数据



资料来源：全球健康问题观察站地图库，见 www.who.int/gho/map_gallery/en/index.html。

³⁰⁴ 世卫组织，《2012 年性传播感染监测基线报告》(日内瓦，2013 年)；见 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85376/1/9789241505895_eng.pdf。

413. 考虑到当前的需求，世卫组织及其伙伴机构正呼吁各方开展迫切需要的、协调一致的全球努力，以建立针对性传播感染的系统监测，包括筛查和有效的病例管理。为了加强公共卫生系统，改进性传播感染方面的估计数据，并且最终控制性传播感染的蔓延以及限制由此导致的病例，我们必须紧急执行此项提议。³⁰⁵

414. 各国和全球健康问题伙伴应致力于加强国家和全球对传播感染发病率和流行率的监测，支持发展和普及准确、负担得起的性传播感染诊断检测，增加包括男子和男童在内所有人获得高质量性传播感染诊断和治疗的机会。

7. 艾滋病毒预防

415. 就全球而言，艾滋病毒新感染病例减少了 33%，从 2001 年的每年 340 万减至 2012 年的 230 万。2001 年至 2012 年，26 个低收入和中等收入国家的艾滋病毒新感染病例减少 50% 以上。70% 的艾滋病毒新感染者是撒哈拉以南非洲的成年人，2001 年以来，这一人群中的新感染数目减少 34%。但是，近几年，东欧和中亚的新感染数目增多；虽然乌克兰的新感染数目减少，但是中东和北非的新感染数目则继续上升。³⁰⁶

416. 成年人的新增艾滋病毒感染率下降，在很大程度上反映性传播减少。但是艾滋病毒预防方面的区域成绩掩盖了国家内部和国家之间的重大差异。例如，南部非洲正出现新艾滋病毒感染，虽然这一疾病方面的知识已经普及，而且可以便利地获取安全套。南非是艾滋病毒感染者绝对人数最高的国家，新感染病例在 1998 年达到最高峰，其后每年快速下降，但在 2004 年至 2011 年，下降速度出现减缓，即使在 2011 年至 2012 年大幅下降后，艾滋病毒感染率依然很高。³⁰⁷

417. “注射吸毒者约占世界人口的 0.2-0.5%，在艾滋病毒感染者总数中约占 5-10%。”³⁰⁶ 在东欧和中亚，注射吸毒者及其性伴侣的艾滋病毒感染预防工作是一个关键优先事项。在这两个地区，某些国家的注射吸毒者占新感染人数的 40% 以上。在一些国家，艾滋病毒感染者人数与静脉注射吸毒存在密切关系，而政府尚未展现强有力的政治承诺来处理这个问题，同时也缺乏监测这一流行病的适当数据系统。³⁰⁶

418. 在全球范围，女性性工作者、男性性工作者和变性性工作者感染艾滋病毒的风险较高，女性性工作者感染艾滋病毒的可能性是其他妇女的 13.5 倍。但是，考虑到性工作者所面临的风险，用于防止其感染艾滋病毒的资金比例仍然过低。男男性行为者感染艾滋病毒的风险也增大，在美洲和亚洲新感染病例中所占比例

³⁰⁵ 世卫组织，“性传播感染”，WHO/RHR/13.02 号文件；见 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO_RHR_13.02_eng.pdf。

³⁰⁶ 艾滋病署，《全球报告：艾滋病署 2013 年全球艾滋病疫情报告》（见上文脚注 16）。

³⁰⁷ 艾滋病署，艾滋病信息在线数据库(www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx)。

过高；在男男性行为者中，青年和无家可归者面临的风险最大。性工作者、男男性行为者和其它更有可能感染艾滋病毒的关键人群继续面临污名化和歧视，并且在许多情况下面临惩罚性法律，这加剧了他们的脆弱性，而且构成阻碍预防、治疗、护理和支持方面重要工作的一个因素。³⁰⁶

419. 在参加全球调查的政府中，有 92% 报告说，过去五年已致力解决“增加弱勢民众和高危人群获得性传播疾病/艾滋病毒预防、治疗和护理服务机会”的问题，但取得成功的程度不尽相同。

420. 在很大程度上，预防新艾滋病毒感染取决于行为上的转变。各地区促成行为转变的办法的效力各不相同。2000 年至 2012 年，一些非洲国家的性风险行为出现增加；有证据表明，性伴侣数目大幅增加(在布基纳法索、刚果、科特迪瓦、埃塞俄比亚、加蓬、圭亚那、卢旺达、南非、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和津巴布韦)，避孕套的使用减少(在科特迪瓦、尼日尔、塞内加尔和乌干达)。³⁰⁶ 未来十年，公共卫生领域所面临的一个重大挑战是，必须了解为什么在已普及避孕套知识而且很容易获得安全套的情况下，仍然长期存在有风险的性行为，了解此种行为与性别规范和结构不平等之间的关系，并加以处理。

421. 有必要举办一次由各国政府、专家和民间社会组织参加的联合国重要会议，以讨论以下问题：所取得的成果不均衡；世界某些地区未出现行为上的转变；有证据表明，许多高风险国家的预防行动正在减少。

422. 各国和全球健康问题伙伴应消除世界不同地区和不同人口群体在艾滋病毒预防成果方面存在的显著差距；开展研究，以了解此种差距的根本原因；分享在降低高发群体艾滋病毒感染率方面行之有效的政策经验。

自国际人权与发展会议以来的人权阐述

方框 18

艾滋病毒和艾滋病

政府间人权成果：1994 年以来，出现了相当多涉及保护艾滋病毒和艾滋病感染者人权的阐述。大会通过了关于艾滋病毒和艾滋病的 3 项宣言，包括第 65/277 号决议(2011 年)附件所载《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病毒和艾滋病》，其中大会重申“充分落实人人享有人权和基本自由是全球防治艾滋病毒流行病的基本要素”。人权委员会通过了一系列关于保护艾滋病毒感染者人权的决议，其中包括关于在涉及人体免疫缺陷病毒(艾滋病毒)和获得性免疫缺陷综合症(艾滋病)的情况下保护人权的第 2005/84 号决议(2005 年)。

其他软性法律：1997 年，关于艾滋病毒/艾滋病以及人权的国际准则为增进艾滋病毒和艾滋病感染者的人权提供了一个框架。自国际人口与发展会议以

来，人权条约机构越来越多地提到艾滋病毒感染者的权利，包括在一般性评论和结论意见中。条约机构已作出规定，各国必须保证艾滋病毒感染者平等享受人权，³⁰⁸ 抗逆转录病毒疗法应当是可获得、负担得起和方便获取的，³⁰⁹ 而且各国必须采取行动消除在寻求诊治方面存在的障碍。³¹⁰ 必须为艾滋病毒和艾滋病方案划拨适当资源，³¹¹ 并监测其效力。³¹² 此外也敦促各国采取行动，消除与艾滋病毒和艾滋病有关的污名化和歧视现象。³¹³ 各国应确保艾滋病毒感染者能够就生育问题自愿做出知情决定。³¹⁴ 条约监测机构还建议各国处理青年妇女、农村地区人口、少数族群、老年人和其他弱势群体等特定人口的问题。³¹⁵

8. 艾滋病毒和艾滋病相关治疗、护理和支持

423. 1994 年举行国际人口与发展会议之时，不久后将爆发的艾滋病毒疫情尚未完全显现。1993 年，估计有 1 400 万名艾滋病毒感染者；但此疫情是在人发会议之后才爆发的。十年之内(2003 年)，艾滋病毒感染者人数约达 3 170 万，其中四

³⁰⁸ 消除对妇女歧视委员会在该委员会审议埃塞俄比亚合并第一、第二和第四次定期报告(A/51/38)后得出的结论意见，第四章，第 B.2 节，第 161 段。

³⁰⁹ 经济、社会及文化权利委员会关于享有能达到的最高标准健康的权利(《经济、社会及文化权利国际公约》第 12 条)的一般性意见 14 (2000 年)；经济、社会及文化权利委员会在该委员会审议大不列颠及北爱尔兰联合王国皇家属地和海外领土第四次定期报告后得出的结论意见(E/C.12/1/Add.79, 第 40 段)；人权委员会在该委员会审议肯尼亚的第二次定期报告后得出的结论意见(CCPR/CO/83/KEN, 第 15 段)。

³¹⁰ 经济、社会及文化权利委员会在该委员会审议洪都拉斯第一次报告(E/C.12/1/Add.57, 第 26 和 47 段)以及赞比亚第一次报告(E/C.12/1/Add.106, 第 30 段)后得出的结论意见。

³¹¹ 儿童权利委员会关于艾滋病毒/艾滋病和儿童权利的第 3 号一般性意见(见 A/59/41,附件九)。

³¹² 儿童权利委员会在该委员会审议赞比亚第一次报告(CRC/C/15/Add.206,第 51 段(d))后得出的结论意见。

³¹³ 儿童权利委员会在该委员会审议不丹第二次定期报告(CRC/C/BTN/CO/2,第 59 段(d))和哈萨克斯坦合并第二和第三次定期报告(CRC/C/KAZ/CO/3,第 54 段(d))后得出的结论意见。

³¹⁴ 除对妇女歧视委员会第二十届会议通过的关于《经济、社会及文化权利国际公约》第 12 条的一般性建议 24 (见 A/54/38/Rev.1, 第一部分, 第一章, A 节)。

³¹⁵ 消除对妇女歧视委员会在该委员会审议摩尔多瓦共和国合并第二和第三次定期报告(CEDAW/C/MDA/CO/3, 第 31 段)和缅甸第一次报告(A/55/38, 第四章, B 节, 第 96 段)后得出的结论意见；人权委员会在该委员会审议立陶宛第二次定期报告(CCPR/CO/80/LTU, 第 12 段)后得出的结论意见；经济、社会及文化权利委员会在该委员会审议中国(包括香港和澳门)第一次报告(E/C.12/1/Add.107, 第 60 段)后得出的结论意见；消除对妇女歧视委员会在该委员会审议津巴布韦合并第五和第六次定期报告(CEDAW/C/ZAM/CO/5-6, 第 36 段(a))和乌干达合并第四和第七次报告(CEDAW/C/UGA/CO/7, 第 46 段)后得出的结论意见。

分之三生活在非洲。³¹⁶ 其后，各国政府和援助机构直到 2005 年才做出反应，但那时每年死于艾滋病的人数已达到 230 万的最高数目。³⁰⁶ 在该疾病给全球造成的负担方面，1990 年，艾滋病毒是导致残疾调整寿命年数折损的第 33 大因素，2010 年则升至第 5 大致因。虽然因艾滋病导致的死亡人数在 2012 年骤然下降至大约 160 万，³⁰⁶ 但艾滋病仍是造成全世界育龄妇女(15 至 49 岁)死亡的最主要原因。³¹⁷ 在撒哈拉以南非洲，艾滋病和孕产原因导致的死亡是育龄妇女死亡的主要原因。³¹⁸

424. 根据新修订的(2013 年)世卫组织治疗准则，2012 年接受抗逆转录病毒治疗的人为 970 万，仅占有资格接受治疗人数的 34%。³⁰⁶ 修改治疗准则是因为有新证据表明，在艾滋病毒感染的自然过程中尽早接受抗逆转录病毒治疗是有好处的。因此，尽管获得抗逆转录病毒治疗的机会不断扩大，但是有资格接受治疗的感染者比例远远没有达到千年发展目标 6，即到 2015 年普及抗逆转录病毒治疗这个具体目标。³⁰⁶ 虽然许多国家成功推出了治疗方案，但是在保健系统薄弱、工作人员不足以及污名化阻碍检测和护理工作的情况下，具体落实工作仍面临挑战。值得注意的是，在全球，抗逆转录病毒疗法所覆盖的有资格接受治疗的儿童少于有资格接受治疗的成年人，而且推广工作依然偏向于成年人。³⁰⁶

425. 感染艾滋病毒的孕妇获得抗逆转录病毒治疗的比例出现急速上升，原因是预防垂直传播的方案持续不断扩大，2012 年的全球覆盖率达到 63%。但是，世界各地区预防艾滋病毒母婴传播方案的覆盖率仍有相当大的差异：东欧、中欧和加勒比超过 90%，而太平洋、中东和北非仍低于 20%。在处于广泛流行期的国家中，13 个国家为不到 50% 的艾滋病毒感染孕妇提供了抗逆转录病毒治疗，另有 13 个国家的预防母婴传播艾滋病毒覆盖率则达到 80%。³⁰⁶ 处于广泛流行期的国家在预防母婴传播覆盖率方面存在差异，似乎不反映各国艾滋病毒流行率有根本差异。³¹⁹

426. 虽然预防母婴传播工作增加了孕妇获得治疗的机会，但与普通人相比，孕妇为自身健康原因接受抗逆转录病毒治疗的比例仍较低。³⁰⁶ 此外，在获得和使用艾滋病毒检测和咨询服务³²⁰ 以及治疗³²¹ 方面，仍持续存在性别差异。预防母

³¹⁶ 艾滋病署，艾滋病信息在线数据库(www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx)。2013 年 12 月 5 日下载的数据。

³¹⁷ 世卫组织，“妇女保健”第 334 号概况介绍（2013 年 9 月）；见 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/。

³¹⁸ 世卫组织及其他，《孕产妇死亡率趋势》（见上文脚注 278）。

³¹⁹ 艾滋病署，艾滋病信息在线数据库；见 www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx。

³²⁰ P. Glick 和 D. Sahn, “Changes in HIV/AIDS knowledge and testing behavior in Africa: how much and for whom?”, *Journal of Population and Economics*, 第 20 卷, 第 2 期(2007 年), 第 383-422 页; S. Mitchell 及其他, “Equity in HIV testing: evidence from a cross-sectional study in ten Southern African countries”, *BMC International Health and Human Rights*, 第 10 卷, 第 23 号(2010 年); R. C. Snow, M. Madalane 和 M. Poulsen, “Are men testing? Sex differentials in HIV testing in Mpumalanga Province, South Africa”, *AIDS Care*, 第 22 卷, 第 9 期(2010 年), 第 1060-1065 页;

婴传播覆盖率的提高减少了幼儿经母体感染艾滋病的机会，使 670 000 多名儿童免于感染艾滋病毒。2012 年，低收入和中等收入国家新感染儿童数目为 260 000，比 2009 年减少 35%。

427. 各国应确保普及艾滋病毒信息、教育和咨询服务，包括自愿和保密的艾滋病毒检测，并特别注重青年人和感染艾滋病毒风险高的人；致力于在尽可能短的时间内普及抗逆转录病毒疗法，以此消除艾滋病毒母婴传播，确保跟踪接触到艾滋病毒的婴儿，延长感染艾滋病母亲和所有艾滋病感染者的寿命，并改善其生活质量，此外保护所有艾滋病毒感染者免于污名化、歧视和暴力。

428. 在“消除艾滋病毒母婴传播，进行治疗以延长艾滋病毒抗体呈阳性母亲的寿命”方面，全球调查显示，86%的国家报告说它们过去五年着手处理了这个问题；在经艾滋病署确定的、受到艾滋病毒和艾滋病“重大影响”的 38 个国家中，97%的国家报告说，它们过去五年着手处理了这个问题。虽然尚未实现目标，但这表明需求最大的国家已在更集中地开展努力。

E. 非传染性疾病

429. 国际人口与发展会议以来，非传染性疾病在发展中国家疾病负担中的比重变得远为突出。1990 至 2010 年间，全球范围内非传染性疾病造成的死亡人数增加了 30%(最显著的是心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病和糖尿病)。³²² 在除非洲以外的所有区域，非传染性疾病造成的死亡人数超过了孕产期、围产期、传染性以及营养紊乱性疾病合并起来的人数。³²³ 在较发达地区，特别是在东欧，老年人在人口中的比例更高，因此，非传染性疾病死亡率更高。但年龄标准化非传染性疾病的死亡率表明，非洲人面临的非传染性疾病致死的风险高于任何其他区域。³²⁴ 预计在 2008 至 2030 年期间，全世界非传染性原因造成的死亡将增加 44%。人口增长率更高、人的寿命不断延长的中低收入国家的疾病负担最重。³²³

A. E. Yawson、P. Dako-Gyeke 和 R. Snow, “Sex differences in HIV testing in Ghana, and policy implications”, *Aids Care*, 第 24 卷, 第 9 期(2012 年), 第 1181-1185 页。

³²¹ P. Braitstein 及其他, “Gender and the use of antiretroviral treatment in resource-constrained settings: findings from a multicenter collaboration”, *Journal of Women’s Health*, 第 17 卷, 第 1 期(2008 年), 第 47-55 页; P. Dako-Gyeke、R. Snow 和 A. E. Yawson, “Who is utilizing anti-retroviral therapy in Ghana: an analysis of ART service utilization”, *International Journal for Equity in Health*, 第 11 卷, 第 62 期(2012 年); A. S. Muula 及其他, “Gender distribution of adult patients on highly active antiretroviral therapy (HAART) in Southern Africa: a systematic review”, *BMC Public Health*, 第 7 卷, 2007 年 4 月。

³²² R. Lozano 及其他, “Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010”, *The Lancet*, 第 380 卷, 第 9859 期(2012 年 12 月 15 日), 第 2095-2128 页。

³²³ 世界卫生组织, 《2010 年非传染性疾病全球状况报告》(日内瓦, 2011 年)。

³²⁴ 联合国, “人口老龄化与非传染性疾病”。《人口事实》, 第 2012/1 期。

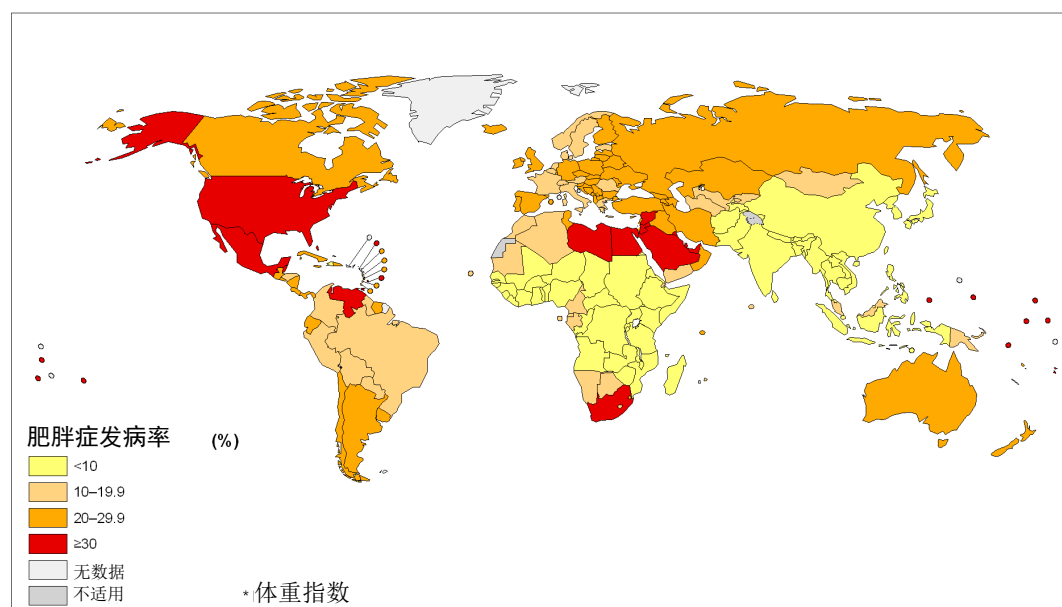
430. 约一半的非传染性疾病是高血压(全球死亡人数的 13%)、吸烟(9%至 10%)、高胆固醇和高血糖(6%)、缺乏锻炼(6%至 7%)和肥胖(5-7%)造成的。³²⁵ 因此,必须尽早教育青少年和他们的父母懂得健康饮食和锻炼的重要性以及酗酒和吸烟的害处。

1. 非传染性疾病与不平等

431. 虽然与非传染性疾病有关的行为和风险因素通常是与生活在高收入国家的那些人联系在一起的,但“不健康的生活方式正在全球蔓延”。³²⁶ 例如,全球肥胖症的发病率在 1980 至 2008 年间几乎增加了一倍,发达区域和欠发达区域国家的发病率都很高(见图 41)。

图 41

2008 年 20 及 20 岁以上两性肥胖症年龄标准化发病率



资料来源: 世界卫生组织, 全球健康问题观察站地图库, 见 www.who.int/gho/map_gallery/en/index.html (2013 年 10 月 25 日检索)。

432. 在所有区域, 妇女都比男子更容易患肥胖症。³²⁷ 所有区域肥胖儿童的人数都有所增加, 但在中低收入国家增长最快, 预计到 2015 年, 这些国家的肥胖

³²⁵ S. Sawyer 及其他, “Adolescence: a foundation for future health”, *The Lancet*, 第 379 卷, 第 9826 期(2012 年), 第 1630-1640 页; 世界卫生组织, 《2010 年非传染性疾病全球状况报告》。

³²⁶ D. Bloom 及其他, *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases* (日内瓦, 世界经济论坛, 2011 年)。

³²⁷ 世界卫生组织, 《2012 年世界卫生数据统记》(日内瓦, 2012 年)。

儿童将比 1990 年增加一倍。³²⁸ 穷人因出生时体重偏低、童年时营养不良以及接触二手烟等因素更容易患非传染性疾病。非传染性疾病主要是慢性疾病，会影响人们的工作出勤，使人无法就业，而且从丧失经济生产力和保健费用角度而言，也造成了经济损失。

433. 在发展中世界，患有非传染性疾病并因此死亡的人年纪很轻，并影响到了正值赚取收入的壮年时期成年人。³²⁹ 与高收入国家(13%)相比，中低收入国家(29%)60 岁以下者因非传染性疾病死亡的比例要高得多，而且穷人比富人更有可能早逝。³²³

2. 精神疾病

434. 精神疾病是影响全球数亿人的一个主要的非传染性疾病，是导致因非传染性疾病造成的残疾调整寿命年数损失的主要原因。³²⁶ 在精神疾病中，抑郁症约占三分之一，影响到全球 1.54 亿人，妇女，特别是年轻妇女患抑郁的人明显更多。根据国际阿兹海默症协会的数据，目前 4 400 万人患有该疾病，到 2050 年，这一数字将增长到 1.35 亿。此外，到 2050 年，71% 的患者将出现在中低收入国家。³³⁰

435. 精神疾病和贫困是相辅相成的：生活贫困会导致遭受更严重的压力、营养不良、暴力和社会排斥，而精神疾病会增加变穷或无法脱贫的可能性。³³¹ 70% 的经济产出损失源于心理健康情况和心血管疾病，预计在 2010 至 2030 年期间，非传染性疾病带来的全球经济负担将增加一倍。³²⁶ 尽管高收入国家受到的经济损失最大，但改善中低收入国家民众的心理健康应成为发展方面的一个优先重点。³³²

3. 预防非传染性疾病：从青少年开始

436. 成年人所患的大多数非传染性疾病和 70% 的成年人早逝都与青少年时期开始或加重的以下四种行为有密切关联：吸烟、酗酒、缺乏运动、暴食或营养不良。³³³ 例如，吸烟通常从青春期开始，在因非传染性疾病导致的死亡中，每

³²⁸ 世卫组织，《2010 年非传染性疾病全球状况报告》，第 24 页。

³²⁹ W. Baldwin 和 L. Amato, “Global burden of noncommunicable diseases”, Fact sheet(哥伦比亚特区华盛顿，人口资料局，2012 年)。

³³⁰ 国际阿兹海默症协会，“Policy brief for Heads of Government: the global impact of dementia 2013-2050” (伦敦，2013 年 12 月)；见 www.alz.co.uk/research/G8-policy-brief。

³³¹ C. Lund and others, “Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries”, *The Lancet*, 第 378 卷，第 9801 期(2011 年)，第 1502-1514 页。

³³² “Mental health care: the economic imperative”, *The Lancet*, 第 378 卷，第 9801 期(2011 年)，第 1440 页。

³³³ M. D. Resnick and others, “Seizing the opportunities of adolescent health”, *The Lancet*, vol. 376, No. 9826 (2012), pp. 1564-1567。

6 个人中就有 1 个是因为吸烟。³³⁴ 减少烟草的供需将可在 10 年内在 23 个非传染性疾病负担沉重的中低收入国家避免约 550 万例死亡。³³⁴ 此外，来自欧洲和中低收入国家的证据表明，青年从很小便开始喝酒，而且酒精消费量呈上升趋势。³³⁵

437. 终身的健康教育应从青年人开始，既应在学校课程内开展，又应与全面的性教育同时开展，因为与长期健康有关的许多生活习惯都是从年轻时开始并形成的，并与特性的形成和对成为成人的渴望交织在一起。

438. 各国应通过各种学校方案、公共媒体以及全面性教育，在儿童和青少年中提倡健康行为，包括增强抵制吸烟和其他药物滥用的能力，倡导健康饮食与营养、运动和活动以及压力管理和心理保健，从而减少非传染性疾病的风险因素。

F. 改变预期寿命的模式

439. 在全球层面，两性出生时的预期寿命已从 1990 年至 1995 年的 64.8 岁提高至 2010 年至 2015 年期间的 70 岁，增长了 5.2 岁。女性出生时的预期寿命从 67.1 岁提高到了 72.3 岁，男性同期预期寿命从 62.5 岁提高到了 67.8 岁。³³⁶

440. 世界所有区域的预期寿命都已提高，而且除非洲和欧洲外，几乎所有区域都取得了稳步进展。非洲的预期寿命在 1990 年代增长缓慢，原因是一些国家因艾滋病毒/艾滋病或冲突导致死亡率上升，但在 2000 年代恢复增长势头。因此，在过去二十年里，非洲的预期寿命提高了 6.5 岁。同样，欧洲的预期寿命在 1990 年代的增长放缓，原因是前苏联国家的若干继承国死亡率上升，但 2000 年代预期寿命的增长加速。目前，撒哈拉以南非洲的预期寿命最低，为 56 岁，比世界平均水平低 14 岁。事实上，世界上所有预期寿命低于 60 岁(共有 30 个国家)的国家都在非洲，其中 6 个国家的预期寿命低于 50 岁。这些国家是塞拉利昂、博茨瓦纳、斯威士兰、莱索托、刚果民主共和国和中非共和国。³³⁶

441. 虽然综合分析突出反映了众所周知的一种看法，即妇女的平均寿命比男子长，但国家、国家以下一级以及趋势分析表明，这一模式不是一成不变的，因为性别差距的程度在各国人口之间差别巨大，而且也在随着时间的推移发生变化。³³⁷ 在处于人口和流行病过渡初期阶段的国家，妇女的预期寿命比男性约长

³³⁴ R. Beaglehole and others, "Priority actions for the non-communicable disease crisis", *The Lancet*, vol. 377, No. 9775 (2011), pp. 1438-1447.

³³⁵ R. Beaglehole 及其他, "Measuring progress on the NCDs: one goal and five targets", *The Lancet*, vol. 380, No. 9850 (2012), pp. 1283-1285.

³³⁶ 《世界人口前景：2012 年订正本》(ST/ESA/SER.A/336)。

³³⁷ T. Geronimus 和 R. C. Snow, "The mutability of women's health with age: the sometimes rapid and often enduring, health consequences of injustice", in *Women and Health*, 2nd ed., M. B. Goldman, R. Troisi 和 K. M. Rexrode, eds. (London, Academic Press, 2013)。

2 至 3 年。在这些情况下，饮用水不干净、传染病、营养不良、缺乏获得保健服务途径以及其他结构性条件导致各年龄组，特别是儿童的死亡率很高。这些同样的条件使妇女在怀孕和分娩期间容易染病，而且促使人们将高生育率作为应对婴儿和儿童死亡率高的一种手段，这反过来又增加了妇女在孕产过程中死亡的风险。³³⁷

442. 1970 年代，艾滋病毒日益肆虐，致使非洲许多国家的预期寿命下降，³³⁸ 妇女受到的影响更大，部分原因是艾滋病相关疾病夺去了更多妇女的生命，这反映妇女因生理特征以及在性关系中丧失权能而面临更大的感染艾滋病毒风险。³³⁹ 在若干非洲国家，男子目前的预期寿命比妇女长。³³⁷

443. 在前苏联共和国，妇女的预期寿命比男子长很多(10 年或 10 年以上)，在 1980 年代末和 1990 年代初，男性的预期寿命下降，进一步加大了这一差距。³⁴⁰ 男性的预期寿命后来略有增长，但后来出现停滞。男子预期寿命下降的原因众说不一，但部分原因是政治动荡造成压力增大、心脏病以及酗酒等。预期寿命出现的这些变化说明了社会和政治情况对健康和长寿的影响。³³⁷

444. 在高收入的工业化国家，妇女的预期寿命比男子长(4 到 7 岁)。这一性别差异在 1970 年代达到顶峰，主要原因是在过去几十年里，男子吸烟的比率很高。近年来两性间的预期寿命差异缩小，部分原因是过去 20 年里吸烟的男性减少。³⁴¹

445. 无论是在各国人口内部还是在各国人口之间，预期寿命方面的差异是动态的，随时间推移而变化，反映政治、经济和流行病情况的不断变化。由于国家的核心义务是尊重、促进和保护本国人民的人权，而预期寿命是各国在多大程度上履行了这一义务，在多大程度上为本国公民的能力、健康、社会保护及复原力进行了适当投资的一个综合指标。

³³⁸ J. Adetunji 和 E. R. Bos, “Levels and trends in mortality in sub-Saharan Africa: an overview”, in *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*. 2nd ed., D. T. Jamison and others, eds(华盛顿, 世界银行, 2006 年)。

³³⁹ J. A. Higgins、S. Hoffman 和 S. L. Dworkin, “Rethinking gender, heterosexual men, and women’s vulnerability to HIV/AIDS”, *American Journal of Public Health*, 第 100 卷, 第 3 期(2010 年), 第 435-445 页。

³⁴⁰ V. Shkolnikov、M. McKee 和 D. A. Leon, “Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s”, *The Lancet*, 第 357 卷, 第 9260 期(2001 年), 第 917-921 页; D. A. Leon 及其他, “Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol or what?”, *The Lancet*, 第 350 卷, 第 9075 期(1997 年), 第 383-388 页。

³⁴¹ F. C. Pampel, “Cigarette use and the narrowing sex differential in mortality”, *Population and Development Review*, 第 28 卷, 第 1 期(2002 年), 第 77-104 页; “Sex differentials in life expectancy and mortality in developed countries: an analysis by age group and causes of death from recent and historical data”, *Population Bulletin of the United Nations*, No. 25 (联合国出版物, 出售品编号: E.88.XIII.6); Geronimus 和 Snow, “The mutability of women’s health with age: the sometimes rapid and often enduring, health consequences of injustice”。

G. 加强保健系统方面未完成的议程

446. 尽管过去几十年在医疗保健方面取得了前所未有的医疗进展和创新，但各国之间和各国内部在提供高质量的保健系统方面依然存在严重的差异。如果按保健人员的密度、关键服务的覆盖面、商品缺货的情况以及做记录等业务指标，或按保健成果来划分的话，撒哈拉以南非洲和南亚(程度稍轻些)的保健系统最不普及而且最脆弱。在一些中高收入国家，特定区域或特定人群，如土著人民、城市贫民窟，无保险和无证件人群的保健系统要么很薄弱，要么覆盖面小，要么质量差。

1. 艾滋病毒和艾滋病对保健系统的影响

447. 国际艾滋病毒防治援助大多用于制订纵向的、具体针对艾滋病毒防治方案，而不是将各项服务纳入现有的保健系统。采用这种办法是为了快速推出急需的艾滋病毒服务，同时理想的状况是，产生加强广义上的保健系统的外溢效应。但未将艾滋病毒和艾滋病防治工作纳入广泛保健系统的纵向结构存在转移资源，将其他服务排挤出保健系统以及为实行单一疾病方法而不去从总体上加强卫生系统等问题。³⁴² 紧迫、有可能致命的卫生紧急状况固然需要优先采取行动和调动资源，但是有必要从中获取最大利益，同时加强保健系统，以便在整个生命过程中提供长期、深远的保健预防和护理。

448. 艾滋病毒同性与生殖健康密切相关，因为 80% 的艾滋病毒病例是通过性活动传染的，10% 是在怀孕、分娩或母乳喂养期间传染的。³⁴³ 但在国际人口与发

³⁴² D. Yu 及其他, “Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?”, *Globalization and Health*, 第 4 卷, 第 8 期(2008 年); Columbia University, International Center for AIDS Care and Treatment Programs, “Leveraging HIV scale-up to strengthen health systems in Africa”, 2008 年 9 月在意大利贝拉焦举行的一次会议的报告(2009 年); W. M. El-Sadr and E. J. Abrams, “Scale-up of HIV care and treatment: can it transform healthcare services in resource-limited settings?”, *AIDS*, 第 21 卷(2007 年 10 月), 第 S65-S70 页; K. A. Grépin, “HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV services in sub-Saharan Africa”, *Health Affairs*, 第 31 卷, 第 7 期(2012 年), 第 1406-1414 页; A. Buv é, S. Kalibala 和 J. McIntyre, “Stronger health systems for more effective HIV/AIDS prevention and care”, *International Journal of Health Planning and Management*, 第 18 卷, 第 1 期(2003 年), 第 S41-S51 页。

³⁴³ I. Askew 和 M. Berer, “The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: a review”, *Reproductive Health Matters*, 第 11 卷, 第 22 期(2003 年), 第 51-73 页; N. Duce 和 A. Nolan, “Seizing the big missed opportunity: linking HIV and maternity care services in sub-Saharan Africa”, *Reproductive Health Matters*, 第 15 卷, 第 30 期(2007 年), 第 190-201 页。

展会议之后的几年里，许多国家的性与生殖健康方面供资停滞不前，但艾滋病毒援助金则大幅增加。³⁴⁴

449. 关于艾滋病毒防治方案的资金增加和规模扩大是否对性与生殖保健服务的提供产生了外溢效应，各方进行过许多辩论，但确凿证据却很少。最近的一项经济分析使用《人口与家庭调查》和经合组织贷方报告制度的数据，调查 2003 年至 2010 年期间撒哈拉以南非洲人均艾滋病毒捐助数额对产妇保健服务产生的影响。通过对比年度保健成果与前一年的艾滋病毒防治援助拨付额，此项研究显示，艾滋病毒方面的发展援助对产妇保健服务提供情况(母亲报告称进行了产前保健检查或由熟练助产士接生)的影响极小。但在卫生工作者密度低、艾滋病毒感染率低的地方，艾滋病毒防治资金对完善产妇保健服务产生了更强有力的影响，这表明艾滋病防治资金对资源更为短缺的保健系统，特别是艾滋病毒和艾滋病不是那么严重的地方，产生了倍增效应。³⁴⁵

450. 各国应将艾滋病毒和其他性与生殖保健服务充分结合起来，为此可大幅扩展提供包括提供艾滋病毒检测在内性传播感染诊疗方面的优质服务；将艾滋病毒咨询纳入面向包括少年和青年在内所有人的更妥善性与生殖保健；加强向所有妇女和儿童(无论是否已感染艾滋病毒)提供孕前、产前和产后保健及儿童保健等护理的连续性；满足所有人，包括艾滋病毒抗体阳性者对避孕药具的需求。

2. 保健人力资源

451. 根据世卫组织和全球卫生工作者联盟题为“一个普世真理：没有保健工作人员就没有保健”的最新出版物中的最新数据，2013 年全球保健工作人员短缺 720 万人，据估计，到 2035 年，这一数字可能会达到 1 290 万人。³⁴⁶ 2006 年估计 57 个保健人员严重短缺的国家约短缺 430 万人，但最新数据比这一估计数高出很多。³⁴⁷ 当时非洲的 36 个国家和东南亚的孟加拉国、印度和印度尼西亚卫生工作者短缺问题最严重(见表 2)。与那时相比，目前被确定保健人力资源密度低和/或服务覆盖面低的国家组合已发生变化。在原来医务人员严重短缺的 57 个国家，46 个国家的现有数据表明，医生、护士和助产士的人数都有所增加。但随着时间

³⁴⁴ Yu 及其他，“Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?”; J. Shiffman, “Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues?”, *Health Policy and Planning*, 第 23 卷, 第 2 期(2008 年), 第 95-100 页; Grépin, “HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV services in sub-Saharan Africa”。

³⁴⁵ Grépin, “HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV services in sub-Saharan Africa”。

³⁴⁶ 全球卫生工作者联盟和世卫组织，《普世真理：没有工作团队就没有健康》，执行摘要(日内瓦，世界卫生组织，2013 年)。

³⁴⁷ 世卫组织，《2006 年世界卫生报告：通力合作，增进健康》(日内瓦，2006 年)，第 1 章；见 www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf。

的推移，人口增长速度超过了医护人员的增长数，导致卫生工作者短缺状况进一步加剧。³⁴⁶

表 2
按区域分列的 2006 年医生、护士和助产士严重短缺估计数

世卫组织区域	国家数		短缺的国家		
	共计	短缺的国家数	已有人数共计	估计短缺数	需增加的百分比
非洲	46	36	590 198	817 992	139
美洲	35	5	93 603	37 886	40
东南亚	11	6	2 332 054	1 164 001	50
欧洲	52	0	不详	不详	不详
东地中海	21	7	312 613	306 031	98
西太平洋	27	3	27 260	32 560	119
世界	192	57	3 355 728	2 358 470	70

资料来源：世卫组织，《2006 年世界卫生报告：通力合作，增进健康》，表 1.3，见 www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1。

452. 上文提到的世卫组织最新报告使用了为显示全球供应模式而编制的每 1 万人中熟练卫生专业人员(助产士、护士和医生)估计门槛(分别为 22.8、34.5 和 59.4)，所得出的结果如下：³⁴⁶

- (a) “83 个国家未达到每 1 万人中有 22.8 个熟练卫生专业人员的门槛值”；这是提供基本保健服务所需的医生、护士和助产士的最低人数。
- (b) “100 个国家未达到每 1 万人中有 34.5 个熟练卫生专业人员的门槛值”；
- (c) “118 个国家未达到每 1 万人中有 59.4 个熟练卫生专业人员的门槛值”；
- (d) “68 个国家超过了每 1 万人中有 59.4 个熟练卫生专业人员的门槛值”。

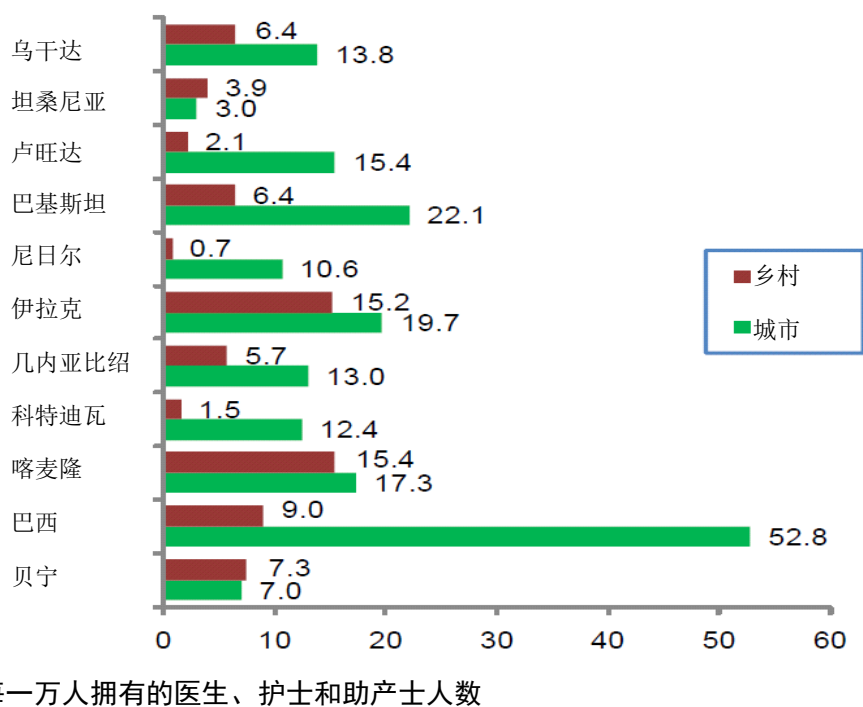
这些结论突出表明，保健工作人员在各国的分布持续不平衡；撒哈拉以南非洲和亚洲部分地区仍是保健工作人员短缺情况最严重的地方。³⁴⁶

453. 全球卫生工作者的分布情况是，需求最大、疾病负担最重的国家所拥有的保健工作人员绝对人数最少，保健工作人员密度最小(即每个人口单位的保健工作人员数)。欧洲每 1 000 个人中的保健工作人员密度为 18.9 人，这约是非洲的 8 倍，非洲保健工作人员的密度为每千人 2.3 人。³⁴⁷ 美洲的疾病负担约占全球的 10%，却拥有世界保健人员的 37%，虽然非洲的疾病负担超过全球的 24%，却仅拥有全球保健人员的 3%。在人均收入最低的 49 个国家中(世界银行数据)，只有 5 个国家达到了世卫组织规定的每 1 万人中有 23 名医生、护士和助产士的最低门槛。³⁴⁷

454. 许多国家除了保健工作人员的总人数短缺外，国家内部还存在空间分布不均问题，比例较大的保健工作人员，特别是其中技术最熟练者，集中在城市中心，这使人员短缺问题更加严重。³⁴⁸ 许多国家，无论是富国还是穷国，都为解决分布不均问题制定了激励方案并取得了不同程度的成功。例如，印度正在试行一个农村服务方案，根据该方案，医生到偏远或农村地区工作后将获得研究生培训机会。³⁴⁹

图 42

2005 年特定国家城乡医生、护士和助产士密度



资料来源：世卫组织,卫生人力资源部,“Monitoring the geographical distribution of the health workforce in rural and underserved areas”, Spotlight on Health Workforce Statistics,第 8 期(2009 年 10 月), 见 www.who.int/hrh/statistics/spotlight_8_en.pdf。

