



经济及社会理事会

Distr. : General
11 December 1997
Chinese
Original: English

人口与发展委员会

第三十一届会议

1998年2月23日至27日

临时议程* 项目4

国际人口与发展会议各项建议的后续行动

1998年世界人口监测的简要报告:健康与死亡率

秘书长的报告

摘要

本报告是根据人口与发展委员会的职权范围和经济及社会理事会第 1995/55 号决议核可的面向议题、按优先顺序排列的多年期工作方案编写的。

本报告概述了健康与死亡率问题某些选定方面的最新资料,涉及的议题包括:死亡率的水平和趋势;儿童生存与健康;初级保健和保健部门;妇女健康和 safe 孕产;人体免疫机能丧失病毒和后天免疫机能丧失综合症(HIV/艾滋病);流行病的转变;健康和死亡率政策;政府间组织和非政府组织在健康和死亡率方面进行的活动;以及健康与发展。初步、未经编辑的全面报告将作为工作文件载于 ESA/P/WP.142 号文件中。

本报告由联合国秘书处经济和社会事务部人口司编写,并得到了世界卫生组织、联合国儿童基金会和联合国 HIV/艾滋病联合方案的协助。

* E/CN.9/1998/1。

目录

	段次	页次
一、死亡率的水平和趋势.....	1 - 7	3
二、儿童生存与健康	8 - 17	4
三、初级保健和保健部门	18 - 26	6
四、妇女的健康和安全孕产	27 - 34	7
五、人体免疫功能丧失病毒(HIV)感染和后天免疫功能综合症(艾滋病)	35 - 52	9
六、流行病的转变	53 - 62	12
七、保健和死亡率政策	63 - 68	13
八、政府间组织和非政府组织的活动	69 - 76	16
九、健康与发展	77 - 87	17

表

1. 根据死亡率的水平、按主要地区或区域分类, 1970 -1975 年和 1990 - 1995 年的婴儿死亡率, 这些时期婴儿死亡率百分比的变化以及 1990 - 1995 年 5 岁以下的儿童死亡率	5
2. 1990 年按区域分列的订正产妇死亡估计数	8
3. 1997 年 HIV/艾滋病患者人数分布估计.....	9
4. 各国政府对其死亡率水平特别关注的人口组别	15

图

一. 1950-1995 年,较发达区域和较不发达区域的出生时预期寿命(男女合计)	3
二. 选定区域每年新感染 HIV 的人数	10
三. 1995 年各国政府关于死亡率水平可接受程度的看法	14

一、死亡率的水平和趋势

1. 自第二次世界大战以来,在降低死亡率方面取得了显著进展,今天,全球平均预期寿命大约是男子 62 岁,妇女 67 岁,这是 1950 年代初,比较发达地区的典型水平。

死亡率降低确实是全球性的,但预期寿命的上升速度在较不发达区域比在比较发达区域快得多。这样,这两个区域之间的差距从 1950 年代初的 25.6 岁缩小为 1990-1995 年的 12.1 岁(图一)。今天,这两个区域的预期寿命分别是 62.1 岁和 74.2 岁。

2. 在大多数发达国家中,成年人、特别是上了年纪的人的死亡率下降,对提高预期寿命作出了重要贡献。欧洲南部死亡率下降得最快,在 40 年内,达到降低 12.7 岁的记录。尽管预期寿命已达到很高的水平,死亡率继续下降。例如,在 1990 和 1995 年期间,日本的预期寿命是世界上最高的,

男子 75.9 岁增至 76.4 岁,妇女从 81.8 岁增至 82.9 岁。

3. 但在转型期经济国家中,死亡率的趋势有所不同。从第二次世界大战之后到 1960 年代中期,前苏维埃社会主义共和国联盟(苏联)和大多数东欧国家的预期寿命稳步提高,这主要是由于原先较高的婴

儿死亡率迅速下降的结果。到 1960 年代中期,东欧的预期寿命已接近北美和西欧的水平。然后,预期寿命停滞了 20 至 30 年,其中间有短暂的上升和倒退。停滞是由于两种相对趋势造成的:改善儿童存活方面的进展缓慢;成人、特别是男子的生存情况恶化。结果,东欧的平均预期寿命(男女合计)在 1990-1995 年期间有很大差异,例如,俄罗斯联邦是 66.5 岁,捷克共和国则是 72.0 岁,而在欧洲联盟内,又从葡萄牙的 74.4 岁到瑞典的 78.1 岁不等。苏联解体后新成立的欧洲独立国家集团中,这种情况更加糟糕。在 5 至 8 年的时期内,在这个国家集团中,各国的预期寿命都下降了(男女合计),从爱沙尼亚下降 2.7 岁到俄罗斯联邦下降 5.9 岁不等。

4. 较不发达区域的进展很不平衡,目前的预期寿命年龄有很大差异。在 1950-1955 年和 1990-1995 年期间,亚洲预期寿命年龄增长的绝对数字是最大的,从 41.3 岁增至 64.5 岁。大多数人口众多的亚洲国家实现了超过 20 岁的增长,这些国家是:中国、印度、印度尼西亚、巴基斯坦、菲律宾、泰国和土耳其。尽管如此,一些亚洲国家的预期寿命仍属于世界上最低的,例如阿富汗(1990-1995 年期间为 43.5 岁)。在拉丁美洲和加勒比地区,预期寿命的增长没有亚洲快(17.1 岁),1990-1995 年期间达到 68.5 岁。非洲远远落在后面,从 1950-1955 年的 37.8 岁增加了 14 岁,到 1990-1995 年期间为 51.8 岁。

5. 绝大部分最不发达国家位于撒哈拉沙漠以南的非洲地区。尽管最不发达国家的预期寿命增加了 14.2 岁,但它们的进展比其他发展中国家要慢得多。最不发达国家在 1950-1955 年至 1990-1995 年期间预期寿命平均年增长 0.4 岁,而在较不发达区域(不包括最不发达国家)为 0.6 岁,这种情况意味着,最不发达国家远远落在世界其他国家的后面。尽管在 1950-1955 年期间,最不发达国家集团的平均预期寿命比不包括这些集团在内的较不发达国家平均数低 6.2 岁,但到 1990-1995 年期间,这个差距进一步加大为 14.6 岁。自 1985 年以来,战争和内乱造成一些国家的死亡率大幅度增加。例如,据

估计,卢旺达的预期寿命已从 1985-1990 年的 46.7 岁降至 1990-1995 年的 22.6 岁。

6. 在很多发展中国家里,人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症(HIV/艾滋病)流行病的蔓延是造成死亡的一个重要原因。HIV/艾滋病的影响在撒哈拉沙漠以南的非洲地区特别严重,从 1970 年代末期到 1980 年代初期这种病毒在这个地区开始了大规模传播。由艾滋病造成的预期寿命停滞或下降预计将持续到 2000 年。如果没有艾滋病的话,受这种流行病影响最严重的撒哈拉沙漠以南非洲地区的 24 个国家的累计预期寿命在 1985-1990 年期间本来应当达到 51.4 岁,到 1990-1995 年期间本应增至 52.6 岁。但由于艾滋病的缘故,实际预期寿命在 1985-1990 年期间下降了 1.5 岁,到 1990-1995 年期间进一步降至 48.3 岁,比没有艾滋病的情况下减少了 4.3 岁。在受影响最严重的 5 个非洲国家中,有 10%或更多的成人感染上了人体免疫机能丧失病毒,在 1990-1995 年期间,由于艾滋病的缘故,预期寿命减少了 9.1 岁;这些国家的平均预期寿命下降为 44 岁;仅在这些国家里,1985-1995 年期间,估计另有 150 万人因这种病毒而死亡。

