

决 定

WHA57(1) 证书委员会的组成

第五十七届世界卫生大会任命由下述 12 个会员国代表组成证书委员会：奥地利、伯利兹、加拿大、吉布提、冈比亚、印度、意大利、肯尼亚、马里、缅甸、巴布亚新几内亚、乌兹别克斯坦。

(第一次全体会议，2004 年 5 月 17 日)

WHA57(2) 提名委员会的组成

第五十七届世界卫生大会选举下列会员国代表组成提名委员会：巴林、文莱达鲁萨兰国、布基纳法索、中华人民共和国、刚果民主共和国、厄立特里亚、爱沙尼亚、法国、圭亚那、以色列、墨西哥、密克罗尼西亚 (联邦)、摩纳哥、莫桑比克、尼加拉瓜、秘鲁、俄罗斯联邦、斯里兰卡、斯威士兰、泰国、突尼斯、乌干达、大不列颠及北爱尔兰联合王国、乌拉圭和孟加拉国的 Khandaker Mosharraf Hossain 博士 (第五十六届世界卫生大会主席，当然代表)。

(第一次全体会议，2004 年 5 月 17 日)

WHA57(3) 选举第五十七届世界卫生大会官员

第五十七届世界卫生大会在审议了提名委员会的建议后选举出下列官员：

主席： Muhammad Nasir Khan 先生 (巴基斯坦)

副主席： M.E. Tshabalala-Msimang 博士 (南非)

A. David-Antoine 女士 (格林纳达)

S. Bogoev 先生 (保加利亚)

R.Maria de Araujo 博士 (东帝汶)

Chua Soi Lek 博士 (马来西亚)

(第一次全体会议，2004 年 5 月 17 日)

WHA57(4) 选举主要委员会官员

第五十七届世界卫生大会在审议了提名委员会的建议后选举出主要委员会的下列官员：

甲委员会： 主席 Ponmek Dalaloy 博士（老挝人民民主共和国）

乙委员会： 主席 Jigmi Singay 博士（不丹）

（第一次全体会议，2004年5月17日）

随后，主要委员会选举出下列官员：

甲委员会： 副主席 D. Slater 博士（圣文森特和格林纳丁斯）
A. Van Bolhuis 女士（荷兰）

报告员 M. Mizanur Rahman 教授（孟加拉国）

乙委员会： 副主席 N.M. Nali 教授（中非共和国）
S. Al Kharabseh 博士（约旦）

报告员 Z. Jakab 女士（匈牙利）

（甲委员会和乙委员会第一次会议，2004年5月18日和20日）

WHA57(5) 成立会务委员会

第五十七届世界卫生大会在审议了提名委员会的建议后选举出下列17个国家代表为会务委员会成员：博茨瓦纳、乍得、智利、中华人民共和国、古巴、法国、爱尔兰、哈萨克斯坦、利比里亚、阿拉伯利比亚民众国、尼日尔、尼日利亚、俄罗斯联邦、特立尼达和多巴哥、大不列颠及北爱尔兰联合王国、美利坚合众国和也门。

（第一次全体会议，2004年5月17日）

WHA57(6) 通过议程

第五十七届世界卫生大会通过了执行委员会在其第113届会议上拟定的临时议程，其中删去一个项目和三个分项目并增加一个补充项目。

（第二次全体会议，2004年5月17日）

WHA57(7) 审核证书

第五十七届世界卫生大会承认下列会员国代表团的证书有效：阿富汗、阿尔巴尼亚、阿尔及利亚、安道尔、安哥拉、安提瓜和巴布达、阿根廷、亚美尼亚、澳大利亚、奥地利、阿塞拜疆、巴哈马、巴林、孟加拉国、巴巴多斯、白俄罗斯、比利时、伯利兹、贝宁、不丹、玻利维亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、博茨瓦纳、巴西、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、布基纳法索、布隆迪、柬埔寨、喀麦隆、加拿大、佛得角、中非共和国、乍得、智利、中国、哥伦比亚、刚果、库克群岛、哥斯达黎加、科特迪瓦、克罗地亚、古巴、塞浦路斯、捷克共和国、朝鲜民主主义人民共和国、刚果民主共和国、丹麦、吉布提、多米尼加共和国、厄瓜多尔、埃及、萨尔瓦多、赤道几内亚、厄立特里亚、爱沙尼亚、埃塞俄比亚、斐济、芬兰、法国、加蓬、冈比亚、格鲁吉亚、德国、加纳、希腊、格林纳达、危地马拉、几内亚、几内亚比绍、圭亚那、海地、洪都拉斯、匈牙利、冰岛、印度、印度尼西亚、伊朗（伊斯兰共和国）、伊拉克、爱尔兰、以色列、意大利、牙买加、日本、约旦、哈萨克斯坦、肯尼亚、基里巴斯、科威特、吉尔吉斯斯坦、老挝人民民主共和国、拉脱维亚、黎巴嫩、莱索托、利比里亚¹、阿拉伯利比亚民众国、立陶宛、卢森堡、马达加斯加、马拉维、马来西亚、马尔代夫、马里、马耳他、马绍尔群岛、毛里塔尼亚、毛里求斯、密克罗尼西亚（联邦）、墨西哥、摩纳哥、蒙古、摩洛哥、莫桑比克、缅甸、纳米比亚、尼泊尔、荷兰、新西兰、尼加拉瓜、尼日尔、尼日利亚、挪威、阿曼、巴基斯坦、帕劳、巴拿马、巴布亚新几内亚、巴拉圭、秘鲁、菲律宾、波兰、葡萄牙、卡塔尔、大韩民国、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、卢旺达、圣基茨和尼维斯、圣卢西亚、圣文森特和格林纳丁斯、萨摩亚、圣马力诺、圣多美和普林西比、沙特阿拉伯、塞内加尔、塞尔维亚和黑山、塞舌尔、塞拉利昂、新加坡、斯洛伐克、斯洛文尼亚、所罗门群岛、索马里、南非、西班牙、斯里兰卡、苏丹、斯威士兰、瑞典、瑞士、阿拉伯叙利亚共和国、泰国、前南斯拉夫的马其顿共和国、东帝汶、多哥、汤加、特立尼达和多巴哥、突尼斯、土耳其、土库曼斯坦、图瓦卢、乌干达、乌克兰、阿拉伯联合酋长国、大不列颠及北爱尔兰联合王国、坦桑尼亚联合共和国、美利坚合众国、乌拉圭、乌兹别克斯坦、委内瑞拉、越南、也门、赞比亚、津巴布韦。

