



大会

Distr.: General
26 September 2005
Chinese
Original: Spanish

第六十届会议

议程项目 46 和 120

联合国经济、社会及有关领域各次主要会议和
首脑会议结果的统筹协调执行及后续行动
千年首脑会议成果的后续行动

2005 年 9 月 9 日危地马拉常驻联合国代表给秘书长的信

谨随函附上危地马拉政府题为“千年目标：危地马拉第二次进度报告”（见附件）。

请将该报告作为大会议程项目 46 和 120 的文件印发为荷。

常驻代表

大使

豪尔赫·斯金纳·**克莱**（**签名**）



2005 年 9 月 9 日危地马拉常驻联合国代表给秘书长的信的附件
危地马拉政府规划和方案编制总统秘书处
千年目标：危地马拉第二次进度报告
摘要草稿
提交联合国大会第六十届高级别全体会议
纽约，2005 年 9 月

目录

	页次
1. 导言	5
2. 执行摘要	5
3. 危地马拉发展状况	6
4. 危地马拉境内的贫困和饥饿(千年发展目标 1)	7
5. 普及初等教育(千年发展目标 2)	12
6. 两性平等(千年发展目标 3)	14
7. 降低婴儿死亡率(千年发展目标 4)	16
8. 降低产妇死亡率(千年发展目标 5)	18
9. 减少艾滋病毒/艾滋病和其他疾病(疟疾、结核病)(千年发展目标 6)	20
10. 确保环境的可持续能力(千年发展目标 7)	24
11. 促进全球发展伙伴关系(千年发展目标 8)	27
12. 实施目标的代价	30
文献目录	31
附件	
1. 千年发展目标一瞥	32
2. 千年发展目标的统计数据	33
注	36

缩略语表

APROFAM	促进危地马拉家庭福利协会
ASIES	社会调查和研究协会(社会调研会)
BID	美洲开发银行
BM	世界银行(世行)
CEPAL	拉丁美洲经济委员会(拉美经委会)
CIEN	国民经济研究中心
CIUP	秘鲁太平洋大学研究中心(秘太研究中心)
DOTS	短期直接处理
ENCOVI	国家生活条件调查
ENSMI	国家妇幼保健调查
ENSMI	国家妇幼保健调查
HIPC	重债穷国
INE	国家统计局研究所
INE	国家统计局研究所
INFOM	市政府发展研究所
MECOVI	《美洲开发银行、世银和拉美经委会改进拉丁美洲户口调查和衡量生活条件方案》(《改进拉美调查和衡量方案》)
MINEDUC	教育部
MSPAS	公共卫生和社会福利部
PEN	国家战略
PNM	国家疟疾方案
PNSR	国家生殖保健方案
PNUD	联合国开发计划署(开发计划署)
PNUD-INDH	开发计划署驻危地马拉国家人类发展报告局
RD—CAFTA	美利坚合众国和危地马拉、萨尔瓦多、洪都拉斯、哥斯达黎加和多米尼加共和国之间自由贸易协定(中美洲自由贸易协定)

SAN	粮食安全和营养
SEGEPLAN	总统规划和方案制订秘书处
SESAN	总统粮食安全和营养秘书处
SIECA	中美洲经济一体化秘书处
SIGSA	健康信息管理系统
SNU	危地马拉联合国系统
SOSEP	总统夫人社会工作秘书处
TSE	最高选举委员会
USAC	圣卡罗斯大学(国立)

1. 引言

2000 年，会员国国家元首和政府首脑作出《千年宣言》所述的一系列历史性承诺。五年后，对全面应对在促进发展、确保全体公民安全和巩固民主及尊重人权等三种挑战方面所履行的承诺的成果和缺陷作出评价。

《千年宣言》所载的一般目标与 1966 年签署的《和平协定》和现任政府的《政府纲领》所述的内容完全一致。

本报告评价危地马拉在实施这些目标方面所取得的进展。有如许多发展中国家，我国有进有退。在教育、健康、婴儿营养、支持发展的体制建设领域有重大进展。不过，减轻贫困乏力。此外，《和平协定》的签署已近十年，普遍存在和平，但在加强法治和推广民主方面面临挑战。因此，已加倍努力巩固所得成果和加紧克服在加速经济增长和加强民主、参与性和包容性施政系统方面的种种障碍。

已制订和执行《经济复苏和社会重建方案》，其中把更大增长与强调提供社会服务和创造就业结合起来，以减轻贫困和饥饿。所订政策以较脆弱群体，包括农村人口和土著民族为对象。已作出重大努力促进农村发展和已通过基于沟通文化原则的“土著民族公共议程”。现任政府还在男女不平等的社会中致力提高妇女地位。

最后，在实施第八个《千年目标》方面的主要障碍是需要有国际秩序，尤其是在贸易、金融和技术转让领域，为导致本国利益有关者与全球主要发达国家建立真正的伙伴关系创造有利条件。还需要进入市场，特别是外部公共和私人筹资，以补充国内的努力。

最后，需要指出的是，本报告是在政府伙伴的支助下撰写的，特别是由国家统计研究所提供资料。危地马拉政府制订本报告时还得到国际合作伙伴的技术和资金支助，特别是联合国驻危地马拉办事处、美洲开发银行、世界银行和美国国际开发署(国际开发署)。此外，需要确认危地马拉研究中心和专门部门对各种问题的讨论作出贡献，其结果在本报告已概述。

2. 执行摘要

千年首脑会议举行五年后，在实施与《和平协定》一致的发展目标及具体目标方面取得进展和为此作出努力。对与《千年发展目标》有关的指标的评价表明近年来在这方面的进展。这包括减少营养不良、促进教育、降低妇幼死亡率（按基年超过 50%）、初等、中等和高等教育中两性差距缩小、环境保护、供水和卫生覆盖率扩大。这项积极发展表明朝着正确方向作出努力。

进展的速度在各群体中既不一致、也不平等。虽然监测《千年发展目标》的指标显示积极的进展，但从基年算起和按照现有调查，进展并不平均。例如，妇

幼死亡率的降幅（近一半）比普及小学教育的涨幅较大。此外，按性别、种族、区域开列的指标表明在妇女、土著居民和农村人口中的进展远远不及其他群体和低于国内平数。本国还有一些区域（东西）与国内平均数相去甚远。

现行计划、政策和项目愈来愈着重实施《千年发展目标》。最近作出的重大努力是《危地马拉行动起来》的经济和社会振兴计划。这是全面努力，促进经济增长，增强竞争力、增加社会投资和减少贫困。还要指出公共政策面向两性平等和尊重文化多样性。同样，本着《和平协定》的精神，在与《千年发展目标》有关的方面（特别是健康、教育和住房）增加公共开支。例如，2000年至2004年的教育经费增加了47%。

为实现《千年发展目标》，除应保持方向正确外，还要加速步伐。《千年宣言》是个平台，引导本国致力改进社会福利。评价表明所作出的努力方向正确，但如要实施《千年宣言》的目标，就不足够。因此，为实施《千年发展目标》必须改善经济和政治状况。基本上，这意味着(a)加强经济增长，2006年-2015年间至少为4%的决定因素；(b)增加税收，超过过去五年的数额（包括超过《和平协定》所定的12%）；(c)增加社会支出，这要求对电气化、饮水、卫生、预防性保健（主要是产妇保健）粮食、奖学金、学校基础设施和健康等进行投资。需要强调，应加强努力和特别注意处境不利群体，考虑到本国的多元文化的现实状况。如不克服这些障碍，所作出的努力的成果将有限，且不可持续。为此，还需要民间社会的大力支持和国际社会的充分合作。《千年宣言》所指引的道路正确和所作出的努力获得积极成果；不过，应再接再厉。

3. 本国发展背景

概况

根据上次人口普查（2002年），本国总人口为12 700 612人，男性6 210 557名和女性6 490 055名。人口中以年轻人居多（65%的人口不满25岁）和农村人口占多数（超过60%）。全国面积小（108 889平方公里），在全球具有很大生物多样性的25个国家中居22位。

危地马拉具有多种种族和多元文化，是拉丁美洲有最多土著居民的第二个国家（超过40%），其中主要由22个玛雅种族群体组成，还有占较低比例的辛卡人及加里富纳人。尽管危地马拉有丰富的文化，但整个社会需要消除在重视和尊重文化多样性方面的障碍。

危地马拉是个一院制共和国，具有由总统领导的民主政府。自1986年开始实行民主以来，曾先后连续举行五次普选。虽然《和平协定》签署10年后取得成果，在提高政治参与性和代表性的程度、巩固法治和改善施政方面存在障碍。本国有别于其他拉丁美洲国家，没有提高妇女和土著民族的政治参与性和代表性的具体机制。

经济和社会状况

在审查本国的主要社会及经济指标时，显示出需要加倍努力，促进经济和社会发展。关于人类发展，本国在 177 个国家中居 121 位，并属于中等发展中国家组。需要指出的是，之所以处于这个发展水平，是由一系列结构和局势因素所致。过去十年这些因素表明经济增长低下(平均 2.4%)，其中主要是直接投资锐减；显著差距居高不下；经济以农业为主；社会安全覆盖率低等。在农村地区的人口。妇女土著民族中，这些因素尤为突出。

此外，本国在以下领域面临重大挑战：健康(主要是预防性和产妇健康)、教育(推广初等、中等和高等教育)和例如电力、饮水和卫生的基础服务(特别是在农村地区弥补严重不足)。要是考虑到公共政策必须改进男女平等状况和配合本国多元文化的现实状况，这些挑战就更加严峻。