³⁴⁸ L. Chen 及其他, “Human resources for health: overcoming the crisis”, The Lancet, 第 364 卷, 第 9449 期(2004 年), 第 1984-1990 页; 世卫组织, “Achieving the health related MDGs: it takes a workforce” (www.who.int/hrh/workforce_mdgs/en/index.html)。

³⁴⁹ “Monitoring the geographical distribution of the health workforce in rural and underserved areas”, Spotlight on Health Workforce Statistics, No. 8 (October 2009); 见 http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_8_en.pdf; N. Dreesch 及其他, “An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals”, Health Policy and Planning, 第 20 卷, 第 5 期(2005 年), 第 267-276 页。

455. 艾滋病毒传染给薄弱的卫生系统造成了巨大压力，在最急需保健人员的时候凸显并加剧了保健工作人员严重短缺的问题。艾滋病毒传染加大了对保健工作人员迅速扩大治疗的要求，要想达到世卫组织到 2005 年向 300 万人提供抗逆转录病毒治疗的目标，估计最多约需要 120 000 名保健工作人员。³⁵⁰ 与此同时，恶劣的工作条件带来了职业传染的风险，而且工作量增加，报酬低，获得基本药物的渠道极其有限，这导致士气低落，人员流失率高。一些保健工作人员转到了私营部门，许多人认为私营部门把重要的人力资源从公共部门方案挖走。³⁵¹ 但是，人力资源危机促使产生了培训并留住保健工作人员的政治意愿，并且导致实施了减轻保健工作人员压力的战略，如转移任务和扩大社区卫生工作者方案。³⁵²

456. 证据表明，保健工作者密度低与保健成果不佳，包括无力实现千年发展目标之间有着密切的相互关系。³⁵³ 2000 年以来，虽然大多数区域在分娩护理专业化方面都取得了重大进展，但撒哈拉以南非洲取得的进展最小(见图 43)，该地区的大多数新生儿还是由外行和传统助产士接生。非洲不到 55% 的妇女分娩是由熟练助产人员接生的，而其他区域这一比例超过 80%，³⁵⁴ 非洲还远未达到进一步执行《行动纲领》所涉重大行动(1999 年)中设定的由熟练助产人员接生的比例的具体目标。³⁵⁵ 对 58 个国家进行的一项研究表明，91% 的孕产妇死亡都是因为保健工作人员严重短缺，而且 9 个国家要想达到千年发展目标中设定的具体目标，就需要增加 6-15 倍的助产人员。如果上述 58 个国家经过培训的助产人员人数能够翻一番，那么估计可以避免 20% 的产妇死亡。³⁵⁴

³⁵⁰ L. R. Hirschhorn 及其他，“Estimating health workforce needs for antiretroviral therapy in resource-limited settings”，*Human Resources for Health*，第 4 卷(2006 年)。

³⁵¹ B. Samb 及其他，“Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic”，*New England Journal of Medicine*，第 357 卷，第 24 期(2007 年)，第 2510-2514 页；Yu 及其他，“Investment in HIV/AIDS programs: does it strengthen health systems in developing countries?”。

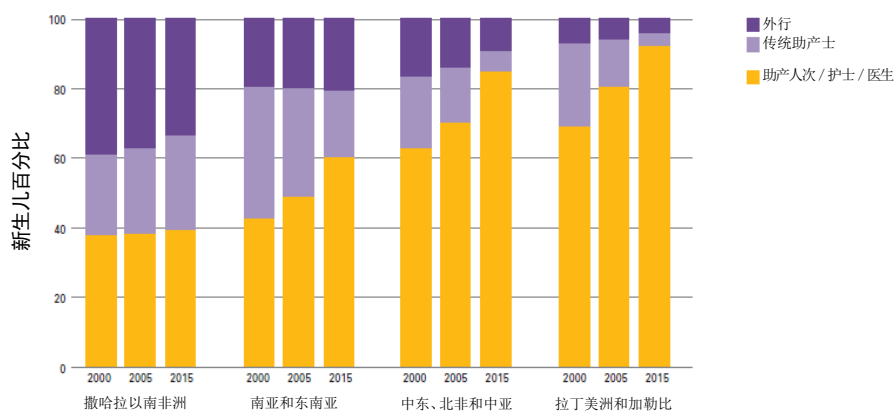
³⁵² F. Rasschaert 及其他，“Positive spill-over effects of ART scale up on wider health systems development: evidence from Ethiopia and Malawi”，*Journal of the International AIDS Society*，第 14 卷，第 1 期(2001 年)，第 S3 页。

³⁵³ N. Speybroeck 及其他，“Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes”，为《2006 年世界卫生报告》编写的背景文件(世界卫生组织，2006 年)。

³⁵⁴ 人口基金，《2011 年世界助产状况》(见上文脚注 289)。

³⁵⁵ 按照进一步执行《行动纲领》所涉重大行动的要求，“国家应将由熟练助产士接生的新生儿比例作为一个基准指标。到 2005 年，在产妇死亡率非常高的国家，至少 40% 的新生儿应由熟练助产人员接生；到 2010 年这一数字应至少为 50%，到 2015 年，至少为 60%。所有国家应当继续努力，以便到 2005 年，80% 的新生儿应由熟练助产人员接生，到 2010 年 85%，到 2015 年 85%”(大会第 S/21-2 号决议，附件，第 64 段)。

图 43
选定区域 2000、2005 和 2015 年(预计)由专业人士接生的百分比



资料来源：修改来自世卫组织，《2005 年世界卫生报告：重视每一位母亲和孩子》，人口基金《2011 年世界助产状况报告：提供卫生服务，挽救生命》，图 1.2，见 www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/en_SOWMR_Full.pdf。

457. 许多贫穷国家以“任务转移”的办法应对保健工作人员短缺问题，即培训较低级别的工作人员以便承担更高级别的职能。³⁵⁶ 分析人员也日益认识到，任何国家是否有足够的卫生工作人员，是长期动态的结果，这些动态因素包括培训机构的能力、传统和适应性，可能已经过时的职业激励机制和许可证发放管理法规，可能助长人才外流的国与国之间协作关系，以及保健工作人员的机构文化。

458. 事实证明，国家对保健人力资源进行深入的比较评估是很有用的，世卫组织、世界银行、人口基金最近的工作也反映了这一点，这三个机构都在选定的高负担国家进行了保健人力资源研究。H4+高负担国家举措正在 8 个国家开展一系列评估，分析助产士队伍，最终目标是改善社区一级获得优质助产服务的机会，以便在实现千年发展目标方面加快取得进展，并实现保健系统的可持续性。³⁵⁷

459. 现在迫切需要逐国进行保健工作人员方面的评估，以便进行保健人力资源政策分析，并有机会加强规划和解决保健工作人员短缺问题，更公平地分配保健服务。

460. 国家应立即对保健工作人员的培训、征聘和奖励进行必要的长期投资，增加他们的人数并提高他们的能力，注重确保有所需人力资源来普及高质量的性与生殖保健服务，包括为此开展国家评估并在必要情况下加强保健培训机构，提供

³⁵⁶ 世卫组织，“Taking stock; task shifting to tackle health worker shortages”，WHO/HSS/2007.03 号文件，见 www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf；K. Sherr 及其他，“The role of nonphysician clinicians in the rapid expansion of HIV care in Mozambique”，*Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*，第 52 卷，第 1 期(2009 年 11 月)，第 S20-S23 页。

³⁵⁷ H4+ 高负担国家举措：操作指南和评估框架(2012 年 4 月)。

所需的全部性与生殖保健服务；提高保健工作人员的能力，留住更多人才并加强监督；使中级人员(如助产士)掌握性健康和生殖健康技能；改善薪酬和职业激励措施，解决保健工作人员地理分布不均问题。

3. 卫生管理信息系统

461. 贫穷国家保健系统的另一个长期缺陷是管理信息系统。管理信息系统负责保留病人档案、卫生统计、病房入住率方面的业务数据、门诊需求、库存流动和报销情况，使管理人员能够评估干预措施和医疗机构业绩，并最终确保根据实际证据来规划、管理和完善保健系统。³⁵⁸

462. 在富裕国家已在广泛使用计算机和网络，而且已从纸面管理信息系统转为电子管理信息系统的时候，大多数贫穷国家却还在使用纸面信息系统，打断了病人护理的连续性，降低了数据使用效率。1994年以来，特别是过去十年来，保健系统出现的一个值得注意的变化是因特网能力快速发展，使得有可能从纸面医疗记录系统转为电子医疗记录系统，或者采用电子健康管理信息系统的可能性越来越大。³⁵⁹

463. 贫穷国家最近在电子医疗记录方面进行的几项投资都是由艾滋病毒和艾滋病促成的。无法追踪的艾滋病毒感染者数目众多，凸显许多国家的保健信息和医疗记录系统极其薄弱。在 18 个国家开展的防止母婴传播方案的一项研究发现，只有 9% 的婴儿在第一次免疫接种时被确认其母亲感染了艾滋病毒。³⁶⁰ 随着国际社会加大力度为贫穷国家提供抗逆转录病毒治疗，艾滋病毒和艾滋病方案获得了有针对性的投资，以便追踪参加治疗者，从而确保坚持治疗。³⁶¹ 因此，专门的艾滋病毒监测和治疗监督正在推动扩大非洲的电子医疗记录系统，但只有很有限证据说明是否在整个保健行业都取得了此类进展。³⁶² 各国应当对保健系统进

³⁵⁸ C. Allen and D. Jazayeri, "Experience in implementing the OpenMRS medical record system to support HIV treatment in Rwanda", in MEDINFO 2007: Proceedings of the 12th World Congress on Health (Medical) Informatics Studies in Health Technology and Informatics—Building Sustainable Health Systems, vol. 129, part 1, K. A. Kuhn, J. R. Warren and T-Y. Leong, eds., Studies in Health Technology and Informatics (Amsterdam, IOS Press, 2007), pp. 382-386.

³⁵⁹ C. AbouZhar 和 T. Boerma, "Health information systems: the foundations of public health", *Bulletin of the World Health Organization*, 第 83 卷, 第 8 期(2005 年), 第 578-583 页。

³⁶⁰ A. S. Ginsburg 及其他, "Provision of care following prevention of mother-to-child HIV transmission services in resource-limited settings", *AIDS*, 第 21 卷, 第 18 期(2007 年), 第 2529-2532 页。

³⁶¹ M. Forster 及其他, "Electronic medical records systems, data quality and loss to follow-up: survey of antiretroviral therapy programmes in resource-limited settings", 《世界卫生组织公报》, 第 86 卷, 第 12 期(2008 年), 第 939-947 页。

³⁶² Yu 及其他, "Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?"(见上文脚注 342)。

行调整，使护理具有连续性，为此应发展保健管理信息系统，便利健康记录的调动，同时将社区保健、初级保健和转诊护理与充分尊重保密和隐私可靠地结合。

464. 若干国家认识到电子医疗记录对于更广泛保健行业的潜力，因而正在努力将这些系统用于艾滋病毒监测以外领域，但却面临着缺乏合格技术人员、持续网络覆盖以及停电等方面的威胁。

465. 由纸张和非网络计算机组成的健康管理信息系统虽然在许多情况下效率不高，但仍对卫生系统的完善和问责有着重要价值。例如，产妇死亡情况监测反应把保健信息系统与质量改进工作联系起来。产妇死亡情况监测反应的实施在很大程度上取决于管理信息系统的运作情况，但不管通过何种形式收集或总结此类信息系统，都有可能降低孕产妇死亡率。³⁶³

466. 1994 年以来移动技术的快速发展包括：2011 年全球移动手机覆盖率达到 85.5%，³⁶⁴ 移动保健信息系统(移动保健)一体化方面的新机遇为把偏远地区的护理联成一体并予以改善提供了可能性。由于 70% 的移动电话用户都在中低收入国家，因此，移动保健信息系统为全球最偏远农村地区获得保健服务带来了希望。各地正在开展多项举措，其中包括利用移动系统每周报告一次柬埔寨境内产妇死亡情况，对生殖健康商品缺货情况进行监测，以及利用移动电话对高孕产妇死亡率国家境内的尸体进行口头解剖。现在仍非常需要实现标准化，制订指导方针，以加强电子系统的互操作性，但技术发展为保健系统未来十年在操作和使用健康管理信息系统方面取得重大进展提供了真正的可能性。³⁶⁵

4. 生殖健康商品保障

467. 事实上，健康管理信息系统的操作系统不完善，而且总体管理效率低下，这导致时常出现瓶颈现象，限制了提供优质保健服务的机会，既限制了提供性与生殖保健服务，也限制了对其他保健需要的满足。对计划生育、性传播感染筛查和产妇保健的承诺往往以拥有必要的物品和技术为前提条件，但在资源有限，健康管理信息系统效率低下以及方案管理薄弱的情况下，许多国家和卫生系统缺乏用于购买物品的稳定供资，而且因规划不善而导致生殖健康商品缺货。³⁶⁶

³⁶³ 世卫组织及其他，《孕产妇死亡情况监测和反应：技术指南—指导采取行动防止孕产妇死亡的信息》(日内瓦，世界卫生组织，2013 年)；见。

³⁶⁴ 见 www.itu.int/ict/statistics。

³⁶⁵ 世卫组织，mHealth: New Horizons for Health through Mobile Phone Technologies: Second Global Survey on eHealth, Global Observatory for eHealth series, vol. 3(日内瓦，世界卫生组织，2011 年)。

³⁶⁶ 人口基金，《加强生殖健康商品保障全球方案：年度报告》(纽约，2010 年)，见 www.unfpa.org/public/home/publications/pid/6437。

468. 在 1990 年代中期，联合国各机构、各国部委和捐助方认识到，在计划生育和生殖保健供应链和商品保障方面必须采用发展方法。它们把对于生殖健康商品保障问题的共同关注制度化。只有所有人在需要时都能得到和用上自己选择的负担得起的高质量生殖保健商品，才算实现了生殖健康商品保障。各方启动了一系列有针对性的举措，其中包括 2001 年的供应倡议、2004 年建立和随后扩大的生殖健康用品联盟、人口基金 2004 年生殖健康商品保障专题基金以及其 2007 年加强生殖健康商品保障全球方案。³⁶⁷ 此外，联合国妇女和儿童救生商品委员会³⁶⁸ 和 2020 年计划生育举措将继续以协调一致方式处理生殖健康商品保障问题。³⁶⁹

469. 商品保障工作方面的主要侧重点一直是供应方面，其中包含预测和采购，并扩展到基础设施，包括车辆和经过培训、积极性很高的人员。尽管人们日益认识到有必要刺激商品需求并完善此方面的指标，但目前还未执行明确的战略。

5. 全民医保

470. 由于必须自己支付保健费用，每年估计有 1.5 亿人遭受财务灾难，另外有 1 亿人陷于贫困线以下。更严重的是，由于人们无法获得保健服务，居高不下的孕产妇和婴儿死亡率以及由其他可预防原因造成的死亡和残疾持续存在。³⁷⁰

471. 全民医保近年来获得了越来越多的国际支持。2005 年，世界卫生大会通过一项决议鼓励各国过渡到全民医保。《2010 年世界卫生报告》重点关注采取多种融资办法实现全民医保，而 2013 年关注的焦点也是围绕全民医保的研究。除美国外，大多数发达国家都有全民医保，但对疾病负担重大的发展中国家来说，可持续地为全民医保计划筹资的挑战似乎令人生畏。³⁷¹

472. 鉴于全球政策对全民医保日渐关注，关于特定环境下需要覆盖的一揽子性与生殖健康服务内容的讨论变得日益迫切。正如结合 2014 年后审查进程于 2013 年在墨西哥城举行的妇女健康问题专家会议所申明，必须确定以权利为基础的性与生殖健康这两项基本服务总体的核心组成部分，以及通过逐步实现全民医保制度可能分阶段纳入的部分。

³⁶⁷ J. Solo, “Reproductive health commodity security: leading from behind to forge a global movement”(Reproductive Health Supplies Coalition, 2011); 见 [www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/ Access/JulieSolo.pdf](http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/Access/JulieSolo.pdf)。

³⁶⁸ 见 www.everymaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities。

³⁶⁹ 见 www.familyplanning2020.org/images/content/FP2020_ICFP_Release_13-Nov-2013_FINAL.pdf。

³⁷⁰ K. Xu 等, “Protecting households from catastrophic health spending”, *Health Affairs*, vol. 26, No.4(2007), 第 972-983 页。

³⁷¹ 世卫组织。《2013 年世界卫生报告：全民健康覆盖研究》(2013 年，日内瓦)；因贡·P 等, “信息系统在实现全民覆盖中的作用”。技术简报系列第 10 号(世界卫生组织, 2010 年)。

473. 人们普遍认识到，如果筹资机制和服务的提供都将预防和初级保健放在首位，卫生资源会发挥更大效益。鉴于性与生殖健康的大部分内容最好应属于预防和初级保健，即全面的性教育、避孕、产前护理、熟练接生等，在全民医保中纳入并促进普遍获得性与生殖健康的主要部分有良好的前景。尽管这样，对于提供全面的性与生殖健康覆盖、确保提供堕胎等重要服务，非政府组织提供者的作用可能是至关重要的。因此，必须确保提供对所有性与生殖健康相关的保健层面的效用、成本和可行性的循证评估，特别是考虑到各种不同背景的评估。³⁷²

474. 贫穷国家全民医保的一些成功事例包括卢旺达社区健康保险计划(Mutuelle)的推出。³⁷³ 利用针对国家具体需求的自下而上和自上而下筹资安排，明显改善了医疗保险覆盖面，同时五岁以下儿童死亡率减少了 50%，使用现代避孕方法的比例从 10%提高至 45%。³⁷⁴ 类似的例子表明，布隆迪、加纳、尼日利亚和墨西哥取消用户费之后，性与生殖健康服务的使用有所增加。³⁷⁵

475. 在建立全民医保制度过程中，各国应确保建立的机制达到：(a) 本国所有潜在受益人公平、能够负担地参加；(b) 全民医保一揽子计划包含基本的性与生殖健康服务，实现全面的性与生殖保健，特别是青年人和穷人的性与生殖保健；(c) 通过民间社会、独立委员会和倡导小组参与监督允许的程序、提供商和报销，保证公平和平等。

476. 尽管挑战依然存在，新推出全民医保国家汲取的有益经验包括需要确保成套服务的制订具有地方性，针对穷人但监测所有人的状况，密切注意保健的空间需求，还包括预测人力资源、基础设施、商品需求以及性别不平等和其他形式的歧视。将关于人口动态、包括人口健康数据和获得保健服务的限制因素的完善证据与全民医保规划密切联系起来，其重要性无论如何强调都不为过。³⁷⁵

6. 质量保证

477. 在全球范围内，人们更加认识到卫生服务的质量、利用率和卫生成果之间的联系以及由于提高质量而获得的经济收益。³⁷⁶ 虽然世界各区域内部和各区域

³⁷² 世卫组织。《2013 年世界卫生报告：全民健康覆盖研究》(2013 年，日内瓦)。

³⁷³ C.Lu 等。(2012)“Towards Universal Health Coverage: An Evaluation of Rwanda Mutuelles in Its first eight years”. Plos One, vol.7, No.6(2012 年 6 月 18 日)。

³⁷⁴ 世卫组织，“成功故事，从基层建立，从高层指导和规划——卢旺达”(2011 年)。

³⁷⁵ D. Varatharajan, S. D'Almeida and J. Kirigia,“加纳促进社会健康保护的办办法”。背景文件 2。《2010 年世界卫生报告》编写(世界卫生组织, 2010 年); 可查阅: www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/GhanaNo2Final.pdf。

³⁷⁶ 世卫组织，“提供性与生殖健康服务方面的护理质量：来自世界卫生组织一项研究举措的证据”(2011 年，日内瓦)。

之间的保健质量存在差异，中低收入国家相对较差的性与生殖健康指标凸显了迫切注重这些地区质量的必要性。

478. 质量保证制度在服务交付的各个层面上衡量、监测、控制、优化和(在必要时)修改保健制度所有的组成部分。质量保证也是世卫组织“人人享有健康”战略的一个重要组成部分。在 1994 年之前，布鲁斯³⁷⁷ 提出了计划生育方案质量的七个要素，在许多计划生育方案的设计仍以满足避孕指标为目标的时期，已强调以客户为中心的辅导和服务的迫切需要。人发会议以来的 20 年中产生了众多的框架，其中许多框架在布鲁斯提议的基础上构思、衡量和监测性与生殖健康服务的质量。³⁷⁸ 例如，提供者和受益者网络以他们的保健水平对其他类似设施进行同行审查，往往以较低的成本取得出色的成果，并使保健质量的一个重要因素即保健工作人员的积极性大为提高。³⁷⁹ 《行动纲领》适当强调民间社会正式参与问责制，这可以扩展到质量保证方面。

479. 病人接受治疗的经历是今后是否利用这些服务的一项重要预测，并影响到其家庭和社区的其他成员寻求保健服务的行为。³⁷⁶ 据性与生殖健康服务方面开展的大量研究报告，与方便或等待时间等保健的其他方面相比，妇女高度重视的是感到舒适和受到尊重。³⁸⁰ 客户的特点，包括社会经济地位的差异，与客户满意水平相关；例如，阿根廷的一项研究报告了土著居民和移民对所有接受调查的诊所满意率的重大差异。³⁸¹

480. 比较贫穷的国家保健质量低往往被归因为缺乏资源，但研究显示在资源有限的情况下高质量保健是能够实现的。值得注意的是，印度尼西亚一项研究发现，只有 37% 的围产期死亡是由于资源不足，而 60% 以上是由于提供服务的过程不善，而牙买加另一项研究表明，无需增加资金，仅过程的改善就与出生时体重的增加高度相关。³⁸²

³⁷⁷ J·布鲁斯，“保健质量的基本要素：一个简单框架”。《计划生育研究》，第 21 卷，第 2 期，1990 年，第 61-91 页。

³⁷⁸ A·热尔曼，“遵守人权规范，促进性与生殖健康信息和服务的质量”，墨西哥 2013 年 9 月 30 日至 10 月 2 日妇女健康、权利、增强权能和社会决定因素问题专家会议背景文件。

³⁷⁹ L·克里尔、J.Sass、N·英杰，“生殖健康保健质量概览：质量的定义和衡量”，保健质量新视角第 1 号(人口理事会和人口资料局，2002 年)。

³⁸⁰ J·M·图兰等“伊斯坦布医院产前护理质量”，《计划生育研究》，2006 年，第 37 卷，第 1 期，第 49-60 页。

³⁸¹ M. Cerrutti and B. Freidin, “Analyzing quality of family planning services in Buenos Aires: convergence and discrepancy between users’ and experts’ views(unpublished report, 2004)。

³⁸² J. Peabody 等，“改善发展中国家的保健质量”，《发展中国家疾病控制优先事项》，第二版，D. T. Jamison 等，eds.(哥伦比亚特区华盛顿，世界银行，2006 年)第 70 章。

481. 大量研究强调需要有效和持续的质量保证系统，在资源有限、保健工作人员短缺、基础设施的制约加剧保健系统压力的地方尤其如此。有系统性质量保证的资源最大化战略能向新的保健质量和管理业绩水平突破。

482. 确保服务交付的公平和质量似乎没有“灵丹妙药”。为了产生持久和可持续的改进，尤其是在世界卫生成果最差的各区域，需要对系统一级做法进行转化投资。必须全面加强卫生系统，将其建立在获得高质量保健权利的基础上。

483. 国家应最优先加强保健系统的结构、组织和管理，包括开发和维持公路、电力、清洁饮水、设施、设备和商品等必要的基础设施，以确保人人公平和平等地获得包括性与生殖健康服务在内的全面、综合和高质量的初级保健，靠近提供更高一级诊治的卓越转诊中心，并致力于为所有农村、偏远地区和贫困人口、土著民族和所有目前仍得不到适当的保健的人们提供普遍的高质量保健。

7. 难民和境内流离失所者的性与生殖健康服务和权利

484. 1994年，难民妇女和儿童问题妇女委员会³⁸³发表了一份记录难民和其他受危机影响者缺乏性与生殖健康服务的报告。在《行动纲领》确认难民和境内流离失所者生殖健康特定需要的同一年，成立了危机情况下生殖健康问题机构间工作组，以加强受冲突和越来越多的自然灾害等人道主义危机影响的人获得高质量的性与生殖健康服务的机会。³⁸⁴

485. 机构间工作组 2002-2004 年一项审查发现，在提高人们的认识和促进受冲突影响民众的性与生殖健康方面取得了重大进展，特别是在稳定的难民营环境中。但是，注意到存在重大的差距，特别是在性别暴力以及艾滋病毒和艾滋病方面，而且境内流离失所者严重缺乏性与生殖健康服务。

486. 标准化工具目前为危机情况下拟订性与生殖健康方案提供规范性指导方针，包括《人道主义背景下生殖健康机构间实地手册》³⁸⁵以及生殖健康最低初步成套服务，该服务已被纳入规定人道主义应灾普遍最低标准的 2004 年和 2011 年“范围标准”。最低初步成套服务目前已成为许多高级别政策文件和危机情况下指导方针的一部分，³⁸⁶ 2013 年约旦 Zaatri 难民营和伊尔比德市一项最低初步

³⁸³ 现为妇女难民委员会。

³⁸⁴ 前“难民情况下的生殖健康问题机构间工作组”。目前机构间工作组已发展到有 450 多个基础广泛的成员机构，包括来自联合国各机构、各国政府、非政府组织、大学和捐助组织的约 1 500 名个人。

³⁸⁵ 联合国难民事务高级专员公署(难民署)和妇女难民委员会，“在难民环境中重新调整计划生育：一项多国基线研究的结果和建议”(2011 年 11 月)。

³⁸⁶ 包括机构间常设委员会《人道主义背景下性别暴力干预措施准则》和《卫生群组指南：国家一级实施卫生群组实用指南》(世界卫生组织，2009 年)。

成套服务评估表明，优先的生殖健康服务已纳入应对阿拉伯叙利亚共和国危机的事项中。³⁸⁷

487. 需求并没有减少。世界各地估计有 4 400 万人目前因冲突而流离失所，另有 3 200 万人因自然灾害而流离失所。目前，联合国难民事务高级专员公署(难民署)服务的难民有一半以上居住在市区而不是在难民营环境中，境内流离失所者往往居住在收容社区，或者分散在广大的地理区域中。境内流离失所者空间分布的这些变化引起了新的服务挑战，促使最近进行一次审查，以便为今后的方案规划提供建议。

488. 性与生殖健康没有纳入严重紧急情况应急行动或其主流依然是一项挑战。在复杂的紧急状况下，性与生殖健康往往被放在一边，性与生殖健康服务的质量和范围受到影响。虽然机构间工作组最近的审查认为今天比十年或二十年前有了更多的服务，但服务往往不全面，而最低初步成套服务只实施选定的部分而没有全套实行。在提供避孕方法方面存在差距，没有长期或永久性方法，也没有为青少年或未婚者提供避孕服务，而处理性别暴力、安全人工流产护理、人工流产后护理、性传播感染和青少年性与生殖健康的服务仍然有限。

489. 有必要通过全球努力，确保难民和境内流离失所者的性与生殖健康服务全面克服已查明的差距，包括处理性别暴力的服务、让未婚者和青年人获得更多的服务以及提供多种避孕方法。

490. 需要一个更有力的实例资料库。此外，必须增加和加强监测，记录现有方案的成果和影响。由联合国国际发展部和韦尔科姆信托基金资助的人道主义危机中的卫生研究最近一项研究的初步结果认为，关于危机情况下卫生需求和服务、包括性与生殖健康的现有证据普遍薄弱。

8. 政府的优先事项：性与生殖健康和权利

全球的性与生殖健康优先事项

青少年和青年的性与生殖健康服务	56%的国家政府
妇幼保健	51%的国家政府
艾滋病毒和性传播感染相关的服务	43%的国家政府
计划生育服务	38%的国家政府
生殖系统癌症	36%的国家政府
非洲区域——性与生殖健康优先事项	

³⁸⁷ 难民署，危机情况下的生殖健康问题机构间工作组，《约旦 Zaatri 难民营和伊尔比德市叙利亚难民的生殖健康服务：最低初步成套服务评价》——2013年3月17-22日(2013年)。

妇幼保健	71%的国家政府
艾滋病毒和性传播感染相关的服务	56%的国家政府
青少年和青年的性与生殖健康服务	56%的国家政府
计划生育服务	46%的国家政府
生殖系统癌症	42%的国家政府
美洲区域——性与生殖健康优先事项	
青少年和青年的性与生殖健康服务	74%的国家政府
妇幼保健	42%的国家政府
艾滋病毒和性传播感染相关的服务	42%的国家政府
最大限度地提高性与生殖健康方面的社会包容、 平等机会和权利	42%的国家政府
计划生育服务	32%的国家政府
亚洲区域——性与生殖健康优先事项	
青少年和青年的性与生殖健康服务	56%的国家政府
妇幼保健	54%的国家政府
计划生育服务	46%的国家政府
生殖系统癌症	37%的国家政府
最大限度地提高性与生殖健康方面的社会包容、 平等机会和权利	27%的国家政府
艾滋病毒和性传播感染相关的服务	27%的国家政府
欧洲区域——性与生殖健康优先事项	
艾滋病毒和性传播感染相关的服务	55%的国家政府
最大限度地提高性与生殖健康方面的社会包容、 平等机会和权利	48%的国家政府
青少年和青年的性与生殖健康服务	45%的国家政府
妇幼保健	39%的国家政府
生殖系统癌症	35%的国家政府
大洋洲区域——性与生殖健康优先事项	
计划生育服务	58%的国家政府

青少年和青年的性与生殖健康服务	42%的国家政府
暴力行为	33%的国家政府
最大限度地提高性与生殖健康方面的社会包容、平等机会和权利	33%的国家政府
制定性与生殖健康政策、方案和法律	33%的国家政府

491. 值得注意的是，世界 57% 的政府最经常提到的性与生殖健康优先事项是“为青少年和青年提供性与生殖健康服务”。鉴于今天的青年群体数量远远超过前几代人，解决他们的需求、特别是性与生殖健康方面的需求至关重要。最经常提到的第二个优先事项“妇幼保健”在很大程度上是由非洲和亚洲国家的数字造成的，这些国家的孕产妇死亡率仍然非常普遍，构成严重的卫生问题。值得注意的是，在全球范围内排第五位的包括乳腺和宫颈恶性肿瘤在内的生殖系统癌症，在收入相对较高的非经合组织国家(50%)和低收入国家(41%)比其他收入组别的国家更受重视。

492. 按收入对各国进行分组，低收入和中低收入国家更多地将“青少年和青年的性与生殖健康服务”、“妇幼保健”和“计划生育”列为优先事项，而 58% 的高收入经合组织国家政府将“社会包容、平等机会和权利”以及“与艾滋病毒-性传播感染相关的服务”列为优先事项。

493. 上述模式证实了健康和财富之间不可分割的联系。发展中国家仍然缺乏提供基本的妇幼保健服务所必需的强有力卫生系统的基本组成部分。这些国家的持续居高不下的孕产妇和婴儿死亡率和发病率说明了这一点。调查结果强调各国政府承认必须优先重视性与生殖健康服务需求最大的这些方面。

民间社会组织有关性与生殖健康和生殖权利的优先事项

最近对三个区域 198 个从事性与生殖健康和生殖权利工作的民间社会组织进行的一次调查(2013 年)表明，非洲 26% 的民间社会组织将“制订方案、政策、战略、法律和建立机构”确定为今后 5 至 10 年公共政策的一项最优先问题。与此形成对比的是，美洲(29%)和欧洲(25%)的民间社会组织最经常提到的问题是“堕胎”。欧美 20% 的民间社会组织将“针对青少年和青年的性与生殖健康”，即信息、咨询和服务定为近期公共政策的一项最优先问题。

H. 保健：今后采取行动的关键领域

1. 加快实现普遍获得高质量性与生殖健康服务以及实现性权利和生殖权利的进展。

494. 比例高得惊人的民众特别是穷人依然没有机会获得性与生殖健康服务。经济增长本身并不足以确保普遍、公平的覆盖，因此，国家必须投入资源，以确保

人人都能够获得负担得起的优质保健。目前的讨论相当重视将“全民医保”作为一种手段，确保所有人没有经济困难地获得保健服务。

495. 最优先的事项应该是加强初级保健系统，提供综合、全面、优质的性与生殖健康服务，让人们特别是生活在农村、偏远地区和资源有限的民众以及城市的穷人在其居住的地方有适当的转诊机会。这些努力应确保提供最广泛的技术和商品以及加强保健管理信息系统。

496. 应特别关注确保提供和使用人力资源，以提供全面、高质量的性与生殖健康服务，包括通过投资于保健工作者特别是助产士等中层骨干的能力，同时解决分配不均问题并加强保健培训机构。

497. 在改善服务的提供和获得服务的不机会的同时，必须改善性与生殖健康服务的质量，以全面和综合的方式帮助每个人，保护所有人的人权，并确保隐私以及涉及病人权利的服务和信息的保密。

2. **保护和实现青少年和青年获得性与生殖健康和终生健康方面的准确信息、全面的性教育和保健服务的权利。**

498. 性传播感染率和艾滋病毒感染率以及与艾滋病有关的死亡率、与堕胎有关的死亡率和青年孕产妇死亡率表明，迫切需要处理历史上人数最多的一代青少年和青年目前所经历的信息和服务机会的不足。

499. 必须对信息和服务进行更多的投资，以便青少年和青年能够获得和接受信息和服务。方案监测和评价应明确评估青少年在多大程度上受益，以及哪些干预措施为青年带来最长期的健康和福祉。

500. 少女的性与生殖健康要求消除教育中的性别不平等、通过和实行 18 岁法定最低结婚年龄、消除残割/切割女性生殖器和其他有害做法，并消除一切形式的歧视和暴力侵害女童行为。这种对青少年和青年的保护对创造一个让他们能够建设自己的能力、扩大教育和自由决定婚姻和生育的社会所必不可少的。

501. 为实现性与生殖健康及权利，无论是在校还是失学的青少年和青年都应得到全面的性教育，这种性教育强调性别平等和人权，包括重视性别规范、平等的权力和社会价值、不歧视和非暴力解决冲突。这种方案还可以增强青年人的权能，使他们为自己和整个社会采取惠及终身的健康行为。

502. 所有为在校和失学青少年和青年服务的方案都必须提供转诊到可靠、优质的性与生殖健康咨询和服务以及包括心理健康在内的其他保健服务的机会。应当消除限制青年人获得性与生殖健康服务的法律、监管和政策障碍。

3. 加强具体的性与生殖健康服务

避孕

503. 提供和获得包括紧急避孕在内的范围尽可能广泛的避孕方法以及适当的咨询和技术资料，以满足个人和夫妇整个人生过程中的避孕需要和偏好，对生殖健康和生殖权利至关重要。然而，一些国家只提供了几种方法，或不能广泛提供备选方案或资料让个人能够做出自由知情的选择，特别是在农村地区等保健系统薄弱的地方更是如此。关于提供何种避孕组合的决定必须根据保健服务提供者的能力进行调整，同时加强保健系统和保健工作者的能力，以提供一系列方法满足每一个人在整个人生过程中的需要和偏好。

堕胎

504. 随着安全堕胎和堕胎后护理机会的增加，堕胎率以及与堕胎有关的死亡率在全球范围内降低，同时区域差异很大。但进展仍然不够，因为非洲和南亚不安全堕胎造成的死亡率仍然高得令人无法接受，其中一半以上的死亡为 25 岁以下的年轻妇女。迫切需要采取具体措施，以便：

(a) 通过增加获得避孕药具的机会，实现妇女和女童不受强迫或胁迫的性行为和其他形式性别暴力侵害的权利，减少计划外怀孕；

(b) 确保所有由于不安全堕胎引起并发症的人有机会获得优质的堕胎后护理；

(c) 采取世卫组织《安全堕胎的技术和政策指南》所指出的行动，消除获得服务的法律障碍；

(d) 确保所有妇女能够随时获得安全、优质的堕胎服务。

孕产妇保健

505. 90%的孕产妇死亡是可预防的，消除所有可预防的死亡需要在妇女居住地附近有一个运作良好的综合初级保健系统；有应对怀孕和分娩并发症切实有效的转诊机制；以及提供和获得运作正常的基本和全面的紧急产科护理。为实现普遍提供和获得优质的孕产妇保健，需要加强卫生系统，尤其是在撒哈拉以南非洲和南亚。

506. 每有 1 名妇女死于与怀孕有关的并发症，估计就有 20 名妇女患有严重且往往是终生的疾病，如产科瘘、子宫脱垂、尿失禁和严重贫血。孕产妇发病率和病死率应当越来越多地用作性与生殖健康服务质量和逐步实现妇女健康权的指标。

性传播感染，包括艾滋病毒

507. 有证据表明，自人发会议以来性传播感染的年度发病案例增加了 40%，但数据反映了监测的普遍薄弱。尽管性传播感染对妇女的健康和生育力有严重的后

果，促使流产和出生体重低，并会造成先天性疾病，这些感染仍是世界各地监测、诊断或治疗最差的性与生殖健康疾患。急需强化全球努力，加强性传播感染监测，增加所有人、特别是青少年获得有效预防、诊断和治疗性传播感染的机会。

508. 还需要继续投资，以实现普遍获得艾滋病毒的预防、治疗和护理，并加快艾滋病毒与其他性与生殖健康服务充分整合，全面加强保健系统。此外，有必要严格审查和解决可能助长南部非洲持续出现艾滋病毒新感染病例的结构性条件。

非传染性疾病，包括生殖系统癌症

509. 生殖系统癌症的流行和所导致的死亡率和发病率进一步凸显了在全球范围获取性与生殖健康的信息、教育和服务的机会不足和不平等现象。

510. 每年有 50 多万妇女罹患宫颈癌，主要在发展中国家中造成 25 万以上的妇女死亡，而这通过筛查和人类乳头瘤病毒疫苗是可以预防的。尽管发展中国家的乳腺癌发病率低，但由于缺乏获得筛查和治疗的机会死亡率却较高。

511. 除了有双重负担的非洲外，在世界所有区域，非传染性疾病造成的死亡超过孕产妇疾病、围产期疾病、传染病和营养紊乱造成的死亡总和，在发展中国家中有死亡的死亡发生在较低的年龄段。心血管疾病、癌症、糖尿病、抑郁症和慢性呼吸道疾病造成大多数非传染性疾病和死亡。这一变化的疾病负担反映了吸烟、酗酒、缺乏身体活动和不健康的饮食/肥胖症方面的重大变化。

512. 解决乳腺癌、宫颈癌和前列腺癌等生殖系统癌症日益增加的负担至关重要，手段是投资于预防战略，包括人类乳头瘤病毒疫苗和常规筛查、及早获得初级保健治疗和可靠地转诊至更高一级的医疗。

513. 通过促进健康的行为和生活方式的选择减少非传染性疾病的风险因素也是必要的，特别是在儿童、少年和青年中更是如此。

四. 场所与流动

“[人人]有权为自己和家庭获得适当的生活水准，包括足够的食物、衣着、住房、饮用水和卫生设备。”（《行动纲领》原则 2）

“国家应保障移徙者享有《世界人权宣言》中所载的所有基本人权。”（《行动纲领》原则 12）

“各国政府应改进不断扩大的城市人口密集地带的服务管理和提供工作，制订有利的立法和行政手段并提供充足的财政资源，以满足所有公民的需求，特别是城市穷人、国内移徙者、老年人和残疾人的需要”（《为进一步执行<行动纲领>采取的重大行动》，第 31 段）

514. 我们与移徙之间的关系非常具有人类特色，而场所对于人的安全的重要性符合这方面令人印象深刻的证据。我们既非定期移徙也非原地不动；我们并不随着季节的转换而例行地或本能地改变住所，而是具有独一无二的人类的能力，既抱有对场所的深深眷恋，又有着寻找新的、更好的场所作为家园的冲动。因此，我们的公共政策需要同时满足两种需求：寻求安全的场所和流动。

515. 场所既是社会性的也是空间性的。³⁸⁸ 它包括我们的家庭、住户和社区，提供了把我们连结在一起的可移动的社会结构。场所也包括我们所说的自己的村庄、城市、州和国家，让我们置身于一个共享的环境小生境和政治结构之中。

516. 一个安全的场所是人类发展必不可少的，因为人的安全——也就是免受饥饿、恐惧、暴力和歧视——是儿童的发展和所有人创造性成长的一个先决条件。基本人权文书保护与人的安全有关的权利，规定“人人有权……获得相当的生活水准，包括足够的食物、衣着和住房，并能不断改进生活条件”，以及人人有流动的权利，包括一个人“有权享受迁徙自由和选择住所的自由”，以及“离开任何国家”的自由。³⁸⁹

517. 越来越多的人正在世界各地迁徙，无论是在国家内部还是在国家之间。一个安全的场所对迁徙的人来说至关重要，突显出对快速增长的城市进行规划以融合和支持从农村进入城市的移徙者以及城市贫民的重要性。

518. 然而，日常生活中没有安全或可靠住所的人口规模突显出加强全球关注人的安全的紧迫性。截至 2012 年底，至少有 1 540 万难民，³⁹⁰ 2 880 万境内流离失所者，³⁹¹ 估计有 8.63 亿人生活在贫民窟，³⁹² 还有为数众多但最终不为人所知的人口完全无家可归。这些挑战要求各个政府之间建立合作伙伴关系，以促进包容性的土地利用规划、联接城市和农村保健系统以及承诺满足安全和有保障的住房需求。

519. 本节审视了新出现的住户结构变化，住户是人们最接近的场所。本节着重阐述了正在界定人们未来前景的国内和国际流动现象，以及世界大部分地区正在进行的城市化这一主要的空间转型趋势。它强调了一些对场所最严重的威胁，如无家可归、流离失所以及缺乏获得土地的机会。

³⁸⁸ T. F.Gieryn, “A space for place in sociology”, *Annual Review of Sociology*, vol.26(2000), 第 463-496 页。