7. 在最近举行的两次重要国际会议上:1994 年的国际人口与发展会议和 1995 年的社会发展问题世界首脑会议都通过了提高预期寿命的目标。《国际人口与发展会议行动纲领》¹ 提出,各国应制订目标,到 2005 年时,使出生时预期寿命达到 70 岁以上,到 2015 年时,使出生时预期寿命达到 75 岁以上(第 9.5 段)。《社会发展问题世界首脑会议行动纲领》² 通过了到 2000 年达到 60 岁的目标(第 36(b)段)。如果联合国最新人口预测的假设站得住脚,那么到 2005 年时将有 71 个国家不可能达到国际人口与发展会议所通过的 70 岁的目标,有 111 个国家到 2015 年不可能达到会议确定的 75 岁的目标。

二、儿童生存与健康

8. 在 1990-1995 年期间,每年大约有 1 100 万儿童在 5 岁之前死亡,其中 820 万儿童甚至未能过第一个生日。其中绝大部分的死亡(98%)发生在发展中国家,最不发达国家占有 5 岁以下死亡人数的三分之一。在发达世界,1990-1995 年期间每 1 000 名新生婴儿中只有 11 名儿童在 1 岁之前夭折;在发展中世界,每 1 000

名新生儿中,则有 68 名婴儿在 1 岁之前死亡。最不发达国家的婴儿情况甚至更糟糕,每 1 000 名新生儿中有 109 名婴儿在 1 岁之前死亡。同样,5 岁以下的儿童死亡率是比婴儿死亡率更为敏感的一个社会经济、环境和行为因素指标。在发展中国家,5 岁以下儿童死亡率

是发达国家的 7 倍,最不发达国家 5 岁以下儿童死亡率甚至是发达国家的 12 倍。区域一级婴儿和 5 岁以下儿童死亡率估计数见表 1。

表 1. 根据死亡率的水平、按主要地区或区域分类,1970-1975 年和 1990-1995 年的婴儿死亡率,这些时期婴儿死亡率百分比的变化以及 1990-1995 年 5 岁以下的儿童死亡率

主要地区或区域	婴儿死亡率 (每 1 000 名活产)		婴儿死亡率 百分比变化	5 岁以下儿童死亡率(每 1 000 名活产)
	1970-1975 年	1990-1995 年	1970-1975 年 至 1990-1995 年	1990-1995 年
世界	93	62	-33	82
较发达区域	21	11	-50	13
较不发达区域	104	68	-35	90
最不发达国家	147	109	-26	156
北美	18	9	-52	10
欧洲	25	13	-48	16
大洋洲	41	26	-36	33
拉丁美洲和加勒比	80	40	-50	46
亚洲	98	62	-37	77
非洲	130	94	-28	145

资料来源:《世界人口前景:1996 年订正本》附件一(联合国出版物,即将出版)。

9. 世界儿童问题首脑会议和国际人口与发展会议认识到加强努力、降低儿童死亡率的重要性。要求采取行动,促进儿童的生存和健康,并确定降低死亡率的目标。《国际人口与发展会议行动纲领》规定,各国的目标应是,到 2015 年,把每 1 000 名活产的婴儿死亡率降低到 35 名以下、把 5 岁儿童以下儿童死亡率降低到每 1 000 名儿童中低于 45 人(第 8.16 段)。

10. 首先考虑死亡率高的国家--即那些自 1985 年以来,

最新的婴儿死亡率估计为每 1 000 名活产中最少有 100 人死亡或 5 岁以下儿童死亡率为每 1 000 名儿童中最少有 150 人死亡的国家。显而易见,即使各国从 1995 年开始,把下降率维持在相当于这一类中实际记录最高的国家的比率(每年 2.3%),它们也很难达到规定的各项目标。这一类主要包括以最不发达为特点的国家,而且这些国家主要集中在非洲。最不发达国家趋向于集中在西非和东非。在亚洲,属于这一类的国家主要位于印

度次大陆,在拉丁美洲和加勒比地区,唯一属于这一类的国家是海地。

11. 据估计,自 1970 年代以来,所有发展中区域的婴儿和儿童死亡率持续下降,但有证据表明,在 1980 年代期间,下降的速度开始减慢,特别是在最不发达国家中。对很多最不发达国家来说,死亡率下降速度放慢是与人体免疫功能丧失病毒感染日益严重相连接的。在 HIV 感染程度相当严重的国家里,降低儿童死亡率的任务已变得非常繁重,可能不单单依赖旨在消除传统的儿童传染病的方案,而且要依靠共同努力,防止 HIV 进一步传播。

12. 应当指出的是,在过去 20 年里,很多发展中国家在改善儿童生存方面取得的进展给人们留下了深刻印象。这些国家包括世界上人口最多的一些国家,例如中国、印度和墨西哥,那里的年平均下降率超过每年 4%。最值得指出的是那些下降率保持在每年 7% 的国家或地区,就婴儿死亡率而言,这些国家包括智利、牙买加和大韩民国,就降低 5 岁以下儿童死亡率而言,另外加上哥斯达黎加;香港、中国;和斯里兰卡。还有一些发展中国家,它们的婴儿死亡率已经达到了可以与发达国家相媲美的水平(每 1 000 名活产中低于 11 名),这些国家包括以色列、大韩民国和新加坡。

13. 婴儿死亡率下降的趋势似乎也成为转型期经济国家的特点。对前苏联的继承国来说,在 1970 年和 1975 年期间,估计数字显示婴儿死亡率有明显增长,但这种增长是由于新生儿死亡记录改善引起的,不反映根本趋势的变化。自 1990 年以来的估计数显示出每年的波动情况,有时这意味着从一年到下一年的增长,但总趋势仍呈下降型。在其它转型期经济国家中,也可以观察到类似趋势。因此,数据表明,转型期经济国家正在进行的社会和经济变革对儿童生存率没有明显的破坏性影响。

14. 在市场经济体系稳固的发达国家,婴儿死亡率继续维持在很低的水平上,希腊、葡萄牙和美利坚合众国属于最高限额,即每 1 000 名活产中有 8 名婴儿死亡,瑞典的死亡率最低,1996 年,每 1 000 名活产中只有 3 名婴儿死亡。

15. 在发达国家,男性婴儿和儿童的死亡率一直比女性高。但在发展中国家,并不一定是这种情况。在发展中国家,从生存机会方面来说,女孩超过男孩的优势有时要受到其他因素的影响,包括重男轻女的歧视性育儿观念,结果导致儿童中女性死亡率过高。尽管只有少数发展中国家的女童死亡率明显过高,但这些国家的人数意味着这种影响十分重大。因此,据估计,女孩死亡率过高造成每年有 250 000 名 5 岁以下儿童死亡,而这种死亡是可以避免的。

16. 在过去二十年中,国际社会一直围绕着一个成本低、影响大的行动战略目标进行努力,目的是减少可以预防的儿童死亡。到 1980 年代中期,儿童全面免疫已成为很多保健计划中的一项主要活动。免疫以及其他儿童生存干涉方法有助于为儿童健康与发展调动政治支助,进一步提请注意在国家和社会一级能力建设和维持方案的问题。