虽然必要进展较慢，过去十年本国根据《和平协定》的规定，增加税收和社会支出。因此，社会支出从 1995 年占国内总产值的 8% 增长到 2002 年的 10%；不过，迄今税收没有重大实际增长，并是拉丁美洲区域中最低的。另一方面，需要指出过去十年的社会支出大幅增加(特别是教育、健康和住房)。在 1995 年 2004 年之间，社会支出从占国内总产值的 3.2% 增至 5%；同时，军费减少了超过一半(同期从 1% 减到 0.42%)。尽管如此，这个比率若与中美洲和拉丁美洲国家的相比，则低于这两个区域的 10% 和 14%。

4. 危地马拉贫困和饥饿(千年发展目标 1)

具体目标 1：靠每日不到 1 美元维生的人口比例减半

指标	基年 1989 ^a	2000 ^a	2002 ^b	2004 ^c	具体目标 ^a
1993 年靠每日不到 1 美元维生的人口比例	20.0	16.0	20.0	21.5	10
贫困化(%)	8.9	6.3	没有	12.0	
极度贫困(%)	5.5	3.8	没有	8.9	

a 根据危地马拉联合国系统(2002)。

b 根据开发计划署驻危地马拉国家人类发展报告处 2002 年 5-6 月在国家就业和收入调查的估计数。

c 根据社会调研会-开发计划署驻危地马拉国家人类发展报告处 2002 年 10-11 月在国家就业和收入调查的估计数。

为实施具体目标所作的努力

减少赤贫是现任政府的优先事项，并为此目的，推行“危地马拉行动起来”**经济和社会振兴方案**。根据《和平协定》，现任政府的社会和经济优先事项已纳

入“危地马拉行动起来”方案，其中分四类：危地马拉的增长，通过公共和私人部门间投资和联手合作来促进经济增长；危地马拉的竞争力，致力通过改进生产和促进技术转让来提高竞争力；危地马拉的绿化，旨在创造对环保投资的有利气氛、提高环境商品及服务的竞争力和加强环境民主文化；最后，危地马拉的团结，力求通过创造财富促进社会和谐，以使家庭获得人类发展的机会，确保有美好的未来。

作为危地马拉的团结的组成部分，危地马拉减少贫困农村团结战略是扫贫的主要机制。该战略是 41 个市政地区的优先事项，以面向农村地区、促进社会参与以及制定和加强现有公共服务为基础。行动方针是致力基本能力建设（教育、健康和粮食）、增加机会和进入市场（创造较好和新的就业机会、加强农业生产和组织等）并改善环境（基础设施、住房、饮水和卫生）；如此通过结构扫除赤贫。这个方案在未来几年将予以扩大，在其他市政地区推广。

执行状况

贫困是个多层面现象，根据《和平协定》的总方针，在危地马拉境内实施《千年宣言》所定的目标，如教育覆盖率、减少营养不良和改善人民健康已取得重大进展。需要指出的是，拉美经委会（2005b，第 42 页）强调，根据 2002 年的数据，“自 1990 年以来，只有危地马拉、巴拿马（城市地区）及乌拉圭（城市地区）大幅降低不平等差距。”

由于一些因素，例如在 2001-2003 三年期间，人均国产总值减少和外部对出口需求减少及一些作物，特别是咖啡和食糖的国际价格偏低所造成的不利外部环境，无法持续减少贫困。

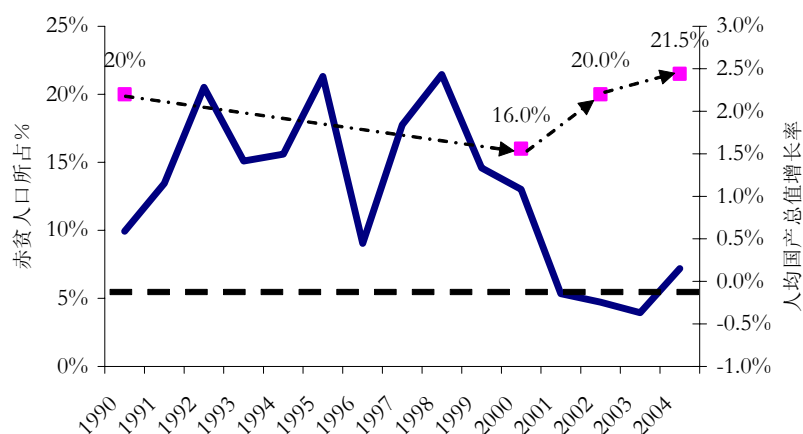
关于最近于 2004 年对赤贫的评估指出其增长率为 21.5%，贫困化为 12%。² 极度贫困的指数考虑到不仅穷人和贫困极限间的差距，而且处于贫困线下人口间的差距，于 2004 年为 8.9%。

按照最新的可得数据，2004 年在农村人口中赤贫率最高，为 32%，而在城市人口中为 9%。此外，在土著居民中赤贫率也较高，为 29%，而在非土著居民中为 15%。需要指出的是，2004 年该问题在男户主的家庭（23%）比在女户主的家庭（13%）中较为显著，如同 2003 年存在的状况。³

需要强调经济增长和减少赤贫间的关系的重要性（见图）。因此，需要着重指出，2004 年导致人均国产总值出现积极增长的经济好转，加上现任政为增加本国技术上的能力及机会所作的重大努力对扭转趋势至关重要。

图 1

人均国内生产总值和赤贫的变化(1990-2004 年)



资料来源：根据 BANGUAT、开发计划署驻危地马拉国家人类发展报告局和社会调研会的数据作出的预测。

近年来在设计家庭调查方面取得了进展。通过国际合作所执行的《改进对拉美调查和衡量方案》对国家统计研究所提供的支助发挥决定性作用。

过去十五年衡量赤贫的工作困难重重，没有进行两项能够正确比较相关指标的变化的同类调查。尽管按一些调查间的相似处可进行比较，但因各项调查 4 间的差异而无法进行两项完全正确可靠的比较。在这段期间，2000 年国家生活条件调查是评估本国贫困的唯一标尺，因此是对赤贫和一般贫困的最新官方评估⁵，除此以外，就没有任何其他类似资料来源。其他限制因素是所示特点的差异，除妨碍适当分类外，也导致难以正确衡量成果。

最后，需要指出的是，在按类别认识贫困现象，主要是性别观点方面存在缺点。

挑战和目标的可能实施

为实施此目标，需要改进投资和刺激出口，以求经济增长达 5.4%，或在 60 及 70 年代达到的水平。不过，如实现经济增长时按下表所示比例减少差距，就有更大可能实现目标。

表 1

经济增长和实施目标 1 差距的比率

经济增长	3%	4%	5%
减少差距	5.3%	2.9%	0.8%

资料来源：秘太研究中心(2005 年)。

具体目标 2：挨饿的人口比例减半

指标	基年 1987	1995	1998-9	2002	目标
5 岁以下体重不足儿童的百分率	34%	27%	24%	23%	17%

资料来源：国家妇幼保健调查 1987 年，1995 年，1998-1999 年及 2002 年。

为实施目标所作的努力

粮食安全和营养是政府的优先事项。需要指出至今政府的主要成果是：根据粮食安全和营养国家制度法建立一个主导部门，粮食安全和营养秘书处。还应指出一致制定粮食安全和营养政策，其目的是：(a) 打破本国世代相传的营养不良循环；(b) 改进基本粮食供应；(c) 提高食物能量及 (d) 评估和监测本国的粮食安全和营养状况。

总统夫人社会工作秘书处以 5 岁以下儿童和育龄妇女为主要对象，执行增加利益方案。这是个崭新的自理模式，通过养成良好饮食习惯和监管儿童，赋予妇女能力作为促进改变的人员和社会行动者，使用已掌握的适当知识来改善子女和全家的健康。

在这方面政府的其他倡议中，值得一提是社会福利秘书处的儿童和少年综合政策；公共卫生部的 2004-2008 年健康基本方针和政策；农业部的 2004-2008 年农牧业和部门性政策。

执行状况

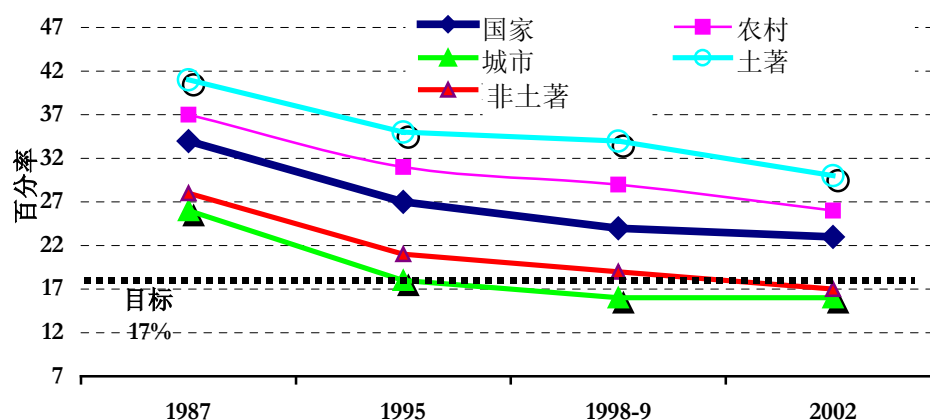
2002 年的最新可得数据表明本国减少全面营养不良（5 岁以下体重不足的儿童），即使自 1995 年起减少率大幅降低。

全面营养不良中的差距有如极端贫困中的差别，该问题在土著居民和农村地区最严重。不过，最近的结果显示出不仅全国城市地区达到目标，而且非土著居民也快将达到该目标。

危地马拉境内全面营养不良最严重的地区是西北，5 岁以下儿童中体重不足的比率占 31%，在大城市区域该百分率为 15%。按性别的衡量表明女童比男童患全面营养不良的比率较大，分别为 22.9% 及 22.5%。此外，母亲的教育水平对降低全面营养不良起重大作用，未受过教育母亲的子女的比率为 30%，而受过中等教育母亲的子女的比率为 9%。

