

# 最贫困国家的人口问题

John I. Clarke

**低收入国家** 世界银行在其1984年《世界发展报告》中，根据按人口平均的国民总产值，把拥有百万以上居民的98个发展中国家进一步划分为34个低收入国家，38个中下收入国家，22个中上收入国家和4个高收入的石油输出国。34个低收入国家1982年按人口平均的国民总产值低于410美元（图）。

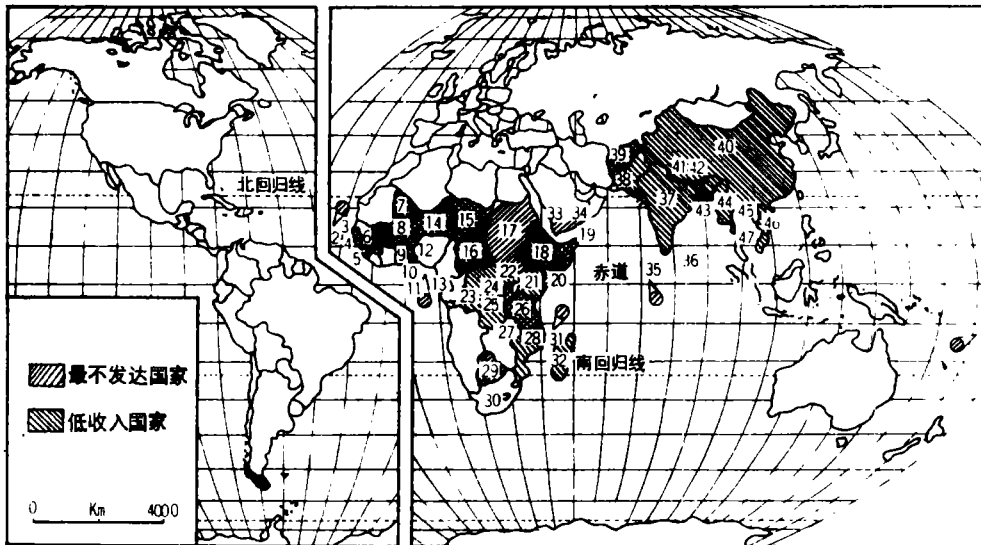


图 36个最不发达国家和34个低收入国家的分布；22个国家属于两种范畴。

1、海地，2、佛得角，3、冈比亚，4、几内亚比绍，5、塞拉利昂，6、几内亚，7、马里，8、布基纳法索，9、加纳，10、多哥，11、圣多美和普林西比，12、贝宁，13、赤道几内亚，14、尼日尔，15、乍得，16、中非共和国，17、苏丹，18、埃塞俄比亚，19、吉布提，20、索马里，21、肯尼亚，22、乌干达，23、扎伊尔，24、卢旺达，25、布隆迪，26、坦桑尼亚，27、马拉维，28、莫桑比克，29、博茨瓦纳，30、莱索托，31、科摩罗，32、马达加斯加，33、阿拉伯也门共和国，34、也门民主人民共和国，35、马尔代夫，36、斯里兰卡，37、印度，38、巴基斯坦，39、阿富汗，40、中国，41、尼泊尔，42、不丹，43、孟加拉国，44、缅甸，45、老挝，46、越南，47、柬埔寨，48、萨摩亚。

**最不发达国家** 但是，一种最有用而且日益为人们所接受的分类方法，是联合国对于最不发达国家的分类，其依据是：极低的国民平均收入（1976—78年间低于250美元），极低的教育水准（15岁以上人口中受教育的不到20%）和制造业占国民总产值比例很小（不到10%）。从七十年代初到现在，最不发达国家已经从24个增加到36个，但是1982年它们的人口合计仅为3亿，或占世界总人口的6.6%。按照联合国术语，最不发达国家缩写为LLDCS，以与欠发达国家（LDCS）区分开来。