³⁸⁹ 见《经济、社会及文化权利国际公约》第十一条和第十二条(大会第 2200 A(XXI)号决议, 附件)。

³⁹⁰ 难民署, “流离失所, 21 世纪新挑战”, 《2012 年全球趋势》(2013 年, 日内瓦)。

³⁹¹ Internal Displacement Monitoring Centre and Norwegian Refugee Council, *Global Overview 2012: People Internally Displaced by Conflict and Violence* (Geneva, 2013)。

³⁹² 联合国人类住区规划署(人居署)《2012/2013 世界城市状况报告: 城市繁荣》(2012 年, 内罗毕)。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 19
迁徙自由

其他软性法律：人权事务委员会通过的关于迁徙自由的第 27 号一般性意见(1999)指出，“迁徙自由是一个人自由发展必不可少的条件。”一般性意见阐明了与迁徙自由有关的权利；选择居住地的自由；离开任何国家包括其本国的自由；进入其本国的权利；以及国家可以限制这些权利的特殊情况，指出“[《经济、社会及文化权利国际公约》]第 12 条第 3 款允许施用的限制必须与本公约所承认的其他权利以及平等和不歧视的基本原则不相抵触”。

A. 住户结构的变化

520. 《国际人口与发展会议行动纲领》呼吁会员国制定政策，向家庭提供更好的社会和经济支持，承认养育子女的费用在不断增加，并协助越来越多的单亲住户。《行动纲领》确认，存在着各种形式的家庭。然而，除注意到单亲住户增加外，几乎未曾提及当时家庭或住户结构的主流趋势。《纲领》未能预见到在许多社会中日益不稳定的婚姻关系，或日趋多种多样的住户结构和生活安排，包括单身、单亲、儿童户主和祖父母户主的住户，今天的许多家庭就具有这样的特点。

521. 因此，鉴于住户结构日趋多样化，越来越多的人独自生活，以及世界各地的儿童更有可能由单亲抚养长大，有必要在 2014 年重申《行动纲领》的主要目标，即确保家庭和住户的住房有保障，父母有机会适当关注其家庭特别是其子女的福祉。³⁹³

1. 单身户增加

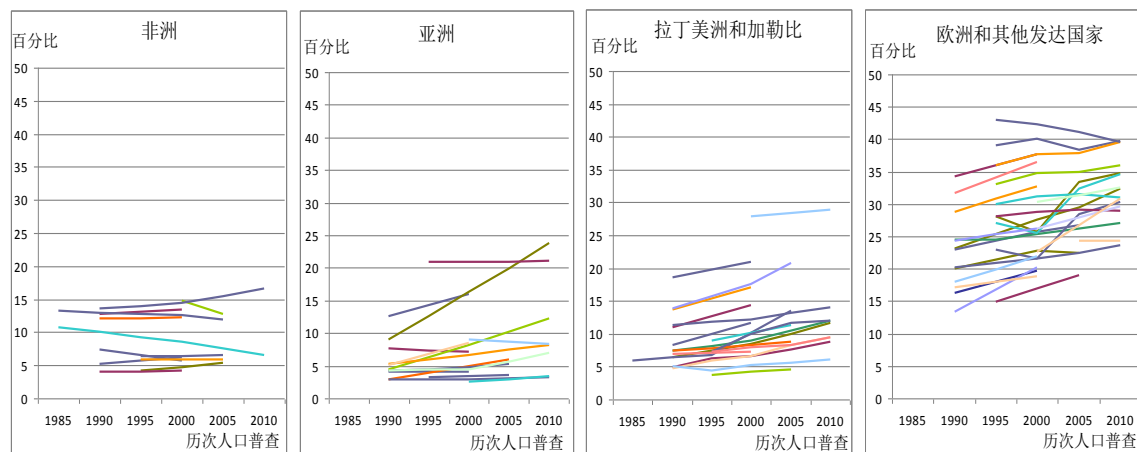
522. 自国际人口与发展会议召开二十年来，若干交汇融合的社会趋势，如结婚年龄、离婚率和从未结婚者的比例上升，再加上医疗创新，已导致单身户数量的增加，特别是在欧洲和其他发达国家，³⁹⁴ 在诸多拉丁美洲和加勒比国家，以及在亚洲国家，特别是大韩民国、菲律宾、新加坡、印度尼西亚、泰国和越南(见图 44)。很少有证据表明除肯尼亚以外的非洲国家出现了可衡量的单身户数量

³⁹³ OECD, *The Future of Families to 2030: A Synthesis Report*(Paris, OECD Publishing, 2011); National Health and Family Planning Commission of China, “The People’s Republic of China country report on population and development” (September 3013); J. C. Olmstead, “Norms, economic conditions and household formation: a case study of the Arab world”, *The History of the Family*, vol. 16, No. 4 (2011), pp. 401-415; A. Esteve and others, “The ‘Second Demographic Transition’ features in Latin America: the 2010 update” (2012)。

³⁹⁴ OECD, *The Future of Families to 2030: A Synthesis Report*。

增长。单身户增加对于消费模式、住房、长期照顾老人和代间的支持具有深远影响，从而对国家提出了要求。

图 44
按区域开列的单身户比例趋势

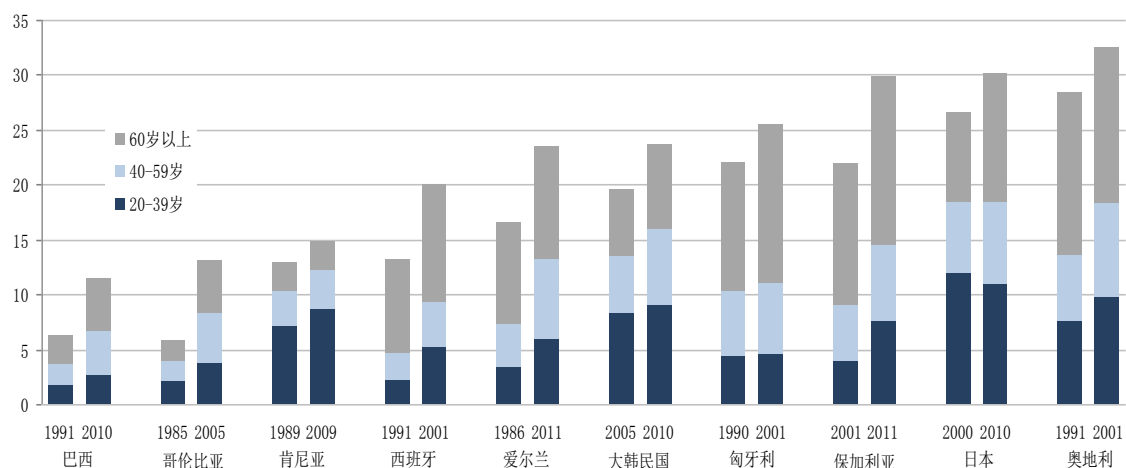


来源：联合国，《人口年鉴》，表 2，1995-2013 年按住户类型、户主或其他基准成员的年龄和性别分类的住户数，可查阅：http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb_ousehold/yb_ousehold.htm(2013 年 9 月 26 日读取)；联合国统计司，特别数据要求/机构间交流，2013 年 6 月；Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS), International: Version 6.2 [Machine-readable database], University of Minnesota, 2013(数据检索于 2013 年 9 月 23 日)；Socio-Economic Database for Latin America and the Caribbean (Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (Argentina) and the World Bank), 2013, Table: Household Structure, in “Statistics by gender”, 可查阅：<http://sedlac.econo.unlp.edu.ar/eng/statistics-by-gender.php>；Eurostat, 2013, Statistics on Income and Living Conditions Database, Table: Income and Living Conditions/Private Households/Distribution of households by household type, 1997-2001 and 2003-2011, 可查阅：<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/tatistics/hemes>。

注：来自人口普查的数据按照以历次人口普查时间为中心的时间段分类(以 1985、1990、1995、2000、2005、2010 年为中心前后加减 2 年)；来自调查的数据在每一时间段内取平均值。

523. 单身户增加反映了正在各个生命阶段即青年和老年人当中出现的社会变化，这些变化在不同的地区不同程度地造成了单身户的增加。图 45 显示，在西班牙、匈牙利和保加利亚，老年人(60 岁以上)在单身户中的比例(占住户总数的比例)较高，这可能反映了长期的健康和独立，但也可能预示着他们未来需要生活照料。与此形成对照的是，在奥地利、日本、肯尼亚和大韩民国，在 20 至 39 岁年龄段的人当中单身户的比例较高，反映出人们晚婚或独身的现象，伴随而来的是对单间房、娱乐和某些消费品需求的增加。

图 45
按年龄段划分的单身户比例趋势



来源：联合国《人口年鉴》表 2，1995-2013 年按住户类型、户主或其他基准成员的年龄和性别分类的住户数，可查阅：http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb_Household/dyb_household.htm(2013 年 9 月 26 日读取)；联合国统计司，特别数据要求/机构间交流，2013 年 6 月；Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 6.2 [Machine-readable database], University of Minnesota, 2013, (数据检索于 2013 年 9 月 23 日)。

524. 在欧洲和其他发达国家，女性比男性更有可能作为单身户生活，但非洲或拉丁美洲和加勒比国家的情况正相反。在老年人和丧偶者当中，大部分单身户是女性。另一方面，在大多数国家，男性在从未结过婚的独居者中占大多数。女性在独居青年中所占的比例仍然偏低，特别是在欠发达地区。在发达和欠发达地区国家，她们的比例都只出现了小幅增长。

525. 21 个选定国家拥有按居住地(城市/农村)和住户成员年龄分类的单身户数据。在七个非洲国家，单身户在城市地区更为常见，特别是由青年(20-39 岁)组成的单身户。在拉丁美洲、亚洲和三个欧洲国家，单身户在农村还是在城市地区更为普遍的模式较为复杂，不过像在非洲一样，由青年组成的单身户在城市地区更为常见。只有在阿根廷是独居青年生活在城市或农村地区的可能性相同。相反，在大多数国家，老年单身户在农村地区比在城市地区更为常见。

2. 晚婚

526. 在青年人中单身户增多的现象在一定程度上反映了全球初婚年龄持续上升的情况(图 46)。较发达地区和欠发达地区过去 50 年中女性和男性平均初婚年龄都有所上升，但前者上升更多。³⁹⁵ 这种情况与亚洲和美洲青年组(15-24 岁)人数

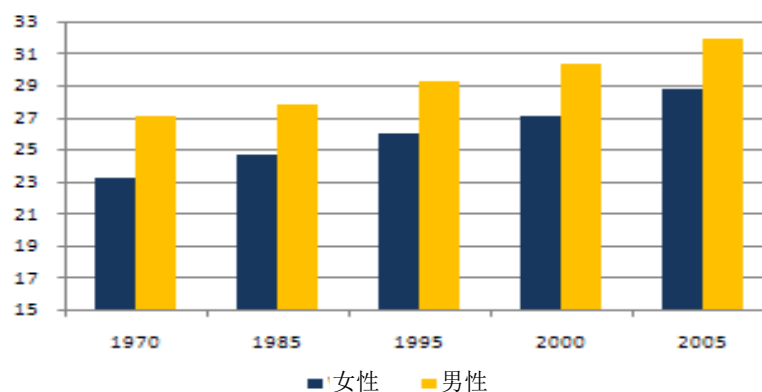
³⁹⁵ World Fertility Report 2009 (ST/ESA/SER.A/304)。

特别多(分别占总人口的 18.3%和 18.0%)的情况共同作用,³⁹⁶ 导致青年单身户数量整体增多。而且, 尽管青年组在欧洲全部人口中所占比例较小(2010 年为 12.8%),³⁹⁶ 但这一地区的年轻人在婚前组成独立和同伴共享住户的可能性也出现了可测量的增加,³⁹⁷ 虽然许多人仍住在父母家里。³⁹⁸

527. 青年组(20-39 岁)是欠发达国家单身户的主要群体。事实上, 在肯尼亚出现的单身户比例小幅增加正是由于青年人中单身户增加。不过, 单身户的增加还反映了至少另外三个社会趋势: “已婚”者比例下降, 所有地区离婚率都在增加, 以及预期寿命延长, 从而提高了所有老年人特别是老年妇女独居时间增加的可能性, 不管是在离婚还是在丧偶之后。

图 46

1970-2005 年男女平均初婚年龄



来源: 联合国, 2012 年世界婚姻状况数据(POP/DB/Marr/Rev2012), 可查阅: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/marriage/wmd2012/MainFrame.html>。

3. 从未结过婚的人口比例上升

528. 从历史上看, 在战争年代达到法定年龄的人群中可观察到从未结过婚的人比例上升的情况, 原因是这些人缺乏潜在的婚姻伴侣。³⁹⁹ 如果仅仅审视 45-49

³⁹⁶ World Population Prospects: The 2012 Revision(见上文脚注 336)。

³⁹⁷ S.Heath, “Young, free and single? The rise of independent living”, in Handbook of Youth and Young Adulthood: New Perspectives and Agendas, A. Furlong, ed.(Milton Park, Abingdon, Oxon, Routledge, 2009)。

³⁹⁸ M. Iacovou, “Leaving home: independence, togetherness and income in Europe”, Expert Paper No 2011/10, prepared for the Expert Group Meeting on Adolescents, Youth and Development, New York, 21 and 22 July 2011; Eurostat database, data downloaded 11 December 2013。

³⁹⁹ R. Abramitzky, A. Delavande and L. Vasconcelos, “Marrying up: the role of sex ratio in assortative matching”, American Economic Journal: Applied Economics, vol. 3, No. 3 (2011), pp. 124-157; E. Brainerd, “Uncounted costs of World War II: the effect of changing sex ratios on marriage and

岁从未结过婚的妇女比例，基于过去 40 年间人口普查数据的趋势显示，在欧洲、非洲、大洋洲和美洲的多数国家，⁴⁰⁰ 这一比例持续上升，而这些国家中的大多数并未经历战争或持续的冲突。只有在亚洲，从未结过婚的中年妇女比例一律保持低水平。有关不婚状况的统计数据可能反映了与婚姻相竞争的较不正式的结合形式增加，比如和婚姻非常相似的同居(包括终生保障和养家)，由此表明给社会结构带来的改变比实际显现的要大。尽管如此，这样的趋势仍然是明显的，在一定程度上造成了单身户更为显著的增加。

529. 在非洲，对 9 个国家来自人口普查的趋势数据进行的分析显示，45-49 岁从未结过婚的妇女比例仍然很低(不到 10%)，但这一比例过去二十年间在 6 个国家显著上升，即莱索托、利比里亚、利比亚、莫桑比克、尼日尔和苏丹，而在 3 个国家却并不是这样，即布基纳法索、埃及或埃塞俄比亚。⁴⁰¹

530. 在美洲，45-49 岁从未结过婚的妇女比例在有趋势数据可查的全部 12 个国家中都超过 10%，尽管这一比例过去二三十年中在大部分国家都保持不变。

531. 在亚洲，45-49 岁从未结过婚的妇女比例趋于较低水平(5%左右)，只有科威特、卡塔尔和新加坡等几个国家例外，在这些国家这一比例超过 10%，并在过去 20 年中急剧增加。

532. 在有趋势数据可查的 25 个欧洲国家当中，丹麦、芬兰、法国、德国、爱尔兰、荷兰、挪威和瑞典有接近或超过 20% 的 45-49 岁女性从未结过婚，这一比例自 1980 或 1990 年代稳步上升。从未结过婚的女性比例 20 年来在奥地利、比利时、冰岛、拉脱维亚和瑞士一直上升，现在介于 10%-20% 之间。阿尔巴尼亚、白俄罗斯、匈牙利和俄罗斯联邦的这一比例由 5% 到 10% 不等，在过去的三十年中保持相对稳定。

533. 最后，在大洋洲(澳大利亚、新西兰、帕劳和汤加)，45-49 岁从未结过婚的妇女比例在过去 30 年间迅速提高，目前接近 10%。

4. 离婚率上升

534. 离婚或分居者的比例在过去二十年中也增加了，⁴⁰¹ 而且在所有地区都不同程度地出现了这种情况。目前离婚或分居的 45-49 岁女性和男性比例在欧洲和其他高收入国家最高，在过去 20 年间的增幅最大。那些至少有 10% 的 45-49 岁人口(男性和女性)已经离婚或分居的国家的比例：欧洲为 67%(43 个国家中的

fertility of Russian women ” (October 2007) , available from <http://web.williams.edu/Economics/faculty/brainerd-rfwomen.pdf>.

⁴⁰⁰ 联合国人口基金，“2012 年世界婚姻状况数据”的二次分析(www.un.org/esa/population/publications/WMD2012/MainFrame.html)。

⁴⁰¹ “2012 年世界婚姻状况数据”。

29 个); 美洲为 45%(42 个国家中的 19 个); 非洲为 41%(46 个国家中的 19 个), 亚洲仅为 11%(43 个国家中的 5 个)。甚至在许多比例较低的国家(仅影响不足 5% 的中年人), 最近也出现了上升趋势, 而且速度很快。例如, 尽管在中国, 45-49 岁年龄段的人只有 2.1% 离婚或分居, 但这反映出过去 20 年间增加了四倍。东欧和南亚也出现了类似的增长, 表明由于在较近期放松了对于离婚的历史限制(法律或社会性的), 过去十年至二十年间离婚率从零或接近零开始迅速上升。

535. 总之, 在全球观察到的单身户增加现象反映出许多社会变化, 包括晚婚、不婚、离婚和丧偶。总体而言, 较多的国家单身户比例增加是由于从未结过婚的人, 无论是青年还是老年人, 比例增加(52 个有数据可查的国家中的 23 个, 包括发达和欠发达地区的国家)。由于离婚或分居而导致单身户比例增加的国家要少得多(14 个国家, 大部分来自发达地区)。由于丧偶导致单身户比例增加的国家更少(7 个国家, 其中 5 个来自拉丁美洲和亚洲)。比例很小的一部分单身户由已婚人士或者已与他人结合的人士组成(意味着持续分居, 可能是由于劳工移民所致)。但是, 这一比例在塞内加尔、哥伦比亚、智利、玻利维亚多民族国、大韩民国、保加利亚和瑞士已经上升。

5. 单亲住户

536. 在所有地区各国的所有住户中, 带孩子的单亲住户都占很大比例。这种现象在拉丁美洲和加勒比的发生率最高。在有数据可查的国家中, 带孩子的单亲住户比例超过 10% 的国家包括 12 个拉丁美洲和加勒比国家中的 7 个、17 个欧洲国家中的 5 个以及 11 个非洲国家中的 3 个。然而, 这些比例有可能被低估, 因为它们不包括那些在非核心住户(扩大住户或复合住户)中与其他家庭或非家庭成员共同居住的带孩子单亲家庭。

537. 单亲住户的比例呈现出错杂趋势。在拉丁美洲和加勒比, 几乎所有国家都出现上升趋势, 其中哥伦比亚、厄瓜多尔和萨尔瓦多的增幅最大。在一些欧洲国家(俄罗斯联邦和爱尔兰)和一些非洲国家(喀麦隆、卢旺达和坦桑尼亚联合共和国)也出现上升。在一些不同地区的国家, 单亲住户的比例出现下降, 降幅最大的是柬埔寨、捷克共和国、马拉维、南非和越南。

538. 现有最新数据显示, 大多数带孩子的单亲家长是女性, 其比例从略少于四分之三的菲律宾(2000 年)、百慕大(2010 年)、大韩民国(2010 年)、土耳其(2000 年)和日本(2010 年)到超过 90% 的卢旺达(2002 年)和马拉维(2008 年)。⁴⁰²

539. 对近半数有数据可查的国家而言, 单亲住户的比例在城市比在农村地区高, 这些国家大多数位于拉丁美洲和加勒比以及欧洲, 而在约五分之一的国家, 这一比例在农村地区较高, 这些国家大多数位于撒哈拉以南非洲。⁴⁰² 在一些国家观

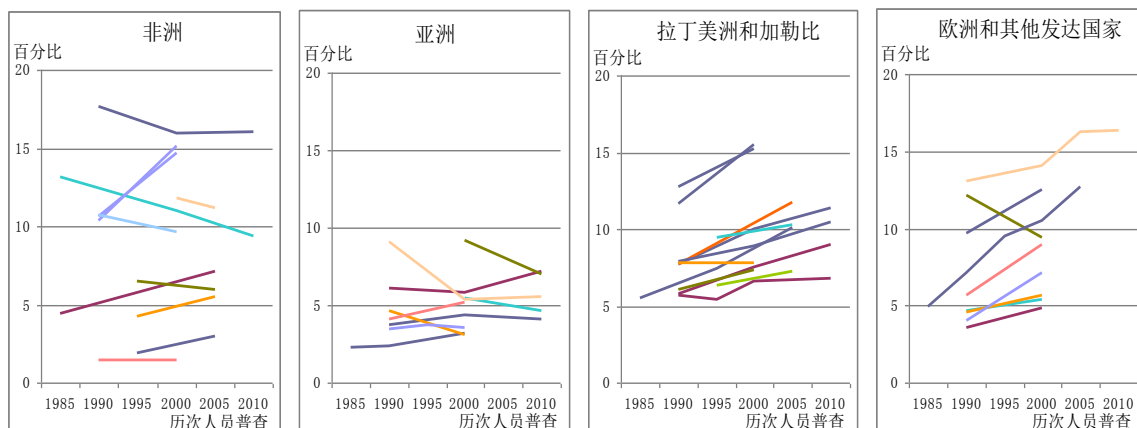
⁴⁰² 联合国人口基金, 公共用途综合微数据系列和联合国经济和社会事务部统计司数据分析。

察到的单亲住户比例增加现象的原因是在城市和农村地区都出现的变化，但主要是在城市地区的变化。

540. 生活在单亲住户的儿童可能会更多地经历经济贫困和有限地获得教育和保健等基本服务。在过去二十年中，在欧洲和其他较发达地区以及拉丁美洲和加勒比的大多数国家，生活在单亲住户的 0-14 岁儿童比例都增加了(见图 47)。目前比例最高(超过 10%)的国家包括奥地利、爱尔兰、美利坚合众国、玻利维亚多民族国、哥伦比亚、厄瓜多尔、萨尔瓦多、牙买加、巴拿马和秘鲁。非洲则出现了错杂的趋势。例如，在卢旺达和坦桑尼亚联合共和国，生活在单亲住户的儿童比例增加，目前达到大约 15%。另一方面，在肯尼亚和马拉维，这一比例有所下降，但仍然很高，分别为 16%和 9%。在亚洲国家，生活在单亲住户的儿童比例变化最小，而且仍然是最低的。

图 47

按地区开列的生活在单亲住户的儿童(0-14 岁)比例趋势



来源: Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 6.2 [Machine-readable database], University of Minnesota, 2013(2013年9月23日读取)。

注: 数据基于人口普查, 按照以历次人口普查时间为中心的时间段分类(以 1985、1990、1995、2000、2005、2010 年为中心前后加减 2 年)。

541. 随着世界日趋城市化, 以及老年人在全球人口中所占比例增加, 单身户的比例有可能继续增加。同样, 随着几个人口大国(印度, 中国)离婚率上升的趋势, 以及社会对未婚生育的接纳程度似乎在增加, 很难预见单亲家庭的比例会在不久的将来下降。

542. 国家, 包括通过地方市政当局, 应考虑到日益多样化的家庭结构和生活安排, 以及青年和老年单身户对于住房和公共社会空间的相应需求, 以减少社会隔离。

543. 全球调查表明，过去五年中，近 80% 的国家在与家庭和住户福祉相关的社会保护制度的三个方面采取了行动：加强努力，确保保健、教育和福利服务(85%)；支持和协助脆弱家庭(84%)；向家庭和个人提供有效援助(82%)。如果按照地区或收入来审查的话，这些比例会有所变动。同样，在协助家庭照顾残疾家庭成员和感染艾滋病毒的家庭成员方面，79% 的政府据报在过去五年里采取了行动，不过大洋洲地区程度较低(33%)。

544. 然而，全球调查显示，过去五年中在向单亲家庭提供经济和社会保护计划方面采取行动的政府较少(61%)，尽管这类住户的比例在上升。

B. 国内迁徙和都市化

1. 国内迁徙

545. 无论人们在国家内部或国家之间迁徙，无论这种迁徙是永久、临时还是周期性的，其内在动机保持不变：为提高他们的福祉和生活环境；为寻找工作；为组建或维持家庭。国内迁徙过程中的流动性以及安全和保障对于人们确保新的、更好的能力、工作和生活的机会来说至关重要。

546. 尽管有关国内迁徙的估计数很难获得，但分析表明，全世界 7.4 亿人生活在母国，但在其出生地以外的地区，⁴⁰³ 其规模远远超过国际移民(2.32 亿人⁴⁰⁴)，尽管绝大部分全球注意力都集中于移民活动的国际层面。

547. 越来越多的妇女正独自或作为户主及主要工资劳动者移民。⁴⁰⁵ 此外，由于移民需要一系列资源，移民者一般不会来自较贫困的农村社会阶层，⁴⁰⁶ 除非饥荒、战争或自然灾害等严重的推动因素迫使这样的迁徙发生。

548. 从自愿移民到强迫流离失所，所有这些都会产生流动。严重环境危机的历史表明，任何与此相关的流动往往是短期和地方性的，⁴⁰⁷ 而政治危机或冲突造成的流离失所则有可能长期持续、跨越国界甚至是永久性的。⁴⁰⁸ 短期或长期迁

⁴⁰³ M. Bell 和 S. Muhidin, 《国内移民跨国比较》。人类发展报告，第 2009/30 期研究论文(联合国开发计划署，2009 年)。

⁴⁰⁴ 联合国，“全世界国际移民者人数达到 2.32 亿”《人口事实》，第 2013/2 期(2013 年 9 月)。

⁴⁰⁵ 《2007 年世界人口状况报告：释放城市增长的潜力》(联合国出版物，出售品编号：E.07.III.H.1)；C.S. Camlin, R. C. Snow and V. Hosegood, “Gendered patterns of migration in rural South Africa”, *Population, Space and Place* (30 May 2013)。

⁴⁰⁶ Foresight, *Migration and Global Environmental Change: Future Challenges and Opportunities—Final Project Report* (London, Government Office for Science, 2011)。

⁴⁰⁷ C. Tacoli, “Crisis or adaptation? Migration and climate change in a context of high mobility”, in *Population Dynamics and Climate Change*, J. M. Guzmán and others, eds. (United Nations publication, Sales No. E.09.III.H.4)。

⁴⁰⁸ 红十字国际委员会(红十字委员会)《武装冲突中的境内流离失所：迎接挑战》(2009 年，日内瓦)。

徙，无论是自愿还是非自愿的，都需要资源，而穷人更容易在强迫流离失所的情况下因没有资源而无法迁移，⁴⁰⁶ 或被困在难民营没有资源返回家园。各国应支持人们国内迁徙的权利，以此作为手段，改善他们的生活，适应不断变化的社会、经济、政治和环境条件，以及避免强迫流离失所，并且应该促进和保护所有国内移徙者的权利并让其获得平等的机会和社会保护。

549. 最重大的国内移徙趋势是城市化，包括从农村地区进入大大小小的城市环境的循环迁徙和永久迁徙。事实上，预计城市地区将吸收未来 40 年所有的人口增长(见表 3)，这是未来数十年最重要的人口空间趋势。除了从农村到城市地区的移徙，城市地区本身的自然增长(出生人数和死亡人数的差值)是城市增长的另一个主要来源。⁴⁰⁹ 每一因素的相对贡献因时间和地点的不同而有很大差别，原因是生育率和城市化率的程度不同。将两者联结起来的一个因素是，城市化水平的提高与自然增长对城市增长的影响提高相关联，因为城市化将减少潜在的从农村向城市的移徙者，同时增加在城市出生的儿童比例，尽管城市地区的生育率普遍较低。

表 3
1950-2050 年按发展集团划分的城乡人口趋势和预测

发展集团	人口(十亿)					年平均变化率(百分数)			
	1950	1970	2011	2030	2050	1950-1970	1970-2011	2011-2030	2030-2050
人口总数									
世界	2.53	3.7	6.97	8.32	9.31	1.89	1.55	0.93	0.56
较发达地区	0.81	1.01	1.24	1.3	1.31	1.08	0.51	0.23	0.06
欠发达地区	1.72	2.69	5.73	7.03	7.99	2.23	1.85	1.07	0.65
城市人口									
世界	0.75	1.35	3.63	4.98	6.25	2.98	2.41	1.66	1.13
较发达地区	0.44	0.67	0.96	1.06	1.13	2.09	0.89	0.52	0.29
欠发达地区	0.3	0.68	2.67	3.92	5.12	4.04	3.33	2.02	1.34
农村人口									
世界	1.79	2.34	3.34	3.34	3.05	1.36	0.87	-0.01	-0.44
较发达地区	0.37	0.34	0.28	0.23	0.18	-0.48	-0.48	-0.92	-1.14
欠发达地区	1.42	2.01	3.07	3.11	2.87	1.74	1.03	0.07	-0.4

来源：联合国，世界城市化前景：2011 年订正本([ST/ESA/SER.A/322](http://esa.un.org/unup/pdf/FINAL-FINAL_REPORT%20WUP2011_Annextables_01Aug2012_Final.pdf))，表 1，可查阅：http://esa.un.org/unup/pdf/FINAL-FINAL_REPORT%20WUP2011_Annextables_01Aug2012_Final.pdf。

2. 城市化的规模和速度

550. 2008 年，生活在城市的人口首次超过世界人口的半数。1990 年至 2010 年，90% 的城市人口增长发生在发展中国家，这些国家的城市居民人口从 35% 增加到

⁴⁰⁹ 将农村地区重新划分为城市以及“城市的”定义的变化也是数值不确定的一小部分城市增长的原因。

46%。在此期间，最不发达国家的城市人口规模增长了一倍以上，从 1.07 亿增至 2.34 亿。虽然发达国家最早经历了这样的转型，但拉丁美洲也经历了令人惊讶的快而早的城市转型。⁴¹⁰

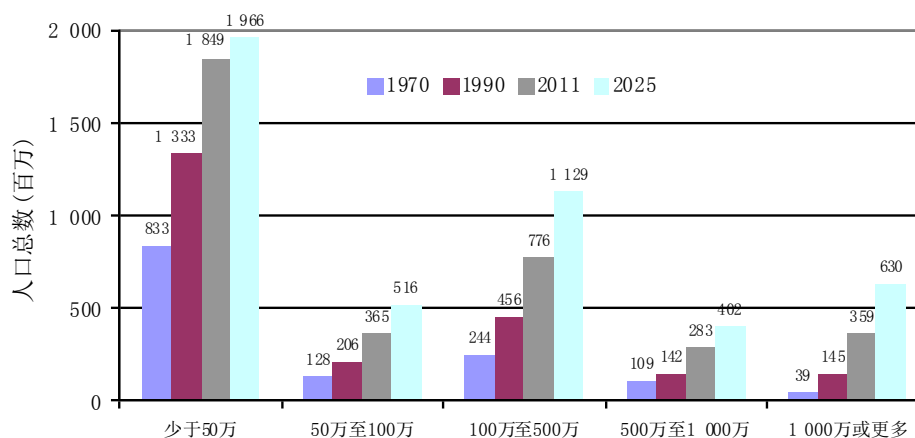
551. 世界的城市地区(镇和市)人口到本世纪中期预计将增加 26 亿，从 2011 年的 3 630 000 000 增至 2050 年的 6 250 000 000 (见表 3)。然而，尽管这一增长的规模巨大，其速度实际上却在下降。1950 年至 2011 年间，世界城市人口以 2.6% 的年平均增长率增长，增加了近四倍。相比之下，2011 至 2030 年间，世界城市人口预计将以 1.7% 的年平均增长率增长。⁴¹⁰

552. 同时，世界农村人口据预测将在大约十年内开始下降，预计 2050 年将比今天减少 3 亿农村居民。大多数预期的城市地区人口增长将集中在欠发达地区的市镇，其中亚洲的城市人口预计将增加 14 亿，非洲增加 9 亿，拉丁美洲和加勒比增加 2 亿。未来数十年中新城市居民的规模之大在人类历史上无与伦比，将带来前所未有的机遇和挑战，需要新的、有远见的应对行动。⁴¹⁰

553. 当今的 36 亿城市居民在不同规模的城市住区之间的分布不均衡。如图 48 所示，世界 36 亿城市居民的半数以上(51%)仍然生活在居民少于 50 万的城市或城镇。到目前为止，这些规模较小的城市的绝对增长大大超过规模较大的城市。

图 48

1970–2025 年按城市规模分类的世界城市人口分布情况



来源：联合国，世界城市化前景：2011 年订正本(ST/ESA/SER.A/322)，图二，可查阅：http://esa.un.org/unup/pdf/FINAL-FINAL_REPORT%20WUP2011_Annexables_01Aug2012_Final.pdf。

554. 2011 年，23 个城市群符合特大城市的标准，即至少有 1 000 万居民。虽然特大城市拥有知名度和活力，但其人口仅在世界城市人口中占很小的比例，尽管这一

⁴¹⁰ 世界城市化前景：2011 年订正本(ST/ESA/SER.A/322)。

比例在增加：2011 年仅为 9.9%，预计 2025 为 13.6%。此外，特大城市的增长率各异，在非洲和南亚(如拉各斯、达卡和卡拉奇)增长率较快，在拉丁美洲较慢。

3. 城市化和为所有人提供机会

555. 《行动纲领》认识到城市在经济和社会发展中的作用，正如许多迁往城市寻找机会的人一样。青年在城市人口增长中占了很大的比例。在中国和孟加拉国开展的城市化研究⁴¹¹ 着重指出了城市环境对青年的吸引力，特别是对女青年的吸引力，她们认为迁往城市地区是一个摆脱传统的父权制和体验新自由的机会。⁴¹² 即使当城市住房和就业情况可能低于预期，她们最终为了结婚而返回农村生活时，许多年轻妇女仍将她们的城市工作经历视为一个拥有自由和自主权的重要阶段。⁴¹³

556. 城市化水平和经济增长之间被观察到有很强的相关性。⁴¹⁴ 虽然在一些国家，特别是随着农村移徙者的到来，城市贫穷现象在加剧，但农村贫穷现象仍然普遍更高。⁴¹⁵ 城镇和城市贡献了全世界 80% 以上的国民生产总值，这是距离近、集中、规模经济和更多获得服务和信息技术的机会等有利因素作用的结果，从而创造了工作机会和创业精神。城镇和城市还提供了农村、区域和全球市场之间必要的运输、贸易和信息联系。此外，人口集中有助于减少人均能源需求，并使国家能够更容易、更低廉地提供基本保健、福利和教育服务。⁴¹⁶

557. 城市还提供更多的自主权，提供更多的社会和政治参与机会以及增强权能的新途径，在发展中世界的城市中妇女运动、青年团体、城市贫民的政治和社区协会和组织的增加就证明了这一点。⁴¹⁷

⁴¹¹ A. M. Gaetano and T. Jacka T, eds., *On the Move: Women in Rural-to-Urban Migration in Contemporary China* (New York, Columbia University Press, 2004); N. Kabeer, “Women, wages and intra-household power relations in urban Bangladesh”, *Development and Change*, vol.28, No.2(2002), pp.261-302.

⁴¹² Kabeer, “Women, wages and intra-household power relations in urban Bangladesh”.

⁴¹³ L. Beynon, “Dilemmas of the heart: rural working women and their hopes for the future”, in *On the Move: Women in Rural-to-Urban Migration in Contemporary China* (见上文脚注 411)。

⁴¹⁴ 人居署,《2010/2011 年世界城市状况: 促进城市平等》(London, Earthscan, 2010 年)。

⁴¹⁵ M. Ravallion, S. Chen and P. Sangraula, “New evidence on the urbanization of global poverty”, Policy Research Working Paper No. 4199 (Washington, D.C., World Bank, 2007)。

⁴¹⁶ 联合国环境规划署(环境署),《迈向绿色经济: 实现可持续发展和消除贫穷的各种途径》, 联合国环境规划署, (内罗毕, 2011 年); United States Agency for International Development, *Sustainable Service Delivery in an Increasingly Urbanized World* (Washington, D. C., October 2013), 可查阅: www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/USAIDSustainableUrbanServicesPolicy.pdf.

⁴¹⁷ L. Mora, “Women’s empowerment and gender equality in urban settings: new vulnerabilities and opportunities”, in *The New Global Frontier: Urbanization, Poverty and Environment in the 21st Century*, G.Martine and others, eds.(London, Earthscan, 2008)。

558. 城市地区的条件，包括更多获得教育的机会、期望儿童有更好的未来、居住空间缩小和其他有利于较小家庭的因素，促进了期望生育率的降低。再加上获得性健康和生殖健康服务的机会增加，结果导致生育率显著下降，这改变了所有正在经历城市转型的国家的总体人口增长轨迹。⁴¹⁸

559. 城市人口增长的模式影响到可持续性的所有层面。城市不平等现象增多加深了城市中的社会排斥和边缘化，加剧了城市的无计划扩展。无计划扩展与糟糕的公共交通基础设施共同发挥影响，损害了城市的资源使用效率，并导致生活在城市偏远或边缘地区的穷人进一步被边缘化，这些人往往住在极其拥挤的非正规住区，很少或根本没有开放的公共空间。⁴¹⁹ 最贫穷的城市妇女往往无法获得服务，有可能生活在城市文化飞地中，她们在当地的婚姻和生育生活及生育率更加接近于农村妇女。⁴²⁰ 因此，城市化进程如何满足正在城市化的人口，特别是穷人的需要和愿望，在很大程度上取决于政府在城市人口增长、土地、住房和基础设施方面作出的选择。

560. 虽然各国政府在 1994 年已认识到城市化和城市的重要性，但半数政府认为本国的空间分布不能令人满意，需要调整，特别是要考虑快速城市化和人口过于集中在大城市的情况。今天，许多国家政府继续对这些问题感到关切。⁴²¹

561. 在全球调查中，各国政府被问及在过去五年中它们在政策、预算和执行方面采取行动着手处理的城市化问题，提到处理权力下放问题的国家比例最高(74%)。这个问题对非洲国家尤其关系重大，该地区有 85% 的国家都致力于执行权力下放，对亚洲国家(9%)和美洲国家(73%)也非常重要。权力下放可涉及到空间、信托和(或)行政等层面。在正确的背景下，每一层面都可以是适当的，但后两个层面通常构成善治的两个基本方面。对许多城市而言，决策和预算方面的权力下放可大大促进解决城市失调问题以及让城市居民在地方治理中有更大的发言权。然而，权力下放也可能将重大的、更多的治理责任置于二级和三级城市手中，这些城市容纳了绝大多数的全球城市居民，但往往缺乏主要城市或特大城市

⁴¹⁸ M. White and others, "Urbanization and fertility: an event-history analysis of coastal Ghana", *Demography*, vol.45. No.4 (2008), pp.803-816; S. Goldstein and A. Goldstein, *Migration and Fertility in Peninsular Malaysia: An Analysis Using Life History Data*, Rand Note, No. N-1860-AID. (Santa Monica, California, 1983); M. Brockerhoff, "Migration and the fertility transition in African cities", in *Migration, Urbanization, and Development: New Directions and Issues*, R. E. Bilborrow, ed. (Norwell, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers, 1998), pp.357 - 390; D. Shapiro and B. O.Tambashe, "Fertility transition in urban and rural.