（第四次和第七次全体会议，2004年5月19日和21日）

WHA57(8) 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国

第五十七届世界卫生大会在审议了会务委员会的建议²后，选举出下列国家为有权指派一人供职于执行委员会的会员国：澳大利亚、巴林、玻利维亚、巴西、牙买加、肯尼亚、莱索托、阿拉伯利比亚民众国、卢森堡、罗马尼亚、泰国和汤加。

（第七次全体会议，2004年5月21日）

¹ 证书获临时接受。

² 文件 A57/38。

WHA57(9) 知识产权、革新与公共卫生

第五十七届世界卫生大会决定，鉴于增加时间系委员会完成其工作所必需，要求总干事将提交关于根据 WHA56.27 号决议建立的知识产权、革新与公共卫生委员会工作结果的最后报告推迟至执行委员会第 117 届会议（2006 年 1 月）。

（第七次全体会议，2004 年 5 月 21 日）

WHA57(10) 向区域的预算拨款

第五十七届世界卫生大会，在审议了关于向区域的正常预算拨款的报告¹之后，注意到第 21 段中包含的建议，决定要求总干事与会员国和区域协商，根据客观标准制定指导原则，以便应用于分配所有来源的资金，同时考虑到公平、效率和绩效以及对最需要国家、特别是最不发达国家的支持，供执行委员会第 115 届会议审议。

（第八次全体会议，2004 年 5 月 22 日）

WHA57(11) 联合国合办工作人员养恤基金：任命参加世界卫生组织工作人员养恤金委员会的代表

第五十七届世界卫生大会任命加拿大代表 J. Larivière 博士为世界卫生组织工作人员养恤金委员会委员和马尔代夫代表 A.A. Yoosuf 博士为候补委员，他们的任期均为三年，至 2007 年 5 月。

第五十七届世界卫生大会还任命斐济代表 L. Waqatakirewa 博士为委员会委员，任期为 L. Rokovada 先生任期的剩余部分，至 2005 年 5 月。

（第八次全体会议，2004 年 5 月 22 日）

WHA57(12) 指导与非政府组织关系的政策

第五十七届世界卫生大会决定推迟审议关于非政府组织的新政策²，使总干事有时间与所有有关方面协商，以便就通过执行委员会向随后一届卫生大会提交的有关决议的条款达成一致意见。

（第八次全体会议，2004 年 5 月 22 日）

¹ 文件 A57/24。

² 见文件 A57/32。

WHA57(13) 选择召开第五十八届世界卫生大会的国家

第五十七届世界卫生大会根据《组织法》第 14 条，决定第五十八届世界卫生大会在瑞士召开。

(第八次全体会议，2004 年 5 月 22 日)

WHA57(14) 执行委员会关于其第 112 届和第 113 届会议的报告

第五十七届世界卫生大会在审查了执行委员会关于其第 112 届¹和第 113 届²会议的报告后注意到这两份报告，赞许执委会所开展的工作，并对执委会在执行委托给它的任务时所表现的奉献精神表示赞赏。

(第九次全体会议，2004 年 5 月 22 日)

¹ 文件 EB112/2003/REC/1。

² 文件 EB113/2004/REC/1 和 EB113/2004/REC/2。

附 件

附件 1

国际兽疫局（OIE）与世界卫生组织（WHO）的协定¹

[A57/28, Annex – 2004 年 4 月 8 日]

出于协调双方促进和改善兽医公共卫生（VPH）和食品保障与安全的努力并为此目的而进行密切合作的愿望，世界卫生组织（以下称为 WHO）和国际兽疫局（以下称为 OIE）现签订下述条款：

第 1 条

- 1.1 WHO 和 OIE 同意在与由各自宪章和理事机构决定所确定的各自职权范围相关的具有共同利益的事务中密切合作。

第 2 条

- 2.1 WHO 应将世界卫生大会有关的决议以及 WHO 协商会、研讨会和 WHO 其它正式会议的建议传递给 OIE，以向 OIE 的成员传达。
- 2.2 OIE 应将其国际委员会的建议和决议以及 OIE 相关的协商会、研讨会和其它正式会议的建议传递给 WHO，以向 WHO 会员国传达。
- 2.3 这些供两个组织（以下称为各方）各自机构考虑的决议和建议应作为双方之间协调国际行动的基础。

第 3 条

- 3.1 WHO 的代表应被邀请出席 OIE 国际委员会的会议和区域会议，并在没有表决权的条件下就这些机构议程中对 WHO 具有重要性的项目参加这些机构的讨论。
- 3.2 OIE 的代表应被要求出席 WHO 执行委员会的会议和世界卫生大会及区域委员会会议，并在没有表决权的条件下就这些机构议程中对 OIE 具有重要性的有关项目参加这些机构的讨论。
- 3.3 WHO 和 OIE 主席之间应签订协定，就 WHO 和 OIE 参加各方主持召开的、对另一方具有重要意义事项的非秘密性质的其它会议作出适当安排；这特别涉及制定规范和标准定义的会议。

