



监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况

秘书处的报告

1. 根据 WHA63.15、WHA63.24 和 WHA58.31 号决议的要求，本报告概述了在与卫生相关的千年发展目标和具体目标¹的进展方面的最新趋势。报告还介绍了 WHA63.24 号决议所要求的通过预防和治疗肺炎努力降低儿童死亡率；降低围产期和新生儿死亡率；WHA58.31 号决议所要求的实现产妇、新生儿和儿童卫生干预的普遍覆盖方面的进展情况。执行委员会在第 132 届会议上审议了本报告的前一版本²。

目前状况和趋势

2. 世界领导人通过千年发展目标及其具体目标已经有十多年时间，在降低儿童和孕产妇死亡率、改善营养和降低艾滋病毒感染、结核病和疟疾造成的发病率和死亡率方面已经取得了重大进展。近年来，许多死亡率极高的国家取得进展的速度加快了，但各国内部与各国之间仍存在巨大差距。目前的趋势为加强集体行动奠定了良好基础，可以扩大帮助各国应对多个危机和大范围不平等挑战的成功措施。

3. 据估计，在所有五岁以下儿童死亡案例中，有 35% 的潜在死因是营养不足（包括体重过轻、未达最佳标准的母乳喂养以及维生素和矿物质缺乏）。从 1990 年到 2011 年，发展中国家营养不良儿童的比例从 28% 下降到了 17%。该进展速度接近实现相关具体目标所要求的速度，但区域内部和区域之间的发展并不平衡。卫生大会在 WHA65.6 号决议中认可了孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划，该计划提出了一项新的具体目标：到 2025 年，对照 2010 年基线全球发育迟缓儿童的数量将减少 40%³。1990 年至 2011 年期间，全球发育迟缓比率下降 35%，发育迟缓儿童人数由 2.53 亿减至 1.65 亿。

¹ 相关具体目标是：千年发展目标 1 具体目标 1.C：从 1990 年到 2015 年，挨饿的人口比例减半；千年发展目标 4 具体目标 4.A：从 1990 年到 2015 年，将五岁以下死亡率降低三分之二；千年发展目标 5 具体目标 5.A：从 1990 年到 2015 年，孕产妇死亡率降低四分之三，以及具体目标 5.B：到 2015 年普遍享有生殖保健；千年发展目标 6 具体目标 6.A：到 2015 年遏制并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延；具体目标 6.B：到 2010 年向所有需要者普遍提供艾滋病毒/艾滋病治疗，以及具体目标 6.C：到 2015 年遏制并开始扭转疟疾和其它主要疾病的发病率；千年发展目标 7 具体目标 7.C：到 2015 年将无法获得安全饮用水和其它基本卫生设施的人口比例减半；千年发展目标 8 具体目标 8.E：与制药公司合作，在发展中国家提供负担得起的基本药物。

² 文件 EB132/11。

³ 见文件 WHA65/2012/REC/1，附件 2。

4. 从全球看，在降低五岁以下儿童死亡率方面已经取得重大进展。从 1990 年到 2011 年，五岁以下儿童死亡率降低了 41%，据估计，从每千例活产死亡 87 例降低到每千例活产死亡 51 例。过去十年间，全球五岁以下儿童死亡率下降的速度加快，从 1990 年至 2000 年的年均 1.8% 提高到 2000 年至 2011 年间的年均 3.2%，但这依然不足以到 2015 年实现在 1990 年的基础上将死亡率降低三分之二的目标。从全球看，如果 2005 年至 2011 年的进展速度得到保持，144 个低收入和中等收入国家中将有 44 个国家到 2015 年能够实现该具体目标。

5. 2011 年，全球 12 至 23 个月龄儿童麻疹免疫覆盖率为 84%。更多国家正在实现高水平免疫覆盖率；2011 年，64% 的会员国的覆盖率达到至少 90%。2000 年至 2011 年间，据估计，麻疹死亡降低了 71%。