⁴¹⁹ 人居署，“城市地区街道模式和公共空间的相关性”，工作文件(2013年4月)。

⁴²⁰ 《2007年世界人口状况报告：释放城市增长的潜力》(见上文脚注405)；C.Tacoli，“城市化、性别和城市贫穷问题：城市中的计酬工作和不计酬护理工作。”，城市化和新出现的人口问题，工作文件7(国际环境和发展学会和联合国人口基金，2012年)。

⁴²¹ 《2011年世界人口政策》，(联合国出版物，出售品编号：E.13.XIII.2)表七-3，98-99页。

的能力、资源和地方税基。各国政府在其全球调查的答复中确认了这一点，其中71%表示已经致力于小型或中型城市中心的增长。

562. 在城市化程度最高的国家，政府更有可能处理“城市贫民的土地、住房、服务和生计”问题(71%)，以及报告称他们过去五年中一直在处理“城市群的环境管理”问题(67%)。只有40%的城市化程度较低的国家着手处理了这些问题，尽管许多国家正在非常迅速地城市化(每年2%或更快)。

563. 半数以上的国家(57.8%)在“主动规划城市人口增长”这一问题上采取了行动，增长迅速、城市化程度较低的国家采取行动的程度更高。这一信息与显示试图减缓城市增长的发展中国家数目稳步上升的其他数据形成了反差。与此形成对比还有，仅有23%的国家报称致力于解决“农村向城市移徙者的融合”问题。承诺解决这一问题至关重要，因为移徙者难以融入城市已被列为导致贫民窟迅速增加的一个主要因素。

4. 贫民窟带来的挑战

564. 在城市普遍增长的情况下，许多国家的政府都面临着严重的城市管理问题，包括在提供服务方面出现缺口、交通拥堵、土地管理不善和无计划扩展以及环境退化等。2013年人口与发展委员会第四十六届会议通过的题为“移徙新趋势：人口方面”的第2013/1号决议承认，虽然某个城市的所有居民可能都会受到上述各种挑战的影响，但城市贫民首当其冲，他们在寻找和维护安全住房、利用工作或公共资源、过上优质生活方面，都面临巨大的挑战。

565. 全球贫民窟居民总估计数，已由1990年的6.5亿以上增加到2010年的约8.2亿。⁴²² 2010年，在撒哈拉以南非洲地区，城市人口几乎62%住在被确认为贫民窟的房子里，远远超过世界上任何地区。

566. 但贫民窟的增长不应与城镇化混为一谈，因为城市人口的增长和城市贫民窟的增长是两个截然不同的现象。大多数证据表明，全球城市化是一个必然的趋势，但不同地区发展速度不一。另一方面，贫民窟人口占城市总人口的比例已有下降，即便是在撒哈拉以南非洲地区也是如此，1990年，那里的城市地区人口有70%居住在被确认为贫民窟的房子里。在相当大的程度上，贫民窟增长是治理者限制贫民进入城市之决定的结果；此类决定限制向非正规住区提供服务，或强迫搬迁，并把城市贫民迁至边缘或服务不足的地区。

567. 今天，在许多城市地区的人民，特别是妇女，存在脆弱性，这说明在提供安全住房、充分的医疗服务、前往经济中心的可靠运输以及免受暴力的保护方面，缺乏积极进取的创新规划，并缺乏社区社会保障体系。各国应通过当地市政府等

⁴²² 人居署全球贫民窟估计，2012年。包括其家居缺乏良好供水、良好卫生条件、充分居住面积（每间房3人以上）或耐用房屋的人口。

途径满足对公共住房的需求；提供负担得起的住房和基础设施，优先注重改造贫民窟和城区再生；并致力于提高人类住区的质量，让所有人都能获得基本服务、住房、水和卫生设施及交通，尤其要注意安全保障，并特别注意防止基于性别的暴力行为。

568. 然而，尽管城市贫民窟内存在着众多压力，包括有证据显示在非正规城市住区内暴力和危险加剧，⁴²³但在发展中国家，城市中心仍然继续吸引着农村人口，尤其是年轻人，因为他们寻求更多的经济机会和社会自由。尽管世界各地制定了反城市政策，人们也广泛关注降低城市增长率，但城市化趋势依然持续存在，原因正在于此。

自国际人口与发展会议以来的人权阐释：

方框 20
水和卫生设施

政府间人权成果：大会在第 64/292 号决议(《享有饮水和卫生设施的人权》)(2010 年)中确认“享有安全和清洁饮水和卫生设施的权利是一项人权，这项人权对于充分享受生命和所有人权来说必不可少”。随后，人权理事会第 15/9 号决议(《人权与享有安全饮用水和卫生设施》)(2010 年)申明，享有水和卫生设施的权利来源于适足生活水准的权利。

其他软性法律：经济、社会和文化权利委员会关于水权的第 15 号一般性意见：(2002 年)解释说，水权包含在《经济、社会和文化权利国际公约》第 11 和 12 条，这两条保护享有适当生活标准的权利及健康权。《实现享用饮用水和卫生设施权准则》草案(2005 年)“旨在协助那些在水和卫生部门工作的政府决策者、国际机构和民间社会成员，以实现享用饮用水和卫生设施的权利。”

5. 城乡联系的重要性：加强卫生系统

569. 在最低收入水平上，城市贫困居民的健康指标往往与农村贫困居民相等或比他们更糟，而远低于城市富裕阶层。1990 年代对非洲 23 个国家城乡孕产妇保健状况进行调查后发现，虽然城市贫民平均比农村居民获得更好的产前和分娩护理，但在孕产妇保健质量略高的国家中，城市贫民的不利处境更为显著。⁴²⁴总

⁴²³ R.Muggah, *Researching the Urban Dilemma: Urbanization, Poverty and Violence*(渥太华国际发展研究中心, 2012 年)。

⁴²⁴ M.Magadi, E.Zulu 和 M. Brockerhoff, “The inequality of maternal health care in urban sub-Saharan Africa in the 1990s”, 《人口研究》, 第 57 卷, 第 3 期(2003 年), 第 347-366 页。

之，在保健部门效力最差的地方，城乡保健同样糟糕。但是，在资源改善了保健的情形下，城市中高层获得的裨益之多不成比例。

570. 就城市贫民而言，保健设施通常拥挤不堪，保健工作者往往超负荷工作。城市地区不受管制的私营保健场所增多，于是，城市贫困居民可能得为那些在农村地区公共卫生点可免费获得的服务交付费用。贫民窟居民求医问药可能要走远路，保健所位于贫民窟边缘地带，交通不便，加上各种花费这些可能都是他们求医的障碍。与较富裕的城市居民相比，城市贫民在公、私部门的保健设施得到的服务质量往往较差。城市贫民还要面对不健康、往往带有危险的生活条件，与身体健康无补。最后，“城市保健优越性”掩盖了贫困和富裕的城市地区之间的差异。⁴²⁵

571. 大多数国家的保健工作者过多地聚集于城市地区，⁴²⁶ 不过不一定是为城市贫民服务。⁴²⁷ 为了避免忽视农村地区，需要搞创新，确保城市投资也造福农村地区，例如进行保健工作者轮换、利用新的移动技术和其他城乡卫生系统的联系。⁴²⁸ 这些创新还必须超出保健系统的传统界限，发展城乡之间的运输、资源

⁴²⁵ Z. Matthews 等人, “Examining the ‘urban advantage’ in maternal health care in developing countries”, *PLoS Medicine*, vol. 7, No. 9 (2010); J. C. Fotso, A. Ezeh 和 R. Oronje, “Provision and use of maternal health services among urban poor women in Kenya: what do we know and what can we do?”, *Journal of Urban Health*, vol. 85, No. 3 (2008), pp. 428–442; M. R. Montgomery, “Urban poverty and health in developing countries”, *Population Bulletin*, vol. 64, No. 2 (2009); J. C. Fotso 等人, “What does access to maternal care mean among the urban poor? Factors associated with use of appropriate maternal health services in the slum settlements of Nairobi, Kenya”, *Maternal and Child Health Journal*, vol. 13, No. 1 (2009), pp. 130-137; V. N. Salgado de Snyder 等人, “Social conditions and urban health inequalities: realities, challenges and opportunities to transform the urban landscape through research and action”, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 88, No. 6 (2011); K. Ghei 等人, “Association between child immunization and availability of health infrastructure in slums in India”, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 164, No. 3 (2010), pp. 243-249; L. Hulton, Z. Matthews 和 R. W. Stones, “Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India”, *Social Science and Medicine*, vol. 64, No. 10 (2007), pp. 2083–2095; J. Das 和 J. Hammer, “Money for nothing: the dire straits of medical practice in Delhi, India”, *Journal of Development Economics*, vol. 83, No. 1 (2007), pp. 1–36; J. Das and J. Hammer, “Location, location, location: residence, wealth and the quality of medical care in Delhi, India”, *Health Affairs*, vol. 26, No. 3 (2007), pp. 338–351; J. C. Fotso, “Child health inequities in developing countries: differences across urban and rural areas”, *International Journal for Equity in Health*, vol. 5, No. 9 (2006)。

⁴²⁶ L. Chen 等人, “Human resources for health: overcoming the crisis”, *The Lancet*, vol. 364, No. 9449 (2004), pp. 1984-1990; WHO, “Achieving the health related MDGs: it takes a workforce”(www.who.int/hrh/workforce_mdgs/en/index.html); G. Dussault 和 M. C. Franceschini, “Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce”, *Human Resources for Health*, vol. 4, No.2(2006)。

⁴²⁷ Matthews 等人, “Examining the ‘urban advantage’ in maternal health care in developing countries”:. Montgomery, “Urban poverty and health in developing countries” (见上文脚注 425)。

⁴²⁸ V. Govindarajan 和 R. Ramamurti, “Delivering world-class health care, affordably”, *Harvard Business Review*, November 2013; S. B. Syed 等人, “Developed-developing country partnerships:

和财政联系，以促进连络、缩小地域不平等。今后几十年间的一大挑战在于建立和评价此类创新保健系统结构、让城市增长也为农村保健提供投资。

572. 鉴于城乡在经济、社会和环境方面的相互依存性，各国应促进能够推动和增进城乡联系的发展，包括发展和公平分配保健、教育、商业、运输和通信领域的英才分中心及节点中心，推动城市中心、中小城镇和农村地区的居民一样都享有流动性、机会和经济增长。

573. 预计未来几十年间出现城市增长，再加上减少贫穷、经济增长和环境可持续性各项工作都十分依赖城市地区，因此，在国家 and 全球两级，城市规划日益需要得到多部门的领导。

574. 在城市快速增长的情况下，确保可用的和负担得起的土地和住房，对于确保城市贫民的住房保障而言至关重要。随着更多人来到城市地区，空间制约和土地分配不平等往往导致生活费用剧增，最方便出入和理想的土地落入精英手中。⁴²⁹

575. 城市化背景下最大的政策挑战在于不改变此进程的轨道，而是设法让当前和未来的所有城镇居民全面受益于城市生活的潜在利益，同时也可以把城乡发展联系起来。

案例研究：可持续城市化

厄瓜多尔

为城市扩张作准备：城市贫民获取居住用地⁴³⁰

城市扩张，厄瓜多尔城市也不能幸免，虽然现在有未开发的土地可供居民区开发，但正规部门，用于低收入住房的、服务齐备的城市用地严重短缺。这导致非正规部门发生大规模土地分块和销售事件——或通过侵占土地，或通过不符合区划和分块条例的非正式土地分块进行。同其他国家相比，厄瓜多尔相当高比例的城镇居民住在未经授权的住区，不具备合法所有权文件。

为了保证城市贫民住宅用地价格能够负担得起，各市必须确保未来几年内方便

benefits to developed countries?”. *Globalization and Health*, vol. 8, 2012; J. A. Effken 和 P. Abbott, “Health IT-enabled care for underserved rural populations: the role of nursing”, *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 16, No. 4 (2009), pp.439 - 445.

⁴²⁹ 人居署, “Land in support of sustainable urbanization”, 为第三次非洲住房和城市发展部长级会议 (2010年11月22日至24日, 巴马科)编写的背景文件。

⁴³⁰ 基于 S. Angel, “Preparing for urban expansion: a proposed strategy for intermediate cities in Ecuador”, in *The New Global Frontier: Urbanization, Poverty and Environment in the 21st Century*, G. Martine 等人编(伦敦, Earthscan, 2008)。

出入的城市土地仍然供应充足，不让土地受投机炒作影响而涨价。

为此，厄瓜多尔目前正经历快速城市增长的七个中等城市已开始从人口和聚居区初步预测的基础上，划定新的扩展区，规划新扩展区的干线公路网，完善获取干线公路网通行权的法律工具并估算执行工作所需预算。这一战略如能及早付诸实施，其所涉投资金额就相对较低，在经济、社会、人口和环境方面，有着潜在的高回报率。

利用城市化⁴³¹

第一步：认同城市化为发展进程的一部分

- 从政治上反对城市增长对减缓此进程几乎没有多大影响，反而侵害个人权利，而且会加剧城乡贫穷。移徙者确定搬迁到城市时，他们所作出的是改善生活、克服弱势的理性决定。
- 决策者一旦接受城市增长的必然性，就能够改进其城市和城市当今及未来居民的生活。

第二步：在城乡联系的范畴内规划日益增长的城市

- 在全世界影响城市的重要问题——住房、运输、环境、水、卫生设施、能源等等——都需要采取统筹的区域办法，突破零碎的界限，把城市边缘和农村地区都包括在内。农村发展和城市发展并不矛盾，而是相辅相成的，尤其是许多人在城乡都有住宅。

第三步：促进空间可持续利用

- 以公开、透明的方式同各社区及私营部门协作，就城市增长的地点和方式描绘参与性的前景。
- 在系统性关注环境价值的范畴内，促进城市增长。
- 通过限制无计划扩展的政策，尽量减少城市衰败的规模 and 影响。
- 划定土地作为公用空间。
- 支持节省能源和得到高度一体化公共交通。
- 支持人口密集地带的密度、紧凑以及相互之间形成有效联系。

⁴³¹ 基于 State of World Population 2007: Unleashing the Potential of Urban Growth(见上文脚注 405)。

第四步：促进空间的社会利用

- 对现有的贫民窟加以改造，着重于混合使用建筑和住房解决方案，此种方案可随着住户的扩增而扩大。
- 改进土地市场运作，把对城市土地投机所征收的资本所得税再投资于土地银行，供未来之用。
- 制定面向城市贫民的土地、住房和服务支持措施；整合此类措施，实现尊严及生活前景，这对于城市不断成功而言至关重要。

6. 政府优先事项：国内移徙和城市化

提高城市生活的质量	51%的国家政府
制定城市规划方案、政策、法律和体制	48%的国家政府
发展和促进中小城镇中心	32%的国家政府
社会保护	32%的国家政府
环境管理	23%的国家政府

576. 国家在空间分配、内部流动和城市化方面的优先事项，可以从(与城市增长性质及其与城乡发展交叉点相一致的)两个关键层面加以理解。第一个层面着重于政府是更加强调改善城市中心、中小型城镇，还是农村地区。其中，对全球调查作答的各国政府优先重视“提高城市生活质量”的可能性要大得多(51%的政府将此列入其五大优先事项)，而提到“发展和促进中小城镇”(32%)和“农村发展”⁴³²(16%)的政府则较少。亚洲几乎 30%的国家将农村发展列为优先事项，但美洲(那里基本完成了城市过渡)30 国政府中，只有 2 个国家这样做。

577. 第二个层面在于各国政府是优先注重承认“与城市化有关的人口动态”——市人口增长、无计划扩展或集中，走出农村或进入城市的国内移徙(14%的政府)——还是优先注重“努力影响人口的空间分布或防止城市化”(21%的政府)。在经历快速城市化的非洲(27%)和亚洲(29%)，优先注重后者的政府比例相对更高。

578. 各国政府一贯优先注重“发展(与城市化有关的)城市规划政策、方案和战略并制定法律和体制”(48%)，以及“社会保护”(32%)和“环境管理”(23%)。亚

⁴³² 是指与农村发展的所有优先事项，包括解决城乡差距，但不包括那些申明意图把人们留在农村地区的事项。

洲各国政府更有可能关注与城市地区相联系的环境管理，其中 34% 的政府报告确认这是优先事项。在美洲，社会保护是第三大优先事项，有 40% 的政府加以确认。

579. 各国应当利用城市化为可持续发展带来的机会，开展积极主动的参与性规划，利用城市人口密度较高的优势，同时认识到国内人口移徙流动程度加大对城市地区人口分布和集中情况的重大影响，尤其是运输和住房方面能效更高，以及提供保健、通讯和其他基本服务的人均费用相对便宜。

C. 国际移徙

580. 世界上国际移民总数估计⁴³³ 已由 1990 年的 1.54 亿增加到 2013 年的 2.32 亿，在可预期的未来，这一数字预计还会增加。虽然这表明移民人数增多，但在这 23 年期间，国际移民占全球人口总数的比例只是稍有变化，从 1990 年的 2.9% 增加到 2013 年的 3.2%。居住在发达国家的所有国际移民的比例已从 1990 年的 53% 增加到 2013 年的 59%，国际移民占发达国家总人口的 10.8%，而在发展中国家，则占总人口的 1.6%。⁴³⁴

581. 国际移徙的当今格局比以往要复杂得多，这不仅是因为国际移民绝对人数的原因，而且也因为现在人口流动确实具有全球性。移民格局的增长和多样化意味着越来越多的国家受移民影响，大多数国家目前既是原籍国，又是目的地国和过境国。2010 年，有 43 个国家接纳了至少 100 万外来移民，其中 24 个国家是 100 多万外向移民的原籍地。1990 年至 2010 年期间，马来西亚、尼日利亚和泰国等国移民人数大增，但其公民居住海外的人数也有了大的增加。⁴³⁵

582. 另外，移民流动的组成正以若干方式发生变化。今日移民的经济、社会和文化背景比以往任何时候都要广泛得多。如今世界各地的国际移民中，约半数为妇女(48%)——在发达国家为 52%，发展中国家为 43%。⁴³⁴ 由于妇女寿命往往比男子长，因此，老年移徙者中，她们的比例往往特别高。1950 年代、1960 年代和 1970 年代初期欧洲大型的客籍工人方案以男性为主。⁴³⁶ 1980 年代和 1990

⁴³³ 这里给出的数据是指国际移民人数，定义为生活在非本人出生地的国家或地区的年中估计人数；如无此种数据，则指具有外国公民身份的人数。用于估计国际移民人数的统计数字，大多是从人口普查、人口登记和具有全国代表性的家庭调查中获得。移徙者人数估计由联合国秘书处经济和社会事务部人口司编写。

⁴³⁴ 联合国，“全世界国际移民的数量达 2.32 亿”（见上文脚注 404）。

⁴³⁵ 秘书长关于“移徙的新趋势：人口方面”的报告(E/CN.9/2013/3)。

⁴³⁶ P.Martin, “Managing labor migration: temporary worker programmes for the 21st century”, 为 2006 年 6 月 28 日至 30 日在意大利都灵举行的国际移徙与发展国际研讨会编写的论文。

年代，随着服务业就业的发展，尤其是对护士、教师和家政工人的需求增加，妇女的移徙行为明显发生变化。⁴³⁷ 妇女现在有可能自行移徙或作为家长移徙。⁴³⁸

583. 国际移民的中位年龄估计为 38.4 岁，而总人口中位年龄为 29.2 岁。国际移民往往比其非移徙对应方年长，尤其是因为出生在国外的人员所生子女也可列入本地出生人口。⁴³⁹ 然而，2008 年和 2009 年朝向欧洲选定国家(丹麦、德国、意大利、荷兰、挪威、斯洛文尼亚和瑞典)的移徙流动显示，在任何特定年份，作为移徙者进入一国的外国人中，有很大比例为青年。⁴⁴⁰ 在这些国家中，平均每 5 名新到的移民中，就有 2 人年龄在 18-29 岁之间。

1. 国际移徙的区域差异

584. 2013 年，发展中国家之间的国际移徙同从发展中国家到发达国家的国际移徙量一样大。2013 年，全球移民的三分之一左右(8 230 万人，或 36%)原籍国为发展中国家，现居住国也为发展中国家。全球移民总数中，另有三分之一(8 190 万人，或 35%)出生于发展中国家，但居住在发达国家。此外，世界上所有国际移民中，约四分之一(5 370 万人，或 23%)出生在发达国家也居住在发达国家。国际移民中，出生于发达国家但现住在发展中国家的人数比例只有 6%(1 370 万人)。⁴⁴¹

585. 虽然从发展中国家向发达国家的移徙是全球移民趋势的主要动力，由 1990 年 4 000 万人增加到 2013 年的 8 190 万人，翻了一番，而且比全球总数增长速度高出一倍还多，但发展中国家之间的移徙依然是人数最多的，达 8 230 万人之众。⁴⁴¹

586. 世界上各大地区所占移民份额各不相同(见图 49)。例如，2013 年，欧洲占移民总数的 31%，而欧洲也是所有外向移民中 25% 的原籍地(其中 65% 也在欧洲之内生活)。相比之下，亚洲和北美中分别占移民总人数的 31% 和 23%，这两个地方为所有外向移民中 40% 和 2% 的原籍地。另外，来自欧洲(65%)、亚洲(58%)和大洋洲(58%)的国际移民中，大多数生活在他们出生地区之内的一个国家(两种

⁴³⁷ 劳工组织，“Women and men migrant workers: Moving towards equal rights and opportunities”(2008); 可查询: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@gender/documents/publication/wcms_101118.pdf。

⁴³⁸ State of World Population 2007: Unleashing the Potential of Urban Growth(见上文脚注 405)。

⁴³⁹ 联合国，“International migration 2013: age and sex distribution”，Population Facts, No. 2013/4 (2013 年 9 月)。

⁴⁴⁰ 联合国人口司，“International migration in a globalizing world: the role of youth”，第 2011/1 号技术文件(2011 年，纽约)。联合国，“International migration 2013: migrants by origin and destination”，Population Facts, No. 2013/3 (2013 年 9 月)。

⁴⁴¹ 联合国，“International migration 2013: migrants by origin and destination”，Population Facts, No. 2013/3 (2013 年 9 月)。

情况下皆为 58%)，而出生在拉丁美洲和加勒比(85%)、北美洲(72%)和非洲(51%)的国际移民中，大多数居住在其出生地区之外的一个国家。⁴⁴¹

图 49

2013 年 按主要原籍国和目的地国分类的国际移民情况

(单位: 百万人)

目的地	原籍地							共计	目的地百分比
	非洲	亚洲	欧洲	拉丁美洲和加勒比	北美洲	大洋洲	其他各地		
非洲	15.3	1.1	0.8	0.0	0.1	0.0	1.4	18.6	82
亚洲	4.6	53.8	7.6	0.7	0.6	0.1	3.4	70.8	76
欧洲	8.9	18.6	37.8	4.5	0.9	0.3	1.3	72.4	52
拉丁美洲和加勒比	0.0	0.3	1.2	5.4	1.3	0.0	0.2	8.5	64
北美洲	2.0	15.7	7.9	25.9	1.2	0.3	0.0	53.1	2
大洋洲	0.5	2.9	3.1	0.1	0.2	1.1	0.1	7.9	14
共计	31.3	92.5	58.4	36.7	4.3	1.9	6.4	231.5	
原籍地百分比	49	58	65	15	28	58			

来源：联合国：第 2013/3 号人口简报，“2013 年国际移徙”，表 1。

587. 过去 20 年间，国际移民流动变得日益多样化，墨西哥、中国、印度和俄罗斯联邦等国成为重要的原籍地和目的地。如 2013 年，数百万国际移民住在印度，而约 290 万来自印度的国际移民住在阿拉伯联合酋长国，180 万住在沙特阿拉伯。同样，美利坚合众国接纳了 1 300 万出生于墨西哥、220 万出生于中国、210 万来自印度和 200 万来自菲律宾的人员。最后，对于哈萨克斯坦、俄罗斯联邦和乌克兰而言，国际移民的双向流动规模尤大。⁴⁴¹

588. 低生育率和人口老化的一个结果就是在所有技能层次上都出现劳力短缺，而且今后几十年间，会更多地需要熟练的护理人员，照料人口老化社会的年长者。⁴⁴² 这些趋势在许多发达国家显而易见，在许多发展中国家(尤其是那些最

⁴⁴² F. Mullan, S. Frehywot 和 L. J. Jolley, “Aging, primary care, and self-sufficiency: health care workforce challenges ahead”, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 36, No. 4 (2008), pp. 703-708; B. Rechel 等人, “How can health systems respond to population ageing?”, Policy Brief, No. 10 (哥本哈根, 世卫组织欧洲区域办事处, 2009 年); 奥尔巴尼大学, 保健工作队伍研究中心, “The impact of the aging population on the health workforce in the United States: summary of key findings” (2006 年 3 月), 可查询: http://www.albany.edu/news/pdf_files/impact_of_aging_excerpt.pdf。

近几十年经历前所未有经济增长的发展中国家)则可以预见到。⁴⁴³ 同时,发展中国家在年轻的劳动适龄人口与其劳务市场的吸收能力之间,仍然存在着不相称的情况。⁴⁴⁴ 结果,移民流动(尤其是劳务移民)主因虽然是经济条件和不平等,但也可以通过劳动力剩余和短缺所体现的人口不平衡加以解释。移民已对许多国家的人口增长作出贡献,但移民对人口的长期影响将视以下因素而有不同:移民人口的组成;人口移动属于暂时、长期还是永久的;移民是不是还在目的地国生育子女;移民子女是否获得公民身份并把新的国家作为其祖国。⁴⁴⁵

589. 移民是原籍国和目的地国社会发展的重要推动力。⁴⁴⁶ 移徙也是移民及其家庭人的发展的重要工具,扩大他们的能力、机会和选择,从而改善他们及家人的生活。各国应赞许移民对原籍国和目的地国的政治、经济、社会和文化结构所作的贡献,以及对全球社会所作的贡献,应当建立更好的制度,以监测移民的发展裨益。

590. 以侨汇形式进行的资金转移(移民向母国和网络汇款)超过了官方发展援助,成为流向一些发展中国家的最大资金来源,有时超过了外国直接投资。2012年,这些资金转移达4 010亿美元(未计入通过非正规渠道进行的流动)⁴⁴⁷ 可对原籍国产生积极的发展影响。它们补充家庭收入,直接改善生活质量,让家人脱贫,增加获得教育和保健服务的机会,并通过其倍增效应,可能会在更广泛的经济范围内产生收入和就业。

591. 移民对于向原籍国传送“社会汇款”而言也很重要,⁴⁴⁸ 包括新的思想、产品、信息和技术,而且侨民在原籍国与目的地国之间建立学术和商企网络方面也发挥重要作用。

592. 移民也有社会费用,包括留在原籍国的儿童和长者的费用,以及熟练专业人员从发展中国家外向移民带来的挑战(“人才外流”)。人口中教育程度高、具有熟练技能的部分人员移民,对于输出国而言,可能是急需人才的流失,也许会

⁴⁴³ D. E. Bloom, D. Canning 和 G. Fink, “Implications of population aging for economic growth”, 全球老龄化人口学方案, 第 64 号工作文件(哈佛公共卫生学院, 2001 年 1 月), 可查询: http://diseaseriskindex.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2011/PGDA_WP_64.pdf。

⁴⁴⁴ 劳工组织, *Global Employment Trends for Youth 2013: A Generation at Risk* (2013 年, 日内瓦, 国际劳工局)。

⁴⁴⁵ 国际移徙组织, “Economic cycles, demographic change and migration”, 为 2011 年国际移徙对话编写的背景文件; 可查询: www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/economic-cycles-demographic-change/Background-Paper-EN.pdf。

⁴⁴⁶ 见 E/CN.9/2013/3(见上文脚注 435)。

⁴⁴⁷ 世界银行, 《世界银行移徙和发展简报第 20 号》(2013 年 4 月 19 日)。

⁴⁴⁸ P. Levitt 和 D. Lamba-Nieves, “Social remittances reconsidered”, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol.37, No.1(2011), pp.1-22。

阻碍国家发展战略的实施。2006年，全球保健工作者短缺估计430万人，包括240万医生、护士和助产士。在严重短缺医生护士的57个国家中，36个国家位于撒哈拉以南非洲地区。若干国家实施了志愿守则，限制从医生护士严重短缺的国家招聘保健工作者。2010年，世界卫生大会通过了全球业务守则，引导成员国进行保健工作者的招聘。守则虽然确认保健专业人员有权在其他国家求职，但不鼓励成员国积极从严重缺少保健工作者的发展中国家招聘保健人员，守则还推动在发展国家保健工作队伍方面开展国际合作。⁴⁴⁹

593. 《国际人口与发展会议行动纲领》是国际移民方面的里程碑，它建议增加政策连贯性，吁请原籍国和目的地国政府努力把留在本国变成所有人切实可行的选项。在联合国千年首脑会议上，世界领导人除其他外，同意确保尊重和保护移民、移徙工人及其家庭成员的人权。

594. 在全球调查中，各国政府报告最多的在过去五年间处理的国际移民问题就是“贩运和(或)偷运移民”问题(65%)。就区域而言，欧洲(71.4%)、美洲(70%)、亚洲(69.7%)和非洲(65.1%)一贯有相当大比例的国家处理这一专题，但大洋洲(11%)处理这一问题的国家为数不多。约60%的国家报告说“保护移民免受侵犯人权、种族主义、本族中心主义和仇外现象之害”(60.4%)。在美洲(70%)和亚洲(70.6%)，处理这一问题的国家比例高过非洲(56.5%)、欧洲(58.6%)和大洋洲(20%)。

595. 随着国际移民人数的持续增加，目的地国面临促进社会、政治和经济融合的挑战。通常，实现融合最好是在年幼时，这就突显出教育、服务和青少年移民全面参与的重要性。⁴⁵⁰ 由全球经济危机助长的种族主义和仇外情绪导致若干国家、移民社区和非移民社区之间关系紧张。

596. 应当加大努力，促进和保护国际移民(不论其移民身份如何)的人权和基本自由，尤其是妇女、青少年和儿童的人权和基本自由，并向所有移民提供社会保护，包括保护他们不受非法和暴力行为(包括歧视行为和在任何基础上实施的犯罪)之害，并保护其人身安全、尊严、宗教信仰和文化价值观。

自国际人口与发展会议以来的人权阐释

方框 21
国际移民

具有约束力的文书：2003年生效的《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》(1990年)确保移徙工人及其家庭成员的基本人权保护和原则。《联合

⁴⁴⁹ 联合国，“Health workers, international migration and development”，Population Facts, No.2010/2/E/Rev (2010年8月)。

⁴⁵⁰ 见人口与发展委员会第四十六届会议报告(E/2013/25)。

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》(2000年；2004年生效)“防止和打击偷运移徙者行为……同时保护被偷运的移徙者的权利”。

其他软性法律：保护所有移徙工人及其家庭成员权利委员会关于移徙工人和家政工的第1号一般性意见(2011年)突出显示家政移徙工的多方面弱势及其在整个移民周期中面临的风险。此外，关于非正规移徙工人及其家庭成员权利的第2号一般性意见(2013年)着重于非正规移徙工人及其家庭成员特有的弱势，澄清按照《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》保护其权利的规范框架。

597. 超过69%的国家报告已制定了体制和方案、政策和(或)战略，以处理“国际移民和发展”问题。这一百分比在大洋洲低至39%，在欧洲为61%，在亚洲则超过81%。就美洲而言，75%的国家处理了这些问题，非洲国家的比例为70%。

598. 处理“在原籍国、过境国和目的地国之间加强对话和合作”问题的国家比例较低(54%)。虽然按照区域和人口增长，没有观察到显著的区别，但较富裕国家处理这一问题的比例较高。类似比例的国家在工作中侧重于“加强对保护和协助难民及流离失所者的国际活动的支持”(56%)。尽管随着国家的发展，这一问题也越发重要，但高收入经合组织国家(91%)和高收入非经合组织国家(11%)之间差距很大。欧洲约三分之一的国家没有处理这一问题，而就非洲、美洲和亚洲而言，这一百分比增至42%到50%。大洋洲13个国家中有8个(67%)没有处理这一问题。

599. 各国应当通过加强国际、区域和双边合作和对话以及共担责任的方法，全面、均衡地处理国际移徙问题，确保有序、规范和安全的移徙进程，承认原籍国、过境国和目的地国的角色和责任，促进协助移民融入社会和重新融入社会的政策，并确保在国外工作和移徙时所获利益具有可携带性。

600. 提交答复的国家中，不到一半处理了以下问题：“移民的根源，以及把留在本国变成所有人切实可行的选项”(35%)，或“方便侨汇的流动和使用以支持发展”(42%)。就后者而言，非洲是唯一有半数国家处理此问题的区域(52%)，这一比例在美洲(45%)、亚洲(43%)、欧洲(27%)和大洋洲(25%)有所下降。对次区域细加分析后，发现美洲次区域(加勒比33%、中美洲57%、南美洲50%)和欧洲次区域(西欧100%、南欧10%、北欧20%、东欧14%)之间存在差别。收入和人口增长分析表明，贫穷和迅速增长的国家处理此问题的比例较高。

601. 最后，只有23%的国家处理了“导致境内强迫流离失所的因素”，但全球和区域的频率可能不反映真实情况，因为对有些国家而言，此问题并不适用，这些

国家可能答复“没有”(问题单没有“不适用”选项)。处理此问题的国家大多数位于非洲(12)、亚洲(10)和欧洲(6)。

2. 政府的优先事项：国际移徙

制订移徙方案、政策和法律并发展机构	46%的政府
加强研究和数据系统的能力	35%的政府
最大限度地实现社会包容和移徙者的权利	32%的政府
国际合作	28%的政府
贩运	23%的政府

602. 在请各国政府确定今后五年与国际移徙有关的政策优先事项时，列举的最常见问题与促进发展和支助移徙者的移徙政策的最关键方面密切相关，包括制订移徙方案、政策和法律并发展机构；加强研究和数据系统的能力；最大限度地实现社会包容和移徙者的权利；原籍国、目的地国和中转国之间开展国际合作；贩运问题。

603. 国际移徙活动中有很大一部分超出各国政府对其追踪或施加影响的能力。非正常移徙(23%的政府把非正常移徙和边境管制一道列为优先问题)和正常移徙都是这样的情况，这些移徙活动可能逃脱有漏洞和不够充分的观察系统。缺乏足够的移徙数据被认为是世界各地面临的挑战，也是三分之一政府(35%)优先关注的问题。

604. 也许是因为这些问题的复杂性，在所有区域以及五个收入组别中四个组别的国家(高收入非经合组织国家除外)中，几乎一半(46%)政府把设立与国际移徙有关的国家治理职能列为优先事项。至于国际合作，尽管正式的国际移徙治理机制仍相对较新，但仍有 28%的国家认为此类国际互动是对移民潮做好准备并进行管理的一个重要优先事项。

605. 社会包容和权利问题包含国际移徙者在社会中的融合、平等待遇、赋权和权利。美洲(40%)和欧洲(43%)国家以及高收入经合组织国家政府把这一问题列为优先事项，在 19 个高收入经合组织国家中，有 11 个国家列举了这个问题。仅有 23%的国家政府把经常提到的前五年已处理的贩运问题列为今后的优先事项，各区域有关这一问题的情况相对平衡。

606. 尽管国际移徙作为劳动市场问题受到普遍关注，但汇款仅被列为全球第十一个优先事项，⁴⁵¹ 有更多的非洲国家政府(27%)提到这一问题。非洲国家政府

⁴⁵¹ 侨汇问题对一些国家至关重要，对一些国家不是非常重要，意味着这一优先问题不适合进行全球或区域分析。

还常常优先关注促进移民社群的投资(41%)以及通过创造优惠条件和防止人才外流减少迁出移民(25%)，这些问题在其他区域受关注的程度要低得多。

607. 国际移徙的一个至关重要问题是与气候变化影响的联系，特别是这一问题可能对非常具体的国家意味着存在受到威胁。基里巴斯把努力获得国际社会对接收基里巴斯工人的支持列为第一优先事项，这是其气候变化适应战略的一部分，基里巴斯问到，如果基里巴斯工人受到培训而且资质达到国际标准，其他国家政府是否愿意接收这些工人。基里巴斯强调，国际法不承认因气候变化而流离失所的人是难民，该国正在寻找备选方案，以备出现因气候变化而使该国国民必须寻找替代家园的问题。

D. 住所不安全

608. 土地和住房安全是最基本的需求之一，也是人的安全的一个基本方面。在世界各地，很多人每天晚上没有可栖身的住所，或不能保证第二天仍有栖身的住所。土地和住房不安全加剧了其他多重不安全，包括收入、食物、法律地位、安全和(或)健康，并严重威胁个人尊严、国家对人格的看法以及社区凝聚力。

609. 《行动纲领》承认流离失所有一系列原因，包括破坏人类住区以及迫使人们从国家一个地区逃离到另一个地区的环境退化、自然灾害和内部冲突。《行动纲领》重点关注的是，在流离失所的情况下，妇女受暴力侵害的脆弱性越来越大，以及土著人民的流离失所风险加剧。在流离失所期间，自愿和安全回返的权利是一个关键重点，包括性与生殖健康服务在内的基本服务也是关键重点。

610. 在各种土地和住房不安全问题上，一个共同挑战是由于数据严重短缺，国家看不到问题的存在，这既妨碍对受影响人口范围做出估计，也不利于实施有效措施以帮助这些人口。今后 5 至 10 年的挑战之一是了解面临此类脆弱性的人口范围与特点，并制订更人道的支助方案。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 22

住房

其他软性法律。适当住房权载于《经济、社会及文化权利国际公约》(1966 年；1967 年生效)第 11 条，经济、社会及文化权利委员会通过的关于适当住房权的第 4 号一般性意见对该权利做出进一步说明。人权委员会在第 2000/9 号决议中任命了第一位适当生活水准权所含适当住房问题特别报告员。特别报告员提出的定义是，“适当住房权是每一名男女、青年和儿童获得和保留能够和平尊严地生活的安全房屋和社区”(E/CN.4/2001/51，第 8 段)。1993 年后通过的

许多国际人权文书以及条约监测机构的一般性评论和建议都强调住房权以及住房与其他基本人权的相互关系。⁴⁵²

1. 妇女获得土地

611. 土地不安全的最普遍形式之一是缺乏所有权权利。虽然大多数国家普遍认可财产所有权，而且许多国家在法律上不区分男子和妇女作为财产所有者的权利，但在实践中，大量妇女被剥夺了土地所有权。在发展中国家的农村地区，虽然妇女生产大部分粮食，但几乎没有任何土地所有权，⁴⁵³ 在城市地区，妇女作为户主的家庭十分普遍，而穷人特别难以得到正式的土地所有权，⁴⁵⁴ 无论在哪儿，都有大量妇女缺乏对于家庭和生计保障至关重要的土地保有和产权。

612. 在《行动纲领》中，各国政府承诺确保妇女可以同男子一样购买、持有和出售财产和土地；以自己的名义并代表自己获得信贷和谈判合同；行使其合法的继承权利。

613. 全球调查结果显示，76%的政府已实施保障妇女财产权的法律，包括妇女同男子一样有权拥有、购买和出售财产或其他资产，在亚洲这一比例增至86%。65%的政府报告执行保障妇女享有平等继承权利的法律，72%的政府报告通过统一有关婚姻、离婚、继承和接受财产的法律执行保护妇女财产的法律。在上述两种情况下，区域的比例与世界平均水平很接近，但大洋洲除外，这两个比例在该洲分别降至50%和43%。

614. 尽管取得了这些进展，但在许多国家继续存在歧视性的财产和继承的法律或惯例。即使通过了规定平等继承和所有权的民事法律，这些法律不一定在地方一级得到执行或尊重，因为持续存在歧视性的社会规范以及适用习惯法或宗教法。

615. 分析来自经合组织的社会机构和性别指数的数据表明，在那些有可用数据的国家，妇女仅拥有15%的土地所有权。⁴⁵⁵ 在妇女无法行使土地权的地方，她们在丈夫去世后特别容易受到驱逐。此外，由于获得正规信贷严重依赖资产借贷，

⁴⁵² 如见《残疾人权利公约》第28条(联合国，《条约汇编》，第2515卷，第44910期)，以及经济、社会和文化权利委员会第7(1997)、14(2000)和15(2002)号一般性意见(见E/1998/22、E/2001/22和E/2003/22)。

⁴⁵³ 联合国粮食及农业组织(粮农组织)，“艾滋病时代的性别、财产权和生计”，粮农组织技术磋商，罗马，2007年11月28-30日，记录报告(2008年，罗马)；可查阅：<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/010/ai521e/ai521e00.pdf>。

⁴⁵⁴ C. S. Rabenhorst and A. Bean, “Gender and property rights: a critical issue in urban economic development(Washington, D.C, International Housing Coalition and Urban Institute, 2011)。

⁴⁵⁵ 经合组织，2012年社会机构和性别指数：社会机构和性别指数：了解性别不平等的推动因素。

因此没有多少土地的借款人处于不利地位；数据证实，妇女获得土地的机会减少会限制她们获得信贷的机会，进而限制她们的经济机会。⁴⁵⁶

616. 此外，妇女的贫穷加上缺乏替代住房选择使她们难以离开暴力的家庭。强迫迁移以及强迫逐出家园和土地对妇女的影响尤为严重。没有财产权往往使妇女在流离失所后难以返回，或可能促使妇女继续呆在存在重大危险的土地。性别歧视和暴力侵害妇女行为严重影响妇女平等拥有、获得和控制土地以及她们平等拥有财产和获得适当住房的权利，在复杂的紧急状况、重建和复原期间尤为如此。⁴⁵⁷

617. 各国应改革法律并纠正存在以下问题的习俗和传统，这些问题包括歧视妇女，使妇女无法得到持有权保障，无法平等拥有、获得和控制土地，也没有拥有财产和获得适当住房的平等权利。各国应确保妇女有权在土地和土地改革以及土地垦植计划并在拥有财产、包括通过继承权获得财产方面享有平等待遇；各国应开展行政改革并采取其他必要举措，使妇女同男子一样能够获得信贷、资本、市场和信息。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 23

妇女获得土地的机会

政府间人权成果。人权委员会通过了一系列关于妇女、住房和土地的决议，包括关于妇女平等拥有、利用和控制土地以及平等拥有财产和获得适足住房的权利的第 2005/25 号决议(2005 年)，其中，委员会重申“妇女有权享受《世界人权宣言》和《经济、社会、文化权利国际公约》规定的适足的生活水准，包括有权获得适足的住房”，并申明“妇女在利用、获取和获得土地、财产和住房以及购买土地、财产和住房所需资金方面的法律和作法歧视侵犯了妇女免遭歧视的人权，并可能影响实现其他人权”。

2. 无家可归问题

618. 虽然人数不详，但世界各地有大量无家可归的人，即在街头、废弃建筑物、临时建筑、公园或在可找到的无家可归人员收容所栖身的人。⁴⁵⁸

⁴⁵⁶ N.Almodóvar-Reteguis, K.Kushnir 和 T.Meilland, “调查在使用财产和建设信用方面的法律性别差距”，《妇女、营商与法律》(世界银行，2012 年)。

⁴⁵⁷ 见暴力侵害妇女行为及其因果问题特别报告员的报告(E/CN.4/2000/68/Add.5)。

⁴⁵⁸ M. G. Haber and P. A.Toro, “Homelessness among families, children and adolescents: an ecological-development perspective”, *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 7, No. 3(2004); P. A. Toro, “Towards an international understanding of homelessness”, *Journal of Social Issues*, vol. 63, No. 3(2207), pp. 461-481.