¹ 见 WHA57.7 号决议。

- 3.4 双方同意避免在事先未与另一方进行磋商的情况下召开处理具有共同利益事项的会议和大会。

第4条

WHO 和 OIE 应就具有共同利益的领域进行合作，尤其是采取下述方式：

- 4.1 互相交流报告、出版物和其它信息，特别是及时交换有关人畜共患和食源性疾病暴发的信息。双方之间应作出特殊安排，以协调对经确认或可能具有国际公共卫生重要意义的人畜共患和/或食源性疾病的暴发作出的反应。
- 4.2 双方均组织以区域和全球范围为基础的人畜共患疾病、食源性疾病和相关问题的会议和大会，这些问题诸如动物喂养实践和抗菌素抗药性问题，它关系到畜牧业中谨慎使用抗菌素及对它们加以遏制/控制的政策和规划。
- 4.3 共同拟定和宣传国家、区域或全球规划并提供技术支持，以控制或消灭主要人畜共患和食源性疾病或具有共同利益的出现/重现的问题。
- 4.4 促进和加强兽医公共卫生的宣传教育、可操作化以及公共卫生与动物卫生/兽医部门的有效合作，特别是在发展中国家。
- 4.5 在国际上促进和协调有关人畜共患疾病、兽医公共卫生和食品安全方面的研究活动。
- 4.6 促进和加强 OIE 参考中心和实验室网络与 WHO 合作中心和参考实验室网络之间的协作，以巩固它们就具有共同利益的问题对 WHO 会员国和 OIE 成员的支持。

第5条

- 5.1 WHO 和 OIE 应在制定各自工作规划的过程中交流其规划草案以征求意见。
- 5.2 每一方在制定其向管理机构提交的最终规划时应考虑另一方的建议。
- 5.3 WHO 和 OIE 应每年召开一次由总部和/或区域代表高级官员参加的协调会议。
- 5.4 双方应计划为实施这些政策所必需的行政安排，诸如交换专家、共同组织合办科学和技术会议、共同培训卫生和兽医人员。

第6条

- 6.1 本协定需经 OIE 国际委员会和世界卫生大会的批准,于 WHO 总干事和 OIE 主席的签字之日生效。
- 6.2 本协定可经双方书面同意加以修订。也可由任一方提前 6 个月书面通知另一方予以终止。

第7条

- 7.1 本协定替代 WHO 于 1960 年 8 月 4 日和 OIE 于 1960 年 8 月 8 日通过的 WHO 和 OIE 之间的协定。

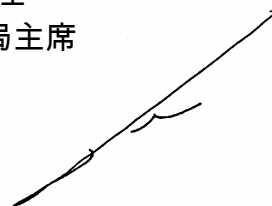
WHO 于 2002 年 12 月 18 日通过

D.L. Heymann 博士
传染病部门执行主任



OIE 于 2003 年 5 月 26 日通过

B.Vallat 博士
国际兽疫局主席



附件 2

朝着实现与生殖卫生有关的国际发展目标和具体目标 加速进展的战略¹

[A57/13 , Annex – 2004 年 4 月 15 日]

前言

1. 生殖和性健康²对于个人、夫妇和家庭以及社区和国家的社会 and 经济发展极其重要。第五十五届世界卫生大会对过去 10 年里改善生殖和性健康方面取得的缓慢进展表示忧虑并且确信没有国际社会的继续承诺将不能实现国际发展目标,通过了 WHA55.19 号决议,要求世界卫生组织制定加速进展的战略以实现与生殖卫生有关的国际发展目标和具体目标。该决议忆及和认可各国政府在国际人口与发展会议(1994 年于开罗)和联合国第四次妇女问题世界会议(1995 年于北京)以及在其各自五年后续审查会议上商定的行动纲领和行动计划³。

2. 为响应 WHA55.19 号决议和在与会员国及伙伴协商之后,世界卫生组织已制定一项建立在会员国按照 WHA48.10 号决议(生殖卫生:世界卫生组织在全球战略中的作用)采取的行动基础之上的战略。该项决议敦促会员国进一步发展和加强其生殖卫生规划。

3. 本文件中提出的战略是专门为政府、国际机构、专业协会、非政府组织和其它机构内决策人员这一最广泛的受众准备的。第 I 部分阐述了全球目标与全球实际情况之间的重大差异和描述取得进展的主要障碍,同时特别注意到与性别、贫穷和青少年接触危险有关的不公平现象。第 II 部分提出以基于国际人权的各项原则为指导的战略。它强调生殖和性卫生服务的核心方面并建议国家和世界卫生组织采取创新措施的方式。它最后重申世界卫生组织集体承诺与其伙伴合作以鼓励和支持会员国努力实现与生殖和性健康有关的联合国千年发展目标和其它国际商定的目标。

I. 全球目标和全球实际情况

4. 由 2000 年 189 个成员国通过的联合国千年宣言而产生的千年发展目标为衡量持续发展和消灭贫穷方面进展提供新的国际框架。八项目标中的三项 — 改善产妇保健,降低儿童死亡率及与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争 — 直接与生殖和性健康有关,而其它四项 — 消灭极端贫穷和饥饿,普及小学教育,促进两性平等并赋予妇女权力以及确保环境的可持续能力 — 与健康、包括生殖健康有着密切的关系。具体目标包

¹ 见 WHA57.12 号决议。

² 世界卫生组织提出并在国际人口与发展会议(1994 年于开罗)上同意的生殖健康的定义包括性健康(见方框)。

³ 联合国大会关于全面审查国际人口与发展会议行动纲领执行情况的第二十一届特别会议(1999 年于纽约)和联合国大会关于 2000 年妇女:二十一世纪两性平等,发展与和平的第二十三届特别会议(2000 年于纽约)。

括：

- 在 1990 年至 2015 年之间，将产妇死亡率降低四分之三；
- 在 1990 年至 2015 年之间，将 5 岁以下儿童的死亡率降低三分之二；
- 到 2015 年遏止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延。