6. 为了支持和便利实施协调和扩大的干预措施以便在发展中国家对五岁以下儿童肺炎和腹泻加以控制，世卫组织与 34 个国家的卫生部、儿童基金会及其他伙伴合作，举办了四期区域讲习班（非洲区域三期，东南亚区域一期）并在苏丹举办了一期国家讲习班。这些区域的肺炎和腹泻死亡率负担最重，其中一些国家在实现千年发展目标 4（降低儿童死亡率）方面的工作尚未步入正轨。一些国家已开展后续活动，监测进展情况。世卫组织和儿童基金会已与不同利益攸关方共同制定一项预防和控制肺炎和腹泻全球行动计划，这项计划将已于 2013 年 4 月启动。

7. 世卫组织正在与儿童基金会及其他利益攸关方合作，按照联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会的建议，促进治疗肺炎的口服阿莫西林和治疗腹泻的口服补液盐和锌片的可得性¹。仍有近 20% 的五岁以下儿童死亡是可以通过疫苗预防的，这主要涉及肺炎和腹泻。

8. 根据卫生大会在 WHA63.24 号决议中提出的要求，正在努力扩大预防和治疗肺炎以及针对腹泻病的干预措施。在过去几年中，在疫苗和免疫全球联盟的支持下，非洲区域、美洲区域和东地中海区域中引进肺炎球菌结合疫苗的国家数量迅速增多。若干国家使用儿童基金会和世卫组织关于腹泻和肺炎患儿临床管理的联合声明，制定了通过受过培训并接受监督的社区卫生工作者来提高医疗普及率的政策。到 2012 年底，2015 年倒计时行动²正在监测的 75 个国家中，有 39 个采用了社区肺炎病例管理的政策，另有八个国家已开始准备采用和落实该政策。

¹ 见 <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities>（检索日期：2013 年 4 月 12 日）。

² 孕产妇、新生儿和儿童存活 2015 年倒计时，见 <http://www.countdown2015mnch.org/>（检索日期：2013 年 4 月 12 日）。

9. 孕产妇死亡人数的减少很显著，从 1990 年的 543 000 人减少到 2010 年估计的 287 000 人；但要实现具体目标 5.A（1990 年至 2015 年间，将孕产妇死亡率降低四分之三）所需的比率，下降速度几乎还需加快一倍。1990 年至 2010 年期间全球孕产妇死亡率减少的比率为每年 3.1%，美洲和东地中海区域的比率较低（分别为每年 2.5% 和 2.6%）。1990 年孕产妇死亡率最高（每 10 万活产中产妇死亡人数≥100）的国家中约有四分之一没有取得任何进展或进展不够。各国按照信息和问责委员会的建议采用系统的孕产妇死亡监测和应对方法，有利于更准确地衡量孕产妇死亡率¹。

10. 要减少产妇死亡人数，妇女需要获得有效的干预措施和高质量的生殖卫生保健。最近开展的孕产妇死亡审查就孕产妇死亡率的生物学问题和社会决定因素提供了较好的信息。许多会员国已实施了有关规划，以消除或减少妨碍获得有效干预措施的障碍。2010 年，年龄为 15 岁至 49 岁的已婚或同居妇女有 63% 使用了某种形式的避孕措施。2005 年至 2012 年，在妊娠期至少接受一次产前护理的孕妇比例约为 81%，但按建议进行至少四次或更多次产检的妇女比例则仅为约 55%。分娩设施利用率有所提高。它对减少围产期、新生儿和孕产妇死亡至关重要的技术熟练人员接生的比例产生了积极影响，2005 年至 2012 年期间，六个区域中有三个实现由技术熟练人员接生比例达 90% 以上。但是，非洲等区域的技术熟练人员接生覆盖率刚刚低于 50%，需要改进。

11. 每年约有 1600 万名 15 至 19 岁少女分娩。少女所生婴儿约占全球所有出生婴儿总数的 11%；其中 95% 发生在发展中国家。在低收入和中等收入国家，妊娠和生产并发症是上述年龄组少女的主要死亡原因。据估计，2008 年这一年龄组女孩中不安全堕胎人次为 300 万。少女生育也对婴儿健康产生了不利影响。与 20 至 29 岁母亲所生婴儿的围产期婴儿死亡率相比，20 岁以下母亲所生婴儿死亡率要高出 50%。未成年母亲的新生儿发生低出生体重的可能性也更大，可给有关婴儿带来较大的长期健康风险。2011 年，世卫组织发布了关于如何在发展中国家预防少女早孕和不良生殖后果的指南，并向各国提供支持，以将有关活动纳入国家行动战略和行动计划。