619. 无家可归往往被认为是一个城市问题，但这一问题也影响到农村地区的人们。在举行国际人口与发展会议时，各国的农村无家可归者的比例估计为 7 至 15%，在河流侵蚀地区超过 20%。⁴⁵⁹ 在发展中国家，自然灾害和境内流离失所仍是造成农村无家可归问题的原因。⁴⁶⁰ 无家可归问题不仅是穷国穷人面临的问题，缺乏社会保护制度、公共住房有限、收入筛查和失业弱势群体等各种因素结合在一起，也使发达国家存在无家可归问题。⁴⁶¹

620. 确定世界各地无家可归者的人数极为困难，因为许多国家没有任何计算无家可归者的系统。无家可归者、特别是青年人和家庭的住房情况呈现周期性的有无，界定无家可归者也非常复杂。许多人的住房无保障或达不到适当的标准或可能即将成为无家可归者，但无家可归者的估计数字通常不包括他们。很难确定最贫穷社会中无家可归者的估计人数，来自发展中国家的研究有限，尽管人们日益认识到无家可归群体、包括流落街头儿童非常脆弱的现实。⁴⁶²

621. 在欧洲(特别是法国、德国、联合王国和捷克共和国)以及美国、日本和澳大利亚，无家可归人口正受到越来越多的关注。这些国家的调查结果发现无家可归人口存在一些共同特点，例如在无家可归的成年人中男子的人数多于妇女；药物使用和抑郁症的比率很高；以及传统上遭受歧视的人口组别(例如美国的非裔美国人、澳大利亚土著居民以及在西欧的来自非洲、亚洲、南美洲、中东和东欧的新移民)的比例过高。⁴⁶³

⁴⁵⁹ T. Rahman, “孟加拉国的农村无家可归者”(1993年, 达卡, 联合国儿童基金会)。

⁴⁶⁰ 联合王国, 泰恩河畔纽卡索大学, 海外建筑研究与发展中心, “The nature and extent of homelessness in developing countries”, 国际发展部第 7905 号项目; 可查阅: <http://r4d.dfid.gov.uk/PDF/Outputs/HumanSecurity/R7905.pdf>。

⁴⁶¹ 如见欧洲无家可归者协同组织联合会, European Report: The Role of Housing in Pathways Into and Out of Homelessness—Annual Theme 2008: Housing and Homelessness; 可查阅: www.feantsa.org/spip.php?article156&lang=en。

⁴⁶² 海外建筑研究与发展中心, “The nature and extent of homelessness in developing countries”; R. Carr-Hill, “Missing millions and measuring development progress”, World Development, vol. 46 (2013), pp.30-44; 儿童基金会, “2006年世界儿童状况: 被排斥而不可见”(2005年, 纽约); T. Peressini, L. McDonald and D. J. Hulchanski, “Towards a strategy for counting the homeless”, in Finding Home: Policy Options for Addressing Homelessness in Canada, D. J. Hulchanski and others, eds., (Toronto, University of Toronto, Cities Centre, 2009); G. Tipple and S. Speak, The Hidden Millions: Homelessness in Developing Countries(Abingdon, Oxon, Routledge, 2009)。

⁴⁶³ Toro, “Towards an international understanding of homelessness”; European Federation of National Organisations Working with the Homeless, “Immigration and homelessness in the European Union: analysis and overview of the impact of immigration on homeless services in the European Union”(2002)Australia, Australian Institute of Health and Welfare, A Profile of Homelessness for Aboriginal and Torres Strait Islander People (Canberra, 2001); European Journal of Homelessness, vol.4 (December 2010)。

622. 在界定无家可归者时，应区分无家可归的单身成年人、家庭和青年，因为这些分组人群常常在许多方面不同。⁴⁶⁴ 无家可归的家庭包括因冲突或环境危机而流离失所的完整家庭(甚至是大家庭)；如果造成无家可归的原因是赤贫或驱逐，则此类家庭更可能是带着幼儿的年轻母亲，她们也可能是在逃离家庭暴力。⁴⁶⁵ 在欧洲联盟以及存在冲突或赤贫问题的地区附近的国家，家庭的无家可归现象在不断上升。⁴⁶⁶

623. 因为年龄的缘故，无家可归青年与无家可归成年人不同(无家可归青年通常不到 21 岁)；无家可归青年与无家可归儿童(家庭中)也不一样，因为无家可归青年通常是出于自愿。描述无家可归青年的术语各种各样，包括离家出走青年、被家庭遗弃的青年和街头青年，他们可能自己在街头长大。这些群体并不相互排斥。大多数研究发现，在无家可归的青少年中，女童和男童的人数大体相当，在年龄比较大的街头青年中，男孩更加常见。⁴⁶⁷

624. 无家可归的单身成年人更有可能是男性，年龄在 18 至 50 岁之间，60 岁以上的人很少(低于 5%；一些无家可归者看上去远大于实际年龄，有一些证据表明

⁴⁶⁴ Haber and Toro, “Homelessness among families, children and adolescents: an ecological-development perspective”。

⁴⁶⁵ 同上；M. Shinn and B. Weitzman, “Homeless families are different”, in *Homelessness in America*, J. Baumohl, ed. (Phoenix, Arizona, Oryx Press, 1996); A. Masten and others, “Children in homeless families: risks to mental health and development”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61, No.2(1993), pp.335-343; D. J. Rog and J. C. Buckner, “Homeless families and children”, paper prepared for the 2007 National Symposium on Homelessness Research, available from <http://www.huduser.org/publications/pdf/p5.pdf>; J. C. Buckner and others, “Homelessness and its relation to the mental health and behavior of low-income school-age children”, *Developmental Psychology*, vol. 35, No. 1(1999), pp. 246-257。

⁴⁶⁶ 欧洲无家可归者协同组织联合会, “Changing faces: homelessness among children, families and young people” (2010), 以及 “Immigration and homelessness in the European Union: analysis and overview of the impact of immigration on homeless services in the European Union” (2002)。

⁴⁶⁷ Haber and Toro, “Homelessness among families, children and adolescents: an ecological-development perspective”; P. A. Toro, A. Dworsky and P. J. Fowler, “Homeless youth in the United States: recent research findings and intervention approaches”, paper prepared for the 2007 National Symposium on Homelessness Research, available from <http://aspe.hhs.gov/hsp/homelessness/symposium07/toro/>; M. J. Robertson and P. A. Toro, “Homeless youth: research, intervention, and policy”, in *Practical Lessons: The 1998 National Symposium on Homelessness Research*, L. B. Fosburg and D. L. Dennis, eds. (Washington, D.C., Department of Housing and Urban Development and Department of Health and Human Services, 1999); B. Feitel and others, “Psychosocial background and behavioral and emotional disorders of homeless and runaway youth”, *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, No. 2 (1992), pp. 155-159; M. J. Robertson, P. Koegel and L. Ferguson, “Alcohol use and abuse among homeless adolescents in Hollywood”, *Contemporary Drug Problems*, Fall 1989, pp. 415-452。

现在的无家可归人口的年龄大于十年前)。⁴⁶⁸ 尽管数据不完整,但在有一些可用社会数据的国家仍可以看出无家可归成年人有明确的社会决定因素,包括很大比例的无家可归成年人在年幼时是孤儿,在寄养或不稳定的童年居住环境中长大;在童年或近期接触过暴力或有使用药物的历史;遭受种族或族裔歧视;为战争退伍军人;有情感和心理残疾或其他阻碍就业的残疾。⁴⁶⁹

625. 吁请各国推动就无家可归群体的人口学和脆弱性问题开展新的研究并设计方案,以处理无家可归问题的决定因素并增强所有人的居住安全。

3. 强制驱逐

626. 强制驱逐涉及国家使人们非自愿离开土地或家园的直接或间接行动,它不适用于依法和按照国际人权条约的规定开展的驱逐活动。⁴⁷⁰ 强制驱逐使被迁移者不可能回返,其定义也是这样的含意,无论是否提供帮助被迁移者在其他地区重新定居的援助。⁴⁷¹

627. 强制驱逐的原因通常包括城市发展、农村地区的大规模开发活动(如修建水坝)、自然灾害和气候变化的威胁、大型活动(如奥林匹克运动会或世界杯)、经济驱逐和全球金融危机以及歧视或有针对性的处罚。⁴⁷²

628. 已经为建立监测强制驱逐的系统做出各种努力,但由于执行人员意图掩盖发生的强制驱逐,所以数据非常有限。因此,估计数差别很大。世界银行 1994 年估计,每年仅因公部门项目就有约 1 000 万人被驱逐。目前,强制驱逐六个关键推动因素的估计数为基于报告案例得出的每年 250 万人至每年 1 500 多万人。⁴⁷³

⁴⁶⁸ T. Meschede, B. Sokol and J. Raymond, "Hard numbers, hard times: homeless individuals in Massachusetts emergency shelters, 1999-2003" (Boston, Center for Social Policy, 2004); 可查阅: http://scholarworks.umb.edu/csp_pubs/29/。

⁴⁶⁹ C. L. Caton, C. Wilkins and J. Anderson, "People who experience long-term homelessness: characteristics and interventions", paper prepared for the 2007 National Symposium on Homelessness Research; 可查阅: <http://aspe.hhs.gov/hsp/homelessness/symposium07/caton/index.htm>。

⁴⁷⁰ 2005 年 6 月,由适当生活水准权所含适当住房问题特别报告员共同组织,在柏林举行的国际强制驱逐问题研讨会制订的与开发有关的驱逐和流离失所的基本原则与准则(A/HRC/4/18,附件一)。

⁴⁷¹ 联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办),"强制驱逐与人权",第 25 号概况介绍(1996 年 5 月)。

⁴⁷² 人居署,"强制驱逐:全球挑战,全球解决方案"(2011 年)。

⁴⁷³ M. M. Cernea and H. M. Mathur, eds., *Can Compensation Prevent Impoverishment? Reforming Resettlement through Investments and Benefit-Sharing* (New Delhi, Oxford University Press, 2008); and Centre on Housing Rights and Evictions, "Global survey 11: forced evictions, violations of human rights: 2007-2008" (Geneva, 2009)。

629. 联合国人类住区规划署(人居署)正在制定计量土地权保障的方法,人居署将其界定为包括“土地使用者不会被任意剥夺他们对土地和土地产生的经济利益所享有的各种权利的信度;个人的土地权利得到他人承认并在存在具体挑战的情况下受到保护的肯定性;或更具体而言,所有个人和群体得到政府免遭强制驱逐的有效保护的权力。”⁴⁷⁴ 各国应结束违反国家法律和人权法的强制驱逐,并建立监测强制驱逐发生情况及其对受影响人群的影响的机制。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 23

强制驱逐

政府间人权成果: 人权委员会把强制驱逐作为严重侵害人权行为,为此通过了一系列决议,包括禁止强制驱逐的第 2004/28 号决议(2004 年),其中,委员会重申“违反符合国际人权标准的法律的强制驱逐作法公然违反各种人权,特别是适当住房权”。

其他软性法律: 经济、社会及文化权利委员会在关于“适当住房权:强制驱逐”的第 7 号一般性意见(1997 年)中涉及强制驱逐问题。适当生活水准权所含适当住房问题特别报告员制订的与开发有关的驱逐和流离失所的基本原则与准则(2007 年)“提及城市和(或)农村地区与开发有关的驱逐以及相关的流离失所所涉的人权问题”(A/HRC/4/18,附件一,第 3 段)。

4. 境内流离失所者

630. 境内流离失所问题意味着双重脆弱性,既容易受到流离失所原因的影响,也容易受到在目的地不能充分安居乐业和享有安全的影响。境内流离失所有两个主要原因,即武装冲突、大规模暴力或侵犯人权以及自然灾害。

631. 获得国内流离失所者的准确统计数字极为困难,因为他们常常居住在城市和其他地方社区,而不是在难民营中,或在地理上很分散,因此他们的人数很可能被低估。与此同时,统计数据难以得到更新,因此难以反映一些境内流离失所者可能已返回家园的情况,这可能导致在一些情况下高估人数。此外,数据很少分类,只有 11 个国家收集按性别、年龄和地点分类的境内流离失所者人数的数据。⁴⁷⁵

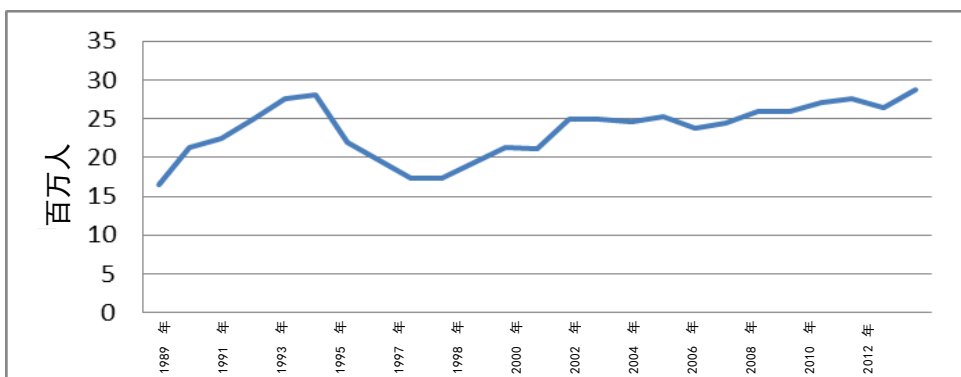
⁴⁷⁴ 人居署,“保证人人享有土地权利”(内罗毕,2008 年)。

⁴⁷⁵ 境内流离失所问题监测中心以及挪威难民理事会,“2012 年全球概览:冲突和暴力造成的境内流离失所者”(2013 年,日内瓦)。

632. 截至 2012 年底，世界各地有 2 880 万人因武装冲突、大规模暴力或侵犯人权行为而成为境内流离失所者。⁴⁷⁶ 在召开国际人口与发展会议时，战争或冲突造成的全球流离失所人数达到峰值(见图 50)。冲突导致的境内流离失所者人数在整个 1990 年代后期出现下降，随后稳步增长，近期有关 2013 年的估计数超过了先前记录的 1994 年的最高纪录人数。与难民不同的是，冲突导致的境内流离失所者不跨越国际边界，因此他们仍由本国政府保护，即便是本国政府导致他们流离失所。境内流离失所者人数最多的地方是撒哈拉以南非洲，为 1 040 万人(比 2011 年的 970 万人有所增加)。⁴⁷⁶ 2012 年期间，据报约有 210 万境内流离失所者返回原籍地，包括在利比亚和刚果民主共和国。在刚果民主共和国，据报有 45 万人已返回原籍地，但由于监测系统有限，所以不可能确定数据的准确性。

图 50
1989-2011 年武装冲突、暴力或侵犯人权造成的境内流离失所者

(百万人)



来源：境内流离失所问题监测中心，全球境内流离失所者估计人数(1990-2011 年)，可查询 [www.internal-displacement.org/8025708F004CE90B/\(httpPages\)/10C43F54DA2C34A7C12573A1004EF9FF?OpenDocument](http://www.internal-displacement.org/8025708F004CE90B/(httpPages)/10C43F54DA2C34A7C12573A1004EF9FF?OpenDocument)。

633. 国际流离失所问题监测中心的全球估计报告估计，在 2012 年，3 240 万人由于洪水、风暴和地震等自然灾害被迫逃离家园。在那一年，几乎所有与自然灾害有关的流离失所都与气候和天气事件有关。在印度和尼日利亚的洪水分别使 690 万和 610 万人流离失所，占全球总数的 41%。⁴⁷⁶

634. 较发达国家也有 130 万人流离失所，尤其在美国。追踪流离失所的时间变化要非常小心，因为自然灾害造成的流离失所部分取决于任何特定年份是否发生自然灾害，导致年际变化的原因可能是自然灾害发生频率的波动，而不是流离失所的特定趋势。不过，社会因素同灾害的发生同样重要：无论是海地发生的地震(2010 年)，还是美国的卡特里娜飓风(2005 年)，穷人、边缘化群体和处境不利的

⁴⁷⁶ 境内流离失所问题监测中心以及挪威难民理事会，“2012 年全球概览：灾害造成的流离失所者”（日内瓦，2013 年）。

群体是最无力控制流离失所后果的人。此外，预计气候变化将改变极端天气和气候事件的频率、强度、空间范围、持续期间和发生时间，⁴⁷⁷ 可能在不远的将来加剧流离失所问题。

635. 因冲突或因自然灾害而流离失所的人都有很大的脆弱性。二次流离失所问题很普遍，即境内流离失所者可能因为歧视或不稳定的住房状况而被强制驱逐。2011年，在境内流离失所问题监测中心监测的国家中，有18个国家发生这样的情况。境内流离失所者的失业率也普遍较高。⁴⁷⁸ 因为流离失所，境内流离失所者往往缺乏工作所需的证件和许可。境内流离失所妇女可选择的创收手段往往更少，她们常常与子女一道主要从事不稳定、报酬低的非正规工作和采取其他对策。⁴⁷⁹ 虽然男女流离失所者的人数大体相当，但社会破裂、临时住所、资源稀少以及缺乏安全可能使流离失所妇女和女童的条件特别不安全，导致性别暴力。⁴⁸⁰

5. 难民

636. 难民署称，世界范围的难民人数在1992年达到最高峰，有1780万人。2012年大约有1540万难民，其中最大的群体是在巴基斯坦和伊朗伊斯兰共和国的阿富汗难民(270万人)，这两个国家在境内收留的难民人数最多。2012年难民人数最多的其他四个国家是索马里、伊拉克、阿拉伯叙利亚共和国和苏丹。新近涌入的叙利亚难民对约旦的影响特别严重，约旦此前还吸收了大批伊拉克和巴勒斯坦难民。全球绝大多数难民位于阿拉伯地区。除考虑绝对数外，联合国还通过把难民和经济能力对比考虑，制定了评估难民影响的方法。用这种方法评估，2012年受难民潮影响最大的国家依次为巴基斯坦、埃塞俄比亚和肯尼亚。⁴⁸¹

637. 难民和境内流离失所者经历的许多脆弱性是相同的，包括流离失所以及在定居地丧失生计和福祉产生的双重脆弱性。由于难民面临迫害，也得不到自己国家的保护，目的地国是保护、促进和保障他们的人权和尊严的一个可行办法。各

⁴⁷⁷ “决策者摘要”，“管理极端事件和灾害风险推进气候变化适应：政府间气候变化专门委员会特别报告”，C.B.Field 和他人编(剑桥，剑桥大学出版社，2012年)。

⁴⁷⁸ 境内流离失所问题监测中心，“境内流离失所者的就业率”，可查阅：www.internal-displacement.org/idmc/website/countries.nsf/%28httpEnvelopes%29/C3D334B77955EA84C12579C70059E6CA?OpenDocument；“境内流离失所者的就业障碍”，可查阅：www.internal-displacement.org/idmc/website/countries.nsf/%28httpEnvelopes%29/7D4A873BE935B1BBC12577ED005DDE12?OpenDocument。

⁴⁷⁹ A.Fielden，“被忽视的流离失所者：城市地区境内流离失所者的境况”，《难民研究方面的新问题》第161号论文(联合国难民事务高级专员公署，2008年7月)，第9至12页，可查阅www.unhcr.org/487b4c6c2.pdf；难民署，“境内流离失所者问题工作组：伊拉克的境内流离失所者(最新消息)”(2008年6月)，第1至17页，可查阅www.unhcr.org/491956e32.pdf。

⁴⁸⁰ 境内流离失所问题监测中心，“性别暴力”，可查阅：www.internal-displacement.org/thematic/women。

⁴⁸¹ 难民署，“流离失所，21世纪的新挑战”(见上文脚注390)。

国应加强为境内流离失所者和难民提供的保护和援助，包括在短期提供粮食、住所、保健、教育和社会服务，并在推动他们就地安置、自愿回返或难民在第三国重新定居。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 25

境内流离失所者和难民

具有约束力的文件。2009 年，非洲联盟通过了《非洲联盟保护和援助非洲境内流离失所者公约》，以“在非洲建立法律框架，以防止境内流离失所并保护和援助境内流离失所者”。

政府间人权成果。人权理事会通过了关于境内流离失所者人权的年度决议，包括关于境内流离失所者人权的第 20/9 号决议(2012 年)以及涉及境内流离失所者和难民的关于人权和人口大规模流亡的各项决议。大会也通过了关于境内流离失所者和人口大规模流亡的决议。

其他软性法律。《境内流离失所问题指导原则(1998 年)》规定了迄今为止向境内流离失所者提供的最全面的人权保护措施。这些原则提到境内流离失所者的需求，指明与保护个人免受强迫流离失所以及保障他们在流离失所期间与回返或重新定居和重返社会期间得到保护和援助有关的权利。《归还难民和流离失所者住房和财产原则》《皮涅罗原则》(2005 年)载列了有关难民和流离失所者要求归还住房、土地和财产的权利的标准。在区域一级，美洲国家组织大会通过了第 2229(2006)号决议，其中，大会吁请各国解决导致境内流离失所的因素，并按照《指导原则》的规定向境内流离失所者提供援助。同样，欧洲委员会部长理事会在 Rec(2006)6 号建议中，建议应把《指导原则》和其他相关国际文书适用于境内流离失所者。

E. 住所和流动性：今后行动的关键领域

1. 发展努力必须承认并应对家庭和生活安排日益增加的多样性

638. 过去 20 年，婚姻模式以及人们组建家庭的方式发生了巨大变化，包括独自生活、晚婚或不婚的人的比例显著上升，离婚以及儿童与单亲生活的风险加剧，从而使家庭的类型更加多样化。这些变化从根本上改变我们实现确保适当和安全的住房、家庭和儿童的福祉、家庭支助、长期照顾老人、更广泛的社会保护以及可持续的消费和能源使用等目标的方式。尽管出现了根本变化，但许多社会和法律制度继续面向传统的男性户主家庭结构。世界各地妇女的财产权受到种种限制，包括土地所有权，导致妇女当家的家庭的贫穷现象过于严重，在许多国家，妇女被剥夺继承权并(或)在守寡或离婚时只能依靠亲属。

2. 世界必须规划和建设可持续城市

639. 目前，世界城市人口以每周 130 多万人的速度增长。这一前所未有的增长代表人们对更美好前景的渴望，也是实现可持续发展的重大机会，但必须有正确的政策。城市地区在邻近性、密度和规模方面的效益使国家可以以更低廉的成本更方便地提供基本保健、福利和教育，同时使能源和资源的高效使用实现最大化。城市为工作和创业提供重要的有利经济条件，也同样为社会和政治参与与赋权提供有利条件。然而，城市不平等的上升加剧了城市的边缘化问题，包括城市贫民窟的增长、城市无计划扩张的加剧以及政府确保城市居民安全的能力有限所产生的问题。随着城市的增长，交通、提供服务和住房等方面的城市管理承受越来越大的压力，而最贫穷居民不可避免地受到最为严重的影响。城市化的最大挑战不是减缓其发生速度，这一作法已一再证明不成功，而是使城市所有现有和今后的居民都能享受城市生活的一整套潜在福利。

3. 国际社会应使移徙促进发展并确保移徙者的权利和安全

640. 自 1990 年以来，世界上的国际移徙者的总估计人数增加，但移徙模式多样化产生的影响更大，这意味着越来越多的国家受到影响。移徙者的正式汇款大大高于官方发展援助，成为发展进程的一个至关重要部分。今天，移徙者的文化、经济和社会背景比以往任何时候都要广泛，现在约有一半的移徙者是妇女。虽然许多移徙者获得了新机会，但也有移徙者、特别是妇女成为贩运人口、剥削、歧视和其他暴行的受害者。国际人口与发展会议作出的加强国际、区域和双边合作的呼吁继续具有相关性，并要求加快努力，以保护、尊重和实现移徙者的人权和福祉，降低移徙成本，加强关于移徙者的知识基础，并消除那些蔑视移徙者以及阻碍他们向原籍国、过境国和目的地国作出贡献的态度和价值观。

4. 住所不安全是对尊严的威胁

641. 必须在人口和政策方面大幅增加对没有住所安全的人的关注，包括因冲突或自然灾害而流离失所的人、处于难民状况中的人、生活在冲突地区的人、在临时或不安全住所中生活的人以及无家可归者。住所不安全是对尊严的威胁，并极大地加剧暴力、贫穷和健康疾患的风险。没有住所安全的人常常不被计算在内，因此得不到国家的承认，这加剧他们生活条件的总体不稳定性，包括从事剥削性和危险工作的风险。对没有住所安全的人数的评估在逐步改进，但需要大幅改善监测并加强人口方面的关注，以便各国政府能够提供社会保护、保健服务和安全并最终实现充分的社会融合。

五. 治理与问责

“各国政府……应设法增进对人口与发展问题的认识，并拟订、执行和评价有关人口与发展——包括移徙——问题的战略、政策、计划、方案和项目，作为

其部门、部门间和全面发展规划和执行程序的组成部分。它们还应促进和设法确保有充分的人力资源和机构，以协调和进行人口与发展活动的规划、执行、监测和评价工作。”

(《行动纲领》，第 13.5 段)

“各国政府、民间社会和联合国系统应致力于提高和加强彼此之间的协作与合作，形成一个有利环境，以发展执行《行动纲领》的伙伴关系。各国政府和民间社会组织应建立具有更高透明度和分享资料的系统，以加强其问责制度。”

(为进一步执行《国际人口与发展会议行动纲领》
采取的重大行动，第 78 段)

“各国政府……应加强本国能力，执行关于收集、分析、传播和利用人口与发展数据的可持续的全面方案。”

(《行动纲领》，第 12.3 段)

642. 1994 年以来，世界各地在权力和领导的分散方面出现了重大变化，人们日益认识到，许多区域、国家、地方、民间社会、私营部门和其他非国家行为者等方面具有重要作用和力量。对治理的认识从主要侧重于国家转向承认伙伴关系在促进治理方面的至关重要作用，并承认利益攸关方之间的伙伴关系对于实现或偏离尊严、人权、平等和可持续性等基本发展目标方面起到重大作用。⁴⁸²

643. 国家有责任制订和执行透明的法律、政策和方案，为此提出明确的目标和基准，划拨充足的预算，并建立监测和评价系统。监测和评价各项法律、政策和方案的执行情况应立足于提供全面、可靠、可查阅、透明、定期的资料和数据。现有数据仍然大都未得到充分利用，特别是在发展中国家，而且这些数据也没有充分运用到发展规划、预算编制或评价，而且需要在加强能力方面注入新的投资。

644. 作为善政的基石，问责制需要国家一级的领导能力、有效的国家机构以及有利的法律、政策、制度和程序，以促进民众不受歧视地自由、积极、知情和切实参与。问责制是从需要向权利的转变，所有人都享有这些权利；这一转变可以改变男女之间、服务提供方与用户之间、政府与公民之间的权力关系。国家有义务尊重、保护和践行人权。此外，需要建立各种机制，以便在个人权利受到侵犯或可能受到侵犯时予以纠正并采取补救措施。

⁴⁸² 秘书长题为“人人过上有尊严的生活：加快实现千年发展目标并推进 2015 年后联合国发展议程”的报告(A/68/202)；联合国系统 2015 年后联合国发展议程任务小组题为“实现我们希望人人享有的未来”的报告(2012)。

645. 国际人口与发展会议为创建和振兴处理人口与可持续发展、青少年和青年的需要、赋予妇女权能、两性平等问题的机构凝聚了势头。在过去 20 年里，由于承认了民间社会和非政府组织的广泛网络并将其纳入体制，目标受益人对有关人发会议的投资规划和评价的正式参与显著增加。

646. 促进发展的资源发生了巨大变化，这归因于艾滋病毒危机、捐助方对千年发展目标的承诺、2008 年经济危机和新出现的捐助国政府以及影响力巨大的捐助者和基金会，这一切都产生了影响。用于人发会议工作的资金流动受到很大影响，而议程的形成也为新的资金来源所左右。

647. 这些变化——日益将人口动态纳入发展规划、扩大发展政策的参与合作、不断变化的资源流动以及出现越来越多的全球人权和发展问责制度——使在 2014 年以后开展循证、透明、负责任、切实有效的治理成为可能。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 26

善政

政府间协定。人权委员会通过了一系列关于治理与人权的关系的决议，包括关于善治增进和保护人权的作用的第 2005/68 号决议(2005)，委员会在决议中敦促“各国建立透明、负责任、职责严明和参与式的政府，顺应包括弱势和遭边缘化群体在内的)人民的需求和愿望，并尊重和保护法官和律师的独立性，以充分实现各项人权”，并确认“各国政府需要确保以透明和负责任并符合民众的特殊需要和增进和保护人权的方式向全体民众提供服务”。

其他软性法律。在关于获得足够粮食的权利的第 12(1999)号一般性意见中，经济、社会和文化权利委员会指出：“善政对于实现所有人权，包括消除贫穷和确保所有人拥有令人满意的生计，是至关重要的。”第 10(1998)号一般性意见强调了国家人权机构在保护经济、社会和文化权利方面的作用。关于在国内适用《国际公约》的第 9(1998)号一般性意见对确保切实落实经济、社会和文化权利所必需的管理制度和问责机制作出了更加完善的阐述。

A. 建立与《行动纲领》有关的政府机构

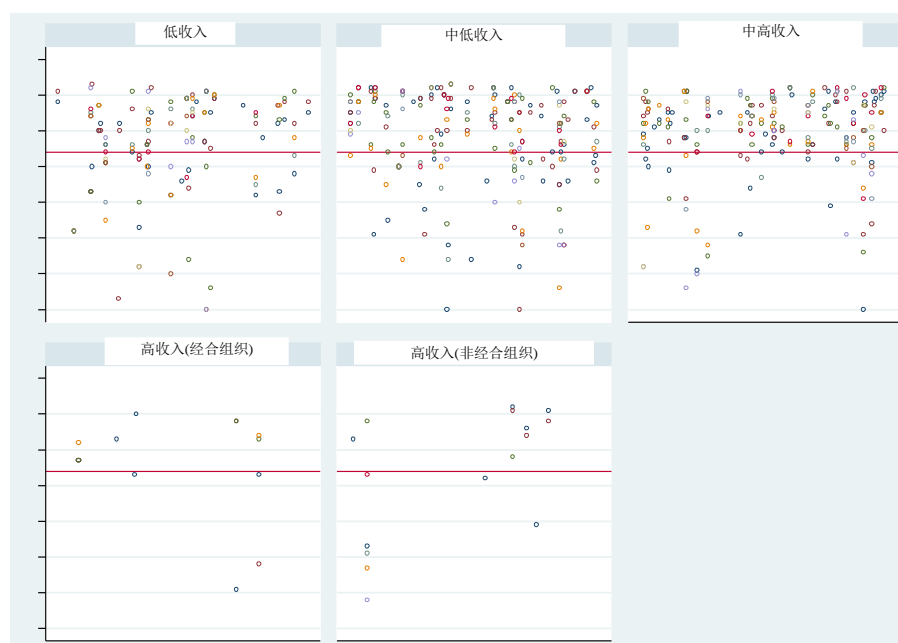
648. 《国际人口与发展会议行动纲领》呼吁各国政府确保建立充分的机构，以落实人口与发展活动的规划、执行、监测和评价工作。全球调查向各国政府提出的问题是，它们是否已“建立任何机构性实体，以解决有关人口与发展相互作用的问题”。《行动纲领》提及 11 个主要政策领域：人口动态与可持续发展；性别平等和增强妇女权能；老年人；青少年和青年；残疾人；土著人民，城市化和国内迁徙；国际迁徙；家庭；性健康和生殖健康及权利；教育。

649. 要求各国确认这些机构成立的年份。大多数国家报告称，在过去 30 至 50 年里成立了一系列机构，而有些机构早在上个世纪已经成立。

650. 值得注意的是，在 11 个专题中，人口动态与可持续发展、性别平等和增强妇女权能、以及青少年和青年这三个专题在 1990 年代实现了机构拓展，这表明国际人口与发展会议以及联合国环境与发展会议(1992 年)、第四届妇女问题世界大会(1995 年)等相关会议带来了各国与发展有关的国家机构的扩展或重组。图 51、52 和 53 说明了这些趋势。根据世界银行的收入分类对各国进行分组，在每个收入分组中，空心圆环代表一个机构。圆环的高度是指该机构的成立年份，同一国家的机构垂直排列。横线代表 1994 年，这是为了确认在 1990 年代若干注重发展的国际会议中，人发会议只是其中之一。机构的设立或调整并没有反映深层意义，因为这些数据没有表明所列机构的预算、人力或任务规定。

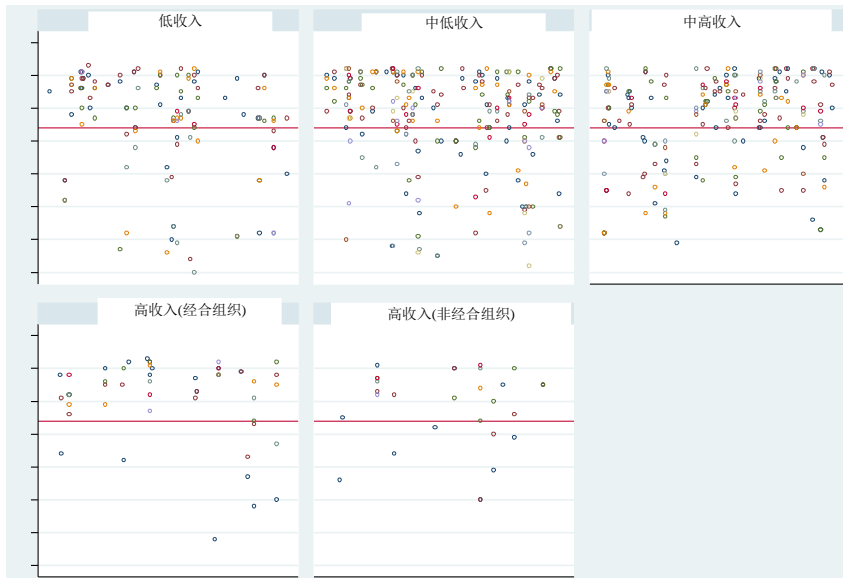
图 51

高收入(非经合组织)负责处理人口、持续经济增长和可持续发展问题机构的设立——按国家收入分组和成立年份分列



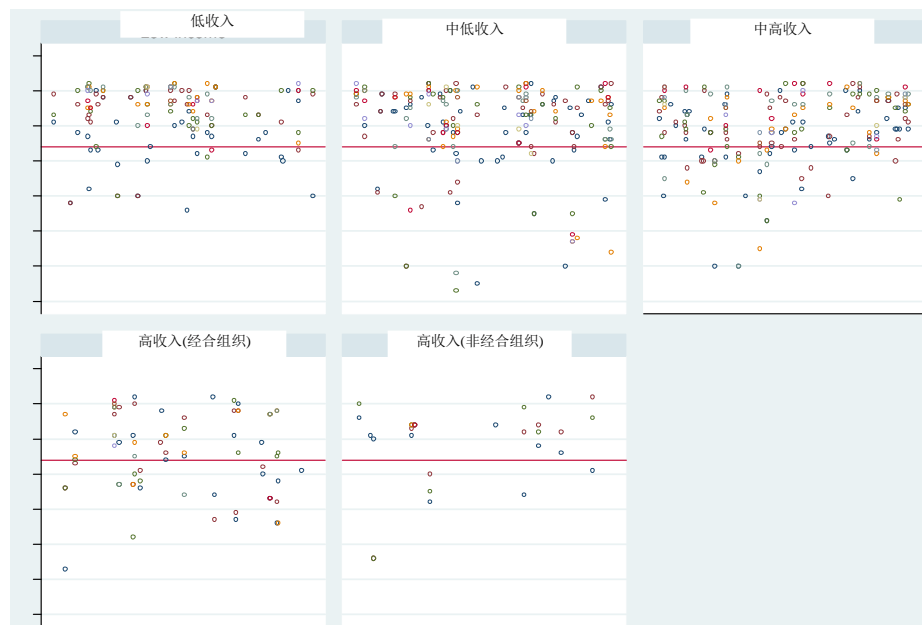
来源：2014 年以后国际人口与发展会议后续行动全球调查(2012)。

图 52
负责处理青少年和青年需要问题机构的设立——按国家收入分组和成立年份分列



来源：2014 年以后国际人口与发展会议后续行动全球调查(2012)。

图 53
负责处理性别平等和赋予妇女权能问题机构的设立——按国家收入分组和成立年份分列



来源：2014 年以后国际人口与发展会议后续行动全球调查(2012)。

651. 总体而言，有证据表明，负责处理性别平等、青少年和青年、以及人口与可持续发展问题的政府机构自 1990 年代以来取得较快增长；这种新成立的机构形成集群的情况在其他八个主题并不明显。许多国家政府报告称，在 20 世纪下半叶和 21 世纪前十年为各专题成立了许多机构(见图 54)，但自 1990 年代以来并没有形成集群，而教育主题就是这方面的一个例证。

图 54

负责处理教育问题机构的设立——按国家收入分组和成立年份分列



来源：2014 年以后国际人口与发展会议后续行动全球调查(2012)

652. 散点图表明，发展中国家成立的机构多于较富裕国家，这显示出发展中国家在 1990 年代以前可能没有设立专门处理青年、增强妇女权能、利用人口计划等问题的机构，而较富裕国家此前可能已设立此类机构(或将其纳入主流)。机构是有用的，但不足以应对新领域的事态发展，而若要在将人口动态纳入国家和国家以下各级的发展规划，不仅需要建立相关机构，还需要必要的能力，以便在多个部门有效创建和使用人口数据。

653. 各国应建立和加强各种机构，以确保拥有必要的能力，以通过采取基于权利的方法有效地将人口动态纳入发展规划，并实现效率和问责，包括确保有效地协调所有相关的社会和规划机构。

B. 加强与《行动纲领》有关的知识部门

654. 如果做不到循证治理，就无法实现可持续发展。有效的治理必须要有良好的统计数据，用来监测进展情况，并对领导人的活动和成绩进行问责。对人口、

公共卫生、人权、移民、经济增长、就业和气候变化的统计能力进行投资，才能够了解其相互联系和对可持续发展的影响，并形成政策程序。

655. 若要解决各国内部日益严重的不平等现象，更好地把弱势人口作为扶助对象，并确保发展造福于所有人，就日益需要在国家以下和地方各级开展数据收集和预测。这一责任很大程度上由各国统计局承担，因为统计局负责提供一系列广泛数据，包括人口普查和调查、生命登记和行政制度，从而使得监测发展指标成为可能。《行动纲领》的目标侧重于将人口数据纳入发展规划(第 3.4 段)，尽管《行动纲领》详细阐述了这一目标及其对确保实现无区别发展的重要性，但二十年来这一目标尚未实现。尚未出现任何明显的社会运动来推动这一较为具有技术性的制度层面议程，而建立学术中心、智库、或在政府内部建立强有力部委和部门的势头至多是偶有所见。需要加强国家统计局、学术研究人员和各部委在卫生、规划、金融、环境及其他方面的联系。在过去 20 年里，国家统计局在收集分类人口数据方面取得重大进展，但许多国家还缺乏常设渠道，根据具体需要直接向职能部门提供人口数据，而且也不一定拥有分析此类数据的渠道、或高校研究人员和政府领导人之间的强有力伙伴关系。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 27

建立知识部门

具有约束力的文书。国际人权文书强调，数据收集和统计对于循证方案规划十分重要。例如，《残疾人权利公约》第 31 条(2006 年；2008 年生效)指出：“缔约国承诺收集适当的信息，包括统计和研究数据，以便制定和实施政策，落实本公约。收集和维持这些信息的工作应当……遵行保护人权和基本自由的国际公认规范以及收集和使用统计数据的道德原则……。依照本条规定收集的信息应当酌情分组……”。

政府间机构取得的人权成果。人权理事会通过了关于言论自由(包括新闻自由)的决议。理事会在关于意见和言论自由的第 12/16(2009)号决议中强调了“充分尊重寻求、接受和传递信息的自由的重要性，包括获取信息、民主参与、问责制和反腐败的根本重要性”。

其他政府间成果。《北京行动纲要》(1995)战略目标 H.3 呼吁制作并传播“按性别分列的数据和信息以便用于规划和评价”，并吁请联合国“提倡制订方法，以求找出收集、整理和分析与妇女的人权有关的数据的较佳办法，其中包括对妇女的暴力行为的数据，供联合国一切有关机构使用”。

其他软性法律。《关于极端贫穷和人权的指导原则》(2012)着重指出，“各国应确保在设计 and 执行包括预算和财政措施在内的公共政策时考虑到分列数据和最新资料”。

1. 民事登记

656. 民事登记和由此获得的生命统计数据是关键的产品，既有利于个人，也可以促进善政。民事登记记录了生命事件的发生和特征，具有强制性、长期性、持续性和普遍性。民事登记是官方对出生、死亡、结婚、离婚和收养的正式记载，通过文件承认了个人的法律身份、家庭关系、国籍及其由此产生的权利。在大多数国家，这些记录也是生命统计数字的来源，服务于规划和监测卫生等几乎所有发展部门的需求。

657. 国际发展界和人权界都认为合法身份十分重要，因此，出生登记作为一项人权问题受到更多关注。大多数发达国家在这方面已达到普遍覆盖，而最不发达国家只对约三分之一出生婴儿进行登记，尽管 2000 年以来提高了几乎 30%。⁴⁸³ 南亚(39%)和撒哈拉以南非洲(44%)的婴儿出生登记⁴⁸⁴ 率最低，埃塞俄比亚、利比里亚和索马里的出生登记率不到 10%。⁴⁸³ 在出生登记不完整的国家，农村地区和贫穷家庭受到的不利影响最大。⁴⁸³ 例如，几内亚和尼日尔城市和农村地区之间出生登记的差别可高达 40 多个百分点，而在几内亚、毛里塔尼亚、尼日利亚、苏丹和坦桑尼亚联合共和国，最富有五分之一和最贫穷五分之一家庭的差别可高达 50 多个百分点。

658. 围绕民事登记存在的问题往往对妇女造成不成比例的影响。例如，妇女如果在没有男性亲属在场就难以为子女进行出生登记，往往也无法为子女申请获得财政和社会支助以及国籍。国际计划组织委托专人进行的研究发现，歧视性法律使得妇女无法单独为子女登记和(或)将其国籍传给子女。研究还显示，即使立法不带性别色彩，歧视还会实际发生。⁴⁸⁵ 例如，在巴西、多米尼加共和国、厄瓜多尔、印度、老挝人民民主共和国、尼泊尔、巴基斯坦和苏丹，法律规定，如果是在家里接生，子女登记的首要责任由户主承担。在大多数情况下由丈夫、由单身妇女的父亲、或另一位男性亲属承担；妇女鲜为一家之主，因此可能难以为自己的孩子进行登记。⁴⁸⁶ 一些研究也确认，公民登记对于在发生冲突或自然灾害时获得各种服务是十分重要的。如果身份主要是通过男性家庭成员证明，那么妇女和儿童作为死者亲属在证明其身份方面尤其面临各种难题。⁴⁸⁶

⁴⁸³ 联合国儿童基金会，《每个儿童的出生权：出生登记的不平等现象和趋势》(2013 年，纽约)，第 40-43 页。

⁴⁸⁴ 出生登记的计算是根据进行调查之时已登记五岁以下儿童的百分比。这一指标数字包括约谈人员已查验其出生证明或其母亲或看护者表示已进行出生登记的儿童。

⁴⁸⁵ R.M.M.Wallace and others, *Mother to Child: How Discrimination Prevents Women Registering the Birth of their Child*(Plan International and Perth College, UHI Centre for Rural Childhood, 2009)。

⁴⁸⁶ A.M.Azarian and M.Pelling, “ Social resilience of post-earthquake Bam ”; 可查阅 www.arber.com.tr/aesop2012.org/arkakapi/cache/absfilAbstractSubmissionFullContent1071.docx。

659. 民事登记系统的特点是普遍覆盖和连续性，它是生命统计数据的来源，而其他数据收集方法都无法与其相比。然而，在过去 30 年里，世界上根据普遍民事登记提供优质统计数据的国家的数量几乎没有提高。⁴⁸⁷ 目前，在联合国 193 个会员国中，仅有 109 个国家(56%)实现出生登记完全覆盖⁴⁸⁸(90%或以上的)，99 个国家(51%)实现死亡登记完全覆盖。⁴⁸⁹ 欧洲是提供完整的出生和死亡登记的唯一区域。相比之下，非洲只有 10 个国家达到出生登记完全覆盖(占该区域 54 个国家的 19%)，5 个国家达到死亡登记完全覆盖(占 9%)。在其他区域，实现出生和死亡登记完全覆盖的比例从不到二分之一至低于三分之二不等。

660. 此外，根据民事登记系统提供关于死亡原因的高质量数据的国家的数量甚至更少。例如，对 1996 年至 2005 年期间数据可供性所作的分析⁴⁹⁰ 显示，只有 13% 的国家能够提供关于死亡原因的高质量数据(采用的标准是覆盖面达到 90-100%、利用最新的世界卫生组织国际疾病分类、以及死亡原因不当编码低于 10%)。相比之下，72% 的国家没有向世界卫生组织报告死亡原因的数据，或者所报告的数据质量低或用途有限。其余 15% 的国家所提供的死亡原因数据达到中等质量。

661. 在过去 20 年里，那些没有充分民事登记系统的国家通过对住户调查、人口普查和人口检测点进行估算或推断，填补了出生、死亡和死亡原因数据的空白。这种替代数据收集系统已被视为民事登记的一种合理、临时的替代办法，但死亡原因评估除外。然而，这些办法不能用来长期取代发展完整的国家民事登记系统，因为后者才能够持续地为政府运作提供当前的分类数据。⁴⁹¹

⁴⁸⁷ P.W.Setel and others, “A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone”, *The Lancet*, vol.370, No.9598(2007), pp.1569-1577; P.Mahapatra and others, “Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities”, *The Lancet*, vol.370, No.9599(2007), pp.1653-1663.