最不发达国家范畴排除了12个低收入国家（缅甸，中国，印度，柬埔寨，肯尼亚，马达加斯加，莫桑比克，巴基斯坦，斯里兰卡，越南，扎伊尔），但包括4个中下等收入的国家（莱索托，苏丹，阿拉伯也门共和国和也门民主人民共和国），以及10个人口不到一百万的国家：博茨瓦纳，佛得角，科摩罗，吉布提，赤道几内亚，冈比亚，几内亚比绍，马尔代夫，圣多美和普林西比。这样，有22个国家归入两种范畴：阿富汗，孟加拉国，贝宁，不丹，布基纳法索，布隆迪，中非共和国，乍得，埃塞俄比亚，几内亚，海地，老挝，马拉维，马里，尼泊尔，尼日尔，卢旺达，塞拉利昂，索马里，坦桑尼亚，多哥和乌干达。

除了加勒比海一个国家（海地）和大洋洲一个国家（萨摩亚）以外，最不发达国家全部集中在东半球：26个国家在非洲的撒哈拉沙漠附近，8个国家在亚洲（图1）。最不发达国家的平均人口较低——低于1000万（表1）。此外，与低收入国家比较起来，这些国家在人口统计学方面也更有特色：高出生率，高死亡率，越来越高的人口增长率和很低的人口转化率——其转化率远远低于其它发展中国家，特别是中国和斯里兰卡这两个低收入国家，该两国在人口转化上已有明显进展。

最不发达国家的人口一般为农村人口，居住非常分散，城市化进程十分缓慢——大城市很少，主要的例外是大喀土穆，亚的斯亚贝巴和达卡。这些国家只有很小的国内市场，缺乏基础设施，其中许多国家还苦于远离海岸、运输费用昂贵和必须通过邻国的口岸进出口货物。某些人口过剩的山地国家更有其特殊困难。然而就人口问题而论，以孟加拉国的情况最严重，它那富饶三角洲的人口已占最不发达国家总人口的近三分之一，几乎没有余地来解决发展和提高生活水准的问题。

**贫穷与灾害** 最不发达国家的最突出的特点是贫困，并且，它们至今还象25年前一样穷。下面从关于最不发达国家的最近简报中摘录一段话（1984年联合国贸易与发展会议）：

“1982年这些国家人均国内总产值据计算是210美元。平均日热量摄取仅是最小需求量的83%，据估计三分之一以上的人严重营养不良。人们的卫生条件恶劣，住房不足。得到安全供水的人不到三分之一，能享受适当医疗的只有极少数人。在最不发达国家中婴儿死亡率是发达国家的10倍，预期寿命大大低于其他国家。最不发达国家的识字率很低：平均3个成年人中2个是文盲。技术管理人员严重不足。公共事业和基础设施极其薄弱，不论农业或制造业的劳动生产率都很低，而大量处在劳动年龄的人员不是失业就是就业不足。”

最不发达国家的国民平均收入在1960年约占全体发展中国家平均收入的45%，到1981年下降到23%，看来还在继续下降，这样到八十年代末预计只有235美元，或者占有所有发展中国家预期水平的18%（表2）。

表2 最不发达国家1981年按人口平均国内总产值与其他各类国家的比较。

按人口平均国内总产值					
国家分类	1981年人口 (百万)	1981年总产值 ( \$ )	年平均增长率		1990年预计产值 ( \$ )
			( % )		
			1960—70	1970—80	
最不发达国家	292	227	0.3	0.4	235
所有发展中国家	2280	1003	2.9	3.1	1320
发达的市场经济	789	9723	3.7	2.5	12143
东欧社会主义国家	383	5005	5.6	4.4	7374

在这些几乎没有什么储备的贫穷国家里，灾害和灾难是不可避免的。自然灾害尤其可能发生，因为绝大多数最不发达国家都是整个或部分地处于半干旱地区，或处于多变的气候条件下。因此，干旱频仍，成为永恒周期的组成部分，并且往往继之以洪水和土壤侵蚀。所以，就是从八十年代初算起，也已经有三