17. 国际为加强儿童生存与发展的努力在 1990 年代得到进一步加强,各国政府、联合国系统各机构、非政府组织以及双边和多边组织密切合作共同努力。1990 年世界儿童问题首脑会议是加强儿童生存与发展干涉方面的一个重大里程碑。1996 年,秘书长有关大会关于世界儿童问题首脑会议的第 45/217 号决议执行情况的十年中期进度报告(A/51/256)指出,在实现为 2000 年制订的目标方面取得了重大进展。尽管有这些进展,但发展中国家的儿童死亡率仍然很高、特别是在撒哈拉沙漠以南的非洲地区和南亚,而这样高的儿童死亡率是不能接受的。

三、初级保健和保健部门

18. 初级保健大大促进了健康状况的改善。然而,继 1978 年《阿拉木图宣言》³ 之后,经过很长时间才开始调拨人力和财力资源用于初级保健。保健部门的决策仍偏重于临床治疗药品而非预防性和增进健康的公共保健。公共保健制度和服务可用的资源不足,而且对脆弱群体、残疾人和老年者的保健工作总的来讲没有得到很好的支持。

19. 关于人力资源,一方面,发达的市场经济体每 100 000 人就有约 750 名护士和助产士,而转型期经济体所报的数字也有 800 名,另一方面,最不发达国家每 100 000 人却只有 20 名。具有积极意义的是,全球对护理和助产服务的需求正在增加,而且世界卫生组织(卫生组织)活动的区域都报告说,对培训护士和开发人力资源的支助需求已有增加。

20. 在许多国家,仍存在一种顽固的偏见,即倾向于把护理病人的主要责任交给医生承担,尽管经验已表明,护士和其他保健工作者也能同样胜任许多相同的服务。需要作出更多努力来监测保健人员队伍的服务能力、所提供服务的质量和所需的费用。

21. 卫生组织于 1996 年发起了一项旨在解决健康与保健平等这一广泛问题的主动行动。该项主动行动力图确保以人民的需要,而不是以其社会特权作为分配健康福利的准则,并且力图缩小男女之间以及享受不同程度社会特权的群体之间可以避免的健康状况和保健服务方面的差距。

22. 在社区一级开展工作以解决老年人、残疾者和感染 HIV/艾滋病的人的问题,是较为有效的。同样,如果由每一社区内部的知名人士来从事推广母乳喂养、提供生殖健康咨询以及对母亲进行婴儿和儿童护理方面教育等工作,则其影响会比似乎由中央官僚机构强加此类活动要更为直接。

23. 自卫生组织采行必需药品概念并整理出第一批必需药品清单以来的 20 多年中,所提供的必需药品在绝对数量上有了大幅度增加。许多国家已采纳必需药品概念,将它作为使药品供应系统合理化的一个途径。有 120 多个国家定期地审查它们的国家必需药品清单。通过设立自主经营的中央医药店以及制定诸如《巴马科倡议》等包含分担费用等其他筹资办法在内的方案,公共部门的药品采购与分配得到了改进。私营部门的快速发展有助于多数国家的药品供应。然而,尽管取得了这一进展,估计仍有三分之一的世界人口不能正常获得必需的药品,而且在世界的某些区域,尤其是在非洲和

亚洲的最贫穷国家,超过 50%的人口无法得到必需的药品。

24. 许多国家采用卫生组织制定的准则和标准,扩大了它们的药品管制能力。然而,药品的质量仍是人们关切的问题,劣质和假冒的药品在国际商业贸易中很常见。人力和财力资源的短缺再加上政府削减经费,使药品管制当局确保市场药品安全、有效和质量合格的能力受到损害。

25. 缺乏基本卫生设施、安全供水和粮食保障继续在很大程度上导致传染病的流行。虽然清洁饮水和卫生设施的提供量在总体上已有增加,但仍不足以应付许多国家的人口增长。据估计,在 1994 年,发展中国家的人口中 75% 可获得安全饮水供应,34% 享有卫生设施。在这两个方面,农村人口的情况都更为糟糕。在 1994 年,农村地区卫生设施覆盖率仅达 18%,而城市地区的覆盖率则为 63%。同样,70% 的农村地区可获得安全饮水,而相比之下,城市地区的比例则为 82%。

26. 目前,全世界都意识到需要进行保健部门的改革,不过为此采取的办法存在很大的差异。多数国家的改革战略强调将责任下放到地方一级,将保健服务私有化,以及更加注重个人选择和保健费用责任。责任下放可采取若干形式,但在所有情况下,它都意味着保健筹资、培训、供应或资源水平均会发生重大改变。然而,由于缺乏数据,目前极难以判断随着时间推移整个系统的运作情况已出现何种变化。信息交流的改善将使一国的健康状况趋势得到更合理地分析;信息技术的推广应能促进今后的这方面工作。

四. 妇女的健康和安全孕产

27. 因怀孕和生育引起的并发症是发展中世界许多地区育龄妇女死亡的主因之一。1996 年公布的产妇死亡率表明,每年有 585 000 名妇女死于与怀孕有关的病症,其中的 99% 发生在发展中国家(表 2)。较发达区域和较不发达区域之间在产妇死亡率方面的差别很大:1990 年,产妇死亡人数从最不发达区域每 100 000 个活产的 480 多人到较发达区域每 100 000 个活产的约 27 人不等。在非洲有些地区,这一比例可能会高达每 100 000 个活产的 1 000 人。

表 2. 1990 年按区域分列的订正产妇死亡估计数

	产妇死亡率(每 100 000 个 活产的产妇死亡人数)	产妇死亡人数 (千人)
全世界总数.....	430	585
较发达区域.....	27	4
较不发达区域.....	480	582
非洲.....	870	235
亚洲 ^a	390	323
欧洲.....	36	3
拉丁美洲和加勒比.....	190	23
北美洲.....	11	0.5
大洋洲 ^b	680	1

资料来源:世界卫生组织/联合国儿童基金会,《1990 年订正产妇死亡估计数》(日内瓦,1996)。

^a 不含日本,该国包括在较发达区域之内。

^b 不含澳大利亚和新西兰,两国均包括在较发达区域之内。

28. 产妇死亡的原因在世界各地都很相似。在全球,约有 80% 的此类死亡都有直接的原因,即:因手术、疏忽、治疗不当或以上任何因素诱发的一系列事件而导致的孕期(妊娠、分娩和产后)产科并发症。最为常见的一个直接死因——占产妇死亡总数的四分之一——是产后出血,通常发生在分娩之后。产后感染常常是因为分娩期间未加妥善消毒或产道感染(包括性传染引起的感染)未予处理而导致,在产妇死亡人数中占 15%。孕期高血压症,尤其是子痫(惊厥)导致的产妇死亡人数占总数的 13%。约有 7% 的产妇死亡是因为滞产或梗阻性分娩。导致产妇死亡的其他直接原因包括子宫外孕和葡萄胎妊娠、栓塞及诸如麻醉等手术引发的后果。约有 20% 的产妇死亡是由间接原因导致的,即:已有病症因妊娠产生的生理影响而加重,从而导致死亡。在这些导致死亡的间接原因中,贫血是最主要的诱因。