图 2

按家庭特点全面营养不良的变化(1989-2004 年)



资料来源：国家妇幼保健调查。

其他指标，例如长期营养不良或 5 岁以下体重不足儿童的百分率表明大部分危地马拉儿童的发育条件不健全。1987 年至 2002 年，长期营养不良从 58% 降低到 49%；不过该进展主要出现在非土著居民中，其百分率从 1987 年的 48% 降低到 2002 年的 36%。同期，在土著居民中该百分率略为降低，从 71% 减至 70%。

表 2

按地区开列的全面营养不良 (%)

	1987	1995	1998-99	2002
都市	22.4	18.3	18.9	15.1
北部	25.2	24.9	19.4	23.7
东北部	27.0	23.1	29.1	17.7
东南部	29.4	26.4	21.4	26.0
中部	39.3	27.0	21.7	21.7
西南部	39.5	32.9	29.4	28.5
西北部	46.0	34.9	33.4	31.5

资料来源：国家妇幼保健调查 1987 年，1995 年，1998 年及 2002 年。

监测和追踪目标的条件

为监测营养不良，如本报告所示国家妇幼保健调查至关重要，而其周期性可变。与目标 2 有关的资料，没有致使能够逐年监测本国的状况，特别是计算千年目标指数的机构间协调。

挑战和实施目标的可能性

按照最近的变化和如能维持直至 2002 年上次指标衡量时的条件，就很难实施目标。不过，根据包涵增订社会政策的预测，可接近在本国降低营养不良的目标（在 18% 和 20% 之间），但此平均数不保证土著和农村儿童的高营养不良率会降低。因此，为趋向接近目标需要增订社会政策，以处境不利群体（农村和土著）为对象和着重 3 岁以下儿童营养方案。在本目标和其他目标中的福利方案，例如获得饮用水和教育方案也同样重要。

5. 普及初等教育(千年发展目标 2)

具体目标 3：确保到 2015 年所有男童和女童都能完成全部小学教育课程

指标	基年		最后官方数据			目标
	1989	1994	2000	2002	2004	
初等教育净率 ^a		71.1	85.4		92.3	100
完成六年级学生比例 ^a		43.7	53.2		65.1	100
15 至 24 岁识字人数比率 ^b	74.8		n/a	82.2		100

^a 教育部持续统计数据及 2002 年普查。

^b ENS89 和 2002 年普查计算。

为实施目标所作的努力

增拨教育经费。1999 年，超过 16% 的预算拨供教育部门；2004 年比率超过 19%。1998 至 2004 年，教育部的经费从占国产总值 1.4% 提升到 1.7%。

国家教育改革战略。此战略正在实行，面向成果和目标，并有四大方针：(1) 教育质量；(2) 师资训练；(3) 新管理方式及 (4) 改进学校基础设施。

所有男童和女童都能完成小学一年级。由于高辍学率和留级率，教育部正在致力使所有学生完成小学一年级（近三分之一的一年级学生辍学）。2004 年至 2007 年教育计划制定小学预备班 75% 和小学 100% 净率的目标。

扩大和改革刺激教育需求的机制。近年来增加奖学金（津贴费用）、助学金和食物，以使男童和女童有受教育机会和由此获益。例如，2004 年有 140 万名学生获得学校提供食物；2005 年的目标是 200 万名学生。2004 年有 1 530 000 名小学预备班及小学男女生获得助学金。

加强双语文化教育。2005 年，向双语文化教育局，尤其是向在土著人占多数的省（上维拉帕斯、基切、韦韦特南戈和索洛拉）的双语学校增拨经费。2004 年有 353,721 名学生接受这种教育。2006 年准备增聘双语教师。

需要指出的是，民间社会愈来愈增加参与和加倍努力，通过各种机构（合作社、社区组织、基金会和非政府组织）改进教育。

实施情况

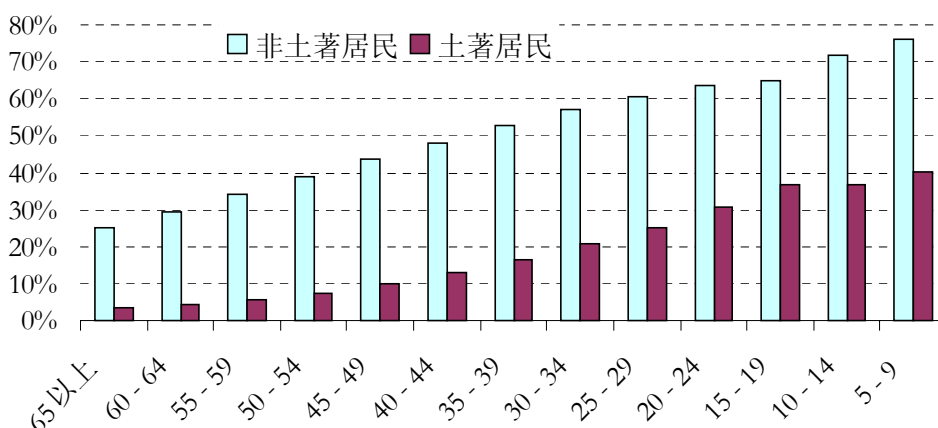
1990-2004 年供作追踪目标 3 的指标有所进展。最大的进展是受初等教育机会，这是用净入学率衡量。入学率从 1994 年的 71.1 上升到 2004 年的 92.3。不过，如考虑到毕业率，虽有进展，但却低于需要男童和女童完成小学教育课程的指数。1994 年小学毕业率为 43.7%，2004 年为 65.1%。这些数字表明重大进展，但应强调仍然不足够，因为还有 35 %没有完成小学教育。

15 至 24 岁识字人数有所增加，但增加速度不同。在 1989 年和 2002 年之间识字率从 74.8%上升到 82.2%。不过，在以下群体中的进展缓慢，2002 年妇女为 78.4%，男子为 86.4%、土著民族为 71.5%，而非土著民族为 89.5%和农村人口为 73.9%。此外，在基切和上维拉帕斯省的识字率低于全国的，而农村妇女的识字率更低(49.2%和 50.7%)。

土著居民的小学教育完成率比非土著民族的较低。监测这个目标的进展的另一个指标是教育成果标尺，即人口中某一部分完成小学教育（按国家 6 年或 7 年）的比例。在估计本国这个指标时，观察到在各年龄组中，土著居民的小学教育完成率比非土著居民的较低。不过，应该承认这个历史性差距正在缓慢地逐渐缩小，反映积极的趋势。下图显示出这些差异。

图 3

按种族文化取得的教育成果



资料来源：2002 年第十次全国人口普查数据。

监测和追踪目标的条件

追踪目标 3 的基本来源是教育部的行政记录和国家统计研究所所制定的资料。教育部信息数据股所制定的资料可用于通过组群的重建来计算生存率。不过，需要指出其限制：虽然教育部的记录按性别列出，但没有按种族开列。教育部的数据的另一个问题是入学率所依据的人口预测在每次普查中都有变动，并在每次新普查中没有更正。此外，计算识字率的最可靠来源是人口普查；不过，这个来源的主要限制是每次普查介乎相隔十年。

挑战和实施目标的可能性

尽管取得这些进展，还要克服一系列挑战，例如提高识字率、扩大覆盖面、降低辍学率和留级率（2003 年小学教育完成率为 60%）、提升教育的质量和民族特点（每 100 名学生中只有 19 名玛雅居民接受用母语传授的教育）。特别是需要增加膳食的数量和质量、助学金、奖学金，并在城乡地区提供更多、更好的教室。需要指出的是，在各方面应特别注意农村居民、女童和土著民族和为他们作出更大努力，因为他们面临较严重的问题。除非彻底克服前述障碍，否则本国将不能在 2015 年以前实现目标。

6. 促进男女平等并赋予妇女权力(千年发展目标 3)

具体目标 4: 最好到 2005 年在小学教育和中学教育中消除两性差距, 迟于 2015 年在各级教育中消除此种差距

指标	基年				最后正式数据				目标 2015
	1989	1990	1994	2000	2000	2002	2003	2004	
女童和男童间在初等教育的关系 ¹			0.89					0.95	1.0
女童和男童间在中等教育的关系(基本周期) ²			0.92				0.92		1.0
女性和男性间在中等教育的关系(不同周期)			1.01				1.08		1.0
女性和男性间在高等教育的关系 ³				0.69				0.86	1.0
15 至 24 岁女性和男性识字率间的关系 ⁴	0.82					0.91			1.0
在非农业获得有酬职业的妇女比例 ⁵	35%				37%				
在国民议会任职女性的比例 ⁶		7%					9%		

资料来源：根据教育部，2002 年普查、ENS89、国家生活条件调查 2000 年，圣卡罗斯大学(国立)和最高选举委员会的数据计算

为实施目标所作的努力

正在继续执行国家妇女政策，并由妇女问题总统秘书处、维护土著妇女权利事务处、妇女论坛和其他政府机构实行一系列支助提高妇女地位和促进妇女综合发展的方案和项目。

应指出不断致力促进女童教育。1996 年，制定了第一个女童教育计划。1998 年，制定了第二个计划，称为 1998 年女童教育战略，最近又制定了 2003-2007 年女童教育计划和政策。

上述数字表明：(a) 教育部方案的制度化；(b) 已实现和维持私人部门、公共部门和国际合作战略性联盟的协调与合作，及 (c) 女童教育委员会的制度化，之中结合各种部门和制定为未成年人着想的行动。这项进程的一个重要因素是1993年制定的农村地区女童奖学金方案，并由教育部不断推动。该方案旨在通过给予每名受益人每年 300 格查尔的奖学金来提高农村地区女童的入学率和升级率。2004年发给了 32 030 个奖学金。