表1 1982年最不发达国家的人口

地 区	国家名称	人 口 (百万)	1970—82年平均人口增长率 (%)	人均国内总产值	城市人口所占比例 (%)
非 洲	贝宁	3.62	2.5	288	26
	博茨瓦纳	0.97	3.8	824	16
	布基纳法索	6.36	1.4	185	9
	布隆迪	4.26	1.8	261	4
	佛得角	0.31	1.7	278a	20
	中非共和国	2.39	2.1	270	35
	乍得	4.68	2.1	147	18
	科摩罗	0.42	3.7	237	19
	吉布提	0.33	6.4	636	74
	赤道几内亚	0.37	2.0	195c	54
	埃塞俄比亚	32.78	2.4	137	14
	冈比亚	0.63	2.9	357	18
	几内亚	5.06	2.1	404	19
	几内亚比绍	0.85	4.1	191	24
	莱索托	1.41	2.4	240a	5
	马拉维	6.27	2.6	213	8
	马里	7.34	2.1	157	17
	尼日尔	5.61	2.6	354	13
	卢旺达	5.51	3.3	251	5
	圣多美和普林西比	0.09	1.5	331c	—
	塞拉利昂	3.41	1.6	375	25
	索马里	5.08	5.1	285	30
	苏丹	19.79	3.0	462	21
	坦桑尼亚	20.23	3.4	247	13
	多哥	2.68	2.4	307	17
	乌干达	14.12	3.1	229e	7
亚 洲	阿富汗	16.79	2.6	232d	16
	孟加拉国	92.59	2.6	115	11
	不丹	1.33	2.0	102c	4
	老挝	4.10	2.6	103	13
	马尔代夫	0.16	3.0	360b	21
	尼泊尔	15.37	2.5	153	5
	阿拉伯也门共和国	7.43	2.9	382	12
	也门民主人民共和国	2.09	3.2	410	38
加勒比	海地	5.20	1.7	315d	26
大洋洲	萨摩亚	0.16	1.0	532c	21
	全部最不发达国家	299.81	2.6	210	—
	全部发展中国家	2340.12	2.6	1003c	32

注: a = 1980年, b = 1980年价格, c = 1981年, d = 1981年价格, e = 国民生产总值。

分之二以上的最不发达国家遭受了自然灾害，造成普遍的饥荒和大批死亡。事实上灾害并不都是自然原因引起的，它们常常起因于复杂的人为条件，包括人口迅速增长的影响。某些国家所面临的迫切问题，因近年来的政治事件而更趋严重。

**难民和移民工人** 这些政治事件的后果之一，是使几百万穷人沦为难民。对于当代世界成为讽刺的是，大多数难民是越过一个穷国的边界而进入另一个穷国：从埃塞俄比亚到索马里和苏丹，从阿富汗到巴基斯坦……在某些接收国，如苏丹和巴基斯坦，难民已经成为主要的问题，因为即使没有邻人大批流入，它们自己的问题已经够多了。

除了难民之外，还有被驱逐出境者，例如尼日利亚在1983年和1985年驱逐了尼日尔和加纳的游牧部落，因为他们超过了允许的居留期。在非洲，这类驱逐的例子还有很多，发展中国家认为，即使没有移民劳动力的流入，它们国内的失业和半失业的问题已经很严重。最不发达国家几乎不可避免地成为较富裕的发展中国家移民工人的来源，而这些移民工人很多可能没有合法身份，被看作对就业的威胁，他们还可能卷入走私和犯罪活动。但是，驱逐他们会酿成更严重的问题。只在需要他们劳动的时候才许可他们居留——这似乎不是正确的解决办法。

对于人口增长率普遍比较高的最不发达国家来说，这类劳动移民在某种程度上象是安全阀。对外移民通常不能改变最不发达国家的人口统计学特征，虽然对某些小国、特别是有大量人口移居大陆的岛国来说，它显然起更重要的作用。

**过渡前阶段** 最不发达国家的人口统计学的主要特征是：高而大体稳定的出生率，高而缓慢下降的死亡率和高（但并不是特别高）的人口增长率，比较一下1960—65和1975—80年间的生活率，可以看出，从总体上看，很少或者未出现出生率的下降。三分之二最不发达国家的出生率仍然高达45或更多，总和生育率达6.0以上（表3）。至于最不发达国家的死亡率，在此期间每个国家都有些下降，但一般说来下降不多，因此，36个最不发达国家中的20个国家，在1975—80年间死亡率仍高于20‰。