5. 1999 年在全面审查和评价国际人口与发展会议行动纲领执行情况的联合国大会第二十一届特别会议上商定了补充基准。例如，到 2015 年，由熟练接生员接生的比例应在全球达到 90% 和在产妇死亡率高的国家至少达到 60%¹。

6. 在 1994 年国际人口与发展会议上通过的生殖健康定义（见方框）抓住了生殖和性健康与其它卫生领域相比独特的基本特征。生殖健康延伸至生殖期之前和生殖期之后，并且与社会文化因素、性别角色以及尊重和保护人权密切相关，不仅 — 但尤其在性和人际关系方面。

国际人口与发展会议《行动纲领》¹中确定的生殖和性健康与权利的定义

“生殖健康是指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，有生育能力，可以自由决定是否和何时生育及生育多少。最后所述的这一条件意指男女均有权获知并能实际获取他们所选定的安全、有效、负担得起和可接受的计划生育方法，以及他们所选定的、不违反法律的调节生育率方法，有权获得适当的保健服务，使妇女能够安全地怀孕和生育，向夫妇提供生育健康婴儿的最佳机会。按照上述生殖健康的定义，生殖保健的定义是通过预防和解决生殖健康问题促进生殖健康和福祉的各种方法、技能和服务。还包括性健康，其目的是增进生活和个人关系，而不仅仅是与生殖和性传播疾病有关的咨询和保健”。（第 7.2 段）

“铭记上述定义，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。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、生育间隔和时间、并获得这样做的信息和方法的基本权利，以及实现性和生殖健康方面最高标准的权利。此外还包括人权文件中阐明的人人有在没有歧视、强迫和暴力的状况下作出有关生育决定的权利。……”（第 7.3 段）

¹ 联合国文件 A/CONF.171/13：国际人口与发展会议的报告。

7. 在国际人口与发展会议上通过这些广泛的定义标志着一个新时期的开始，并且过去

¹ 联合国文件 A/S-21/5/Add.1，第 64 段。

10年的成就是众多而且意义深远的。例如，除少数例外，生殖和性健康和权利的概念已被广泛接受，并且已开始被国际卫生与发展机构、国家政府、非政府组织和其它方面采用。新的生殖卫生政策和规划已几乎在所有国家制定。它们的采用在一些国家已在提供妇幼卫生或计划生育服务的传统方式方面产生重大变化。

8. 继这种使生殖和性健康概念化和对其承诺之后，在国家、区域和全球各级已形成新的伙伴关系。在以前受忽视的领域，如由生殖和性健康不良造成的疾病负担、它与贫穷的关系和以性别为基础的暴力，也已收集新的证据。在生殖和性卫生保健方面以证据为基础的最佳规范数量已大幅度增加，并且临床和行为研究范围以及国际公认标准、规范和准则的范围已经扩大。

9. 经验表明，即使在低收入环境中，创新的国别措施可大幅度降低例如孕产妇死亡率和发病率。现在的挑战是制定创新的国家战略，使包括青少年和穷人在内的最需要帮助的人获得卫生服务，以便实现国际目标。如下面的数据显示，目前许多国家正承受持续高孕产妇死亡率和发病率、围产期死亡率、生殖道感染和包括艾滋病毒在内的性传播感染、意外妊娠、不安全流产以及危险的性行为。

全球状况

妊娠、分娩和新生儿健康

10. 每年，在估计怀孕的2.1亿妇女中，约有800万罹患与妊娠有关的威胁生命的并发症，许多人承受长期疾病和残疾。2000年，估计有529 000名妇女在妊娠和分娩期间死于在很大程度上可以预防的原因。就全球而言，在过去10年里，孕产妇死亡率未发生重大变化。

11. 区域不公平是极端的，这些孕产妇死亡中有99%发生在发展中国家。在撒哈拉以南非洲，妇女一生中死于孕产原因的死亡是十六分之一，在东南亚是五十八分之一，而在工业化国家是四千万分之一。

12. 大多数孕产妇死亡是由分娩期间（如严重梗阻性分娩，尤其在低龄初次妊娠，出血和高血压并发症）、紧接的产后期（脓毒症和出血）或不安全流产后的并发症造成的。普遍与这些死亡有关的因素是分娩期间缺乏熟练卫生人员¹的帮助，缺乏能提供紧急产科护理和处理不安全流产的并发症的服务，以及缺乏有效的转诊系统。

13. 在世界最贫穷地区生活的妇女中，50%以上——在一些国家，这一百分比高于80%——在没有熟练接生员帮助的情况下分娩。在撒哈拉以南非洲，在过去10年里这些比例没有改变。在工业化国家可获得和广泛利用产前保健；对比之下，在1990年代末期，

¹ “熟练接生员”或“熟练卫生人员”系指在管理正常分娩和紧接的产后期所需技能方面受过培训和有能力并能查明并发症和必要时提供紧急处理和/或将病例转到高一級卫生保健机构的卫生专业人员，如助产士、医生或护士。

南亚近半数孕妇和西亚及撒哈拉以南非洲三分之一孕妇根本不能获得产前保健，而东亚及拉丁美洲和加勒比为五分之一以下。

14. 在全世界 5 岁以下儿童 1080 万死亡中，有 300 万发生在新生儿期的最初七天期间。此外，估计有 270 万婴儿为死产。这些死亡中有许多与妇女健康状况不良及妊娠、分娩和产后其护理不充分有关。自 1980 年代初期以来发展中国家新生儿死亡率（包括最初 28 天内死亡）继续保持不变，为每 1000 活产约 30 例死亡。此外，一位母亲的死亡可严重危及其子女的生存。

计划生育

15. 避孕药具的使用在许多发展中国家已大幅度增加，并且在一些国家正接近发达国家。但是，调查表明，在发展中国家和转型期国家，尽管有 1.2 亿对夫妇表示希望避免今后妊娠或实行间隔，但是他们对安全和有效避孕仍有未得到满足的需求。