29. 有很大一部分产妇死亡(大约 13%)是因不安全堕胎 4 引起并发症而导致的。《国际人口与发展会议行动纲领》确认不安全堕胎是一个重大的公共健康问题,并建议通过扩大和改善计划生育服务来减少堕胎。该《行动纲领》接着强调,在堕胎不受法律禁止的情况下,

此类堕胎应安全妥当地进行。在所有情况中,妇女均能够在诊治堕胎并发症时,获得高质量的服务。目前,世界上约有 90% 的国家(占世界人口的 96%)已实施政策,在不同的法律条件下准许堕胎,以挽救妇女的生命。但是,有很大比例的堕胎是自行或以其他不当方法实施的,导致很大一部分产妇死亡或使堕胎妇女受到终身伤害。

30. 妊娠并发症、健康不良和死亡的直接原因是在妊娠和分娩期间,孕妇没有得到妥当护理。较不直接的因素包括妇女地位低下、健康不佳和营养不良。妇女开始或停止生育的年龄、生育的间隔、一生中的怀孕总次数以及妇女所生活的社会文化和经济环境,所有这些都影响到产妇发病率和产妇死亡率。然而,决定孕妇健康和生存的一个最重要的直接因素是妇女获得并使用优质孕妇保健服务的程度。《国际人口与发展会议行动纲领》(第 8.22 段)清楚确认了这一点,其中指出:“所有国家在国际社会各界支持之下,必须在孕妇保健服务范围内扩大提供初级保健。……所有生产过程均应由经过训练的人员,最好是护士和助产士协助,至少由经过训练的接生人员协助。”

31. 卫生组织所作的全球性估计显示,在发展中世界,大约 65%的孕妇在妊娠期间至少接受某种护理;40%的分娩是在保健设施中进行的;此外,略超过一半的分娩是由具备熟练技能的人员协助的。这与发达国家的情况形成鲜明对比,在发达国家,几乎每位妇女都在妊娠、分娩和产后阶段接受定期护理。

32. 产后护理是孕妇保健中相对较受忽视的一个方面。根据已掌握的有限数据所作的估计表明,发展中国家的产后护理覆盖率不足 30%,而全球估计覆盖率为 35%。此种低水平的护理局面令人不安,因为产后期间的及时诊疗可以防止产妇和新生儿死亡,也可以减少与妊娠有关的长期病症。

33. 最明显阻碍使用孕妇保健服务的因素是距离太远。在农村地区,妇女无钱支付旅费,道路往往很难通行,且车辆极少,由此造成的具体障碍使得甚至连普通的产前护理服务都很难利用,此外,在出现并发症和紧急情况时,也很难利用有关的服务。

34. 随着安全孕产方案实施经验的积累,已可以日益明显看出,传统上使用的孕妇健康状况指数——产妇死亡率——无法用来监测短期的进展。多数安全孕产方案现在依赖孕产过程指数来进行定期的方案监测。此种孕产过程指数可包括基本产科护理服务的数量和分配情况、熟练保健医生在场情况下或在医疗设施中进行的分娩比例、手术分娩比率以及按医疗设施开列的病例死亡率。此外,各国被要求最大程度地利用高质量的技术来评估所提供护理的质量,例如深入的孕妇检查和病例复核。

五、人体免疫机能丧失病毒(HIV)感染和后天免疫机能综合症(艾滋病)

35. 截至 1997 年年底,估计全世界有 3 000 万人感染 HIV 或罹患艾滋病,其中约 110 万是儿童(见表 3)。这些病例中 90%以上的患者生活在发展中国家。

表 3. 1997 年 HIV/艾滋病患者人数分布估计

区域	目前患有 HIV/艾滋病的成人和儿童数目 (以千计)	HIV 感染率 (百分比) ^a
全世界共计.....	30 612	
撒南非洲.....	20 800	7.4
南亚和东南亚.....	6 000	0.6
东亚和太平洋.....	440	0.05
加勒比.....	310	1.9
拉丁美洲.....	1 300	0.5
北非和西亚.....	210	0.13
北美洲.....	860	0.6
西欧.....	530	0.3
中欧和东欧/中亚.....	150	0.07
澳大利亚和新西兰.....	12	0.1

资料来源:世界卫生组织/联合国联合和共同赞助的 HIV/艾滋病方案,《关于全球 HIV/艾滋病蔓延情况的报告》(日内瓦,1997 年 12 月)。

^a 患有 HIV/艾滋病的成人比例是指 15 至 49 岁的成人。

36. 1997 年期间估计有 580 万新感染上 HIV 的病人, 平均每天约有 16 000 人。在这些新感染的病例中, 约 40% 是妇女, 约 10% 是儿童。年轻人感染 HIV 的病例特别多: 1997 年, 一半以上的新受感染的成年患者不到 25 岁。1997 年, 同 HIV 有关的疾病造成约 230 万人死亡——约占自从这种严重流行病出现以来死亡总人数的五分之一。在这 230 万死者中约 460 000 人是儿童。

37. 感染 HIV 病人的地理分布并不均匀。在一些

地区, 自 1980 年代初以来这种病毒就广泛传播, 而在其他地区, 该病毒到 1991 年前后才开始蔓延(见图二)。这一球性的传染病还包括一系列的并发微型传染病, 各有其本身的结构和动态。只有少数相对富裕的国家能在其边境内制止这种传染病的增加, 而世界其他地方新出现和有时呈爆炸性的传染病感染人数正在急剧上升。实际上, 现在世界每个角落都受到 HIV 的影响。

资料来源:世界卫生组织/联合国联合和共同赞助的人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症方案, 《关于全球 HIV/艾滋病传染病的报告》(日内瓦, 1997 年 12 月)。

a 指 西 欧 、 北 美 、 澳 大 利 亚 、 新 西 兰 和 日 本 。

38. 据估计,截至 1997 年年底,在撒南非洲约 2 100 万人感染了 HIV 病毒——约占世界总数的三分之二。HIV 病毒是 1980 年代初期从非洲东部国家开始蔓延的。在这种传染病最近的发源地——即博茨瓦纳、莱索托、纳米比亚、南非和斯威士兰——等国的流行方式和强度与最早确定的一组国家一样。

39. HIV 病毒开始在亚洲部分地区大规模流行的时间比非洲晚——是从 1980 年代中期开始的。在十年期间,或更短的时间内,某些地区的感染率迅速上升。除了国家间情况大不相同外,亚洲地区各国国内 HIV 传染的程度也有相当大的不同,尤其是在中国和印度。

40. 亚洲地区资料最完善的国家是泰国。这一流行病于 1988 年在泰国传染开来,最初是在注射毒品者之间传染。该年头九个月中,这一群体的感染率从零上升到 35%。缅甸注射毒品者的感染率也呈同样上升幅度,在其后两年,印度东北部地区的情况也是如此。然而,通过性接触传染一直是亚洲国家的主要传染方式。

41. HIV 病毒在拉丁美洲较早开始蔓延,始于 1980 年前后——最初是在同性恋和双性恋的男子以及注射毒品者之间蔓延。该区域感染率最高的国家和地区是加勒比地区、洪都拉斯和巴西。

42. 在北美洲,尽管过去几年内艾滋病发病率的总体增长速度减缓,但在受感染的者中情况各有不同。在 1990 年代艾滋病发病率增长最快的是妇女和经济处境不利者的人口,人们是通过异性性接触感染的,而不是通过同性恋和其他非性生活传染方式感染。在过去几年,艾滋病的死亡率有所下降,大都是由于使用了先进的疗法。