12. 世卫组织与其合作伙伴通力合作，支持各国采取至关重要的干预措施，加快实现普遍获得生殖健康服务。作为在计划生育问题伦敦峰会期间宣布的承诺的一部分，世卫组织提供了有关下列战略的政策简报：优化卫生人力资源，提供客观的计划生育服务；增加长效和永久避孕方法的使用；扩大青少年获得服务的机会；以及加强卫生系统应对能力²。世卫组织的其他承诺包括：通过避孕研究与开发，扩大组合选择和方法范围；以及通过产品的资格预审和快速通道机制，增加有质量保证的避孕产品的可得性。

¹ 见题为“履行诺言，衡量成果”的报告中的建议，可上网 http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/en/ 查阅（检索日期：2013 年 4 月 12 日）。

² 见 http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/policybriefs/en/index.html（检索日期：2013 年 4 月 12 日）。

13. 新生儿死亡总数从 1990 年的 440 万下降到 2011 年的 300 万。同期，新生儿死亡率从每千例活产 32 例下降到 22 例，降幅在 30% 以上。该下降速度低于儿童死亡率总体下降速度，新生儿阶段死亡占五岁以下儿童死亡比例从 1990 年的 36% 上升到 2011 年的 43%。早产是新生儿死亡的首要死因，目前是五岁以下儿童死亡的第二大原因。世卫组织及其合作伙伴首次发布了一份早产问题全球行动报告¹，其中强调了在拯救早产儿生命、提供适当的新生儿护理以及降低高死亡率和高残疾率方面经科学证明的解决办法。据估计，死胎情况从 1995 年的全球 300 万例下降到 2009 年的 260 万例，死胎比例从 1995 年的每千例生产 22 例下降为每千例生产 19 例，降幅约为 15%。

14. 生育期间和产后早期的基本护理对于预防和管理导致新生儿死亡的种种状况至关重要。世卫组织及其合作伙伴支持加强卫生保健工作者预防或管理主要孕产妇、围产期和新生儿疾病的能力，包括对早产孕妇使用皮质类固醇，支持尽早开始哺乳和纯母乳喂养，袋鼠妈妈护理法，以及对新出生儿童和母亲进行家访。另外，世卫组织正在收集有关性价比最高干预措施的证据，包括更简单的治疗新生儿败血症的抗生素治疗方案。

15. 通常情况是，需要获得有效和可负担的药品及普通卫生用品的妇女和儿童往往却不易得到。联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会制定了十项建议，旨在增进世界上最脆弱者获得拯救生命药品和卫生用品的机会。初步确定了一份列有 13 种可负担、有效的但并未充分利用的拯救生命产品清单²。后续行动将包括所有利益攸关方致力于实施联合国秘书长全球妇幼健康战略，并将着重于采取行动，以发展全球和当地市场，加强质量控制，提高监管效力，增加供给和需求，以及建立创新的融资机制。世卫组织已制定了实施计划，以解决相关的监管途径和产品质量问题，包括资格预审，以及增进获得选定的基本卫生产品的机会。

16. 约一半世界人口面临疟疾风险。据估计，2010 年，2.19 亿疟疾病例导致 66 万例死亡。2000 至 2010 年间估计全球发病率降低了 17%，死亡率下降了 26%。可以获得的 2010 年国家层面估计数显示，约有 80% 的疟疾病例发生在 17 个国家，80% 的疟疾死亡仅仅发生在 14 个国家。分发药浸蚊帐和进行室内滞留喷洒等干预措施的覆盖率大大提高，需得到保持以防止疾病和相关死亡现象出现反弹。

17. 自 2006 年以来，全球每年新发结核病例缓慢下降；2010 年至 2011 年间降幅为 2.2%。据估计，2011 年有 870 万新发病例，其中 13% 涉及艾滋病毒感染者。自 1990 年以来，结核病死亡率下降了 41%，这一趋势表明，从全球来看，到 2015 年将减少 50%。六个