⁴⁸⁸ 覆盖面的评估是基于对生命统计数据的质量和覆盖面的自我报告，来源是各国统计局向联合国统计司提交的统计数据，并将联合国统计司举办的民事统计和生命统计讲习班期间提出的自我报告作为补充。如没有自我报告的资料，则利用其他资料来源，包括国际生命登记和统计研究所、联合国儿童基金会多指标类集调查、ICF International 人口与健康调查方案和(或)世界卫生组织。

⁴⁸⁹ 这项分析依据了统计司提供的数据，2012；见 http://unstats.un.org/unsd/demographic/CRVS/CR_coverage.htm(2013 年 12 月下载)。

⁴⁹⁰ Mahapatra and others, “Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities”。

⁴⁹¹ 例如，见 K.Hill and others, “Interim measures for meeting needs for health sector data: births, deaths, and causes of death”, *The Lancet*, vol.370, No.9600, pp.1726-1735; United Nations, Statistics Division, *Principles and Recommendations for a Vital Statistics System: Revision 3*(forthcoming)。

2. 人口普查

662. 人口普查是关于一国人口的规模、分布和特征的资料的主要来源，而且是计算、估计和预测所有发展部门的决策、规划和管理所需各种指标的依据。人口普查可以为最小的地理单位和民事登记系统不完整的国家提供数据，人口普查连同住户调查提供了关于生命事件的所需统计数据。⁴⁹²

663. 人口普查涵盖各种专题。在 2010 年一轮人口普查中，在所有或几乎所有的开展人口普查的国家中收集了关于年龄、性别、婚姻状况、劳动力参与和职业等基本人口特征的数据。⁴⁹³ 大多数国家还涵盖了移徙情况，较之于国内移徙，有更高比例的国家询问了国际移徙情况。受教育特点的覆盖率较高，各区域大多数国家都收集了关于入学和教育程度的数据，非洲、南美洲和亚洲的大多数国家还收集了识字程度数据。除欧洲外，各区域大多数国家都收集了关于残疾情况的数据。⁴⁹³

664. 就人口普查对生育率和死亡率的覆盖面而言，欧洲最低，非洲最高，这反映了各区域在从民事登记获得的生命统计数据方面存在差异。例如，过去 12 个月里家庭成员的死亡数据是一个涉及到孕产妇死亡率的专题，非洲(74%的国家)和亚洲(48%)的覆盖情况较好，而欧洲却根本没有涉及。⁴⁹³ 虽然一些国家已在 2000 年普查中列入了关于孕产妇死亡率的问题，但在 2010 年一轮人口普查中采取这一做法的国家的数量大幅度增加。

665. 就 2010 年世界人口普查方案而言，统计司报告称，在联合国 193 个会员国中，只有七个国家没有进行人口普查，或没有关于其人口普查计划的资料(截至 2013 年 12 月 1 日)，相比之下，在 2000 年一轮普查中有 25 个此类国家。根据统计司进行的一次调查(2013 年 6 月)，⁴⁹⁴ 使用替代人口普查方法和技术进步的情况增多，目的是降低成本和提高数据的质量和及时性。就先进技术而言，地理信息系统的应用最为广泛，给制图带来很大好处。由于地理信息系统的能力快速增长、获取图象更为简便以及可以使用全球定位系统坐标，为人口普查所制作地图的质量大幅提高。调查结果显示，75 个国家(64%)在其 2010 年一轮人口普查中使用了地理信息系统。这是使用最多的一类技术，特别是在非洲、北美洲和亚洲。利用技术加快公布人口普查数据的情况也有所增多，包括计算机辅助编码(49%的

⁴⁹² *Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses: Revision 2*, Statistical Papers, Series M, No.67/Rev.2(United Nations publication, Sales No.E.07.XVII.8)。

⁴⁹³ 这项评估是基于对统计司进行的 124 个人口普查问卷(其中大多数问卷涵盖进行传统人口普查的国家)所作的分析，见“联合国为 2010 年一轮人口普查专题所提建议的执行情况”(ESA/STAT/AC.277/4)。

⁴⁹⁴ “Mid-decade assessment of the United Nations 2010 World Population and Housing Census Programme”, prepared by the United States Bureau of Census(ESA/STAT/AC.277/1)。

国家)、因特网(43%)、光学字符识别(42%)、最优化标识识别(33%)及其他成像和扫描方法(38%)。⁴⁹⁵

666. 传播是 2000 年一轮人口普查中最薄弱的环节,对公共政策以及在发展规划中综合利用人口动态产生重大影响。人口普查数据的传播借助于更广泛的手段,包括光盘和数字视盘、静态网页、在线数据库以及基于网络的地理信息系统测绘工具,但许多发展中国家无法向其公众充分传播人口普查结果。传播人口普查结果的主要方法仍是纸质出版物(52%的国家),其次是静态网页(28%)和和互动式数据库(14%)。在非洲区域,纸质出版物是大多数国家(89%)使用的方法,其次是静态网页(8%)。而欧洲的情况恰恰相反,静态网页(39%)和互动式数据库(36%)所占的比例最高,其次是纸质出版物(22%)。南美洲国家利用互动式数据库传播人口数据的比例最高(43%),其次是静态网页(29%)以及纸质出版物和光盘/数字视盘(均为 14%)。⁴⁹⁵

667. 有人担心,可供发展中国家统计局开展和分析人口普查的普查专家和人口学家的人数正在下降,而这些关切值得进一步分析。

668. 各国应加强编制、传播和有效使用人口动态数据的国家能力,其中包括源自出生登记和死亡登记的数据、人口普查和定期抽样调查。应关注发展中国家青年人口学家在培训和职业发展方面的需求,特别是在较新技术方面的培训。

669. 国家和国际机构应加强努力,提高数据的可获性、质量和可用性,并公开更多的人口、卫生和发展数据,以促进交流及利用知识。

3. 调查

670. 自 1970 年代以来,以人口和健康数据为侧重点的住户调查一直是发展领域的一种宝贵资源,为缺乏可靠生命登记的国家提供了至关重要的人口数据。

671. 人口和住户调查发轫于世界生育率调查,到 1980 年代已成为世界上生育率以及孕产妇和儿童健康方面国家可比数据的最宝贵来源。在整个 1990 年代,这些调查的范围得到扩大,在某些国家用于收集关于性健康、生殖健康和两性平等成果的新数据,包括残割/切割女性生殖器、传播艾滋病毒的行为与艾滋病毒知识等,随后又扩大到青年、男子、未婚妇女、甚至是健康生物标记。同样,多指标类集调查提供了关于儿童和妇女状况的国际可比数据,而人口和住户调查以及多指标类集调查则在许多发展中国家成为所覆盖内容的一种补充,但这些调查在执行上并非完全具有可比性。

⁴⁹⁵ 联合国统计司,“2010 年一轮人口和住房普查各国经验概览”(2013 年);2010 年一轮的世界人口和住房普查方案可查阅 http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010_PHC/default.htm。

672. 尽管近年来扩大了健康和人口等许多专题的住户调查范围，但依然存在其他差距，例如在青少年(10-14岁)健康、老年人、移徙行为和家庭行为与环境可持续性的关系等。同样，虽然这些数据可用来将各国国内的情况大致分为不同阶层，但通常无法关注城乡差别，例如无法在空间上进一步细分为最偏远农村、近郊、小型城市、中型城市和大型城市。

673. 人口和住户调查以及多指标类集调查对于实现建设可利用公共知识的目标至关重要，因此应可免费查阅这些调查的数据(包括汇编程序)，以方便公众使用数据。住户调查的代表性存在严重的不确定性，这是因为抽样框架是基于最新的人口普查，而后者可能已经过时。然而，这些住户调查对于在只有很少或根本没有此类数据的国家估算主要人口、卫生和人口分布数据依然具有极大的帮助。

性健康和生殖健康数据的改善

国际人口与发展会议后出现的独特挑战之一是，在没有可靠的性健康和生殖健康流行病学数据的情况下，如何改善性健康和生殖健康，特别是在发展中国家。《行动纲领》广泛地阐述了一揽子性健康和生殖健康基本服务，但许多国家缺乏关于本国绝对需求或相对需求的必要数据，而正是这些数据使它们能够确定优先事项，有的放矢地解决造成最严重的性疾病和生殖疾病负担的问题。事实上，在那些被认定为疾病负担最沉重的领域，可供使用的可靠数据恰恰最少。

1990年代初期在印度⁴⁹⁶和埃及⁴⁹⁷农村进行的研究表明，性疾病和生殖疾病在贫穷社区的发病率很高却没有报告。然而，除了从民事登记、人口和住户调查以及生育年龄死亡率研究获得的孕产妇死亡率估计数之外，没有对1994年人口水平存在的生殖疾病或性疾病进行持续监测。尤其引人关注的是，非洲在1990年代没有提供关于生殖疾病的数据，而小规模研究表明，非洲大陆的孕产妇发病率和死亡率是世界上最高的，妇女获得保健服务的机会有限也是人所共知。⁴⁹⁸

⁴⁹⁶ R.A.Bang and others, "High prevalence of gynecological diseases in rural Indian women", *The Lancet*, vol.333, No.8629(1989), pp.85-88.

⁴⁹⁷ H.Zurayk and others, "Comparing women's reports with medical diagnoses of reproductive morbidity conditions in rural Egypt", *Studies in Family Planning*, vol.26, No.1(1995), pp.14-21; N.Younis and others, "A community study of gynecological and related morbidities in rural Egypt", *Studies in Family Planning*, vol.24, No.3(1993), pp.175-186.

⁴⁹⁸ T.Boerma, "The magnitude of the maternal mortality problem in sub-Saharan Africa", *Social Science and Medicine*, vol.24, No.6(1987), pp.551-558; J.C.Anosike and others, "Trichomoniasis amongst students of a higher institution in Nigeria", *Applied Parasitology*, vol.34, No.1(1993), pp.19-25; K.Harrison, "Childbearing, health and social priorities: a survey of 22, 774 consecutive hospital births in Zaria, northern Nigeria", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol.92, Suppl.5(1985), pp.1-119; W.A.Cronin, M.G.Quansah and E.Larson, "Obstetric infection control in a developing country", *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol.22, No.2(1993),

自人发会议以来取得的最大成就之一是，发展中国家提供的关于性健康和生殖健康流行病学和行为的数据在范围和质量上都得到改善，其中包括扩大和完善了人口和住户调查、多指标类集调查以及全国家庭健康调查的成果计量标准；人口监测地点增多；为了与监测艾滋病毒和艾滋病相关的负担开展了大量新的监测工作，其中包括努力介入和减少性传播，增加了性行为研究。⁴⁹⁹ 后者在全球范围内还没有形成系统。

在范围和质量上依然存在差距，特别是在堕胎、人际暴力、性传播感染、产科瘻管病、大小便失禁、性行为疼痛、性功能障碍等污名化病状和后果方面。性传播疾病缺乏适当的全球监测是十分严重的情况，特别是鉴于有证据表明，性传播感染的发病率自 1994 年以来有所增加。此外，随着城市化进程向前推进，传统的城乡阶层分别也许不能为健康差距分析提供充分的视角，因此需要在更广范围内进行分类，包括大型城市、中小型城市、偏远农村地区等等。

674. 人口与住户调查以及多指标类集调查为最广大的发展中国家提供了核心人口健康数据，而其他多国住户调查(例如，世界银行的生活标准计量研究调查)就家庭收入、支出和福利等补充性专题编制了具有国家代表性的数据，从而可以进行国家间比较分析。

675. 自 2000 年以来，对有关性健康和生殖健康的某些成果进行了普遍监测(或自 2005 年将这类成果列入跟踪千年发展目标进展情况的指标中之后对其进行了普遍监测)，但评价专家对相应指标的选择所提出的反馈意见可以说是毁誉参半。

676. 民意调查可以成为监测民众对许多关键发展内容的态度的一种强有力手段，例如对性别或种族平等、对国家和宗教当局的信任、对公众参与和民主的信念等等。由私营公司进行的民意调查对收集这类数据收取很高的费用。世界价值观调查对民众的价值观、许多人口群体的信念和人权价值观进行具有代表性的国家调查。例如，最新一轮调查包括一个关于对老年人的态度以及老年人对社会的价值的模块。世界价值观调查已在近 100 个国家进行，并在一些国家进行重复调查。对于那些想要查明污名化和歧视在哪些方面可能最根深蒂固，从而查明哪些个人处于弱势的决策者而言，态度调查所取得的结果尤其具有价值。

pp.137-144; P.Bimal Kanti, "Maternal mortality in Africa: 1980-87", *Social Science and Medicine*, vol.37, No.6(1993), pp.745-752; P.Thonneau and others, "Risk factors for maternal mortality: results of a case-control study conducted in Conakry (Guinea)", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol.39, No.2(1992), pp.87-92.

⁴⁹⁹ M.Hunter, "Cultural politics of masculinities: multiple partners in historical perspective in KwaZulu-Natal", in *Men Behaving Differently: South African Men since 1994*, G.Reid and L.Walker, eds.(Cape Town: Double Storey Books, 2005), pp.139-160; I.A.Doherty and others, "Determinants and consequences of sexual networks as they affect the spread of sexually transmitted infections", *Journal of Infectious Diseases*, vol.191, No.1(2005), pp.S42-S54.

677. 各国应在国家统计数据中衡量民众在性别不平等、老龄歧视、种族主义和其他形式歧视方面的价值观和态度。这些数据可以详细表明极端污名化发生的条件和地点，从而能够提供社会保护，努力消除歧视现象。

4. 利用数据促发展规划

678. 开展发展规划调查具有潜力，可借以编制用于公众认知的强有力的材料，但其结果的效力取决于各国政府、当地学者和非政府组织分析和利用数据进行决策的能力；这是发展国家面临持续挑战的领域。

679. 很多国家(88%)在全球调查中报告在过去五年间为规划目的进行有关人口动态的研究(美洲 94%、非洲 92%、欧洲 88%、亚洲 85%、大洋洲 71%)，但只有 49% 的国家编写涵盖国家和国家以下各级的报告。

680. 在主要领域开展定期情况评估使各国得以确定不同部门和人群当前和未来的需求，也是加强公共政策针对性的依据。虽然在过去五年进行部门或人口情况评估的国家所占比例因所涉主题和区域而各不相同，但覆盖范围问题仍然是令人关切的问题，因为很少有国家拟订涵盖国家和国家以下各级的评估(见表 4)。

681. 考虑到平等对国际人口与发展会议各项目标的重要性，《行动纲领》中一项核心建议是，从原则上讲，所有相关的社会和卫生数据都应按年龄、性别、族裔、地点和财富等相关要素进行适当的分列，以便促进了解社会发展中存在的差距，使决策者能纠正不平等现象。这是在 2014 年以后国际人口与发展会议后续行动区域审查和结果中获得相当关注的一个问题。上述住户调查都在不同程度上有助于进行这些分类。

表 4

按主题、区域和覆盖范围进行的情况评估

主题	各区域在国家一级、国家以下一级或上述两级进行评估的国家所占比例(百分比)						在国家和国家以下各级进行评估的国家所占比例(百分比)
	世界	非洲	美洲	亚洲	欧洲	大洋洲	世界
青少年和青年的需要	83	79	94	88	86	64	35
老年人的需要	66	57	72	69	90	23	15
残疾人的需要	75	65	69	82	94	54	18
土著人民的需要	60	55	88	50	44	40	15
国内迁徙和(或)城市化	73	54	84	80	95	62	28
国际迁徙与发展	63	59	77	72	59	23	15
家庭及其需要和组成	75	64	80	80	93	54	26
性健康及生殖健康和生殖权利	83	87	78	77	85	93	35

主题	各区域在国家一级、国家以下一级或上述 两级进行评估的国家所占比例 (百分比)						在国家和国家以下各 级进行评估的国家所 占比例(百分比)
	世界	非洲	美洲	亚洲	欧洲	大洋洲	世界
计划生育方面尚未满足 的需要	67	83	63	74	39	64	27
性别平等和增强妇女权能	86	87	91	88	97	46	29
教育	93	92	94	98	93	86	36

资料来源：2014 年以后国际人口与发展会议后续行动全球调查(2012 年)。

682. 有些研究是为地方规划目的而进行的，其数据分类进行到区一级，并将这一级的不同数据来源结合起来，这种做法在发展中国家特别少见。对移徙在国家及地方两级的影响进行分析的研究也很少。各国政府还很难对新出现的人口趋势作出现实的评估。特别值得注意的是，没有足够的能力来预计和计划城市增长速度。

683. 各国应确保采取适当的措施，以便监测在获得公共服务、问责机构和信息方面存在不平等现象，包括取样以便按种族和族裔、年龄(包括青年和老年人)和家庭财富进行分层和比较，并更加关注近期移徙者和境内流离失所者的居住空间情况，特别是反映贫民窟或非正规住区等地方的不安全情况。

5. 加强能力

684. 发展中国家的知识部门内最关键的缺陷就是，即使有信息，也不能进入规划决策。过去二十年不断作出努力，提高各国在规划和决策中编制和使用高质量统计数字的能力。推动这些工作部分是由于加强统计数据以监测千年发展目标的需求增加，加上新出现的国际援助成果管理制文化。⁵⁰⁰ 国际调查方案在改进数据提供方面发挥关键作用，其中包括人口和住户调查、多指标类集调查和生活标准衡量研究调查以及规划方面的国际支持和在 2010 年开展人口普查。这些方案的主要受益者是住户调查方案不佳、民事登记覆盖面不足的低收入国家。在某些情况下，投资不一定反映政府的承诺，令人担心在没有国际援助的情况下与数据有关的业务的可持续性。⁵⁰¹

685. 注意到统计能力方面取得了进展，即使贫穷国家也取得了进展。⁵⁰² 根据世界银行统计能力指数，世界的统计数据质量从 1999 年的 52 分提高到 2009 年

⁵⁰⁰ 21 世纪统计促进发展伙伴关系，“统计促进透明度、问责制与成果：釜山统计行动计划”(2011 年 11 月)。

⁵⁰¹ S.Chen 等，“实现有重要意义的 2015 年后框架：建立国家统计能力”；第 1 号讨论文件(21 世纪统计促进发展伙伴关系，2013 年 11 月)。

⁵⁰² 世界银行关于努力制订统计发展行动计划的报告(见 E/CN.3/2012/16)。

的 68 分(满分 100)。⁵⁰² 有国家统计发展战略的国家数目增加了, ⁵⁰⁰ 统计发展在国家发展方案中开始受到更重要的优先考虑。⁵⁰² 2011 年 10 月底, 有 101 个国家参加了基金组织的数据公布通用系统。⁵⁰² 例如, 提供有关监测千年发展目标的数据的能力大大提高, 尽管其中一些指标的数据以估计数为依据, 建模工作也是国际机构而不是各国本身做的。2003 年, 只有 4 个国家(占有信息的 163 个国家的 2%) 在 16-22 项指标方面有两个数据点; 到 2006 年, 增加到 104 个国家(64%), 到 2011 年 122 个国家(75%)。⁵⁰³

686. 然而, 《行动纲领》中突出强调的两个问题, 即基线信息质量和覆盖范围, 仍然是令人关切的问题。例如, 评估认为性别统计数据不足, 移民情况计量“最不适当”。二十年后, 性别统计数据提供有所增加, 但进展有限, ⁵⁰⁴ 有关基于性别的暴力、时间使用、获得资产、资金和创业等方面的数据在很大程度上仍然缺乏。⁵⁰⁰ 许多国家仍然没有能力收集数据或整合各种来源的数据, 以便获得有关国内和国际移民的可靠统计数据。在千年发展目标各项指标的范畴内, 卫生成果数据是其中最欠缺的, ⁵⁰¹ 这主要是因为民事登记和数据行政来源薄弱。贫穷数据往往缺乏, ⁵⁰¹ 只有 17 个撒哈拉以南非洲国家收集衡量过去十年贫穷变化的数据。⁵⁰⁰ 业务审查表明, 除了这里提到的令人关切的领域外, 大多数国家在衡量可持续发展的其他重要方面不是做得不好, 就是根本没有做, 其中包括污名化或歧视的程度、教育质量、青少年和青年获得卫生保健服务、卫生保健质量以及居住空间的不平等现象而非城市与农村的简单二分法。

687. 需要对能力建设采取更大的全系统办法, 而不只是应付国际数据请求, 以确保建立与国家发展优先事项相关的可持续国家知识系统。在这方面, 《釜山统计行动计划》突出强调两个目标。第一, 更好地开放统计数据对于建立透明、负责和有效的政府至关重要; 但是, 许多国家没有履行国际人口与发展会议有关建立更好的获取途径的呼吁。第二, 将统计数据纳入政策和决策中, 这是整个发展中世界仍很薄弱的环节, 需要着眼于长期能力来处理, 包括国家内部的部委与研究大学之间建立更好的联系、政府机构留住高素质分析人员的职业结构以及投资建立地方独立英才中心, 以便:

- (a) 协调数据编制者、用户和决策者之间的努力;
- (b) 倡导改进高质量和及时统计数据的编制和使用;
- (c) 设计、执行和监测国家统计发展战略;
- (d) 通过数据归档和文件工作提供知识。

⁵⁰³ 秘书长关于监测千年发展目标发展指标的报告(E/CN.3/2012/29 和 Corr.1)。

⁵⁰⁴ 《2005 年世界妇女: 统计进展》(联合国出版物, 出售品编号: E.04.XVII.7)。

688. 各国应加强其规划部委内的知识部门。各国政府应将人口动态纳入国家和国家以下各级所有部门内的发展举措的规划和执行。如果发展投资是基于需要和影响的证据，那么各国政府则需要建立一个社会结构，使证据成为公共辩论和政策的依据，使社会各部门的所有人都能毫不例外地获得知识。

C. 创造有利于参与和问责制的法律和政策环境

1. 法律和政策

689. 国家有义务通过法律和执行政策，以促进实现人权。建立一个法律和政策框架，以便创造有利的环境，尊重所有人权，并消除歧视；这是确保权利持有人有自己声音并能使各国政府和其他责任方承担责任的一个重要部分。保护言论自由、结社和获取信息自由的法律在确保国际人权框架规定的参与权是自由、积极和富有意义方面发挥重要作用。

690. 随着宪政和民主治理形式得到扩展，立法者在《行动纲领》的执行和发展方面成为重要的行为体。然而，尽管为支持《行动纲领》而设立的国家以及区域、议员团体促进议员间加强对话以及自 2002 年以来在全球一级举行了五次关于《行动纲领》执行情况的国际议员会议，但议会进程在确保就相关事项或在影响支持《行动纲领》的舆论采取执行行动方面可以更加有效。过去二十年没有充分利用以下方面的潜力，即采用议会对预算拨款的监督、调查、决议和控制的工具，以确保执行《行动纲领》。

2. 包容性参与

691. 参与有各利益攸关方加入其中，并以尊重言论和集会等实质性自由为基础，这是包容性、因此也是更可持续发展的基础。让受益人参与对各项政策和行动的规划、设计、执行、监测和评价，这是一个包容性和回应型好政府本身的标志，而且还可以加强政府的问责制，并更好地提供公共产品和服务。《行动纲领》承认，“与人口相关的政策、计划、方案和项目，要确保可持续性，必须使其预定受益者参与”（第 13.2 段）。

692. 国际人口与发展会议达成的广泛共识是各国和各区域在民间社会的积极参与下进行广泛协商的结果。在人发会议上，不仅单独设有非政府组织论坛，而且许多国家的代表团有非政府组织的代表。通过其积极出席会议，包括妇女组织和活动家在内的民间社会组织能够占有一席之地，涉及其健康和福祉的高级别政策讨论也考虑到其心声。

693. 国际人口与发展会议破天荒地承认人民机构对于行使包括性健康及生殖健康和权利等人权至关重要。《行动纲领》强调，必须让直接受影响者、特别是包括由于歧视、胁迫或暴力而遭排斥的人参与制订法律、政策和做法，旨在增强个人、特别是妇女和女童的权能，以便更充分地行使其人权。在这方面，1994 年以

来的一项重大成就是，加强动员广大民间社会组织、其他非政府利益攸关方和社会运动按照《行动纲领》，就相关问题建立全球、区域和国家的法律、政策和问责制框架。这一发展对于确保不断实现人发会议成果和 2015 年后包容性发展议程至关重要。

694. 鉴于国际人口与发展会议的任务的某些部分具有敏感性，了解当地文化以及与文化守护者进行不断接触，使基层和社区能够拥有性健康及生殖健康和生殖权利。反过来，这种“从内部”进行的动员显示，这可能是最终促使政府负责实现这些权利的成功进程的转折点。为此目的，民间社会行为体(非政府组织、学术界人士、著名的文化人士、信仰组织以及宗教领袖和传统领袖)以及议员和媒体的参与证明是至关重要的。

695. 就青少年和青年参与而言，根据国际人口与发展会议的宗旨和目标建立的新范例已出现，其中承认青少年和青年是权利持有者，有权对影响其生活的问题作出知情和负责任的决定，包括其性健康及生殖健康和权利。人口与发展委员会通过的关于青少年和青年的第 2012/1 号决议以及在印度尼西亚巴厘举行的全球青年论坛(2012 年)通过的宣言均广泛承认这一点。

696. 动员艾滋病毒群体很好地说明集体的有效行动，也是推动执行《行动纲领》的动力。有民间社会参与的伙伴关系被视为对于实现艾滋病毒感染者和其它主要人群有关保护其治疗权、不歧视权和参与权的需求非常重要。民间社会组织的领导层表明民间社会能够对转型变革作出有力的贡献，并应适用于促进人民参与进一步实现《行动纲领》，并提高权能。

697. 土著人民也取得了重要进展，在处理影响其人权的问题方面确保土著人民能包括进来，充分参与。2002 年在土著人民组织参与下成立了联合国土著问题常设论坛，对于通过《联合国土著人民权利宣言》(2007 年)起到了推动作用。常设论坛自成立以来提出了许多建议，以促进土著人民的权利。

698. 需要特别注意的是，要创造和确保一个有利于包括监督组织和服务提供者在内的从事与《行动纲领》有关的人权工作的人权捍卫者的安全环境，以便他们能够在不担心遭到报复的情况下工作和自由表达意见。例如，在性权利和生殖权利方面，在一些国家，那些对侵犯结社、集会和言论自由权的行为勇于发声的人，他们自己被剥夺了这些权利。第一线服务提供者往往也是人权捍卫者，他们在协助个人实现其权利时可能面临相当大的障碍，例如国家行为体和非国家行为体限制提供资金、骚扰和暴力，有时还对提供救生服务处以刑事惩罚。

699. 各国和国际捐助界应为社会问责制提供财政和其他必要的支持，以维持广大受益人、公民和民间社会组织的能力，以便参与监测各国通过国家政策、预算、方案拟订或其他措施履行其人权义务，并建立与国际和区域人权机制接触的能力。

700. 各国应确保人权捍卫者在工作中受到保护，包括按照《关于个人、群体和社会机构在促进和保护普遍公认的人权和基本自由方面的权利和责任宣言》(保护人权捍卫者宣言)创造有利的环境。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 28

参与

其他软性法律。澄清参与的相关权利，人权事务委员会通过的关于参与公共事务权利、投票权和平等获得公共服务权利的第 25 号一般性意见(1996 年)明确指出，“每一位公民有权参加公共事务运作”，“个人有权参与构成公共事务运作的进程”。关于赤贫与人权的指导原则(2012 年)强调必须按照人权原则制订各项政策和方案，并鼓励主要群体参与制订相关的政策和方案。“各国应根据人权制订和通过一项减贫战略，积极动员个人和群体、特别是生活在贫困中的人参与这项战略的设计和 execution。该战略应包括有时限的基准和明确的执行计划，其中考虑到必要的所涉预算问题。该战略应明确指定负责执行的主管部门和机构，并建立适当的补救办法和申诉机制应对违规行为。

701. 据全球调查报告，政府支持将主要群体纳入决策进程的情况因区域、收入阶层和群体本身不同而存在很大的差异。例如，“制订供青少年和青年参与的具体程序和机制”是一项重要优先事项，有四分之三以上的国家(76%)在过去五年处理了这一问题(见表 5)。虽然从各收入群体看没有重大差异，但美洲有更多的国家(88%)处理这一问题。相反，在老年人口方面，只有略过 47%的国家处理了相同的目标，但就后一种情况而言，美洲(63%)和欧洲(56%)高于世界平均水平；有更多的较富裕国家处理了这一问题。全球 10 个国家中约有 6 个国家(61%)处理了“制订供残疾人参与的具体程序和机制”的问题，但大洋洲和非洲的国家所占比例低于世界平均水平。总体而言，处理这一问题的较富裕国家多于较贫穷国家。

702. 如就这三类受益者制订一项综合指标，结果显示，在提供完整数据的 129 个国家中，只有 39 个国家即 30%处理了青年、老年人和残疾人参与的问题。实际上，有 15 个国家即 12%没有涉及任何此类人群参与发展活动的规划、执行和评价。

表 5

各国政府按人口群体处理政治参与的所占百分比

指标/人口群体	青少年和青年	老年人	残疾人	土著人
世界处理政治参与	76.3%	47.2%	60.7%	57.5%

资料来源：2014 年以后国际人口与发展会议后续行动全球调查(2012 年)。

703. 所有报告国家中约有一半国家处理了“制订供土著人民参与的具体程序和机制”(58%)(表 5)。这可能部分反映出，并非所有国家列有不同于大多数人的“土

著人”特定人口。然而，不到一半的非洲国家(36%)在过去五年中处理了这一问題，而美洲(75%)、亚洲(71%)和大洋洲(86%)则有超过或接近三分之二的国家这样做。

案例研究——通过参与进行城市转型

巴西⁵⁰⁵

《行动纲领》认识到，必须更多地参与治理，并在随后的几十年里，权力下放加上建立直接参与地方治理的强有力机制在巴西发挥重要作用。其中最突出的一个例子是各城市的参与性预算编制，这也适用于巴西棚户区的贫民窟改造工作。

2001年，巴西通过了《城市规约》，这是城市规划和治理民主化方面一项重大进步。它分为两个主要组成部分：优先考虑城市土地和建筑物的社会功能而不是商业功能以及参与性民主城市管理制度化。该规约推出参与性预算编制做法，这一做法是1980年代后期在阿雷格里港基层一级出现的，此后扩大到巴西200多个城市(以及世界各城市)。主要内容包括各种社区参与；通过地方政府与社区团体排定会议将这一做法制度化；将该城市的部分预算有效分配给这一进程的结果。最近的研究对巴西匹配成对的城市——即实行和没有实行参与性预算编制的城市——进行比较，表明这种做法对促进平等有明显的影影响。⁵⁰⁶

这些做法已扩大到贫民窟改造的努力。Favelas-Bairro是1994年开始实施的贫民窟改造方案，以便将巴西分裂的城市团结起来。其目标是到2020年从社会和实体两方面将所有低收入社区纳入里约热内卢的正规城市结构中。这一工作与传统减贫政策的主要不同在于利用独特的立法改革。这些立法改革使地方当局能够通过现有的社区方案支持土地“使用权，而不是所有权”。利用设计作为促进社会和实体整合的核心项目战略总体来说是成功的，但该项目也表明，结构改造本身不能减少犯罪；改善设施带来高档化的威胁，因而治理至关重要，否则腐化代表会削弱参与性进程。

704. 各国应当保障和促进包括预定受益者在内的非国家行为者参与政策和方案的制订、执行和评价。在这样做的时候，各国应特别关注代表社会所有教育和收入阶层的青少年和青年，并确保和促进他们参与政策和方案的制订、执行和评价，

⁵⁰⁵ G. Martine 和 G. McGranahan, “巴西的早期城市过渡：城市化国家能从中学到什么？”(国际环境与发展研究所和联合国人口基金, 2010年)。

⁵⁰⁶ G. Baiocchi、P. Heller 和 M. K. Silva, 《民主自救：巴西改造地方治理和民间社会》(加利福尼亚斯坦福, 斯坦福大学出版社, 2011年)。

特别是在影响到他们的事项上。应有意扩大这一工作的范围，包括生活在贫困之中的人、经常受到歧视的群体以及发展方面其他预定受益者。

3. 补救和纠正

705. 侵犯人权行为的所有受害者有权获得有效补救和赔偿。确保问责不仅需要应对已发生的侵犯人权行为，而且需要查明制度失败并确定必要的纠正行动。如国家未能阻止侵犯权利行为或调查和惩处非国家行为体的作为和不作为，国家还必须为私人行动体实施的行为承担责任。

706. 法院、行政审查机构和议会等国家机构作为人权条约缔约国的国家的组成部分，应履行人权法产生的直接义务。司法机构如能获得充分的资源配备并有充分的认识，可以在确保对侵犯人权行为绳之以法方面发挥至关重要的作用。但在世界许多地区，由于地域、经济和社会因素，许多侵犯人权行为的受害者无法诉诸这些机制。

707. 各国应确保侵犯人权行为的受害者能够获得补救和纠正。为确保有效利用补救办法，国家应在律师、法官和公众中系统地宣传有关人权索偿的适用性，并为问责机制提供充足的资金。各国应促进诉诸司法，打击有罪不罚现象，使受害个人有机会获得补救和赔偿，其中酌情包括恢复原状、恢复名誉、补偿措施和保证不再发生。需建立特别机制，以确保农村和得不到充分服务的社区以及处于冲突中、冲突后及人道主义局势和脆弱环境中的人诉诸该机制。

708. 在国际一级，过去 20 年已加强问责机制作为补救机制。各国、联合国和民间社会等其他重要行为体在与条约机构和人权理事会特别程序等国际人权机制合作方面树立了许多积极的例子，而这些机构提供的专家意见则进一步促进加强了与《行动纲领》有关的人权义务。2006 年确立的人权理事会普遍定期审查也是各国履行在国际人口与发展会议上所作人权承诺的重要问责机制。国际问责制要求将与《行动纲领》有关的人权信息系统地纳入提交给这些国际人权机制的报告中，加上有关这些实体所提建议执行情况的信息。各委员会同缔约国之间的定期对话以及各委员会的个人申诉程序对确保对国家问责起到了推动作用，而各委员会提出的一般性评论和建议则澄清了各国保障人权的义务的性质和程度。

709. 各国应批准各项国际和区域人权条约，并消除对条约有关尊严所有方面的条款的保留，包括性别平等、不歧视、性健康和生殖健康及权利、住所保障、流动和政治参与。各国应使本国法律与国际文书相一致，监测尊重、保护、促进和履行人权的程度，并确保保护人权机制到位。这应包括制订立法和行政措施，以规范、控制、调查和起诉侵犯人权的非国家行为体的行动。

D. 协作、伙伴关系和协调一致

710. 国际合作已证明对于过去二十年里执行《行动纲领》至关重要。这种合作形式多样，包括多边、双边、区域、区域间、南南和三角合作。在国家一级努力确保在国家自主权下对捐助方进行有效协调，促使人们注意到施加条件所带来的负面影响，并注意到有必要提高发展实效及减少交易费用，包括为此在捐助方援助和国家优先事项、能力发展及援助撤离战略之间实现协调。自 1994 年以来，财政捐助方的数目稳步增加，非政府组织和私营部门组织的存在日增改变了捐助界的形象。⁵⁰⁷ 如上文所述，与民间社会行为体建立的伙伴关系有助于在日益复杂的援助环境背景下推动在当地执行《行动纲领》，同时还有新的利益攸关方和发展伙伴关系以及一些机制在部门和国家规划进程中寻求协调捐助方的捐助。

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 29

协作、伙伴关系和协调一致

政府间人权成果。大会在关于促进建立一个民主和公平的国际秩序的第 61/160(2006)号决议中，申明“应完全按照《联合国宪章》的宗旨和原则及国际法，继续加强国际合作，以增进和保护所有人权”。2008 年，人权理事会以类似的措辞通过了关于同一主题的第 8/5 号决议。根据三年期全面政策审查，大会未经表决通过了关于联合国系统发展方面业务活动四年度全面政策审查的第 67/226(2012)号决议，其中大会促进提高全系统一致性，以确认改善业务活动以及诸如自由、和平、安全和人权等准则和标准之间联系的意义，以及把可持续发展纳入联合国各实体的授权任务、方案、战略和决策进程主流的重要性。

1. 多方响应《行动纲领》

711. 自 1994 年以来，许多多边机构都将《行动纲领》作为一个框架，对千年发展目标的概念产生了影响。联合国系统各机关和机构一直寻求将《行动纲领》纳入有关经济、社会和环境问题的决议和成果中，同时，包括世界银行在内的联合国系统各实体通过专题小组、国家一级专题和联合国方案规划框架以及在联合国发展集团和联合国行政首长协调理事会下进行的协调，协力反映这一整合工作。通过定期改进大会三年期——现为四年期——全面政策审查和新出现的“一体行动”办法以及联合拟订方案和多方捐助者供资模式，人口与发展议程被进一步纳入有关多边援助的分析和方案拟订中。欧洲联盟委员会本身作为供资和政策行为体积极倡导支持执行《行动纲领》。

⁵⁰⁷ J. S. Singh, 《就人口问题建立新共识：生殖健康、生殖权利和提高妇女权能的政治》，第二版(伦敦，Earthscan 出版社，2009 年)。

712. 人口基金在推动《行动纲领》方面发挥召集作用，为此主要针对关键问题通过了各项全球、区域和国家方案，促使所有区域制订了政策、方案和服务。自 1994 年以来，人口基金在所有区域 130 多个国家实施的国家方案得到了专项供资，以促进和执行以立足人权的人口政策和方案。

713. 针对《行动纲领》，世卫组织减少将其研究重点放在创造全新的避孕方法方面，以便将关于性健康和生殖健康状况以及有关以妇女为中心和立足权利的方式提供性健康和生殖健康服务的技术、规范和标准的更广泛的研究议程纳入其中。

714. 联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)通过各条约机构和其他专家机制的工作，不断努力确保国际人权标准借鉴和加强《行动纲领》。

715. 联合国人口司在关于人口与发展问题的政府间对话方面发挥了积极作用，为所有国家编制最新人口估计和预测，包括监测《行动纲领》执行进展情况方面必不可少的数据，制订和传播新的方法，并与人口基金一起为人口与发展委员会的年度会议编写报告。

716. 在区域一级，联合国各区域委员会、特别是拉丁美洲和加勒比经济委员会振兴了其社会组成部分和英才中心，以解决新出现的人口问题，并通过以发展和人权为目标的国家政策提高各国政府应对这些问题的能力，通过这些办法推动执行《行动纲领》。

717. 世界银行、亚洲开发银行和美洲开发银行等多边金融机构按照国际人口与发展会议的目标和宗旨支持各项方案，如有条件现金转移方案、报告性别暴力行为和青年友好服务的热线服务，包括妇女保健服务。在许多国家，联合国与捐助者和金融机构协作，使各国政府有能力开展普查，并帮助各国将人口动态纳入发展计划，从而对所有区域的一系列广泛的政策和决策产生影响。

2. 政府间后续行动

718. 国际社会在联合国各次主要会议和首脑会议上重申了《行动纲领》以及五年之后获得通过的有关推动其实施的主要行动，其中包括 1995 年第四次妇女问题世界会议、2000 年联合国千年首脑会议、2005 年世界首脑会议、2010 年大会关于千年发展目标问题的高级别全体会议以及 2012 年联合国可持续发展大会。