显然，最不发达国家的出生率和死亡率有高于许多其他发展中国家的趋势，而死亡率之高更为明显。1975—80年最不发达国家的平均出生率和死亡率是47.9‰和20.7‰，相应地，在所有发展中国家为38.6‰和14.2‰，在发达国家为15.6‰和9.5‰。另一方面，最不发达国家的平均出生率在1960—65和1975—80年间由每年2.4%增加到2.6%，而全体发展中国家仍保持2.6%。所以，最不发达国家的平均出生率并不是特别高的。

高生活率的后果之一，是最不发达国家中儿童占比例很大，正是这些人最容易受到普遍贫困的影响。最不发达国家的人口金字塔，较发展中国家基底更宽阔，变尖更迅速：45.5%的人口年龄在15岁以下，而发展中国家（除中国外）为41.3%，发达国家为23.0%。60岁以上年龄的可比百分比分别是1.8%，5.1%和15.2%。这样一来，在最不发达国家的人口，仅有49.7%处在15—59岁的劳动年龄组，而在所有发展中国家（不包括中国）是53.3%，在发达国家是61.8%。

**高死亡率** 1980年最不发达国家新生人口的平均期望寿命仅为46岁（从1960年的41岁增至这一年龄），而全部发展中国家为55岁，发达国家是74岁。许多最不发达国家人口的平均期望寿命仍然只有40—43岁：阿富汗，乍得，埃塞俄比亚，冈比亚，几内亚比绍，索马里和阿拉伯也门共和国。

儿童更易受到摧残。最不发达国家的婴儿平均死亡率为141‰，而全部发展中国家为105‰，发达国家则仅为13‰。在许多最不发达国家中，婴儿死亡率超过150‰，而在少数国家中，仍然高达200‰（布基纳法索，冈比亚，塞拉利昂）。此外，1—4岁儿童的死亡率特别高，其原因是：营养不良，哺乳受限制，缺乏安全供水，卫生设备不足，保健事业差等。例如，根据计算，最不发达国家按人口平均的日热量摄入，从1970年的2060卡，降低到七十年代末的1991卡，即只能满足需要量的84%。在每100,000名居民中只有8个医生和70张病床，这些设施自然主要配备在大城市里。

上述状况大大削弱了对付各种流行病、特别是腹泻和呼吸系统疾病的能力。最值得注意的是肺炎，在最不发达国家它造成几百万人的死亡。这些传染病和营养不良密切相关，战胜它们比战胜许多重要的传染病困难得多。不但如此，许多最不发达国家经济和社会进步迟缓以及动乱的政治环境，也使死亡率不能较快下降。

表3 八十年代初最不发达国家的生育率和死亡率

	总出生率 (‰)	总和生育率 (‰)	总死亡率 (‰)	婴儿死亡率 (‰)	新生儿期望寿命 (岁)
非洲					
贝宁	49	6.7	19	153	47
博茨瓦纳	50	6.5	16	82	50
布吉纳法索	48	6.5	22	210	43
布隆迪	47	5.9	21	121	42
佛得角	35	4.5	8	81	61
中非共和国	46	5.9	20	147	43
乍得	44	5.9	23	147	40
科摩罗	46	6.2	17	92	47
吉布提	47	—	21	—	—
赤道几内亚	42	5.7	18	142	47
埃塞俄比亚	47	6.7	23	146	40
冈比亚	49	6.4	28	197	42
几内亚	47	6.2	19	164	45
几内亚比绍	42	5.4	22	147	42
莱索托	41	5.9	12	120	52
马拉维	51	6.9	19	170	47
马里	46	6.7	22	153	43
尼日尔	51	7.1	22	144	43
卢旺达	49	6.9	18	106	47
圣多美和普林西比	39	—	10	69	—
塞拉里昂	45	6.1	19	206	47
索马里	47	6.5	21	146	43
苏丹	47	6.6	17	123	48
坦桑尼亚	46	6.5	14	102	52
多哥	47	6.5	18	108	47
乌干达	46	6.1	15	96	54
亚洲					
阿富汗	48	6.9	23	182	40
孟加拉国	49	7.0	18	148	47
不丹	41	6.1	18	149	44
老挝	42	6.1	18	128	45
马尔代夫	43	—	13	120	48
尼泊尔	43	6.5	18	149	44
阿拉伯也门共和国	48	6.8	21	160	43
也门民主人民共和国	48	6.9	19	144	45
加勒比海					
海地	36	5.5	14	113	52
大洋洲					
萨摩亚	38	—	8	40	63