16. 已婚妇女（包括未婚同居妇女）中 9% 至 39% 有对计划生育的这一未得到满足的需求。数据提示，性行为活跃的未婚青少年和成人也面临着未得到满足的需求。每年约有 8000 万妇女意外妊娠，由于没有一种避孕方法是 100% 有效的，其中一些意外妊娠是由避孕失败造成的。

不安全流产

17. 每年约有 4500 万意外妊娠被终止，其中估计有 1900 万是不安全流产¹。所有不安全流产中的 40% 是对年龄 15 岁至 24 岁的年轻妇女施行的。不安全流产每年造成估计 68 000 名妇女死亡，占有妊娠相关死亡的 13%。此外，它们与相当多的发病有关；例如，研究表明，进行不安全流产的妇女至少有五分之一因此罹患生殖道感染；其中一些是严重感染，导致不孕症。

包括艾滋病毒在内的性传播感染和生殖道感染

18. 据估计，每年发生 3.4 亿新的性传播细菌性感染病例，其中大多数是能治疗的。由于它们难以诊断和缺乏称职的、可负担得起的服务，许多感染未得到治疗。此外，每年发生大部分不能治愈的数百万例病毒性感染，包括 500 万例新的艾滋病毒感染，其中 600 000 例因母婴传播而发生在婴儿中。

19. 性传播人类乳头状瘤病毒感染与宫颈癌密切相关，在 49 万多名妇女中诊断到此病，并且每年造成 24 万人死亡。所有宫颈癌病例的四分之三发生在发展中国家，那里筛查和治疗规划严重不足或缺乏。

¹ 不安全流产界定为由缺乏必要技能的人员或在一个缺乏最低医疗标准的环境中或通过这两方面终止意外妊娠的一种操作方法（见预防和管理不安全流产，技术工作小组的报告，文件 WHO/MSM/92.5，1992 年）。

20. 在 15 岁至 24 岁青少年中间每年发生 1 亿多例大多数可治愈的性传播感染。这些感染促进获得和传播艾滋病毒。近半数新的艾滋病毒感染发生在青少年中间。尽管在一些非洲国家青少年（尤其是女性）中最近的积极趋势，但是总的说来，在撒哈拉以南非洲，感染艾滋病毒的青年妇女是男子的两倍。据估计，2001 年，撒哈拉以南非洲青年妇女中 6% 至 11% 感染艾滋病毒/患有艾滋病，而青年男子中为 3% 至 6%。在其它发展中地区，感染艾滋病毒/患有艾滋病的妇女比例也高于男子。此外，虽然生殖道感染，如细菌性阴道病和生殖器念珠菌病的患病率和后果尚未有大量文件证明，但是非性传播的这些感染已知传播甚为广泛。

21. 性传播感染也是不孕症的一个主要原因：全世界约有 6000 万至 8000 万对夫妇患有不孕症和承受由此引起的非自愿无子女，通常由未治疗的或未充分治疗的性传播感染引起的输卵管阻塞所致。

22. 生殖和性健康不良的这些方面（孕产妇和围产期死亡和发病、癌症、性传播感染和艾滋病毒/艾滋病）合在一起，约占妇女健康不良全球负担的 20% 和男子的 14%。但是，这些统计数据不能反映健康不良的全部负担。以性别为基础的暴力和严重月经问题等妇科疾病，因产科瘻管造成的尿和大便失禁，子宫脱垂，流产以及性功能障碍，所有这些均有着严重的社会、情感和身体后果，并且在当前全球疾病负担估计中被严重低估。世界卫生组织估计，不安全性行为是第二个对健康最重要的全球危险因素。

进展的障碍

与性别有关的不公平

23. 在健康方面的性别差异通常是显著的。家庭可能对女孩的营养、卫生保健、学校教育和职业培训方面的投资少于男孩。性歧视及女孩和妇女的低社会地位通常导致身体和精神健康不良、身体或情感虐待以及对其自己的生活、特别是他们的性和生殖生活的控制程度低。

24. 对妇女许多形式的暴力影响她们的生殖和性健康。特别是，在世界各地发生的来自亲密伴侣的暴力，包括身体、性和情感虐待。研究显示，4% 至 20% 的妇女在妊娠期间遭受暴力，对她们自己及其婴儿带来流产、早产和低出生体重等后果。现有数据表明，在一些国家，约四分之一的妇女遭受亲密伴侣的性暴力。熟人和陌生人的强奸和性攻击也是普遍的。贩运妇女和儿童及强迫卖淫也是严重问题，特别在一些地区。对生殖和性健康的后果是广泛的，包括意外妊娠、不安全流产、慢性疼痛综合症、包括艾滋病毒在内的性传播感染以及妇科疾病。

青少年的接触风险

25. 在大多数国家，关于性的禁忌和规范（包括诸如童婚、女性生殖器切割和性行为开始早等习俗）对提供青少年保持健康所需的信息、生殖卫生服务和其它形式的支持造成

强大的障碍。然而，青春期（10岁至19岁）的性和生殖行为产生近期和长期后果。在世界的一些地区，性活动在青春期开始，并且无论是夫妻间或婚外性活动，通常是危险的。青少年很少有能力或获得支持以抗拒发生性关系的压力，协商更安全的性行为，或保护自己避免意外妊娠和性传播感染。对少女而言，妊娠具有极高的孕产妇死亡和发病的危险。满足全世界12亿青少年的需求和保护他们的权利对于维护这一代和后代的健康极其重要。

与贫穷和获得卫生服务有关的不公平

26. 贫穷几乎普遍地与不公平获得卫生服务，特别是孕产期卫生服务有关。生殖和性健康不良的负担在最贫穷国家最重，那里卫生服务趋向于分散或实际上难以获得，人员配备、资源配置和提供的设备严重不足，并且超出许多穷人所能及的范围。通常，公共卫生服务方面的改进特别使富裕者受益，并且实现某些国际卫生目标而不包括最低收入的5分位数和脆弱人群组在理论上是可能的。