719. 大会在经济及社会理事会及其附属机构，如人口与发展委员会、妇女地位委员会、社会发展委员会和可持续发展委员会，以及安全理事会自 1994 年以来通过了关于人口与发展议程的所有方面的各项决议和其他成果。这些成果加强了以下各个方面：人权与发展之间的联系；妇女、和平与安全；对性别暴力采取零容忍政策，包括所有妇女享有人权，能够控制并自由和负责任地决定与其性生活有关的事项，不受胁迫、歧视和暴力之害；以及保护青少年和青年人权的必要性，

使之能够控制并自由和负责任地决定与其性生活有关的事项，包括性健康和生殖健康，不论年龄和婚姻状况等因素。

720. 人权理事会出现重大发展，理事会在 2009-2012 年期间通过了关于孕产妇死亡率和发病率及人权的各项决议，⁵⁰⁸ 并在 2011 年通过了关于人权、性取向和性别认同的第 17/19 号决议。

3. 南南合作与三角合作

721. 《行动纲领》指出南南合作是发展和资源调动目标的一个重要的工具。随后举行的首脑会议和各种会议促成了南南合作框架，其中包括 2000 年在哈瓦那举行的南方首脑会议；2003 年在摩洛哥马拉喀什举行的南南合作问题高级别会议；2005 年在多哈举行第二次南方首脑会议；2009 年在内罗毕举行的联合国南南合作高级别会议。联合国支持南南合作和三角合作的业务准则框架(SSC/17/3)突出强调联合国各组织可以在促进南南知识交流、建立网络、交流信息和最佳做法、政策分析和就主要关切问题采取协调行动方面发挥关键作用。

722. 许多中等收入国家积极支持南南伙伴关系。新兴经济体对南南合作进行大量投入。传统捐助方也认识到南南合作的价值。这强化了南南合作作为一个横向学习机制，可以推动国家能力建设，并促进三角合作机制，捐助国政府的捐助为南南伙伴关系供资。⁵⁰⁹

723. 南南合作和三角倡议使国家机构能够促进在《行动纲领》的相关领域进行横向合作的一个例子就是人口与发展伙伴政府间组织，其设立是为了促进在生殖健康、人口与发展方面进行南南合作。在过去二十年间，该组织的年度部际会议就人口与发展问题的所有方面为成员国提供了同侪审议机制。

4. 全球疾病负担的变化和相关援助

724. 《行动纲领》通过以来，发展合作的架构也根据艾滋病毒和艾滋病全球危机的应对行动而调整变化，这对全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金等新的捐助方举措的业务结构产生了深刻影响，也影响到捐助方针对某一种复杂疾病提供支助的规模，比如美国总统艾滋病紧急救援计划，其规模远远超过许多国家的保健预算；此外，由于非洲的艾滋病毒和艾滋病负担异常沉重，捐助方支助明显集中在该区域。

⁵⁰⁸ 人权理事会通过了关于孕产妇死亡率和人权问题的若干项决议，包括 2011 年 9 月 28 日关于可预防的孕产妇死亡率和发病率与人权的第 18/2 号决议(见 A/66/53/Add.1, 第二章)，其中理事会确认采取基于人权的方式消除可预防的孕产妇死亡率和发病率是以问责、参与、透明、赋权、可持续性、不歧视和国际合作等原则为基础的，并鼓励各国和其他利益攸关方(包括国家人权机构和非政府组织)在各级采取行动，消除导致孕产妇死亡率和发病的相互关联的根源，如贫穷、营养不良、有害习俗、缺乏方便适宜的保健服务、信息和教育以及两性不平等，特别要重视消除一切形式暴力侵害妇女和女童的行为。

⁵⁰⁹ 第三次联合国最不发达国家问题会议报告，布鲁塞尔，2001 年 5 月 14-20 日(CONF.191/13)

725. 艾滋病毒和艾滋病的流行范围很广，与其相关的资金数额也巨大，因而在全球一级加强了对保健的政治承诺，⁵¹⁰ 受援国推广艾滋病毒预防和艾滋病毒及艾滋病治疗的能力也大幅度增加。在那些将全球卫生倡议(单一疾病方案的主要资金来源)与国家优先事项紧密结合的国家，与艾滋病毒相关的援助被证明能有效加强保健系统，增进对艾滋病毒和艾滋病工作的领导和宣传，并促成卫生部门与政府其他部门，比如交通、国防和教育部门在预防艾滋病毒方面建立独特的、有时是创新型的伙伴关系。⁵¹¹

726. 然而，在有些国家，全球卫生倡议引发了彼此分割、互不协调的援助和捐助者竞争；艾滋病毒相关援助的规模巨大，又使问题更加严峻。受援国无法预测各年度的保健预算，只能服从捐助者的兴趣和优先项目，而这些项目往往侧重于艾滋病毒和艾滋病，而不是对整个保健部门进行投资。⁵¹² 受援国通常被要求遵循严格的、重点针对艾滋病毒的捐助者报告框架，必须投入宝贵资源，跟踪基于覆盖面的总体指标，而这些指标很可能掩盖了在保健质量方面的巨大差异。

727. 用于防治艾滋病毒的纵向供资数额巨大，也导致在发展中国家执行艾滋病毒方案的非政府组织数目大幅增加，其中有些组织的运作切实有效，推动了变革，而其他一些组织却没有做到。在某些情况下，由于对非政府组织未加监管和监督，导致保健工作人员从公共部门流向非政府组织。虽然这可以增加就业机会，但也削弱了地方初级公共保健系统的能力。⁵¹³ 由于公共部门力量薄弱，加之一些非政府组织只针对单一问题提供保健服务，致使病人不得不在一个不协调的复杂的保健服务网络中摸索，这往往造成护理和基本药物供应中断，无法提供系统或综合护理以满足病人的保健需求。⁵¹⁴

728. 2000 年以来，开始更多关注援助的实效，这部分是因为发展中国家感到援助伙伴关系不平等，它们丧失了有效规划、协调和领导自己国家发展进程的能力，

⁵¹⁰ Yu 及其他，“Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?” (见上文脚注 342)。

⁵¹¹ N. Spicer 及其他，“National and subnational coordination: are global health initiatives closing the gap between intent and practice?”，*Globalization and Health*, vol.63, No.3 (2010); R. G. Biesma 及其他，“The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control”，*Health Policy and Planning*, vol.24, No.24(2009)，第 239-252 页。

⁵¹² M. Martínez Álvarez 和 A. Acharya，“保健部门的援助实效”，2012/69 号工作文件(赫尔辛基，联合国大学，世界发展经济学研究所，2012 年)。

⁵¹³ J. Pfeiffer 及其他，“Strengthening health systems in poor countries: a code of conduct for nongovernmental organizations”，*American Journal of Public Health*, vol.98, No.12 (2008),第 2134-2140 页。

⁵¹⁴ 同上；J. Pfeiffer，“International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration”，*Social Science and Medicine*, vol.56, No.4(2003)，第 725-738 页。

因而有些沮丧。在 2001 年《关于防治艾滋病毒/艾滋病、结核病和其他有关传染病的阿布贾宣言》中，非洲联盟成员国承诺增加保健开支，至少达到国家预算的 15%，同时呼吁捐助国相应增加支助。

729. 援助实效问题高级别论坛的成果文件(2005 年《援助实效问题巴黎宣言》、2008 年《阿克拉行动议程》和 2011 年《有效发展合作釜山伙伴关系》)进一步承诺要更加切实有效地提供援助，重点是能力发展及国家自主和执行。在拟定捐助者协调结构时，越来越强调援助实效议程的重要性，而且在协作关系中更加重视国家领导权和相互问责。近来对性健康和生殖健康政策制订和方案拟订的援助环境发生了一些变化。就这些变化带来的影响，世卫组织-人口基金开展了一项多国评估研究。⁵¹⁵ 研究发现，国家一级的组织活动越来越多地呈现出注重全部门办法和减贫战略的特点，同时也注重采取战略办法以实现千年发展目标，特别是目标 4 和目标 5(具体目标 A 和 B)。研究还发现，采取战略办法提高了对孕产妇和新生儿保健问题的认识，但其他性健康和生殖健康问题却被边缘化，在国家优先事项和捐助者支助两方面都是如此。⁵¹⁵

730. 研究还发现，有保障和可预测的性健康和生殖健康供资仍是一个问题，大部分活动资金仍依赖捐助者供资。在评估研究所涉及到的国家发现，对性健康和生殖健康方案仍未采取完善的多部门办法。不过据报告，国际卫生伙伴关系和其他相关倡议推动向加强和支持卫生系统转变，这一转变提供了一个框架，可借此更广泛地处理性健康和生殖健康问题。

5. 新的全球伙伴关系

731. 近年来出现了众多有联合国机构和其他机构参与的新的倡议和伙伴关系以及正式和非正式的合作和协调机制，其目的是加速开展协调一致的努力，落实《行动纲领》的某些内容。

732. 这其中包括联合国制止冲突中性暴力行动，这是由 12 个联合国机构组成的机构间小组，为秘书长发起的联合国制止暴力侵害妇女行为联合运动提供支持。截至 2014 年，人口基金-儿基会有关禁止残割/切割女性生殖器的联合方案已向 17 个国家提供支持，以期减少和根除这种有害传统习俗。成立了联合国少女问题机构间任务组，协调各机构的工作，努力满足少女这一特殊群体的需求，其中特别注重处于社会边缘的女孩，包括面临童婚风险的女孩。消除妇科瘘运动正在各国积极行动，支持预防和治疗瘘管病，并帮助那些罹患这一严重疾病的妇女重返社会。

⁵¹⁵ 世卫组织和人口基金，“加强国家办事处在新的援助环境下为性健康和生殖健康提供支助的能力：技术磋商会报告：2008-2011 年人口基金-世卫组织协作项目总结评估”，世界卫生组织，WHO/RHR/11.29 号文件。

733. 为响应秘书长提出的联合国一体行动的号召，设立了行动 2 方案，以加强国家一级与人权相关的行动，进一步支持建立和加强符合国际人权规范和标准的促进和保护人权国家制度。这些举措致力于将人权纳入联合国系统的各项人道主义、发展和维持和平工作，并推动采用注重人权的方案拟订办法。2009 年，在秘书长政策委员会关于人权与发展的决定执行框架下，联合国发展集团核可建立人权主流化机制，以加强行动 2 方案所取得的成果。

734. 在卫生领域，国际卫生伙伴关系正在扩大努力，推进与健康相关的千年发展目标。该伙伴关系正在努力加强非洲和亚洲 21 个国家的国家进程，重点是振兴卫生系统。保健 4+ 组织是艾滋病署、人口基金、儿基会、联合国促进性别平等和增强妇女权能署(妇女署)、世卫组织和世界银行联合发起的一项行动。2005 年启动的孕产妇、新生儿和儿童健康全球伙伴关系提供了一个论坛，使其成员能将各自的优势结合起来，共同采取解决办法。

735. 生殖保健用品联盟是由多边和双边组织、私人基金会、政府、民间社会和私营部门代表建立的一个全球伙伴关系，其目标是确保低收入和中等收入国家的所有人都能获得和使用负担得起和优质的避孕药具和其他生殖健康用品。最近，“2020 计划生育”借助由英国政府和比尔及梅琳达·盖茨基金会与人口基金合作组织的伦敦计划生育峰会上启动的伙伴关系，扩大开展行动；它汇集世界各国政府、捐助者、民间社会、私营部门、研究与发展界和其他机构的力量，到 2020 年，将在世界上最贫穷国家为 1.2 亿名更多的妇女和女孩提供自愿计划生育信息、避孕药具和服务。

736. 在国际移徙领域，联合国机构与国际移徙组织(移徙组织)在全球移徙问题小组中合作并协调努力，促进更广泛地适用有关移徙问题的所有相关国际和区域文书及规范，鼓励采取更加连贯、全面和协调一致的办法处理国际移徙问题。

737. 1999 年，联合国、欧洲联盟、经合组织发展援助委员会(发援会)、货币基金组织和世界银行共同建立了 21 世纪统计促进发展伙伴关系(21 世纪统计伙伴关系)，目的是满足在减贫方面感到的需要，促进将统计和可靠数据纳入决策过程，从而改善发展中国家的治理。21 世纪统计伙伴关系最近于 2011 年在大韩民国釜山通过了一项计划，决定采用全系统的能力发展办法，以将国家统计活动与规划、预算编制、监测和成果方面的需要结合起来，同时确认，基于调查和普查的数据与行政数据和生命统计数据之间存在重要的协同增效关系。《釜山统计行动计划》还明确支持提高透明度，鼓励使用新方法和新技术，以增强数据的可靠性和可用性。该计划还明确提出需要开展必要的统计活动，以支持履行重要的全球承诺，包括就性别平等和增强妇女权能等举措作出的承诺。

738. 在日益全球化的世界中，协调与伙伴关系对应对复杂的可持续发展挑战是必不可少的。在这种伙伴关系中，相关倡议和机制如果不是由某一特定政府、基

金会或国际公务员群体所“主导”，则可望实现广泛的公共问责，并可确保不会因各自为政或重复工作而浪费稀缺的发展基金。

E. 资金流动情况

739. 在全球调查中，88.8%的国家报告说，它们在过去五年中，为“监测人口趋势和编写人口预测/情况假设”分配了资源；在欧洲国家，这一比例达到100%。86%以上的国家报告说，它们划拨了专项资金，用于探讨“人口与贫穷之间的联系”。

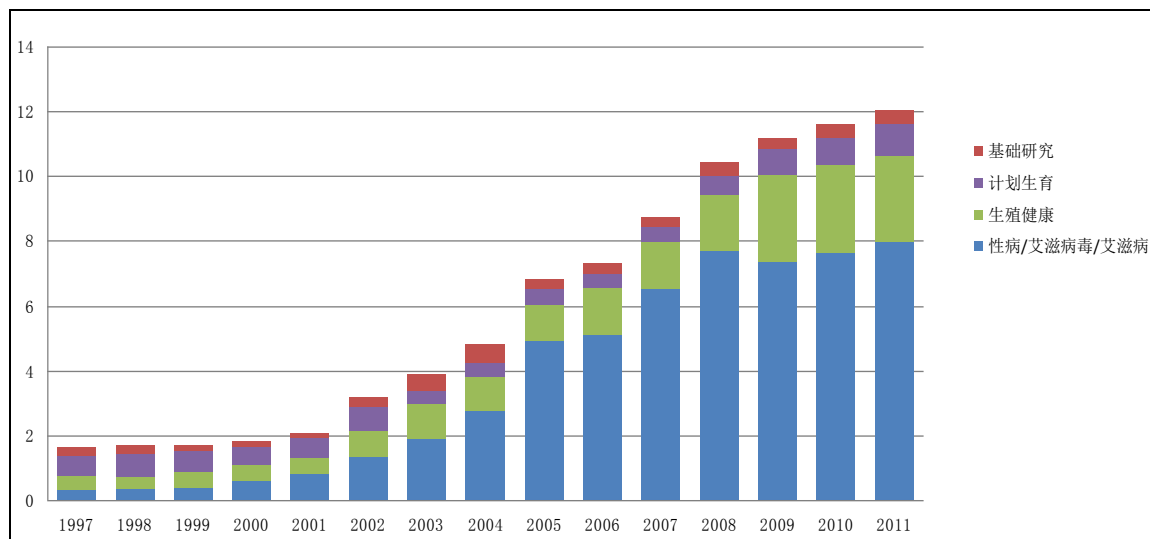
1. 为《行动纲领》的某些组成部分提供的捐助方援助

740. 在国际人口与发展会议上，国际社会一致认为，为资助人口与发展领域的四个核心方案，即计划生育、基本生殖保健、预防性传播疾病包括艾滋病毒/艾滋病以及收集、分析和传播人口数据方案，2000年需要170亿美元，2005年需要185亿美元，2010年需要205亿美元，2015年需要217亿美元。所需数额的三分之二将由发展中国家自己筹集，三分之一由国际社会提供，即2000年57亿美元、2005年61亿美元、2010年68亿美元和2015年72亿美元。

741. 对《行动纲领》中关于性健康和生殖健康部分的供资情况一直进行常规监测，结果表明，2004年以来，对与艾滋病毒和艾滋病有关活动的捐助方援助急剧增加。预防性传播感染/艾滋病毒/艾滋病方面的活动所占的人口援助比例最大，2011年为66%，其中大部分分配给了艾滋病毒/艾滋病(见图55)。8%的人口援助用于计划生育服务，用于基本生殖保健服务的为22%，用于基础研究、数据及人口与发展政策分析的为4%。

图 55
对《行动纲领》四个组成部分的捐助者支出，1997-2011 年

(单位：10 亿美元)



资料来源：人口基金，《2011 年人口活动的资金流动情况》(2013 年，纽约)和资源流动项目数据库。

742. 对四个领域的供资按美元绝对值计算均有增加，但艾滋病毒/艾滋病防治活动收到的资金数额比该组成部分在 1997 年收到的数额增加了 27 倍。为生殖健康活动提供的资金也有所增加，尽管增幅没有那么大。2011 年，分配给生殖健康活动的资金数额占总援助额的 22%。大多数受援助的最不发达国家位于撒哈拉以南非洲，该区域一直是接受援助最多的地区，其受援资金占五个地理区域受援总额的三分之二；⁵¹⁶ 这反映出该区域在性健康和生殖健康的所有方面，特别是艾滋病毒和艾滋病方面的资金需求很大。

743. 虽然为人口活动提供的资金一直在增加，但并未满足发展中国家日益增长的需要。为了确保《行动纲领》的这些组成部分有充足资金(第 13.14 段)，2009 年，人口基金审查了四个组成部分的资源估计数，并根据当前的需要和成本做了订正。2010 年，四个组成部分的订正估计数总额为 647 亿美元，预计到 2015 年将增加到 698 亿美元。⁵¹⁷ 这些订正估计数远远高于 1994 年商定的最初目标，因为它们考虑到了当前的需要和现行成本，也因为其中包括了艾滋病的治疗和护理以及生殖系统癌症的筛查与治疗，而这些原先并未列入已计算费用的整套人口

⁵¹⁶ 人口基金，《2011 年人口活动的资金流动情况》(2013 年，纽约)。

⁵¹⁷ 秘书长关于协助执行《国际人口与发展会议行动纲领》的资金流动情况的报告(E/CN.9/2009/5)；人口基金，《执行国际人口与发展会议行动纲领订正费用估计数：方法报告》(2009 年，纽约)。

活动的干预措施。订正费用被认为是满足这四个组成部分日益增长的需要的最低资金估计数。现在可能有必要根据业务审查的结果，进一步作出订正。

744. 对捐助者为执行《行动纲领》而提供的援助，没有进行涵盖其全面和广泛目标及行动的系统性监测，比如人权、暴力、对移徙者的社会保护和对气候变化问题的研究等目标和行动；在任何情况下，都很难确定每项活动的估计数，因为它们有可能跨越多个发展部门。

2. 双边支助

745. 经合组织/发援会捐助国为支持在世界各地执行《行动纲领》发挥了至关重要的作用，它们的援助为国内资源提供了补充，特别是在发展中国家的性健康和生殖健康领域，其中计划生育、安全孕产和艾滋病毒/艾滋病是获得供资的三个主要领域。但是，在人发会议上商定的供资水平仍不足以满足国家和区域的需求。特别是，计划生育信息和服务在公共政策议程上所占的位置明显下降；为监测性传播感染提供的资金严重不足；初级保健系统需要大量投资。这里只是列举了业务审查中查明存在差距的几个领域。

746. 捐助方支助的性质和供资结构并不总是有利于以统筹或全面方式提供服务。多年来，捐助者一直大力支持和增强在计划生育和妇幼保健现有方案及体制结构等方面的援助，现在他们仍特别致力于这些领域。但是，这些方案仍缺乏纵向问责，往往导致一成不变地针对具体方案提供资金、管理、商品、后勤和报告等。这种各自为政的“筒仓式”供资方法和纵向做法有悖于《行动纲领》中商定的捐助方和政府的政策目标，即提供综合服务和加强卫生部门的长期能力和发展。一些纵向供资机制，包括全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金(2000年)等，其设立的初衷是好的，但却进一步加强了纵向做法。

3. 国内支出

747. 国内产生的财政资源，其中包括政府和国内非政府组织的支出和个人的自费支出，在《行动纲领》已计算费用的组成部分的供资中占大部分。虽然衡量这种资金困难得多，但估计发展中国家和转型期国家在 2011 年为人口活动调集了 547 亿美元，数额之多前所未有。之所以比往年有大幅增加，部分是因为据报中国的计划生育开支庞大，但最新数字可能与以往的估计数不完全可比，因为包括了世卫组织提供的自费支出的新数据(见表 6)。⁵¹⁶

表 6
用于《行动纲领》四个组成部分的全球国内支出估计数，2011 年

(单位：千美元)

区域	资金来源			共计	用于性传播疾病/ 艾滋病毒/艾滋病 支出的百分比
	政府	非政府组织	消费者 ^a		
非洲(撒哈拉以南)	3 244 374	119 916	3 567 490	6 931 780	95%
亚洲和太平洋	11 249 700	157 910	27 944 254	39 351 864	10%
拉丁美洲和加勒比	2 190 262	80 799	1 133 654	3 404 715	85%
西亚和北非	542 511	60 014	349 920	952 445	36%
东欧和南欧	2 669 365	16 025	1 374 723	4 060 113	96%
共计	19 896 212	434 664	34 370 040	54 700 916	32%

资料来源：人口基金，《2011 年人口活动的资金流动情况》(2013 年，纽约)。另见 Erik Beekink，“2011-2013 年人口活动和艾滋病预防活动的资金预测”(2013 年，海牙，荷兰多学科人口研究所)。

^a 消费者在人口活动方面的支出只包括自付支出并以世卫组织计算的每个区域一般保健支出平均数值为依据。对于每个区域，使用私人自付支出与政府人均支出的比率计算消费者在人口活动方面的支出。

748. 整体而言，目前发展中国家提供的资金在《行动纲领》已计算费用的整套人口活动的支出中占四分之三。但大部分国内资源来自少数几个大的发展中国家。大多数发展中国家用于人口和生殖保健方案的财政资源有限，无法产生必要资源来资助执行这些方案，因此在很大程度上要依赖捐助者的援助。此外，发展中国家国内资金中超过一半是私人消费者的自费支出，这对于获取、达到最边缘群体和实现各项指标的进度缓慢产生了重大影响，也对发展中世界旨在减少贫穷和收入不平等现象的政策举措产生了重要影响。⁵¹⁷

自国际人口与发展会议以来的人权阐述

方框 30

资源流动

其他政府间成果。《发展筹资问题国际会议蒙特雷共识》反映了对国际发展合作的承诺。《共识》指出，“善政对于可持续发展至关重要。稳健的经济政策、顺应民众需要的稳固民主体制和良好的基础设施是实现持续经济增长、消除贫穷和创造就业的基础。自由、和平与安全、国内稳定、尊重包括发展权在内的人权及法治、性别平等、以市场为导向的政策以及全面致力于建设公正和民主的社会，所有这些也同样至关重要，而且相辅相成。”[第 11 段]。

F. 2014 年后的监测框架

749. 1994 年以来的二十年里，加强开展各种努力，以衡量人权保护制度的发展情况，制定性别平等和增强权能的新指标，评价性健康和生殖健康服务的质量，并确定国家和全球人类发展指标，例如为衡量实现千年发展目标的进展情况而制定的指标。虽然包括千年发展目标框架项目在内的大多数努力受到了诸多非议，但通过对它们进行检验和评价，可以为监测 2014 年以后的商定目标提供一个基础。

750. 2014 年后的监测框架将为在国家和全球两级报告进展情况提供基础，有助于加强大会、经济及社会理事会和人口与发展委员会对《行动纲领》执行情况进行审核和评估。全球“计分卡”和全球报告将为 2015 年后发展议程的监测工作提供可资利用的信息。在人口与发展委员会的工作进程中，可以更容易地纳入对条约机构或联合国政府间机构就《行动纲领》作出的相关承诺进行单独或独立报告。

G. 治理和问责：主要行动领域

1. 人口动态数据对制定发展规划极为重要。

751. 不应将人口动态数据视为抽象的数字，而应将其作为人类经验的基础数据，包括人的特点如何影响发展潜力，人与环境如何互动，他们居住在那里或向何处移动，他们的生存状况是否良好、还是生活在恐惧和不安之中，他们可能需要哪些社会保护和公共服务。当今的人口动态突显了世界人口的巨大差异和各种趋势：全球老龄人口越来越多，在欧洲和拉丁美洲及亚洲部分地区最为显著；非洲人口年轻且生育率居高不下；许多区域的家庭性质在不断变化，单身家庭和单亲家庭的比例越来越高。必须将提高监测和预测人口动态的能力视为对发展的一项核心投资，这样才能就在哪里以及如何以最佳方式利用发展资源并促进人权和尊严作出知情决定。

2. 需要加强知识领域。

752. 业务审查结果突出表明，各国有关人口与发展的知识部门存在严重不足，包括民事登记与人口普查不一致和对创新手段的使用有限，特别是利用数据促进发展规划、执行、监测和评价的能力普遍较低。迫切需要加强人口、公共卫生、人权和经济及相关社会科学方面的能力，提高研究人员、发展规划人员和各部委之间的有效联系，以便利用国家生成的数据促进知识驱动的治理。

753. 需要加强领导，以便对知识部门进行总体规划，包括进行资源分配和投资于人力资源。迫切需要提高人力资源的数量和素质；纳入新方法和新技术；加强民事登记和其他行政数据来源及移徙统计数据；传播数据和放开数据使用；确保

利用人口数据作出知情决策。应从依赖调查数据转向平衡利用所有相关数据来源，包括民事登记和其他行政数据来源。

3. 更系统、更具包容性的参与。

754. 虽然国家仍对确保人权承担主要义务，但人们日益认识到，实现善政和发展也是各种非国家行为者的责任。因此，创造有利条件，使所有利益攸关方，包括政府、议员、民间社会和《行动纲领》确认的代表不同意见、利益和技能的其他方面都能自由和包容性地参与，这仍然是一个优先事项。已经做出了一些改进和创新，但仍须作出更大努力来纠正不一致现象，促进所有主要人群，包括青少年和青年、残疾人、老年人和土著人民能以包容性和透明的方式参与有关他们的决策进程。

4. 为执行国家和全球方案及应对日益复杂的发展伙伴关系，需要建立更有效的问责制度。

755. 问责制度是善政的基石，可以为实现基于权利的发展目标奠定基础；确保公众和决策者均可获得高质量的数据和知识；创造有利环境，使民间社会代表能进行知情参与，并向政府和其他关键行为者问责。需要建立国家和国际立法、行政做法和保护制度，以确保平等获得各种方案和服务，防止滥用，解决系统性缺陷和失败，并提供机会来进行矫正和补救。审查和监督机制，包括国家人权保护制度、法院、行政审查机构、议会和社区参与论坛，对这一进程至关重要。同样重要的是，有效的国际、多边、区域、南南合作和三角合作必须立足于国家自主、全系统一致性、透明和问责的原则，以确保发展援助和新的全球伙伴关系能充分利用发展潜力，而不是加剧分散和重复工作。

六. 可持续发展

“必须实现发展权，以公平地满足后世后代在人口、发展和环境方面的需要。”

(《行动纲领》，原则 3)

“目标是通过适当的人口与发展政策和方案提高所有人的生活质量，其目的在于消除贫穷，在可持续发展和可持续的消费和生产模式的背景下实现持续的经济增长、人力资源发展和保障所有人权，包括作为一项普遍和不可剥夺的权利和基本人权一部分的发展权。”

(《行动纲领》，第 3.16 段)

“酌情采取经济、立法和行政措施，改变不可持续的消费和生产模式，旨在促进可持续利用资源和防止环境退化。”

(《行动纲领》，第 3.29(d)段)

756. 国际人口与发展会议是在联合国环境与发展会议(地球问题首脑会议)召开仅两年后举行的,因此深受“可持续发展”目标的影响。在之后的 20 年里,对可持续发展的重视程度日益增加,在现今拟定全球发展新议程之时,更是如此。业务审查是在新的发展环境范畴内确定国际人口与发展会议的未完成议程。在这一新环境中,存在消费水平上升、对环境的威胁和日益严重的财富和收入不平等,必须统筹兼顾加以解决。事实上,穷人承受的环境负担最重,而提高生活水平、扩大机会及保证尊严和人权的惯用模式从本质上讲是不平等的,也证明是不可持续的,这是人类历史上一个重大的道德困惑。在这一极具挑战性的关键时刻,国际人口与发展会议传递的核心信息——即对个人尊严和人权的根本承诺是构建可持续和应变能力强的未来的基础——可以为消除这一困惑和人人实现可持续发展确定一套路径。

A. 人口动态的差异性

757. 二十世纪快速的人口增长引起了广泛和严重政治化的担忧,即担心整个世界会出现人口过剩,无力生产维持世界人口所需要的足够食物和其他必要资源。⁵¹⁸ 国际人口与发展会议是强调权利的一个平台。对这一平台的迫切需要反映了几十年来优先重视人口控制而忽视人们的生殖愿望、健康及其子女健康的人口与发展政策。《行动纲领》体现了不同国家的显著共识,即相比以节育为目标的各项努力而言,增加获得保健和教育的机会及加强妇女的人权、包括她们的生殖健康和权利,最终将带来更美好的社会和经济未来,并降低人口增长。2014 年的证据强烈支持这一共识的准确性。

758. 在 1994 年召开国际人口与发展会议时,全球人口估计数为 57 亿,现已达到 71 亿,并以每年大约 8 200 万人的速度继续增长。不过,在这一期间,全球人口的年增长率一直稳步下降;1990-1995 年期间为 1.52%,2010-2015 年期间估计为 1.15%。发展中国家的人口年增长率也在下降,从 1990-1995 年期间平均 1.8% 降至 2010-2015 年期间的 1.3%。

759. 非洲人口增长速度最快,2010-2015 年期间估计为每年 2.3%,是亚洲(每年 1.0%)的两倍以上。不过,2011 年,60%的世界人口生活在亚洲,只有 15%在非洲。亚洲人口目前为 42 亿,而非洲人口在 2009 年刚超过 10 亿。其他所有主要区域(美洲、欧洲和大洋洲)的人口总和在 2011 年为 17 亿。⁵¹⁹

760. 全球和区域人口趋势掩盖了世界各国显著的和不断加剧的人口经历的差异性。与生育率和死亡率下降相关的人口变化,加上人类活动重心从农村转向城市

⁵¹⁸ P. R. Ehrlich, *The Population Bomb*(New York, Ballantine Books, 1968 年)。

⁵¹⁹ 《世界人口前景: 2012 年订正本》(见上文脚注 336)。

地区而带来的城市转型，对人口规模、年龄结构和空间分布造成了前所未有的变化。

761. 对 1990-1995 年和 2010-2015 年这两个期间所做的比较表明，尽管全球总生育率下降了 16%，⁵²⁰ 国家和区域内部及它们之间的生育率存在显著差异。⁵¹⁹ 发达国家和一些中等收入国家目前的生育率低于更替水平(即妇女生育孩子的数目不足以确保平均而言，每名妇女都有一个活到生育年龄的女儿来替代她)，人口增长率在下降，在某些国家，人口数量也在下降。低生育率国家包括欧洲所有国家、51 个亚洲国家中的 23 个、38 个美洲国家中的 18 个、2 个非洲国家和 1 个大洋洲国家。⁵¹⁹

762. 2010-2015 年，预计在 45 个发展中国家，总生育率将保持高水平，为每名妇女生育 4 个或 4 个以上子女，其中 18 个国家的总生育率是每名妇女生育 5 个或 5 个以上子女。高生育率国家主要集中在非洲(非洲大陆 57 个国家中 38 个为高生育率国家)，但有 5 个在亚洲，2 个在大洋洲。⁵¹⁹

763. 随着生育率下降，受抚养儿童人口比也下降，导致人口中工作年龄(15 至 59 岁)的成年人更多，非工作年龄的受抚养人较少。在发达国家，劳动适龄人口比例稳步增长，从 1990 年的 61.8% 增长到 2005 年的 62.9%。此后这一比例一直在下降，2010 年与 1990 年的水平相同。在发展中国家，劳动适龄人口比例显著增长，从 1990 年的 56.8% 增长到 2010 年的 62.4%，预计到 2050 年将降至 58.4%。在最不发达国家，预计劳动适龄人口比例将从 2010 年的 53.8% 增至 2050 年的 59.8%，之后会有所下降。⁵¹⁹

764. 国家之间生育率的差异表明，它们的人口轨迹存在更广泛的差异性。在低生育率国家，由于国民的寿命更长，生活得更健康，这些国家正日益面临老龄化带来的机遇和挑战。对那些因近年来生育率下降而出现青年人和工作年龄人口比例上升的国家，可以在适当的社会和经济条件下利用短期人口红利。在高生育率国家，人口继续迅速增长，这给建设教育和保健能力及创造足够就业机会带来了挑战。在世界上几乎所有国家，死亡率都在下降，人的寿命也在增加，但一些发展中国家的发病率和死亡率仍然很高，预期寿命很短，这种情况令人无法接受。

765. 在当今相互关联和相互依存的世界中，国际移徙呈现多样化，尽管其规模不一定有所增加。许多国家即是移徙者输出国，也是接受国和过境国。世界各国所处的城市化阶段极为不同，欧洲和北美洲的城市人口稳定，而在亚洲和非洲，城市人口快速增长，而农村人口正在减少。

766. 业务审查表明，人口动态对发展具有重要意义，同时也会对人的尊严、健康、地点和流动等重要问题产生影响。差异性增强意味着，人口动态有其特殊性，

⁵²⁰ 此处提供的期间估计数与导言中所述的点估计数不同，说明所述生育率下降幅度不同。

取决于各国采取的不同发展道路的其他许多因素。但是，在讨论真正全球性的其它现象时，往往将人口动态、特别是人口规模和增长，视为没有差别的全球性问题。气候变化是可持续性面临的最重要挑战之一，从根本上讲它是一个全球性问题，其变化轨迹取决于人口与经济增长模式及生产和消费模式之间的互动关系，需要采取全球对策。因此，理解这种互动关系对于开辟可持续发展道路至关重要。

B. 气候变化的驱动因素和威胁

767. 当前发展模式是基于无止境地扩大产品和服务的生产、积累和消费的社会和经济模式。⁵²¹ 不断增长的消费对于改善穷人的福祉至关重要，但是在较高的收入水平上更多消费对福祉没有带来可以辨别的影响。⁵²² 一方面全球人口增长减缓，另一方面，生产和消费水平却在增长，并预计在自然资源可以承受的情况下加速增长。1820年至2008年间，全球国内总产值(GDP)增长了73倍，而世界人口仅增长了七倍。⁵²³ 1960年至2006年人均消费增长近两倍。⁵²⁴ 此种经济成果有助于缓解亿万人民的赤贫状况，在过去的二十年取得的成果特别显著。每天靠低于1.25美元生活的人数从1990年的20多亿下降到2008年不到14亿，而全球人口增加了近15亿，这既显示取得了显著的进步，同时显示仍有大量人口处于贫困中。⁵²⁵

768. 经济进步是以牺牲环境为代价的。在追求无止境增长的产量和消费水平时忽视地球的全球环境限度的风险呈几何级数增长。据估计，人类活动已经或很快将超过关键地球系统和自然循环的生态阈值。最紧迫的是生物多样性、氮循环和

⁵²¹ T. Veblen, *The Theory of the Leisure Class: An Economic Study of Institutions* (New York, Macmillan, 1899; 1915 edition available online); N. Georgescu-Roegen, "The entropy law and the economic problem", in *Valuing the Earth: Economics, Ecology and Ethics*, H. E. Daly and K. N. Townsend, eds. (Cambridge, MIT Press, 1993), pp. 75-88; N. Georgescu-Roegen, "Energy analysis and economic valuation", *Southern Economic Journal*, vol. 45, No. 4 (1979), pp. 1023-1058; H. E. Daly, *Steady-State Economics*, 2nd ed. (Washington, D.C., Island Press, 1991); N. Stern, *Stern Review on the Economics of Climate Change* (United Kingdom, H. M. Treasury, 2006); T. Jackson, *Prosperity Without Growth? The Transition to a Sustainable Economy* (Sustainable Development Commission, 2009); Worldwatch Institute, *State of the World 2010: Transforming Cultures — From Consumerism to Sustainability* (New York, Norton and Company, 2010); E. Assadourian, "The rise and fall of consumer cultures", in *State of the World 2010: Transforming Cultures — From Consumerism to Sustainability*, Worldwatch Institute (New York, Norton and Company, 2010)。

⁵²² E. Diener and M. E. P. Seligman, "Beyond money: toward an economy of well-being", *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1): vol. 5, No. 1 (2004), pp. 1-31。

⁵²³ A. Maddison, University of Groningen, "Statistics on world population, GDP and per capita GDP, 1-2008 AD", 2010; available from www.ggdc.net/maddison/oriindex.htm; and *World Population Prospects: The 2012 Revision* (see footnote 336 above)。

⁵²⁴ Worldwatch Institute, *State of the World 2010: Transforming Cultures — From Consumerism to Sustainability*。

⁵²⁵ 2012年千年发展目标报告(联合国出版物，出售品编号：E.12.I.4)。

气候变化，其他重要的问题包括土地和土壤退化、磷产量过剩、平流层臭氧损耗、海洋酸化、全球淡水消费、农业土地利用的变化以及空气和化学污染。⁵²⁶

769. 当前，科学讨论得出的共识是，人类活动是这些各种压力的根源。在气候变化方面，我们的碳足迹是关键因素。二氧化碳和其他温室气体在大气中的浓度继续增加——300 万年以来第一次超过了百万分之 400⁵²⁷——将气温控制在不超过工业前水平 2 摄氏度的工作更具挑战性。⁵²⁸ 大气中的二氧化碳和其他温室气体的增加正在造成全球气温上升、气候变化和海洋酸化。⁵²⁹ 温度的上升会加速冰川和冻土的融化，这可能导致深埋在地下的甲烷气体(CH₄)的释放，该气体比二氧化碳的效力强 30 倍，但半衰期更短。在建筑物和交通方面将化石燃料作为能源加以大量和广泛使用，是温室气体排放的主要来源。⁵³⁰ 减少温室气体排放拖得越久，无论是转用可再生能源还是采用其他方式，气候变化以及减缓气候变化工作所造成的经济混乱就会越严重。⁵³¹

770. 气候变化以及更广泛的环境恶化，对所有社会和个人的生计和福祉构成威胁。然而，气候变化的短期和长期影响对于穷人和被边缘化群体可能更为严重，他们造成的温室气体排放量很少，但与此同时缺乏有效适应当前和今后变化的资

⁵²⁶ 环境署，2012 年环境署年鉴：全球环境的新兴问题(2012 年，内罗毕)。

⁵²⁷ United States, Department of Commerce, National Oceanic and Atmospheric Administration, Earth System Research Laboratory, Global Monitoring Division, Up-to-date weekly average CO₂ at Mauna Loa. Available from www.esrl.noaa.gov/gmd/ccgg/trends/weekly.html。

⁵²⁸ Potsdam Institute for Climate Impact Research and Climate Analytics for the World Bank, *Turn Down the Heat: Why a 4 °C Warmer World Must Be Avoided* (Washington, D.C., World Bank, November 2012)。

⁵²⁹ 政府间气候变化专门委员会，“决策者摘要”，《2013 年气候变化：物理科学基础》，第一工作组为政府间气候变化专门委员会第五份评估报告提供的资料，T. F. Stocker and others, eds.(剑桥大学出版社，剑桥，2013 年)。

⁵³⁰ 估计有所不同，但化石燃料仍然占世界能源需求的 80% 以上。正如 Murphy (2013 年) 指出的，化石燃料是来自地球的一次性慷慨礼物，没有其他能源来源能提供同种好处，但化石燃料库存是有限的。见：T. W. Murphy, Jr., “Beyond fossil fuels: assessing energy alternatives”, in *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*, Worldwatch Institute (Washington, D.C., 2013); T. Princen, J. P. Manno and P. Martin, “Keep them in the ground: ending the fossil fuel era”, in *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*; and V. Smil, *Energy Transitions: History, Requirements, Prospects* (Santa Barbara, California, Praeger, 2010)。

⁵³¹ National Research Council, *Hidden Costs of Energy: Unpriced Consequences of Energy Production and Use* (Washington, D.C., National Academies Press, 2010); E. Zencey, “Energy as master resource”, in *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*, Worldwatch Institute (Washington, D.C., Island Press, 2013); S. Makhijani and A. Ochs, “Renewable energy’s natural resource impacts”, in *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*; C. A. S. Hall, S. Balogh and D. J. R. Murphy, “What is the minimum EROI that a sustainable society must have?”, *Energies*, No. 2, No. 1 (2009), pp. 25-47; N. Stern, *The Economics of Climate Change: The Stern Review* (Cambridge, Cambridge University Press, 2006)。

源和社会支持。⁵³² 因此，在发展、平等和可持续性的十字路口，气候变化为人类提出了需要作出极为困难决定的问题。联合国气候变化框架公约缔约方大会的谈判将这些问题置于最重要位置，并且迄今为止进展不足——世界无法减少排放量的增长，以及缺乏资金为气候变化影响作准备或开展缓解工作——清楚地表明我们远远没有实现停止气候变暖所迫切需要的转变。

771. 人类历来依靠技术缓解自然资源的限制和环境影响，方法是至少使消费和生产与资源利用和污染部分脱钩。技术进步可以而且应该促进旨在协调经济增长、消费和环境资源的努力。某些技术已被证明有效并被广泛使用，与此同时，开发新的尚未证实的技术，对于实现未来几十年所需的减少对环境影响方面的雄心勃勃目标来说，也至关重要。在这方面，开发多种可再生能源和储存技术来代替化石燃料的使用是一个优先事项。⁵³³ 还有许多需要解决的具有挑战性的技术问题，比如风能和太阳能的间歇性和多变性，将可再生能源发电可靠地并入现有电网，风力涡轮机和电动汽车中使用的稀土的供应下降以及其他较为常用资源的匮乏。⁵³⁴

772. 提高能源效率对于减少可再生能源使用的最终范围至关重要。然而，效率的提高可以降低能源价格，鼓励更多地使用能源(这种现象被称为杰文斯悖论)。因此，节能，甚至在世界向可再生能源过渡的情况下，对于可持续发展的未来是必要的。

773. 各国应通过更多使用清洁技术和创新，消除可持续性的所有障碍，通过国家和地区之间的研究和技术合作，包括共同商定的对所有相关技术的分享，促进和发展可持续生产和消费模式。

774. 在讨论人口和气候变化方面的习惯性错误是将较多的人口与较大排放量联系起来，也就是一个人等同于一个消费单元。然而，目前只有 25 亿人，即比世界人口的三分之一略多一点，可以被视为具有促进排放的消费特征。⁵³⁵ 在这些人中，不到 10 亿人对排放真正具有重大影响，更少的少数人对绝大部分损害负责。所有人都应该共享地球资源，但如果他们享用的方式和程度与发达国家一样，我们的生态支持系统早已崩溃。

⁵³² C. B. Field and others, eds., 管理极端事件和灾害风险，推进气候变化适应：政府间气候变化专门委员会特别报告(剑桥大学出版社，剑桥，2012 年)。

⁵³³ R. Costanza, J. Farley and I. Kubiszewski, “Adapting institutions for life in a full world” in *State of the World 2010: Transforming Cultures — From Consumerism to Sustainability*, Worldwatch Institute (New York, Norton and Company, 2010)。

⁵³⁴ Worldwatch Institute, *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*。

⁵³⁵ Mckinsey(2012),在该分析中“消费者”被定义为每天有至少 10 美元收入的人。如此低的标准明显扩大了对排放作出显著贡献的人数。尽管如此，确定少数世界人口实际上是消费者/排放者这一事实是有益的。

775. 尽管人口规模的立即稳定显然会改善长期的状况，但这对我们目前的全球性生态困境没有多大影响。除了极少数例外，那些显示消费水平较高的国家，其生育水平已经很低或低于更替水平。因此，它们的人口增长是由于净移入或惯性(前几代生育水平的结果，影响到当前育龄妇女数量)产生的，不容易因计划生育方案而发生显著变化。事实上，许多国家正试图提高其人口的生育率。

776. 另一方面，生育率较高的国家往往陷于贫困中，并且消费水平非常低。贫穷国家及其人民有发展并提高其生活水平的权利，这是在当今世界需要更高经济增长的伟大事业。在这种情况下，他们的消费特征将会并应该提升，除非这种提升的方式与富裕国家的提升方式完全不同，否则将进一步加剧气候变化。

777. 人口与发展的另一个往往被忽视的重要方面是生育率变化和消费之间的联系。随着社会的发展，个人和家庭有动力因各种互补性的原因降低他们的生育率，这些原因包括婴儿死亡率的下降和消费愿望的增加。反过来，生育率的下降与家庭单元较高的人均收入、从而更大的消费能力相关。因此，如果计划生育方案能有效地降低生育率，减排方面的成功将高度依赖于消费和经济增长的程度和性质。

C. 不平等在实现可持续发展方面的成本

778. 全球发展模式使许多人摆脱了贫困。然而，在收入、生活标准以及更普遍的机会方面现存的不平等状况仍然是经济、社会、环境和政治分化的根源，占世界人口 8% 的人积聚了 82% 的全球财富，这是在过去的 20 年急剧上升的贫富差距趋势的一部分。

779. 当不断增长的不平等妨碍广大人民的人类福祉，社会各个部分都会受到影响。不平等是对社会凝聚力、同情心和共担责任的威胁，因为它会产生和加剧社会分化。在政治上情况确实如此，因为经济资源在很大程度上确定政治活动的参与情况、影响和成果，在社会方面也是如此，因为不平等减少了具有不同程度财富和收入的人们同住一个社区、在学校相聚并获得共同理解和同情心机会的可能性。不平等还限制了阶级流动，从而限制了人们摆脱贫困、获得更有保障的生计的能力。⁵³⁶

780. 广泛受到教育、健康、有保障、有权能的人口是发展的目标，这对于包容性经济增长也是必要的。积极发展其人民能力、提供普遍的公共服务、有效益、

⁵³⁶ J. S. Hellman and D. Kaufmann, "The inequality of influence", Social Science Research Network working paper, available from http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=386901; M. Corak, "Income inequality, equality of opportunity, and intergenerational mobility", *Journal of Economic Perspectives*, vol. 27, No. 3 (2013), pp. 79-102; K. Bjorvatn and A. W. Cappelen, "Inequality, segregation, and redistribution", *Journal of Public Economics*, vol. 87, Nos. 7-8 (2003), pp. 1657-1679.