监测和追踪目标的条件

在监测千年发展目标 3 方面取得显著进展，这从许多国家调查中（ENS89，国家生活条件调查 2000，国家妇幼保健调查，国家就业和收入调查）反映出来，例如，相关机构的行政记录按性别开列资料。不过，不是所有资料来源（特别是行政方面）按种族文化开列，因此为分析和监测目的不能比较性别和种族变数。有鉴于此，不能窥见本国的土著妇女境况的全貌。此外，在调查中应纳入具体问题，以便更清楚了解性别层面；例如，需要有具体问题，以确定性别和贫困、环境、劳动力市场等之间的关系。

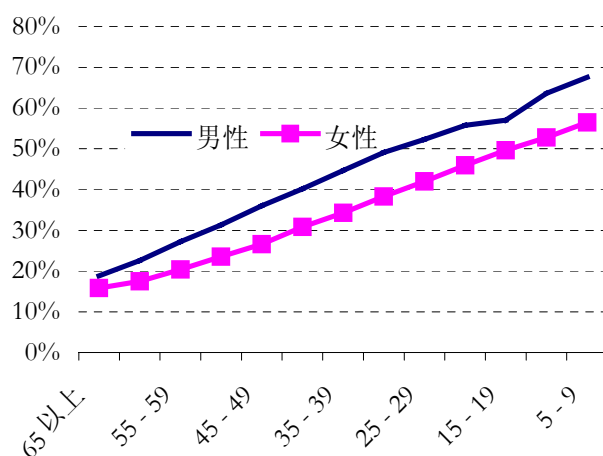
实施现况

男童和女童之间受初等教育的差距已缩小。1994 年男童的上学率为 75%，女童为 67.1%；2004 年分别为 94.6% 及 90%。如此，在初等教育中男童和女童趋于性别平等（2004 年的比例为达 0.95）。

妇女日益完成初等教育。尽管历来妇女受初等教育的机会较少，妇女的初等教育完成率日渐有所提高，不过仍然低于男性的比率。这从下图按性别显示受教育状况的变化可见一斑。

图 4

按性别显示受教育状况的变化



资料来源：第十次国家人口普查结果(国家统计局研究所，2002 年)。

受过中等教育的女童比男童略多，但两者的机会都很有限。1994 年基本学期的净上学率为 20.59%，男童和女童分别为 21.44% 和 19.73%。到 2003 年两者受中等教育的比率增加约 10%，致使性别平等率为 0.92。在职业教育中，妇女超前。1994 至 2003 年，在这方面男女性别平等率超过 1，2003 年妇女的比率略高为 18.89%，男性为 17.53%。不过，这些数字和初等教育注册率相比就非常低，尤其是在北部和西北部（主要是土著民族区），基本和职业教育的注册率分别不到 15% 及 10%。

上大学的妇女人数增多，在省一级超过男性的人数。根据圣卡罗斯大学的记录，有越来越多妇女注册，2000 年至 2005 年，女性/男性注册率从 0.69 升至 0.86。尽管在首都男生人数超过女生，在全国其他地区，注册妇女人数超过男性的，从 2000 年的 0.81 升至 2005 年的 1.03。

非农活劳动力市场和政治领域的进展有限。尽管有越来越多妇女完成初等教育和在高等教育中趋于与男性平等，但她们并未获得较多和较好的就业机会及参政机会。在非农业部门劳动妇女的比例从 1989 年的 35% 增至 2000 年的 37%。此外，在议会中女议员比例低于 10%，唯一的例外是 1995 年的选举，有 15 名妇女及 68 名男性当选议员。在地方一级，这个比例远远低于 330 个市政府的选举，1995 年选出 4 名女市长和 2003 年选出 8 名。

挑战和实施目标的可能性

为到 2015 年实现女童享有男童受初等教育机会的目标，在 2005-2015 年之间必须至少一劳永逸地提高升级率 5.5% 和降低留级率及辍学率 2.75%。为实现此目标，到 2015 年必须拨出约 1.63% 的国产总值，供作初等教育经费；即在 2005-2015 年期间每年大约为 2004 年的 4.95 亿美元 7。

7. 降低儿童死亡率(千年发展目标 4)

具体目标 4：五岁以下儿童的死亡率降低三分之二

指标	基年	最后正式数据			目标 2015
	1987	1995	1998/1999	2002	
儿童死亡率(不满 5 岁)	104	65	56	53	23
婴儿死亡率(不满 1 岁)	73	50	45	38	17

资料来源：国家妇幼保健调查 2002，1998/1999，1995，2002。1 000 名活产的比率。

为实施目标所作的努力

卫生部的结合行动。为实施目标所作的努力，公共卫生部执行国家生殖健康和方案。其中包括：建立母婴室、引进五联疫苗、扩大疫苗接种覆盖率的新战略、产科急诊和在有严重问题的领域加强扩大覆盖率方案。还有在不同级别与其他非

政府组织及政府组织协调。此外，目前政府在粮食和营养安全方面实行的政策与目标有关。

实施情况

儿童死亡率降低 50%。儿童死亡率的介乎所有指标从 1987 年的最初水平降低约 50%；在 1987 年至 1995 年之间降幅最大，并在 1995 年后降低率趋于稳定。

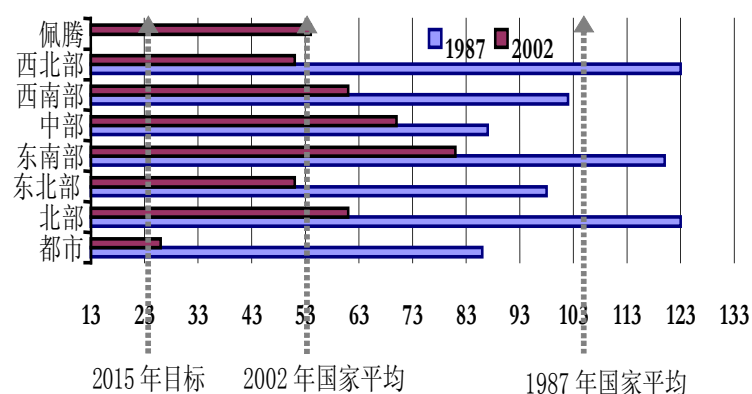
在区域一级，需要指出儿童死亡率锐减，例如在都市(70%)，西北部(约 60%)和北部(50%)。不过，其他地区的儿童死亡率仍然居高不下，每千名活产中有 81 名 5 岁以下儿童死亡，死亡率仅降低 20%（见下图）。儿童死亡率降低的原因是，公共卫生和社会福利部的婴儿生存项目的结果和执行机构护理方案。

婴儿死亡率降低介乎一半。从基年算起，每千名活产中婴儿死亡率从 73 名降低到 38 名。根据住所的地域位置，城市地区的降幅最大，与 1987 年相比现有百分率减少 55%，在农村地区死亡率也降低，但降幅较少。

图 5

儿童死亡率的变化(1987-2002 年)

(每千名活产的百分率)

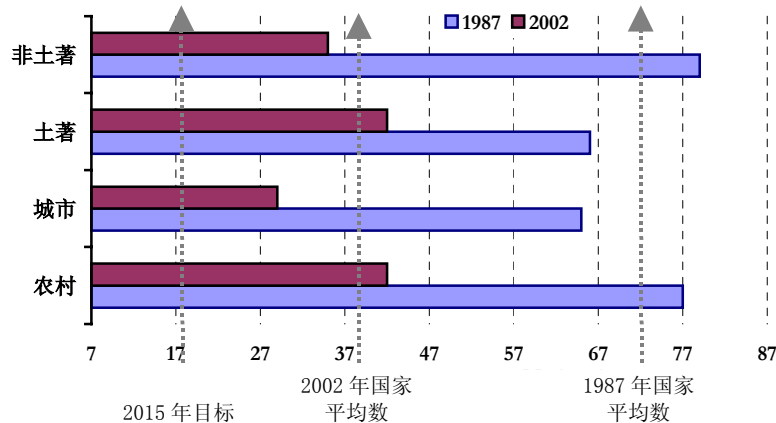


资料来源：国家妇幼保健调查 1987 年和 2002 年。

在种族群体方面，非土著民族的降幅为 55 和土著民族为 36%。婴儿死亡率与母亲的教育程度有关系，在受过中等教育的妇女中该比率降低最多，降幅为 67%，同期在未受过教育的妇女中降幅为 26%。按区域来算，在东南部和中部婴儿死亡率很高，每千名活产中死亡人数分别为 67 名和 60 名，在都市（死亡率最低）为 16 名。

图 6
婴儿死亡率变化(1987-2002 年)

(千名活产比率)



资料来源：1987 年和 2002 年国家妇幼保健调查。

监测和追踪目标的条件

定期进行的国家妇幼保健调查以可接受的方式查明必要指标。此外，公共卫生和社会福利部执行健康信息管理系统，除其他外，包含城市的婴儿死亡率。在尚未执行的项目中，预定加强公共卫生和社会福利部一和国家统计研究所之间的协调，因为在出生和死亡登记方面现有三个正式来源（城市、国家统计研究所及健康信息管理系统）覆盖率各自不同，遗漏百分率也不同。目前挑战是，制定生死证明的单一程序和管制登记渠道。

挑战和实施目标的可能性

为实施目标，除需要持续现行努力外，还要结合其他举措。在这方面，纳入和增订有重大影响的政策，例如由训练有素的人员帮助分娩和育婴，以实现目标。除公共卫生和社会福利部的努力外，还要协调以下部门：教育、市政及社会基金会。它们应优先排列项目，以改进饮水和卫生的基础设施。

8. 降低产妇死亡率(千年发展目标 5)