27. 自1980年代以来，在许多国家已推行各种卫生部门改革，影响包括生殖和性健康服务在内的卫生服务可及性和利用。如预付保险费保险计划和按经济情况调查进行补贴的筹资项目通常未能造成希望的使穷人能公平获得。因此，需要特别注意确保弱势群体能获得预防、治疗和拯救生命的服务，如紧急产科保健。

其它挑战

28. 最近几年已目睹发展援助总额减少，而外部卫生筹资的新机制已开始发挥作用，如减贫战略文件、全部门办法和直接预算支持。此外，重要的新的卫生部门资助来源，如抗艾滋病、结核和疟疾全球基金，将资源集中于特定疾病和干预。重要的是确保这些新的发展情况有助于建设可持续的卫生系统能力，包括生殖和性卫生服务能力。

29. 在许多国家，缺乏充足的人力资源是扩大综合生殖和性卫生服务及提高保健质量的一个主要障碍。弱点包括人员严重短缺，现有人员技能不足，更替迅速和丧失熟练工作人员，以及系统内工作人员的利用和分布效率低下。低工资或拖欠支薪以及培训、监督和工作条件恶劣是卫生保健专业人员业绩差和高更替的根本原因。为建设和留住具有适当技能的卫生人力队伍，例如包括熟练接生员而制定战略性计划对于生殖和性卫生保健方面的进展极端重要。

30. 除穷人和其他处境不利的人在获得卫生服务方面普遍面临的障碍如服务设施的距离、缺乏交通工具、服务费用和歧视性对待使用者之外，生殖卫生面临特殊的困难。这些困难源自社会和文化因素，如围绕生殖和性的禁忌，妇女缺乏与性和生殖行为有关的决定权，对妇女健康重视不够以及家庭成员和卫生保健提供者的负面或指责性态度。由社区和地方卫生保健提供者对信仰、态度和价值进行整体审查为克服这些基本障碍提供一个重要的开端。

31. 在过去 20 年里，已在生殖卫生拯救生命的技术以及有效的临床和规划实践方面取得进展。但是，即使已有电子数据库和交互手段，许多卫生系统和服务提供者仍很少或不能获得这一新的信息。许多国家有效的示范项目，包括采用技术和最佳规范，通常未能较大规模地实施。未能以充足的定性和定量数据为基础利用适宜的战略计划，已限制了解服务质量差和人们缺乏获得服务及服务利用的原因。

32. 在一些国家，法律、政策和规章可阻碍获得服务（如排斥未婚者利用避孕服务），不必要地限制卫生人员的作用（如助产士不能操作拯救生命的程序，如剥离取出胎盘），禁止提供某些服务（如在无医生处方的情况提供紧急避孕），或限制进口某些基本药物和技术。消除这些限制可能有助于极大改进人民获得服务。

II. 加速进展的战略

33. 战略的总目标是加速进展以实现国际商定的生殖卫生目标并最终使人人达到最高可获致的生殖和性健康标准。

指导原则：人权

34. 世界卫生组织加速进展的战略以国际商定的人权文书和全球共识宣言为基础，包括人人享有最高而能获致的健康标准的权利；所有夫妇和个人享有自由和负责地决定生育次数、生育间隔和时间、并获得这样做的信息和方法的基本权利；妇女有在没有强迫、歧视和暴力的状况下控制及自由和负责地就与其性行为、包括性和生殖健康有关的事项作出决定的权利；男女享有在其自由和完全同意下选择配偶和结婚的权利；获得有关卫生信息的权利；以及人人享有科学进步及其应用的利益的权利。为确保这些权利受到尊重，政策，规划和干预措施必须促进两性平等，优先重视贫穷和得不到充分服务的人群和群体，尤其是青少年，并向承受生殖和性健康不良最大负担的国家提供特别支持。

生殖和性卫生服务的核心方面

35. 生殖和性健康的五个核心方面是：改进产前、围产、产后和新生儿保健；提供高质量计划生育服务，包括不孕症服务；消灭不安全流产；与包括艾滋病毒在内的性传播感染、生殖道感染、宫颈癌和其它妇科疾病作斗争；以及促进性健康。由于生殖和性健康各个方面之间的密切联系，在一个领域的干预措施可能对其它领域产生积极影响。至关重要的是国家加强现有服务并将它们作为新的干预措施的切入点，力争最大的增效作用。

36. 在大多数国家，主要切入点将是产前、分娩和产后服务，它们构成初级卫生保健的支柱。降低孕产妇发病率和死亡率及围产期死亡的关键是每一次生育均有熟练的卫生人员接生以及综合紧急产科保健以处理并发症。提供这些服务需要有效的转诊系统在服务点之间联系和运输。孕产妇卫生服务提供一个主要机会帮助妇女实行计划生育。它们也是一个杰出的手段，以此向妇女提供艾滋病毒感染的预防、咨询、检测和治疗并预防在

妊娠和分娩期间及通过母乳喂养传播艾滋病毒。实际上，只有通过这些服务，才能充分提供这些干预措施。这些要点在世界卫生组织确保母婴安全战略中得到进一步阐述。

37. 作为孕产妇死亡和发病的一个可预防的原因，必须处理不安全流产，作为有关改善产妇保健的千年发展目标及其它国际发展目标和具体目标的一部分。需要采取若干紧急行动，包括加强计划生育服务以防止意外妊娠，并且在法律允许的限度内，确保服务可供利用和容易获得。同样，在法律允许的限度内，提供安全流产服务要求在现代技术方面培训卫生服务提供者并给他们配备适当的药物和用品，所有这些应可供妇产科保健利用；向意外妊娠的妇女提供社会和其它支持；以及在法律允许的限度内，在初级卫生保健层次提供流产服务。对于患有不安全流产的并发症的妇女，必须通过流产后保健提供及时和人道的治疗。