43. 过去的几年内,在西欧,即欧洲大陆西北地区一些国家艾滋病的发病率呈平稳状态,而与此同时,西南欧洲的一些国家艾滋病的发病率则持续增加。尤其是在西班牙和葡萄牙,注射毒品者继续助长了 HIV 病毒的蔓延。

44. 在中欧和东欧的部分地区,各种传染病迅速蔓延,以下各种力量起了火上浇油的作用,其中包括政治和经济转型及其对生活方式、人们的期望和保健服务的影响等等。在 1980 年代末,一些国家——首先是波兰和前南斯拉夫,以及最近在黑海沿岸的乌克兰各城市据报都出现与注射毒品有关的 HIV 病毒大规模感染的情况。

现在,注射毒品也大大助长了俄罗斯联邦境内这一传染病的流行。

45. 在澳大利亚和新西兰,据报道,85%以上的感染是通过男性之间的性接触造成的。有迹象表明,澳大利亚的 HIV 感染率已升定平稳,新西兰的感染率正在下降。

46. HIV 病毒只通过体液传播。据估计,通过性接触的传播占全世界所有 HIV 感染病例中的 85%以上。通过血液和血液制品的传播是 HIV 感染的第二个主要途径。在许多地方,无论是发达还是发展中国家,注射者共用未经消毒的针头或针管注射毒品是这方面的重要途径。

47. 感染的第三个主要途径是由母亲传染给子女,包括在围产期和产后期。这种母亲传给子女的途径是 15 岁以下儿童感染 HIV 病毒的最主要来源。儿童也有可能通过输血和使用受污染的医疗器械感染 HIV 病毒。

48. 虽然感染 HIV 在目前是不治之症,但采取抗逆转录病综合疗法可大大推迟其发展过程。此外,有一系列的治疗方法可以预防和治疗机会感染以及那些免疫系统被 HIV 病毒削弱了的人所罹患的恶性疾病。也有一种预防性的抗逆转录病疗法,力求使人们在接触了 HIV 病毒后,降低其感染 HIV 的可能性。然而,许多国家的主要问题是能否获得治疗的问题,因为在这些国家普遍得不到这些治疗和/或担负不起大部分治疗方式的费用。

49. 应付 HIV 病毒涉及预防和护理,随着该传染病不断流行,这两个方面也日益紧密地联系在一起。几乎所有国家都已针对随着 HIV 病毒在全球蔓延所带来的问题和威胁作出某种回应。这种回应往往是由卫生部和国家艾滋病方案指导的,有些国家由国家领导人出面。在许多情况下,受这种病毒影响最大的社区——即地方社区团体或 HIV/艾滋病患者的组织,其回应是最强烈的。

50. 鉴于绝大部分 HIV 患者是通过性行为或注射毒品而感染的,因此行为方面的改变是力求预防感染的主要对策。预防方案的一个主要目标是查明涉及性生活或共用针头风险行为的人口,向他们提供必要的知识、技能、工具和有助益的环境,以便改变这些行为,从而降低他们的风险。预防方案还必须侧重于那

些可以影响到各种民众容易受到 HIV/艾滋病感染的更广泛问题。这些较长期的行动包括促进文化和社会变革,尤其是在妇女地位方面的变革,在许多社会,妇女特别易受感染 HIV/艾滋病。

51. 鉴于年轻人易受 HIV 和其他性病感染,社会有必要更努力地通过学校、家庭和大众传播媒介教育他们,帮助他们保护自己,并向他们提供学会自我保护技能的机会。即使儿童们目前可能尚无风险,但当他们还在上学的时候,就使他们掌握艾滋病的知识,是对他们前途的一个有效投资。

52. 随着世界一些地区正进入面对这一恶性传染病影响的第二十个年头,人们也日益将与 HIV 和艾滋病有关的问题正常化。在一些国家,这种正常化所采取的形式是把 HIV 当成另一种传染病未治疗。在另一些国家,正在扩大性健康和生殖健康服务,并重新对此作出界定。因此,必需开诚布公地把与 HIV 有关的服务纳入其他形式的服务中去,并与受感染的群体和社区进行全面协商;那些从事这项工作的人一方面要牢记合并有时可带来的益处,同时也应了解这一传染病的独特性及其对某些最边缘化的群体及社区的影响。

六. 流行病的转变

53. 目前,世界各主要区域都发生了流行病转变的情况,造成死亡的主要原因已从以传染病和寄生虫病为主变为以成人慢性病和变性疾病为主。到本世纪中时,非传染病、主要是循环系统疾病和癌症已经取代了传染病,成为发达国家死亡的最主要原因。到 1990 年代初期,这些地区中,将近 90% 的死亡是由于这些原因造成的。

54. 在发展中国家,因慢性和变性疾病引起的死亡在所有死亡中占越来越大的比例。由于全球儿童生存战略成功地降低了因传染病致死的婴儿和儿童的死亡率,因此发展中国家的死亡原因情况也在发生变化。生育率下降反过来又导致人口年龄结构的变化,使人口年龄老化,这也促使因成人慢性病和变性疾病死亡的比例增加,即使成人死亡率持续下降。人口中很大一部分人活到比较大的年龄才死亡,而非传染性疾病仍然是死亡的主要原因。

55. 正在进行全面努力,以按区域分类,对因某种疾病造成的死亡原因进行估计。结果显示,1990 年,在世界范围内,60% 的死亡是因非传染病造成的。其

中,不论是对男子还是对妇女来说,心血管疾病和恶性肿瘤是两大主要慢性病。1990 年,心血管疾病造成世界上大约 1 430 万人死亡,据估计,其中 63% 发生在发展中国家。从整个世界上来说,局部缺血心脏病是心血管病死亡的主要原因,其次是脑血管疾病。1990 年,恶性肿瘤夺走了大约 600 万人的生命,其中 60% 是在发展中国家。对妇女来说,乳腺癌仍是最常见的癌症,其次是胃癌。在发展中区域,子宫颈癌也对妇女的健康构成重大威胁。迄今为止,对男子来说,在因癌症死亡的男子中,肺癌仍是主要原因,其次是胃癌。

56. 1990 年,据估计有 1 720 万人死于传染病,其中 96% 发生在发展中国家。在传染病中,传染病和寄生虫病是所有区域中男女死亡的最主要原因,稳固市场经济国家、欧洲前社会主义经济制度国家和中国除外。在这些区域中,呼吸道传染病起相当重要的作用。产妇状况也是按区域分类、确定育龄妇女死亡率等级的重要因素。

57. 据估计,1990 年因伤致死占全世界死亡人数的 10%。按区域分类,因伤致死的比例大不相同,在稳固市场经济国家中,这种死亡占有所有死亡的 6%,是最低的比例,最高是拉丁美洲和加勒比地区以及撒哈拉沙漠以南的非洲地区,达 12—13%。据估计,在全世界 510 万因伤致死的事件中,84% 发生在发展中国家。