具体目标 6：在 1990 年和 2015 年间，将产妇死亡率降低四分之三

指标	基年 1989	最后正式数据		目标
		2000	2005	2015
产妇死亡率	248	153	121(*)	62
个人分娩医疗援助	29%	41%	没有	没有

资料来源：1989 年公共卫生和社会福利部和 Medina 的基准线研究。

注：(*)根据基准线的估计和预测和 Medinadl 研究所作的初步预测。

为实施目标所作的努力

在公共卫生和社会福利部的工作计划中，把降低产妇死亡率列为优先事项，以国家生殖健康方案为主，作为第一步，落实计划行动减少此恶劣现象。⁸ 所述计划行动载在国家生殖健康方案的框架文件内，之中包括降低产妇死亡率战略方针、生殖健康方针及准则和产科急诊指南。⁹

降低产妇死亡率的直接行动是《国家人工流产护理项目》，自 2004 年起在全国 22 家医院实施，为共计 13 928 名流产妇女提供护理服务。项目的基本目的是“降低因不安全堕胎而造成的产妇发病率—死亡率”。

公共卫生和社会福利部还开展以下旨在降低产妇死亡率的行动：建立产院、母婴全面照顾中心和在关键领域加强扩大照顾覆盖范围的方案。五年来首都圣何塞上帝医院设有少年诊所，特别注意性和生殖健康，对此服务的需求增加一倍。其他医院现正试图提供此服务。

实施情况

1989 年，产妇死亡率为每 10 万个出生活婴儿 248 名，2000 年为 153 名（根据初步估计）及 2005 年为 121 名。尽管获得此降幅，但仍远离到 2015 年将产妇死亡率降至每 10 万个出生活婴儿 62 名的《千年目标》。为实现此目标，需要降低现有死亡率 64%。

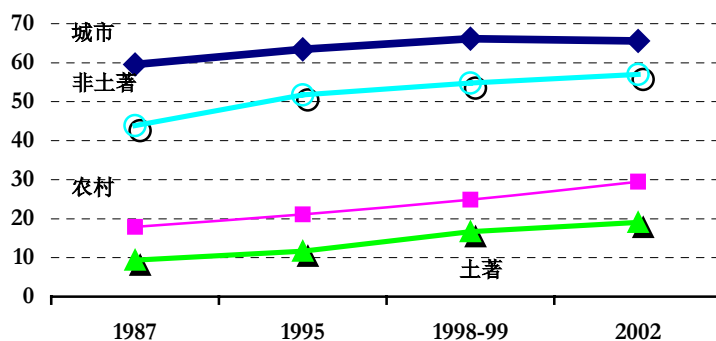
需要指出的是，妇女教育程度和产妇死亡人数密切相关：在死亡人数中未受过教育的妇女占 66%。此外，至于分娩护理人员，42.9% 的产妇由一名产婆照顾，并在产妇死亡人数中只有三分之一分娩时获得医务人员照顾。最后，产妇死亡的主要原因是由感染疾病后出血所致。

公共卫生系统面临的另一项挑战是，需要脱离非包容性模式，因为这并未为农村和土著居民提供适当服务，如下图所示。

图 7

1987-2002 年分娩获得医疗照顾或护理

(百分率)



资料来源：国家妇幼保健调查。

监测和追踪目标的条件

在获取母婴死亡率资料方面的困难是，定期进行的国家妇幼保健调查没有编入令人满意的产妇死亡指数。健康信息管理系统有许多漏报之处。另一个限制因素是，虽然只有一个核证格式，但至少还有另外两种登记表，内容虽然相同，但分类编排有别，而且对登记渠道没有控制，由此产生关于覆盖的各种不同数字。上述种种问题是信息资料系统中应予克服的挑战。

挑战和实施目标的可能性

降低产妇死亡率的关键在于妇女有机会受教育和获得营养以及提高其生活质量。不过，事实上实施此目标很难做到，并且是卫生部力所不及。还要考虑到其他相关部门，例如获得饮水及厕所和分娩时有医务人员护理。

9. 与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争(千年发展目标 6)

具体目标 7：遏止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延

指标	基年 1990	最后正式数据		目标 2015
		1995	1997-2002	
15 至 49 岁成年人艾滋病毒流行率	0.05 %		0.85 %	—
避孕药具使用率		4.5 %	57 %	

资料来源：艾滋病毒/艾滋病病例通知系统。国家卫生方案。危地马拉，2005 年。

为实施目标所作的努力

1999 年，国家战略计划的制定和批准是本国应对艾滋病毒/艾滋病的最重要行动之一，为治疗该流行病已优先安排战略目标和参与者承担执行该计划的责任。2005-2008 年新国家战略计划现正达最后制定阶段，重新纳入许多上述战略目标，并编入和修改旨在基本上协调本国发展的计划、方案和项目的行动，以及结合各部门的行动及集体努力，并有效使用资源。卫生部在国家艾滋病方案协调下支助国家战略计划，并通过全球基金和政府伙伴获得新资金，还通过国际合作获得供作实施优先行动的其他资源。

有两个因素大大有助于实施在未来四年新战略计划中所提出的行动。一个是危地马拉艾滋病毒/艾滋病法律框架。其中包括现行法律，不过这不足够，另一个是最近批准 2004 年通过的国家艾滋病政策，其原则在国家战略计划已查明和说明。

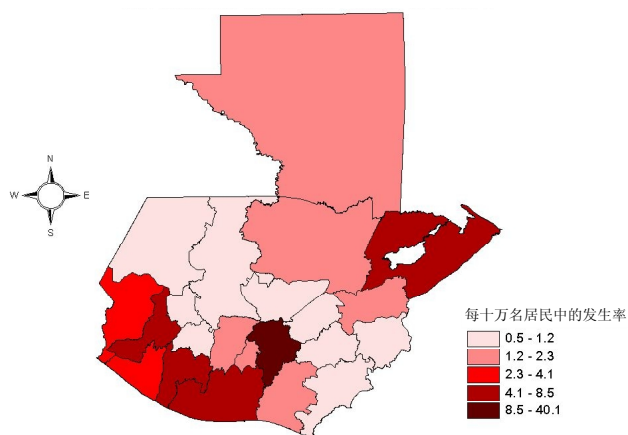
实施情况

直至 2004 年 12 月据报共有 8 606 个艾滋病毒/艾滋病病例，这等于 100 000 名居民中有 76 个病例。不过这个数字低于实际数字，因为漏报约占 40%至 60%。在所知的全部病例中，艾滋病 86%和艾滋病毒 14%。

据报在危地马拉的大多数艾滋病毒/艾滋病病人仍是 15 岁以上(95%)，主要是 20 至 34 岁(54.4%)。在这些病人中，妇女占多数，不过两性差距趋于缩小。在所报病例中的传染途经仍是主要经由异性性接触感染艾滋病毒(95%)，次之经由母亲传给子女(4%)。一项分析结果表明艾滋病毒/艾滋病病例集中于以下省份埃斯基特拉，伊萨瓦尔，克萨尔特南戈，苏奇特佩克斯及雷塔卢莱乌（见下图）。

图 8

危地马拉 2000 年至 2004 年艾滋病毒/艾滋病病例发生率



资料来源：艾滋病毒/艾滋病病例通知系统。国家卫生方案。危地马拉，2005 年。

监测和追踪目标的条件

在技术—运行方面有一个称为艾滋病毒/艾滋病监督系统，着重公共健康纳入健康信息管理系统的分开系统。还要在国家监督公共健康系统内建立预警组成部分，以查明具体对策。存在在国家和区域两级改进收集信息和提高信息质量的挑战。

此外，必须解决用于制定《国家艾滋病方案》和健康信息管理系统的资料重复和不一致的问题，以及资料传播方面的现存问题。

挑战和实施目标的可能性

扭转艾滋病毒/艾滋病蔓延的目标看来不能在 2015 年以前实现。在成年人口中艾滋病毒的发病率缓慢增加，并会自 2010 年起趋于稳定。在总人口的性交中避孕套的使用率迅速增加，致使早晚会达到 100%，作为促进危地马拉家庭福利协会大量提供避孕套的政策一部分。继续在全球基金项目的支助下，执行国家抗逆病毒疗法覆盖率方案，该方案的受益人逐渐增加，2009 年 80%和 2015 年 100%。

关于实施这些目标，可表明总人口中艾滋病毒幸存者人数将自 2008 年起增加，此幸存结果似乎是因抗逆病毒疗法所致。这样，如能够通过现行国家抗

逆病毒疗法方案维持治疗覆盖范围，在幸存者中艾滋病毒发病率会自 2010 年起趋于稳定。要是到 2010 年和 2015 年能扩大覆盖率，就可维持幸存者增加的人数。

9.1 疟疾和结核病

具体目标 8：到 2015 年，遏止并开始扭转疟疾和肺结核的蔓延

为实施目标所作的努力

疟疾。《国家疟疾方案》是以世界防治疟疾战略的方针为依据，规定第一项行动是适当诊断医疗和第二行动是选择性检验措施，包括病媒防治。应当在本国的高危、中危、低危区进行选择性病媒检验（传播疾病昆虫）以便把流行病分类。初期在较低层次开展倡议活动，不过没有关于活动种类、受益人和行动的效力的可得记录。

这个系统的以志愿人员合作网为基础，其范围扩大到边远和发展落后地区。志愿人员合作网得到社区承认和构成地方提供诊断医疗的基础。该网是纳入初级保健网内，其中还需要建立微型诊断设施。

肺结核。在全球基金的支助下，积极执行行动方案和降低疾病发生率及流行率。

在全球基金项目中，确定“扩大短期直接观察治疗战略”目标，由保健股在危地马拉的大部分土著居民中实施，并有社区参与。该战略和目标的一个重要方面是，社区参与培养和设置地方肺结核管理人员。在危地马拉的农业、经济和文化活动中已使用过地方管理人员，结果令人很满意，因为得到非政府组织的参与、合作和协调。因此，应促进在保健领域中这种社区活动。