38. 在全世界大多数国家计划生育服务的成功已为过去 20 年至 30 年在发展中国家避孕药具使用的大量增加所证实。由于这些规划使妇女能推迟、间隔和限制妊娠，它们是降低孕产妇和围产期发病率和死亡率的服务的一个不可缺少的部分。由于这些服务直接涉及性关系的结果，它们还拥有巨大潜力带领促进性健康和努力预防性传播感染和艾滋病毒传播。

39. 性传播感染正在由药制师、药品销售者和传统治疗师通常无效地进行诊断和治疗。已作出各种尝试，通过将性传播感染管理纳入现有妇幼卫生和/或计划生育服务来帮助妇女，但取得的成功是有限的。但是，经验表明，将预防性传播感染纳入计划生育服务，尤其通过咨询以及讨论性行为 and 伴侣关系，已增加利用服务和改进保健质量。这些做法可予以信赖和改进，以便扩大覆盖面和推广到原来不是计划生育重点的男子、青年和其他群体。此外，在高危群体中的推定治疗和以社区为基础的性传播感染控制综合规划可极大地促进降低艾滋病毒传播率。

40. 加强生殖卫生服务可产生许多额外收益。其中包括重视对妇女的暴力，目前正在各个国家环境中对此进行处理，例如提供紧急避孕，流产（如要求）（在法律允许的限度内），在遭受强奸之后治疗性传播感染和接触后预防艾滋病毒感染，筛查和治疗宫颈癌，预防原发性和继发性不孕症，以及治疗妇科疾病。精心设计和有效提供的生殖和性卫生服务，尤其是由社区参与的服务，还可有助于改进使用者 - 提供者关系、男子的参与以及加强妇女作出生殖选择的权能。

41. 所有生殖和性卫生服务可在提供信息和咨询以促进性健康方面发挥主要作用。适宜的信息还可促进伴侣之间更好交流和作出更健康的性生活决定，包括禁欲和使用避孕套。

行动

42. 世界卫生组织向国家建议下列主要行动领域，并致力于支持会员国建设和加强它们的能力以改进生殖和性健康。每个国家必须通过涉及所有利益相关方面的协商过程查明

问题、确定重点和制定加快行动的战略。五个至关重要的活动是：加强卫生系统能力，改进用于确定重点的信息，动员政治意愿，制定支持性立法和管理框架，以及加强监测、评价和责任。

加强卫生系统能力

43. 实现与孕产妇和婴儿生存及艾滋病毒/艾滋病有关的千年发展目标以及更广泛的生殖和性健康目标的一个首要条件是在一级、二级和三级存在一个运行良好的基本卫生保健系统。在一些国家，必须大力加强基本卫生服务能力，以便能提供一系列综合基本的生殖和性卫生服务。国家级生殖和性健康的计划工作必须包括可持续的筹资机制、人力资源、提供服务的质量以及服务的利用。

44. **可持续的筹资机制。**生殖和性健康的极端重要性必须在国家卫生部门计划和战略性发展中得到反映。已促进卫生部门改革和有关活动，如对捐助者资助采取全部门办法，作为加强卫生系统的一个手段。挑战在于确保这些活动和其它筹资机制促进质量良好、综合的生殖和性卫生服务以及朝向普遍获得进展。

45. 这一领域的必要行动是：

- (1) 将生殖和性健康置于国家计划和战略制定过程，包括减贫战略文件和世界卫生组织国家合作战略的核心；
- (2) 确保生殖和性健康在国家卫生部门计划，包括涵盖“三五”倡议的计划，提交抗艾滋病、结核和疟疾全球基金的建议和其它有关活动中得到适当反映；
- (3) 在卫生部门改革和全部门办法之下确定生殖和性健康在基本服务一揽子计划中的优先顺序；以及
- (4) 在实行新的筹资机制如分摊费用的地方，设计方法以促进青少年、穷人和其他弱势群体能获得服务，监测此类政策的效果并使它们适应地方状况。

46. **人力资源。**培训、招聘、配置和留住熟练的卫生人员是普遍改善健康和改进卫生保健的核心要素。许多核心生殖和性卫生干预可由中级专业人员和辅助医务人员进行。挑战在于确定提供有优先次序的生殖和性卫生服务十分必需的核心卫生工作人员、技能和培训形式。必须为卫生工作人员创造有利条件，以便充分发挥他们的潜力和激发他们与所有人群组，包括最贫穷者一起工作。

47. 这一领域的必要行动是：

- (1) 确定各级对卫生工作人员数量和分布的基本要求，以及开展有优先次序的生殖

和性卫生干预所需的技能；

- (2) 评估和改善工作环境、就业条件和监督；
- (3) 制定战略以激励和留住熟练人员；以及
- (4) 促进能使卫生保健工作者充分利用其技能的政策。

48. **提供服务的质量。**在教学医院和专门项目中实施的最新规范通常未在整个系统得到采纳，结果是总体绩效仍然很差并持续存在质量和获得方面的不平等。与卫生部门改革有关的分权计划 and 责任必须特别注意促进全系统采纳和良好规范。必须建立持续提供基本物品的后勤系统。

49. 这一领域的必要行动是：

- (1) 开展战略性计划工作，使卫生专业人员和管理人员参与，以评估目前的保健质量和确定在现有资源限制内提高质量的最佳方式；
- (2) 设计和试行战略以扩大经证实有效的干预；
- (3) 制定、采纳和监测私立和公立部门临床实践标准；
- (4) 在非政府组织以及私立和商业部门中征募伙伴，以便最大限度提供和利用生殖卫生服务；以及
- (5) 在国家内和国家间促进分享吸取的教训。

50. **服务的利用。**在存在卫生服务的地区，对于人们为什么不利用这些服务，特别在生殖和性健康方面有许多社会、经济和文化原因；查明和克服障碍需要与妇女、青少年和其它社区团体协作，以便更好地了解他们的需求、分析问题和找到可接受的解决办法。