¹ 《出生过早：有关早产问题的全球行动报告》，日内瓦，世界卫生组织，2012 年。

² 见 <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities/life-saving-commodities> (检索日期：2013 年 4 月 12 日)。

区域内的发病率也在下降。在全球，治疗成功率一直维持在较高水平，在过去的四年里达到或超过 85% 的目标（该目标最初在 1991 年由卫生大会确定）。

18. 2011 年，据估计全球 250 万人新感染艾滋病毒，比 2001 年的 320 万新增感染病例减少 20%。撒哈拉以南非洲占全球感染艾滋病毒人数的约 70%。2011 年，据估计有 3400 万人感染艾滋病毒，比前几年有所增加。低收入和中等收入国家获得抗逆转录病毒疗法的情况得到了改善（2011 年，在低收入和中等收入国家中有 800 万人接受了治疗），由于死于艾滋病相关原因的人数减少，感染艾滋病毒人口数将继续增加。

19. “被忽视的热带病”一词指流行的 17 种疾病，影响到全球 10 亿多人¹。虽然这些疾病很少导致疫情暴发（除登革热和利什曼病外），但它们主要出现在最贫穷、最边缘化的社区，给数百万人造成严重痛苦、永久性残疾和死亡。自 2007 年以来，通过采取协调和综合措施，世卫组织已显示这些疾病是可以控制、消除甚至消灭的。例如，2011 年仅报告不到 1058 例麦地那龙线虫病，无需使用任何药物或疫苗，现已接近消灭该病。

20. 具体目标 7.C 与饮用水和基本卫生设施有关：到 2015 年将无法可持续获得安全饮用水和基本卫生设施的人口比例减半。这一饮用水具体目标已经实现；2011 年，世界人口的 89% 使用经改善的饮用水源，而 1990 年这一比例是 76%。进展十分显著，但各区域之间仍然存在差距。虽然世卫组织六个区域中有四个区域的安全饮用水覆盖率至少达到 90%，但非洲区域和东地中海区域的覆盖率依然偏低。按目前的进展速度判断，到 2015 年，这两个区域将无法实现该具体目标。在基本卫生设施方面，自 1990 年以来，几乎有 19 亿人已经能够获得经改善的卫生设施，而在 2011 年仍有 25 亿人无法获得。不论是在全球还是各区域内（除西太平洋区域外，该区在 1990 年至 2011 年间的覆盖率翻了一番），按目前的进展速度均无法实现卫生设施方面的目标。

21. 许多人继续面临公共部门缺少药物的情况，迫使他们转向私立部门，而后者的价格会高昂很多。2007 至 2012 年开展的调查显示，低收入和中等收入国家中选定非专利药物的平均可得性在公立部门仅为 57%。私立部门中定价最低的非专利药物患者价格平均是国际参考价的 5 倍多，而在有些国家可高达 16 倍。即使是定价最低的非专利药物，也可以使普通治疗超出发展中国家低收入家庭所能承受的范围。慢性病患者付出的代价最高。针对大多数全球慢性疾病负担，存在有效的治疗，但仍然达不到全民普及。

¹ 见文件 A66/20。涉及的疾病包括：登革热、狂犬病、沙眼、布鲁里溃疡、地区流行性密螺旋体病、麻风病、南美锥虫病、非洲人类锥虫病、利什曼病、囊虫病、麦地那龙线虫病、棘球蚴病、食源性吸虫病感染、淋巴丝虫病、盘尾丝虫病、血吸虫病和土源性蠕虫病。

2015 年后发展议程中的卫生问题

22. 从现在到 2015 年底，时间已经不多，尽管已取得一些进展，但要实现与卫生相关的千年发展目标，还有许多事情有待去做，且到 2015 年之后，还需做大量工作。同时，世界面临新的挑战，需要在 2015 年之后继续衡量在应对挑战方面的进展。会员国的意见至关重要，有助于影响对这一议题的讨论，以确保将继续努力，作为全球发展议程的一部分，实现与卫生相关的千年发展目标¹。

卫生大会的行动

23. 请卫生大会注意本报告。

= = =

¹ 见文件 EB132/12。