实施现状

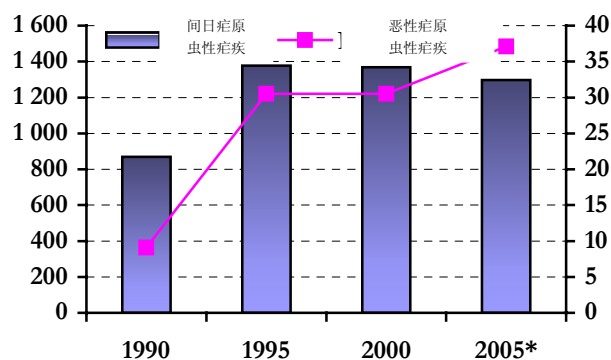
疟疾。疟疾是危地马拉的一个公共健康问题，并是 10 个最高死亡率的传染病之一。疟疾在本国 80% 的领土，即 23 个省的 19 个内蔓延，并集中在农村和土著居民占多数的地区，对超过 40% 的全国居民造成危险。

在危地马拉记录的病例中，95% 是由间日疟原虫性疟疾和 5% 由恶性疟原虫性疟疾引起。间日疟原虫性疟疾虽然不引起重病，但发病率高，主要为青年和成年人 (42%) 感染。

根据公共卫生和社会福利部，疟疾传染最多的地区是上韦拉帕斯 (占有病例的 34%)；Ixacán (基切的一部分，占有病例的 13%)；西南佩滕、东南佩滕和北佩滕 (分别占 19%、11% 及 3%,)。

图 9

肺结核的流行率(1990-2005 年)
(每十万名居民的病例比例)



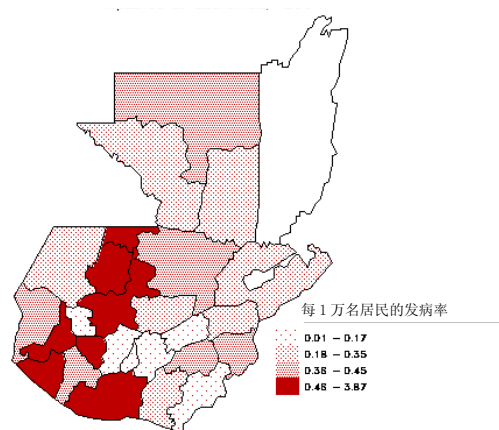
资料来源：疾病防治中心-Mertu。

* 预测。

肺结核。根据国家肺结核方案，2003 年，危地马拉有 2 499 个各类肺结核新病例，比例是 19/100 000 居民。需要指出的是，超过 60% 的病例是在国家一级，七个保健区。尽管现有信息有限，自 2004 年起病例数目已有所增加，并借鉴其他国家的经验，这个数目是与艾滋病毒/艾滋病蔓延趋势有关。不过，除此以外，应考虑到疾病和贫穷的关系。

图 10

肺结核
流行病周 52-04 按健康区开列的发病率
2004 年危地马拉共和国



资料来源：健康信息管理系统。

监测和追踪目标的条件

疟疾。尽管存在限制因素，自消灭疟疾期间开始（1960 年代）国家疟疾方案维持一个持续检查和通报疟疾病例系统。疟疾信息系统有两个检查和通报疟疾病例的来源：志愿人员合作网、保健单位和医院。为估计覆盖指标和影响所需的信息可向原始来源索取。不过，在巩固整理数据和向高级单位转移时，因信息的综合方式而不能使之相互关连和评估行动和程序的影响。

在确定肺结核现状的重大挑战之一是由健康信息管理系统提供的信息和数据与国家肺结核方案和偶然相关部门提供的信息和数据不一致所致，需要向方案和健康信息管理系统定期提供更多信息。

10. 确保环境的可持续能力(千年发展目标 7)

具体目标 9：将可持续发展原则纳入国家政策和方案；扭转环境资源的损失

指标	基年		最后正式日期			目标
	1990	1991	2000	2004	2005	
森林覆盖土地面积比例 ^a		34.0%		40.0%		没有
维持生物多样性保护土地面积 ^b	24.0%				30.0%	没有
二氧化碳排放量(人均公吨) ^c	0.47		0.68			没有
消费木柴人口比例(增列指标) ^d	79.0%				61.0%	没有

^a UVG/INAB/MAGA/PAFG。

^b CONAP。

^c MARN。

^d MEM。

为实施目标所作的努力

自 90 年代初起，进行了一系列改进环境持续性的法律和机构改革。近两年来，创设了重要工具，例如水资源政府政策(2004)、国家废料和固体废物综合管理政策(2004)、国家环境教育政策(2004)、国家火灾管理政策(2005)及土壤资源养护政策(进展中)。为改进和综合环境管理作出努力，执行危地马拉绿化计划，这是现任政府的环境政策的组成部分。须指出的是，制定在 2003–2008 年环境管理部门和行动计划中的两性平等政策，还有环境和自然资源部的土著居民股，透过这些在环境管理中较注意性别问题和本国多元文化的现实情况。

现正通过《国家森林研究所》的森林奖励方案大力改进自然森林管理和弥补森林丧失。该方案给予经济奖励以促进造林；根据这个模式，在 1997 至 2004 年间，造林面积达 39 948 公顷。仅是 2005 年造林 9 500 公顷，到 2007 年在无林区将有森林面积总共 44 100 公顷。

实施现状

《千年发展目标 7》的具体目标有别于其他目标，数量上和时间上没有特定规范。尽管如此，所列指标显示积极进展，现说明如下。

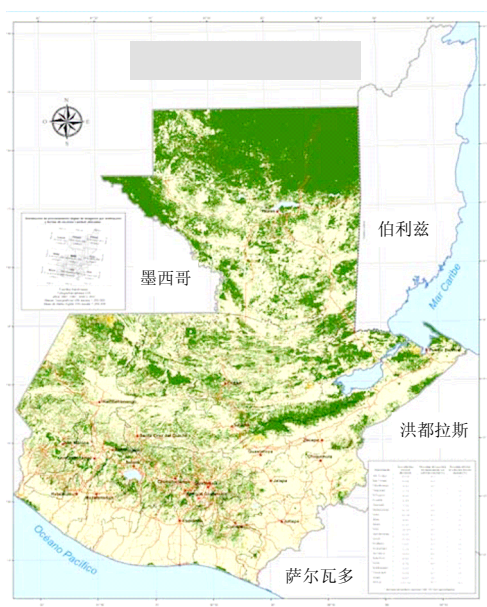
森林覆盖面积和保护生物多样性区域已扩大。根据正式数据，1991 年森林覆盖面积为 34%；2004 年 40%。占主要林区比例(70%)的省份是：佩滕(52%)，上韦拉帕斯(10%)及伊萨瓦尔(7%)，见图。从 90 年代初起已增加本国生物多样性保护和维持区；在 1990 至 2005 年间面积从 2 608 213 公顷增至 3 201 673 公顷，分别占领土的 24%及 30%。在这个面积范围内可总共分为 157 保护区。

减少木柴消费，但二氧化碳排放量有所增加。根据能源和矿业部，木柴作为可替代能源的使用率在 1990 至 2005 年间已减少，烧柴的家庭数目从 79%减到 61%。使用木柴最多的省份是托托尼卡潘，克萨尔特南戈，圣马克斯，韦韦特南戈及上韦拉帕斯。11 此外，在 1990 至 2000 年间记录按人均公吨衡量的二氧化碳排放量增多；1990 年 0.47 到 2000 年 0.73。

图 11

森林覆盖面积比例(2004 年)

危地马拉共和国森林覆盖图



资料来源：UVG/INAB/MAGA/PAFG (2004 年)。

监测和追踪目标的条件

自 1990 年起，建立一系列更好监测和追踪具体目标 9 的信息系统。之中有 MAGA 地理信息总统、国家统计局研究所的环境信息系统、CONAP-CEMEC 的信息系统和 CHM 生物多样性信息机制。最近建立 MARN 的环境指标系统。还有大量负责管

理环境数据的工作人员。不过，既没有一个综合所得信息的中心，也并没有定期进行关于毁林、使用固体燃料的人口及二氧化碳排放量等的统计。

挑战和实施目标的可能性

很难估计与具体目标 9 有关的所有指标的变化。主要原因是相关因素，例如能源活动的规模及电气化等难以预测。不过，考虑到每年的林区丧失率(约 52 000 公顷)和造林率 10 000 公顷，可评估森林覆盖的变化。如此趋势持续下去，估计到 2015 年林区占全国领土的约 33%，这个数字令人不安。如要扭转此颓势，必须改善森林管理、造林和控制与森林丧失有关的重要因素：森林砍伐过度、播种方式不当及林火等。

9.1 饮水和卫生

具体目标 10：到 2015 年无法持续获得安全饮用水的人口比例减半

具体目标 11：到 2020 年使至少 1 亿贫民窟居民的生活有明显改善

指标	基年		最后正式数据	目标
	1990 ^a	1995	1997-2002	2015
持续获得饮水供应人口比例	63%	68%	75%	82%
获得适当卫生服务人口比例	32%	35%	47%	66%

^a 根据 1981 年和 1994 年普查；1994 年第九次和 2002 年第十次普查。

为实施目标所作的努力

对饮水和卫生项目增加投资和进行协调。近年来对饮水和卫生项目的投资有所增加。1995 年总投资额为 8 621 万格查尔，2000 年 3.401 亿格查尔和 2004 年 4.051 亿格查尔，用于在全国执行约 355 个项目。这些投资是由国际合作的公共和私人部门，INFOM-UNEPAR、促进发展各部门委员会、la SCEP、FIS、FONAPAZ、公共卫生和社会福利部及 FODIGU 等。