51. 这一领域的必要行动是：

- (1) 开展社会和业务研究以查明利用服务的障碍并制定和试行克服这些障碍的措施；以及
- (2) 采用参与式办法与社区、公立和私立部门机构以及非政府组织一起工作来克服这些障碍和促进适当利用可获得的服务。

改进用于确定重点的信息

52. 需要对流行病学和社会科学数据进行分析，以了解人群中生殖和性危险接触和健康不良的类型、严重程度和分布，了解推动生殖和性健康不良的动力以及阐明此种健康不良与贫穷、性别和社会脆弱性的联系。改进数据收集和分析，包括关于费用和成本效益的信息，是在互相竞争的行动重点中作出选择以及将卫生系统干预对准在拥有的资源限度内最可能产生影响的目标极其重要的基础。

53. 但是，以良好数据为基础确定重点的过程必须使政府、双边和多边机构、专业协会、妇女团体和民间社会其它部门等许多利益相关方面参与。汇集这些具有各种不同观点的不同利益相关方面将有助于建立广泛的共识，促进合作和加强干预取得成功的可能性。各利益相关方面必须认真权衡成本效益与公平，并考虑更多投资的必要性，以便帮助穷人和其他未得到充分服务的群体。

54. 这一领域的必要行动是：

- (1) 加强能力以收集和分析关于健康状况、其基本决定因素以及地方、区县和国家各级卫生服务运行的数据；以及
- (2) 利用多个利益相关方面协商过程，以数据为基础确定重点，并注意尤其使贫穷和其他未得到充分服务的群体公平获得。

动员政治意愿

55. 创造一个国际、国家和地方有力支持以权利为基础的生殖和性健康活动的动态环境将有助于克服惰性，激励投资和制定绩效责任的高标准和机制。这不仅需要卫生部，而且需要财政部、教育部、可能其它部门及它们在区县和地方各级对应机构的参与。政治承诺和宣传必须十分强有力，足以维持良好的政策和规划，特别是为得不到充分服务的群体。

56. 这一领域的必要行动是：

- (1) 利用公众健康和人权效益的证据，形成对生殖和性健康方面投资的有力支持；
- (2) 动员各方主要支持者（如卫生专业人员、法律专家、人权团体、妇女协会、政府部委、政治领导人和政党、宗教和社区领导人）支持一项国家生殖和性健康议程并协同一致利用大众媒体；以及
- (3) 为青少年性和生殖健康及权利方面战略性投资提出以证据为基础的强有力理由并将其置于国家议程的优先地位；传播关于青少年生殖卫生需求和问题的性质、原因和后果的信息，如他们对包括艾滋病毒在内的性传播感染的脆弱性、意外妊娠、不安全流产、早婚或早育以及夫妻之间和婚外性强迫和暴力。

制定支持性立法和管理框架

57. 从政策和规章中取消不必要的限制以便为生殖和性健康制定一个支持性框架，可能极大地有助于改进获得服务。

58. 需要规章以确保在一致和公平的基础上提供用品（药品、设备和补给品）以及确保它们符合国际质量标准。此外，需要一个有效的管理环境以确保公立和私立部门向全体人口提供优质保健的责任。

59. 这一领域的必要行动是：

(1) 审查并在必要时修改法律和政策，以确保它们促进普遍公平获得生殖和性健康教育、信息和服务；

(2) 确保已有规章和标准，在一致和公平的基础上提供符合国际质量标准的必要物品；以及

(3) 为提供服务以及私立、非政府和公立部门之间合作和补充行动制定绩效标准并设计监测和责任机制。

加强监测、评价和责任

60. 监测和评价对于了解什么起作用和不起作用及为什么是不可缺少的。它们还揭示变化的需求及未预料到的积极和负面影响。

61. 这一领域的必要行动是：

(1) 以一项要实现什么、怎样和到何时实现的明确计划以及一套明确指标和强有力基线数据为基础，制定和加强监测和评价机制；

(2) 监测卫生部门改革、全部门办法以及减贫战略文件、分摊费用和直接预算支持等其它筹资机制的实施，以确保它们使穷人和其他社会或经济边缘化群体受益并促进在各级加强生殖和性卫生服务；以及

(3) 制定机制（如地方委员会或社区会议）以便在设施和区县级加强责任。

世界卫生组织对实现全球生殖卫生目标的承诺

62. 在上面概述的所有行动领域，世界卫生组织将通过下列方面继续和强化其对国家的技术援助：

- 支持面向行动的研究和加强研究能力
- 简化和认真注重于以证据为基础的规范和标准
- 开展生殖和性健康的全球宣传。

63. 所有这些活动将系统地注意和促进公平，包括两性公平，以及生殖和性健康的人权层面。

64. 在全球级，世界卫生组织将：

- (1) 加倍努力实施确保母婴平安行动，作为生殖和性健康战略的一个重点组成部分，特别是为孕产妇死亡率最高的国家；
- (2) 继续加强其与联合国系统其它组织（特别是联合国儿童基金会、联合国人口基金和联合国艾滋病规划署）、世界银行、卫生专业人员协会、非政府组织和其它伙伴的伙伴关系，以便确保一系列广泛伙伴的合作和协调的行动。由世界卫生组织主持的新的母亲安全和新生儿健康伙伴关系将在这方面发挥至关重要的作用；
- (3) 尤其通过计划生育，产前、分娩和产后保健，控制性传播感染，促进更安全的性行为，以及预防艾滋病毒的母婴传播，促进和加强生殖和性卫生服务，作为预防和治疗艾滋病毒/艾滋病的基础。世界卫生组织还将通过加强与其它主要公共卫生规划的合作，包括免疫、营养以及预防和治疗疟疾和结核，尤其在孕妇中，确保重视生殖和性健康；以及
- (4) 通过报告关于生殖和性健康的进展确保责任，作为实现千年发展目标的一部分。