高效率地治理、反对歧视、由人民参与政治的国家能够实现更平等的发展。⁵³⁷ 随着不平等的增长，政府为所有人民提供强有力的共同能力基础的能力和意愿就会减少。当人们由于收入、性别、族裔或种族、残疾状况、性取向和性别认同或其他因素受到歧视时，他们的健康、尊严和最大限度地发挥其能力和贡献的能力就会深受影响，就会为整个社会造成巨大成本。⁵³⁸

781. 环境的恶化只会使不平等的程度和影响更为加剧。最穷的人口承担工业废弃物和副产品的最大环境成本，并极受气候变化影响。日益严重的不平等还进一步威胁到世界为所有人提供生计的能力。创造财富需要自然资源；将绝大部分世界财富，从而将世界的有限资源，向人口的一小部分的转移这种现象限制了减贫和将基于权利的发展扩展到当代和未来几代人这项事业所需的资源基础。这些挑战着重表明要使所有人都在他们的整个生命中获得公平的生活条件，并且应公平分配行业的风险和健康后果。

自国际人口与发展会议以来的人权阐释

方框 31

发展权

政府间人权成果。人权理事会重申《发展权利宣言》(1986年)，并强调迫切需使发展权成为每一个人的现实，通过了一系列决议，包括关于发展权的第21/32号决议(2012年)，其中理事会注意到发展权问题工作组的活动和拟定监测落实发展权的标准和相应的次级标准的工作。

其他软性法律。在第17/4号(2011)决议中，人权理事会核可了工商业与人权：实施联合国“保护、尊重和补救”框架指导原则，该指导原则提供了预防和处理工商业活动对享有人权的不利影响的全球标准。

政府优先事项：人口与可持续发展的相互作用

社会可持续性、减贫和权利	70%的政府
环境可持续性	52%的政府
在可持续发展中纳入人口动态	43%的政府

⁵³⁷ J. Dreze and A. Sen, *An Uncertain Glory: India and its Contradictions* (Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 2013)。

⁵³⁸ Krieger, “Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination”; Pascoe and Smart Richman, “Perceived discrimination and health: a meta-analytic review”; Williams, Neighbors and Jackson, “Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies”; Williams and Mohammed, “Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research” (see footnote 176 above)。

有形基础设施发展	40%的政府
卫生和教育	35%的政府

782. 政府对全球调查的答复显示，很多国家承认社会和环境可持续性必须是包容性发展的核心，并且经济增长是实现社会福祉的途径而不是衡量标准。当被要求确定未来五至十年得到公共政策重视的人口和可持续发展事项时，最经常列出的事项是“社会可持续性、减贫和权利”，这是 70%的政府的优先事项。其次是“环境可持续性”(52%)，只有 25%的政府将“经济增长”列为优先事项。

D. 实现可持续性的途径：2014 年之后的人口与发展

783. 在本报告以上章节中对取得的显著进展欢欣鼓舞，这突出显示成员国 20 年前在国际人口与发展会议上所通过模式的重要成功——即保护个人人权和增进性别平等不仅将加快包容性发展，还会促进人口增长的进一步减速。自 1994 年以来取得了巨大成就，这些成就为我们敞开了大门，可以借此机会进一步在 2015 年后议程范围内思考那些就 2014 年以后的可持续发展而言尚待实现的目标。

784. 以上各个章节中的建议都阐述了为实现人权，实现更好的健康、公共知识和参与，确保定居更安全、更可获得的选择，以及形成更强大的问责系统所需的技术、体制和政治变革。尽管这个框架中的每项建议都可以单独探讨，但这些建议相互呼应，相互补充，为实现可持续发展提供了基础，以下七个实现可持续性的途径对此作了总结。

1. 加强平等、尊严和权利

785. 在过去的 20 年中，各会员国在国际人权与发展会议上提出的所有人都是“自由、在尊严与权利上一律平等”的原则，为扩大人权保护制度和问责制的手段，特别是实现和保护妇女和青年人的生殖权利的工作提供了指导。在取得了很多进展的同时，歧视和缺乏机会仍然是许多妇女、女童、青年、老年人、移徙者、残疾人、土著民族、少数族裔和少数种族、不同性取向和性别认同的人、艾滋病毒感染者、难民、性工作者和其他人的日常现实。

786. 侵犯妇女和女童人权的行爲，包括基于性别的暴力，童婚、早婚和强迫婚姻以及残割/切割女性生殖器等有害做法，妇女和女童获得教育方面的不平等以及妇女获得就业、领导职位和参与决策方面的不平等，所有这些对她们的尊严和福祉以及其家庭和社区的尊严和福祉构成重大威胁，并阻碍实现包容性可持续发展。因此，充分实现性别平等和增强妇女权能非常紧迫的。

787. 此外，本文回顾的证据凸显，越来越多的社会研究机构显示，污名化、歧视和暴力，进而对个人进行排斥，使之不能充分参与社会，其成本不仅体现在那些受影响者的身体和精神健康上，还体现在他们的生产力和成就受到束缚。为了

确保对人类创造力、创新、勤奋和生产力的发展带来巨大的效益，需要在当前和未来进行更大的投资，以创建更加公正、非歧视和非暴力的社会。

788. 1994 年制定的人口与发展议程仍然是强有力的，但尚未实现，而 2014 年以后的议程应以承认当代和未来所有人普遍享有人权和尊严为基础。有必要确保所有人都能享有行动纲领中概述的部门惠益，这样才能是结束贫困的代际传承，建设可持续、具有适应性和凝聚力的社会。

2. 投资终身健康和教育，尤其是青年的终身健康和教育

789. 必须重申对良好的健康和优质教育、包括全面性教育的原则需要，并使政府和私营部门投资的诸多部门了解这一需要。缺乏教育和健康不良是最常见的危险因素和贫困的体现，遏制经济增长和人类福祉，并限制个人和社会在不断变化的世界中进行创新和繁荣发展的能力。在女童和妇女的教育和健康方面的投资历来被忽略，但此种投资为社会提供特别高的回报，这体现在，过去的 20 年中，妇女获得了更多权能，受到更多教育，并逐步实现自己的生育权，从而推动了全球发展。

790. 人类历史上最大的青年人口群体即将进入劳动力市场，他们的成功不仅将确定撒哈拉以南非洲和中亚的发展轨迹，在那里他们占人口的比例非常高，而且由于我们的经济日益互相关联而且已实现全球化，青年人的成功还将确定整个世界的发展轨迹。现在是我们丰富青年人的生活并培养他们能力的机会，他们需要这些能力来扩大个人选择，缔造地球的创新和可持续的未来。

791. 随着社会的老化——这种现象现在发生在许多国家，在未来几十年将发生在更多国家——教育不足遗存下来的各种现象继续存在，这充分表明需要实行终身教育。这种做法将使老年人为不断变化的经济作出贡献，从而通过积极参与、经验丰富和训练有素的年龄更大的劳动力队伍提供第二次人口红利。

792. 本报告着重显示，许多国家在性和生殖健康以及改善入学和实现入学性别平等方面取得了进展，但这些进展尚未惠及很多最需要的人以及 1994 年最贫困的人。由于学校质量差、卫生系统脆弱和工作人员不足、由于腐败使得公共利益被转移、优先重视短期经济回报，生活在城市和农村的世界上最贫穷公民的能力仍未得到开发。在过去 20 年中，重新投资于公共能力的国家与未能优先考虑此类投资的国家在发展进步方面的差别突出显示，这些投资对长期经济增长、公共健康和人口福祉至关重要。⁵³⁷

3. 实现普遍享有性和生殖健康和权利

793. 对于世界大多数的妇女，特别是年轻妇女，争取获得个人人权和决定个人前途的自由一直是一个历史性的斗争，一个远远没有打赢的斗争。在不同的国家和社会各阶层，社会对使用武力和暴力来维持对妇女的父权控制的容忍是人类历

史上最大的不公正现象之一。如果妇女要对社会的丰富和增长、创新和发展作出贡献，那么她们必须有机会决定其子女的数目和时间，并在不受暴力或胁迫的情况下作出此种决定，同时完全有信心在没有疾病、残疾或死亡方面的严重恐惧下进行怀孕和分娩，并对孩子健康存活的可能性有信心。

794. 早婚不是获得社会保护的保证，会导致许多早育的健康风险，并往往使得年轻妇女的教育终止。将结婚和生育时间延后使年轻妇女有时间发展自己能力，从家里迁出或迁移到一个新的地方，进入劳动力市场并取得收入，在结婚和生育时具有更大的自主权和更多的知识。推迟结婚和生育还会挽救生命：妊娠和分娩并发症是发展中国家 15-19 岁少女的主要死亡原因。⁵³⁹

795. 除非所有的女童和妇女可以对性和生殖作出自由和知情的选择，否则性别平等是无法实现的，这要求不断进行投资，以确保所有人普遍享有高质量的性健康和生殖健康和权利。这项审查突出显示了在获得保健服务方面持续的不平等，以及对很多人所造成的性和生殖健康不良成果，特别是贫穷妇女在怀孕和分娩期间的死亡率和发病率，包括因不安全堕胎造成的死亡率和发病率。

796. 实现所有人普遍享有高质量的性健康和生殖健康和权利，这需要再次进行紧急投资，用于全面加强卫生系统，从而在人们生活所在地提供这些关键服务。这应该是全民健康保险提案的核心方面。此外，必须克服结构性不平等和其他获取障碍，包括因污名化和歧视产生的障碍，以充分确保实现所有人享有性健康和生殖健康和权利。

4. 确保处所安全和流动安全

797. 移徙是全球化世界的内在特征，在这样的世界中人们越来越多地拥有不同地区的信息并可以前往这些地区，无论是在国界内还是国界外。在一些地区，贫困、缺少机会或者缺乏对能力的投资使得人们、特别是年轻人进行国内或国外移徙，以获得更高的工资、产生汇款并扩大他们享有更好生活的机会。对于生活在非常重男轻女条件下的年轻妇女，这样的移徙日益被视为对自由和自主权的追寻，这在她们的原籍地似乎是不可能得到的。

798. 那么，对于一些人，移徙更是家庭或个人生存所必需，而不是一种选择。移徙是从被迫移徙到自愿移徙等各种形式的连续体，极少数移徙决定完全是其中一种。⁵⁴⁰ 通过确保处所安全和流动安全实现的可持续性意味着终止被迫移徙并支持确实希望移徙的人。对于那些想要留在原地的人，这意味着制定更好的生计备选方案和创造促进尊严、平等和机会的社会条件，以减少《行动纲领》所称的推

⁵³⁹ 人口基金，《人人享有性健康和生殖健康：减少贫穷、促进发展和保护人权》(纽约，2010年)。

⁵⁴⁰ G. Hugo, "Environmental concerns and international migration", *International Migration Review*, vol. 30, No. 1 (1996), pp. 105-131。

动因素。但是，即使不存在推动因素，许多人仍想要移徙，以改善他们的社会或经济状况。对于那些想要移徙的人，移动的自由意味着消除移徙者或潜在移徙者所面临的障碍，支持他们对目的地社会以及原籍地社会的贡献，保护移徙者及其家庭成员不受歧视或其他形式的排斥。必须促进和保护所有人的人权和基本自由，不论其移民身份，并打击移徙者面临的一切形式的歧视，包括妇女和女童所面临的暴力和剥削，以此来支持对原籍社区和目的地社区进行的投资。

799. 虽然一些国内和国际移徙者可能实现自己的目标，但还有人不能够离开原籍地，缺乏移动的自由或资源，处于十分不安全、极端贫困和脆弱的状况。有些人失去了他们的家园和土地，无家可归，而另一些人因冲突而在自己国家流离失所或搬到另一个国家。应向所有人，无论是国内移徙者、国际移徙者、无家可归者、国内流离失所者还是难民，提供教育、医疗和社会保障，确保其安全和安保，并且促使他们融入社会。

5. 建设可持续、包容性的城市

800. 鉴于世界城市和城镇目前正以每周超过 130 万人的速度增长，城市化规划和建设可持续发展城市应该是进行城市转型国家的一个优先重点。那些接受人口增长、与周边的农村地区有联系并为穷人提供服务的城市是可持续发展和农村地区有效发展的一个重要部分。

801. 未来的环境成果在很大程度上取决于在城市定居和增长的地点和模式方面所作的决定。城市在协调 21 世纪经济和人口现实情况与可持续发展和应对气候变化影响的需求方面有显著的潜在优势。人们普遍认识到，在控制收入不变的情况下，城市人口的集中更具有资源效率，并具有规模优势，使得对土地的利用更具可持续性。此外，对生物多样性和自然生态系统的保护，包括天然林的保护，取决于人口密集地区对人口的吸收。以环保为导向的前瞻性城市规划，包括提高能源效率，尤其是在运输和住房部门提高能源效率，可以将城市转化为气候变化和其他环境挑战解决方案的重要组成部分。⁵⁴¹ 因此，世界、特别是在为世界带来大部分人口增长的非洲和亚洲正在进行一场声势浩大的城市化进程，如果政策得当，这将是促进可持续性的一个巨大机会。

802. 这些政策必须将资源利用效率和尽量减少对环境影响等目标与确保为在城市和其它地区的贫困和边缘化群体提供尊严、人权和机会的城市设计宗旨结合起来。促进进入城市以及人与资源流动的城市和农村地区之间的紧密联系可以刺激市场、改善获得服务的途径并创造机会。随着人们迁移到城市，对处所安全至关重要是确保有足够的负担得起的住房，因为城市发展和密度往往会抬高价格，

⁵⁴¹ 2013 年世界经济和社会概览：可持续发展挑战(联合国出版物，出售品编号：E.13.II.C.1)。

使穷人受到排斥的风险增加。“出于发展目的的驱逐”⁵⁴² 是城市贫民流离失所的最常见原因之一。此种驱逐往往号称为了公共利益，但实际上侵犯穷人的人权并损害他们的尊严和机会。在 2005 年世界首脑会议上，各国领导人承诺防止形成贫民窟和进行贫民窟改造，以消除清除贫民窟和驱逐的普遍做法。司法系统需要当局履行这些承诺和保障土地保有制度，特别是为往往被剥夺继承权的妇女，以及在实践中(如果不是在法律中)往往被剥夺财产所有权的妇女和土著群体。

803. 对城市治理的广泛参与，可以帮助确保城市政策满足最弱势群体的需求。这种参与需要通过专门的预算和正式纳入民间社会组织和边缘化社区等方式加以制度化，这可以有助于防止精英把持治理体系，有助于所有人参与治理并为所有人进行治理。

6. 改变消费模式

804. 需要从根本上改变消费模式，以减缓对自然资源的疯狂浪费，重新将发展愿望的重点放在实现所有人的尊严上，并为后代改善人类尊严的前景。如果在消费行为和物质愿望方面没有显著的变化，特别是对于那些消耗过多资源的处于消费曲线顶端的群体，新技术以及工商业和交通方面做法的改善只能延缓即将发生的灾害。

805. 消费方面的改变从社会层面开始。对消费的基础贡献——我们的交通模式、我们的住房选择、我们的公用事业——在很大程度上由我们所生活的社会的组织和公共基础设施决定。有鉴于此，为引进效率并确保所有人平等获得实体、社会和经济方面的机会，并使这些机会惠及所有人，各国政府可以进行的最为有效和公正的既定变革途径是提供和维持普遍的具有成本效益的公共基础设施和服务。重要的公共服务包括清洁水、通讯系统、强有力的正常运作的公共卫生体系、受管制的公用事业和具有能源效率的公共交通系统。这些主要由政府承担交付责任的物品，提供减少个人消费、从而减少整体消费的关键途径，并与此同时实现尊严并创造机会。

806. 投资于公共服务对所有个人和整个社会具有直接和明显的影响。此外，在许多情况下此种投资的收益将转移给后代，从而使其能力得到扩展。我们在消费模式的改变能给环境带来的好处不太可能被我们这一代人见证。但是，这种抽象的观念不应使我们逃避我们在改善子孙后代机会方面的共同责任。

⁵⁴² 往往是有计划的或者以“公共利益”为借口进行的搬迁，如与发展基础设施项目(包括大坝、大规模的工业和能源项目或者采矿和其他采掘业)有关的搬迁；与城市改造、贫民窟改善、房屋修缮、美化城市或其他土地利用方案(包括农用)等有关土地征用措施；财产、房地产和土地争端；无限制的土地投机；大型国际商业活动或运动会；以及为了环境的借口。预了解更多信息，见基于发展的搬迁和流离失所的基本原则和指导(A/HRC/4/18, 附件一)。

807. 个人也应承担可持续消费的责任。在收入分配曲线底端的人几乎没有消费方面的选择或选择很少，并且实际上消费比较少，但收入较高的人却有大量的选择，并往往选择高消费。由于越来越多的人认识到气候变化的风险和人对环境的其他影响，减少消费方面的激励措施以及进行减少消费而不会使福祉下降的可行手段的创新，将有助于使不同的选择成为现实。

808. 国际人口与发展会议在 1994 年提供了关于世界如何在个人人权与对人口过多的恐惧之间权衡方面的模式转变，但还需要再次进行文化模式的转变，这种文化模式承认福祉不是并且绝不能仅基于消费的增加。为维持《行动纲领》基于权利的个人和发展原则，应作出总体转变，争取从比较公平和对环境影响较小的生活和生计模式得到个人福祉，并从根本上改变侧重点，将其转移到针对全球性挑战而开展的创新和更加有效的集体行动上。

7. 加强全球领导和问责制

809. 为在上述六个领域取得进展，需要通过政治意志、民间社会的广泛参与以及产生和使用监测可持续发展承诺的知识，加强全球领导和基于知识的问责制。

810. 在全球治理不善的时候，特别是当涉及到满足关于不同国家人权、减贫、充满变化的经济和人口发展趋势的相互交叉的需求，以及保护环境的近期和长期需求的时候，这些相互交叉问题的性质和严重性使全球领导成为极为重要的关切事项。

811. 2009 年在哥本哈根举行《联合国气候变化框架公约》缔约方会议之前，人们对全球共识寄予厚望。该会议是自 20 世纪 90 年代初以来举行的最引人注目的基础广泛的可持续发展谈判，会议没有取得重大进展，这使得人们对国际会议普遍幻想破灭。对后续缔约方会议以及 2012 年在巴西里约热内卢召开的联合国可持续发展会议的预期较低，而这些预期也没有被超出。⁵⁴³ 考虑到以往创建全球治理机构的努力，这些困难并不令人惊讶，⁵⁴⁴ 即使当各方广泛认为所提出的目标值得称赞的时候也是如此。

812. 可能需要新的领导和参与系统，确保所有人口群体民主参与治理进程和公共机构，以进行促进社会、经济和环境可持续性的有保障的投资。但是，参与和领导还需要有关人口动态、人权、社会和经济平等方面的当前和新兴趋势以及对环境即将发生的威胁的可靠和可获得的信息，这将是共同确定优先事项、政策制定、预算编制和问责制的基础。信息技术革命提供了可能性使这一信息能够传递

⁵⁴³ I. Goldin, *Divided Nations: Why Global Governance is Failing, and What We Can Do About It* (Oxford, Oxford University Press, 2013)。

⁵⁴⁴ M. Mazower, *Governing the World: The History of An Idea* (New York, Penguin Press, 2012)。

给世界各地的人们，包括青年人和被边缘化和被剥夺权利的人，从而为更广泛的知识、透明度和包容奠定基础。

E. 2014 年以后

813. 近 20 年来，不同社会对在 1994 年国际人口与发展会议上确定的核心协定表示广泛的支持，即多个部门对个人整个生命周期中的人权、能力和尊严进行投资是可持续发展的基础。基于审查的行动框架呼吁在可持续发展方面采取全面的方法，这种方法承认人权、不歧视、妇女平等、性健康和生殖健康、人口动态、发展和可持续性之间的相互联系，以及规划、实施和成果问责之间的相互联系。

814. 鉴于当前的社会和经济不平等、对地球的威胁以及审查结果，必须在更强的共同人性观念和毫不动摇地遵守《国际人口与发展会议行动纲领》确定的原则和目标的基础上，作出现在和未来发展的选择。青年在成长过程中越来越认识到，人类活动正在威胁环境。这一事实，加上青年能够越来越多地获得共同知识和进行沟通，为开展创新实现可持续未来带来了希望。

815. 根据审查结果对框架概述的全球挑战采取有效的集体行动将需要大会和秘书长与联合国系统各组织的理事机构合作，在审查处理全球问题的现有机构和管理机制方面发挥领导作用，以确保国家、地区和全球各级有效协调、统筹和步调一致，采取全面应对措施，确保以权利为基础的可持续发展。

816. 关于 2014 年以后《国际人口与发展会议行动纲领》后续执行的大会特别会议是就 2014 年后进一步执行《行动纲领》而进行的业务审查结果和建议采取行动的决定性机会，并请大会设法将审查结果和建议纳入初步审议 2015 年后的发展议程和特别会议的筹备工作中，以将平等、尊严和权利的原则全面推广到子孙后代，并确保可持续发展。

附件

2014 年以后《国际人口与发展会议行动纲领》后续执行监测
框架

监测框架汇总表

2014 年以后《行动纲领》后续执行		说明性指标	
目标和计量领域	投入/结构	努力/进程	成果/影响
一. 确保人人享有尊严、人权和不受歧视			
1. 消除贫穷和促进平等的谋 生机	落实社会保障权的国内法生效日期和覆盖面，其中包括在患病、年老、失业、工伤、产假和(或)陪产假、残疾或病弱情况下以及为遗属和孤儿落实社会保障权的国内法	领取现金或其他定期收入补助的穷人所占百分比 按性别分列的失业福利涵盖的失业者比例 按性别分列的可领取老年退休金的老年人(60 岁以上/65 岁以上)比例	国际认可贫穷线以下的人口比例(目前的贫穷线为每日 1.25 美元(购买力平价)) 国家贫穷线以下的人口比例 20%的最穷人口在国民消费中所占份额 40%最穷人口的消费/收入增长(在实际人均消费/收入中的百分比)
	充分就业作为中央银行(反映在其章程中)和各国政府(反映在其选举方案中)的一项政策目标	反映社会保护最低标准的指标*	在业穷人(就业人口中每日靠不到 1.25 美元(购买力平价)生活的人口比例)
	支持最穷人口的措施，包括最低工资立法；组建工会和参与集体谈判的自由	终生学习指标*	5 岁以下儿童中体重不足者的比例
	落实工作权利的国内法生效日期和覆盖面，其中包括确保人人享有平等机会和消除就业歧视的法规，以及针对目标群体(妇女、儿童、移民者、土著人)的特别措施		按性别、目标群体和受教育水平分列的劳动适龄人口中就业相对于人口的比率 无报酬的家务工作或家庭照料工作指标* 按性别、年龄和地点分列的失业率 参加社会保障计划的劳动力比例*
2. 增强妇女和女童权能，减少一切形式暴力侵害妇女的行为，实现性别平等	产假、陪产假和育儿假时间 现行财产和继承法不存在对妇女和女童的歧视 反对童婚的现行法律，包括	在选举中采用性别配额(在立法会议中为妇女预留席位；立法规定在选举名单上为女候选人预留位置；自愿政党	议会中的妇女比例 担任管理职位的妇女比例 有薪就业者中的男女比例

2014 年以后《行动纲领》后续执行		说明性指标	
目标和计量领域	投入/结构	努力/进程	成果/影响
	规定 18 岁为最低结婚年龄的立法	配额) 关于监测和减少性别暴力的国家机制的指标* 关于努力执行平等继承权和财产权的指标 关于努力执行禁止童婚法律的指标* 男女薪酬差异 按性别分列的可获得机构贷款(而不是小额信贷)的人口比例	按性别分列的拥有土地的成年人口比例 20 至 24 岁妇女中不满 18 岁结婚或与他人结合的妇女比例 15 至 49 岁妇女中在过去 12 个月内受到暴力或性暴力侵害的人所占比例 15 至 49 岁妇女中女性生殖器遭残割/切割的人所占比例
3. 对儿童、青少年和青年的能力进行投资	国家全民教育政策的时限和覆盖面, 其中包括为目标群体(童工和街头儿童)制定临时特别措施的规定 按职业种类分列的法定最低就业年龄 关于职业教育和提高技能的国家政策	完全合格和受过培训的中小学教师的比例 师生比率 政府用于从学校过渡到工作方案的预算 教育质量指标*	按性别分列的小学学业完成率 按性别分列的调整后中等教育净入学比率 取得被认可和可衡量的学习成果的青少年比例 按性别分列的未受教育、未就业或未受培训的青年人数 按性别分列的参加生产活动的儿童比例 按性别和目标群体分列的毕业后等候首次工作的时间长度
4. 消除歧视和促进尊重所有人的文化	存在禁止歧视所有人的法律 消除强迫劳动政策的时限和覆盖面, 其中包括消除最恶劣形式的童工、家务工作和移徙者工作以及贩运人口行为的政策 国家残疾人政策的时限和覆盖面	促进尊重所有人的文化的课程质量指标* 保健设施工作人员中与艾滋病毒相关的污名化* 关于努力执行反歧视法的指标*	关于担心遭受暴力的指标* 按目标群体分列的犯罪流行率/发生率, 其中包括仇恨犯罪* 目标人口群体在公共和私营部门占据的相关职位比例

2014 年以后《行动纲领》后续执行

说明性指标

目标和计量领域

投入/结构

努力/进程

成果/影响

二. 加强保健系统，确保普遍享有性健康和生殖健康

1. 加强保健系统，在普遍提供高质量性健康和生殖健康服务以及落实性权利和生殖权利方面加快进展	纳入性健康和生殖健康内容的国家政策的时限和覆盖面 保健系统治理政策指数(世卫组织)	保健支出在政府支出总额中的份额 从居住地前往提供性权利和生殖权利服务的保健设施所需时间低于 2 小时的人口百分比 由熟练保健人员接生的新生儿比例 提供性健康和生殖健康服务/计划生育服务的初级保健设施比例 卫生信息系统业绩指标(世卫组织) 保健人力资源指标*	母婴艾滋病病毒传播率 性健康和生殖健康服务质量指标* 说明可获得保健设施服务和基本药物情况的指标*
2. 为了青少年和青年的性健康和生殖健康以及终生健康保护和落实他们获得准确信息、全面性教育和保健服务的权利	消除青少年和青年性健康和生殖健康服务中的法律障碍，包括法律保护不一致的现象，这一现象可能造成与年龄有关的障碍	衡量面向青少年和青年的性健康和生殖健康信息和服务质量的指标* 在校或辍学青少年中接受过全面性教育和收到性健康和生殖健康、性别平等和人权资料的青少年比例	青少年生育率 20 至 24 岁妇女中未满 18 岁怀孕者的比例 15 至 24 岁未婚男女在最后一次性行为中使用避孕套的人所占比例 15 至 24 岁青年男女中正确识别预防艾滋病毒的性传播途径并反驳关于艾滋病毒的主要错误看法的人所占比例 艾滋病在青年中的流行率
3. 加强具体性健康和生殖健康服务，包括计划生育；堕胎后照料；产妇照料；性传播感染，包括艾滋病	准许堕胎的理由	计划生育专门预算项目 避孕商品采购专门预算项目 将性权利和生殖权利/计划生育纳入产后、堕胎后和防治艾滋病服务的程度(比如通过转诊、在同一设施和在同一次就诊中统一提供服务) 知情选择指标*	未满足的计划生育需求 避孕普及率 按财富五分法分列的产前保健覆盖面(一次和四次就诊) 按财富五分法分列的由熟练保健人员接生的新生儿比例 死于不安全堕胎的人数

2014 年以后《行动纲领》后续执行

说明性指标

目标和计量领域	投入/结构	努力/进程	成果/影响
		过去两年中承付的新资源和(或)追加资源,用于性健康和生殖健康服务	孕产妇死亡率 新生儿死亡率
		政府在性健康和生殖健康服务支出总额中的份额*	抗逆转录病毒疗法覆盖面 性传播感染流行率指标*
		提供各种可靠避孕方法的设施百分比,这些方法分四类:短期避孕;长效可逆法;长期避孕;紧急避孕	孕产妇发病率指标包括:产科瘰发病率、子宫下垂发病率和严重贫血症发病率
		报告过去 6 个月中某种现代避孕用品不缺货的设施百分比	15 至 49 岁成人中在过去 12 个月中曾接受艾滋病毒检测并了解检测结果的人所占比例
		提供性健康和生殖健康/计划生育服务的初级保健设施百分比	
		提供性传播感染快速诊断检测的初级保健设施百分比	
		区域供应中心的可用性和准备情况(世卫组织服务提供和准备情况评估)	
		每 20 000 名新生儿中的产科急诊服务密度	
4. 通过从儿童和青少年时期开始促进健康行为以及提供例行检查、早期治疗和转到更高级别护理设施应对非传染性疾病造成的日益深重的负担	国家卫生政策包括健康推广工作和非传染性疾病,同时考虑到终生办法	反映政府努力促进各年龄人口健康行为的指标*	宫颈癌和乳腺癌发病率、流行率和死亡率
		反映政府通过学校课程努力促进儿童和青少年健康行为的指标*	按性别分列的成人肥胖症发病率
		例行检查方面的公共投资*	按性别分列的糖尿病发病率
		初级保健设施例行检查服务的普遍可用性(世卫组织指标)	按性别分列的青年和青少年偶尔大量饮酒行为*
		能够筛检非传染性疾病保健设施比例	按性别分列的确实年龄在 30 至 70 岁之间的人口死于心血管病、癌症、糖尿病或慢性呼吸道疾病的概率
		按性别分列的目前吸食任何	按性别分列的重大非传染性

2014 年以后《行动纲领》后续执行		说明性指标	
目标和计量领域	投入/结构	努力/进程	成果/影响
		烟草产品的情况(年龄标准化比率和青年比率)	疾病造成的死亡率 不安全的自然和职业环境造成的死亡、伤害、疾病和残疾
三. 确保处所安全和安全流动			
1. 确保将生活在新型多样家庭中的人的需求纳入公共政策, 包括城市规划	制作了一人家庭和单亲家庭数据, 并在公共政策、包括在城市规划中加以利用	按方案和目标人群分列的社会保护方面的公共支出	按户主性别分列的领取社会保护福利金的一人家庭和单亲家庭比例
2. 将城市生活的所有福利扩大到所有现有和今后的城市居民, 同时考虑到城市人口增长预测	存在国家非限制性国内移民政策	为被排斥/弱势群体分配的市政预算百分比	生活在贫民窟的城市人口比例
	制作了说明城市化趋势的数据, 并在公共政策、包括在城市规划中加以利用	为公共空间分配的市政预算百分比	可获得改良水源的人口比例
	国家住房政策或逐步执行适当住房权保障措施的战略的时限和覆盖面, 其中包括为目标群体制定的特别措施	为大众交通分配的市政预算百分比	可利用经改善的卫生设施的人口百分比
		每名居民的适当分区公共空间	用上电的人口比例
		获得每周固体废物收集服务的人口比例	
	城市治理指标(人居署)	低碳来源的城市能源所占份额	利用公共交通的城市居民百分比
	反映城区之间和城区内部差距的指标*		
	平均收入租金比率		
	每名居民的城市绿色空间		
3. 促进国际移民对发展的惠益	存在确保国际移民者平等获得保健服务的法律	国家牵头的推动技术熟练的合格侨民短暂、虚拟或长期回归的方案数目	获得保健服务的国际移民者比例
	承认国际移民者资格的双边或区域协定数目	原籍国和目的地国汇款平均费用	获得正式银行和汇款服务的国际移民者比例
	签署并执行关于社会保障可携带性的双边或区域协定数目	关于移民者征聘费用的指标*	说明国际移民者福祉的指标*
		关于国际移民费用的指标*	关于贩运人口的指标*
4. 改善生活条件, 确保那些缺乏处所安全的人充分融入社会	存在保证平等继承权的立法	应急准备计划中包括性健康和生殖健康服务	境内流离失所者比例
	存在防止被迫驱逐的立法		难民比例
	存在临时保护政策, 包括收		

2014 年以后《行动纲领》后续执行		说明性指标	
目标和计量领域	投入/结构	努力/进程	成果/影响
	容所		无家可归者比例* 本报告所述期间报告的“强制驱逐”案例*
四. 加强全面领导和问责制			
1. 加强国家能力, 以便在拟定可持续发展战略/政策时制作、传播和有效利用人口和生殖健康数据和预测数	通过生命登记系统记录的出生、死亡和婚姻估计比例	用于加强国家统计能力的专门预算项目 反映在捐助方供资政策和规划程序方面做出努力的指标, 旨在避免重复、确定资金缺口和确保尽量高效益、高效率地利用资源* 反映私营部门在为人口和发展调动资源方面发挥更多作用的指标*	数据是否可用于监测 2014 年以后的监测框架* 用于更好地跟踪承诺用于所有四类人口活动的资源的指标, 这四类活动是: 计划生育服务; 基本生殖健康服务; 性传播疾病/艾滋病毒/艾滋病活动; 基础研究、数据和人口与发展政策分析*
2. 确保预算编制和决策流程具有透明性, 并建立质量保证机制, 以解决公共和私营部门服务短缺的问题	行政法庭或专门司法补救机制的生效日期和覆盖面	参与监测和履行国家在具体领域做出的承诺的已登记非政府组织或活跃的非政府组织数目(每 10 万人)	关于透明度和腐败的指标* 按目标群体分列的社会参与指标* 关于国际合作和伙伴关系的指标*

* 包括需要制定/改进的计量领域或仅获得有限数目国家的数据的指标(见下文第 8 段)。

监测 2014 年以后《行动纲领》的执行情况

1. 监测框架遵循人权概念框架，因此重点衡量义务承担人对其义务作出的承诺和为履行这些义务开展的努力。该框架还包括说明影响/成果或权利所有者在多大程度上行使权利的指标。
2. 该框架重申了《行动纲领》的核心信息，即实现可持续发展的道路是平等实现尊严和人权、良好健康、处所安全和流动安全以及通过善治取得的业绩；治理责任包括在国家 and 全球促进社会、经济和环境综合可持续性，使后代子孙获得机会和福祉。
3. 对于 2014 年以后《行动纲领》业务审查的每个主要专题领域，目标和次级目标都是根据在业务审查中确定的需采取进一步行动的主要领域提出的。按专题对次级目标进行了讨论，后来进行了统一审查，以确保这些目标不重叠。按照承诺-努力-成果这一连续次序确定了每个次级目标的计量领域示例。
4. 在制定这一拟议监测框架时采用了几项原则；框架应包括少量指标。这将减少在低收入国家收集数据的负担，也便于让各国对进展负责。应当对国家收集和分析数据的能力进行评估，并在监测工作中考虑到能力建设问题。在这方面，本报告提出的一条主要建议是，各国应采取重要措施，建立或改善出生、死亡和死亡原因登记系统。
5. 该框架应侧重于反映努力情况的指标，因为这些指标对进展更加敏感。例如，虽然在保健目标下最终需要的是改善保健成果，但保健状况指标对变化相对不敏感，需要时间才能显示出进展。另一方面，努力和进程往往更容易跟踪，该框架包括可追踪保健情况变化的进程/努力指标。预计这些指标将与成果指标密切相关。
6. 平等和不歧视是 2014 年以后《行动纲领》的主要方面，监测框架应予以适当处理。数据收集应促进按性别、年龄、少数群体状况和财富五分法分列数据。应注意到残疾和其他限制获得保健或其他服务机会的健康状况。应通过确保在偏远或得不到充分服务的地区收集数据应对空间不平等。数据收集所包括的资料应有利于对区域和国家以下各级的差别和趋势进行分析。
7. 千年发展目标框架中的说明性指标是由现有数据收集机制确定的，这是此类指标的主要局限之一。预计将启动进一步工作，加强 2014 年以后的监测框架，为此将探讨和制定新的监测工具，制定和检测新的指标，以获取关于新出现问题的信息，并在 2014 年以后《国际人口与发展会议行动纲领》后续执行框架中确定新的优先事项。

8. 需要开展的工作应包括关于可量性的技术工作，以审查拟议指标的提法(分子/分母、明确性、周期性、可比性、成本效益)和已建议的验证目前尚未在国际一级系统收集的那些指标是否可计量的步骤。预期成果应包括：

(a) 商定的将纳入监测框架的选定指标最后列表，其中应载有这些指标的业务定义及其覆盖面、更新周期和上级组织/机构的有关信息；

(b) 对今后工作提出的建议和明确的研究议程，以便在三个方面制定/改进指标和(或)数据收集机制，同时考虑到定义明确性、经检测的有效性、数据可用性、数据收集的可行性和便利性方面的差别，这三个方面是：

(一) 规范性工作：提供标准定义，制定计量和报告工具；这将包括为新指标确定和衡量备选数据来源；

(二) 检测和验证：在实地试用和验证指标，改进计量和报告工具；

(三) 宣传和通信：促进在现有计量和报告工具中采用一些指标。

9. 应在这一进程中征询各种合作伙伴/利益攸关方的意见，确保与全球和区域活动(问责制委员会、世卫组织产妇、新生儿和儿童健康伙伴关系和 2020 年计划生育伙伴关系等)的联系，并提出明确提案，以发挥协同作用，同时利用国家和全球一级的互补努力。

10. 后续进程还会要求把监测框架转变为行动工作计划，其中概述目标、主要做法、具体国家和全球行动、各合作伙伴的作用和职责以及监测工作计划实施进展的方式。工作计划下的全球报告、监督和问责机制将要求主要合作伙伴和利益攸关方提供反馈。