58. 尽管自本世纪中以来,非传染病一直是发达国家最主要的死亡原因,但各种原因对所有原因引起死亡的相对影响各地不同,这显示出慢性病的行为和其他风险因素的分布状况。在有稳固的市场经济国家和欧洲前社会主义经济制度国家之间,按死亡原因分类来说,死亡率的区域差异是很明显的。在后一个区域里,由于在两个区域来说都属于常见原因所造成的死亡率很高。此外,无意和有意致伤在欧洲前社会主义国家总死亡率中所占的比例比稳固市场经济国家要高得多。这些差异是由于行为、生活方式、环境因素和医疗保健造成的,这是很典型的情况,最近,社会心理因素也被增列为相关因素。

59. 在发达国家中,大多数死者都是 65 岁或 65 岁以上者。这些国家今后预期寿命的增加将主要取决于老年人慢性病死亡率未来发展的趋势。尽管未来是无法预测的,但最近的迹象表明,老年人死亡率下降的趋

势有可能还会持续。在东欧以外的大多数发达国家中，老年人死亡率自 1960 年代以来已经下降。随着行为变化和医学技术的进步，死亡率有可能进一步下降。在东欧，今后预期寿命的增长不仅将取决于老年人而且还取决于中年人的慢性病死亡率未来的发展情况，以及除慢性病和变性疾病之外，死于意外事故和受伤的死亡率。

60. 在发展中国家，各地流行病的转变情况差异很大。在被审查的区域和国家中，中国的转变最大，1990 年，那里的传染病只占有所有死亡的 16%。但有趣的是，中国某种慢性病的相对影响与欧洲和北美洲不同。亚洲国家死亡率低的国家、包括日本与西方的死亡原因类型不同，这是众所周知的。因脑血管疾病、特别是出血中风引起的死亡在亚洲国家比在西方更为常见。局部缺血心脏病在西方国家对因心血管疾病造成的死亡比对亚洲国家要大得多。就中国而言，慢性阻碍性肺病和肝癌也是引起慢性疾病死亡的突出原因。这种差异说明了非传染疾病造成的死亡率各地有很大差别，显示出国家和区域风险因素情况的差异。

61. 在其他发展中国家里，流行病的转变不象中国或其他发达国家那么明显。尽管在拉丁美洲和加勒比、北非、中南亚和西亚、其他亚洲和太平洋岛屿的死亡率中，非传染病占比较大的比例，但传染病仍占这些区域所有死亡的三分之一或更多。在印度和撒哈拉沙漠以南的非洲地区，传染病仍是特别重要的原因。因为那里几乎一半以上的死亡是由于传染病造成的。在发展中国家里，最主要的传染病包括腹泻病、下呼吸道感染、围产期失调和结核病。除这些原因之外，麻疹和破伤风属于在印度、北非、中南亚和西亚引起死亡的 10 个主要原因之列，麻疹、疟疾和 HIV 是在撒哈拉沙漠以南的非洲地区造成死亡的主要原因。调查结果最令人不安的问题也许是，利用现代医学技术，这些疾病有许多不仅是可预防的，而且也是可以治愈的。

62. 除了传染病继续造成的负担之外，慢性病死亡率的增长意味着，很多发展中国家政府现在面临着越来越

越大的压力，不得不把匮乏的保健资源从预防和治疗儿童传染病转移到治疗成人的慢性和变性疾病方面。政府对这种压力做出怎样的反应，对保健资源的分配很可能产生重要影响。在这些国家中，流行病转变似乎是伴随着社会经济发展而来的：慢性病和变性疾病在比较富裕的成人中较普遍，而传染病在穷人中仍相当普遍。从预防和治疗儿童传染病转移，可能会对成人慢性病的发展有长期的影响，其中很多疾病，例如风湿性心脏病、胃癌和呼吸道传染病都有传染源。考虑到各区域、甚至各区域内各国中流行病转变的速度各不相同，因此，根据对当地情况的了解制定保健政策，同时考在预防和治疗传染与非传染病之间，调整保健资源分配方面的长期和短期影响已变得越来越重要了。

七、保健和死亡率政策

63. 追求健康对个人、家庭、社区和社会实现所有社会和经济目标是极重要的。初级保健办法为拟订国家和国际两级上保健政策提供了蓝本。1978 年在阿拉木图举行的初级保健问题国际会议为初级保健运动提供了一股动力，自该次会议以来，几乎全世界所有国家都通过了《人人享有健康》战略。人人享有健康也有助于把保健列为发展纲领的重点。为配合这项办法，《国际人口与发展会议行动纲领》重申，增加取得初级保健机会和促进健康成为降低死亡率和发病率的中心战略。

64. 尽管在提高全世界预期寿命方面进展极大，事实上，没有一个死亡率水平是可以接受的，也没有任何国家政府认为某一个国家内的死亡率水平是完全令人满意的。不过，考虑到医疗技术水平和可用于降低死亡率的资源，一些国家政府把死亡率水平说成是“可以接受的”。截至 1995 年，全世界 73 个国家认为它们的死亡率水平可以接受，107 个国家认为其水平不可接受。在认为其死亡率水平不可接受的国家中，86% 为发展中国家（图三）。这并不令人惊讶。

图一.

65. 某一国内达到的死亡率水平不仅影响政府的看法,也影响到政府表示关注的保健型式。在发展中国家,婴儿和儿童生存和产妇死亡率是政府关注的主要事项。超过半数的发展中国家和约三分之二的最不发达国家都指出婴儿死亡率是主要关注事项(表 4)。大约五分之一的发展中国家和略少于三分之一的最不发达国家认为应关注母亲或孕妇以及育龄妇女死亡率水平。在 53 个非洲国家中,38 个国家对婴儿死亡率水平表示关注,30 个国家对儿童死亡率水平表示关注。18 个非洲

国家对母亲或孕妇死亡率表示严重关注,17 个国家对育龄妇女死亡率水平表示严重关注。在共计 46 个亚洲国家中,18 个国家表示关注其婴儿死亡率水平,7 个国家关注其儿童死亡率水平。在 33 个拉丁美洲和加勒比国家中,相应的数字分别是 15 个国家和 13 个国家。在亚洲,只有 7 个国家对母亲或孕妇死亡率水平表示关注,6 个国家对育龄妇女死亡率水平表示关注。在拉丁美洲和加勒比,3 个国家认为母亲或孕妇死亡率水平值得关注,6 个国家关注育龄妇女死亡率

水平。9 个发展中国家也对其农村人口死亡率水平
特 表 关 注 。

表 4. 各国政府对其死亡率水平特别关注的人口组别

主要地区和区域	国家总数	人口组别					
		婴儿	特别是 5 岁 以下儿童	母亲和 (或)孕妇	育龄妇女	男子	其他
全世界	193	84	57	29	30	17	29
较发达区域	56	14	7	0	2	14	12
最不发达区域	137	70	50	29	28	3	17
最不发达国家	48	31	23	15	14	0	3
非洲	53	38	30	18	17	0	4
亚洲	46	18	7	7	6	2	6
欧洲	43	9	5	0	1	12	8
拉丁美洲和加勒比 ...	33	15	13	3	6	2	7
北美洲	2	1	1	0	0	1	2
大西洋	16	3	1	1	0	0	2

资料来源：联合国秘书处经济和社会事务部人口司保存的人口政策数据库。

66. 在全世界较发达区域中,14 个国家提到全部成年男子或特定年龄群组成年男子死亡率水平是其关注事项之一。东欧 5 个国家认为成年男子间死亡率高和(或)上升是一项值得特别关注的问题。1990 年代头五年期间发生了东欧健康情况恶化问题,其后,9 个国家也对其婴儿死亡率水平表示关注,5 个国家对其儿童死亡率水平表示关注。