还要指出在获得技术和财政援助、加强监督水的质量和向共和国议会提交的水法律草案方面加大力度。除其他方面外，该草案建议有关民法和体制管理及国家水资源清查。

实施情况

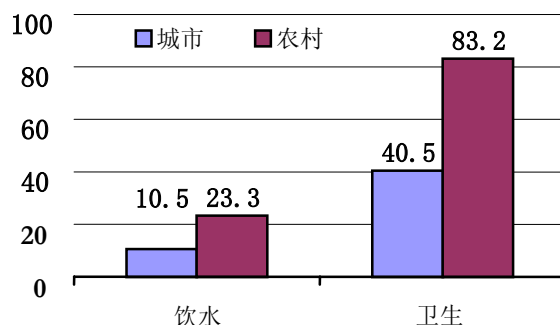
改善供水服务。相关指标的变化表明获得供水的家庭有所增加，在危地马拉供水指专用自来水、家庭用水和公用水(户外)。获得供水服务的家庭比例从 1994 年的 68.4%增至 2002 年的 74.6%。

改善卫生服务，但服务水平继续偏低。1994 年至 2002 年，获得较佳卫生服务的家庭有所增加，它们具有连接下水道的厕所、连接化粪池的厕所及用水冲的厕所。这个比例在所述期间从 35.2%增至 46.9%，虽然仍是不足，但可算取得重大进展。

农村地区和一些省份缺乏供水和卫生服务。严重缺乏供水和卫生服务的农村地区是埃斯昆特拉，雷塔卢莱乌，佩滕及 Alta Verapaz 在这些省份匮乏率超过 50%。下图说明城乡之间的差距。

图 12

缺乏饮水和卫生服务家庭的百分率(2002 年)



资料来源：根据 2002 年人口普查。

监测和追踪目标的条件

目前没有国家饮水和卫生信息系统，这是因作为这方面的牵头机构的公共卫生和社会福利部，组织薄弱。较可靠和较完整的信息来自国家人口和住房普查。虽然据此来源可得到各种分类（按性别、地区、省份、种族文化），但每次普查之间相隔十年，追踪工作就难以持续。此外，信息分散在不同机构（市政府发展研究所、公共卫生和社会福利部、社会基金、市政府等等）。其他困难是在国家一级没有关于水质持续和可靠的记录。基于这些因素，很难追踪和监测具体目标 10 及 11。

挑战和实施目标的可能性

为实施具体目标 10 及 11 和在其他具体目标中产生重要影响（特别是在妇幼保健具体目标中），必须在农村地区，尤其是落后省份大量增加投资。由于经济增长率各异（3%至 5%），这项投资的影响就大不相同。例如，如在 2006 年至 2015 年间，经济年度增长率保持 4%，农村地区供水的投资额应为约 12 亿格查尔。

11. 建立促进发展世界协会¹²

外部合作

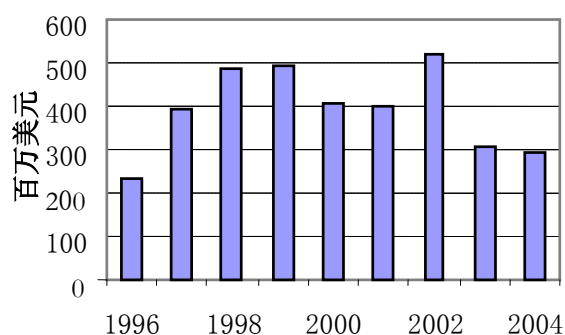
国际合作流量 1998 年和 1999 年最多，到 2002 年数额为 5 亿美元。除 2002 年外，近年来资源持续减少。2004 年，通过国际合作提供危地马拉的资金只是

2.902 亿美元(占国内总产值的 1.1%)。所得资金的 75%属应偿资金, 25%属无偿资金(见图)。

流入危地马拉的资金减少使人注意到联合国《千年项目》(2005 年), 也称为 Sachs 报告的建议, 其中指出中收入国家(其中包括危地马拉)可大部分用自己的资源来实施《千年目标》。不过, 报告认为只是在不存在极度贫困和局部贫困的国家才能这样做。因此对危地马拉不适用, 我国普遍非常贫困, 人口中占 21.5%过着赤贫生活。

图 13

通过国际合作提供的资金



资料来源: 根据拉美经委会(2005 年^a)的正式统计。

以人均收入作为通过国际合作给予官方发展援助的主要标准明显不足, 因为这没有反映本国的实际情况。例如, 在存在收入高度集中于城市或有基本服务的地区的情况时, 这个人均指标意义重大; 但在因缺乏生产性投资、公开严重失业而发展落后、分散和低收入社区, 该指标就没有代表性。10%富裕家庭的收入与 10%贫穷家庭的收入的关系在危地马拉是 63.6, 是中美洲最高的国家和拉丁美洲最高的三个国家之一。¹³

基于上述考虑因素, 建议两个指标: (一) 贫困(按费水平衡量)及(二) 不平等(基尼系数)。此外, 应考虑到发展中国家向发达国家出口的产品所遇到的贸易壁垒。还有与合作有关的其他指标: (三) 发达国家对发展中国家所生产的农产品、纺织品适用的平均关税税率。使用后一个指标的基本理由是, 借以监测国际上消除对发展中国家的贸易壁垒的努力, 以便此导致经济增长。应考虑到大部分穷人在初级部门工作和/或从事劳动力密集的活动(例如农业和纺织业), 这些部门遇到最大的国际贸易壁垒。如消除这些壁垒, 就能取得重大经济增长。¹⁴

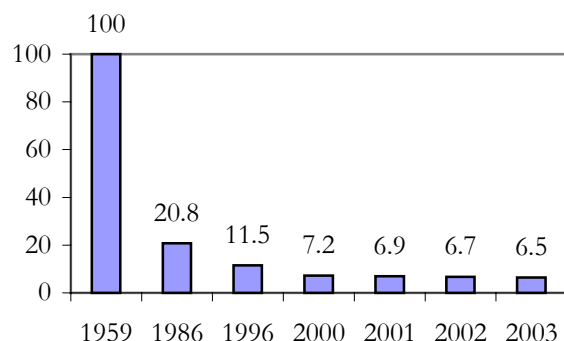
进入市场

危地马拉通过各种途径为贸易铺平道路。须说明的是, 单方面降低关税, 以使我国经济开放(见图)。还通过双边战略取得进展。2000 年与墨西哥和后来与多米尼加共和国签署了自由贸易条约, 又与哥伦比亚、古巴、巴拿马及委内瑞拉

签署了局部推广协定。已结束或即将结束的谈判的例子是，与台湾共和国就一项由贸易条约进行的谈判，这使亚洲市场开发；与伯利兹订立的局部推广协定；和颁布最近美国国会批准的多米尼加共和国—《中美洲自由贸易协定》。

图 14

平均关税率



资料来源：拉美经委会 (2005 年) 根据国民经济研究中心和中美洲经济一体化秘书处的数据。

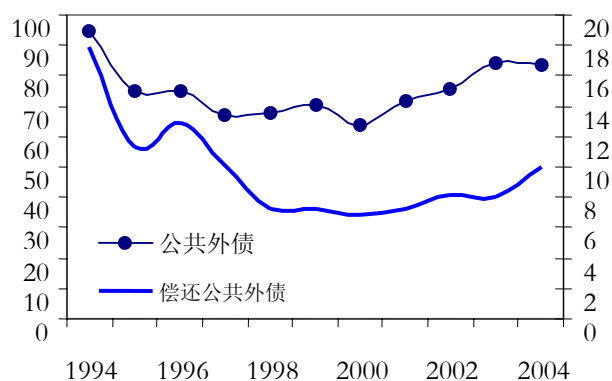
外债

与拉丁美洲、加勒比和中美洲其他国家不同，危地马拉的外债稳定、偿债正常和外债负担不算沉重。拉美经委会的研究结果表明危地马拉是中美洲国家中唯一公债可持续性指数低于临界线的国家。因此，无须执行为负债累累的国家制定的重债穷国方案。至于偿债占产品和服务出口的比率（指数 44），危地马拉的比率是拉美区域最低的。2004 年，偿债占出口的比率为 10.0%（见图）。此外，债务占出口的比率为 83.4%，也是该区域最低的。

图 15

外债指标

(占出口货物和服务 %)



资料来源：拉美经委会 (2005 年) 根据 Banguat13 的数据。

12. 实施目标的代价

实施《千年发展目标》的代价包括：消除极端贫困（具体目标 2）、消除饥饿（具体目标 2）、普及初等教育（具体目标 3）、在各级教育中消除两性差距（具体目标 4）、降低婴儿死亡率（具体目标 5）和降低产妇死亡率（具体目标 6）。估算考虑到 2006–2015 年期间经济增长和减少差距对贫穷的影响以及补充社会政策对其余具体目标的相关指数的影响。

预测和估算的结果表明危地马拉在实现《千年具体目标》方面可达到很高的百分率，这需要结合着重扫贫的经济增长、重新分配和补充现行社会政策，以改善危地马拉境内历来被排除在外的群体，例如土著居民和农村居民的境况。

为实施极端贫困、饥饿、教育、两性差距、母婴死亡率等具体目标，需要有每年占国内总产值 1.1% 的资源 and 年度经济增长率达 3%。如年度经济增长率为 5%，每年占国内总产值的资源可降低到 0.6%。在第一个实例的估计数中的资源为直接重新分配费用，占国内总产值的 0.4% 和额外社会政策占 0.7%。在第二个实例中的资源全部取自补充社会政策。