差别死亡率，即人口的各集团和各部门间死亡率的差异，在最不发达国家是不易估算的，因为这里缺乏完备的人口登记资料，而且，死亡率的影响通常大大低于生育率的影响。因此，差别死亡率是用间接方法估计的。然而，已经查明，在发展中国家婴儿和儿童死亡率最重要的差别之一，是母亲的教育水准，其次是父亲的教育水准和职业。当然，在最不发达国家，妇女识字率和教育水准是很低的。女性受教育不足，无疑是儿童大量死亡的关键因素。

除了教育水平之外，还有死亡率的家族差异。例如，婚姻的不稳定就有很大的影响。母亲年岁较大，家庭子女多，生育间隔较密，出生次序较高，这些都会增加儿童的死亡率。在巴基斯坦，克莱兰 [Cleland] 和萨瑟 [Sathar] 证实，短的生育间隔是儿童死亡率的决定因素。如果避免了短的生育间隔，则不但生育率，而且婴儿和儿童死亡率也会降低。

东南亚婴儿和儿童死亡率的另一个共同特点，是女孩的死亡率高于男孩。这是传统文化的一个特点：儿子更受重视，男孩的哺育及健康照料均比女孩优先。

希尔 [Hill] 和兰德尔 [Randall] 通过对马里五个不同的农村人口类型的研究，证明贫穷的、散居的或游牧的人口，同较富裕的、不太分散的或定居的人口比较起来，死亡率不一定更高。他们认为，儿童护理的不同类型可能更加重要。从这个意义上讲，家庭福利政策能产生良好的效果，早期的保健护理尤为重要。

**出路** 毋庸置疑，高的婴儿和儿童死亡率与高生育率密切相关。最不发达国家的大家庭意味着儿童的死亡。但是，半数以上最不发达国家的政府认为他们的生育水平是令人满意的，或者甚至认为太低了。在这种情况下，根本减少人口可能是困难的，但是必须寻求某些改善的途径。

尽管在七十年代人们曾经雄心勃勃地宣称要消灭饥饿和营养不良，但是最不发达国家的现状说明，儿童仍然是饥饿和营养不良的牺牲品。联合国儿童基金会在其最近的报告《世界儿童状况》中清楚地陈述了一个行动计划，它可以有效地而且费用不太昂贵地付诸实施。这个计划主要提出七项补救措施：1、由父母填写生长监督卡片，因为体重增加不足是一个警戒信号；2、儿童腹泻疾病的口服再水化疗法；3、以社会支持保证至少一年的哺乳期，并从6个月开始给婴儿以补充食物；4、实施大规模的免疫接种计划，以预防麻疹、破伤风、百日咳、白喉、脊髓灰质炎和肺结核等，这是因为最不发达国家出生的婴儿只有五分之一受到免疫接种的保护。据估计，在发展中国家每6秒钟便有一个孩子死亡，另一个成为残废，而使他们受害的疾病本来是可以免疫法来预防的；5、孕妇和濒危儿童的食物补助计划；6、对居民广泛进行家庭间隔优越性的教育；7、扩大女性在各级学校中受教育的权利，这将有助于改正对男女婴儿不平等的的评价。

显然，这些任务是艰巨的。但是，它们似乎确实是降低最不发达国家儿童死亡率这一灾难的切实可行的途径，并多少增加了对未来的希望。

白识英 赵抱力译自《Geography》Vol. 70 Part 3, June 1985