67. 在发展中国家和发达国家内,关于保健政策的辩论都主要涉及保健改革。尽管发展中国家在初级保健的执行方面进展极大,特别是免疫方案值得注意的成功,日益令人关注的是,越来越多大量属于较贫穷社会经济群组的人或住在农区的人很少有或根本没有享用基本保健的机会。虽然普遍享有基本保健服务是初级保健办法的一个核心原则,极少国家已采取均等的保健政策和

战略。在极大多数低收入国家内,划拨保健部门的有限公共资金大部分被医院系统匀支,只余下极少资源用于初级保健系统,也就是应付所有人的基本、必要保健需要的系统。在一个经济困难和日益自由化的范围内,这一系统的运作导致费用日增,同时变成越来越无效率和不均等。

68. 在发达国家,关于保健改革的辩论主要受到经济考虑的影响。改革提案的一项共同意见是,可以通过提高提供服务效率和效力大幅度降低成本。在这些改革提案中,最重要的是重新界定保健筹资机构--无论是公共当局或私营保险人员--的功能,从仅仅发挥筹资作用转变为积极的保健品采购人员。保健促使提供者彼此间的竞争是提供保健服务新办法的另一主要组成部分。许多保健改革大力侧重经济,使人们对这些改革

所涉影响产生不少关注。迄今,在管理创新与保健成效之间并无明显关系。另外,还强调,拟订、通过和执行一项保健政策--也许比任何其他型的政策更甚,是一个社会和政治进程的结果,在这个进程中所有行动者都应派代表参与。此外,明显的是,可对保健产生重大影响的行动责任逐渐落在诸如市政府和地方社区等国家以下当局身上。

八、政府间组织和非政府组织的活动

69. 非政府组织在增进人类健康和福利方面发挥了悠久的、历史性作用。它们本身显示出已成为各国政府和国际组织的重要辅助者,往往得以向政府渠道难以达及的人口和地区提供服务。非政府组织也日益积极促使实现《国际人口与发展会议行动纲领》的目标。在保健和死亡率方面,它们的广泛努力涵盖了为延长寿命和提高生活素质进行的整个系列的活动--发展教育、促进健康、提供服务、专业人员的进修、科学研究、出版物等等。

70. 在保健和与保健有关领域内工作的非政府组织数目极大而且稳步增加。这些组织在地方各级、国家一级和国际一级上工作。根据经济合作与发展组织(经合组织)在1990年代初进行的一项调查,在1 000多个来自会员国的非政府组织中,752个在人口与发展领域内工作,其中85%在保健领域内工作。它们在非洲50多个国家,亚洲及太平洋超过35个国家及拉丁美洲和加勒比超过29个国家内工作。在这一领域内包括的各类行动中,多数国家进行了妇幼保健活动,最经常执行的是初级保健行动(65%)。在来自经合组织成员国的非政府组织中,许多都向其南方对应组织提供支助或与其密切合作。它们不仅提供财务支助,也进行具有长远利益的技术和资料交换。

71. 许多非政府组织侧重增进对与高死亡率有关的选定疾病的科学了解。它们的科学工作使非政府组织在促进健康和降低死亡率方面发挥的作用更为重要而富有成果。例如:国际结核病和肺病防治联合会(肺结核病防治联合会)是寻求迅速有效办法治疗结核病的主要非政府组织,这是最易感染的传染病之一,特别在发展中国家内。现在,全世界三分之一的人口已传染到分支杆菌属结核病菌,即是引起结核病的因子。肺结核病防治联合会组成成员通过会议、研究和出版物收集和散发关于结核病和肺病以及社区保健问题所有方面的知识,并

开展国家一级上的活动。该联合会防治结核病的贡献例子是,它在发展DOTS(短期直接观察治疗)方面做的先驱工作,卫生组织此后即吁请全世界的医疗和政治领导人使用这一治疗战略,用以控制全球的结核病传染。因此,肺结核病防治联合会提供了一项重要的实例,说明一个非政府组织如何将其活动导向制订保健战略和发展拯救生命的保健治疗。

72. 国际心脏学会和联合会以及世界高血压病联盟这两个非政府组织把循环疾病的科学研究与重要的促进健康活动结合起来。因诸如心脏病突发和中风等循环疾病而死亡的人比任何其他疾病都多。国际心脏学会和联合会由80多个国家的国家心脏学会和心脏病基金会以及个人成员组成。世界高血压病联盟由60多个国家的国家学会组成。有一个例子可以充分说明这些非政府组织在国家间交流关于促进健康资料作用方面的重要性。爱尔兰心脏病基金会的一份关键性健康信息说,缺乏适当体能锻炼是心脏病的四大风险因素之一。1996年,爱尔兰心脏病基金会在无数地方学会和当局的支持下推动了一项鼓励锻炼计划,使用一种在每隔一公里处安置引人注目的旗杆符号和标志出人行道方法,以鼓励所有年龄的人为休闲和健康而锻炼。通过这些非政府组织散布这一促进健康想法的知识,导致芬兰、丹麦、瑞典、德国和北爱尔兰在有关心脏病基金会的合作下采纳此方案。这也就是非政府组织的活动如何支持更健康生活型式的另一个例子。

73. 社区组织在发展中国家和发达国家内提供保健服务方面具有日益明显的重要作用。不妨将这些组织以及妇女和农民群体等其他机关视为保健发展结构,它们构成一个区域保健系统的三大相互关联的组成部分之一。保健发展结构进行了广泛的活动。例如,它们发动当地人民进行保健活动,如有经费,则直接用于提供保健服务。更一般而言,保健发展结构对它们代表的人具有一种教育功能。

74. 卫生组织非洲区域内几乎所有4 000左右个保健区内都设有保健委员会。虽然一些保健发展结构由政府设立,其他则是通过一项演变进程设立的,某一特定社区组织根据此一进程历经时日发展而成,往往并无清楚说明的保健发展职务。例如,某一组织是在飓风灾难后由一所当地学校校长组成的。

75. 社区组织不属于正式政府结构,因此往往未受到正式保健部门的注意。这意味着,在极大程度上,它们

是一项使用不足的资源。在许多保健区内,这些组织的数目可能相当多。例如,尼日利亚和塞内加尔都记录了在卫生组织研究的区保健地区内约有 500 个,其他国家同样报告有极大数目。这项研究的一个重要调查结果是公平问题。在许多没有正式保健部门的地区,保健发展结构是保健事务的基本来源。此外,保健发展结构就区保健事务的执行情况和为使其更有效的疏通进行的监测职务,导致事务分配更公平(例如,在尼日利亚和牙买加)。

76. 包括社区组织在内的非政府组织继续在科学研究、健康治疗和促进健康领域内发挥重要作用。它们提供服务;教育保健专业人员,安排人员和家庭;进行和传播研究结果以及成功的治疗和防治技术。如《国际人口与发展会议行动纲领》所强调的,各国政府与非政府组织之间在地方、国家和国际各级上的广泛、有效伙伴关系是至关重要的。加紧努力进一步加强非政府组织以及进一步发展这些组织间的联系及与政府在所有级别上的联系是及时的,并将有利于发展中国家和发达国家中的许多人。