经济增长减少重新分配政策的费用，只是补充社会政策就不足。要是结合努力，可实现具体目标的 70%。之中包括减少婴儿营养不良、男童和女童都平等接受小学教育、降低婴儿和 5 岁以下儿童死亡率。在一些指数中，尽管较为乐观，但只能很接近所提出的具体目标，例如初级教育净率、在中等和高等教育中两性平等。有关产妇死亡率识字率的相关指数，即使在最乐观的增长情况下，也不能实现。

表 3

千年目标的预测和成本

占国内总产值的平均费用	经济增长情况		
	3%	4%	5%
重新分配的费用	0.4%	0.2%	0.0%
补充社会政策的费用	0.7%	0.6%	0.6%
共计费用	1.1%	0.8%	0.6%
实施的目标(重新分配和补充社会政策)			
贫困	是	是	是
饥饿	接近	接近	是
教育	接近净率, 识字率 No(3 个情况)		
性别	只是初等	只是初等	各级全体
婴儿死亡率	是	是	是
女童死亡率	接近	接近	接近
产妇死亡率	不	不	不

资料来源：秘太研究中心(2005 年)根据正式数目的估计数。

文献目录

- ASIES and UNDP-HDI (2005) *Metas del Milenio: Informe de avance 目标 1*. Mimeo.
- Bravo, R. (2004) *Las 目标 del Milenio y la igualdad: el caso del Perú*. (Mujer y Desarrollo Series No. 55. UNIFEM-ECLAC).
- ECLAC (2005) *Fomentar una asociación mundial para el desarrollo* (In collaboration with ECLAC México, for the report of the Government of Guatemala on the Millennium Goals 2005). 目标。
- CIUP (2005) *Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del milenio en Guatemala* (Final report on designing models to predict achievement of the Millennium Goals in Guatemala). 目标。
- Government of Guatemala (2005) *2004 Presidential report: First year of the Government of Oscar Berger Perdomo*. (SEGEPLAN)。
- Prado, P. (2005) *Informe final de la Meta 2: Reducir a la mitad el número de personas que padezcan hambre*. 目标.。
- UN (2002) *Metas del Milenio: Informe de Avance de Guatemala*. (United Nations Office in Guatemala)。
- UN Millennium Project (2005) *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. Electronic version provided by UNDP-HDI。

附件 1

《千年发展目标》一瞥

目标	具体目标	指标	实现可能性
千年发展目标 1	具体目标 1	1. 靠每日不到 1 美元维生的人口比例	很有可能
千年发展目标 1	具体目标 2	4. 五岁以下儿童体重不正常人数	有可能
千年发展目标 2	具体目标 3	6. 初等教育入学比率	有可能
		8. 15 至 24 岁的人的识字率	不太可能
千年发展目标 3	具体目标 4	9. 男童/女童受初等教育比例	有可能
		9. 1 男童/女童受中初等教育比例	很有可能
		10. 15 至 24 岁妇女/男子识字率比例	不太可能
千年发展目标 4	具体目标 5	每 1 000 名五岁以下儿童死亡率	有可能
千年发展目标 5	具体目标 6	16. 每 100 000 名产妇死亡率	不太可能

说明

实现：根据最新官方数据已实现的具体目标

很有可能：实现，如持续增长为 4% (2006–2015 年) 没有额外社会政策和重新分配国内总产值 0.18%

有可能：实现，如持续增长为 4% (2006–2015 年) 有额外社会政策和重新分配国内总产值 0.18%

不太可能：需要年增长率 5% 和重新分配国内总产值 0.03% 或增长率超过 6%

附件 2

千年发展目标的统计数据

目标	最新官方数据			最新估计		
	价值	年	来源	价值	年	来源
目标 1：消灭极端贫困和饥饿						
具体目标 1：靠每日不到 1 美元维生的人口比例减半						
每日不到 1 美元维生的人口 (%)	16	2000	国家生活条件调查 2000*	21.5	2004	国家妇幼保健调查 2004*
贫困差距系数 (%)				6.6	2000	国家生活条件调查 2000*
具体目标 2：挨饿的人口比例减半						
五岁以下体重不正常儿童 (%)	22.7	2002	国家妇幼保健调查 2002*			
目标 2：普及初等教育						
具体目标 3：确保所有男童和女童都能完成全部小学教育课程						
小学教育入学率				92.3	2004	教育部和人口普查 2002*
完成六年小学学生 (%)				65.1	2004	人口普查 2002*
15 至 24 岁的人的识字率				82.2	2002	人口普查 2002*
目标 3：促进男女平等并赋予妇女权力						
具体目标 4：最好到 2005 年在小学教育和中学教育中消除两性差距，至迟于 2015 年在各级教育中消除此种差距						
初等教育女童和男童间的关系				0.95	2004	教育部
中等教育女童和男童间的关系(基础课程)				0.92	2003	教育部
中等教育妇女和男子间的关系(职业课程)				1.08	2003	教育部
15 至 24 岁的妇女和男子的识字率比例				0.91	2002	人口普查 2002*
在非农业部门工作的妇女 (%)				37	2000	国家生活条件调查 2000*
由妇女充任国民议会的职位 (%)	9	2003	最高选举委员会			

目标	最新官方数据			最新估计		
	价值	年	来源	价值	年	来源
目标 4：降低儿童死亡率						
具体目标 5：五岁以下儿童的死亡率降低三分之二						
五岁以下儿童的死亡率 (每千个出生成活婴儿)	59	2002	国家妇幼保 健调查 2002*			
婴儿死亡率(每千个出 生成活婴儿)	44	2002	国家妇幼保 健调查 2002*			
接种防治麻疹疫苗的 1 岁儿童(%)	75	2002	国家妇幼保 健调查 2002*			
目标 5：改善产妇保健						
具体目标 6：在 1990 年和 2015 年之间，产妇死亡率降低四分之三						
产妇死亡率(每十万个 出生成活婴儿)	153	2000	产妇死亡率 基线	121	2005	UVG
由医务人员护理的分 娩(%)	41	2000				
目标 6：与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争						
具体目标 6.1：遏止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延						
15 至 24 岁产妇的艾滋病 毒率						
避孕器具使用率	28.3	2002	2002 年*国家 妇幼保健调查			
具体目标 8：遏止并开始扭转疟疾和其他主要疾病的发病率增长						
疟疾的发病率和死亡率 (每十万名居民)	3.1	2001	逐步消除滴 涕项目			
肺结核发病率和死亡率 (每十万名居民)	24	2000	公共卫生和 社会福利部			
经过检验和短期直接 观察治疗的肺结核病 例(%)	75.0	2000	公共卫生和 社会福利部			
目标 7：确保环境的可持续能力						
具体目标 9：将可持续发展原则纳入国家政策和方案；扭转环境资源的损失						
森林覆盖面积(%)	39.9	2004	MAGA/INAB/U VG/PAFG			
维持生物多样性的保护 区面积(%)	30.0	2005	CONAP			
每一能源使用单位所占 的国内总产值	1 603	1999	MEM			

目标	最新官方数据			最新估计		
	价值	年	来源	价值	年	来源
二氧化碳排放量	0.68	2000	MARN			
薪材消费人口比例(增 列指标)	61%	2005	MEM			
具体目标 10：到 2015 年无法持续获得安全饮用水的人口比例减半						
持续获得清洁饮用水的 人口(%)	75	2002	2002*年人口 普查			
具体目标 11：到 2020 年使至少 1 亿贫民窟居民的生活有明显改善						
获得更好卫生服务的人 口(%)	47	2002	2002*年人口 普查			

注：标有星号的调查和普查是由国家统计研究所进行。

注

- ¹ 2004 年危地马拉恢复实际人均国内总产值增长率。
- ² 这些估计数是以 2004 年国家就业和收入调查为依据。由于调查不是专门用来衡量贫困，因此应保守地解释数据。与以前数据鲜有可资比较之处，并使用收入而不是消费作为福利指标，除其他外，收入是衡量贫困较可靠的指标。
- ³ 不过，如 Bravo (2004 年) 所述，“从性别观点来看，以家庭收入作为衡量标准的贫困定义很有疑问，因为这假定在家庭成员之间划一分配资源，且家务劳动不算作家庭的基本资源。”
- ⁴ 例如，提出确实的问题，不包括所有必要变数、不同的参考期间等。
- ⁵ 在这方面，要是进行第二次国家生活条件调查，2006 年将有关于危地马拉贫困状况新的正式调查。
- ⁶ 虽然现在可根据户主，按性别分类贫困，现有数据不把男户主的家庭中的妇女贫困状况或家庭成员之间的资源分配情况加以分类。
- ⁷ 根据国民经济研究中心，这项费用可视为实现保证男童和女童在教育制度中注册的目标的初级阶段。
- ⁸ 公共卫生和社会福利部。2004-2008 年降低产妇死亡率战略计划。这是以 2003 年降低产妇死亡率战略方针和国家生殖健康方案的 2000 年产妇死亡率基线建为依据。
- ⁹ 公共卫生和社会福利部。产科急诊手册。国家生殖健康方案。
- ¹⁰ 调查面临的挑战是要找出最佳办法，以获得象有关死亡姐妹，有关产妇死亡率的资料。
- ¹¹ 国家统计局研究所，2003 年与环境有关的人类活动统计（电子形式）。
- ¹² 由于此目标主要适用于发达国家，没有列出对指标的任何监测，但显示与目标有关的国家状况以及其与合作和进入市场有关的地位。
- ¹³ 见世界银行 (2003 年)，对最富裕家庭和贫困家庭的收入衡量表明玻利维亚在拉丁美洲居首位，143.5，巴拉圭第二，70.4。在中美洲，就最大差距来说，排在危地马拉后面的是尼加拉瓜，56.2。
- ¹⁴ 此外，指标可由中央银行和/或经济部在国家一级制定，并在国际一级由世界贸易组织加以比较和监测。