九、健康与发展

77. 全球面临各种健康方面的威胁,包括疟疾、新出现和重新出现的疾病(HIV/艾滋病、结核病、伊波拉热病),癌症和其他慢性病发病率上升,最近死亡率也在上升,医疗费用不断增加,贫穷难以消除,武装冲突不断发生,环境退化有增无减。面对这些威胁,健康与发展问题正在受到重新审查。自 1960 年代以来,发展概念已从狭隘的经济观点逐渐转变成强调发展的社会方面和环境可持续性的概念。争取更好地将经济和社会因素纳入发展的努力推动执行一项重视保健、计划生育、营养、教育、安全饮用水、卫生、住房、消除贫穷和可持续经济增长的战略。

78. 跨国统计分析表明,在 1930 年至 1960 年期间,就存活率而言,仅三分之一的改善是社会经济因素(即收入、识字和营养)所致。其余三分之二的改善是其他因素所致,例如抗疟疾方案、免疫运动和促进个人保健的活动。在 1965-1969 年至 1975-1979 年期间,导致死亡率下降的主要因素是收入、识字和营养。有人认为,在最近时期,其他因素作用之所以减少,可能是因为对保健方案的投资减少。

79. 收入是健康方面的一个重要决定因素,因为收入增加使人们能够更易于获得粮食、住房和保健服务。预期寿命继续与人均收入有关。在低收入时,预期寿命随着收入增加而迅速延长,当人均收入处于 2 000 美元至 3999 美元范围(以 1994 年购买力计算的美元)时尤其如此,随后在达到较高收入水平时变化逐渐减少。这表明收入增加对十分贫穷的人的健康影响最大。然而,很明显,除收入外还有其他因素对健康起作用。由于贫穷严重影响健康,因此不仅人均收入十分重要,就连生活于赤贫之中的人数以及收入的分配(相对贫穷)也是重要的因素。贫穷的特点是得不到粮食、安全饮用水、卫生、医疗服务、住所、教育和信息。

80. 虽然低收入造成了限制,但一些发展中国家死亡率也很低。在中国、古巴、哥斯达黎加、印度喀拉拉邦、牙买加和斯里兰卡,预期寿命与发达国家相近。这表明如果变政治承诺为行动,广泛提供基本保健服务、教育和粮食,就可以实现保健的目标。在发展中国家,母亲的教育是儿童生存的关键决定因素。各国在改进健康方面的经验是使许多传播渠道适当运作。

81. 近年来,重点已从审查经济变化对保健的长期影响转移到评估短期宏观经济波动的后果。大家集中注意结构调整对发展中国家的影响、经济改革对转型经济国家的影响以及发达市场经济国家的经济停滞的后果。在 1980 年代,一些发展中国家由于出现严重经济衰退,因而被迫执行结构调整方案。据认为,这是造成健康条件恶化的一个原因,因为各国减少了政府开支。鉴于衡量结构调整对健康的影响的现有工具很少,难以建立因果联系。然而,如果认为这对死亡率会产生直接影响,那是不现实的,因为这种影响可能会出现于随后的死亡率趋势中。

82. 在苏联分成各个继承国以及在重大政治、经济和社会变化席卷整个东欧的同时,保健状况也不断恶化。许多国家死亡率居高不下或持续上升。对此有很多解释,包括保健服务效力和效率低下,以前的不良生活方式留下影响,经济贫穷,社会不平等加剧,政体解体,大量饮酒,无节制饮酒等等。

83. 在发达市场经济国家,现已审查了持久经济衰退可能对发病率和死亡率产生的不利影响。由于西欧失业率居高不下,现已研究了长期失业对死亡率的影响。

响。根据现有数据,尚无法证实失业与过早死亡之间的联系。一个反常现象是,在目前经济衰退期间,芬兰死亡率的下降比以前时期更快。此外,没有决定性的证据能说明失业是形成不健康生活方式的原因。然而,失业似乎的确对精神健康有着不利影响。

84. 健康与发展的一个关键相关问题是环境。安全饮用水、卫生、污染、砍伐森林、荒漠化、臭氧层耗竭以及气候变化都是健康方面的主要决定因素。最不发达国家在健康方面面临最大的传统威胁,包括缺乏安全用水和卫生,住房条件差,粮食不安全,病媒流行广泛等等。迅速工业化的发展中国家既面临传统的危害,也面临现代的危害,如污染、有害废料、不安全的农药和其他化学品、工作场所的危害、交通事故等等。另一威胁是全球气候变化可能造成的有害影响,包括因气温变化造成传染病和病媒传播疾病分布的变化。腹泻病、呼吸道感染、各种寄生虫病以及心血管病和癌症都与环境质量差有关。

85. 健康不良的负面后果难以确定,因为家庭可采取各种应付办法,例如在病人无法工作时设法补偿其损失,从而减少了健康不良的代价。尽管如此,据了解,在一些情况下健康不良对家庭消费和投资产生了不利影响。在西非,在受盘尾丝虫病影响的家庭,资产用于支付医疗费用。在泰国,60%的非自愿土地出售都是健康不良的结果。在个人健康和生产率之间建立联系的努力已取得较多的成功。在肯尼亚和印度,有证据表明在营养、健康和农业生产率之间有着联系。儿童的营养状况也是决定在校学习成绩的一个重要因素。在巴西,发现健康状况对工资有影响。

86. 传播很广的疾病和流行病会对发展产生严重的影响。非洲的盘尾丝虫病控制给农业带来了许多新机会。疟疾和其他流行病的控制有助于在过去受蚊子侵袭的地区进行粮食和作物生产。据估计,秘鲁因 1991 年全国发生霍乱,损失了 5 亿美元。HIV/艾滋病影响到国家储蓄和生产率,从而对经济增长构成威胁。这种影响十分严重,因为许多受害者都受过教育,具有技能,并处于壮年工作时期。其次由于治疗 HIV/艾滋病的费用

很高,一个病人每月的治疗费用为 1 000 至 1 500 美元,因此用于其他活动的资源就得减少。

87. 最近数十年来,健康与发展领域出现了重大变化。一个新的观点已经形成,将健康置于发展的核心地位。健康和低死亡率不仅仅是社会经济发展的中期目标和里程碑。的确,人们日益认识到健康和长寿本身就是目标,而且是发展的基本支柱之一。

注

1 《国际人口与发展会议的报告,开罗,1994 年 9 月 5 日至 13 日》(联合国出版物,出售品编号:E.95.XIII.18),第一章,决议,附件。

2 《社会发展问题世界首脑会议的报告,哥本哈根,1995 年 3 月 6 日至 12 日》(联合国出版物,出售品编号:E.96.IV.8),第一章,决议 1,附件二。

3 《1998 年阿拉木图会议:初级保健,国际初级保健会议的报告,苏维埃社会主义共和国联盟阿拉木图,1978 年 9 月 6 日-12 日》,“人人享有健康”丛书,NO.1(1978 年,卫生组织,日内瓦),1983 年再版。

4 不安全堕胎指由缺乏必要技能的人和/在缺乏起码的医疗标准的环境中进行的终止意外怀孕的程序(根据世界卫生组织的一个技术工作组的题为“不安全堕胎的预防和处理”的报告,1992 年 4 月,日内瓦(WHO/MSM/92.5))。